



ELÄMÄNILOA JA INSULINIINIA

Tyypin 1 diabetesta sairastavien henkilöiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta ja omahoidon onnistumisesta ½ - 2 vuoden kuluttua sairastumisesta

**Markus Kivinen
Jaana Kortelahti,
Sannaraisa Moilanen
Maria Isabel Solis Bote**

**Opinnäytetyö
Kesäkuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

KIVINEN, Markus KORTELAHTI, Jaana MOILANEN, Sannaraisa SOLIS BOTE, Maria Isabel	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 78	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus Salainen _____ saakka	
Työn nimi ELÄMÄNILOA JA INSULIINIA. Tyypin 1 diabetesta sairastavien henkilöiden kokemuksia osastolla saamastaan omahoidon ohjauksesta ja omahoidon onnistumisesta ½ - 2 vuoden kuluttua sairastumisesta.		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli LATVA, Irene.		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Keskussairaala, sisätautien osasto 11		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tyypin 1 diabetesta sairastavien henkilöiden kokemuksia omahoidon onnistumisesta ½ - 2 vuoden kuluttua sairastumisesta sekä heidän kokemuksiaan hoidon aloituksen aikana osasto 11:llä saamastaan omahoidon ohjauksesta. Opinnäytetyössä tarkasteltiin myös sitä, millaisena siirtyminen osastolta diabetespoliklinikan asiakkaiksi koettiin. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta. Aineisto kerättiin yksilöllisinä teemahaastatteluina. Haastateltavia oli kahdeksan. Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysia. Tutkimustulokset esitettiin vapaan selittämisen avulla sekä esittämällä haastateltujen käyttämiä vapaamuotoisia lauseita. Tyypin 1 diabetes on jokapäiväistä ja huolellista omahoitoa vaativa elinikäinen sairaus. Omahoito kuormittaa ajoittain, mutta sosiaalisen verkoston tuki ja mielekäs elämän sisältö auttavat jaksamaan. Diabeetikot olivat enimmäkseen tyytyväisiä omahoidon osaamisen tasoonsa. Omahoidon pulmat eivät heikentäneet osaamisen kokemusta. Diabeteksestä johtuvia elämänmuutoksia pidettiin enimmäkseen terveyttä ja hyvinvointia edistävinä. Diabeetikot olivat enimmäkseen tyytyväisiä osastohoidon aikana saatuun ohjaukseen. Tietoa tuli paljon lyhyessä ajassa, mutta saatu tieto koettiin tarpeelliseksi. Koettu alkusokki saattoi heikentää kykyä hyödyntää saatua tietoa. Lisätiedon tarvetta ilmeni ravitsemuksessa, ihon ja pistospaikkojen hoitamisessa ja verensokerien tavoitearvoissa. Osaamisvajetta koettiin hiilihydraattien las-kemisessä, energiantankkauksen suunnittelussa, hypoglykemioiden hoidossa, ja insuliinihoidon säätelyssä äkillisissä sairastumisissa. Henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen perehtymistä pidettiin tärkeänä ja ohjauksen tuli vastata yksilöllisiin tarpeisiin. Diabeetikoiden tuentarve vaihteli. Tukea saatiin perheeltä, tuttavilta, toisilta diabeetikoilta ja hoitohenkilökunnalta.		
Avainsanat (asiasanat) Tyypin 1 diabetes, omahoito, omahoidon ohjaus		
Muut tiedot		

KIVINEN, Markus KORTELAHTI, Jaana MOILANEN, Sannaraisa SOLIS BOTE Maria Isabel	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 78	Language Finnish
	Confidential Until _____	
Title JOY OF LIFE AND INSULIN. THE experiences of the clients with type 1 diabetes on selfcare guidance during their ward period and how they manage with their selfcare ½ - 2 years after falling ill.		
Degree Programme Degree programme of nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli; LATVA, Irene		
Assigned by Ward 11 of Central Hospital of Central Finland		
Abstract The aim of this Bachelor Thesis was to clarify how the clients with type 1 diabetes experienced their management with selfcare ½ - 2 years after falling ill. It also clarifies their experiences about selfcare guidance for type 1 diabetes during their first care period in the ward 11. Experiences during the transitional phase from ward to diabetes clinic was examined as well. The research method was qualitative. The research data was collected by interviewing eight persons with type 1 diabetes using theme interveiwis. The interviews were analysed by the method of inductive content analysis. The research results were presented by using free interpretation and by using straight quotations from interviews. Type I diabetes is a lifetime illness that daily requires careful selfcare. Sometimes the selfcare can be stressful but the support of a social network and meaningful life helps empower. Mainly the diabetics were satisfied with their skill levels of selfcare. Problems in selfcare did not reduce the level of satisfaction. The diabetics thought that the changes in their lives caused by diabetes did mostly support their health and wellbeing. The diabetics were mainly satisfied with the guidance they were given during their ward period. They got plenty of information in a short time but it all was necessary. Going through the initial shock could effect the capacity to process given information. The areas where they needed more information were: nutrition, hypoglycemias, taking care of skin and injection areas and information about the aimed numbers of blood glucose. There were shortages in skills of counting carbohydrates, planning energy refuelling, taking care of hyperglycemias and adjusting insulin doses in times of sudden sickness. Getting acquainted with the patients' individual life situation is important in being able to adjust the given guidance answering to the individualistic needs. The need of support varied among the diabetics. They were given support by their families, acquaintances, other diabetics and the health personnel.		
Keywords Type 1 diabetes, selfcare, selfcare guidance o		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2. TYYPIN 1 DIABETES JA SEN HOITO.....	7
2.1 DIABETES SAIRAUTENA.....	7
2.1.1 Tyypin 1 diabetes ja perinnöllisyys.....	8
2.1.2 Tyypin 1 diabeteksen oireet ja hoito.....	9
2.1.3 Tyypin 1 diabeteksen liitännäissairaudet ja lisäsairaudet.....	11
2.1.4 Elämäntapojen, ravitsemuksen ja liikunnan merkitys.....	11
2.2 TYYPIN 1 DIABETEKSEN HOITO TERVEYDENHUOLLOSSA.....	14
3 OMAHOITO TYYPIN 1 DIABETEKSESSA.....	16
3.1 OMAHOITON SITOUTUMINEN JA VOIMAVARAT.....	16
3.1.1 Omahaan sitoutuminen.....	17
3.1.2 Omahoidossa jaksaminen.....	17
3.2 TYYPIN 1 DIABETESTA SAIRASTAVAN PÄIVITTÄINEN OMAHOITO.....	19
3.2.1 Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoidon perusasiat.....	19
3.2.2 Diabeetikko, ravitsemus ja liikunta.....	22
3.2.3 Diabeetikko, päihteet ja tupakointi.....	24
3.3 OMAHOIDON SEURANTA JA ARVIOINTI.....	25
3.3.1 Verensokerin omaseuranta ja tavoitetasot.....	25
3.3.2 Oman voinnin seuranta.....	27
3.3.2.1 Verensokerin vaihteluista johtuvat tuntemukset.....	27
3.3.2.2 Ketoaineiden mittaaminen.....	28
3.3.2.3 Ihon, suun ja jalkojen hyvinvoinnin seuranta.....	29
4 VOIMAVARAISTAVA OHJAUS OMAHOIDON MAHDOLLISTAJANA.....	31
4.1 HOIDONOHJAUS DIABEETIKON TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ.....	31
4.2 VOIMAANTUMINEN, EMPOWERMENT.....	33
4.3 NEUVONTAKESKUSTELU JA MUUTOSVAIHEMALLI.....	36
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	39
6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTONKERUU.....	40
6.1 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	40
6.2 AINEISTON ANALYYSI.....	43
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	44
7.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	44
7.1.1 Tyypin 1 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia osastolla toteutetusta omahoidon ohjauksesta.....	44
7.1.2 Tyypin 1 diabetekseen sairastuneen yksilöllisen elämäntilanteen ja voimavarojen huomioiminen ohjauksessa.....	49
7.1.3 Tyypin 1 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia omahoidossa selviytymisestä tutkimushetkellä.....	54
7.1.4 Tyypin 1 diabetesta sairastavien kokemuksia siirtymisestä diabetespoliklinikan asiakkaiksi.....	59
7.2 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETOA.....	60
8 POHDINTA.....	63
8.1 OPINNÄYTETYÖN EETTISET NÄKÖKOHDAT.....	63

	5
8.2 TULOSTEN LUOTETTAVUUDESTA.....	64
8.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSET.....	65
LÄHTEET	68
LIITTEET	75
Liite 1 Esittelykirje	75
Liite 2 Haastattelukysymykset.....	76
Liite 3. Tutkimuslupa	77
Liite 4. Analysointikaavio.....	75
KUVIOT	
Kuvio 1. Tyypin 1 diabeetikkojen hoito julkisessa terveydenhuollossa.....	11
Kuvio 2. Tyypin 1 diabeetikonhoitoketju.....	12
Kuvio 3. Muutosvaihemalli.....	38

1 JOHDANTO

Tyypin 1 diabeteksen ilmaantuvuus Suomessa on maailman korkein. Tutkimusten mukaan vain joka neljännen tyypin 1 diabetesta sairastavan hoitotasapaino on hyvä, ja noin puolella diabeetikoista hoitotasapaino on huono tai jopa hälyttävän huono. (Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000 – 2010, 8; Kangas 2002, 83; Toljamo 1998, 75.) Jopa yli kolmasosalla diabeteksen hoitotulosta pidettiin epäonnistuneena ja tärkeimpänä epäonnistumisen syynä pidettiin potilaan hoitomyöntyvyyden puutetta. (Valle & Tuomilehto 2004, 15.)

Nykyisen hoitotavan mukaan diabeetikolla itsellään on vastuu sairautensa omahoidosta ja sen toteutuksesta. Hoitohenkilöstön vastuulla on puolestaan itse sairaus, sen lääkitys ja muu hoito, hoidon ohjaus ja sen laatu. (Toljamo 1988, 25). Diabeteksen puhkeamiseen voi liittyä sokin kaltainen alkujärkytys. Sairastuminen voi pysäyttää yksilön ja hänen lähipiirinsä, ja sen vaikutukset ulottua laajalle elämään ja arkeen. Diabetekseen liittyy myös joukko pelkoja ja ennakkoluuloja, jotka kuormittavat vastasairastunutta. Alkujärkytyksen ja muutoksen vaiheen tunnistaminen ja huomioiminen helpottavat sekä vasta sairastuneen että häntä hoitavan ammattihenkilöstön yhteistyösuhteen ja tavoitteiden asettelun alkuvaiheissa. (Marttila 2006, 28 -29.)

Hoitohenkilöstöllä on tärkeä roolia diabeetikon voimavaraistumisprosessissa hänen opetellessaan ottamaan vastuullista ja aktiivista osaa omahoidossaan. (Himanan 2006, 36.) Oman vastuun ottaminen sairautensa hoidossa tarkoittaa Mäkeläisen (2006, 45) mukaan omahoidon merkityksen ymmärtämistä ja sitoutumista itsensä hoitamiseen. Omahoitoon on helpompi sitoutua, jos hoito suunnitellaan asiakkaan tarpeista lähtien (Kynge 1995, 70). Hoitotyön asiakaslähtöinen näkökulma perustuu siihen, että toiminnoissa turvataan ihmisen oma osallisuus hoidossaan. Ihmisen osallisuus omaan hoitoonsa perustuu sekä lakiin potilaan oikeuksista että hoitavan organisaation filosofiseen osallisuuskäsitykseen, jonka mukaan ihmisen tulee tuntea itsensä osalliseksi siihen, mitä hoidossa tapahtuu, mitä päätetään ja mitä siinä tavoitellaan. (Kujala, 2003, 18.)

Tässä opinnäytetyössä selvitämme tyypin 1 diabetesta sairastavien henkilöiden kokemuksia Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11 toteutetun omahoidon ohjauksen vaikuttavuudesta ja heidän tyytyväisyyttään omahoidon osaamiseensa ½ - 2 vuoden kuluttua sairastumisesta. Tutkimusaineisto kerätään yksilöllisillä teemahaastatteluilla. Saadun aineiston pohjalta etsitään kehittämiskohteita ja -ideoita osastolla 11 tapahtuvaan tyypin 1 diabeteksen omahoidon ohjaukseen. Opinnäytetyön teoriaosiossa taustoitamme tyypin 1 diabetesta, sen omahoitoa ja asiakaslähtöistä neuvontakeskustelua sekä siihen liittyvää muutosvaihemallia. Opinnäytetyön empiirisessä osuudessa selvitämme, miten tyypin 1 diabetesta sairastavat kokevat omahoitonsa ohjauksen ja kuinka osastolla saatu omahoidon ohjaus on vastannut erilaisista elämäntilanteista johtuviin omahoidon tarpeisiin. Selvitämme myös, miten muutosvaihemalli huomioidaan omahoidon ohjauksessa. Kysymme haastateltaviltamme heidän kokemukstaan omahoitoon sitoutumisestaan sekä mahdollisesta tuentarpeestaan sairastumisen alussa ja omahoidon toteuttamisessa.

2. TYYPIN 1 DIABETES JA SEN HOITO

Suomessa diabetes on todettu yli 265 000 ihmisellä vuoteen 2005 mennessä. Heistä lähes 32 000 ihmisellä on tyypin 1 diabetes, loput sairastavat tyypin 2 diabetesta. Diabetesta sairastavien määrän ennustetaan nousevan vuoteen 2010 mennessä 375 000. Tyypin 1 eli nuoruustyypin diabetesta sairastavien määrä kasvaa tällä hetkellä 3 prosenttia vuodessa. (Saraheimo & Kangas 2006, 12.)

2.1 DIABETES SAIRAUTENA

Diabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka ilmentyy kohonneena verensokeripitoisuutena. Kohonnut verensokeripitoisuus voi johtua niin insuliinihormonin puutteesta kuin sen heikosta toiminnasta. Lisäksi rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen on yleistä. Diabetes pitää sisällään monta erilaista ja eriasteista sairautta, joille kaikille tyypillistä on kohonnut verensokeripitoisuus. Diabeteksen kahtena päämuotona ovat tyypin 1 eli nuoruusiän diabetes ja tyypin 2 eli aikuisiän diabetes. Tyypin 2 diabeteksen aineenvaihduntahäiriö aiheutuu insuliinin vaikutuksen heikke-

nemisestä eli insuliiniresistenssistä ja siihen yhdistyvistä samanaikaisesta häiriintyneestä ja puutteellisesta insuliinierityksestä. Tyypin 1 diabeteksestä kerromme tarkemmin luvussa 2.1.1. Näiden kahden päämuodon lisäksi muita diabeteksen alamuotoja ovat MODY ja muut perimän muutoksesta johtuvat diabetesmuodot, muista syistä johtuva diabetes sekä raskausdiabetes. MODY (Maturity Onset diabetes in the Young) tarkoittaa nuorella iällä alkanutta aikuistyyppin kaltaista diabetesta. Tämän tyyppinen diabetes aiheutuu haiman vajaasta insuliini erityksestä, mutta insuliiniherkkyys on normaali. Muista syistä johtuvan diabeteksen taustalla voi olla muun muassa haimatulehdus, hemogramatoosi eli raudankertymäsairaus, hormonitoiminnan häiriö tai muu insuliinituotantoon vaikuttava syy, esimerkiksi haiman poisto. Raskausdiabeteksella tarkoitetaan istukan toiminnasta johtuvaa hormonitoiminnan muutoksia, jotka vähentävät insuliinin tehoa. Mikäli haima ei kykene erittämään insuliinia riittävästi, verensokeritaso kohoaa. (Saraheimo & Kangas 2006, 8,13,17; Rönnemaa 2006,19.)

2.1.1 Tyypin 1 diabetes ja perinnöllisyys

Opinnäytetyössämme keskitymme tarkastelemaan pääosin tyypin 1 diabetesta. Tässä nuoruustyyppin diabeteksessä oireet ovat tavallisesti hyvin selkeät ja saattavat kehittyä diabeteksen puhjetessa hyvinkin nopeasti muutamien päivien tai viikkojen aikana. Nuoruustyyppin diabeteksen hoidossa on aina tärkeintä puuttuvan insuliinin korvaaminen. Tämän tyypin diabetekseen sairastuneet ovat tavallisesti alle 35-vuotiaita, mutta siihen voi sairastua myös vanhuusiällä. (Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyyppin diabeetikolle, 2000, 12.)

Tyypin 1 diabeteksen aineenvaihdunta häiriö johtuu haiman insuliinia tuottavien solujen vahingoittumisesta ja siitä johtuvasta insuliinin puutoksesta. Tarkennettuna tässä sairaudessa haiman Langerhansin saarekesolut tuhoutuvat sisäisen tulehduksen eli autoimmunitulehduksen seurauksena, joka johtaa vaiheittain täydelliseen insuliinin puutteeseen. Tästä johtuen tyypin 1 diabeetikko on kokonaan riippuvainen pistoksina annetusta insuliinista. (Saraheimo & Kangas 2006, 8,13.)

Diabeteksen katsotaan olevan perinnöllinen sairaus. Sen puhkeaminen edellyttää perinnöllistä alttiutta sekä ulkoisia, laukaisevia syitä. Haiman saarekesolujen vaurioituminen, autoimmunitulehdus on, on vuosia vievä tapahtumasarja, jonka käynnistävinä

tekijöinä arvellaan olevan imeväisiän ravintotekijöitä sekä virustulehduksia. Nuoruusiän diabeteksen kehitykseen nähdään kuitenkin vaikuttavan perinnöllinen alttius sekä sen ohjaama reagoititapa laukaiseville tekijöille. Ihmisen perimä sijaitsee 23 kromosomi parissa, joissa puolet saadaan äidiltä, puolet isältä. Kromosomiparissa 6 ovat ne perinnölliset tekijät jotka saavat aikaan tietynlaisten kudostekijöiden tuotannon. Näiden kudostekijöiden avulla ihmisen elimistö tunnistaa omat solunsa, mutta esimerkiksi bakteerit hävitetään elimistölle tuntemattomina soluina. Toiset kromosomipari 6:n perinnölliset tekijät varjelevat, toiset altistavat diabetekselle. (Saraheimo & Ilanne-Parikka, 2006, 26 -27)

Arviolta noin 30–50 prosenttia tyypin 1 diabetekseen johtuvista syistä voidaan selittää perimällä, mutta lähisuvussa tyypin 1 diabetesta on ainoastaan noin 10 prosentilla vastasairastuneista. Mikäli toisella vanhemmista tai sisaruksista olisikin nuoruusiän diabetes, todennäköisyys on yli 90 prosenttia, että kukaan muu perheestä ei sairastu. Diabeteksen kehittymiseen vaikuttavat kuitenkin niin perinnöllinen alttius kuin ympäristötekijätkin. Usein kuitenkin ulkoiset ympäristötekijät laukaisevat tyypin 1 diabeteksen. (Saraheimo & Ilanne-Parikka, 2006, 27; Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyyppin diabeetikolle, 2000, 14)

Tällä hetkellä ei ole varmuutta diabeteksen johtuvan ainoastaan jostakin tietystä yhdestä ympäristötekijästä. Tällaiset todennäköiset taudin puhkeamiseen vaikuttavat ympäristötekijät jaotellaan tavallisesti kolmeen ryhmään, jotka ovat virustulehdukset, varhaislapsuuden ravintotekijät sekä ympäristömyrkyt. Ympäristömyrkyille altistumista on meillä suomessa tähän saakka pidetty hyvin vähäisenä. (Saraheimo & Ilanne-Parikka, 2006, 27)

2.1.2 Tyypin 1 diabeteksen oireet ja hoito

Elimistön kärsiessä insuliinin puutoksesta tai sen vaikuttamattomuudesta, kerääntyy vereen liikaa sokeria. Tästä johtuvia tavallisia oireita ovat janon tunteen ja virtsaamisen tarpeen lisääntyminen, tahaton laihtuminen sekä väsymys. (Mikä on diabetes 2006.) Saraheimon (2006) mukaan tämä vereen jäänyt liiallinen sokeri, jota solut eivät kykene hyödyntämään, poistuu virtsan mukana ja tästä johtuu virtsamäärien kasvu. Samalla myös elimistö kuivuu, janon tunne voimistuu ja paino lähtee laskuun. Solujen

kykenemättömyys käyttää sokeria totutusti energiaksi, johtaa siihen, että tyypin 1 diabetesta sairastava kärsii uupumuksesta ja väsymyksestä. (Saraheimo 2006, 26.)

Insuliinilla on vaikutusta myös lihas- ja rasvakudoksen muodostumiseen. Rasva- ja lihaskudoksen heikentyminen, joka edelleen johtaa painonlaskuun, johtuu puutteellisesta insuliinin vaikutuksesta. Diabeteksen oireisiin liittyy kiinteästi myös näkökyvyn vaihtelu. Silloin, kun verensokeri on liian korkea, myös silmän mykiöön kertyy runsaasti sokeria. Tämän seurauksena mykiö turpoaa, joka puolestaan aiheuttaa likinäköisyyttä. (Saraheimo 2006, 26.)

Nuoruustyypin diabeteksen toteamisen viivästyminen voi johtaa jopa hengenvaaralliseen happomyrkytykseen eli ketoasidoosiin. Myrkytys aiheutuu ketoaineista, joita kasaantuu vereen rasvahappojen puutteellisen palamisen johdosta. Ketoasidoosin oireisiin kuuluu pahoinvointia, oksentelua, vatsakipuja ja asetonin hajua hengityksessä sekä jatkuessaan uneliaisuutta ja viimein tajuttomuutta. (Saraheimo 2006, 26; Mikä on diabetes 2006.)

Päätavoite potilaalla joka sairastaa tyypin 1 diabetesta on saada verensokeriarvot mahdollisimman normaalille tasolle. Liikunta ja ravinto vaikuttavat verensokeriarvoihin. Diabeteslääkkeillä voidaan alentaa verensokeriarvoja. Lääkkeitä ovat insuliini sekä suun kautta otettavat lääkkeet. (Mustajoki, 2007a.) Yleensä tyypin 1 diabetesta sairastavan lääke on insuliini. Tyypin 1 diabeteksessa käytetään muutamia eri insuliineja. Käytetään perusinsuliinia, joka vaikuttaa ympärivuorokauden. Ateriainsuliinia käytetään ruokailujen yhteydessä ja tarvittaessa jos verensokeriarvot nousevat tilapäisesti käytetään korjausinsuliinia. Insuliini annostellaan ihonalle rasvakudokseen. (Mustajoki, 2007b.)

Tärkeää diabeteksen hoidossa on seurata elimistön ketoaineita. Niitä syntyy vereen ja erittyy happomyrkytyksen yhteydessä virtsaan. Tämä on merkki merkittävästä insuliinin puutteesta tarpeeseen nähden. Äkillisten sairastumisten yhteydessä on syytä mitata ketoaineita virtsasta tai verestä. Verensokerin ollessa jatkuvasti yli 15mmol/l on toimittava samoin. Mikäli ketoaineiden määrä kasvaa huomattavasti, on syytä hakeutua välittömästi sairaalahoitoon. (Mustajoki, 2007b.)

2.1.3 Tyypin 1 diabeteksen liitännäissairaudet ja lisäsairaudet

Koska diabeteksessa verensokeriarvot ovat kohonneet, lisää se liitännäissairauksien riskiä. Tyypillisimpiä liitännäissairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, silmäsairaudet, kuten kaihi sekä hermo- ja munuaisvauriot. Verrattuna samanikäiseen muuhun väestöön, sydän – ja verisuonitaudit ovat diabeetikoilla huomattavasti yleisempiä. Tavallisimmat riskitekijät, kuten tupakointi, kohonnut verenpaine sekä suurentuneet veren rasva-arvot, kohonneita veren sokeriarvoja unohtamatta, lisäävät diabeetikon riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Myös kohonnut verenpaine on tyypillistä diabeetikolle. (Voutilainen.)

Merkittäviä diabeteksen aiheuttamia lisäsairauksia ovat retinopatia, nefropatia ja neuropatia. Verensokerin ollessa koholla se vahingoittaa pieniä verisuonia ja valtimoita. Tämän seurauksena tiettyjen elinten toiminta voi häiriintyä. Siitä seurauksena voi olla retinopatia, eli silmän verkkokalvosairaus, joka heikentää ajan mittaan näköä. Seuraa merkittävä lisäsairaus on nefropatia, eli munuaissairaus. Virtsan valkuaismäärän nousu on sen ensimmäinen ilmentymismuoto. Ajan kuluessa nefropatia voi aiheuttaa munuaisten vajaatoiminnan. Neuropatia, eli ääreishermoston häiriö on myös merkittävä lisäsairaus. Se ilmenee eteenkin alaraajoissa. Tunnottomuus ja säryt ovat sen yleisimpiä ilmenemismuotoja. Heikentyneen verenkierron ja tuntoaistin vuoksi jalkoihin saattaa syntyä vaikeasti hoidettavia haavoja ja tulehduksia. (Mustajoki, 2007a.)

