

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitaja

Hoitotyö

2016

Kiviharju Susanna, Paiho-Vartianen Maria

# DIABETESTA SAIRASTAVAN POTILAAN OMAHOIDON OHJAUS PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) / TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma /Sairaanhoidaja

Kevät 2016 / Sivumäärä 34

Kaija Virjonen

Susanna Kiviharju & Maria Paiho-Vartiainen

# DIABETESTA SAIRASTAVAN POTILAAN OMAHOIDON OHJAUS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata käytännön hoitotyöstä nousseeseen tarpeeseen huomioida entistä paremmin psykiatrisessa osastohoidossa olevan potilaan somaattisten sairauksien hoito. Psykiatrinen sairaus ja diabetes on haastava yhdistelmä, eikä diabetesta sairastavan potilaan psykiatrinen hoito onnistu ilman diabeteksen asianmukaista hoitoa. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli (PSHP) Vammalan aluesairaalan akuuttipsykiatrian osasto.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkastelemme omahoidon ohjausta ratkaisukeskeisyyden viitekehyksen kautta käyttäen motivoivan haastattelun menetelmää. Lisäksi käymme läpi tyypin 1 diabeteksen hoidon peruseräiteitä sekä erityistilanteita.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa diabetesta sairastavan psykiatrisen potilaan omahoidon ohjausta tehostava materiaali. Ohjausmateriaali on kaksiosainen. Ensimmäinen osio on tarkoitettu potilaalle itselleen työkaluksi oman motivaation herättelemiseksi ja toinen hoitajalle omahoidon ohjauksen tueksi. Materiaali on osaston käytössä digitaalisessa muodossa ja se on helposti päivitettävissä minkä tahansa tarpeen ohjauksen tueksi.

ASIASANAT: motivoiva haastattelu, diabetes, psykiatria, ratkaisukeskeisyys

BACHELOR'S THESIS / ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing / Nurse

Spring 2016 / Pages 34

Kaija Virjonen

**Susanna Kiviharju & Maria Paiho-Vartiainen**

## **Self-care guidance in psychiatric care for patient with diabetes**

The purpose of this thesis was to respond the need which came from practical nursing about taking better account psychiatric patient's somatic diseases. Psychiatric illness and diabetes is a challenging combination and the psychiatric treatment cannot be high-quality if the diabetes is not properly taken care of. In the role of principal was (PSHP) Vammala Regional Hospital's ward of acute psychiatry.

In the theoretical part of the thesis we look at self-care guidance through a solution focused frame using motivational interviewing method. We will go through the basic principles and special situations of type 1 diabetes care.

The operational objective of our study was to produce a guidance material for a psychiatric patients with diabetes. The guidance material can be used when the aim of treatment is the patient's best possible self-care. The material is in two parts. The first section is intended for patients themselves as a tool for waking up self-motivation and the other for nurses as a support for self-care guidance. The material is available for the department in digital format and it is easily upgradeable to support any necessary guidance need.

**KEYWORDS:** Motivational interviewing, diabetes, psychiatric, solution focused frame

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....</b>	<b>7</b>
<b>3 RATKAISUKESKEINEN AJATTELU JA TYÖTAPA .....</b>	<b>8</b>
3.1 MOTIVOIVA HAASTATTELU .....	9
3.2 MOTIVOIVAN HAASTATTELUN PERUSELEMENTIT .....	10
3.2.1 <i>Empatia</i> .....	11
3.2.2 <i>Kykyjen ja itseluottamuksen kohentaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen</i> .....	11
3.2.3 <i>Väittelyn välttäminen</i> .....	11
3.3 MOTIVOIVAN HAASTATTELUN KEINOT .....	12
3.3.1 <i>Avoimet kysymykset</i> .....	12
3.3.2 <i>Reflektioiva kuuntelu</i> .....	13
3.3.3 <i>Reflektoidun kuuntelemisen yhteenveto</i> .....	14
3.3.4 <i>Potilaan omahoitoa tukeva oppimiskäsitys</i> .....	14
<b>4 DIABETES .....</b>	<b>16</b>
4.1 TYYPIN 1 DIABETES .....	16
4.2 TYYPIN 1 DIABETEKSEN HOITO .....	17
4.3 VERENSOKERIN TAVOITETASO JA MITTAAMINEN .....	17
4.4 INSULIINIHOITO JA SEN TAVOITTEET .....	18
4.5 INSULIINIHOIDON ERITYISTILANTEET .....	21
4.5.1 <i>Hypo- ja hyperglykemia</i> .....	21
<b>5 TULOSTEN ESITTELY JA SUOSITUKSET KÄYTÄNNÖN TYÖHÖN .....</b>	<b>23</b>
5.1 PÄÄTÖKSENTEKOTAULUKKO .....	24
5.2 TAVOITTEIDEN ASETTELU .....	25
5.3 POSITIIVISUUTTA ETSIMÄSSÄ .....	27

5.4 VERENSOKERIN OMASEURANTATAULUKKO .....	28
5.5 YLEISOHJE HIILIHYDRAATTIEN VAIKUTUKSESTA JA ATERIAINSULIININ KÄYTÖSTÄ .....	29
5.6 MOTIVOIVAN HAASTATELUN KEINOT JA REFLEKTOIVA KUUNTELU .....	30
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>32</b>
6.1 TULOSTEN ARVIOINTI .....	33
6.2 OMAN OPPIMISEN ARVIOINTI.....	33
6.3 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	34
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>35</b>

# 1 JOHDANTO

Psykiatrinen sairaus ja diabetes on haasteellinen yhdistelmä, koska potilas itse ei useimmiten ole kykenevä huolehtimaan insuliinihoidostaan. Diabetesta sairastavan henkilön psykiatrinen hoito ei onnistu ilman, että myös diabetes on asianmukaisesti hoidettu. (Ilanne-Parikka & Huttunen. 2011.) Opinnäytetyössämme keskitymme tyypin 1 diabeteksen hoitoon ja omahoidon ohjaukseen insuliinihoidon haasteellisuuden vuoksi.

Toimeksiantajamme opinnäytetyössä on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Vammalan aluesairaalan akuuttipsykiatrinen osasto. Psykiatrisella osastolla pääfokus on potilaan mielenterveys ja psyykkiset ongelmat. Somaattisen puolen hoitotyö saattaa jäädä siksi vähemmäksi ja osastolla on tullut esiin tarve kehittää psykiatrisen potilaan diabeteksen omahoitoon ohjausta.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkastelemme omahoidon ohjausta ratkaisukeskeisyyden viitekehyksen kautta, käyttäen motivoivan haastattelun menetelmää. Käymme läpi myös tyypin 1 diabeteksen hoidon peruseräitä sekä erityistilanteita.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tyypin 1 diabetesta sairastavan psykiatrisen potilaan ohjausta tehostava materiaali. Ohjausmateriaalia voidaan hyödyntää, kun hoidon tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä omahoitoisuus. Ohjausmateriaali on kaksiosainen. Toinen osa on tarkoitettu potilaalle itselleen työkaluksi oman motivaation herättelemiseksi sekä tavoitteiden asettamiseksi ja toinen hoitajalle omahoidon ohjauksen tueksi. Materiaali on osaston käytössä digitaalisessa muodossa ja se on helposti päivitettävissä minkä tahansa tarpeen ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön materiaali on osa opinnäytetyötä, eikä tuotosta päivitetä myöhemmin.

## **2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoitus on vastata käytännön hoitotyöstä nousseeseen tarpeeseen sekä huomioida entistä paremmin psykiatrisessa osastohoidossa olevan potilaan somaattisten sairauksien hoito. Ihmisen terveys ja hyvinvointi on kokonaisuus, jota voidaan tukea vahvistamalla fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja.

Hoitotyössä tavoitteena on aina potilaan mahdollisimman korkea itsehoidon ja omaehtoisen selviytymisen taso. Opinnäytetyön aiheeksi on valittu tyypin 1 diabetesta sairastavan psykiatrisen potilaan hoidon ohjaus. Tavoitteena on tuottaa psykiatrisen osaston hoitajille tyypin 1 diabetesta sairastavan potilaan ohjausta tehostava materiaali. Potilaan ohjausta tehostavan materiaalin tavoitteena on tyypin 1 diabetesta sairastavan psykiatrisen potilaan mahdollisimman hyvä omahoitoisuus.

### 3 RATKAISUKESKEINEN AJATTELU JA TYÖTAPA

Ratkaisukeskeinen psykoterapia on lähtöisin Amerikasta. Sen historialliset juuret juontavat sosiaaliseen konstruktionismiin, systeemiteoriaan sekä perheterapiaan. Suomessa ratkaisukeskeistä psykoterapiaa on ollut 1980-luvulta. Sosiaalinen konstruktionismi lähtee ihmisen käsityksestä siitä mikä on totta. Mukaan luetaan omat käsityksemme ongelmista ja mahdollisista ratkaisuista. Tämä käsitys rakentuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. (DeJong & Berg 2008, 22)

Ratkaisukeskeisyys on menetelmä jolla pyritään lähestymään ongelmia myönteisyyden kautta ja rakentavasti. Pyrkimyksenä on hyödyntää potilaan omia voimavaroja ja painopiste on tulevaisuudessa ongelmatulkintojen sijaan. Menetelmää käytetään laajasti, sekä psykoterapeuttisessa kontekstissa että esimerkiksi valmentamisessa, työjohtamisessa sekä työyhteisöjen kehittämisessä. (Kurttila ym. 2010)

Ratkaisukeskeisyyden tarkoituksena on siirtää asiantuntijuus potilaalle ja antaa potilaan itse asettaa omat tavoitteensa. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta luomaan itsellensä pieniä, mahdollisia ja konkreettisia tavoitteita, jotta tavoitteiden saavuttaminen on mahdollista. Tavoitteiden saavuttamisesta potilas saa onnistumisen kokemuksia, jotka lisäävät potilaan omaa motivaatiota. Onnistumisten kautta potilaan hoitoon sitoutuminen kasvaa. Hoitaja pyrkii löytämään poikkeamat potilaan ongelmakeskeisestä puheesta. Poikkeamat ovat kokemuksia potilaan menneisyydestä, jolloin kaikella todennäköisyydellä ongelma olisi voinut syntyä, mutta jostain seikasta johtuen sitä ei syntynytkään. Ratkaisukeskeisyyden periaatteena on että potilas on oman elämänsä paras asiantuntija. (De Jong & Berg 2008, 29,83,87,105.)

