

Sanna Mild
RASKAUSDIABEETIKOIDEN OHJAUS NEUVOLASSA
– Mitä äidit ohjaukselta toivovat?

Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Kokkola- Pietarsaaren yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyö
huhtikuu 2013

Yksikkö Kokkola- Pietarsaaren yksikkö	Aika Huhtikuu 2013	Tekijä/tekijät Sanna Mild
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitajan suuntautumisvaihtoehto		
Työn nimi RASKAUSDIABEETIKOIDEN OHJAUS NEUVOLASSA Mitä äidit ohjaukselta toivoivat		
Työn ohjaaja Tuula Huhta Lehtori KM		Sivumäärä 37+4
Työelämäohjaaja Satu Lohilahti osastonhoitaja		
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää raskausdiabetesäitien tiedontarve sairaudesta ja sen hoitamisesta sekä heidän mielipiteensä ja toiveensa neuvolasta saatavasta ohjauksesta ja ryhmäohjauksesta raskausdiabeteksen hoitomuotona. Opinnäytetyöni oli työelämälähtöinen ja yhteistyökumppanina toimi Kokkolan terveyskeskuksen osastonhoitaja Satu Lohilahti. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada neuvolasta saatu ohjaus vastaamaan äitien toiveita sekä antaa neuvoloille tietoa raskausdiabeteksen hoidosta. Tavoitteena oli myös rohkaista neuvoloita käyttämään ryhmäohjausta raskausdiabeteksen hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin haastatteluilla. Tutkittavat saatiin Kokkolan neuvoloista sekä Internetin keskustelupalstoilta. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistui viisi henkilöä.</p> <p>Tuloksista nousi ilmi, että äidit toivoivat lisää ohjausta liittyen ravitsemukseen, liikuntaan ja raskausdiabeteksen syihin ja seurauksiin sekä sairauden kulkuun. Äidit toivoivat selkeämpää ravitsemusohjausta sekä enemmän konkreettisia ruoka- ja annosvaihtoehtoja. Äidit toivoivat myös erilaisia ruoka- ja hiilihydraatti vaihtotaulukoita ohjausmateriaaliin. Neuvolasta saadun ohjauksen äidit kokivat yleisluonteiseksi ja rutiininomaiseksi eikä saatu ohjaus heidän mielestään sovellu sellaisenaan kaikille. Äidit olivat kuitenkin tyytyväisiä siihen, että neuvolassa heitä kuunneltiin ja äidin ja terveydenhoitajan vuorovaikutus oli ollut heidän mielestään hyvää. Äitien suhtautuminen ryhmäohjaukseen raskausdiabeteksen hoidossa oli pääsääntöisesti positiivista. Ongelmaksi nähtiin vaikeus paneutua yksilöllisiin ongelmiin, ohjeitten vastainen kannustus ryhmän sisällä sekä ryhmäläisten erilaisuus. Ryhmäohjauksen hyviksi puoli nähtiin ryhmästä saatava vertaistuki, mahdollisuus yhdessä pohtimiseen, uudet ystävät sekä uusi tieto.</p>		
Asiasanat Raskausdiabetes, äitiysneuvola, ohjaus, ryhmäohjaus		

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Unit of health, welfare and culture	Date April 2013	Author Sanna Mild
Degree programme Degree programme of Nursing, Public Health Nurse		
Name of thesis Gestational diabetic's guidance in maternity clinic. What mothers wants from guidance		
Instructor Tuula Huhta lecturer KM	Pages 37+4	
Supervisor Satu Lohilahti head nurse		
<p>Purpose of the thesis was to find out the information needs of gestational diabetes mothers of the disease and how to treat it, their opinions and hopes of guidance in maternity clinic and clarify their thoughts of group guidance gearing of gestational diabetes. The thesis was done in cooperation with Kokkola health center head nurse Satu Lohilahti. The aim of the thesis was to make maternity clinics guidance to meet the hopes and needs of the mothers and also give maternity clinics more knowledge of treating gestational diabetes. The aim was also to encourage maternity clinics use group guidance.</p> <p>In the thesis I used qualitative research method. I collect the material using interviews. Interviewees I got from Kokkola maternity clinics and also from the discussion forums of internet pages. I analyzed the answers with the content analysis method.</p> <p>Research showed that mothers were hoping more guidance of nutrition, exercising and gestational diabetes causes and consequences, as well as the behavior of the disease. Mothers were hoping clearer nutritional guidance, as well as more specific food and serving alternatives. Mothers were also hoping for a variety of food and carbohydrate exchange tables in guidance material. Guidance of the clinics they found out too common and routine-like and they think that guidance is not suitable for all. Mothers were however pleased that in maternity clinics they were heard and interaction between mother and public health nurse has been good. Mother's attitude towards group guidance in treating gestational diabetes was mainly positive. The problem was the difficulty to focus in individual problems, wrong kind of encouragement inside the group and the difference between group members. Positive sides of group guidance was seen peer support of the group, possibility to discuss together, new friend and information from the group leader.</p>		

Key words

Gestational diabetes, maternity clinic, guidance, group guidance

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT**

SISÄLLYS

1 JOHDANTO1

2 DIABETES	2
2.1 Diabeteksen hoito	2
2.2 Tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes	3
2.2.1 Tyypin 1 diabeteksen hoito	4
2.2.2 Tyypin 2 diabeteksen hoito	4
3 RASKAUSDIABETES	6
3.1 Raskausdiabeteksen toteaminen	6
3.2 Raskausdiabeteksen hoito	7
3.2.1 Ruokavalio	7
3.2.2 Liikunta	8
3.2.3 Lääkehoito	9
3.3 Raskausdiabeteksen seuranta	10
3.4 Raskausdiabeteksen vaikutus lapseen	10
4 OHJAUS RASKAUSDIABETEKSEN HOIDOSSA	12
4.1 Ohjaus käsitteenä	12
4.2 Laadukas ohjaus	12
4.3 Hoidonohjauksessa huomioitavia asioita	14
4.3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli	16
4.4 Hoitajan vaikutus ohjauksen onnistumiseen	18
4.5 Ryhmäohjaus käsitteenä	18
4.6 Laadukas ryhmäohjaus	19
5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	20
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
7.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä	22
7.2 Aineistonkeruumenetelmä	22
7.3 Aineiston analysointi	23
7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	25
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Raskausdiabetesäitien tiedontarve neuvolasta	27
8.2 Kokemus saadusta ohjauksesta	27
8.2.1 Ohjauksessa hyväksi koetut asiat	28
8.2.2 Ohjauksen kehittämiskohteet	28
8.5 Äitien mielipiteet ryhmäohjauksesta	29
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	30
10 POHDINTA	33
LÄHTEET	36
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Raskausdiabetes on yleistynyt Suomessa viime vuosien aikana. Tämä johtuu äitien ylipainosta ja huonontuneista elintavoista. Raskausdiabetes tulee usein äideille yllätyksenä, eivätkä he ole osanneet varautua sairauteen ennalta. Vähäinen aikaisempi tieto sairaudesta voi aiheuttaa äidin mielessä pelkoa ja epävarmuutta, sekä saada äidin pohtimaan, miten sairaus vaikuttaa lapseen ja äidin omaan elämään raskauden aikana, synnytyksessä sekä sen jälkeen. Raskausdiabeetikkoäiti saattaa jäädä myös pohtimaan onko sairaus pysyvä. Äitiysneuvolasta saadun ohjauksen tarkoituksena on antaa tietoa, tukea ja rohkaisua äidille ja perheelle sairautta ja siitä heräävien kysymysten käsittelyssä. Neuvolassa on myös tärkeää antaa äidille riittävästi välineitä hyvään omaseurantaan ja sairauden hoitoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää raskausdiabeetikkoäitien tiedontarve sairaudesta sekä sen hoitamisesta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää heidän toiveensa neuvolasta saatavasta ohjauksesta, sekä selvittää äitien mielipiteet ryhmäohjauksesta raskausdiabeteksen hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada neuvolasta saatu ohjaus vastaamaan raskausdiabeetikkoäitien toiveita, sekä antaa neuvoloille tietoa raskausdiabeetikkoäitien ryhmäohjaukseen ja neuvontaan heidän sairautensa hoidossa. Opinnäytetyön lähtökohtina ovat tutkijan oma pitkäaikais sairaus, diabetespoliklinikan toive saada tietoa aiheesta sekä neuvoloiden halu saada raskausdiabeetikkoäideille annettavaa ohjausmateriaalia.

Tutkimus suoritettiin laadullisena tutkimuksena ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelusta saatu materiaali käsiteltiin sisällönanalyysimenetelmällä. Tutkittavien perusjoukon muodostivat raskausdiabetesdiagnoosin saaneet sekä jo synnyttäneet että raskaana olevat äidit.

2 DIABETES

Diabetes on sairaus jossa elimistö ei pysty säätelemään sokerin määrää veressä. Verensokerin huono säätely johtuu haiman riittämättömästä insuliinin erityksestä tai elimistön solujen insuliiniresistenssistä. Elimistössä olevan insuliinin vähyden vuoksi veren sokeripitoisuus nousee liian suureksi. (Diabetesliitto 2009b, 5-20.) Diabetekseen liittyy usein rasva- ja valkuaisaineenvaihdunnan häiriö. Elimistö tarvitsee insuliinia säätelemään veren sokeritasapainoa. Puutteellinen insuliinintuotanto aiheuttaa verensokerin nousua, tästä seuraa solujen energiansaannin väheneminen, jonka solut yrittävät korvata ottamalla energian muualta, esimerkiksi rasvasta tai lihaksista peräisin olevasta proteiinista. (Saranheimo 2009a, 9 - 10; Walker & Rodgers 2005, 10–12.)

Veren korkeasta sokeripitoisuudesta johtuvia yleisempiä oireita ovat lisääntynyt virtsaamisen tarve sekä jano. Virtsaamisen lisääntyminen johtuu elimistön yrittämisestä poistaa ylimäärästä sokeria elimistöstä. Janon tunne johtuu elimistön kuivumisesta virtsamäärän lisääntyessä. Äkillinen laihtuminen voi myös olla merkki diabeteksestä ja korkeasta verensokerista. Kun solut eivät saa tarvitsemaansa energiaa sokerista, elimistö alkaa hajottaa lihaksia ja rasvavarastoja energiansaannin turvaamiseksi. Nopea rasvan hajoaminen johtaa laihtumiseen ja myrkyllisten ketoaineiden kerääntymiseen vereen. Solujen riittämättömästä energiansaannista johtuva väsymys on myös merkki diabeteksestä. Jos verensokeri on koholla vuosien ajan, se voi aiheuttaa vahinkoa elimistön kudoksissa. Tämän takia pitkään jatkunut huonosti hoidettu diabetes voi aiheuttaa silmä-, munuais-, jalka-, sydän-, verisuoni- ja hermostosairauksia. (Diabetesliitto 2009b, 5-20; Saranheimo 2009a, 9 - 10; Walker ym. 2005, 10–12.)

2.1 Diabeteksen hoito

Pääasia hyvässä diabeteksen hoidossa on verensokerin pitäminen normaalitasossa, joka on 4-7 mmol/l. Normaalin verensokeriarvon ylläpitämisessä auttaa teho-

kas omaseuranta ja kotona tehtävä verensokerin mittaaminen. Mittausten ja oma-seurannan avulla diabeteksen hoitoa voidaan muuttaa sellaiseksi, että päästään verensokerin tavoitearvoihin. (Walker ym. 2005, 22–25.) Hyvä hoitotasapaino ehkäisee diabetekseen liittyvien lisäsairauksien puhkeamista (Ojala 2002, 9). Diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista ja yksilöllistä. Tärkeintä hoidossa on se, että diabeetikolla itsellään on riittävästi tietoa ja taitoa sairautensa hoitamiseen. Nykyään diabeteksen hoito ei ole lääkärilähtöistä, vaan pääpaino on diabeetikon omassa aktiivisuudessa sairautensa hoidossa. Tämän takia diabeetikon hoidossa panostetaan hoidonohjaukseen ja oppimiseen sekä hoitoon ja sairauteen sopeutumiseen. Tiedetään myös, kuinka tärkeää diabeetikon hoitoon sitoutuminen on. (Ojala 2002, 10; Saraheimo 2009b, 10–11.) Sairauden hoidossa on myös hyvä huomioida diabeetikon sosiaalinen tukiverkko, johon kuuluvat esimerkiksi perhe, sukulaiset ja ystävät sekä myös hoitohenkilökunta (Ojala 2002, 10).

