



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

RASKAUSDIABETEKSEN JÄLKEEN

Opaslehtinen jälkiseurannasta ja -hoidosta äidille

TEKIJÄT: Anniina Impivaara
 Meiju Pellikka
 Karoliina Sirén

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Anniina Impivaara, Meiju Pellikka ja Karoliina Sirén	
Työn nimi Raskausdiabeteksen jälkeen – Opaslehtinen jälkiseurannasta ja -hoidosta äidille	
Päiväys	27.4.2017
Sivumäärä/Liitteet	31/1
Ohjaaja Marja-Anneli Hynynen	
Toimeksiantaja Savonia-ammattikorkeakoulu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Raskausdiabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäistä kertaa raskauden aikana. Se diagnosoidaan sokerirasituskokeella, joka tehdään muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta kaikille odottaville äideille. Raskausdiabeteksen riskiä lisäävät mm. äidin korkea ikä sekä lihavuus raskauden alkaessa. Vuonna 2011 Suomessa sokerirasituskokeen tulos oli viitearvoista poikkeava 12,5 %:lla raskaana olevista. Ensisynnyttäjien iän nouseminen ja ylipainoisten synnyttäjien määrän lisääntyminen lisäävät raskausdiabeteksen yleisyyttä. Raskausdiabetes on lisääntymässä myös maailmanlaajuisesti.</p> <p>Raskausdiabetes päättyy synnytykseen. Äidin voinnin seuranta synnytyksen jälkeen tulee kuitenkin jatkaa, sillä raskausdiabetes on merkki aineenvaihdunnan häiriöstä. Kolmasosalla äideistä raskausdiabetes uusiutuu seuraavan tai seuraavien raskauksien aikana. Lisäksi jopa 70 % heistä sairastuu tulevaisuudessa tyyppin 2 diabetekseen. Jotta tyyppin 2 diabetekseen sairastuneet naiset löydettäisiin ja saataisiin asianmukaiseen hoitoon, seurantatutkimuksia, kuten sokerirasituskokeita, tulisi tehdä säännöllisin väliajoin. Todellisuudessa sokerirasituskokeen uusiminen toteutuu maailmanlaajuisesti huonosti: tutkimusaineiston mukaan se uusitaan 34 - 73 %:lle naisista. Sokerirasituskokeeseen osallistuminen paranee, kun äitejä muistutetaan aktiivisesti seurannan tärkeydestä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia tiivis ja helppolukuinen opaslehtinen, jonka terveydenhoitaja voi jakaa raskausdiabeteksen sairastaneille naisille suullisen ohjauksen lisäksi. Työn tavoitteena oli antaa opaslehtisen avulla tietoa äideille raskausdiabeteksen vaikutuksista heidän hyvinvointiinsa sekä auttaa heitä raskausdiabeteksen jälkeisessä omahoidossa, jotta riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen tai uudelleen raskausdiabetekseen pienenesi.</p> <p>Opinnäytetyö oli kehittämistyö. Sitä lähdettiin toteuttamaan yhteistyössä Kuopion kaupungin neuvolan kanssa, joka toimi työn alkuperäisenä tilaajana. Opinnäytetyön prosessin loppumetreillä tilaajaksi vaihtui Savonia-ammattikorkeakoulu. Alkuperäisen tilaajan toiveena oli tiivis tietopaketti aiheesta, sillä raskausdiabeteksen sairastaneet naiset ovat jo saaneet paljon materiaalia raskauden aikana omahoitoon liittyen. Tilaajan vaihtuessa tuotos oli jo valmis, eikä siihen koettu tarpeelliseksi enää tehdä muutoksia.</p>	
Avainsanat raskausdiabetes, jälkihoito, omahoito, opaslehtinen, kehittämistyö	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Anniina Impivaara, Meiju Pellikka and Karoliina Sirén			
Title of Thesis Gestational diabetes mellitus after delivery – Leaflet of monitoring and aftercare for the mother			
Date	27.4.2017	Pages/Appendices	31/1
Supervisor Marja-Anneli Hynynen			
Client Organisation Savonia University of Applied Sciences			
<p>Abstract</p> <p>Gestational diabetes mellitus (GDM) is a metabolic disease which is diagnosed for the first time during pregnancy. It is diagnosed by the glucose tolerance test which is taken from all pregnant women excluding a few cases. Mother's high age and obesity at the start of the pregnancy, among other things, increase the risk of GDM. In Finland 12,5 % of pregnant women the glucose tolerance test results were abnormal in 2011. The rise in the average age of first deliverers and the growing number of obese deliverers increase the prevalence of GDM. The prevalence of gestational diabetes mellitus is also growing worldwide.</p> <p>Gestational diabetes mellitus ends at the delivery. Monitoring of the mother's condition is continued after the delivery because GDM is a sign of a metabolic disorder. In one third of the cases GDM relapses during following pregnancy or pregnancies. In addition, 70 % of the mothers will develop type 2 diabetes. Follow-up tests, like the glucose tolerance test, should be taken at regular intervals so that the women developing type 2 diabetes mellitus could be found and directed to appropriate care. In reality, the glucose tolerance test renewal rates are poor: according to studies the test was renewed in 34 - 73 % of the cases. The participation in the glucose tolerance test improves when mothers are actively reminded of the importance of monitoring.</p> <p>The purpose of our thesis was to create a compact and easy-to-read leaflet which a public health nurse can give to mothers who have had gestational diabetes mellitus in addition to the oral guidance. The aim of the thesis is to give information about GDM's effects on mothers' well-being and help them with self-care of GDM with the leaflet so that the risk of developing type 2 diabetes or a second case of gestational diabetes mellitus would be lower.</p> <p>This thesis was a development work. At the beginning it was executed in co-operation with Kuopio city's maternity clinic which was the original client organisation. Near the end of the thesis process the client organization changed to Savonia university of applied sciences. Original client's wish was to get a leaflet with compact information because women receive a massive amount of self-care material from nurses during pregnancy. The output was already done when the client organisation changed and there was no need to make changes anymore.</p>			
Keywords gestational diabetes, aftercare, self-care, leaflet, development work			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	RASKAUSDIABETES	6
2.1	Raskausdiabeteksen toteaminen	6
2.2	Raskausdiabeteksen vaikutukset äidin, sikiön ja vastasyntyneen hyvinvointiin.....	7
2.3	Raskausdiabeteksen hoito ravitsemuksen ja liikunnan avulla.....	8
2.4	Raskausdiabeteksen lääkehoito.....	9
3	RASKAUSDIABETEKSEN SEURANTA JA HOITO SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.....	11
3.1	Äidin voinnin seuranta ja jatkohoito	11
3.1.1	Verensokerin seuranta ja hoito.....	12
3.1.2	Verenpaineen seuranta ja hoito.....	13
3.1.3	Vyötärönympäryksen sekä painon seuranta ja hoito	13
3.1.4	Lipidiarvojen seuranta ja hoito	13
3.2	Ravitseminen synnytyksen jälkeen	14
3.2.1	Ravitsemuksen vaikutus verensokeriin, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen	15
3.2.2	Mallit ravitsemusohjauksen tueksi	15
3.3	Liikunta synnytyksen jälkeen	16
3.3.1	Liikunnan vaikutus verensokeriin, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen	17
3.3.2	Malli liikuntaohjauksen tueksi.....	18
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	19
5	VOIMAVARALÄHTÖISEN OPASLEHTISEN TYÖSTÄMINEN	20
5.1	Voimavaralähtöinen ohjaaminen	20
5.2	Terveysaineistot ohjauksen apuna	21
5.3	Ohjauksen merkitys raskausdiabeteksen hoidossa.....	22
5.4	Opinnäytetyönä kehittämistyö.....	23
6	POHDINTA.....	25
6.1	Opinnäytetyön prosessi	25
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	28
6.3	Ammatillinen kasvu	29
6.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat	30
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	31
	LIITE 1: OPASLEHTINEN JÄLKISEURANNASTA JA -HOIDOSTA ÄIDILLE.....	38

1 JOHDANTO

Raskausdiabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäistä kertaa raskauden aikana ja joka päättyy synnytykseen. Se ilmaantuu yleensä jo ensimmäisen raskauden aikana. Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttavat kaksi päätekijää: insuliiniresistenssi eli insuliini-hormonin heikentynyt vaikutus kudoksiin ja haiman beetasolujen riittämätön insuliinin erityminen. (Käypä hoito 2013c.)

Raskausdiabetes diagnosoidaan sokerirasituskokeella, jossa yksikin poikkeava arvo johtaa diagnoosiin. Vuonna 2011 Suomessa glukosirasituskokeen tulos oli poikkeava 12,5 %:lla raskaana olevista. Tämä tarkoittaa siis noin 7400 naista. (Käypä hoito 2013c; Koski ja Peränen 2014, 29.) Raskausdiabeteksen yleisyys näyttää olevan lisääntymässä maailmanlaajuisesti (Tieu, Crowther ja Middleton 2008). Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut. Suomessa vuonna 2012 se oli 28,4 vuotta. Tuolloin joka kolmas (35 % eli n. 20 800) synnyttäjistä oli ylipainoinen (painoindeksi eli BMI ≥ 25 kg/m²). Lihavia (BMI ≥ 30 kg/m²) oli 13 % kaikista synnyttäjistä. Ensisynnyttäjien iän nouseminen ja ylipainoisten synnyttäjien määrän lisääntyminen lisäävät raskausdiabeteksen yleisyyttä. (Koski ja Peränen 2014, 29.)

Raskausdiabetes päättyy synnytykseen (Käypä hoito 2013c). Vaikka sairaus on näennäisesti ohi, tulee äidin voimien seuranta silti jatkaa, sillä raskausdiabetes on ensimmäinen merkki aineenvaihdunnan häiriöstä (Koski ja Peränen 2014). Kolmasosalla raskausdiabeteksen sairastaneista naisista tauti uusiutuu seuraavan tai seuraavien raskauksien aikana. Uusiutumisen riskin vuoksi naisen elämäntapoihin, etenkin ylipainoon ja vähäiseen liikuntaan, tulee puuttua ennen seuraavaa raskautta. Tämän lisäksi heillä on todellinen riski sairastua tulevaisuudessa tyypin 2 diabetekseen, sillä tutkimusten mukaan jopa 70 % sairastuu siihen. Sairastumisriskiä voi pienentää merkittävästi elämäntavoillaan: liikumalla riittävästi, syömällä terveellisesti ja laihduttamalla normaalipainoon. (Käypä hoito 2013c.)

Opinnäytetyömme on kehittämistyö. Lähdimme toteuttamaan sitä yhteistyössä Kuopion kaupungin kanssa, joka toimi alun perin työmme tilaajana. Opinnäytetyöprosessin loppumetreillä tilaajaksi vaihtui Savonia-ammattikorkeakoulu. Laadimme opaslehtisen, jota raskausdiabeteksen sairastaneet naiset voivat hyödyntää synnytyksen jälkeisessä omahoidossaan. Alkuperäisen tilaajan toiveena oli, että opaslehtisestä tulisi tiivis tietopaketti, sillä raskausdiabeteksen sairastaneet naiset ovat jo saaneet paljon materiaalia raskauden aikaiseen omahoitoon liittyen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa ajankohtaista, näyttöön perustuvaa tietoa sisältävä, selkeä, tiivis, mutta kattava ja helppoluokuisen opaslehtinen raskausdiabeteksen sairastaneille äideille. Työn tavoitteena on antaa opaslehtisen avulla tietoa äideille raskausdiabeteksen vaikutuksista heidän hyvinvointiinsa sekä auttaa heitä raskausdiabeteksen jälkeisessä omahoidossa, jotta riski sairastua tyypin 2 diabetekseen tai uudelleen raskausdiabetekseen pienenesi.

Opinnäytetyössämme käytämme raskausdiabetes-termiä myös käsitellessämme synnytyksen jälkeistä aikaa, vaikka itse sairaus määritelläänkin loppuvan synnytykseen.

2 RASKAUSDIABETES

Raskausdiabetes (gestational diabetes mellitus, GDM, gestaatiidiabetes) on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan ensimmäistä kertaa raskauden aikana ja joka päättyy synnytykseen. Raskausdiabetes ilmaantuu yleensä jo ensimmäisen raskauden aikana. (Käypä hoito 2013c.) Raskausdiabetes-nimeä ei käytetä, jos naiselle on diagnosoitu ennen raskauden alkua tyypin 1 tai 2 diabetes (Tertti 2014, 24). Raskausdiabetes on yleensä oireeton. Siinä voi kuitenkin ilmetä väsymystä, lisääntyttä janon tunnetta, virtsamäärien kasvua ja näkökyvyn hämärtymistä. (Tieu ym. 2008.)

Raskausdiabeteksen kehittymiseen vaikuttavat kaksi päätekijää: insuliiniresistenssi ja haiman beetasolujen riittämätön insuliinihormonin erityis. Erityisesti loppuraskaudessa insuliiniresistenssi voimistuu. Insuliiniresistenssin voimistuminen johtuu kehon rasvamäärän suurenemisesta raskausaikana sekä raskaushormonien määrän lisääntymisestä veressä. Raskaushormoneista erityisesti istukkaperäiset hormonit heikentävät insuliinin vaikutusta. (Käypä hoito 2013c.) Näitä ovat estradioli, progesteroni, kortisoli, istukan somatomammotropiini ja prolaktiini (Korpi-Hyövälti 2012, 5). Raskausdiabeteksessä haiman insuliinituotanto ei pysty vastaamaan insuliinin lisääntyneeseen tarpeeseen (THL 2013, 152). Joissain tapauksista riittämätön insuliinin erityis voi johtua myös odottavan äidin autoimmuunihäiriöstä. Syynä voi olla tyypin 1 diabetes, LADA (latent autoimmune diabetes in adults) tai MODY (maturity-onset diabetes of the youth). (Käypä hoito 2013c; Rajala 2016.) LADA on aikuisiällä alkava, hitaasti kehittyvä tyypin 1 diabeteksen alamuoto (Diabetesliitto) ja MODY on nuorella iällä alkava tyypin 2 diabeteksen kaltainen sairaus, joka johtuu puutteellisesta insuliinin erityksestä (Norio-keskus 2013).

Raskausdiabeteksen sairastumisriskiä lisäävät äidin vaikea lihavuus raskauden alkaessa ($BMI > 35 \text{ kg/m}^2$), aiempi raskausdiabetes, glukosuria eli sokeri virtsaisuus raskauden alkaessa, tyypin 2 diabetes lähisukulaisilla (isovanhemmilla, vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla), etninen alkuperä (Suomessa erityisesti afrikkalaiset, aasialaiset ja Lähi-idästä tulleet), suun kautta käytettävä kortikosteroidilääkitys, munasarjojen monirakkulaoireyhtymä PCOS, yli 40-vuotias synnyttäjä ja aiemmin syntynyt yli 4500 grammaa painava lapsi. (Tieu ym. 2008; Käypä hoito 2013c; Rajala 2016.)

2.1 Raskausdiabeteksen toteaminen

Raskausdiabetes todetaan kahden tunnin mittaisella sokerirasituskokeella, joka tehdään yleensä raskausviikoilla 24 - 28. Jos odottavalla äidillä on raskausdiabeteksen riskitekijöitä, tehdään sokerirasituskoe raskausviikoilla 12 - 16. Mikäli kokeen tulos on tuolloin normaali, uusitaan se viikoilla 24 - 28. Koe tehdään yleensä äitiysneuvolassa. Glukoosirasituskoe (Pt-Gluk-R1) tehdään vakiodulla testillä. Ennen testiä tutkittava on ollut 12 tuntia paastolla. Aamulla ennen tutkimusta saa juoda lasillisen vettä. Tutkimus aloitetaan aamulla klo 8 - 10 ottamalla tutkittavalta laskimoverinäyte. Näytteen ottamisen jälkeen tutkittava juo 5 minuutin kuluessa 300 millilitraa vettä, johon on liuotettu 75 grammaa glukosia. Tämän jälkeen otetaan juomisen aloittamisesta yhden ja kahden tunnin kuluttua uudet laskimoverinäytteet. Raskausdiabetesdiagnoosi tehdään, jos yksikin arvo kolmesta on poikkeava. Diagnostiset raja-arvot ovat seuraavat: paastoarvo $\geq 5,3 \text{ mmol/l}$, 1 h arvo $\geq 10,0 \text{ mmol/l}$ ja 2 h arvo

$\geq 8,6$ mmol/l. (Käypä hoito 2013c.) Sokerirasituksen osoittautuessa poikkeavaksi seurataan odottavan äidin vointia neuvolassa sekä tarvittaessa tehdään lähete erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle (THL 2013, 153).