Ratkaisukeskeinen lähestymistapa on potilaslähtöistä ja potilaan omaa tahtoa kunnioittava menetelmä. Haasteelliseksi psykiatrisen hoitotyön osalta tämän tekee se, että osa potilaista voi olla hyvin huonokuntoisia ja heidän toimintakykynsä on sairaalaan tullessa alhainen. Potilaan realiteetit voivat olla vääristyneet tai potilas saattaa olla hyvin masentunut. Ratkaisukeskeisen työtavan ja potilaslähtöisyyden toteuttaminen on kuitenkin mahdollista realiteettien ja toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. Potilaan ollessa hyvin hajanainen, psykoottinen tai maaninen, kannattaa tavoitteiden asettelu ajoittaa kohtaan, jossa potilas



pystyy realistiseen ajatteluun. Tavoitteiden tulee olla sellaisia, jotka potilas pystyy saavuttamaan. Saavuttamalla pieniä tavoitteita, potilas saa onnistumisen kokemuksia. Onnistumisten kautta potilaan oma sitoutuminen ja motivaatio hoitoa kohtaan kasvaa.

Jos kokonaistavoite on saada diabetes hoitotasolle, tavoitteet asetetaan ensin pieniksi ja pienin askelin, yhdessä potilaan kanssa, työskentelemme kohti kokonaistavoitetta. Esimerkkinä potilas, joka pelkää insuliinin pistämistä hypoglykemian pelossa. Potilas ei välttämättä ole halukas pistämään tarvittavaa ateria insuliinimäärää suhteessa syötyihin hiilihydraattimääriin. Voimme potilaan kanssa yhdessä pohtia pelon syitä, luoda potilaalle turvallisen ilmapiirin ja kannustaa askel askeleelta suurentamaan ateriainsuliinin määrää. Tässä kohtaa on hyvin tärkeää, että potilas voi luottaa hoitajaan ja tietää, että hänen ei tarvitse pärjätä ja pelätä yksin, vaan hoitaja on mukana turvaamassa ja kannustamassa.

### 3.1 Motivoiva haastattelu

Ratkaisukeskeisyyden yksi menetelmä on motivoiva haastattelu. Motivoiva haastattelu on menetelmä, jossa potilas kohdataan keskusteluterapeuttisella tavalla. Motivoivan haastattelun tarkoitus on antaa potilaalle valmiuksia ja voimavaroja kohdata muutos niin, että hän alkaa puhumaan muutoksen puolesta. Pyrkimyksenä on kasvattaa potilaan omaa motivaatiota muutokseen. (Lahti ym. 2013.)

Hoitajan tehtävänä on herätellä ja voimistaa potilaan omaa motivaatiota. Hoitajan omalla tyyllillä on todettu olevan vaikutusta potilaan oman motivaation syntyyn. Motivoivalla haastattelulla pyritään siihen, että potilas on oman asiansa asiantuntija ja hoitajan rooli on lähinnä muutokseen kannustava ja siinä tukeva. (Koski-Jännes ym. 2008, 20,21,43.)

Ensimmäinen julkaistu artikkeli motivoivasta haastattelusta tehtiin kolmekymmentä vuotta sitten. Artikkelin julkaisi yhdysvaltalainen psykologi Wiljam Miller. Artikkelin mukaan potilaan oma motivaatio hoitoon lisääntyi, kun potilaan kohtaaminen tapahtui empaattisesti, kuuntelevasti sekä omaa itsemääräämisoikeutta kunnioittavasti. Yllä mainittu kohtaamista pa lisäsi potilaan luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Samalla se antoi potilaalle valmiuksia miettiä itse mitä tämä toivoo omalta elämältään. (Lahti ym. 2013.)

Terveyskirjaston näyttöastekatsauksen (Järvinen 2014) mukaan motivoivalla haastattelulla on tilastollista merkitsevyyttä erilaisissa terveysongelmissa. Tutkimuksen mukaan motivoivan haastattelun vaikuttavuus verrattuna perinteiseen ohjaukseen oli 74%. Tutkimus tehtiin meta-analyysin perusteella. Tutkimuksessa todettiin myös, että motivoivalla haastattelulla voidaan saada aikaan tuloksia myös lyhyillä ohjauksikäynneillä. (Järvinen 2014.)

Ismail ym. (2010) tekivät tutkimuksen haastattelun sekä kognitiivisen psykoterapian vaikutuksista verensokeritasapainon kohenemiseen. Tutkimuksessa vertailtiin haastattelun ja kognitiivisen psykoterapian eroa tavanomaiseen hoitoon. Koe oli kontrolloitu ja kokeen tuloksia arvioitiin glykohemoglobiini (HbA1c) -arvon perusteella. Vaikka ykköstyypin diabetespotilailla on insuliinihoito sekä potilasohjausta, on silti yleistä, että potilaan verensokerit eivät ole optimaalitasolla. Tutkimuksen seuranta kesti vuoden. Tutkimuksen perusteella psykologiset hoitomuodot eivät olleet kustannusvaikutteisia verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Kuitenkin kustannusvaikuttavuuden tulos on riippuvainen siitä arvioidaanko sitä glykohemoglobiini arvon vai laatu painotettujen vuosien perusteella. Kuitenkaan vuoden seuranta ajan jälkeen interventioilla ei todettu vaikutuksia potilaan elämänlaatuun. Tutkimuksessa on mahdollisuus, että tulokset näkyvät vasta myöhemmällä aikavälillä tutkimuksella. Terapiaa saaneiden ryhmässä nuorempien ja lähtöarvoissa korkeamman glykohemoglobiini lähtöarvon potilaat saivat parhaimman glykohemoglobiinin laskun. (Ismael ym. 2010.)

Samantyylistä tutkimusta on toteutettu myös Kiinassa Wang D ym. (2015). Tällä tutkimuksella osoitettiin motivoivalla haastattelulla olevan merkitystä ja mahdollisuuksia parantaa diabetesriskin omaavien elämänlaatua. Tutkimus toteutettiin myös vuoden mittaisena ja siinä oli kaksi ryhmää. Toinen osallistui motivoivaan haastatteluun ja toista hoidettiin tavanomaisin hoitomenetelmin. (Wang ym. 2015.)

### 3.2 Motivoivan haastattelun peruselementit

Keskeisimmät periaatteet ovat empatia, potilaan omien kykyjen ja itseluottamuksen kohentaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen, väittelyn välttäminen sekä vastarinnan myötäileminen. (Järvinen 2014.)

### 3.2.1 Empatia

Empatialla tarkoitetaan asiakkaan kuuntelemista ja ymmärtämistä hänen omasta perspektiivistään. Myös eläytyminen potilaan tunteisiin ja tilanteeseen on merkittävää. (Koski-Jännes ym. 2008, 46.) Eläytymisellä ja empatialla ei kuitenkaan tarkoiteta samaa asiaa kuin sympatia. Empatian tarkoitus on samaistua potilaaseen tutkimalla ja ymmärtämällä potilaan subjektiivista kokemusta, menettämättä hoitajan omaan hallintaa erillisen ihmisen kokemuksesta. (De Jong & Berg 2008, 47.)

### 3.2.2 Kykyjen ja itseluottamuksen kohentaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen

Potilaan ristiriitainen tila syntyy siitä, että toisaalta potilas haluaa jatkaa vanhaa toimintamalliaan ja toisaalta hän haluaa muuttaa sitä. Ristiriitaista tunnetta voidaan tuoda esille pohtimalla yhdessä etuja ja haittoja niin nykyisessä potilaan toimintamallissa, kuin verraten siihen mitä etuja ja haittoja potilaalle on siitä, että hänen toimintamallinsa muuttuisivat. Kannustetaan potilasta hänen tulevaisuuden toiveisiin, suhteuttamalla toiveet nykyiseen tilanteeseen sopiviksi ja kannustetaan muutokseen. (Koski-Jännes ym. 2008, 46-47.) Kykyjä ja itseluottamusta pyritään kohentamaan vahvistamalla potilaan omia vahvuuksia, etsitään asioista hyvät puolet sekä pyritään löytämään potilaan omat pienetkin onnistumiset. (Järvinen 2014.)

### 3.2.3 Väittelyn välttäminen

Väittelyn välttämällä tarkoitetaan sitä, että pyritään välttämään konfrontointia. Potilasta ei katsota niinkään vastustamisen näkökulmasta, vaan pyritään muuttamaan asiakkaan vastustus pehmeämmällä tyylillä. Konfrontaatio voi lisätä itsetunnon huonontumista jo valmiiksi huonon itsetunnon omaavilla ihmisillä. (Koski-Jännes ym. 2008, 48.)

Psykiatrisessa työssä diabeteksen hoitoa vaikeuttava tekijä on erilaisista psyykkisistä sairauksista johtuva toimintakyvyn heikkeneminen. Katsomme, että avoin ja kunnioittava lähestymistapa voi olla hyvä ja motivoiva keino saada pidempiaikaista sitoutumista diabeteksen omahoitoon. Mielenterveyspotilailla on usein myös heikko itsetunto ja kunnioittamalla

potilaan omaa näkemystä asioista, voimme luoda potilaaseen yhteyden, joka on potilaslähtöistä ja arvostavaa. Tätä kautta voimme luoda potilaalle itselleen onnistumisen ja kuulluksi tulemisen kokemuksia.