2.2 Tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes

Diabetes jaetaan yleensä kahteen pääluokkaan, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen, jotka voidaan jakaa useampaan alaluokkaan (Diabetesliitto 2009b, 5-20; Ojala 2002, 8; Walker ym. 2005, 12). Tyypin 1 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavat solut tuhoutuvat, ja tästä seuraa insuliinin puute elimistössä. Haiman beetasolujen tuhoutumista ei huomata heti, vaan se voi tulla ilmi vasta kuukausien tai jopa vuosien jälkeen. Yleensä oireita alkaa ilmaantua vasta, kun beetasolujen toiminta on laskenut kymmeneen prosenttiin. Tyypin 1 diabetes puhkeaa yleensä lapsuudessa, teini-iässä tai varhaisessa aikuisiässä. (Diabetesliitto 2009b, 5-20; Walker ym. 2005, 13–15.)

Tyypin 2 diabetes tunnetaan myös aikuisiän diabeteksena, sillä se puhkeaa yleensä vasta yli 40-vuotiaana. Tyypin 2 diabetekseen liitetään usein liikalihavuus, erityisesti vyötärölle kertynyt rasva altistaa tyypin 2 diabetekselle. Muita tyypin 2 diabeetikolle tunnusomaisia piirteitä ovat poikkeavat veren rasva-arvot, kohonnut verenpaine sekä häiriöt veren hyytymisessä. (Diabetesliitto 2009a, 9-13; Ojala 2002, 56; Walker ym. 2005, 15.)

Tyypin 2 diabeteksen on myös todettu olevan vahvasti perinnöllistä. Tyypin 2 diabetes johtuu haiman riittämättömästä insuliinin tuotannosta tai elimistön insuliiniresistenteistä soluista. Haima reagoi resistentteihin soluihin kiihdyttämällä insuliinintuotantoaan, mutta ajan myötä tämäkään ei riitä tyydyttämään elimistön insuliinintarvetta. Oireet tyypin 2 diabeteksessa tulevat hitaan verensokerin nousun takia yleensä hitaasti hiipimällä. Tyypin 1 diabeteksessa oireet taas tulevat esiin suhteellisen nopeasti. Tyypin 2 diabeteksen riskiä voidaan pienentää painonhallinnalla ja liikunnalla sekä kiinnittämällä huomiota käytetyn rasvan laatuun, kovaa eläinrasvaa tulisi välttää. (Diabetesliitto 2009a, 9-11; Walker ym. 2005, 15.)

2.2.1 Tyypin 1 diabeteksen hoito

Tyypin 1 diabetesta hoidetaan insuliinipistoksilla, niillä korvataan puuttuva insuliinineritys. Insuliinihoidon tulee olla riittävää ja joustavaa jotta se saataisiin muokattua jokaiselle diabeetikolle sopivaksi. Insuliinihoito aloitetaan heti sairauden puhjetua monipistoshoidona, siinä pistoksia tulee 4-8 päivittäin. Monipistoshoidon tarkoituksena on jäljitellä elimistön omaa insuliinintuotantoa mahdollisimman tarkasti. (Diabetesliitto. 2009b, 30; Saranheimo 2009b, 10 - 11; Walker ym. 2005, 82–84.)

Diabeetikon käyttämiä insuliineja on erilaisia. Insuliinit lajitellaan pikainsuliineihin, jotka vaikuttavat nopeasti, sekä perusinsuliineihin, joiden vaikutusaika on pidempi kuin pikainsuliinien. Monipistoshoidon lisäksi diabeetikko voi annostella insuliinia insuliinipumpulla. Diabeetikko arvioi itse tietämyksensä ja mittauksen perusteella kulloisenkin insuliinintarpeensa. (Diabetesliitto. 2009b, 20–30; Saranheimo 2009b, 10 – 11.)

2.2.2 Tyypin 2 diabeteksen hoito

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa ei keskitytä pelkästään kohonneen verensokerin hoitoon, vaan siinä pyritään hoitamaan sairautta kokonaisvaltaisesti. Kohonneen

verensokerin lisäksi hoidetaan kohonnut verenpaine ja veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Samalla ehkäistään verisuonitukoksia asetyylilisäylyhapolla. Tyypin 2 diabeteksen hoitotavoitteisiin kuuluu myös tupakoimattomuus. Pääasioita tyypin 2 diabeteksen hoidossa ovat vyötärölihavuuden laihduttaminen sekä päivittäinen vähintään puolen tunnin liikunta. (Saraheimo 2009b, 10 - 11; Ojala 2002, 77–93; Walker ym. 2005, 15.)

Jos elämäntapamuutokset eivät riitä tyypin 2 diabeetikon hoidossa, voidaan siirtyä lääkehoitoon. Lääkehoitona tyypin 2 diabeteksessa käytetään pääsääntöisesti tablettihoitoa. Tabletit lisäävät elimistön omaa insuliinituotantoa, auttavat soluja käyttämään insuliinia tehokkaammin, vähentävät maksan glukoosintuotantoa ja hidastavat hiilihydraattipitoisten ruokien sulamista. (Saraheimo 2009b, 10 - 11; Walker ym. 2005, 76–78.)

3 RASKAUSDIABETES

Raskausdiabetes tai gestaatiodiabetes on ensimmäisen kerran raskauden aikana ilmennyt diabetesmuoto (Teramo & Kaaja 2009, 384 – 386; Teramo & Kaaja 2011, 289–290). Raskausdiabetes johtuu lisääntyneestä insuliinintarpeesta, joka taas johtuu kasvavasta lapsesta ja elimistön hormoneista, kuten esimerkiksi raskaus-hormonista. Verensokeri nousee, jos äidin elimistö ei pysty vastaamaan lisäänty-neeseen insuliinintarpeeseen. Raskausdiabetes ei normaalisti ole pysyvä sairaus, vaan se paranee yleensä synnytyksen jälkeen. Raskausdiabeteksen uusiutumisen riski tulevissa raskauksissa on myös suurempi, jos äidillä on ollut aikaisemmin raskausdiabetes. (Diabetesliitto 2006, 4; Walker ym. 2005, 144.) Raskausdiabeeti-kolla on suurentunut riski sairastua tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen (Diabetesliitto 2006, 18; Ojala 2002, 57; Walker ym. 2005, 144).

3.1 Raskausdiabeteksen toteaminen

Raskausdiabetes todetaan kahden tunnin sokerirasituskokeella, joka suomessa tehdään 24 – 28 raskausviikolla. Sokerirasituskoe pitäisi tehdä jo alkuraskaudesta äideille joilla on suuri sukurasite sairastua tyypin 2 diabetekseen. Raskausdiabe-tekseen riskitekijöitä on puolella Suomen raskaana olevista naisista. Raskausdiabe-tekseen riskitekijöitä ovat sokeri aamuvirtsassa, Äidin ylipaino (BMI yli 25 kg/m²), aikaisemmin syntynyt yli 4500 g painava lapsi, äiti on 40 vuotta tai vanhempi, lähi-suvun diabetes, epäily suurikokoisesta sikiöstä kyseessä olevassa raskaudessa, aikaisempi raskausdiabetes sekä äidin munasarjojen monirakkulaoireyhtymä. (Pe-ränen 2008, 149–152; Teramo ym 2009, 384 – 386; Kaaja 2011, 289–290.)

Sokerirasituskoe tehdään laboratoriossa 12 tunnin paaston jälkeen. Äidille anne-taan juotavaksi liuos, joka sisältää 75 g glukoosia. Verensokeri mitataan ennen sokeriliuoksen juomista sekä yhden ja kahden tunnin kuluttua liuoksen nauttimi-sesta. Sokerirasituskokeen viitearvot ovat: paasto 5,3 mmol/l, tunnin arvo 10,0 mmol/l ja kahden tunnin arvo 8,6 mmol/l. Sokerirasituskoe kertoo epäillyn ras-kausdiabeteksen vaikeusasteesta. Jos kolmesta verensokeriarvosta yksi on kohol-

la, pelkkä ruokavaliohoito ja liikunta riittävät hoidoksi ja jatkossa verensokeria seurataan äidin omassa äitiysneuvolassa, mutta tarvittaessa äiti lähetetään synnytys-sairaalan äitiyspoliklinikalle. (Peränen 2008, 149-152; Teramo ym. 2009, 384 – 386; Teramo ym. 2011, 289-290.)

3.2 Raskausdiabeteksen hoito

Raskausdiabeetikon hoidolla ja hoidonohjauksella pyritään turvaamaan äidin ja lapsen hyvinvointi raskausaikana sekä myöhemmin koko perheen hyvinvointi. Neuvolassa aloitetaan elintapaohjauksen antaminen jo raskauden alussa, mutta raskausdiabeteksen varmistuttua, ohjausta tehostetaan ruokavalion ja liikunnan osalta. Raskausdiabeetikon hoidonohjauksella pyritään vaikuttamaan myös koko perheen hyvinvointiin. (Peränen 2008, 149 - 152.)

Raskausdiabeetikon hoito on sama kuin muidenkin raskaana olevien diabeetikkojen. Aikaisemmin mainitut verensokeriarvot ja raskauden vaihe määräävät sen hoidetaanko raskausdiabetesta ruokavaliolla vai insuliinilla. Jos terveellinen ruokavalio ja liikunta eivät riittävästi vaikuta verensokeriarvoihin, aloitetaan äidille insuliinihoito. Verensokeriarvojen tulisi koko raskauden ajan olla ennen aterioita 4 – 6 mmol/l ja kaksi tuntia aterian jälkeen 4 – 7 mmol/l. (Walker ym. 2005, 144–145.)

3.2.1 Ruokavalio

Ruokavalio-ohjauksella pyritään estämään liiallista painonnousua, alentamaan verensokeria sekä ehkäisemään tai ainakin lykkäämään insuliinihoidon aloittamista. Tärkeää on tarkistaa äidin ateriarytmi sekä ateriatottumukset. Pelkästään napostelun välttäminen ja säännöllinen ateriarytmi saattavat parantaa verensokeriarvoja, myös kuidut tasoittavat verensokeria. Ruokapäiväkirjan pitäminen on hyvä keino selvittää ruokavalion mahdolliset muutoskohteet. (Peränen 2008, 149 - 152.)

Raskausdiabeetikkoäidin tulisi pyrkiä syömään terveellistä perusruokaa. Syödessään raskausdiabeetikon kannattaa muistaa lautasmalli: vähän tyydyttyneitä ja kohtuullisesti tyydyttymättömiä rasvoja, vähän sokeria, vähän suolaa ja runsaasti kuituja. Tärkeää raskausdiabeetikon ruokavaliossa on tasapainoinen ateriasuunnitelma ja rytmi sekä ennen kaikkea ruuasta nauttiminen. (Ruuskanen 2008. 63-80.)

Ruokavaliossaan raskausdiabeetikkoäidin tulisi välttää sokeripitoisia ruokia sekä suuria hiilihydraattiannoksia (Walker ym. 2005, 144). Raskausdiabeetikon ruokavalioon tulisi sisältyä täysjyvävalmisteita, kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä vähärasvaisia maito- ja lihavalmisteita. Rasvana käytetään pehmeitä rasvoja sisältäviä levitteitä ja öljyjä. Erityisesti pitäisi huolehtia kalsiumin ja D-vitamiinin saannista. Raskausdiabeetikkoäidin ravinnosta saamasta energiasta proteiinien osuus pitäisi olla 20-25 %, rasvan 30-40 % ja hiilihydraattien 40-50 %. (Peränen 2008, 149 - 152.)

