



## ONNISTU OHJAAJANA

Diabeteshoitajien onnistumiskokemuksia tyypin 2 diabetesta sairastavien potilasohjauksesta

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Hokkanen Henna ja Sutinen Riikka			
Työn nimi Onnistu ohjaajana –diabeteshoitajien onnistumiskokemuksia tyyppin 2 diabetesta sairastavien potilasohjauksesta			
Päiväys	7.1.2016	Sivumäärä/Liitteet	55/9
Ohjaaja(t) Hynynen Marja-Anneli			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savonia-ammattikorkeakoulu ja Kuopion kaupunki			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tyyppin 2 diabetes on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, ja sitä sairastavien määrä lisääntyy jatkuvasti. Potilasohjaus on tärkeä osa tyyppin 2 diabeteksen hoitoa, sillä onnistuneella ohjauksella voidaan muun muassa parantaa potilaan hoitoon sitoutumista ja hoidon tuloksia sekä vähentää hoidon kustannuksia.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mistä tekijöistä koostuu onnistunut tyyppin 2 diabetesta sairastavan potilasohjaus diabeteshoitajan vastaanotolla, mitä ohjausmenetelmiä ja keinoja diabeteshoitajat käyttävät ja mitkä muut tekijät vaikuttavat ohjauksen laatuun. Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla Kuopion kaupungin ja Siilinjärven kunnan diabeteshoitajia (n=5). Ryhmähaastattelussa käytiin läpi diabeteshoitajien onnistumiskokemuksia, ja tavoitteena oli myös jakaa haastattelutilanteessa kokemustietoa haastateltavien kesken. Haastattelut toteutettiin keväällä 2015 ja aineisto käsiteltiin ja raportti kirjoitettiin syksyllä 2015.</p> <p>Tutkimusaineisto käsiteltiin sisällönanalyysejä käyttäen ja tulokseksi saatiin hyvän potilasohjauksen kolme pääteemaa: monipuolinen ohjaaminen, osaava ja omistautuva diabeteshoitaja sekä motivoitumisen prosessi. Aineistossa korostuivat hyvät vuorovaikutustaidot, asiakaslähtöisyys ja motivaation merkitys. Saatujen tulosten avulla voidaan kehittää tyyppin 2 diabetesta sairastavien ohjausta niin diabeteshoitajien vastaanotoilla kuin muuallakin terveydenhuollossa.</p>			
Avainsanat Tyyppin 2 diabetes, diabeteshoitaja, potilasohjaus			

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme of Nursing	
Author(s) Hokkanen Henna and Sutinen Riikka	
Title of Thesis Succeed as a counselor –the success experiences of diabetes nurses on counseling type 2 diabetes patient	
Date 7.1.2016	Pages/Appendices 55/9
Supervisor(s) Hynynen Marja-Anneli	
Client Organisation /Partners Savonia University of Applied Sciences and City of Kuopio	
<p>Abstract</p> <p>Type 2 diabetes is a significant public health issue, and its incidence increases constantly. Patient counseling is an important part of type 2 diabetes care. Successful counseling can improve the patient's commitment to self-care, improve following outcomes and decrease costs.</p> <p>The purpose of this thesis was to research which components contribute to a successful type 2 diabetes patient counseling at a diabetes nurses' reception, what counseling methods diabetes nurses use and what other factors have an impact on the quality of patient counseling. The thesis was carried out by interviewing the diabetes nurses of Kuopio and Siilinjärvi (n=5). Diabetes nurses' experiences on successful patient counseling situations were processed in a group interview. A secondary objective in the group interview was to distribute experiences amongst peers. The group interviews were conducted during the spring of 2015 and the material was processed in the following autumn.</p> <p>The research material was processed by utilizing the content analysis which yielded three prime components of successful patient counseling. These components were: diverse counseling, proficiency and dedication of a diabetes nurse and the process of motivation. A distinct emphasis on good interaction skills, patient-oriented approach and a significance of motivation can be observed from the material. The obtained results can be used to refine counseling of patients with type 2 diabetes both in general healthcare and in the reception of a diabetes nurse.</p>	
<p>Keywords Type 2 diabetes, diabetes nurse, patient counseling</p>	

## SISÄLTÖ

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	5
2	TYYPIN 2 DIABETES .....	7
2.1	Esiintyvyys ja kustannukset .....	7
2.2	Riskitekijät.....	8
2.3	Hoito.....	9
3	DIABETESHOITAJA DIABETESHOITOTYÖN ERITYISASIAANTUNTIJANA .....	12
4	POTILASOHJAUS .....	13
4.1	Hyvän ohjauksen piirteitä .....	13
4.2	Ohjausmenetelmät.....	15
4.3	Ohjauksen merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa .....	18
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	21
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	22
6.1	Menetelmän valinta .....	22
6.2	Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	23
6.3	Analysointi.....	24
6.4	Eettisyys ja luotettavuus.....	25
7	TULOKSET .....	28
7.1	Monipuolinen ohjaaminen.....	28
7.2	Osaava ja omistautuva diabeteshoitaja.....	31
7.3	Motivoitumisen prosessi .....	33
8	POHDINTA.....	36
8.1	Tulosten tarkastelu .....	36
8.2	Ammatillinen kasvu .....	39
8.3	Opinnäytetyön jatkotutkimusideat .....	39
	LÄHTEET .....	40
	LIITE 1: HAASTATTELURUNKO .....	47
	LIITE 2: TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE .....	48
	LIITE 3: TAUSTATIETOLOMAKE.....	49
	LIITE 4: AINEISTON KÄSITTELY .....	50

## 1 JOHDANTO

Tyyppin 2 diabetes on sairaus, jossa elimistön glukoosiaineenvaihdunta on häiriintynyt, koska insuliinin vaikutus on heikentynyt tai sitä ei erity riittävästi (Mustajoki 2015a). Se on merkittävä terveysuhka kaikkialla maailmassa, sillä suurin osa maailman 387 miljoonasta diabetesta sairastavasta sairastaa tyyppin 2 diabetesta ja määrä kasvaa jatkuvasti (IDF 2015a ja IDF 2014). Suomessa tyyppin 2 diabetesta sairastavia arvioidaan olevan jopa 500 000, joista puolen arvioidaan sairastavan tietämättään (THL 2014a ja YTHS 2015).

Tyyppin 2 diabetes kehittyy vuosien kuluessa ja sen tärkeimpiä riskitekijöitä ovat epäterveelliset elintavat kuten ylipaino, erityisesti vyötärölihavuus, ja liikkumattomuus. Myös perintötekijät vaikuttavat taudin puhkeamiseen. Ennaltaehkäisevällä hoidolla ja elintapojen muutoksella voidaan viivyttää sairauden puhkeamista tai jopa estää se kokonaan. (Mustajoki 2015a, THL 2014b ja Tuomilehto, Eriksson ja Lindström 2003.) Niillä voidaan vaikuttaa myös liitännäissairauksien, esimerkiksi diabeettisen nefropatian eli munuaissairauden tai retinopatian eli silmän verkkokalvon sairauden syntymiseen, joiden hoito moninkertaistaa hoitokustannukset (Koski 2010, 13 ja 27, Jarvala, Raitanen ja Rissanen 2010, 18 ja THL 2014c).

Tyyppin 2 diabeteksen hyvän hoidon lähtökohtana on omahoito: elintapojen muutos ja verensokerin omaseuranta sekä mahdollisen lääkehoidon toteuttaminen. Onnistuneeseen omahoitoon ja siihen sitoutumiseen asiakas tarvitsee ammattilaisen tukea ja ohjausta. Useissa kunnissa diabeteshoitaja vastaa diabetesdiagnoosin saaneiden potilasohjauksesta ja omahoidon seurannasta. Nykyiset resurssit, osaaminen ja menetelmät eivät kuitenkaan vastaa diabetesta sairastavien hoidon ja tuen tarpeisiin. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelmassa korostetaan, että potilasohjaus kuuluu kaikille diabetesta sairastavien hoitoon osallistuville terveydenhuollon ammattilaisille. (Käypä hoito 2013, Rintala ym. 2006, 6–7 ja Diabetesliitto 2015a.)

Potilasohjauksen on tutkitusti todettu vaikuttavan moniin tyyppin 2 diabeteksen ja sen hoidon osatekijöihin positiivisesti. Tehostetun elintapaohjauksen on todettu vähentävän niitä diabeteksen riskitekijöitä, joihin voi itse vaikuttaa. Vaikutuksen on todettu kestävän vuosia ohjauksen päättymisen jälkeen (Lindström 2013, Käypä hoito 2013). Hyvän potilasohjauksen on todettu parantavan hoidon tuloksia esimerkiksi parantamalla verensokeritasapainoa sekä vähentämällä komplikaatioita. Lisäksi se lisää muun muassa omahoitoon sitoutumista, hoitoon liittyvän tiedon ymmärtämistä sekä tyytyväisyyttä hoitoon. Potilaslähtöinen ohjaus myös parantaa ohjattavan ja ammattilaisen välistä kommunikaatiota ja potilaan henkistä hyvinvointia. (Lipponen 2014, 18, Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006, 1, Ilanne-Parikka 2011a, 10–11, Funnell ja Anderson 2004 ja Powers ym. 2015.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mistä tekijöistä koostuu onnistunut tyyppin 2 diabetesta sairastavien potilasohjaus diabeteshoitajien vastaanotolla. Työn avulla kartoitetaan, mitä ohjausmenetelmiä ja keinoja diabeteshoitajat käyttävät, ja mitkä muut tekijät vaikuttavat ohjauksen

laatuun. Tavoitteena on käsitellä diabeteshoitajien omia onnistumiskokemuksia ja lisäksi he voivat ryhmähaastattelussa jakaa kokemustietoa toistensa kanssa.

Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää tyyppin 2 diabetesta sairastavien ohjausta, ja saatuja tuloksia voidaan hyödyntää laajemmin terveydenhuollon eri yksiköissä. Tutkimuksen myötä muut työssään tyyppin 2 diabetesta sairastavia tai sen riskiryhmään kuuluvia kohtaavat terveysalan ammattilaiset voivat hyödyntää haastatteluista saatua kokemustietoa ja ohjausosaamista ohjaustilanteissa.

## 2 TYYPIN 2 DIABETES

Diabetes on yläkäsitemuotoja sairauksille, joissa glukoosiaineenvaihdunta on häiriintynyt ja sen seurauksena veren plasman glukoosipitoisuus eli verensokeri on pysyvästi koholla. Glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt voivat johtua joko haiman insuliinia tuottavien solujen vaurioitumisesta tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta. Diabeteksestä on olemassa erilaisia muotoja, joista yleisimmät ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Tyypin 1 diabeteksessa insuliinia tuottavat solut tuhoutuvat, kun taas tyypin 2 diabeteksessa on tyypillistä, että jo vuosia ennen diabeteksen diagnosoimista solujen kyky hyödyntää veressä olevaa sokeria insuliinin avulla on heikentynyt, eli henkilölle on kehittynyt insuliiniresistenssi. Insuliiniresistenssin takia haima joutuu tuottamaan enemmän insuliinia estääkseen verensokeria nousemasta, ja lopulta haiman solujen kyky tuottaa insuliinia heikkenee ja diabetes puhkeaa. (Mustajoki 2015a.)

Normaali verensokeri terveellä ihmisellä on 4,0 – 6,0 mmol/l (Eskelinen 2012). Diabetesdiagnoosi voidaan tehdä, kun henkilön paastoverensokeriarvo on 7,0 mmol/l tai enemmän. Diabetes voidaan todeta myös sokerirasituskokeella. Rasituskokeessa tutkittava nauttii 75 grammaa glukoosia, ja jos verensokeriarvo on kaksi tuntia nauttimisen jälkeen yli 11 mmol/l, hänellä on diabetes. Kolmas tapa diagnosoida tai ennustaa puhkeava diabetes on veren HbA1c -arvo, eli sokerihemoglobiini, joka osoittaa suuntaa antavasti verensokerin keskiarvoa pidemmällä aikavälillä. Diabeteksen diagnosoimiseksi HbA1c täytyy olla kahdella mittauskerralla 6,5 % eli 48 mmol/mol tai enemmän. (Mustajoki 2015a.)

### 2.1 Esiintyvyys ja kustannukset

Diabetes on merkittävä maailmanlaajuinen terveysongelma; vuonna 2014 kansainvälisen diabetesliiton mukaan 387 miljoonaa ihmistä sairasti diabetesta, ja vuoteen 2035 mennessä määrän arvioidaan kasvavan jo 592 miljoonaan. Tämän lisäksi yli 316 miljoonalla on heikentynyt glukoosinsietokyky. Tyypin 2 diabetesta sairastavien määrä lisääntyy koko ajan kaikissa maissa ja tyypin 2 diabeteksen arvioitu osuus kaikista diabetestapauksista on jopa yli 90 %. (Hirst 2013, IDF 2014 ja IDF 2015a.)

Suomessa tyypin 2 diabetesta sairastavia arvioidaan olevan 375 000 – 400 000 (Mustajoki 2015a). Suomen diabetesliiton mukaan joka vuosi noin 25 000 suomalaisella todetaan tyypin 2 diabetes. Suurin osa sairastuvista on yli 15-vuotiaita, mutta myös lapset ja nuoret voivat sairastua. (Diabetesliitto 2015b.)

Diabetessairaudet ovat myös merkittävä rasite kansantaloudelle: vuonna 2007 Suomen terveydenhuollon kustannuksista 8,9 % eli 1304 miljoonaa euroa kului diabeteksen hoitoon, ja vuonna 2013 julkaistun diabeteksen käypä hoito -suosituksen osuus terveydenhuollon menoista oli jo 15 % (Jarvala ym. 2010, 7, Kansallinen diabetesfoorumi 2013 ja Käypä hoito 2013). Kustannukset kasvavat liittämissairauksien myötä, sillä tutkimusten mukaan niiden hoito 4,4-kertaistaa diabeteksen hoitokustannukset tyypin 2 diabetesta sairastavilla (Koski 2010, 56). Terveydenhuollon

palvelujen lisäksi kustannuksia muodostuu välillisesti tuottavuuskustannuksista: sairauslomista, ennenaikaisista eläkkeelle siirtymisestä ja ennenaikaisista kuolemista, yhteensä noin 1333 miljoonaa euroa vuonna 2007 (Jarvala ym. 2010, 7).

## 2.2 Riskitekijät

Tyyppin 2 diabeteksella on sekä geeneihin että elintapoihin liittyviä riskitekijöitä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan merkittävimmät riskitekijät ovat ylipaino ja keskivartalolihavuus, inaktiivisuus, veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja raskausdiabetes. (THL 2014d ja Lehtinen 2012.)

### **Perimä**

Tyyppin 2 diabetekseen puhkeamiseen vaikuttavat monet ympäristö- ja perintötekijät, joten yksittäisen geenin suoraa yhteyttä sairastumiseen ei voida osoittaa. Kuitenkin on olemassa kymmeniä eri geenimuotoja, jotka vaikuttavat haiman insuliinintuottokykyyn. On arvioitu, että jopa joka kolmannella suomalaisella on perinnöllinen taipumus sairastua tyyppin 2 diabetekseen. (Lehtinen 2012 ja THL 2014d.) Jos molemmilla vanhemmilla on tyyppin 2 diabetes, lapsen riski sairastua on noin 70 %. Jos vain toinen vanhemmista sairastaa, lapsen sairastumisriski on 40 %, mutta äidin puolelta perittyinä vähän suurempi kuin isän puolelta. (Saraheimo ja Kangas 2006, 17, Manneri 2007 ja Manneri 2011.) Geenit voivat vaikuttaa muun muassa haiman insuliinineritykseen, kudoksissa tapahtuvaan insuliinin toimintaan sekä lihavuuteen vaikuttaviin perintötekijöihin (Saraheimo ja Ilanne-Parikka 2006, 27). Perintötekijät voivat vaikuttaa sairastumisen lisäksi riskiin saada tiettyjä diabeteksen liitännäissairauksia, esimerkiksi diabeettisen nefropatian, joka vaikuttaa munuaisten toimintaan (Manneri 2007).

### **Ylipaino ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt**

Ylipaino ja keskivartalolihavuus nostavat merkittävästi sairastumisriskiä: 15 kilogrammaa ylipainoa omaavalla keski-ikäisellä on jopa 10–20 -kertainen riski sairastua (Mustajoki 2015a). Ylipaino lisää myös geeneistä johtuvaa sairastumisriskiä, sillä ylipainoisella pienetkin haiman insuliinintuotannon häiriöt voivat aiheuttaa tyyppin 2 diabeteksen (Manneri 2011). Keskivartalolihavuus on merkittävä riskitekijä, jos rasva kertyy vatsaonteloon ja sisäelimiin, eli syntyy niin sanottua viskeraalista rasvaa. Viskeraalisen rasvan solut saavat aikaan tulehdusreaktioita ja rasittavat maksan aineenvaihduntaa, jonka seurauksena maksan toiminta häiriintyy. Ihonalainen rasva ei vaikuta sairastumisriskiin samalla tavalla, sillä sellaiset rasvasolut ovat vähemmän aktiivisia eivätkä siten aiheuta samanlaisia reaktioita. (Mustajoki 2015b.) Rasvoittunut maksa alkaa tuottaa enemmän sokeria ja rasvoja, mikä taas vaikuttaa haiman insuliinintuotantoon lisääntymiseen. Jos tilanne jatkuu, lopulta insuliini ei riitä kompensoimaan maksan toimintaa ja syntyy insuliiniresistenssi, joka voi johtaa tyyppin 2 diabetekseen. (Ruukki 2003 ja Mehto 2012.)



### **Fyysinen inaktiivisuus**

Kestävyystyypin liikunnan harrastaminen päivittäin puolen tunnin ajan voi ehkäistä tyypin 2 diabetesta. Liikunta ehkäisee sairastumista myös perinnöllisen alttiuden ja korkean sairastumisriskin omaavilla henkilöillä. On todettu, että fyysisesti inaktiivisilla esiintyy tyypin 2 diabetesta 1,5–2 kertaa enemmän kuin liikkuvilla ihmisillä. (Uusitupa 2009.) Liikunta paitsi auttaa pudottamaan painoa ja ylläpitämään sitä, vaikuttaa myös moniin diabetesriskiä kasvattaviin tai sairautta pahentaviin muihin tekijöihin. Riittävä liikunta alentaa verenpainetta, madaltaa sykettä, lisää kudosten insuliiniherkkyyttä ja parantaa kehon koostumusta. (IDF 2015b.) Liian vähäinen liikunnan määrä vaikuttaa insuliiniherkkyyteen heikentävästi ja hidastaa rasvojen palamista, mitkä voivat altistaa painonnousulle sekä metabolisen oireyhtymän kehittymiselle (Niskanen 2006, 155–156). Metabolisessa oireyhtymässä henkilöllä on vyötärölihavuuden lisäksi muita terveystekijöitä kuten kohonnut verenpaine, suurentuneet veren rasva-arvot, pienentynyt HDL-kolesterolipitoisuus tai häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta. Metabolisen oireyhtymän diagnosoimiseksi henkilöllä täytyy olla vähintään kaksi äskeisistä riskitekijöistä vyötärölihavuuden lisäksi. Oireyhtymä lisää merkittävästi erilaisten sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Mustajoki 2014.)

## 2.3 Hoito

Diabeteksen hoidossa päällimmäisinä tavoitteina on diabetesta sairastavan hyvän elämänlaadun takaaminen ja mahdollisten komplikaatioiden ehkäisy (Eriksson 2014, 3). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että verensokeri pyritään saamaan mahdollisimman lähelle normaalia. Keinoina käytetään elämäntapaohjausta sekä mahdollisesti lääke- ja insuliinihoitoa. (Mustajoki 2015c.) Hoito perustuu potilaan omaan aktiivisuuteen, ja perustana ovatkin riittävän tiedon ja taidon hankinta sekä verensokerin, verenpaineen ja painon omaseuranta yhdistettynä säännöllisiin käynteihin omassa hoitoyksikössä (Ilanne-Parikka, Rönnemaa ja Saha 2011, 216).

Hoidon kulmakiviä tyypin 2 diabeteksessa ovat painonhallinta, hyvät ruokailutottumukset sekä liikunta ja aktiivisuuden lisääminen arjessa. Terveelliset elämäntavat ja lääkehoito täydentävät toisiaan. Esimerkiksi laihduttamisen epäonnistuessa joudutaan käyttämään enemmän lääkkeitä aineenvaihdunnan häiriöiden kuriin saamiseksi ja vastaavasti laihduttamisen onnistuessa verensokeri voi olla täysin normaali ilman lääkehoitoakin. (Mustajoki 2015c ja Ilanne-Parikka 2011b, 220.)

### **Painonhallinta ja liikunta**

Keskivartalolihavuus on yksi merkittävimmistä tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen liittyvistä riskitekijöistä, joten laihduttaminen ja painonhallinta ovat hyvän hoidon lähtökohta. Kun laihduttaessa vähennetään ruuan kokonaismäärää, pienennetään kokonaisenergiämäärää ja lisätään kasviksia ruokavalioon, sekä lisätään liikuntaa, rasvaa lähtee suhteellisesti enemmän vatsaontelosta kuin ihon alta. (Mustajoki 2015c.) Jo 5–10 % laihduttaminen parantaa niin verensokeriarvoja kuin veren rasva-arvoja ja laskee lisäksi verenpainetta (Mustajoki 2015c ja Ilanne-Parikka 2011b, 220).