2.1.4 Elämäntapojen, ravitsemuksen ja liikunnan merkitys

Marttilan (2006) näkemyksen mukaan diabeteksen puhkeaminen tuo mukanaan paljon pohdittavia asioita, opittavaa ja myös elämänmuutoksia. Perehtyminen ja kokemus diabeteksen hoidossa auttavat ihmistä eteenpäin. Kokemusten lisääntyessä omahoidosta muotoutuu toimiva rutiini, joka pitää yllä terveyttä ja resursseja. (Marttila 2006, 28 - 29.) Diabeetikon on seurattava omaa verensokeritasoaan jatkuvasti. Omaseurannan merkitys korostuu silloin, kun diabeetikko sairastaa, matkustaa tai muun muassa silloin, kun hän käyttää alkoholia. Kuume- ja tulehdussairauksien aikana insuliinin tarve kasvaa, jolloin verensokeri nousee ja on mahdollista, että happoja nousee virtsaan. Diabeetikon on turvattava insuliinintarve elimistössä, jotta näitä happoja ei pääse

muodostumaan. (Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyypin diabeetikolle 2000, 66 - 70.)

Vatsataudin aikana ateriainsuliinin määrää voidaan puolestaan joutua pienentämään, mutta sitä ei voida jättää kokonaan pois. Vatsataudissa tulee olla tarkka ateriainsuliinin yhteensovittamisessa syödyn ruuan hiilihydraattimäärään. Perusinsuliinia tulee aina olla diabeetikon elimistössä. Verensokerin mittaaminen sairauspäivien aikana on ensisijaista. Samoin virtsahappojen seuranta antaa tietoa siitä, tarvitseeko diabeetikko insuliinia normaalia runsaammin. Happojen ilmestyminen on oire siitä, että insuliinimäärä on liian vähäinen, mikäli verensokeri on samalla korkea. Sairaana ollessa diabeetikon tulee huolehtia syömisestä, vaikka ruokahalua ei olisikaan. Sairaana hiilihydraattipitoisen ruuan syöminen ja nesteen saanti on ensiarvoisen tärkeää. (Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyypin diabeetikolle 2000, 66 - 68.)

Diabetes ei rajoita matkustelua. Matkan aikana kuitenkin ruokailut, liikkuminen ja päivärhythmi saattavat poiketa merkittäväällä tavalla kotioloista, joten diabeteksen hoidon muutokset saattavat olla tarpeellisia. Verensokerin seuranta on aina tärkeää. Matkustelun aikana on hyvä pitää aina mukana diabetestunnusta sekä virallista todistusta diabeteksestä. Insuliinista ja hoitovälineistä huolehtiminen on tärkeää, samoin diabeetikon tulee ottaa huomioon aikavyöhykkeiden ylitys, ruokailu sekä helle. Helteen aikana insuliinin imeytyminen nopeutuu ja saattaa johtaa yllättävään verensokerin laskemiseen. Alkoholista käytettäessä diabeetikon tulee huolehtia siitä, ettei verensokeri laske liikaa. Sokerittomien alkoholijuomien käytön yhteydessä on hyvä myös syödä, sillä alkoholin vaikutuksen alaisena verensokerin lasku on vaarallisempaa kuin muulloin, sillä alkoholi estää sokerin vapautumista maksasta. Hypoglykemiaavaaran vuoksi, alkoholin käytön tulisi olla kohtuullista, niin että diabeetikko kykenee huolehtimaan itsestään sekä sairauden hoidosta. (Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyypin diabeetikolle 2000, 68 - 71.)

Nykyisin diabeetikolle suositeltava ruokavalio ei juuri merkittäväällä tavalla poikkea muun väestön ruokavaliosuosituksesta, vaikkakin suositukset ruokavaliosta ovat muuttuneet paljon kuluneiden vuosikymmenien aikana. Diabeetikoille suositellaan hiilihydraatteja sisältävää ruokavaliota, jossa rasvoja ja proteiineja syödään kohtuudella. Mitään niin sanottua kiellettyjen ruoka-aineiden luetteloa ei ole, vaan kaikkea voi syödä, kunhan määrät pysyvät kohtuullisina. (Heinonen 2006, 110 - 112.)

Suosittelavaa on syödä runsaasti hiilihydraattipitoista ruokaa, kuten leipää, viljaisia ruokia, kasviksia, perunaa, marjoja ja hedelmiä, joiden tulisi kattaa puolet päivän energian tarpeesta. Eläinkunnan tuotteita, kuten lihaa, kalaa, kananmunia ja maitotuotteita tulee käyttää kohtuudella. Näkyvien rasvojen käyttöä tulee harkita, sillä ne sisältävät runsaasti energiaa. Pääasiallisinta on välttää kovia rasvoja ja korvata niitä kasvisrasvoilla. Insuliinin hoidossa kaikista tärkeintä on kuitenkin se, että syöty ravinnon määrä ja käytetty ateriainsuliinin annos vastaavat toisiaan. (Heinonen 2006, 111 - 112; Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyyppin diabeetikolle 2000, 34,36.)

Nuoruustyyppin diabeetikon hoidossa liikunta ei ole välttämättömyys sokeritasapainolle. Liikunnalla on kuitenkin parantava vaikutus insuliiniherkkyyteen ja laskee tällä tavoin verensokeria. Lisäksi liikunnalla on iloa ja hyötyä yleiskunnolle ja mielialalle tuottava vaikutus ja siksi sitä on hyvä harrastaa. Rasittava, vain tunnin mittainen liikunta alentaa verensokeria niin liikkumisen aikana kuin useita tunteja sen jälkeenkin. Verensokerin liiallista laskua voidaan ehkäistä syömällä hiilihydraattipitoista ruokaa ennen liikkumista ja tarvittaessa myös sen aikana tai jälkeen. Siihen, tarvitseeko diabeetikko välipalaa, vaikuttavat monet tekijät, kuten pistosten lukumäärä ja niiden ajoitus, se miten liikkuminen ajoittuu suhteessa aterioiden, mikä on verensokerin taso ennen liikkumista ja se, miten pitkäkestoinen ja rasittava liikunta on kyseessä. (Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyyppin diabeetikolle 2000, 62.)

Liikunnalla on parantava vaikutus pitkäaikaiseen sokeritasapainoon silloin, kun diabeetikko osaa tehdä vaadittavat muutokset syömisestä ja insuliiniannosten suhteen. Diabeetikon on hyvä opetella millainen vaikutus erilaisilla liikuntamuodoilla ja rasituksella on hänen sokeritasapainoonsa. Diabeetikon on ensiarvoisen tärkeää tietää miten hänen oma kehonsa ja elimistönsä reagoi rankemman rasituksen alla. Hoidon soveltamisessa liikuntatilanteisiin, oman verensokerin seuraaminen ennen liikuntaa, liikunnan jälkeen, tarvittaessa sen aikana sekä nukkumaan mentäessä, on huomionarvoisen tärkeää. (Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyyppin diabeetikolle 2000, 62 - 63.)

2.2 TYYPIN 1 DIABETEKSEN HOITO TERVEYDENHUOLLOSSA

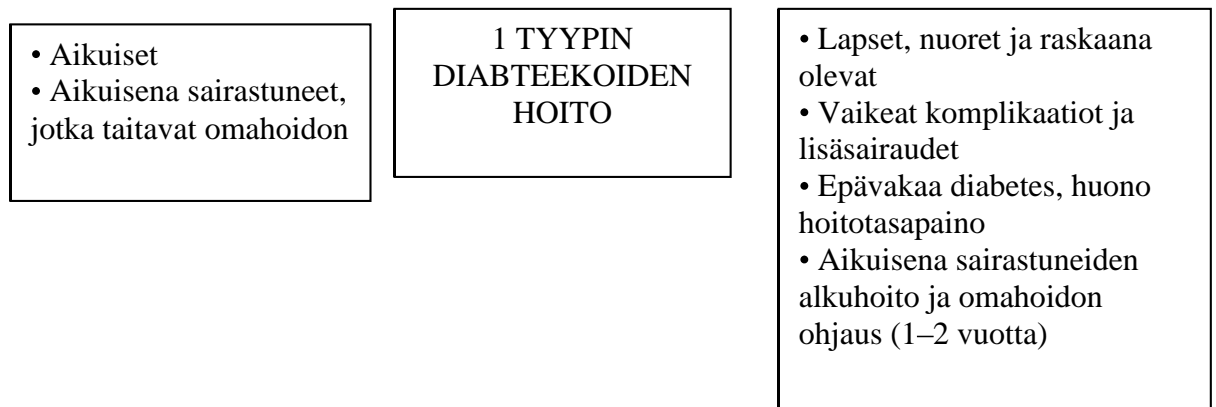
Diabeteksen hoito kuuluu Suomessa julkisen terveydenhuollon piiriin. Diabeteksen hoito porrastetaan siten, että perusterveydenhuolto kantaa päävastuun ja erikoissairaanhoidon vastuualueena ovat aikuisten 1-tyypin diabeetikoiden alkuhoito, diabetesta sairastavat lapset ja nuoret sekä raskaana olevien diabeetikoiden hoito. Myös haastavammat ja vaikeimmat diabetekseen liittyvät lisäsairaudet kuuluvat erikoissairaanhoidon tehtäviin. (Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000 - 2010, 13.)

Kaksi seuraavaa kuviota kuvaavat kuinka tyypin 1 diabetekseen sairastuvan hoitoketju etenee ja kuka kantaa vastuun. Alla oleva kuvio kuvaa tyypin 1 diabeetikoiden jaotteen perusterveyden huollon ja erikoissairaanhoidon hoidon välillä. Molemmissa vastuun hoidosta kantaa diabetestiimi.

PERUS-
TERVEYDENHUOLTO
Diabetestiimi

←YHTEISTYÖ JA KONSULTOINTI→

ERIKOIS-
SAIRAAHOITO
Diabetestiimi



KUVIO 1. Tyypin 1 diabeetikkojen hoito julkisessa terveydenhuollossa. (Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämissuunnitelman 2000 - 2010 tiivistelmä 2002, 18).

OIKEA HOITOPAIKKA



* keskussairaala, aluesairaala, kaupunginsairaala

KUVIO2. TYYPIN 1 DIABEETIKON HOITOKETJU (aikuinen). (Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma 2000 - 2010 2000, 87).

3 OMAHOITO TYYPIN 1 DIABETEKSESSÄ

3.1 OMAHOITON SITOUTUMINEN JA VOIMAVARAT

”Diabeetikko on oman hoitonsa arkipäivän asiantuntija”, toteaa Himanen (2006, 36). Toljamo (1998, 25) puolestaan esittää, että nykyisen hoitotavan mukaan diabeetikolla itsellään on vastuu sairautensa omahoidosta ja sen toteutuksesta. Mäkeläisen (2006, 45) tutkimuksen mukaan oman vastuun ottaminen sairautensa hoidossa tarkoittaa omahoidon merkityksen ymmärtämistä ja sitoutumista itsensä hoitamiseen. Diabeteksen hoidon tavoitteena on hyvä terveys, joka mahdollistaa diabeetikolle elämässä tärkeiden päämäärien saavuttamisen ja viimekädessä diabeetikolla itsellään on vastuu siitä, miten hänen jokapäiväinen hoitonsa toteutuu. Himanen (2006, 36 - 37). Omahoidon keskeinen tavoite on normaalin tai lähellä normaalia olevan verensokeritasen saavuttaminen (Toljamo 1998, 356). Toljamon (1998) tutkimustulosten mukaan diabeetikoiden jokapäiväinen omahoito sujuu, mutta ongelmia tulee erityistilanteissa kuten sairastamisen, matkojen ja juhlien yhteydessä. Iällä tai sairastamisen kestolla ei ko. Toljamon tutkimuksessa ollut yhteyttä ongelmien ilmenemiseen, mutta miehillä oli naisia enemmän ongelmia ruoan koostumuksen ja määrän arvioinnissa ja naisilla ilmeni paino-ongelmia miehiä useammin. (Toljamo 1998, 105 - 106, 114.)

Hoidon tavoitteita asetettaessa on huomioitava jokaisen yksilöllinen elämäntilanne ja voimavarat. Yhdessä asetetut tavoitteet helpottavat yhteistyötä: ne auttavat diabeetikkoa etenemään kohti päämääräänsä ja auttavat hoitohenkilökuntaa kohdistamaan tukea ja ohjausta niihin asioihin, joissa diabeetikko tuntee tarvitsevänsä apua. Koska epärealistiset tavoitteet lannistavat, on tärkeää, että tavoitteet ovat arjessa toteuttamiskelpoisia. Tavoitteiden toteutuminen on tärkeää hoitotulosten kannalta ja hyvä hoitotulos tukee omahoidossa jaksamista. (Himanen 2006, 36 - 38; Kyngäs 1995, 66 – 70.)

Omahoidon onnistumista kontrolloidaan omaseurannalla. Omahoidon osa-alueista verensokerin omaseuranta on hoidon kulmakivi, jonka perusteella muun hoidon tulisi toteutua. Omaseurannassa tarkkaillaan verensokerin arvojen lisäksi myös oman kehon tunteuksia ja omaa vointia, joiden mukaan hoito-ohjeita voidaan tarvittaessa muuttaa. (Toljamo 1998, 24.) Mitatut arvot ja muut huomiot kannattaa kirjata heti ylös omaseurantavivkoon tai tallentaa sokerimittarin tai tietokoneen muistiin jotta niistä

saisi täyden hyödyn hoidon jatkoa suunniteltaessa tai oman hoidon oppimisen kannalta. (Seppänen & Alahuhta 2007, 116.) Omaseurannan tulokset voidaan kirjata myös tavalliseen vihkoon ja erilaisiin mallitaulukkopohjiin (Ilanne-Parikka & Autio 2006, 55).

3.1.1 Omahoitoon sitoutuminen

Omahoitoon sitoutuminen on yksilön sisäinen, monimutkainen prosessi. Se, mitä sairaus ja sen hoitaminen merkitsevät diabeetikolle, vaikuttaa siihen, miten diabeetikko toteuttaa omahoitoaan. (Kyngäs 1995, 15, 67). Omahoitoon sitoutuminen on yhteydessä hyvään hoitotasapainoon niin että omahoitoaan laiminlyövien hoitotasapaino on muihin verrattuna keskimääräistä huonompi. Omahoitoon sitoutuminen on positiivisessa yhteydessä hoitotasapainoon ja sosiaalisen tuen saamiseen. Omahoitoon sitoutuminen on yhteydessä myös yhteistoimintaan terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa (Toljamo 1998, 101; Kyngäs 1995, 60.) Toljamon (1998, 115) mukaan omahoitoa tukevassa ohjauksessa olisi entistä enemmän kiinnitettävä huomiota yksilöllisyyteen, ohjattavan voimavaroihin ja sosiaaliseen tukiverkostoon.

Diabeteksen hyvä hoito edellyttää sekä riittävästi tietoa diabeteksestä ja sen hoitoon vaikuttavista tekijöistä että taitoa käyttää saatua tietoa hyväksi käytännössä. Koska vain diabeetikko itse tietää, minkälaisin keinoin hänen omassa elämässään saavutetaan hyvä diabeteksen hoito, hän joutuu tekemään hoitoonsa vaikuttavia valintoja ja ratkaisuja päivittäin. Samalla kun hänellä on oikeus tehdä näitä valintoja, hänellä on myös vastuu tekemistään valinnoista ja omahoitonsa toteutumisesta. (Himanen 2006, 36.) Vastuunottaminen merkitsee omahoidon merkityksen ymmärtämistä ja sitoutumista itsensä hoitamiseen. Vastuun ottaminen edellyttää kuitenkin oman sairautensa hyväksymistä. Onnistunut omahoito lisää sairauden hallinnan tunnetta ja vastuun ottoa, ja omahoidossa onnistuminen lisää myönteisiä tunteita ja vahvistaa kokemusta omasta elämän hallinnasta (Mäkeläinen 2006, 45 - 46, 64).

3.1.2 Omahoidossa jaksaminen

Diabetes on vakava ja pysyvä sairaus, jonka omahoidon toteuttaminen on vaativaa ja vastuullista, joten siihen liittyy henkisesti yksilön voimavaroja kuormittavia seikkoja (Marttila 2006, 39). Insuliinihoitoisilla diabeetikoilla ahdistuneisuus ja masentuneisuus ovat yhteydessä huonoon hoitotasapainoon. (Kyngäs 1995, 67.) Kuitenkin liiallinen keskittyminen sairauteen saattaa kaventaa elämän ja ihmisen voimavarat olemattomiin. (Mäkeläinen 2006, 66). Liika kuormitus voi toisinaan johtaa masennukseen. Väsymys ja turhautuminen diabetekseen ja sen hoitoon tulisi voida ottaa puheeksi omassa hoitopaikassa. Diabetekseen kuuluvat myös korkeaan verensokeritasoon liittyvät väsymysoireet, keskittymiskyvyn heikkeneminen, haluttomuus ja välinpitämättömyys. Olivatpa oireiden syynä masennus tai verensokeri, ne johtavat helposti omahoidon heikkenemiseen, mikä puolestaan johtaa voimakkaampiin oireisiin ja itsesyytöksiin. Uupumisesta ja väsymisestä on tärkeää puhua ajoissa hoitohenkilökunnan kanssa ongelman ratkaisemiseksi. Diabeteksen omahoito voi vaikuttaa mielialaan myös myönteisesti. Tällöin omahoito tulisi kokea välineeksi, jolla voi vaikuttaa omaan pärjäämiseensä diabeteksen kanssa. (Marttila 2006, 39 - 42.)

Mäkeläisen (2006) mukaan toimivat terveydenhuollon palvelut ja omahoitovälineiden joustava saaminen tukevat itsensä hoitamista. Mäkeläisen (2006) tutkimuksessa nostetaan toivo ja toivoa vahvistava hoito merkittäväksi voimavaraksi omahoitoa toteuttavalle diabeetikolle. Toimivat terveyspalvelut turvaavat omahoitoa yhteiskunnan taholta, toimimattomat terveyspalvelut puolestaan heikentävät sitoutumista omahoitoon. Sama tutkimus nostaa pysyvän hoitosuhteen ja hyvän vuorovaikutuksen sekä inhimillisen kohtelun tärkeiksi omahoidon onnistumista tukeviksi elementeiksi (Mäkeläinen 2006, 47 - 51).

Vertaistuki on diabeetikolle mahdollisuus voimavaraistua jakamalla toisten diabeetikoiden kanssa ajatukset ja kokemukset diabeteksen kanssa elämisestä ja omahoidon toteuttamisesta. Diabeetikot pitävät yhteyttä paikallisten järjestöjen ja Diabetesliiton kautta jopa maailmanlaajuisesti. Diabetesliitto järjestää erilaisissa elämänvaiheessa oleville diabeetikoille ja heidän läheisilleen teemallisia sopeutumisvalmennuskursseja. Sopeutumisvalmennusta järjestävät myös sairaalat. Yksilötasolla tärkein tukiverkosto on kuitenkin perheen ja ystävien muodostama. Tämän tukiverkoston tärkein anti on se kiintymyksen, välittämisen ja arvostamisen kokemus, jota jokainen tarvitsee voidakseen hyvin, diabeteksella tai ilman. (Marttila 2006, 42 - 43.)

3.2 TYYPIN 1 DIABETESTA SAIRASTAVAN PÄIVITTÄINEN OMAHOITO

Diabeteksen omahoito on pienistä ratkaisuista, teoista ja järjestelyistä koostuva kokonaisuus, joka muuttuu osiensa kautta. (Marttila 2006, 40). Diabeetikon päivittäiseen omahoitoon kuuluvat lääkityksestä huolehtiminen, ruuan annostelu, terveyttä edistävät elintavat ja näihin liittyvät päivittäiset hoitoratkaisut. (Himanen 2006, 36 - 38; Toljamo 1998, 24) Insuliinipuutosdiabetes on yksilöllinen sairaus, jonka omahoidossa liiallinen kaavamaisuus voi olla pahasta. Useimmiten diabeetikko löytää ajanoloon itselleen sopivan elämäntavan, jossa yhdistyvät taito sovittaa insuliiniannostelu ruokattumuksiin, päivärytmiin ja liikuntaan. (Kangas 2006, 227.)

3.2.1 Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoidon perusasiat

Insuliinipuutosta sairastavalle diabeetikolle insuliinin antaminen on elossa pysymisen edellytys: insuliinin puute elimistössä voi johtaa kuolemaan jopa alle vuorokaudessa. Insuliinin antaminen on elimistön oman hormonin puutteen korvaushoitoa ja sen perustarkoitus on palauttaa insuliinin säätelemä aineenvaihdunta normaaliksi. Hoidon mallina käytetään tiedossa olevaa normaalin aineenvaihdunnan toimintaa ja sen tarpeita, vaikka sen jäljittely ei toistaiseksi täydellisesti onnistukaan. Diabeetikolle etsitään mahdollisimman sopiva insuliiniannostelu: perusinsuliinin tulee pitää verensokeriarvo tavoitetasolla aterioiden välillä ja yöaikaan, ateriainsuliini huolehtii siitä, ettei verensokeri ylitä tavoitetasoa aterioiden jälkeen.

Oikea insuliinin annostelurytmi ja annoskoko mahdollistaa diabeetikon hyvinvoinnin ja kyvyn tehdä haluamiaan asioita. Kun sopivat perusinsuliiniannokset ovat löytyneet, niitä ei pidä muuttaa ilman syytä. Joustot toteutetaan pika- tai lyhytvaikutteisella ateria- ja korjausinsuliinilla. Hoitotasapainon korjaus tehdään muuttamalla vain yhtä asiaa kerrallaan. Hypoglykemioita voidaan välttää, kun käytetään pienintä mahdollista insuliinin kokonaismäärää ja kerta-annosta jolla saadaan päivittäiset ja pitkäaikaiset verensokeriarvot pysymään tavoitetasolla. Käyttöön kannattaa valita parhaiten sopiva insuliinihoidon malli, joko joustoannostelu tai toisto- eli vakioannostelu. (Kangas

2006, 222 - 224, 241 - 242, 260.) Insuliinia voidaan annostella joko kertakäyttöisellä insuliiniruiskulla, muistitoiminnoilla varustetulla insuliininannostelijalla, insuliinikynällä tai ihoon kiinnitettävällä moottorikäyttöisellä insuliinipumpulla (Autio 2006, 94).

Insuliinihoidon tavoitteena on pitää verensokeri mahdollisimman lähellä normaalia ilman hypoglykemiariskiä ja rajoittamalla mahdollisimman vähän diabeetikon elämää. Insuliinipuutosdiabeetikon sokeritasapaino on monen yhtä aikaa vaikuttavan asian yhteissumma, jossa kokonaisuus ratkaisee. Siksi päivärytmin (esim. yö- ja vuorotyö), ruokavalion, liikunnan, stressin ja insuliinihoidon tulee olla toimivissa suhteissa toisiinsa nähden: pelkkä insuliinihoito ei siis yksinään ratkaise kaikkia hoidon pulmakoh-
tia.(Kangas 2006, 215, 227, 298 - 299.)

Insuliinihoito perustu verensokerin omaseurantaan. Diabeetikon on myös ymmärrettävä, miten omahoidossa käytetty insuliini vaikuttaa: koska vaikutus alkaa, miten suurin teho ajoittuu, kauanko vaikutus kestää ja miten annoskoon muutokset vaikuttavat edellä mainittuihin. Diabeetikon tulee huolehtia siitä, että perusinsuliinin vaikutus on riittävä ja mahdollisimman tasainen koko vuorokauden ajan. Ateriainsuliin tulee vastata aterioiden hiilihydraattimäärää ja insuliinivaikutuksen tulee sopia yhteen ruoka-aikojen kanssa. Insuliinia annosteltaessa on tärkeää huomioida aterioiden lisäksi myös mm. päivärytmin, liikunnan ja stressin vaikutukset verensokeritasoon. Liikunta vähentää insuliinin tarvetta. Liikunnan aikana vaikuttavaa perusinsuliiniannosta joutuu yleensä vähentämään sekä etukäteen että myös liikunnan jälkeen. (Kangas 2006, 241.)

Erilaiset stressit (mm. tulehdukset ja jännittäminen) ja hormonaaliset tekijät (esim. kuukautiskierto) lisäävät insuliinin tarvetta. Lisäämisen tarve määritetään verensokerin mittaustulosten mukaan ja epätasapainon korjaus aloitetaan aina insuliinin korjausannoksilla. Tilapäisesti verensokeri voi nousta liian korkeaksi liiallisen syömisen, liian matalaksi arvioidun hiilihydraattimäärän tai hypoglykemiasta johtuvan aineenvaihdunnallisen vastareaktion seurauksena. Tilapäisesti korkea verensokeri korjataan yleensä 2 – 3 tunnissa tehoavalla pikavaikutteisella insuliinilla tai lyhytvaikutteisella insuliinilla, joka laskee verensokerin tavoitetasolle noin 4 – 6 tunnissa. Annoskoon kasvu ei vaikuta pikainsuliinin vaikutuksen kestoan, mutta lyhytvaikutteisen insuliinin vaikutuksen kesto pitenee annoksen kasvaessa. Korjausannoksen vaikutus täytyy tar-

kistaa aina verensokerin mittauksella. Pikainsuliinin vaikutus todetaan 2 – 3 tunnin ja lyhytvaikutteisen insuliinin 4 – 6 tunnin kuluttua. (Mts. 301.)

