

IKÄÄNTYNEET INKERINSUOMALAISET PALUUMUUTTAJAT JA
TYYPIN 2 DIABETEKSEN RISKIEN KARTOITUS
Inkeri-keskuksessa toteutettu terveyttä edistävä ryhmäohjaus

Dmitri Inginen, Inna Homenok ja
Elina Kuznetsova
Opinnäytetyö, kevät 2011
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Inginen, Dmitri, Homenok, Inna & Kuznetsova, Elina. Ikääntyneet inkerinsuomalaiset paluumuuttajat ja tyypin 2 diabeteksen riskien kartoitus. Inkerikeskuksessa toteutettu terveyttä edistävä ryhmäohjaus. Helsinki, kevät 2011. 89 sivua, 8 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Meidän opinnäytetyömme on osa EMEL-projektia.

Opinnäytetyössä on kaksi osaa. Toinen osa on tutkimusraportti ja toinen osa on produktio, joka muodostuu ohjauksesta. Opinnäytetyömme tavoite oli tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ikääntyneillä inkerinsuomalaisilla. Tutkimustehtävänä oli kartoittaa tyypin 2 diabeteksen riskiä ikääntyneillä inkerinsuomalaisilla ja antaa ohjausta. Opinnäytetyössämme on kaksi vaihetta. Ensimmäinen vaihe on sairastumisriskien kartoitus ja toinen vaihe on ohjaus. Toisessa vaiheessa laadittiin ohjaus selvitettyjen riskien mukaan ja sen jälkeen pidettiin kohderyhmälle edistävää ohjausta.

Tutkimusmenetelmä oli sekä kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus että laadullinen eli kvalitatiivinen. Pääosin käytettiin kvantitatiivista tutkimusta, mutta opinnäytetyössämme oli myös laadullisia osia. Tutkimus tehtiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Kohderyhmänä oli ikääntyneet inkerinsuomalaiset.

Opinnäytetyötulosten mukaan riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kohderyhmäläisillä kasvaa iän myötä. Selvittiin, että kohderyhmällä oli seuraavia 2 tyypin diabeteksen riskitekijöitä kuten liikapaino sekä tiedon puutuminen 2 tyypin diabeteksestä. Enemmistöllä oli verenpainetauti ongelmana ja kohonneet kolesteroliarvot. Pidettiin terveyttä edistävää ohjausta kohderyhmälle selvittyjen sairastumisriskien ja toivomusten mukaan. Ohjaus lisäsi oleellisesti kohderyhmän mielenkiintoa ja motivaatiota vaikuttaa omiin elämäntapoihin, jotka ehkäisevät 2 tyypin diabetesta.

Asiasanat: terveyden edistäminen, ryhmäohjaus, inkerinsuomalaiset, paluumuuttajat, tyypin 2 diabetes, produktio

LYHENTEET

BMI – painoindeksi

DM 2 – 2 tyypin diabetes

EMEL-projekti – Venäjänkielisten syrjäytymisvaarassa olevien ikäihmisten parissa tehtävän työn ja palveluiden kehittäminen Virossa ja Suomessa

HDL- kolesteroli (engl. high density lipoprotein)

LDL- kolesteroli (engl. low-density lipoprotein)

M – mies

MBO – metabolinen oireyhtymä

N – nainen

RR – verenpaine

SH – sairaanhoitaja

TED – terveyden edistäminen

WHO – Maailman terveysjärjestö

VS – verensokeri

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
1.1 EMEL-projekti	6
1.2 Produktion tarkoitus	6
1.3 Taustaa produktiona tehtävälle ohjaukselle	7
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA OHJAUS HOITOTYÖSSÄ	9
2.1 Terveyden edistäminen	9
2.2 Ohjaus- ja ryhmäohjaus hoitotyössä	11
3 INKERINSUOMALAISUUDEN TAUSTAA	14
3.1 Inkerinsuomalaisten kulttuuri, historia, maa ja kansan identiteetti	14
3.2 Inkerinsuomalaisten paluumuutto Suomeen	17
3.3 Inkerinsuomalaisväestö ja ikääntyminen	19
4 DIABETES JA TYYPIN 2 DIABETES	21
4.1 Tyypin 2 diabetes ja ikä	22
4.2 Tyypin 2 diabetes ja hyvinvoinnin uhkatekijät	23
4.3 Tyypin 2 diabetes ja verenkierto	25
4.4 Tyypin 2 diabetes ja perinnöllisyys	28
4.5 Tyypin 2 diabetes ja päihteiden käyttö	29
4.6 Tyypin 2 diabeteksen komplikaatiot	30
5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	32
6 PRODUKTION I-VAIHE	36
6.1 Tutkimusmenetelmä	36
6.2 Aineiston keruu	37
6.3 Aineiston analyysi	39
6.4 Tulokset produktion I-vaiheesta	40
6.4.1 Kohderyhmän taustaa	41
6.4.2 Kohderyhmän riskit	42
6.4.3 Kohderyhmän asenne	49

6.4.4 Kohderyhmän toivomukset ja odotukset	50
6.4.5 Yhteenveto tuloksista.....	51
7 PRODUKTION II-VAIHE	52
7.1 Ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi	52
7.2 Ohjauksen palaute	54
7.2.1 Yhteenveto ohjauksen palautteesta.....	57
8 POHDINTA	58
8.1 Eettisyys	58
8.2 Luotettavuus.....	59
8.3 Ohjauksen arviointi.....	61
8.4 Oma ammatillinen kasvu	63
LÄHTEET.....	66
LIITE 1: Opinnäytetyön kokonaisuus 1	72
LIITE 2: Opinnäytetyön kokonaisuus 2	73
LIITE 3: Tutkimuslupa-anomus	74
LIITE 4: Kyselylomake tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskistä	75
LIITE 5: Kutsu-kirje	84
LIITE 6: Kutsu ohjaukseen.....	85
LIITE 7: Kohderyhmän ohjaussuunnitelma (Toinen produktion vaihe).....	86
LIITE 8: Muistilista ikääntyneille ihmisille arkipäivään.....	89

1 JOHDANTO

1.1 EMEL-projekti

Maaliskuussa 2009 käynnistynyt EMEL-projekti (Empowering Socially Excluded Elderly within Russian Minority in Estonia and Finland) kehittää venäjänkielisten vanhusten palveluja, osallisuutta ja hyvinvointia Suomessa ja Virossa. Diakonia-ammattikorkeakoulussa on alkanut EMEL-projekti. EMEL-projektin tarkoituksena on ”venäjänkielisten syrjäytymisvaarassa olevien ikäihmisten parissa tehtävän palveluiden kehittäminen Virossa ja Suomessa”. Kehittämistyötä tehdään Tallinnassa ja pääkaupunkiseudulla. Tallinnan Pedagogisen seminaarin ja Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteistyöprojektin päätavoitteena on lisätä venäjänkieliseen vähemmistöön kuuluvien ikäihmisten osallisuutta ja hyvinvointia.

Aiheemme sopii hyvin tähän projektiin, koska inkerinsuomalaiset ovat maahanmuuttajia ja monella inkerinsuomalaisilla on venäjänkielistä taustaa. Projekti antaa meille hyvän mahdollisuuden muistuttaa ikääntyneille inkerinsuomalaisille, että me muistamme ja hoidamme heitä. Vaikutuksemme tähän prosessiin on antaa lisää iloa ja huomiota sekä tietoa sairaudesta. Olemme hyvin motivoituneet aiheeseen, ja on todella mielenkiintoista osallistua EMEL-projektiin, koska olemme saaneet hyvän mahdollisuuden kehittää monikulttuurisuutta ja ammattitaitoamme valitun aiheen mukaisesti. Olemme itse inkerinsuomalaisia ja tunnemme inkerinsuomalaisen kulttuurin aika hyvin. Toivomme, että inkerinsuomalainen taustamme auttaa meitä ymmärtämään inkerinsuomalaisten tarpeita, haasteita ja odotuksia ohjauksessa.

1.2 Produktion tarkoitus

Tuotekehittely eli produktio on yleensä kertaluontoinen prosessi. Produktion tarkoituksena on tehdä jonkin tuotos tai palvelu tietylle käyttäjäryhmälle. Tuotos voi olla esimerkiksi esitys, kirjallinen ja kuvallinen tuotos sekä opastus. Se voi olla menetelmä tai ohjaus. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33–34.)

Opinnäytetyömme on toteutettu produktiivisena. Produktiivisessämme on kaksi vaihetta. I-vaihe on sairastumisriskien kartoitus puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja II-vaihe on ohjaus. I-vaiheen avulla kartoitamme kohderyhmän tyypin 2 diabeteksen riskiä. II-vaiheessa laaditaan selvitettyjen riskien mukaan ohjaus ja sen jälkeen annetaan kohderyhmälle terveyttä edistävä ryhmäohjaus.

Produktion ohjaus toteutetaan laaditun ohjaussuunnitelman mukaan, jossa on kolme osaa. Ensimmäinen osa on VS- ja RR-mittaaminen. Toinen osa on tiedon antaminen ja liikunnan harjoittelu. Kolmas osa on kohderyhmän loppupalaute puolistrukturoidulla kyselylomakkeella.

Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat ikääntyneet inkerinsuomalaiset. Olemme aktiivisia etsimme itse riskiryhmää ja tarjosimme kohderyhmälle meidän ammattilista apua, tukea ja ohjausta. Ohjauksen jälkeen arvioimme ohjausta ja toteutusta sekä omaa toimintaa siinä prosessissa.

Ohjauksen merkitys koko ajan kasvaa hoitotyössä ja se lisäsi varmuutta toteuttamaan opinnäytetyötä produktiona eli ryhmäohjauksena. Opinnäytetyön keskeinen asia on terveyttä edistävä ryhmäohjaus.

1.3 Taustaa produktiona tehtävälle ohjaukselle

Diabetes on merkittävä kansantauti Suomessa. Tällä hetkellä Suomessa on noin 300 000 diabeetikkoa, joista yli 250 000 sairastaa tyypin 2 diabetesta. (Hoitajat etsivät riskipotilaita 2010, 19.)

Vanhusten määrä lisääntyy ja ihmisten elinikä pitenee. Tämä todennäköisesti lisää myös 2 tyypin diabetesta sairastavien määrää. 2 tyypin diabetekseen sairastuvat ovat myös nuorempia kuin ennen. Tyypin 2 diabetes on vakava kansantauti, joka aiheuttaa monia muita lisäsairauksia ja nostaa kuoleman riskiä. Tyypin 2 diabeteksen lisäsairauksia ovat: sydän- ja verisuonisairauksia, sepelvaltimotaudit, hiusverisuonivaurioita (silmäpohjat, hermot, ja munuaiset).

Diabeteksen hoito on kallista ja moniongelmaista. Oikeaa on ajoissa puutua diabeteksen vaaratekijöihin, kun tilanne on vielä korjattavissa. Monet ihmiset eivät usko eivätkä tiedä, että sairautta voi siirtää tai ehkäistä. Sen takia ihmiset tarvitsevat ohjausta, tukea ja kannustusta elämäntapojen muuttamiseen terveellisempään suuntaan. Monien tutkimuksien mukaan sairaanhoitajan ohjauksen merkitys koko ajan kasvaa ja diabeteksen ehkäisemisessä sairaanhoitajan ohjauksen merkitys on tärkeä.

Suomessa inkerinsuomalaisien määrä on kasvanut vuosi vuodelta 1990-luvulta lähtien. Suomen väestölaskennan mukaan Suomessa asuu noin 30 000 inkerinsuomalaista ja heistä noin 60 % on ikääntyneitä ihmisiä. Paluumuuttajat ovat tilastollisesti iäkkäämpää väkeä kuin muut Venäjältä ja Virossa Suomeen muuttavat. (Saressalo 2000,17.)

Miettisen (1993) mukaan inkerinsuomalaisista on tehty runsaasti viranomaisselvityksiä ja opinnäytetöitä, mutta emme ole löytäneet aiempia tutkimuksia ikääntyneiden inkerinsuomalaisien 2 tyypin diabeteksen riskistä. Reijosen (2002,9) mukaan entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneista maahanmuuttajista aikuisia on tutkittu vähemmän kuin lapsia ja nuoria, joista tutkimukset pääasiassa sijoittuvat päiväkotiin tai kouluun. Takalon (1994) mukaan inkerinsuomalainen tuntee sosiaalisissa tilanteissa kielivaikeuksia ja jäävänsä siten helposti ulkopuoliseksi. Siis inkerinsuomalaisilla Suomessa on erilaisia ongelmia, esimerkiksi suomen kielen kanssa, talouden kanssa ja sopeutumisessa.

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Tässä luvussa kuvataan terveyden edistämistä, ohjaus - ja ryhmäohjausta hoitotyössä.

2.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen tavoitteena on väestön tai yksilön terveyden ylläpitäminen, vahvistaminen ja sairauden ehkäisy, eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisääminen. Terveyden edistämisen prosessissa riskien selvittäminen on tärkeää. (Vertio 1992, 38.) Terveyden edistämisen työssä kaikkien arvojen ja periaatteiden taustalla on ihmisarvon kunnioittaminen (Kähärä 2001, 5).

Terveyden edistämisen tavoitteena on ihmisten hyvän elämänlaadun, riippumattomuuden ja tasa-arvon saavuttaminen sekä sairastavuuden ja vajaakuntoisuuden vähentyminen mahdollisimman tasapuolisesti kaikissa väestöryhmissä. (Kassara, Paloposki & Hietanen 2005, 29.)

Suomessa ikääntyneiden määrä kasvaa ja ikäihmiset tarvitsevat terveystalvuu- ja enemmän kuin nuoremrat ikäluokat. Sairauden ja tapaturmien ehkäisyllä voidaan vaikuttaa merkittävästi ikääntyneiden ihmisten elämänlaatuun. Ikääntyneiden terveyden edistäminen ja voimavarojen vahvistaminen ovat tärkeitä asioita terveystalvuu- ja kehittämisesssä. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 113.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on pitkäaikainen terveystalvuu- ja yhteistyöohjelma, jonka tavoitteena on väestön terveyden edistäminen. Siihen osallistuvat yhteiskunnan eri alueet ja terveydenhuollon yksiköt. Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa on esitetty tavoitteet kuten, ikääntyneiden sairauksien ehkäisyä, voimavarojen ja toimintakykyyn vahvistaminen. (Kassara ym. 2005, 30.)

Terveyden edistäminen on perinteinen terveydenhuoltohenkilöstön tehtävä (Pietilä, Eirola & Vehviläinen-Julkunen 2002, 165). TED ja terveyden ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairauden parantaminen sekä sairauden kärsimysten lievittäminen ovat terveydenhuollon päämääriä (Kyngäs, Kääriäinen & Renfors 2007,17). TED perustuu vuorovaikutukseen asiakkaan ja terveystalon ammattilaisten välillä. Terveyden edistämässä on tärkeä ottaa huomioon ja säilyttää inhimilliset oikeudet riittävään tiedonsaantiin, itsemääräämiseen, yksityisyyteen, nimettömyyteen, luottamuksellisuuteen sekä oikeudenmukaisuuteen ja välttää erilaisia haittoja. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 65.) Ihmisten elintavat, elinympäristö, kulttuuri ja terveystieteet vaikuttavat hyvinvointiin (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 54).

Tyypin 2 diabeteksen nopea lisääntyminen edellyttää sairauden ehkäisyn priorisointia. Ravitsemukseen ja liikuntaohjaukseen tarvitaan voimavaroja. Terveydenhuollossa tarvitaan lisäpanostusta riskihenkilöiden seulontaan ja ohjaukseen. Aikuistyyppin diabeteksen vaaratekijöitä ovat lihavuus ja liian vähäinen liikunta. Myös perinnölliset tekijät vaikuttavat taudin puhkeamiseen, mutta tyypin 2 diabeteksen ilmaantumisesta voidaan ehkäistä tai ainakin siirtää. (Winell & Reunanen 2005, 18.)

On tärkeää ottaa huomioon yksilön ja perheen kulloinenkin kehitys- ja elämäntapa- ja ympäristö sekä kulttuuri tai kulttuurit, joissa yksilö ja perhe elävät. Terveyden edistämisen sisällön ja erilaisten työtapojen tulee sopia aikaamme ja ihmisten yksilöllisiin elämäntapoihin. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 36.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on kansallisen diabetesohjelman päätavoite. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma vastaa omalta osaltaan myös Terveystieteiden 2015-kansanterveysohjelmaa. Terveystieteiden 2015- kansanterveysohjelmassa on esitetty terveyden edistämiseen liittyvät tavoitteet. Maailman terveysjärjestö WHO on kiinnittänyt huomioita diabeteksen yleistymiseen. WHO on luomassa maailmanlaajuista strategiaa, jonka avulla ehkäistään tyypin 2 diabetesta, lihavuutta sekä muita lisääntymässä olevia kansansairauksia liikunnan ja ravitsemuksen keinoin. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman pohjana on tutkimuksien avulla

saatu tieto. Elintapojen korjaaminen voi alentaa diabetesriskiä. Diabeteksen ehkäisyllä voi ehkäistä muita sairauksia ja terveyshaittoja. Elämäntapamuutokset ehkäisevät diabetekseen sairastumisen riskiä tehokkaammin kuin lääkehoito. (Diabetesliitto 2003,3–18.)

2.2 Ohjaus- ja ryhmäohjaus hoitotyössä

Ohjaus hoitotyössä on keskeinen ja tärkeä osa hoitoa. Ohjaus tarkoittaa: opetusta, tiedon antamista, neuvontaa, terveysneuvontaa. Ohjauksen avulla tuetaan asiakasta löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan asiakasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään, hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjausta annetaan hoitotyössä esimerkiksi sairaalassa, perusterveydenhuollon vastaanottotilanteissa, kodeissa, työpaikoilla, kouluissa. Asiakkaalle tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita. (Kyngäs ym. 2007,5.)

Nykykäsityksen mukaan ohjaus puolestaan pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija. Ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. (Kyngäs ym. 2007,25.)