3.2.2 Liikunta

Liikunta on myös hyvä tapa hallita verensokeria. Raskausajan liikunnan teho ja laatu pitää sovittaa äidin kuntoon sekä raskauden keston. Hyötyliikunta lasketaan myös liikunnaksi ja sitä kertyy päivänmittaan melkein huomaamatta. Turvallisia liikuntamuotoja raskausaikana ovat esimerkiksi uinti, pyöräily, kävely, hiihto, sekä raskaana oleville tarkoitettut ryhmäliikuntatunnit. (Peränen 2008, 149 - 152.)

Liikunta auttaa myös äitiä jaksamaan paremmin raskauden ja synnytyksen raskaudet. Hyvä fyysinen kunto helpottaa myös synnytyksestä toipumista. Liikunta vähentää raskaudenaikaista painonnousua sekä parantaa äidin ruuansulatusta. (Gylden & Katajamäki 2009, 62.)

Jos äiti on harrastanut liikuntaa jo ennen raskautta sekä tuntee omat rajansa, voi hän liikkua entiseen tapaan raskauden puoleenväliin asti. Riskialteimmat lajit on kuitenkin hyvä jättää pois ja liikkeiden soveltaminen raskaana olevalle sopiviksi on suotavaa. Jos äiti taas ei ole ennen raskautta harrastanut liikuntaa, hänen on hyvä

aloittaa pehmeistä lajeista, kuten kävelystä, uinnista tai mammajumpasta. (Gylden & Katajamäki 2009, 64.)

Raskausajan liikunta on kuntoa ylläpitävää. Jos liikunta tuntuu liian raskaalta, on äidin oltava valmis hidastamaan tahtia. Suositeltava liikunta-annos odottavalle äidille on 45–60 minuuttia kolme kertaa viikossa. Liikunta ei saa sattua, salvata hengitystä eikä aiheuttaa pahaa oloa. Liikunnan teho on sopiva silloin, kun äiti pystyy puhumaan puuskuttamatta liikuntasuorituksen aikana. (Gylden & Katajamäki 2009, 64.)

Parhaita liikuntalajeja odottavalle äidille ovat kävely tai sauvakävely, uinti, vesijumppa tai vesijuoksu, jooga, jumppa sekä kuntosalitreeni. Raskausaikana vältettäviä liikuntalajeja taas ovat ratsastus, kamppailulajit, laskettelu, rajut pallopelit ja laitesukellus. Liikuntalajit, joihin sisältyy loukkaantumisvaara tai joissa kohtuun kohdistuu voimakasta hölskyvää liikettä, eivät ole sopivia raskaana olevalle. (Gylden & Katajamäki 2009, 65.)

3.2.3 Lääkehoito

Jos ruokavalio ja liikunta eivät riitä ylläpitämään normaaleja verensokeriarvoja, otetaan avuksi lääkehoito, yleensä insuliinihoito. Jotta insuliinihoito päätetään aloittaa, pitää paastoarvon olla toistuvasti vähintään 5,5 mmol/l ja verensokerin tunti aterian jälkeen toistuvasti 7,8 mmol/l tai enemmän. Insuliinihoito aloitetaan synnytyssairaalan äitiyspoliklinikalla ja sitä jatketaan synnytykseen saakka. Insuliinihoito suunnitellaan jokaiselle äidille erikseen juuri hänen tarpeisiinsa sopivaksi. Insuliinihoito voidaan toteuttaa iltainsuliinina tai monipistoshoidona hoidonvasteesta riippuen. (Peränen 2008, 149 - 152.) Raskausdiabetesta voidaan hoitaa myös tableteilla, esimerkiksi metformiinilla, mutta pelkällä tablettihoidolla ei yleensä saavuteta riittävän hyvää verensokeritasoa, vaan siihen joudutaan yleensä liittämään myös insuliinihoito. (Teramo ym. 2009, 384 – 386; Teramo ym. 2011, 289-290.)

3.3 Raskausdiabeteksen seuranta

Raskausdiabeetikkoäidin verensokeriarvoja ryhdytään seuraamaan kotimittauksilla, jos sokerirasituskokeen arvoista kaksi tai kolme arvoa on normaalia korkeampia. Kotimittaukset tehdään kahden vuorokauden ajan viikon kuluessa. Verensokeri mitataan aina ennen ateriaa sekä tunti aterian jälkeen. Verensokeri mitataan myös ennen nukkumaanmenoa. Kerran viikossa verensokeri mitataan myös yöllä, esimerkiksi kello 4. Kotimittausten tarkoitus on seurata riittääkö ruokavalio pitämään verensokerin tasaisena vai tarvitaanko insuliinihoitoa. Insuliinihoito aloitetaan, jos verensokeriarvot ovat useasti 5,5 mmol/l tai tätä suurempia, tai aterian jälkeiset arvot ovat 7,8 mmol/l tai suurempia. (Teramo ym. 2009, 384 – 386; Teramo ym. 2011, 289–290.)

Synnytyksen jälkeen verensokeriarvot palaavat yleensä normaalille tasolle, mutta suurentuneen riskin sairastua tyypin 1 tai 2 diabetekseen takia tehdään äidille uudestaan sokerirasituskoe kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. Kokeessa mitataan, kykeneekö elimistö hyödyntämään sokerin tehokkaasti. (Walker ym. 2005, 145; Diabetesliitto 2006, 18.)

3.4 Raskausdiabeteksen vaikutus lapseen

Hoitamattomana raskausdiabetes voi aiheuttaa ongelmia lapselle ennen synnytystä, sen aikana ja synnytyksen jälkeen. Yleisin ongelma on lapsen suuri koko, joka voi aiheuttaa lapselle raskauden loppupuolella kroonista hapenpuutetta sekä synnytyksessä hartioiden vaikeasta ulosauttamisesta johtuvan hartian hermopunoksen vammautumisen. Ruokavaliohoitoisilla raskausdiabeetikkoäideillä raskaus- ja synnytysongelmat eivät poikkea terveiden äitien ongelmista. Ainoastaan keisarileikkaukset ovat yleisempiä ruokavaliohoitoisilla raskausdiabeetikoilla kuin terveillä äideillä. (Teramo ym. 2009, 384 – 386; Teramo ym. 2011, 289–290.) Sikiön elintoimintojen kehittyminen voi myös hidastua raskausdiabeteksen takia. Esimerkiksi keuhkojen kypsyminen hengitystä varten voi olla hitaampaa kuin normaalisti, mutta ongelmat voidaan kuitenkin välttää hoitamalla raskausdiabetes huolellisesti. (Diabetesliitto 2006, 5.) Raskausdiabeetikkoäitien lapsilla on myös myöhemmin

suurempi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen ja lapsen todennäköisyys tulla liikalihavaksi on myös suurempi kuin terveiden äidin lapsella. (Orell-Kotikangas 2007, 73 - 77.)

4 OHJAUS RASKAUSDIABETEKSEN HOIDOSSA

4.1 Ohjaus käsitteenä

Ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Ohjaus on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan taustaan, lähtökohtiin ja periaatteisiin joiden pohjalta toimitaan. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät näiden asioiden perusteella ja tarkentuvat ohjaussuhteen kehittyessä. (Lahtinen 2006, 6.)

4.2 Laadukas ohjaus

Hyvän hoidonohjauksen perustana on aina potilaslähtöisyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. Nämä lähtökohdat takaavat sen, että ohjauksessa tulevat ilmi ihmisestä välittäminen, molemminpuolinen arvostus sekä yhteisymmärrys käsiteltävästä asiasta. (Kyngäs 2008, 27 - 28.)

Laadukkaassa hoidonohjauksessa hoidetaan ihmistä, ei hänen sairauttaan. Annetun ohjauksen tulee myös olla kiireetöntä, eikä se saa jäädä pinnalliseksi. Ohjaajan on myös tärkeää sovittaa antamansa ohjaus ohjattavan sen hetkiseen elämäntilanteeseen sopivaksi. Laadukkaassa ohjauksessa ohjaaja suunnittelee ohjauksen ohjattavan aikaisempaan tieto- ja taitotasoon sopivaksi, niin että annettu ohjaus kehittää ohjattavan omahoitoa askeleen eteenpäin. (Turku 2008, 41-62.)

Ohjauksella pyritään kehittämään potilaan kykyä sekä aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Hoitajan tehtävä ohjaustilanteessa on tukea potilasta päätöksenteossa, mutta hänen pitää pidättäytyä antamasta potilaalle valmiita ratkaisumalleja. Jos potilas ei kykene itse keksimään ratkaisua ongelmaansa, voi ohjaaminen sisältää myös lisätiedon antamista potilaalle ratkaisun löytymiseksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

Tärkeää laadukkaassa ohjauksessa on myös ohjaustilanteen ilmapiiri ja vuorovaikutuksen yleisvaikutelma. Ohjaustilanteessa ilmapiiriin tulee olla motivoivaa ja vuorovaikutuksella on tärkeä osa motivoivan ilmapiiriin syntymisessä. Ohjattavan motivointi on tärkeä osa-alue hoidonohjauksessa, sillä esimerkiksi diabeetikon omahoito vaatii paljon panostusta ja kovaa motivaatiota hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjattavan motivaatiota voidaan parantaa luomalla yhteistyössä hänen kanssaan pienempiä välitavoitteita. Välitavoitteita luodessa on hyvä antaa tilaa ohjattavan epäilyille, hänen kokemilleen esteille, haaveille ja tulkinnalle siitä, mikä auttaisi häntä saavuttamaan itselleen asettamansa tavoitteet. (Turku 2008, 41-62.)

Laadukkaan hoidonohjauksen elementtejä ovat aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta tulee hoidonohjauksessa ilmi johdonmukaisena tiettyyn päämäärään pyrkivänä toimintana. Laadukkaan hoidonohjauksen elementteihin kuuluu myös ohjattavan ja ohjaajan konteksti, joka koostuu molempien osapuolten yksilöllisistä fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista sekä muista ympäristötekijöistä. Yksi elementeistä on vuorovaikutus. Hoidonohjaajana toimivan henkilön pitää muistaa, että vuorovaikutussuhde koostuu aina kaksisuuntaisesta vuorovaikutuksesta. Elementteihin sisältyy myös toimiva ohjaussuhde eli se, millaiseksi ohjaajan ja ohjattavan ohjaussuhde muodostuu, vaikuttaa aina hoidonohjauksen onnistumiseen sekä ohjauksen vaikuttavuuteen. (Kyngäs 2008, 27 - 28.)

Ohjaussuhteen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan itsemääräämiskeuden sekä yksilöllisyyden kunnioittaminen, ohjattavan yksilöllisyyden tukeminen, ohjattavan kyky tehdä päätöksiä sekä vastata tekemistään valinnoista. Laadukas ja onnistunut ohjaus vaikuttaa hoitoon suuresti. Laadukas ohjaus tukee potilaan selviytymistä sairauden kanssa, edistää potilaan elämänlaatua sekä hoitoon sitoutumista, lisää tyytyväisyyttä hoitoon sekä turvallisuuden tunnetta, vähentää ahdistusta ja pelkoja, edistää kotihoitoa ja vähentää terveydenhuoltopalvelujen käyttöä. Hyvä ja laadukas hoidonohjaus lähtee potilaan tarpeista ja huomio potilaan lähtökohdat. (Kyngäs 2008, 27 - 28.)

