

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2015

Sara Kumpulainen & Heli Nupponen

DIABETESTA SAIRASTAVIEN LASTEN JA NUORTEN UUDENLAISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLIN KEHITTÄMINEN

– Aineiston analysointi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

2015 | 48+5

Ohjaaja: Camilla Laaksonen

Sara Kumpulainen & Heli Nupponen

DIABETESTA SAIRASTAVIEN LASTEN JA NUORTEN UUDENLAISEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN MALLIN KEHITTÄMINEN - AINEISTON ANALYSOINTI

Diabetes on pitkäaikaissairaus, jossa haiman insuliinia tuottavat beetasolut tuhoutuvat autoimmuuniprosessissa tai elimistön insuliinituotanto ehtyy vuosien kuluessa (Diabetes: Käypä hoito- suositus, 2013). Suomessa tyyppin 1 diabetesta sairastaa noin 50 000 ihmistä ja sitä esiintyy Suomessa enemmän kuin missään muualla maailmassa. Tyyppin 1 diabeteksen yleisyys liittyy todennäköisesti suomalaisten geneettisiin tekijöihin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus, 2015.) Lapsilla ja nuorilla diabeteksen yleisin muoto on tyyppin 1 diabetes, jonka puhkeamiseen nykytutkimusten mukaan vaikuttaa periytyvä diabetesalttius sekä ympäristötekijöiden vaikutus (Ilanne-Parikka ym. 2015, 383).

Opinnäytetyö on osa PADAM- hanketta, joka pohjautuu Painokas- projektiin. Painokas- projektissa kehitettiin perheiden elämäntapaohjaukseen puheeksi ottamisen työkalupakki (Painokas- projekti 2006-2008). PADAM- hankkeen tarkoituksena on kehittää uudenlaisia terveyden edistämisen menetelmiä diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten potilasohjaukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabetesta sairastavien lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumista käytettäessä PADAM- työkalupakkia osana vastaanottoa. Potilasohjauksen onnistumista arvioidaan Turun kaupungin lasten ja nuorten poliklinikalta kerättyjen äänitteiden sekä tutkimukseen valitun havaintomatriisin avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa PADAM- hankkeen työkalupakin hyödyllisyydestä lasten ja nuorten potilasohjauksessa.

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivista tutkimusmenetelmää mukaillen, mutta aineiston analyysissä ja tulosten esittämisessä on käytetty kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän piirteitä. Opinnäytetyön aineisto koostuu Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen keräämästä 16 äänitteestä, jotka on äänitetty lasten ja nuorten diabetesvastaanotokäynneillä. Opinnäytetyön tulosten perusteella lasten ja nuorten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus onnistui havaintomatriisiin perustuen vaihtelevasti. Tuloksiin vaikutti merkittävästi potilaan ikä ja kehitystaso sekä potilaan aktiivisuus keskustelussa. Tulosten avulla ilmeni, että PADAM- hankkeen työkalupakista on hyötyä lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa.

Voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta tulisi hyödyntää diabeteksen ohjauksessa, sillä voimavaraistumista tukevalla lähestymistavalla on mahdollista aktivoida potilasta tehokkaammin vastuun ottamiseen omasta sairaudestaan sekä sen omahoidosta. PADAM-työkalupakki todettiin hyödylliseksi diabetesohjauksessa, mutta työkalupakki vaatii vielä jatkokehittelyä esimerkiksi ruokakolmion hyödynnettävyyden suhteen.

ASIASANAT:

Diabetes, lapsi, nuori, voimavaraistumista tukeva potilasohjaus, PADAM- hanke

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered Nurse

2015 | 48+5

Instructor: Camilla Laaksonen

Sara Kumpulainen & Heli Nupponen

DEVELOPING A NEW MODEL OF HEALTH PROMOTION FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DIABETES - DATA ANALYSIS

Diabetes is a chronic disease that is caused by beta cells of pancreas perishing in the auto-immune process or lack of insulin production of the pancreas (Diabetes: Current Care Guideline). In Finland there is about 50 000 people suffering from type 1 diabetes and it's more common in Finland than anywhere else in the world. The prevalence of type 1 diabetes likely relates to Finnish genetic ancestry. (National Institute for Health and Welfare 2015.) Type 1 diabetes is the most common type within children and adolescents. Plunge of the disease requires heritable diabetes susceptibility and an impact of the environment. (Ilanne-Parikka etc. 2015, 383.)

The bachelor's thesis is part of the PADAM- project which is based on Painokas- project. There was developed a toolbox for lifestyle guidance of family's in the Painokas- project. (Painokas-project 2006-2008.) The aim of PADAM- project is to create new types of health promotion for children and adolescents with diabetes and asthma. The purpose of the bachelor's thesis is to examine the success of empowering patient education within children and adolescents with diabetes when using the toolbox. The success of the empowering patient education is estimated with an evaluation form and recordings that are collected in the Clinic for Children and Adolescents in Turku. The aim of the bachelor's thesis is to develop information about the usefulness of the PADAM- project's toolbox in patient education within children and adolescents.

In the bachelor's thesis there is used both qualitative and quantitative research methods. The data of the bachelor's thesis consists of 16 recordings that are recorded in children's and adolescents' diabetes practice. The data is collected by the University of Turku's Faculty of Medicine. According to the findings the success of the empowering patient education within children and adolescents verifies. The age and development state of the patient has an effect on the results. The patient's activity in discussion also affects the results. Findings show that the toolbox is useful in patient education.

The empowering patient education should be recommended to use in diabetes guidance because an empowering approach activates the patient more effectively to take responsibility of the disease and self-management. PADAM-project's toolbox found out to be useful but it needs more developing so that the food triangle could be used more in patient education, for example.

KEYWORDS:

Diabetes, child, adolescent, empowering patient education, PADAM- project

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO	7
1 JOHDANTO	8
2 LASTEN JA NUORTEN DIABETES	10
2.1 Tyypin 1 diabetes ja hoito	11
2.2 Tyypin 2 diabetes ja hoito	13
2.3 Diabeteksen diagnosointi	14
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	16
4 VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVA POTILASOHJAUS JA OMAHOITO	19
4.1 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	19
4.2 Diabeteksen omahoito	21
5 TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
6.1 Aineisto	25
6.2 Aineiston analysointi	26
7 TULOKSET	28
7.1 6-12-vuotiaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen	28
7.2 13-18-vuotiaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen	31
7.3 Iän vaikutus voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen	33
7.4 PADAM- työkalupakin vaikutus vastaanottokäynnillä	35
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	37
8.1 Eettisyys	37
8.2 Luotettavuus	38
9 POHDINTA	41
9.1 Jatkokehittämissideat	43
9.2 Johtopäätökset	44
LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

KUVIOT

Kuvio 1. Havaintomatriisin kokonaispistemäärien keskiarvot. 34

TAULUKOT

Taulukko 1. 6-12-vuotiaiden havaintomatriisin aihealueiden keskiarvot. 28

Taulukko 2. 13-18-vuotiaiden havaintomatriisin aihealueiden keskiarvot. 31

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO

Havaintomatriisi	PADAM- tutkimukseen valittu ääninauhotteiden arviointipohja, joka koostuu kuudesta aihealueesta ja 35 arviointikriteeristä. Kriteereiden arviointiasteikko on yhdestä viiteen, jossa 1= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. (Virtanen ym. 2007, 140-146 pohjalta.)
Lapsi	Lapsi voidaan määritellä lukuisilla eri tavoilla asiayhteydestä riippuen. Tässä opinnäytetyössä lapseksi määritellään 6-12-vuotiaat tutkimukseen osallistuneet diabetesta sairastavat lapset.
Nuori	Nuori voidaan määritellä lukuisilla eri tavoilla asiayhteydestä riippuen. Tässä opinnäytetyössä nuoreksi määritellään 13-18-vuotiaat tutkimukseen osallistuneet diabetesta sairastavat nuoret.
PADAM	Painokas- projektin myötä syntynyt hanke, jonka tarkoitus on arvioida ja kehittää voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta diabetesta ja astmaa sairastaville lapsille ja nuorille. Potilasohjauksen apuna toimii työkalupakki, jonka avulla diabeetikko- tai astmalasta ohjataan selviytymään arjessa sairautensa kanssa.

1 JOHDANTO

Diabeteksen Käypä hoito- suosituksen (2013) mukaan Suomessa diabetesta sairastaa yli 500 000 ihmistä ja niistä tyypin 1 diabeetikoita on 10-15 %. Diabeteksen hoidonohjaus ja omahoidon toteutus ovat merkittävässä asemassa sairauden alusta lähtien. Hyvällä hoidonohjauksella mahdollistetaan diabetesta sairastavalle tiedot ja taidot, jotka tukevat omahoidon toteutumista ja edistävät diabetesta sairastavan kykyä tehdä omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä (Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö: Käypä hoito-suositus, 2013).

Opinnäytetyö on osa PADAM- projektia, joka pohjautuu vuosina 2006-2008 toteutettuun Painokas- projektiin. Painokas- projekti on Turun kaupungin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämis- ja tutkimushanke, jossa kehitettiin puheeksi ottamisen työkalupakki. Työkalupakki on kehitetty terveydenhuollon ammattilaisille ja sitä voidaan hyödyntää perheiden elämäntapaohjauksessa. (Painokas- projekti 2006-2008.) Painokas- projektissa kehitettyä työkalupakkia sovellettiin PADAM- hankkeessa diabetesta ja astmaa sairastavien lasten ja nuorten terveyden edistämiseen. PADAM- hankkeen tarkoitus on kehittää uudenlaisia terveyden edistämisen menetelmiä diabetesta ja astmaa sairastaville lapsille ja nuorille sekä selvittää työkalupakin toimivuutta kyseisillä potilasryhmillä. PADAM- hanke on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen, Turun kaupungin lasten ja nuorten poliklinikan sekä Turun ammattikorkeakoulun terveyden- ja hyvinvointialan yhteishanke.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabetesta sairastavien lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumista käytettäessä PADAM-työkalupakkia osana vastaanottoa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa PADAM- hankkeen työkalupakin hyödyllisyydestä lasten ja nuorten potilasohjauksessa. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska tutkimuksen osoittavat, ettei perinteisellä diabeteksen potilasohjaustavalla saavuteta hoidon tavoitteita (Funell & Weiss 2008). Opinnäytetyössä käsitellään vain diabetesta sairastavien lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistu-

mista. Opinnäytetyö toteutetaan laadullista tutkimusta mukaillen, mutta aineiston analyysin ja tulosten esittämisen osalta opinnäytetyössä käytetään myös kvantitatiivisen tutkimuksen keinoja.

2 LASTEN JA NUORTEN DIABETES

Diabetes on sairaus, jossa plasman glukoosipitoisuus on pitkäaikaisesti koholla. Korkea verensokeri, eli hyperglykemia johtuu insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista. (Diabetes: Käypä hoito- suositus, 2013.) Insuliinia muodostuu haiman Langerhansin saarekkeen beetasoluissa ja insuliinin tehtävä on glukoosin siirtäminen verestä elimistöön kudosten ja solujen hyödynnettäväksi. Diabeteksessa haiman saarekkeen beetasolut tuhoutuvat ja menettävät kyvyn insuliinituotantoon. Tämän seurauksena insuliinituotanto vähitellen heikkenee ja lopulta ehtyy kokonaan. (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 167.) Insuliini on välttämätön elimistölle, koska sillä on vaikutusta elimistön energia-ainevaihduntaan sekä verensokeriarvoihin. Insuliini valmistaa rasvakuoksen ja valkuaisaineiden sekä maksan ja lihasten varastosokerin eli glykoogenin, mistä syystä insuliinilla on selkeä vaikutus kasvuun ja lihasten kuntoon. (Diabetesliitto 2006, 18.)

Diabetes jaetaan sairautena neljään alamuotoon, joita ovat tyypin 1 diabetes, MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young), tyypin 2 diabetes sekä LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults). Diabeteksen päämuodoiksi luetaan tyypin 1 diabetes, joka puhkeaa yleensä lapsuusiässä, sekä tyypin 2 diabetes, johon sairastuvat tyypillisesti yli 35-vuotiaat. Harvinaisempiin alamuotoihin kuuluvat MODY, joka muistuttaa aikuistyyppin diabetesta ja puhkeaa nuoruusiällä sekä LADA, joka lähtee liikkeelle autoimmuunitulehduksesta ja tyrehtyttää hitaasti elimistön insuliinin muodostumisen. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 14, 18, 20.)