### 3.3 Motivoivan haastattelun keinot

Keinoja motivoivan haastattelun toteuttamiseen ovat avoimet kysymykset, refleктоiva kuuntelu ja yhteenvedon tekeminen refleктоitujen puheiden perusteella. Yhteenvedossa kootaan se puhe mitä ammattilainen on kuullut ja miten hän on sen ymmärtänyt. Näin potilaalle muodostuu kuva, että hän on tullut kuulluksi ja tulkinnan määrä jää pieneksi, koska potilaalle luodaan mahdollisuus korjata ja täydentää kertomaansa. Potilaan kertomuksessa kiinnitetään mahdollisimman paljon huomiota potilaan itsestään tuottamiin motivoiviin lauseisiin. (Järvinen 2014.)

#### 3.3.1 Avoimet kysymykset

Avoimilla kysymyksillä pyritään laajentamaan potilaan omaa näkökenttää. Suljetuilla kysymyksillä potilaan oma näkökenttä asioihin vastaavasti pienenee. Suljettuja kysymyksiä voimme käyttää silloin, kun tarvitsemme faktatietoa. Avoimet kysymykset antavat meille mahdollisuuden tutkia potilaan ajatuksia, asenteita, tunteita tai havaintoja. Niihin ei voi vastata sanoilla kyllä tai ei. Avoimilla kysymyksillä luodaan ilmapiiriä, joka nostaa hoitajaa ja potilasta lähemmäksi yhdenvertaista vuorovaikutusta. (De Jong & Berg 2008, 35-36.)

Avoimien kysymysten tarkoitus on saada tietoa potilaan omista näkemyksistä ja näin ollen avoimet kysymykset eivät voi olla potilasta johdattelevia kysymyksiä. Tällä tarkoitetaan sitä, että kysymysten asettelu tulee olla potilasta johdattelemattomia, eli kysymykset ovat sellaisia joihin, ei voi tietää vastausta etukäteen.

Avoimet kysymykset alkavat tyypillisesti sanoilla, mitä?, miksi?, miten?, millainen? (Koski-Jännes ym. 2008, 51.)

Esimerkkejä avoimista kysymyksistä:

Voisitko kertoa minulle, miten olet hoitanut diabetesta kotonasi?

Miten koet diabeteksen hoidon sujuvan nyt?

Millaisissa tilanteissa olet jättänyt insuliinipistoksesi väliin?

Jokainen ihminen kokee oman sairautensa ja oman toimintakykynsä hyvin yksilöllisesti. Siksi katsomme, että on tärkeää huomioida jokainen potilas omana yksilönä ja siten myös hoitokeinot sekä potilaan motivoiminen hoitoon on tehtävä hyvin yksilöllisesti. Jokainen potilas kokee esimerkiksi masennuksen hyvin eri tavoin. Toisella potilaalla voi olla vähemmän toimintakykyä pistoshoidossa kuin toisella. Vastaavasti taas toiselle potilaalle pistoshoito voi olla hyvinkin merkittävä osa oman elämänhallintaa ja tätä kautta se voi olla ainoa asia, jonka potilas kykenee toimintakyvyltään hoitamaan. Tämä määrittää siis sen minkä asian potilas itse kokee tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Avoimilla kysymyksillä voimme selvittää sitä mitä kukin potilas pitää itselleen tärkeänä ja mitkä ovat potilaan omat voimavarat suhteessa muutokseen. Tietenkin voimme ajatella, että kerromme potilaalle, mitä potilaan on tehtävä, jotta diabetes olisi hyvässä hoitotasapainossa. Jos toimimme asiantuntijan roolissa, herättääkö se silloin potilaan omaa motivaatiota hoidon suhteen? Motivaation lähteminen omasta itsestä on vahvistavampaa kuin se että motivaatiota yritetään herättää ulkopuolisella määrittelyllä.

### 3.3.2 Refleктоiva kuuntelu

Refleктоivalla kuuntelulla pyritään auttamaan potilasta tunnistamaan omia tunteitaan, ajatuksia ja toimintatapoja. Tätä kautta pyritään siihen, että potilas tunnistaa itse omia voimavarojaan ja pystyy määrittämään itselleen omia tavoitteita. Refleктоivalla kuuntelulla pyritään siihen, että potilas jatkaa ja täydentää omaa kertomustaan. Reflektionissa voidaan myös tuoda esille asioiden eri perspektiivejä, joka osaltaan siirtää keskustelua eteenpäin. Taitavalla reflektionilla voidaan suunnata potilaan huomio asioihin, jotka voivat olla merkityksellisiä haasteiden ratkaisujen kannalta. Siis refleктоiva kuuntelu ei tarkoita sitä, että potilas määrittäisi suunnan johon keskustelu etenee, vaan että hoitaja vie keskustelua siihen suuntaan, joka on sillä hetkellä merkityksellistä. Refleктоiva kuuntelu on siis osa ohjaavaa keskustelua. (Koski-Jännes ym. 2008, 52-53.) Refleктоivan haastattelun haaste on asioiden tulkitseminen ja tarkkailu hoitajan omasta viitekehuksesta käsin. Toisin sanoen katsomme usein asioita omista näkökulmista, omien kokemustemme ja uskomustemme sekä kategorioittemme perusteella. Refleктоivalla kuuntelulla pyritään välttämään johdattelua ja kuulemaan potilaan tarinaa hänen omasta näkökulmastaan. (De Jong & Berg 2008, 31.) Refleктоiva kuuntelu toteutetaan potilaan omaa kertomusta myötäillen, toistaen muutamalla sanal-

la potilaan tuottamaa puhetta. Käytetään hyödyksi potilaan subjektiivista ja tuodaan omat toteamukset esiin siinä muodossa. (Sosiaalisairaala 2015.)

Esimerkkejä:

Sinusta ei tunnu hyvältä .....

Sinusta tuntuu.....

Sinä koet.....

Olet huolissasi, että.....

Mietit.....

### 3.3.3 Reflektoidun kuuntelemisen yhteenveto

Tiivistämällä potilaan kertomia asioita voidaan antaa potilaalle kokemus kuulluksi tulemisesta. Samalla voidaan varmistaa, että potilas on tullut ymmärretyksi oikein. Potilaan puhetta tiivistetään ajoittain koko keskustelun ajan, tällöin luodaan myös mahdollisuus potilaan korjata mahdollisia väärinkäsityksiä. Tiivistämällä puhe, voidaan keskustelun kulkua ohjata seikkoihin, jotka ovat muutoksen kannalta olennaisia. Tiivistämisellä ei kuitenkaan tarkoiteta sitä, että hoitaja tiivistää puhetta tulkintojen avulla, vaan tiivistetään juuri se puhe, mitä potilas itse on kertonut. Mikäli hoitaja tekisi tulkintaa potilaan puheesta, se asettaisi hoitajan asiantuntijan rooliin ja näin menettäen yhdenvertaisen vuorovaikutuksen potilaan kanssa. (Koski-Jännes ym. 2008, 53.)

Esimerkkejä:

Kerroit, että.....

Tähän asti olet kertonut, että.....

### 3.3.4 Potilaan omahoitoa tukeva oppimiskäsitys

Omahoito- käsite korostaa potilaan aktiivista toimintaa, vapaata tahtoa ja oikeutta tehdä valintoja oman hoitonsa suhteen. Potilaslähtöinen omahoidon tukeminen vaatii hoitajalta kykyä muuttaa asiantuntijarooli valmentajan rooliksi. Tämä tarkoittaa koko oppimiskäsityksen muuttamista.

Konstruktivistinen oppimiskäsitys on monien eri tavoin painottuneiden suuntauksien summa. Oppimisen lähtökohtana on aiemmin opittujen tietojen, kokemusten ja ongelmanratkaisutaitojen muokkaaminen, täydentäminen ja uudelleen rakentaminen sekä niiden toimivuuden kokeileminen. (Itä-Suomen yliopisto 2015.)

Ratkaisukeskeinen toimintamalli perustuu osittain sosiaaliseen konstruktionismiin. Potilas määrittää tavoitteensa joita hoitaja tukee asettamalla pieniä saavutettavia tavoitteita potilaan kanssa, jotta päästään varsinaiseen päätavoitteeseen. Potilas on siis oman hoitonsa asiantuntija ja hoitaja tukee potilasta sekä antaa riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoitokeinoista. Näin potilas oppii itsenäisesti ratkaisemaan ongelmia ja hänen päätöksentekotaidot kasvavat. (De Jong & Berg 2008.)

Tavoitteiden määrittelyssä työvälineenä on hoitosuunnitelma. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee hoitosuunnitelman teon. Terveysten- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

## 4 DIABETES

Diabetes on yhteinen nimitys erilaisille ja eriasteisille sairauksille, jotka ilmenevät energia-aineenvaihdunnanhäiriönä ja häiriön seurauksena kohonneena veren glukoosipitoisuutena eli verensokerina. Diabetes jaetaan kahteen päätyyppiin, joita ovat tyypin 1 diabetes ja tyypin 2 diabetes. Näiden lisäksi olemassa on harvinaisempia alamuotoja. Suomessa diabeetikoita on noin 350 000 joista 50 000 sairastaa tyypin 1 diabetesta (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9,10.)