Liikunnasta on hyötyä diabetesta sairastavalle laihduttamisen ja painonhallinnan lisäksi. Liikunta parantaa sokeriaineenvaihduntaa ilman laihtumistakin, koska solujen insuliiniherkkyys lisääntyy ja vatsaontelossa oleva rasva vähenee liikunnan avulla. Diabeteksen hoidossa lähtökohtana on terveystoiminta, joka tarkoittaa vähintään puolen tunnin kävelyä vastaavaa liikuntaa useana päivänä viikossa. Liikuntamuodolla ei ole niinkään väliä, sillä kaikki liikunta on hyväksi, ja lajin sijaan tärkeää onkin liikunnan säännöllisyys. Hoidossa kannattaa kiinnittää huomiota myös arkiliikuntaan, eli monipuoliseen liikkumiseen päivän aikana esimerkiksi kotitöitä tehden tai työmatkaa kulkiessa. Arkiliikuntaa mitataan askelilla ja suositeltu määrä on 10 000 askelta päivässä. (Mustajoki 2015c.)

Kestävyysliikunnan ohella nykyään suositellaan myös voimaharjoittelua, koska se parantaa sokeritasapainoa lihassolujen aktivoitumisen ja lihasmassan kasvun myötä. Aineenvaihdunta vilkastuu, jolloin glukoosi siirtyy verestä lihaksiin. Lihasmassan määrä vaikuttaa myös siihen, kuinka paljon energiaa elimistö käyttää lepotilassa. Lihaksisto onkin haiman jälkeen toiseksi tärkein sokeritasapainoon vaikuttava elin. (Lahti 2010.)

### **Ruokavalio**

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota ruokailutottumuksiin ja muuttaa niitä tarvittaessa siten, että verensokeriarvot laskevat mahdollisimman normaalille tasolle (Mustajoki 2015c). Diabetesta sairastaville pätevät nykyään lähestulkoon samat ruokavaliosuositukset kuin muullekin väestölle. Tärkeää olisi syödä niin, että energiansaanti olisi sopivalla tasolla suhteutettuna kulutukseen ja painotavoitteeseen. (Heinonen 2011, 122.) Energiansaannin lisäksi on kiinnitettävä huomiota säännölliseen ateriarytmiin. Säännöllinen ateriarytmi pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisena sekä hillitsee näläntunnetta ja helpottaa siten painonhallintaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 24.)

Ravitsemussuositusten mukaisen ruokavalion perustana ovat kasvikset, marjat ja hedelmät. Niitä tulisi syödä noin puoli kilogrammaa päivässä. Ne sisältävät välttämättömiä vitamiineja ja kivennäisaineita sekä kuitua ja muita hyödyllisiä yhdisteitä. Tutkimuksissa on myös saatu viitteitä siitä, että kasvipohjaisella ruokavaliolla on kroonisilta sairauksilta suojaava vaikutus. Viljavalmisteita tulisi myös nauttia päivittäin, naisilla suositeltu määrä on 6 annosta ja miehillä 9 annosta. Tästä määrästä vähintään puolet pitäisi olla täysjyvävalmisteita. Yksi annos tarkoittaa esimerkiksi yhtä desilitraa pastaa tai leipäviipaleita. Perunaa suositellaan käytettävän kohtuullisesti.

Päivittäisessä ruokavaliossa tulisi olla nestemäisiä maitovalmisteita 5–6 desilitraa ja lisäksi 2–3 viipaleita juustoa, sillä maitovalmisteet ovat hyviä kalsiumin, proteiinin, jodin ja vitamiinien lähteitä. Suosituksena on käyttää rasvattomia tai vähärasvaisia valmisteita. Lihavalmisteita ja punaista lihaa tulisi syödä korkeintaan 500 grammaa viikossa ja kananmunia 2–3 kappaletta. Kalaa suositellaan syötäväksi 2–3 kertaa viikossa 100–150 grammaa kerrallaan. Punaista lihaa suositeltavampaa on syödä siipikarjan lihaa, koska se on vähärasvaisempaa, ja rasva on laadultaan parempaa kuin esimerkiksi naudanlihassa.

Ravintorasvoina suositellaan käytettäväksi kasviöljyjä ja niistä tehtyjä, vähintään 60 % rasvaa sisältäviä levitteitä, koska ne ovat hyviä tyydyttymättömän rasvan ja E-vitamiinin lähteitä. Lisäksi pähkinöitä, manteleita ja siemeniä suositellaan syötäväksi 200–250 grammaa viikossa, koska myös ne ovat hyviä tyydyttymättömän rasvan lähteitä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21–23.)

Täysin sokerittomiin tuotteisiin diabetesta sairastavan ei tarvitse siirtyä, mutta sokeripitoisia virvoitusjuomia ja tuoremehuja on syytä välttää, koska ne sisältävät runsaasti kaloreita ja nostavat verensokeria äkillisesti (Mustajoki 2015c). Juomiksi suositellaan maitoa, piimää ja vettä (Heinonen, 2011, 122).

### **Lääke- ja insuliinihoito**

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa tarvitaan lääkehoitoa, jos elämäntavoilla eli ruokavaliolla, liikunnalla ja laihduttamisella ei saada aikaan riittävää verensokeriarvojen alenemista (Mustajoki 2015c).

Lääkevalmiste valitaan aina yksilöllisesti jokaisen oman tarpeen mukaan; joko sen mukaan pyritäänkö lääkehoidolla insuliiniresistenssin vai insuliinin heikentyneen erityksen hoitamiseen.

Lääkehoidossa huomioitavia tekijöitä ovat muun muassa ylipaino, ikä, suurentuneiden verensokeriarvojen esiintymisajankohta, verensokerin liiallisen laskun taipumus, lääkkeiden haittavaikutukset ja munuaisten toiminta. Moni diabetesta sairastava tarvitsee kuitenkin samaan aikaan useita eri vaikutusmekanismilla toimivia lääkevalmisteita. (Ilanne-Parikka 2011b, 224.)

Eri vaikutusmekanismiin perustuvia diabeteslääkkeitä on useita. Ensisijainen lääke tyypin 2 diabeteksen hoidossa on metformiini, joka vähentää maksan sokerituotantoa. Hiilihydraattien imeytymistä puolestaan pystytään vähentämään käyttämällä guarkumikuitua. Haiman insuliinieritystä lisäämään käytetään suolistohormonien eli inkretiinien vaikutusta voimistavia lääkevalmisteita sekä sulfonyyliureoita. Lihasten ja rasvakudoksen insuliiniherkyyttä lisääviä valmisteita eli insuliiniherkisteitä ovat glitasonit. Akarboosia käytetään estämään hiilihydraattien pilkkoutumisessa tarvittavan entsyymien toimintaa ohutsuolessa, jolloin verensokerin nousu aterian yhteydessä pienenee. (Ilanne-Parikka 2011b, 224–225 ja 229.)

Tyypin 2 diabeteksen luonteeseen kuuluu, että haiman insuliinia tuottavien solujen toiminta heikkenee ja henkilön insuliinierityskyky ehtyy ajan mittaan. Hoidossa joudutaan turvautumaan insuliinin käyttöön siinä vaiheessa, jos elämäntavoilla ja muulla lääkityksellä ei saada verensokeriarvoja halutulle tasolle. Insuliinihoitoa saatetaan tarvita joskus myös tilapäisesti, esimerkiksi infektion tai muun stressitilan kuten leikkauksen yhteydessä. (Mustajoki 2015c, Ilanne-Parikka 2011b, 236.) Samoin kuin muukin lääkehoito, myös insuliinihoito arvioidaan aina yksilöllisesti. Yleensä insuliinihoito aloitetaan kuitenkin yhdellä pitkävaikutteisella insuliinipistoksella yhdistettynä tablettihoitoon. Jos tämä malli ei riitä pitämään verensokeria halutulla tasolla, on siirryttävä monipistoshoitoon. (Mustajoki 2015c ja Ilanne-Parikka 2011b, 236 ja 241.)

### 3 DIABETESHOITAJA DIABETESHOITOTYÖN ERITYISASIAANTUNTIJANA

Diabetesta sairastavien hoitoon ja hoidonohjaukseen keskittyneitä sairaanhoitajia on ollut Suomen sairaaloissa jo 1980-luvulta lähtien (Simonen 2012, 37). Suomessa ei kuitenkaan ole olemassa virallista määritelmää sille, kuka saa käyttää diabeteshoitaja-nimikettä, vaan kuka tahansa terveydenhuollon esimies voi nimetä hoitotyöntekijän diabeteshoitajaksi (Rintala ym. 2006, 6). Vuonna 2009 Suomen sairaanhoitajaliitto alkoi myöntää kliinisen hoitotyön erityispätevyyttä diabeteshoitotyön asiantuntijoille. Erityispätevyyden kriteerit ovat tiukat, sillä hakijalta vaaditaan yhteensä yli 200 opintopisteen verran tiedollista, taidollista sekä yhteistoiminta- ja kehittämisosaaamista. Hakijan täytyy olla myös sairaanhoitajaliiton jäsen, mikä rajoittaa erityispätevyyden hakijoiden määrää. (Simonen 2012, 37.)

Diabeteshoitajat ry. on luonut kriteerit nimikkeen käyttämiselle erityispätevyyden saamisen vaatavuuden vuoksi. Kriteereissä määritellään diabeteshoitajan perus- ja täydennyskoulutus, työkokemus ja työnkuva. Peruskoulutukseltaan diabeteshoitajan tulee olla sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö, ja hänen tulee olla lisäksi tehnyt jatko-opintoja diabeteshoitotyöstä. Jatko-opintovaihtoehtoja on useita, ja niitä järjestävät esimerkiksi ammattikorkeakoulut, Euroopan diabeteshoitajien järjestö sekä Diabetesliitto. Diabeteshoitajan täytyy osallistua vuosittain kahteen täydennyskoulutukseen, joista yhden kolmen vuoden välein tulisi olla valtakunnallinen koulutus. (Simonen 2012, 37–38 .)

Diabeteshoitajan tulisi käyttää viikossa vähintään 11,5 tuntia työaika diabeteshoitotyöhön. Nimikkeen käyttöön oikeuttava määrä työkokemusta riippuu siitä, kuinka suuri osa hoitajan työajasta kuluu diabeteshoitotyöhön. Työajastaan 30–50 % diabeteshoitotyöhön käyttävältä hoitajalta vaaditaan kolme vuotta työkokemusta, 50–75 % käyttävältä kaksi vuotta ja 75–100 % käyttävältä vuosi. Diabeteshoitajien yhdistys on lisäksi määritellyt yhdeksän diabeteshoitotyön osa-alueita, joista ainakin viiden tulisi sisältyä diabeteshoitajan työnkuvaan. Näihin osa-alueisiin sisältyvät suoranaisesti diabeteksen hoitoon liittyvät tehtävät kuten hoito, hoidon seuranta, tukeminen, hoidonohjaus sekä lisäsairauksien ehkäisy. Ehkäisevään työhön kuuluu puolestaan diabeteksen ehkäisy, esimerkiksi riskiryhmien seuranta sekä tarvittaessa seulonta. Koulutus- ja ohjaustyöhön kuuluvat terveydenhuollon ammattilaisten sekä sidosryhmien (esimerkiksi asiakkaiden perheenjäsenten) koulutus ja ohjaus. Tutkivaa diabeteshoitotyötä puolestaan on tutkimushoitajan ja tutkijan tehtävät sekä hoidon kehittämistehtävät. Lisäksi diabeteshoitajan työnkuvaan voi sisältyä oppilaitosyhteistyötä, esimerkiksi luennointia tai opiskelijan ohjaajana toimimista sekä yhteistyötä diabetesliiton ja paikallisten diabetesyhdistysten kanssa. (Simonen 2012, 37–39.)

Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämissuunnitelman (Dehkon) suosituksen mukaan jokaisessa diabetesta sairastavia hoitavassa erikoissairaanhoidon yksikössä tulisi olla diabetestiimi, johon kuuluu diabeteshoitaja. Lisäksi perusterveydenhuollossa tulisi olla yksi diabeteshoitaja 300–400 sairastavaa kohden. Tämä suositus ei kuitenkaan toteudu käytännössä, sillä ainakin vuoden 2006 tilastojen mukaan diabeteshoitaja-nimikkeellä Suomessa toimi 188 päätoimista ja 424 osapäiväistä hoitotyöntekijää. (Rintala ym. 2006, 6.)

## 4 POTILASOHJAUS

Ohjaus -käsite voidaan määritellä eri tavoin sen mukaan mitä osatekijää ohjauksessa korostetaan. Kaikissa nykyisissä ohjauksen määritelmässä korostuu ohjauksen vuorovaikutuksellisuus ja ohjattavan aktiivinen rooli. Ohjaukseen sisältyy tiedon antamista ja ohjattavan tukemista. Terveystieteiden tutkimuksessa annettavan ohjauksen tavoitteena on, että asiakas hoitaa itseään mahdollisimman hyvin. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen ja Mäkelä 2011, 16–17 ja Eloranta ja Virkki 2011, 19–20.) Ohjauksen synonyymeina usein pidetään esimerkiksi opettamista ja tiedon antamista (Lipponen 2014, 17). Näissä määritelmässä korostuu asiakkaan passiivinen rooli ja hoitajan asiantuntemus, vaikka tavoitteena on, että ohjaus edistää asiakkaan kykyä ratkaista ongelmia ja parantaa elämänlaatuaan haluamallaan tavalla (Kyngäs ym. 2007, 25).

Terveystieteiden tutkimuksessa asiakkaiden ohjaamisesta on tullut yhä merkittävämpi osa hoitotyötä. Tähän vaikuttavat monet tekijät, kuten väestön ikääntymisen ja heikon taloustilanteen aiheuttama palveluiden tarjonnan ja kysynnän epätasapaino. Hoitoaikojen lyhentyessä avohoidon rooli kasvaa, jonka myötä hyvän potilasohjauksen merkitys lisääntyy. (Lipponen 2014, 17.) Nykyajan tietoyhteiskunnassa ihmiset myös osaavat etsiä ja käyttää tietoa hyväkseen yhä paremmin, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilöiden rooli oikean ja täsmällisen tiedon välittäjänä kasvaa (Lipponen ym. 2006, 1 ja Pekkarinen 2007). Asiakkaalla on myös lakisääteinen oikeus saada ymmärrettävästi tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista ja muista hoitoon vaikuttavista tekijöistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 17.8.1992/785). Myös sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa terveyden edistämisen laatusuosituksessa todetaan, että terveydenhuollon on tarjottava ”ymmärrettävää, tieteellisesti pätevää ja perusteltua tietoa terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä”. Laatusuosituksessa myös mainitaan, että ihmisten tulisi ottaa vastuuta omasta terveydestään ja terveellisistä elämäntavoista sekä sairauksien ehkäisystä toimivien peruspalveluiden avulla. (STM 2006, 24–25.) Tämän voidaan katsoa tarkoittavan osaltaan toimivaa potilasohjausta, sillä hyvän potilasohjauksen on tutkitusti todettu vaikuttavan muun muassa omahoitoon sitoutumiseen ja hoitoon liittyvän tiedon ymmärtämiseen. Tätä suosituksen tavoitetta voidaan edistää hyvällä ohjauksella tarjoamalla tietoa ja vaihtoehtoja sekä olemalla tukena. (Lipponen ym. 2006, 1 ja Kyngäs ym. 2007, 12.)

### 4.1 Hyvän ohjauksen piirteitä

#### **Ohjaussuhde ja vuorovaikutus**

Hyvä ohjaussuhde on luottamuksellinen ja vuorovaikutteinen. Tavoitteena on, että ratkaisuja pyritään löytämään yhdessä pohtimalla. Ohjaussuhde on tasapuolinen ja molemmat kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta. (Eloranta ja Virkki 2011, 54–55 ja Kääriäinen ja Kyngäs 2014.) Hoitajan tehtävä on auttaa asiakasta löytämään erilaisia tapoja toimia ja löytämään voimavaroja ongelmien ratkaisemiseksi, sekä kannustaa häntä olemaan aktiivinen toimija oman terveydentilansa suhteen. Potilasta siis tuetaan päätöksenteossa ja annetaan tietoa valmiiden ratkaisujen sijaan. (Kyngäs ym. 2007, 25 ja Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Vuorovaikutuksen tavoitteena on luoda yhteys asiakkaaseen ja saavuttaa kohtaamisen tunne sekä hoitajalle että asiakkaalle. Aito läsnäolo on tärkeä osa tätä vuorovaikutusta. Tämän yhteyden muodostamisen mahdollistavat erilaiset tekijät kuten hoitajan ammattitaito ja hoidon tavoite. Yhteys näkyy kohtaamisessa eri tavoin, esimerkiksi eleissä, kosketuksessa ja puheessa. Vuorovaikutuksessa sanat ovat suuressa roolissa, sillä ne kuvastavat hoitajan suhdetta asiakkaaseen. Nonverbaali toiminta eli esimerkiksi eleet, ilmeet sekä tilan- ja ajankäyttö tukevat suullista vuorovaikutusta. (Haho 2014 ja Kauppila 2011, 33 ja 52.)

Laadukas ohjaaminen vaatii dialogista vuorovaikutusta, jossa molemmat osapuolet kuuntelevat toisiaan ja ovat kiinnostuneita toistensa näkökulmista. Dialoginen vuorovaikutus on kunnioittavaa, tasa-arvoista ja parhaimmillaan siinä syntyy uusia oivalluksia. (Valtikka 2012.) Pysähtymisen, kuuntelemisen ja keskustelemisen kaltaiset vuorovaikutustaidot ovatkin tärkeä työkalu asiakkaan kohtaamisessa. Hoitajan on edistettävä vastavuoroista keskustelua ja oltava aktiivinen kuuntelija, jolloin asiakkaan puheesta pystyy havaitsemaan ohjaustarpeen ja asiakas kokee tulevansa kuulluksi. Hyvä vuorovaikutus myös luo empaattista ilmapiiriä, jolloin asiakas tuntee hoitajan olevan kiinnostunut hänen tilanteestaan. Kuuntelun taitoon kuuluu myös kuunteleva palaute, jossa hoitaja ei kiirehdi seuraavaan aiheeseen vaan etenee keskustelussa ohjattavan mukaan. (Haho 2014, Eloranta ja Virkki 2011, 55, Lipponen ym. 2006, 25–26, 31, 51 ja Lerkkanen 2011.)

### **Asiakaslähtöisyys ja kieli**

On todettu, että aiemmin käytössä ollut tapa, jossa ammattilainen on auktoriteetti ja päättää hoidosta ja sen tavoitteista asiakkaan puolesta, ei ole ollut toimiva menetelmä diabetesta sairastavien ohjaamisessa. Sittemmin ohjausta on pyritty muokkaamaan asiakaslähtöisemmäksi. Asiakaslähtöisessä tavassa asiakas nähdään oman sairautensa asiantuntijana ja aktiivisena toimijana. Tässä mallissa diabeteksen hoito voidaan ajatella muodostuvan kolmesta osatekijästä: valinnoista, hallinnasta ja seurauksista. Asiakkaan päivittäin tekemillä valinnoilla on ammattilaisen valintoja suurempi vaikutus hoidon tuloksiin ja asiakas myös itse hallitsee sitä, mitä ammattilaisen antamia suosituksia hän toteuttaa ja mitä ei. Näiden valintojen seuraukset vaikuttavat suoraan asiakkaaseen. Tämän ajattelutavan perusteella voidaan ajatella, että asiakkaalla on täysi oikeus ja velvollisuus hoitaa sairauttaan juuri hänelle sopivalla tavalla. Ohjaamisen lähtökohtana tuleekin aina olla asiakkaan tarpeet ja siinä tulee huomioida taustatekijät, kuten ikä, fyysiset rajoitteet, arvot ja motivaatio. Tämän lisäksi tulee selvittää asiakkaan tiedon tarve ja keskittyä ohjauksessa hänelle tärkeisiin asioihin. (Funnell ja Anderson 2004, Kääriäinen ja Kyngäs 2014, Lipponen 2014, 17–18 ja Powers ym. 2015.)

Asiakaslähtöisessä ohjaamisessa kielellä on suuri merkitys vuorovaikutuksen kannalta, sillä kielen avulla ohjaaja ja ohjattava kommunikoivat keskenään. Ohjausvuorovaikutuksessa käytetään monipuolisesti kielen eri muotoja, esimerkiksi puhetta ja kirjallista materiaalia. Kysymykset ovat tärkeä työväline ohjauksessa, sillä niiden avulla ohjaaja voi viedä keskustelua haluamaansa suuntaan. Kysymällä saa tietoa asiakkaan tilanteesta sekä ajatuksista, ja hyvin asetellut kysymykset myös voivat auttaa ohjattavaa pohtimaan asiaa ja mahdollisesti oivaltamaan jotain uutta. Ohjaajan tulisikin valita kysymykset ja niiden muoto tarkoituksen mukaan. (Vänskä ym. 2011, 36–37.)

Hyvässä ohjaustilanteessa asiakas kokee itsensä osalliseksi eikä vain vastaanottajaksi. Ohjaaja voi vahvistaa tätä osallisuutta kysymällä aluksi yleisluontoisia kysymyksiä esimerkiksi kuulumisista tai voinnista. Tällainen rupattelu rentouttaa tilannetta ja luo pohjaa luottamukselliselle ohjaussuhteelle. Liian virallinen lähestymistapa ja passivoiva keskustelu voivat aiheuttaa sen, ettei asiakkaan näkemys tule keskustelussa esille. (Eloranta ja Virkki 2011, 54–55 ja Kyngäs ym. 2007, 82–83)

Avoimia kysymyksiä suositaan ohjaamisessa, sillä niissä ohjattava voi kuvailla asiaa omin sanoin, ja tuoda hänen mielestään olennaisia seikkoja esille. Avoimia kysymyksiä on erilaisia, esimerkiksi kuvaavia, kontekstuaalisia ja reflektiivisiä kysymyksiä. Ohjaustilanteen alussa on hyvä kysyä kuvaavia kysymyksiä, jotka antavat ohjattavalle mahdollisuuden kertoa omasta tilanteestaan ja tukea näin hänen keskusteluun osallistumisestaan. Kontekstuaalisilla kysymyksillä pyritään selvittämään ohjattavan toimintaan vaikuttavia tekijöitä. Kysymykset voivat myös auttaa ohjattavaa huomaamaan asioiden välisiä yhteyksiä. Reflektiivisillä kysymyksillä pyritään saamaan ohjattava pohtimaan omaa tilannettaan monipuolisesti ja saamaan uusia näkökulmia tilanteeseen. Reflektiivisillä kysymyksillä voidaan esimerkiksi saada ohjattava ajattelemaan tulevaisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Suljetut kysymykset, joihin voi vastata joko kyllä/ei tai yhdellä sanalla, rajoittavat ohjattavan vastausmahdollisuuksia. Kuitenkin suljettujakin kysymyksiä on mahdollista laajentaa, jolloin ohjaajan on pidettävä tauko antaakseen ohjattavalle tilaisuus täydentää vastausta. Suljettujen kysymysten sijaan voi käyttää tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla saadaan lisää tietoa ohjattavan tilanteesta ja voidaan viedä keskustelua eteenpäin. (Vänskä ym. 2011, 37–39.)