Hyvässä ohjauksessa voidaan hyödyntää motivoivan haastattelun vuorovaikutuksellisia keinoja. Niillä voidaan aktivoida ohjattavaa oman elämän muutostarpeen

arviointiin. Ohjaustilanteessa tulisi vallita myönteinen ilmapiiri ja ohjauksen tulee rakentua ohjattavan omista tarpeista ja näkökulmista. Tämä onnistuu jos ohjaaja kuuntelee aktiivisesti ohjattavaa. Motivoivan haastattelun pitäisi rakentua keskusteluksi, jossa keskeisiä asioita ovat ohjattavan motivaation rakentaminen ja muutokseen sitoutumisen vahvistuminen. Ohjattavan motivaation rakentamista tuetaan esimerkiksi avoimilla kysymyksillä, heijastavalla kuuntelulla, positiivisella palautteella, yhteenvedoilla ja motivaatiota ilmaisevien lausumien etsimisellä. Ohjauksessa etsitään yhdessä ratkaisuja ohjattavan esille tuomiin ongelmiin. Ohjauksessa on tärkeää tuoda ohjattavalla onnistumisen ja hallinnan tunteita muilta elämäntoimialueilta, koska se johdattaa ohjattavaa pois epäonnistumisen ajatuksista. (Poskiparta 2008, 93.)

4.3 Hoidonohjauksessa huomioitavia asioita

Ohjauksessa tulee ottaa huomioon ohjattavan ja ohjaajan taustatekijät, sillä nämä vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Taustatekijät jaetaan fyysisiin ja psyykkisiin taustatekijöihin, jotka ovat jokaiselle yksilöllisiä, sekä sosiaalisiiin ja muihin ympäristötekijöihin. Esimerkiksi ohjattavan ikä ja psyykkinen terveys on otettava huomioon ohjausta suunniteltaessa. (Kyngäs ym. 2007; Kyngäs 2008, 30–37.)

Fyysisiä taustatekijöitä ovat ohjattavan ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen miten asiakas pystyy vastaanottamaan ohjausta. Asiakkaan iällä on suuri merkitys ohjauksessa. Lapsen ohjauksessa on huomioitava hänen kehitystasonsa ja ohjauksessa käytettävä sanasto. Ohjauksen sisältö tulee suunnitella niin, että lapsi ymmärtää mistä puhutaan. Vanhuksen ohjaamisessa on otettava huomioon mahdolliset kuulo-, näkö- ja muut fyysiset ja psyykkiset rajoitteet. Sukupuoli ei välttämättä vaikuta ohjaukseen, mutta on tutkittu, että naisilla on paremmat pohjatiedot esimerkiksi ruokavaliosta, kun taas miehet osaavat hakea paremmin tietoa tarvitsemastaan aiheesta. (Kyngäs ym. 2007; Kyngäs 2008, 30–37.)

Psyykkisiin taustatekijöihin kuuluu ohjattavan käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja valmiudet sekä ohjattavan motivaatio. Ohjattavan motivaatio on tärkeä tekijä ohjauksen onnistumisessa, sillä se vaikuttaa siihen haluaako ohjattava omaksua uusia hoitoon liittyviä asioita sekä kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Ohjattavan käsitys omasta terveydentilasta vaikuttaa siihen, kokeeko hän ohjauksen itselleen tarpeelliseksi. Jos ohjattava ei tunne itseään sairaaksi eikä koe tarvitsevansa ohjausta, ei hän todennäköisesti hyödy hänelle annettusta ohjauksesta. Tällaisessa tilanteessa on hänelle kuitenkin annettava perustiedot sairautensa hoitamisesta. Ohjattavan oppimistavalla ja -tyylillä on myös merkitystä ohjauksen onnistumiselle. Hoitajan olisi hyvä kartoittaa potilaalle sopivin oppimistapa ennen ohjauksen aloittamista, koska silloin hän voi toteuttaa ohjauksen potilaalle parhaalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs ym. 2007; Kyngäs 2008, 30–37.)

Sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista sekä eettisistä tekijöistä. Sosiaaliset tekijät vaikuttavat siihen miten ohjattava ja ohjaaja lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Ohjaustilanteessa hoitajan olisi hyvä kartoittaa potilaan tukiverkko sekä hänen sitä kautta saamansa tuki. Potilaan ja hoitajan mahdollinen kieliongelma pitää myös ratkaista esimerkiksi tulkin avulla, jotta ohjaus onnistuisi. (Kyngäs ym. 2007; Kyngäs 2008, 30–37.)

Muita ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö sekä ihmissuhdeympäristö. Nämä tekijät voivat joko parantaa tai huonontaa ohjaustilannetta. Ohjausympäristön tulisi olla rauhallinen, turvallinen ja siisti. Nämä asiat viestivät potilaalle, että hän ja ohjaus ovat tärkeitä ja arvostettuja. Riittävä aika ohjaustilanteessa on myös tärkeää, sillä se viestii ohjattavalle, että hänen asiansa on arvokas ja siihen paneudutaan. (Kyngäs ym. 2007; Kyngäs 2008, 30–37.)

Hoidonohjauksessa ohjaajan tulee ottaa huomioon ohjattavan hoitoon sitoutuminen. Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan ohjattavan vastuullista ja aktiivista itsensä hoitamista hänen terveydentilansa edellyttämällä tavalla yhteistyössä häntä hoitavien henkilöiden kanssa. Ohjattavan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat perheenjäsenten ja tuttavien mielipiteet, tiedotusvälineistä saatu informaatio, ohjattavan

oma arvomaailma sekä aikaisemmat kokemukset. Ohjattavan pelottelu ja syyllistäminen eivät edesauta hoitoon sitoutumista. Ohjattavan hoitoon sitoutumista voidaan parantaa korostamalla hänen omaa aktiivisuuttaan, vastuullisuuttaan ja yhteistyötään hoitohenkilöstön kanssa. Myös vakuuttavuus, syyllistämätön informaatio sekä oikean terminologian käyttö ovat kokeilemisen arvoisia keinoja ohjattavan hoitoon sitoutumisen parantamiseksi. (Pekkonen 2008, 121–122.)

4.3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Hoidonohjauksen onnistumiseen vaikuttaa myös ohjattavan muutosvalmius. Tämän takia ohjaajan tulee olla tietoinen transteoreettisesta muutosvaihemallista, sekä osata hyödyntää sitä ohjaustilannetta suunnitellessa. Ohjaajan pitää myös osata hyödyntää elintapojen muutosta tukevia toimintamalleja. Ohjauksen aluksi tulee selvittää asiakkaan taustatekijät, asennoitumisen sekä odotukset ja tavoitteet. Näin vähennetään asiakkaan torjuntaa ja vastenmielisyyttä ohjausta kohtaan. (Poskiparta 2008, 81-88.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli koostuu viidestä eri vaiheesta: esiharkintavaiheesta, harkintavaiheesta, valmistautumisvaiheesta sekä toiminta- ja ylläpitovaiheesta. Esiharkintavaiheessa ohjattava ei välttämättä vielä tiedosta muutostarvetta, vaikka ohjattava tunnistaisikin muutostarpeen, ei hän ole vielä valmis muutokseen. Tässä vaiheessa on ohjaajalla tavoitteena luoda mielikuva erilaisesta tilanteesta ja etsiä keinoja yhdessä ohjattavan kanssa kuviteltuun tilanteeseen pääsemiseksi. On tärkeää saada ohjattava pohtimaan omia elintapojaan ja saada hänet harkitsemaan muutoksen tarvetta. Tärkeää on, että ohjattava itse valitsee muutoksen kohteen. Ohjaaja voi tukea valintaa antamalla neutraalia tietoa ohjattavalle. (Poskiparta 2008, 88–89; Eloranta & Virkki 2011, 33–34.)

Harkintavaiheessa ohjattava tiedostaa muutoksen tärkeyden, mutta ei ole vielä valmis toteuttamaan muutosta. Ohjattava on tietoinen muutoksen hyvistä ja huonoista puolista. Tässä vaiheessa ohjauksen tavoitteena on auttaa ohjattavaa ratkaisemaan ristiriitatilanne sekä etenemään muutosprosessissa. Ohjaaja voi auttaa

ohjattavaa arvioimalla yhdessä hyötyjä ja haittoja, mutta ohjaaja ei kuitenkaan anna valmiita ratkaisuja, vaan neutraalia tietoa. (Poskiparta 2008, 89–90; Eloranta ym. 2011, 35.)

Valmistautumisvaiheessa ohjattava on valmis tekemään muutospäätöksen, ja hän alkaa pohtia käytännön muutostoimia ja niihin sitoutumista. Ohjattava on saattanut tehdä itse jo pieniä muutoksia elämäntapoihinsa, mutta on epäonnistunut niiden ylläpidossa. Tässä vaiheessa ohjattava kysyy usein ammattilaisen neuvoa. Ohjaaja ja ohjattava tekevät yhdessä tavoitteet ja arvioivat niiden realistisuutta. Ohjaaja ja ohjattava keskustelevat myös keinoista muutoksen toteuttamiseksi. Tässä vaiheessa ohjaajan tehtävänä on tukea itsearviointia ja eri toimintamallien tunnistamista sekä uusien tapojen pohdiskelua. Ohjaaja myös rohkaisee ohjattavaa arviomaan tottumusten hyviä ja huonoja puolia sekä auttaa ohjattavaa tekemään tarvittavia valintoja. Päätösprosessin aikainen emotionaalinen ja sosiaalinen tuki on erittäin tärkeää. (Poskiparta 2008, 90-91; Eloranta ym. 2011, 36.)

Toimintavaiheessa ohjattava on jo tehnyt merkittäviä muutoksia elintavoissaan. Muutoksesta ääneen kertominen lähiympäristölle kertoo ohjattavan sitoutumisesta muutokseen pidemmällä aikajanelalla. Tässä vaiheessa ohjaaja motivoi ohjattavaa oman toimintamallin luomiseen sekä kertoo ja tarkentaa tai hän määrittelee uudet muutostoiminnan tavoitteet yhdessä ohjattavan kanssa. Ohjaaja ja ohjattava asettavat pienempiä osatavoitteita, joilla ohjattava saavuttaa onnistumisen tuntemuksia. Tässä vaiheessa ohjattava tarvitsee riittävästi tietoa käyttäytymisensä muuttamiseksi oikeaan suuntaan. Ohjattavaa motivoidessa on otettava huomioon ympäristön positiivinen ja negatiivinen tuki. Ohjaustilanteessa puhutaan positiivisista asioista sekä tulevaisuudesta, ei aikaisemmin tehdyistä virheistä. (Poskiparta 2008, 91-92; Eloranta ym. 2011, 37–38.)

Ylläpitovaiheessa ohjattava yrittää ylläpitää muutosta ja estää mahdolliset repsahdukset. Ohjattava tekee edelleen työtä muutoksen ylläpitämiseksi, mutta ei enää tarvitse aktiivista tukea uusissa elämäntavoissa pysyäksään. Ohjattava on itse varma kyvystään ylläpitää uusia elämäntapoja ja houkutukset repsahdukseen vaikeissa tilanteissa ovat vähentyneet. Ohjaajan ja ohjattavan välinen ohjaussuhde ja seuranta kuitenkin jatkuvat ja ohjaaja tukee ohjattavan omia voimavaroja sekä oh-

jattavan omaa aktiivisuutta korostetaan ohjauksessa. (Poskiparta 2008, 92; Elo-ranta ym. 2011, 38.)

4.4 Hoitajan vaikutus ohjauksen onnistumiseen

Hoitajan vaikutus ohjauksen onnistumiseen on merkittävä. Hoitaja pystyy vaikuttamaan ohjauksen onnistumiseen selvittämällä etukäteen potilaan taustatiedot ja suunnittelemalla ohjauksen sisällön ja kulun huolellisesti. Ohjaustilanteessa hoitaja toimii ohjaussuhteen rakentajana, vuorovaikutuksen käynnistäjänä ja hän huolehtii siitä että ohjaus etenee toivottuun suuntaan. Hoitaja on myös vastuussa ohjauksen kokonaissuunnittelusta ja arvioinnista. (Kyngäs 2008, 30–37.)