### 4.1 Tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabetekseen sairastutaan yleensä alle 40-vuotiaana. Se johtuu insuliinia tuottavien haiman saarekesolujen vaurioitumisesta jonkin autoimmuunitulehduksen seurauksena, josta seuraa insuliinintuotannon asteittainen väheneminen. Omaa insuliinintuottoa ei ole riittävästi ja ajan kuluessa tuotanto loppuu täysin. Oireet ilmaantuvat tyypillisesti nopeasti eikä mitään ehkäisykeinoja ole. Hoitona on aina insuliini. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 16.) Insuliinihoidon toteuttaminen on usein haasteellista psykiatrista sairautta sairastavalle potilaalle ja siksi työmme käsittelee tyypin 1 diabeteksen hoitoa.

Lada on aikuisiällä alkava tyypin 1 diabeteksen alamuoto. Se kehittyy hitaasti ja on tyypillisempi naisilla. Hitaasta kehittymisestä huolimatta seurauksena on aina oman insuliinintuotannon loppuminen ja siten insuliinihoito. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 18.) Tämä diabeteksen muoto sekoitetaan herkästi tyypin 2 diabetekseen. LADA -diabeetikko on tyypillisesti laiha ja laihtuu entisestään insuliinipuutteen takia. Autoimmuuniprosessi on piilevänä, mutta verestä löytyy samoja vasta-aineita kuin tyypin 1 diabeetikoilta, jossa haiman insuliinia tuottavat saarekesolut tuhoutuvat. Riittävän varhaisella insuliinihoidon aloittamisella on huomattu olevan hyödyllinen vaikutus haiman toiminnan ylläpitämisessä ja siten verensokeritason ylläpitäminen on helpottunut, koska oman insuliinin tuottoa on ollut vielä jäljellä. (Suvanto 2002.)



## 4.2 Tyypin 1 diabeteksen hoito

Diabetesta hoidetaan aina yksilöllisesti. Tavoitteena on diabeteksestä aiheutuvien komplikaatioiden ehkäisy, potilaan oireettomuus ja mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Hoidon suunnittelussa käytetään apuna hoitosuunnitelmaa, johon määritellään yksilölliset tavoitteet sokeritasapainon, verenpaineen ja kolesterolin osalta sekä huomioidaan elintapoihin liittyvät tarpeet ja omahoito. Verensokeriin vaikuttavat monenlaiset asiat, kuten insuliinihoito, pistopaikasta johtuvat insuliinin imeytymisen vaihtelut, syöminen, liikunta, hormonitoiminta ja stressi. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 42,266.)

Potilaalla on vastuu omasta hoidostaan. Päivittäiseen omahoitoon kuuluu lääkityksestä huolehtiminen, ruuan hiilihydraattien laskeminen, terveyttä edistävien elämäntapojen noudattaminen sekä päivittäiset hoitoratkaisut. Terveystieteiden tehtävänä on antaa mahdollisimman hyvät edellytykset omahoidon toteutumiseksi antamalla ohjausta ja neuvontaa, tarjoamalla hoitovälineet sekä erilaisten lääketieteellisten hoitojen, tutkimusten seurantakäytien avulla. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 43.)

Psykiatriin sairauksiin liittyy usein epäterveelliset elämäntavat. Ruokailu voi olla epäsäännöllistä ja epäterveellistä sekä liikkuminen vähäistä. Usein tupakointi ja alkoholin käyttö ovat mukana potilaan elämässä. Kun elämänhallinta on täysin kateissa tai toimintakyky matala, diabeteksen omahoito on haasteellista ja jopa mahdotonta. Sen lisäksi, että pyrimme omahoitoisuuteen verensokerimittausten ja insuliinin pistämisen suhteen, on erittäin tärkeää motivoida potilasta noudattamaan terveellisiä elämäntapoja, koska siten saavutetaan hyvä verensokeritasapaino ja lisäksi vähennetään riskiä sairastua diabetekseen liittyviin lisä sairauksiin. Henkilökohtaisen hoitosuunnitelman tekeminen on erityisen tärkeää, koska sen avulla voi paremmin huomioida potilaan olemassa olevat voimavarat ja tuen tarpeen diabeteksen hyvän omahoitoisuuden lisäämiseksi. Hoitosuunnitelmaan asetettujen tavoitteiden on hyvä olla saavutettavia sekä mahdollisimman konkreettisia.

## 4.3 Verensokerin tavoitetaso ja mittaaminen

Terveen henkilön verensokerin alaraja on noin 3,5 mmol/l. Diabeetikon insuliinihoidolla pyritään, ettei verensokeri laske alle 4 mmol/l. Perusinsuliinin annostuksella verensokeri pidetään yöllä, aamulla herättyä ja ennen aterioita tasolla 4-7 mmol/l. Verensokeri nousee aina

aterioiden jälkeen ja ateriainsuliinia annostelemalla huolehditaan että nousu on korkeintaan 2-3 mmol/l, eli 1,5-2 tuntia ruokailun jälkeen verensokerin tavoitteellinen arvo on alle 8-10 mmol/l. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 269,388.)

Vakaissa olosuhteissa, kun perusinsuliinin annostelu sekä ateriainsuliinin ja hiilihydraattien suhde aterioilla on löytynyt, verensokereita mitataan 4-5 kertaa vuorokaudessa. Mittaaminen tapahtuu aamulla heti heräämisen jälkeen, ennen ruokailuja, ja ennen nukkumaan menoa. Aamulla tapahtuva mittaaminen on tärkein, koska se kertoo perusinsuliinin riittävyyden yön yli. Mittaamalla verensokerin myös iltaisin saa hyvän kuvan perusinsuliinin toimivuudesta. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 289.)

Verensokerien mittaaminen 4-5 kertaa päivässä ja insuliinin pistäminen aina aterioiden yhteydessä vaatii potilaalta sitoutumista. Potilaalla tulee olla taito toteuttaa mittaukset oikealla tavalla sekä ymmärrystä siitä miten tuloksia tulkitaan. Verensokereita mittaamalla potilas voi oppia tunnistamaan omia tuntemuksiaan verensokerin eri tasoilla. Usein tapahtuva mittaaminen saattaa aiheuttaa turhautumista joka helposti johtaa mittausten laiminlyömiseen. Psykiatrisen potilaan kohdalla haasteen luo säännöllisyyden noudattaminen sekä omien tuntemusten tunnistaminen. Sitoutuminen hoitoon esimerkiksi sairauden tunnottomuuden takia voi olla vaikeaa. Riippuvuus-sairauksissa sairauden merkitys elämän hallinnassa voi olla pääasiallinen tekijä, jolloin potilaan omahoidon motivaation edelle menee sairauden oireet. Tällöin hoito kannattaa mielestämme kohdistaa niin itse riippuvuuden hoitoon kuin pienin askelin tehtävään omahoitoisuuteen. Yhdessä potilaan kanssa voidaan asettaa tavoitteeksi aluksi verensokerin mittaus, silloin kun potilas on esimerkiksi mahdollisimman vähän päihteiden vaikutuksen alainen. Osastolla voimme antaa riittävät tiedot ja taidot sekä motivoida potilasta omahoidon haasteiden kohtaamiseen ja sekä hoidon toteuttamiseen kotiloissa, säilyttäen potilaan oman elämän realiteetit. Katsomme, että pienet onnistumiset luovat lisämotivaatiota kohdata haasteita laajemmassa mittakaavassa.

#### 4.4 Insuliinihoito ja sen tavoitteet

Insuliinihoidolla korvataan haiman puuttuva insuliinieritys. Annostus on yksilöllinen ja toteutetaan erilaisilla pistoksilla tai pumpulla. Insuliinihoito on jatkuvaa, eikä sitä saa missään tilanteessa lopettaa, vaan annostusta muokataan tarpeen mukaan. Perushoitotapa on pe-

rusinsuliini- sekä ateriainsuliinihoito eli monipistoshoito, joka jäljittelee ihmisen normaalia insuliinieritystä. Verensokerin vaihteluihin käytetään pikainsuliinin lisäannoksia eli korjaus-insuliinia. (Ilanne-Parikka 2013.)

Insuliinihoidon tavoitteena on pitää verensokerit niin normaalina kuin mahdollista. Pyritään välttämään verensokerin jatkuvaa heittelyä matalasta korkeaan. Lisäksi insuliinihoidon avulla pyritään ehkäisemään liian korkeisiin verensokereihin liittyviä lisäsairauksia, kuten silmän verkkokalvosairautta eli retinopatiaa, munuaisten pienten hiussuonten ja munuaiskerästen vauriota eli nefropatiaa, hermostomuutoksia eli neuropatiaa, sepelvaltimotautia, jalkojen erilaisia ongelmia sekä suun sairauksia. (Diabetesliitto 2015.)

Perusinsuliini on tärkeä elimistölle. Elimistö tarvitsee sitä aterioiden välillä ja yöllä maksan sokerituotannon ja rasva-aineenvaihdunnan säätelyyn. Insuliinin tarve on yksilöllinen, keskimäärin insuliinitarve on noin 0,3-0,4 yks./kg/vrk. Annos on sopiva kun verensokeri pysyy yksilöllisellä tavoitetasolla ja yölläkin yli 4,0 mmol/l. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 273.) Tärkeää on myös ettei verensokeri laske liikaa niissäkään tilanteissa, kun ateria viivästyy tai jää kokonaan välistä. Insuliinia on liian vähän, jos verensokeri nousee liikaa aterioiden välillä tai yöllä, ja liian paljon kun verensokerit laskee liikaa tai tarvitaan ylimääräisiä välipaloja tilannetta korjaamaan. Perusinsuliinin määrää pitää vähentää niissä tilanteissa kun ateriainsuliinia ei voi pistää hiilihydraattien mukaisesti liian matalan sokerin takia. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 274.) Perusinsuliineina käytetään detemir- insuliinia joka jaetaan kahteen annokseen, glargiini- insuliinia, joka pistetään kerran vuorokaudessa sekä harvemmin NPH -insuliinia jota annostellaan 2-4 kertaa vuorokaudessa. (Ilanne-Parikka 2015.)