Suomessa tyypin 1 diabetesta esiintyy lapsilla ja nuorilla eniten maailmassa: vuodessa keskimäärin 600 suomalaislapsella diagnosoidaan tyypin 1 diabetes. Vuoteen 2013 mennessä Suomessa arvioitiin olevan tyypin 1 diabetesta sairastavia alle 15-vuotiaita 3800 ja alle 20-vuotiaita 6800. Tyypin 1 diabeetikoiden määrän arvioidaan nelinkertaistuneen viimeisen 50 vuoden aikana. Diabetekseen sairastumiseen ei ole olemassa erityistä riski-ikää: aikaisemmin sairaus puhkesi tavallisesti murrosiässä, mutta nykyään erityisesti hyvin nuorena diag-

nosoitujen määrä on kasvussa. Pojat sairastuvat diabetekseen hieman tyttöjä yleisemmin, tutkimuksista huolimatta syytä tähän ei tiedetä. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 382.)

2.1 Tyypin 1 diabetes ja hoito

Tyypin 1 diabetes on elimistön oman immuunipuolustusjärjestelmän aiheuttama autoimmuunisairaus ja lapsidiabeetikoista suurin osa sairastaa tyypin 1 diabetesta (Rintala ym. 2008, 127; Ilanne- Parikka ym. 2015, 384). Tyypin 1 diabeteksessa haiman beetasolut, jotka tuottavat insuliinia, tuhoutuvat autoimmuuniprosessissa (Diabetes: Käypä hoito- suositus, 2013). Keskeistä tässä diabeteksen muodossa on, että insuliinin vaikutus on normaalia mutta elimistö tuottaa kyseistä hormonia liian vähän (Ahonen ym. 2012, 559).

Diabetekseen sairastumiseen vaikuttavat monet eri tekijät: puhkeamisen käynnistymiseen tarvitaan todennäköisesti periytyvä diabetesalttius sekä ympäristötekijöiden vaikutus. Ainuttakaan tekijää tutkimuksista huolimatta ei pystytä nimeämään diabetekseen sairastumisen aiheuttajaksi. Altistaviksi ympäristötekijöiksi epäillään virusinfektioita ja esimerkiksi lehmänmaidon valkuaisaineita, suomalaisten viljojen sisältämää gluteenia, D-vitamiinin liian vähäistä saantia sekä ravinnon sisältämiä kemiallisia yhdisteitä. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 383.) Suurimpana tekijänä pidetään kuitenkin perimää: lapsilla, joiden vanhemmalla tai sisaruksella on tyypin 1 diabetes, on noin 15 kertaa suurempi riski sairastua diabetekseen muuhun väestöön verrattuna (Edate ym. 2015).

Tyypin 1 diabeteksen hoidossa keskeistä on ihon alle pistettävät insuliini-injektiot (Edate ym. 2015). Hoitoa voidaan toteuttaa usealla eri tavalla: kaksi- tai kolmipistoshoitona, monipistoshoitona tai insuliinipumppuhoitona. Kaksipistoshoitossa insuliinia annostellaan ennen aamiaista ja ennen päivällistä, yleensä pitkävaikutteista ja lyhytvaikutteista insuliinia samanaikaisesti. Kaksipistoshoito sopii pienille lapsille, joiden elimistön oma insuliinituotanto ei ole vielä täysin ehtynyt. Kolmipistoshoitossa pitkävaikutteista insuliinia pistetään kaksi kertaa päivässä: ennen aamupalaa ja illalla mahdollisimman myöhään. Lyhytvaikutteis-

ta insuliinia annostellaan aamupalalla pitkävaikutteisen insuliinin kanssa sekä yksittäin ennen päivällistä. (Ilanne- Parikka ym. 2013, 397.) Kaksi- ja kolmipistoshoidossa ateriat olisi hyvä syödä päivittäin samoihin aikoihin, sillä insuliinimäärä pysyy päivittäin samana. Täten myös hiilihydraattien määrä on suositeltava pitää päivästä toiseen saman suuruisena. Pienet joustot ruokailun ja insuliinin annostelun suhteen ovat kuitenkin mahdollisia. (Ilanne- Parikka ym. 2013, 403.)

Monipistoshoidossa insuliinia pistetään neljästä kuuteen kertaan päivässä. Pitkävaikutteista insuliinia pistetään kaksi kertaa päivässä ja lyhytvaikutteista kaikkien aterioiden yhteydessä. Monipistoshoidossa korostuu joustavuus: ateriamäärissä ja syömisen aikataulussa siedetään paremmin vaihtelevuutta, koska aterioilla pistettävä insuliini suhteutetaan aina hiilihydraattimäärään, verensokeriin sekä arvioon fyysisestä aktiivisuudesta. Huonona puolena monipistoshoidossa on pistosten suuri lukumäärä päivän aikana, sillä lapset ja nuoret tarvitsevat välipaloja aterioiden välissä, mitkä lisäävät tarvetta insuliinipistoksille. (Ilanne- Parikka ym. 2013, 395.) Insuliinipumppuhoitoa käytetään esimerkiksi pienillä lapsilla tai potilailla, joilla verensokeritasapainon ylläpitäminen on hankalaa. Insuliinipumppu annostelee katetrin kautta ihon alle lyhytvaikutteista insuliinia taukoamatta. Lisäksi aterioiden yhteydessä pumpusta annostellaan erikseen tarvittava insuliiniannos. (Diabetesliitto 2006, 32.) Insuliinipumpun käyttö mahdollistaa päivittäin muuttuvat ateriaritmit sekä insuliinin yksinkertaisen annostelun (Ilanne- Parikka ym. 2013, 394).

Lapsen sairastuminen diabetekseen tulee usein järkytyksenä ja vanhemmista saattaa tuntua, että hoitotoimenpiteet vievät arjessa paljon aikaa. Lapsi tarvitsee aluksi paljon apua omahoitonsa kanssa ja vanhempien vastuulla on huolehtia, että koulu ja päiväkotit ovat tietoisia diabeteksen hoidosta. (Ilanne- Parikka ym. 2013, 386-387.) Diabeteksen hoidonohjaukseen osallistuu yleensä ydinperheen lisäksi isovanhemmat ja muut lapsen arjessa mukana olevat aikuiset (Rintala ym. 2008, 127). Hoito-ohjeiden kirjaimellinen noudattaminen on aluksi suositeltavaa, mutta vähitellen tiedon ja taitojen karttuessa perheen on helpompi soveltaa hoito-ohjeita omaan arkeen sopiviksi (Ilanne- Parikka ym. 2013,

387). Lapsen tullessa nuoruusikään hoidossa aletaan korostaa itsenäistymistä ja hoidon ottamista omiin käsiin: tavoitteena on, että nuori kokee voivansa hyvin ja selviytyy diabeteksen hoidosta itsenäisesti (Ilanne- Parikka ym. 2015, 381).

Lasten ja nuorten diabeteksen hoidon tavoitteina ovat hyvä sokeritasapaino ja hyvä elämänlaatu diabeteksestä huolimatta. Hoidossa pyritään normaaliin kasvuun ja kehitykseen niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Hoidon tavoitteena on myös taata lapselle turvallinen ja onnellinen lapsuus. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 426.) Lasten diabeteksen hyvälle hoidolle on laadittu kriteerit kansallisessa diabetesohjelmassa, eli DEHKO- raportissa vuonna 2010 (Kansallinen diabetesohjelma DEHKO 2010).

2.2 Tyypin 2 diabetes ja hoito

Tyypin 2 diabetes on voimakkaasti perinnöllinen sairaus, joka usein samanaikaisesti metabolisen oireyhtymän kanssa. Metabolisessa oireyhtymässä ylimääräinen rasva kertyy vatsaonteloon sekä muihin sisäelimiin, kuten maksaan. Rasvan kertyminen sisäelimiin aiheuttaa insuliinin vaikutuksen heikkenemistä kudoksissa ja näin syntyy tyypin 2 diabetekselle ominainen insuliiniresistenssi. (Ahonen ym. 2012, 559.) Tyypin 2 diabetes puhkeaa, kun insuliinin vaikutus heikkenee ja haiman on tuotettava insuliinia tavallista enemmän pitääkseen verensokerin tasaisena. Ajan kuluessa haiman toiminta hiipuu ja kehon oma insuliinituotanto loppuu. (Diabetesliitto.)

Yleensä tyypin 2 diabetekseen sairastuneet ovat yli 35-vuotiaita ja riskiä sairastumiseen lisäävät ylipaino, kohonnut verenpaine sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Tyypin 2 diabeteksen diagnosointia vaikeuttaa oireettomuus ja tyypillistä on, että diabetes tulee ilmi vasta lisäsairauksien oireiden myötä. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 18.) Nuorilla tyypin 2 diabetes on yleistymässä: on ennustettu, että kymmenen vuoden kuluessa kyseinen tyyppi tulee olemaan nuorilla diabeteksen yleisin muoto. Riskitekijöinä nuorten sairastumiseen pidetään ylipainoa sekä liikunnan vähäisyyttä. (Wilson 2013.)

Tyypin 2 diabetesta hoidetaan elämäntapamuutoksilla ja lääkehoidolla. Ennen lääkehoidon aloitusta käydään läpi elämäntavat, joita tarpeen mukaan pyritään muuttamaan. Elämäntapamuutoksissa kiinnitetään huomiota ruokavalioon, liikunnan määrään sekä painonhallintaan. (Ahonen ym. 2012, 561, 569.) Tutkimusten mukaan millään lääkehoidolla ei ole saavutettu yhtä hyviä pitkäaikaisia tuloksia kuin elämäntapamuutoksilla (Rintala ym. 2008, 20). Mikäli lääkehoidolle kuitenkin on tarvetta, aloitetaan diabeteksen lääkitys tablettihoidolla. Insuliinihoidon tarvetta arvioidaan vasta, jos tablettihoito ei tehoa ja jos paastosokeriarvo on jatkuvasti koholla. (Ahonen ym. 2012, 568-570.) Tyypin 2 diabetes on yksi suurimmista sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöistä, minkä vuoksi tyypin 2 diabeteksen hoidossa painottuu valtimotautien ehkäisy. Kohonneen verensokerin lisäksi tyypin 2 diabeteksen hoitoon kuuluu kohonneen verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden hoito. Hoidon kannalta tärkeää on myös tupakoimattomuus sekä liikunnan lisääminen. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 25-26.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteisiin kuuluu yleinen hyvinvointi sekä hyvä elämä ilman diabeteksen aiheuttamia lisäsairauksia. Lisäsairaudet huonontavat elämänlaatua sekä hankaloittavat arjessa selviytymistä. Hoidon tavoitteena on motivoida potilasta sitoutumaan sairauden hoitoon, sillä huono hoitotasapaino laskee diabetesta sairastavan eliniänodotetta 10-15 vuodella. Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi tyypin 2 diabeetikon hoitosuunnitelmaan tulisi sisältyä tavoitteet ruokavaliosta, painonhallinnasta ja liikunnan lisäämisestä, eli terveellisten elämäntapojen ylläpitämisestä. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 344-345, 349-350.)

2.3 Diabeteksen diagnosointi

Lasten diabeteksen diagnosointi voi olla haastavaa selvistä oireista huolimatta ja diabeteksen oireet saatetaan sekoittaa jonkin toisen sairauden oireisiin (Matyka 2014). Diabeteksen stereotyyppisiä oireita ovat selittämätön laihtuminen, jatkuva janon tunne sekä lisääntynyt virtsaamisen tarve (Diabetes: Käypä hoitosuositus, 2013). Lapsella oireet eivät aina ilmene selkeästi diabetekseen viittaa-

villa kliinisillä löydöksillä, esimerkiksi nuorimmat lapset eivät välttämättä osaa pyytää juotavaa, vaan janoisuuden oireilu ilmenee poikkeavana ärtyisyytenä tai levottomuutena. Vanhemmat voivat kiinnittää huomiota siihen, että virtsamäärän lisääntyessä vaippaa on vaihdettava normaalia useammin. Vaippaiän ohittaneella lapsella puolestaan saattaa ilmetä poikkeavaa kastelua. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 385.)

Diabetes diagnosoidaan sovittujen verensokerin raja-arvojen perusteella. Epidemiologisten tutkimusten perusteella on muodostettu rajat, joiden mukaan riski mikrovaskulaarisille komplikaatioille kasvaa. Diabetes voidaan diagnosoida, jos veren plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo on yli 7,0 mmol/l tai jos potilaalla ilmenee diabeteksen oireita ja plasman satunnaisglukoosiarvo on yli 11,0 mmol/l. (Rintala ym. 2008, 17.)