Ohjausta antavalla hoitajalla tulee olla riittävät ohjausvalmiudet, sillä ne vaikuttavat ohjaukseen ja ohjauksen lopputulokseen. Ohjaavalla hoitajalla tulee myös olla hyvä tietojen ja taitojen hallinta, halukkuus ja mahdollisuus auttaa, kyvyt itsenäiseen ajatteluun ja toimintaan yllättävissä tilanteissa sekä kyky tehdä päätöksiä etenemisestä ja organisoinnista. Hoitajalla tulee olla tietoa ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä eri ohjausmenetelmistä. Hoitajan myönteinen asenne ohjausta kohtaan edesauttaa onnistunutta ohjaustilannetta. (Kyngäs 2008, 30–37.)

4.5 Ryhmäohjaus käsitteenä

Ryhmäohjauksella tarkoitetaan tässä yhteydessä tietyn terveysongelman perusteella koottua ryhmää. Ryhmän tavoitteena on ohjaajan avulla auttaa ryhmän jäseniä elintapoihin liittyvissä muutosprosesseissa. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan voi ihmisten erilaisuuden takia korvata kokonaan yksilöohjausta. (Poskiparta 2008, 100 - 102.) Ryhmäohjausta voidaan käyttää pitkäaikaissairauksiin, leikkaus- ja perhevalmennuksiin sekä elintapamuutoksiin. Pitkäaikaissairauksia käsittelevissä ryhmissä voidaan keskittyä sairauteen liittyvään yleiseen ohjaukseen, elämäntavoilla terveyteen vaikuttamiseen sekä esimerkiksi rentoutumiseen. (Eloranta ym. 2011, 77.)

4.6 Laadukas ryhmäohjaus

Hyvä ja toimiva ryhmä koostuu ihmisistä, jotka kaikki tuntevat toisensa, joilla on yhteinen tavoite tai päämäärä sekä joilla on sopimus yhteisistä työskentelytavoista. Toimivassa ryhmässä valitsee suvaitsevaisuus toisten mielipiteitä, ajatuksia ja tunteita kohtaan. Ryhmän jäsenet viestivät ja ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Edellytyksiä sille, että ryhmää voidaan käyttää voimavarana jäsenten omien tavoitteiden asettamiselle ja niiden saavuttamiselle ovat ryhmään kuuluminen ja yhteinen tavoite. (Poskiparta 2008, 100 - 102.)

Ryhmän toimivuutta edistäviä tekijöitä ovat sopiva osallistujamäärä, joka on noin 3 – 10 jäsentä. Erilaiset tutustumisharjoitukset ja leikit, jotka edistävät ryhmäytymistä sekä vuorovaikutuksen sujuvuutta. Toiminnallisuus rohkaisee ryhmäläisiä ilmaistamaan itseään ja tunteitaan. Ryhmän pitää myös itse sopia sitoutumiselle selkeät ehdot, jotka koskevat kaikkia, niin ryhmäläisiä kuin ohjaajaakin. Kokoontumiskertoja olisi hyvä olla 6 – 20 vaihtelevalla tiheydellä. Tapaamisvälit eivät kuitenkaan saisi venyä liian pitkiksi, sillä silloin ryhmän toimivuus voi kärsiä. (Poskiparta 2008, 100 - 102.)

Ryhmä- ja yksilöohjauksessa on tärkeää, että ryhmän jäsen tunnistaa oman muutostarpeensa ja halukkuutensa. Ryhmän ja sen jäsenten tavoitteiden saavuttamiseksi on tärkeää, että tehdään suunnitelma, jonka toteutumista seurataan sekä arvioidaan ryhmässä. Ryhmä tukee jäseniään omien tavoitteidensa saavuttamista sekä niiden asettamisessa. Ryhmä auttaa myös jäseniään jaksamaan työskennellä saavuttaakseen tavoitteensa. Toimiva ryhmä keksii yhdessä ratkaisuja sekä menetelmiä miten saavuttaa tavoitteet, miten arvioida edistymistä sekä miten toimia ryhmässä. (Poskiparta 2008, 100 - 102.)

Ryhmäohjauksen etuja ovat sen taloudellisuus, koska siinä voidaan samanaikaisesti jakaa tietoa suuremmalle joukolle. Siinä voidaan jakaa niin onnistumisen kuin epäonnistumisen kokemukset ryhmäläisten kanssa ja samalla saadaan sosiaalista tukea niin ylä- kuin alamäessäkin. Ryhmäkeskustelun menetelminä voidaan käyttää niin muutosvaihemallin kuin motivoivan keskustelun keinoja. (Poskiparta 2008, 100 - 102.)

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Alatalon ja Riihelän (2011) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia äideillä oli raskausdiabeteksen hoidosta ja ohjauksesta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että äidit olivat saaneet tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Lisää tietoa olisi toivottu liikunnasta, sairauden vaikutuksesta äitiin ja lapseen sekä konkreettimpaa ja yksilöllisempää ohjausta ruokavaliosta. Tutkimuksen mukaan ruokavalio-ohjaukseen oltiin muilta osin oltu tyytyväisiä.

Haajasen (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko raskausdiabeetikkojen mielestä ryhmäohjaus hyvä keino raskausdiabeetikoiden elintapaohjauksessa. Tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia raskausdiabeetikoilla on elintapaohjauksesta ryhmissä. Tuloksien mukaan kokemukset olivat olleet positiivisia. Ryhmäohjaus oli ollut tuloksekasta ja asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä aikaan, paikkaan ja ohjaustapaan. Ohjaus oli sisältänyt riittävästi tietoa ja herättänyt motivaatiota elämäntapamuutokseen. Ohjaus oli koettu hyödylliseksi.

Aallon ja Kangasojan (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista ohjausta raskausdiabeetikot olivat saaneet raskauden aikana sekä saada kehitysehdotuksia ohjaukseen. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan valmiuksia ohjata, motivoida ja kannustaa äitejä raskausdiabeteksen omahoidossa. Tuloksista kävi ilmi, että ohjaus oli ollut monipuolista ruokavalion, liikunnan ja hoitomuotojen osalta. Parhaiten ohjausta oli saatu ruokavaliosta, sairaudesta ja hoitomuodoista. Vähiten ohjausta oli saatu liikunnan osalta. Tuloksien mukaan äidit olivat toivoneet ohjaukseen lisää yksilöllisyyttä, tehostettua verensokerin seuranta, ruokapäiväkirjan pitämistä sekä erilaisia liikuntaryhmiä.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää raskausdiabeetikkoäitien tiedontarve sairaudesta sekä sen hoitamisesta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää heidän mielipiteensä ja toiveensa neuvolasta saadusta ohjauksesta, sekä selvittää äitien mielipiteet ryhmäohjauksesta raskausdiabeteksen hoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on saattaa neuvolasta saatu ohjaus vastaamaan raskausdiabeetikkoäitien toiveita. Tavoitteena on myös antaa neuvoloille tietoa raskausdiabeetikkoäitien neuvontaan raskausdiabeteksen hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös rohkaista neuvoloita lisäämään ryhmäohjausta raskausdiabeetikoiden ohjauksessa.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaista tietoa raskausdiabetesäidit haluavat sairaudesta ja sen hoidosta?
2. Miten raskausdiabeetikkoäidit ovat kokeneet neuvolasta saamansa ohjauksen?
 - 2.1. Mikä saadussa ohjauksessa on ollut hyvää?
 - 2.2. Mitä kehitettävää ohjauksessa heidän mielestään on?
3. Millaisia näkemyksiä raskausdiabeetikkoäideillä on ryhmäohjauksesta?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä

Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimukseen päädyttiin tutkittavien sekä aiheesta saadun aikaisemman tiedon vähyyden vuoksi. Laadullisella tutkimuksella pystytään paremmin ja syvällisemmin tutkimaan tutkittavien toiveita, haluja ja mielipiteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.)

7.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelut nauhoitettiin tutkittavien luvalla. Teemahaastattelun päädyttiin koska teemahaastatteluilla päästiin parhaaseen lopputulokseen tutkimuksessa. Teemahaastattelua käyttämällä saadaan joustavasti monitahoisia vastauksia, joita voidaan tarvittaessa syventää jälkikäteen. (Kankkunen ym. 2009, 99.)

Tutkittavien perusjoukon muodostivat raskausdiabetesdiagnoosin saaneet sekä jo synnyttäneet että raskaana olevat äidit. Tutkimukseen päädyttiin ottamaan mukaan myös jo synnyttäneet äidit, koska raskausdiabeetikkoja ei kanta-Kokkolan alueella ole kuitenkaan kovin paljon. Tutkittavat sain Kokkolan neuvoloista sekä Internetin keskustelupalstoilta.

Raskausdiabeetikkoäidit saivat neuvoloiden terveydenhoitajilta kirjeet (Liite 3), joissa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä kysyttiin heidän suostumustaan osallistua tutkimukseen. Kirjeissä oli liitteenä henkilötietojen kyselykaavake, jonka äidit täyttivät ja jättivät neuvolan aulassa olevaan palautelaatikkoon, jos he olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Täytetyt henkilötietolomakkeet haettiin myöhemmin neuvoloista. Tutkija otti yhteyttä haastatteluluvan antaneisiin äiteihin myöhemmin puhelimitse tai sähköpostilla äidin toiveiden mukaan.

Internetissä haastattelupyyntö laitettiin Internetin keskustelupalstalle. Haastattelupyyntö sisälsi saman tekstin joka oli neuvoloiden saatekirjeessä. Kiinnostuneet äidit ottivat tutkijaan sähköpostilla yhteyttä, ja heidän kanssaan sovittiin heille paras haastattelutapa.

Yhteensä haastatteluja tuli viisi, joista kaksi on neuvoloiden kautta saatuja ja kolme internetin keskustelupalstojen kautta hankittuja. Kaksi haastattelua tutkija kävi tekemässä tutkittavien kotona ja kolme haastattelua toteutettiin sähköpostin välityksellä. Osa haastatteluista tehtiin sähköpostin välityksellä pitkän välimatkan takia. Haastatteluhetkellä kaikki tutkittavat olivat synnyttäneet. Neljä tutkittavista oli saanut raskausdiabetesdiagnoosin ensimmäisen raskauden aikana ja yksi toisen raskauden aikana. Kaikki tutkittavat olivat haastatteluhetkellä synnyttäneet. Insuliinia raskauden aikana tutkittavista oli raskausdiabeteksen hoitoon käyttänyt kolme ja loput kaksi olivat hoitaneet raskausdiabetestaan ruokavaliolla ja liikunnalla.

7.3 Aineiston analysointi

Haastatteluissa nauhoitettu materiaali litteroitiin, eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan. Sähköpostin avulla toteutetut haastattelut olivat jo kirjallisessa muodossa, joten niitä ei ollut tarvetta litteroida. Kirjallinen materiaali käsiteltiin sisällönanalyysillä. Sisällön analyysissä kerätty tieto tiivistettiin niin, että tutkittavaa asiaa voitiin lyhyesti ja yleistävästi kuvailla ja tutkittavien asioiden väliset suhteet tulivat selkeästi esille. Aineistosta eroteltiin myös samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-24.)

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella myös asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. sisällönanalyysillä voidaan myös tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. (Latvala ym. 2001, 21–24.)

Sisällönanalyysi etenee seuraavasti: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Haastatteluiden jälkeen päätettiin mitä asiaa tutkitaan, sen jälkeen aineisto käytiin läpi ja se kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Litteroinnin yhteydessä merkittiin värikoodeilla kiinnostavat osat ja asiat. Kiinnostavat kohdat irrotettiin muusta tekstistä ja ryhmiteltiin ja luokiteltiin. Luokittelussa on tärkeää että aineistoa kuvaavat luokat ovat yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Luokittelun perusteella tehtiin tulkinta ja kirjoitettiin johtopäätökset. Lopuksi arvioitiin sisällönanalyysin luotettavuutta. (Latvala ym. 2001, 21–24.)