Ateriainsuliini annostellaan niin että se kattaa syödyn hiilihydraattimäärän. Se annostellaan pistämällä vatsan alueelle ihonalaiseen rasvakudokseen. Noin 10 gramman hiilihydraattiannos vaatii yksilöllisen vasteen mukaan 0,5-1(2-3) yksikköä insuliinia. Ateriainsuliinin osuuskoko vuorokauden insuliinitarpeesta on noin 40-60% ja useimmiten annostaso on noin 0,3-0,4 yks. / kg. Yksilöllisemmän ateriainsuliinitarpeen voi laskea noudattamalla 100-sääntöä. Siinä jaetaan luvulla 100 vuorokauden kokonaisinsuliiniannos. Ateriainsuliinin tarve vaihtelee vuorokauden eri aikoina ja sitä pistettäessä on hyvä huomioida muun muassa verenkierrossa olevan perusinsuliinin määrä ja mahdollinen liikunta, joilla on tarvetta alentava vaikutus. Ateriainsuliini pistetään heti ruokailun alkaessa kun ruoka-annos on otettu ja hiilihydraattien määrä laskettu. Ateriainsuliinina käytetään yleisimmin pikavaikutteisia insuliineja, joita pistetään aina kun syödään hiilihydraatteja. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 276.)



Artikkeli on tarkastettu 26.1.2009

Artikkelin tunnus: ldk00380 (000.000) © 2015

Insuliinihoidon toteutuksessa potilaalla tulee olla valmiudet itsensä pistämiseen. Hoito vaatii myös laaja-alaista ymmärrystä omasta sairaudesta. Opeteltavana on insuliinin pistämiseen tarkoitetut paikat sekä verensokeriarvon ja syötyjen hiilihydraattien mukaan laskettava insuliinin tarve. Insuliinihoidon omahoito vaatii potilaalta hyvän fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn toteutuakseen turvallisesti. Psykiatrisella potilaalla voi olla vaikeuksia tiedon vastaanottamisen, käsittelyn ja säilyttämisen kanssa. Yksi psykiatrisen työn haasteista on syömishäiriöitä sairastavat insuliinidiabeetikot. Potilas voi ruokailun jälkeen oksentaa syömänsä aterian, jolloin elimistössä on liian pieni hiilihydraattimäärä suhteessa insuliinimäärään, joka puolestaan voi johtaa hypoglykemiaan. Potilas voi myös laittaa insuliinin ennen ateriaa ja kuitenkin jättää aterian syömättä. Katsomme, että yhdessä potilaan kanssa keskustelemalla voimme pyrkiä motivoimaan potilasta kohtamaan nämä ongelmat haasteina ja esimerkiksi pyrkiä siihen, että potilas on noin tunnin verran ruokailujen jälkeen yleisissä tiloissa, jotta voimme yhdessä potilaan kanssa välttää oksentamisesta johtuvat insuliinihoidon haasteet. Voimme myös käydä läpi ajatusta ateriainsuliinin pistämisestä vasta ruokailun jälkeen. Mielestämme tällaisessa tilanteessa on hyvä ottaa potilas mukaan keskusteluun ja luoda motivaatiota potilaan itsensä kautta, kuin suoranaisesti ulkoisesti tulevalla ohjauksella. Sisäisen motivaation kautta herätetyssä haasteiden kohtaamisessa on mahdollisuus pysyvemmän motivaation ylläpitämiseen.

## 4.5 Insuliinihoidon erityistilanteet

Liikunta, äkillinen sairastuminen, hormonitoiminta, kortisonihoito ja erilaiset toimenpiteet tai leikkaukset voivat vaikuttaa verensokeritasapainoon häiritsevästi. Liikuntaa harrastaessa verensokeri pyrkii laskemaan ja sitä voi ehkäistä nauttimalla lisää hiilihydraatteja tai laske-  
malla insuliiniannosta. Erilaiset infektioaudit on aina tyypin 1 diabeetikon kohdalla vaka-  
vasti otettava asia. Infektiot nostavat voimakkaasti verensokeria ja insuliiniannokset kasva-  
vat. Kortisoneja käytetään tulehdussairauksien hoitamiseksi. Kortisoni nostaa verensokeria  
koska se on insuliinin vastavaikuttajahormoni. Hormonitasapainon muutokset aiheuttavat  
insuliinitarpeen vaihtelua. Insuliinin tarve on tavallisesti suurin kuukautisia edeltävällä viikol-  
la ja heti kuukautisten alkaessa. Toimenpiteitä suunniteltaessa tulee huomioida esimerkiksi  
mahdollisen paaston vaikutukset verensokeritasapainoon. Leikkauksissa pyritään säilyttä-  
mään verensokeri tasapainossa koska korkea sokeri lisää leikkauksen jälkeistä infektioris-  
kiä. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 234.)

### 4.5.1 Hypo- ja hyperglykemia

Kun verensokeri on alle 4,0 mmol/l, se on liian alhainen. Tätä tilaa kutsutaan hypoglykemiaksi. Tyypin 1 diabeetikoilla hypoglykemian vaara on jatkuvasti olemassa. Alhainen veren-  
sokeri voi johtua esimerkiksi liian suuresta insuliiniannoksesta, niukasta syömisestä tai run-  
saasta alkoholin käytöstä. Hypoglykemiaan liittyy oireita, jotka potilaan olisi itse hyvä tunnis-  
taa. Oireita ovat vapina, hermostuneisuus, sydämentykytys, hikoilu, nälän tunne ja heiko-  
tus. Nämä oireet väistyvät helposti kun diabeetikko nauttii nopeasti imeytyvää hiilihydraat-  
tia. (Mustajoki 2015.)

Jos verensokeri laskee alle 2,5-2,8 mmol/l, oireina on väsymys, keskittymisvaikeus, pään-  
särky, uneliaisuus, huimaus, epätavallinen jopa aggressiivinen käytös ja näön hämärty-  
minen. Verensokerin laskiessa alle 2,0 mmol/l oireena on kouristelu ja tajuttomuus. Elimistö  
turtuu insuliinituntemuksille jos verensokeri on toistuvasti liian alhainen. (Mustajoki 2015.)

Hyperglykemia tarkoittaa verensokerin liian korkeaa tasoa. Hoitona on insuliini. Korkeaan  
verensokeriin tulee puuttua nopeasti, koska sen seurauksena voi kehittyä happomyrkytys  
eli ketoasidoosi. Ketoaineet mitataan aina kun verensokeri on yli 15 mmol/l ilman selvää  
syytä eikä insuliini laske verensokeria tai potilaalla on oireita. Happomyrkytyksen oireena

on yleensä pahoinvointi, vatsakipu sekä oksentelu. Happomyrkytys on hengenvaarallinen tila. Yleensä ketoaineiden määrä laskee kun verensokeri saadaan insuliinilla laskettua alle 15 mmol/. (Diabetesliitto 2012.)

Korkea verensokeri vaikuttaa myös mielialaan ja käyttäytymiseen. Oireena voi olla väsymys, alakuloisuus, ärtymys ja haluttomuus. Verensokerin noustessa 20-25 mmol/l lukemiin potilas voi taantua ja puhua sekavia. (Vehmanen 2007.)

Verensokereiden heittelyt aiheuttavat potilaissa erilaisia oireita. Psykiatrisen potilaan kohdalla oireet voivat helposti sekoittua psyykkisestä sairaudesta johtuviin oireisiin. Psykiatrista sairautta ja diabetesta sairastavalta tulisi herkästi mitata verensokeri, jos käytös muuttuu aiemmasta. Potilaan hyvään oma hoitoon kuuluu myös näiden tuntemusten tunnistaminen.

## 5 TULOSTEN ESITTELY JA SUOSITUKSET KÄYTÄNNÖN TYÖHÖN

Opinnäytetyössä tuotettu materiaali koostuu ratkaisukeskeisen viitekehyksen mukaisista motivaatiota herättävistä lomakkeista. Lomakkeet on tarkoitettu potilasta osallistavan hoitotyön apuvälineiksi. Materiaalin tarkoitus on herätellä potilaan motivaatiota omahoitoisuuden lisäämiseksi tai saavuttamiseksi. Materiaalikokonaisuuteen kuuluu myös informatiivinen yleisohje ateriainsuliinin käytöstä ja hiilihydraattien laskemisesta sekä hypo-, ja hyperglykemiasta. Materiaali on kaksiosainen. Toinen osio on tarkoitettu potilaalle itselleen työkaluksi oman motivaation herättelemiseksi ja toinen hoitajalle omahoidon ohjauksen tueksi.

Motivoivan haastattelun menetelmä on työkalu, jota voi käyttää hoidon ohjauksessa. Se voi kuitenkin olla poikkeava hoitajien tällä hetkellä käyttämästä viitekehystä, jolloin menetelmän käyttöönotto voi tuntua haastavalta ja vaatia pientä ajatuksen muutosta suhteessa hoitotyöhön. Asiaa voi lähestyä ratkaisukeskeisellä ajattelulla, pienin askelin onnistuttu. Tärkeintä on säilyttää oma persoonallisuus ja muotoilla motivoivan haastattelun lauseet niin, että ne sopivat omaan persoonaan. Tahdoimme työllämme vastata nykyiseen ja tulevaisuuden visioon potilaslähtöisestä työskentelystä. Aluksi malli voi tuntua työläämmältä, kuin aiemmin tekemämme hoitotyö, kuitenkin loppujen lopuksi työkalu antaa myös jaksamista hoitajalle omassa työssään. Asettamalla tavoitteet potilaan kanssa yhdessä ja paloittamalla ne potilaalle sopiviksi, asteittain eteneviksi tavoitehierarkioiksi, asetamme myös hoitotyölle selkeämpiä tavoitteita ja näin hoitotyö voi olla entistäkin mielenkiintoisempaa. Näin toimimalla voimme saavuttaa onnistumisen kokemuksia sekä hoitajalle että potilaalle.