Pahimmillaan hoitamaton tai diagnosoimaton diabetes voi johtaa elimistön happomyrkytystilaan, eli ketoasidoosiin. Ketoasidoosissa diabeetikon elimistössä ei ole riittävästi insuliinia ja tällöin sokerin pääsy verestä lihaksiin estyy. Sokerin sijaan elimistö alkaa käyttää energiaksi rasvakudosta, jonka palamisen myötä syntyy ketoaineita. Ketoaineet heikentävät veren happamuutta ja muuttavat elimistön happo-emästasapainoa. Ketoasidoosi voi olla hengenvaarallinen ja sen korjaamiseksi elimistö tarvitsee insuliinia. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 73-74.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistämisellä tarkoitetaan toimia, joiden tavoitteena on yksilön, yhteisön, väestön ja elinympäristön kokonaisvaltainen terveyden ylläpitäminen ja kohentaminen sekä sairauksien, tapaturmien ja terveysongelmien ehkäisy. Terveyden edistämiseen kuuluu mielenterveyden tukeminen, terveyserojen vähentäminen kansalaisten välillä sekä voimavarojen suuntaaminen terveyttä edistävästi. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Diabetesta sairastavan henkilön terveyden edistämiseen sisältyy sairastumisen alkuvaiheesta lähtien säännöllisiä tutkimuksia ja kontrollikäyntejä, jotka jatkuvat läpi elämän. Diabeetikko kykenee paljolti omilla terveyttä edistävillä valinnoillaan vaikuttamaan diabeteksen lisäsairauksien ja terveysongelmien ilmaantuvuuteen. Lisäsairaudet kehittyvät pitkällä aikavälillä ja niiden kehittyminen vaatii tyypin 1 diabeetikoilla ainakin 15 vuotta sairastamista. Hyvällä hoitotasapainolla voidaan ehkäistä aikuisiässä puhkeavia lisäsairauksia, kuten nefropatiaa eli munuaisvauriota, verisuonten kovettumista, neuropatiaa eli hermostomuutoksia ja erektio-ongelmia. (Diabetesliitto.)

Diabetesta sairastavan tärkein terveyden edistämisen tavoite on elinmuutosten ehkäisy. Silmän verkkokalvosairaus, eli retinopatia on tyypillisin elinmuutos, jonka diabetes aiheuttaa (Diabetesliitto). Lapsilla silmänpohjakuvauksia retinopatian kontrolloimiseksi aletaan tehdä noin kymmenen vuoden iässä tai murrosiän alkamisesta lähtien. Diabeetikon silmät kuvataan säännöllisesti noin kahden vuoden välein. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 425.) Silmänpohjamuutosten hoidon ja ehkäisyn kannalta tärkeintä on verensokeriarvojen hyvä hoitotasapaino (Diabetesliitto).

Jalkojen tutkiminen ja hoito ovat olennaista diabetesta sairastavan terveyden edistämisessä, mutta silti lapsidiabeetikoiden jalkoja tutkitaan liian vähän. Winell (2008) esitti Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman raportissa, että lapsidiabeetikoista vain 38,8 % jalat oli tutkittu vuonna 2008. Jalkojen kunnon seuranta on tärkeää, koska lisäsairauksien kuten neuropatian tai valtimokovet-

tumataudin vuoksi diabeetikot ovat alttiimpia erilaisille jalkavammoille. Tärkeintä ja tehokkainta hoidossa on jalkaongelmien ehkäisy, johon sisältyy jalkojen tutkiminen seurantakäynneillä sekä jalkojen ihon kunnon omahoito. (Diabetesliitto.) Lapsidiabeetikoilla tärkeää on, että kengät eivät ole liian pienet ja niissä on tarpeeksi käyntivaraa (Rintala ym. 2008, 77).

Diabetesta sairastavalle lapselle ja nuorelle hyvä suuhygienia on osa terveyden edistämistä. Koholla oleva verensokeri lisää haitallisten bakteerien tarttumista hampaiden pintaan ja täten edesauttaa bakteeripeitteiden kehittymistä ja hampaiden reikiintymistä. Koholla oleva verensokeri altistaa myös kiinnityskudossairauksille. Diabeetikon tulisi välttää suuinfektioita, sillä ne heikentävät verensokerin hoitotasapainoa pitkällä aikavälillä. Säännöllisessä suun terveystarkastuksessa on suositeltavaa käydä hammaslääkärin määräämän tarkastusvälin mukaan. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 203-204.)

Diabetesta sairastaville lapsille ja nuorille hyvä ravitsemus edistää terveyttä ja kasvua sekä ehkäisee sairauksia. Terveellinen ruokavalio koostuu säännöllisestä ateriarytmistä, ravintorikkaista valinnoista ravitsemuksessa, energiatarpeen kattavista annoksista ja perheen keskeisistä ruokahetkistä. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 402.) Kasvavan lapsen ja nuoren ruokavalioon tulee kuulua riittävä määrä vitamiineja, hiven- ja kivennäisaineita sekä turhaa sokeria on hyvä välttää (Storvik- Sydänmaa ym. 2012, 171). Terveellisellä ruokavaliolla ja riittäväällä liikunnalla ylläpidetään ihannepainoa lapsuusiästä alkaen (O' Reilly- Marshall 2007).

Pienet lapset eivät vielä osaa tehdä sopivia päätöksiä ruuan laatua ja ateriaaikoja koskien ja siksi aikuiset ovat vastuussa lapsen terveydestä ravitsemuksen suhteen. Leikki-ikäinen lapsi saa turvaa rutiineista ja esimerkiksi säännöllinen päivärytmi tukee lapsen normaalia kasvua. Lapsen kykyä oman terveytensä edistämiseen tulisi tukea ottaen huomioon lapsen kehitysvaihe. Vanhemmat voivat tukea lasta tekemään terveyteen liittyviä päätöksiä esimerkiksi antamalla lapselle mahdollisuus valita itselleen mieluisin välipala terveellisistä vaihtoehdoista. Kouluiässä lapsen päätösvalta ravitsemusasioissa lisääntyy, mutta aikuisen tuki ja huolenpito ovat kuitenkin välttämättömiä. Nuoruusiässä vastuu terveydestä siirtyy pitkälti nuorelle itselle. Nuoruusiäisen päivärytmistä voi tulla

epäsäännöllinen ja ateria-aikojen suunnittelusta haastavaa. Keskustelu erityisesti ruoka-aikojen säännöllisyydestä tukee diabetesta sairastavan nuoren hoidon toteutusta. Nuori saattaa kokea epävarmuutta hoitoaan koskien ja tällöin nuoren kykyä ottaa vastuuta voidaan tukea ruokailun ja verensokerin omaseurannalla. Nuori voi keskustella omaseurannasta ja hoidosta diabetesvastaanotokäynnillä, jolloin keskustelun avulla nuori saa omahoitoonsa varmuutta myös muuttuvien tilanteiden varalle. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 406-407.)

Terveyden edistämisen kannalta suositeltu liikuntamäärä diabetesta sairastaville lapsille ja nuorille on vähintään 60 minuuttia kohtalaisen rasittavaa tai rasittavaa liikuntaa päivässä (Annan 2013). Diabeteksen kannalta fyysinen aktiivisuus lisää insuliiniherkkyyttä, kasvattaa fyysistä kuntoa sekä lisää psyykkistä hyvinvointia. Monet tutkimukset osoittavat, että liikunta lisää aineenvaihduntaa lasquemalla pitkäaikaista sokerihemoglobiiniarvoa: Berakin ym. (2014) tutkimuksen mukaan vähemmän liikuntaa harrastavilla lapsilla ja nuorilla sokerihemoglobiiniarvo oli korkeampi kuin enemmän liikuntaa harrastavilla lapsilla ja nuorilla.

Tercyakin ym. (2005) tekemän tutkimuksen mukaan diabetesta sairastavat nuoret kokevat terveytensä huonommaksi kuin saman ikäiset terveet nuoret. Saman tutkimuksen mukaan diabeetikonnuoret ajattelevat terveyttään ja sairastumisestaan useammin kuin terveet nuoret. Nuorten keskuudessa diabeetikot kuitenkin käyttävät alkoholia ja tupakkaa yhtä paljon terveisiin nuoriin nähden. Nuorille alkoholin käyttö on vaarallista, koska nuoren elimistö ei siedä alkoholia samalla tavalla kuin aikuisen elimistö ja on herkempi alkoholin haitallisille vaikutuksille. Moni nuori haittojen tiedostamisesta huolimatta kokeilee alkoholin käyttöä, ja diabetesta sairastavien nuorten terveyden edistämässä onkin tärkeää kiinnittää huomiota alkoholin vaikutukseen verensokeriarvoihin ja insuliinitarpeeseen. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 421.) Diabeetikonnuorten terveyden edistämässä tulisi myös painottaa tupakoinnin haitallisuutta, sillä tupakointi lisää merkittävästi diabeetikoilla jo suurentunutta riskiä sairastua munuaisvaurioon sekä sydän- ja verisuonisairauksiin (Diabetesliitto).

4 VOIMAVARAISTUMISTA TUKEVA POTILASOHJAUS JA OMAHOITO

Voimavaraistumisella tavoitellaan potilaan itseensä kohdistuvan reflektoinnin sekä pystyvyyden tunteen lisäämistä. Voimavaraistumista voidaan kuvailla potilaan kyseenalaistavan tietoisuuden sekä käsittelykykyjen vahvistumisena potilasohjauksessa. Voimavaraistumista tuetaan aktivoimalla potilasta keskusteluun erilaisia puheen keinoja hyödyntämällä. Potilaan voimavarat ovat lähtökohtana voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa ja voimavaroja hyödynnetään ohjauksessa ongelmanratkaisutilanteissa sekä päämääriä tavoiteltaessa. (Vänskä ym. 2011, 77, 82.)

Tyypin 1 diabetes vaatii huolellista hoitoa kaikilla elämän osa-alueilla, mistä syystä diabeteksen omahoito on merkittävin tekijä potilaan hoitotasapainon ja arjessa selviytymisen kannalta. Diabeteksen hyvän hoitotasapainon saavuttamiseksi tulee lapsilla ja nuorilla sekä heidän vanhemmillaan olla kattavasti tietoa ja osaamista diabeteksen hoidon suhteen, jotta perhe kykenee asianmukaiseen hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Diabeteksen potilasohjauksessa tavoitellaankin koko perheen tietämystä hoidon kannalta, jotta perhe tuntisi hallitsevansa sairauden kokonaisvaltaisen hoidon. (Kelo 2013, 13.)

4.1 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus tarkoittaa potilaskeskeistä lähestymistapaa, joka on kehitetty kohtaamaan esimerkiksi diabeteksen hoidon kulmakivet. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus pyrkii tukemaan potilasta kehittämään omia kykyjään ja kannustamaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja elämästään. (Funell & Weiss 2008.) Voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta kuvaa kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset ja kognitiiviset tarpeet sairauden kanssa elämiseen. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa potilaat kohdataan tasavertaisina hoitosuhteessa. Potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana ja ter-

veydenhuollon ammattilaista pidetään asiantuntijana sairauden hoitamisessa ja siinä tukemisessa. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa painotetaan potilaan omia voimavaroja, potilaan itsemääräämisoikeutta ja omia kehittämiskohteita, yhteisiä tavoitteita ja yksilöllisiä ohjeistuksia, psyykkistä tukea sekä potilaslähtöistä päätöksentekoa. (Kelo 2013, 7.)

Verrattuna perinteiseen potilasohjaukseen, voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on suunniteltu lisäämään entisestään potilaan tietoa, taitoja ja asennetta. Kyseistä menetelmää hyödyntämällä potilaan luottamus omaan tehokkuuteen ja tietoisuuteen lisääntyy. Voimavaraistuminen voidaan myös nähdä henkilökohtaisena kasvuna, jossa avaintekijöitä ovat yksilön näkemykset, arvot, käsitykset sekä suhde ympäristöön. Potilaan voimavaraistumisesta voidaan puhua, jos potilaan tunne omasta tehokkuudesta on lisääntynyt. Lisäksi voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen lopputuloksena voidaan pitää potilaiden lisääntyneitä voimavaroja omaan elämäänsä nähden. Potilaat ovat voimavaraistutuneita opittuaan tietoja, joiden avulla kykenevät olemaan vastuussa hoidostaan ja tätä kautta elämästään. (Kelo 2013, 7.)

Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa korostuu asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyyden periaatteena on se, että potilas tuntee tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi. Terveystuon ammattilaisen tehtävä voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa on viedä keskustelua eteenpäin myönteisesti, jolla on vaikutusta keskustelun etenemiseen sekä potilaan motivaatioon. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa pääpiirteinä korostuvat hoidon tavoitteiden asettaminen ja päivittäiset toiminnot, jotka edesauttavat asetettujen tavoitteiden saavuttamista. (Vänskä ym. 201, 81-82.)