Tehtyjen haastattelujen litterointi tehtiin nopeasti haastattelujen jälkeen, sillä silloin oli vielä mielessä haastattelun tunnelma ja haastateltavan äänenpainot. Litteroitu materiaali luettiin tietokoneelta läpi useaan kertaan ja materiaalista värjättiin tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat. Värjätyt kohdat pelkistettiin ja siirrettiin uuteen tiedostoon. Pelkistetyt ilmaukset tulostettiin ja luokiteltiin taulukkolaskentaohjelman avulla (Liite 1, Liite 2.).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
Olisin kaivannut parempaa ravitsemusohjausta, hoitaja kertoili vain hyvistä pistopaikoista ja muistutteli kasvisten tärkeydestä.	Olisin toivonut parempaa ruokavalio-ohjausta
Olisin toivonut enemmän ruokavalio-ohjausta, annettu esimerkki ruokavalio (1500-1800 kcal), ihan jees jos olet 60-kiloinen kalorimäärä on aivan liian pieni.	Olisin toivonut enemmän ravitsemusohjausta.

Kaavio 1: Esimerkki pelkistämisestä

Alaluokka	Yläluokka
Asiakkaan kuuntelu	Asiakkaan ja terveydenhoitajan kohtaaminen
Keskustelun helppous	
Terveydenhoitajan asenne	

Kaavio 2: Esimerkki yläluokan muodostamisesta

Teemahaastatteluilta saatu aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä, koska silloin saatiin tarkimmin vastauksen tutkimusongelmiin. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen kaikki haastattelumateriaali hävitettiin. (Kankkunen ym. 2009, 131–133)

7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää yksin työskentelystä johtuva sokaistuminen omalle tutkimukselle. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on täysin varma omien johtopäätöksiensä oikeellisuudesta, vaikka näin ei olisikaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden kriteerien perusteella. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tulokset on kuvattu riittävän selkeästi, jotta lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyys edellyttää huolellista tutkimus tekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. (Kankkunen ym. 2009, 159–161.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat myös kerätyn aineiston laatu, aineiston analysointi sekä tulosten esittäminen. Ongelmia saattaa tuottaa myös aineiston pelkistäminen niin, että tutkittavan asian kuvaus on luotettava. Tutkimuksen luotet-

tavuutta lisää se, että tutkija kykenee osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. (Latvala ym. 2001, 36–37.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta saattaa vaikuttaa tutkittavien aikaisemmat kokemukset, jotka heijastuvat heidän vastauksiinsa. Tutkittavien koulutus ja ammatti vaikuttaa myös luotettavuuteen. Koska tutkittavista usea oli hoito- ja terveysalan ammattilainen, heillä on jo perustietoa raskausdiabeteksen hoidosta ja terveellisistä elämäntavoista. Tutkimusmetodi vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. Haastattelussa tutkittava saattaa vastata odotetulla ja mielestään hyväksyttävällä tavalla, eikä tutkittava halua kertoa negatiivisia mielipiteitään vaikka niitä olisikin. Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös tutkijan omat mielipiteet ja näkemykset tutkittavasta asiasta. Tutkimuksen tekeminen yksin vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen, koska silloin ei ole toista henkilöä, jonka kanssa pohdita tuloksia ja johtopäätöksiä.

Tutkijan eettisiä periaatteita ovat osallistujien vapaaehtoisuus ja vahingoittumattomuus, samanarvoisuus ja yksityisyys. Tutkittavilla tulee olla oikeus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkimuksessa noudatin näitä periaatteita. Tutkimuksessa kunnioitettiin tutkittavien itsemääräämisoikeutta, ja he saivat itse päättää mitä he haluavat kertoa tutkijalle ja mitä tietoja tutkimuksessa käytettiin. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkittavat pystyivät keskeyttämään osallistumisensa milloin tahansa. Tutkimuksessa noudatettiin oikeudenmukaisuutta niin tutkittavien valinnassa kuin heidän kohtelussaankin. Tutkimuksessa säilytettiin tutkittavien anonymiteettiä niin tutkimuksen alussa, sen aikana ja sen loputtua. Tutkimuksessa ei myöskään plagioitu muiden tekstiä. (Kankkunen ym. 2009, 176–184; Latvala ym. 2001. 39.)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset saatiin haastateltavien kotona tehdyistä haastatteluista sekä sähköpostilla tehdyistä haastatteluista. Seuraavissa kappaleissa käsittelen tutkimuksen tuloksia tutkimustehtävien mukaisesti.

8.1 Raskausdiabetesäitien tiedontarve neuvolasta

Ensimmäinen tutkimustehtävä kohdistui äitien tiedontarpeeseen sairaudesta ja sen hoidosta. Analyysissä nousi esille, että äidit olisivat halunneet enemmän ja parempaa tietoa ruokavaliosta. enemmän tietoa olisi myös toivottu sairauden syistä, sen uusiutumisen mahdollisuudesta sekä verensokerin mittaamiseen liittyen raskausviikoista jolloin verensokeri yleensä saattaa lähteä nousuun.

8.2 Kokemus saadusta ohjauksesta

Toinen tutkimustehtävä käsitteli äitien kokemusta saamastaan ohjauksesta. Tämän kysymyksen kohdalla haastateltavat antoivat sekä positiivista että negatiivista palautetta, pääosin palaute oli kuitenkin positiivista. Osa äideistä oli saanut neuvolasta mielestään hyvää ohjausta sekä vastauksia mieltään askarruttaviin kysymyksiin. Neuvolasta oli saatu myös hyvää perustietoa.

Neuvolasta saatu ohjaus sai myös negatiivista palautetta. Kaksi äitiä oli sitä mieltä, että neuvolasta saatu ohjaus on yleisluonteista ja ohjaus oli heidän mielestään suunnattu pääsääntöisesti ylipainoisille odottajille, eli ohjaus ei heidän mielestään sovi sellaisenaan kaikille raskausdiabeetikoille. Kaksi äitiä oli sitä mieltä, että neuvolasta saatu ohjaus oli ollut ylimalkaista tai täysin mitätöntä.

8.2.1 Ohjauksessa hyväksi koetut asiat

Kolmannessa tutkimustehtävässä selvitettiin, mikä saadussa ohjauksessa oli ollut hyvää. Ohjauksessa hyvää oli tutkittavien mielestä ollut se, ettei terveydenhoitaja ollut olettanut äidin tietävän asioita ennalta ammattinsa johdosta. Ohjaus oli myös tarjonnut vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin, kunhan ne vain uskalsi kysyä. Yhden äidin mielestä ruokavalio-ohjaus oli ollut riittävää.

Tutkittavien mielestä hyvää oli ollut myös terveydenhoitajan ja äidin kohtaaminen neuvolassa. Äidit kokivat, että heitä oli kuunneltu ja keskustelu oli ollut hyvää ja että tutulle neuvolantädille oli ollut helppo puhua. Terveydenhoitajan asenne raskausdiabeetikkoäitiä kohtaan oli myös koettu hyväksi. Äitien mielestä terveydenhoitajan asenne oli ollut kannustava ja positiivinen eikä tuomitseva, kuten eräs äiti oli olettanut raskausdiabetesdiagnoosin saatuaan.

8.2.2 Ohjauksen kehittämiskohteet

Neljänneksi selvitettiin, mitä kehitettävää ohjauksessa äitien mielestä olisi. Itse ohjauksessa äitien mielestä voitaisiin painottaa liikunnan merkitystä raskausdiabeteksen hoidossa. Äidit kokivat, etteivät he olleet saaneet riittävästi ohjausta liikunnan vaikutuksesta verensokeriin, eivätkä raskaana olevalle sopivista liikuntalajeista.

Raskausdiabeetikon ruokavaliosta äidit olivat toivoneet myös lisää ohjausta. Ruokavaliio-ohjauksen tulisi äitien mielestä olla selkeämpää ja ruokavaihtoehtoja pitäisi olla enemmän. Ravitsemusohjauksen selkeyttä voitaisiin äitien mielestä parantaa näyttämällä konkreettisia malleja annosten koosta ja kertomalla heille ruoka-aineiden hiilihydraattimääriä tarkemmin. Äidit toivoivat myös erilaisia annos- ja hiilihydraattivaihtotaulukoita.

Raskausdiabeteksen vaikutuksista vauvaan ja äitiin toivottiin myös lisää tietoa. Äidit toivoivat myös diabeteshoitajan ja ravitsemusneuvojan liittämistä mukaan raskausdiabeetikon hoitotiimiin, sillä silloin ohjausvastuu ei olisi kokonaan terveydenhoitajalla ja ohjaus voitaisiin räätälöidä äidin yksilölliset tarpeet huomioonottavamiksi. Toisaalta äidit olivat kokeneet hämmennystä ristiriitaisten ohjeiden takia, kun toinen hoitaja sanoo toista ja toinen toista. Äidit toivoivat myös joustavuutta ohjaukseen. Äidit olivat kokeneet ohjauksen rutiininomaiseksi lippujen ja lappujen jakamiseksi. Äidit toivoivat, että ohjausta voitaisiin kehittää äidin tarpeet ja lähtökohdat huomioonottavamiksi. Äidit toivoivat myös, että raskausdiabeetikon tunteet otettaisiin neuvolassa puheeksi. Raskausdiabetesdiagnoosi voi äitien mukaan herättää häpeää ja pelkoa ihan turhaan, koska tietoa sairaudesta ei välttämättä ole riittävästi. Näitä pelon ja häpeän tunteita olisi hyvä käsitellä neuvolassa ohjauksen yhteydessä avoimesti.

8.5 Äitien mielipiteet ryhmäohjauksesta

Viimeinen kysymys käsitteli äitien ajatuksia ryhmäohjauksesta. Pääsääntöisesti äidit suhtautuivat positiivisesti ryhmäohjaukseen raskausdiabeetikon ohjauksessa. Hyviä puolia ryhmäohjauksessa äitien mielestä olivat vertaistuki, yhdessä pohtiminen, ryhmänvetäjän tarjoama tieto ja mahdollinen uusien ystävien saanti. Ryhmässä saatava vertaistuki ja yhdessä asioiden pohtiminen nousivat suurimmiksi positiivisiksi tekijöiksi ryhmäohjauksessa.

Negatiivisiksi asioiksi ryhmäohjauksessa nousivat vaikeus paneutua jokaisen äidin yksilöllisiin ongelmiin, annettujen hoito-ohjeiden vastainen kannustus ryhmässä, ryhmäläisten erilaisuus sekä mahdollinen sairaudesta johtuva häpeän tunne, joka saattaa estää ryhmäohjaukseen osallistumisen.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksen oli selvittää raskausdiabetesta sairastavien äitien tiedontarve sairaudesta ja sen hoidosta. Tutkimuksessa selvitettiin myös äitien mielipiteet ja toiveet äitiysneuvolasta saadusta ohjauksesta sekä heidän suhtautumisensa ryhmäohjaukseen raskausdiabeetikkojen hoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada äitiysneuvoloiden ohjaus vastaamaan äitien tiedontarvetta ja toiveita sekä antaa neuvoloille lisää tietoa raskausdiabeetikkojen ohjaukseen. Tutkimuksen tavoitteena oli myös rohkaista neuvoloita käyttämään ryhmäohjausta raskausdiabeetikkojen hoidossa.

Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla ja saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkittavien perusjoukon (5) muodostivat raskaana olevat sekä jo synnyttäneet äidit, jotka olivat raskauden aikana saaneet raskausdiabetes diagnoosin. Tutkittavat kerättiin Kokkolan neuvoloista sekä internetin keskustelupalstoille laitetun tutkimuspyynnön kautta.

Tutkimuksessa kävi ilmi että äidit toivoivat ohjausta ruokavaliosta, liikunnasta, raskausdiabeteksen syistä ja seurauksista sekä äidille että lapselle, raskausdiabeteksen uusiutumismahdollisuudesta seuraavissa raskauksissa sekä tietoa verensokerin käyttäytymisestä raskauden eri vaiheissa. Äitien mielestä ravitsemusohjausta pitäisi kehittää selkeämmäksi ja enemmän konkreettisia ruoka- ja annosvaihtoehtoja sisältävämmäksi. Raskausdiabetesäidit toivoivat myös erilaisia ruoka- ja hiilihydraattivaihtotaulukoita.