Typin 1diabeetoksen hoidossa pyritään välttämään sekä liian matalia että liian korkeita verensokeriarvoja. Silti liian matalien verensokeriarvojen (alle 4,0 mmol/l) esiintymisen mahdollisuus on huomioitava omahoidossa. Hypoglykemia-tuntemuksilla on välitön vaikutus diabeetikon senhetkiseen hyvinvoinnin kokemukseen ja toisaalta myös sekä fyysisen että psyykkisen hyvinvoinnin ja turvallisuuden tunteen kokemukseen. Liian matala verensokeri eli hypoglykemia syntyy, kun diabeetikon elimistössä on tarpeeseen nähden liian voimakas insuliinivaikutus: verensokeri laskee liikaa, kun ravinnosta saatu sokeri ei riitä insuliinilääkityksen ja rasituksen vastapainoksi. Hypoglykemiasta johtuvia oireita kutsutaan insuliinituntemuksiksi. Satunnaisten ja lievien insuliinituntemusten ajatellaan nykytietämyksen mukaan olevan osan hyvää hoitotasapainoa, mutta niitä ei saa esiintyä päivittäin eikä lievimpinäkään edes viikoittain. Ne eivät myöskään koskaan saa olla niin vaikeita tai voimakkaita, että diabeetikko tarvitsisi niiden vuoksi ulkopuolista apua. Hypoglykemian korjaaminen tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti ensimmäisten oireiden ilmaannuttua. Parhaiten verensokerin nostaminen onnistuu nauttimalla 20g rypälesokeria sisältäviä Siripiri®- tai Dexal®-tabletteja. Näiden puuttuessa käy 8 veteen liuotettua sokeripalaa tai 2 dl sokerista tuoremehua tai virvoitusjuomaa. Jos diabeetikko ei tunnista insuliinituntemuksiaan eikä seuraa riittävillä mittauksilla verensokeriarvoaan, matalat arvot voivat johtaa tajuttomuuteen eli insuliinisokkiin. Diabeetikko on tällöin nopean ensiavun ja sairaalahoidon tarpeessa. (Kangas 2006, 314 - 315, 318, 320 - 325)

Liian korkeat verensokeriarvot voivat olla tilapäisiä tai pitkäaikaisia. Tilapäisesti korkea verensokeri vaikuttaa myös diabeetikon senhetkiseen hyvinvointiin, mutta pitkityessään korkea verensokeri voi johtaa happomyrkytykseen eli ketoasidoosiin, mikä on insuliinisokin tavoin hengenvaarallinen tila. (Kangas 2006, 325.) Tilapäiset korkeat arvot korjataan ensikädessä säätämällä korjausinsuliiniannosta. Jos huono sokeritasapaino ei korjaannu kahdessa vuorokaudessa yksittäisillä korjausannoksilla, korjataan perusinsuliinien määrää: kolmantena päivänä, ja joka päivä sen jälkeen, lisätään perusinsuliinia puolikkaalla annoksella edellisenä päivänä tarvitusta ylimääräisestä pika- tai lyhytvaikutteisen insuliinin määrästä. Lisäys jaetaan perusinsuliiniannoksiin samassa suhteessa kuin normaali perusinsuliiniannos on. Tasapainon korjauksen alussa tarvitaan yleensä suurempia insuliiniannoksia kuin korjatun tasapainon ylläpidossa tarvi-

taan. Tämä johtuu sekä korjaustarpeen aiheuttaneesta perussyystä että korkean verensokerin aiheuttamasta insuliinin tehon heikentymisestä eli insuliiniresistenssistä, jolloin insuliinin korjausannokset saattavat olla jopa moninkertaisia diabeetikon normaalisiin verrattuna. Tässä tapauksessa insuliinin korjausannoksella ei ole ylärajaa, vaan saavutettu tulos ratkaisee käytettävän insuliinimäärän. On kuitenkin muistettava, ettei uutta korjausannosta voi ottaa ennen kuin edellisen annoksen vaikutus on loppunut. (Mts. 301 – 302.)

Korkeista verensokeriarvoista johtuva insuliiniresistenssi korjaantuu, kun verensokeri palautuu tavoitetasolle. Insuliinin teho voi korjautua nopeastikin, joten annetun korjausinsuliinin vaikutusta joutuu seuraamaan pidempään: pikainsuliinia käytettäessä n. 3 tuntia ja lyhytvaikutteista insuliinia käytettäessä ainakin 4 – 5 tuntia. On myös muistettava, että lyhytvaikutteinen insuliini imeytyy pistoskohdasta hitaammin annoksen kasvaessa minkä vuoksi vaikutusaikakin pitenee. Pikavaikutteisen insuliinin imeytymisnopeuteen ja vaikutusaikaan annoskoon kasvaminen ei vaikuta. Jos lisäystarve kasvaa yli 15 %, on tarpeen ottaa yhteys omaan hoitopaikkaan, sillä tilanne saattaa tarvita myös muuta lääkitystä kuin insuliinin lisäyksen. Kannattaa myös tarkastaa, ettei käytetyn insuliini teho ole laskenut säilytysvirheen tai käyttöajan ylittymisen vuoksi. (Kangas 2006, 301 – 302.) Jos diabeetikon verensokeriarvot ovat pysyvästi vuosikausia tavoitearvojen yläpuolella, hän altistuu elinmuutoksille. Elinmuutoksia tulee silmiin, munuaisiin, sydämeen ja verisuoniin, hermostoon, ylä- ja alaraajoihin, ihoon ja suuhun. Tyypin 1 diabeetikoilla on todettu hoitotasapainosta riippumatta muuta väestöä enemmän keliakiaa ja osteoporoosia sekä kilpirauhasen toimintahäiriöitä. (Diabetes 2006, 389 – 390.) Myös alttiutta masennukseen ilmenee tyypin 1 diabeetista sairastavilla muuta väestöä enemmän (Marttila, J. 2006).

3.2.2 Diabeetikko, ravitsemus ja liikunta

Hyvällä ruokavaliolla diabeetikko turvaa tasapainoisen ravintoaineiden saannin ja pitää sekä energian saannin että kulutuksen tasapainossa. Diabeetikko syö samaa ruokaa kuin muukin väestö: mitään kiellettyjä ruoka-aineita ei ole, kunhan määrät pidetään sopivina. Suositeltavaa on saada noin puolet päivittäisestä energiantarpeesta runsaasti kuituja sisältävistä hiilihydraattilähteistä, vajaa viidesosa valkuaislähteistä ja vajaa kolmannes mieluiten pehmeistä rasvoista. Ruokavalio tulee koota omien tarpei-

den ja mieltymysten mukaan, herkutkin sallitaan, kunhan muu ruokavalio ja lääkehoito ovat kohdallaan. Tyypin 1 diabeteksessa korostuu syömisen ja insuliinihoidon yhteensovittaminen: erityisesti ravinnon hiilihydraattien määrän riittävän tarkka tunteminen ja taito sovittaa insuliiniannos kulloisenkin aterian hiilihydraattimäärän mukaiseksi. Päämääränä on, että jokainen voi syödä energiantarpeensa ja ruokahalunsa mukaan, insuliinihoitojen monet mallit mahdollistavat yksilölliset ruokailutottumukset. (Heinonen 2006, 111 - 112; 135 - 137.) Tyypin 1 diabeetikko joutuu kuitenkin pitämään silmällä energian kulutustaan suhteessa energian saantiinsa: varsinkin vyötärölihavuus heikentää insuliinin tehoa ja kohottaa veren rasva-arvoja (Heinonen 2006, 143). Huono sokeritasapaino itsessään altistaa elinmuutoksille ja kohonneet kolesteroliarvot ovat haitallisia valtimoiden ahtautumistaudin kehittymisen kannalta (Rönnemaa 2006, 414 - 415).

Oleellista on, että liikunnasta saa sekä fyysistä että psyykkistä mielihyvää, onnistumisen kokemuksia, elinvoimaa ja terveyttä (Heinonen 2006, 166 - 167). Tyypin 1 diabetes ei estä liikkumasta, mutta se edellyttää verensokeriarvojen seuraamista, hiilihydraattiannostelun suunnittelua ja insuliiniannosten säätämistä. Tyypin 1 diabetesta sairastava hyötyy säännöllisen liikunnan harrastamisesta samalla tavalla kuin tervekin henkilö. Liikunnan vaikutus sokeritasapainoon riippuu hoitotasapainosta, harjoituksen kestosta ja tehosta, liikuntaa edeltävästä ruokailusta ja käytetystä insuliinihoidosta. Suorituksen aikana verensokeri yleensä laskee, mutta se voi pysyä ennallaan tai noustakin. Säännöllinen liikunta parantaa elimistön insuliiniherkkyyttä ja sillä on suotuisa vaikutus veren rasva-ainepitoisuuksiin. Liikunta parantaa pitkäaikaistasapainoa jos pystytään estämään sen aiheuttamat verensokerin heilahtelut. (Niskanen 2006, 158 – 159.)

Liikuntasuoritukseen kannattaa valmistautua noin 20 gramman ylimääräisellä hiilihydraattitankkauksella, ja jos suoritus on pitkäkestoinen ja rankka, kannattaa tankata enemmän. Mukaan kannattaa ottaa nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja ja tankata suorituksen aikana hiilihydraatteja 10 – 20 grammaa puolen tunnin välein. Edeltävää ateriainsuliinia voi monipistoshoidossa vähentää ilman ruokavaliomuutoksia 30 – 50 %. Pitkien suoritusten vuoksi voi joutua vähentämään pitkävaikutteista insuliiniakin sekä ennen että jälkeen suorituksen. Tärkeää on, että verensokeria mitataan sekä ennen suoritusta, tarvittaessa sen aikana että sen jälkeen. Jos verensokeri on yli 15 mmol/l ja /tai löytyy ketoaineita, suoritusta kannattaa lykätä. Alle 6 mmol/l olevat verensokerit

kertovat hiilihydraattien tankkaustarpeesta. Liikuntasuoritusta voi olla syytä välttää pistetyn insuliinin maksimivaikutuksen aikana ja aterianinsuliinin ja liikunnan aloittamisen välillä tulisi pikainsuliinia käytettäessä olla yli 1,5 tuntia ja lyhytvaikutteista käytettäessä yli kolme tuntia. (Niskanen 2006, 158 - 159.)

3.2.3 Diabeetikko, päihteet ja tupakointi

Alkoholin kohtuukäyttö on diabeetikolle mahdollista, kuitenkin yleistä turvallista ylärajaa ei voida määrittää. Humaltuminen on kuitenkin haitallista verensokerin mahdollisen liiallisen laskun vuoksi, päihtynyt ei myöskään välttämättä kykene hoitamaan itseään. Mahdolliset hypoglykemian oireet voidaan myös sekoittaa päihtymykseen mikä voi olla este hoidon saamiselle. Siksi diabetestunnusta kannattaa pitää mukana. Alkoholia nauttiessa pitää huolehtia syömisestä, silloin alkoholin sisältämää hiilihydraattia ei oteta huomioon ateriainsuliinin annostelussa. Perusinsuliini pitää pistää ajallaan, mutta sen määrää voi pienentää 10 - 20 %. Ennen nukkumaan menoa on mitattava verensokeri ja otettava reilu yöpala ettei verensokeri laske alkoholin takia yöllä liian alas. Verensokeri täytyy mitata myös aamulla, sillä alkoholin käytön jälkeinen sokki tulee aamuyöllä tai aamulla: jos verensokeri on alle 5 mmol/l, kannattaa lisätä hiilihydraattimäärää tai vähentää aamun ateriainsuliinin annosta. (Ilanne-Parikka 2006, 180 – 181.)

Huumeiden käyttö voi vaikeuttaa diabeteksen hyvän omahoidon toteuttamista. Epäsäännölliset elämäntavat estävät insuliinikorvaushoidon säännöllistä toteuttamista ja ruokailua, hoitotasapainon saavuttaminen ja ylläpito vaikeutuu päihderiippuvuuden kehittymisen myötä. Useat huumeet voivat aiheuttaa elimistön kiihtymystilaa ja sitä kautta nostaa verensokeria. Huumeiden käyttöön liittyvät kohonnut pulssi ja verenpaineen nousu voivat myös olla haitallisia diabeetikolle. Huumeiden käyttö altistaa myös erilaisille tulehdustaudeille, jotka vaikeuttavat diabeetikon hoitotasapainon ylläpitoa. Myös tupakointi on diabeetikoille erityisen haitallista diabeteksestä johtuvan lisääntyneen sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumisen riskin vuoksi. (Ilanne-Parikka 2006, 181,185.)

3.3 OMAHOIDON SEURANTA JA ARVIOINTI

Diabeetikko tarkkailee omahoidon onnistumista seuraamalla päivittäin omaa vointiaan ja sen muutoksia, mittaamalla riittävän usein verensokeria, sekä tarkkailemalla päivittäin suun, ihon ja jalkojen kuntoa. Ketoaineita on tarpeen mitata tietyissä tilanteissa ja myös painon tarkkailu on osa omahoidon seuranta. Omaseurannalla saadut tulokset kannattaa merkata aina ylös, jotta niistä saatua tietoa voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa. Tuloksilla on merkitystä myös diabeetikolle itselleen hänen säätäessään insuliiniannoksiaan, mutta myös hänen opetellessaan tulkitsemaan sairauteensa liittyviä tuntemuksiaan ja diabeteksensa tilaa. (Ilanne-Parikka & Autio 2006, 45 - 59.) Diabeetikon on hyvä olla selvillä myös terveydenhuollossa tehtyjen seurantatutkimusten tuloksista ja tavoitetasoista sekä siitä, miten tilanne tarvittaessa korjataan. Keskeiset arvot ovat pitkäaikaisesta keskimääräisestä verensokerista kertova sokerihemoglobiini (tavoitearvo yksilöllisesti 6,0 – 7,5 %), verenpaine (normaali: alapaine alle 85, yläpaine alle 130) ja LDL -kolesterolipitoisuus (alle 2,5). (Ilanne-Parikka 2006, 70.)

3.3.1 Verensokerin omaseuranta ja tavoitetasot

Verensokerin omaseuranta on keskeinen ja tärkeä osa diabeteksen omahoitoa. Verensokerin omaseurannan tavoitteena on turvallisen ja joustavan omahoidon toteutuminen. Omaseurannan onnistuminen edellyttää oikean mittaustekniikan hallitsemista, asianmukaisia välineitä sekä taitoa tulkita ja hyödyntää mittaustuloksia. Tyypin 1 diabeteksen hyvän hoitotasapainon ylläpitäminen edellyttää keskimäärin 4 – 6 verensokerin mittausta vuorokaudessa. Tyypin 1 diabeetikolle on tärkeää tietää aamuisin, ennen ensimmäistä ateriaa, mitattava paastoverensokeriarvo. Tästä arvosta insuliinihoitoinen diabeetikko näkee mm. pitkävaikutteisen insuliinin riittävyyden. Ateriaa edeltävästä verensokeriarvosta voidaan arvioida tulevan aterian tarvitsema insuliinimäärä. Ennen ateriaa otetusta arvosta voidaan päätellä myös sekä pitkävaikutteisen insuliinin riittävyyttä että insuliinin annostuksen sopivuutta suhteessa aterioihin ja energiankulutukseen. Aterian jälkeen otetusta verensokerista nähdään, onko aterialle pistetty riittävästi insuliinia suhteessa syötyyn hiilihydraattimäärään. (Seppänen & Alahuhta 2007, 115, 119.)

Insuliinihoitoisen diabeetikon verensokerin tavoitearvot ovat seuraavat:

- 1 Aamulla ja ennen jokaista ateriaa 4 – 6 mmol/l.
- 2 1 – 2 h aterian jälkeen korkeintaan 8 – 10 mmol/l.
- 3 Illalla nukkumaan mentäessä n. 8 mmol/l. (Seppänen & Alahuhta 2007, 119; Mustajoki 2007.)

Pidempiaikaista sokeritasapainoa arvioidaan mittaamalla veren sokerihemoglobiini HbA1c. HbA1c kertoo mittausta edeltävien n. kahden kuukauden keskimääräisen verensokeritason. Terveen henkilön HbA1c arvo on 4 – 6 %, insuliinihoitoisen diabeetikon tavoitearvo on 6,5 – 7,5 %. Alle 6,5 % arvoilla hypoglykemiariski kasvaa, 7,5 %: ylittävillä arvoilla kasvaa lisäsairauksien riski. (Seppänen & Alahuhta 2007, 121.)

Verensokerin mittaukset sormenpästä aloitettiin yli 20 vuotta sitten. (Autio 2006, 48). Nykyisin markkinoilla on myös mittareita, joilla verensokeriarvoja voidaan mitata muualtakin kuin sormenpästä. Vaikka edelleenkin ensisijaiseksi laitteeksi suositellaan tavallisimmin sormenpäänäytteen mittaavia laitteita, uudet laitteet hyödyttävät henkilöitä, joiden sormenpäät ovat poikkeuksellisen arat, kovettuneet tai niiden verenkierto on heikentynyt. Uudet laitteet helpottavat verensokerin seurantaakin myös silloin, kun kädet ovat vaikeasti puhdistettavissa esim. työn takia. Muita mittausta paikkoja ovat mm. peukalon tyvi, kämmensyrjä, kyynär- ja olkavarsi, reisi ja pohje. Nopeaa verensokerinlaskua epäiltäessä näyte kannattaa kuitenkin ottaa sormenpästä, sillä sormenpästä otettu näyte näyttää verensokerin laskun nopeammin kuin muualta otettu näyte. (Seppänen, Alahuhta 2007, 117 - 119.)

Nopeiden verensokerin vaihteluiden seuraaminen tavallisella verensokerimittauksella on hankalaa. Tällöin voidaan elimistön glukoosipitoisuutta mitata ns. glukoosisensorimittauksella, joka mittaa ihonalaisen rasvakudoksen glukoosipitoisuutta automaattisesti. Glukoosisensorissa glukoosin mittausta tapahtuu ihon alle laitettavassa sensorissa, josta mittaustapahtuma siirtyy kaapelia pitkin esim. vyöllä kannettavaan monitoriosaan. (Seppänen & Alahuhta 2007, 156.) Eräissä Euroopan maissa on käytössä ranteen iholle tihkuvan glukoosin mittaamiseen perustuva Glukowatch®- laite sekä Glucoday®-laite, joka mittaa sen ihonalaiseen muoviputkeen pumppaamaan keittosuolaan siirtyneen glukoosin määrää. (Rönnemaa 2006, 66.)

3.3.2 Oman voinnin seuranta

3.3.2.1 Verensokerin vaihteluista johtuvat tuntemukset

Liian matalaa verensokeritasoa kutsutaan hypoglykemiaksi. Diabeetikon on hyvä tunnistaa hypoglykemian oireet. Lieviä oireita voi esiintyä pari kertaa viikossa, mutta kun ne ovat tunnistettavia ja helposti hoidettavissa hiilihydraattisällä, niiden katsotaan nykykäsityksen mukaan kuuluvan hyvään hoitotasapainoon. Tuntemukset eivät kuitenkaan saa olla niin voimakkaita, että diabeetikko tarvitsee niiden aikana ulkopuolista apua. (Kangas 2006, 323.) Adrenaliinin erittymisestä johtuvia oireita ovat sydämen tykytys, kalpeus, vapina ja tutina, hermostuneisuus, levottomuus ja pelko, hikoilu, kuuman tunne, pahoinvointi ja oksentelu. Aivojen ja hermojen sokerinpuutteesta johtuvia yleisoireita voivat olla kognitiivisten toimintojen vaikeudet, keskittymisvaikeus, hämmennys, huono koordinaatio, päänsärky, heikotus, väsymys, uupumus, pyörrytys, raukeus, uneliaisuus, ärtyneisyys, epätavallinen tai riitaisa käytös, raukeus, tajuttomuus ja kouristukset. Paikallisia, hermosolujen sokerinpuutteesta johtuvia oireita ovat näön hämärtyminen, kahtena näkeminen, huulien pisteleminen, epäselvä puhe, korvien soiminen, harhatuntemukset, reisien sisäsyrtien puutuminen ja ohimenevä toispuoleinen halvaus. (Kangas 2006, 325.)

Toistuessaan usein matalat verensokerit voivat vaikuttaa diabeetikon kykyyn tunnistaa omia insuliinituntemuksiaan: puhutaan tiedostamattomasta hypoglykemiasta. Riski kasvaa, jos veren sokeripitoisuus on toistuvasti alle 3,0 mmol/l. Hypoglykemian oireet eivät yleensä häviä täysin, vaan ne muuntuvat. Myös muuntuneet oireet on opeteltava tunnistamaan verensokerin omaseurannan avulla. Tavanomaiset insuliinituntemukset voivat palautua ennalleen, jos verensokeri nostetaan tarkoituksella pari viikoksi sellaiselle tasolle, jolla sokeripitoisuus ei pääse laskemaan alle 4,0 mmol/l. Toistuvien hypoglykemioiden ilmetessä uudelleen oireet hämärtyvät jälleen. (Mts. 2006, 318 - 319.) Koska matala verensokeri vaikeuttaa ajatustoimintoja, sitä on syytä kontrolloida ennen sellaiseen työhön tai toimintaan ryhtymistä, jossa insuliinituntemusten ilmeneminen voi aiheuttaa vaaratilanteita itselle ja muille esimerkiksi liikenteessä. Hypoglykemioiden vuoksi diabeetikko voikin nykyisten EU-määräysten vuoksi menettää ajolupansa. (Kangas 2006, 323.)

Kun liian matala verensokeri johtaa insuliinituntemusten pahenemisen myötä kouristeluihin ja tajuttomuustilan, puhutaan **insuliinisokista**. Insuliinisokissa oleva diabeetikko on muiden avun varassa. Tilaa hoidetaan antamalla mahdollisuuksien mukaan tajuttomalle 1 mg glukagonia reisi- tai pakaralihakseen. Glukagonipistos annetaan välittömästi, jos diabeetikko tavataan tajuttomana tai niin tokkuraisena, ettei hän pysty syömään. Glukagoni on insuliinin vastavaikuttajahormoni, joka vapauttaa maksasta sokeria verenkiertoon. Glukagonin tulisi palauttaa diabeetikon tajunta 15 – 20 minuutissa. Glukagonin puuttuessa voi kokeilla hunajan tai siirapin laittamista poskien limakalvoille. Glukagoni ei ehkä tehoa, jos diabeetikko on nälkiintynyt tai alkoholin vaikutuksen alainen, tällöin tajuton tarvitsee kiireesti ambulanssin, jonka ensihoitaja antaa tajuttomalle suoneen rypälesokeriliuosta. Ellei tajunta palaa nopeasti, pitää potilas viedä nopeasti sairaalahoitoon. (Kangas 2006, 325; Tyypin 1 hoitosuositus 2005.)

Liian korkean verensokerin seurauksena syntyvän **happomyrkytyksen** oireina on usein pahoinvointi, oksentelu ja vatsakipu. Korkea verensokeri voi myös janottaa ja lisätä virtsaneritystä. (Seppänen & Alahuhta 2007, 159.) Tilaa saattaa edeltää sekavuus ja uneliaisuus, iho on kuiva ja punakka, voimakkaasti huokuva hengitys muuttuu tilan pitkittyessä pinnalliseksi ja hengityksessä voi olla makea asetonin haju. Tajuttomuutta edeltäviä oireita ovat lisääntyvä virtsaaminen ja jano, suun kuivuminen, yleinen kuivuminen, päänsärky, voimakas pahoinvointi ja oksentelu, vatsakivut ja ummetus, näön hämärtyminen, hengenahdistus ja uupumus. Verensokeri on korkea, yleensä yli 20 mmol/l, veren ketoaineet ylittävät 3,0 mmol/l ja virtsassa on paljon sekä sokeria että ketoaineita. (Ilanne-Parikka 2006, 324 - 326.) Ketoasidoosin oireet ja kehittymisnopeus ovat yksilöllisiä. Pienen lapsen tila kehittyy tunneissa ja aikuisen puolella vuorokaudessa. (Seppänen & Alahuhta 2007, 159.) Pumppuhoidossa insuliinin annostelun keskeytyessä ketoasidoosi kehittyy muutamissa tunneissa, muissa tilanteissa tila kehittyy 6 – 12 tunnissa. (Ilanne-Parikka 2006, 326.) Diabeetikon ketoasidoosi on hengenvaarallinen, sairaalahoitoa vaativa tila. Vaikeassa happomyrkytyksessä pelastuminen voi olla kiinni jopa alle puolesta tunnista. (Ilanne-Parikka, 2006, 326.)

3.3.2.2 Ketoaineiden mittaaminen

Ketoaineet on mitattava, jos verensokeri on ilman selvää syytä yli 15 mmol/l, vointi on muuten huono tai verensokeri ei laske tavanomaisella lisäinsuliinilla. Ketoaineiden mittausta suositellaan sairauspäivinä, raskaana oleville ja lapsille, joilla happomyrky-

tys voi alkaa tavallista alhaisemmilla verensokeritasoilla. Insuliinipumppua käyttävillä ihonalainen insuliinivarasto on pieni, joten pumpun mahdollisesti pysähtyessä ketoosi kehittyy nopeasti. (Kaprio & Ilanne-Parikka 2006, 66 – 67.) Tyypin 1 diabeetikon on mitattava ketoaineet silloin, kun verensokeri on korkealla ilman selvää syytä, eikä laske lisäinsuliinilla. Erityisesti tulehdustautien aikana on syytä seurata ketoaineiden määrää, sillä infektiot ja kuume lisäävät monilla diabeetikoilla insuliinin tarvetta. (Lahti 2005.) Ketoaineet mitataan joko virtsasta tai verestä. Virtsasta liuskalla mitattu tulos kertoo ketoainetason virtsan rakkoon kertymisen ajalta, verenpisarasta mitattu tulos kertoo reaaliaikaisen ketoainetilanteen. Mitattaessa ketoaineita yhdistetyllä verensokeri- ja ketoainemittarilla, käytetään laitteessa ketoaineliuskoja. (Kaprio & Ilanne-Parikka 2006, 66 – 67.)