Noin puolella raskausdiabetekseen sairastuvista naisista ei ole etukäteen havaittavia riskitekijöitä. Siksi sokerirasituskoe tehdään muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta kaikille odottaville äideille. (Koski ja Peränen 2014, 29.) Sokerirasituskoe ei tarvitse tehdä, jos kyseessä on alle 25-vuotias ensisynnyttäjä, joka on normaalipainoinen (BMI 18,5 - 25 kg/m²) raskauden alkaessa ja jonka lähisuvussa ei esiinny tyypin 2 diabetesta. Koetta ei myöskään tarvitse tehdä, jos kyseessä on alle 40-vuotias uudelleensynnyttäjä, jonka BMI on raskauden alkaessa alle 25 kg/m² ja jolla ei aiemmin ole todettu raskausdiabetesta eikä sikiön makrosomiaa eli suurta kokoa suhteutettuna raskauden kestoon (kasvukäyrällä syntymäpaino $> +2$ SD). (Käypä hoito 2013c.) Sokerirasituskokeen voi uusissa missä tahansa vaiheissa raskautta, jos herää epäily raskausdiabeteksestä (Rajala 2016).

Vuonna 2011 Suomessa glukoosirasituskokeen tulos oli poikkeava 12,5 %:lla raskaana olevista. Tämä tarkoittaa siis noin 7400 naista. (Käypä hoito 2013c; Koski ja Peränen 2014, 29.) Raskausdiabeteksen yleisyys näyttää olevan lisääntymässä maailmanlaajuisesti (Tieu ym. 2008). Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut, Suomessa vuonna 2012 se oli 28,4 vuotta. Tuolloin joka kolmas (35 % eli n. 20 800) synnyttäjistä oli ylipainoinen (BMI ≥ 25 kg/m²). Lihavia (BMI ≥ 30 kg/m²) oli 13 % kaikista synnyttäjistä. Ensisynnyttäjien iän nouseminen ja ylipainoisten synnyttäjien määrän lisääntyminen lisäävät raskausdiabeteksen yleisyyttä. (Koski ja Peränen 2014, 29.)

Ennen raskautta riskiä raskausdiabetekseen voidaan eniten pienentää pysymällä normaalipainoisena ja tarvittaessa laihduttamalla. Raskausdiabeteksen riskiä pienentää terveellinen ruokavalio, kun taas suuri kovan rasvan, kolesterolin ja eläneräisissä tuotteissa esiintyvän raudan saanti saattavat suurentaa riskiä. Ennen raskautta liikunta saattaa pienentää sairastumisriskiä. Raskauden aikana raskausdiabeteksen riskiä voidaan ilmeisesti pienentää pyrkimällä parantamaan ruokavaliota, välttämällä liiallista painonnousua ja ylläpitämällä tai lisäämällä liikuntaa. (Käypä hoito 2013c.) Maailmanlaajuisestikin on todettu, että tarve raskausdiabeteksen ennaltaehkäisyyn ravitsemus- ja liikuntaohjauksella raskauden aikana on suuri (Bain ym. 2015).

2.2 Raskausdiabeteksen vaikutukset äidin, sikiön ja vastasyntyneen hyvinvointiin

Raskausdiabetesta sairastavalla äidillä on kohonnut riski sairastua raskaushypertensioon ja pre-eklampsiaan. Raskaushypertensio tarkoittaa äidin kohonnutta verenpainetta, joka ilmaantuu 20. raskausviikon jälkeen. Lepoverenpaine on poikkeavan korkea, jos mitataan toistuvasti $> 140/90$ mmHg tai verenpaine on kohonnut $30/15$ mmHg lähtötasoon nähden. (Käypä hoito 2013c; Kivijärvi 2014, 1029.) Pre-eklampsiaa äidillä esiintyy kohonneen verenpaineen lisäksi proteiuriaa eli valkuaisvirtaisuutta (Käypä hoito 2013c). Pre-eklampsian oireita ovat turvotukset, päänsärky, näköhäiriöt, ylävatsakivut, virtsanerityksen väheneminen ja vakavassa myrkytyksessä aivopaineen noususta johtuvat kouristukset ja tajuttomuus. Jokaisella neuvolakäynnillä tutkitaan verenpaine ja virtsan valkuainen mahdollisen pre-eklampsian havaitsemiseksi. (Kivijärvi 2014, 1029 - 1030; Rajala 2016.)

Raskausdiabetesta sairastavien äitien makrosomisilla sikiöillä ja vastasyntyneillä perinataalikomplikaatioiden esiintyvyys on suurentunut. Perinataaliaika alkaa raskausviikosta 23 ja loppuu, kun lapsi on viikon ikäinen. (Käypä hoito 2013c.) Makrosomian tärkein aiheuttaja on äidin korkea verensokeri, joka aiheuttaa sikiölle hyperinsulinemiaa eli veren korkeaa insuliinipitoisuutta (Käypä hoito 2013c). Insuliini on sikiön tärkein kasvuhormoni. Makrosomiassa se aiheuttaa sikiön rasvakudoksen lisääntymistä sekä maksan, pernan ja sydämen suurentumista. Sen sijaan pää pysyy normaalikokoisena. (Rajala 2016.) Alatiesynnytyksessä makrosomia altistaa sikiön ulosautto-ongelmille, esimerkiksi hartiadystokialle, jossa lapsi jää hartioista kiinni synnytyskanavaan. Tämä puolestaan suurentaa lapsen Erbin pareesin eli olkahermopunoksen halvaantumisen riskiä. Insuliinihoitoisten raskausdiabeetikkojen sikiöillä hapenpuutteen riski on suurentunut etenkin, jos sikiö on makrosominen. Kroonista hapenpuutetta voivat aiheuttaa äidin diabeteksestä johtuvat sikiön hyperglykemia eli korkea veren glukoosipitoisuus ja hyperinsulinemia. (Käypä hoito 2013c.)

Äidin raskausdiabeteksen hoitotasapaino vaikuttaa vastasyntyneen komplikaatioiden esiintyvyyteen ja vakavuuteen. Raskausdiabeteksen tehostettu hoito vähentää vastasyntyneen komplikaatioita. Vastasyntyneen hoidon tarve vastasyntyneiden osastolla voi kasvaa äidin raskausdiabeteksen vuoksi. (Käypä hoito 2013c.) Raskausdiabetesta sairastavien äitien lapsilla esiintyy samoja komplikaatioita kuin muiden diabeetikkojen vastasyntyneillä. Vastasyntyneen hengitysvaikeuksien riski on suurentunut raskausdiabeteksessa. Lapsen enneaikainen syntymä, hengitysvajaus ja äidin huono verensokeritasapaino altistavat hengitysvaikeuksille, jotka vaativat aina hoitoa. Äidin raskauden ja synnytyksen aikainen hyperglykemia ja siitä johtuva vastasyntyneen korkea insuliinin erityis suurentavat vastasyntyneen hypoglykemian riskiä raskausdiabeteksessa. (Käypä hoito 2013c; Fellman ja Luukkainen 2016.) Hypoglykemialla tarkoitetaan pientä veren glukoosipitoisuutta ja tämä voi häiritä aivojen energiansaantia. Useimmiten hypoglykemian raja-arvona pidetään alle 2,6 mmol/l. Lisäksi äidin huono verensokeritasapaino on suorassa yhteydessä vastasyntyneen polysytemiaan eli luuytimen liialliseen verisolujen tuotantoon. Raskausdiabetes ja polysytemia altistavat vastasyntyneen hyperbilirubinemialle, jossa ylimääräisten punasolujen hajotessa vastasyntyneen epäkypsä maksa ei pysty poistamaan punasoluja. Se ilmenee vastasyntyneen keltaisuutena, joka voi lisätä sinivalohoidon tarvetta ja pitkittää sairaalahoitoa. (Käypä hoito 2013c.)

2.3 Raskausdiabeteksen hoito ravitsemuksen ja liikunnan avulla

Kun odottavalla äidillä todetaan raskausdiabetes, annetaan hänelle neuvolassa terveysneuvontaa ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä hänelle opetetaan verensokerin omaseuranta (THL 2013, 153). Lisäksi hänelle annetaan seurantaan tarkoitettu mittari ja liuskat. Verensokerin omaseurannan tavoitteet ovat ennen aamiaista tai muuta aterialla alle 5,5 mmol/l ja tunti aterian jälkeen alle 7,8 mmol/l. (Käypä hoito 2013b.) Jos omaseurannan arvot ylittyvät toistuvasti ruokavalion muutoksesta huolimatta, tehdään neuvolasta lähete erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle (THL 2013, 153). Vuonna 2011 noin 1,7 %:lle raskausdiabeetikoista aloitettiin insuliinihoito. Verensokerin omaseuranta on tärkeää, koska sen avulla löydetään raskausdiabeetikot, jotka tarvitsevat insuliinihoitoa. (Käy-

pä hoito 2013b.) Omaseurannan avulla raskausdiabeetikot huomaavat myös ravitsemuksen ja liikunnan merkityksen veren glukoosipitoisuuteen (Käypä hoito 2013c).

Oikea ruokavalio on yksi raskausdiabeteksen hoitomuoto. Toistaiseksi ei kuitenkaan ole näyttöä siitä, millainen ruokavalio olisi paras sairastavan äidin ja tulevan lapsen kannalta. Suosituksena on, että raskausdiabeetikon tulisi noudattaa normaaleja raskausajan ja diabeteksen ravitsemussuosituksia. Ravitsemushoidon tavoitteena on pitää veren glukoosipitoisuus normaalina, vähentää sen voimakkaita vaihteluita sekä taata riittävä ravintoaineiden ja energian saanti monipuolisesta ravinnosta. Niinpä suositaan säännöllisiä, melko tiuhaan toistuvia pieniä aterioita ja vältetään nopeasti imeytyvien hiilihydraattien käyttöä. Hyvä ravitsemushoito ehkäisee insuliinihoidon tarvetta ja raskausajan liiallista painonnousua. Suositus raskausajan painonnoususta perustuu äidin painoindeksiin ennen raskautta. (Käypä hoito 2013c; Uotila 2014, 1018.) Jos BMI on alkuraskaudessa > 30 , tavoitteena on painon pysyminen ennallaan kolmanteen raskauskolmannekseen asti (Rajala 2016). Ravitsemushoidolla pystytään ehkäisemään myös sikiön liikakasvua, raskausdiabeteksen uusiutumista seuraavissa raskauksissa, äidin myöhempää sairastumista diabetekseen ja syntyvän lapsen riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin (Käypä hoito 2013c).

Monipuolisen ravinnon lisäksi raskausdiabetesta voidaan hoitaa liikunnalla. Liikunnan on todettu mataltavan äidin veren glukoosipitoisuutta ja auttavan painonhallinnassa. Erityisesti ylipainoisilla naisilla liikunta saattaa vähentää mahdollisen insuliinin tarvetta viimeisen raskauskolmanneksen aikana. Raskausaikana kohtuullisen kuormittava liikunta on suositeltavaa ja sen tavoitteena on kestävyys- ja lihasvoiman kohentaminen. Liikunta on turvallisinta äideille, joilla ei ole todettu muita raskauskomplikaatioita kuten pre-eklampsiaa tai sikiön hidastunutta kasvua. Raskausajan liikuntasuosituksukset eivät poikkea yleisistä terveysliikuntasuosituksista. (Käypä hoito 2013c.) Liikuntaa voi jatkaa kuten ennenkin, mutta raskauden edetessä liikuntaa tulisi keventää voinnin mukaan. Liikuntaan totuttoman äidin suositellaan aloittamaan liikunta rauhallisesti ja lisäämään harjoituskertoja ja -kestoa vähitellen. Tavoitteena on harrastaa jonkin verran hengästyttävää liikuntaa vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa ja se tulisi jakaa vähintään kolmeen päivään viikossa. 16. raskausviikon jälkeen selälään tehtäviä liikuntaharjoitteita tulee välttää, koska tällöin kohtu painaa sydämeen johtavia suuria verisuonia, mikä voi aiheuttaa pahoinvointia. (UKK-instituutti 2014a.)

2.4 Raskausdiabeteksen lääkehoito

Raskausdiabeteksen hoidossa voidaan käyttää myös lääkehoitoa, jos ravitsemushoidolla ei ole saatu riittävää vastetta. Lääkehoidon tavoitteena on veren hyvän glukoositasapainon saavuttaminen. Ensimmäisenä lääkkeenä käytetään insuliinia ja erityistapauksissa harkitaan metformiinilääkityksen aloittamista. (Käypä hoito 2013c.) Metformiini on biguanideihin kuuluva diabeteslääke, joka vaikuttaa maksan sokerituotantoa vähentävästi (Käypä hoito 2016a). Metformiinia voidaan käyttää raskausdiabeteksen hoidossa pelkästään tai yhdessä insuliinin kanssa. Lääkehoidon rinnalla tulee aina jatkaa ravitsemushoitoa. (Käypä hoito 2013c.)

Insuliinihoito aloitetaan, jos ruokavalioneuvonnasta ja sen tehostetusta toteutuksesta ei ole saatu hyötyä, ja äidin paastoglukoosipitoisuus on omaseurannassa toistuvasti vähintään 5,5 mmol/l tai

tunti aterian jälkeen 7,8 mmol/l. Insuliinilla hoidetaan hyperglykemiaa, joka on tärkeää hoitaa makrosomia- ja perinataaliongelmien vähentämiseksi. Insuliinihoito toteutetaan yksilöllisesti niin, että äiti saavuttaa normaalit veren glukoosipitoisuudet. Jos veren glukoosipitoisuuden paastoarvo on vähintään 5,5 mmol/l, aloitetaan yleensä NPH-insuliinin ottaminen iltaisin ja annosta voidaan tarvittaessa nostaa noin kolmen vuorokauden välein. (Käypä hoito 2013c.) NPH-insuliini on pitkävaikutteinen insuliini, jonka vaikutus alkaa n. 1,5 h lääkkeen otosta ja vaikutus kestää n. 16 - 18 tuntia (Huupponen ja Savontaus 2014).

Raskausdiabeteksen hoitona voidaan käyttää myös insuliinianalogeja, joilla saavutetaan usein parempi glukoositasapaino kuin NPH-insuliineilla (Käypä hoito 2013c). Insuliinianalogit ovat ylipitkävaikutteisia insuliineja, joiden vaikutus alkaa neljässä tunnissa ja vaikutus kestää vuorokauden (Huupponen ja Savontaus 2014). Pitkävaikutteiset insuliinit eivät vähennä sikiön makrosomiaa. Jos iltainsuliinin aloittamisen jälkeen tai normaalisti aterian jälkeen veren glukoosiarvo on vähintään 7,8 mmol/l tai enemmän, aloitetaan ateriainsuliinina nopeasti vaikuttava insuliini. Insuliinihoidon aikana veren glukoosiarvojen omaseuranta jatkuu ja insuliiniannoksia säädetään niiden mukaan. Usein raskausviikkojen 20 - 32 aikana insuliinin tarve voi kasvaa insuliiniresistenssin lisääntymisen takia. Synnytyksen aikana raskausdiabeetikkojen veren glukoosipitoisuutta seurataan 1 - 2 tunnin välein. Tähtöteenä synnytyksen aikana ovat äidin normaalit glukoosiarvot eli 4 - 7 mmol/l. (Käypä hoito 2013c.)

Metformiinin käyttöä raskausdiabeteksen hoidossa on tutkittu viime vuosina paljon (Ijäs 2015, 7). Raskausdiabeteksen Käypä hoito -suositus (2013) ei suosittele metformiinia ensisijaiseksi lääkkeeksi raskausdiabeteksen hoidossa, sillä noin 30 % potilaista tarvitsee metformiinihoidon rinnalle insuliinia normaalin glukoositasapainon saavuttamiseksi. Lisäksi metformiini läpäisee istukan ja sen pitkäaikaturvallisuutta lapsen kannalta ei ole vielä tarpeeksi tutkittu (Käypä hoito 2013c; Tertti 2013, 5). Metformiinin turvallisuudesta ja tehokkuudesta verrattuna insuliiniin raskausdiabeteksen hoidossa on tehty väitöskirjoja. Tertti (2013, 64) ja Ijäs (2015, 7) ovat tutkimuksissaan tulleet siihen tulokseen, ettei metformiini lisää äidin, sikiön tai vastasyntyneen komplikaatioiden riskiä insuliiniin verrattuna. Ijäksen (2015, 79) mukaan metformiini on turvallinen ja tehokas vaihtoehto insuliinihoidolle.