Äidit olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Positiivista palautetta saivat erityisesti äitiysneuvolan terveydenhoitajan asenne raskausdiabetesäitejä kohtaan. Äidit kokivat, että neuvolassa heitä kuunneltiin ja äidin ja terveydenhoitajan vuorovaikutus oli ollut onnistunutta. Äidit kokivat tutulle terveydenhoitajalle puhumisen helpoksi ja heidän mielestään neuvolassa uskalsi puhua vaikeistakin asioista. Äidit kertoivat äitiysneuvolan terveydenhoitajan asenteen olleen positiivinen ja kannustava.

Negatiivista palautetta neuvolasta saatu ohjaus sai yleisluonteisuutensa ja rutiininomaisuutensa takia. Raskausdiabetesäitien mielestä ohjaus oli suunnattu pääsääntöisesti ylipainoisille odottajille, eikä se näin ollen sovellu kaikille raskausdiabeetikoille. Äidit olivat kokeneet ohjauksen olevan yleisluonteista ja paikoitellen rutiininomaista ohjelehtisten jakoa. Äitien mielestä ohjausta pitäisi kehittää enemmän raskausdiabeetikkoäidin yksilölliset tarpeet huomioivaksi ja paikoitellen tarkempaa tietoa antavaksi.

Raskausdiabetesäitien suhtautuminen ryhmäohjaukseen raskausdiabeteksen hoidossa oli suurimmalta osin positiivista. Äitien mielestä ryhmäohjauksen hyviä puolia olisivat ryhmästä saatava vertaistuki, mahdollisuus asioiden ja ongelmien yhdessä pohtimiseen, ryhmänvetäjältä saatu tieto sekä mahdollisuus saada samassa elämäntilanteessa olevia ystäviä. Negatiivisiksi asioiksi äitien mielestä nousivat vaikeus paneutua jokaisen yksilöllisiin ongelmiin, mahdollinen annettujen hoito-ohjeiden vastainen kannustus muiden ryhmäläisten toimesta, ryhmäläisten erilaisuus sekä ryhmästä poisjäänti mahdollisten häpeäntunteiden takia.

Neuvoloissa raskausdiabeetikoiden ohjausta voitaisiin laajentaa ravitsemuksen ja liikunnan osalta sekä mahdollistaa äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien lisäkouluttaminen raskausdiabeetikoiden hoidosta. Äitiysneuvoloissa jaettavaa raskausdiabeteksen ravitsemusohjausmateriaalia voitaisiin kehittää selkeämmäksi ja enemmän konkreettisia ruoka- ja annosmalleja sisältäväksi. Ravitsemusohjausesitteet voisivat sisältää kuvia erilaisista ruoka-annoksista sekä enemmän ruoka- ja annosvaihtoehtoja. Ravitsemusesitteissä voisi olla myös listoja eri ruoka-aineiden hiilihydraattimääristä sekä siitä, mitä ruoka-aineita voisi vaihtaa keskenään.

Liikuntaohjausta olisi myös hyvä lisätä raskausdiabeetikoiden ohjaukseen. Äideille olisi hyvä korostaa liikunnan laskevaa vaikutusta verensokeriin sekä kerrata raskaana olevalle sopivia liikuntalajeja. Erilaiset äitiysneuvoloiden ja liikunta-alan asiantuntijoiden yhteistyössä perustamat ja kokoamat liikuntaryhmät raskausdiabeetikoille olisivat myös oiva tapa parantaa raskausdiabeetikkoäitien motivaatiota liikumisen suhteen.

Alueen raskausdiabeetikkoäideille voisi myös järjestää ryhmäohjausta raskausdiabeteksen hoitoon neuvolasta saadun yksilöohjauksen rinnalle. Näin saataisiin ryhmäohjauksen positiiviset hyödyt unohtamatta äitien yksilöllisiä tarpeita. Ryhmiin osallistumisen pitäisi kuitenkin olla täysin vapaaehtoista, jotteivät äidit tuntisi pakkoa osallistua.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää äitiysneuvoloissa raskausdiabeetikoiden hoidonohjauksen kehittämiseen ja toivon että ohjausta kehitetään ainakin ravitsemuksen, liikunnan ja ryhmäohjauksen osalta. Opinnäytetyön tuloksista kävi selvästi ilmi, että äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien vuorovaikutustaidot ja asiakkaan kohtaaminen ovat todella laadukkaita. Raskausdiabetesäitien vastauksissa nousi esille kunkin äidin oman terveydenhoitajan positiivinen ja kannustava asenne sekä heidän välittämisenä äidin ja lapsen hyvinvoinnista.

Mielenkiintoni raskausdiabetekseen ja sen hoitoon lähtee omasta perussairaudestani. Lähtösysteysin aiheen valintaan sain Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän (Kiuru) diabeteshoitajalta, joka ehdotti raskausdiabeetikkojen ryhmäohjausta opinnäytetyöni aiheeksi. Idea sai lopullisen muotonsa yhteistyössä Kokkolan terveyskeskuksen osastonhoitajan kanssa. Opinnäytetyön toteuttamiseksi tarvittavat tutkimusluvut (Liite4) anottiin Kokkolan terveyskeskuksen hoitotyön johtajalta.

Tutkimus lähti käyntiin tutkittavien keräämisellä. Tämä osoittautui vaikeaksi tehtäväksi, sillä neuvoloiden jakamalla kirjeillä ei saatu kuin yksi tutkittava. Lopulta päätin laittaa tutkimusilmoituksen kolmelle internetin keskustelupalstalle. Keskustelupalstoilta sain kolme tutkittavaa. Viimeisen tutkittavan sain neuvolasta äitiysneuvolaharjoitteluni aikana. Tutkittavien kerääminen vei odotettua enemmän aikaa, mikä johdosta suunnittelemani aikataulu ei toteutunut ja lopulta opinnäytetyöni valmistuminen viivästyi usealla kuukaudella.

Opinnäytetyön yksin tekeminen oli myös osasyynä työn valmistumisen myöhästymiseen. Työtä tehdessäni huomasin, että yksin työ sujuu hitaammin ja työmotivaation löytäminen oli välillä vaikeaa. Tiukan aikataulun asettaminen helpotti työmotivaation löytymistä ja työn valmiiksi saattamista.

Opinnäytetyön luotettavuuteen saattaa vaikuttaa tutkittavien eri alueilla asuminen, sillä eri alueilla raskausdiabeetikoiden ohjaus saattaa olla erilaista ja hoidossa

saatetaan hyödyntää moniammatillista tiimiä tehokkaammin toisilla alueilla kuin toisilla. Tutkittavien haastatteluissa ei kuitenkaan huomannut suuria eroja eri alueiden välillä. Mielestäni tutkimuksen tulokset olivat hyvin samanlaisia myös samasta aiheesta tehtyjen aikaisempien tutkimusten kanssa.

Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös valittu tutkimusmenetelmä. Haastattelutilanteessa haastateltava ei välttämättä halua tai uskalla antaa negatiivissävyytteisiä vastauksia, vaikka aihetta olisikin. Haastatteluiden aikana rohkaisin haastateltavia antamaan myös kritiikkiä ja parannusehdotuksia saamaansa ohjaukseen. Sähköpostitse tulleiden vastausten sävy oli vapaampi eikä niissä ollut samaa varovaisuutta kuin haastateltavan kotona tehdyissä haastatteluissa. Joissakin vastauksissa huomasin haastateltavan asenteen ja aiempien kokemusten negatiivisen vaikutuksen vastaukseen.

Jos minun nyt pitäisi aloittaa opinnäytetyön tekeminen uudestaan, suunnittelisin itselleni selkeämmän aikataulun jonka mukaan opinnäytetyö etenisi. Lähtisin myös heti etsimään tutkittavia laajemmin internetin keskustelupalstoilta, sillä sitä kanavaa käyttäen tutkittavia saattaisi löytyä helpommin. Tutkimuksen aloitusvaiheessa rakentaisin laajemman tietoperustan, jota opinnäytetyöprosessin aikana on helpompi lähteä karsimaan kuin laajentamaan.

Opinnäytetyötä tehdessä huomasin kiinnostäväni entistä enemmän huomiota siihen miten kohtaan luokseni tulevan asiakkaan sekä miten ja millaista ohjausta hänelle annan. Varsinkin raskaana olevien äitien kohdalla terveydenhoitaja joutuu usein miettimään, miten hän ottaa esille äidille henkilökohtaisia ja mahdollisesti vaikeita asioita, mitä sanoja hän käyttää ja miten terveydenhoitajan ja äidin välinen vuorovaikutus onnistuu. Opinnäytetyötä tehdessäni ymmärsin myös, kuinka tärkeää on huomioida asiakkaan muutosvalmiusprosessin vaihe, erityisesti elämäntapaohjausta annettaessa. Opinnäytetyön tekeminen on haastava ja opettavainen prosessi. Prosessin aikana oppii paljon uusia asioita itsestään.

Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyöni pohjalta voisivat olla raskausdiabeetikkoäideille tarkoitetun ryhmän kokoaminen ja sen ohjaaminen sekä raskausdiabeetikkoäitien elämäntapamuutokset raskauden aikana ja kuinka äidit ovat onnistuneet yllä-

pitämään muutokset synnytyksen jälkeen. Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla puolison tuen merkitys raskausdiabeteksen hoidossa ja äidin hoitomotivaation ylläpidossa.

LÄHTEET

Aalto, R. & Kangasoja, S-M. 2010. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien kokemus saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14684/Kangasoja_Sanna.pdf?sequence=1. Luettu 2.3.2013

Alatalo, H. & Riihelä, A. 2011. Raskausdiabeetikoiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33968/Alatalo_Henna_Riihela_Anu.pdf?sequence=1. Luettu 2.3.2013

Diabetesliitto. 2009a. Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeetikolle. 5 tarkistettu painos. Jyväskylä: Suomen diabetesliitto ry.

Diabetesliitto. 2009b. Tyypin 1 diabetes – Opas nuoruustyyppin diabeetikolle. 5 tarkistettu painos. Jyväskylä: Suomen diabetesliitto ry.

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

Eloranta, E & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Gylden, O & Katajamäki, M. 2009. Suomalainen vauvakirja. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Haajanen, S. 2010. Raskausdiabetesta sairastavan asiakkaan elintapaohjaus. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22531/Haajanen_Sari.pdf?sequence=1 . Luettu 2.3.2013

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K, 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. e-kirja. www-dokumentti. Saatavissa: https://portal.cou.fi/wsoypro2/kirjasto_lukutila.aspx?initprev=1&bookid=xx313572.
Luettu 14.3.201

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.). Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Tammi.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M (toim.). Potilasohjauksen haasteet –käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY: Helsinki.

Ojala, M. 2002. Diabetes osana elämää. Helsinki: Gummerus kirjapaino

Orell-Kotikangas, H. 2007. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Aro, E (toim.) Diabetes ja ruoka –teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Suomen diabetesliitto oy.

Pekkonen, L. 2008. Hoidonohjauksen erityiskysymyksiä. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.). Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Tammi.

Peränen, N. 2008. Raskausdiabeetikon hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.). Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Tammi.

Poskiparta, M. 2008. Elintapaohjaus osana diabeetikon hoitoa. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.). Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Tammi.

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

Saranheimo, M. 2009a. Mitä diabetes on?. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 6 painos. Hämeenlinna: Oy Duo-
decim.

Saranheimo, M. 2009b. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P.,
Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 6 painos. Hämeenlinna:
Oy Duodecim.

Teramo, K. & Kaaja, R. 2009. Raskausdiabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.,
Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 6 painos. Hämeenlinna:
Oy Duodecim.

Teramo, K. & Kaaja, R. 2011. Raskausdiabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.,
Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7 painos. Hämeenlinna:
Oy Duodecim.