Ryhmäohjaus on yksi taloudellisin sekä tehokkain ohjausmenetelmä terveydenhuollossa. Ryhmäohjauksessa voidaan jakaa tietoa terveydestä, sairauteen liittyvistä yleisistä asioista sekä antaa opetusta ja yleistä ohjausta suuremmalle ryhmälle. Ryhmäohjauksen tavoitteet laaditaan ryhmän tarpeen ja ryhmän tavoitteen mukaan. Ryhmän tavoitteena voivat olla painonhallinta, sairauden ehkäisykeinot ja terveyttä edistävät ohjeet. Ryhmän määritelmä riippuu minkälaisesta, ryhmästä puhutaan ja ryhmän tavoitteista. Ryhmä voi olla harrastus - tai vapaa-ajan ryhmä, ihmissuhderyhmä, terapiaryhmä tai vanhempainryhmä. Ryhmä voi koostua erilaisista joukoista tai kerhoista, jossa ihmiset ovat koottu vain yhtä tilaisuutta varten. (Kyngäs ym. 2007,104–105.)

Ryhmäohjauksen prosessissa sairaanhoitaja arvioi ja tunnistaa ryhmän vuorovaikutuksen, huolehtii laadukkaasta ohjaamisesta ja käyttää omia tietoja ja osaamista ryhmäohjauksessa. Sairanhoitaja selvittää ryhmän fyysiset ja psyykkiset rajat ja sopii niistä ryhmän kanssa. Fyysisiä rajoja voivat olla tila ja aikataulu. Psyykkiset rajat taas määrittelevät sen, millainen toiminta on hyväksyttävää ja millaiset on ryhmän normit. Selkeät rajat vahvistavat ja helpottavat vuorovaikutusta. (Kyngäs ym. 2007, 106–112.)

Kirjallisen ohjeiden jakaminen sekä esineiden demonstraation ohjauksessa antaa asiakkaalle selvän kuvan, kuinka jokin asia tehdään (Kyngäs ym. 2007, 124–128).

Ryhmän taustatekijöihin kuuluvat fyysiset taustatekijät, psyykkiset taustatekijät ja sosiaaliset taustatekijät. Fyysisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila, jotka vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeisiin. Ikääntyneiden ohjauksessa on omat haasteensa, koska heillä saattaa olla esimerkiksi rajallinen näkökyky, fyysisiä rajoitteita tai muistihäiriöitä. Ohjauksen onnistumisen näkökulmasta tärkeää on selvittää taustatekijät ja huomioida niiden mahdolliset vaikutukset ohjaukseen. Tärkein ohjauksen alue on motiivointi. (Kyngäs ym. 2007, 30.)

Ryhmäohjauksen avulla on toisinaan mahdollista saada parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmässä yksilöt ovat yhdessä, erillisinä, mutta tuntevat yhteenkuuluvuutta ja läheisyyttä toisiaan kohtaan (Ankuri-Ikonen 1997, 257). Ryhmässä oppimme, kasvamme, vahvistumme ja muutumme. Pienessä ryhmässä on yleensä 8–10 jäsentä ja isoissa ryhmässä on yli 10 ryhmäläistä. (Kaukkila 2008, 11–17.) Ryhmäohjausta annetaan erikoisissa ja eritarkoitusta varten kootuissa ryhmissä (Kyngäs ym. 2007, 104).

Sairastuneelle tarjotaan tietoa ja tukea yhdessä muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Ryhmäohjaukseksi kutsuttu menetelmä on alkanut yleistyä nopeasti esimerkiksi tyyppin 2 diabeetikoiden hoidossa. Tulokset ovat olleet hyviä. Ryhmässä ihmiset huomaavat, että vakavastakin sairaudesta saa puhua pilke silmäkulmassa. (Vehmanen 2009, 30–31.)

Tutkimukset näyttävät, että painonhallinnan ja elintapamuutoksen ohjaukset ovat hyödyllisiä tyypin 2diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden sekä tehokas keino sairauden ehkäisyssä (Alahuhta, Ukkola & Laitinen 2010, 4–8).

3 INKERINSUOMALAISUUDEN TAUSTAA

Tässä luvussa kuvataan inkerinsuomalaisia, inkerinsuomalaisten kulttuuria, historiaa, kansan identiteettiä, Inkerinmaata, inkerinsuomalaisten paluumuuttoa Suomeen ja inkerinsuomalaisväestöä sekä ikääntymistä. Kerrotaan lyhyesti merkittävistä historiallisista momenteista, jotka ovat merkittävästi vaikuttaneet inkerinsuomalaiseen historiaan.

3.1 Inkerinsuomalaisten kulttuuri, historia, maa ja kansan identiteetti

Inkerinmaan nimi (venäjäksi Izora, latinaksi Ingria, ruotsiksi Ingermanland) tulee Inkeriksi, sen jälkeen kun Kiovan ruhtinas Jaroslav nai vuonna 1019 Ruotsin hallitsija Olavi Sylikuninkaan (Skötkonung) tyttären Ingegerdin ja antoi hänelle huomenlahjaksi Staraja Ladogin kaupungin ympäristöineen. (Kirkinen 1991, 40.)

Inkeriksi sanotaan Suomenlahden ja Laatokan järven välistä, Nevajoen molemmilla puolilla sijaitsevaa, noin 15 000 neliökilometriä suurua aluetta (Haltsonen 1969,9).

Suomalaisilla, jotka ovat Suomen alueelta 1600-luvulta lähtien Inkerinmaalle muuttaneita, on suomalainen syntyperä ja entisen Neuvostoliiton alueen kansalaisuuden tausta (Takalo 1994, 2).

Suomalainen Inkerinmaa syntyi 1600-luvun suurvaltapolitiikan tuloksena. Venäjä, Ruotsi ja Puola taistelivat Itämeren alueiden omistuksesta. Ruotsi voitti taistelut ja vuonna 1617 Stolbovan rauhan sopimuksen mukaan valtakuntaan liitettiin Karjalan kannakselta Narvajoelle ulottuva alue, josta muodostettiin Inkerinmaa eli Ingermanland. (Ranta 1991, 103–107.)

1600-luvulla taistelujen takia Inkerinmaan alue oli osittain jäänyt tyhjäksi väestön tuhouduttua sodissa ja siirryttyä pois turvallisemmille alueille. Osa ihmistä

palasi Inkeriin takaisin tilapäisiltä turva-alueilta, mutta merkittävä muuttoliike Inkerinmaalle tapahtui Suomesta. (Saressalo 2000, 12.)

Perinteisinä elinkeinoina Inkerinmaalla olivat maanviljelys ja karjanhoito. Tärkeimpiä viljelyskasveja olivat ruis, kaura, ohra, pellava, peruna ja muut juurekset. Perheessä oli yksi tai useampi hevonen. Myös lehmä oli tärkeä kotieläin. Maaseudun asukkaat veivät maitoa Pietariin ja saivat siitä tuloa. Lisäksi kalastus, metsästys sekä mehiläisten hoito olivat tärkeitä tulonlähteitä inkeriläisille. (Haltsonen 1965,70–82.)

Inkerinmaa ei saanut omaa itsenäisyyttä Pietarin läheisyyden takia. Pietari tarvitsi inkeriläisten palveluksia ja työvoimaa. Inkeriläiset kuljettivat tavaraa ja rah-tia.(Saressalo 2000, 19.) Ahkerasta työstä johtuen ruokaa riitti kaikille (Miettinen 1993, 26).

Suomalaisuus säilyi Inkerinmaalla 1920-luvun loppuun asti. Vuoden 1926 väes-tönlaskennan mukaan Leningradin alueella laskettiin olevan 115 000 inkerin-suomalaista ja 15 000 suomalaista Suomesta. Inkerinsuomalaiset asuivat kylis-sä, joita 1920-luvulla oli 900. Suomen kieli oli inkeriläisillä äidinkieli. Naiset ja lapset pysyivät inkeriläiskylissä ummikkosuomalaisena pitkään 1930-luvulle as-ti. Inkeriläiset säilyttivät oman äidinkieltensä ja tapansa, vaikka he asuivat venä-läisessä ympäristössä. (Haltsonen 1965,70–82.)

Inkerinsuomalaisten vaikeat kokemukset alkoivat Venäjän vuoden 1917 vallan-kumouksen jälkeen. Vuonna 1920 inkerinsuomalaisille myönnettiin kulttuuriau-tonomia, joka takasi ainakin periaatteessa inkeriläisille oikeudet suomen kielen käyttöön aluehallinnoissa sekä kansanopetuksessa. Vuonna 1928 Stalinin aloit-taessa alkoi inkerinsuomalaisten elämä muuttua nopeasti. Samanaikaisesti pantiin alkuun venäläistämistoimenpiteet. (Nevalainen 1991, 254–260.)

1930-luvulla karkotettiin ja pakkosiirrettiin n. 50 000 inkeriläistä Siperiaan. 1930-luvulla inkerinsuomalaiset seurakunnat lakkautettiin, suomenkielinen opetus kiellettiin, suomenkieliset papit ja opettajat karkotettiin tai tapettiin. Tuhannet

inkeriläiset menettivät henkensä nälän, tautien ja teloitusten kautta. (Takalo & Juote 1995, 20–21.)

Talvisota ei vaikuttanut merkittävästi inkerinsuomalaisten elämään mutta, toinen maailman sota koetteli jälleen Inkerinmaata. Inkerinsuomalaiset joutuivat jo muutamien vuosien kuluttua jättämään kotinsa toisen maailmansodan aikana. Sodan aikana Inkerinmaa joutui saksalaisten haltuun. (Miettinen 2004, 135–138.)

Nevalaisen (1991, 268–271) mukaan inkerinsuomalaisten suhtautuminen saksalaisiin ja kokemukset saksalaishallinnosta eroavat. Osa inkerinsuomalaisten väestöstä saivat elää rauhassa. Osa inkerinsuomalaisten väestöstä koki saksalaisen miehityksen aika raskaana. Vuonna 1943 tilanne vaihtui nopeasti, saksalaisten hyökkäykset epäonnistuivat ja saksalaiset perääntyivät. Sen takia saksalaiset päättivät tyhjentää Inkerinmaan.

1943–1944 saksalaiset siirsivät Suomeen 63 200 inkerinsuomalaista. Suomelle tämä merkitsi ennen kaikkea sodan aiheuttaman työvoimapulan korjaamista. Inkerinsuomalaiset kokivat, että Suomessa sosioekonominen taso oli parempi kuin Inkerinmaassa. He sopeutuivat nopeasti Suomeen ja sopeutumista lisäsi inkerinsuomalaisten uskonnollisuus ja suomalaisuuden säilyminen. Vuonna 1944 Suomen ja Neuvostoliiton välirauhansopimuksen mukaan kaikki Neuvostoliiton kansalaiset, jotka olivat siirtyneet Suomeen, pitäisi palauttaa kotimaahan. Vuosina 1944–1947 yli 54 700 inkerinsuomalaista palautettiin Venäjälle. Palauttaminen takaisin Venäjälle oli inkerinsuomalaisille raskas kokemus, koska Inkerinmaa sodan jälkeen oli melkein tyhjä ja heidät kuljetettiin suljetuissa vauvuissa eri puolille Neuvostoliittoa ja Siperiaan. Neuvostoliitto oli tyytyväinen siihen, että valtaosa, noin 87 % väestöä, palasi. (Nevalainen 1991, 271–288.)

Kuoleman ja maastamuuton kautta suomalaisten määrä on vähentynyt ja on nyt koko Venäjällä ja Baltiassa noin 45000–50000 henkeä, joista noin 10 000 asuu Baltiassa, lähinnä Virossa. Suurin osuus heistä on 1920–30-luvuilla syntyneitä, runsaasti myös 50-luvun lapsia, mutta 60-luvulla ja sen jälkeen syntyneitä suomalaisiksi rekisteröityneitä on vähän. Suomea äidinkielenään puhuvien ikään-

tyminen on vieläkin pitemmällä: suomenkielisiä ovat vain vanhukset, nuorten keskuudessa heitä on vain yksittäisiä tapauksia. (Saressalo 2000, 39.)

Suomen kieli on keskeisimpiä inkerinsuomalaisten etnisen identiteetin rakennuspuita (Miettinen 2004, 107–108). Takalon (1994) mukaan inkerinsuomalaiset vanhukset puhuvat suomea ensimmäisenä kielenä. Keski-ikäiset inkerinsuomalaiset puhuvat suomea toisena kielenä. Nuoret inkerinsuomalaiset eivät ole oppineet suomea.

Suomen kielen lisäksi inkerinsuomalaisuuden kuvaan liitetään luterilainen uskonto. Paitsi hengellisissä asioissa kirkko oli aktiivi toimija myös kansanopetuksessa. Näissä toimenpiteissä oli suomenkielinen ja usein suomalainen papisto aktiivisesti mukana. (Saressalo 2000,21–23.)

Uuden kansallistunteen ja kansallisten oikeuksien nostaminen esiin Gorbatšovin aikana 1980-luvun lopulla mahdollisti Inkerin uuden nousun. Inkeriläisiä ryhdyttiin vastaanottamaan Suomeen suomalaisina paluumuuttajina eli heille on palautettu suomalainen identiteetti. Puhuttiin inkeriläisliikkeestä, joka tosin oli historiallisesti osa suomalaisuusliikettä. (Sihvo 1991, 354–355.)

Inkerinsuomalaisilla oli vaikea ja surullinen historia. Heillä oli paljon vaikeita kokemuksia, nälkää, kuolemaa. Mutta he ovat kestäneet sen ja ovat pitäneet oman identiteettinsä. Heidän taustansa tunteminen auttaa meitä ymmärtämään paremmin nimenomaan niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat inkerinsuomalaisten hyvinvointiin.

3.2 Inkerinsuomalaisten paluumuutto Suomeen

Pitkäsen ja Jaakkolan (1997, 9) mukaan inkerinsuomalaisten paluumuutto käynnistyi presidentti Koiviston lausunnosta, että inkeriläisiä voidaan pitää Suomessa paluumuuttajina. Inkerinsuomalaisten hyväksyminen paluumuuttajiksi perustuu Suomen ulkosuomalais- ja paluumuuttopolitiikkaan. Suomen lain-

säädännössä on tunnustettu suomalaista syntyperää olevan ulkomaan kansalaisen oikeus paluumuuttoon.

Sisäasianministeriön sivujen mukaan 1990-luvulta lähtien entisen Neuvostoliiton alueella asuvien inkerinsuomalaisten ja muiden suomalaista syntyperää olevien henkilöiden on ollut mahdollisuus muuttaa erityissäännösten perustella Suomeen. Yhteensä paluumuuttajia on saapunut noin 30 000 lähinnä Venäjältä ja Virosta.

Miettinen (1993) sanoo, että Koivisto omassa lausunnossa puhui inkeriläisistä, jotka ovat kärsineet paljon suomalaisuutensa takia. Paluumuuttoa on pidetty viranomaiskäytännössä ennen muuta työvoimapolitiittisena kysymyksenä. Työvoimapolitiittisena takia Suomessa 1980-luvun lopussa tarvittiin ulkomaalaista työvoimaa ja inkerinsuomalaisten arveltiin suomenkielentaitoisina sopivan tähän tarkoituksen muita ulkomaalaisia paremmin.

Inkerinsuomalaisten Suomeen muuttamista on tutkittu 1990-luvulla niin Virossa kuin Venäjälläkin. Muuttajien joukkoa vetää tänne luonnollisesti parempi elintaso, ja elämisen laatu yleensäkin, sekä mahdollisuus tarjota lapsille hyvä koulutus ja turvallinen elämä. Venäjällä asuvia askarruttaa omien poikien joutuminen sotapalvelukseen, jonka voi välttää maastamuutolla. Myös yleinen epävarmuus lähtöalueilla, etenkin Venäjällä, on muuttopäätöstä jouduttava tekijä. Uhkana koetaan myös rikollisuus, jota ei Suomessa niinkään esiinny. Vetotekijöinä esiintyy myös Suomen tarjoamien mahdollisuuksien tunteminen, vierailut Suomessa jo asuvien sukulaisten tai tuttavien luona ja nuorilla yleensäkin mahdollisuus nähdä maailmaa. Viron venäjänkielisillä muuttohalukkuuksilla lisää heidän tuntemansa syrjäytyminen vironkielisessä yhteiskunnassa. (Saressalo 2000, 46.)

Vuoden 2007 tietojen mukaan Suomeen oli muuttanut 25000 inkeriläistä (Suomeen vielä 3 500 paluumuuttajaperhettä 2007). Nykyään inkerinsuomalaisten paluumuutto-oikeus halutaan poistaa eli Suomen eduskunta sai syksyllä 2010 käsiteltäväkseen lakiesityksen, joka poistaisi seuraavana kesänä, 2011, inkerin-

suomalaisilta erityisen paluumuutto-oikeuden. Jatkossa inkerinsuomalaiset pääsisivät Suomeen työvoimapolitiisin perustein eli töihin. (Tanskanen 2011.)

Suomen Inkeri-liiton näkemyksen mukaan muutto Suomeen on inkerinsuomalaisille parempi ratkaisu kuin jääminen venäläistyvälle Inkerinmaalle, vaikka väestö näin suomalaistuisikin (Saressalo 2000, 54).

Maahanmuutto tuo ihmiselle isoja muutoksia. Erilainen kulttuuri ja asumisympäristö voi vaikeuttaa eri tavoin, ennen kun ihminen tottuu tai kotiutuu uuden maahan. Ylipainon taustalla voi olla erilaisia psykososiaalisia syitä kuten masentuneisuutta ja pitkästymistä. Toiset maahanmuuttajista ovat jo pyöreitä kun tulevat maahan, mutta osa maahanhuutajista alkaa lihoa, kun he asuvat uudessa maassa. Syitä tähän on paljon. Yksi niistä on se, että sokeripitoisten juominen ja makean ruoan helppo saatavuus lisää niiden käyttämistä. Passiivisuus, luonnollisen liikunnan vähäisyys ja liian rasvaisten ruokien käyttäminen lisäävät painoa. Myös välipalojen syöminen aiheuttaa painon nousua. (Partanen 2007, 65–66.)

3.3 Inkerinsuomalaisväestö ja ikääntyminen

Inkerinsuomalaisten kulttuureista ei ollut toistaksi valmiina ja systemaattisia ruokakulttuuria tai ruokatottumuksia, koska vuosien kuluessa heidän ruokata-poihin on vaikuttanut ympäristö, missä he ovat eläneet. Entinen Neuvostoliitto oli monikulttuurinen valtio. Venäläinen ruokakulttuurin voi antaa, jonkun verran käsityksen myös inkeriläisten ruokatavoista ja ruoka – aineiden käytöstä sillä alueella, missä he olivat asuneet. Sen vuoksi ruoat ovat erilaisia, elintarvikkeet ja luonnonantimet vaihtelevat sekä juomat ovat erilaisia. Venäjän alueella asuvilla väestössä on omia suosituksia ruokavalioissa, riippuu alueista. (Partanen 2007, 49–52.)