3.3.2.3 Ihon, suun ja jalkojen hyvinvoinnin seuranta

Diabetes voi aiheuttaa alttiutta ihomuutoksiin ja ihon tulehduksiin. Siksi ihon kunnan seuranta ja sen ylläpito on osa diabeetikon arkirutiinia. Ihon puhtaana ja kuivana pitäminen, rasvaus, kovettumien ja hiertymien ennaltaehkäisy sekä haavojen tai paikallisten infektioiden hyvä hoito on opeteltava. Tarvittavat päivittäiset verinäytteiden otot rasittavat yleensä sormien ihoa ja insuliinipistokset yleensä reisien ja vatsan alueiden ihoa. (Rönnemaa 2006, 441 – 442.) Sormenpäiden iho on koetuksella silloin, kun diabeetikko ottaa tarvitsemansa verinäytteet sormenpäistään. Parhaita alueita näytteen ottamiselle ovat sormenpäiden sivut. Periaatteessa kaikki sormet ovat käytettävissä, tosin tarttumasormia, peukaloa ja etusormeja, kannattaa säästää. (Autio 2006, 53.)

Ihon säästämiseksi pistoalueet kannattaa hyödyntää mahdollisimman laajasti, kannattaa myös opetella oikea pistotekniikka ja etsiä näytteenottolaitteesta itselle sopiva pistosyvyys. Pistokohtaa tulee vaihtaa jatkuvasti, ja kipeytynyt, punoittava pistokohta on jätettävä rauhaan, kunnes oireet häviävät. Sormenpään tulehtuessa on otettava yhteys lääkäriin. Jos diabeetikko käyttää paljon sormiaan tai käsittelee elintarvikkeita työseen käsin, näyte kannattaa ottaa muualta kuin sormista. Varpaat eivät kuitenkaan ole suositeltavia näytteenottoaikoja niiden tulehdusherkkyyden vuoksi. (Autio 2006, 53.) Muita toimivia verinäytteenottoaikoja ovat mm. peukalon tyvi, kämmensyrjä, kyynär- ja olkavarsi, reisi ja pohje. (Seppänen & Alahuhta 2007, 119). Näiden pistosalueiden ihon kunnosta huolehtiminen pitää sisällään samat elementit kuin

sormienkin: alueen ihon puhtaudesta huolehtimisen, rasvauksen ja mahdollisten tulehdusten tarpeenmukaisen hoidon (Autio 2006, 53).

Pitkävaikutteinen perusinsuliini pistetään pääsääntöisesti reiteen tai pakaralan alueelle niin, ettei se mene lihaksen sisään. Lyhytvaikutteinen insuliini pistetään vatsan alueelle, mistä se imeytyy parhaiten. Pistosalueiden ihon kunnossa pysymisen vuoksi kannattaa käyttää mahdollisimman laajaa pistosaluetta ja kierrättää pistospaikkaa sen sisällä. Järjestelmällisyys pistosten sijoittelussa alueiden sisällä auttaa myös pistosalueiden kunnossapitamisessa. (Kangas 2006, 241.) Pienelle alueelle pistettäessä ihonalaiseen rasvakudokseen tulee turvotusta ja arpikudosta, minkä vuoksi insuliini imeytyy epätasaisesti. Pistopaikkojen päivittäisestä huolehtimisesta Autio (2006) antaa seuraavat ohjeet:

- 1 Huolehdi puhtaudesta.
- 2 Käytä pistosalueita laajasti.
- 3 Opettele oikea pistostekniikka ja käytä sopivia välineitä.
- 4 Älä pistä kovettuneelle tai turvonneelle alueelle.
- 5 Rasvaa kuivia alueita.
- 6 Kevyt hieronta elvyttää pistosalueen verenkiertoa.
- 7 Jos pistosalue tulehtuu, hoitona on silloin antibiootti.
- 8 Opettele itse tunnustelemaan pistospaikkojasi, ja tarkasta ne yhdessä diabeteshoitajasi kanssa. (Autio 2006, 103.)

Suun hygieniasta huolehtiminen kuuluu kaikille. Diabeetikolle hoitamaton tai huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes voi aiheuttaa suun kuivumista, pistelytuntemuksia, sienitulehduksia ja haavaumia sekä limakalvoilla että kielessä. Muuta väestöä enemmän diabeetikolla tavataan ientulehduksia ja hammasta leukaluuhun kiinnittävän kudoksen tulehdusta, pardonniittia. Näistä syistä johtuen diabeetikon täytyy huolehtia hyvin päivittäisestä suuhygieniastaan ja käydä säännöllisesti hammaslääkärin vastaanotolla. (Rönnemaa 2006, 443 - 444.)

Jalkojen kunto tulee tarkastaa päivittäin. Jalat tarkastetaan myös kesken päivän, jos jalkojen varassa on liikuttu kauan, jaloissa tuntuu jotain poikkeavaa tai käyttöön on otettu uudet jalkineet. Erityisen huolellista seurantaa tarvitaan, jos jalat ovat tunnotto-

mat, niissä on virheasento tai aikaisempi diabeteksen aiheuttama jalkavaiva. Jalat pestään päivittäin ja kuivataan huolellisesti, erityisesti varpaidenvälit. Jalkojen iho rasvataan varpaidenväliä lukuun ottamatta. Kovettumat rasvataan erityisen huolellisesti. Varpaankynnet leikataan parin viikon välein. Kynsiä ei saa leikata liian lyhyiksi, eikä niihin saa jäädä teräviä kulmia. Mahdolliset haavat, rakkulat ja ihonsisäiset verenvuodot täytyy hoitaa huolellisesti. Sieni-infektiot hoidetaan tarkoituksenmukaisella lääkityksellä joko paikallisesti ja/tai suun kautta otettavalla lääkkeellä. Kynsivallintulehdukset tai haavainfektiot hoidetaan paikallishoidolla ja tarvittaessa antibiootikurilla. (Rönnemaa 2006, 174 - 178.)

Jalkajumpalla vahvistetaan jalkapöydän pieniä lihaksia ja autetaan säilyttämään liikeratoja. Jumppa edistää myös jalkaterän verenkiertoa. Kenkien ja sukkiin valintaan kannattaa kiinnittää huomiota. Sopivan kokoiset, hengittävät ja hiertämättömät sukat mahdollistavat jalkojen terveyden säilymisen. Diabeetikon kannattaa valita jalkineet käyttötarpeen mukaan ja huolehtia myös jalkineiden kunnosta säännöllisesti. Jalkaan laitetaan vain sisältä puhtaat, kuivat ja ehjät jalkineet. (Rönnemaa 2006, 175 - 178.)

4 VOIMAVARAISTAVA OHJAUS OMAHOIDON MAHDOLLISTAJANA

4.1 HOIDONOHJAUS DIABEETIKON TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

”Diabetekseen liittyvillä lisäsairauksilla eli elinmuutoksilla tarkoitetaan häiriöitä eräiden elinten toiminnassa silloin, kun diabetes on kestänyt kauan ja sokeritasapaino on ollut huono” (Diabetes 1999, 210). Nykyisin diabetesta voidaan hoitaa niin hyvin, ettei vakavia elinmuutoksia tarvitse pelätä. Jatkuvalla hyvällä hoitotasapainolla voidaan elinmuutokset välttää lähes täysin. Hoidon kehittymisestä huolimatta tärkein tekijä hoitotulosten onnistumisessa ovat diabeetikot itse sekä heidän hoitomotivaation-
sa ja tieto-taitotasonsa. Diabeetikolla tulee olla riittävästi tietoa diabeteksestä ja sen hoitoon liittyvistä tekijöistä, jotta hän voisi hoitaa sairauttaan hyvin. Diabeetikko tarvitsee tietoa lääkehoidosta, ruokavaliosta, liikunnasta, omaseurannasta, hoitotasapainon seurannasta, mahdollisista lisäsairauksista ja siitä, mitä diabetes sairautena on ja miten oppia selviytymään jokapäiväisestä elämästä diabeetikkona. (Diabetes 1999 s.

210; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 567 - 570.)

Hoidonohjauksen tavoitteisiin, joita ovat diabeetikon terveys, hyvä olo ja elämänhallinta, pyritään edistämällä diabeetikon osallisuutta omahoitoon ja hoidonohjaus onkin omahoidon onnistumisen edellytys. (Holmia ym. 2004, 567.) Hyvin ohjatulla potilaalla on paremmat mahdollisuudet löytää keinoja tautinsa hallitsemiseen, mikä parantaa elämänlaatua ja hoitotuloksia erityisesti glukoositasapainon osalta sekä tyyppiin 1 että tyyppiin 2 diabeteksessa. Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja asiakkaiden hoitoa. Hyvin onnistuneella ohjauksella vaikutetaan asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen, sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen. Lisähaasteita ohjaukselle asettaa lyhyet hoitoajat sekä puutteelliset ohjausresurssit. Toisaalta väestön koulutustaso on korkeampi ja informaatiotekniikka mahdollistaa heidän paremman tietämyksensä, joten he osaavat vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa. Haasteellisissa tilanteissa tapahtuvan ohjauksen kannalta olisikin tärkeä tunnistaa ja tiedostaa, mistä ohjauksessa oikeastaan on kysymys. (Käypä hoito 2007; Sairaanhoitaja 2006, 6.; Ohjaaminen hoitotyössä, 2007, 12).

Ohjaus ja sen lähikäsitteet sekoitetaan helposti keskenään. Hoitotyössä ohjauksesta käytetään monia eri käsitteitä ja käsitteiden käyttö on epäselvää. Usein ohjauksesta käytetään käsitteitä tiedon antaminen, neuvonta, opettaminen, koulutus, kasvatus ja valmennus. Nämä käsitteet eroavat kuitenkin jossain määrin ohjaamisesta. Opettaminen on systeemi suunniteltuja toimintoja, jotka vaikuttavat asiakkaan käyttäytymiseen ja siinä hoitaja laatii yhdessä asiakkaan kanssa oppimissuunnitelman ja tarjoaa sen toteuttamiseen oppimiskokemuksia. Ohjaus tapahtuu ennen opettamista ja siinä asiakas ja hoitaja yhdessä selkeyttävät asiakkaan tilannetta, jolloin asiakas voi itse muodostaa oman menettelytapansa ongelmien ratkaisemiseksi ja on halukas oppimaan. Neuvonta puolestaan on prosessi, jossa hoitaja auttaa asiakasta tekemään valintoja esimerkiksi päättämällä opeteltavan asian ja hoitaja pidättäytyy suorien neuvojen antamisesta. Tiedon antamisessa vuorovaikutus on vähäisempää kuin ohjauksessa ja neuvonnassa ja siinä korostuu ohjattavan asian sisältö. Myös kirjallisen materiaalin käyttö on tiedon antamisessa runsaampaa. (Ohjaaminen hoitotyössä. 2007, 25; Sairaanhoitaja 2006, 6 - 7)

”Nykykäsityksen mukaan ohjaus puolestaan pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla” (Ohjaaminen hoitotyössä

2007, 25). Ohjaussuhde on tasa-arvoinen ja siinä asiakas itse on aktiivinen ongelmanratkaisija hoitajan tukiessa häntä päätöksenteossa. Ohjauskeskustelu on suunnitelmallista ja vaikka se sisältää myös tiedon antamista, hoitaja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjaussuhteen tulisi olla vuorovaikutteinen. Asiantuntijuuteen on perinteisesti liittynyt näkemys siitä, että ammattilaisella on tietoa, jota asiakkaalla ei ole ja tämän vuoksi hän institutionaalisessa kohtaamisessa ratkaisee asiakkaan ongelmia ja päättää siitä, miten kohtaaminen jäsentyy. Ohjaaja on enemmänkin asiantuntijana prosessissa, jonka myötä ohjattava oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Näiden periaatteiden myötä ohjaus vaatii uudenlaista ammattitaitoa, jossa tärkeimmällä sijalla ovat vuorovaikutustaidot sekä erilaisten prosessien, kuten oppimis-, päätöksentekosekä tiedonhankintaprosessien hallinta. (Ohjaaminen hoitotyössä 2007, 25; Vehviläinen, 2003, 13)

Hoidonohjauksen kannalta sairauden toteamisvaihe on erityisen merkittävä. Koska pysyvän vakavan sairauden toteaminen aiheuttaa useimmiten psyykkisen reaktion, joka vaihtelee sokista masennukseen, annetaan alkuvaiheen ohjauksessa vain diabeteksen hoidon kannalta välttämättömät perustiedot ja -taidot. (Käypähoito 2007). Ohjauksen laadunarvioinnin kannalta on ongelmallista, että Suomessa ei ole yleisesti hyväksytyjä kriteerejä koskien hoidon ohjauksen laatua. Suomessa on olemassa erilaisia laatukriteerejä, -suosituksia ja oppaita, jotka ovat ohjeellisia ja antavat suuntaviittoja ohjauksen kehittämiseen ja laadunarviointiin ja valmisteilla on hoitotyön suosituksia koskien eri asiakasryhmien ohjausta varten näyttöön perustuvan toiminnan mukaisesti. Tästä huolimatta ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin asiakkaan muukin hoito. Asiakkaan hoidon laadusta määritellään laissa. Nekään eivät juuri viittaa hoitotyöhön liittyvään ohjaamiseen vaan niiden sisällöt ovat yleisluontoisempia. Perustus-, kunta-, kansanterveys- sekä erikoissairaanhoidolaissa on kaikissa kyse palvelujen määrästä, riittävydestä, järjestämistavasta sekä laadusta. ”Asiakkaan oikeutta tietää terveydestään ja hoidostaan (Laki 785/1992) voidaan pitää ohjauksen perusteenä”(Ohjaaminen hoitotyössä, 2007, 20; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 145).

4.2 VOIMAANTUMINEN, EMPOWERMENT

Yksi syy diabeetikoiden elämänlaadun paranemiseen on heidän lisääntynyt omahoi-

tonsa. Nykyään he huolehtivat itse dieetistään sekä insuliiniannostelustaan, käyttäen veri- ja virtsakokeita apunaan. Tämä on erittäin hyvä esimerkki siitä, kuinka ihmiset erinomaisin tuloksin ottavat haltuunsa omasta terveydestä huolehtimisen. (Kemm & Close 1995, 6.) Siitonen (1999) on tutkinut voimaantumisteorian perusteita ja kuvaa tutkimuksessaan voimaantunutta ihmistä niin, että voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa ja hän on itse itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Hän on voimaantumisprosessissa voimaantunut itse, eikä kukaan toinen ole häntä voimaannuttanut. (Siitonen 1999, 93.) Voimaantumisen ydinkäsite, sisäinen voimantunne, on omia voimavaroja ja vastuullista luovuutta vapauttavaa tunnetta ja sen saavuttaneista heijastuu myönteisyys ja positiivinen lataus. Tämä taas on yhteydessä hyväksyvään luottamukselliseen ilmapiiriin ja arvostuksen kokemiseen. ”Sisäisen voimantunteen saavuttaneella ihmisellä on halu yrittää parhaansa ja ottaa vastuu myös yhteisön toisten jäsenten hyvinvoinnista, käyttämällä rohkeasti ja luottavaisesti toimintavapauttansa”. (Mts. 61.)

Koettu vapaus tukee vastuun ottamista ja nämä ovat yhteydessä yhteisön turvalliseksi koettuun ilmapiiriin, jossa arvostuksen, kunnioituksen ja luottamuksen kokemisen seurauksena ihminen uskaltautuu ennakkoluulottomasti luoviin ratkaisuihin todellisen vastuun mukaisesti. Sisäisen voimantunteen rakentumisessa vapauden ja itsenäisyyden kokemisella sekä toimintaympäristöön ja yhteisöön (kontekstiin) liittyvillä kokemuksilla ja näkemyksillä on keskeinen merkitys. Kahdella viime mainitulla on merkitystä etenkin prosessin ylläpitämisessä ja vahvistumisessa. Sisäisen voimantunteeseen kuuluvat vapaus, vastuu, arvostus, luottamus, konteksti, ilmapiiri ja myönteisyys ovat läheisesti toisiinsa kytkeytyneitä ja merkityssuhteessa keskenään ja ratkaisevat puutteet yhdessäkin kategoriassa voivat heikentää ja jopa estää sisäisen voimantunteen rakentumista tai ylläpitämistä. Ihanteellista olisi, jos kaikki kategoriat tukisivat ihmisen voimaantumista. (Mts. 61).

Voimaantuminen on prosessiluonteista ja Siitonen (1999) sanoo prosessin lähtevän ihmisestä itsestään. Voimaantuminen on tapahtumasarja jota ei tuota tai saa aikaan toinen ihminen, mutta sen toteutumisen kannalta toimintaympäristön olosuhteilla (esim. valinnanvapaudella ja turvalliseksi koetulla ilmapiirillä) voi olla merkitystä. Tästä johtuen voimaantuminen saattaa olla jossakin tietyssä ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa. (Mts. 93). Räsänen (2006) määrittelee voimaantumisen ihminen - ympäristösuhteesta nousevana persoonallisena, sosiaalisena ja henkisenä proses-

sina, johon sisältyy sisäinen voiman tunne vapaasti valitusta ja vapaasti toteutetusta tietoisesta oman kehityksen haltuunotosta, päämäärän asettamisesta ja uskosta sen saavuttamiseen. Voimaantumisen kokemus syntyy valtaistumisesta ja osallistumisesta inhimillisen historiankulun ja arjellisuuden tapahtumiin, joihin yksilö on kietoutunut. Määritelmään sisältyy Eric Frommin ajatus siitä, ettei ihminen pääse koskaan itseään pakoon. Voimaantuneisuus on ”ihmisen oma ääni”, reaktio inhimillisen todellisuuden olosuhteisiin. (Räsänen 2006, 102.) Voimaantumisprosessi on tapahtumasarja ja sen toteutuminen on yhteydessä ympäristöön. Luontevimmin se tapahtuu mahdollistavaksi koetussa kontekstissa, jossa ihminen voi kokea ilmapiirin turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi. (Mts. 161 - 162)

Tutkimuksen (Siitonen 1999) empiiristen tulosten mukaan monet ihmisen voimaantumisen osaprosessit ovat merkityksellisiä myös hyvinvoinnin kannalta (erityisesti vapaus, itsenäisyys, valinnanvapaus, vapaaehtoisuus, toimintavapaus, halu, vastuullisuus, arvostus, kunnioitus, luottamus, minäkuva, kollegiaalisuus, sosiaalisuus, keskustelukulttuuri, kulttuuriympäristö, joustavuus, ilmapiiri, turvallisuus, avoimuus, mahdollistaminen, oman roolin löytäminen, kannustaminen, myönteisyys, hyväksyntä, eettisyys, onnistuminen). Ihmisen voimaantumisen ja hyvinvoinnin voidaan ajatella olevan sidoksissa toisiinsa. (Siitonen, 1999,162) Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila, vaan siihen vaikuttavat muutokset kontekstiuskomuksissa, kykyuskomuksissa, päämäärien asettamisessa ja/tai emotionaalisissa kokemuksissa. Ihminen muuttuu sekä psyykkisesti että fyysisesti, hänen elämäntilanteensa muuttuvat sekä yhteisön suhtautumistavat voivat muuttua. Minäkäsityksen ja ympäristön välille saattaa syntyä sellaisia ristiriitoja, jotka vaativat välttämättä kykyä muuttaa omia käsityksiä itsestään, jotta elämänhallinta ja yksilön sopeutuminen olisi mahdollista. Tämä on hidas prosessi ja muutosprosessin käynnistymiseksi vaatii toistuvaa palautetta turvallisessa ympäristössä. (Mts. 165.)

Hoitajan tulee tarkastella asiakasta hänen omassa kontekstissaan ja hänen omaa maailmankuvaa, voidakseen ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä ja tukea häntä tavoitteisiin pääsemisessä. Hoitajan on välttämätöntä tunnistaa ohjauksen lähtökohdat, pystyäkseen tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan tämän itsemääräämisoikeutta. Ohjauksen tulee rakentua riittävien taustatietojen varaan. Asiakkaan tyytyväisyys ja hoitoon sitoutuminen on parempaa, mikäli hoitajalla ja asiakkaalla on yhteinen näkemys hoidosta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors.

2007, 47.) Vaikuttavassa ohjauksessa ohjaus perustuu asiakkaan omaan arviointiin, tavoitteet asetetaan yhdessä ja sopivia ratkaisuja etsitään huolella. Vaikuttava ohjaus sisältää sekä ohjauksellista ja lääketieteellistä interventiota ja siinä käytetään erilaisia ohjausmenetelmiä. Ohjaus on osa organisaation normaalia toimintaa ja sen vaikuttavuutta tulisi seurata. Myös sosiaalinen tuki on tärkeä elementti ohjauksessa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007, 47.) Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa terveyden edistämisen prosessi muodostuu neljästä vaiheesta, joita ovat; ihmisen tai ihmisten (yksilö, ryhmä, yhteisö) kuuntelu, vuoropuhelu, reflektio ja mallien tunnistaminen, toiminnan uudelleen suuntaaminen ja myönteinen muutos. (Ivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 48.)

4. 3 NEUVONTAKESKUSTELU JA MUUTOSVAIHEMALLI

Neuvontakeskustelu on inhimillistä vuorovaikutusta kahden tasavertaisen toimijan välillä. Sen tarkoitus on pyrkiä yhteistyön avulla yhteisesti määriteltyyn tavoitteeseen. (Kettunen 2001, 31). Terveysneuvontakeskustelun muotoutumisessa on molempien osapuolten, sekä hoitajien että potilaan, toiminnalla ratkaiseva merkitys. Potilaat osallistuvat keskusteluun monin eri tavoin. Osa potilasta kyselee, kommentoi, puhuu avoimesti ratkaisuisistaan ja jopa arvioi niitä, kun taas suuri osa potilasta pitäytyy vaiteina. Hoitajat voivat edistää potilaiden osallistumista, usein hoitajat eivät havaitse potilaiden taholta tulevia vihjeitä tarjotakseen osallistumismahdollisuuksia. (Kettunen 2001, 31.) Hoitajat helpottavat potilaiden avautumista pyrkimällä edesauttamaan jo alkuhetkestä lähtien emotionaalisesti suotuisan ilmapiirin kehittymistä sekä sen ylläpitämistä koko keskustelun ajan. Naisten ja miesten välillä on eroja, esimerkiksi tunteista puhuminen näyttää olevan naisten viestintään liittyvä piirre ja he ovat omaaloitteissa tunteiden ilmaisuisaan. Miesten kohdalla huomio kiinnittyy pieniin tarinoihin ja humoristisiin ilmaisiin, joissa potilaat ovat aloitteellisia. (Kettunen 2001, 31.)

Neuvontakeskustelussa on kaksi muotoa: vastavuoroinen ja ei- vastavuoroinen. Vastavuoroinen tarkoittaa yhteistyötä, jossa keskustelun osapuolet täydentävät toisiaan. Ei-vastavuoroisuutta tuottava hoitajan ja potilaan välinen keskustelu korostaa ammattilaisen roolia asiantuntijana, tulkitsijana ja objektiivisena arvioijana, joka laatii keskustelua koskevat suunnitelmat ja esittää ne potilaalle. (Kettunen 2001, 33, 54.)

Hyvään ohjausprosessin kuuluu, että määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. On muistettava aina, että sairastuminen aiheuttaa sairastuneille sekä hänen omaisille epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunnetta. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo & Pohjola 2006.)

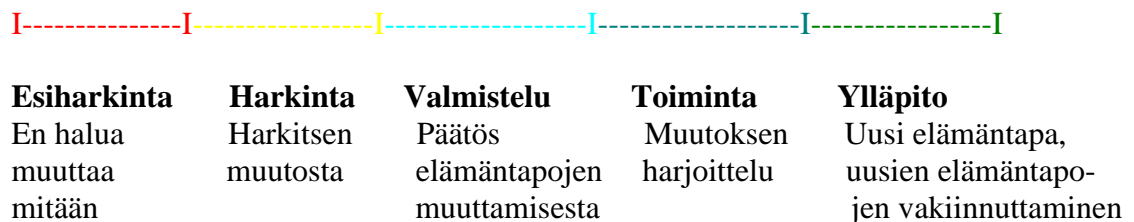
Tutkimuksen mukaan potilaan selviytymisen kannalta on hyvin tärkeä saada tietoa sairaudesta ja sen meneillään olevasta tutkimisesta sekä itse hoidosta. Kun potilas saa tietoa sairaudesta, se rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja edistää hänen omatoimista hoitoa. Tiedon määrä vähentää myös ahdistusta ja pelkoa. Mutta on muistettava, että ohjauksen perusta tulee vastata potilaan tarpeita. On muistettava aina, että ohjauksen perustana tulee aina olla potilaan tarpeet. Akuutissa vaiheessa potilas ei ole valmis vastaanottamaan ohjausta. Tämä kriisivaihe on huomioitava hoitoa suunniteltaessa. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006.)