Tertti (2014) puhuu tutkimuksissaan myös muiden metformiinin hyvien ominaisuuksien puolesta. Metformiinin käyttö on kohtalaisen tehokasta, turvallista ja helppoa. Metformiini otetaan suun kautta, kun taas insuliini injisoidaan ihon alle. Odottavat äidit saattavat kokea pistämisen hankalana. Metformiini ei voi myöskään laskea odottavan äidin verensokeripitoisuutta liian alas. Raskausdiabeetikkoja ajatellen on suotuisaa, ettei metformiini aiheuta ei-toivottua painonnousua kuten insuliini.

Metformiinilääkitys aloitetaan äitiyspoliklinikalla. Sen aloitusannos on 500 mg vuorokaudessa ja annosta voidaan tarvittaessa nostaa muutaman vuorokauden jälkeen. Metformiinilääkitys lopetetaan vuorokausi ennen suunniteltua synnytystä. (Käypä hoito 2013c.)

3 RASKAUSDIABETEKSEN SEURANTA JA HOITO SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Raskausdiabetes päättyy synnytykseen (Käypä hoito 2013c). Vaikka sairaus on näennäisesti ohi, tulee äidin voinnin seuranta silti jatkaa, sillä raskausdiabetes on kehossa merkki aineenvaihdunnan häiriöstä (Koski ja Peränen 2014). Kolmasosalla raskausdiabeteksen sairastaneista naisista tauti uusiutuu seuraavan tai seuraavien raskauksien aikana. Raskausdiabeteksen uusiutumisen riskiä lisäävät edellisessä raskaudessa ennen 24. raskausviikkoa esiintyvä glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, raskaudenaikainen insuliinihoito, lapsen makrosomia, äidin ylipaino ennen raskautta, yli 5 kilogramman painon nousu raskauksien välillä, useat synnytykset, alle vuosi synnytysten välillä ja yli 35 vuoden ikä. Uusiutumisen riskin vuoksi naisen elämäntapoihin, etenkin ylipainoon ja vähäiseen liikuntaan, tulee puuttua ennen seuraavaa raskautta. (Käypä hoito 2013c.)

Myöhemmin tyypin 1 diabetekseen sairastuu ravitsemushoitoisista raskausdiabeetikoista n. 5 % ja insuliinihoitoisista raskausdiabeetikoista 5 - 10 % (Käypä hoito 2013c). Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriski on suurimmillaan ensimmäisen viiden vuoden aikana, mutta senkin jälkeen sairastumisen riski on kohonnut (Koski ja Peränen 2014; Käypä hoito 2013c). Ajankohtaa, jolloin diabetes puhkeaa, ei ole vielä pystytty täysin määrittämään (Bellamy, Casas, Hingorani ja Williams 2009). Eri aineistojen mukaan tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus raskausdiabeteksen sairastaneiden kesken on 3 - 70 %. Suuri heitto johtunee osittain seuranta-aikojen suuresta vaihtelusta (0,5 - 28 vuotta). Eriytyisesti raskaudenaikainen huomattava painon nousu (yli 20 kg) ja synnytyksen jälkeinen ylipaino lisäävät sairastumisen riskiä. Muita riskitekijöitä sairastumiselle ovat raskaudenaikaisen sokerirasituskokeen suuri kahden tunnin arvo, äidin yli 35 vuoden ikä, insuliinihoitoinen raskausdiabetes, poikkeava glukoosiaineenvaihdunta raskauden jälkeen sekä uudet raskaudet raskausdiabeteksen jälkeen. Sairastumisriskiä voi pienentää merkittävästi elämäntavoillaan: liikkumalla riittävästi, syömällä terveellisesti ja laihduttamalla normaalipainoon. (Käypä hoito 2013c.) Bainin ym. (2015) mukaan on mahdollista, että tyypin 2 diabetesta on pystytty ennaltaehkäisemään liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvällä ohjauksella.

3.1 Äidin voinnin seuranta ja jatkohoito

Kaikkien raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten jatkohoitoon kuuluu sokerirasituskokeen uusiminen synnytyksen jälkeen sekä verenpaineen, vyötärön ympärysmittan, painon ja veren lipidipitoisuuden eli rasva-arvojen mittaus. (Käypä hoito 2013c.) Näiden mittausten poikkeavat, korkeat arvot ovat riskitekijöitä sairastua metaboliseen oireyhtymään ja tyypin 2 diabetekseen. Jos henkilöllä todetaan kyseisissä mittauksissa ainakin kolmessa poikkeavia arvoja, voidaan todeta metabolinen oireyhtymä. Se kasvattaa tyypin 2 diabeteksen riskiä viisinkertaiseksi ja verisuonisairauksien riskiä kaksinkertaiseksi. (Syväne 2016.) Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito ovat tärkeitä, koska sairauteen liittyy lisäsairauksia. Lisäsairaudet voivat kehittyä vuosien aikana ja ne johtuvat usein pitkittyneestä kohonneesta verensokeripitoisuudesta. Kohonnut verensokeri vahingoittaa pieniä verisuonia. Tästä johtuen joidenkin elimien toiminta voi häiriintyä. Tyypin 2 diabeteksen merkittäviä lisäsairauksia ovat silmän verkkokalvosairaus, munuaissairaudet ja ääreishermoston häiriöt. Nämä sairaudet voivat heikentää näköä huomattavasti, johtaa vaikeaan munuaisten vajaatoimintaan tai aiheut-

taa alaraajoihin pitkittynyttä särkyä ja tunnottomuutta. Lisäksi riski sairastua valtimotautiin on suurentunut. (Mustajoki 2015.) Jatkohoidon mittausten avulla pyritään siis löytämään metaboliseen oireyhtymään ja tyypin 2 diabetekseen sairastuneet naiset ja ohjaamaan heidät asianmukaiseen hoitoon (Käypä hoito 2013c).

Raskausdiabeteksen jälkiseurannan merkittävyys on tiedossa, mutta seurannan toteutuminen on vähäistä (Korpi-Hyövälti 2012). Middleton ja Crowther (2014) ovat tutkineet, lisääkö synnytyksen jälkeinen muistuttaminen naisten osallistumista sokerirasituskokeeseen. Tutkimukseen osallistui 256 naista, joista 213:a muistutettiin kokeen uusimisesta ja 43:a ei. Muistutuskirje lähetettiin joko naiselle itselleen, hoitavalle lääkärille tai molemmille. Tutkimus osoitti, että muistuttaminen edisti naisten osallistumista sokerirasituskokeeseen synnytyksen jälkeen. Sillä ei ollut merkitystä, lähetettiinkö muistutus naiselle itselleen, lääkärille vai molemmille. Myös Suomessa tehdyssä Korpi-Hyövältin (2012) tutkimuksessa huomattiin, että osallistuminen sokerirasituskokeeseen paranee huomattavasti, kun hoitaja muistuttaa äitejä aktiivisesti seurannan tärkeydestä tai keskussairaalaan lähetetään kutsu.

3.1.1 Verensokerin seuranta ja hoito

Jos raskausdiabetesta hoidetaan insuliinilla, jatketaan insuliinihoitoa niin kauan kuin lapsi on syntynyt ja äiti pystyy ensimmäisen kerran syömään normaalisti. Myös veren glukoosiarvojen tiheä seuranta lopetetaan äidin syötyä normaali ateria synnytyksen jälkeen. Paastoarvoja seurataan kuitenkin 1 - 3 vuorokautta synnytyksestä, jotta saadaan selville, tarvitseeko äidin insuliinihoitoa jatkaa. (Käypä hoito 2013c.)

Sokerirasituskoe uusitaan insuliinia käyttäneillä äideillä 6 - 12 viikon kuluttua synnytyksestä, muille koe tehdään noin vuoden kuluttua synnytyksestä. Tällöin sokerirasituskokeen viitearvoina paastoarvo on < 6,1 mmol/l ja kahden tunnin arvo on < 7,8 mmol/l. Jos kokeen tulos on tuolloin normaali, suositellaan sokerirasituskokeen uusimista kolmen vuoden välein. (Käypä hoito 2013c; Koski ja Peränen 2014, 30.) Jos sokerirasituskokeen tulos on poikkeava, seurantaväli on jatkossa yksi vuosi (Käypä hoito 2013c). Poikkeavia tuloksia sokerirasituskokeessa ovat glukoosipitoisuuden suurentunut paastoarvo (IFG, impaired fasting glucose) ja heikentynyt glukoosinsieto (IGT, impaired glucose tolerance). IFG:ssä paastoarvo on 6,1 - 6,9 mmol/l ja IGT:ssä kahden tunnin arvo on 7,8 - 11,0 mmol/l. Tyypin 2 diabeteksen diagnostiset arvot ovat ≥ 7 mmol/l paastoarvo ja kahden tunnin arvo > 11 mmol/l. (Käypä hoito 2016a.) Jos kokeessa yksikin tulos on poikkeava, äiti ohjataan jatkoseurantaan avoterveydenhuollon lääkärille (Tarnanen, Kaaja, Kinnunen ja Vuorela 2013).

Vuosina 2008 - 2010 julkaistujen tutkimusten mukaan äitien sokeritasapainon seuranta toteutuu maailmanlaajuisesti huonosti. Tulosten mukaan sokerirasitustesti uusittiin 34 - 73 %:lle naisista eri puolilla maailmaa. (Korpi-Hyövälti 2012, 31.)

3.1.2 Verenpaineen seuranta ja hoito

Verenpainetta seurataan 1 - 3 vuoden välein riippuen sokerirasituskokeen tuloksesta. Jos sen tulos on normaali, seurantaväliksi riittää kolme vuotta, mutta jos tulos on poikkeava, seurantaväli on yksi vuosi. (Käypä hoito 2013c.) Normaalissa verenpaineessa systolinen paine on 120 - 129 mmHg ja diastolinen paine on 80 - 84 mmHg. Kohonneessa verenpaineessa systolinen paine on vähintään 140 mmHg ja diastolinen paine vähintään 90 mmHg. (Käypä hoito 2014.) Jos äiti on sairastunut diabetekseen, tavoitearvona on alle 140/80 mmHg (Käypä hoito 2016a).

Raskausdiabeteksen sairastaneille kohonneen verenpaineen lääkehoitoon suositellaan käytettäväksi ACE-estäjiä tai ATR-salpaajia (Käypä hoito 2013c). Jos imettävän äidin verenpainetta hoidetaan lääkkeillä, suositellaan silloin käytettäväksi labetalolia, enalapriilia tai kaptopriilia (Käypä hoito 2013c; Käypä hoito 2016a). Kun imetys loppuu, suositellaan ACE-estäjään tai ATR-salpaajaan siirtymistä. Eräät beetasalpaajat ja suuriannoksinen tiatsididiureetti lisäävät tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyttä, joten niitä ei suositella käytettäväksi verenpaineen hoidossa. (Käypä hoito 2013c.)

3.1.3 Vyötärönympäryksen sekä painon seuranta ja hoito

Vyötärönympäryksen ja painon seurantaväli on 1 - 3 vuotta riippuen sokerirasituskokeen tuloksesta (Käypä hoito 2013c). Vyötärön ympärysmittan tavoitearvo naisilla on alle 80 cm (Ahonen ym. 2014, 200). Kun vyötärön ympäryys ylittää 88 cm, alkaa diabetekseen ja verisuonisairauksiin sairastumisen riski kasvamaan (Syväne 2016).

Normaalipainossa painoindeksi on 18,5 - 24,9; ylipainossa 25,0 - 29,9 ja lihavuudessa 30,0 - 34,9 (Ahonen ym. 2014, 200). Raskausdiabeteksen sairastaneella naisella tavoitteena on saavuttaa normaalipaino liikunnan ja ravitsemuksen avulla (Käypä hoito 2013c). Jo 5 - 10 %:n painonpudotuksella on suotuisia vaikutuksia rasva- ja sokeriaineenvaihduntaan sekä verenpaineeseen (Ahonen ym. 2014, 200).

3.1.4 Lipidiarvojen seuranta ja hoito

Veren lipidiarvojen seurantaväli on 1 - 3 vuotta riippuen sokerirasituskokeen tuloksesta (Käypä hoito 2013c). Väestötasolla suosituksena on, että seerumin kokonaiskolesterolipitoisuus on alle 5,0 mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuus eli niinsanotun "huonon" kolesterolin osuus on alle 3,0 mmol/l (Käypä hoito 2013a). Jos äiti on sairastunut diabetekseen, suositellaan LDL-kolesterolipitoisuudeksi alle 2,5 mmol/l. Siihen pyritään elämäntapamuutosten ja tarvittaessa statiinihoidon eli korkeaan kolesteroliin tarkoitetun lääkehoidon avulla. (Käypä hoito 2016a.) Jos äiti imettää raskauden jälkeen, ei kolesterolia suositella kuitenkaan hoidettavaksi statiineilla (Käypä hoito 2013a).

Statiinihoitotutkimuksissa on osoitettu niiden lisäävän tyyppin 2 diabeteksen riskiä: statiinihoidettujen potilaiden keskuudessa ilmeni 9 % enemmän tyyppin 2 diabetesta kuin verrokkiryhmässä. Erityisesti suuriannoksinen statiinihoito lisää diabetesriskiä. (Käypä hoito 2013a.) Hoidon hyödyn katsotaan kuitenkin olevan selvästi suurempi kuin diabetesriskin lisääntymisen haitta (Käypä hoito 2016a).

3.2 Ravitsemus synnytyksen jälkeen

Synnyttäneille äideille suositellaan koko perheelle soveltuvaa monipuolista ruokavaliota (Neuvokas perhe 2016). Äidin hyvä ravitsemus edistää synnytyksestä toipumista ja imetyksen sujumista sekä auttaa jaksamaan paremmin. Päivittäisen kokonaisenergian tarve vaihtelee yksilöllisesti sukupuolen, fyysisen aktiivisuuden ja painon mukaan. (Syödään yhdessä 2016, 58, 121.) Kokonaisenergiamäärästä hiilihydraatteja tulisi olla 45 - 60 % ja tästä maksimissaan 10 % saa olla puhdasta sokeria. Ruokavaliossa tulisi suosia täysjyväviljavalmisteita ja kuitua tulisi saada päivittäin 25 - 35 grammaa. (VRN 2014, 23; Syödään yhdessä 2016, 123.) Hiilihydraatit tulisi jakaa tasaisesti jokaiselle aterialle. Rasvan osuus päivän kokonaisenergiasta tulisi olla 25 - 40 %. Välttämättömien rasvahappojen eli omega-3- ja -6-rasvahappojen osuus tulisi olla 5 % kokonaisenergian saannista imettävillä äideillä. Tämä on suurempi osuus kuin muulle väestölle suositeltu määrä. Kerta- ja monitydyttymättömien rasvahappojen eli pehmeän rasvan osuus tulisi olla vähintään kaksi kolmasosaa. Tyydyttyneen eli kovan rasvan saantia tulisi rajoittaa. (Syödään yhdessä 2016, 122 - 123.) Hyvien rasvojen saantiin tulisi kiinnittää huomiota, koska se parantaa glukoosin sietokykyä ja takaa välttämättömien rasvahappojen saannin (Käypä hoito 2013c). Päivän kokonaisenergiamäärästä proteiinia tulisi olla 10 - 20 % (Syödään yhdessä 2016, 123).

Imetysaikana tulisi myös noudattaa terveyttä edistävää ruokavaliota. Äidin hyvä ravitsemustila vaikuttaa imetyksen sujumiseen positiivisesti, ja ruokavalion merkitys korostuu erityisesti pitkään imettävillä äideillä. Energiantarve lisääntyy noin 500 kcal:lla vuorokaudessa. Imetysaikana äidin tulisi syödä säännöllisesti ja huolehtia riittävästä nesteen saannista nesteen tarpeen lisääntymisen vuoksi. Äidin tulisi kiinnittää huomiota välttämättömien rasvahappojen ja vitamiinien saantiin. Rasvahappojen saanti vaikuttaa lapsen hermoston ja näkökyvyn kehittymiseen. D-vitamiinin riittävän saannin turvaamiseksi suositellaan käytettäväksi D-vitamiinivalmistetta 10 µg vuorokaudessa. Muita vitamiinivalmisteita tulee käyttää vain, jos ruokavalio on yksipuolinen, äiti luovuttaa rintamaitoa tai imettää kaksosia tai uusi raskaus alkaa heti edellisen raskauden jälkeen. (Syödään yhdessä 2016, 58 - 60.)