Vanheneminen on geneettinen prosessi. Vanheneminen koostuu ikään liittyvistä muutoksista, joka eivät ole sairauksia. Ikääntymisen mukana elimistössä tapahtuu biologisia ja fysiologisia muutoksia. Elimistön suoritus-, vastustus- ja sopeu-

tumiskyky heikkenee. Vaurioita tapahtuu solun molekyyliä (Dna:ssa, proteiineissa, lipideissä), jotka liittyvät vanhenemiseen. (Heikkinen & Rantanen 2008, 312–402.)

Suuremmat muutokset ikäihmisellä alkavat fyysisessä suorituskyvyssä. Hapenottokyky pienenee iän mukana. Hapenottokyvyn pieneneminen johtaa fyysisen suorituskyvyn heikkenemiseen, joka näkyy liikuntakyvyttömyytenä, lihastoiminnan heikkenemisenä, liikapainoisuutena ja sokeritaudin puhkeamisena. (Leppäluoto, Kettunen & Lätti 2007, 386.)

Ikääntymisen myötä lihaksistossa tapahtuu monia rakenteellisia muutoksia: lihasmassa vähenee, perusaineen-vaihdunta hidastuu, sidekudoksen ja rasvakudoksen osuus lisääntyy, liikunta vähenee, lihasvoima vähenee ja energiatarve vähenee. Lihasmassan menetys huonontaa lihasvoimaa. Lihasvoima vähenee ikääntymisen myötä. Lihasvoiman väheneminen heijastuu tasopainoon ja kävelykykyyn. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2005, 312–313.)

Saressalon mukaan (2000) Inkerinmaan suomalaisväestö on ikääntyvää. Voidaan todeta, että yli 55-vuotiaita naisia oli vuonna 1989 väestöstä 56 %, 15–54-vuotiaita 39 % ja nuorempia 5 %. Miesten vastaavat luvut olivat 26 %, 67 % ja 7 %. Tämä on vuoden 1989 väestönlaskentatilastosta poimittua tietoa.

4 DIABETES JA TYYPIN 2 DIABETES

Tässä luvussa kuvataan 2 tyypin diabetesta ja yleiset riskitekijät, jotka voivat aiheuttaa 2 tyypin diabetesta.

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille on yhteistä kohonnut veren sokeripitoisuus ja diabeteksen päämuodot ovat tyypin 1 eli nuoruustyyppin diabetes sekä tyypin 2 eli aikuistyyppin diabetes (Ilanne-Parikka & Kangas 2006,7).

Nuoruustyyppin 1 diabetes on autoimmuunitulehduksen puuttuva insuliinieritys ja diabetekseen sairastutaan pääsääntöisesti alle 35-vuotiaana. Diabeteksen oireena on väsymys, jano ja lisääntynyt virtsaamisen tarve. (Saraheimo & Kangas 2006 a, 13.)

Tyypin 2 aikuistyyppin diabetes on sairaus, eli aineenvaihdunnan häiriö. Tyypin 2 diabeteksessa insuliinin teho ja erityis heikentyvät. Sairauden alkuvaiheessa insuliinia erittyy haimasta usein jopa tavallista enemmän, mutta lisääntyneeseen insuliinieritykseen ei riitä pitämään verensokeria normaalilla tasolla. Tavallista on, että insuliinieritys vähitellen vähenee, jolloin diabetekseen liittyvät molemmat verensokeritasoa nostavat tekijät: insuliinin alentunut teho ja vähentynyt erityis. Tyypin 2 diabetes kehittyy yleensä hitaasti ja oireeton kehittyminen (salakavala) kestää noin 10 vuotta sen jälkeen kun se alkoi ja se todetaan usein muita sairauksia tutkittaessa. (Aro, Huhtanen, Ilanne-Parikka & Kokkonen 2007, 8.)

Insuliinin tehottomuus, eli insuliiniresistenssi, ja samanaikainen vaihteleva-asteinen insuliinin erityksen häiriintyminen ovat ominaisia tyypin 2 diabetekselle. Insuliinin vaikutus (teho) on heikentynyt lihaksissa, maksassa ja rasvakudoksessa. Kun insuliinin jarruttava vaikutus maksan sokerintuotantoon vähenee, maksa muuttuu ”sokeritehtaaksi” ja tuottaa yön aikana sekä aterioiden välillä verensokeria epätarkoituksenmukaisesti liikaa. Kun sokeri ei pääse verestä soluihin, verensokeriarvot nousevat. (Saraheimo & Kangas 2006 a, 17.)

Aikuistyyppin diabetekseen sairastutaan usein aikuisässä, 40-ikävuoden jälkeen, ja se yleistyy iän myötä. Tyypin 2 diabeteksen esiintymiseen liittyy lievästi koholla oleva veren sokeripitoisuus, lihavuus, sokerien liikakäyttö ja liikunnan puute. Silloin on syytä muuttaa elintapoja. (Leppäluotto 2007, 351.)

DM 2:n riskiryhmät muodostavat henkilöt, joilla on metabolinen oireyhtymä (MBO). Se tarkoittaa kohonnetta verenpainetta, ylipainoa ja rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriötä. Tämä esiintyy 25–35 prosentilla keski-ikäisistä. (Saraheimo & Kangas 2006 b,20.)

Niin kuin oli mainittu, MBO:ä sairastavilla potilailla on suuri riski sairastua aikuistyyppin diabetekseen (Vauhkonen & Holmström 1998, 364–365). Metabolinen oireyhtymä eli keskivartalolihavuus johtaa moniin aineenvaihdunnan muutoksiin. Tilaan liittyy myös kohonnut verenpaine. (Välimäki, Sane & Dunkel 2000,686.) Siihen liittyy usein myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen (Saraheimo & Kangas 2003, 8).

4.1 Tyypin 2 diabetes ja ikä

Ikääntyminen sinänsä aiheuttaa elimistössä muutoksia ja lisää sairastumisriski. Kyseessä voi olla diabetes, kun korkeat veren rasva-arvot, kohonnut verenpaine, sappivaivat ja kihti. (Ihanainen, Lehto & Lehtovaara 2004, 83–86.)

Ikä lisää verisuonisairauden mahdollisuutta, jolloin ongelmana voi olla verenpainetauti. Verenpaine on syytä mitata vuosittain ja tarpeen mukaan. (Aro ym. 2008, 59.)

Diabeteksen ilmaantuvuus lisääntyy siis iän myötä. Yli 70-vuotiaista noin 20 prosentilla on diabetes. Vasta sairastuneista kaksi kolmasosa on yli 65-vuotiaita. Ikä vaikuttaa verenpaineeseen. (Aro, Huhtanen, Ilanne-Parikka & Kokkonen 2007, 6.)

4.2 Tyypin 2 diabetes ja hyvinvoinnin uhkatekijät

Tässä kappaleessa kuvataan vähäisen liikunnan, lihavuuden ja stressin vaikutuksia 2 tyypin diabeteksen riskiin.

Vähäinen liikunta

Väestön vähäinen liikunta on yhteydessä lihavuuteen ja se on keskeinen syy. Suurin osa ihmisistä liikkuu tavallisen arkielämän mukaisesti. Liikkumista ja kodin työtä helpottavat apuvälineet: liukuportaat, hissit, kaukosäätimet ja kannettavat puhelimet vähentävät liikkumista ja pienentävät päivittäistä energiantarvetta. Ihmisillä, jotka eivät harrasta liikuntaa on suurempi riski saavuttaa ylipainon raja kuin säännöllisesti liikkuvilla. Liikunta kuuluttaa energiaa ja edistää perusaineenvaihduntaa. Yhteys liikunnan vähäisyyden ja diabeteksen sairastumisen välillä on ylipaino. (Fogelholm 2005, 86–87; Göös 2002, 191.)

Lihavuus

Lihavuus on tila, jossa kehoon on varastoitunut normaalia enemmän rasvaa (Vauhkonen & Holmström 1998, 382). Lihavuus on tyypin 2 diabeteksen riskitekijä ja lihavuuteen liittyy muita huomattavia terveysriskejä. Tyypin 2 diabeteksen lisääntymiseen liittyy ylipainoisuus, erityisesti vyötärön seutuun keskittyvä keskivartalolihavuus. (Saraheimo & Kangas 2006 a,17.)

Keski-ikässä lihavuus lisääntyy miehillä ja naisilla. Rasvakudoksen määrä lisääntyy vyötärölle (omena-tyyppi) tai reisiin ja lantiolle (päärinä-tyyppi). Omenatyyppisen lihavuuden lisääntyminen tapahtuu useimmin iän myötä miehillä ja naisilla. Ikäihmisten sairastuminen riski on suuri. Vanhuudessa sairaudet yleistyvät, siksi ikääntyvä ryhmä tarvitsee paljon terveydenhuollon apua. (Sarlio-Lähteenkorva 1998, 109–111.)

Keskivartalolihavuus aiheuttaa sydän- ja verisuonisairauksien sekä aikuistyyppin diabeteksen kehittymistä. Keskivartalolihavuudessa suuri osa liiallisesta rasvasta on kertynyt vatsaonteloon sisälmysten ympärille. Juuri tämä rasva on metabolisesti eli aineenvaihdunnallisesti hyvin aktiivista lisäten lopulta LDL-kolesterolin kerääntymistä valtimoiden seinämiin johtaen ateroskleroosin syntymään. Lisäksi vapaiden rasvahappojen määrä verenkierrossa lisääntyy. Ne kilpailevat lihassoluun pääsystä yhdessä glukoosin kanssa, joka johtaa glukoosin käytön häiriöön ja lopulta sokerinsiedon heikentymiseen ja diabetekseen.

Yleisimmät syyt lihomiseen ovat elämäntapatekijät: runsasrasvainen ruokavalio ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Kuitenkin myös periytyvillä eli geneettisillä tekijöillä on merkitystä lihomiseen tai ainakin alttiuteen lihoa. Rasvat ovat suurin syy lihomiseen. Suurin syy rasvojen lihottavaan vaikutukseen on niiden suuri energiatiheys. Rasvat sisältävät yli kaksi kertaa enemmän energiaa painoyksikköä kohden kuin hiilihydraatit ja proteiinit. (Vauhkonen & Holmström 1998, 382–386.)

Riski lihoa kasvaa iän myötä ja johtuu monista elinympäristön tekijöistä. Elintapojen ja tottumuksen muutoksia voi aiheuttaa painoon nousua. Elämänkaaren eri vaiheissa on tiettyjä tapahtumia, kuten työttömyys ja puolison kuolema, erilaisia elämän kriisiä saattaa muuttua painoa. Hormonaaliset muutokset, eli hormonitasapainon muutokset voi vaikuttaa rasvakudoksen lisääntymiseen. Pitkäaikaisella lääkehoidossa jotkut lääkkeet voi aiheuttaa painon nousua, esimerkiksi psykiatrilääkkeet, steroidit, verenpaineenlääkkeet, antileptit. (Sarlio-Lähteenkorva 1998, 111–112.)

Liikunnan puute, runsas rasvan syönti ja aivan liian helposti sulavat hiilihydraatit ovat kuitenkin aiheuttaneet epidemianomaisen tyyppin 2diabeteksen kehitykseen. Nykyaikana emme syö ainoastaan huonolaatuisia hiilihydraatteja, vaan myös merkittävästi suurempia määriä. Hiilihydraateilla on nykypäivän energiansaannissa epäterveellisen suuri osuus, ja nopeat hiilihydraatit tekevät siitä suuren ongelman. Hiilihydraattien määrä ja laatu vaikuttavat insuliinin eritykseen. Helposti sulavat hiilihydraatit lisäävät kehon rasvaisuutta ja lihomisriskiä, lisäävät diabeteksen ja syövän riskiä, kohottavat veren rasva-arvoja ja lisäävät sydän- ja verenkiertoelimistön sairauden riskiä. Helposti sulavat hiilihydraatit aihe-

uttavat verenpaineen kohoaminen, heikentävät henkistä suorituskkyä ja fyysistä kestävyyttä. (Paulún 2002, 9–10.)

Nopeat hiilihydraatit ovat kemiallisesta rakenteeltaan yksinkertaiset hiilihydraatit. Nopeat hiilihydraatit ovat maito sokeri, glukoosi, tavallinen sokeri. Sokeripitoiset juomat, karkit, vaaleat leivät, riisimurot, makeat leivonnaiset sisältävät nopeat hiilihydraatit. (Heinonen 2009.)

Stressi

Stressi voi vaikuttaa monin tavoin ihmisten terveyteen ja sairauksiin. Stressissä monet ihmiset syövät tavallista enemmän ehkä saadakseen ajatukset ja mielenkiinnon suunnatuksi muualle kuin vallitsevaan elämäntilanteeseen. Stressissä tupakoiminen ja alkoholin käyttö lisääntyy todella usein. Stressi nostaa verenpainetta. Fyysinen passiivisuus ja voimattomuus ilmenevät stressitilanteissa. (Vartiovaara 2004, 70–72.)

Stressireaktiossa vastavaikuttajahormonien, kuten glukagonin, adrenaliinin, noradrenaliinin, kortisolin ja kasvuhormonien, erityis lisääntyy. Ne vaikuttavat maksaan siten, että maksa alkaa tuottaa vereen sokeria. Adrenaliini ja glukagoni myös jarruttavat insuliinineritystä haimassa, jolloin insuliinin jarruvaikutus maksan sokerintuotantoon vähenee. Adrenaliinin ja noradrenaliinin erityis lisääntyy jännityksen, suuttumuksen ja rakastumisenkin seurauksena. Kun stressihormonien kanssa ei samanaikaisesti erity riittävästi insuliinia, se lisää voimakkaasti sokerin erittymistä maksasta. Jos haima erittää vähän insuliinia stressissä, veren sokeripitoisuus nousee merkittävästi. (Kangas 2003, 199–200.)

4.3 Tyypin 2 diabetes ja verenkierto

Tässä kappaleessa kuvataan verenkierrossa tapahtuvia aineenvaihduntahäiriötä ja kohonnutta verenpainetta sekä niiden vaikutusta 2 tyypin diabetekseen.

Sokerin aineenvaihduntahäiriö

Sokeriaineenvaihdunta tarkoittaa sitä, että glukoosi siirtyy insuliinin vaikutuksesta verenkierrosta kudoksiin. Insuliini on hormoni ja sitä tuottaa haima. Hormonituotannon ohella haimalla on tärkeä merkitys ruoansulatuksessa ravintoaineiden pilkkomisessa. Insuliinin tehtävä on huolehtia solujen energiavarastojen täydentämisestä. Insuliinin erityistä jarruttavia tekijöitä ovat glukoosi, aminohapot ja rasvahapot. Insuliini vaikuttaa sokerin, rasvojen ja proteiinien aineenvaihduntaan. Insuliinia tarvitaan siirtämään sokeria energiaksi lihaskudokseen varastoitavaksi, rasvakudokseen ja maksaan. Paaston aikana haima tuottaa pieniä määriä insuliinia verenkiertoon. Aterian jälkeen ruuasta verenkiertoon imeytyneet ravintoaineet vaikuttavat haiman beetasoluihin vapauttamalla insuliinia verenkiertoon. Insuliini muuttaa glukoosin glykokeeniksi ja ohjaa rasva- ja aminohapot soluihin. Typin 2 diabeteksessa haiman insuliinihormonien tuotanto heikentyy. Haima saattaa tuottaa insuliinia, mutta se ei tehoa elimistössä. (Vauhkonen-Holmström 2005, 324.)

Ikäihmisen verensokerin tavoitetaso on sama kuin muillakin eli 5–7 mmol/l ennen aterioita (Aro, Huhtanen, Ilanne-Parikka & Kokkonen 2007, 14).

”Diabetes on energiaa tuottavan ja elämälle välttämättömän sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren sokeripitoisuutena” (Saraheimo & Kangas 2003, 8).

Hyperkolesteroli veressä

Kolesteroli on verenkierrossa oleva rasva-aine, jota tarvitaan solujen rakennusaineeksi. Elimistö muodostaa kolesterolia ja lisäksi ruoassa on kolesterolia. Verenkierrossa kolesteroli liikkuu HDL-kolesterolina ja LDL-kolesterolina. Sairastumiseen vaikuttaa se, kuinka paljon on HDL- ja LDL-kolesterolia. LDL-kolesteroli, kuljettaa kolesterolia verisuonten seinämiin. Verisuonet ahtautuvat ja verenkierto hankaloituu. HDL on hyvänlaatuinen kolesteroli. HDL kuljettaa kolesterolia pois verisuonista. Maksassa kolesteroli poistuu sapen kautta ulosteisiin.

Seerumin rasvojen viitearvot ovat: kokonaiskolesteroli alle 5,0mmol/l, LDL-kolesteroli alle 3,0mmol/l, HDL-kolesteroli yli 1,0mmol/l, Triglyseridit alle 2,0 mmol/l. Liian suuri kolesterolipitoisuus aiheuttaa ongelmia, joita kutsutaan metaboliseksi oireyhtymäksi. (Ihanainen ym. 2004,102–103.)

Rasva-aineenvaihdunnan selvittämiseksi ei riitä yksinään diabeetikon veren kolesterolin määrittäminen. Päinvastoin, kolesterolin kokonaismäärä voi olla lähes normaali, vaikka kyseessä on merkittävä rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Tyypin 2 diabeteksessa on tyypillistä hyvän, verisuonia suojaavan HDL-kolesterolin (hyvä kolesteroli) vähäisyys, veren rasvaisuus eli triglyseridin kohoaminen ja haitallisen LDL-kolesterolin muuntuminen pieneksi ja tiheäksi, verisuoniin hankasti tunkeutuvaksi rasvaksi Rasva-aineenvaihdunnan häiriössä veren triglyseridirasvojen määrä lisääntyy yli 2mmol/l. Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja kohonnut verenpaine eivät useimmiten aiheuta mitään oireita, vaan ne vaurioittavat verisuonia salakavalasti (Ilanne-Parikka 2003 b, 65).

Runsaasti rasvaa sisältävä ruoka lihottaa ja tyydyttynyt, eli kova rasva, kohottaa veren kolesterolia. Tyydyttynyttä rasvaa on eniten rasvaisessa maidossa, juustossa, kermassa, rasvaisessa lihassa, makkarassa, rasvaisessa kahvileivässä, voissa ja rasvaseoksissa. Tyydyttymätön, eli pehmeä rasva, laskee veren kolesterolia. Sitä on runsaimmin kasviöljyssä, kasvimargariinissa ja kalassa. Liiallinen kovan rasvan käyttö on haitallista ja aiheuttaa kohonnutta veren kolesterolipitoisuutta, sydän- ja verisuonisairauksia, eli tyypin 2 diabetesta. (Ihanainen ym. 2004, 44–46.)

Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on Suomessa merkittävä kansanterveysongelma. Kohonnut verenpaine altistaa verenkiertohäiriöille, silmänpohjamuutoksille ja munuaisten vajaatoiminnalle. Vanhuksen verenpaine katsotaan kohonneeksi, jos systolisen paineen keskiarvo on vähintään 150 elohopeamillimetriä tai diastolisen paineen keskiarvo on vähintään 90 elohopeamillimetriä. (Aro ym. 2008, 59.) Systolinen verenpaine nousee yleensä 80. ikävuoteen saakka, kun taas diasto-

linen verenpaine on korkeimmillaan ennen 60. ikävuotta. Systolinen ja diastolisen verenpaineen ero kasvaa iän mukana. (Leppäluoto 2007, 177.)

On tutkittu, että yli 80-vuotiailla verenpaineet voivat olla vähän korkeammilla arvoilla kuin nuorimmilla. Vanhuksilla voi olla voimakas verenpaineen lasku pystytyn noustessa, siksi heillä verenpaine on syytä mitata pystyasennossa. (Saraheimo & Rönnemaa 2006, 344.)

Kohonnut verenpaine on kaksi kertaa yleisempää liikapainoisilla. Kohonneen verenpaineen syitä ovat lihavuus, insuliiniresistenssi ja hyperinsulinemia. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2005, 382–403.)

Pitkäaikaisesti kohonnut verenpaine on terveysongelma ja voi aiheuttaa 2 tyypin diabetesta (Leppäluoto 2007,178).

4.4 Tyypin 2 diabetes ja perinnöllisyys

Tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus. Se esiintyy tyypillisesti suvuihin. Jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes, niin jokaisen lapsen sairastumisriski on noin 40 %. Äidin puolelta perittyinä riski näyttää olevan hieman suurempi kuin isän puolelta tulevana. Jos molemmilla vanhemmilla on tyypin 2 diabetes, lapsen riski sairastua on jopa 70 %. (Saraheimo & Kangas 2006 a, 16–17.)

Jotkut ihmiset ovat geneettisesti alttiimpia kuin toiset. Siihen vaikuttaa perimäfyysinen kunto, lihasvoima, lihassolutyyppi, kehon koostumus, hapenotto- ja ponnistusvoima.

Vanhuudessa perinnöllisyyden merkitys kasvaa 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskinä. On huomattu, että se tapahtuu perimän avulla. Iäkkäillä naisilla puhealueessa noin 70 % eroista voidaan osoittaa perimän avulla. Kävelynopeudessa huomioiduista eroista 20–30 % voidaan osoittaa geneettisillä tekijöillä. Perimän osuus kasvaa iän lisääntyessä.

Elinaikana ihmisten geneettinen koostumus ei muutu. Silloin, kun puututaan kohonneeseen verenpaineeseen ja ylipainon alentamiseen, on muutettava ympäristötekijöiden vaikutusta, esimerkiksi ravintoa ja liikkumista. (Heikkinen & Rantanen 2008, 326–331.)

4.5 Tyypin 2 diabetes ja päihteiden käyttö

Tässä kuvataan alkoholin ja tupakoinnin vaikutuksia 2 tyypin diabetekseen.

Alkoholi

Alkoholijuomat sisältävät runsaasti energiaa ja lisäävät usein myös ruokahalua, joten niiden käyttö voi vaikeuttaa painonhallintaa (Ilanne - Parikka & Ruuskanen 2007,6). Alkoholi imeytyy vereen ja pääasiassa poistuu elimistöstä maksan kautta (Miten alkoholi vaikuttaa 2003,4).

Säännöllinen ja runsas alkoholin käyttö on terveydelle haitallista. Säännöllinen alkoholin käyttö nostaa verenpainetta, nostaa veren triglyseridi-pitoisuutta, vaurioittaa maksaa, lihottaa tai vaikeuttaa painonpudotusta ja aiheuttaa alkoholiriippuvuutta. (Ilanne-Parikka 2003 a, 166–167.) Se voi myös aiheuttaa verensokerin liiallisen laskun, liiallinen alkoholin käyttö voi aiheuttaa haimantulehduksen. Useampi tulehdus tuhoaa haiman ja haima ei enää kykene tuottamaan riittävästi insuliinia ja kehittyy insuliinia vaativa diabetes. (Runsas ja pitkäaikainen käyttö haitaksi terveydelle 2003, 16.)

Tupakointi

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että tupakointi lisää riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Mitä enemmän ja kauemmin tupakoi, sitä suuremmaksi sairauden riski kasvaa. Väestötutkimusten mukaan tupakointi on lisännyt tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiä 20 prosentista 94 prosenttiin. Voi ajatella, että tupakoivat henkilöt elävät muutenkin epäterveellisemmin ja lisääntynyt tyyppin 2 diabetes aiheutuisi muun muassa ylipainosta.

Tupakoinnin määrä lisää tyyppin 2 diabeteksen riskiä. Yli 20 savuketta polttavilla naisilla on enempi riski sairastua 2 tyyppin diabetekseen miehen verrattuna. Tupakoinnin vaikutus on riippumaton painosta, ja tupakointi nostaa 40 prosentilla tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiä. Naiset, joilla BMI on yli 30, riski sairastua on 9-kertainen. Ravitsemuksella ei voi selittää tupakoinnin aiheuttamaa tyyppin 2 diabeteksen lisäriskiä, vaan tupakointi on itsenäinen riskitekijä. Ylipaino ja tupakointi yhdessä näyttävät kumuloivan sairastumisriskiä. (Diabetesliitto 2003, 25.)

4.6 Tyyppin 2 diabeteksen komplikaatiot

Diabeteksen kesto ja huono glukoositasapaino on kasvattanut lisäsairauksien riskiä. Verensokerin ohella on useita altistavia tekijöitä, kuten rasvaaineenvaihdunnan häiriö, kohonnut verenpaine ja hyytymishäiriöt. Tyyppin 2 diabeetikon riski sairastua sepelvaltimotautiin on suuri. Sepelvaltimoissa ahtaumat aiheuttavat rintakipuja (angina pectoris) ja sydäninfarkteja. Kipu johtuu siitä, että sydänlihas ei saa riittävästi verta ja happea ahtautuneiden sepelvaltimoiden kautta. Jos sepelvaltimeen tulee hyytymä, syntyy sydäninfarkti. Joskus oire on rytmihäiriönä tai hengenahdistuksena. (Ojala 2002, 180–181.)

Diabetes aiheuttaa muutoksia silmän verkkokalvolle eli retinopatiaa. Muutokset johtuvat ensisijaisesti hiussuonten seinämien vaurioitumisesta. Alkuvaiheessa todetaan pullistumia ja pieniä verenvuotoja verkkokalvossa. Vähäiset muutokset

eivät vaikuta näkökykyyn. Se on selvä diabeteksen merkki ja on syytä parantaa diabeteksen hoitotasapainoa. (Rönnemaa & Summanen 2006, 390–392.)

Ensimmäinen merkki munuaismuutoksista on valkuaisen erittyminen virtsaan. Tämä muutos on diabeteksen munuaissairaus eli diabeettinen nefropatia. Tyypin 2 diabeteksessa valkuaisaineen erittyminen on tavallista jo taudin toteamishetkellä ja se vain pahenee ajan myötä. Silloin tilannetta kutsutaan munuaisten vajaatoiminnaksi eli uremiaksi. (Rönnemaa & Summanen 2006, 398–399.)

Tyypin 2 diabeetikoilla on suuri riski saada vaikeita alaraajojen haavautumia. Altistavat tekijät ovat ääreishermoston häiriö, heikko valtimoverenkierto ja kudosten ja nivelten jäykistyminen. Lisäksi aina löytyy laukaiseva tekijä, kuten epäsoveltavat jalkineet, lämpö, kylmä tai mekaaninen rasitus. Vamman kohtaan tulee bakteeritulehdus ja muodostuu haavauma. Diabeetikoilla kehittyy joskus neuropatia eli hermovaurio. Hermovaurion oireina ovat levottomat jalat, turvotus, pu-noitus, jalkojen virheasennot ja jalkahaavat. (Mustajoki 2009.)

Diabeetikon korkean verensokerin syynä ovat tulehdukset suussa, hampaissa ja ikenissä, mikä tarkoittaa merkittävää infektiolähde elimistölle. Suun sienitulehdukset, ientulehdukset ja hammastulehdukset ovat yleisempiä kuin muilla potilailla. Kariesta diabeetikoilla on yhtä paljon kuin muillakin. (Ojala 2002, 183–184.)

Diabeetikoilla esiintyy aivoverenkierron häiriöitä enemmän kuin muilla, koska diabeetikoilla on korkea verenpaine ja valtimoiden ahtautumista. Aivoverenkierron häiriöriski johtuu tuntemattomista diabetekseen liittyvistä tekijöistä, joiden takia verenpaine on hyvin korkea, esimerkiksi vaikeasta nefropatiasta. (Rönnemaa & Summanen 2006, 435.)

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tässä luvussa kuvataan aikaisempia tutkimuksia tyypin 2 diabeteksestä. Aikaisempia tutkimuksia tyypin 2 diabeteksestä on tehty paljon suomalaisilla ja kansainvälisillä ryhmillä.

Olga Roudak (2010) käsittelee opinnäytetyössä ”Tiedon merkitys hoitoon sitoutumisessa. Miten tieto vaikuttaa venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien sitoutumiseen tyypin 2 diabeteksen hoitoon?” ikääntyneitä venäjänkielisiä maahanmuuttajia, jotka asuvat tällä hetkellä Suomessa pääkaupunkiseudulla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista tietoa tyypin 2 diabeteksestä ja sairaudesta hoidosta on haastateltavilla venäjänkielisillä tyypin 2 diabetesta sairastuvilla ikääntyvillä ja miten se vaikuttaa sitoutumiseen hoitoon sekä tutkia asiakkaiden näkökulmastaan sitä, mitä he ymmärtävät tiedon sairaudesta, hoidosta ja hoidon merkityksestä.

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Tietoa on kerrattu teemahaastattelulla viideltä tyypin 2 diabetesta sairastavalta venäjänkielisiltä ikääntyneeltä. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Keskeiset tulokset, että tyypin 2 diabetes on perinnöllinen sairaus. Elämäntavoilla on suuri merkitys. Hoito on päivittäinen. Kaikilla sairastavilla tyypin 2 diabetekseen oli tietoa diabeteksestä sekä diabeteksen vaikutuksesta elämään. He tiesivät, että diabetekseen kuuluu sokeritasapainohäiriö. Lisäksi heillä oli tietoa, että ylipaino, vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio lisäävät riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Tieto diabeteksen lisäsairauksista, diabeteshoidosta Suomessa ja tieto hoidon merkityksestä heillä vaihteli tietämättömydestä vähäiseen tietoon. Tieto oli vähän. Osa tiesi diabeteksen tutkimuksista, tutkimustarkoituksista ja kertoi, että tyypin 2 diabeteksen hoitoon kuuluvat verensokerin seuranta kotona ja jalkojen hoito sekä silmätutkimukset. Tiedon merkitys hoitoon sitoutumisessa ihmisillä oli tärkeää. Haastateltavilta tuli esille

toivo, että he haluavat saada tietoa tyypin 2 sairaudesta ja diabeteksen hoidosta Suomessa. Haastattelevilla oli vaikeuksia suomen kielen kanssa. Heidän toivomuksensa oli, että terveydenhuollon työntekijä on samasta kulttuurista ja sama kieltä puhuva. Pitivät äidinkieltä tärkeänä, joka vaikuttaa hoitoon sitoutumisessa. (Roudak 2010, 30–34.)

Tutkimuksessa korostui, että tietoa tyypin 2 diabetesta, diabeteksen hoidosta, vaikutuksesta elimistöön venäjänkielisillä ikääntyneillä on vähän. Kaikilla tarvitsivat enemmän tietoa miten diabetes vaikuttaa ihmisen elämään, vaikka ihmisen vointi on hyvä sekä tietoa lisäsairauksista. Tietoa olisi saada lisää. Tiedon pitäisi olla ymmärtävää, tieto pitäisi olla äidinkielellä ja tietoa pitäisi olla riittävästi. Kaikilla tulisi ymmärrys hoidon merkityksen ja olisivat sitoutuneita hoitoon. (Roudak 2010.)

Nykänen Maija ja Rönmark Anni (2007) opinnäytetyössä ” Keski-ikäisten miesten riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Sairaanhoidajan terveyttä edistävä hoitotyö” selvittivät keski-ikäisten miesten riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen.

On tehty kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Seulontatutkimukseen osallistui 1294 miestä. Sairastumisriskiarviointilomaketta käytettiin tutkimuksessa. Aineiston havaintomatriisi ja analysointi tehtiin tietokoneen ohjelmalla. Käytettävissä oli 222 korkeariskisen 45- ja 55 vuotiaan miehen tiedot.

Tavoitteena oli analysoida tutkimusaineistoa tyypin 2 diabeteksen syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä.

Tyypin 2 diabetes on perinnöllinen sairaus. Sairauden puhkeamiseen vaikuttaa geneettinen alttius. Sairauden puhkeamiseen vaikuttavat myös elämäntavat, tupakointi ja ruokatottumukset. (Nykänen & Rönmark 2007, 9-14.) Selvisi, että säännöllinen verenpaine- ja kolesterolilääkitys vähentää tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskejä. (Nykänen & Rönmark 2007,41.)

Tuloksista nähtiin, että molemmilla ikäryhmillä oli riski sairastua diabetekseen. Miesten riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kasvoi vyötärön ympärysmittain myötä, iän myötä, painon nousussa, tupakointi. Painohallinnalla, liikunnallisella elämäntavalla, tupakoimattomuudella, terveellisillä ruokavaliolla voi siirtää tai estää diabeteksen puhkeamisen. Riskitekijöiden tunnistamisella tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy on tehokkaampaa kuin jo tulleen taudin hoito. (Nykänen & Rönmark 2007.)

Alahuhta Maija (2010) tutkimuksessa ”Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painohallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä.” kuvaili tutkimuksessaan kuuden kuukauden ryhmäohjaukseen osallistuneiden tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden arvioita elintapamuutosvaiheestaan sekä heidän painohallintansa onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä 1,5 vuoden kuluttua ryhmäohjauksen päättymisestä.

Tutkimuksen tavoitteena oli ehkäistä tyypin 2 diabetesta parantamalla osallistujien painohallinnan taitoja ja lisäämällä liikumista.

Tutkimuksen kysely sisälsi strukturoituja kysymyksiä eri elintapojen muutosvaiheesta. Seurantakäynnillä osallistujat kuvasivat painohallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä ryhmäkeskustelussa, joka videoitiin ja käytettiin tutkimusaineistona. Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisesti ja videoaineisto deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimukseen osallistui 74 työikäistä henkilöä, joilla oli tyypin 2 diabeteksen korkea riski sairastumiseen. Tutkittavat henkilöt osallistuivat ravitsemusterapeutin ryhmäohjaukseen, jossa oli 5 etäryhmää ja 6 lähiryhmää. Etäryhmissä oli ohjaaja videoneuvottelulaitteiden avulla yhteydessä niihin, jotka olivat koonneet oman kuntansa terveystieteiden kokoukseen. Lähiryhmissä ohjaaja ja ryhmäläiset olivat samassa tilassa. Ohjaus kertoja oli viisi, josta neljää kertaa oli kahden viikon välein. Viides ohjaus oli puolen vuoden kuluttua tutkimuksen aloituksesta. Seurantakäynti oli 1,5 vuoden kuluttua, johon osallistui 29 henkilöä. (Alahuhta 2010, 41.)

Tutkimusaineistona käytettiin videoituja keskusteluja tutkittavien painohallinnantilanteesta ja vaikuttavista tekijöistä alussa ja lopussa ja seurantakäynnillä selvitettiin painohallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä 1,5 vuoden ohjausprosessin päättymisen jälkeen. Lisäksi tietoa kerättiin ennen ensimmäistä ja viimeistä tapaamisesta sekä ennen seurantakäyntiä lähetettiin kyselyä ja kerättiin kokemuksia teemahaastattelujen avulla. Paino aina punnittiin samalla tavalla. Mittauksen suorittajana ryhmissä oli joko tutkimustiimin jäsen, ravitsemusterapeutti, diabetes- tai työterveyshoitaja. (Alahuhta 2010, 44–45.)

Puolet osallistuneista oli 1,5 vuoden kuuluttua ohjausprosessin päättymisestä ylläpitovaiheissa ruokamäärän vähentämisen, ateriarytmin säännöllistämisen, alkoholin käytön vähentämisen, liikunnan, kuidun, pehmeän rasvan lisäämisen, herkkujen vähentäminen. Itsekuri oli koettu tärkeäksi. Tärkeäksi koettu terveydenhuollon ammattihenkilön tuki ja vertaistuki, joka auttavat elintapamuutosten toteuttamisessa. Yhden tai useamman elintavan osalta ylläpitovaiheissa oli 46 henkilöä, joista kuusi tutkittava kaikkien elintapojen suhteen. (Alahuhta 2010, 54.)

Tässä tutkimuksessa nousivat esiin, että omaseuranta on tärkeä painohallinnassa. Itsestä lähtevä motivaatio, voimavarat, luottaminen omiin kykyihin, sosiaalinen ja terveydenhuoltohenkilöstön tuki sekä vertaistuki auttavat painohallinnan onnistumisessa. (Alahuhta 2010.)

6 PRODUKTION I-VAIHE

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön etenemistä, opinnäytetyön tutkimusmenetelmää, aineiston keruuta ja aineiston analyysia.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimustehtävänä on kartoittaa tyypin 2 diabeteksen riskejä ikääntyneillä inkerinsuomalaisilla ja antaa heille ohjausta. Annettavan ohjauksen tarkoituksena on kohderyhmän motivointi ja elämäntapojen muuttaminen.

Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus sekä laadullinen eli kvalitatiivinen. Opinnäytetyössämme on laadullisia osia, jotka vastaavat kysymyksiin: mitä, kuinka, miten ja miksi. Lisäksi käytämme avoimia kysymyksiä.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus tuottaa ymmärtävää tietoa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja se vastaa kysymyksiin miksi millainen ja miten. (Kiviniemi 2001,68–98.)