Potilaan ohjausta täytyy jatkaa koko hoitoprosessin ajan. Potilaan hoitopolun mukaan ohjauksen malli on jaettu kolmeen eri osaan, sairaalaan tulovaiheen, osastovaiheen ja lähtövaiheen ohjaukseen. **Sairaalaan tulovaiheen** tilanne voi olla kriittinen, silloin korostuu potilaan ja omaisten rauhoittaminen ja tukeminen. Potilaan hoitoon hakeutuminen voi olla aika pelottavaa. Kun on kerätty potilaan taustatiedot ja tulotilanne, aloitetaan ohjaustarpeiden hoitosuunnittelu. **Osastovaiheen ohjauksessa** on kolme aluetta; akuuttivaihe, selviytymisvaihe sekä muuttunut elämän tilanteen vaihe. **Lähtövaiheen ohjaus** on haasteellinen, sillä sairaalassa ollessa potilaalle tulee paljon uutta tietoa, joista hän saa kirjalliset ohjeet mukaan. Sen takia on hyvin tärkeä ohjauksen jatkuvuuden varmistaminen avo-, jatko- ja kotihoidolla. Potilaalle on muistutettava asioista, joita osastolla käytiin läpi, mm. sairauden hoito, elintavat, riskitekijät sairaudelle, selviytyminen sekä avun tarve ja tiedon tarve. (Iso-Kivijärvi ym. 2006.)

Mäkeläinen (2006) selvittää tutkimuksessa diabetekseen sairastumista eri näkökulmista. Tutkimuksessa sairastuneen kohtelu on noussut toivon merkittäväksi tekijäksi. ”Diabetesta sairastava haluaa tulla kohdatuksi pääasiassa ihmisenä, ei sairaana”. Asioiden ottaminen vakavasti, rehellisyys, avoimuus, hienotunteisuus ja ystävällisyys olivat asioita, joita tässä tutkimuksessa toivottiin henkilökunnalta. Merkittäviä toivoa

tukevia asioita olivat pysyvä hoitosuhde ja asiakaslähtöinen ja inhimillinen vuorovaikutus. (Mäkeläinen 2006, 65 - 67.)

Elämäntapamuutokset ovat useimmille hankalia asioita. Harva pystyy toteuttamaan muutokset nopeasti – taustalla on usein pitkiä kypsytelyvaiheita ja asioiden puntaointia. Muutosvaihemallin avulla hoitajan on mahdollista tarkastella yksilön käyttäytymisen muutosta ja saada tätä kautta apuvälineitä elämäntapaneuvontaan. Transteoreettisessa muutosvaihemallissa muutosvaiheet jaetaan viiteen eri osaan. Ensimmäisessä vaiheessa ihminen ei ole vielä valmis muutokseen. Hän vähättelee muutoksen tarvetta tai ei usko onnistuvansa muutoksessa. Ihminen ei välttämättä ole edes tietoinen muutostarpeesta. Toisessa vaiheessa ihminen tiedostaa ongelman tai tarpeen muutokseen. Hän ei kuitenkaan ole vielä valmis muuttamaan käytöstään. Kolmannessa vaiheessa muutos on ihmisen mielestä tarpeellinen, hän kokee edut suuremmiksi kuin haitat. Hän on motivoitunut ja tekee jo jotain pieniä muutoksia tai kokeiluja käyttäytymisessään. Prosessin näkyvin ja ehkä hankalinkin vaihe on varsinainen muutoksen toteuttamisvaihe, jossa ihminen muuttaa elämäntapojaan. Neljännessä vaiheessa potilas toimii suunnitelman mukaan. DiClementen ja Prochaskan (1998) mukaan tämä vaihe kestäisi 3-6 kuukautta. Viides vaihe on ylläpitovaihe, jossa muutoksesta on tullut pysyvä elämäntapa. Prosessiin kuuluu olennaisena osana myös repshadusvaihe, jolloin kehitys saattaa mennä taaksepäin. Kaikki vaiheet on käytävä läpi, eikä mikään vaiheen yli voida hypätä. (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & DiClemente 1998, 37 – 38; Ruggiero 2000; Vuori 2003, 71; Prochaska & DiClemente 1987; Mustajoki 2003, 35, 42.)



KUVIO 3. Muutosvaihemalli.

Lähde: Jo Prochaska, CC DiClemente 1987; Mustajoki Pertti 2003.

Hoitajan tuki asiakkaalle elämäntapamuutoksen eri vaiheissa on tärkeää. Ymmärtämällä muutoksen eri vaiheet ja osaamalla antaa sopivaa tukea vaiheesta riippuen, hoitaja voi parhaiten tukea asiakasta muutoksessa. Kun asiakas on valmis muutokseen hoitaja antaa tukea ja tietoa sekä tuo esiin erilaisia vaihtoehtoja, joista asiakas valitsee itselleen sopivimman. Mielikuvien luominen tulevaisuudesta voi motivoida asiasta toteuttamaan muutosta. Sekä muutoksen toteuttamis- että ylläpitovaiheessa on tärkeää tukea ja rohkaista asiakasta sekä auttaa mahdollisissa ongelmatilanteissa. Asiakkaan potieissa huonoa omaatuntoa repsahduksista on erittäin tärkeää rohkaista häntä. Jo etukäteen on hyvä kartoittaa repsahdusta mahdollisesti edistäviä tekijöitä ja pyrkiä ennaltaehkäisemään niitä. (Mäkeläinen 2006, 10.)

Muutosvaiheen tunnistaminen saattaa olla vaikeaa: asiakas voi olla monessa eri vaiheessa eri elämäntapojen suhteen, jopa saman elämäntavan suhteen voi olla eri muutostilanteita. Asiakas saattaa esimerkiksi käyttää rasvatonta maitoa, mutta ei ole valmis luopumaan voista paistamisesta. Vaikka hoitaja on asiantuntija, on tärkeää toimia asiakaslähtöisesti ja huolehtia siitä, että asiakas osallistuu itse aktiivisesti, hänen omat tavoitteensa näkyvät ja neuvonta lähtee hänen tarpeistaan. Kehitysvaiheisiin ja niiden edistymisiin vaikuttavat monet asiat, kuten potilaan sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset ongelmat tai työpaineet tms. Nämä voivat monesti olla suuri hidaste muutostilanteen kehittymiselle, joista asiantuntijat eivät ole tietoisia. (Mäkeläinen 2006, 10.) Potilaan asenteilla on paljon merkitystä, mutta niin on myös häntä hoitavilla lääkäreillä, potilailla ja läheisillä. Motivointi, kannustus ja tiedon lisääminen ovat potilaalle hyvin tärkeitä. (Tuomi, 2006.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää tyypin I diabeteksen omahoidon ohjausta Keski-Suomen keskussairaalan sisätautiosastolla 11. Tavoitteena on selvittää tyypin I diabetekseen sairastuneiden asiakkaiden kokemuksia toteutuneesta omahoidon ohjauksesta sekä selvittää sitä, miten tyypin 1 diabetekseen sairastuneet kokevat ensimmäisellä osastojaksolla annetun ohjauksen vaikuttavan arjessa selviämiseensä. Lisäksi selvitämme, millaisena diabeetikot kokevat siirtymisen osastolta poliklinikan asiakkaiksi.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten tyypin 1 diabetekseen sairastuneet kokivat toteutuneen omahoidon ohjauksen?
2. Miten tyypin 1 diabetekseen sairastuneen yksilöllinen elämäntilanne ja voimavarat huomioitiin ohjauksessa?
3. Miten tyypin 1 diabetekseen sairastunut henkilö kokee selviytyvänsä omahoidossa tutkimushetkellä?
4. Millaisena tyypin 1 diabetekseen sairastuneet kokivat siirtymisen osastolta diabetespoliklinikan asiakkaiksi?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTONKERUU

6.1 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksessa on käytetty laadullista tutkimusotetta. Tutkimusaineisto koostuu kahdeksasta teemahaastattelusta, joiden avulla selvitettiin tyypin 1 diabetespotilaiden kokemuksia heidän saamastaan omahoidon ohjauksesta ja omahoidon onnistumisesta. Teemahaastatteluissa suunnittelu ja haastatteluun valmistautuminen ovat ensiarvoisen tärkeitä vaiheita haastattelujen onnistumisen kannalta. Suunnitteluvaiheen tärkeimpiä tehtäviä on haastatteluteemojen valinta. Olemassa oleviin teorioihin ja aikaisempaan tutkimustietoon perehtyminen auttavat tutkittavien ilmiöiden ja niitä kuvaavien peruskäsitteiden hahmottamisessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66.)

Omassa työssämme perehdyimme asiakaslähtöisestä neuvontakeskustelusta ja muutovaihemallista kertoviin teksteihin ja tutkimuksiin. Tämän pohjalta laadimme teemahaastattelurungon, jossa käydään läpi haastateltavan kokemuksia diabeteksestä sekä omahoidon ohjauksesta (Liite 2.). Teemahaastattelussa haastattelujen aihepiirit eli teemat on etukäteen määriteltä. Sen sijaan se, missä järjestyksessä ja laajuudessa teemoja käydään läpi, voi vaihdella haastattelusta toiseen. Teemahaastattelussa haastateltava pystyy halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti, jolloin kerätyn materiaalin voi ajatella edustavan haastateltavan puhetta itsessään. Haastattelun teemoja ei pidäkään laatia liian tiukasti, vaan niin, että ne mahdollistavat avoimen keskustelun ja väljät kysymykset. Teemat kuitenkin takaavat sen, että kaikkien

väljät kysymykset. Teemat kuitenkin takaavat sen, että kaikkien haastateltavien kanssa on puhuttu ainakin jossain määrin samoista asioista. Teemojen muodostama kehikko myös auttaa haastatteluaineiston analyysia. (Eskola & Suoranta 1998, 87 - 88; Kylmä & Juvakka 2007, 64.)

Oleellinen osa suunnittelua on myös haastattelujen kohdejoukon määrittely. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 54 - 60.) Laadullisen tutkimuksen kohteet valitaan tarkoituksellisesti ja tarkkaan harkiten, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen (Töttö 2000, 11). Tässä tutkimuksessa kohderyhmäksi määriteltiin tyypin 1 diabetespotilaat, joiden sairaus oli todettu vähintään puoli vuotta ja enintään yksi vuosi aikaisemmin. Ennen haastattelujen suorittamista on löydettävä tapa tavoittaa kohdejoukko. Tämän vuoksi otimme yhteyttä Keski-Suomen Keskussairaalan osasto 11:een, joka oli jo aikaisemmin osoittanut kiinnostusta aiheitamme kohtaan. Osasto 11 on sisätautiosasto, jossa hoidetaan alkuvaiheen diabetespotilaita. Osastolla suhtauduttiin työhömmme alusta asti myönteisesti ja pienen odottelun jälkeen saimme sieltä luvan tutkimuksen tekemiseen. Lähesyimme kohderyhmäämme sopivia potilaita kirjeitse (Liite 1). Kirje lähetettiin osaston kautta, koska he eivät luonnollisesti voineet luovuttaa potilaiden yhteystietoja käyttöömmme. Osaston edustajat myös tarkistivat kirjeemme ennen sen lähettämistä. Kirje lähti kaiken kaikkiaan 12 henkilölle. Kirjeessä tiedusteltiin henkilön halukkuutta tulla haastateltavaksi tutkimukseemme. Ensimmäisen kirjeen lähettämisen jälkeen saimme vain yhden vastauksen henkilöltä, joka oli valmis suostumaan haastateltavaksemme. Lähetimme kirjeen vielä kolmelle uudelle henkilölle, mutta saimme jälleen ainoastaan yhden uuden suostumuksen haastateltavaksi.

Haastateltavien määrän lisäämiseksi päädyimme laajentamaan kohdejoukon määrittelyä koskemaan myös sellaisia henkilöitä, joilla tyypin 1 diabetes on todettu jo vuonna 2006. Lopulta saimme yhteensä 8 haastateltavaa. Odotellessamme tietoja mahdollisista uusista haastateltavista, suoritimme haastattelut kahden jo suostuneen henkilön kanssa. Saimme haastateltavien yhteystiedot ja olimme yhteydessä heihin sopiaksemme tarkemmin haastatteluajasta ja paikasta. Haastattelut suoritettiin oppilaitoksemme luokkatiloissa sekä osaston 11 taukotilassa. Ne muodostivat rauhallisen ja hyvän ympäristön haastattelujen tekemiseen. Toisessa haastattelussa oli mukana kaksi ryhmämme jäsentä ja toisen suoritti yksi henkilö. Haastattelut etenivät teemoittain ja kaikkien haastateltavien kanssa käytiin läpi samat teemat. Haastattelut nauhoitettiin.

Haastattelijan roolissa tärkeää on ammattimainen ja asiallinen käytös. Haastattelusta tulisi pyrkiä luomaan mahdollisimman vapautunutta sekä keskustelunomaista vuorovaikutusta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22; Hirsjärvi & Hurme 2000, 96.) Ennen varsinaisen haastattelun aloittamista on tärkeää luoda hyvä ja vapautunut ilmapiiri haastattelun suorittamiselle. Kerroimme aluksi haastateltaville keitä me olimme, tutkimusaiheestamme, haastattelumenetelmästä sekä siitä, miten haastattelu etenee. Kävimme myös läpi teemoja ja niiden sisältöjä. Kysyimme haastateltavilta suostumusta haastattelun nauhoittamiseen heti ottaessamme heihin yhteyttä. Jokainen haastateltava suostui nauhoitukseen. Vaikka aluksi nauhurin olemassa olo tuntui hieman jännittävän haastateltavia, se unohtui nopeasti, eikä sillä tuntunut olevan vaikutusta siihen, mitä haastateltavat puhuivat.

Kun kyseessä on avoin haastattelumenetelmä, sekä haastattelijan että haastateltavan on oltava aktiivisia. Haastateltavalla on teemahaastattelussa melko suuri valta ja hän voi ohjata haastattelun kulkua määrittelemällä kuinka paljon hän haluaa kertoa kustakin teema-alueesta. Haastattelijan on kuitenkin mahdollista tehdä lisäkysymyksiä esimerkiksi vastauksen taustatiedoista. (Eskola & Suoranta 1998, 87, 95.) Haastatteluissa edettiin pääosin teemojen mukaisessa järjestyksessä, samalla se eteni myös ajallisesti tapahtumien mukaan alkaen henkilön sairastumisesta ja osastolle tulosta. Käytännössä haastateltavat kertoivat ajatuksistaan ja tunteistaan hyvin vapaamuotoisesti ja eri teemoihin liittyviä asioita tuli esiin eri vaiheissa haastattelua. Haastattelut kestivät keskimäärin 30 minuuttia. Valmistelimme haastateltavia haastattelun loppumiseen antamalla heille mahdollisuuden tuoda vapaasti esille heille tärkeitä asioita, joita haastattelussa ei ollut tullut esille. Lopuksi kiitimme haastattelusta ja kerroimme lyhyesti työmme jatkoista. Nauhoituksen katkaiseminen on haastateltavalle selvä merkki haastattelun loppumisesta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 26.)

Kaikki haastattelut litteroitiin. Eskolan ja Suorannan (1998, 151) mukaan aineiston purkamiseksi kutsutaan sen siirtämistä esim. nauhoilta paperille. Litterointi taas tarkoittaa esimerkiksi keskusteluanalyyseissa käytettävää, tarkempaa (tauot, intonaatiot) koodausmenettelyä. Haastatteluiden jälkeen keskustelimme keskenämme tunnelmista ja haastatteluissa esille tulleista tärkeistä asioista. Näin analysointia tuli jo tiedonkeruuvaiheessa.

6.2 AINEISTON ANALYYSI

Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä aineisto pyritään tiivistämään kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota; päinvastoin pyritään informaatioarvon kasvattamiseen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 1998, 138.) Laadullisen aineiston analyysitekniikat ovat moninaisia ja sisältävät paljon erilaisia työskentelytapoja. Esimerkiksi haastatteluja tehtäessä analyysi alkaa usein jo itse haastattelutilanteesta. Tutkija tekee haastatellessaan havaintoja ilmiöistä niiden toistuvuuden, jakautumiseen ja erityistapausten perusteella. Laadullisen aineiston analyysi tehdään usein myös ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia. Haastatteluaineistoa voidaan analysoida ainakin kolmella tavalla. Ensinnäkin aineisto voidaan purkaa ja edetä siitä enemmän tai vähemmän tutkijan intuitioon luottaen suoraan analyysiin. Toisessa tavassa aineiston purun jälkeen se koodataan ja siitä edetään analyysiin. Kolmannessa tavassa purkamis- ja koodausvaiheet yhdistetään ja tämän jälkeen siirrytään analyysiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136).

Laadullisen aineiston analyysissä tutkija käyttää päättelyä, joka voi olla induktiivista tai abduktiivista. Me valitsimme tutkimusaineistomme analysointimenetelmäksi induktiivisen sisällön analyysin eli aineistolähtöisen sisällön analyysimenetelmän. Sisällön analyysiä on käytetty paljon hoitotieteellisten tutkimusten tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Sitä pidetään vaativana, mutta käyttökelpoisena analyysimenetelmänä monissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Tämä vaatii kuitenkin tutkijan huolellista ja systemaattista paneutumista aineistoon. Sisällön analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti ja yleisessä muodossa. Dokumentteja analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti ja lopputuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat tai käsitekartta. Myös kategorioiden sisällöt, eli käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa kuvataan. Luokittelun alkuperä voidaan osoittaa suorilla lainauksilla aineistosta, mikä lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. (Kynäs & Vanhanen 1999, 3 – 7, 10 - 11.).

Aineiston analyysissä etenimme Kynäksen ja Vanhasen (1999) esittelemien vaiheiden mukaisesti. Ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella, jolloin tutkimustehtävä ja -ongelma ohjaavat analyysia. Kuuntelimme ja luimme aineistoa aktiivisesti ja avoimesti tarkoituksena jäsen-

tää aineistoa. Seuraavaksi luimme aineistoa aktiivisesti useaan kertaan ja teimme sille kysymyksiä muodostaen näin pohjaa analyysille. Seuraava vaihe oli aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Mts. 3 – 7, 10 - 11.) Liitteessä 4. olemme esittäneet esimerkin analysoinnista, jossa näkyvät alkuperäisilmaisuista muodostetut pelkistetyt ilmaisut ja niistä muodostuneet kategoriat.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

7.1.1 Tyypin 1 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia osastolla toteutetusta omahoidon ohjauksesta

Tietoa tulee runsaasti alkuvaiheessa. Tiedon määrä saatettiin kokea jopa liian suureksi lyhyellä aikavälillä annettuna, mutta haastateltavat eivät olleet valmiita jättämään mitään poiskaan: saatu tieto koettiin yleensä tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Toisaalta osa haastateltavista koki, ettei annettua tietoa ollut riittävästi. Saamaansa tietoa suurin osa haastateltavista piti selkeänä. Joku kuitenkin koki saaneensa tietoa hajanaisesti ja kaipasi jäsentyneempää ohjausta.

”Tietysti aika paljon tietoa kerralla mutta, tota se oli mun mielestä aika selkeätä ja ei mitään turhia asioita, ...se on hyvä, että sitä tulee siinä kohtaa ja sitten ottaa sen mitä sillä hetkellä pystyy ottamaan vastaan,

” ...Sitähän on pakko antaa kerralla paljon, ... tietoo varmasti liian paljon tulee kun nollasta lähetään, nii jos kahessa päivässä tulee kaoheesti nii onhan se liian paljo aena mut eihän sitä voe vähämpääkään antaa, että kaekki mitä siihen kuuluu ja-- sulattelee sitten kotona.”

Ajan antaminen. Haastateltavat pitivät tärkeänä sitä, että hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa heidän kuuntelemiselleen ja ohjaamiselleen. Hoitohenkilökunnan kiire sekä näkyi että ei näkynyt diabeetikoiden kokemuksissa. Haastateltavat kokivat, että hoitohenkilökunta teki parhaansa myös kiireisinä.

”Aina ku tulee mieleen jotain nii sit ne kyllä tajuaa kertoa ja näin mut tuntuu et ne joutuu sääntäilee niinku paikasta paikkaa ja..sit ei kerkee nii ku siihe istahtaa ja oikeen nii ku juttelee niistä asioista.”

”Mä ihmettelin että hyvänen aeka, missä se on(hoitotyön kriisi), ku ei näkyny niitä loppunpalaneita hoetajia ja ympäriinsä juoksentelevia kii-reisiä ihmisiä vaan että kaekki oli sillä lailla loistavasti.”

” .. Järjesti sitten sellaisen tilaisuuden, toisen samanlaisen kanssa, jolla oli todettu kans samaan aikaan, niin se oli semmonen, että mitä nyt voit jutella näin, mutta en mä nyt sillei pysty sanoon että mitä ois pitäny siinä ottaa esille,mutta kyllä hän ainakin yritti.

Insuliinihoidon suunnittelussa huomioitiin hoidettavan elämäntilanne. Haastateltavat kokivat ongelmalliseksi sen, kun he joutuivat tekemään hoitoratkaisuja ilman riittävää pohjatietoa asioista. Positiivisena asiana haastateltavat pitivät nuoren aikuisen elämään hyvin soveltuvien hoitoratkaisujen huomioimista:

” se sillon alakuvaeheessa, kun valitaan pitkäaekasta insuliinia, niin an-nettiin ehkä liian paljon minulle niinku valinnanvaraa, ... vaekka ne tietävät että Lantus ei ehkä minulle oes sopinna, ne anto minun käättää Lantusta.”

”eihän sitä siinä kohtaa vielä kun se oli niin uus juttu, niin osannu ees kysyä kaikkee.”

” ... ne just tarjosi sitä moni pistos hoitoo että se sopi paremmin tällai-sen niin kun nuoren elämään.”

Verensokerin tavoitearvot olivat jääneet ohjauksen alussa monille epäselviksi. Osa haastateltavista kertoi vasta noin vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta päässeensä selville siitä, mitkä olivat toivotut verensokeriarvot. **Mittareiden käytön ohjauksessa** koettiin hyvänä laitteisiin tutustuminen ja käytön opettelu. Toisaalta kaivattiin lisää tietoa erilaisista mittareista.

”Mulle ei ensinnäkkään kerrottu, että yli kahdentoista sokerit ei ole hyviä. Ja näitä hoitosuosituksia ei kauheena kyllä kerrottu”

” Mulle sanottiin, tota, vuosi sitten keväällä, että vasta, niinkö vuoden päästä siitä että, että kahentoista yli ei tarvis mennä.”

”Käytiin läpi minkälaiset koneet sullon aina mukana ja mitenkä päin niitä kannattaa käyttää, ... Sillon alkuun ois ehkä ollu hyvä että ni ois enempi saanu tietoa noista erilaisista verensokerimittareista.”

Hypoglykemia oli tullut tutuksi osalle haastatelluista ohjausmateriaalien kautta. Silti he kokivat hämmennystä ja epätietoisuutta kokiessaan itse ensimmäisen hypoglykemiansa. Epätietoisuus oikeista toimintatavoista aiheutti epävarmuuden lisäksi pelon tunteita.

”Se yöhoitaja oli esimerkiksi semmoinen, että, niinkun mulle tuli yks hypo yöllä, ja sano mulle, että käy hakeen keittiöstä ruokaa, sitten lähti pois. Niin mää vaan, että ei herrajumala, että en mää niinkö yhtään tiiä, että mitä tässä niinkö tehdä. Ja se oli niinkö tosi sillain pelottavaa, että, tuntu että, mie vaan menin keittiöön ja otin sieltä banaanin. En niinkö tiennykää edes miltä hypo tuntuu, siinä vaiheessa. Kyllä mää olin luke-nu siitä kirjasta että, että semmosia tullee, mutta, ei sitä tietenkään tajua ennekun se sattuu omalle kohalle. Että se on justinsa se”.

Ravitsemusohjaus oli haastateltaville ollut pääsääntöisesti positiivinen kokemus ja lisännyt heidän tietoaan ravitsemuksesta. Toisaalta kaivattiin lisää ohjausta ravitsemuksen perusasioissa. Erityisesti kaivattiin lisää tietoa urheiluasuoritusten energiantarpeesta ja tankkaamisesta. Toisaalta haastateltavat totesivat, ettei sellaista tietoa voi saada kuin kokemuksen kautta.

”Minulle tilattiin ruokavalio-ohjeet ja ravitsemusterapeutille ja kaikki – ei, ei mitään jääny puuttumaan.”

”Se oli ihan hyödyllinen se ravitsemusterapeutti.”

” Että jos syö esimerkiksi sokerisia ruokia sillälaila säännöllisesti ni, sillä insuliinilla ei saa kuitenkaan semmosta hoitotasapainoo, mitä niinkö vähempi sokeristuvia tuotteita, tuotteilla. Ni semmosta ohjausta oli liian vähän.”