Imettävän äidin tulee välttää tiettyjä ruoka-aineita erilaisten infekti- ja bakteeririskien, korkean elohopeapitoisuuden, raskasmetallipitoisuuksien, luontaisten toksiinien eli myrkkujen ja ruokamyrkytysriskien vuoksi. Tällaisia tuotteita ovat raaka liha, hauki, hirven sisäelimet, pellavansiemenet, vihreät, itäneet tai vaurioituneet perunat, raaka tomaatti ja punajuuri sekä korvasieni. Ulkomaiset pakastemarjat tulee kuumentaa hyvin tai keittää ennen käyttöä virus ja infektioriskien vuoksi. Imetysaikana kofeiininsaantia tulee tarkkailla. Turvallinen saantiraja on 200 mg eli kolme desilitraa suodatinkahvia tai litra mustaa teetä päivässä. Alkoholin käyttöä tulee välttää, koska sen turvallisuudesta ei ole riittävästi tietoa. Lisäksi tulee välttää yrttivalmisteita ja yrttitejuomia, joiden turvallisuudesta ei tiedetä, sekä merilevävalmisteita, mikäli jodipitoisuus ei ole tiedossa tai se on korkea. (Evira 2016.)

3.2.1 Ravitsemuksen vaikutus verensokeriin, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen

Uusissa ravitsemussuosituksissa korostetaan hiilihydraattien laadun merkitystä ja kuitupitoisten hiilihydraattien suosimista. Kuidut ovat imeytymättömiä hiilihydraatteja. Ne jaetaan veteen liukeneviin eli geeliiytyviin kuituihin, joita saadaan esimerkiksi marjoista, hedelmistä, kaurasta ja palkokasveista, sekä veteen liukenemattomiin kuituihin, joita saadaan esimerkiksi viljasta. Geeliiytyvä kuitu hidastaa aterian jälkeistä verensokerin nousua ja näin ollen parantaa veren sokeritasapainoa. Lisäksi se hidastaa glukoosin siirtymistä verenkiertoon. Ruokavalion kuitu vaikuttaa positiivisesti myös rasva-aineenvaihduntaan sekä kolesterolitason säätelyyn lisäämällä kolesterolin poistumista elimistöstä ulosteissa. Kuidun runsas nauttiminen vaikuttaa positiivisesti suolen toimintaan. (Niskanen 2014; Aro 2015.)

Pehmeä tyydyttymätön rasva pienentää veren kokonais- ja LDL-kolesterolipitoisuutta, parantaa HDL/LDL-kolesterolisuhdetta ja vähentää verihiihtaleiden takertuvuutta. Lisäksi se parantaa insuliiniherkkyyttä eli sokeriaineenvaihduntaa. Kalan rasva pienentää triglyseridiarvoja. Kova eli tyydyttynyt rasva taas suurentaa veren kokonais- ja LDL-kolesterolipitoisuutta. (Ahonen ym. 2014, 216.)

Keskeisin kohonneeseen verenpaineeseen vaikuttava elintapatekijä on suolan saanti (Laatikainen, Jula ja Jousilahti 2015). Suolan saanti lisää verivolyyymia kahdella tavalla. Se kasvattaa veren osmolaliteettia, mikä aktivoi janontunnetta eli lisää elimistön nestemäärää sekä vaikuttaa hormonaalisesti munuaisiin, jotka lisäävät veden takaisinottoa. Osmolaliteetti tarkoittaa liuenneiden molekyylien ja ionien määrää kilossa liuotinta eli tässä tapauksessa verta. Normaaliolanteessa verenpaineen hormonaaliset säätelyjärjestelmät ja munuaiset poistavat liiallisen natriumin virtsaan. Pitkään jatkunut liiallinen suolan saanti väsyttää munuaiset ja ne eivät poista natriumia entiseen tapaan, mikä aiheuttaa verenpaineen nousua. Suolan verenpainetta kohottava vaikutus on yksilöllinen. (Hall ja Guyton 2011, 52, 217 - 218, 376.) Natriumin fysiologinen tarve eli noin 0,5 grammaa vuorokaudessa saadaan ilman ruokaan lisättyä suolaa (Jula 1999). Tämä määrä tarkoittaa ruokasuolana 5 grammaa eli korkeintaan yhtä teelusikallista (Syödään yhdessä 2016, 32).

3.2.2 Mallit ravitsemusohjauksen tueksi

Terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuuden havainnollistamista helpottamaan on kehitetty erilaisia malleja, joita terveydenhoitaja voi käyttää työssään ravitsemusohjauksen tukena. Valtionravitsemusneuvottelukunnan ruokakolmio auttaa havainnollistamaan, kuinka terveellisen ruokavalion voi muodostaa. Ruokavaliossa tulisi olla eniten kolmion alaosassa olevia tuotteita ja vähiten huipulla olevia tuotteita. Alaosassa olevien ruoka-aineiden tulisi olla päivittäisen ruokavalion perustana. Näitä ovat kasvikset, marjat, hedelmät ja täysjyväviljavalmisteet. Kolmion keskellä ovat taas ruokavalioon kuuluvat kasvirasvat, hyvät proteiininlähteet eli vähärasvaiset maitovalmisteet sekä kala ja siipikarja. Nestemäisiä maitovalmisteita tulisi nauttia 5 - 6 desilitraa vuorokaudessa. Kalaa tulisi syödä 2 - 3 kertaa viikossa kalalajeja vaihdellen. Kolmion yläosassa ovat lihavalmistet, punainen liha ja kananmunat. Lihavalmisteita ja punaista lihaa suositellaan käytettävän korkeintaan 500 grammaa viikossa (kypsä paino). Kananmunia suositellaan käytettävän 2 - 3 kappaletta viikossa. Kolmion huipulla ovat

sattumat eli erilaiset epäterveelliset herkut, joiden käyttöön kannattaa kiinnittää huomiota. (VRN 2014, 19, 22.)

Lautasmallia voi hyödyntää terveellisten aterioiden kokoamisessa ja se auttaa hallitsemaan ateriakojoja. Lautanen jaetaan neljään osaan: puolet lautasesta täytetään kasviksilla, salaatilla tai lämpimillä kasvislisäkkeillä, neljännes lautasesta täytetään perunalla tai täysjyväviljalisäkkeellä ja viimeinen neljännes täytetään kalalla, lihalla tai muulla proteiinilla. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa tai piimää. Ateriaan kuuluu myös täysjyväleipäviipale, jonka päälle laitetaan vähintään 60-prosenttista kasvirasvavitettä. Jälkiruoaksi suositellaan marjoja tai hedelmää. (VRN 2014, 20, 22.)

Pakkausmerkintöjen avulla voi valita itselleen sopivimman vaihtoehdon eri tuotteista. Merkinnöistä kannattaa selvittää erityisesti kuidun, rasvan, tyydyttyneen rasvan, suolan ja lisätyn sokerin määrä. Sydänmerkillä varustetut tuotteet ovat helppo tapa tehdä terveellisempiä ruoka-ainevalintoja. Merkki pakkauksessa kertoo, että tuote on omassa tuoteryhmässään rasvan määrän ja laadun sekä suolan, sokerin ja kuidun määrän kannalta parempi valinta. Sydänmerkki-järjestelmästä vastaavat yhdessä Sydänliitto ja Diabetesliitto. (Ahonen ym. 2014, 215; VRN 2014, 35.) Sydänmerkki pakkausmerkintä on vapaaehtoinen ja maksullinen. Tuotteen valmistajan tulee hakea tuotteelle merkkiä. Näin ollen useat tuotteet voivat täyttää merkinnän kriteerit, vaikka tuotteella ei olisikaan Sydänmerkkiä. Pakkausmerkintöjä lukemalla ja vertaamalla tuotetta vastaavaan Sydänmerkilliseen tuotteeseen voi selvittää olisiko tuote omassa tuoteryhmässään parempi valinta. (Sydänmerkki 2016.)

3.3 Liikunta synnytyksen jälkeen

Synnytyksestä palautuminen on yksilöllistä. Äidin on suositeltavaa aloittaa synnytyksen jälkeen liikunta heti, kun oma vointi sen sallii. Päivittäinen liikunta auttaa painonhallinnassa ja sillä on myös muita terveydelle edullisia vaikutuksia. Liikunta esimerkiksi ehkäisee synnytyksen jälkeiseltä masennukselta. Jos äiti imettää, ei varsinaista laihduttamista imetysaikana suositella, sillä se voi aiheuttaa maidontulon häiriintymistä. Kohtuullinen liikunta ei kuitenkaan vaikuta haitallisesti rintamaidon määrään eikä laatuun tai äidin imetyskykyyn. Paras imetysaika on ennen liikuntaa, koska silloin rinnat tulevat kevyemmiksi ja liikkuminen on mukavampaa. Imetys auttaa myös äidin painon normalisoitumisessa. (Diabetesliitto 2011, 22; UKK 2016.)

Yleiset terveyslääkintäsuositukset koskevat 18 - 64-vuotiaita ja myös synnyttäneet äidit voivat pitää niitä tavoitteinaan (UKK 2016). Niiden mukaan kestävyyskuntoa kehittävää reipasta liikuntaa tulisi harrastaa kaksi ja puoli tuntia tai rasittavaa liikuntaa tunti ja 15 minuuttia viikossa. Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi kehittää vähintään kaksi kertaa viikossa. Kestävyyskuntoa parantavaa liikuntaa ovat esimerkiksi kävely, pyöräily ja raskaat koti- sekä pihatyöt. Aloittelevalla liikkujalla nämä voivat myös kohentaa kuntoa. Liikuntaan tottuneen ja hyväkuntoisen liikkujan tulisi harrastaa rasittavampaa liikuntaa, jotta kunto kohenee. Rasittavaa liikuntaa ovat esimerkiksi juoksu, maastohiihto, kuntouinti sekä maila- ja pallopelit. Liikunta olisi hyvä jakaa ainakin kolmelle päivälle viikossa ja sen tulisi kestää yhtäjaksoisesti vähintään 10 minuuttia. Kestävyysliikunta kehittää hengitys- ja verenki-

toelimistön kuntoa ja sitä kautta parantaa sydämen, verisuonten ja keuhkojen terveyttä. Kestävyysliikunta parantaa myös veren rasva- ja sokeritasapainoa ja auttaa painonhallinnassa. (UKK 2017b.)

Lihaskuntoa, liikehallintaa ja tasapainoa tulisi yleisten terveysliikuntasuosittelujen mukaan harrastaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Tällaista liikuntaa on esimerkiksi kuntosaliharjoittelu ja kuntopiirit. Suositeltava liikkeiden määrä suurille lihasryhmille on 8 - 10 ja kutakin liikettä tulisi tehdä 8 - 12 toistoa. Pallopelit, tanssiliikunta ja luistelu kehittävät liikehallintaa ja tasapainoa, myös nämä kannattaa muistaa kuntosaliharjoittelun ohella. Lisäksi säännöllinen venyttely ylläpitää liikkuvuutta. (UKK 2017b.) Synnytyksen jälkeen äidin nivelsiteet ovat löystyneet hormonaalisten muutosten seurauksena. Tästä syystä olisi alussa hyvä välttää lajeja, joissa tulee voimakkaita hyppyjä ja nopeita suunnanmuutoksia. Alussa on hyvä valita tuttuja ja turvallisia liikuntamuotoja. (UKK 2016.)

Muun liikunnan lisäksi synnyttäneiden äitien olisi tärkeää harjoittaa lantionpohjan lihaksia, jotka tukevat lantionpohjan elimiä ja virtsaputken sulkumekanismia (Aukee ym. 2010; UKK 2016). Synnytyksen jälkeisellä harjoittelulla on todettu olevan hyötyä (Aukee ym. 2010). Se voi nopeuttaa mahdollisten haavojen paranemista edistämällä verenkiertoa lantion alueella. Lantionpohjan lihasten harjoittelu tulisi aloittaa heti synnytyksen jälkeen. (Rekilä ym. 2014.) Harjoittelun avulla pyritään nopeuttamaan toipumista synnytyksestä ja ehkäisemään myöhempiä lantionpohjan toimintahäiriötä. Lisäksi sillä voi olla myös positiivisia vaikutuksia seksuaalielämään. (Aukee ym. 2010.)

3.3.1 Liikunnan vaikutus verensokeriin, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen

Liikunnalla on todettu olevan vaikutuksia sokeriaineenvaihduntaan (FIHF 2011; Ahonen ym. 2014, 573; Käypä hoito 2016b). Kevyt liikunta laskee veren glukoosipitoisuutta yleensä melko tehokkaasti. Raju ja raskaampi liikunta taas nostaa veren glukoosipitoisuutta 2 - 4 tunnin aikana, mutta 6 - 8 tunnin aikana raskas liikunta laskee veren glukoosipitoisuutta ja saattaa altistaa hypoglykemialle etenkin tyyppin 1 diabeetikot. (Käypä hoito 2016b.) Säännöllisen liikunnan avulla elimistö pystyy käyttämään tehokkaammin insuliinia hyväkseen lihas- ja rasvakudoksessa sekä maksassa. Liikunta vähentää myös insuliiniresistenssiä. Liikunnan aikana elimistö käyttää energianlähteenä pääasiassa glukoosia, mutta maksan tuottaman glukoosin avulla verensokeri pysyy kohtuullisen tasaisena liikunnan ajan. (FIHF 2011; Ahonen ym. 2014, 573; Käypä hoito 2016b.) Se lisää myös lihaskudoksen kykyä käyttää glukoosia, sillä lihaksisto vaikuttaa insuliiniherkkyyteen. Lihassoluissa käynnistyvät liikunnan aikana insuliinin vaikutuksesta eräänlaiset glukoosinkuljetusproteiinit, jotka mahdollistavat glukoosin siirtymisen verenkierrosta lihaskudokseen. (FIHF 2011.)

Kohtuullisesti kuormittavalla kestävyysliikunnalla voi olla positiivisia vaikutuksia myös veren rasva-arvoihin (Käypä hoito 2013a; Ahonen ym. 2014, 201). Vaikutus rasva-aineenvaihduntaan johtuu osittain lihasten lisääntyneestä energiantarpeesta liikunnan aikana ja osittain lepoaineenvaihdunnan kiihtymisestä (FIHF 2011). Kestävyysliikunta suurentaa veren HDL- kolesterolipitoisuutta sekä pienentää LDL- ja triglyseridipitoisuutta. Positiivisen muutoksen aikaansaamiseksi liikunnan tulee olla runsasta sekä hyvätempoista. Sen tulisi jatkua useiden kuukausien ajan lähes päivittäin ja yhden harjoituskerran tulisi kestää 30 - 60 minuuttia. Myös lyhyempi kestoisella, mutta raskaammalla lii-

kuntaharjoittelulla on todettu olevan sama vaikutus. (Käypä hoito 2013a.) Tämän tyyppisellä liikuntaharjoittelulla pystytään ehkäisemään tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista myöhemmin elämän aikana (Ahonen ym. 2014, 201).

Liikunta vaikuttaa myös verenpaineeseen. Seurantatutkimusten mukaan paljon liikkuvilla on alhaisempi verenpaine kuin vähän liikkuvilla. (Käypä hoito 2016c.) Liikunnan vaikutus normaaliin verenpaineeseen on vähäistä. Kohonneeseen verenpaineeseen voidaan kuitenkin vaikuttaa säännöllisellä liikunnalla. Kohtuullisesti kuormittavan liikunnan on todettu alentavan verenpainetta keskimäärin 8/5 mmHg. (Kukkonen-Harjula 2015a; Käypä hoito 2016c.) Liikunnan vaikutusta verenpaineeseen on verrattu yhteen verenpainelääkkeeseen ja vaikutuksen on todettu olevan lähes yhtä suuri (UKK 2014; Kukkonen-Harjula 2015b). Liikunta vaikuttaa verenpaineeseen eri mekanismien avulla. Se lisää sympaattisen hermoston aktiivisuutta, mikä lisää veren virtausta lihaksiin. Liikunta myös vähentää ääreisvastusta verisuonistossa ja muuttaa verenpainetta verisuonistossa painereseptoreiden eli verenpainetta säätelevien solujen avulla. (UKK 2014.) Kohtuu kuormittavaa liikuntaa suositellaan 150 minuuttia viikossa henkilöille, joilla on lievästi tai kohtalaisesti kohonnut verenpaine. Liikunnalla ja muilla elämäntapamuutoksilla yhdistettynä lääkehoitoon on todettu olevan paras vaikutus verenpaineeseen. (Käypä hoito 2016c.)