Määrällinen tutkimus on selittävä tutkimus, eli selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 67). Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin kuinka monta tai miten paljon (Heikkilä 2004,17). Määrällisessä tutkimuksessa käytetään aineiston keruumenetelmänä kyselylomakkeita, havaintomatriisin luontia, valmiita mittareita ja taulukointia. Tulokset esitetään graafisesti riippuvuuksien osoittamiseksi. Tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä, joka vaatii tietynlaisen perusjoukon, otannan ja aineiston. Määrällinen tutkimus etenee aina teoriasta empiriiseen tarkasteluun. Keskeisenä elementtinä on aiheeseen liittyvä teoria, johon heijastetaan ja jonka valossa tarkastellaan saatuja uusia tutkimuksia. (Uusitalo 1996, 79–82.)

6.2 Aineiston keruu

Diakonia-ammattikorkeakoulu käynnisti vuonna 2009 EMEL-projektiin. Inkerin-suomalaiset sopivat hyvin EMEL-projektin kohderyhmään, koska ikääntyneillä maahanmuuttajilla ja inkerinsuomalaisilla on usein venäläistausta. Otimme yhteyttä Inkeri-keskuksen työntekijään. Hän auttoi toteuttamaan tapaamisen kohderyhmän kanssa ja tutustuimme ensimmäistä kertaa kohderyhmään lokakuussa 2010, jolloin oli kerrottu kohderyhmälle tutkimuksesta, ohjauksesta ja kysyty heidän suostumuksensa osallistumaan tutkimukseen. Sen jälkeen, lähetimme postitse lupa-anomuksen Inkeri-keskuksen puheenjohtajalle ja saimme häneltä suullisen luvan tutkimukseen. Kohderyhmä oli kiinnostunut aiheesta ja se lisäsi meidän motivaatiotamme tutkia kohderyhmää.

Me teimme tutkimuskyselylomakkeen. Lomakekyselyllä pystytään hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin sekä kuvaamaan erilaisia ilmiöitä. Lomakekysely on kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Tavoitteena on saada vastaus jokaiseen kysymykseen vaihtoehtojen avulla.(Tuomi & Sarajärvi 2002, 76–77.)

Lomakkeen rakentamisessa täytyy kiinnittää huomiota sen pituuteen, kysymysten lukumäärään, lomakkeen selkeyteen ja kysymysten loogiseen etenemiseen (Valli 2001, 100).

Tutkimuskyselylomakkeeseen laitettiin aiheeseen liittyviä tutkimuskysymyksiä, jotka nousivat teoriaosasta. Ennen varsinaista kyselyä, teimme tutkimuskyselylomaketestauksen Inkeri-keskuksessa marraskuussa 2010. Testaukseen osallistui 8 ihmistä, heistä 7 naista ja 1 mies. Tutkimuskyselylomaketestauksen avulla selvitettiin, että lomakkeella kysymykset numero 6 ja 14 olivat epäselviä. Korjasimme kaikki epäselvät kohdat. Sen lisäksi laadimme kysymyksiä siten, että testauslomakkeella oli 33 kysymystä ja uudella kyselylomakkeella oli 50 kysymystä.

Testaus auttoi meitä todella paljon, koska korjasimme epäselvät kohdat ja meillä oli hyvä mahdollisuus harjoitella omaa ammattitaitoa myönteisellä asenteella.

Kyselylomakkeella olivat 50 kysymystä ja 5 osaa (ks. Taulukko 1.). Kyselylomake koostui avoimista ja puoli- ja strukturoiduista kysymyksistä joista osassa käytettiin likertin asteikkoa. Yritimme laatia kyselylomakkeet siten, että kysymyksellä kysytään vain yhtä asia kerrallaan. Kyselylomake olisi tarpeellinen, helppo ja selkeä.

TAULUKKO 1. Kohderyhmän kyselylomakkeen sisältö

Lomakkeen sisältö		
Lomakkeen osat		Kysymysten kuvaus
	Asiakkaan luvan saaminen	Käyttämään tiedot tutkimuksen varten
I.	Taustakysymykset	Inkerinsuomalaisuus, asuminen Suomessa, kielitaito, sukupuoli, siviilisäätty
II.	Riskien tunnistaminen	1. Taustatekijät 2. Perinnöllisyys 3. Terveystila 4. Ravinto 5. Liikunta 6. Stressitekijä 7. Päihteiden käyttö 8. Tieto
III.	Asiakkaan asenne	Tiedon halu, asiakkaan voimavarat
IV.	Toivomukset ja odotukset	Ohjauksen toivomukset ja odotukset
V.	Ohjauksen jälkeen asiakkaan palaute	Mielipide

Teimme perus- (ensimmäinen produktion vaihe)- ja loppukyselyn (toinen produktion vaihe) erikseen.

Teimme peruskyselyn Helsingin Inkeri-keskuksessa joulukuun 2010 aikana. Kysely tapahtui isossa luokassa. Luokka oli rauhallinen. Silloin oli riittävä tilaa. Kyselyyn osallistuivat 22 henkilöä ja kaksi laittoi kyselylomakkeensa vastaamattomana ja eivät halunneet täyttää lomakkeita. Ilmapiiri oli mukava. Tarjoilla oli kahvia ja pullaa, jotta tunnelma vapautuisi. Meidän läsnäolomme kesti 2,5 tuntia. Ryhmäläiset olivat hyvin motivoituneita ja kiinnostuneita. Kysely sujui hyvin.

Ryhmäläiset kokivat kyselyn mieleisinä tapahtumina, jossa oli positiivinen, hyvä, mukava ja rauhallinen ilmapiiri. Ryhmää kiitettiin osallistumisesta.

Huolehdimme siitä, että kaikki kysymykset olivat selviä ja he olivat ymmärtäneet oikein. Tarjosimme kaikille yksilöohjausta. Huomasimme, että kaikki osallistuneet inkerinsuomalaiset olivat tyytyväisiä, iloisia ja he kiittivät huomiosta ja huolenpidosta.

Loppukyselyn (produktion II-vaihe) teimme tammikuun 2011 aikana tarpeellisen ohjauksen jälkeen. Ennen kyselyä kerroimme kohderyhmälle loppukyselystä ja vastasimme kaikkiin kysymyksiin. Vastajat olivat innostuneita ja hyvällä tulella ohjauksen jälkeen. Kyselyssä olivat 24 henkilöä eli kohderyhmä ja heistä 20 henkilöä loppuen lopuksi 18 naista ja 2 miestä osallistuivat loppukyselyyn. Aineiston keruun toteutimme puoli- ja strukturoidulla loppukyselylomakkeella, jossa olivat strukturoituja ja avoimia kysymyksiä sekä oma mielipide ohjauksesta. Kysely kesti noin 30 minuuttia. Kysely sujui hyvin. Kyselyssä oli ystävällinen, hyvä ja mukava ilmapiiri. Osallistujat vastasivat mielellään kaikkiin kysymyksiin.

Loppukyselyn jälkeen kiitimme vastaajia ihmisiä ja kutsuimme heitä opinnäytetyön esittelyyn.

6.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa vahva kohta on teorioiden koettelu, joka liittyy kvantitatiivisen tutkimukseen (Uusitalo 1996, 80–82). Tutkimuksessamme kerättiin ensiksi aineisto, sen jälkeen aineisto muokattiin tilastollisen käsittelyn edellyttämään havaintomatriisin ja havaintomatriisia käsiteltiin tilastollisin menetelmin.

Palautetut tutkimuslomakkeet numeroitiin ennen havaintomatriisin syöttöä. Tutkimuslomakkeen tiedot syötettiin havaintomatriisin taulukkoon, jossa vaakarivit vastasivat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia.

Havaintomatriisissa yhdellä rivillä on yhden henkilön tiedot ja yhdessä sarakkeessa kaikilta vastaajilta samaa asiaa koskeva tieto. (Heikkilä 2004, 123.) Analysoidaan aineistoa havaintomatriisin avulla, jossa lomakkeiden numerot, kysymyksien numerot, ja vastauksien vaihtoehdot ABC jne. esimerkiksi A tarkoittaa vastaus ”kyllä”, B tarkoittaa vastaus ”ei”, C tarkoittaa vastaus ”en osaa sanoa”. Sen jälkeen lasketaan vastusten määrää ja sen perusteella tehdään tulosten päätöksiä (ks. Tauluko 2.).

TAULUKKO 2. Havaintomatriisi

Lomakkeen nro	Kysymyksen nro														
	1		2			3			4		5 jne				
	A	B	A	B	C	A	B	C	A	B	A	B	C	D	E
1	+		+			+				+	+				
2	+			+		+				+		+			
3	+		+				+			+			+		
4	+		+					+		+				+	
5 jne	+		+					+		+					+
Yhteensä	5		4	1	0	2	1	2		5	1	1	1	1	1

Käytimme vähän myös prosenttiosuuksia tutkittavien sairastumisriskien tunnistamisessa.

6.4 Tulokset produktion I-vaiheesta

Tässä luvussa analysoidaan ja kuvataan kohderyhmältä kyselylomakkeen avulla saaneet tulokset. Esitetään ne tulokset kyselylomakkeen osien järjestyksen mukaan eli kohderyhmän taustaa, riskien tunnistaminen, kohderyhmän asenne, kohderyhmän toivomukset ja odotukset.

6.4.1 Kohderyhmän taustaa

Ensimmäinen kyselylomakkeen numeroitu osa on taustakysymykset. Taustakysymyksiin kuuluu kohderyhmän inkerinsuomalaisuus, sukupuoli, asuminen Suomessa ja suomen kielitaito (ks. Taulukko 3.).

TAULUKKO 3. Vastaajien taustatiedot

(N = 20)

Kysymys	Inkerinsuomalaisuus			Suku- puoli		Asuminen Suomessa vuodella		Suomen kielitaito		
	On	Puoliso	Ei ole	N	M	Alle 10	Yli 10	Sujuva	Arkipäivien riittävä	Ei osaa
Määrä	17	1	2	18	2	5	15	3	17	0
Yhteensä	20			20		20		20		
Kysymys	Siviilisäätö									
Vastaus	Naimisissa			Avoliitossa				Eronnut tai leski		
Määrä	8			1				11		
Yhteensä	20									

Kohderyhmän vastauksien analysoimisen perusteella olemme saaneet seuraavat tulokset, että kohderyhmällä oli selvä inkerinsuomalainen tausta (n=17).

Tulee esiin, että kohderyhmä oli naisryhmä. Kohderyhmällä oli (n=18) naista ja vain (n =2) miestä.

Suurin osa vastaajista on asunut Suomessa yli 10 vuotta (n=15) ja vain (n=5) henkilöä ovat asuneet alle 10 vuotta, eli kohderyhmä on kauan asunut Suomessa yli 10 vuotta.

Kohderyhmän suomen kielitaitonsa saaneiden tuloksien mukaan arvioidaan, niin kuin arkipäivien riittävä kielitaito (n=17), kaikki osaavat suomen kieltä (N=20). Varmasti se johtuu siitä, että he ovat asuneet Suomessa pitkään ja heillä on inkerinsuomalainen taustaa.

Tulee selväksi, että (n=11) enemmistö vastaajista on eronneita tai leskiä. Vähemmistö on naimisissa tai avioliitossa (n=9). Tulee esille, että noin 55 % ryhmästä ei ole puolisoa (ks. Taulukko 3.).

6.4.2 Kohderyhmän riskit

Toinen ja isoin kyselylomakkeen osa on riskien tunnistaminen, johon kuuluu kahdeksan kohtaa. Kahdeksan kohtaa kartoittaa valitun kohderyhmän 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskiä.

Ensimmäiseen kohtaan kuuluu vastaajien ikä ja paino (ks. Taulukko 4.).

Tuloksien analysoimisen perusteella tulee esille, että kohderyhmän iän yleinen taso oli yli 65 vuotta, (n=19) ja vain yksi vastaaja (n =1) on 55–64 vuotias. Kohderyhmä on yli 65 vuotiaisia ikääntyneitä ihmisiä (ks. Taulukko 4.).

TAULUKKO 4. Vastaajien ikä ja paino

(N=20)

Kysymys, käsite tai väite	Vastaukset vaihtoehdot	Vastaajien määrä n %		Vastaajien yhteismäärä N %
Ikä	45–54 v.	0 (0 %)		20 (100 %)
	55–64 v.	1 (5 %)		
	Yli 65 v.	19 (95 %)		
Paino	Merkittävä ylipaino	8 (40 %)	14 (70 %)	20 (100 %)
	Lievä ylipaino	6 (30 %)		
	Normaali paino	6 (30 %)		

Painon tuloksien mukaan (ks. Taulukko 4.) kohderyhmä on ylipainoinen (n=14).

Toinen kohta on diabeteksen perinnöllisyys. Neljällä vastaajalla on diabetes-taustaa (n=4), (n=12) vastaajaa ilmoittivat, että heillä ei ole taustalla perinnöllisyyttä ja kaikki muut vastaajat ilmoittivat (n=4), että heillä ei ole tietoa omasta perinnöllisyyden taustasta. Kohderyhmällä perinnöllisyys ei ole isona ongelmana.

Kolmas kohta on kohderyhmän terveydentila. Saatujen tulosten mukaan, kohderyhmällä oli verenpainetauti (n=11) ongelmana. Kohderyhmällä esiintyy muita sairauksia (n=13) kuten, astma, reuma, ja artriitti sekä kilpirauhasen vajaatoiminta, mutta kohderyhmän yleisiin sairaus oli verenpainetauti (ks. Taulukko 5.).

TAULUKKO. 5 Kohderyhmän terveydentila (N=20)

Nro	Kysymys	Vastaus			N
		Kyllä	Ei	Ei tietoa	
12	Onko Teillä verenpainetauti?	11	9		20
13	Onko Teillä muita sairauksia?	13	7		20
14	Käytättekö säännöllisesti lääkkeitä?	11	9		20
15	Tunnetteko omat verensokeriarvot?	10	10		20
16	Tarkastatteko säännöllisesti omat verensokeriarvot mittaamalla?	4	16		20
17	Onko verensokerinne joskus todettu olevan koholla?	7	13		20
19	Onko Teillä kohonnut kolesteroliarvo?	10	4	6	20

Tulosten mukaan kohderyhmä käyttää säännöllisesti erilaisia lääkkeitä (n=11). Tulee esiin, että kohderyhmä käyttää yleisesti verenpainelääkitystä, kiputulehduslääkitystä, kolesterolia alentavaa lääkitystä ja reumalääkitystä, mutta eniten ilmestyi verenpainelääkitystä.

Verensokeriarvoista saadut tulokset todentavat, että osa kohderyhmästä (n=10) tuntee omat verensokeriarvot ja toinen osa ei tunne (n=10) omia verensokeriarvoja. Vain (n=4) henkilöä tarkistavat säännöllisesti omia verensokeriarvoja, mutta (n=16) vastaajaa ei tarkasta säännöllisesti omia verensokeriarvoja.

Sen lisäksi, kohderyhmän antamien vastausten mukaan (n=7) henkilöllä verensokeri on todettu olevan koholla ja (n=13) henkilöä vastasivat, että verensokeri ei ole todettu olevan koholla.

Ohjauksen aikana kohderyhmältä (n=20) oli mitattu verensokeriarvot ja sen perusteella saatu seuraavat tulokset, että (n=6) henkilöllä verensokeriarvot olivat koholla yli 6 mmol/l ja (n=14) henkilöä verensokeriarvot olivat alle 6 mmol/l, (ks. Taulukko 6.).

TAULUKKO 6. Kohderyhmän verensokerinarvot (N=20)

Saadut verensokerin arvot					N
5,4	5,3	5,3	6,2	4,4	20
5,0	5,3	5,0	6,3	5,1	
7,0	5,4	6,1	4,8	5,3	
7,5	4,9	5,6	6,2	5,2	

Sen perusteella todetaan, että saadut tiedot kyselylomakkeiden ja VS- mittauksen avulla olivat melkein samat eli (n=6±7) henkilöllä verensokeriarvot olivat koholla yli 6 mmol/l. (n=14) henkilöllä olivat seuraavat verensokeriarvot 4,4–5,6 mmol/l eli normaalia. (n=6) henkilöllä olivat kohonneet verensokeriarvot 6,1–7,5 mmol/l.

Kysymykseen numero (18) ” Missä ihminen voisi mitata omat verensokeriarvot?” olemme saaneet seuraavat tulokset, että (n=10) haastateltavaa vastasivat, että ihminen voi mitata omat verensokeriarvot terveysasemalla tai sairaalassa. (n =4) osallistujaa vastasivat, että ihminen voi mitata omat verensokeriarvot itse kotona ja (n =6) osallistujaa eivät osanneet sanoa.

Kolesteroliarvoista saadut tulokset nostavat esille, että (n =10) vastaajalla oli kohonneet kolesteroliarvot, (n =6) vastaajaa eivät tieneet omia kolesteroliarvoja. Kohderyhmällä oli kohonnut kolesteroliarvo ongelmana.

Kohdat neljä ja viisi olivat kohderyhmän ravinto sekä liikunta.

Kohderyhmän ruokavaliosta saatujen tulosten mukaan tulee esille, että (n=8) vastaajalla on tapahtunut muutos ruokavaliossa Suomessa. Enemmistöllä vastaajista (n =12) ei ole tapahtunut, ruokavaliossa muutosta Suomessa.

Avoimeen kysymykseen (21) ”Mitä muutoksia Suomessa on ruokavaliossanne tapahtunut?” olemme saaneet kohderyhmältä seuraavat vastaukset:

...minä syön paljon kasviksia ja hedelmiä, sen avulla vatsa toimii kunnolla;
 ...Suomessa koko vuoden syön enemmän kasviksia ja hedelmiä;
 ...ajattelen, että Suomessa on oikein hyvä ruoka;
 ...ei muutoksia.

Tämän perusteella tulee esille, että merkittävä osa heistä Suomessa syö enemmän kasviksia ja hedelmiä. Osalla ei tapahtunut mitään muutosta ruokavaliossa sekä osa oli sitä mieltä, että Suomessa on hyvää ruokaa.