## 4.2 Ohjausmenetelmät

Ohjausta voidaan antaa useita eri keinoja ja menetelmiä käyttäen. Ohjausmenetelmien valintaan vaikuttavat muun muassa ohjauksen päämäärä sekä asiakkaan persoona ja kyky omaksua asioita. Hoitajan tehtävään kuuluu löytää yhdessä asiakkaan kanssa sopiva tapa toteuttaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Yleisesti käytettyjä menetelmiä ovat kirjallinen ja suullinen ohjaus, jossa havainnollistetaan asioita käyttäen esimerkiksi kuvia, esineitä tai esitteitä apuna. Ohjausta voidaan antaa joko yksilöohjauksena tai ryhmässä. (Lipponen 2014, 19, Kyngäs ym. 2007, 74 ja Vänskä ym. 2011, 36.) Yksilöohjaus on asiakaslähtöistä eli asiakas pystyy tuomaan esille omia tarpeitaan ja saa tukea juuri omaan asiaansa ja aktiivisuuteensa. Vuorovaikutus yksilöohjauksessa on helppoa ja kommunikointi kuten kysymysten esittäminen ja mahdollisten väärinkäsitysten oikaiseminen onnistuvat sujuvasti. Myös ilmapiiri on vapautuneempi ja palautteen antaminen helpompaa kuin ryhmäohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjauksessa puolestaan korostuu vertaistuen merkitys, sillä ryhmän jäsenet toimivat peilinä niin toisille kuin itselleen. Ryhmässä osallistujat voivat jakaa toisilleen kokemuksiaan ja osaamistaan ja saada uusia näkökulmia ja ratkaisumahdollisuuksia tilanteeseensa. Jotta ryhmä toimisi parhaalla mahdollisella tavalla, on osallistujia oltava tarpeeksi, mutta ei liikaa, jotta kaikki saavat äänensä kuuluviin ja keskustelu on monipuolista. Ryhmäohjauksen on todettu vahvistavan asiakkaan tunnetta sairauden hallinnasta ja sitoutumista ongelmien ratkaisuun. Ryhmäohjaus on myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta aikaa säästävää. (Vänskä ym. 2011, 92 ja Lipponen 2014, 19.)

### **Tavoitteen asettaminen**

Yksi ohjaamisen keino on niin kutsuttu tavoiteasettelumalli. Ohjausprosessin tulisi olla tavoitteellinen, jotta sekä ohjattava että ohjaaja tietävät, mitä ohjaamisella tavoitellaan. Ihmisten on vaikea sitoutua muiden antamiin tavoitteisiin, joten tavoitteen tulisikin olla ohjattavan itsensä asettama (Funnell ja Anderson 2004 ja Furman ja Ahola 2007, 13). Tavoitteen tulee olla realistinen ja tarkasti määritelty, esimerkiksi rasvattoman maidon käyttäminen rasvan vähentämisen sijaan. Asiakkaan on hyvä asettaa pieniä tavoitteita, jotka voi saavuttaa lyhyellä aikavälillä yhden suuren tavoitteen sijaan. Ohjaajan tehtävä on auttaa asiakasta asettamaan tavoite kuitenkin tekemättä sitä hänen puolestaan. (Eloranta ja Virkki 2011, 37 ja 62.) Asetetun tavoitteen tulisi kehittää diabetesta sairastavan omahoitoa tai elämäntapamuutosta, eli uusia tavoitteita tulee asettaa sen mukaan, mitä ennestään on saavutettu tai mitä ohjattava jo osaa (Turku 2008, 44–45). Ohjaajan on tärkeä myös osoittaa, miten asiakas hyötyy tavoitteen saavuttamisesta esimerkiksi mittausten avulla (Eloranta ja Virkki 2011, 37).

### **Motivointi**

Diabetesta sairastavan on oltava motivoitunut, jotta omahoito ja elämäntapamuutos onnistuisivat, mutta asiakkaiden valmius muuttaa aiempia toimintatapoja tai opetella uusia kuitenkin vaihtelee (Mustajoki ja Kunnamo 2009). Motivaation voi jakaa sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Ohjauksessa pyritään herättämään sisäistä motivaatiota, jolloin asiakkaan halu hyvään omahoitoon ja elämäntapamuutokseen lähtee hänestä itsestään. Sisäisesti motivoitunut ihminen kokee muutoksen itselleen tarpeelliseksi ja on sen myötä motivoitunut tavoittelemaan sitä. Ulkoisesti motivoitunut ihminen taas toimii jonkin ulkoisen tekijän, esimerkiksi pelon tai palkkion ohjaamana, eikä ihminen välttämättä koe muutosta tarpeelliseksi hänen itsensä takia, jolloin motivoituminen ei saata kestää kauan. Sisäistä motivaatiota voi kuitenkin tukea ulkoisia motivaattoreita hyödyntämällä, esimerkiksi kertomalla tavoitteestaan muille, jolloin sosiaalinen paine voi ylläpitää motivaatiota. (Eloranta ja Virkki 2011, 65.) Ohjaajan on tunnistettava, minkälainen valmius ohjattavalla on tehdä muutoksia, ja ohjata häntä sen mukaan. Ohjauksella on merkitystä, sillä ohjaaja voi ohjauksellaan joko herättää tai tukahduttaa ohjattavan motivaation. (Mustajoki ja Kunnamo 2009). Motivointi on tärkeä osa ohjausprosessia, sillä diabetesta sairastava tekee hoitoonsa liittyviä valintoja päivittäin, ja hänellä on oltava motivaatiota, jotta tehdyt valinnat olisivat hyviä hoidon onnistumisen kannalta (Funnell ja Anderson 2004).

Eloranta ja Virkki (2011, 65) toteavat että itseluottamus ja pystyvyyden tunne ovat olennaisia motivoitumisessa. Nämä samat tekijät korostuvat voimaantumisen, joten voidaan todeta että voimaantuminen ja asiakkaan voimavarat ovat yhteydessä motivoitumiseen. Voimaantuminen määritellään eri lähteissä hiukan eri tavalla, riippuen mistä näkökulmasta voimaantumista tarkastellaan (Lassander, Solin, Tamminen ja Stengård 2013, 685). Potilashoijauksessa ajatellen olennaista on yksilön voimaantuminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Yksilön näkökulmasta voimaantumisen tarkoitetaan prosessia, jonka kautta henkilön kyky hallita omaa elämäänsä lisääntyy ja pystyvyyden tunne kasvaa. Voimaantumisen myötä ihmisen itsetunto paranee, olo on toiveikas tulevaisuuden suhteen ja ihminen uskoo saavuttavansa päämääränsä. Voimaantumisen kuuluu myös vastuuntunto, sillä voimaantuminen vahvistaa jo olemassa olevaa kykyä ottaa vastuuta



valinnoistaan. Voimaantuminen ei ole pysyvä tila eikä sitä voi siirtää toiselle. (Vänskä ym. 2011, 77–79, Lassander ym. 2013, 685, Funnell ja Anderson 2004 ja Siitonen 2004.)

Voimaantumisesta usein puhutaan myös muodossa voimavaraistuminen. Henkilöllä on siis oltava voimavaroja voidakseen voimaantua. Voimavarat ovat tekijöitä, jotka auttavat selviytymään haasteista ja vahvistavat uskoa omaan pystyvyyteen. Voimavarat voivat olla henkilökohtaisia taitoja tai ominaisuuksia kuten myönteinen elämänasenne tai sosiaaliset suhteet. Ympäristössä olevia voimavaroja ovat esimerkiksi fyysinen elinympäristö ja sen tarjoamat palvelut. Voimaantumisella ja asiakaslähtöisyydellä on useita samankaltaisia taustatekijöitä kuten ihmisarvon kunnioitus ja yksilön aktiivinen rooli ja asiantuntijuuden jakaminen. (Lassander ym. 2013, 685, EHYT ry 2015 ja Hakala, Tahvanainen, Ikonen ja Siro 2011, 74–75.) Voimaantuminen on siis yhteydessä motivointiin sekä asiakaslähtöiseen työskentelyyn, jolloin potilasohjauksen näkökulmasta asiakkaan voimavarojen huomioiminen on merkittävä osa ohjausta.

Voimavaralähtöisyys on olennainen osa myös ratkaisukeskeistä ohjautustyyliä. Ratkaisukeskeisyydessä käytetään hyväksi asiakkaan osaamista ja taitoja tavoitteen saavuttamisessa. (Niemi-Pynttari 2013.) Ratkaisukeskeisyys perustuu myönteisyyteen, selkeyteen ja tavoitelähtöisyyteen. Menetelmässä korostuu voimavaralähtöisyyden tavoin asiakkaan usko itseensä ja oma aktiivisuus. Ratkaisukeskeisyydessä pohditaan, mitä asioita asiakas tekee jo oikein ja edistetään niitä. Lisäksi pyritään muuttamaan tavoitteen saavuttamisen kannalta epäsuotuisia toimintatapoja paremmiksi. (Ratkes 2015 ja Riikonen ja Vataja 2009.)

Yksi keino herättää motivaatio on motivoiva keskustelu. Sen tarkoituksena on aktivoida asiakasta ja saada hänet ajattelemaan asiaa. Motivoivassa keskustelussa käytetäänkin aiemmin mainittuja avoimia kysymyksiä, joilla pyritään saamaan asiakas reflektoimaan omaa tilannettaan. (Mustajoki ja Kunnamo 2009.) Avoimien kysymyksien avulla ohjaaja voi saada selville asiakasta motivoivia tekijöitä ja hyödyntää näitä ohjauksessa (Kyngäs ym. 2007, 32). Motivoivassa keskustelussa, kuten ohjauksessa yleensäkin, on tärkeää kuunnella ohjattavaa ja vahvistaa hänen uskoaan omaan onnistumiseensa. Keskustelussa pyritään ohjattavaa oivaltamaan nykyisen toimintatavan haitat ja muutoksen tuomat edut, jolloin halu tehdä muutos todennäköisemmin herää. Motivoivassa keskustelussa näkökulma on positiivinen, ja ohjattavaa yritetään saada näkemään tilanteensa uudessa valossa. Ohjaajan on vältettävä opettamista ja väittelyä, jotka saattavat herättää ohjattavassa muutosvastarintaa. (Itä-Suomen yliopisto 2015.)

Ohjauksen lisäksi motivaatioon vaikuttaa myös asiakkaan tunnetila ja ajatukset onnistumisesta. Motivoitumiselle optimaalista tunnetilaa tukevat asiakkaalle sopivat tavoitteet ja asiakkaan kokemus kuulluksi tulemisesta ja tuen saamisesta. Ohjaajan tulee antaa ohjattavalle positiivista palautetta onnistumisista, vaikka saavutettu muutos olisikin pieni. (Diabetesliitto 2002.) Onnistumisten huomiointi myös lisää asiakkaan uskoa omaan kykyynsä aikaansaada muutos, kun hänelle osoitetaan jo tapahtunut edistys ja asiat jotka hän on jo toteuttanut tavoitteen saavuttamiseksi (Furman ja Ahola 2007, 57).

### 4.3 Ohjauksen merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa

Tyypin 2 diabeteksen hoidon kannalta hyvä potilasohjaus on avainasemassa, sillä hoito perustuu pitkälti henkilön omaan haluun sitoutua omahoitoon, kuten elämäntapojen muuttamiseen ja lääkahoitoon. Sitoutumishalun lisäksi asiakkaalla on oltava riittävästi tietoa ja ymmärrystä sairaudesta, ja ohjauksen merkitys korostuu etenkin sairauden alkuvaiheessa. Diabeteksen omahoidon ohjaus on määritelty prosessiksi, jolla autetaan diabetesta sairastavaa omaksumaan tarvittavat tiedot, taidot ja kyvyt toteuttaa omahoitoa. Ohjaukseen kuuluu olennaisena osana myös asiakkaan tukeminen. Terveystieteiden tehtävä on varmistaa yhtenevillä käytännöillä, että asiakas saa sekä ohjausta että tukea sairauden hoitoon. (Käypä hoito 2013, Ilanne-Parikka ym. 2011, 216 ja Ilanne-Parikka 2011b, 219, Mustajoki 2015c ja Powers ym. 2015.) Ohjaus on perinteisesti ollut ohjaajalähtöistä, ohjattavan jäädessä annetun tiedon vastaanottajaksi. Myös potilaan kykyä sitoutua hoitoon on tarkasteltu terveydenhuollon näkökulmasta käsin arvioimalla, kuinka henkilö sitoutuu terveydenhuollon ammattilaisten ennalta määrittelemään hoitoon. Ottaen huomioon diabeteksen kroonisen luonteen, omahoidon monimutkaisuuden ja siihen liittyvät päivittäiset valinnat, ennalta määrätty hoito ei ole tarkoituksenmukaista diabetesta sairastavan elämän kannalta. Hoidonohjauksen tulisi sopia asiakkaan diabeteksen lisäksi hänen elämäntyyliinsä, tavoitteisiinsa ja voimavaroihinsa. Nykyään suositaan asiakaslähtöistä otetta niin hoidon suunnittelussa kuin ohjaamisessa, jolloin asiakkaan aktiivisuus ja vastuu omasta hoidostaan kasvaa. (Funnell ja Anderson 2004 ja Powers ym. 2015.)

Potilasohjausta on tutkittu laajalti, ja etenkin 2000-luvulla siihen on kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota. Potilasohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia diabeteksen ja monien muiden pitkäaikaissairauksien hoidossa. Potilasohjaus mainitaan useiden eri pitkäaikaissairauksien, esimerkiksi diabeteksen, nivelreuman ja astman käypä hoito -suosituksissa osana kokonaishoitoa (Käypä hoito 2012, Käypä hoito 2013, Käypä hoito 2015). Diabeteksen hoidossa potilasohjauksen on todettu vaikuttavan monipuolisesti diabeteksen ja sen hoidon osatekijöihin, esimerkiksi parantamalla hoidon tuloksia ja vähentämällä komplikaatioita (Powers ym. 2015). Ohjaus lisää ohjattavan osaamista, verensokerimittausten tiheyttä ja virheettömyyttä, parantaa ohjattavien ruokailutottumuksia sekä verensokeritasapainoa jo lyhyellä aikavälillä (Norris, Engelgau ja Narayan 2001). Lisäksi ohjaaminen vähentää hoitokustannuksia sekä vaikuttaa positiivisesti diabetesta sairastavien elämäntapoihin sekä elämänlaatuun. (Powers ym. 2015.)

Tyypin 2 diabeteksessä potilasohjauksen on todettu parantavan tuloksia niin diabetesta sairastavien kuin riskiryhmään kuuluvien kohdalla. Verensokeritasapainon paraneminen on olennainen sairauden hallinnassa ja siihen on pystytty useiden tutkimusten mukaan vaikuttamaan ohjauksella. Ohjaus parantaa HbA1c-arvoa, mutta eri tutkimuksissa on saatu muutoksen suuruudesta vaihtelevia tuloksia. Kuitenkin aiheesta vuonna 2002 tehdyn meta-analyysin mukaan arvo paranee enemmän kun ohjauksen määrää lisätään. (Powers ym. 2015 ja Norris, Lau, Smith, Schmid ja Engelgau 2002).

Ohjauksella voidaan vaikuttaa myös ohjattavien elämäntapamuutokseen. Terveelliset elämäntavat parantavat sokeritasapainoa ja vähentävät riskiä sairastua diabetekseen (Käypä hoito 2013). The

New England Journal of Medicinen julkaisemassa, Suomessa tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että yksilöllisesti räätälöity ohjaus paransi ohjattavien elintapamuutoksien tuloksia merkittävästi. Tutkimuksessa annettu ohjaus sisälsi yksityiskohtaisia ohjeita painonpudotuksesta, terveellisestä ruokavaliosta sekä liikuntaohjausta. Jo ensimmäisenä vuonna paino putosi, vyötärön ympärys pieneni ja sokerirasituskokeessa verensokeriarvot sekä seerumin insuliinipitoisuus pieneni. Verrokkiryhmässä ohjausta annettiin vähemmän eikä se ollut yksilöllistä, ja saadut tulokset olivat selvästi heikompia. Myös kahden vuoden jälkeen tutkimusryhmän tulokset olivat parempia kuin verrokkiryhmään kuuluvien. Tutkimuksessa verrokkiryhmästä tyypin 2 diabetekseen sairastui 59 henkilöä ja tutkimusryhmästä 27 henkilöä. (Tuomilehto ym. 2001) Tämä tutkimus siis osoittaa, että hyvin toteutettu ohjaus ehkäisee tehokkaasti diabetesta ja sitä tulisi antaa riskiryhmään kuuluville jo ennen sairauden diagnosointia.

Vaikka useiden tutkimusten mukaan potilasohjauksesta on hyötyä tyypin 2 diabetesta sairastavien hoidossa, vuonna 2008 julkaistun meta-analyysin mukaan eri tutkimusten tulokset olivat ristiriitaisia, eikä kaikissa tutkimuksissa merkittävää hyötyä todettu olevan (Loveman, Frampton ja Clegg 2008). Vaikuttavuuden lisäksi ristiriitaisia tuloksia on saatu potilasohjauksen hyötyjen kestävydestä. Elintapaohjauksen vaikutuksen katsottiin kestävänsä pitkään ohjauksen päättymisen jälkeenkin (Lindström ym. 2012, Loveman ym. 2008.) Sen sijaan Diabetes Caren tutkimusraportin mukaan vaikutukset HbA1c-arvoon heikkenivät jo 1–3 kuukauden kuluessa ohjauksen päättymisestä (Norris ym. 2002).

Diabetestutkimusten lisäksi Suomessa on tuotettu useita muita julkaisuja, joissa on käsitelty potilasohjausta, muun muassa potilasohjauksen laatua, toimintaedellytyksiä ja haasteita (Kääriäinen 2007, Kaakinen 2013, Lipponen 2014 ja Lipponen ym. 2006). Suomessa on tutkittu sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta. On todettu, että ohjauksessa on puutteita, vaikka resursseja ohjaamiseen on kohtalaisesti, ja hoitohenkilökunnalla on sekä tietoa että taitoa ohjata potilaita. Kääriäisen väitöskirjatutkimuksen mukaan ohjausmenetelmiä ei osata hyödyntää monipuolisesti, vaan potilaat saavat lähinnä vain suullista ohjausta. (Kääriäinen 2007, 4). Kaakisen väitöskirjassa ilmeni lisäksi, että potilaat arvioivat saavansa ohjauksessa hyvin tietoa, mutta sosiaalisen tuen osuus ohjauksessa jää vähäiseksi. Onnistuessaan ohjaus vaikuttaa positiivisesti asenteisiin sairautta kohtaan sekä lisää motivaatiota omahoitoon. Ohjauksella on lisäksi myönteinen vaikutus elämänasenteeseen ja hyvinvoinnin tunteeseen. (Kaakinen 2013, 48–49.) Osa potilaista kuitenkin arvioi, ettei ohjaus ole potilaslähtöistä, eikä potilaan taustatekijöitä oteta ohjauksessa huomioon (Kääriäinen 2007, 4 ja Kaakinen 2013, 48). Alahuhan tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien elintapamuutoksia käsittelevässä väitöskirjassa korostetaan sosiaalisen tuen sekä positiivisen asenteen merkitystä elintapamuutoksiin sitoutumisessa ja niiden toteutumisessa. Ohjauksessa tulisi tukea ohjattavaa tekemään omaan elämäänsä sopivia valintoja. (Alahuhta 2010, 71–72.) Näiden muutaman tutkimusesimerkin lisäksi useissa kansallisissa ja kansainvälisissä julkaisuissa on todettu, että ohjausta ei tarjota tyypin 2 diabetesta sairastaville riittävästi, ohjauksen laadussa on puutteita, se ei vastaa asiakkaiden tarpeita ja yhtenäistä tietoa laadukkaan ohjauksen osatekijöistä ei ole tarpeeksi (Kaakinen 2013, 15–16, Funnell ja Anderson 2004 ja Powers ym. 2015 1–2 ja 8–9).