3.3.2 Malli liikuntaohjauksen tueksi

Liikuntapiirakka on kuvallinen muoto, joka auttaa hahmottamaan viikottaisen terveystuotuksen. Niitä on erilaisia eri ryhmille terveystuotusten mukaan. (UKK 2017a.) Terveystuotukset synnytyksen jälkeen ovat samat kuin 18 - 64-vuotiaalla aikuisella ja niistä on kerrottu kappaleessa 3.3 (UKK 2016). Liikuntapiirakka on hyvä apuväline esimerkiksi neuvolassa liikuntaneuvonnan tueksi. Sen tarkoituksena on kertoa terveyden edistämiseksi tarvittava viikottainen liikuntamäärä ja antaa esimerkkejä liikuntamuodoista. Siihen on erikseen kirjattu kestävyysliikunnan, lihas-kunnon ja liikehallintaa kohentavien liikuntamuotojen vähimmäistavoitteet viikossa. (UKK 2017a.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Kuopion kaupungin neuvolalle ajankohtaista, näyttöön perustuvaa tietoa sisältävä, selkeä, tiivis, mutta kattava ja helppolukuinen opaslehtinen raskausdiabeteksen sairastaneille äideille. Terveystenhoitajat voivat hyödyntää työssään opaslehtistä ohjauksen tukena äitiysneuvolassa ja opiskelijat oppimisensa tukena. Terveystenhoitaja voi jakaa opaslehtistä äideille jälkitarkastuksessa suullisen ohjauksen yhteydessä ja näin äidit voivat palata lukemaan tietoa aiheesta myös ohjauksen jälkeen.

Työn tavoitteena on antaa opaslehtisen avulla tietoa äideille raskausdiabeteksen vaikutuksista heidän hyvinvointiinsa sekä auttaa heitä raskausdiabeteksen jälkeisessä omahoidossa, jotta riski sairastua tyypin 2 diabetekseen tai uudelleen raskausdiabetekseen pienenee. Pyrimme tekemään opaslehtisestämme voimavaralähtöisen huomioiden raskauden jälkeisen elämäntilanteen. Tekemällä siitä voimavaralähtöisen ja elämäntapamuutokseen kannustavan se voi motivoida äitejä huolehtimaan itsestään sairastettuaan raskausdiabeteksen. Vältämme opaslehtisessämme käskyjä ja kehotuksia.

5 VOIMAVARALÄHTÖISEN OPASLEHTISEN TYÖSTÄMINEN

Opinnäytetyönämme tuotamme opaslehtisen, joka kertoo raskausdiabeteksen jälkeisestä seurannasta ja hoidosta. Painotuotteiden, kuten oppaiden, tarkoituksena on välittää tiivistetysti tietoa jostakin aiheesta (Parkkunen, Vertio ja Koskinen-Ollonqvist 2001, 9). Opaslehtisessämme tulemme kertomaan, kuinka nainen voi huolehtia synnytyksen jälkeen omasta terveydestään, jotta riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen ja uudelleen raskausdiabetekseen pienenee. Sen avulla pyrimme antamaan tietoa terveellisestä, ravitsemussuositukseen perustuvasta ruokavaliosta sekä yleisistä terveysliikuntasuosituksista. Parhaimmillaan näiden tietojen avulla saamme herätettyä äideissä motivaation tekemään elämäntapamuutoksen ja parantamaan omaa terveyttään. Pyrimme hyödyntämään voimavaralähtöisyyttä opaslehtisessämme huomioimalla raskauden jälkeisen elämäntilanteen ja tekemällä siitä elämäntapamuutokseen kannustavan.

5.1 Voimavaralähtöinen ohjaaminen

Voimavaroilla tarkoitetaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia resursseja, jotka tukevat hyvinvoinnin ja omien päämäärien saavuttamista (Anglé 2010, 118). Voimavaroja antavia tekijöitä ovat esimerkiksi ystävä- ja läheisverkosto, parisuhde, lapset ja vanhemmuus, terveys ja elämäntavat sekä tulevaisuuden näkymät. Edellä mainituilla asioilla voi olla myös kuormittava puoli. Kuormittavien tekijöiden suhde antaviin tekijöihin vaikuttaa siihen, kuinka voimavarainen yksilö on. Omiin voimavaroihin voi vaikuttaa tiedostamalla niitä antavat ja kuormittavat tekijät elämässään sekä tekemällä aktiivisesti töitä voimavarojensa eteen. (THL 2015.) Voimavaralähtöisessä työskentelyssä toimitaan asiakkaan ehdoilla, korostetaan hänen vahvuuksiaan, itsemääräämisoikeuttaan ja jo olemassa olevaa hyvää sekä kiinnitetään huomiota asiakkaan omiin toiveisiin ja tavoitteisiin (Anglé 2010, 119; THL 2015). Valtioneuvoston asetuksen 338/2011 mukaan yksilöille ja perheille on annettava terveysneuvontaa, joka tukee voimavarojen vahvistumista, tiedon soveltamista käytäntöön sekä vastuun ottamista omasta terveydestään.

Raskausdiabeteksen sairastaneen naisen elämäntapamuutokset liittyvät muun muassa normaalipainon saavuttamiseen ja ylläpitämiseen, liikunnan lisäämiseen sekä terveellisen ja suositusten mukaisen ruokavalion noudattamiseen (Käypä hoito 2013c). Koska perhe on yksi yksilön voimavaroja antavista tekijöistä, elämäntapamuutoksissa tulisi huomioida koko perhe (THL 2015). Kun lapsi siirtyy syömään samaa ruokaa muun perheen kanssa, on hyvä keskustella ruokavalion vaikutuksesta terveyteen ja hyvinvointiin. Otollinen aika tälle on esimerkiksi lapsen yksivuotisterveystarkastus. (Koski ja Peränen 2014, 30.) Lisäksi lapsen laajojen terveystarkastusten yhteydessä huomioidaan koko perhe ja sen voimavarat hyödyntäen erilaisia voimavaralomakkeita (THL 2015).

Perheiden kanssa työskenteleville ammattilaisille on kehitetty erilaisia menetelmiä, esimerkiksi voimavaralähtöinen eli motivoiva haastattelu, jonka avulla voimavaroja voidaan tunnistaa ja ottaa puheeksi (THL 2015). Haastattelussa on kolme perusmenetelmää: avoimet kysymykset, refleктоiva eli heijastava kuuntelu ja yhteenvetojen tekeminen. Tavoitteena on saada asiakas puhumaan enemmän kuin ammattilainen sekä saada hänet ajattelemaan aktiivisesti omaa tilannettaan. Refleктоivalla

kuuntelulla asiakkaalle luodaan kokemus, että häntä todella kuunnellaan. Ammattilainen voi osoittaa kiinnostustaan katsekontaktilla, pienin elein ja äänin sekä tekemällä lyhyitä yhteenvetoja kuulemassaan varmistaen, että hän on kuullut ja ymmärtänyt asian. Tällöin asiakkaalla on mahdollisuus korjata tai täydentää kertomaansa. Onnistuneen haastattelun lopputuloksena asiakkaalla on mielessä suunnitelma elämäntapamuutokseen ryhtymisestä. (Järvinen 2014.)

Ennen muutokseen ryhtymistä asiakkaan kannattaa arvioida huolellisesti muun elämän kuormittavuutta ja omaa jaksamista. Kun elämäntilanne on tasapainossa, on ajankohtaista alkaa miettimään muutosta. (Turku 2007, 112.) Ihmisillä on motivaatio elää terveellisesti, mutta käytännössä terveelliset elämäntavat ja rutiinien rikkominen voi olla vaikeaa toteuttaa (Järvinen 2014). Elämäntapamuutoksen sekä oman luottamuksen tueksi asiakkaan kannattaa hakea apua ammattilaiselta, kuten terveydenhoitajalta (Turku 2007, 112, 116). Ammattilainen voi hyödyntää ohjauksessaan voimavaroja keskeistä ajattelua. Tällöin pohditaan muutoksesta seuraavia hyötyjä sekä asiakas laitetaan ajattelemaan, mikä elämäntavoissa on jo hyvää, miten sitä voidaan lisätä ja mitä käytännössä tehdään toisin kuin ennen. (Anglé 2010, 119.)

Itse tehty suunnitelma elämäntapojen muuttamisesta on tärkeä, sillä jokaisen arkielämän puitteet ovat erilaisia. Tällöin suunnitelma sopii asiakkaan arvoihin, tarpeisiin ja resursseihin ja on tämän vuoksi toteuttamiskelpoinen. (Turku 2007, 114; Järvinen 2014.) Elämäntapamuutoksissa luodaan konkreettisia toimintasuunnitelmia arkeen päämäärien saavuttamiseksi. Liikkeelle kannattaa lähteä pienin askelin, kuten säännöllistämällä ateriarytmää tai lisäämällä kasviksia ruokavalioon. Elämäntapamuutoksiin liittyvät usein takapakit ja motivaation hukka, jotka on hyväksyttävä. Niiden varalle olisi hyvä laatia suunnitelma, koska repsahduksiin varauduttua tulee luottamus tilanteen hallitsemisesta. Tällöin takapakit eivät saa aikaan ajatusta luovuttamisesta. Onnistuneesta työstä kannattaa myös aika ajoin palkita itseään, sillä tämä pitää yllä motivaatiota. (Turku 2007, 113 - 115.)

5.2 Terveysaineistot ohjauksen apuna

Terveysaineistolla tarkoitetaan väestölle suunnattuja terveysaiheeseen liittyviä havaintovälineitä, kuten opaslehtisiä, julisteita, videoita, elokuvia tai dioja. Terveysaineiston tarkoituksena on vahvistaa, täsmentää ja havainnollistaa jotain tiettyä aihetta. Se toimii myös muistin tukena sekä aktivoi yksilöä esimerkiksi oman sairautensa ja terveytensä hoidossa. (Parkkunen ym. 2001, 3.) Laadukkaalla terveyttä edistävällä aineistolla tuetaan ja ylläpidetään yksilöiden omavoimaistumista ja terveyttä (Rouvinen-Wilenius 2007, 5).

Terveyden edistämisen keskus on laatinut hyvän terveysaineiston laatuksiteerit. Niitä ovat konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmotettavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, selkeästi määritelty kohderyhmä, kohderyhmän kulttuurin tunnoittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma. Terveysaineistossa hyödynnettävän tiedon tulee olla ajan tasalla. (Parkkunen ym. 2001, 9, 12). Terveysaineistojen, kuten opaslehtisten, tarkoituksena on, että asiakas noudattaa ohjeita. Laatuksiteereiden lisäksi terveysaineiston tekemisessä on huomioitava, että tuotos on helposti ymmärrettävä, kattava ja kannustaa

asiakasta omaan toimintaan. Ymmärrettävyyttä lisää selkeä kieliasu: oikeinkirjoitus ja yleiskieli helpottavat opaslehtisen lukemista. Kieliasun ohella otsikot havainnollistavat ja selkeyttävät sisältöä. Tuotoksissa tulee kiinnittää huomiota ohjeiden esitysjärjestykseen niin, että ne järjestetään loogisesti. Järjestys voisi olla esimerkiksi ajan, tärkeyden tai aihealueiden mukaan. Ohjeiden ja neuvojen noudattamista edistää, jos väitteet on perusteltu hyvin. Houkuttelevana perusteluna on esimerkiksi se, mitä hyvää lukijalle koituu siitä, kun hän noudattaa ohjetta. (Hyvärinen 2005, 1769 - 71.)

5.3 Ohjauksen merkitys raskausdiabeteksen hoidossa

Korpi-Hyövältin (2012) tutkimuksessa ”Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvilla naisilla – Syö yhden, liiku kahden puolesta” raskausdiabetesta sairastavat äidit saivat raskauden alusta lähtien ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa ravitsemus- ja fysioterapeutilta osana normaalia äitiysneuvolatoimintaa. Naiset olivat tyytyväisiä saadessaan yksilöllistä ohjausta ja keskustelua ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin kanssa. He osallistuivat ohjaukseen hyvin, mutta elämäntapamuutoksiin sitoutuminen oli ongelmallista ja siihen olisi tarvittu lisätoimia. Tutkimuksessa neuvontaa saaneiden äitien painonnousu oli vähäisempää alkuraskaudessa ja aiemmin vähemmän liikkuneet naiset lisäsivät liikuntaa. Lapsien syntymäpaino oli suurempi, mutta makrosomisten lasten määrässä ei ollut eroa verrokkiryhmän kanssa. Ohjausryhmän naisten lähtöpaino oli suurempi kuin verrokkiryhmän. Ravitsemuksessa rasvojen saanti ja laatu paranivat sekä proteiinien ja hiilihydraattien saanti oli suositusten mukaista, mutta kuidun saanti jäi hieman alle suosituksen.

Korpi-Hyövälti (2012) väittää useiden tutkimusten perusteella, että ravitsemusohjaus on tehokkaampaa raskausdiabeteksen ehkäisyssä, mutta myös liikunnanohjauksella saavutetaan hyötyjä. Liikuntaohjaus olisi tärkeää aloittaa mahdollisimman varhain, mieluiten jo ennen raskautta. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon ja synnytysairaalan yhteistyö on merkityksellistä raskauden aikaisessa hoidossa ja jälkiseurannassa.

Mildin (2013) tutkimuksessa ”Raskausdiabeetikoiden ohjaus neuvolassa – Mitä äidit ohjaukselta toivovat?” tuli esille, että yleisesti ottaen äidit olivat tyytyväisiä ohjaukseen. Osa heistä koki ohjauksen liian yleisluonteiseksi ja he olisivat halunneet yksilöllisempää ohjausta. Äidit olisivat halunneet lisää ja parempaa tietoa ruokavaliosta. Ravitsemusohjaukseen he toivoivat selkeyttä ja konkreettisia malleja ja vinkkejä ravitsemusneuvojalta. Lisäksi äidit olisivat halunneet enemmän liikuntaohjausta. He kokivat ryhmäohjauksen hyvänä, koska saivat samalla vertaistukea, mutta ongelmana oli ryhmäläisten erilaisuus, erilaiset asenteet ja yksilöllisen ohjauksen puuttuminen. Tutkimukseen osallistui viisi raskausdiabeetikkoa.

Alatalon ja Riihelän (2011) tutkimuksessa ”Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta” äidit kokivat pääasiassa saaneensa hyvin tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. He olisivat halunneet lisää tietoa sairauden aiheuttamista riskeistä ja vaikutuksista vauvaan. Äidit kokivat neuvolaikäynnit motivoivana ja kannustavana tekijänä. Myös tässä tutkimuksessa ohjaus painottui ravitsemukseen. Ohjaukselta kaivattiin yksilöllisyyttä ja konkreettisia vinkkejä etenkin ravitsemuksen osalta. Äidit haluaisivat hoitoon selkeyttä ja yhtenäistämistä. Osa äideistä koki, että vertaistuen saamisesta

olisi voinut olla hyötyä ja kaikki kokivat sairaudesta keskustelun tärkeäksi. Tutkimukseen osallistui kolme raskausdiabeetikkoa.

5.4 Opinnäytetyönä kehittämistyö

Opinnäytetyön tekeminen kuuluu ammattikorkeakoulututkintoon johtaviin koulutuksiin. Sen tavoitteena on, että opiskelijat osoittavat ja kehittävät tietojensa ja taitojensa soveltamisen valmiuksiaan asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyö etenee prosessimaisesti, jonka vaiheita ovat ideointi, työsuunnitelma, työn toteutus, työn julkistaminen ja arviointi. Opinnäytetyöprosessin voidaan ajatella valmistavan opiskelijan työelämän asiantuntijatehtäviin. Sen voidaan ajatella toimivan myös porttina työelämään ja luovan yhteistyösuhteita. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2017.)

Kehittämistyö alkaa aina tarpeesta muutokselle ja pyrkimyksestä parempaan. Yritykset ja organisaatiot parantavat ja kehittävät palveluitansa ja toimintaansa jatkuvasti. Kehittämistöitä on erilaisia, joissa muutokseen voidaan päästä toteuttamalla monenlaisia eri menetelmiä. Kanasen (2015) mukaan kehittämistyötä ei pidetä erillisenä tutkimusmenetelmänä vaan se on eri tutkimusmenetelmien joukko, jotka valitaan kehittämiskohteen ja tilanteen mukaisesti. (Kananen 2015, 33.)

Kehittämistyön toiminnan tarkoituksena on luoda uusia tuotteita ja palveluita tai parannella jo olemassa olevia (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 22). Terveysalalla kehittämistyö yleensä käynnistyy, kun jokin asia kaipaa kehittämistä tai jollekin käytännön ongelmalle kaivataan ratkaisua. Kehittämisen tarve voi syntyä valtakunnalliselta, alueelliselta tai paikalliselta tasolta, työelämässä todetusta ongelmasta tai yksittäisen työntekijän tasolta. (Heikkilä ym. 2008, 60.) Kehittämistyön prosessi voidaan jakaa erillisiin, toisiaan seuraaviin vaiheisiin. Niitä ovat ideointi, suunnittelu, käynnistäminen, toteutus, päättäminen ja arviointi. Eri vaiheet muodostavat yhdessä tavoitteellisen toimintakokonaisuuden, jonka päämääränä on saavuttaa tavoiteltu tulos. Kuhunkin vaiheeseen liittyy tyypillisiä tehtäviä, jotka toimivat pohjana seuraavalle vaiheelle. Ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä tehtyä työtä arvioidaan esimerkiksi mahdollisten virheiden korjaamiseksi. Eri vaiheisiin voidaan myös palata työn edistyessä. (Heikkilä ym. 2008, 57 - 59.)