TAULUKKO 7. Vihannesten ja hedelmien osuus ruokavaliossa (N=20)

Nro	Kysymys	Päivittäin	Harvemmin kuin joka päivä	Kerran viikossa	En koskaan	N
22	Kuinka usein syötte kasviksia?	13	7	0	0	20
23	Kuinka usein syötte hedelmiä tai marjoja?	14	6	0	0	20

Kohderyhmän kasviksien ja hedelmien syömisen tulokset aikatauluna olivat, että (n =13) vastaajaa syövät kasviksia ja hedelmiä (n =14) päivittäin. (n =7) syö kasviksia ja (n =6) syö hedelmiä harvemmin kuin joka päivä. Ei kukaan (n =0) vastannut, että syö kasviksia ja hedelmiä kerran viikossa tai ei syö koskaan (ks.

Taulukko 7.). Kohderyhmän tulokset hedelmien ja kasviksien syömisessä pysyvät verrattuna samana.

Huomioitavaa on, että kohderyhmä syö kasviksia ja hedelmiä aika usein. Tähän kohtaan ei tule erityistä huomiota.

Kohderyhmän liikkumisen tulos oli, että (n=8) osallistujaa vastasivat, että liikkuvat päivittäin 2 tuntia ja (n=8) liikkuvat 1 tunti päivässä. (n=4) osallistujaa vastasivat, että liikkuvat 30 minuuttia, eli (n=16) osallistujaa liikkuu päivittäin 1-2 tuntia.

Avoimeen kysymykseen (25) ”Mitä liikuntaa harrastatte?” (n=14) osallistujaa vastasivat, että yleisesti harrastavat kävelyä, sauvakävelyä, ulkoilua ja (n=2) vastasivat harrastavansa voimistelua sekä (n=1) vastasi, että harrastaa uimista (ks. Taulukko 8.). Vain yksi (n=1) vastasi, että ei harrasta liikuntaa.

Enemmistö osoittaa, että harrastaa kävelyä ja ulkoilua.

TAULUKKO 8. Vastajien liikuntaharrastukset (N=20)

Kohderyhmän harrastava liikunta	N
Kävely/sauvakävely/ulkoilu	14
Voimistelu	2
Uiminen	1
Ei harrasta	1
Ei tietoa	2
Yhteensä	20

Kuudes kohta käsitteli stressitekijöitä ja osoitti, että (n=13) enemmistö kohderyhmästä ei ollut stressaantunut viimeisenä aikana ja vähemmistö (n=7) oli stressaantunut. Stressi voi lisätä kohderyhmän sairastumisriskiä.

Seitsemäs kohta käsitteli päihteiden käyttöä. Alkoholista ja tupakasta osoittivat, että kohderyhmällä ei ole alkoholia ja tupakkaongelmia. Tulos, että (n=15) osal-

listujaa eivät käytä alkoholia olleenkaan ja (n=5) osallistujaa käyttävät alkoholia kuussa tai kerran viikossa. Kaikki osallistujat vastasivat (N=20), että eivät polta tupakkaa.

Kahdeksas kohta käsitteli tietoa 2 tyypin diabeteksestä. Sairauden tiedosta oli kysytty kahdella tavalla puolistrukturoidulla kysymyksellä ja avoimella kysymyksellä.

Kysymykseen (30) "Mitä 2 tyypin diabetes tarkoittaa?" osa osallistujista (n=15) vastasivat, että he eivät tiedä mitä 2 tyypin diabetes tarkoittaa. Toinen osa (n=5) osallistujaa vastasivat, että he tietävät mitä 2 tyypin diabetes tarkoittaa. Yhteensä oli haastateltu 20 henkilöä (N=20).

Kysymykseen (31), jossa kyseessä oli, onko kohderyhmällä tietoa 2 tyypin diabeteksestä, (n=17) osallistujaa vastasivat, että heillä ei ole tietoa sairaudesta. (n=3) kohderyhmästä vastasi, että heillä on tietoa 2 tyypin diabeteksestä. Sen perusteella tulee tulos, että isoin osa joukosta ei tiedä sairaudesta sekä kohderyhmällä ei ole tietoa sairaudesta (n=15±17).

Enemmistö kohderyhmästä ei tiennyt mitä 2 tyypin diabetes tarkoittaa, se lisää 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskiä.

Avoimeen kysymykseen (32) "Mitä tietoa Teillä on 2 tyypin diabeteksestä?" olemme saaneet seuraavat tulokset. (n=13) henkilöä vastasivat, että heillä ei ole tietoa 2 tyypin diabeteksestä tai eivät osaa selittää sitä. (n=3) henkilöä eivät vastanneet mitään. Kohderyhmästä vain (n=4) henkilöä osasivat selvittää tietoa 2 tyypin diabeteksestä. Olemme saaneet seuraavat tulokset:

- ...minulla ei ole varmoja tietoja 2 tyypin diabeteksestä, kuitenkin ajattelen, että silloin pitäisi olla korkeat glykoosiarvot noin 10;
- ...hormonihäiriösairaus;
- ...se on vaarallinen tauti mikä vaikuttaa koko elimistöön;
- ...sairaus, kohonnut verensokeri.

Suurin osa kohderyhmästä saa yleisesti tietoa 2 tyypin diabeteksestä TV:stä, radiosta, kirjoista ja lehdistä sekä jotkut oman ammatin kautta. Yleensä TV:stä ja radiosta ei saa riittävästi tietoa 2 tyypin diabeteksestä, eli ilmeni tiedon puute.

Tuloksen mukaan kohderyhmä halusi selvästi saada lisätietoa 2 tyypin diabeteksestä (n=14) ja vain (n=6) eivät halunneet lisätietoa.

Kohderyhmän isoin osa (n=16) ei ole koskaan käynyt 2 tyypin diabeteksen ohjauksessa ja vain (n=4) henkilöä oli aiemmin käynyt ohjauksessa, jossa aiheena oli diabetes.

Sen perusteella tulee esille, että kohderyhmällä ei ole riittävästi tietoa 2 tyypin diabeteksestä ja yleensä he saivat tietoa mediasta ja on selvä, että mediasta on aika vaikeaa saada riittävästi tietoa sairaudesta ja ehkäisystä sekä yhteinen kuvaus sairaudesta. Merkittävä on, että kohderyhmä haluaa saada lisätietoa 2 tyypin diabeteksestä.

6.4.3 Kohderyhmän asenne

TAULUKKO 9. Kohderyhmän DM 2 luuloa käsitteleminen (N = 20)

Väite että seuraavat, käsitteet vähentävät sairastumisriskiä	Eri mieltä	Samaa mieltä	N=20
Ikä	19	1	20
Terveelliset elintavat	3	17	20
Positiivinen elämänasenne	3	17	20
Terveellinen ravinto	3	17	20
Säännöllinen liikunta	4	16	20
Oman painohallinnan seuranta	3	17	20
Aktiivinen sosiaalinen elämä	3	17	20
Tietämättömyys sairaudesta	17	3	20
Jatkuva stressi	18	2	20

Kohderyhmän luulon analysoimisen perusteella tulee esille, että kohderyhmä aika hyvin ymmärtää käsitteet ja niiden vaikutukset elimistöön. Kohderyhmä ymmärtää, että terveelliset elintavat, positiivinen elämänasenne, terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta, painohallinnan seuranta, aktiivinen sosiaalinen elämä vähentävät 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskiä ja ehkäisevät 2 tyypin diabeteksen sekä ymmärtää, että ikä, tietämättömyys sairaudesta, jatkuva stressi suurentavat mahdollisuutta sairastua 2 tyypin diabetekseen (ks. Taulukko 9).

Kohderyhmällä on oikea ymmärrys. Enemmistöllä on oikea ymmärrys käsitteistä helpottaa meidän sairaanhoitajan roolinsa ehkäistä 2 tyypin diabetesta. Siinä meidän pitäisi kiinnittää enemmän huomiotta terveellisiin elämäntapoihin eli antaa enemmän tietoa niistä.

TAULUKKO 10. Kohderyhmän haluama tietoa DM 2: sta (N= 20)

Väitteet	Eri mieltä	Samaa mieltä	N=20
Olen halukas saamaan lisää tietoa 2 tyypin diabeteksestä	6	14	20
Tiedon avulla voin vaikuttaa omaan terveydentilaan parantamiseksi	2	18	20
Minun voimavarani ovat riittävät	3	17	20
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on tärkeää	3	17	20
Omatoiminen 2 tyypin diabeteksen ehkäiseminen on tärkeää	3	17	20

Tutkittiin 20 henkilöä (N=20) saatujen tulosten perusteella voidaan sanoa, kohderyhmä on halukas (n=14) saamaan lisää tietoa 2 tyypin diabeteksestä. Kohderyhmä sitä mieltä (ks. Taulukko10.), että voi vaikuttaa omaan terveydentilaan parantamiseksi (n=18) ja kohderyhmän voimavaransa on riittävää (n=17). Kohderyhmä ymmärtää, että 2 tyypin diabeteksen ehkäisy on tärkeää (n=17) ja sitä mieltä, että omatoiminen 2 tyypin diabeteksen ehkäiseminen on tärkeää (n=17).

Saatujen tulosten mukaan tulee esille, että ryhmässä oli enemmistö, joka ymmärtää, että ehkäiseminen on tärkeää ja haluaa lisää tietoa. Siinä tapauksessa, meidän sairaanhoitajan rooli antaa mahdollisimman enemmän tietoa 2 tyypin diabeteksestä ja ehkäisykeinoista sekä motivoida vähemmistöä vaikuttamaan omaan terveydentilaan parantamiseksi.

6.4.4 Kohderyhmän toivomukset ja odotukset

Kohderyhmä halusi saada seuraavat tiedot niin kuin: perustiedot 2 tyypin diabeteksestä (riittävää ohjausta), oireista, sairastumisriskistä, verensokeriarvoista,

ruokavaliosta, painonhallinnasta ehkäisevästä liikkumisesta ja ehkäisykeinosta sekä ehkäisevistä elämäntavoista. Kohderyhmä odotti ohjauksesta, että he saisivat uutta ja lisätietoa 2 tyypin diabeteksesta, VS- mittaamisesta, esitteitä, selkeää ohjauskieltä ja ehkäisevää arkipäiväisiä ohjeita sekä jotain hyvää.

6.4.5 Yhteenveto tuloksista

Kohderyhmä on ikääntyvä naisryhmä (yli 65 vuotta). He osaavat hyvin suomea ja he olivat ylipainoisia. Enemmistö ilman diabeteksen perinnöllisyyttä. Enemmistö kohderyhmästä sairastuu verenpaine-tautiin ja heillä koholla kolesteroliarvot ja noin puoli käyttää säännöllisesti lääkkeitä. Kohderyhmä syö aika usein kasviksia ja hedelmiä (enemmistö syö päivittäin). Enemmistö osoittaa, että harrastaa kävelyä ja ulkoilua (1-2 päivittäin). Kohderyhmällä ei ole alkoholia ja tupakkaongelmia.

Enemmistö ei tiedä mitä 2 tyypin diabetes tarkoittaa. Kohderyhmällä oli vähän tietoa 2 tyypin diabeteksesta eli ei ollut riittävää tietoa 2 tyypin diabeteksesta, mutta he halusivat lisätietoa 2 tyypin diabeteksesta. Sen lisäksi osallistujat halusivat 2 tyypin ohjausta.

Saatujen tulosten mukaan tulee, esille ryhmässä oli enemmistö, joka ymmärtää, että ehkäiseminen on tärkeää ja halusi lisätietoa.

Kohderyhmä odotti ohjauksesta, että he saisivat uutta ja lisätietoa 2 tyypin diabeteksesta, VS- mittaamisesta, esitteitä, selkeää ohjauskieltä ja ehkäisevää arkipäiväisiä ohjeita sekä jotain hyvää.

7 PRODUKTION II-VAIHE

Tässä luvussa kuvataan lyhyesti 2 tyypin diabeteksen ohjausta, kohderyhmää, ohjauksen ilmapiiriä ja ohjauksen toteutusta sekä arviointia. Analysoidaan ja esitellään taulukoilla ne tärkeät tulokset, joita me olemme saaneet kohderyhmältä ohjauksen jälkeen loppupalautteena.

7.1 Ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi

Suunnitelman mukaisesti ryhmäohjaus toteutettiin perjantaina 28.1.2011 Inkerikeskuksen kokoustilassa. Ryhmäläisille lähetettiin kutsukirje ohjaukseen. Saa-
vuimme paikalle ennen ohjausta kello 10.30. Valmistelimme huoneen ohjausta varten. Koristelimme huoneen ilmapalloilla. Ilmapallojen päälle kirjoitimme sanoja, joka koske meidän teemaa, esimerkiksi ”liikunta”, ”terveellinen ruokavalio”, ”painohallinta”, ”hyvä mieli”, ”terveelliset elämäntavat”. Meillä mukana oli verenpainemittari ja verensokerimittari.

Kello 11.00 paikalle saapui 24 saman ryhmän jäsentä, jotka olivat käyneet sairastumisriskien kartoituksessa eli kyselyssä. Kaikki ihmiset istuivat ison pöydän ääressä. Taas esittäydymme ryhmälle. Kerroimme lyhyesti ryhmäkoontumisten tapahtumista ja muistutimme meidän ohjauksen teemasta. Kysyimme lupa videokuvaamiseen ohjauksen aikana. Aiheena oli tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy. Monet ihmiset halusivat mitata verensokeria ja verenpainetta. Yksi meistä mittasi verensokeria, toinen verenpainetta ja kolmas keskusteli toisten kanssa sekä antoi neuvoja. Muutamalla verensokeriarvot koholla sekä verenpaine olivat koholla. Halukkaita oli monta ja jokainen meistä oli suorittanut verensokeria - ja verenpainemittausta. Mittaukset kestivät 40 minuuttia. Osallistujat olivat tyytyväisiä. Ilmapiiri oli rauhallinen ja luottamusta herättävä.

Seuraavaksi suunnitelman mukaan yksi meistä kertoi metabolisesta oireyhtymästä ja tyypin 2 diabeteksestä. Puhuimme Diabetekseen liittyvistä lisäsairauksista, kuten sepelvaltimotaudista ja jalkojen verenkiertohäiriöistä. Lisäksi pu-

huimme tyypin 2 diabeteksen elinmuutoksista, kuten munuaismuutoksista (nefropatia), silmän verkkokalvosairauksista (retinopatia) ja hermomuutoksista (neuropatiasta). Sen jälkeen keskustelimme ja vastasimme kysymyksiin.

Puhevuoro vaihtui ja kerroimme terveellisistä elämäntavoista, jotka ovat tärkeitä osat sairauden ennaltaehkäisyssä. Seuraavaksi siirryttiin painohallinta-aiheeseen, terveelliseen ruokavalio-aiheeseen ja liikunta-aiheeseen. Ohjaus oli jatkuva vuorovaikutusta ihmisten kanssa.

Olimme antaneet kirjalliset ohjeet: muistilistan, brosyyreja ja riskitestilomakkeen. Keskusteltiin ruokavalion laadusta ja ikääntyneille ihmisille ruokavalioista. Ohjauksessa esitettiin lautasmallin ruokakolmio kuvan. Ohjauksessa keskusteltiin miten säännöllisen liikunnan avulla on mahdollisuus ylläpitää hyvää kuntoa. Kerroimme, että sopiva liikunnan kuormitus alentaa verensokeria ja verenpainetta. Keskusteltiin ylipainosta ja siitä että liikapainon pudottaminen korjaa kohonneita verensokeria ja verenpainetta.

Muutaman minuutin liikuntaharjoitus virkisti mukavasti kaikkia. Olimme näyttäneet liikuntasuorituksia, esimerkiksi kävely varpaisilla, venyttely, harjoituksia pienellä painoilla (1kg.) ja jalka harjoituksia. Ihmiset osallistuivat harjoituksiin ja olivat hyvin motivoituneita ja kiinnostuneita oppimaan. Liikunta-aihe herätti keskustelua. Liikunta harjoitukset avasivat lisäksi mahdollisuuksia vaihtaa kokemuksia muiden henkilöiden kanssa. Se oli positiivinen asia ryhmälle ja toi mielihyvää. Osallistujat kokivat kokoontumiset mieleisenä tapahtumana, jossa oli innostuva ja rauhallinen ilmapiiri. Kävi ilmi, että ravinto ja liikunta-asiat olivat miellyttäneet heitä. Ihmiset olivat saaneet paljon uutta tietoa ja olivat motivoituneita tehostamaan diabetekseen ennaltaehkäisyä ja hoitamaan itseään hyvin.

Ryhmällä oli suunniteltu lounas ja kahvihetki. Meillä oli tarjoilla kaneli korvapuusteja, mandariineja ja viinirypäleitä. Ryhmäläiset pyysivät meitä osallistumaan ruokailuun. Heillä oli tarjoilla suolakurkkukeittoa smetanan kanssa, jonka yksi heistä keitti. Ruoan jälkeen syntyi sydämellinen keskustelu omista asioista. Sen jälkeen oli tarjoilla kahvia. Ruokatauon jälkeen pyysimme ryhmäläisiltä antamaan meille palautetta ohjauksesta. Jaettiin palautuslomakkeita kaikille ihmi-

sille, jotka olivat osallistuneet ohjaukseen. Kaksikymmentä ryhmän jäsenistä palautti ja vastasivat loppukyselyyn. Palaute onnistuneesta ohjauksesta ryhmäläisiltä oli positiivista. Ryhmää kiitettiin aktiivisesta osallistumisesta. Ohjauksen tapaaminen päättyi lämpimissä tunnelmissa. Meitä kutsuttiin uudestaan. Ohjaus vei aikaa, kokoontuminen kesti 2,5 tuntia, enemmän kun suunniteltiin. Ihmisillä oli halu oppia uutta. Ohjaus onnistui, koska ihmisillä oli tieto ja taito lisääntynyt. Ihmiset olivat saaneet ja ymmärtäneet ennaltaehkäisyyn liittyvät tiedot ja kykenivät toteuttamaan niitä kotona.

7.2 Ohjauksen palaute

Tutkittiin 20 henkilöä (N=20), saatujen tuloksien perusteella voidaan sanoa, että pidimme 2 tyyppin diabeteksen ohjauksen kohderyhmän toivomusten ja odotusten mukaan. Kukaan ei vastannut (n=0), että emme pitäneet ohjausta heidän toivomusten ja odotusten mukaan (ks. Taulukko 11.).

TAULUKKO 11. Ohjaukseen osallistuneiden mielipiteet ohjauksesta (N=20)

Nro	Kysymykset	Vastaukset		
		Kyllä	Ei	Yhteensä
1	Pidimmekö ohjauksen Teidän toivomuksienne ja odotuksienne mukaan?	20		20
2	Oliko ohjaustilanneessa hyvä ilmapiiri?	20		20
3	Oliko ohjauksemme Teille riittävä?	19	1	20
4	Oliko ohjauksemme Teille positiivinen?	20		20
5	Oliko ohjauksemme Teille selkeä?	20		20
6	Saitteko riittävästi tietoa?	19	1	20

Sama joukko todistaa, että ohjauksessa oli hyvä ilmapiiri (n=20).