Positiivinen ilmapiiri vastaanotolla on yksi edellytys voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumiselle. Terveystuon ammattilainen voi edistää positiivisen ilmapiirin luomista tarjoamalla potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja kannustamalla potilasta osallistumaan keskusteluun, esimerkiksi kysymällä potilaan mielipiteitä ja ajatuksia myös muuhun kuin sairauteen liittyen. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus voidaan vastaanotolla mahdollistaa kuuntelemalla aktiivisesti ja helpottamalla potilaan reflektointia, tarjoamalla

yksilöllistä tietoa ja keskustelemalla potilaan kanssa ymmärrettävillä termeillä sekä kunnioittamalla keskustelua ja hyväksymällä potilas sellaisenaan. Kysymällä potilaan tunteista ja ajatuksista sekä keskustelemalla hienovaraisesti, annetaan potilaalle mahdollisuus vaikuttaa keskusteluaiheisiin ja ohjauksen sisältöön. (Kelo 2013, 8.)

Funnellin ja Weissin (2008) mukaan potilasohjauksen kehittämisestä ja tietämyksen lisäämisestä huolimatta perinteinen lähestymistapa ei kohtaa diabeteksen hoidon todellisuutta eivätkä potilaat saavuta hoitotavoitteita. Diabetesta sairastavat kärsivät terveyttä uhkaavista komplikaatioista, jotka johtavat elämänlaadun heikkenemiseen ja eliniänodotteen lyhenemiseen. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus edistää diabeetikon terveyttä paremmin kuin perinteinen potilasohjaus, sillä voimavaraistumista tukevassa lähestymistavassa potilasta tuetaan päivittäiseen omahoitoon ja vastuunottamiseen omasta sairaudestaan.

4.2 Diabeteksen omahoito

Omahoidolla tarkoitetaan potilaan tekemiä valintoja, joiden tarkoitus on edistää elämää, terveyttä ja hyvinvointia. Kroonisesti sairaiden potilaiden omahoitoa voidaan kuvailla terveyttä edistäviksi toiminnoiksi, jotka edesauttavat elämää sairauden kanssa. Keskeistä lasten ja nuorten diabeteksen hoidossa on itsehoito, mikä tarkoittaa päivittäisen hoito-ohjelman noudattamista, vastuun jakamista ja päätöksentekoa yhdessä vanhempien kanssa. (Kelo ym. 2011.) Diabeteksen omahoito koostuu pienistä, vähitellen omaksuttavista valinnoista ja teoista, joiden avulla saavutetaan toimiva omahoidon kokonaisuus (Ilanne- Parikka ym. 2015, 47).

Lapsen sairastuminen krooniseen sairauteen vaikuttaa koko perheeseen ja diabetekseen sairastuneen lapsen on opittava kehitystasoonsa nähden haastavia omahoitoon liittyviä asioita (Kelo 2013, 13-14). Haasteita lapsen diabeteksen omahoitoon tuovat säännöllinen verensokerin mittaaminen, hiilihydraattien laskeminen ja insuliinimäärän suhteuttaminen syötävään ruokamäärään sekä hoitovälineistä huolehtiminen. Omahoidossa on kiinnitettävä huomiota myös insu-

liiniannostuksen määrään suhteutettuna lapsen aktiivisuuteen. (Kelo ym. 2011.) Lapsidiabeetikon koko perhe tulee opettaa diabeteksen hoitoon, sillä lapselle on liian haastavaa noudattaa hoito-ohjeita asiaankuuluvasti ilman perheen jatkuvaa tukea ja avustamista. Diabetesta sairastavan lapsen vanhemmat ovat vastuussa hoitoon liittyvissä päätöksissä, sillä alle kouluikäinen lapsi ei ole vielä kehityksensä puolesta kykeneväinen riittävän abstraktiin ajatteluun. (Kelo 2013, 13.) Vasta kouluikäisenä lapsi alkaa hahmottaman sairautensa syitä ja vaikutuksia elämään sekä oppii ymmärtämään, että diabetes sairautena vaatii jatkuvaa hoitoa. Kouluikäisessä lapselle rakentuu pohja elinikäiselle omahoidolle, jolloin kehittyvä ja kasvava lapsi omaksuu vähitellen vastuuta diabeteksen omahoidosta ja omahoidon menetelmät alkavat vakiintua. Hyvällä omahoidolla voidaan tukea diabetesta sairastavan lapsen normaalia kehitystä ja kasvua. (Kelo ym. 2011.) Omahoidon onnistumiseksi lapsi tarvitsee ikäänsä nähden sopivaa opetusta diabeteksestä ja sen hoidosta (Kelo 2013, 13).

Diabeteksen omahoito herättää diabetesta sairastavalla lapsella, nuorella sekä perheenjäsenillä monenlaisia tunteita. Omahoidon kokonaisuus voi tuntua rasakalta esimerkiksi, jos hoitotoimenpiteistä huolimatta hyvää hoitotasapainoa on vaativa saavuttaa tai jos perhe kokee arjen pyörivän jatkuvasti diabeteksen ympärillä. Lasten vanhemmilla voi esiintyä uupumusta, mikäli verensokeria on kontrolloitava öisin ja insuliinimääriä sekä hiilihydraatteja on laskettava tarkasti joka aterialla. Diabeteksen herättämistä tunteista on suositeltavaa keskustella hoitoyksikössä, jolloin perhe saa tukea sairauden kanssa pärjäämiseen arjessa. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 46, 388.)

Diabetesta sairastavan lapsen kasvaessa nuoruusikään vastuu omahoidosta siirtyy vanhemmilta nuorelle itselleen. Nuoruusiässä diabeteksen omahoidon laatu, hoitoon sitoutuminen ja verensokerin seuranta heikkenevät merkittävästi. (Drotar ym. 2012.) On tutkittu, että nuorilla tyypin 1 diabeetikoilla esiintyy korkeaan verensokeritasoon liittyvää masennusta ja hyvinvoinnin heikkenemistä (Ilanne- Parikka ym. 2015, 421). Kun nuori kasvaa kohti aikuisuutta ja itsenäistymistä, edellytetään nuorelta vastuunottamista diabeteksen hoitoon liittyen. Kuitenkin on esitetty, että nuoret eivät saa vaadittavaa ohjausta saavuttaakseen

kyvyn ottaa vastuu hoidosta. (Chaney 2012.) Tutkimukset osoittavat, että nuoret ovat ristiriidassa diabeteksen hoitoa koskevien vaatimusten suhteen, joita perhe, koulu, ikätoverit ja hoitotiimi asettavat. Kokemukset näissä ympäristöissä valmistavat nuorta psyykkisesti ottamaan vastuusta diabeteksen omahoidosta. (Spencer ym. 2013.)

Ikätoverien vertaistuki on omahoidon onnistumisen kannalta tärkeää, sillä vertaistuki mahdollistaa diabeteksen sulautumisen nuoren päivittäiseen elämään. Paineet kaverijoukkoon kuulumisesta saattavat kuitenkin vaikuttaa nuoren omahoitoa koskeviin päätöksiin. Ideaalitulanteessa vanhemmat tarjoavat nuorelle taustatukea ja samalla sallivat mahdollisuuden itsenäistyä diabeteksen omahoidossa. Vanhempien huoli ja tarve hallita diabeteksen hoitoa voivat johtaa nuoren ja vanhempien väliseen riitatilanteeseen. (Spencer ym. 2013.)

5 TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabetesta sairastavien lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumista käytettäessä PADAM-työkalupakkia osana vastaanottoa sekä tavoitteena on tuottaa tietoa PADAM- hankkeen työkalupakin hyödyllisyydestä lasten ja nuorten potilasohjauksessa.

1. Millä tavalla voimavaraistumista tukeva potilasohjaus toteutuu diabetesvastaanottokäynnillä?
2. Millä tavalla lapsen tai nuoren ikä vaikuttaa voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen diabetesvastaanottokäynnillä?
3. Millä tavalla PADAM- työkalupakin käyttö vaikuttaa voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumiseen diabetesvastaanottokäynnillä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö mukailee laadullisen, kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteita. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvailla ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä, motivaatiota sekä selittää ihmisten näkemyksiä. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä painottuvat ihmisten uskomukset, asenteet sekä muutokset käyttäytymisessä. (Kankkunen ym. 2013, 65-66.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yhtenä tarkoituksena on tutkimusongelman syvempi ymmärtäminen sekä mahdollistaa sellaisten tutkimusalueiden kuvailu, joista ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia. Laadullisella tutkimuksella voidaan myös kuvata tutkimusalueita, joihin tavoitellaan uutta näkemystä tai kyseenalaistetaan käsitteen tai teorian merkitys. Kvalitatiivinen tutkimusote voidaan valita, jos on epäily tutkimustuloksista tai aiemmin käytetystä menetelmästä. (Kankkunen ym. 2013, 66.) Opinnäytetyössä on kuitenkin myös määrälliseen, eli kvantitatiivisen tutkimukseen liittyviä piirteitä aineiston analyysin ja tulosten esittämisen osalta. Määrällisessä tutkimusotteessa korostuu muuttujien mittaaminen ja tilastomenetelmien hyödyntäminen (Kankkunen ym. 2013, 55).

6.1 Aineisto

Opinnäytetyön aineisto on kerätty Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen toimesta lasten ja nuorten diabetesvastaanoitoilla. Aineisto koostuu 16 äänitteestä, jotka opinnäytetyössä on eroteltu iän perusteella lapsiin ja nuoriin: lapseksi katsotaan 6-12-vuotiaat ja nuoriksi 13-18-vuotiaat. Erottelu lasten ja nuorten välille on tehty siksi, että nuorimpien lasten vuorovaikutusta potilasohjaustilanteessa on epäluotettavaa vertailla vanhimpien nuorten vuorovaikutukseen. Lasten äänitteitä on kuusi (6) ja nuorten äänitteitä kymmenen (10) kappaletta. Aineistossa on äänitteitä sekä perinteisiltä että pakillisilta käynneiltä. Perinteinen käynti tarkoittaa, että ohjaus toteutuu ilman työkalupakkia. Äänitteet on nauhoitettu diabetesvastaanottokäynneillä syksyn 2014 ja kevään 2015 aikana.

Äänitteiden sisältö koostuu diabetessensorin purusta, potilaskohtaisena seuranta-aikana pidetyn ruokapäiväkirjan ja verensokeriseurannan käsittelystä sekä perusmittauksista. Lisäksi työkalupakillisilla käynneillä hyödynnetään aktiivisuusympyrää osana potilasohjausta. Vastaanottokäynneillä mukana on sairaanhoitaja, diabeetikkolapsi tai -nuori, sekä osassa käynneistä lapsen tai nuoren vanhempi.

6.2 Aineiston analysointi

Sisällön analyysin tavoite on esittää tietty ilmiö laajasti mutta tiiviisti ja sen tuloksena voi syntyä esimerkiksi käsiteluokituksia ja käsitejärjestelmiä. Näiden lisäksi sisällön analyysillä tavoitellaan merkityksiä, seurauksia sekä sisältöjä. (Kankkunen ym. 2013, 168.) Opinnäytetyön aineisto on analysoitu deduktiivisella sisällön analyysillä, minkä tarkoitus on teorioiden tai niihin liittyvien käsitteiden tarkastelu käytännössä. Deduktiivisessa analysoinnissa apuna käytetään tyypillisesti analyysikehikkoa, johon on operationalisoitu, eli määritelty mitattavaan muotoon teorian perusta aikaisemman tiedon ja tutkimusten perusteella. (Kankkunen ym. 2013, 167.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston, eli äänitteiden analysoinnissa apuvälineenä toimii PADAM- hankkeeseen valittu havaintomatriisi (Virtanen ym. 2007, 140-146 pohjalta). Havaintomatriisin kokonaispistemäärä on 175 ja havaintomatriisi on jaettu kuuteen aihealueeseen, joista jokainen tarkastelee voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumista eri näkökulmista. Aihealueet ovat keskustelun rakenne, keskustelun luonne, vuoropuhelu/voimavaraistavan keskustelun eteneminen, hoitajan toiminta keskustelussa, potilaan toiminta keskustelussa sekä hoitajan ja potilaan roolit. Havaintomatriisi sisältää 35 arviointikriteeriä, jotka pisteytetään viisiportaisen Likert- asteikon avulla (Kankkunen ym. 2013, 130-131). Arviointiasteikossa vaihtoehdot kriteerien arvioimiseen ovat 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä ja 1= täysin eri mieltä. Arviointikriteereiden lisäksi havaintomatriisissa on yksi avoin kysymys.