## 5.1 Päätöksentekotaulukko

Päätöksentekotaulukolla pyritään herättelemään ristiriitaa potilaan nykyisen käyttäytymisen, hänen tavoitteidensa ja arvojensa välille. Ristiriita motivoi muutokseen. Hoitajan tärkeä tehtävä on tukea potilasta itse puhumaan oman muutoshalukkuutensa puolesta. Taulukko toimii hoitajan ja potilaan keskustelupohjana, jolla voidaan avata potilaan omia ristiriitaisuuksia olemassa olevan tilan ja tavoitteiden välille. Jos potilas on kovin epävarma itsestään ja kyvyistään tulisi epävarmuutta minimoida niin, että potilas kokisi itsensä kyvykkääksi suorittamaan ja toteuttamaan muutoksia, aluksi vaikka hyvin pieniäkin. Mikäli ajautuu potilaan kanssa konfrontaatio tilanteeseen eli potilas vastustaa, hoitajan kannattaa varoa potilaan kanssa väittelyä, kyseenalaistamista, arvostelua tai syyttelyä. Vastustusta ei kannata yrittää tulkita tai eritellä niiden syitä. Tässä tilanteessa haasteeksi tulee myös se, että huomioimme motivoivan haastattelun elementin yhdenvertaisuudesta, jolloin kannattaa välttää auktoriteettiin nojautumista. Hoitajan osuus on tässä tärkeä, koska hoitajan usko potilaaseen luo potilaan uskoa omaan itseensä. Jos potilas on jo tehnyt päätöksen, etujen ja haittojen pohtiminen ei ole enää tarpeellista.

### Päätöksentekotaulukko

Missä asioissa koen onnistuneeni diabeteksen hoidossa?

---

---

---

---

Mitä haittoja tai menetyksiä diabeteksen hoitamattomuudesta on seurannut?

---

---

---

---

Ratkaisuni muutokseen on \_\_\_\_\_

Mitä haittoja päätöksestäni voi seurata?

---

---

---

---

Mitä myönteistä voi muutoksestäni seurata?

---

---

---

---

Määrittele asteikolla 1-10 kuinka tärkeää muuttuminen on sinulle?

Muutosta vastustavien seikkojen tärkeys: \_\_\_\_\_ Muutosta puoltavien seikkojen tärkeys: \_\_\_\_\_

**TURKU AMK**  
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES





## 5.2 Tavoitteiden asettelu

Tavoitteiden asettelun materiaalissa on esitetty potilaalle kysymyksiä, jotka herättävät potilaan miettimään omia voimavarojaan. Joku voi olla hyvä neulomaan -> miten tämä ominaisuus voi auttaa sinua diabeteksen hoidossa? -> Mitä ominaisuuksia neulominen vaatii? -> keskittymiskykyä, sorminäppäryyttä, pitkäjänteisyyttä, luovuutta -> Mitä näistä ominaisuuksista voisit käyttää.....? tai miten sorminäppäryys voi auttaa sinua tässä.....?

Tavoiteportaisiin merkitään potilaan itsellensä määrittelemät tavoitteet. Hoitajan tehtävä on huolehtia siitä, että tavoitteet ovat pieniä, konkreettisia ja helposti saavutettavia. Jokaiselle askelmalle merkitään tavoite. Portaiden ylimmälle tasolle asetettava tavoite ei välttämättä ole päätavoitteeksi määritelty diabeteksen hyvä omahoito, vaan jokin muu, joka saavuttamalla ollaan lähempänä päätavoitetta. Kun portaiden tavoitteet on saavutettu, asetetaan uusille portaille uudet tavoitteet. Jokaiselle tavoitteelle asetetaan päivämäärä, jolloin tarkastellaan onko tavoite saavutettu. Jos tavoitetta ei vielä ole saavutettu, voidaan tavoitteen saavuttamiseen ottaa lisää aikaa ja määritellä tavoite uudestaan, esimerkiksi pienentämällä sitä. Tässä kohtaa on tärkeää pohtia, onko päästy edes vähän tavoitetta kohti. Jos tavoitteeksi on määritelty omatoiminen verensokerin mittaaminen, eikä siinä ole onnistunut, mutta potilas on kuitenkin ottanut välineet esille, voidaanko silloin ajatella, että tavoite on saavutettu osittain? Tavoitteen saavuttamiseksi hoitaja auttaa potilasta pohtimaan miksi pistäminen tuntuu vaikealta ja millä apukeinoilla potilas pääsee asiassa eteenpäin.

Kun hoitaja näkee pienenkin asian edistyksenä, se auttaa myös potilasta. Sovittujen tavoitteiden tarkastaminen on erittäin tärkeää. Se ylläpitää potilaan motivaatiota sekä varmistaa, että potilaalla on selkeä ja suunnitelmallinen hoito. Tällöin potilas voi myös luottaa hoitajan tukeen tavoitteiden määrittelyssä ja tavoitteiden saavutusten arvioinnissa.

## Tavoitteiden asettelu, miten onnistun?

Mieti asioita joissa olet kokenut onnistuneesi, esimerkiksi työssäsi, elämässäsi ym. Mitä ominaisuuksia tämä on sinulta vaatinut? Miten voit hyödyntää näitä ominaisuuksiasi diabeteksen hoidossa? Oletko esimerkiksi pitkäjänteinen ihminen, voitko käyttää tätä ominaisuuttasi ja tehdä esimerkiksi pitkäjänteisen diabeteksen hoitosuunnitelman? Oletko nopea tekemään päätöksiä? Käytätkö ehkä tätä ominaisuuttasi hyödyksesi diabeteksen hoidossa? Päätän, että teen joka päivä jonkin päätöksen diabeteksen hoidon suhteen.

**TURKU AMK**  
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

Voit asettaa portaille omat tavoitteesi. Aloita hyvin pienestä. Jos et esimerkiksi ole ennen merkinnyt verensokeritasi omaseurantavihkoon, voit aloittaa siitä, että asetat tavoitteeksi yhden merkinnän kirjaamisen. Jokaisen saavutetun portaan jälkeen voit miettiä miten palkitset itsesi, koska olet saavuttanut tavoitteesi.

**USKO, PIENIN ASKELIN ONNISTUT!!**



## Tavoiteportaani

Kirjoita portaille tavoitteesi.



**TURKU AMK**  
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES



### 5.3 Positiivisuutta etsimässä

Positiivisuutta etsimässä on tarkoitettu potilaan oman muutospuheen tueksi. Sen tarkoituksena on lisätä potilaan positiivista ajattelua itsestään ja elämästään. Joskus hyviä asioita voi olla kovin vaikeaa löytää, jos potilas on negatiivisuuden kierteessä. Potilasta voi motiivoida etsimään ensin ihan pieniä hyviä asioita, vaikka siitä, että hän näki mukavan väriset villasukat. Työmme tarkoituksena on ohjata omahoitoisuutta diabeteksen hoidossa, joten kysymyksenä voi myös olla; mikä sinulla tänään onnistui diabeteksen hoidossa? Missä koit tänään onnistuneesi diabeteksesi hoidossa? Alussa potilaat voivat tarvita hoitajan vahvaa tukea löytämään positiivisia asioita ja hoitaja voi itse kertoa omia ajatuksiaan siitä, missä koki potilaan onnistuneen. Aiemmin kirjoitettuihin positiivisiin ajatuksiin on hyvä palata. Vahvuuksien kehittäminen on tuloksellinen lähtökohta muutokselle.

## Positiivisuutta etsimässä

Meillä on taipumusta huomata asiat, jotka eivät ole aivan kohdallaan, mutta emme ole kovin hyviä huomaamaan mitä mukavia asioita ympärillä tapahtuu. Kaikista asioista yleensä löytyy myös jokin hyvä, kun vain jaksaa etsiä.

Joka ilta, kun menet nukkumaan palauta mieleesi kaksi päivän aikana diabeteksen hoidossa tapahtunutta asiaa, jotka saavat sinut hyvälle mielelle tai hoitoon liittyviä asioita joissa olet tyytyväinen itseesi. Ne voivat olla ihan mitä vaan, esimerkiksi:

Mukavia ajatuksia itsestäsi

Myönteisiä ajatuksia, siitä mitä teit tai sait aikaan

Muiden sanomia asioita, jotka saivat sinut tuntemaan olosi hyväksi

Kirjoita nämä kaksi myönteistä asiaa paperille. Voit kirjoittaa ne joko päiväkirjaasi tai vaikka huoneesi seinälle kiinnitettyyn isoon paperiin. Jos et muista yhtään hyvää asiaa, pyydä jotakuta auttamaan.

Yhä pitenevä lista auttaa sinua huomaamaan, että sinulle tapahtuu diabeteksen hoidossa mukaviakin asioita.

Voit kirjata ajatuksia tähän:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## 5.5 Yleisohje hiilihydraattien vaikutuksesta ja ateriainsuliinin käytöstä

Yleisohje hiilihydraattien vaikutuksesta ja ateriainsuliinin käytöstä on tarkoitettu niin hoitajalle kuin potilaallekin muistin tueksi ja antamaan vahvistusta osaamiselle. Ateriainsuliinin laskentakaava on perusohje, on siis tärkeää huomioida, että jokaisella potilaalla voi olla hyvin yksilöllinen hoitotason määrittäminen ja tavoitteet. Taulukosta löytyy myös tietoa hypo-, ja hyperglykemiasta sekä ketoasidoosista. Nämä ovat 1 tyypin diabetesta sairastavan erityistilanteita, jotka on hyvä tunnistaa ja tietää yleisimmät hoitoperiaatteet.