Opinnäytetyömme aiheen rajaamiseksi valitsimme tutkimuksen kohteeksi tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjaamisen, koska kuten johdannossa totesimme, tyypin 2 diabetes on jo mittava kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma ja sitä sairastavien määrä kasvaa koko ajan. Asiakkaiden motivoiminen elintapamuutokseen ja hoitoon sitoutumiseen on haaste hoitohenkilöstölle, ja sen toteuttamiseen tarvitaan tietoa laadukkaan potilasohjauksen osatekijöistä. Diabeteshoitajat ovat diabetesta sairastavien ohjaamisen erityisasiantuntijoita, joten heidän kokemustaan ja niin kutsuttua hiljaista tietoa tulisi käyttää hyväksi laajemmin terveydenhuollossa potilasohjauksen tehostamiseksi. Hiljainen tieto eli ”käytännöllinen viisaus ja taito” jää usein hyödyntämättä laajemmin, sillä ammattilaiset eivät usein tiedosta osaavansa työssään jotakin sellaista, jota muutkin voisivat käyttää hyödyksi. Ihmisten on usein vaikea pukea hiljaista tietoa sanoiksi, koska sitä saatetaan pitää vain henkilökohtaisina rutiineina tai tapana tehdä työtä, joita ei välttämättä koeta varsinaiseksi ammattiosaamiseksi. (Arnkil ja Seikkula 2014, 202.) Tällä opinnäytetyöllä pyrimme saamaan mahdollisimman paljon tätä hiljaista tietoa esille käsittelemällä diabeteshoitajien aitoja ohjaustilanteita, ja antamalla heidän puhua mahdollisimman vapaasti omasta tavastaan ohjata asiakkaita.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada selville, mistä tekijöistä koostuu onnistunut tyypin 2 diabetesta sairastavan potilasohjaus diabeteshoitajan vastaanotolla. Opinnäytetyössä selvitämme, mitä ohjausmenetelmiä ja keinoja diabeteshoitajat käyttävät ja mitkä muut tekijät vaikuttavat ohjauksen laatuun. Tavoitteena on onnistumisen analyysin avulla käydä läpi diabeteshoitajien omia onnistumiskokemuksia. Tavoitteena on myös, että ryhmähaastattelutilanteessa diabeteshoitajat voivat jakaa kokemustietoa toistensa kanssa.

Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjausta ja saatuja tuloksia voisi hyödyntää laajemmin terveydenhuollon eri yksiköissä. Tutkimuksen myötä muut työssään tyypin 2 diabetesta sairastavia tai sen riskiryhmään kuuluvia kohtaavat terveysalan ammattilaiset voisivat hyödyntää diabeteshoitajien erityisasiantuntemusta ja ohjausosaamista ohjaustilanteissa.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mistä tekijöistä koostuu onnistunut tyypin 2 diabetesta sairastavan potilasohjaus?
2. Mitä ohjausmenetelmiä ja keinoja diabeteshoitajat käyttävät tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjaamisessa?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Menetelmän valinta

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole selvittää totuutta tutkittavasta asiasta vaan analysoinnin avulla luoda malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkimuksen kohteesta (Vilkkä 2005, 98). Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan kuvata todellista elämää ja tarkoitus on saada mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva tutkimuksen kohteesta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 157). Siksi tämä opinnäytetyö on toteutettu laadullisen tutkimuksen menetelmällä, sillä sen tarkoituksena on kuvata diabeteshoitajien kokemuksia ja niiden analysoinnin avulla saada selville ohjauksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Aineiston keruutavaksi valittiin ryhmähaastattelu. Haastattelu on hyvä tutkimusmenetelmä, kun tutkimuksen tuloksia on vaikea ennakoida, ja on oletettavaa että tulokset ovat monitahoisia. Haastattelutilanteessa henkilö voi ilmaista itseään vapaasti ja tuoda esille hänen mielestään tutkittavan asian kannalta merkittäviä seikkoja. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 34–35.)

Opinnäytetyössämme osallistujat olivat tarkkaan valittuja tietyn osa-alueen asiantuntijoita, jolloin se täyttää myös täsmäryhmähaastattelun kriteerit. Suositeltava ryhmän koko on 6–8 henkilöä. Ryhmälle asetetaan tavoite, joka voi olla esimerkiksi asenteiden paljastaminen tai toiminnan kehittäminen. Haastattelutilanne kestää yleensä noin tunnin ja se tallennetaan nauhoittamalla tai videoimalla. Haastattelun aikana ryhmällä on puheenjohtaja, joka ei edusta organisaatiota vaan on ulkopuolinen henkilö. Ryhmähaastattelussa haastattelijan rooli on erilainen yksilöhaastatteluun verrattuna, sillä haastattelijan tehtävä on johdatella ja luoda keskustelua eikä niinkään sananmukaisesti haastatella osallistujia. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 62–63.)

Ryhmähaastattelun etu on, että siinä saadaan nopeasti tietoa usealta osallistujalta. Täsmäryhmähaastattelussa ideoiden sekä ajatusten vaihto on helppoa, sillä osallistujat ymmärtävät toisiaan, koska kaikki ovat saman alan asiantuntijoita ja jokaisella on tiedossa haastattelun tavoite. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 62–63.) Täsmäryhmähaastattelu oli siis hyvä menetelmä työhömme, sillä tavoitteena oli nimenomaan saada kokemustietoa diabeteshoitotyön asiantuntijoilta. Ryhmässä myös kävi hyvin ilmi, että muilla diabeteshoitajilla oli ollut samanlaisia kokemuksia kuin toisilla, vaikka eivät itse olisikaan juuri sitä kokemusta tuoneet ilman ryhmää esille. Ryhmä siis itsessään johdatteli keskustelua ja sai osallistujat innostumaan ajatusten vaihdosta toisten asiantuntijoiden kanssa.

Ryhmähaastatteluissa ongelmaksi voi muodostua se, että joku osallistujista saattaa olla puheliaampi, jolloin hiljaisemmat tai ujommat persoonat eivät välttämättä uskalla osallistua niin aktiivisesti keskusteluun eivätkä saa ääntään kuuluviin. Haastattelijan tehtävä onkin tällaisissa tilanteissa kohdentaa kysymyksiä myös yksittäisille osallistujille, jotta kaikkien mielipide tulee esille. Haastattelutilanteen taltiointi voi olla haasteellista, sillä äänittäessä pitää kiinnittää huomiota että kaikkien osallistujien äänet kuuluvat nauhalli. Nauhoja litteroitaessa voi myös olla hankalaa erottaa eri osallistujien ääniä toisistaan. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 62–63.)

Ryhmähaastattelun periaatteet toteutuivat opinnäytetyössämme lukuun ottamatta osallistujien lukumäärää, sillä yhteishaastattelu kummankin organisaation osallistujien kesken ei onnistunut aikataulullisten ongelmien vuoksi. Haastattelut kestivät noin tunnin ja ne äänitettiin. Puheenjohtajana toimi toinen opinnäytetyön tekijöistä ja toinen täydensi häntä tarpeen mukaan.

Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelun periaate on, että tutkimusongelmasta poimitaan keskeisimmät aihe-alueet ja annetaan ryhmän vapaasti käydä alueita läpi haastattelun aikana. (Vilka 2005,101–102.) Teemahaastattelussa on ennako-oletuksena, että haastatteluun osallistuvilla on kokemus tutkittavasta asiasta. Tutkijan on myös etukäteen luotava haastattelurunko sen pohjalta, mitkä hän olettaa tutkittavan aiheen olennaisimmiksi osatekijöiksi. Teemahaastattelussa paino on haastateltavien omissa subjektiivisissa kokemuksissa. Ennalta valitut teemat tarkkojen kysymysten sijaan antavatkin enemmän tilaa haastateltaville ja heidän tulkinnoilleen käsiteltävästä asiasta. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 47–48.) Teemahaastattelun menetelmä siis sopi opinnäytetyöhömmä, sillä työllä haettiin nimenomaan asiantuntijoiden kokemuksia ja heidän pohdintaansa ohjaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Ennalta tehty haastattelurunko (LIITE 1) oli toimiva, sillä sen avulla haastattelut pyrittiin pitämään opinnäytetyön kannalta olennaisissa teemoissa kuitenkin rajoittamatta liikaa hoitajien välistä keskustelua ja kokemusten vaihtoa.

Halusimme keskittyä opinnäytetyössä onnistumiskokemuksiin ja onnistumiseen vaikuttaviin tekijöihin eli analysoida potilasohjauksessa onnistumista. Ryhmähaastattelussa käytiin läpi onnistumisen analyysin avulla hoitajien onnistumiskokemuksia tyyppin 2 diabetesta sairastavien ohjaamisesta. Varsinaista teoretietoa onnistumisen näkökulmasta tutkimustyössä on saatavilla erittäin vähän. Onnistumista käsittelevät teokset usein liittyvät enemmän työyhteisön onnistumiseen yritysmaailmassa eivätkä niinkään työntekijän onnistumiseen yksittäisen asiakkaan kohdalla, mutta mielestämme menetelmä on sovellettavissa opinnäytetyöhömmä. Onnistumisen analyysi on menetelmä, jonka avulla voi oppia onnistumisista. Siinä on tärkeää aluksi tunnistaa oma onnistumisensa, jonka jälkeen selvitetään onnistumisen mahdollistaneet yksityiskohdat tarkentavilla kysymyksillä. Analyysissa siis pohditaan, mitkä tekijät mahdollistivat onnistumisen saavuttamisen. Pohdinnan myötä onnistumista ei pidetä enää sattumana, vaan henkilö voi jatkossa hyödyntää analyysin myötä hyväksi havaittuja toimintatapoja. (Käki 2013, National School Reform Faculty 2011.)

## 6.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Ryhmähaastatteluja järjestettiin kaksi kappaletta: toinen Kuopion kaupungin ja toinen Siilinjärven kunnan diabeteshoitajille. Haastatteluihin osallistuivat kummankin paikkakunnan kaikki diabeteshoitajat, yhteensä viisi hoitajaa Kuopiosta ja Siilinjärveltä. Haastateltavat olivat 26–62-vuotiaita naisia. Pohjakoulutukseltaan heistä kolme oli terveydenhoitajia ja kaksi sairaanhoitajia. Terveysalan työkokemusta haastateltavilla oli vähimmillään viisi vuotta ja enimmillään 40 vuotta. Kaikilla oli pohjakoulutuksen lisäksi täydennyskoulutusta diabeteshoitotyöhön. Diabeteshoitajista kaksi olivat käyneet varsinaiset diabeteshoitajan erikoistumisopinnot. Lisäksi taustatietolomakkeissa

oli mainittu sydänhoitajan täydennyskoulutus, painonhallintaan liittyvät koulutukset, näyttöön perustuva hoitotyö -opinnot ja haavanhoitokoulutus.

Haimme kirjallisesti tutkimuslupaa kummastakin kohdeorganisaatiosta. Lähestyimme diabeteshoitajia sähköpostilla, jossa esittelimme opinnäytetyömme lyhyesti ja kysyimme, olisiko hoitajilla kiinnostusta osallistua haastatteluun. Kun myöntävä vastaus oli saatu, lähetimme osallistujille tiedotteen tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 2), ryhmähaastattelussa käsiteltävät teemat (LIITE 1) sekä taustatietolomakkeen (LIITE 3) täytettäväksi. Pyysimme hoitajia valmistautumaan etukäteen tutustumalla haastattelun teemoihin sekä miettimällä valmiiksi yhden tyypin 2 diabetesta sairastavan onnistuneen ohjauskokemuksen.

Ennalta valittuja teemoja oli kolme: diabeteshoitajien onnistumiskokemukset tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjaamisesta, diabeteshoitajien käyttämät ohjausmenetelmät ja mitä tekijöitä diabeteshoitajat pitävät ohjaamisen kannalta tärkeimpinä. Etukäteen annettujen teemojen avulla tavoiteltiin tilannetta, jossa haastateltava oli jo alkanut hahmotella aihepiirin kysymyksiä etukäteen. Olimme kuitenkin tietoisia tilanteeseen liittyvästä riskistä: etukäteen lähetetyt kysymykset saattavat myös asettaa haastateltavat tilanteeseen, jossa he kuvittelevat kysymyksiin löytyvän "oikeat vastaukset". Tällöin haastattelu voi muuttua keskustelunomaisesta, ihmisten ajattelua kuvaavasta tilanteesta melkein kuin koevastaustilanteeksi, mikä ei tietenkään ole tarkoitus. Näkemysemme mukaan etukäteen lähetetyistä kysymyksistä oli etua, sillä hyvin valmistautuneet diabeteshoitajat olivat jo haastattelun alkaessa saman aihepiirin sisällä ja joutuneet myös jo reflektoimaan omaa asennoitumistaan käsiteltäviin teemoihin. Haastatteluissa tuli ilmi, että diabeteshoitajilla, jotka eivät olleet ehtineet valmistautua, oli enemmän vaikeuksia pohtia teemaa kokonaisuutena ja asian käsittely oli irrallisempaa. Nämä diabeteshoitajat myös puhuivat vähemmän onnistumisista ja enemmän negatiivisista asioista työssä kuin ennalta valmistautuneet diabeteshoitajat, huolimatta haastattelijan johdattelevista puheenvuoroista.

### 6.3 Analysointi

Saatu aineisto käsiteltiin sisällönanalyysia käyttäen. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kommunikaatiotilanteessa esille tulevien asioiden merkityksiä, seuraamuksia ja niiden keskinäisiä yhteyksiä (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001, 21). Koska aiheesta ei ole juurikaan olemassa tutkittua tietoa, on perusteltua käyttää induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivinen analyysi on aineistolähtöistä, jolloin saatu aineisto ja tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston luokittelua. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Haastatteluiden äänitteet litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan tietokoneelle ja käsittelemätöntä aineistoa saatiin näin yhteensä 41 sivua (fonttikoko 12, riviväli 1,5). Litteroinnissa haasteita loi se, että muutamassa kohdassa haastateltavat puhuivat päällekkäin, jolloin puheesta oli vaikea saada selvää. Tekstiin merkittiin, milloin puhui joku haastateltavista ja milloin haastattelija. Tarkempi erittely haastateltavien puheenvuoroista ei ollut tarpeen, sillä opinnäytetyön tuloksien kannalta oli olennaista puheenvuorojen sisältö eikä se, kuka hoitajista oli äänessä. Litteroinnin



jälkeen luimme aineiston useaan kertaan ja samalla karsimme kaikki selkeästi tutkimuksen kannalta epäolennaiset kohdat kuten haastatteluiden aloitus- ja lopetuskommentit. Tämän jälkeen aineistoa oli jäljellä 39 sivua.

Litteroinnin ja aineiston selkiyttämisen jälkeen pelkistimme aineistoa sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Kävimme materiaalia läpi ja alleviivasimme tekstistä tutkimuksen aiheen kannalta olennaisia ilmaisuja. Jaottelimme alleviivatessamme erivärisillä kynillä, mitkä alleviivauksista liittyivät potilaasta lähtöisin oleviin seikkoihin ja mitkä hoitajalähtöisiin. Tämän jaottelun ongelmaksi muodostui se, että jotkut esille nousevat asiat olivat sekä hoitajasta että potilaasta lähtöisin olevia, jolloin merkitsimme ne molemmilla väreillä. Alleviivauksien viereen kirjoitimme lyhyesti, mitä asiaa alleviivattu kohta kuvaa tai mikä ilmiö tekstistä nousi esille, esimerkiksi ”hoitajan tavoittaminen sähköpostilla”. Tämän jälkeen pyrimme pelkistämään aineistosta esiin tulleita asioita ja kuvaamaan niitä lyhyemmin. Pelkistettyjä ilmauksia olivat esimerkiksi ”vertaistuen saaminen” ja ”ohjausmenetelmien yhdistely”.

Sisällönanalyysin prosessiin kuuluu pelkistettyjen ilmaisujen luokittelu eli klusterointi. Luokittelun jälkeen asiat käsitteellistään ja luokitellaan edelleen yläluokkiin, kunnes päädytään yläkäsitteeseen tai yläkäsitteisiin, jotka vastaavat tutkimuskysymystä. Tätä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. Analyysin seuraavassa vaiheessa keräsimmekin pelkistetyt ilmaisut yhteen ja samankaltaiset ilmaisut ryhmiteltiin. Tämän ryhmittelyn myötä syntyivät myös sisällönanalyysin mukaiset alateemat (yhteensä 16 kappaletta), kun pelkistettyjen ilmaisujen ryhmille keksittiin kuvaava yläkäsite, esimerkiksi ”kuunteleva vuorovaikutus”. Alateemojen muodostumisen jälkeen ryhmittelimme ne edelleen yläteemoihin, joita oli lopulta kolme kappaletta: monipuolinen ohjaaminen, osaava ja omistautuva diabeteshoitaja sekä motivoitumisen prosessi. Liitteessä 4 on kuvattu taulukkomuodossa sisällönanalyysin prosessin kulku alkuperäisilmaisuista yläteemoihin (LIITE 4). Nämä saadut yläteemat sitten voitiin yhdistää tutkimuskysymyksiämme vastaavan otsikon alle ”tyypin 2 diabetesta sairastavan onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttavat tekijät”.

#### 6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Kiinnitimme huomioita koko opinnäytetyöprosessin ajan työn luotettavuuteen ja eettisyyteen. Noudatimme työssämme hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, joihin kuuluu yleinen huolellisuus tutkimusprosessissa ja tulosten arvioimisessa. Lisäksi pitää kiinnittää huomiota lähteiden alkuperään sekä välttää plagiointia. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tulee myös ilmoittaa tutkimuksen mahdolliset rahoittajat sekä muut mahdolliset vaikuttavat tekijät. Tutkimuksessa on kiinnitettävä erityistä huomiota tietosuojaan sekä hankittava tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Pyrimme raportoimaan koko opinnäytetyöprosessin mahdollisimman selkeästi ja kattavasti. Haimme tietoa monipuolisesti sekä kirjallisuudesta että internetistä. Tiedonhaussa hyödynsimme hakukoneiden lisäksi muun muassa Medic- ja PubMed -tietokantoja sekä Duodecimin terveystietokantaa. Arvioimme lähteitä etsiessä lähdekritiikin periaatteiden mukaisesti julkaisijan luotettavuutta sekä julkaisuajankohtaa (Tampereen yliopisto 2011 ja Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Olimme kirjoittaessa tarkkoja, että teksti on omin sanoin kirjoitettua ja

kiinnitimme huomiota myös lähdeviitteiden oikeaan merkitsemistapaan, jotta tekstistä erottuu selvästi mistä lähteestä tieto on peräisin. Teimme opinnäytetyön omakustanteisesti eikä kummallakaan tekijällä ole sidoksia kohdeorganisaatioihin.

Ennen haastattelujen aloittamista haimme organisaatioista asianmukaiset tutkimusluvut. Tutkimuslupahakemuksen liitteenä lähetimme tutkimussuunnitelman, josta kävi ilmi työn kannalta oleelliset seikat kuten työn tarkoitus. Haastattelupyynnöissä ilmaisimme tutkimuksen tarkoituksen ja toimme esille, että osallistuminen on vapaaehtoista ja henkilöiden anonyymiys säilyy. Tutkimukseen osallistuneille ilmaisimme hyvissä ajoin ennen haastattelua toiveemme siitä, kuinka heidän tulee valmistautua haastatteluun. Tarkoituksenamme oli ennalta lähetettyjen teemojen avulla saada diabeteshoitajia ajattelemaan ohjaamistaan onnistumisen näkökulmasta. Haastattelutilanteessa pyysimme diabeteshoitajia mainitsemaan potilaista pelkästään iän ja sukupuolen, jotta henkilöllisyydet eivät ole tunnistettavissa.

Haastateltavien anonyymiuden säilyttäminen oli haasteellista, koska osallistujien määrä oli pieni (5 henkilöä). Määrä oli pieni, koska kohdeorganisaatioissa ei työskentele enempää diabeteshoitajia eikä meillä ollut resursseja laajentaa tutkimusta muihin organisaatioihin. Käsittelimme saamaamme aineistoa kokonaisuutena erottelematta työyksiköitä ja diabeteshoitajia. Tällä tapaa varmistimme, että analyysistä ei pysty erottamaan kenen haastatellun diabeteshoitajan kommentista on kyse. Kuitenkin eri osallistujien kommenttien erottelematta jättäminen saattoi vaikuttaa tuloksiin, sillä nyt emme voi pohtia esimerkiksi työkokemuksen tai lisäkoulutuksen määrän vaikutusta potilasohjaukseen. Mielestämme kuitenkin oli parempi jättää puheenvuorot erottelematta, sillä tarkoituksena oli tutkia potilasohjausta kokonaisvaltaisena ilmiönä eikä yksittäisen työntekijän suorituksena.

Varmistimme tulosten luotettavuuden ja tiedon säilymisen analyysivaiheessa muuttumattomana äänittämällä haastattelut ja litteroimalla äänitteet sanasta sanaan. Nauhoitusten avulla miellä oli työtä tehdessä mahdollisuus palata tarvittaessa alkuperäisiin haastatteluihin. Litteroitu aineisto käytiin systemaattisesti läpi ja analysoitiin sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Tutkimuksessa saadut nauhoitteet, taustatietolomakkeet ja litteroitu aineisto säilytettiin niin, että ulkopuoliset eivät päässeet käsiksi materiaaleihin. Työn valmistuttua hävitimme tutkimusaineiston asianmukaisesti.

Tutkimustulokset olivat johdonmukaisia muiden aiheesta tehtyjen kansallisten ja kansainvälisten tutkimustulosten kanssa. Kuitenkin tulosten luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että osallistujalukumäärä oli pieni. Ryhmähaastattelun periaatteisiinkin kuuluu, että haastateltavia tulisi olla vähintään kuusi yhdessä ryhmässä. Diabeteshoitajien ollessa eri paikkakunnilla sekä aikataulujen ollessa tiukat, meidän ei ollut mahdollista saada kaikkia samaan aikaan haastatteluun. Tämän takia päädyimme pitämään kaksi eri haastattelua. Työn alkuvaiheessa pohdimme tarkkaan vaihtoehtoja ryhmähaastattelulle, mutta totesimme, että osallistujien määrää lukuun ottamatta ryhmähaastattelun menetelmän kriteerit täytyisivät työssämme. Tulosten saamisen kannalta pienellä osallistujamäärällä ei mielestämme ollut suurta merkitystä, sillä saimme haastatteluista

kattavasti aineistoa työhömmе. Ennen analysointia litteroitua aineistoa oli 39 sivua. Kuitenkin hiljaisen tiedon jakamisen kannalta isompi osallistujamäärä olisi ollut parempi.