Ideointivaiheessa kehittämisen tarpeen aihetta aletaan ideoida luovasti ja aihe rajataan. Pohdintaa tulee käydä siitä, miten ongelma ratkaistaan tai miten sitä kehitetään sekä onko aihe hyödyllinen ja mielekäs. Tähän vaiheeseen kuuluvat paneutuminen aiheeseen sekä aiheen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perehtyminen. (Heikkilä ym. 2008, 61 - 62.)

Suunnitteluvaihe on tärkeä työn tavoitteiden onnistumisen vuoksi. Tämän vaiheen tarkoituksena on mahdollistaa asioiden tekeminen oikealla tavalla, arvioida aikatauluja, lisätä työskentelyn tehokkuutta ja hyödyntää resursseja. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon kehittämistyön toiveet ja tavoitteet. (Heikkilä ym. 2008, 68 - 69.) Tässä vaiheessa laaditaan työsuunnitelma, joka ohjaa työn kulkua. Suunnitelmassa tuodaan esille kehittämistyön tavoitteet, työn tarkoitus ja tuotos, työryhmä sekä käytössä olevat resurssit. Suunnitelma tehdään kirjallisena. (Heikkilä ym. 2008, 69 - 70.)

Usein kehittämistyön tekemistä edeltää työhön vaikuttavien tekijöiden analysointi. Tätä voidaan kutsua SWOT-analyysiksi. Se on hyvä apuväline ja työmenetelmä alkuvaiheen suunnittelussa sekä työn tarkastelussa ja arvioinnissa. Siinä tarkastellaan kehittämistyötä sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta. Sisäiset tekijät, joihin itse voimme vaikuttaa, ovat vahvuudet ja heikkoudet. Ulkoiset tekijät ovat ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia ja uhkia. Uhkiin emme voi itse vaikuttaa, mutta käyttämällä mahdollisuudet hyväksi työn tulos voi parantua. (Heikkilä ym. 2008, 63.)

Toteutusvaiheessa luodaan kehittämistyön tulokset. Se on kehittämistyön varsinainen työskentelyn vaihe, jolloin suunnitelmat laitetaan käytäntöön ja testataan käytännössä erilaisia ratkaisuja. Toteutusvaiheeseen kuuluu erilaisia vaiheita, joita ovat esimerkiksi jo olemassa olevan tiedon kerääminen eri lähteistä, tiedon seuraaminen ja arviointi. (Heikkilä ym. 2008, 99.) Tiedon hankkiminen, arviointi ja soveltaminen omaan työhön ovat systemaattinen prosessi (Heikkilä ym. 2008, 104). Toteutusvaiheen odotetuin vaihe on tulosten tuottaminen ja julkaiseminen, meidän tapauksessamme opinnäytetyön kirjoittaminen ja opaslehtisen luominen (Heikkilä ym. 2008, 109).

Päätämävaiheessa tuotos on valmis ja se luovutetaan toimeksiantajalle eli työn tilaajalle. Luovutus-tilanteessa toimeksiantaja vielä hyväksyy tuotoksen. (Heikkilä ym. 2008, 121.) Tässä vaiheessa kirjoitetaan loppuraportti, jossa kuvataan, mitä on tehty, miten siitä selvittiin, mitä opittiin, mikä toimi hyvin ja mitä tulevaisuudessa kannattaa tehdä toisin (Heikkilä ym. 2008, 122). Tulevaisuutta varten on hyvä kerätä ylös kehittämisen aikaiset kokemukset sekä jatkosuunnitelmat (Heikkilä ym. 2008, 121,126).

Päätösvaiheessa arvioidaan kaikkea prosessin aikana tapahtunutta toimintaa sekä sen tuloksia. Arvioinnissa pohditaan tuotoksen vaikuttavuutta sekä sitä, saavutettiinkö kehittämistyössä asetetut tavoitteet asetetussa ajassa. (Heikkilä ym. 2008, 127.) Arvioinnin voi toteuttaa joko sisäisesti tai ulkoisesti. Sisäisessä arvioinnissa kehittämistyön ryhmä tekee itsearviota ja hyödyntää arvioinnin tukena kyselyjä. Ulkoisessa arvioinnissa arvioinnin suorittaa joku ulkopuolinen taho. (Heikkilä ym. 2008, 128.) Kun kehittämistyö tehdään opinnäytetyönä, arvioinnissa kiinnitetään huomiota raportointiin ja tuotokseen. Raportoinnissa arvioinnin kohteina ovat aihevalinnan perustelu, aiheen rajaaminen, perehtyneisyys aiheeseen, käytettyjen menetelmien kuvaaminen, tavoitteiden saavuttaminen, itsereflektio ja opiskelijan kehittyminen ammatillisen kasvun näkökulmasta. Tuotosta arvioidessa kiinnitetään huomiota sen hyödyllisyyteen ja siihen, kuinka hyvin se vastaa asetettuja tavoitteita. (Heikkilä ym. 2008, 130.)

6 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, sillä raskausdiabetes on yleistymässä niin Suomessa kuin myös muualla maailmalla (Tieu ym. 2008; Koski ja Peränen 2014, 29). Tulevassa ammatissamme tulemme kohtaamaan enenevässä määrin raskausdiabetesta sairastavia äitejä. Yksi tärkeistä tehtävistämme on ohjata heitä sairauden hoidossa raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Raskausdiabeteksen jälkiseurannan merkitys on tiedossa, mutta sen toteutuminen on vähäistä (Korpi-Hyövälti 2012). Opinnäytetyömme tuotoksen eli opaslehtisen yhtenä tarkoituksena onkin kertoa äideille jälkiseurannan merkityksestä ja muistuttaa heitä sairauden jälkeisen omahoidon tärkeydestä, jotta riski sairastua uudelleen raskausdiabetekseen ja tyyppin 2 diabetekseen pienenisivät.

6.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyömme prosessi lähti käyntiin aiheen ideoinnista. Ryhmällämme ei ollut mielessä valmista aihetta, joten opinnäytetyön aihe kehitettiin ensimmäisellä opinnäytetyön suunnittelutunnilla. Opinnäytetyömme oli kehittämistyö ja työn tuotoksena opaslehtinen. Saimme työllemme tilaajaksi Kuopion kaupungin keskustan neuvolan. Aiheen valinnan jälkeen aloimme kirjoittaa työsuunnitelmaa ja al-lekirjoitimme hankkeistamissopimuksen työmme tilaajan kanssa. Saimme tällöin Savonialta ohjeistuksen, että tutkimuslupahakemusta kaupungille ei tarvitse tehdä, sillä opinnäytetyömme oli puhtaasti kehittämistyö.

Aloimme työstää opinnäytetyöraporttia heti, kun työsuunnitelmamme hyväksyttiin seminaarissa. Teoriatietoa oli jo kerätty työsuunnitelmaan, mutta seminaarissa saamamme palautteen mukaan aloimme rajata ja syventää teoriaosuutta. Etsimme tietoa suomalaisista ja kansainvälisistä lähteistä. Tietokantoina käytimme muun muassa Terveysporttia, Mediciä, MeSH-asiasanastoa sekä Cochrane Librarya. Lisäksi hyödynsimme tiedonhaussa Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastoa, asiantuntijaraportteja sekä Theseusta, josta löysimme raporttiimme äitien kokemuksia. Suomenkielisinä hakusanoina käytimme muun muassa seuraavia: raskausdiabetes, raskausdiabeteksen jälkihoito, ravitsemussuositukset, terveystuotantasuositukset, voimavara, voimavara-ohjaaminen, terveysaineisto ja hyvän oppaan kriteerit. Englanniksi käytimme seuraavia hakusanoja: gestational diabetes mellitus ja aftercare. Ajankohtaista ja luotettavaa tietoa löytyi hyvin. Hankaluutena alussa olikin koota kaikki oleellinen juuri raskausdiabeteksen jälkihoitoon ja seurantaan liittyvä tieto ylös. Opinnäytetyön teoriapohjana pyrimme käyttämään uusinta saatavilla olevaa tietoa. Valtaosa hyödyntämistämme lähteistä on alle kymmenen vuotta vanhoja. Hyödynsimme työssämme vuoden 2013 Käypä hoito -suositusta, joka on laadittu raskausdiabetekselle ja sen jälkihoidolle. Lisäksi käytimme muita Käypä hoito -suosituksia, jotka tukivat työtämme. Raskausdiabetekseen liittyen on tehty kansainvälisiä Cochrane-katsauksia, joista kolmea hyödynsimme työssämme.

Saatavilla olevista suomalaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista selvisi, että jälkiseurantaan osallistuminen on puutteellista. Sen merkittävyys on tiedossa, mutta seurannan toteutuminen on vähäistä. (Korpi-Hyövälti 2012, 31.) Siitä tulikin työllemme tavoite: halusimme luoda opaslehtisestä voimavara-ohjaamisen ja kannustavan, jotta äidit motivoituisivat huolehtimaan itsestään sairauden jälkeen. Oli-

simme halunneet opinnäytetyöraporttiimme kokemuksia raskausdiabeteksen sairastaneilta äideiltä liittyen sairauden jälkihoitoon. Meille tärkeää tietoa olisi ollut esimerkiksi se, mikä auttaa äitejä sitoutumaan sairauden jälkihoitoon. Näin olisimme osanneet motivoida äitejä entistä paremmin. Tietoa aiheesta emme kuitenkaan löytäneet. Saatavilla olevat äitien kokemukset liittyivät raskausaikaan ja siihen, kun he vielä sairastivat raskausdiabetesta.

Tuotoksen ideoinnin aloitimme jo opinnäytetyöraporttia kirjoittaessa, mutta itse toteutusvaihe käynnistyi vasta, kun teoriapohjan kirjoittaminen oli loppupuolella. Olimme tavanneet työn tilaajan kanssa aiemmin, jolloin saimme kuulla heidän toiveensa opaslehtisen suhteen. Toiveena oli sähköisessä muodossa, kuten pdf-tiedostona oleva A4-kokoinen opaslehtinen, jotta se olisi helppo tulostaa asiakkaalle. Kuopiossa raskausdiabetekseen sairastuneet naiset saavat jo raskausaikana paljon kirjallista materiaalia liittyen ravitsemukseen, liikuntaan ja jälkiseurantaan. Meidän laatimamme opaslehtiseltä toivottiin, että se tiivistäisi kaiken tämän tiedon yhdelle ja samalle paperille. Diabetesliitto on tehnyt raskausdiabeteksen jälkeisestä ajasta oppaan äideille (Diabetesliitto 2016). Työmme tilaaja ei kuitenkaan ollut tyytyväinen kyseiseen oppaaseen muun muassa sen ulkoasun vuoksi, vaan toivoi tiiviimpää ja houkuttelevampaa materiaalia.

Olimme päättäneet, että luomme opaslehtisemme Microsoft Office Word 2013-ohjelman valmiille A4-kokoiselle opaspohjalle, sillä kenelläkään ryhmämme jäsenistä ei ollut aiempaa kokemusta opaspohjan tekemisestä. Käytössämme ei ollut myöskään muita tietokoneohjelmia, joilla olisimme voineet luoda tuotostamme.

Opaslehtisen teoria liittyi raskausdiabeteksen jälkiseurantaan sekä ravitsemukseen ja liikuntaan. Kuten hyvän terveysaineiston laatukriteereihin kuuluu, terveysaineistossa hyödynnettävän tiedon tulee olla ajan tasalla (Parkkunen ym. 2001, 12). Jälkiseurannan ajankohdasta sekä suositeltavista mittauksista haimme tiedon raskausdiabeteksen vuonna 2013 laaditusta Käypä hoito-suosituksesta. Ravitsemuksen osuus perustui yleisiin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksiin (2014) ja Syödään yhdessä -ruokasuositukset lapsiperheille (2016) oppaaseen. Liikunnan teoriaosuus perustui UKK-instituutin yleisiin terveysliikuntasuosituksiin (2017a) ja apuna on käytetty liikuntapiirakkaa (2009). Opaslehtiseen halusimme nostaa esille vauva-arkeen sopivia liikuntamuotoja ja huomioida äidin voinnin liikunnan aloittamisessa. Tietomäärä, joka opaslehtisemme oli tarkoitus tiivistää, oli suuri, joten esille laitettavan tiedon määrää täytyi karsia.

Opaslehtisen ulkoasua ideoidessamme halusimme saada aikaan jonkin persoonallisen ratkaisun. Eri vaihtoehtoja puntaroimalla päädyimme, että teemme oppaaseen sivun, johon kokoamme tietoruutuja liittyen ravitsemukseen ja liikuntaan. Halusimme tuoda niissä esille yleisiä ravitsemus- ja liikuntasuosituksia sekä vaihtoehtoja hyvien, suositusten mukaisten ruokavalintojen ja liikuntamuotojen suhteen. Näistä äiti voisi voimavarojensa mukaan poimia omaan arkeensa sopivat vaihtoehdot. Jälkiseurannan mittaukset sijoittelimme omalle sivulleen aiheiden selkeyttämisen vuoksi.

Halusimme panostaa opaslehtisessämme visuaalisuuteen. Suunnittelimme kuvat itse ja lähipiiritämme saimme apua niiden toteuttamiseen. Itse tehdyt kuvat takasivat sen, ettei tekijänoikeuksien

kanssa tullut ongelmaa. Kuvat ja niiden värit suunnittelimme siten, että kuvat näyttivät siisteiltä sekä mustavalkoisena että värillisenä tulostettuna. Asettelimme kuvia tasaisesti eri puolille opaslehtistä, jolloin saimme ulkoasusta houkuttelevamman näköisen. Opaslehtisemme väriteema muodostui kuvien väreistä. Pyrimme käyttämään värejä otsikoinneissa ja tuomaan värillisiä laatikoita herättämään mielenkiintoa. Etusivulle halusimme kuvan ja otsikon lisäksi äitiä puhuttelevan alkutekstin, joka myös johdattelee lukijaa opaslehtisen sisältöön. Asioiden ilmaisuun kiinnitimme erityistä huomiota, jotta saimme lehtisestä puhuttelevan ja käskävän sijaan äidin voimavarat huomioonottavan.

Pyysimme tässä vaiheessa tilaajalta, opponoijilta sekä ohjaavalta opettajaltamme palautetta opaslehtisestämme. Saamamme palautteen perusteella kehitimme opaslehtistämme. Poistimme tietoruu-
dut ja kirjoitimme ravitsemuksesta ja liikunnasta omille, erillisille palstoilleen. Näin opaslehtisestä tuli selkeämpi ja saimme maksimoitua tilan käytön. Tämä taas mahdollisti sen, että pystyimme sisällyttämään lehtiseen enemmän tietoa. Hyvät perustelut kuuluvat laadukkaan terveysaineiston kriteereihin (Hyvärinen 2005, 1769 - 71). Kun käytössämme oli enemmän tilaa, saimme lisättyä lyhyitä perusteluita, miten lukija hyötyy, jos noudattaa opaslehtisen ohjeita. Lisäsimme palstoille otsikot, jotka toivat osaltaan selkeyttä lukemiselle. Arkeen tuotavat vinkit ja vaihtoehdot pyrimme nostamaan tekstistä paremmin esille sijoittamalla ne omiin laatikoihinsa.

Työsuunnitelmaa tehdessä käytimme apuvälineenä swot-analyysiä. Vahvuksinamme näimme opinnäytetyöryhmän toimivuuden, ohjaavan opettajan tuen sekä mielenkiintoisen ja motivoivan aiheen. Opinnäytetyöprosessin edetessä huomasimme, että vahvuutemme oli erityisesti ryhmämme toimivuus. Ajatuksemme työn etenemisen, sisällön sekä tavoitteiden suhteen kohtasivat. Sisällön tuottaminen oli sujuvaa, vaikka ryhmässämme oli monta jäsentä, ja joista jokaisella oli oma kirjoitustyylinsä. Mielenkiintoinen aihe motivoi meitä etenemään työssämme ja tiedonhalu aiheesta kasvoi opinnäytetyöprosessin edetessä.