### Yleisohje hiilihydraattien vaikutuksesta ja ateriainsuliinin käytöstä

<b>Laske</b>	Aterian hiilihydraatit yhteensä
<b>Pistoshoito</b>	10HH= 1 ky ateriainsuliinia
<b>Veren sokeritason laskeminen</b>	1 ky ateriainsuliinia laskee 2 mmol/l
<b>Yleisimpiä ruoka-aineita ja niiden hiilihydraatti määrät</b>	
Maito 2 dl	10 hh
Jogurtti 1 dl	15hh
Piimä 2 dl	10 hh
Peruna, keskipakoinen	15hh
makaroni 1 dl	15hh
Perunasose	15 hh
Lihapiirakka 1 kpl (110g)	45 hh
Leipä, tumma 1 pala (30g)	15 hh
Leipä, Vaalea (20g)	10 hh
<b>HYPOGLYKEMIA</b>	
<b>Määritelmä</b>	Vs alle 3,5 tai alhaisen verensokerin tuntemukset
<b>Oireet</b>	Vapina, hermostuneisuus, tykytyshikoilu, nääläntunne, heikotus, ärtymys

<b>Hoito</b>	10 hh nostaa verensokeria n 2mmol/l Verensokeri tarkastetaan 15 min korjauksen jälkeen, tarvittaessa uusi korjaus.
<b>Nopeaan korjaamiseen: sisältää 20g nopeasti imeytyvää sokeria</b>	8 kpl siripiri tabletteja 2 rkl hunajaa tai sirappia 8 sokeripalaa (esim. veteen liuotettuna) 2 dl, lasillinen tuoremehua 1 banaani
<b>HYPERGLYKEMIA</b>	
<b>Oireet</b>	Väsymys, alakuloisuus, ärtymys sekavuus, tihentynyt virtsaamisen tarve.
<b>Hoito</b>	Korjaus insuliini, 1 ky laskee vs 2 mmol/l
<b>Huomioitavaa</b>	Mikäli verensokeritaso ei laske insuliinipistoksista huolimatta tai vs on yli 17 mmol/l + ketoasidoosin oireita, mitataan ketoaineet. Alle 0,6 mmol/l :Ei erityistoimenpiteitä. 0,6-1,5 mmol/l : Korjaa kohonnutta verensokeria. Tarkista verensokeri ja ketoaineet parin tunnin välein. 1,5-3 mmol/l : Ketoasidoosin vaara on kasvanut. yli 3 mmol/l : Hakeudu ensiapuun
<b>Ketoasidoosin oireet (happomyrkkytys)</b>	Vatskipu, pahoinvointi, asetonin haju hengityksessä, hyperventilaatio.



## 5.6 Motivoivan haastattelun keinot ja refleктоiva kuuntelu

Tukeaksemme hoitajia käyttämään motivoivan haastattelun menetelmää työvälineenä, hoitajille tarkoitettuun materiaaliin sisällytettiin motivoivan haastattelun mukaisia kysymyslauseita. Hoitaja voi palata tarvittaessa näihin kysymyksiin ollessaan keskustelutilanteessa potilaan kanssa. Tarkoituksena on auttaa hoitajaa toteuttamaan avointa ja refleктоivaa keskustelua ja siten saavuttaa yhdenvertaisen vuorovaikutuksen potilaan kanssa.

### MOTIVOIVAN HAASTATTELUN KEINOT

- ▶ Käytä avoimia kysymyksiä
  - ▶ Mitä, mikä, missä, miten, milloin...
    - ▶ Voisitko kertoa minulle miten olet hoitanut diabetesta kotonasi?
    - ▶ Miten koet diabeteksen hoidon sujuvan nyt?
    - ▶ Millaisissa tilanteissa olet jättänyt insuliinipistoksesi väliin?
  - ▶ Lisäksi
    - ▶ Mitä sinä ajattelet tästä?
    - ▶ Kerro lisää!



Refleктоivan kuuntelun tarkoitus on luoda potilaalle kuulluksi tulemisen tunne. Materiaalissa esitettävien kysymysten avulla selvitetään, onko hoitajan kuulema asia niin kuin potilas todella tarkoittaa. Yhteenvedon tarkoitus on kerätä keskeinen asia ja esittää se tiivistetysti sekä antaa potilaalle vielä mahdollisuus korjata tai täydentää kertomaansa. Potilaan puheessa kiinnitetään huomio muutospuheeseen ja myönteisiin asioihin, sekä toiminnastaan, että itsestään. Yhteenvedoja tekemällä hoitaja pyrkii vahvistamaan tätä puhetta.

## REFLEKTOIVA KUUNTELU

- ▶ Tarkennus ja kuullun vahvistaminen
  - ▶ Sinusta ei tunnu hyvältä...
  - ▶ Sinusta tuntuu...
  - ▶ Sinä koet...
  - ▶ Olet huolissasi, että...
  - ▶ Mietit...
- ▶ Yhteenveto
  - ▶ Kerroit, että...
  - ▶ Tähän asti olet kertonut, että...
- ▶ Tartutaan muutospuheeseen
  - ▶ HALU Haluan voida paremmin
  - ▶ KYKY Olen aikaisemmin pärjännyt diabeteksen kanssa
  - ▶ SYY Olen varma, että voisin paremmin, jos...
  - ▶ TARVE ... on minulle todella tärkeää
  - ▶ SITOUTUMINEN Nyt onnistun...



Hoitajalle tarkoitettuun materiaaliin olemme koonneet erilaisia asioita mitkä ovat oleellisia hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa. Ratkaisukeskeisen toimintatavan mukaisesti kiinnitetään huomio positiivisiin asioihin, etsitään onnistumisia ja potilaalle tärkeitä asioita.

## Esimerkkejä:

- ▶ Se mihin kiinnität huomiota kasvaa ja vahvistuu
- ▶ Etsi onnistumiset (Mikä toimii? Mitä tekee? Miten sen tekee? Mikä mahdollistaa tämän?)
- ▶ Tutki ihanne tilaa (Mistä unelmoi? Paras mahdollinen tilanne? Mistä tietää saavuttaneensa tavoitteen?)
- ▶ Suunnittele prosessi (Mikä on tärkeää? Mitä on valmis tekemään sen eteen? Mihin kaikkeen muuhunkin se voi vaikuttaa myönteisesti?)
- ▶ Innosta toteuttamaan (Miten toimit? Mistä aloitat? Mitä teet seuraavaksi? Miten voit palkita itsesi tavoitteen saavuttamisesta? Mistä saat tukea, kannustusta, palautetta?)
- ▶ Myönteiset muutokset syntyvät, kun kiinnitetään huomio siihen mikä jo toimii ja mitä tahdotaan lisää. Tämä luo asiakkaalle uskoa onnistumisiin ja omiin mahdollisuuksiin.  
-> itseluottamus kasvaa!



## 6 POHDINTA

Tulevaisuuden hoitotyö on potilaslähtöistä ja tavoittelee mahdollisimman korkeaa itsehoiton tasoa. Siihen, että potilas muuttuu hoidon kohteesta aktiivisen toimijan rooliin tulisi pyrkiä. Potilaan korkea omahoidon taso tuo yhteiskunnallisesti säästöjä ja hoito on silloin tehokkaampaa sekä tuloksellisempaa. Vanhoja käytänteitä on kuitenkin vaikea muuttaa ja tarvitaan asennemuutosta sekä lisää työkaluja hoitotyöhön muutoksen saavuttamiseksi. Opinnäytetyömme materiaalin on tarkoitus vastata juuri tähän tarpeeseen.

Motivoivasta haastattelusta ja sen menetelmästä puhutaan paljon ja sitä suositellaan menetelmäksi useassa käypähoitosuosituksessa. Kuitenkin katsomme, että siitä on hyvin vähän tarjolla konkreettista oppimismateriaalia hoitajille ja halusimme luoda potilaslähtöisen sekä kootun materiaalin, jonka avulla hoitajan on helpompi käyttää motivoivan haastattelun menetelmää työssään sekä harjoitella menetelmän käyttöönottoa.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli myös tuoda esiin potilaan oman motivaation merkitystä muutoksen onnistumisen kannalta. Mikäli motivaatio nousee potilaan omasta halusta, on tällöin muutoksen pysyvyys pitkäkestoisempaa.

Motivoivan haastattelun menetelmä tähtää juuri potilaan omasta halusta syntyvään muutokseen. Käyttämällä sitä hoitotyössä, teemme työtä pitkäkestoisemman muutoksen eteen. Tämä saattaa alussa viedä enemmän aikaa, mutta palkitsee tulevaisuudessa muutoshalukkuuden säilyessä pidempään. Motivoivan haastattelun menetelmä luo meille työkalun kohdata potilas hyvin potilaslähtöisesti sekä tätä kautta me myös voimme osoittaa potilaalle itselleen arvostusta ja kunnioittaa hänen omia näkemyksiään.



## 6.1 Tulosten arviointi

Ratkaisukeskeinen työmenetelmä ja motivoiva haastattelu, joihin opinnäytetyömme materiaali perustuu, ovat vahvasti potilaslähtöisyyttä tukevia menetelmiä. Tekemämme materiaali on tällaisenaan tarkoitettu diabetesta sairastavan potilaan omahoidon ohjausta tukemaan, mutta pienillä muutoksilla se sopii lähes minkä tahansa ohjaustarpeen työkaluksi.

Koemme, että motivoivan haastattelun menetelmä on erinomainen menetelmä, mutta sen oppiminen ja toteuttaminen voi olla haasteellista. Tekemämme materiaalin avulla hoitaja voi opetella menetelmän toteuttamista ja käyttää sitä tukimateriaalina tarvittaessa. Materiaaleja ei ole käytännön työssä testattu. Käyttöönoton aikana, käyttökokemusten lisääntyessä, sitä voisikin vielä kehittää työyhteisön toiminnan kannalta sopivammaksi. Toisaalta tässä olisi myös myöhemmin mahdollisuus tutkia menetelmän vaikuttavuutta pidemmällä aikavälillä.