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin siten, että opinnäytetyön tekijät arvioivat ja pisteyttivät äänitteet aluksi erikseen työn ja tulosten luotettavuuden lisäämiseksi. Tämän jälkeen havaintomatriisien tulokset käsiteltiin yhdessä niin, että jokaisen kriteerin pisteytyksessä päädyttiin yhteiseen lopputulokseen. Havaintomatriisien eriäviä tuloksia käytiin läpi keskustelemalla sekä kuuntelemalla äänitteitä uudelleen. Kun tulokset oli käsitelty, laskettiin voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumista kuvaavat kokonaispistemäärät kustakin vastaanotto-käynnistä kokonaisuutena ja lisäksi eri osa-alueittain. Tämän jälkeen laskettiin kaikkien lasten ja nuorten eri osa-alueiden keskiarvot. Havaintomatriisiin oli valmiiksi määritelty potilasohjauksen onnistumiselle kokonaispistemääräksi 175. Lopulliset tulokset on esitetty siten, että lasten ja nuorten potilasohjauksen kokonaispistemääristä ja kuudesta aihealueesta on laskettu keskiarvot. Tulokset on koottu Excel-taulukoihin.

7 TULOKSET

Empiirisen osion tulokset on eroteltu lapsiin ja nuoriin, jossa lapsiksi katsotaan 6-12-vuotiaat ja nuoriksi 13-18-vuotiaat. Tulokset käsitellään neljässä osassa: havaintomatriisien kuuden aihealueen keskiarvot, havaintomatriisien kokonaispistemäärien keskiarvot ja PADAM- hankkeen työkalupakin toimivuus. Keskiarvoja laskettaessa lasten ja nuorten äänitteet on käsitelty erikseen. PADAM-hankkeen työkalupakin toimivuutta arvioidaan vertailemalla pakillisia ja perinteisiä vastaanottokäyntejä potilaiden ikää huomioimatta.

7.1 6-12-vuotiaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen

6-12-vuotiaiden lasten aihealueiden keskiarvoihin vaikuttaa myönteisesti esimerkiksi vastaanottokäynnin positiivinen ja empaattinen ilmapiiri sekä sosiaalinen jutustelu ohjauksen lomassa. 6-12-vuotiaiden aihealueiden keskiarvot ovat esitetty Taulukossa 1, jossa enimmäispistemäärä on viisi (5) ja vähimmäispistemäärä yksi (1).

Taulukko 1. 6-12-vuotiaiden havaintomatriisin aihealueiden keskiarvot.

<i>6-12-vuotiaat lapset</i>	<i>Keskiarvo</i>
<i>Keskustelun rakenne</i>	1,7
<i>Keskustelun luonne</i>	4,5
<i>Vuoropuhelu/voimavaraistavan keskustelun eteneminen</i>	2,9
<i>Hoitajan toiminta keskustelussa</i>	4,1
<i>Potilaan toiminta keskustelussa</i>	2,2
<i>Hoitajan ja potilaan roolit</i>	3,6

6-12-vuotiaiden lasten keskustelun rakenteen keskiarvoksi laskettu luku havaintomatriisin pohjalta on 1,7. Keskiarvoa laskee merkittävästi se, että yhdelläkään vastaanottokäynnillä hoitaja ei tuo esille keskustelulle varattua aikaa eikä kes-

kustelulla ole selkeää, alussa ilmaistua tavoitetta. Puolessa äänitteistä ohjauksen tarkoitusta ei mainita keskustelun alussa. Yhdessä äänitteessä hoitaja tuo kattavasti vastaanottokäynnin alussa esiin ohjauksen tarkoituksen ja sen sisällön. Keskustelun lopetus ja potilaan ymmärtämisen varmistaminen lasten äänitteissä toteutuvat vaihtelevasti: kahdessa äänitteistä selkeä lopetus puuttuu kokonaan ja kahdessa lopetus on selkeä, mutta potilaan ymmärtämisen varmistamista ei tapahdu. Kahdessa äänitteessä lopetus on edeltä kuvailtujen äänitteiden väliltä.

Lasten vastaanottokäynneillä keskustelun luonteen laskettu keskiarvo on 4,5. Kaikissa äänitteissä keskustelua voidaan luonnehtia rauhalliseksi, luottamukselliseksi ja empaattiseksi. Vastaanottokäynneillä potilaille annetaan mahdollisuus osallistua keskusteluun yhtä äänitettä lukuun ottamatta: kyseisessä äänitteessä vanhempi vastaa automaattisesti lapsen puolesta. Keskustelun luonteen arvioinnissa on havaintomatriisin ainoa avoin kysymys, jossa arvioidaan miten hoitaja luo ilmapiiriä vastaanottokäynnin aikana. Lasten äänitteissä hoitaja luo ilmapiiriä kyselemällä potilaan koulunkäynnistä ja harrastuksista sekä hyödyntää sosiaalista jutustelua ohjauksen edetessä. Tällaiset hoitajan käyttämät keinot ovat Kelon (2013, 8) mukaan esimerkkejä voimavaraistumista tukevan ilmapiirin luomisesta.

Lasten vastaanottokäynneillä vuoropuhelun ja voimavaraistumista tukevan keskustelun etenemisen keskiarvo on 2,9. Jokaisessa äänitteessä hoitaja kannustaa potilasta omien kokemusten ja tunteiden reflektointiin ja neljässä äänitteessä hoitaja selkeästi tavoittelee potilaan syvempää tuntemista sekä tarpeiden ymmärtämistä. Tämä tulee esille äänitteistä siten, että hoitaja kyselee täsmennyksiä kysymyksiä diabetesta, harrastuksia, kavereita ja koulunkäyntiä koskien. Kahdessa äänitteessä pyrkimys potilaan syvempään tuntemiseen jää vähemmälle. Keskustelun tavoitteen ja merkityksen mainitseminen puuttuvat lasten äänitteistä. Avointen kysymysten esittäminen potilaan ymmärtämisen varmistamiseksi toteutuu hieman heikosti: avoimia kysymyksiä diabeteksen omahoidosta ja hoitotavoista tulisi voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa olla enemmän.

Äänitteissä hoitajan toiminnan keskiarvo on 4,1. Hoitaja kuuntelee potilasta, mikä tulee äänitteistä esille siten, että hoitaja esittää aktiivisesti kommentteja keskustelun lomassa. Hoitaja pyrkii keskustelussa rohkaisemaan potilasta ja antamaan neuvoja: hoitaja esimerkiksi neuvoa insuliinin pistospaikkojen ja verenokerimittausten suhteen sekä ohjeistaa hoitovälineistä. Potilaan rohkaisu itseään koskevaan päätöksentekoon toteutuu vaihtelevasti: tutkimuksen nuorimmilla osallistujilla pisteet kyseisessä kriteerissä ovat heikompia, koska ikänsä ja kehitystasonsa vuoksi vanhemmat ovat vielä suurimmassa vastuussa hoitoon liittyvästä päätöksenteosta.

Havaintomatriisiin perustuen potilaan toiminta keskustelussa on keskiarvolta 2,2. Potilaan toiminnan pisteutykseen vaikuttaa merkittävästi potilaan oma aktiivisuus keskustelussa ja keskiarvoa laskee se, että vanhemmat ottavat osaa ohjaukseen potilaan puolesta. Tästä johtuen potilaat osallistuvat niukasti keskusteluun, kuitenkin yhtä äänitettä lukuun ottamatta: kyseisessä äänitteessä potilas tuo mielipiteitään monipuolisesti esille ja ottaa kantaa diabeteksen hoitoon. Vaikka vanhemmilla Kelon (2013, 15) mukaan on päävastuu lapsen hoidosta, tulisi jokaisella lapsella olla mahdollisuus osallistua potilasohjaukseen, joka tukee kasvua turvallisessa ympäristössä.

Lasten äänitteissä hoitajan ja potilaan roolien laskettu keskiarvo on 3,6. Lähes kaikissa äänitteissä hoitaja käyttää sosiaalista jutustelua rentouttaakseen ohjaustilannetta. Kaikissa äänitteissä hoitaja hyväksyy potilaan sellaisenaan ja on joustava keskustelun kulussa. Kyseiset asiat ilmenevät siten, että hoitaja kohtelee potilasta ja vanhempia ammatillisesti ja ottaa huomioon potilaan keskustelun kulussa. Keskustelusta uupuu hoitoon liittyvien tavoitteiden asettaminen sekä potilaan että hoitajan toimesta. Myöskään merkittäviä hoitoon liittyviä päätöksiä ohjauksissa ei tehdä.

7.2 13-18-vuotiaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen

13-18-vuotiaiden aihealueiden keskiarvoihin myönteisesti vaikuttaa nuorten aktiivisuus ohjaukseen ja kyky reflektoida sekä kertoa ajatuksistaan asianmukaisella ja ohjausta edistävällä tavalla. Tutkimukseen osallistuneiden nuorten havaintomatriisin aihealueiden keskiarvot ovat esitetty Taulukossa 2, jossa enimmäispistemäärä on viisi (5) ja vähimmäispistemäärä yksi (1).

Taulukko 2. 13-18-vuotiaiden havaintomatriisin aihealueiden keskiarvot.

<i>13-18-vuotiaat nuoret</i>	<i>Keskiarvo</i>
<i>Keskustelun rakenne</i>	1,3
<i>Keskustelun luonne</i>	4,8
<i>Vuoropuhe- lu/voimavaraistavan keskustelun eteneminen</i>	2,5
<i>Hoitajan toiminta keskustelussa</i>	4,2
<i>Potilaan toiminta keskustelussa</i>	3,4
<i>Hoitajan ja potilaan roolit</i>	3,8

13-18-vuotiaiden nuorten keskustelun rakenteen keskiarvoksi laskettu luku on 1,3. Keskustelun rakenteen keskiarvoa laskee se, ettei ohjaukselle ilmaista tarkoitusta tai tavoitetta, eikä keskustelussa varattua aikaa tuoda ilmi. Suurimmas-
sa osassa äänitteistä ohjauksella ei ole selkeää lopetusta, jossa varmistettaisiin potilaan ymmärrys ohjatuista asioista. Kahdella vastaanottokäynnillä hoitaja kysyy ohjauksen lopussa, mikäli potilaalla on aiheesta kysyttävää.

Nuorten vastaanottokäyntien keskustelun luonteen keskiarvo on 4,8. Hoitaja antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua keskusteluun ja keskustelu on luonteeltaan rauhallista, luottamuksellista ja pääosin empaattista. Ilmapiiiriä luodaan kyselemällä potilaalle tärkeistä asioista esimerkiksi koulunkäynnistä, kesätoista, seurustelusta ja kehumalla omahoitoa. Kuitenkin muutamassa äänitteessä il-

mapiirin luomiseen kiinnitetään selvästi vähemmän huomiota: näissä ohjauksissa keskustellaan ainoastaan diabetekseen liittyvistä asioita.

Vuoropuhelun ja voimavaraistumista tukevan keskustelun etenemisen keskiarvo on 2,5. Hoitaja mahdollistaa potilaan reflektoinnin omista kokemuksistaan ja tunteistaan ja useimmiten pyrkii potilaan tarkempaan tuntemiseen ja tarpeiden ymmärtämiseen. Kahdessa äänitteessä pyrkimys potilaan ymmärtämiseen jää hieman pinnalliseksi, mikä ilmenee siten, ettei keskustelun lomassa käydä sosiaalista keskustelua, eikä esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä esitetä ohjauksen aikana. Keskustelu etenee pääasiassa hoitajan johdattelemana ja keskusteluaiheiden valinta jää hoitajan vastuulle. Aihealueen keskiarvo täten laskee, sillä voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen mukaan potilaan tulisi olla keskustelussa yhtä aktiivinen kuin terveydenhuollon ammattilaisen (Kelo 2013,7).

Hoitajan toiminta keskustelussa on keskiarvolta 4,2. Kaikissa nuorten ohjauksissa hoitaja kuuntelee potilasta ja osoittaa kiinnostusta lyhyillä kommentteilla keskustelun ohessa. Suurimmassa osassa ohjauksista hoitaja rohkaisee potilasta ja pyrkii antamaan neuvoja diabeteksen hoitoon liittyen. Hoitaja kannustaa ja antaa positiivista palautetta sekä neuvoo esimerkiksi insuliinin annostuksessa, verensokerin seurannassa sekä terveellisessä ruokavaliossa.