Tulee esille, että ohjaus oli kohderyhmälle riittävä (n=19) ja kohderyhmä on saanut riittävästi tietoa. Vain yksi henkilö (n=1) kohderyhmästä vastasi, että

ohjaus ei ole ollut hänelle riittävää ja hän ei ole saanut riittävästi tietoa 2 tyypin diabeteksen ohjauksesta.

On todella tärkeä, että saatujen tulosten mukaan (n=20) ohjaus oli kohderyhmälle selkeä ja positiivinen (ks. Taulukko 11.).

On todella tärkeä, että kohderyhmän mukaan ohjauksesta tulee hyvää apua. Kaikki osallistujat vastasivat kysymykseen (7) ”Tuliko tästä ohjauksesta Teille apua?” vastasivat (n=20), että tästä ohjauksesta tulee heille hyvää apua ja ei kukaan vastannut, että ei tule (n=0).

TAULUKKO 12. Osallistuneiden antama palaute ohjauksesta (N= 20)

Ohjauksen kokema	N
Kiitettävä	14
Hyvä	6
Tyydyttävä	0
Huono	0

Kysymykseen (8) ”Miten olette kokenut tämän ohjauksen?” olemme saaneet seuraavat tulokset, että (n=14) osallistujaa kokivat ohjauksen kiitettävänä ja (n=6) osallistujaa kokivat hyvänä. Ei kukaan osallistujista kokenut tyydyttävänä tai huonona (ks. Taulukko 12.).

Tulos todistaa, että me olemme suunnitelleet, toteuttaneet ja pärjänneet todella erittäin hyvin, jos enemmistö osallistujista on kokenut ohjausta kiitettävänä. Siltä tuntuu, että vastaajille oli todella mielenkiintoista ja hyödyllistä osallistua ohjaukseen.

Kysymykseen (9) ”Haluatteko vaikuttaa tämän ohjauksen jälkeen Teidän omiin elämäntapoihinne, jotta voittaisitte ehkäistä 2 tyypin diabeteksen?” olemme saaneet seuraavat tulokset, että (n=20) osallistujaa eli kaikki haluavat vaikuttaa tämän ohjauksen jälkeen omiin elämäntapoihin, ehkäistäkseen 2 tyypin

diabeteksen. Ei kukaan vastannut että ei halua. Tulee esille, että ohjaus on motivoinut kohderyhmää vaikuttamaan omiin elämäntapoihin, ehkäistäkseen 2 tyypin diabeteksen.

TAULUKKO 13. Ohjaukseen osallistuneiden halu vaikuttaa elämäntapoihin (N=20)

Miten haluavat vaikuttaa	N
Liikunta	16
Ravinto / terveellinen ruoka	17
Painohallinta	5
Hyvä mieliala / positiivinen asento	3

Saatujen tulosten perusteella ilmeni, että ohjauksen jälkeen osallistujat, haluavat vaikuttaa omiin elämäntapoihinsa, jotta voisivat ehkäistä 2 tyypin diabeteksen. Vastaajista (n=17) ilmoitti, että haluavat vaikuttaa syömällä terveellistä ruokaa eli ravinnoilla. (n=16) ilmoitti, että haluavat vaikuttaa liikkumalla (ks. Taulukko 13.).

Sen lisäksi, (n=5), vastasivat painohallinnan seuraamalla ja (n=3) vastasivat, että hyvää mielialalla voisivat vaikuttaa ehkäisemään 2 tyypin diabetekseen. Enemmistö haluaa vaikuttaa elämäntapoihin syömällä terveellistä ruokaa ja harrastamalla liikuntaa (ks. Taulukko 13.).

Sen takia voisimme suoraan sanoa, ohjaus onnistui. Pää tavoite oli toteuttanut, että me olemme motivoineet ihmisiä vaikuttamaan omaan elämään.

Kohderyhmän mielipide ohjauksesta:

- ...Oli kiitettävä
- ... Mielipide on hyvä
- ...Verenpaino ja sokerinmittaaminen olivat oikein hyödyllistä.
- ...Olen kiitollinen kaikesta.
- Toivon, että siitä tulee apua terveyteen. Kiitos!

- ...Kaikki oli oikein hyvin
- ...Porukka oli mukava, ilmapiiri erittäin hauska.
Ohjaus oli ystävällinen ja riittävä.
- ...Erinomainen
- ...Oli mukava keskustelu, tarpeellisesta tiedosta,
terveydestä ja oman iästä.
- Olen oikein kiitollinen opiskelijoille

Vastaajat olivat sitä mieltä, että ohjaus oli todella erinomainen ja hyvä. Inkerin-suomalaiset ovat saaneet ohjauksen aikana tarpeellista tietoa 2 tyypin diabeteksestä ja sairauden ehkäisystä. Heidän mukaan ohjaus oli mukava ja ohjauksesta tulee hyvää apua. Ilmapiiri oli erittäin hauska ja mukava. Saatujen tulosten ilmeni, että verensokerin mittaaminen ja RR- mittaaminen olivat heille todella tarpeellista ja hyödyllistä.

7.2.1 Yhteenveto ohjauksen palautteesta

Ohjaus on motivoinut hyvin kohderyhmää. Kaikki osallistujat haluavat ohjauksen jälkeen vaikuttaa elämäntapoihin, jotta ehkäistä 2 tyypin diabeteksen liikunnalla ja ravinnolla, painohallinta ja hyvällä mielialalla. Osallistujat kokivat ohjausta erinomaiselta.

8 POHDINTA

Tässä luvussa kuvataan ja analysoidaan opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta ja arvioidaan ohjausta sekä omaa ammattilista kasvua.

8.1 Eettisyys

Ennen käyntiä kohderyhmää informoitiin puhelimitse. Ohjauksen ajan ilmoitimme kirjallisesti ja kirjeen liitteenä laitoimme kutsun.

Ennen kuin me aloitimme tutkimuksen, kysyimme suostumusta kohderyhmältä. Kerroimme osallistujille tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja menetelmät. Tutkimuksessa olemme noudattaneet eettisiä sääntöjä, normeja ja arvoja. Tutkimus on asianmukainen ja rehellinen. Tutkimuksen aloittamiseen olimme pyytäneet tutkimus-lupaa Inkeri-keskukseen johtajalta. Kysyimme suostumusta osallistua tutkimukseen. Ennen tutkimusta olimme tehneet tutustumiskäynnin Inkeri-keskuksen, keskusteltiin opinnäytetyön aiheista, tutkimukseen tavoitteista ja tarkoituksesta.

Kunnioitimme heidän ikää. Sen takia olimme tarkkoja aikataulussa ja ettei meidän ohjaus ja tutkimus väsyttä ihmisiä liian kovasti. Ensimmäiseksi kysyimme luvan asiakkaalta, että saamme käyttää hänen antamiaan tietoja tutkimusta varten. Kaikki 20 vastaajaa antoivat luvan. Kerroimme, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Kyselylomakkeen laatiminen oli haasteellinen ja vaativa tehtävä. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä. Kerrottiin, että nimitietoja ja osoitetietoja ei käytetä muussa tarkoituksessa. Aineisto säilytetään luotettavasti käsittelyn aikana. Aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkimuksessa tutkijalla on eettinen vastuu. Keskeiset eettiset kysymykset tutkimuksissa liittyivät luottamuksellisuuteen, vapaaehtoisuuteen ja avoimuuteen.

Haastateltaville tai tutkimuksen osallistuneille ihmisille tulee kertoa rehellisesti tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta, kuvauksista tai nauhoituksesta ja aineiston käytöstä ja hävittämisestä. Haastateltavilla on myös mahdollisuus anonyymiteetin säilyttämiseen. (Backman, Paasivaara & Nikkonen 2001,256.)

Ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoisuus ja oikeudenmukaisuus ovat tärkeitä ja eettisiä keskeisiä asioita, jotka otetaan huomioon tutkimuksessa. Ihminen voi kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai vastaamasta johonkin kysymykseen. Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. (Tuomi & Sarajärvi 2002,128.)

8.2 Luotettavuus

Tutkimuksessa on oltava koko ajan tarkka ja kriittinen.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti ja validiteetti ovat mittarin tärkeimmät ominaisuudet. Validiteetti ja reliabiliteetti ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä. Validiteetilla ja luotettavuudella tarkoitetaan perinteisesti tutkimusmenetelmän kykyä selvittää sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää, tämä otetaan huomioon kyselylomakkeen suunnittelussa ja tiedon keruussa.

Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan toistettavuutta samanlaisiin tuloksiin. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaus tulosten toistettavuutta, eli tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Luotettavan tuloksen saaminen edellyttää tarvittavan lomakkeiden määrä ja vastausten täydellisyyden. (Heikkilä 2004, 30–31.)

Ohjauksessa ja tutkimuksessa otettiin huomioon, että ryhmäläiset ovat ikääntyneitä ihmisiä. Vastaajamme olivat maahanmuuttajat ja äidinkieltään venäjää mutta he puhuvat suomea. Kyselylomake oli tehty suomen kielellä. Kyselyn aikana olimme paikalla ja aktiivisesti annoimme neuvoa ja autoimme vastaajat ymmärtämään kysymykset oikein. Tarvittaessa selitimme kysymysten tarkoitus venäjän kielellä, että osallistujat vastasivat kaikkiin kysymyksiin. Tutkimuksen onnistumiseen tarvittiin saada vastauksia kysymyksiin. Ihmiset olivat vastanneet lähes kaikkiin lomakkeiden kysymyksiin. Se lisäsi meidän tutkimuksen tulosten

luotettavuutta ja saimme tarkkoja vastauksia, joiden avulla analysoimme teemaa. Meidän mielestämme olemme saaneet luotettavia ja hyviä vastauksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää esitestaaminen, joka tehtiin lokakuussa. Lisäksi laadittiin kysymyslomakkeen avoimet kysymykset, johon osallistujat vastasivat oman mielipiteen mukaan. Avokysymysten käyttö toi lisätietoja, joka tuki muilla kysymyksillä saatua tietoa. (Heikkilä 2004, 52.) Kyselylomakkeessa oli paljon avoimia kysymyksiä, joiden avulla saimme avoimet ja selkeät vastaukset, joka lisää luotettavuutta meidän tutkimukseen. Tutkimus tavoittelee totuutta. (Uusitalo 1996, 24.)

Tutkimuksen tulokset tarkistimme monta kertaa eri tavalla. Matriisi ja taulukot helpottaa tilastointia ja tulosten arviointia. Oikea työn järjestys ja työmenetelmät lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan toistettavuutta samanlaisiin tuloksiin. Luotettavuutta tarkastellaan uskottavuuden avulla ja lisää se, että havaitut tulokset ovat samanlaisia aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. Kun aiemmissa tutkimuksissa osallistuneet olivat tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöt, jolla oli ylipainoisuus, vyötärösuurenus, ikääntyvyys.

Avoimilla kysymyksillä pyrittiin suuntamaan heidän ajatuksia konkreettisiin, ajankohtaisiin ja realistisiin mahdollisuuksiin. He joutuivat itse ajattelemaan asioita ja sitä kautta tulee oikea vastaus. Vastaajat antoivat hyvin samansuuntaisia vastauksia. Tämä osoitti opinnäytetyön reliiäabelisuutta. Meidän luotettavuutta lisää se, että oli käytetty diabetesliiton materiaalia. Brosyyreja etsimässä otettiin yhteyttä diabetesliittoon. Diabetesliitto julkaisee ajankohtaista ja tuoretta tietoa diabeteksestä ja diabeteksen ennaltaehkäisystä.

8.3 Ohjauksen arviointi

Meidän kohderyhmämme oli inkerinsuomalaiset ja he puhuvat suomea ja venäjää. Ohjauksen ja tutkimuksen aikana olemme käyttäneet molempia kieliä. Yhteinen identiteetti lähensi meitä, sillä olemme itse maahanmuuttajia. Ymmärrämme, että maahanmuutto tuottaa isoja muutoksia elämään. Useat ikäänntyneet ihmiset tarvitsevat enemmän tukea ja huomiota. Vieraassa ympäristössä voi mennä vuosia ennen kun ihminen kotiutuu ja sopeutuu uuteen paikkaan. Koimme, että meidän tukemme ja apumme oli tarpeellinen, koska monet käyvät harvoin lääkärissä ja tieto sairaudesta oli niukkaa.

Monet ryhmäläisistä olivat tehneet kysymyksiä aiheesta etukäteen. Ohjausta odotettiin. Ilmapiiiri ohjauksessa oli luotettava ja mukava. Yhdessä muistelimme, minkälaisia muutoksia on tapahtunut meidän elämässä Suomessa. Muisteltiin, mitä muutoksia tapahtui ruokavalioissa ja liikunnassa toiseen maahan muuttaessa.

Ohjaus oli tarpeellinen ja merkittävä ihmisille, koska kohderyhmällä oli 2 tyyppin diabeteksen sairastumisriskiä. Heidän ikänsä on yli 65 vuotta ja meidän roolimme oli kiinnittää huomiota terveydentilaan, jotta kohderyhmä voisi ehkäistä sairautta ajoissa, koska iän myötä riski sairastua 2 tyyppin diabeteksen kasvaa merkittävästi. Myös heillä esiintyneet liikapaino, väärät ruokatottumukset, tiedon puuttaminen sairaudesta ja yleiset krooniset sairaudet niin kuin kohonnut kolesteroliarvo, verenpaine tauti olivat sairastumisriskejä.

Ohjauksen aikana ryhmä oli aktiivinen ja motivoitunut. Todennäköisesti meidän huolemme heistä aktivoi heidän omia voimavarojaan. Olemme ottaneet huomioon ryhmän fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Olimme todella kohteliaita, tarkkoja, avuliaita, avoimia, iloisia ja mukavia. Laadittu ohjaussuunnitelma auttoi meitä ammatillisesti toteuttamaan ohjauksen kohderyhmän sairastumisriskien, tarpeiden, toivomusten ja odotusten sekä kohderyhmän taustan mukaan. Kartoitus lisäsi oleellisesti kohderyhmän motivaatiota ja aktiivisuutta.

Ohjauksen aikana annoimme myönteisiä esimerkkejä ja arkipäiväisiä helppoja keinoja, joilla voi vaikuttaa omaan elämään. Tällaisia esimerkkejä olivat liikunta-harjoitukset, terveellinen ruokavalio ja painonhallinta. Ohjauksen aikana annoimme selkeällä kielellä myös tärkeitä tietoja 2 tyypin diabeteksestä.

Mielenkiintoinen ja mukava ohjaussuunnitelma sekä ohjausta varten sairastumisriskien kartoitus, kohderyhmän tarpeiden, toivomusten sekä odotusten vastaanotto antoivat meille mahdollisuuden ohjauksen aikana rytmittää ja säädellä aikaa. Kohderyhmän henkilökohtainen ja tiivis ohjaus nosti kohderyhmän aktiivisuutta ja motivaatiota sekä mielenkiintoa, koska liian pitkä ohjaus olisi voinut aiheuttaa kohderyhmälle väsymystä ja mielenkiinnon menettämistä. Perehtyminen kohderyhmän ongelmiin antoi todennäköisesti kohderyhmälle parempaa tulosta ja kannusti voimakkaasti kohderyhmän toimintakykyä ja voimavaroja vaikuttaa omaan terveydentilansa parantamiseksi muuttamalla elämäntapoja.

Opetimme kohderyhmää monipuolisesti. Ryhmäohjauksessa on otettu huomioon, että ryhmässä ihmiset ovat erilaisia. Kohderyhmä koostui visuaalisista ja auditiivisista sekä kinesteettisistä ihmisistä. Annetut mainokset, luento, liikunta-harjoitukset yhdessä sopivat hyvin kaikille oppimistypeille ja jokainen ihminen sai mahdollisuuden oppia uutta oman oppimistyyppinsä mukaan.

Ryhmäohjauksessa korostettiin ja nostettiin esille kohderyhmälle tärkeää roolia omatoimisessa 2 tyypin diabeteksen ehkäisyssä. Olemme ymmärtäneet tärkeän vuorovaikutteisen ohjaussuhteen ja hyvän yhteistyösuhteen merkityksen ohjauksessa.

Kohderyhmän jäsenet osallistuivat hyvin toimintaan. Olimme onnistuneet ryhmäläisten valinnassa. Positiivisen palautteen antaminen ja saaminen vaikutti hyvältä. Ryhmäläisistä välittyi tunne, että heidät huomioidaan ja heidän tarpeensa tunnustetaan ja niihin vastataan. Palaute, jota he antoivat meille, vahvisti meidän tulevaisuuttamme ryhmän kanssa työskentelystä ja se oli myös oman ammatillisuutemme kehittämistä. Olemme tosi tyytyväisiä, että lähdimme tekemään tätä opinnäytetyötä ja tärkeintä oli huomata, että se toimi tässä ennaltaehkäisevässä työssä.

8.4 Oma ammatillinen kasvu

On tärkeää, että meidän produktiivisemme on ajankohtainen, merkittävä, tarpeellinen ja tarvittava kohderyhmälle. Diabetes 2 tyypin on kasvanut nopeasti viime aikoina Suomessa. Diabetes on todettu kansainväliseksi taudiksi Suomessa. Olemme käyttäneet ja lukeneet erilaista kirjallisuutta, joka liittyy meidän opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, ryhmäohjauksen suunnittelu ja ennaltaehkäisyn toteuttaminen. Tulevaisuudessa sh:n työssä on tärkeä tunnistaa riskitekijät ja auttaa ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Opinnäytetyön tietoja ja tuloksia sekä kokemusta voimme käyttää työelämässä, jotta toteuttaa ennaltaehkäisyä antamalla ohjausta.

Olemme kirjoittaneet perusteellisen opinnäytetyön. Opinnäytetyössämme on kokonaisuus eli teoriaosa ja tutkimusosa ovat tasavertaisia. Osat täydentävät toisiansa ja lisäävät opinnäytetyöhön ymmärrystä.

Selvitimme kirjoittaessa opinnäytetyön idean ja tarkoituksen sekä opinnäytetyön kokonaisuuden roolia meidän oppimisprosessissamme. Olemme oppineet kiinnittämään huomiota ja tutkimaan ajankohtaista ongelmaa ja löytämään ratkaisua tähän. Olemme oppineet löytämään uutta tietoa ja käyttämään niitä käytännössä.