”...Vaan se menee Siperian kautta elikkä mulla nyt tärkein tieto on tämä ku mää niinku harrastan juoksemista, pitkänmatkan juoksua, niin siinä se energian tankkaus ja kulutus, niitä nyt ei voi kysyä keltään. Että mitä syö ja kuinka usein ja –se vaan menee Siperian kautta. Sen löytää ajan kanssa ite sen mitä tarvii..

Äkillinen sairastuminen on insuliinihoidoissa diabeteksessa vakavasti otettava asia, niinpä sen omahoidon ohjaus on tärkeää. Sairaus on stressi, joka vaikuttaa insuliinin tarpeeseen. Sairauden aikana diabeetikon pitää korjata insuliinin tarvetta lisäinsuliinilla.

”Viime viikonloppuna meni tossa meni kolme päivää 39aste kuumeessa kyllä nii ku oltiin sanottu et verensokerit nousee kuumeessa mut et siis tollasessa tilanteessa sit ei siinä nii ku oikee mitää et pitääks siinä jollakin muulla tavalla reagoida.”

Elämäntapaohjauksen toivottiin olevan mahdollisimman todenmukaista ja kaunistelematonta. Haastateltavat toivoivat, ettei ohjauksessa vähäteltäisi tarvittavia elämäntapamuutoksia. Haastateltavien mielestä olisi hyvä jo heti alussa oppia oikeat menettelytavat, sillä vasta virheiden kautta saatu kokemus oikeista toimintatavoista on haastateltavien mielestä vaikea hyväksyä jälkikäteen. Haastateltavat ilmaisivat tyytyväisyytensä siihen, että heidän yksilöllinen elämäntapansa oli hyvin huomioitu ohjauksessa.

” Joo, oli itseasiassa oli tosi huono juttu, että se.. mulle sanottiin, että, että ei tarvi muuttaa mitään. Ja, ja voit syödä ihan mitä vaan, karkkeja ja kaikkee, ja kuhan vaa aina pistät ja näin.. Ni, se oli siltä kannalta huono, että mä en tajunnu, että mun oikeestikin pitäis vähentää sitä sokeria, koska se vaikuttaa.”

” ...ja just se, että ei tarvi muuttaa elämää, ku kuitenkin pittää. Ni, sitä. Sit se oli tosi vaikea niinkö hyväksyä sitten se, että, että pittää sittekin muuttaa. Ja sen oppi tosi monen virheen kautta.”

” ... Otti huomioon, että mulla on avomies ja asutaan keskustassa, kaikki liikkumiset ja just uimaritaustat ja kaikki, että.”

Ohjauksessa käytetty kirjallinen materiaali koettiin pääsääntöisesti hyödylliseksi. Kirjallisen materiaalin avulla oli mahdollista palata jälkikäteen ohjauksessa käsiteltyihin asioihin. Tarjolla oleva tieto saattoi myös järkyttää vastasairastunutta.

” ... Ilman muuta, koska sen kautta voi palata niihin asioihin aina, ... se on hyvä se diabeteslehti.”

” Mullei oo ku yhen kerran ollu siis huono hetki tämän takia ja se oli sairaalassa ku luvuin neuvoja diabeetikoille niin se tuntu ihan kaoheelta, siis silloin tuntu että nyt minä vanhenin kymmenen vuotta ku luki ne seurannaisvaikutukset mitä niitä voe olla, niin se ol aenut semmonen todella synkkä hetki. Naurua: ei ois pitäny lukea niitä ohjeita ollenkaan! Se oli sokkihoetoa!”

Työpaikkojen diabetesohjaus nousi haastatteluissa esiin: toivottiin muunmuassa diabeetikon työpaikkaa varten laadittua opasvihkosta. Toivottiin myös mahdollisuutta saada diabeteksen hoitoon perehtynyt henkilö vierailemaan työpaikalla:

” Ja sitten, joku kehittäis jonku vihkosen, jossa ois kerrottu asioista, jossa ois just mahdollista niinku työpaikkaa varte, että ei tarvis olla nii laajasti kirjoitettu.”

” Yks hyvä ois ollu, että oisin saanu jonkun hoitohenkilökunnasta puhumaan työpaikalle tästä asiasta. Siellä oli kyllä pikkasen sitä vanhakan-tasta ja sitten kun siellä on semmosia tyyppiä, että kun nuori henkilö puhuu jonku asian niille, ni ne ei usko, ...ehkä se niinkö menis perille paremmin, jos ois joku.

Hoitajien antamaa kannustusta pidettiin tärkeänä elementtinä omahoidon ohjauksessa. Toisaalta kaivattiin myös **vaativampaa otetta** ohjaamisessa: **Potilaan perheen huomioiminen koettiin positiivisena asiana:**

”... mulle se oli sille ihan tärkeä että, ne kuitenkin vastaili niihin kysymyksiä tälle että, sitten myös niin kuin perhe sai olla mukana opettele-massa näitä.”

... niitte hoitajien pittää olla vähän sillälailla niinkö lasta käsitellä, että “ voi että ku oot hyvä, ... se tsemppaa kyllä tosi paljo,

” ...joillakin, niinko mullakin, niin se alkaa lipsumaan siitä, ku aattelee, että ompa ihana hoitohenkilökunta, että nehän hyväksyy sen, että, että mie vähän lepsun, ...että ne sanoo, että” ei se haittaa, että joskus menee näin korkeelle sokerit” , mulla se on huono juttu, ... oisin halunnu, että se hoitohenkilökunta olis niinkö pistäny minut ruotuun siinä vaiheessa, ...että nyt hoiat näin ja tällä lailla, ehkä enemmänki ois voinu tavallaa vähän niinkö pelotellaki minua.”

Osaston yhteystietojen antaminen koettiin tärkeäksi osastolta kotiuduttaessa. Haastateltavat ovat kokeneet erittäin tärkeäksi sen, että heitä rohkaistiin tarvittaessa soittamaan sekä osastolle että diabetespoliklinikalle omahoitoon liittyvissä pulmissa. Erityisesti omahoidon opettelun alkuvaiheessa hoitohenkilökunnan tavoitettavuus ja ammatitaito on ollut monelle tärkeä tuki ja tuonut turvallisuutta. Toisten diabeetikoiden, tuttavien, oman perheen sekä suvun piiristä saatu tieto ja tuki oli monen haastateltavan mielestä ollut merkittävää. Lisätietoa ja tukea oli saatu myös Diabetesliiton sivuilta.

”Just siitä sanottiin, että soitat vaan heti ku tullee kysymyksiä ja.. Ja kylä mie soitinki sillo alussa aktiivisesti.

” Aloin käymää diabetesliiton sivuilla, siellähän on keskustelupalstat. Sieltä sain tosi hyvin apua.”

” Varmasti oisin enempi ollu silleen niinku säkki päässä tai jottain, että.. jos ei ois näitä sukulaisia ollu.”

Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoketjussa saamansa hoidon laatuun ja hoitajien ammattitaito sai haastateltavilta poikkeuksetta tunnustusta ja kiitosta. Erityisesti kommentoitiin kuitenkin terveyskeskuslääkäreiden osaamisen tasoa, sillä se oli aiheuttanut huolta muutamien haastateltavien mielissä:

”Siitä lähtien ku tosta Kyllöstä mentii nii mun mielestä jo ne ambulanssi kuskit oli silleen jo ihan selkeitn ja silleen tosi hyvällä meiningillä...et se oli et nii ku kaikin puolin hoitajista ja kaikist, hyvä fiilis jäi siitä.”

”Mun mielestä ne oli aivan mahtavia tyyppejä ja siis niinku osaavia tyyppejä.”

”... sitä lääkärin asiantuntemusta mikä siellä keskussairaalan puolessa on, niinkun sitä ei välttämättä terveyskeskuksesta löydy, ... hän ei osannu laskea siitä, jos mä kerron, että paljonko mä niinku kerralla suurinpiirtein käytän, tai paljonko mä päivässä käytän. Ni sellasessa tulee semmonen tunne, että hei, hyvänen aika että, eikö hän oikeesti tiedä.”

7.1.2 Tyypin 1 diabetekseen sairastuneen yksilöllisen elämäntilanteen ja voimavarojen huomioiminen ohjauksessa

Erityistilanteiden huomiointi: haastateltavista osan mielestä heidän elämänsä erityistilanteet otettiin hyvin huomioon ja taas toinen puoli oli sitä mieltä, että parannettavaa tällä saralla olisi. Haastateltavista osa olisi toivonut, että heidän elämänsä olisi tutustuttu tarkemmin ja selvitetty esimerkiksi heidän harrastuksiaan. Myös koettiin, että heille annettiin liikaa vastuuta ja valinnanvaraa omaan tietomäärään nähden. Tutkimukseen osallistuvat toivoivat, että otettaisiin tarkemmin selvää ohjattavien elämästä sairaalan ulkopuolella. Koettiin, että jäätin yksin sairaalasta lähdön jälkeen. Ohjauksessa ei myöskään ollut huomioitu potilaan jatkopaikkaa sairaalasta lähdön jälkeen.

”Ne vaan pyysi että kumpaako sää haluat ja minusta oli vaan kivempi että pistetään vaan kerran vuorokauessa ku toesta pistetään kaks kertaa. Mutta minulle oli asia uus, enhän minä voinu millän tietää, ettei Lantus sovi urheilijalle.”

”No jaa, no tuota sanotaanko että ehkä tilanteessa haahuilin ihan pallo hukassa, kyllä siinä olis ehkä voinu olla semmonen henkilö joka ois vähän kyselly että mistä oot kotosin, mitä teet, mitenkä toimit, ja mitä apua ehkä tarvit ja mihinkä tarvit”

” Mun elämäntilanteeseen perehtyminen puuttu osastolla, että ei ollu kerrottu että mihinkä kannattaa ottaa yhteyttä, että mitenkä kannattaa ottaa ne asiat selville ja tälle näin. Ensimmäinen homma oli että mihin mä meen? Ei ollu mitään mihin mä meen. Sit mä menin niinku tuttavilta tuttaville välillä aina yöks, aina eri suuntaan. Elämäntilanne oli menny ihan pääläelleen.”

Haastateltavien keskuudesta nousi myös päinvastaisia tuloksia koskien sekä harrastuksia että elämää sairaalan ulkopuolella. Oltiin myös tyytyväisiä siihen kuinka kattavasti ohjausta tarjottiin ja sai ottaa yhteyttä sairaalaan jälkeensä. Haastateltavien keskuudesta nousi myös esiin, kuinka oli paneuduttu potilaan ikään ja sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Huomioitiin iän mukanaan tuomat arkipäivän haasteet ja päivittäin tapahtuvat asiat.

”Otti huomioon, että mulla on avomies ja asutaan keskustassa, kaikki liikkumiset ja just uimaritaustat ja kaikki, että.. että... Tosi hyvin, ja käytiin läpi kaikki ruokailut ja se oli koko ajan niinkö siinä, että.. Ja sain soitella sille jälkeensä sille vielä. Olin tosi, kyllä tyytyväinen siihen.”

” No, mun mielestä ihan hyvin että, tota ne just tarjosi sitä moni pistos hoito että, se sopi paremmin tällaisen niin kun nuoren elämään ”

” mä en halua välttämättä ruokalassa pistää esimerkiksi, annettiin lupaa pistää jälkeensä päin ja näin että ”

Tutkimuksessa nousi esiin, että **tuki ja tuen tarve** varsinkin sairauden alkuvaiheessa oli tärkeää. Tärkeänä tuen muotona pidettiin sairaudesta annettua tietoa: osa haastateluista koki, että se riitti heille ja eivät kaivanneet muunlaista tukea. Haastateltavien keskuudesta nousi myös esiin vanhempien tärkeys tuen antajana. Koettiin, että ilman heidän apuaan selviytyminen olisi ollut vaikeaa. Haastatteluissa nousi muutenkin esiin tärkeäksi koettu läheisten antama tuki. Myös henkilökunnan antama kannustus koettiin tärkeäksi tukea antavaksi asiaksi, tämä koski myös diabetespoliikkian toimintaa.

”No ihan mikä tässä on niin se riittää, en minä semmosta niinkun, tää ei ole niin kauhea asia että määhän henkistä tukea olen tarvinnut, että kun saa tietoa niin se mulle riittää”

”En minä tarvinna muuta ku tiedollista tukea, en mittään muuta, en minä itkeny hillittömästi viikkoa enkä-enkä tuota ”

”Se jäi siihen semmoseen että jos ei vanhempia ois ollu niin en tiää missä oisin, minä oisin varmaan jossain tuolla katuojassa.”

”sairauden alkuvaiheessa...no sillon mulla onneks nii tota...siinä vaiheessa nii mulla siis tyttöystävä....hoitaja joka siis opiskelee hoitajaks”

”Tosiaan sain kannustusta siihen, että hyvin mennee ja sano “ tosi hyvä ote neulaan ja kaikkea tällälaililla, et..se, se kyllä tsemppas tosi paljo.”

” No siis se on ihan älyttömän tärkeätä...että on sellanen tukiverkko ja mikä mulla nyt on nii tota nii oon nyt käny siellä polilla”

Haastatteluista kävi ilmi **tuen tarpeen yksilöllisyys**. Siinä missä toinen potilas totesi tiedon saannin riittäväksi tueksi toinen kuvasi sairastumisensa sokiksi. **Tuentarpeen tunnistaminen** ei ole aina helppoa kokeneellekaan hoitohenkilökunnalle. Sokkivaiheessa oleva potilas saattaa jäädä jopa tunnistamatta.

”...tää ei ole niin kauhea asia että määhenkistä tukea olen tarvinnut, että kun saa tietoo niin se mulle riittää,”

”... mä olin itekki niin hirveen pihalla sillon,... onhan se vähän semmonen niinku että vieläki ihan pallo hukassa että mitenkä lähtee liikenteeseen...olihan se aika sokki.”

”... minusta saa hirveen helposti semmoisen kuvan, että kaikki on tosi hyvin.”

Sosiaalisen avun tarpeen tunnistaminen osoittautui haastattelujen perusteella haasteelliseksi tehtäväksi hoitohenkilöstölle. Perusteellinen perehtyminen hoidettavan taustoihin ja tämänhetkiseen tilanteeseen on välttämätöntä avun tarpeen kartoittamiseksi. Hoidettavalla saattaa olla yllättävästä elämäntilanteesta johtuvia perustavanlaatuisia sosiaalisia pulmia. Varsinkin nuorten henkilöiden asiointitaidot voivat olla puutteellisia ja tiedot omasta sosiaaliturvastaan vaillinaisia. Yksi haastateltava pohti hoitajan vastuuta sosiaalisen tuen kartoittamisessa.

” Ku ei ollu semmosta peruskaavaa että millä ois kannattanu mennä sinne ees esittelemään asiaansa, ... ei kukaan neuvonu että mihinkä lähetään, ... ei kerrottu että mihinkä kannattaa ottaa yhteyttä, että mitenkä kannattaa ottaa ne asiat selville ja että tee näin..”

:

”...ensimmäinen homma oli että mihin mä meen? Ei ollu mitään mihin mä meen, sit mä menin niinku tuttavilta tuttaville välillä aina yöks, aina eri suuntaan, ...mun elämäntilanteeseen perehtyminen puuttu osastolla, elämäntilanne oli mennyt ihan pääläelleen. Se jäi siihen semmoseen että jos ei vanhempia ois ollu niin en tiä missä oisin, minä oisin varmaan jossain tuolla katuojassa.”

”Jos mä oisin osastolla hoitajana mä haluaisin ainaki tietää että mitenkähän nyt sitten tästä etäänpäin. Että onko sulla kaikki ok? Mihin sää meet? Mistä sä oot tullu tänne? Onko sulla kotia?”

Haastateltavien keskuudesta nousi esiin asia, joka puolsi **omahoitajajärjestelmää**.

Koettiin, että sillä tavalla sai enemmän tukea ja oli itselläkin varmempi olotila. Hoitajan antama tuki koettiin muutenkin erityisen tärkeänä. Osa kaipasi hoitajalta enemmän kuin vain tietoa sairaudesta.

”No, mun mielestä toi omahoitaja juttu on tosi hyvä. Ihmiset on erilaisia, että sitten kun tuntee jonkun tyyppin sieltä ja tietää niinkö... se tietää sut niin kyllä se on paljon helpompaa, nii, lähestyy joo.”

”Ja oikeestaan se on se, se tuki just, just niinkin että “ hei, ei sun elämäns on iha... jatkuu ihan samalla tavalla ku enneki. Sä vaan muistat nämä asiat hoitaa. Ni, mun mielestä se, tuli semmoinen positiivinen kannustus.”

Tärkeistä asioista luopuminen: suurin osa haastateltavista ei kokenut joutuneensa luopumaan mistään erityisen tärkeästä asiasta diabeteksen vuoksi. Monet mainitsivat sen, että elämäntapoja on joutunut korjaamaan terveellisempään suuntaan, mutta sitä ei välttämättä koettu erityisen negatiivisena asiana. Muutamat haastateltavat olivat kuitenkin joutuneet luopumaan jopa ammatistaan tai työpaikastaan sairautensa vuoksi. Diabetespotilaalle eivät sovi työt, joissa ei ole mahdollista esimerkiksi syödä säännöllisesti.

”Ravintola-alasta piti luopua, että kun fysiikka ei kestänyt sitä silloin enää.”

”Pari kertaa lähti taju työpaikalla, kun olin yötöissä”.

Sairastumisen jälkeisistä selviytymiskeinoista yhdeksi tärkeimmistä näytti nousevan oma asenne elämään ja sen mukanaan tuomiin asioihin. Peruspositiivisen elämäntunteen omaavat kokivat tyypin -1 diabetekseen sairastumisen yhtenä elämän mukanaan tuomista haasteista ja yksi haastatelluista näki sen jopa voimaa antavana, kasvatavana kokemuksena.

“Onhan.. se on paljon persoonasta kiinni, että miten, miten pärjää. Että mitä positiivisia asioita löytää siitä.”

”Mua ei ehkä huolestuta yhtään mikään, mua on vaikea saada huolestumaan yhtään mistään, että jos... mulla on sellanen periaate että jos mä kuolen niin mä voin vaikka kuolla ku mä kävelen nuo rappuset alas, mä voin kompastua.”

“Ja totta kai vahvemmaksi, niinkö kaikki varmaa, jos tulee joku.. joku pitkäaikaissairaus, ni kyllä se vahvistaa. Se mikä ei tapa, se vahvistaa. Siis, peruspositiivisella asenteella mie oon aina ollu elämään, että.. että, se ei niinkö.. se on niinkö enemmän tuonu vaan, niinkö positiivista asennetta, että kyllä se tästä, että eihän niinkö... Että vois olla huonommin-kin asiat.”

Muita selviytymiskeinoja näyttivät olevan ratkaisujen ja uusien näkökulmien hakeminen ongelmiin, asioiden realisointi ja huumori. Osa haastateltavista koki perheeltä saadun tuen ja tutun diabeetikon kautta saadun vertaistuen tärkeänä voimavaranaan.

*”Ensin tavallaan niinku nauratti,heh, ett eihän tää oo mitenkään mahdollista,siis tilastollinen mahdottomuus kun suvussa ei oo ketään vaikka mullon satoja sukulaisia ja elintavoissa ei oo mitään muuttamista että eihän se o omahollista, että se oli tavallaan huvittavaa - elämän arpape-
liä.”*

”Sain kyllä perheeltä tukea ja koin sen tosi tärkeeksi!”

”Niin se on siis ihan älyttömän tärkeätä että on semmonen tukiverkko.”

Alkusokki eli sairauden aiheuttaman kriisin kokemus vaihteli haastateltujen kesken niin, että noin puolet haastatelluista kokivat sairastumisen aiheuttaman kriisin kohtalaisena tai he kokivat, ettei sairastuminen aiheuttanut heille kriisiä lainkaan. Toinen puoli haastatelluista koki sairastumisen yhteydessä selkeän kriisin. Diabeteksen ilmeneminen lähipiirissä ja sitä kautta saatu pohjatieto sairaudesta ja sairauden kanssa elämisestä oli kriisin kannalta helpottava tekijä.

” no sanotaan että se alkusokki oli se mun kriisi et.. et sillein et kyllä siinä aluks oli niinku et voi vittu et kylläpä vituttaa ”

” Se oli pieni alku järkytys mutta, tota, mun tädillä on diabetes niin sitten se, ei jotenkin ollut niin iso ”

”Hämmästyin vähän itekki miten äkkiä sitä sopeutu siihen että –ku en minä millonkaan oo sairastanu mitään että — ihan nollasta piti tulla tähän – tähän niin kyllä minä sopeuduin hirmu äkkiä.”

Sairastumisen alkuvaiheessa kriisin kokeneet kuvasivat kyenneensä hankkimaan kaipaamaansa lisätietoa sitten, kun olivat saaneet elämäntilanteensa paremmin hallintaan. Osa haastateltavista kuvasi sopeutuneensa tilanteeseen yllättävänkin nopeasti., heti sairastumisen alkuvaiheessa. Hoidon alussa oli joidenkin haastateltavien mielestä vaikea hyödyntää tarjottua tietoa ja varsinkin sairastumisen alussa ilmeni myös vaikeutta tunnistaa omaa lisätiedon tiedon tarvettaan. Monet haastateltavat kuvasivat tiedon tarpeen kasvaneen heidän saatuaan omaa tilannettaan paremmin hallintaansa.

” Eihän sitä siinä kohtaa vielä kun se oli niin uus juttu, niin osannu ees kysyä kaikkee.”

” Alkuvaiheessa oli vaikea omaksua sitä mitä kerrottiin. Siinä vaiheessa kun sain henkisen ja taloudellisen tilanteen vähän parempaan kuntoon tuli tarve ottaa selvää ja kysellä asioita, ...siinä kuitenkin pikkusen on viel sillein tillintallin että ei nii ku ihan ihan nii ku tota kaikista vastaanottamaisillaan oo ainakaan ihan niitten muutaman ekan päivän aikanana.

”Se tulee vähän se tieto silleen hajanaisesti vähän nii ku et kuka niinku tajuaa mainita asioista..mut se ei oikee oo niinku jäsennelty.”

7.1.3 Tyypin 1 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia omahoidossa selviytymisestä tutkimushetkellä

Tyytyväisyys omahoidon osaamiseen oli vähintään keskivertoa haastateltavien keskuudessa. He perustelivat osaamisen tasoaan sillä, minkälaisia heidän päivittäiset ja pitkäaikaiset verensokeriarvot olivat, sekä sillä, kykenivätkö he arjessa tekemään sitä mitä halusivat, esimerkiksi jatkamaan harrastustaan ja hoitamaan työnsä. Vaikka omahoidossa olisikin ilmennyt pulmakohtia, kukaan ei ilmaissut tyytymättömyyttä omaan osaamiseensa.

”...jos kattoo sieltä kannalta että, mulla ollut sokeriarvot ja muut ihan hyvät niin, kai se on siis mennyt ihan nappiin.”

Hoitotasapainon ylläpito oli joidenkin haastateltavien mielestä vaikeaa ja huono hoitotasapaino saattaa aiheuttaa turvattomuuden tunnetta. **Hypoglykemioiden esiintyminen ja insuliinituntemukset** vaihtelivat haastateltavien keskuudessa laajalti. Kaikki haastateltavat kertoivat kokeneensa jonkinasteisia hypoglykemioita, mutta kaikki eivät olleet tunnistaneet matalasta verensokerista aiheutuvia oireitaan.

”...kyllä se joskus sitte pelottaa niinkö illalla ni käydä nukkumaa ku on yksinäinen mies, ku matalalla ollu verensokeri. Sitten, ainaki sitä tulloo turhan korkeelleki sitte yöksi jätettyä.”

” Minulla ol alussa parempi, se on huonontunu elikkä se hälytysraja ol ennen neljässä, mutta nyt se on puonna jo lähelle kahta, että se niinku, siihen ei voi luottoo.”

”Mullon se huono puoli etä mää en huomaa jos arvot on jotenki huonosti.”

Verensokerin omaseuranta on omahoidon keskeinen työkalu. Mittausten tarve on yksilöllistä ja se määräytyy diabeteksen tyyppin, hoidon ja hoitotilanteiden mukaan.

” Pari-kolmekertaa päivässä. Silloin jos tuntemuksia on, silloin ei tarte mitata, silloin ne on kuitenkin pielessä.”

” Minähän aeka paljon niinku tämmösestä byrokratiasta siirryn niinku mututuntumaan, että niinku silloin ku tuntuu silta että nyt tarvii, mut illalla mä mittaan oikeestaan aena nukkumaan mennessä.”

” Ensimmäinen kolme-neljä kuukautta jokkaisen mittauksen ja jokkaisen syömisen merkkasin, mutta sen jälkeen koko ajan vaa heikentyny ja heikentyny. Ja nyt ku kahtoo viikon taakse päin, ni mie oon merkannu viikoon aamuverensokerin.”

Eräät haastateltavat kuvasivat luopuneensa järjestelmällisestä verensokerin mittaamisesta ja siirtyneensä satunnaisempaan mittaukseen. Satunnaisemmin mittaavat saattoivat kuitenkin säilyttää yhden päivittäin toistuvan mittauksen, esimerkiksi ennen nukkumaan menoa tapahtuvan. He kertoivat seuraavansa enemmän tunnistamiaan tuntemuksia erityisesti matalien verensokeriarvojen kohdalla. Oleellista on mittaustulosten kirjaaminen muistiin, jotta saatua tietoa voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa ja

toteutuksessa. Muistiin merkitseminen ei välttämättä ollut säännöllistä tutkittavien keskuudessa.