Teemahaastattelun periaatteisiin kuuluu, että haastattelukysymykset eivät ole tarkasti määriteltyjä vaikka teemat ohjaavatkin haastelua. Tämän vuoksi tutkimus ei ole toistettavissa täysin samanlaisena. Aihetta voisi kuitenkin tutkia uudelleen joko teemahaastattelulla tai muilla menetelmillä ja verrata tuloksia opinnäytetyömmе tuloksiin.

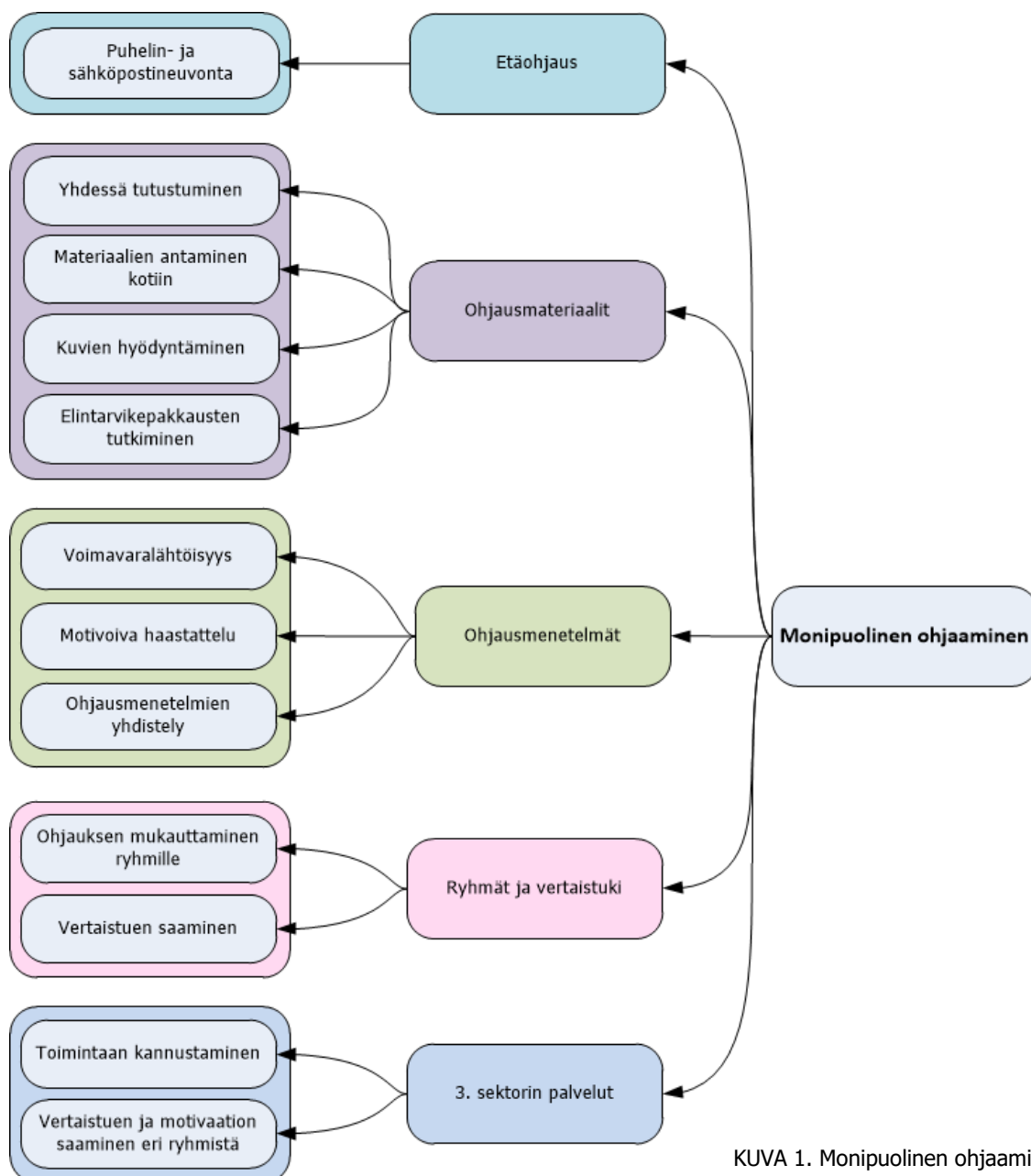
Prosessina opinnäytetyö ja laadullisen tutkimuksen toteuttaminen oli molemmille tekijöille uutta ja haastavaa. Laadukkaan tutkimuksen toteuttaminen vaatii monenlaista osaamista, kuten tieteellisen kirjoittamisen ja käytetyn tutkimusmenetelmän hallitsemista. Myös itse haastattelutilanteessa toimiminen vaatii monenlaista osaamista ja ensikertalaisena oli vaativaa esimerkiksi aistia, milloin on aihetta keskeyttää jonkun puheenvuoro tai kysyä jotain tarkentavaa, vai antaako keskustelun jatkua vapaana.

Tutkimuksen tekeminen onnistumisen näkökulmasta oli haasteellista, sillä emme löytäneet vastaavaa aiemmin tehdyistä tutkimuksista. Onnistumisen näkökulman säilyttäminen oli vaikeaa etenkin haastatteluvaiheessa. Haastatteluissa jouduimme vahvasti ohjaamaan haastateltavia käsittelemään nimenomaan onnistumisia, ja hetkittäin epäonnistuimmekin siinä. Kuitenkin saimme käytyä haastatteluissa hyvin läpi hoitajien onnistumiskokemuksia, vaikka keskustelu saattoikin hetkittäin karata negatiivisiin asioihin kuten resurssien riittämättömyyteen. Työn edetessä oma näkökulmamme vaihtui selkeästi ja analyysivaiheessa onnistumisen elementtien ja positiivisten asioiden löytäminen oli selvästi helpompaa. Koimme onnistumisen analyysin erittäin palkitsevaksi menetelmäksi, sillä haastatteluissa tuli esille aitoja onnistumiskokemuksia ja onnistumisen osatekijöiden erittely onnistui analyysin periaatteiden mukaisesti. Menetelmää voisi käyttää terveysalan kehittämis- ja tutkimustyössä laajemminkin, sillä palveluiden tehostamisessa olisi nimenomaan tärkeää keskittyä siihen, mikä on jo toimivaa. Näin toimintaa pystyttäisiin tehostamaan, kun toimivaksi todettuja käytäntöjä voitaisiin ottaa hyödyntää laajemmin terveydenhuollossa.

## 7 TULOKSET

Opinnäytetyössämme selvitimme diabeteshoitajien potilasohjauksessa kokemia onnistumisia ja tutkimme onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä niiden avulla. Hyvin usein ohjausta pohditaan kielteisestä näkökulmasta ja mietitään sitä, miksi se ei onnistu. Tiedossa kuitenkin on, että kielteisessä muodossa ilmaistujen asioiden heikkous on siinä, että ihmisten on vaikea tuntea iloa ja ylpeyttä, toisin kuin positiivisesta näkökulmasta ajateltuna (Furman ja Ahola 2007, 39). Työssämme nousi esille kolme onnistuneen ohjauksen kannalta merkittävää yläteemaa, jotka ovat monipuolinen ohjaaminen, osaava ja omistautuva diabeteshoitaja sekä motivoitumisen prosessi. Tässä luvussa käsittelemme sisällönanalyysin tuloksia analyysissa muodostuneiden yläteemojen mukaisesti. Kaavioiden tarkoitus on havainnollistaa eri yläteemojen muodostumista alateemoista ja pelkistetyistä ilmaisuista. Haastatteluaineistosta poimitut lainaukset kuvaavat alaluvuissa käsitellyjä alateemoja ja tuovat esille diabeteshoitajien näkemyksiä hyvästä potilasohjauksesta.

### 7.1 Monipuolinen ohjaaminen



KUVA 1. Monipuolinen ohjaaminen.

Ohjaaminen diabetesta sairastavan hoidossa koostuu hyvin erilaisista osa-alueista, kuten menetelmistä ja erilaisista palveluista. Haastatteluissa nousi esille useita menetelmiä, kuten voimavaralähtöisyys ja motivoiva haastattelu. Haasteltavat kuvasivat käyttävänsä eri menetelmiä limittäin toistensa kanssa ja kävi ilmi, että ohjaustilanteissa diabeteshoitajat eivät tietoisesti ajatelleet käyttävänsä tiettyä menetelmää, vaan opitut taidot ja menetelmät yhdistyivät ohjauksessa. Tätä kutsutaan konstruktiviseksi ohjaamiseksi ja kyse onkin enemmän keskustelumenetelmästä, jonka avulla tuetaan potilaan omaa oppimista. Konstruktivisen ohjaamisen periaatteisiin kuuluu myös, että ohjaaja muokkaa ohjaustyyliään ohjattavan mukaan. (Vänskä ym. 2011, 21.) Potilaiden tarpeiden lisäksi ohjaustapaan vaikuttaa diabeteshoitajan persoonallisuus, arvomaailma ja kokemukset. Diabeteshoitajan olisi hyvä tunnistaa nämä asiat itsessään ja arvioida toimintaansa näiden pohjalta. (Eloranta ja Virkki 2011, 45–46.)

*”... ite en tietoisesti sitä tiettyä mallia hae vaan minä kuulostelen vähän, että millanen ihminen kyseessä ja sen mukaan ohjauksen luon..”*

*”Kaikkea sekasin, siinä on keskustelua, motivointia, tavotehaku, nää kaikki tulee..”*

Haastatteluissa kävi ilmi, että diabeteshoitajat kokivat ohjausmateriaalien antavan hyvin tukea suulliseen ohjaukseen. Käytössä on esimerkiksi erilaisia lehtisiä ja tietoa voidaan etsiä myös internetistä. Kuvien ja elintarvikepakkausten käyttöä pidettiin hyvänä tapana konkretisoida asioita. Diabeteshoitajat kokivat myös hyvänä, että heillä on käytössään materiaalia, jota voivat antaa mukaan potilaille, jotta he voivat kerrata asioita itse kotona. Ohjausta käsittelevässä kirjallisuudessa on todettu, että potilaatkin kokevat kirjalliset ohjeet positiivisina, sillä näin he voivat tukeutua niihin tarpeen mukaan ja kerrata tietojaan. Konkretisoimalla asioita diabeteshoitaja tekee potilaalle helpommaksi ymmärtää ja sisäistää ohjattuja asioita, koska näin asiat tulevat lähelle elettyä elämää. Myös internetistä löytyy monipuolisesti ohjaamisen tueksi materiaalia ja hyviä tietolähteitä, joita voi käydä läpi potilaan kanssa yhdessä tai ohjata häntä käyttämään niitä. Internetiä käytettäessä on kuitenkin muistettava tarkastaa käytettyjen sivustojen laatu ja ajantasaisuus. (Kynäs ym. 2007, 61, 124 ja 128–129.)

*”Ja sit oon kyllä omalla vastaanotollakin käyttänyt, että on ollu sitten pakkauksia mitä on tutkittu vaikka jugurttien suhteen, että jos puhutaan jugurteista niin mitä konkreettisesti, minkä verran niissä on sokeria ja missä sitten ehkä on vähemmän sokeria. Että on niitä kateltu pakkaustenkin avulla ja joskus oon saattanu netistä näyttää kuvia, jos jostakin tietystä puhutaan vaikka nyt sitten potilas haluaa tietää..”*

Toisinaan diabeteshoitajat olivat antaneet potilailleen etäohjausta puhelimen tai sähköpostin välityksellä. Etäohjauksen avulla haastateltavat olivat antaneet neuvoja esimerkiksi koskien verensokeriarvoja ja insuliiniannosten muuttamista. Tietosuojavaltuutetun kannanoton mukaan sekä puhelin- että sähköpostiohjausta annettaessa diabeteshoitajan on tunnettava lainsäädäntö ja oltava tarkkana tietosuojaa-asioissa. Varsinkin sähköpostiviestintä on ongelmallista suuren tietoturvariskin takia, sillä suojaamattomana se ei täytä tietoturva vaatimuksia eikä sitä pitäisi käyttää välineenä viestinnässä potilaan luvasta huolimatta. Sähköpostilla voi laittaa potilaalle ainoastaan yleisluontoisia

asioita, ja tästä syystä potilaan lähettämään sähköpostiin olisikin hyvä vastata soittamalla. Tekstiviestit ovat hieman turvallisempi keino viestiä, mutta niidenkin käytössä tulee noudattaa huolellisuutta. Perinteisessä puhelinohjauksessa diabeteshoitajalta vaaditaan paitsi tietoturvatuntemusta, myös vahvaa asiantuntijuutta ja kykyä selvittää hoidon kannalta oleelliset asiat ja tarttua niihin. Diabeteshoitajan on lisäksi pystyttävä ilmaisemaan puhelimesta itseään selkeästi, jotta potilas ymmärtää annetut ohjeet. (Kygäs ym. 2007, 118–119 ja Sähköpostin ja tekstiviestien käyttäminen terveydenhuollossa 2010.)

*”Välillä voidaan soitella niistä sokeriarvoista, insuliiniannoksista.”*

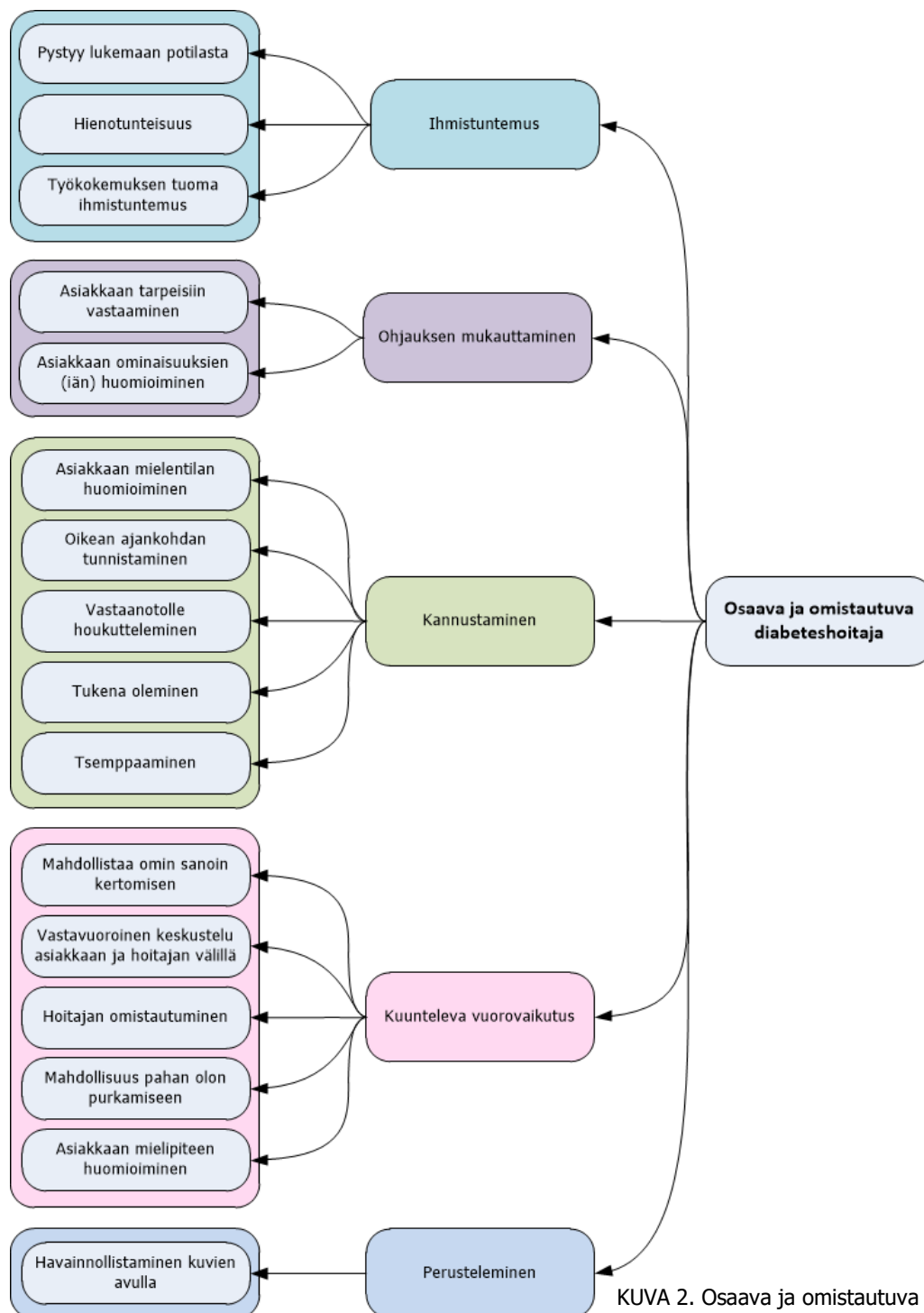
Diabeteshoitajat olivat toteuttaneet ohjausta myös ryhmäohjauksena. Toisessa haastattelemassamme kunnassa diabeteshoitajat toteuttivat ryhmäohjausta hiljattain sairastuneille. Esille nousi ryhmäohjaustilanteissa potilaiden toisilleen antama vertaistuki ja sen merkitys. Tätä ajatusta tukee myös ohjausta käsittelevät teokset. Ryhmäohjaus sopii hyvin vastasairastuneille, koska ryhmän jäsenet ovat samassa tilanteessa. Ryhmässä pääsee keskustelemaan ja tuomaan esille omia ajatuksiaan ja kysymyksiään. Ryhmäohjaajalla on tärkeä rooli hyvän ja luottamuksellisen ilmapiirin luojana. Ryhmä on myös oivallinen paikka antaa tietoa, sillä silloin tieto saavuttaa kerralla monta henkilöä ja on näin ollen myös taloudellista. Jotta ryhmässä saataisiin aikaan oppimista ja keskustelua, täytyy ryhmäohjaajan osata käyttää aktiivisia ohjaustapoja ja jakaa vastuuta ryhmän toiminnasta jäsenille. Tämä saa ryhmän jäsenet peilaamaan toimintaansa, esimerkiksi elämäntapojaan, toisiinsa ja saavat tätä kautta motivaatiota käynnistää ja ylläpitää muutosprosessia. (Kygäs ym. 2007, 104 ja Vänskä ym. 2011, 92 ja 94.)

*”Sitten ryhmät, meillä on ryhmiä kanssa näille uusille ihmisille, että siinä tietysti sitä vertaistukea ja vähän toisenlaista on siinä se ohjaaminen.”*

Ohjaamisen tukena haastateltavat olivat kannustaneet potilaitaan käyttämään kolmannen sektorin palveluita, esimerkiksi ohjanneet paikallisen diabetesyhdistyksen toimintaan mukaan. Haastateltavat diabeteshoitajat pitivät yhdistystoimintaa hyvänä asiana, sillä yhdistysten kautta potilaat saavat vertaistukea ja motivaatiota hoitoonsa ja elämäntapojensa muuttamiseen. Kolmannen sektorin eli käytännössä erilaisten yhdistysten tehtävä on tukea julkisia terveydenhuollon palveluita järjestämällä potilaiden hyvinvointia tukevaa toimintaa, joka ei kuitenkaan kuulu julkiseen terveydenhuoltoon. Yhdistykset voivat esimerkiksi toimia jäsentensä edunvalvojana, asiantuntijana ja järjestää palveluja kuten sopeutumisvalmennuksia ja muuta vertaistointia. (Salmi 2014.) Kuopion seudulla toimiva Puijon Diabetesyhdistys tarjoaa esimerkiksi tietoa ja vertaistukea muun muassa järjestämällä liikuntaryhmiä ja terveystmittauksia (Puijon diabetesyhdistys ry 2013).

*”Sitten tietysti yritetään motivoida niitä potilaita tuonne noitten järjestöjen eri ryhmiin. Siellähän meillä on sydänliitto, diabetesliitto ja -yhdistystä, jotka pitävät tosi paljon erilaisia liikuntaryhmiä ja virkistysryhmiä ja tämmöstä toimintaa, et ne niinku sieltä kautta saisivat sitä sekä vertaistukea että motivaatio.”*

## 7.2 Osaava ja omistautuva diabeteshoitaja



KUVA 2. Osaava ja omistautuva diabeteshoitaja.

Diabeteshoitajalla on suuri rooli potilashoidon onnistumisessa. Diabeteshoitajan tulee olla työssään osaava sekä omistautua potilailleen ja tehtävälleen. Potilaan kannustaminen ja tukena olo nousivat haastatteluissa esille useassa kommentissa. Myös kirjallisuudessa potilaan rohkaisun ja tukemisen merkitystä ohjaussuhteen syntymiselle korostetaan (Kyngäs ym. 2007, 48 ja Kääriäinen ja Kyngäs 2014). Omahoidon tuki auttaa potilasta ylläpitämään omahoidossa vaadittavia taitoja ja käyttäytymismalleja. Diabetesta sairastava voi saada terveydenhuollon lisäksi tukea yhteisöistä, kuten perheeltä ja erilaisista yhdistyksistä. (Powers ym. 2015.)

*”Tietysti se kannustaminen... kannustaminenhan meillä on aika kova juttu... pitää olla hyvin positiivisia aina, että kyllä se onnistuu.”*

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että diabeteshoitajan tärkeisiin ominaisuuksiin kuuluu kuuntelemisen taito sekä taito olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Haastatteluissa tuli ilmi, että diabeteshoitajan tulee edistää dialogista keskustelua ja antaa potilaalle mahdollisuus kertoa omin samoin omasta elämästään ja ajatuksistaan. Hoitosuhteessa diabeteshoitajan täytyy omistautua työhönsä ja kohdata jokainen potilas yksilönä. Potilaan mielipidettä on kuunneltava ja annettava mahdollisuus pahan olon purkamiseen. Kuuntelemisen merkitystä potilaslähtöisen ohjauksen toteutumiseksi korostetaan myös ohjausta käsittelevässä kirjallisuudessa. On todettu, että hyvät kuuntelutaidot lisäävät potilaan ajatusten esille tuomista ja oikean ohjaustarpeen havaitsemista. (Duodecim 2015 ja Kyngäs ym. 2007, 79.) Kuuntelutaito edistää myös hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä ja empaattista ilmapiiriä (Lipponen ym. 2006, 25, 31 ja 34).