Havaintomatriisin perusteella potilaan toiminta keskustelussa on keskiarvolta 3,4. Äänitteiden ohjaustilanteessa nuoret heijastavat kuulemaansa omiin näkemuksiinsä verraten, mutta tuovat vaihtelevasti esille itselle tärkeitä asioita. Aihealueen keskiarvo laskee, mikäli potilas ei nosta esiin omia ajatuksiaan ja näkemystään, jotka edistäisivät voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa keskustelua ja päätöksentekoa. Merkittävin ero lasten ja nuorten äänitteitä arvioidessa on se, että nuoret reflektivat huomattavasti aktiivisemmin ohjauksessa esiin tulevia asioita omaan tilanteeseensa nähden.

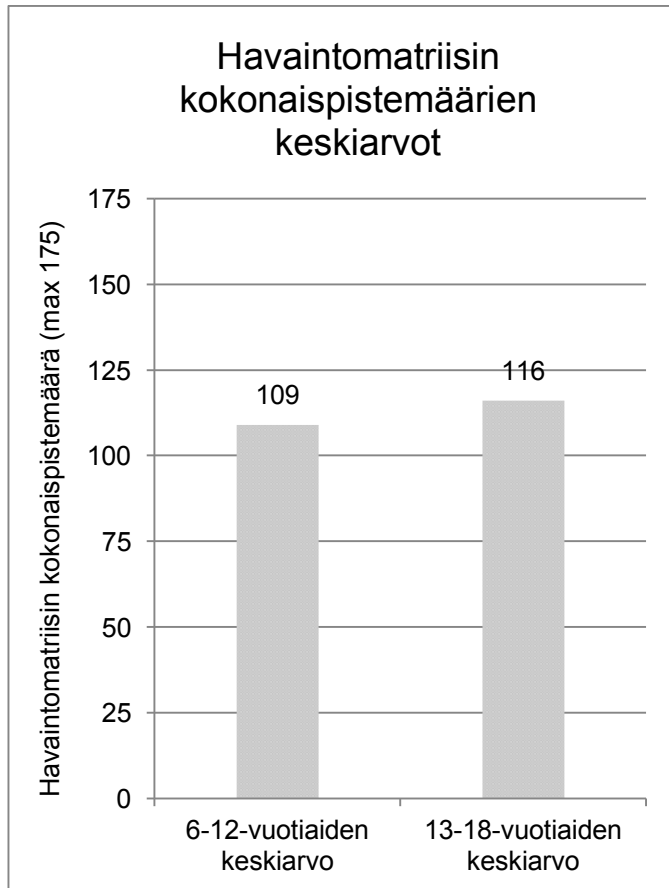
Hoitajan ja potilaan roolit ohjaustilanteessa havaintomatriisin avulla arvioituna on keskiarvolta 3,8. Hoitaja on nuorten ohjaustilanteissa joustava ja hyväksyy potilaat sellaisenaan suurimmassa osassa äänitteistä. Vastaanottokäynnillä ei yleisesti laadita diabeteksen omahoitoon liittyviä tavoitteita. Kahdessa äänit-

teessä hoitaja suosittelee potilaalle diabeteksen omahoitoon liittyviä parannusehdotuksia ja tavoitteita, mutta esimerkiksi toisessa näistä potilas kieltäytyy tavoitteen toteuttamisesta. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa painotetaan yhteisesti asetettujen tavoitteiden merkitystä (Kelo 2013, 7), joita tulisi nuorten potilasohjauksessa korostaa huomattavasti enemmän.

Sosiaalista keskustelua nuorten ohjaustilanteissa käytetään vaihtelevasti. Osassa äänitteistä hoitaja esittää toistuvasti potilaalle kysymyksiä muustakin kuin diabetekseen liittyvistä asioista ja osassa keskustelun sisältö pysyy pitkälti vain diabetesohjauksena. 13-18-vuotiaiden potilasohjauksessa hoitaja kannustaa nuorta ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Tämä tulee äänitteissä esille esimerkiksi siten, että hoitaja rohkaisee potilasta olemaan kiinnostunut omasta sairaudestaan ja aktivoi potilasta ajattelemaan arjessa tehtyjen valintojen vaikutusta diabeteksen hoitotasapainoon. Nuorten ohjaustilanteissa hoitaja ja potilas toimivat toisiaan kunnioittavasti: hoitaja kohtelee potilasta ammatillisesti ja vastaavasti potilaan käyttäytyminen hoitajaa kohtaan vastaanotolla on arvostavaa.

7.3 Iän vaikutus voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen

Voimavaraistumista tukevan keskustelun onnistumista havainnollistamaan on määritelty kokonaispistemääräksi 175 ja havaintomatriisin kokonaispistemäärien keskiarvot on esitetty Kuviossa 1. Lasten ja nuorten kokonaispistemäärien keskiarvot on kuvattu erikseen. Viitearvoja potilasohjauksen onnistumiselle ei ole havaintomatriisissa määritelty.



Kuvio 1. Havaintomatriisin kokonaispistemäärien keskiarvot.

6-12-vuotiaiden lasten kokonaispistemäärien vaihteluväli on 94-129 ja näistä keskiarvoksi saadaan 109. Kokonaispistemäärään vaikuttaa olennaisesti lapsen ikä ja kehitystaso, sillä voimavaraistumista tukevan keskustelun havaintomatriisissa moni arviointikriteeri liittyy potilaan aktiivisuuden arvioimiseen ohjauksen aikana. Havaintomatriisissa arvioidaan potilaan omien ajatusten reflektointia ja oma-aloitteisuutta tuoda esille itselleen tärkeitä asioita. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa keskustelun tarkoitus on olla asiakaslähtöistä, pohjautumalla esimerkiksi potilaan omiin näkemyksiin ja arvioon sairauden kanssa selviytymisestä (Virtanen ym. 2007, 140-146 pohjalta). Lasten äänitteitä pisteytettäessä tämä vaikuttaa heikentävästi, sillä diabeteksen omahoidon toteutumisesta ja sen arvioinnista keskustelu on haastavaa nuorimpien lasten kehitystasoon nähden. Nuorimmille lapsille voi olla haasteellista viedä keskustelua eteenpäin voimavaraistumista tukevan mallin mukaisesti.

Lasten äänitteiden kokonaispistemäärään vaikuttaa heikentävästi työhön valitun näkökulman rajaus: potilaaksi katsotaan aina lapsi, vaikka vastaanottokäynnillä olisi mukana lapsen huoltaja. Näkökulman rajaus näkyy pisteytyksessä heikentävästi, sillä useassa lasten äänitteessä vanhempi on herkästi aktiivinen keskustelemaan potilaan eli lapsen puolesta, vaikka hoitaja kohdentaa kysymykset potilaalle.

13-18-vuotiaiden nuorten kokonaispistemäärien vaihteluväli on 95- 125 ja näistä keskiarvoksi saadaan 116. Nuorten äänitteiden kokonaispistemäärään vaikuttaa selkeästi potilaan aktiivisuus keskustelussa, hoitomotivaatio sekä se, miten aktiivisesti potilas tuo esille itselleen tärkeitä ja ajankohtaisia asioita. Nuorten kokonaispistemäärään nostavasti vaikuttaa se, että hoitaja tarjoaa nuorille selkeästi enemmän vastuuta omasta terveydestään lasten äänitteisiin verrattuna. Nuoruusiässä nuori itsenäistyy vanhemmistaan, minkä myötä vastuu terveydestä ja siihen liittyvistä valinnoista siirtyy nuorelle itselleen. Tämän vuoksi diabetesta sairastavien nuorten potilasohjauksessa tulee tukea nuoren vastuun ottamista terveydestä ja diabeteksen hoidosta. (Ilanne- Parikka ym. 2015, 421.)

Osassa 13-18-vuotiaiden nuorten vastaanottokäynneistä on ollut paikalla myös potilaan vanhempi. Näiden käyntien potilasohjausta on arvioitu samoin kuin lasten äänitteitä, eli nuori on aina potilas, vaikka nuoren vanhempi osallistuisi ohjaustilanteeseen.

7.4 PADAM- työkalupakin vaikutus vastaanottokäynnillä

PADAM- hankkeeseen jatkokehitettyä puheeksi ottamisen työkalupakkia käytetään apuna diabetesta ja astmaa sairastavien lasten voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa. Työkalupakin avulla voidaan käsitellä potilaan ja perheen ruokailutottumuksia ruokakolmion avulla sekä päivärytmiä aktiivisuusympyrän kanssa. Opinnäytetyöhön kuuluvissa äänitteissä työkalupakkia hyödynnetään siten, että potilas täyttää aktiivisuusympyrää kuvakorteilla havainnollistaen päivärytmiään diabeteksen omahoidon kannalta. Työkalupakin avulla voidaan konkretisoida omahoidon kokonaisuus ja nostaa esiin omahoidossa

onnistuneita asioita. Työkalupakin avulla on helpompi huomata myös asiat, jotka omahoidossa vaativat vielä lisähuomiota.

Työkalupakin hyödyllisyyttä voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa voidaan arvioida havaintomatriisin perusteella kolmen aihealueen avulla: Vuoropuhelu/voimavaraistavan keskustelun eteneminen, hoitajan toiminta keskustelussa ja potilaan toiminta keskustelussa. Pakillisilla vastaanottokäynneillä hoitaja tavoittelee potilaan syvällisempää tuntemista ja ymmärtämistä ja keskustelu etenee asiakaslähtöisemmin perinteisiin käynteihin verrattuna. Työkalupakin ollessa vastaanottokäynnillä käytössä, hoitaja tarttuu herkemmin potilaan kertomiin henkilökohtaisiin asioihin, kuten harrastuksiin ja fyysiseen aktiivisuuteen, unen määrään sekä sosiaalisiin suhteisiin. Työkalupakin avulla keskustelu etenee asiakaslähtöisesti, sillä potilas täyttää aktiivisuusympyrää itse sekä samalla kertoo yksinkertaisesti päivästä omahoidon kannalta. Kuvakorttien avulla potilas havainnollistaa verensokerin mittaukset, insuliinin pistämiset, ruokailurytmin sekä fyysisen aktiivisuuden päivän aikana.

Pakillisella vastaanottokäynnillä hoitaja esittää enemmän avoimia kysymyksiä diabeteksen omahoitoon liittyen perinteisiin diabetesvastaanottokäynteihin verrattuna. Aktiivisuusympyrää läpi käytäessä hoitajan on luontevaa esittää avoimia kysymyksiä ja selvittää potilaan näkemyksiä käsiteltävästä asiasta. Työkalupakkia käytettäessä korostuu potilaalle annettu mahdollisuus tuoda ilmi itselle tärkeitä asioita. Pakkia käytettäessä korostuu neuvojen antaminen sekä potilaan rohkaisu. Potilaan täyttäessä aktiivisuusympyrää hoitajan on helppo huomata esimerkiksi liian pitkät ateriavälit ja puuttuvat verensokerimittaukset. Täten hoitaja voi antaa potilaalle välittömästi neuvoja lisähuomiota vaativiin seikkoihin.

Työkalupakin ollessa vastaanottokäynnillä ohjauksessa mukana, potilas on selvästi aktiivisemmin mukana keskustelussa perinteisiin käynteihin verrattuna. Potilaan täyttäessä aktiivisuusympyrää, ohjaus on enemmän voimavaraistumista tukevaa, sillä ohjaus etenee potilaan mukaan. Tällöin potilas kertoo omahoidostaan omin sanoin, eikä ohjaus etene ainoastaan hoitajan esittämien kysymysten johdolla.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyötä tehtäessä on kiinnitetty huomiota yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen sekä huomioitu luotettavuuteen liittyvät seikat. Opinnäytetyössä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2014).

8.1 Eettisyys

Eettisyyden toteutuminen suomalaisissa tutkimuksissa perustuu Helsingin julistukseen (1964). Se on luotu lääketieteellisiin tutkimuksiin, mutta julistus soveltuu myös eettiseksi ohjeeksi hoitotieteen tutkimuksiin. Helsingin julistuksen lisäksi eettisyyttä perustellaan American Nurses Associationin (1995) julkaisun yhdeksällä eettisellä piirteellä.

PADAM- hankkeelle on olemassa Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja osallistuvan organisaation tutkimuslupa. Opinnäytetyön tekoa varten on allekirjoitettu toimeksiantosopimus ja tutkimussopimus, jotka sitouttavat PADAM- hankkeen ehtoihin ja velvoitteisiin. Opinnäytetyön aineiston käsittelyä ja analysointia varten on allekirjoitettu erillinen lupanomus.