Ruokailutottumusten ja elämäntapojen muutoksia oli tullut useimpien kohdalla. Pääsääntöisesti haastateltavat kokivat muutokset positiivisina ja hyvinvointia edistävinä asioina:

”Oon kokenu hyvänä sen, että tuntuu, että elää terveellisemmin”

”...et elämän tapoja on joutunu aika paljon niinku korjaamaan terveellisempään suuntaan.”

”Nyt on tosi hyvä syy liikkua.”

Insuliinihoito on ainoa tapa hoitaa tyypin 1 diabetesta. Korvaushoidolla pyritään jäljittelemään kehon luonnollista insuliinieritystä. Terveen elimistön insuliinin eritysvaihtelee päivittäin mm. kasvu- ja kortisolihormonien vuorovaikutuksesta, liikunnasta ja stressistä johtuen. Myös diabeetikon insuliinin tarve vaihtelee samoista syistä. Tämä näkyy mm. ehkäisytabletteja käyttävien diabeetikoiden arjessa. Koska insuliinipuutosdiabetes on yksilöllinen sairaus, tulee diabeetikon oppia lukemaan omaa diabetestaan ja säätämään insuliinannostustaan tilanteen mukaan. Haastateltaville olivat tuttuja kokemukset ajoittaisista insuliinin tehon vaihteluista ja pääsääntöisesti he kuvasivat osaavansa säätää insuliinannostustaan tarpeen mukaisesti.

” Se on ollut että pikkasen on aena vaHELLU sen insuliinin teho, aena tulloo joku kausi että niinku pitkää piikkiä oon pikkusen vähentäykkjin ja sitte jonku ajan päästä taas vähän lisänny.”

”Kai siinä on vähän vaihtelua aina, varmaan joku flunssakin vaikuttaa ja sitte jotkut ihan tuntemattomat tekijät että tuntuu ettei flunssaakaan mutta niin on pitäny joskus vähän annoksia muuttaa.”

”Ko syön e-pillereitä, niin, niin aina ku on se viikon tauko, niin pittää pistää vähemmä insuliinia. Että se vaikutus on noussu. Ton insuliinin herkkyys vähenee sillon ja, ja pittää pistää enemmän ku syö e-pillereitä.”

Korvaushoidossa pyritään mahdollisimman luonnon mukaiseen insuliinivaikutukseen etsimällä oikea tapauskohtaisesti parhaiten toimiva perusinsuliinilaatu ja –annos sekä täydentämään sitä tarpeenmukaisella annoksella lyhytvaikutteista ateriainsuliinia. Insuliinilaatujen välisillä eroilla saattoi käyttäjän kannalta olla merkittäviä eroja

” Sitte se vaehettiin toeseen ja mä että onko tää mahollistakaan, että oli niinku uusi ihminen: ronttonen laolo niinku rippikoulupojilla.”

Lisätiedon tarve liittyi yleensä fyysisesti vaativaan harrastuksen tai työtehtävän vaatiman energiatankkauksen suunnitteluun ja insuliinihoidon toteutukseen, mutta lisää tietoa kaivattiin ravitsemuksen perusasioistakin. Lisää tietoa kaivattiin myös **pistopaikkojen valinnasta ja ihonhoidosta**. Osa haastateltavista oli havahtunut hoitamaan ihoaan vasta ongelmien ilmaannuttua.

”Hankalinta omahoijon kannalta on, kun tilanteet vaihtelee niin hirveen äkkiä, kerran joka työvuorossa meinaa tuntua siltä että ohhoh, täytyy ottaa jotain ja pitää juomatauko.”

”Energian kulutuksen ennakointi on vaikeaa, vaikka arvot on kohallaan niin silti on elimistössä olo että töttöröö, että johtuuko se diabeteksestä että on tullu semonen perusväsymys vai mikä on tullu?”

” ...että tulee niinkö kroppaan muutoksia, ihomuutoksia, ... Ehkä tämmöisiä, niinkö pikkuseikkoja oisin kaivannu vielä. Ne huomaa sitte kyllä ite. Mutta tuota, ei tavallaan tiä onko ne nomaaleita vai mitä ne on, ...se iho muuttuu, siihen jää jälki tavallaa, että se iho ei niinkö tykkää siitä, että sää pistät koko ajan...sehän tuli mulle niinkö viime kesänä sil-lai sokkina että mie huomasin, että miulla on iho tosi huonossa kunnossa, että tuota, ois sanottu että tulee, niinkö, voi tulla tällasia muutoksia sitte ihoon.”

Diabeetikolla itsellään on keskeinen asema hyvien hoitotulosten saavuttamisessa.

Omahoitoon sopeutumisen ja sitoutumisen ajatellaan vaikuttavan hoitotuloksiin.

Haastateltavamme kuvasivat sitoutumistaan omahoitoonsa kukin omista lähtökohdistaan. Haastateltavat paneutuivat omahoitoon pakon sanelemana, rajoituksiin sopeutuen tai omahoitoaan ajoittain laiminlyöden. Tässä tutkimuksessa todettiin, että vaikka diabeetikko koki olevansa sitoutunut omahoitoonsa, pitkäaikainen verensokeri saattoi ylittää tavoitearvot. Toisaalta haastateltava, jonka omahoito perustui pakkoon, sai pitkäaikaisen verensokerinsa pysymään erinomaisissa lukemissa. Hän kuitenkin koki tarkan ja huolellisen hoidon rajoittavan elämäänsä.

” No se on vähän pakko! Pakko hoitaa. Ei kyllä vois vähempää kiinnostaa, oikeesti, se on niin ärsyttävä tapaus ku ikinä voi olla, mulle varsinkaan,”

”Se rajoittaa ja se pitää hoitaa säännöllisesti.”

”...mie olisin tarvinut semmoisen ravistelun, että nyt otat oikeasti tämän tosissaan.”

Diabeteksen omahoito on vaativaa ja vastuullista, koska diabetes on vakava, pysyvä sairaus. **Onnistunutkin omahoito voi kuormittaa ja alentaa elämänlaatua.**

”...minusta saa hirveen helposti semmoisen kuvan, että kaikki on tosi hyvin.”

”...kyllä mä koko ajan kuitenkin oon hoitanu...mutta vain tulee semmonen tunne, että kun vois niinkö vaan olla eikä mieltä näitä.”

”...mä niinku pyrin sanomaan sen itselleni, sen ajatuksen, että kaikki riippuu kuitenkin siitä, kuinka hyvässä kunnossa minä itse olen.”

”...kun tämä elämä on sellasta kun on, että on myös muuta asiaa, et se ei oo vaan mun omahoito.”

”...no siis se on ihan älyttömän tärkeä, että on sellanen tukiverkko.”

”...sain kyllä perheeltä tukea ja koin sen tosi tärkeeksi!”

Omahoidossa jaksaminen on helpompaa, kun elämässä on sisältöä; sosiaaliset suhteet ja harrastukset auttavat jaksamaan omahoidossa eteenpäin. Monet kokevat läheistensä tuen hyvin tärkeäksi voimavaraksi. Merkittäväksi kuvattiin myös terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu tuki ja tiedon saanti pulmatilanteissa.

Diabeteksen hoidossa tärkeää ovat **säännölliset elämäntavat**. Ylläpitääkseen esimerkiksi säännöllistä ruokailurytmiä, diabetespotilaat joutuvat usein luopumaan erilaisista ennalta suunnittele mattomista asioista. Esimerkiksi matkoja täytyy suunnitella, valmistella ja ennakoida aikaisempaa enemmän, minkä osa haastateltavista koki rajoittavaksi.

”Kyllä se nyt vähän silleen rajoittaa, että ei voi, jos vaikka kaveri esimerkiksi soittaa, että läheppäs huomenna Helsinkiin nähtävyyksiä kattelemaan, niin ei sitä voi ihan tosta vaan – ja jos varsinkin jäähään yöksi, ei sitä voi tolleen lähtee liikenteeseen. Pitäs olla paikat, missä on ja lääkkeet ja kaikki mukana ja ruokahommat valmiina ja tietää.”

Diabetes muokkaa yleensä siihen sairastuneiden elämäntapoja terveellisempään suuntaan. Haastateltavat kokivat, että on hyvä, kun tulee liikuttua enemmän, seurattua ruokavaliota tai elettyä säännöllisemmin. Usein nämä sinänsä positiiviset asiat koettiin kuitenkin sairaudesta johtuvana pakkona. Koska diabetes itsessään koetaan

negatiiviseksi asiaksi, oli haastateltavien selkeästi hieman vaikeaa suoraan myöntää diabeteksen tuoneen positiivisia asioita heidän elämäänsä.

”No en kyllä keksi nyt et olis mitää ihan niin ku hirveen positiivista no ohan kaikki noi niinku muutokset elämäntavassa ni ne on niinku positiivisia siis tietyllä tapaa.”

”Joo, tota.. on totta kai elämäntapoihin kiinnittaa tosi paljon huomioita. Mie oon aina ollu urheilullinen, ja kilpauimarista, ni se ei sillälailla, niinkö.. se liikunta.. se vaan, niinkö, enemmän tavallaan sain siitä intoa ja, siis niinkö, että nyt on tosi hyvä syy liikkua, jos ei aikasemmin ollu niin hyvää syytä, niin nyt tota, todellaki, sitten niinkö lähtee lenkille vaikka senki takia, että jättää pistämisen pois ja lähtee sitte uimaan tai lenkille tai salille että.. että sokerit laskee. Että se on totta kai hyvä. Ja.. ruokailu. Just sokerin jättäminen pois ei oo mikkää huono asia kellekkää, vaikkei ookkaa.. että semmoset ja.. en mie tiä onko se huono vai hyvä asia, että katto ruokailua, mitä syö. Että sen oon kokenu hyvänä sen, että tuntuu, että elää terveellisemmin.”

”...ettei voi enää ihan yhtäkkiä lähteä enää liikenteeseen, mikä nyt vähän harmi onki, että jos tuleeki hyvä idea niin ei voi enää silleen lähteä, vaan pitää olla vähän miettiny etukäteen että mitenkö lähtee ja minne lähtee ja pystyykö lähteen.”

7.1.4 Tyypin 1 diabetesta sairastavien kokemuksia siirtymisestä diabetespoliklinikan asiakkaiksi

Diabeteksen hoito aloitetaan osastojaksolla, minkä jälkeen diabeetikko kotiutuu ja siirtyy diabetespoliklinikan asiakkaaksi. Aluksi kontaktit poliklinikalle ovat tiheimässä, sitten käynnit harvenevat diabeetikon omahoidossa harjaantumisen ja hoitotasapainon kehittymisen mukaan. Diabetespoliklinikka hoitaa myös diabeetikon vuosikontrollit. Siirtymisensä diabetespoliklinikan asiakkaaksi haastateltavat kokivat pääsääntöisesti helpoksi ja haastateltavat kokivat miellyttävänä sen, että poliklinikalla oli jo osastojaksolla tutuksi tullutta henkilökuntaa. Jotkut olisivat mielellään jatkaneet hoitoyhteistyötä osastohenkilökunnan kanssa. Poliklinikan ilmapiirin haastateltavat kokivat positiivisena.

”Se oli kiva ku siellä oli aluks niinku tuttu hoitaja, pääs sen kanssa juttelee.”

”Tietysti olis mukava jos siellä sais samojen ihmisten kanssa jutella, varsinkin jos sattuu oleman näin hyvät hoitajat niin mielellään, tietysti ymmärtää se on käytännön kannalta pikkusen hankala järjestää”.

” Se, mikä kokemus mulla jossakin vaiheessa oli niinkö sairaaloista ja poliklinikoista ja muusta, nii tuolla polilla oli niinkö semmoinen kotonen olo, että ”hei, jos sulla on jotakin, ni tule jopa, tai kysy tai soita tai, kaikkee.”

Siirtymävaiheessa todettiin ongelmia tiedon siirtymisessä osaston ja poliklinikan välillä. Tiedon siirtymisen puutteellisuus herätti haastateltavassa huolta siitä, saako ohjattava kaiken tarpeellisen tiedon, jos ei osaa itse kysyä: Yhden haastateltavan kokemus oli, että ohjauksen tulisi paremmin vastata diabeetikon yksilöllisiin tarpeisiin. Haastateltavat löysivät jonkin verran päällekkäisyyttä osaston ja poliklinikan ohjauksen välillä. Ohjaukseen tuli uutta sisältöä sitä mukaa kun diabeetikko itse voimavaraistui ja ryhtyi itse kyselemään neuvoja omaan hoitoonsa:

” Ohjaukseen tuli uutta siinä mielessä kun ite rupesi olemaan henkisesti paremmassa tilanteessa että osas kysyä asioita että mitä pitää ottaa huomioon missäkin tilanteessa, siinä alko vähän ite ottaan asioista selvää – ja pysty ottaan.”

” Esimerkiks ku vaihoin poliklinikalle, ni just se, että ku ei tiää, että kauan ne on sairastanu, ni ei ne välttämättä ees tienny että, että mitä tietoa tarvita ja saatto tulla toistoa tai saatto jäähä pois jotakin, potilashan ei ite tiää, mitä tietoo se tarvii.

” Siellä voitais jotenki käyä läpi muutakin ku ne perusasiat, eikä vaan ne jotka aina käyää, pitäis kehittää sillä tavalla se niin ku vastais enemmän siihen potilaan tarpeeseen ”

Tiedonsiirron pulman todennut haastateltava ehdotti potilaspapereiden mukaan taulukkoa, johon merkittäisiin sekä osastolla että poliklinikalla annettu ohjaus ja materiaali, siten taulukosta olisi mahdollista tarvittaessa tarkastaa, mitä ohjausta ja tietoa diabeetikko on saanut ja mitä on vielä saamatta.

7.2 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETOA

Kokemukset omahoidon ohjauksesta

Haastateltavat kokivat osastolla saamansa ohjauksen pääsääntöisesti hyvänä. He kokivat hoitajilta saamansa kannustuksen tärkeänä tuen antajana ja olivat kokeneet hyvänä, että kiire ei näkynyt ohjaustilanteissa. Toisaalta osa kaipasi enemmän sokkivaiheen huomiointia, sitä että joku kysyy ”mitä sulle kuuluu?” ja aina potilaan sokkia ei

ollut tunnistettu. Omahoitajajärjestelmä koettiin hyvänä, sillä tuttua hoitajaa on helpompi lähestyä.

Haastateltavien pohjatieto sairaudesta oli otettu huomioon, eikä ohjauksessa oltu käytetty aikaa jo tiedossa olevien asioiden käsittelyyn. Ohjauksessa käytetty kirjallinen materiaali koettiin hyväksi, koska tämän avulla saattoi palata asioihin myöhemminkin.

Erityistilanteet oli otettu hyvin huomioon, toisaalta osa koki, että eivät olleet saaneet riittävästi tietoa, kuinka huomioida omahoidossa esim. raskaan työn tai sairastumisen aiheuttamat vaatimukset. Jotkut haastateltavista kokivat, että olisivat tarvinneet enemmän ja aikaisemmassa vaiheessa tietoa hypoista ja niiden hoidosta. Eräs kertoi kokeneensa ensimmäisen hyponsa ollessaan osastolla ja ainoa tieto mikä hänellä hypon hoidosta oli se mitä hän oli edellisenä päivänä lukenut kirjallisesta ohjausmateriaalista. Lisätietoa kaivattiin myös ihonhoidosta sekä pistospaikkojen valinnasta sekä erilaisista verensokerimittareista ja niiden ominaisuuksista.

Monet haastateltavat kokivat, että heille oli ohjauksessa annettu liikaa vastuuta ja valinnanvaraa omaan tietomäärään nähden mm. insuliinin valinnassa. Osa olisi kaivannut myös vaateliaampaa otetta omahoitoon sitoutumiseksi. Haastateltavat kokivat tärkeäksi, että ohjaus on mahdollisimman todenmukaista ja kaunistelematonta ja ettei ohjauksessa vähätellä tarvittavia elämäntapamuutoksia. Toisaalta hoitajien antama kannustus elämän jatkumisesta ennallaan, tietyistä huomioitavista asioista huolimatta, koettiin positiivisena.

Perheen huomioiminen ohjauksessa koettiin positiivisena asiana. Sosiaaliturvasta olisi kaivattu lisää tietoa. Potilaan taustatietoja ei ollut aina selvitetty osastojakson aikana ja eräs haastateltavista kertoi olleensa kotiuttamishetkellä vailla pysyvää asuntoa ja näin erittäin hankalassa tilanteessa diabeteksen omahoidon kannalta.

Yksilöllisen elämäntilanteen ja voimavarojen huomioiminen ohjauksessa

Ilmeni, että haastateltavien kokemukset elämänmuutosten määrästä ja laadusta vaihtelivat vahvasti. Joku oli selvinnyt hyvin vähäisillä muutoksilla, joku oli puolestaan joutunut vaihtamaan elämäntapansa jopa ammattia myöten. Ruokailutottumusten ja elä-

mäntapojen muutoksia oli tullut useimpien kohdalla. Pääsääntöisesti haastateltavat kokivat muutokset positiivisina ja hyvinvointia edistävinä asioina

Diabeteksen omahoito on vaativaa ja vastuullista, koska diabetes on vakava, pysyvä sairaus. Tutkittavat kokivat diabeteksen omahoidon ajoittain elämää kuormittavana tekijänä. Omahoidossa jaksamista edistivät lähipiirin antama tuki ja sosiaaliset verkostot, harrastukset sekä toisilta diabeetikoilta ja terveydenhuoltohenkilöiltä saatu kannustus ja tilanteen mukainen tiedollinen tuki.

Diabeetikolla itsellään on keskeinen asema hyvien hoitotulosten saavuttamisessa. Omahoitoon sopeutumisen ja sitoutumisen ajatellaan vaikuttavan hoitotuloksiin. Henkilökohtaiset luonteenpiirteet ja kyky löytää itselle toimivia ratkaisumalleja näyttäisivät toimivan sopeutumista helpottavina tekijöinä. Toisaalta tutkimuksessamme löysimme sitoutuneeksi itsensä kuvailevan henkilön, jonka hoitotasapaino oli huono ja haastateltavan, joka mielestään ei ollut sitoutunut, mutta jonka hoitotasapaino oli erinomainen.

Omahoidossa selviytyminen tutkimushetkellä

Tyytyväisyys omahoidon osaamiseen oli haastateltavien keskuudessa vähintään keskivertoa. He perustelivat osaamisen tasoaan sillä, minkälaisia heidän päivittäiset ja pitkäaikaiset verensokeriarvot olivat, sekä sillä, kykenivätkö he arjessa tekemään sitä mitä halusivat, esimerkiksi jatkamaan harrastustaan ja hoitamaan työnsä. Vaikka omahoidossa olisikin ilmennyt pulmakohtia, kukaan ei ilmaissut tyytymättömyyttä omaan osaamiseensa.

Hoitotasapainon ylläpito oli joidenkin haastateltavien mielestä vaikeaa. Kaivattiin lisätietoa sekä ravitsemuksesta ja että hypoglykemioiden ennakoinnista ja hoidosta. Hypoglykemiariski aiheutti turvattomuuden tunnetta ja rajoitti haastateltavien toimintavapautta. Hypoglykemioiden esiintyminen ja insuliinituntemukset vaihtelivat haastateltavien keskuudessa laajalti. Kaikki haastateltavat kertoivat kokeneensa jonkinasteisia hypoglykemioita, mutta kaikki eivät olleet tunnistaneeet matalasta verensokerista aiheutuvia oireita. Haastateltavien päivittäiset verensokerin mittauskerrat vaihtelivat. Insuliinihoidon onnistumista seurattiin myös insuliinituntemusten esiintymisen kautta.

Ilmeni, että kaikki haastateltavat eivät merkinneet säännöllisesti muistiin mittaustuloksiaan.

Diabeetikoille olivat tuttuja insuliinin tehon vaihtelut. Tutkittavat osasivat säätää insuliiniansiaan tarpeen mukaisiksi. Lisätiedon tarvetta liittyi myös fyysisesti vaativaan harrastuksen tai työtehtävän vaatiman energiatankkauksen suunnitteluun ja insuliinihoidon toteutukseen. Osa koki hiilihydraattien laskemisen vaikeaksi. Ihon ja pistosalueiden hoidossa kaivattiin myös lisää tietoa ja ohjausta.

Siirtyminen osastolta diabetespoliklinikan asiakkaaksi

Asiakkaat kokivat siirtymisen osastolta diabetespoliklinikalle kaiken kaikkiaan positiivisena kokemuksena. Ilmapiiri poliklinikalla koettiin hyväksi ja ohjausta tukevaksi. Tyytyväisiä oltiin siihen, että oli sama hoitaja käynyt jo osastolla katsomassa. Esiin nousi myös kehitettävää ohjauksen kannalta. Koettiin, että ohjauksessa tuli päällekkäisyyttä. Poliklinikalla ohjattiin samoja asioita uudelleen, mitä osastolla oli jo kerrottu. Toinen kehitettävä asia mikä liittyy edelliseen, oli tiedon kulku. Hoitajat poliklinikalla eivät tieneet mitä ohjausta asiakas oli saanut osastolla. Ehdotettiin jonkinlaista seuranta-kaavaketta jolla voitaisiin seurata ohjauksen etenemistä ja ohjattuja asioita.

8 POHDINTA

8.1 OPINNÄYTETYÖN EETTISET NÄKÖKOHDAT

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan tarkoituksena on tavallisesti tavoittaa tutkittavien näkökulma, heidän näkemyksensä tutkittavana olevasta ilmiöstä. Tutkimusta tehdessä on noudatettava ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta ja riippumatta tutkimuksen tarkoituksista, ei tutkittavaa tule loukata tai aiheuttaa tutkittavalle vahinkoa. Tutkimuksen tekemisen peruskysymyksiä ovat: mitä hyötyä tai haittaa tutkittaville tutkimuksesta on, miten heidän yksityisyytensä ja tutkimuksen luottamuksellisuus turvataan ja miten ollaan johdattamatta tutkittavia harhaan. (Eskola J., Suoranta J. 1996, 9 – 12; Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. s. 68)

Lähetekirjeessä kerromme asiakkaille tutkimuksemme tarkoituksesta, tutkimusmene-

telmistä, tulosten käyttötarkoituksesta sekä tutkimusten anonymitteettisuojasta. Kirjeessä käy ilmi mm. vastaamisen vapaaehtoisuus ja se, ettei vastaaminen tai vastaa-matta jättäminen vaikuta millään tavalla heidän hoitoonsa poliklinikalla. Kerromme myös että vastaukset, tutkimukseen osallistuvien nimet tai henkilötiedot eivät tule haastatteluun valinnan jälkeen muiden kuin tutkijoiden tietoon. Kerromme myös, että Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on myöntänyt luvan tutkimuksen tekemiselle. Tutkimukseen liittyvien tietojen käsittelyssä sekä tietoja julkistettaessa on ehdottoman tärkeää pitää huolta luottamuksellisuuden säilyttämisestä sekä anonymitteetista. (Eskola, Suoranta 1998, 57.)

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastateltujen henkilöllisyys ei tullut tässäkään yhteydessä ulkopuolisten tietoon, sillä tässä vaiheessa haastateltavien nimet jäivät pois käytöstä ja haastattelutulokset merkittiin juoksevilla numeroinnilla. Valmis tutkimusraportti tulee Keski-Suomen keskussairaalan sisätautiosasto 11:n käyttöön. Raportti laaditaan niin että, tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule esiin.

8.2 TULOSTEN LUOTETTAVUUDESTA

Tutkimuksesta saatavien tulosten luotettavuuteen on pyritty vaikuttamaan tutkimuksen teon kaikissa vaiheissa. Tutkittavan ilmiön taustalle on kerätty monipuolinen lähdeaineisto ja teoriapohja. Tulosten luotettavuutta voidaan parantaa myös pyrkimällä toteuttamaan koko tutkimusprosessi mahdollisimman johdonmukaisesti ja vertaamalla tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin. Viime kädessä tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen on kuitenkin lukijan arvioitavissa. Siksi on tärkeää kuvata tutkimuksen teko, tutkimusympäristö sekä tutkijan oma rooli aineistonkeruussa mahdollisimman yksityiskohtaisesti tutkimuksen raportissa (Tamminen 1993, 90; Hirsjärvi & Hurme 2000)

Tärkeä osa tulosten luotettavuuteen on käytetyillä tutkimusmenetelmillä. Teemahaastatteluissa saatavaan aineistoon vaikuttaa suuresti se, miten haastateltavan ja haastattelijan vuorovaikutus toimii haastattelutilanteessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138). Haastattelijan onkin pyrittävä siihen, ettei hän vaikuta haastateltavan vastauksiin ja mielipiteisiin.