Heikkoutenamme näimme aiheen rajauksen vaikeuden, opaslehtisen visuaalisen suunnittelun sekä toteutuksen ja ryhmän jäsenten aikataulujen yhteensovittamisen. Aiheemme oli laaja, joten jouduimme asettamaan selkeän rajan mihin opinnäytetyössämme keskityimme. Välillä aiheesta pysyminen oli vaikeaa ja muistuttelimme itseämme sekä toisiamme, että opinnäytetyömme aiheena oli nimenomaan raskausdiabeteksen jälkiseuranta, ja että pääkappaleemme oli opinnäytetyön teoriaosuuden kolmas kappale. Opaslehtisen visuaaliseen suunnitteluun saimme apua lähipiiristämme ja toteutusta helpotti valmis Microsoft Office Word 2013 -opaspohja. Vaikka työsuunnitelmavaiheessa näimme opaslehtisen toteutuksen heikkoudeksi, toteutimme mielestämme siistin, selkeän ja informatiivisen oppaan. Opinnäytetyön työstäminen kasvotusten etenkin prosessin loppupuolella jäi vähälle, sillä olimme eri paikkakunnilla suorittamassa muita opintoja. Nykytekniikan avulla, kuten Google Drive-sovelluksen, pystyimme kuitenkin tekemään työtämme yhtä aikaa, vaikka olimme eri paikoissa. Hyödynsimme myös Whatsapp-sovellusta, jonne loimme keskusteluryhmän. Siellä pystyimme keskustelemaan helposti opinnäytetyöstä sekä jakamaan asioita.

Työmme mahdollisuuksina näimme uuden oppimisen, hyvän opaslehtisen toteutuksen, hyvän työvälineen saamisen työelämään, yhteyksien luomisen työpaikkoihin sekä ammatillisen kasvun. Opinnäy-

tetyöprosessin aikana uuden oppiminen ja ammatillinen kasvu oli jatkuvaa. Käytimme mahdollisuuksiemme hyödyksi ja toteutimme mielestämme hyvän opaslehtisen, josta tulisimme varmasti hyötymään työelämässämme. Emme onnistuneet luomaan erityisiä yhteyksiä työelämään, mutta uskomme, että jäimme tilaajamme mieleen laatimamme tuotoksen avulla.

Työmme uhkina näimme työn tilaajan toiveiden muuttumisen, erimielisyydet tilaajan kanssa opaslehtisen suhteen, työryhmän jäsenten sairastumisen sekä aikataulun viivästymisen. Opaslehtisemme sai hyvää ja kriittistä palautetta työmme tilaajalta. Työmme miellytti tilaajaa ja tämä oli meille helpotus, ettei suuria erimielisyyksiä syntynyt. Työmme toteutimme pitkällä, joustavalla aikataululla. Koimme joustavan aikataulun olevan sekä vahvuus että heikkous. Ajoittain opinnäytetyöprosessissa oli pitkiäkin taukoja, jolloin työ ei edennyt. Toisaalta pitkä aikataulu mahdollisti työn uudelleenarviointia, palautteen saamista useaan kertaan ja muokkaamista saamamme palautteen mukaan. Opinnäytetyön aikataulua suunnitellessa päätimme, että työmme valmistuisi maaliskuussa 2017. Tällöin emme kuitenkaan osanneet arvioida tulevan lukuvuoden aiheuttamaa työmäärää. Lisäksi olimme eri puolella Suomea ja opinnäytetyöseminaaria ei ollut mahdollista varata ennen toukokuuta. Työmme valmistuminen viivästyi alun perin suunnitellusta aikataulusta puolitoista kuukautta.

Opinnäytetyöprosessin loppumetreillä työmme tilaajaksi vaihtui Savonia-ammattikorkeakoulu. Prosessin alkaessa olimme allekirjoittaneet hankkeistamis sopimuksen tilaajamme kanssa. Tämän sopimuksen piti olla riittävä työmme kannalta. Prosessin loppuvaiheessa saimme kuitenkin yllättäen tiedon Kuopion kaupungilta, että meidän tulee hakea työllemme tutkimuslupaa vaikka alun perin sille ei ollut tarvetta. Hakemuksen teon ja neuvottelujen jälkeen tutkimuslupaa ei myönnetty. Näin ollen työmme tilaajaksi vaihtui Savonia-ammattikorkeakoulu juuri ennen opinnäytetyön palauttamista. Tässä vaiheessa tuotoksemme olivat jo valmiita, emmekä lähteneet tekemään opaslehtiseen tai opinnäytetyöraporttiimme suuria muutoksia, sillä olimme tyytyväisiä aikaansaannoksiimme.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka kuvaa hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Se koostuu periaatteista ja arvoista. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja vaan se auttaa ihmisiä tekemään oikeita valintoja sekä ohjaamaan, tutkimaan ja arvioimaan oman toimintansa perusteita. Eettiset ohjeet terveydenhuollossa perustuvat yhteisiin arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (ETENE 2001.)

Terveydenhoitajien päätöksentekoa päivittäisessä työssä ohjaavat Sairaanhoitajaliiton hyväksymät eettiset ohjeet. Ne ilmaisevat terveydenhoitajan tehtävän ja työn periaatteet. Sairauksien ehkäisy ja hoito, terveyden edistäminen ja ylläpito sekä kärsimyksen lievittäminen ovat terveydenhoitajan päämääränä. Terveydenhoitaja auttaa erilaisissa elämäntilanteissa olevia yhteisöjä, perheitä ja yksilöitä. Terveydenhoitaja pyrkii asiakkaiden voimavarojen tukemiseen ja lisäämiseen sekä elämän laadun parantamiseen. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Olemme tehneet opinnäytetyömme Savonia-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Aloittaessamme opinnäytetyöprosessia kirjoitimme työmme tilaajan kanssa opinnäytetyön ohjaus- ja hank-

keistamissopimuksen. Opinnäytetyönämme kehitämme äideille opaslehtisen raskausdiabeteksen seurannasta ja hoidosta synnytyksen jälkeen. Sen tarkoituksena on antaa asiakkaille realistinen kuva raskausdiabeteksen synnytyksen jälkeisen hoidon tärkeydestä. Tarkoituksena on auttaa pienentämään sairastumisriskiä ajankohtaisen tiedon ja voimavaroalähtöisen ohjaamisen avulla. Opaslehtisemme tulee kunnioittamaan asiakkaiden itsemäärämisoikeutta ja ihmisarvoa. Pyrimme välttämään opaslehtisessämme käskyttävää muotoa ja sen sijaan saamaan siitä puhuttelevan.

Opinnäytetyömme ja opaslehtisemme luotettavuus perustuu monipuolisten lähteiden käyttöön. Olemme pyrkinneet olemaan kriittisiä lähteitä kohtaan. Käytämme työssämme muun muassa verkko-, kirja- ja asiantuntijalähteitä. Työssämme on myös kansainvälisiä lähteitä. Suurin osa lähteistämme on julkaistu viimeisten viiden vuoden sisällä, joten tieto on melko tuoretta. Työssämme olemme tehneet lähdemerkinnät mahdollisimman tarkasti, jotta lukijan olisi tarvittaessa helppo löytää tiedon alkuperä. Lisäksi olemme päivittäneet käyttämäämme tietoa, jos lähteemme on päivitetty. Luotettavuutta lisää myös kolmen hengen työryhmä, jonka ansiosta tekstin tarkastelua tulee suoritettua enemmän.

6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi suuntasi ammatillista kasvuamme terveydenhoitajan rooliin. Savonia-ammattikorkeakoulun (2014) terveydenhoitajakoulutuksen osaamistavoitteina ovat terveydenhoitajan laaja ja vahva osaaminen kliinisessä hoitotyössä sekä tiedon soveltamisen, kehittämisen ja arvioinnin osaaminen. Savonia-ammattikorkeakoulun (2017) opinnäytetyöprosessin aikana opiskelijalla on mahdollisuus syventää ammatillista osaamistaan, oppia etsimään, käyttämään ja soveltamaan tietoa tulevassa työssään sekä kehittää yhteistyösuhteita tulevaan työelämään.

Opinnäytetyötä tehdessä opimme paljon meille tärkeästä aiheesta. Raskausdiabetes on yleistymässä, joten aiheemme on ajankohtainen (Koskinen ja Perälä 2014). Tulevina terveydenhoitajina tulemme varmasti työskentelemään raskausdiabetesta sairastavien ja sairastaneiden äitien kanssa, jolloin voimme hyödyntää oppimaamme tietoa ja opaslehtistä. Tämä loi motivaatiota tutkimustiedon soveltamiseen. Opinnäytetyötä tehdessä kehityimme tekstin tuottamisessa, ryhmätyöskentelytaidoissa, suunnitelmallisuudessa, aikataulutuksessa, raportointipohjan käytössä ja erityisesti tiedonhaussa. Opinnäytetyöprosessi opetti myös stressinsietoa ja toisten ryhmäläisten elämäntilanteen huomioinnin tärkeyttä. Prosessin aikana lähdekriittisyys ja kriittisyys omaa tekstiä kohtaan kasvoivat. Opimme hyödyntämään paremmin kansainvälisiä lähteitä. Opimme ottamaan vastaan ja pyytämään palautetta työstämme opettajalta ja tilaajalta sekä kehittämään työtämme saadun palautteen mukaisesti. Saatu palaute kehitti meitä päätöksenteossa, sillä kaikkia muutoksia ja ideoita ei ollut aina mahdollista toteuttaa. Esimerkiksi muutoksia opaslehtisen suhteen piti tarkoin harkita, sillä tila oli rajallinen ja meidän piti tehdä valintoja, mitkä olivat kaikista oleellisimpia asioita laittaa ylös.

Tulevassa työssämme hyödyimme varmasti ryhmätyöskentely-, tiedonhaku-, ja –organisointitaidoista. Tieto- ja viestintätekniikan osaamisesta tulee olemaan hyötyä tulevaisuuden uusiutuvassa työelämässä, sillä terveydenhuoltopalvelut ”sähköistyvät” vauhdilla. Opinnäytetyötä tehdessä olemme

huomanneet, ettei juuri mikään tieto ole pysyvää ja se on valmistanut meitä elinikäisen oppimisen ideologiaan. Yhtenä Savonia-ammattikorkeakoulun (2014) terveydenhoitajakoulutuksen osaamista-voitteena on elinikäisen, jatkuvan oppimisen avaintaidot. Elinikäisen oppimisen avaintaitoja ovat muun muassa ammattietiikka, vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, ongelmanratkaisukyky, aloittelisuus ja yritteliäisyys sekä viestintä- ja tietotekniikan osaaminen (Opetushallitus). Näitä kaikkia taitoja olemme saaneet pohtia ja kehittää opinnäytetyöprosessin aikana.

6.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Työmme alkuperäisen tilaajan toiveena oli, että opaslehtinen on pdf -tiedostona, jolloin neuvolasta pystytään tulostamaan se helposti asiakkaille. Jatkossa opaslehtinen olisi myös näin helposti siirrettävissä kokonaan internettiin. Nykyaikaista voisi olla myös lehtisestä tehty sovellus, joka toimii älypuhelimilla ja tableteilla. Sovelluksen voisi tehdä niin, että esimerkiksi jatkohoidon kontrollimittaukset siirtyisivät automaattisesti puhelimen kalenteriin ja siitä tulisi muistutus.

Tällä hetkellä opaslehtinen on saatavilla ainoastaan suomeksi. Kehittämisideana on opaslehtisen kääntäminen muille kielille, jolloin suurempi asiakasryhmä pystyisi hyödyntämään sitä. Raskausdiabeteksen sairastumisriskiä lisää esimerkiksi äidin etninen alkuperä (Suomessa erit. afrikkalaiset, aasialaiset ja Lähi-idästä tulleet) (Tieu ym. 2008; Käypä hoito 2013c; Rajala 2016). Vieraskielisten osuus Suomen väestöstä on kasvamassa, sillä maahanmuuttajia on Suomessa yhä enenevässä määrin (Tilastokeskus 2016). Useille kielille käännetylle opaslehtiselle olisi varmasti käyttöä. Suomi on kaksikielinen maa, joten myös ruotsin kielelle kääntäminen olisi tärkeää (Tilastokeskus 2016). Opaslehtinen on lyhyt ja ytimekäs, joten kääntäminen muille kielille olisi melko helposti toteutettavissa.

Jatkossa opinnäytetyönä voisi tutkia raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien kokemuksia liittyen jatkohoitoon sitoutumiseen. Olisi esimerkiksi tärkeää tietää, saavatko äidit mielestään riittävästi tietoa sairautensa jälkiseurannan tärkeydestä, tulevaisuuden sairastumisriskeistä ja omien elämäntapamuutosten tärkeydestä sairauksien ehkäisyssä. Onnistuneen ja oikein kohdennetun ohjauksen kannalta olisi myös tärkeää tietää, mitkä tekijät saavat äidit motivoitumaan muutokseen sekä millä keinoin terveydenhoitajat tukivat heitä siihen. Riittävä tiedonsaanti sekä terveydenhoitajan antama tuki voisivat lisätä naisten osallistumista jälkiseurantoihin.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AHONEN, Outi, BLEK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA, Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI, Virpi ja USKI-TALLQVIST, Tuija 2014. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1.– 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

ALATALO, Henna ja RIIHELÄ, Anu 2011. Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa:

https://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/33968/Alatalo_Henna_Riihela_Anu.pdf?sequence=1

ANGLÉ, Susanna 2010. Psyykkiset voimavarat ja painonhallinta. Julkaisussa: PIETILÄINEN, Kirsi, MUSTAJOKI, Pertti ja BORG, Patrik (toim.) 2015. Lihavuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 117-125.

ARO, Antti 2015. Ravintokuitu. 100 kysymystä ravinnosta. [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2016-11-26.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00013

AUKEE, Pauliina ja TIHTONEN, Kati 2010. Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan toimintahäiriöihin. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim [verkkolehti]. [Viitattu 2016-06-04.] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=C1F87EBABDF85E72F02ED48A3BDA4E55?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99134

BAIN, Emily, CRANE, Morven, TIEU, Joanne, HAN, Shanhan, CROWTHER, Caroline A ja MIDDLETON, Philippa 2015. Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus [verkkoartikkeli]. Cochrane Library. [Viitattu 2017-02-14.] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD010443.pub2/full>

BELLAMY, Leanne, CASAS, Juan-Pablo, HINGORANI, Aroon D ja WILLIAMS, David 2009. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2017-02-20.] Saatavissa: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60731-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60731-5/fulltext)

DIABETESLIITTO. Diabetes on monta diabetesta [verkkosivu]. [Viitattu 2017-04-25.] Saatavissa: https://www.diabetes.fi/diabetes/yleista_diabeteksesta

DIABETESLIITTO 2011. Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. 4., uudistettu painos. Tampere: Hämeen Kirjapaino Oy.

DIABETESLIITTO 2016. Hyvän hoidon avaimet raskausdiabeteksen jälkeen [sähköinen opaslehti]. [Viitattu 2017-04-05.] Saatavissa:

https://www.diabetes.fi/files/8161/Hyvan_hoidon_avaimet_raskausdiabeteksen_jalkeen_2016_print_2.pdf

ETENE 2001. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet [verkkojulkaisu]. Terveydenhuolto ja etiikka. [Viitattu 2016-04-15.] Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

EVIRA 2016. Elintarviketurvallisuusvirasto. Elintarvikkeiden turvalliseen käyttöön liittyviä yleisiä ohjeita [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-02-12.] Saatavissa: https://www.evira.fi/globalassets/elintarvikkeet/tietoa-elintarvikkeista/elintarvikevaarat/elintarvikkeiden-kayton-rajoitukset/16.11.evira_taulukko1.pdf

FELLMAN, Vineta ja LUUKKAINEN, Päivi 2016. Aineenvaihdunnalliset ongelmat. Julkaisussa: RAJANTIE, Jukka, HEIKINHEIMO, Markku ja RENKO, Marjo. Lastentaudit. Duodecim-oppiportti [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-02-12.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/lta00097/do>

FIHF 2011. Finnish Institute of Health and Fitness. Suomen Terveysliikuntainstituutti Oy. Terveysverkko. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmään [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-30.] Saatavissa: http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/tyoikaisille/liikunnan_vaikutukset_elinjarjestelmiin

HALL, John ja GUYTON Arthur 2011. Guyton and Hall textbook of medical physiology. 12. uudistettu painos. Philadelphia: Saunders Elsevier.