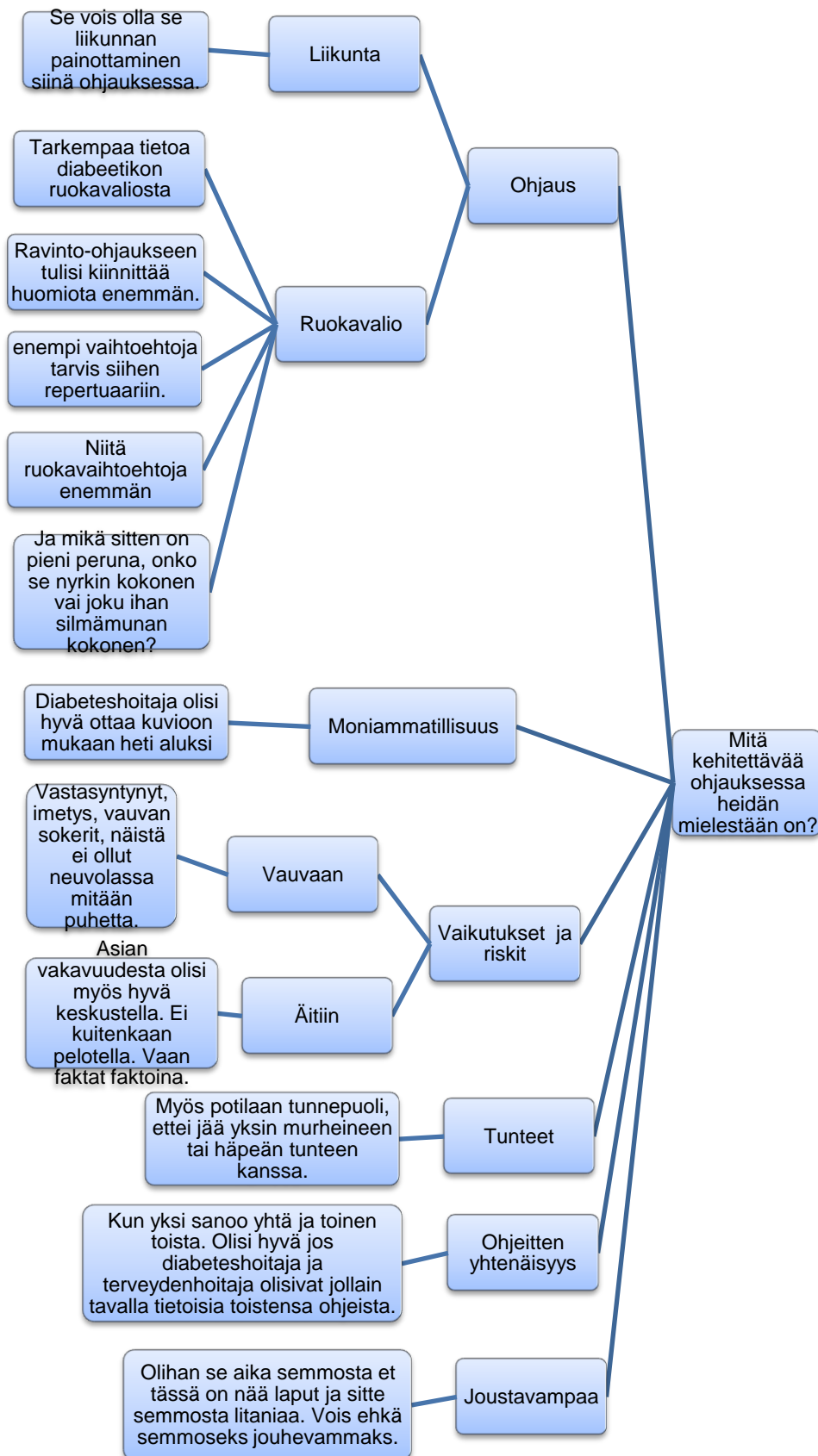
Turku, R. 2008. Mallin antajasta valmentajaksi ja oppimisen edistäjäksi. Teoksessa
Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.). Diabeetikon hoidonohja-
us. Keuruu: Tammi.

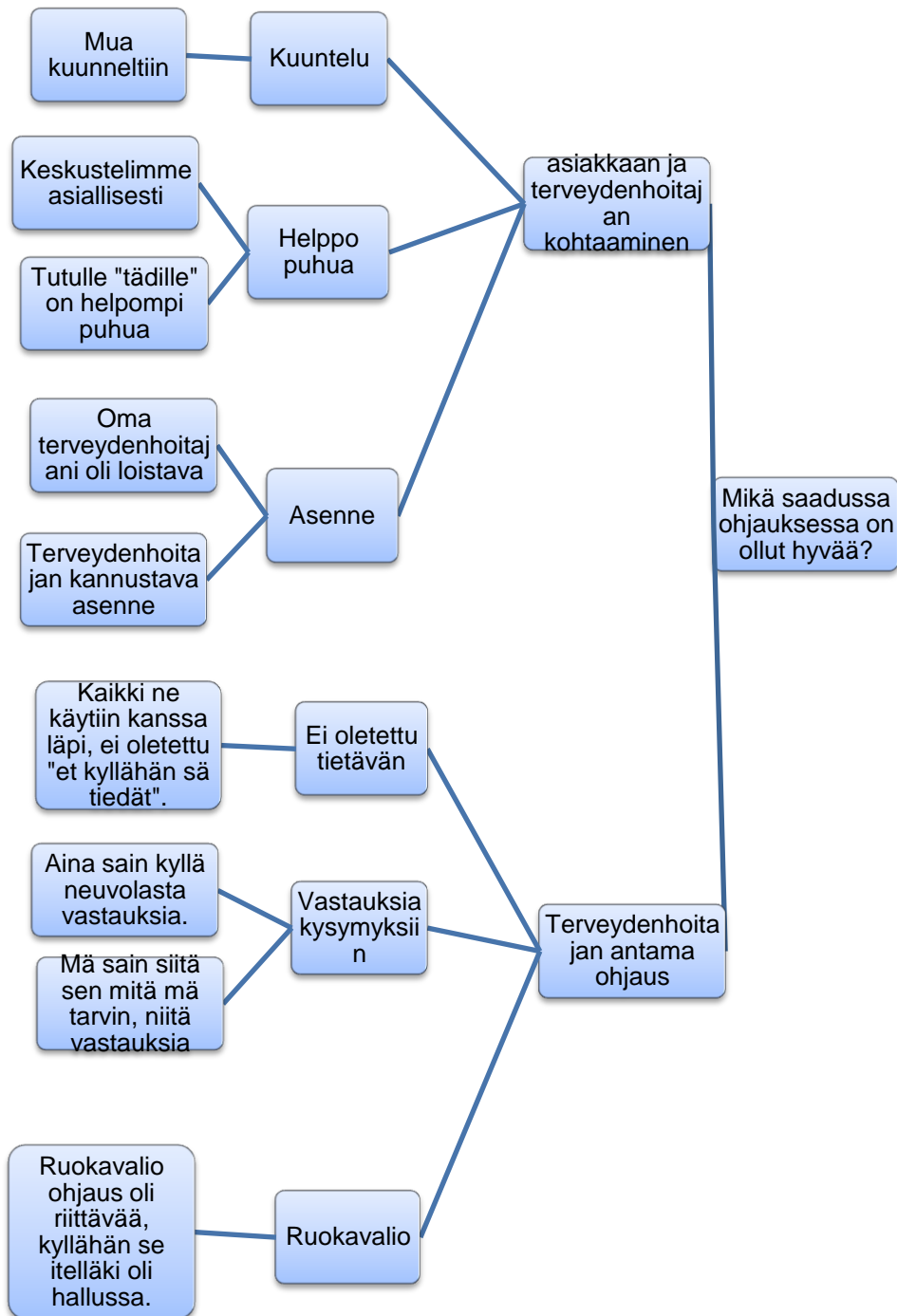
Walker, R. & Rodgers, J. 2005. Diabetes, käytännön opas terveyden hoitamiseen.
Helsinki: Kustannusosakeyhtiö perhemediat Oy.

LIITTEET

Esimerkki luokittelusta

LIITE1





Hei,

Olen kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Keski-Pohjanmaan ammatti-korkeakoulusta, terveyden ja hyvinvoinnin yksiköstä. Olen tekemässä opinnäyte-työtä raskausdiabeetikkojen ryhmäohjauksesta. Tarvitsisin jo synnyttäneitä tai ras-kaana olevia raskausdiabetesdiagnoosin saaneita äitejä mukaan tutkimukseeni.

Tutkimukseni käsittelee äitien tiedontarvetta raskausdiabeteksestä sekä äitien ko-kemuksia neuvolasta saadusta ohjauksesta. Tarkoituksena on selvittää, mikä oh-jauksessa on ollut hyvää ja miten sitä voisi kehittää. Tutkimuksessa kartoitan myös äitien näkemyksiä ryhmäohjauksesta raskausdiabeteksen osalta.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimus tehdään täysin anonymisti, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule missään tutkimuksen vaihees-sa esille.

Osallistumisesi tutkimukseen on tärkeää, jotta raskausdiabeteksen ohjausta neu-voloissa pystyttäisiin kehittämään enemmän äitien toiveiden mukaiseksi.

Mikäli päätät osallistua tutkimukseen, täytä liitteenä oleva henkilötietolomake ja jä-tä se neuvolasi terveydenhoitajalle, joka toimittaa yhteystiedot minulle. Saamieni yhteystietojen perusteella otan puhelimitse yhteyttä Sinuun haastatteluajankohdan sopimiseksi.

Terveisin,

Terveydenhoitajaopiskelija
Sanna Mild

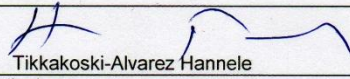
KOKKOLAN KAUPUNKI
 Terveyspalvelut

 Viranhaltija ja virka-asema
 Tikkakoski-Alvarez Hannele
 Hoitotyön johtaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
 Yleinen päätös

1

 Päivämäärä / pykälä
 27.02.2012 / § 2
 13

Asia	Mild Sanna, tutkimusluvan myöntäminen	
Päätös ja sen perustelut	Hyväksytään Sanna Mildille myönnetään tutkimuslupa aiheesta: Raskausdiabeetikkojen ryhmäohjaus- mitä äidit ryhmäohjaukselta toivovat. Kohderyhmä: kokkolalaiset raskaana olevat ja synnyttäneet äidit, joilla on diagnosoitu raskausdiabetes. Tutkimus on kvalitatiivinen ja aineiston keruussa käytetään teemahaastattelua. Tutkimus tukee äitiysneuvolan strategiaa. Tutkimukseen liittyvistä kustannuksista vastaa opiskelija. Tutkimussuunnitelma on liitteenä.	
Allekirjoitus	Hoitotyön johtaja 	Tikkakoski-Alvarez Hannele
Oikaisuvaatimus-oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.	
Oikaisuvaatimusviranomainen	Sosiaali- ja terveyslautakunta	
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näydetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämistä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.	
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimitaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.	
Päätöksen nähtäväksi asettaminen	Terveyspalvelut, tiistai <u>6.13</u> 201 <u>2</u> klo 9-16.	
Tiedoksianto asianosaiselle	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja <u>27.2.2012 JH49änd</u>	Asianosainen
	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka, pvm	Asianosainen
	Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema	Vastaanottajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten	
Lisätietoja		
Liitteet		
Sisäinen jakelu		

 Postiosoite / Postadress:
 PL 43 / PB 43
 67101 KOKKOLA / KARLEBY

 Käyntiosoite / Besöksadress:
 Kaupungintalo / Stadshuset
 Kauppatori 5 / Salutorget 5

 Puhelin / Telefon:
 (06) 828 9111
 Fax: (06) 8289 389

 S-posti / E-post:
 etunimi.sukunimi@kokkola.fi
 fornamn.efternamn@kokkola.fi

 Internet:
 www.kokkola.fi