Opinnäytetyön aineisto on analysoitu puolueettomasti ja tulosten raportoinnissa on vältetty yleistämistä ja kenenkään loukkaamista. Aineistoa analysoidessa tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin säilyttäminen on otettu huomioon (Kankkunen ym. 2013, 221). Tämä tarkoittaa sitä, että äänitteissä esiintyneet henkilöt, ilmi tulleet nimet tai muut potilasta koskevat asiat pysyvät salassa tutkimuksenprosessin ulkopuolisilta henkilöiltä. Tulokset on käsitelty siten, ettei tutkimukseen osallistuneita henkilöitä voida tunnistaa tulosten perusteella. Aineistoa on käsitelty ja säilytetty salassapitosopimuksen ehtojen mukaisesti ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Opinnäytetyöhön osallistuneet henkilöt ovat iältään 6-18-vuotiaita, eli suuri osa tutkittavista on alaikäisiä. Kansainvälisesti on suositeltua, että tutkimukseen voi osallistua lapset, jotka ovat yli 7-vuotiaita ja kehitystasoonsa nähden pystyvät antamaan suostumuksensa tutkimukseen. Alle 7-vuotiaiden lasten vanhemmat ovat vastuussa lapsen osallistumisesta tutkimukseen. Suomessa tietoisin suostumuksen tutkimukseen voi allekirjoittaa 15-vuotiaana. (Kankkunen ym. 2013, 222.) Tutkimuksessa mukana olevat henkilöt ovat allekirjoittaneet kirjallisen ja tietoisin suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ennen aineiston keräämistä.

Opinnäytetyötä tehtäessä ei ole plagioitu, eli toisen kirjoittamaa tekstiä ei ole lainattu suoraan tai ilman lähdeviitettä. Tulokset on perusteltu havaintomatriisiin kriteereihin perustuen ja tulokset tuodaan opinnäytetyössä ilmi totuudenmukaisesti ja vääristelemättä. Tuloksia ei ole kaunisteltu ja myös negatiiviset tulokset on raportoitu.

8.2 Luotettavuus

Kankkunen ja Vehviläinen- Julkunen (2013,197) mukaan kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa on suurempi riski virhepäätelmiin, mikäli tutkimuksessa on vain yksi tekijä. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää, että työntekijöitä on kaksi ja täten mahdolliset virhepäätelmät ovat helpommin huomattavissa. Opinnäytetyöhön valitut lähteet on käsitelty yhdessä eikä kirjoitusprosessia ole jaettu työntekijöiden kesken. Näin on varmistettu, että opinnäytetyön teksti on yhtenäistä ja totuudenmukaista. Opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa on kuitenkin otettava huomioon työn kirjoittajien kokemattomuus aineiston analysoinnista ja tutkimuksen teosta.

Aineiston käsittelyn luotettavuuteen vaikuttaa se, että opinnäytetyön tekijät analysoivat koko aineiston aluksi erikseen ja tämän jälkeen käsitelivät havaintomatriisin tulokset yhdessä. Koska tarkoituksena oli saada havaintomatriisien kriteereihin yksi yhtenäinen lopputulos, työntekijöiden välillä eroavat tulokset käsiteltiin keskustelemalla ja kuuntelemalla äänitteitä yhdessä uudestaan. Näin

pyrittiin varmistamaan työn tulosten luotettavuutta sekä niiden perustumista äänitteisiin ja havaintomatriisiin.

PADAM- hankkeeseen valitun havaintomatriisin tarkoitus on arvioida voimavaraistumista tukevan keskustelun toteutumista (Virtanen ym. 2007, 140-146 pohjalta). PADAM- hankkeen havaintomatriisin luotettavuutta tulee arvioida kriittisesti, sillä havaintomatriisi perustuu aikuisten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen arviointiin. Havaintomatriisin kriteerit eivät täysin sovellu nuorimpien tutkimukseen osallistuneiden lasten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen arviointiin, sillä lasten käytös ja vuorovaikutustapa potilasohjaustilanteessa ei ole verrattavissa aikuisten toimintaan potilasohjauksessa. Kehitystasonsa vuoksi tutkimuksen nuorimpien osallistujien on haastavaa ohjata keskustelua omilla näkemyksillään, mikä laskee 6-12-vuotiaiden pistemääriä. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa arvioidaan keskustelun potilaslähtöisyyttä ja havaintomatriisin pisteet ovat riippuvaisia potilaan aktiivisuudesta keskustelussa.

Havaintomatriisin kriteereissä on tulkinnanvaraa, mikä saattaa heikentää tulosten luotettavuutta. Kriteereissä on kohtia, jotka voidaan ymmärtää usealla eri tavalla. Kriteerit eivät ole täsmällisiä eivätkä selkeitä ja kriteerin ymmärtämiseksi kohtia oli käytävä läpi useaan otteeseen äänitteen analysoinnin aikana. Opinnäytetyössä havaintomatriisin aihealueiden keskiarvoihin vaikuttaa se, että aihealueissa kriteereitä on eri määrä: esimerkiksi potilaan toimintaa keskustelussa arvioidaan kolmella kriteerillä ja hoitajan toimintaa seitsemällä kriteerillä.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa tutkimukseen osallistuvien määrä on tärkeä huomioida. Laadullisen tutkimuksen teossa olennaista on, kuinka suuri määrä osallistujia tulisi olla riittävän aineiston saamiseksi. Jos aineistoa on tutkimuksessa liian vähän, tulokset saattavat jäädä pintapuolisiksi ja suurpiirteisiksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 110.) Opinnäytetyössä aineistoa eli äänitteitä on yhteensä 16. Tällä määrällä aineistoa ajatellaan olevan mahdollista saada opinnäytetyön tarkoitukseen, eli työkalupakin pilotointiin, riittävän kattavasti tietoa voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumisesta.

Äänitteet ovat ajaltaan riittävän pitkiä, jotta voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta vastaanottokäynneillä on mahdollista arvioida havaintomatriisilla.

Opinnäytetyön tulokset on eritelty lapsiin ja nuoriin luotettavuuden lisäämiseksi. Tulosten raportoinnissa otettiin huomioon osallistuneiden ikä ja kehitystaso, minkä ajateltiin lisäävät tulosten luotettavuutta. Erittely tehtiin siksi, että nuorimpien lasten aktiivisuus ja oma-aloitteisuus potilasohjauksessa ei ole verrattavissa vanhimpiin tutkimukseen osallistuneisiin nuoriin. Opinnäytetyön tuloksia havainnollistamaan on laskettu kokonaispistemäärien keskiarvot sekä kuuden aihealueen keskiarvot. Luvut on pyöristetty yhden desimaalin tarkkuudella, sillä tämän koettiin olevan riittävän havainnollistava kuvaamaan aihealueen onnistumista. Luotettavuuden lisäämiseksi keskiarvojen rinnalla aihealueiden tuloksia on kuvailtu kattavasti, sillä pelkät keskiarvot eivät avaa saatuja tuloksia riittävästi.

Opinnäytetyöhön valitut lähteet on julkaistu kymmenen vuoden sisällä, millä pyritään varmistamaan, että työhön on käytetty mahdollisimman ajantasaista tietoa. Kirjallisuuskatsaukseen lähteitä on haettu luotettavista tietokannoista, esimerkiksi Cinahlista, Medicistä sekä PubMedista. Lähteiden sisältö on rajattu siten, että ne käsittelevät joko lasten ja nuorten tyypin 1 diabetesta, tyypin 2 diabetesta, voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta, diabeteksen omahoitoa tai ravitsemusta. Tiedonhausta on koottu opinnäytetyöhön taulukko Liite 1. tiedonhakupöytäkirja. Opinnäytetyössä on käytetty kansainvälisiä artikkeleita ja tutkimuksia, joita käännettäessä sisältö on pyritty pitämään muuttumattomana. Kirjallisuuskatsaukseen on käytetty lähteinä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta sekä kotimaisia terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja materiaaleja, kuten Käypä Hoito- suosituksia. Monipuolisilla lähteillä on varmistettu opinnäytetyön luotettavuutta.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä diabetesta sairastavien määrä on Suomessa jatkuvassa nousussa (Diabetes: Käypä Hoito-suositus, 2013). Onnistunut omahoito ja sen tukeminen potilasohjauksessa ovat merkittävässä asemassa diabetesta sairastavan elämässä. Hyvällä potilasohjauksella ja omahoidolla ehkäistään diabetekseen liittyvien komplikaatioiden syntyä ja näin vähennetään ylimääräisiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannuksia. Opinnäytetyö on ajankohtainen, koska diabeteksen potilasohjaus tarvitsee lisätutkimuksia paremman omahoidon ja hoitotasapainon saavuttamiseksi.

Opinnäytetyön alussa määritelty tarkoitus oli selvittää diabetesta sairastavien lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen onnistumista käytettäessä PADAM-työkalupakkia osana vastaanottoa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa PADAM- hankkeen työkalupakin hyödyllisyydestä lasten ja nuorten potilasohjauksessa. Opinnäytetyön perusteella PADAM- hankkeen työkalupakilla potilasohjaus onnistuu asiakaslähtöisemmin perinteisiin käynteihin verrattuna ja tukee potilaan voimavaraistumista. Lasten ja nuorten diabeteksen voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta on syytä kuitenkin tutkia ja kehittää lisää. Diabetesta sairastavien lasten potilasohjauksen tulisi olla ikään suhteutettua ja lapsen kehitystasolle sopivaa. Myös nuorten potilasohjaus tarvitsee kehittämistä: potilasohjauksen ja ohjaustavan tulisi kohdata aikuistuvan nuoren ajatusmaailma sekä valmistaa nuorta vähitellen ottamaan vastuuta diabeteksen hoidosta.

Opinnäytetyöhön valittua havaintomatriisia tulisi kehittää tai valita arviointipohjaksi lapsille ja nuorille sopivampi vaihtoehto. Tällä hetkellä tutkimuksessa käytössä oleva havaintomatriisi (Virtanen ym. 2007, 140-146) sopii aikuisten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen arviointiin, mutta lasten ja nuorten arviointiin havaintomatriisi soveltuu heikosti. Kriteereiden tulisi olla analysoijalle selkeämpiä ja täsmällisiä sekä sellaisia, että niiden perusteella on mahdollista arvioida myös pienten lasten voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta. Havaintomatriisissa tulisi myös olla viitearvot potilasohjauksen onnistumiselle, jotka havainnollistaisivat ohjauksen toteutumista.

Tutkimuksen äänitteissä on mukana kaksi sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajien ohjaustyylit ovat keskenään erilaisia ja tämä koettiin luotettavien tulosten kannalta positiiviseksi. Hoitajilla on erilaisia näkökulmia voimavaraistumista tukevaan ohjaukseen ja molemmat pyrkivät vastaanottokäynneillä toimimaan potilaan tarpeet huomioon ottaen. Vastaanottokäynneillä hoitajan tulisi huomioida lapsi tai nuori kokonaisvaltaisesti. Useassa äänitteessä nousee esiin sellaisia asioita, joihin olettaisi hoitajan tarttuvan syvällisemmin tai ohjeistavan asian suhteen enemmän. Esiin tulleet asiat eivät liity diabeteksen ohjaukseen, mutta ovat olennaisia terveyden edistämisen kannalta. Ohjauksessa olisi suositeltavaa huomioida potilaan elämäntilanne myös muulta kuin diabeteksen kannalta. Lisäksi vastaanottokäynneillä ohjaukseen voisi kuulua enemmän toiminnallisuutta, esimerkiksi hoitaja voisi pyytää potilasta näyttämään insuliinin pistämistä. Tällä tavoin hoitaja näkisi, miten potilas toteuttaa omahoitoa ja voisi tarvittaessa ohjeistaa pistostekniikan suhteen.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että PADAM- hankkeen työkalupakista on hyötyä lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa. Työkalupakkia käytettäessä keskustelu on asiakaslähtöisempää verrattuna perinteisiin vastaanottokäynteihin. Työkalupakin avulla potilas ajattelee aktiivisesti omahoitoaan itse ja kertoo omin sanoin arjestaan diabeteksen kanssa. Työkalupakkia käytettäessä hoitaja oppii potilaasta enemmän ja saa konkreettisen käsityksen omahoidon toteutumisesta. Työkalupakki havainnollistaa sekä potilaalle että hoitajalle omahoidossa onnistuneet sekä parannusta vaativat asiat. Vaikka työkalupakki mahdollistaa paremmin potilaan osallistumisen keskusteluun, olisi hoitaja voinut huomauttaa lapsen tai nuoren vanhemmalle liian aktiivisesta ohjaukseen osallistumisesta. Monissa lasten äänitteissä lapsen vanhempi oli paikalla, sekä herkästi osallistui ohjaukseen lapsen puolesta.

Voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta arvioitiin opinnäytetyössä äänitteiden perusteella. Tällöin arviointi perustuu hoitajan ja potilaan äänenpainotuksiin ja sanavalintoihin, jolloin elekieli jää kokonaan arvioinnin ulkopuolelle. Elekielen puuttuminen saattaa vaikuttaa arviointiin siten, että keskustelua ja vuorovaikutustilannetta saatetaan tulkita epätarkoituksenmukaisesti. Toisaalta jos aineis-

ton keruu olisi toteutettu esimerkiksi videoimalla, olisi tutkimuksen aineiston määrä voinut jäädä suppeammaksi, koska aineiston keruu äänittämällä säilyttää tutkittavan anonymiteettiä paremmin kuin videointi.

9.1 Jatkokehittämisideat

Opinnäytetyössä käytettyä puheeksi ottamisen työkalupakkia voisi kehittää esimerkiksi siten, että diabetesta sairastaville lapsille ja nuorille olisi erilliset työkalupakit. Lapsilla voisi kuvakorttien lisäksi havainnollistamisvälineinä olla esimerkiksi verensokerimittarista ja insuliinikynästä pienoismallit. Pelilautaa voisi kehittää siten, että aktiivisuusympyrää sekä ruokapäiväkirjaa olisi mahdollista hyödyntää saman aikaisesti. Äänitteissä pelilaudan ruokakolmio jäi ohjauksessa käyttämättä mahdollisesti siksi, että lähes kaikilla potilailla ruokavalio oli terveellisellä pohjalla. Ruokakolmion tilalle voisi kehittää potilasohjausmenetelmän, jolla ruokapäiväkirjaa olisi mielekkäämpi käydä läpi. Tällöin ruokapäiväkirjasta keskustelu olisi enemmän asiakaslähtöistä sekä syventävää.

Opinnäytetyöhön valittu havaintomatriisi (Virtanen ym. 2007, 140-146 pohjalta) voisi olla jatkokehittämisen kohteena. Havaintomatriisiin tulisi soveltaa arvioimaan nimenomaan lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta ja kriteerien tulisi olla tämän mukaiset. Havaintomatriisissa olisi hyvä olla viitearvot kuvaamaan potilasohjauksen onnistumista. Kriteerien määrä havaintomatriisissa on sopiva, mutta niiden lukumäärää aihealueiden välillä voisi tasoittaa.

Opinnäytetyön aihetta voisi tulevissa opinnäytetöissä soveltaa astmaa sairastavien lasten ja nuorten potilasohjauksen tutkimiseen. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli alun perin käsitellä sekä astmaa että diabetesta sairastavien lasten ja nuorten potilasohjausta, mutta ajan rajallisuuden vuoksi työhön valikoitui ainoastaan diabeteksen potilasohjauksen arviointi. Opinnäytetyön aineistoa olisi hyvä tulevaisuudessa analysoida toisen havaintomatriisin avulla, jolla varmistuisi nykyisen havaintomatriisin soveltuvuus lasten ja nuorten potilasohjauksen arviointiin.

9.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tulosten perusteella voimavaraistumista tukeva potilasohjaus onnistui vaihtelevasti. Äänitteissä potilasohjauksessa ilmeni voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen piirteitä, mutta olennaisia tekijöitä jäi myös uupumaan: esimerkiksi hoitoon liittyviä, hoitajan ja potilaan yhdessä laatimia tavoitteita tulisi asettaa vieläkin enemmän potilaan voimavaraistumisen edistämiseksi. Toisaalta potilasohjaustilanteissa vallitsi positiivinen ja kannustava ilmapiiri sekä hoitaja pyrki tukemaan potilaan voimavaraistumista. Nämä seikat edesauttavat huomattavasti voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että PADAM- työkalupakista on hyötyä lasten ja nuorten voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa. Työkalupakin avulla potilas aktivoituu keskusteluun ja ohjaus on voimavaraistumista tukevampaa. Työkalupakkia käytettäessä potilaan mielipiteet ja ajatukset tulevat paremmin esille sekä hoitajalle mahdollistuu potilaan syvempi tunteminen. Työkalupakin avulla on mahdollista tarttua helpommin omahoidossa onnistuviin sekä parannusta vaativiin tekijöihin. Työkalupakin aktiivisuusympyrä konkretisoi omahoidon kokonaisuuden sekä potilaalle että hoitajalle. Työkalupakki saattaisi palvella potilasohjausta entistäkin paremmin, jos myös ruokapäiväkirjaa olisi mahdollista käydä pelilaudan avulla läpi.

Opinnäytetyöprosessin myötä nousi esille, että työn aineiston analysointiin voisi hyödyntää eri havaintomatriisia, esimerkiksi lapsille ja nuorille suunniteltua analysointikaavaketta. Nykyinen havaintomatriisi soveltuu aikuisten voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen arviointiin, eikä täten sovellu sellaisenaan täysin lasten ja nuorten potilasohjauksen arviointiin. Havaintomatriisin kriteerit painottavat potilaan aktiivista osallistumista ohjaukseen, joka on tutkimuksen nuorimmille osallistujille heidän ikänsä ja kehitystasonsa vuoksi haastavaa.

Opinnäytetyön perusteella voidaan kehittää PADAM- hankkeen työkalupakkia niin, että se toimii diabetesta sairastavien lasten ja nuorten potilasohjauksessa ja terveyden edistämisessä entistä voimavaraistavammin.

LÄHTEET

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-2. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Annan, F. 2013. Physical activity and diabetes – health benefits and management strategies for children and young people. Vol. 17, No 6, 234-238.

Beraki, Å.; Magnuson, A.; Särnblad, S.; Åman, J. & Samuelsson, U. 2014. Increase in physical activity is associated with lower HbA1c levels in children and adolescents with type 1 diabetes: Results from a cross-sectional study based on the Swedish pediatric diabetes quality registry (SWEDIABKIDS). Article 105, 119-125.

Chaney, D. 2012. Structured diabetes education for children and adolescents. Vol 27, No 6, 41-47.

Diabetes. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätauti-lääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Käypä Hoito-suositus. Viitattu 29.9.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=60C8CEE6C243021999D85F478A8AA855?id=hoi50056>

Diabetesliitto. 2006. Lapsen diabetes: Opas perheelle. 4. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Diabetesliitto. Diabetestietoa: Tyyppi 1: Lasten diabetes. Viitattu 29.9.2015. http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/lapsen_diabetes

Drotar, D.; Ittenbach, R.; Rohan, J.; Gupta, R.; Pendley, J. & Delamater, A. 2012. Diabetes management and glycemic control in youth with type 1 diabetes: test of predictive model. Vol 36, 234-245.

Edate, S.; Debono, R. & Prosad Paul, S. 2015. Diabetes in children. 30-35.

Funell, MM. & Weiss, MA. 2008. Patient empowerment: the LIFE approach. Vol 5, No 2, 75-78.

Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, M-T. & Sane, T. 2015. Diabetes. 8., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Juselius, P. 2013. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. Käypä hoito- suositus. Viitattu 20.11.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00796>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelo, M. 2013. Empowering patient education: Development of educational intervention for school-age children with type 1 diabetes and their parents. Helsinki: Unigrafia.

Kelo, M.; Martikainen, M. & Eriksson, E. 2011. Self-care of school-age children with diabetes: An integrative review. Vol 67, No 10, 2096-2108.

Matyka, K. 2014. Children and young people with diabetes: A practical guide for primary care. Vol 16, No 1, 34-43.

O'Reilly-Marshall, A. 2007. Continuing education: Type 1 diabetes nutrition management. Vol 15, Iss 7, 45-46.

Painokas- projekti 2006-2008. Viitattu 15.9.2015.
<http://www.painokas.fi/index.php>

Rintala, T-M.; Kotisaari, S.; Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Spencer, J.; Cooper, H. & Milton, B. 2013. Type 1 diabetes in young people: The impact of social environments on self-management issues from young people's and parents' perspectives. Vol 18, No 1, 22-31.

Tercyak, K.; Beville, K.; Walker, L.; Prahlad, S.; Cogen, F.; Sobel, D. & Streisand, R. 2005. Health attitudes, beliefs and risk behaviors among adolescents and young adults with type 1 diabetes. Vol 34, No 3, 165-180.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Kansantaudit: Diabeteksen yleisyys. Viitattu 25.11.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Virtanen, H. ; Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Review: Empowering discourse in patient education and counselling 66. S. 140-146 pohjalta. Havaintomatriisi.

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S.; Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima.

Wilson, V. 2013. Type 2 diabetes: An epidemic in children. Vol 25, No 2, 14-17.

Winell, K. 2008. Lasten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. Viitattu 25.11.2015.

http://www.diabetes.fi/files/1115/Lapsen_diabeteksen_hoidon_laatu_2008.pdf

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana	Hakusumat	Työhön valittu	Tekijä	Otsikko	Lähdetyyppi	Julkaisu vuosi
Cinah I Complete	Diabetes AND management AND activity	1288	1	Annan, F.	Physical activity and diabetes- health benefits and management strategies for children and young people	Artikkeli	2013
Cinah I Complete	Type 1 diabetes AND adolescents AND activity	126	1	Beraki, Å.; Magnuson, A.; Särnblad, S.; Åman, J. & Samuelsson, U.(SWED IABKIDS)	Increase in physical activity is associated with lower HbA1c levels in children and adolescents with type 1 diabetes: Results from a cross-sectional study based on the Swedish pediatric diabetes quality registry	Poikkileikkaustutkimus	2014

Cinäh I Comp lete	Diabetes AND educati- on AND children	1531	1	Chaney, D.	Structured dia- betes educati- on for children and adoles- cents	Artikkeli	2012
Cinäh I Comp lete	Diabetes AND mana- gement	2281	1	Drotar, D.; Itten- bach, R.; Rohan, J.; Gupta, R.; Pen- dley, J. & Delama- ter, A.	Structured dia- betes educati- on for children and adoles- cents Structu- red diabetes education for children and adolescents	Pitkittäis- tutkimus	2012
Cinäh I Comp lete	Children AND ty- pe 1 dia- betes	5375	1	Edate, S.; Debono, R. & Pro- sad Paul, S.	Diabetes in children	Artikkeli	2015
Cinäh I Comp lete	Empo- werment AND diabetes AND educati- on	325	1	Funnell, MM. & Weiss, MA.	Patient empo- werment: the LIFE approach	Artikkeli	2008
Cinäh I Comp lete	Self-care AND diabetes AND children	502	1	Kelo, M.; Martikai- nen, M. & Eriksson, E.	Self-care of school-age children with diabetes: an integrative re- view	Integroitu kirjallisuus- katsaus	2011

Cinäh I Comp lete	Young people AND children AND diabetes	294	1	Matyka, K.	Children and young people with diabetes: A practical guide for pri- mary care	Artikkeli	2014
Cinäh I Comp lete	Type 1 diabetes AND mana- gement AND nutrition	81	1	O'Reilly- Marshall, M.	Continuing education: Ty- pe 1 diabetes nutrition ma- nagement	Artikkeli	2007
Cinäh I Comp lete	Self- mana- gement AND diabetes type 1 AND young people	24	1	Spencer, J.; Co- oper, H. & Milton, B.	Type 1 diabe- tes in young people: the impact of so- cial environ- ments on self- management issues from young people's and parents' perspectives	Laadullinen tutkimus	2013
Cinäh I Comp lete	Adoles- cents AND promo- ting health AND diabetes	9	1	Tercyak, K.; Bevil- le, K.; Walker, L.; Prah- lad, S.; Cogen, F.; Sobel,	Health attitu- des, beliefs and risk beha- viors among adolescents and young adults with ty- pe 1 diabetes	Laadullinen tutkimus	2005

				D. & Streisand, R.			
Cinahl Complete	Type 2 diabetes AND children	2526	1	Wilson, V.	Type 2 diabetes: An epidemic in children	Artikkeli	2013
Medic	Tyypin 1 diabetes AND lapset	156	0				
Medic	Diabetes AND lapset AND nuoret	47	0				
Medic	Voimavaraistumista tukeva AND potilasohjaus AND diabetes	3	0				
Medic	Tyypin 1 diabetes AND Terveiden edistäminen	71	0				

Pub-Med	Type 1 diabetes children AND adolescents	12839	0				
Pub-Med	Empowering patient education AND type 1 diabetes	8	0				
Pub-Med	Type 1 diabetes AND self care AND adolescents	1477	0				
Pub-Med	Self management AND type 1 diabetes	3971	0				