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva Kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

HUUPPONEN, Risto ja SAVONTAUS, Eriika 2014. Insuliinivalmisteet. Duodecim-lääketietokanta [verkkootikkeli]. [Viitattu 2017-01-17.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/terveysportti/laake.dlr_laake.koti

HYVÄRINEN, RIITTA 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille. Duodecim-lehti 2005; 121:1769-73. [Viitattu 2017-01-26.] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

IJÄS, Hilikka 2015. Raskausdiabetes: metformiinihoito, äidin ylipainon merkitys ja pitkäaikaisennuste. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526208596.pdf>

- JULA, Antti 1999. Kohonneen verenpaineen lääkkeetön hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim [verkkolehti]. [Viitattu 2016-11-26.] Saatavissa: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo90237&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth
- JÄRVINEN, Mirka 2014. Motivoiva haastattelu [julkaisu]. Käypä hoito. [Viitattu 2016-04-04.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=E294ACE196D582F5987416670E72234F?id=nix02109>
- KANANEN, Jorma 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas – Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes print.
- KIVIJÄRVI, Anneli 2014. Raskaus ja verenpaine. Julkaisussa: JOUSIMAA, Jukkapekka, ALENIUS, Heidi, ATULA, Saari, KATTAINEN, Anna, PELTTARI, Hanna, KUNNAMMO, Ilkka ja TEIKARI, Martti. Lääkärin käsikirja. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 1029-1030.
- KORPI-HYÖVÄLTI, Eeva 2012. Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvilla naisilla - Syö yhden, liiku kahden puolesta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta / Lääketieteen laitos / Kliininen lääketiede. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0978-7/
- KOSKI, Sari ja PERÄNEN, Nina 2014. Älä unohda raskausdiabetesta synnytyksen jälkeen. Diabetes ja lääkäri [verkkolehti] 43, 29 - 30. [Viitattu 2016-03-04.] Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/4537/Diabetes_ja_laakari_52014.pdf
- KUKKONEN-HARJULA, Katriina 2015a. Kestävyyssiikunta ja lepoverenpaine [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak07216>
- KUKKONEN-HARJULA, Katriina 2015b. Liikunta ja kohonnut verenpaine [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00979
- KÄYPÄ HOITO 2013a. Dyslipidemiat [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-19.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50025>
- KÄYPÄ HOITO 2013b. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntävän lapsen hyvinvointia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-19.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00076>
- KÄYPÄ HOITO 2013c. Raskausdiabetes [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-04.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50068>

KÄYPÄ HOITO 2014. Kohonnut verenpaine [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-06-16.] Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010>

KÄYPÄ HOITO 2016a. Diabetes [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-05-17.] Saatavissa:
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056#s9_3

KÄYPÄ HOITO 2016b. Diabetes ja liikunta [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-10-01.] Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00817>

KÄYPÄ HOITO 2016c. Liikunta [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa:
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075#s10_2

LAATIKAINEN, Tiina, JULA, Antti ja JOUSILAHTI, Pekka 2015. WHO:n tavoitetta verenpaineen laskussa ei saavuteta ilman ravitsemusmuutoksia ja hoidon tehostamista [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-11-26.] Saatavissa:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125826/TUTI2015_11_verenpaine.pdf?sequence=3

MIDDLETON, Philippa ja CROWTHER, Caroline A 2014. Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance [verkkootikkeli]. Cochrane Library. [Viitattu 2017-02-13.] Saatavissa:
<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD009578.pub2/full>

MILD, Sanna 2013. Raskausdiabeetikoiden ohjaus neuvolassa – Mitä äidit ohjaukselta toivovat? Centria ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveystyö. Opinnäytetyö. Saatavissa: <http://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/56176/mild%20sanna.pdf?sequence=1>

MUSTAJOKI, Pertti 2015. Diabetes (sokeritauti) [verkkootikkeli.] Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2017-03-01.] Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s4

NEUVOKAS PERHE 2016. Imettävän äidin ruokavalio [verkkosivu]. [Viitattu 2016-11-27.] Saatavissa:
<http://www.neuvokasperhe.fi/imett%C3%A4van-aidin-ruokavalio>

NISKANEN, Leo 2014. Hiilihydraatit, kuitu ja glykemiaindeksi [verkkootikkeli]. [Viitattu 2016-11-26.] Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00289

NORIO-KESKUS 2013. Mody-diabetes [verkkosivu]. [Viitattu 2017-04-25.] Saatavissa:
<http://www.norio-keskus.fi/tietoa/tietolehtiset/mody-diabetes.html>

OPETUSHALLITUS. Kasvatus, koulutus ja tutkinnot. Ammatillinen peruskoulutus. Elinikäisen oppimisen avaintaidot [verkkosivu]. [Viitattu 2017-03-12.] Saatavissa:

http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/ammattikoulutus/amatilliset_perustutkinnot/elinikaisen_oppimisen_avaintaidot

PARKKUNEN, Niina, VERTIO, Harri ja KOSKINEN-OLLONQVIST, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskus. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 7/2001. Helsinki.

RAJALA, Katri 2016-03-14. LL, erikoistuva lääkäri. Diabetes ja raskaus [luento]. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. Terveysalan yksikkö.

ROUVINEN-WILENIUS, Päivi 2007. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveystieteisto [opas]. Terveyden edistämisen keskus. [Viitattu 2016-04-06.] Saatavissa:

https://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto

REKILÄ, Senja, RIEKKI, Seija ja MÄKINEN, Aino 2010. Oulun ammattikorkeakoulu. Pelekääkö nää liikkua? Opas raskauden aikaiseen ja synnytyksen jälkeiseen liikuntaan [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-06-04.] Saatavissa: http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=4c2b9eb5-afcf-4070-a4e0-e56d91d52d9b&groupId=64384

SAIRAANHOITAJALIITTO 2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet [verkkosivu]. [Viitattu 2016-04-15.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2014. Opetussuunnitelmat. Terveystieteiden tutkinto-ohjelma. Osaamistavoitteet [verkkosivu]. [Viitattu 2017-3-10.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=425&tab=2>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2017. Opinnäytetyö. AMK-tutkinnot [verkkosivu]. [Viitattu 2017-3-10.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/default.aspx>

SYDÄNMERKKI 2016. Elintarviketeollisuus [verkkosivu]. [Viitattu 2016-10-16.] Saatavissa: <http://ammattilaiset.sydanmerkki.fi/elintarviketeollisuus>

SYVÄNNE, Mikko 2016. Metabolinen oireyhtymä [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2016-03-19.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00565&p_haku=metabolinen+oireyhtym%C3%A4

SYÖDÄÄN YHDESSÄ 2016. Ruokasuositukset lapsiperheille [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-05-13.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26_FINAL_WEB.pdf?sequence=1

TARNANEN, Kirsi, KAAJA, Risto, KINNUNEN, Tarja ja VUORELA, Pii 2013. Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2016-05-27.] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00076

TERTTI, Kristiina 2013. Metformiinin käyttö raskausdiabeteksessa. Turun yliopisto. Synnytys- ja nautautioppi, Sisätautioppi ja Farmakologia, lääkekehitys ja lääkehoito. Väitöskirja. Saatavissa:

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/93605/AnnalesD1093TerttiDISS.pdf?sequence=2>

TERTTI, Kristiina 2014. Metformiini sopii hyvin osalle raskausdiabeetikoista. Diabetes ja lääkäri [verkkolehti] 43, 24 - 28. [Viitattu 2016-03-08.] Saatavissa:

http://www.diabetes.fi/files/3391/D_L_1_2014_rinnakkainen_netti.pdf

THL 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-09-15.] Saatavissa:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3

THL 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Voimavaralähtöiset menetelmät [verkkosivu]. [Viitattu 2016-04-05.] Saatavissa: [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/menetelmat/voimavaralahtoiset_menetelmat)

[perheet/tyon_tueksi/menetelmat/voimavaralahtoiset_menetelmat](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/menetelmat/voimavaralahtoiset_menetelmat)

TIEU, Johanna, CROWTHER, Carolina A ja MIDDLETON, Philippa 2008. Dietary advice in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus [verkkoartikkeli]. Cochrane Library. [Viitattu 2016-03-19.] Saatavissa:

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD006674.pub2/full>

TILASTOKESKUS 2016. Tilastot. Väestörakenne. Ruotsinkielisten ja vieraskielisten osuus väestöstä 1900-2015 [verkkosivu]. [Viitattu 2017-4-10.] Saatavissa:

http://www.stat.fi/til/vaerak/2015/01/vaerak_2015_01_2016-09-23_kuv_001_fi.html

TURKU, Riikka 2007. Motivaatio ja painonhallinta. Julkaisussa: PIETILÄINEN, Kirsi, MUSTAJOKI, Pertti ja BORG, Patrik (toim.) 2015. Lihavuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 112-116.

UKK-INSTITUUTTI 2014. Säännöllinen liikunta laskee verenpainetta [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-10.] Saatavissa:

http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_sairaudet/verenpaine

UKK-INSTITUUTTI 2016. Liikunta synnytyksen jälkeen [verkkosivu]. [Viitattu 2017-02-07.] Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset/muut-liikuntasuositukset/liikunta_synnytyksen_jalkeen

UKK-INSTITUUTTI 2017a. Liikuntapiirakka [verkkosivu]. [Viitattu 2017-02-07.] Saatavissa:

<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

UKK-INSTITUUTTI 2017b. Liikuntapiirakka aikuisille [verkkosivu]. [Viitattu 2017-02-07.] Saatavissa:

<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka/liikuntapiirakka-aikuisille>

UOTILA, Jukka 2014. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Julkaisussa: JOUSIMAA, Jukkapekka, ALENIUS, Heidi, ATULA, Saari, KATTAINEN, Anna, PELTTARI, Hanna, KUNNAMMO, Ilkka ja TEIKARI, Martti. Lääkärin käsikirja. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 1018.

VALTIONEUVOSTON ASETUS NEUVOLATOIMINNASTA, KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSTA SEKÄ LASTEN JA NUORTEN EHKÄISEVÄSTÄ SUUN TERVEYDENHUOLLOSTA L 6.4.2011/388. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-11-27.] Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>

VRN 2014. Valtion ravistemusneuvottelukunta. Terveyttä ruuasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-04-11.] Saatavissa:

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3_es.pdf

LIITE 1: OPASLEHTINEN JÄLKISEURANNASTA JA -HOIDOSTA ÄIDILLE

Muistathan seurannat!

Glukoosirasituskokeen tulokset vaikuttavat seurantojen tiheyteen. Tuloksista riippuen niitä toteutetaan 1 - 3 vuoden välein. Seurannat ovat tärkeitä, jotta mahdollisesti sairastuneet löydetään ajoissa ja saadaan hoidon piiriin.

Glukoosirasituskoet

Jos käytit raskausaikana insuliinia, koe uusitaan 6 - 12 viikkoa synnytyksestä. Muuten koe uusitaan noin vuoden kuluttua synnytyksestä. Tavoitteena ovat paastoarvo < 6,1 mmol/l ja kahden tunnin arvo < 7,8 mmol/l.

Seuraava mittaus: _____ / _____
Mittaustulos: _____ / _____

Verenpaine

Verenpaineen tavoitearvot ovat < 140/90 mmHg.

Seuraava mittaus: _____ / _____
Mittaustulos: _____ / _____

Paino ja vyötärön ympäryys

Normaalipainossa painoindeksi on 18,5 - 25 ja naisella vyötärön ympäryksen tavoitearvo on < 80 cm.

Seuraava mittaus: _____ / _____
Mittaustulos: _____ / _____

Kolesteroli

Tavoitteena on, että kokonaiskolesteroli-pitoisuus on < 5,0 mmol/l ja LDL-kolesteroli-pitoisuus eli ns. "huonon" kolesterolin osuus on < 3,0 mmol/l.

Seuraava mittaus: _____ / _____
Mittaustulos: _____ / _____

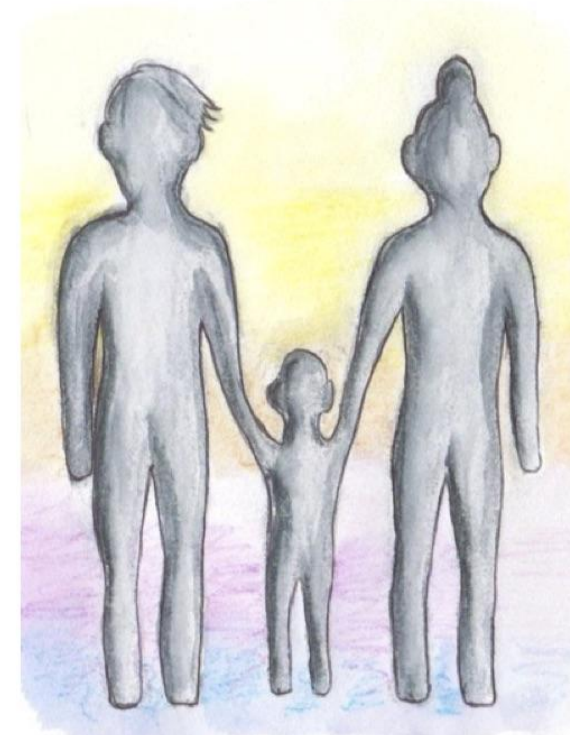


Tekijät:

Anniina Impivaara
Meiju Pellikka
Karoliina Sirén

Kuvat:

Saija Pellikka



RASKAUS- DIABETEKSEN JÄLKEEN

Hei, Äiti! Onnittelut uudesta vauvasta. Tässä on sinulle vinkkejä, joiden avulla voit ylläpitää terveyttäsi raskausdiabeteksen jälkeen.

Raskausaikana sinulla todettiin raskausdiabetes. Sairaus on nyt ohi, mutta sinulla on suurentunut riski sairastua siihen uudelleen seuraavassa raskaudessa. Myös riski sairastua tulevaisuudessa diabetekseen on suurentunut.

Nyt omilla valinnoillasi ja elintavoillasi on merkitystä! Normaali paino, säännöllinen liikunta ja terveellinen ruokavalio ovat keskeisiä asioita sairauksien ehkäisyssä.

Vauva-arjessa myös lepo on hyvin tärkeää, sillä arki voi olla väsyttävää. On tärkeää muistaa huolehtia omasta jaksamisestasi ja mielen virkeydestäsi, sillä hyvinvoivat vanhemmat ovat tärkeintä vauvalle.

Tartu siis lehtiseen ja nappaa tästä Sinun arkeesi sopivia vinkkejä ja valintoja!



Ravitsemus

Monipuolinen, värikäs ja lautasmallin mukainen ruokavalio antaa energiaa arkeen ja auttaa painonhallinnassa. Viisi ateriaa noin kolmen tunnin välein saa verensokerin pysymään tasaisena. Hyvä ravitsemus edistää myös synnytyksestä toipumista ja imetyksen sujumista.

Hyvä ateria koostuu hiilihydraateista, proteiineista ja pehmeästä, hyvästä rasvasta.



Pyri valitsemaan lautasellesi kuitupitoisia tuotteita. Ne auttavat pitämään näläntunnetta loitolla pitkään.

Myös riittävästä nesteensaannista on hyvä huolehtia varsinkin, jos imetat.

Arjen valinnoissa on hyvä kiinnittää huomiota ruuan laatuun.

Leivät

- täysjyvää > 50 %
- kuitua > 6 g / 100 g

Suola

- aikuisten saantisuositus 5 g / vrk eli 1 tl

Maitotuotteet

- rasvaa < 1 %
- rasvaa < 4 %
- suolaa < 1,8 %

Juustot

- rasvaa < 17 %

Margariinit

- rasvaa > 60 %

Valmisruuat

- rasvaa < 5 g / 100 g
- suolaa < 0,8 g / 100 g

Sokeri

- sokeristen mehujen, limppareiden ja karkkien saantiin tulisi kiinnittää huomiota

Liikunta

Liikunta auttaa sinua jaksamaan paremmin ja nopeuttaa synnytyksestä palautumista. Se auttaa painonhallinnassa, laskee verenpainetta, parantaa veren rasva-arvoja ja pitää verensokerin tasaisena. Lisäksi se ehkäisee synnytyksen jälkeiseltä masennukselta.



Synnytyksen jälkeen liikunnan voi aloittaa synnytystavan huomioiden varovaisesti, kun oma vointi sen sallii ja se tuntuu hyvältä. Liikkumaan kannattaa lähteä imetyksen jälkeen, jolloin rinnat ovat kevyemmät ja liikunta mukavampaa.

Vinkkejä liikuntaan

- Aloita sinulle tutuista ja turvallisista lajeista.
- Aluksi on hyvä välttää voimakkaita suunnanmuutoksia ja hyppyjä.
- Lantionpohjan lihasten harjoittelu auttaa sinua toipumaan nopeammin synnytyksestä.

Reipasta liikuntaa on hyvä harrastaa vähintään 2,5 tuntia tai rasittavaa liikuntaa 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa jaettuna useammalle päivälle.

Reipasta liikuntaa

- piha- ja kotityöt
- liikuntaleikit
- vaunulenkit

Rasittavaa liikuntaa

- vesijuoksu, kuntouinti
- juoksu, pyöräily, hiihto
- pallopelit

Suosituksena on, että lihaskuntoa ja liikehallintaa harjoitetaan ainakin kahdesti viikossa. Tällaista liikuntaa ovat esim. kuntosaliharjoittelu ja kuntopiirit. Leikin ja kotijumpan voi yhdistää - voit käyttää lastasi painona!