*”Ja sitten kuuntelee sitä potilasta ja poimii sieltä semmosia, että mitä se on kertonu niin niistä ehkä sitten voi kysyä tarkentavia ja tehdä vähän sellasta yhteenvetoo mitä se potilas on kertonu.”*

*”... kyllä se on se kuunteleva, että mitä sieltä potilaalta tulee sitä, mitä ajatuksia ja mihin hän on valmis ja mitä hän niinku, mihin voimavarat hänellä sitten riittää.”*

Haastateltavat pitivät tärkeänä työkokemuksen mukanaan tuomaa ihmistuntemusta sekä kykyä lukea potilasta. Myös tietynlainen hienotunteisuus, esimerkiksi diabeteshoitajan kyky sivuuttaa arat asiat, kuten potilaan paino sen ollessa häveliäs asia, tulivat kommentteissa ilmi. Eloranta ja Virkki (2011, 55) korostavat samoin hienotunteisuutta ja ymmärrystä tällaisissa tilanteissa. Jos asioita joudutaan käymään läpi, eikä niitä voida sillä hetkellä sivuuttaa, diabeteshoitajan tulisi kirjoittajien mukaan olla rauhallinen, kuunteleva ja viestiä samansuuntaisesti niin sanallisesti kuin sanattomasti, jotta luottamus saavutettaisiin hoitosuhteessa.

*”... työkokemuksen kautta varmaan tulee se tuntuma, että tän kanssa mennään näin ja ton kanssa toisella tavalla.”*

Haastateltavat kokivat ohjauksen mukauttamisen tilanteeseen sopivaksi vaikuttavan olennaisesti ohjauksen onnistumiseen. Tärkeää on tunnistaa hetki, jolloin potilaalla on valmiudet vastaanottaa tietoa ja motivoitua hoitoon. Diabeteshoitajan on myös huomioitava yksilölliset tekijät, kuten ikä tai kognitiiviset taidot. Haastateltavat pitivät tärkeänä myös diabeteshoitajan kykyä vastata potilaan itsensä esille tuomiin tarpeisiin. Elorannan ja Virkin mukaan jo ensitapaamisella luodaan lähtökohdat hyvälle ohjaussuhteelle, kun potilaan ja diabeteshoitajan välille saadaan muodostumaan positiivinen ilmapiiri. Yhteyttä ja läheistä ilmapiiriä luotaessa voidaan keskustella keveistä asioista, jotka ovat lähtöisin potilaan kiinnostuksen kohteista. (Eloranta ja Virkki 2011, 54–55.) Ohjausta joudutaan mukauttamaan paitsi potilaan tiedon tarpeen, myös muiden taustatekijöiden suhteen. On esimerkiksi mietittävä, voiko hän huolehtia hoidostaan itse vai onko tarpeellista ohjata potilaan lisäksi vaikkapa hänen läheisiään. (Kyngäs 2008, 30–31.)

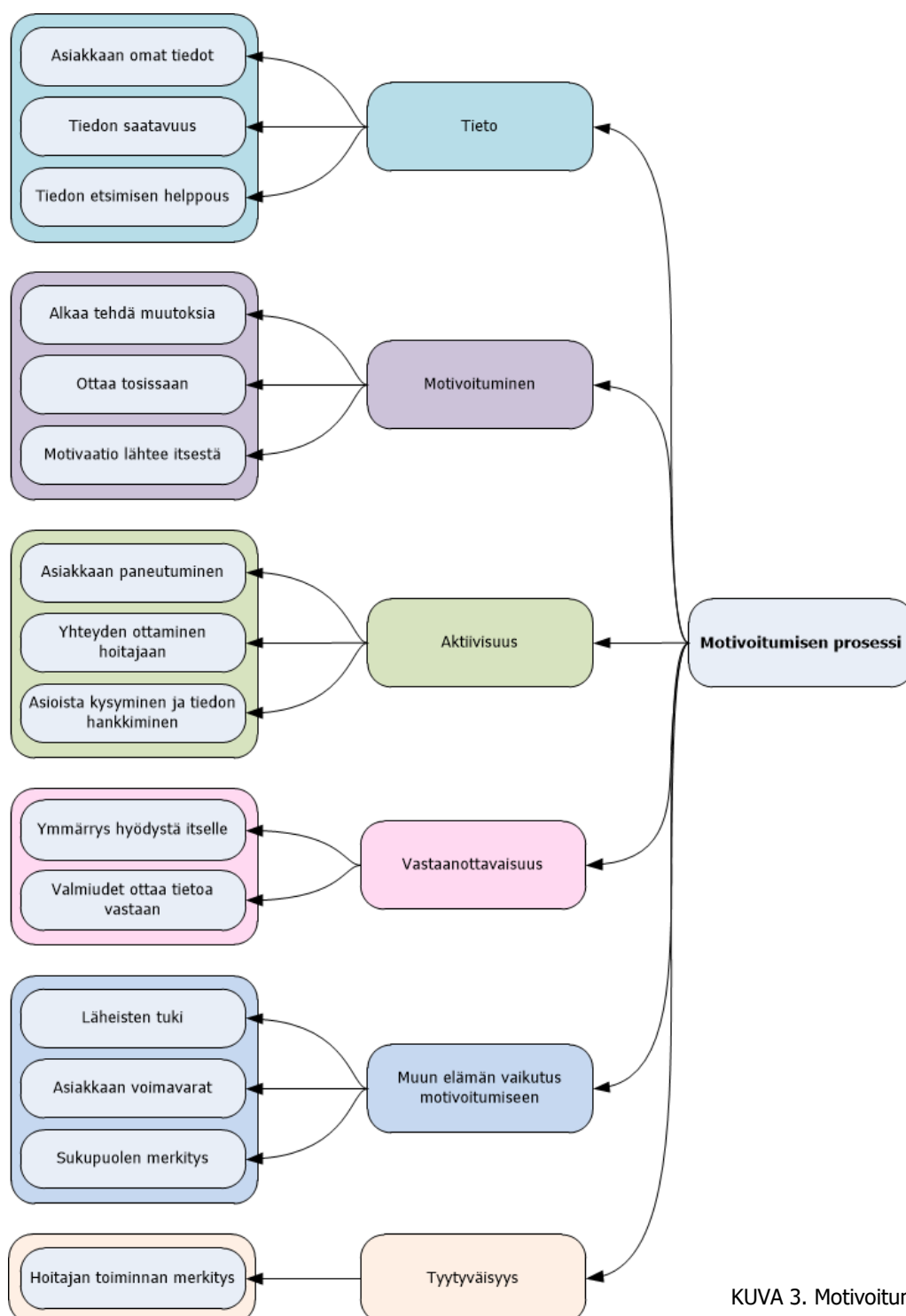
*”Se on mentävä hänen omien tarpeitten mukaan.”*



Kysyttäessä ohjausmateriaalien käytöstä diabeteshoitajat kertoivat käyttävänsä kuvia asioiden havainnollistamiseen ja perustelun tukena. Yksi diabeteshoitajista kertoi konkretisoineensa asioita esimerkiksi tutkimalla tuotteessa olevaa sokerimäärää pakkauksista potilaan kanssa. Tekemällä asioita konkreettiseksi saadaan asiat ihmisille helpommin tajuttaviksi ja todellisimmiksi (Kyngäs ym. 2007, 28). Ruokavalio-ohjauksessa onkin tärkeää antaa ohjausta ruokatasolla ravintoaineiden tarkastelun sijaan (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 2013, 41).

*”...sit oli niitä karkinsyöntiä vähentäny, kun oli puhuttu ja katottu kuvia minkä verran karkeissa on oikein sokeria ja energiaa.”*

### 7.3 Motivoitumisen prosessi



KUVA 3. Motivoitumisen prosessi

Tyyppin 2 diabeteksen hoidossa keskeisessä asemassa on omahoito. Jotta omahoito voi toteutua hyvin, täytyy potilaan olla motivoitunut ja sitoutunut hoitoonsa. Motivoituminen voi olla pitkä prosessi, johon vaikuttavat monet potilaasta itsestään ja hänen elämäntilanteestaan johtuvat tekijät. Diabeteshoitajan täytyy osata tukea ja viedä tätä prosessia eteenpäin. Haastattelemamme diabeteshoitajat toivat esille, että motivoitumisprosessin käyntiin saamiseksi potilaan on ymmärrettävä, että elämäntapamuutoksesta on hyötyä juuri hänelle itselleen eikä niitä tehdä esimerkiksi siksi, että diabeteshoitaja olisi tyytyväinen. Uutta omaksuakseen potilaalla on myös oltava valmiudet ottaa tietoa vastaan. Esimerkiksi hiljattain saatu tieto sairaudesta voi olla syy, miksi potilas ei pysty ottamaan ohjausta vastaan vaan keskittyy vielä sairastumisensa käsittelyyn. Diabeteshoitajan onkin tärkeää pystyä tunnistamaan potilaan tarpeet ja kyky ottaa vastaan uutta tietoa. Diabeteshoitajan on kyettävä vertaamaan omaa ohjaamistaan potilaan tarpeisiin ja löydettävä keinot motivaation saavuttamiseksi. Jotta potilaan motivaatio saadaan heräämään ja vahvistumaan, on todella tärkeää kannustaa potilasta ja vahvistaa hänen luottamusta itseensä. Onnistumiskokemusten oivaltaminen ja läpikäyminen auttavat motivaation säilymisessä. Keskusteleminen potilaan kanssa jo tapahtuneesta edistymisestä lisää motivaatiota ja uskoa onnistumiseen. (Eloranta ja Virkki 2011, 31, 62 ja 64–65, Furman ja Ahola 2007, 57 ja Kyngäs ym. 2007, 30).

*“... ymmärsi sitten, että mitä hyötyä niistä muutoksista on hänelle itellensä ja et hän ei tee niitä muutoksia vain sitä terveydenhuoltoon varten.”*

*“... se pitää kyllä syntyä motivaatio iteltänsä...”*

Potilaan paneutuminen hoitoon ja aktiivisuus omahoidossa kertovat motivoitumisen asteesta, minkä myös diabeteshoitajat vahvistivat haastatteluissa. On suuri merkitys sillä, kuinka tiiviisti potilas omistautuu hoitoonsa; etsii tietoa ja kysyy asioista diabeteshoitajalta jopa tapaamisten välillä. On osoitettu, että potilaita on kannustettava ottamaan aktiivisesti vastuuta omasta hoidostaan, jotta he saisivat uskoa vaikutusmahdollisuuksiinsa. Kun potilas uskoo itseensä ja tuntee itsensä arvostetuksi, edistää tämä myös potilaan ymmärrystä omasta tilanteestaan. (Kyngäs ym. 2007, 41–42.) Haastateltavat olivat yhtä mieltä myös siitä, että tänä päivänä tietoa on runsaasti saatavilla ja sitä on helppo etsiä. Eloranta ja Virkki (2011, 31) vahvistavat, että nykyään ihmisillä ei ole ongelmaa hankkia tietoa vaan kyse on siitä, että tieto pitäisi tulla oikealla tavalla ja otollisena ajankohtana. Haastateltavien kommentteissa toistui kiinnostuksen kohteiden huomioiminen ohjauksen painottamisessa ja tiedon tarjoamisessa. Potilaskeskeisessä ohjauksessa ohjaus rakentuu juuri tällä tavoin asiakkaan näkemysten sekä tarpeiden pohjalle. Diabeteshoitajan rooli on vastata potilaan tiedon tarpeeseen (Turku 2008, 57 ja Vänskä ym. 2011, 54–55).

*“Onko hän kiinnostunut ja mistä asiasta hän on kiinnostunut ja miten paljon hän tietää entuudestaan.”*

Hoitoon motivoitumiseen ja sitoutumiseen vaikuttaa kuinka paljon ihmisellä on voimavaroja käytettävissä. Voimavarat koostuvat kaikista elämään kuuluvista positiivisista tekijöistä (EHYT ry 2015). Diabeteshoitajat mainitsivat hoitoon sitoutumiseen vaikuttavan olemassa olevat voimavarat

tai voimavarojen puute. Läheisten tuki koettiin motivaatiota vahvistavaksi ja negatiiviset asiat, kuten omaisen kuolema, motivaatiota heikentäväksi. Voimavarojen huomioimisen on todettu kehittävän potilaan kykyä olla vastuussa omasta elämästään. Menetelmä vaatii sekä diabeteshoitajalta että potilaalta uudenlaiseen rooliin astumista. Potilaan tehtävä on olla aktiivinen ja perillä omasta hoidostaan, kun taas diabeteshoitajan tehtävä on auttaa potilasta tietösten päätösten tekemisessä tavoitteiden saavuttamiseksi esimerkiksi antamalla hoitosuosituksia ja tukemalla. (Funnel ja Anderson 2004.) Diabeteshoitajan käyttäytymisellä ja toiminnalla on myös suuri merkitys potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Haastatteluissa ilmeni, että potilaat kokivat merkityksellisenä diabeteshoitajan kärsivällisyyden ja tuen tavoitetta saavuteltaessa. Onnistuneen hoitosuhteen luomiseksi diabeteshoitajan on osoitettava kunnioitusta potilasta kohtaan olemalla ystävällinen sekä kuuntelemalla kiirehtimättä ja keskeyttämättä asiakasta. Vastavuoroisuuteen kuuluu, että diabeteshoitaja tauottaa ja rytmittää potilaan puhetta, jolloin molemmilla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. (Eloranta ja Virkki 2011, 55 ja Lipponen ym. 2006, 28.)

*”Ja sit tietysti ne positiiviset asiatkii, että on sitten myös tarmoo hoitaa itseensä paremmin, jos muut asiat on kohallaan.”*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kartoittaa tyypin 2 diabetesta sairastavan potilasohjauksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ja tuoda esille diabeteshoitajien ohjausosaamista. Aiheena tyypin 2 diabetes on ajankohtainen ja kiinnostava, koska sitä sairastavien määrä kasvaa jatkuvasti, ja tulemme tulevassa ammatissamme kohtaamaan heitä, riippumatta siitä missä työskentelemme. Lisäksi ohjaamistaitoja tarvitaan kaikessa terveyttä edistävässä työssä. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollon eri yksiköissä tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjauksessa. Hyväksi todettuja ohjausmenetelmiä voidaan käyttää myös muiden potilasryhmien ohjaamisessa. Lisäksi terveysalan opiskelijat voivat käyttää opinnäytetyötä opiskelun tukena etsiessään lisätietoa tyypin 2 diabeteksestä ja potilasohjauksesta.

Työssämme nousi esille kolme teemaa, jotka ovat monipuolinen ohjaaminen, osaava ja omistautuva diabeteshoitaja ja motivoitumisen prosessi. Tulosten mukaan tyypin 2 diabetesta sairastavan ohjauksen onnistumisen kannalta olennaisia tekijöitä ovat ennen kaikkea hoitajan vuorovaikutustaidot sekä potilaan vastaanottavuus ja motivaatio. Mielestämme diabeteshoitajan rooli onkin erittäin tärkeä, koska ohjaustilanteessa aidosti läsnä oleva ja työlleen omistautuva diabeteshoitaja on avainasemassa ohjauksen onnistumisessa. Diabeteshoitajan asennoituminen ohjaamiseen vaikuttaa potilaan suhtautumiseen sekä hoitajaa että ohjattavaa asiaa kohtaan. Työn tuloksissa korostuivatkin diabeteshoitajan yksilölliset ominaisuudet, kuten taito ja motivaatio antaa laadukasta ohjausta. Juuri yksilöllisyys on potilasohjauksen vahvuus sekä heikkous. Hyvä ohjaaja voi hyödyntää luovasti ammattitaitoaan sekä persoonansa onnistuneen ohjaustilanteen luomiseksi. Vastaavasti ohjaamiseen epämotivoitunut tai heikot vuorovaikutustaidot omaava ohjaaja voi heikentää potilaan hoidon laatua sekä vähentää motivaatiota.

Työelämässä resurssien lisäksi ohjausta voi heikentää hoitajien asenteen lisäksi työyhteisökulttuuri. Terveysalalla on valitettavasti ollut nähtävissä negatiivinen asenne työhön ja tapa valittaa asioista. Työ saatetaan kokea raskaana ja siitä vain yritetään selviytyä. Myös asenteet potilaita kohtaan voivat olla kielteisiä ja saatetaan todeta, että ei siitä olisi mitään hyötyä vaikka yrittäisiin. Tätä näkökulmaa ei tietenkään voi yleistää koskemaan kaikkia hoitoalan ammattilaisia tai työyhteisöjä. Negatiivista näkemystä kuvastaa hyvin esimerkiksi Lindströmin (2013) THL:n diaesitykseen Helsingin Sanomista poimittu hoitajan kommentti: "Mun luo on tullut vain sellaisia lyyssä istuvia, ylipainoisia ja apaattisia kavereita, jotka eivät haluakaan muuttaa elämässään mitään". Jos asenne potilaita kohtaan on työntekijällä lähtökohtaisesti tämä, tuskin potilasohjauksaan voi olla kovin voimavaroja hyödyntävää, potilaille uusia näkökulmia tuovaa tai onnistumisista iloitsevaa, jollaista sen tulisi olla onnistuakseen.

Työmme tuloksissa korostui selvästi diabeteshoitajien yksilöllinen tapa tehdä työtä. Vastaanottotyö on itsenäistä, ja työntekijällä on vastuu kehittää omasta työtavastaan mahdollisimman toimiva ja tehokas olemassa olevien resurssien puitteissa. Valittamisen sijaan olisi tärkeää miettiä, mikä on

hyvin ja miten itse voisi parantaa toimintaansa. Esimerkiksi ajan puute on yksi yleinen valituksen aihe, ja helposti ajatellaan, että ei kannata edes yrittää, koska aika ei riitä kunnolliseen ohjaamiseen eikä potilas kuitenkaan tässä ajassa opi mitään. Sen sijaan voisi miettiä, paljonko aikaa on, ja miten sitä käytetään, jotta potilas saisi mahdollisimman paljon irti ohjauksesta. Tämä vaatii hoitajalta luovuutta ja innovatiivisuutta. Työntekijän tulisikin olla aktiivinen oman työnsä kehittäjä. Tässä yhteydessä voidaan puhua myös tutkivasta ja kehittävästä työotteesta, joka korostaa työntekijän analyysoivaa otetta työhönsä, eri näkökulmien hakemista sekä kriittisyyttä. Työotteessa keskeistä on itsenäinen työn kehittäminen esimerkiksi kehittämällä omaa osaamista tai työskentelytapoja. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2012, Suhonen 2008, 53–56 ja Hyvinvoiva työyhteisö 2015.) Tätä näkökulmaa tulisikin hyödyntää myös potilasohjauksen kehittämisessä, sillä ohjauksen merkitys terveyspalveluissa kasvaa tulevaisuudessa.

Tutkivan ja kehittävän työotteen edistäminen ja hyödyntäminen luo haasteita hoitotyön johtamiselle. Terveysalalla vallitsee melko tarkkaan järjestäytynyt työyhteisökulttuuri, jossa työntekijät tyypillisesti toimivat esimiesten ja organisaatioiden määrittämien mallien mukaisesti. Kuitenkin potilasohjauksen kaltainen vuorovaikutukseen pohjautuva työskentely vaatii, että työntekijällä on mahdollisuus toteuttaa itseään parhaaksi katsomallaan tavalla. Esimiehet eivät siis voi antaa tarkkaa vastausta siihen, kuinka potilasohjausta tulisi toteuttaa, eikä alaisten tulisikaan sysätä vastuuta työn kehittämisestä työnjohdolle, vaan tehdä yhteistyötä parhaan tuloksen saavuttamiseksi. Esimiehiltä tämä vaatii työntekijöiden kannustamista oman työnsä reflektointiin ja arviointiin. Opinnäytetyössä käyttämämme onnistumiskokemusten analysointia voisikin hyödyntää työyhteisöjen sisäisessä työn kehittämisessä enemmän myös terveysalalla.

Haastatteluissa tuli esiin kolmannen sektorin palveluiden käyttö potilasohjauksen tukena. Hyvä yhteistyö alueen toimijoiden kanssa koettiin toimivaksi ja sen ajateltiin edistävän potilaan kokonaisvaltaista palvelua. Diabeteshoitajan tulisikin olla tietoinen alueella tarjottavista palveluista ja yhdistystoiminnasta, jotta voi ohjata potilasta hakeutumaan sinne esimerkiksi liikunta-aktiiviteettien ja vertaistuen piiriin. Terveyspalvelujen kuormituksen kasvaessa julkisen sektorin tulisi kehittää yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa systemaattisemmaksi. Eri toimijoiden hoitaessa oman osuutensa kokonaisuus olisi toimivampi hoidon sekä tuen jatkuvuuden kannalta. Näin vältettäisiin tilanteita, joissa potilas kokee jäävänsä ”tyhjän päälle” jos ei esimerkiksi saa kaipaamaansa palvelua julkisen terveydenhuollon puolelta.