Teemahaastatteluisissa tulosten luotettavuutta voidaan parantaa myös valitsemalla haastateltavat mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja valmistelemalla haastatteluteemat hyvin. Haastattelimme yhteensä kahdeksan henkilöä, joista jokaiselta oli diagnosoitu diabetes vähintään puoli vuotta ja enintään 2 vuotta sitten. Haastattelut toteutettiin maaliskuuhuhtikuun vaihteessa 2008. Meillä oli aluksi vaikeuksia saada riittävästi haastateltavia, minkä vuoksi laajensimme tutkimusjoukkoa koskemaan myös yli vuosi sitten diabetekseen sairastuneet. Haastattelut sujuivat hyvin ja niistä saadun aineiston voidaan todeta olevan riittävän laaja ja vastaavan hyvin tutkimuskysymyksiimme. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastatteluja suoritti yhteensä neljä henkilöä, välillä yksin, välillä pareittain. Useamman henkilön mukana olo tutkimuksen suorittamisessa voi toisaalta olla luotettavuutta heikentävä seikka, jos yhteinen näkemys tutkimuksen suorittamisesta puuttuu. Toisaalta yhteiset keskustelut ovat rikastuttaneet analyysia, tuoneet mukaan uusia näkökulmia ja myös vähentäneet omien asenteiden vaikutusta tulosten tulkintaan.

Laadullisen tutkimuksen analyysissä tutkijan omat näkemykset, kokemukset ja osaaminen vaikuttavat aina jonkin verran tulosten tulkintaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Tulosten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia haastatteluista. Näin on pyritty tuomaan esiin haastateltavien näkökulmaa. Tätä kautta myös lukijalla on mahdollista arvioida tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta.

8.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSET

Koimme työn mielenkiintoisena ja antoisana. Diabetes ja siihen sairastuneiden määrän lisääntyminen on ajankohtainen asia. Diabeteksestä, sekä tyypin 1-, että tyypin 2, voidaan puhua melkein kansansairautena ja sen aiheuttamat kustannukset vievät ison osan terveydenhuollon määrärahoista. Diabetes ja sen aiheuttamat lisäsairaudet voivat myös aiheuttaa suurta inhimillistä kärsimystä. Tämän vuoksi diabeteksen ja sen lisäsairauksien ehkäiseminen on ensiarvoisen tärkeää. Diabeetikon omahoidon ohjaus ja sen onnistuminen vaikuttavat merkittävästi diabeetikon hoitotasapainoon ja sillä ehkäistään diabeteksen aiheuttamia lisäsairauksia. Tutkimuksen tekeminen antoi meille tutkijoille lisää valmiuksia kohdata työssämme diabeetikoita ja toteuttaa heidän hoidonohjaustaan. Saimme paljon mielenkiintoista ja tärkeää tutkimustietoa tätä tutkimusta tehdessämme ja olemme sitä mieltä, että Keski-Suomen keskussairaalan osasto

11 voi hyödyntää saatua tietoa kehittäessään osastollaan toteutettua tyypin 1-diabeetikoiden hoidonohjausta.

Tutkittavien mukaan osastolla tapahtunut ohjaaminen oli ollut asiakaslähtöistä ja tutkittavat kokivat omahoitajajärjestelmän positiivisena asiana. He kertoivat, että tuttuun hoitajaan on helpompi ottaa yhteyttä ja kysyä mieltä askarruttavista asioista. Hypoglykemioiden hoidossa useat tutkittavat kokivat epävarmuutta ja tämä aiheutti jopa pelkoa. Myös erityistilanteiden kuten sairastumisten edellyttämistä muutoksista diabeteksen hoidossa kaivattiin lisätietoa.

Omahoidon osaamiseen ja siihen sitoutumiseen liittyvää tutkimustietoa saimme runsaasti. Kaiken kaikkiaan tutkittavat kokivat omahoidon tasonsa sekä siihen sitoutumisensa hyväksi. Siitä huolimatta hoitotasapainon saavuttaminen oli osalle vaikeaa. Tyypin 1-diabetekseen sairastuneen yksilöllisen elämäntilanteen ja sairastumisen aiheuttaman sokkitilanteen huomioimisesta ohjauksessa saimme tutkimustietoa melko vähän. Tässä yhteydessä mietimmekin, onko muutosvaihemallia huomioitu riittävästi ohjauksessa ja onko sairastumisen potilaalle aiheuttamaa sokkia aina tunnistettu. Toisaalta pohdimme sitä, olisiko haastattelukysymysten tarkemmalla asettelulla voinut vaikuttaa tiedon saantiin. Haastattelukysymyksemme olisi kaiken kaikkiaan pitänyt muokata enemmän tutkimuskysymysten mukaisiksi, sillä emme saaneet kaikkiin tutkimuskysymyksiin riittävästi tietoa.

Alussa laitimamme aikataulusuunnitelma tutkimuksen etenemisen suhteen ei pitänyt, vaan jouduimme muokkaamaan sitä useampaan kertaan tutkijoiden elämäntilanteiden mukaan. Tutkimusryhmässämme oli neljä jäsentä, joten jokaisella oli omaan elämään liittyvät kiireensä ja usein oli vaikea laatia yhteensopivia aikatauluja ja tapaamisia. Tutkimuksemme aikataulu petti myös osaltaan siksi, että emme saaneet aluksi riittävästi haastateltavia. Tutkimuslupamme oli laadittu niin, että emme voineet itse ottaa mahdollisiin haastateltaviin yhteyttä, ennen kuin he olivat itse suostuneet haastateltaviksi. Tähän tarvitsimme työelämän edustajan apua ja meille luvattiinkin, että työelämän edustaja hankkii meille haastateltavat. Koimme kuitenkin, että työelämän edustajilla ei kiireestä johtuen ollut aina riittävästi aikaa meidän ohjaamiseemme.

Muutosvaihemallin tunnistamista, sen huomioon ottamista ja vaikutusta tyypin 1-diabeetikon hoidonohjauksessa voisi tutkia tarkemmin. Tutkittaviltamme nousi hyviä

kehittämisideoita. Eräs haastateltavista ehdotti sellaisen kaavakkeen luomista, josta näkyisi potilaan jo ohjauksessa saama tieto, sekä ne asiat joista potilas ei vielä ollut saanut ohjausta. Tämä selkiyttäisi ohjaamista osastolta poliklinikalle siirtymisvaiheessa. Toinen haastateltava toivoi kehitettävän kirjallista materiaalia: pienimuotoista, diabeteksestä ja sen hoidosta ydinasiat sisältävää opasvihkosta, jonka diabeetikko voisi viedä työpaikalleen ja informoida näin osaltaan työyhteisön jäseniä sairaudestaan. Toiveena oli myös, että tyyppin 1- diabetekseen sairastunut voisi saada jonkun ammattihenkilön kertomaan työpaikalleen sairaudestaan ja sen asettamista vaatimuksista työn suhteen.

LÄHTEET

- Autio, E. 2006. Insuliinin annosteluvälineet ja niiden käyttö. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 94.
- Autio, E. 2006. Insuliinin säilytys ja säilyvyys. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 98 – 99.
- Autio, E. 2006. Näytteenottolaitteet ja lansetit. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 47.
- Autio, E. 2006. Pistosalueet ja insuliinin imeytyminen eri pistosalueilta. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 102 – 103.
- Autio, E. 2006. Verensokerimittareiden liuskat. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 52.
- Autio, E. 2006. Verensokerimittarit. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 48.
- Autio, E. 2006. Verensokerin mittaus omaseurannassa muualta kuin sormenpäältä.. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 53.
- Autio, E. 2006. Verinäytteen ottaminen. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 53.
- Bjälje, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Toverund K.C. 2000. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1. – 2. painos. Printed in Denmark by Stibo Graphic A/S 2002.
- DEHKO - Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000 – 2010. 2000. Julk. Suomen Diabetesliitto ry. ISBN: 952-530-10-9. Tampere: Gummerus Kirjapaino.
- Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. 2000. Viitattu 18.5.2008. Diabetesliitto.
[Http://www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi), Dehko, julkaisut, Dehko 2000-2010 -toimenpideohjelmakirja.
- Diabetesliitto. 2006 Dehko-hankkeet ja palkinnot 2006. Viitattu 22.1.2008.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=731.
- Diabetesliitto. 2006. Diabeetikon omahoidon tukeminen. Viitattu 22.1.2008.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=1485.
- Diabetesliitto. 2003. Omahoidon tukeminen. Omahoidon tukemiseen tähtäviä hankkeita. Raportoitu Dehko-päivillä 2003. Viitattu 22.1.2008.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=736.
- Eskola, J., Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi.

- Eskola J., Suoranta J., 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.
- Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Jyväskylä. Vastapaino
- Grönlund, R. 2006. Liikunnallinen elämäntapainterventio tyypin 2 diabeetikoille. Helsinki ammattikorkeakoulu Stadia. Viitattu 15.2.08.
https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6730/stadia_1164970055_0.pdf?sequence=1
- Heinonen, K. 2006. Liikuntamotivaation moninaisuus. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 166 – 167.
- Heinonen, L. 2006. Diabeetikon syömisen käytännön suunnittelu tyypin 1 diabeteksessä. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 135 – 137.
- Heinonen, L. 2006. Minkälaista ruokaa diabeetikolle suositellaan? Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 110 – 112.
- Heinonen, L. 2006. Tyypin 1 diabetikko ja ylipaino. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 143.
- Himanen, O. 2006. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 36 – 41.
- Hirsjärvi S., Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu; teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Holmia, S., Murtonen I., Myllymäki H., Valtonen K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Ilanne-Parikka, P., 2006. Alkoholien käyttö ja diabetes. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 180 – 181.
- Ilanne-Parikka, P. 2006. Diabeetikon vuosittaiset seuranta tutkimukset. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 72.
- Ilanne-Parikka, P., Autio, E. 2006. Diabeteksen hoidon seuranta. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 54 - 62.
- Ilanne-Parikka, P., 2006. Diabetes ja tupakointi. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 181 – 182.

Ilanne-Parikka, P., 2006. Happomyrkytys eli ketoasidoosi. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 326.

Ilanne-Parikka, P., 2006. Huumeiden käyttö ja diabetes. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 185.

Ilanne-Parikka, P., Autio, E. 2006. Omaseurantatulosten kirjaaminen. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 55.

Ilanne-Parikka, P., Autio, E. 2006. Veren sokerin omaseuranta. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 46.

Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo & Pohjola 2006. Hyvä Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 25.1.08.

<http://www.ppshp.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30988>

Kangas, T. 2002. Diabeetikkojen terveystyöt ja niiden kustannukset. Helsinkiläisten diabeetikkojen verrokkikontrolloitu poikkileikkaustutkimus. KEELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 67. Jyväskylä: Gummerus.

Kangas, T. 2006. Hypoglykemian hoito. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 320.

Kangas, T. 2006. Insuliinin annostelu vuorotyössä. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 298 - 301.

Kangas, T. 2006. Insuliinihoidon yksilöllisyys. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 227.

Kangas, T. 2006. Insuliinin korvaushoidon perusteet. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 222 - 224.

Kangas, T. 2006. Insuliinisokin hoito. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 325.

Kangas, T. 2006. Insuliinisokin ja kooman erot. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 325.

Kangas, T. 2006. Liian matala verensokeri ja insuliinisokki. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 314 - 315..

Kangas, T. 2006. Miksi verensokeri ei saisi laskea alle 4 mmol/l? Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 318.

- Kangas, T. 2006. Perus- ja ateriainsuliinien käytön annosteluperiaatteet. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 260
- Kangas, T. 2006. Suhtautuminen hypoglykemiaan. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 323.
- Kangas, T. 2006. Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoidon käytännön perusasiat. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 241 – 241.
- Kangas, T. 2006, Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoito on täydellisen insuliinin puutoksen korvaamista. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 215.
- Kangas, T. 2006. Äkillisesti ilmenneen, mutta pidempään jatkuvan verensokerin epätasapainon korjaaminen. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 301
- Kangas, T. 2006. Tyypin 1 diabeetikon insuliinihoidon käytäntö. Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoidon käytännön perusasiat. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 241- 242.
- Kaprio, E.A., Ilanne-Parikka, P. 2006. Diabeteksen hoidon seuranta. Ketoaineiden mittaamien. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 66 – 67.
- Kemm J., Close A. 1995. Health Promotion. Theory and practice. Palgrave. New York.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveystieteissä. T. Kettunen, 31.
- Knuutila, V. 2002. Muutos on vältämätön. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Viitattu 12.9.2007. [Http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00174](http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00174)
- Krause, K., Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen : teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 1, 3 – 12.
- Lahti, H. 2005. Happomyrkytys vie hengenvaaraan. Erityistilanteissa pitää mitata myös ketoaineet. Diabetes 1 – 2/2005. Viitattu 20.1.2008. http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=805.

Liponen, T., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Marttila, J. 2006. Diabeteksen hoidossa jaksaminen. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 39 - 41.

Marttila, J. 2006. Diabeteksen omahoidon tukiverkostot. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 42 - 43.

Marttila, J. 2006. Meneekö koko elämä uusiksi? Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 28 – 29.

Marttila, J. 2006. Omahoito ja yhteistyö hoidon ammattilaisten kanssa. Diabeteksen omahoito. http://www.terveysportti.fi/pls/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=3222
Mikä on diabetes, 2007. Diabetesliitto. Viitattu 5.3.2007. [Http://www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi), tietoa diabeteksestä, mikä on diabetes.

Mustajoki, P. 2007. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.1.2008.
[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Alhainen%20verensokeri%20\(hypoglykemia\)&p_artikkeli=dlk00757&p_teos=dlk](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Alhainen%20verensokeri%20(hypoglykemia)&p_artikkeli=dlk00757&p_teos=dlk)

Mustajoki, P. 2007a. Diabetes. Viitattu 14.5.2008.
[Http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto), hakusana: diabetes, diabetes (sokeritauti).

Mustajoki, P. 2007b. Diabetes. Viitattu 14.5.2008.
[Http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto), hakusana: diabetes, tyypin 1 diabeteksen hoito.

Mäkeläinen, T. 2006. Diabetesta sairastavan aikuisen kuvaus toivosta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Pro-gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden opettajankoulutus.

Mäkelä K. 1992. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.

Niskanen, L. Liikunnasta elinvoimaa ja terveyttä. Liikunnan ja muun hoidon yhteensovittaminen tyypin 1 diabeteksessä. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto 158 – 160.

Prochaska & DiClemente 1998, 37, 38. Muutos on välttämätön. Filosofinen ja empirinen lähestymistapa päihdeongelmaisen ihmisen muutosvalmiuteen. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Viitattu 12.9.2007.
[Http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00174](http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00174)

Ruusuvuori, J & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. J. Ruusuvuori & L. Tiittula. Tampere: Vastapaino, 22–56.

- Räsänen, J. 2006. Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut. Julkiviestintä Oy:n Suomen Työvalmennusakatemia julkaisuja.
- Rönnemaa, T. 2006, Diabetes ja iho. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 441 – 442.
- Rönnemaa, T. 2006. Diabetes ja suu. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 443 – 444.
- Rönnemaa, T. 2006. Jalkojen omaseuranta. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 174.
- Rönnemaa, T. 2006. Jalkojen päivittäinen hoito ja kynsien leikkaaminen. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 174 – 175.
- Rönnemaa, T. 2006. Jatkuva verensokerimittaus. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 62 – 66.
- Rönnemaa, T. 2006. Kenkien ja sukkiain valinta Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 175 – 177.
- Rönnemaa, T. 2006. Kolestroli- ja triglyseridiaineenvaihdunnan häiriöt ja niiden hoito diabeetikoilla. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 414 – 415.
- Rönnemaa, T. 2006. Lievien jalkaongelmien hoito. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 177 – 178.
- Rönnemaa, T. 2006. Miten ja miksi diabeteksen lisäsairauksia voi kehittyä? Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 390 - 391.
- Rönnemaa, T. 2006. MODY -diabetes. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 19.
- Rönnemaa, T., Summanen, P., Tiitinen, A. Diabeteksen vaikutukset elimistössä Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 387 - 389.
- Saraheimo, M. 2006. Diabeteksen oireet. Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 26.
- Saraheimo, M. & Ilanne -Parkkila, P. 2006. Miksi diabetes tuli juuri minulle? Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 20-28.
- Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006. Mitä diabetes on? Teoksessa Diabetes. Toim. P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönnemaa. Hämeenlinna: Karisto, 8-9.

Seppänen, S., Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita Prima.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. University Press: Oulu.

Tamminen, R. 1993. Tiedettä tekemään! Jyväskylä. Atena Kustannus.

Toljamo, M. 1998. Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Väitöskirja. Oulun yliopistollinen sairaala, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, T. Tyynnyttä neuropaattinen kipu. Duodecim. 8/2005
http://www.diabetesjuvenil.com/documentos_html/dj_diabetes_mellitus_tipo_1.asp

Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus. 2005. ISBN 952 – 486 – 003 – 1 (html). Viitattu 27.1.2008. <http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/tyyppi1/luku7.html>. Diabetesliitto. Tietoa diabeteksestä. Hoitosuositukset.

Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyypin diabeetikolle. 2000. Diabetesliiton D-oppaat. Julk. Suomen Diabetesliitto ry. ISBN 952-5301-08-7. Jyväskylä: Gummerus.

Töttö, Pertti. 2000. Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Tampere: Vastapaino.

Valle, T., Tuomilehto, J. 2004. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000 – 2001. Dehko-raportti 2004 : 1. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 12.12.2007.
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=121

Voutilainen, E. Liitännäissairaudet. Helsingin yliopiston avoin yliopisto. Viitattu 7.3.2007. <http://www.avoin.helsinki.fi/materiaalit/ravitsemustiede>, Ravinto ja terveys, Diabetes, liitännäissairaudet.

Vähäsarja, K, Poskiparta, M, Kettunen, T, Kasila, K, 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Viitattu 27.1.08.
http://www.lts.fi/filearc/189_s81-88_Vahasarja.pdf.

LIITTEET

Liite 1 Esittelykirje

Arvoisa diabetespoliklinikan asiakas.

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön loppuvaiheen aikuisopiskelijoita ja teemme opinnäytetyönämme tutkimuksen Keski-Suomen Keskussairaalan sisätautiosasto 11:llä annettavan tyypin 1 diabeteksen hoidonohjauksen kehittämiseksi. Luvan tutkimuksen tekemiseen on myöntänyt Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Pyydämme teiltä suostumusta haastatteluun. Kysymyksemme koskevat Keskussairaalassa saamanne diabetesohjauksen sisältöä ja laatua sekä kokemuksianne diabeteksen omahoidon onnistumisesta. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja teillä on mahdollisuus peruuttaa osallistumisenne missä tahansa vaiheessa tutkimusta.

Sisätautipoliklinikan diabeteshoitaja Marianne Laukkanen on valinnut teidät tyypin 1 diabetesta sairastavien joukosta. Diabeteshoitaja esittelee teille tämän lähetekirjeen ja mikäli haluatte osallistua tutkimukseen, ottakaa yhteyttä allekirjoittaneisiin, jotta voimme sopia teille mieluisan haastatteluajan ja -paikan. Haastattelu vie aikaa n. kaksi tuntia. Lisätietoja tutkimuksesta voitte halutessanne kysyä allekirjoittaneilta.

Keräämme tutkittavan aineiston yksilöhaastatteluilla, jotka nauhoitetaan. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti, henkilökohtaiset vastauksenne eivät tule muiden kuin haastattelijoiden tietoon. Analysoinnin jälkeen haastattelunauhut tuhotaan. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyön raportissamme keväällä 2008.

Tutkimuksemme ohjaavina toimivat hoitotyön lehtori Irene Latva, irene.latva@jamk.fi, puh. 0400-989449 sekä hoitotyön lehtori Irmeli Matilainen, irmeli.matilainen@jamk.fi, puh. 0400-976756

Henkilökohtainen kokemuksenne omahoidon onnistumisesta ja saamastanne ohjauksesta on tutkimuksemme onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Toivomme yhteistyötä kanssanne!

Ystävällisin terveisin: Markus Kivinen puh. 044 323 9966, Jaana Kortelahti puh. 050 572 4712, Sannaraisa Moilanen puh. 045 651 7799, Maribel Solis Bote puh. 040 528 4569

Liite 2 Haastattelukysymykset**HAASTATTELUKYSYMYKSET TEEMAHAASTATTELUUN:****Miten koette tyypin 1 diabeteksen vaikuttaneen elämäänne?**

Oletteko joutunut luopumaan jostakin teille tärkeästä?

Onko diabeteksen myötä tullut elämäänne jotain uutta ja positiivista?

Miten elämäntilanteenne huomioitiin annetussa ohjauksessa?

Miten sairauden mahdollisesti aiheuttama kriisi huomioitiin ohjauksessa?

Koittako ohjauksen lähtevän teidän tarpeistanne?

Millaiseksi koitte ohjauksen?

Oliko ohjaus mielestänne selkeää ja ymmärrettävää?

Saitteko mielestänne riittävästi tietoa?

Jäikö mikään epäselväksi, ja jos jäi, niin mistä ja miten saitte tarvitsemanne tiedon?

Millaisena koitte siirtymisen osastolta diabetespoliklinikan asiakkaaksi?

Muuttuiko hoidonohjaus jotenkin siirtyessänne osastolta diabetespoliklinikan puolelle?

Millaista omahoidon omaksuminen on mielestänne ollut?

Tuntuuko jokin omahoidon osa-alue hankalalta tai vaikealta?

Millaisena koette omahoidon osaamiseenne?

Millaisena koette omahoitoon sitoutumiseen?

Millaisia ovat päivittäiset ja pitkäaikaiset verensokeriarvonne?

Millaisena koette tuen merkityksen omahoidon onnistumiselle?

Minkälaista tukea tarvitsitte sairauden alkuvaiheessa?

Saitteko tarvitsemaanne tukea osastolla tapahtuneessa ohjauksessa?

Minkälaisissa asioissa haluaisitte lisää tietoa tai tukea?

Liite 3. Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS 1 (3)

Hakijan tiedot	Nimi Kivinen Markus, Kortelahti Jaana, Moilanen Sannaraisa, Solis Bote Maria Isabel	Henkilötunnus	
	Katuosoite Aarontie 3 A as.2.40500 Jyväskylä	Postinumero 40500	Postitoimipaikka Jyväskylä
	Puhelin 050-5724712/Kortelahti	Sähköpostiosoite elunimi.suunnimi.aho@jamt.fi	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö JAMK, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön ko.	Hakijan tehtävä/virka-asema Opiskelijoita	
	Tutkimuksen ohjaaja	Nimi Latva, Irene ja Matilainen Irmeli	Oppiarvo ja ammatti TAM, hoitotyön lehtori
	Toimipaikka ja osoite Keskussairaalan tie 21		
	Puhelin 0400-976756	Sähköpostiosoite irmeli.matilainen@jamt.fi	
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja Keski-Suomen keskussairaala os.11		
	Yhteystiedot Oh Susanna Mäntyniemi		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä 11	Allekirjoitus Janeli Matti	
	<input type="checkbox"/> Puollan tutkimusluvan myöntämistä	<input type="checkbox"/> En puolla tutkimusluvan myöntämistä	
	Perustelut		
	Paikka ja päivämäärä 11	Allekirjoitus	
	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
	Päätäjän nimi Th Jaana Pääntas ja yl Pirkka Kinnunen		
	Paikka ja päivämäärä Jyväskylä 21.2.2018	Allekirjoitus Jaana Pääntas	
	<input type="checkbox"/> esittelijälle <input type="checkbox"/> tutkimusluvan hakijalle	<input type="checkbox"/> tietohallintopäällikölle	
	<input type="checkbox"/> henkilöstöpäällikölle <input type="checkbox"/> opintotoimiston päällikölle		

Liite 4. Analysointikaavio

"Onhan se vähän semmonen niinku että, vieläki ihan pallo hukassa että mitenkä lähtee liikenteeseen.--- Olihan se aika sokki."

Alkusokki

"Just sokerin jättäminen pois ei oo mikkää huono asia kellekkää.. Että sen oon kokenu hyvänä sen, että tuntuu, että elää terveellisemmin."

Tärkeistä asioista luopuminen

Sopeutuminen sairauteen

"Siinä meni semmoset viisi kuukautta ennen ku määhän vaan rupesin ottaan elämästä kiinni sillä että minä vaan tanssin enemmän."

Positiiviset asiat

Selviytymiskeinot

"Mut se puolvuotta meni ihan hukkaan ku käytin väärää lääketettä. Sokeriarvot pysy hyvinä, mutta juoksemisesta ei tullu kerrassa mitää."

Erityistilanteiden huomiointi ohjauksessa

Elämäntilanteen huomiointi

Selviytyminen tyypin diabeteksen omahoidossa osastolla saadun ohjauksen avulla

"No siis se on ihan älyttömän tärkeitä...että on sellanen tukiverkko ja mikä mulla nyt on nii tota nii oon nyt käny siellä polilla"

Tuki ja tuen tarve

"näissä tilanteissa mä niinku pyrin saamaan sen itselleni, sen ajatuksen, että kaikki riippuu kuitenkin siitä, että kuinka hyvässä kunnossa minä itse olen. Ja, se on se ensiarvoisen.."

Omahoitoon sitoutuminen

"Olen oppinut säätelemään varovaisesti pitkävaikutteista insuliinia."

Omahoidon osaaminen

Omahoidon onnistuminen

"Energian kulutuksen ennakointi on vaikeaa."

Potilaan saama ohjaus

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.