Mikään muutos ei ole helppo ja sama siis koskee uuden työskentelytavan sisäistämistä. Tärkeintä on se, että hoitajat uskaltavat olla rohkeita ja kokeilla uutta lähestymistapaa suhteessa potilaisiin ja tämä voi tapahtua pienin askelin. Alussa voi kokeilla lähestyä potilasta ihan muutaman motivoivan haastattelun elementillä, esimerkiksi avoimilla kysymyksillä. Työtavan muutos kehittää toteuttajan omaa persoonaa ja lopulta työtapa tulee osaksi hoitajan omaa persoonallisuutta omalla persoonallisella tyylillä.

## 6.2 Oman oppimisen arviointi

Aloitimme opinnäytetyömme suunnittelun hyvissä ajoin ja kävimme läpi paljon erilaista materiaalia aiheeseen liittyen. Diabetes ja sen hoito on erittäin laaja aihealue, jonka mieles-tämme onnistuimme rajaamaan hyvin. Myöskin motivoivan haastattelun menetelmästä löytyy paljon materiaalia, jota käsittelimme niin, että se sopii opinnäytetyöhömmme.

Ammatillisesta näkökulmasta tarkasteltuna toiminnallisen opinnäytetyömme tekeminen on vahvistanut potilaslähtöistä ajatteluamme. Motivoivan haastattelun menetelmä on toimiva missä tahansa potilasohjaukseen liittyvässä tilanteessa ja koemme asiaan perehtymisellä olevan suuri hyöty sekä psykiatrisen- että somaattisen puolen hoitotyössä. Olemme perehtyneet erilaisiin tiedonhaun menetelmiin ja oppineet soveltamaan käytössä olevaa tietoa omien tarkoitustemme mukaisesti. Tekemäämme materiaalia voi pienin muokkauksin käyt-

tää erilaisissa tarkoituksissa ja siten siitä on hyötyä meille tekijöille jatkossakin. Materiaalin tekeminen toi opinnäytetyön tekemiseen mielekkyyttä.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus riippuu tutkimuksen eettisyydestä. Eettisyydellä tarkoitetaan, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että tutkimukseen on käytetty tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Halusimme tehdä selkeän ja helposti ymmärrettävän työn, joten rajasimme aiheen ykköstyypin diabeteksen hoitoon, sekä keskityimme motivoivaan haastatteluun yhtenä ratkaisukeskeisen työtavan menetelmänä. Eettisyyteen kuuluu, hyvä ja luotettava aiheen rajaaminen ja tätä kautta tutkimuksen aihe täsmentyy ja kaventuu. (Jyväskylän yliopisto 2014.) Työmme perustuu ajanmukaiseen kirjallisuuskatsaukseen.

Potilaan ohjausta tehostavaa materiaalia tehdessämme huomioimme että tiedon tulee olla ajankohtaista ja asianmukaista. Työssämme olemme käyttäneet mahdollisimman tuoretta tietoa ja hankkineet tiedon luotettavista lähteistä mm. pubmed. Valmis materiaali annettiin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan sekä akuuttipsykiatrisen osastonhoitajan arvioitavaksi. Asiantuntija arvio ja hyväksyntä diabeteksen hoitoon liittyvästä materiaalista on saatu Vammalan Aluesairaalan diabeteshoitajalta sekä endokrinologilta.

Haimme luvan opinnäytetyön tekemiseen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Luvan edellytyksenä oli tiivis yhteistyö työelämäyhteistyötahon kanssa. Toimeksiantajamme kanssa käymiemme keskustelujen avulla varmistuimme siitä, että osaston henkilökunnalla oli mahdollisuus vaikuttaa opinnäytetyön sisältöön ja että se palvelee juuri heidän tarpeitaan. Valmiin opinnäytetyön esittelimme osaston henkilökunnalle pitämällä aiheesta osastotunnin ja siihen hoitajien osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujille jaettiin tehty materiaali. Materiaali on myös sähköisessä muodossa akuuttipsykiatrian osaston sekä diabeteshoitajan käytettävissä.

# LÄHTEET

De Jong P & Berg I. 2008. Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja. USA: Livonia print/ Lyhytterapiainstituutti 2013.

Diabetes (online). Käypä hoito-suositus 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2013 (viitattu 19.10.2015.) [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Diabetesliitto 2012. Hapojen eli ketoaineiden seuranta. Viitattu 2.12.2015  
[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_1/verensokeri/korkea\\_verensokeri\\_ketoaineet](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/verensokeri/korkea_verensokeri_ketoaineet)

Diabetesliitto 2015. Elinmuutosten ehkäisy. Viitattu 8.11.2015

[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_1/elinmuutosten\\_ehkaisy](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/elinmuutosten_ehkaisy)

Ilanne- Parikka P. & Huttunen J. 2011. Diabetesliiton kirje psykiatrisille hoitoyksiköille. Tampere: Diabetesliitto. Viitattu 18.4.2015

[http://www.diabetes.fi/files/1748/DIABETESLIITON\\_KIRJE\\_PSYKIATRISILLE\\_HOITUYKSIKOILLE.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1748/DIABETESLIITON_KIRJE_PSYKIATRISILLE_HOITUYKSIKOILLE.pdf)

Ilanne-Parikka P. 2013 Tyyppin 1 diabetes: insuliinihoito. Terveysportti. Viitattu 11.10.2015  
[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00557&p\\_haku=insuliinihoito%202013](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00557&p_haku=insuliinihoito%202013)

Ilanne-Parikka P. 2013 Insuliinit. Tampere: Diabetesliitto . Viitattu 20.4.2015  
[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_1/tyypin\\_1\\_hoidon\\_abc/insuliinit](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/insuliinit)

Ilanne-Parikka P. 2015 Insuliinit. Diabetesliitto. Viitattu 10.9.2015  
[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_1/tyypin\\_1\\_hoidon\\_abc/insuliinit](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/insuliinit)

Ilanne-Parikka P. Rönnemaa T., Saha M-T. Sane T. 2015. Tampere. Kustannus Oy Duodecim. Tammerprint.

Ismail K, Maissi E, Thomas S, Chalder T, Schmidt U, Bartlett J, et al. 2010. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with Type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycaemic control: A Diabetes and Psychological Therapies (ADaPT) study. Health Technol Assess (NETSCC; HTA). <https://meku.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=2992>.

Itä-Suomen yliopisto. 2015. Koulutus ja kehittämisspalvelu Aducate. Viitattu 9.11.2015.  
<http://www2.uef.fi/fi/aducate/oppimis-ja-ohjauksiasia#konstruktivistinen>

Jyväskylän yliopisto. 2014. Avoimenyliopistonkoppa. Viitattu 20.11.2015

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/aiheeseen-perehtyminen#aiheen-rajaaminen>

Järvinen M. 2014 Näytönastekatsaukset. Vaikuttava terveysohjaus.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak08281>,

Karies. (online) Käypä hoito-suositus 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 19.4.2015). [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Koski-Jännes A., Riittinen L. Saarnio P. 2008. Kohti muutosta. Jyväskylä. kustannusosakeyhtiö Tammi

Kurttila M. Laane T. Saukkola K. Teanberg T. 2010. Hämeenlinna. kustannusosakeyhtiö Tammi

Lahti J, Rakkolainen M, Koski-Jännes A. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(19):2063-9. Motivoiva haastattelu kaksois-diagnoosipotilaiden hoidossa. Viitattu 19.4.2015.  
[http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/uusinnumero?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articlepor](http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articlepor)

[tlet&p\\_p\\_lifecycle=0& Article WAR\\_DL6 Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinnumero& Article WAR\\_DL6 Articleportlet\\_viewType=viewArticle& Article WAR\\_DL6 Articleportlet\\_tunnus=duo11266#s1](#)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Viitattu 19.11.2015.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Mustajoki P. 2015 Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.10.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00757](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757)

Mustajoki P. 2015 Diabetes (sokeritauti) Lääkärikirja Duodecim Viitattu 26.10.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00011&p\\_haku=hyperglykemia](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011&p_haku=hyperglykemia)

Sosiaalisairaala 2015. Viitattu 1.10.2015.  
[http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/Motivaatio\\_ja\\_muutos.pdf](http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/Motivaatio_ja_muutos.pdf)

Suvanto P. Diabetesliitto. Ladalla kakkosesta ykköseksi 2002. Viitattu 19.10.2015  
[http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden\\_juttuarkisto/yleista\\_diabeteksesta/ladalla\\_kakkosesta\\_ykkoseksi.543.news](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/yleista_diabeteksesta/ladalla_kakkosesta_ykkoseksi.543.news)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 24.11.2015.

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Vehmanen M. 2007 Verensokerin sanelemaa vai aitoja tunteita? Viitattu 19.11.2015

[http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden\\_juttuarkisto/hoidon\\_seuranta/verensokerin\\_sanelemaa\\_vai\\_aitoja\\_tunteita.708.news](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/hoidon_seuranta/verensokerin_sanelemaa_vai_aitoja_tunteita.708.news)

Wang D, Li XY, Zhang LN, Zhou L, Zhang KJ. 2015. Effects of motivational interviewing on lifestyle modification and diabetes prevention in adults with pre-diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2015 Feb 23. pii: S0168-8227(15)00082-0. doi: 10.1016/j.diabres.2015.01.042. [Epub ahead of print]. PMID:25748829. Viitattu 10.4.2015.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wang%20D\[Author\]&cauthor=true&cauthor\\_uid=25748829](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wang%20D[Author]&cauthor=true&cauthor_uid=25748829)