Ohjaamisen riittämättömyyteen vaikuttaa varmasti muutkin tekijät kuin resurssien puute. Opiskelijoina meillä on tuore kuva ohjaamisen osuudesta sairaanhoitajien/terveydenhoitajien koulutuksessa, ja on todettava, että se ei ole riittävää eikä anna tarpeeksi valmiuksia antaa laadukasta potilasohjausta. Erialaisten potilaiden kohtaamista tulisi harjoitella opintojen aikana huomattavasti nykyistä enemmän ja siitä pitäisi saada suoraa palautetta kehitysehdotusten kera. Esimerkiksi terveydenhoitajan koulutusohjelmassa meidän opintosuunnitelmassamme terveyttä edistävää asiakkaan ohjaamista opiskellaan kolmen opintopisteen edestä. Mielestämme opinnoissa keskitytään eri ohjausmenetelmien ”tunnuspiirteisiin” ja niiden kirjaimelliseen noudattamiseen. Kuitenkin työssämme tuli selkeästi useaan otteeseen ilmi, että eri menetelmiä tulee osata käyttää

joustavasti limittäin potilaan tarpeiden mukaan, mikä usein koulutuksessa unohtuu. Ylipäättäänkin vuorovaikutustaitojen kehittäminen jää ammattikorkeakoulussa vähäiseksi runsaan etäopiskelun ja teoriapohjaisen opetuksen vuoksi. Opetusta tulisikin kehittää, sillä osalla sujuva vuorovaikutus tulee luonnostaan ja osa kaipaa siihen enemmän harjoitusta. Opiskelijoiden ohjaustaitoa sekä intoa potilasohjaukseen voisikin parantaa käytännönläheinen opetus ja erilaiset vuorovaikutusharjoitukset esimerkiksi simulaatio-opetuksena.

Ohjaaminen on niin oleellinen osa ammattiosaamista, että opintojaksojen lisäksi ohjaamista tulisi painottaa myös harjoitteluissa. Käytännön harjoittelujaksoilla usein saa ohjata vain jotain pientä ”yksityiskohtaa” potilaan hoidossa, esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumista. Tällöin tuntuma (pitkäaikaissairaiden) kokonaisvaltaiseen ohjaamiseen jää saamatta, ja sitä pääsee harjoittelemaan vasta työelämässä. Työntekijä taas usein ohjaa potilaita yksin, jolloin ei saa välttämättä samalla tavalla palautetta kuin harjoittelun ohjaajalta, varsinkin ellei kysy potilaalta palautetta. Haastatteluissa tulikin ilmi, että ohjaustaidot karttuvat työkokemuksen myötä, mutta siitä huolimatta peruskoulutuksessa tulisi panostaa ohjaustaitojen opetukseen.

Kuten opinnäytetyössämme on todettu, ohjaaminen on todella merkittävä osa hoitoa, sillä ilman hyvää ohjausta koko hoitoprosessi ja hoidon tulokset kärsivät. Tyypin 2 diabeteksessa ensisijaisia ovat lääkkeettömät hoitomuodot, esimerkiksi elintapamuutokset, joiden merkitys ei vähene vaikka lääkitys jouduttaisiin aloittamaan (Diabetesliitto 2015c, Mustajoki 2015c). Nimenomaan elintapamuutoksiin motivoitumisessa ja hoitoon sitoutumisessa tyypin 2 diabetesta sairastava tarvitseekin ohjausta ja tukea. Ohjausta tulisikin antaa tehostetusti sairauden alkuvaiheessa, jotta elintapamuutokset toteutuisivat ja hyvä verensokeritasapaino voitaisiin saavuttaa ilman lääkehoitoa. Hyvä potilasohjaus on toteutettavissa suhteellisen vähillä resursseilla, jos työntekijöillä on vain intoa kehittää omaa ohjaamistaan. Ohjaamisessa tulisi painottaa ohjattavan vastuullisuutta ja siirtyä potilaan yläpuolelta kanssakulkijaksi ja opastajaksi kohti hyviä elämäntapoja sekä omahoitoa. Hyvällä ohjauksella voitaisiin sairauden hoidon lisäksi parantaa yksilön kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä elämänlaatua. Tätä näkökulmaa tulisikin korostaa terveydenhuollossa enemmän, sillä tehtävämme on hoitaa asiakasta kokonaisuutena eikä vain sairautta tai oireita.

Yksilön lisäksi potilasohjauksella on merkitystä myös yhteiskunnallisesti sekä kansanterveyden että -talouden kannalta. Potilasohjaus on tärkeä työväline sairauden hoidon lisäksi ennaltaehkäisyssä, sillä tyypin 2 diabetes on merkittävä kansanterveysongelma, joka kuitenkin olisi ehkäistävissä ohjauksen avulla (Tuomilehto ym. 2003 ja Koski 2010, 27). Ennaltaehkäisy säästäisi kustannuksia sekä mahdollisesti lisäisi tuottavuutta, kun ihmiset voisivat paremmin ja pysyisivät työkykyisinä pidempään. Potilasohjaus vähentää kustannuksia myös jo sairastuneiden kohdalla. Ohjauksella voitaisiin esimerkiksi ehkäistä komplikaatioita, joiden hoitokustannukset ovat moninkertaiset komplikaatioilta välttyneiden hoitoon verrattuna. (Powers ym. 2015 ja Jarvala, Raitanen ja Rissanen 2010, 18.)

## 8.2 Ammatillinen kasvu

Jo opinnäytetyön aihetta valittaessa pohdimme millä osa-alueella haluamme syventää osaamistamme. Valitsimme aiheeksi tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjaamisen, koska tulevassa ammatissamme tarvitsemme hyvän ohjaamisen osaamista riippumatta siitä missä työskentelemme. Lisäksi yhdistämällä aiheeseen tyypin 2 diabeteksen, saimme näkökulmaa kuinka motivoida ihmisiä elämäntapamuutokseen ja omahoitoon sitoutumisessa. Näitä taitoja voi hyödyntää muitakin pitkäaikais- ja elintapasairauksia sairastavien hoidossa.

Opinnäytetyöprosessi kehitti varsinaisen ammattiosaamisen lisäksi monenlaisia muita taitoja, joita tarvitaan myös työelämässä. Opinnäytetyön tekeminen vaatii muun muassa aikatauluttamista, vuorovaikutustaitoja, kriittisyyttä, kirjoitustaitoa sekä tiedonhakutaitoja. Kuitenkin mielestämme yksi merkittävimmistä opinnäytetyön myötä oppimistamme asioista on taito tehdä synteesiä, eli yhdistää eri lähteistä saatua tietoa kokonaisuudeksi.

Laadulliselle tutkimusprosessille on tyypillistä ”edestakaisuus”. Tutkittava asia pohjautuu teoriaan, mutta teoriaa joudutaan hiomaan vielä varsinaisten tulosten saannin jälkeen, koska tutkimuksessa saattaa nousta esille ennalta arvaamattomia seikkoja. Tällöin teoriaosuutta joudutaan muokkaamaan, jotta kokonaisuus säilyy johdonmukaisena. (Hukkinen 2010.) Tämä opetti meidät sietämään keskeneräisyyttä ja palaamaan jo kirjoitettuun tekstiin yhä uudelleen.

Ohjaava opettaja auttoi ja antoi meille tukea työn eri vaiheissa. Ilman hyvää opastusta laadukkaan opinnäytetyön tekeminen ei olisi onnistunut, koska kummallekin meistä tutkimuksen teko ja tieteellinen kirjoittaminen oli uutta. Koimme sisällönanalyysin tutkimusmenetelmänä vaativaksi, ja saimmekin analyysivaiheessa paljon tukea ja näkökulmia aineiston jäsentelyyn. Uskomme että jatkossa vastaavan kirjallisen työn tai muun isomman projektin tekeminen itsenäisemmin on helpompaa. Opinnäytetyötä tehdessä löysimme itsellemme sopivia keinoja muun muassa projektin suunnitteluun sekä kirjoittamiseen.

## 8.3 Opinnäytetyön jatkotutkimusideat

Tulevaisuudessa 2 tyypin sairastuvuus lisääntyy yhä entisestään, ja potilasohjauksella on merkittävä osa hoitoon sitoutumisessa. Tässä työssä tutkimme diabeteksen hoidon erityisasiantuntijoiden ohjaamis- ja onnistumiskokemuksia. Olisikin mielenkiintoista tutkia vastaavia kokemuksia työterveyshoitajien keskuudessa. Onnistumiskokemuksia voitaisiin tutkia myös jonkin muun potilasryhmän ohjaamisen osalta. Ryhmähaastattelun sijaan voisi toteuttaa aiheesta myös yksilötutkimuksen selvittääkseen, miten yksilön ominaisuudet, kuten ikä ja pohja- tai täydennyskoulutus vaikuttaa potilasohjaukseen.

Hoitajien lisäksi olisi tärkeää tutkia ohjaamista potilaiden näkökulmasta, sillä ohjattavat ovat ensisijaisia arvioimaan ohjauksen onnistumista ja omaan motivoitumiseen vaikuttavia tekijöitä. Potilaiden näkemysten esille tuominen myös lisäisi osaltaan potilaslähtöisyyttä ohjaamisessa.

## LÄHTEET

- ALAHUHTA, Maija 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja [verkkajulkaisu], [viitattu 2015-12-16]. Oulun yliopiston julkaisuja D 1081. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514263552/isbn9789514263552.pdf>
- ARNKIL, Tom Erik ja SEIKKULA, Jaakko 2014. "Nehän kuunteli meitä". Dialogeja monissa suhteissa. Helsinki: THL.
- DIABETESLIITTO 2015a. Diabeteshoitotyön osaaminen [diaesitys], [viitattu 2015-10-31]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/files/1032/Diabeteshoitotyön\\_osaaminen.ppt](http://www.diabetes.fi/files/1032/Diabeteshoitotyön_osaaminen.ppt)
- DIABETESLIITTO 2015b. Perustietoa diabeteksestä Suomessa [verkkosivu], [viitattu 2015-10-02]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/media/perustietoa\\_diabeteksesta\\_suomessa](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/media/perustietoa_diabeteksesta_suomessa)
- DIABETESLIITTO 2015c. Lääkkeet. Verensokerin lääkehoito [verkkosivu], [viitattu 2015-12-08]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_2/laakkeet](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/laakkeet)
- DIABETESLIITTO 2002. Omahoitoon motivoiminen [verkkosivu], [viitattu 2015-11-16]. Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/teachingletter13>
- DUODECIM 2015. Aktiivinen kuunteleminen [verkkosivu], [viitattu 2015-11-22]. Saatavissa: [http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p\\_sivu=63658](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=63658)
- EHYT ry 2015. Millaisia voimavaroja tarvitset [verkkosivu], [viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: <http://www.taitolaji.fi/vinkkejä-elämäntapamuutoksiin/muutoksen-avaimia/millaisia-voimavaroja-tarvitset>
- ELORANTA, Tuija ja VIRKKI, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- ERIKSSON, Johan 2014. Aina ajankohtainen diabetes. Lääkärelehti [digilehti] 69, (13), 3. Helsinki: Lääkäri Mediat Oy [viitattu 2014-10-10]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041083>
- ESKELINEN, Seija 2012. Glukoosi. Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-02]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03091](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03091)
- FUNNELL, Martha M. ja ANDERSON, Robert M. 2004. Empowerment and Self-Management of Diabetes. American diabetes association [verkkosivu], [viitattu 2015-11-2]. Saatavissa: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full>
- FURMAN, Ben ja AHOLA, Tapani 2007. Onnistuminen on joukkuelaji. Reteaming® valmentajan käsikirja. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti Oy.
- HAHO, Annu 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidajaliitto [verkkosivu], [viitattu 2015-10-22]. Saatavissa: <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>
- HAKALA, Raili, TAHVANAINEN, Sirpa, IKONEN, Tiina ja SIRO, Annemari 2011. Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2011:6 [verkkajulkaisu], [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa: [http://www.oph.fi/download/132619\\_Osaava\\_lahihoitaja\\_2020.pdf](http://www.oph.fi/download/132619_Osaava_lahihoitaja_2020.pdf)
- HEINONEN, Liisa 2011. Terveyttä edistävä syöminen. Julkaisussa: ILANNE-PARIKKA, Pirjo, RÖNNEMAA, Tapani, SAHA, Marja-Terttu ja SANE, Timo (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121–150.



- HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HIRST, Michael 2013. Foreword. Julkaisussa: IDF diabetes atlas. Sixth edition [verkkójulkaisu], [viitattu 2015-12-17]. International diabetes federation, 7. Saatavissa: [https://www.idf.org/sites/default/files/EN\\_6E\\_Atlas\\_Full\\_0.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf)
- HUKKINEN, Janne 2010. Vinkkejä hyvään graduun [diaesitys]. Helsingin yliopisto. [viitattu 2015-11-25] Saatavissa: <http://blogs.helsinki.fi/jahukkin/files/2010/08/tutseS09ympsjH.pdf>
- HYVINVOIVA TYÖYHTEISÖ 2015. 5. Tutkiva työote ja kehittäminen työelämässä [verkkosivu], [viitattu 2015-12-14]. Saatavissa: <http://hyvinvoiva-tyoyhteiso.blogspot.fi/2014/09/5-tutkiva-tyoote-ja-kehittaminen.html>
- IDF 2015a. About diabetes [verkkosivu], [viitattu 2015-10-23]. Saatavissa: <http://www.idf.org/about-diabetes>
- IDF 2015b. Prevention [verkkosivu], [viitattu 2014-10-17]. Saatavissa: <http://www.idf.org/prevention>
- IDF 2014. Key findings 2014 [verkkosivu], [viitattu 2015-10-23]. Saatavissa: <https://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014>
- ILANNE-PARIKKA, Pirjo 2011a. Metabolic Syndrome. Lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja [verkkójulkaisu], [viitattu 2014-10-31]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66814/978-951-44-8576-3.pdf?sequence=1>
- ILANNE-PARIKKA, Pirjo 2011b. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Julkaisussa: ILANNE-PARIKKA, Pirjo, RÖNNEMAA, Tapani, SAHA, Marja-Terttu ja SANE, Timo (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 217–250.
- ILANNE-PARIKKA, Pirjo, RÖNNEMAA, Tapani ja SAHA, Marja-Terttu 2011. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Julkaisussa: ILANNE-PARIKKA, Pirjo, RÖNNEMAA, Tapani, SAHA, Marja-Terttu ja SANE, Timo (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 216.
- ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO 2015. Motivoiva keskustelu eli motivoiva haastattelu [verkkosivu], [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa: <http://www.tupakkakoulutus.fi/fi/tupakkakoulutus/3.-motivoiva-keskustelu-eli-motivoiva-haastattelu>
- JARVALA, Tiina, RAITANEN, Jani ja RISSANEN, Pekka 2010. Kansallinen diabetesohjelma DEHKO: Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007 [verkkójulkaisu], [viitattu 2015-10-02]. Tampereen yliopisto ja Diabetesliitto. Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/files/1266/Kustannusraportti.pdf>
- KAAKINEN, Pirjo 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja [verkkójulkaisu], [viitattu 2015-10-19]. Oulun yliopiston julkaisuja D 1214. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526202495/isbn9789526202495.pdf>
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- KANSALLINEN DIABETESFOORUMI 2013. Diabeteksen hinta [verkkosivu], [viitattu 2014-10-02]. Saatavissa: <http://www.diabetesfoorumi.fi/diabetestietoa/diabeteksen-hinta.html>

- KANSALLINEN ÄITIYSHUOLLON ASIANTUNTIJARYHMÄ 2013. KLEMETTI, Reija ja HAKULINEN-VIITANEN, Tuovi (toim.) Äitiysneuvolaopas. Helsinki: THL.
- KAUPPILA, Reijo A. 2011. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Jyväskylä: PS-kustannus.
- KOSKI, Sari 2010. Diabetesbarometri 2010. Suomen Diabetesliitto ry [verkkajulkaisu], [viitattu 2015-10-08]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri\\_2010.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri_2010.pdf)
- KYNGÄS, Helvi 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Julkaisussa: RINTALA, Tuula-Maria, KOTISAARI, Sirpa, OLLI, Seija ja SIMONEN, Ritva (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, 27–40.
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- KÄKI, Mari 2013. Huipulla ratsastamisen taidosta [verkkosivu], [viitattu 2014-11-26]. Saatavissa: <http://www.tyonohjaus.fi/huipulla-ratsastamisen-taidosta/>
- KÄYPÄ HOITO 2015. Nivelreuma. Käypä hoito –suositus [verkkosivu], [viitattu 2015-10-23]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi21010#s14>
- KÄYPÄ HOITO 2013. Diabetes. Käypä hoito –suositus [verkkosivu], [viitattu 2015-10-23]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>
- KÄYPÄ HOITO 2012. Astma. Käypä hoito –suositus [verkkosivu], [viitattu 2015-10-23]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi06030#s15>
- KÄÄRIÄINEN, Maria ja KYNGÄS, Helvi 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto [verkkosivu], [viitattu 2015-10-22]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- KÄÄRIÄINEN, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja[verkkajulkaisu], [viitattu 2015-10-19]. Oulun yliopiston julkaisuja D 937. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- LAHTI, Hilka 2010. Liikunta on lääkettä tyyppin 2 diabeetikolle. Diabetes [digilehti] (9/2010), [viitattu 2014-10-16]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden\\_juttuarkisto/ruokavalio\\_liikunta\\_laihdutus/liikunta\\_on\\_laaketta\\_tyyppin\\_2\\_diabeetikolle.2242.news](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/ruokavalio_liikunta_laihdutus/liikunta_on_laaketta_tyyppin_2_diabeetikolle.2242.news)
- LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 2015-10-22]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LASSANDER, Maarit, SOLIN, Pia, TAMMINEN, Nina ja STENGÅRD, Eija 2013. Asiakkaan voimaantuminen mielenterveyspalveluissa. Tarkastelussa WHO:n voimaantumisen indikaattorit. Yhteiskuntapolitiikka 78 (6), 685 – 691 [verkkajulkaisu], [viitattu 2015-11-22]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116040/lassander.pdf?sequence=1>
- LATVALA, Eila ja VANHANEN-NUUTINEN, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Julkaisussa: JANHONEN, Sirpa ja NIKKONEN, Merja (toim.) Laadulliset menetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- LEHTINEN, Päivi 2012. Mies joka haluaa nujertaa diabeteksen. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta [verkkosivu], [viitattu 2014-10-02]. Saatavissa: [http://www.med.helsinki.fi/kolumnit/2011\\_2012/20121005\\_Groop.html](http://www.med.helsinki.fi/kolumnit/2011_2012/20121005_Groop.html)

- LERKKANEN, Jukka 2011. Aikuisten ohjaustarpeiden arviointi ja ohjauksen palvelumuodot. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti [verkkosivu], [viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: <http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2011/05/25/aikuisten-ohjaustarpeiden-arviointi-ja-ohjauksen-palvelumuodot/>
- LINDSTRÖM, Jaana 2013. DPS-tutkimus: Elintapaohjaukseen kannattaa panostaa. THL [diaesitys], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa: <http://videonet.fi/web/thl/20130904/9/lindstrom.pdf>
- LINDSTRÖM, J., PELTONEN, M., ERIKSSON, J. G., ILANNE-PARIKKA, P., AUNOLA, S., KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S., UUSITUPA, M. ja TUOMILEHTO, J. 2012. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Springer Link [verkkosivu], [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00125-012-2752-5/fulltext.html>
- LIPPONEN, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja[verkkojulkaisu], [viitattu 2015-10-19]. Oulun yliopiston julkaisuja D 1236. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>
- LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006 [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-10-22]. Saatavissa: [https://www.pps hp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.pps hp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)
- LOVEMAN, E., FRAMPTON, GK. ja CLEGG, AJ 2008. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. PubMed Health [verkkosivu], [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015030/>
- MANNERI, Tuija 2011. Kun normaalipainoinen sairastuu kakkostyyppin diabetekseen. Diabetesliitto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-06]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden\\_juttuarkisto/yleista\\_diabeteksesta/kun\\_normaalipainoinen\\_sairastuu\\_kakkostyyppin\\_diabetekseen.3695.news](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/yleista_diabeteksesta/kun_normaalipainoinen_sairastuu_kakkostyyppin_diabetekseen.3695.news)
- MANNERI, Tuija 2007. Jos sairastun, onko se geenien syy vai oma vikani? Diabetesliitto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-16]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden\\_juttuarkisto/yleista\\_diabeteksesta/jos\\_sairastun\\_onko\\_se\\_geenien\\_syy\\_vai\\_oma\\_vikani.619.news](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/yleista_diabeteksesta/jos_sairastun_onko_se_geenien_syy_vai_oma_vikani.619.news)
- MEHTO, Eeva 2012. Pienikin painonpudotus tehoaa rasvamaksaan. Diabetesliitto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-17]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden\\_juttuarkisto/ruokavalio\\_liikunta\\_laihdutus/pienikin\\_painonpudotus\\_tehoa\\_rasvamaksaan.4548.news](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/ruokavalio_liikunta_laihdutus/pienikin_painonpudotus_tehoa_rasvamaksaan.4548.news)
- MUSTAJOI, Pertti 2015a. Diabetes (sokeritauti). Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00011](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011)
- MUSTAJOI, Pertti 2015b. Vyötärölihavuus (keskivartaloliavuus, omenaliavuus). Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00890](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890)
- MUSTAJOI, Pertti 2015c. Tyyppin 2 diabeteksen hoito. Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-16]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00775](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775)

- MUSTAJOKI, Pertti 2014. Metabolinen oireyhtymä. Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2015-12-18]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00045](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045)
- MUSTAJOKI, Pertti ja KUNNAMO, Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-16]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147)
- NATIONAL SCHOOL REFORM FACULTY 2011. The Success Analysis Protocol. Extended Version [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-12-8]. Saatavissa: <http://www.plcwashingon.org/cms/lib3/WA07001774/Centricity/Domain/49/success-analysis-protocol-extended-version.pdf>
- NIEMI-PYNTTÄRI, Merja 2013. Voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma ohjaustyössä. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti [verkkosivu], [viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: <http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/06/07/voimavara-ja-ratkaisukeskeinen-nakokulma-ohjaustyossa/>
- NISKANEN, Leo 2006. Liikunnan vaikutukset elimistöön. Julkaisussa: ILANNE-PARIKKA, Pirjo, KANGAS, Tero, KAPRIO, Eero A., ja RÖNNEMAA, Tapani (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen diabetesliitto ry., 155–156.
- NORRIS, Susan L., LAU, Joseph, SMITH, Jay, SCHMID, Christopher ja ENGELGAU, Michael 2002. Self-Management Education for Adults With Type 2 Diabetes. A meta-analysis of the effect on glycaemic control. Diabetes Care [verkkojulkaisu] 25, 1159–1171 [viitattu 2015-11-2]. Saatavissa: <http://care.diabetesjournals.org/content/25/7/1159.short>
- NORRIS, Susan L., ENGELGAU, Michael M. ja NARAYAN, Venkat 2001. Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care [verkkojulkaisu] 24, 561 – 587 [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa: <http://care.diabetesjournals.org/content/24/3/561.short>
- PEKKARINEN, Taito 2007. Toimiiko potilasohjaus? Suomen lääkirlehti [verkkojulkaisu] 62, 1103 [viitattu 2015-10-21]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL112007-1103.pdf>
- POHJOIS-SUOMEN SOSIAALIALAN OSAAMISKESKUS 2012. Tutkiva työote [verkkosivu], [viitattu 2015-12-14]. Saatavissa: <http://www.sosiaalikallega.fi/aluetietoa/alueellista%20tietoa/asiantuntijuus/omatyo>
- POWERS, Margaret A., BARDSLEY, Joan, CYPRESS, Marjorie, DUKER, Paulina, FUNNELL, Martha M., FISCHL, Amy Hess, MARYNIUK, Melinda D., SIMINERIO, Linda ja VIVIAN, Eva 2015. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care [verkkojulkaisu] 38, 1372–1382 [viitattu 2015-11-2]. Saatavissa: <http://care.diabetesjournals.org/content/38/7/1372.full>
- PUIJON DIABETESYHDISTYS RY 2013. Tietoa, toimintaa ja tukea [verkkosivu], [viitattu 2015-11-20]. Saatavissa: <http://www.puijondiabetes.kotisivukone.com/8>
- RATKES 2015. Mistä ratkaisu- ja voimavara-suuntautuneisuudessa (”ratkesissa”) on kyse? [verkkosivu], [viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: <http://www.toimisait.com/ratkes/userData/r-info.pdf>
- RIIKONEN, Eero ja VATAJA, Sara 2009. Voimavara-suuntautuneet neuvonta-, ohjaus- ja terapiamuodot. Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2015-11-23]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00105](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00105)

RINTALA, Tuula-Maria, HIMANEN, Outi, JOKELA, Kaija, LUUKKANEN, Marjatta, NIITYNIEMI, Hilikka, NIKKANEN, Paula ja SEPPÄNEN, Salla 2006. Diabeteshoitotyön osaamisen tehostaminen terveystieteen koulutuksessa. DEHKO-raportti 2006:1 [verkkojulkaisu]. Tampere: Suomen diabetesliitto ry [viitattu 2014-10-31]. Saatavissa:

[http://www.diabetes.fi/files/232/2006\\_1\\_Diabeteshoitotyön\\_osaamisen\\_tehostaminen\\_terveysalan\\_koulutuksessa\\_pdf\\_319\\_kt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/232/2006_1_Diabeteshoitotyön_osaamisen_tehostaminen_terveysalan_koulutuksessa_pdf_319_kt.pdf)

RUUKKI, Jukka 2003. Varo kupua. Terveystieteen kannalta kavalin läski kertyy keskivartaloon. Tiede [verkkosivu], [viitattu 2014-10-17]. Saatavissa:

[http://www.tiede.fi/artikkeli/jutut/artikkelit/varo\\_kupua](http://www.tiede.fi/artikkeli/jutut/artikkelit/varo_kupua)

SALMI, Toivo T. 2014. Kolmannen sektorin toiminta-alue laajenee. Potilaan lääkärilehti [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-11-20]. Saatavissa:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kolmannen-sektorin-toiminta-alue-laajenee/#.Vk7VrXbhDIU>

SARAHEIMO, Markku ja ILANNE-PARIKKA, Pirjo 2006. Miksi diabetes tuli juuri minulle? Julkaisussa: ILANNE-PARIKKA, Pirjo, KANGAS, Tero, KAPRIO, Eero A., ja RÖNNEMAA, Tapani (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen diabetesliitto ry., 26–28.

SARAHEIMO, Markku ja KANGAS, Tero 2006. Diabeteksen alamuodot. Julkaisussa: ILANNE-PARIKKA, Pirjo, KANGAS, Tero, KAPRIO, Eero A., ja RÖNNEMAA, Tapani (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen diabetesliitto ry., 13–19.

SIITONEN, Juha 2004. Empowerment-as-enablement -Opettajat oppimisen mahdollistajina sekä ihmisarvon, voimaantumisen, luovuuden ja humanimman yhteiskunnan edistäjinä [diaesitys], [viitattu 2015-11-20]. Saatavissa: <http://www2.kyamk.fi/dl/Kielet/Seminaari04/Siitonen.pdf>

SIMONEN, Ritva 2012. Kuka on diabeteshoitaja? Diabetes ja lääkäri [verkkojulkaisu] 41 (4), 37-39 [viitattu 2014-11-17]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/files/2243/Djal\\_4\\_2012.pdf](http://www.diabetes.fi/files/2243/Djal_4_2012.pdf)

STM 2006. Terveystieteen edistämisen laatusuositus [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-10-21], saatavissa: [http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus\\_1.pdf/adbcba5f-7cad-4e36-86bc-77fac9769466](http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5f-7cad-4e36-86bc-77fac9769466)

SUHONEN, Liisa 2008. Ammattikorkeakoulun lehtoreiden käsityksiä tutkivasta ja kehittävästä työtoteutuksesta. Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja n:o 130 [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-12-14]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-219-175-5/urn\\_isbn\\_978-952-219-175-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-219-175-5/urn_isbn_978-952-219-175-5.pdf)

SÄHKÖPOSTIN JA TEKSTIViestien KäyttÄminen Terveystieteenhuollossa 2010.

Tietosuojavaltuutetun kannanotto 1.7.2010 [verkkosivu], [viitattu 2015-11-25]. Saatavissa:

<http://www.tietosuoja.fi/fi/index/ratkaisut/sahkopostinjatekstiviestienkayttaminen.html>

TAMPEREEN YLIOPISTO 2011. Tiedonlähteiden arviointi eli lähdekritiikki [verkkosivu], [viitattu 2015-12-08]. Saatavissa:

<http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankintaoppaat/tertio/arviointi/lahdekritiikki.html>

THL 2014a. Diabeteksen yleisyys [verkkosivu], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

THL 2014b. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy [verkkosivu], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/tyypin-2-diabeteksen-ehkaisy>

THL 2014c. Diabeteksen lisäsairaudet [verkkosivu], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-lisasairaudet>

THL 2014d. Tyypin 2 diabetes ja ravitsemus [verkkosivu], [viitattu 2014-10-02]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopakettit/ravitsemustietoa/ravitsemus-ja-terveys/diabetes/tyypin-2-diabetes-ja-ravitsemus>

TUOMILEHTO, Jaakko, ERIKSSON, Johan ja LINDSTRÖM, Jaana 2003. Tyypin 2 diabetes on ehkäistävässä oleva kansantauti. Työterveyslääkäri [verkkójulkaisu](4), 505–508, [viitattu 2014-11-26]. Saatavissa: [http://www.ebm-](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00100&p_haku=diabeetikkojen)

[guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00100&p\\_haku=diabeetikkojen](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00100&p_haku=diabeetikkojen)

TUOMILEHTO, Jaakko, LINDSTRÖM, Jaana, ERIKSSON, Johan G., VALLE, Timo T., HÄMÄLÄINEN, Helena, ILANNE-PARIKKA, Pirjo, KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, Sirkka, LAAKSO, Mauri, LOUHERANTA, Anne, RASTAS, Merja, SALMINEN, Virpi, AUNOLA, Sirkka, CEPAITIS, Zygimantas, MOLTCHANOV, Vladislav, HAKUMÄKI, Martti, MANNELIN, Marjo, MARTIKKALA, Vesa, SUNDVALL, Jouko ja UUSITUPA, Matti 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine [verkkójulkaisu], [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801#t=article>

TURKU, Riikka 2008. Mallin antajasta valmentajaksi ja oppimisen edistäjäksi. Julkaisussa: RINTALA, Tuula-Maria, KOTISAARI, Sirpa, OLLI, Seija ja SIMONEN, Ritva. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, 41–62.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö [verkkosivu], [viitattu 2015-12-08]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

UUSITUPA, Matti 2009. Diabetes. Terveyskirjasto [verkkosivu], [viitattu 2014-10-17]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00045](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00045)

VALTIKKA 2012. Dialoginen vuorovaikutus [verkkosivu], [viitattu 2015-11-27]. Saatavissa: <http://www.valtikka.fi/ohjaajille/osallistava-kasvatus/dialoginen-vuorovaikutus/>

VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014 [verkkójulkaisu], [viitattu 2015-12-15]. Saatavissa:

[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf)

VILKKA, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

VÄNSKÄ, Kirsti, LAITINEN-VÄÄNÄNEN, Sirpa, KETTUNEN, Tarja, MÄKELÄ, Juha 2011. Onnistuuko OHJAUS? Helsinki: Edita Prima.

YTHS 2015. Tyypin 2 diabetes [verkkosivu], [viitattu 2015-11-02]. Saatavissa:

[http://www.yths.fi/terveystieto\\_ja\\_tutkimus/terveystietopankki/21/tyypin\\_2\\_diabetes](http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/21/tyypin_2_diabetes)

## LIITE 1: HAASTATTELURUNKO

## Aloitus:

- Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite
- Mihin tutkimus kuuluu ja missä tulokset julkaistaan
- Haastattelijoiden roolit
- Tutkimuseettiset kysymykset (anonymiteetti, tulosten käsittelyn luottamuksellisuus, hienotunteisuuslupaus ryhmässä käsitellyistä asioista)
- Päälle puhumisen välttäminen

## Haastattelun teemat:

- Hoitajien onnistumiskokemukset tyypin 2 diabeetikkojen ohjaamisesta
  - Kaikki kertovat yhden kokemuksen
  - Mitkä seikat mahdollistivat onnistumisen?
- Hoitajien käyttämät ohjausmenetelmät
- Ohjaamisen kannalta tärkeimmät tekijät

## Lopetus:

- Kiitokset
- Tunnelmat

## LIITE 2: TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

Hei!

Olemme kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoita Savonia –ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä tyypin 2 diabeetikkojen ohjaamisesta. Työn tarkoituksena on ryhmähaastattelujen avulla tutkia mistä tekijöistä koostuu onnistunut potilasohjaus ja mitä ohjausmenetelmiä ja keinoja hoitajat käyttävät ohjaamisessa. Haastattemme työtämme varten Kuopiossa ja Siilinjärvellä työskenteleviä diabeteshoitajia.

Haastattelut äänitetään ja äänitteet poistetaan työn valmistuttua. Kaikkia tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja valmiista opinnäytetyöstä ei voi tunnistaa yksittäistä haastateltavaa.

Tutkimukseen osallistuminen edellyttää hoitajilta noin tunnin kestävään ryhmähaastatteluun osallistumisen ja samassa yhteydessä jaettavan taustatietolomakkeen täyttämisen. Olemme halukkaita esittelemään työmme tuloksia teille sen valmistuttua.

Jos teillä on jotain kysyttävää, ottakaa rohkeasti yhteyttä!

Yhteistyöterveisin

Henna Hokkanen puh. 045 xxx xxxx email: Henna.S.Hokkanen@edu.savonia.fi

Riikka Sutinen puh. 040 xxx xxxx email: Riikka.L.Sutinen@edu.savonia.fi



## LIITE 3: TAUSTATIETOLOMAKE

Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

Sukupuoli: \_\_\_\_\_

Koulutus:  Sairaanhoidaja

Terveystenhoitaja

Kätilö

Muu: mikä? \_\_\_\_\_

Lisä- ja täydennyskoulutus:

---

---

---

---

Alan työkokemus: \_\_\_\_\_ vuotta

## LIITE 4: AINEISTON KÄSITTELY

## Monipuolinen ohjaaminen

LAINAUS	PELKISTETTY	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p>"...kyllä moni soittaa sitten, varmistaa tavallaan soitolla, että voinko minä nostaa näin."</p> <p>"Välillä voidaan soitella niistä sokeriarvoista, insuliiniannoksista."</p>	Puhelin- ja sähköpostineuvonta	Etäohjaus	<b>MONIPUOLINEN OHJAAMINEN</b>
<p>"Sitten ryhmät, meillä on ryhmiä kanssa näille uusille ihmisille, että siinä tietysti sitä vertaistukea ja vähän toisenlaista on siinä se ohjaaminen."</p>	Ohjauksen mukauttaminen ryhmille Vertaistuen saaminen	Ryhmät ja vertaistuki	
<p>"..ja onhan meillä tietysti aika paljon materiaalia käytössä; kaikkia tämmösiä lehtisii..."</p> <p>"On sit jotakin myös antaa mukaan."</p> <p>"Et kyllä se, et vaikka siitä puhuu niin kyllä kuvat niinku kertoo paljon enemmän."</p> <p>"Ja sit oon kyllä omalla vastaanotollakin käyttänyt, että on ollu sitten pakkauksia mitä on tutkittu vaikka jugurttien suhteen, että jos puhutaan jugurteista niin mitä konkreettisesti, minkä verran niissä on sokeria ja missä sitten ehkä on vähemmän sokeria. Että on niitä kateltu pakkaustenkin avulla ja joskus oon saattanu netistä näyttää kuvia, jos jostakin tietystä puhutaan vaikka nyt sitten potilas haluaa tietää."</p>	Yhdessä tutustuminen Materiaalien antaminen kotiin Kuvien hyödyntäminen Elintarvikepakkausten tutkiminen	Ohjausmateriaalit	
<p>"Sitten tietysti yritetään motivoida niitä potilaita tuonne noitten järjestöjen eri ryhmiin. Siellähän meillä on sydänliitto, diabetesliitto ja -</p>	Toimintaan kannustaminen Vertaistuen ja motivaation saaminen eri ryhmistä	3. sektorin palvelut	

<p>yhdistystä, jotka pitävät tosi paljon erilaisia liikuntaryhmiä ja virkistysryhmiä ja tämmöstä toimintaa, et ne niinku sieltä kautta saisivat sitä sekä vertaistukee että motivaatioo.”</p> <p>”Pitää vaan yrittää ohjata kaikkiin tällaisiin ulkopuolisiin ryhmiin kanssa niitä.”</p>			
<p>”Kaikkea sekasin, siinä on keskustelua, motivointia, tavotehaku, nää kaikki tullee...”</p> <p>”...ite en tietoisesti sitä tiettyä mallia hae vaan minä kuulostelen vähän, että millanen ihminen kyseessä ja sen mukaan ohjauksen luon...”</p>	<p>Voimavara- lähtöisyys Motivoiva haastattelu Ohjausmenetelmien yhdistely</p>	<p>Ohjausmenetelmät</p>	

**Osaava ja omistautuva diabeteshoitaja**

LAINAUS	PELKISTETTY	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p>"...ite sen kyllä aavistaa niistä potilaista aina, jolle se on sellanen arka paikka, että ei siitä hirveesti kannata sillon puhua. Antaa sen (painon) mennä lukemana siinä tavallaan ja puhuu sitten niistä ruoka-asioista..."</p> <p>"...ja yrittää löytää heille oikee tapa kommunikoida ja antaa infoo..."</p> <p>"...työkokemuksen kautta varmaan tulee se tuntuma, että tän kanssa mennään näin ja ton kanssa mennään toisella tavalla."</p>	<p>Pystyy lukemaan potilasta</p> <p>Hienotunteisuus</p> <p>Työkokemuksen tuoma ihmistuntemus</p>	<p>Ihmistuntemus</p>	<p><b>OSAAVA JA OMISTAUTUVA DIABETESHOITAJA</b></p>
<p>"Se on mentävä hänen omien tarpeitten mukaan."</p> <p>"...että jos aatellaan että joku 90-vuotias mummo tuolla vastaanotolla niin eihän hänelle oo tarpeen niin hirmu tiukkaa ruokavalioneuvontaa alkaa antamaan mitä joillekin työikäisille,"</p> <p>"Eikä siinä sillon anneta ruokavalio-ohjausta, jos siinä on päällimmäisenä tärkeemmät asiat hälle."</p> <p>"..ku se on se motivaatio, se on se otollisin hetki sillon ku se tulis siitä ovesta.."</p>	<p>Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen</p> <p>Asiakkaan ominaisuuksien (iän) huomioiminen</p> <p>Asiakkaan mielentilan huomioiminen</p> <p>Oikean ajankohdan tunnistaminen</p>	<p>Ohjauksen mukauttaminen</p>	
<p>"Ensimmäinen käynti oli ite asiassa varattu niin hän ei tullut minulle ollenkaan niin minä sitten soitin hänelle uutta aikaa."</p> <p>"Ja tuota ollaan sellasia tukijoita."</p> <p>"Tietysti se kannustaminen.. kannustaminenhan meillä on aika kova juttu... pitää olla hyvin</p>	<p>Vastaanotolle houkuttelevuus</p> <p>Tukena oleminen</p> <p>Tsemppaaminen</p>	<p>Kannustaminen</p>	

positiivisia aina, että kyllä se onnistuu..”			
...”sit oli niitä karkinsyöntiä vähentäny, kun oli puhuttu ja katottu kuvia, että minkä verran karkeissa on oikein sokeria ja energiaa.”	Havainnollistaminen kuvien avulla	Perusteleminen	
<p>”Ja siihen mihinkä pyrkii, että esittäis enemmän avoimia kysymyksiä mihinkä se potilas sitten vastais omilla sanoillaan..”</p> <p>”Ja sitten kuuntelee sitä potilasta ja poimii sieltä semmosia, että mitä se on kertonu niin niistä ehkä sitten voi kysyä tarkentavia ja tehdä vähän sellasta yhteenvetoo mitä se potilas on kertonu.”</p> <p>”..yrittää olla kiinnostunut mitä heille on tapahunut..”</p> <p>”... ne kiukuttelee sille siitä tavallaan, kun ne on sairastunut ja sitten monesti niistä tulee hyviä potilaskontakteja, kun ne saa aikansa rauhassa käydä läpi sitä asiaa ja vastustaa sitä niin ne voi yllättäen motivoitua sitten.”</p> <p>”...semmosta potilaslähtöistä, että kuuntelee mitä se potilas itse haluaa.”</p> <p>”...kyllä se on se kuunteleva, että mitä sieltä potilaalta tullee sitä, niitä ajatuksia ja mihin hän on valmis ja mitä hän niinku, mihin voimavarat hänellä sitten riittää..”</p>	<p>Mahdollistaa omin sanoin kertomisen</p> <p>Vastavuoroinen keskustelu asiakkaan ja hoitajan välillä</p> <p>Hoitajan omistautuminen</p> <p>Mahdollisuus pahan olon purkamiseen</p> <p>Asiakkaan mielipiteen huomioiminen</p>	<p>Kuunteleva vuorovaikutus</p>	

**Motivoitumisen prosessi**

LAINAUS	PELKISTETTY	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p>"...pikkuhiljaa tää mies lähti tekemään niitä muutoksia. Muutti ruokavalioo vähän kevyempään suuntaan, lähti liikkumaan, rupes syömään kasviksia enemmän..."</p> <p>"...ja on ottanut sen elämäntapamuutoksen niinku tosissaan niin se tuntuu hyvältä."</p> <p>"...se pitää kyllä syntyä se motivaatio iteltäsä.."</p>	<p>Alkaa tehdä muutoksia Ottaa tosissaan Motivaatio lähtee itsestä</p>	<p>Motivoituminen</p>	<p><b>MOTIVOITUMISEN PROSESSI</b></p>
<p>"...aika iso tuki siinä perheessä, että jos siinä molemmat lähtee mukaan."</p> <p>"...että onko hänellä voimavaroja."</p> <p>"Ja sit tietysti ne positiiviset asiatkii, että on sitten myös tarmoo hoitaa itteensä paremmin, jos elämässä muut asiat on kohallaan."</p> <p>"Ja miehet on taas ehkä semmosia niin suoraviivasia, että jos ne jonkun päättää ni ehkä helpommin ne pysyy siinä päätöksessä, naiset saattaa ehkä olla vähän ailahtelevampia..."</p>	<p>Läheisten tuki Asiakkaan voimavarat Sukupuolen merkitys</p>	<p>Muun elämän vaikutus motivoitumiseen</p>	
<p>"onko hän kinnostunut ja mistä asiasta hän on kiinnostunut ja miten paljon hän tietää entuudestaan."</p> <p>"...että paljon ihmisillä on nykyään tietoo joka paikasta..."</p>	<p>Asiakkaan omat tiedot Tiedon saatavuus Tiedon etsimisen helppous</p>	<p>Tieto</p>	
<p>"...hän niinku paneutuu siihen asiaan..."</p> <p>"Eliikkä nyt otti yhteyttä reilu puoli vuotta edellisestä, että nyt hänen täytyy taas uudestaan ruveta tähän touhuun..."</p> <p>"... ja kyseli asioista ja et</p>	<p>Asiakkaan paneutuminen Yhteyden ottaminen hoitajaan Asioista kysyminen ja tiedon hankkiminen</p>	<p>Aktiivisuus</p>	

<p>oli kiinnostunu ja niinkun haluaa että elämä, vointi paranee ja tilanne pysyy hallinnassa...”</p>			
<p>”...sitten se potilaalle tulee se hyvä olo, kun aloitin kuitenkin sen lääkkeen.”</p>	<p>Hoitajan toiminnan merkitys</p>	<p>Tyytyväisyys</p>	
<p>”...ymmärsi sitten, että mitä hyötyä niistä muutoksista on hänelle ittellensä ja et hän ei tee niitä muutoksia vaan sitä terveydenhuoltoon varten...”  “kun hän oli aika vastaanottavainen niille tiedoille...”</p>	<p>Ymmärrys hyödystä itselle  Valmiudet ottaa tietoa vastaan</p>	<p>Vastaanottavaisuus</p>	