Opinnäytetyön tekeminen vaati meiltä paljon aikaa ja kärsivällisyyttä. Meidän opinnäytetyömme on tärkeä, monipuolinen ja mielenkiintoinen. Ammatillinen kasvu on jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä. Opinnäytetyön prosessi oli merkittävä kokemus. Opinnäytetyön kirjoittaminen ja tutkimusprosessin tekeminen ovat kasvattaneet meidän ammattisuuttamme. Meidän yhteistyömme on kehittynyt, joka vaati meiltä joustavuutta ja toisten opiskelijoiden työskentelyn arvostamista. Saimme paljon tukea opettajilta ja toisiltamme, mikä on tosi paljon vaikuttanut työn etenemiseen. Olemme oppineet paljon uutta, esim. tulemaan toimeen ja tekemään yhteistyötä kansanterveys- ja potilasjärjestön sekä yhdis-

tyksien kanssa. Olemme myös oppineet suunnittelemaan, järjestämään ja toteuttamaan ohjausta.

Opinnäytetyöprosessin aikana tutustuimme inkerinsuomalaisten kulttuuriin ja taustaan. Inkerinsuomalaisilla oli vaikeaa elämää ja rikasta historiaa. Tieto inkerinsuomalaisten identiteetistä auttoi meitä paremmin ymmärtämään ikääntyneiden paluumuuttajien tarpeita. Se antoi meille enemmän ideoita, miten me voimme käyttää meidän tietoja hyödyksi.

Voisimme sanoa, että meidän opinnäytetyömme on monikulttuurinen. Kulttuuriset erot ja tottumukset ovat merkittäviä tekijöitä ihmisten elämässä. On tärkeää, että olemme hyvin motivoineet kehittämään hoitotyötä. Me kunnioitamme ja arvostamme kulttuurinen identiteetti.

Olemme ymmärtäneet oman tärkeän roolimme toimia terveyttä edistävää sairaanhoitajana. Opinnäytetyön avulla olemme kehittäneet ammattitaitoamme. Oma hoitotaito on mahdollista parantaa koko ajan kehittämällä. Me olemme motivoineita ja halukaita jatkamaan kehittää hoitotyötä edelleen. Kehittäminen on aina vaikeaa, vaativaa ja pitkä prosessi. Olemme oppineet arvioida omaa toimintaa ja kehittämisprosessia kiritiilisesti. Olemme kehittäneet omaa ammatitieteen osaamista ja omaa vaitiolovelvollisuutta sekä osaamista ratkaista ongelmia kohderyhmän ohjauksessa. Olemme oppineet tunnistamaan sairastumisriskiä kohderyhmässä. Olemme saaneet hoitotieteellistä näkemystä. Olemme oppineet ryhmän terveyden voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämistä.

Meillä tuli enemmän varmuutta omaan tekemiseen. Tulemme hyvin toimeen erilaisten ihmisten kanssa ja osaamme kunnioittaa asiakkaita. Meidän ammatti- ja kielitaitoamme kehittyvät nopeasti asiakastyössä ja meistä tulee hyviä ja mieltäviä sairaanhoitajia, jotka osaavat käyttää omia saaneita tietoja hoitotyössä.

Osaamme ottaa asiallisesti yhteyttä Inkeri-keskuksen ja Diabetesliiton kanssa ja järjestää yhteistyötä niiden kanssa sekä osallistua EU - projektiin. Teimme yhteistyötä Diabetesliiton kanssa, joka auttoi järjestämään ja toteuttamaan ennal-

taehkäisevää ohjausta ikääntyneille inkerinsuomalaisille. Saimme Diabetesliitosta paljon kirjallisuutta, jota annoimme ihmisille. Meidän mielestämme opinnäytetyö on hyödyllinen ja lopputulos on positiivinen, koska ohjaus antaa suojelua ja edistää ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Opinnäytetyön aikana meidän tiimimme työtaidot ovat kehittyneet. Yhteistyö oli mukava ja hyvä. Viihdyimme tiimissämme. Opimme kuuntelemaan ja kunnioittamaan toisiamme sekä soveltamaan yhteistyötä.

Opinnäytetyöstämme on hyötyä sairaanhoitoa opiskeleville opiskelijoille sekä ohjausta kohderyhmälle annettaville sairaanhoitajille sen avulla he voisivat kehittää ohjausprosessia ja löytää uusia ratkaisuja ja keinoja, jotta antaa kohderyhmälle hyvää, selkeää ja tarpeellista ohjausta.

Meillä on aika paljon perusteita, miksi me olemme valinneet aiheemme. Tämä helpotti meidän yhteistyötä, kun meillä olivat hyvät perusteet, selvät tavoitteet ja tarpeellinen aihe. Sen lisäksi tutkimme aiheetta tästä näkökulmasta ensimmäisenä. Ohjausta varten valmistimme kirjallisen tuotoksen eli muistilistan. Muistilistassa kirjoitimme ikääntyneille inkerinsuomalaisille terveyden edistävän ohjeen ruokavaliosta ja liikunnasta sekä terveellisistä elämäntavoista.

Produktityö onnistui ja se lisäsi meidän motivaatiotamme ja haluamme kehittää jatkuvasti omaa ammattitaitoamme.

LÄHTEET

- Alahuhta, Maija 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painohallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulu: Oulun yliopisto.
- Alahuhta, Maija; Ukkola, Tanja; Korkiakangas, Eveliina; Jokilainen, Terhi; Keränen, Anna-Maria; Kyngäs, Helvi & Laitinen, Jaana 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöllä. Tutkiva Hoitotyö -lehti. Vol.8.2/2010.
- Ankkuri-Ikonen, Anita 1997. Ryhmät ja tiimit työmuotona, niiden kehittyminen ja kehittäminen. Teoksessa Tuuli, Julin; Marjetta, Karttunen; Tuula, Lahtinen & Riita, Mustajärvi. Ryhmän voima ja viisaus. 40 vuotta ihmissuhdetaitojen opiskelua ryhmätyömenetelmin. Ryhmätyö r.y.
- Aro, Antti, Mutanen, Marja & Uusitupa, Matti 2005. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim.
- Aro, Eliina ym. (toim.) 2008. Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Tampere: Suomen Diabetesliitto.
- Aro, Eliina; Huhtanen, Jaana; Ilanne-Parikka, Pirjo & Kokkonen, Leena 2007. Ikäihmisen diabetes. Hyvän hoidon opas. Tampere: Suomen Diabetesliitto.
- Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena & Nikkonen, Merja 2001. Elämänkertatutkimus hoitotieteessä: kaksi esimerkkiä metodin sovelluksesta. Teoksessa Sirpa, Janhonen & Merja, Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 238–264.
- Diabetesliitto 2003. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Tampere: Suomen Diabetesliitto.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Verkkojulkaisuna:

http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/C_17_ISBN_9789524930994.pdf

- Fogelholm, Mikael 2005. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Mikael, Fogelholm & Ilkka, Vuori (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim, 82–92.
- Göös, Riitta-Liisa 2002. Arkielämän ABC. Helsinki: Opetushallitus.
- Haltsonen, Sulo 1965. Entistä Inkeriä. Inkerin suomalaisasutukset vaiheita ja kulttuurihistorian piirteitä. Helsinki: Suomalaisten kirjallisuuden seura.
- Haltsonen, Sulo 1969. Inkerin suomalaisten historia. Jyväskylä: Inkeriläisten sivistyssäätiö.
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina 2008. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.
- Heinonen, Liisa 2009. Nopeat ja hitaat hiilihydraatit – glykemiaindeksi. Diabetes. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 6.2.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=diab00608
- Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki & Hakulinen, Tuovi 2002. Yksilö, perhe ja yhteisömuutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa Anna-Maija, Pietilä ym. (toim.) Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 35–61.
- Hoitajat etsivät riskipotilaita 2010. Tehy-lehti 14/2010, 18–19.
- Ihanainen, Merja; Lehto, Marjaana & Lehtovaara, Armi 2004 Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki: WSOY.
- Ilanne-Parikka, Pirjo 2003 a. Alkoholin käyttö ja diabetes. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 166–167.
- Ilanne-Parikka, Pirjo 2003 b. Diabeetikon vuosittaiset seurantatutkimukset. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 64–66.
- Ilanne-Parikka, Pirjo; Kangas, Tero; Karpio, Eero & Rönnemaa, Tapani (toim.) 2006. Diabetes. Helsinki: Duodecim.
- Ilanne-Parikka, Pirjo & Ruuskanen, Eija 2007. Diabetes ja alkoholi. Tampere: Diabetesliitto.

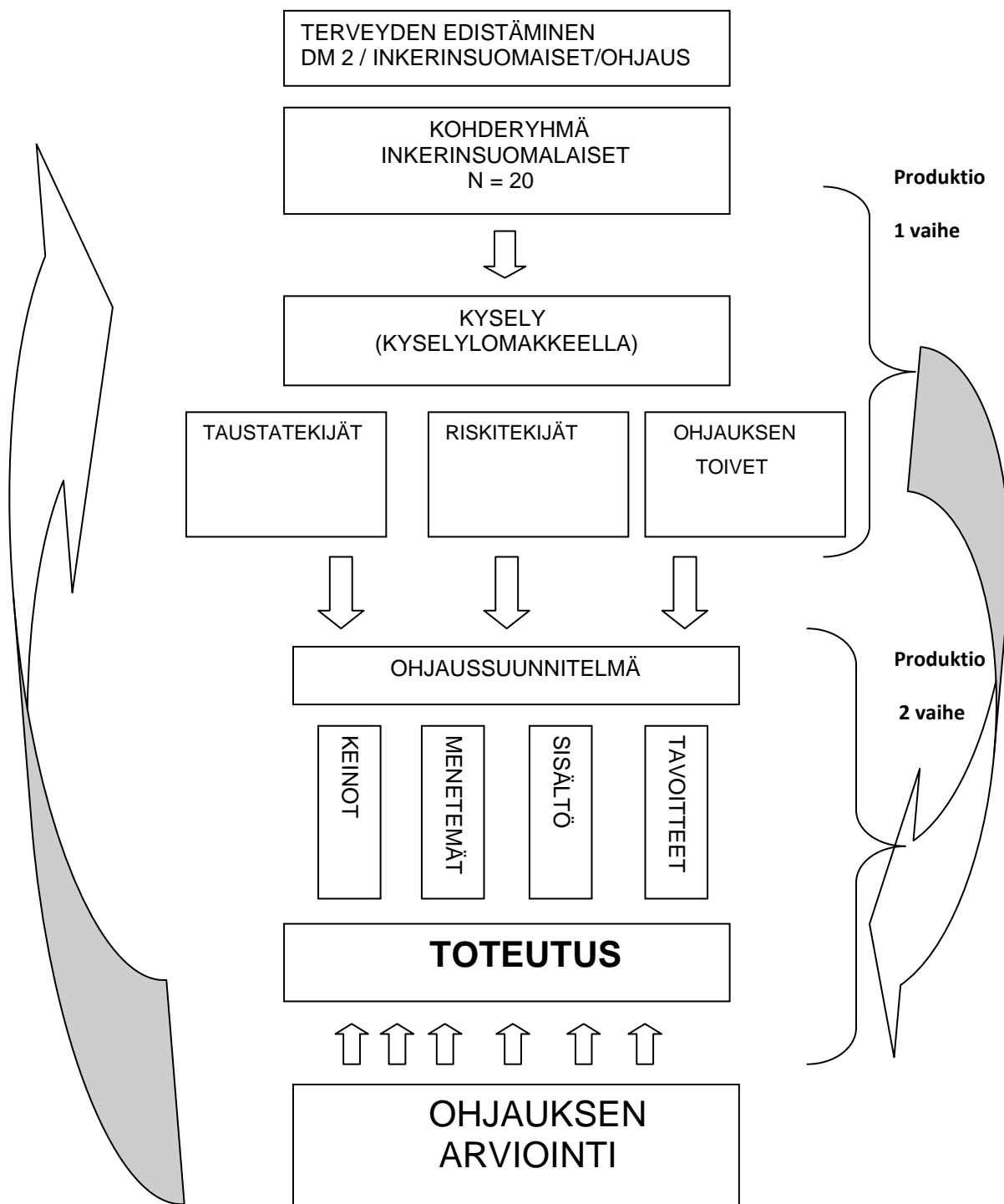
- Kangas, Tero 2003. Vastavaikuttajahormonit nostavat verensokeria. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rön-nemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 199-200.
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaa-minen. Helsinki: WSOY.
- Kaukkila, Veli & Lehtonen, Elisa 2008. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänoh-jaajan taitoja tarvitsevalle. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Kirkinen, Heikki 1991. Inkerin keskiaika ja uuden ajan alku vuoteen 1617. Teok-sessa Pekka, Nevalainen & Hannes, Sihvo (toim.) Inkeri historia, kansa, kulttuuri. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 35–66.
- Kiviniemi, Kari 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Juhani, Aal-tola & Raine, Valli (toim.) Ikkunoita tutkimus-metodeihin 2. Näkö-kulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylällä: PS-Kustannus, 68-98.
- Koponen, Päivikki; Hakulinen, Tuovi & Pietilä, Anna-Maija 2002. Asiakas ja ter-veyspalvelut. Teoksessa Anna-Maija, Pietilä; Tuovi, Hakulinen; Ei-la, Hirvonen; Päivikki, Koponen; Eeva-Maija, Salminen & Kirsi, Siro-la (toim.) Terveiden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Hel-sinki: WSOY, 78–130.
- Kylmä, Jari; Pietilä, Anna-Maija & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002. Terveiden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Anna-Maija, Pietilä ym. (toim.) Terveiden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 62–76.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvo-nen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kähärä, Marja-Leena 2001. Onnistumiset ja kehittämisaalueet; Palaute järjestö-
jen vuonna 2000 toteuttamista terveyden edistämisen hankkeista. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Leppäluoto, Juhani; Kettunen, Raimo; Rintamäki, Hannu; Vakkuri, Olli; Vier-i-maa, Heidi & Lätti, Sole 2007. Anatomia fysiologia. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Miettinen, Helena 1993. Kohtalontie kuka olen – minne kuulun. Hämeenlinna: Karisto.
- Miettinen, Helena 2004. Menetetyt kodit, elämät, unelmat: suomalaisuus paluumuuttajastatukseen oikeutettujen venäjänsuomalaisten narratiivisessa itsemäärittelyssä. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Miten alkoholi vaikuttaa 2003. Diabetes ja alkoholi. Opas. Tampere: Suomen Diabetesliitto, 4.
- Mustajoki, Petri 2009. Diabeteksen jalkaongelmat ja niiden ehkäisy. Lääkärikirja. Viitattu 14.11.2010. www.terveyskirjasto.fi
- Nevalainen, Pekka 1991. Inkerinmaan ja inkeriläisten vaiheet 1900-luvulla. Teoksessa Pekka, Nevalainen & Hannes, Sihvo (toim.) Inkeri historia, kansa, kulttuuri. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran kirjapaino, 234–299.
- Nykänen, Maija & Rönmark, Anni 2007. Keski-ikäisten miesten riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen. Sairaanhoidajan terveyttä edistävä hoitotyö. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Ojala, Maija 2002. Diabetes osana elämää. Helsinki: Ajatus.
- Partanen, Raija 2007. Maahanmuuttajien ruokavaliot ja ravitsemus. Helsinki: Dieettimedia.
- Paulún, Frederik 2002. Verensokeriblues – kirja glykeemisestä indeksistä. Helsinki: Bazar.
- Pietilä, Anna-Maija; Eirola, Raija & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävissä asiakastyössä. Teoksessa Anna-Maija, Pietilä ym. (toim.) Terveysten edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 148–171.
- Pitkänen, Maarit, & Jaakkola, Antero (toim.) 1997. Inkerinsuomalaiset kunnassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Ranta, Raimo 1991. Inkerinmaan hallinto ja oikeuslaitos 1617–1917. Teoksessa Pekka, Nevalainen & Hannes, Sihvo (toim.) Inkeri historia, kansa, kulttuuri. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 103–158.
- Reijonen, Merja 2002. Tila ja kulttuurinen identiteetti. Etnisen Neuvostoliiton alueelta tulleiden paluumuuttajien kulttuurisen identiteetin muodostaminen Suomessa asutun vuoden aikana. Helsinki: Yliopistopaino.

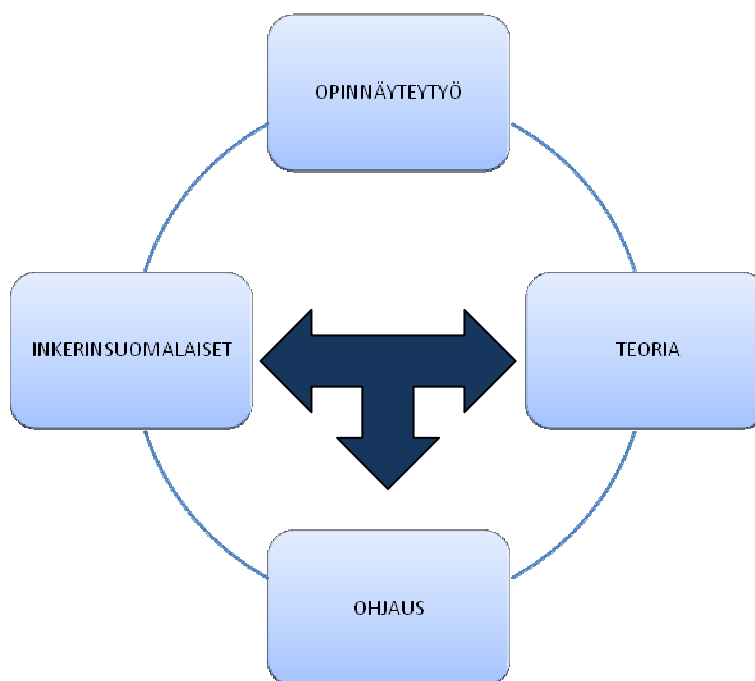
- Roudak, Olga 2010. Tiedon merkitys hoitoon sitoutumisessa. Miten tieto vaikuttaa venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien sitoutumiseen tyypin 2 diabeteksen hoitoon? Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Runsas ja pitkäaikainen käyttö haitaksi terveydelle 2003. Diabetes ja alkoholi. Opas. Tampere: Suomen Diabetesliitto, 16.
- Rönnemaa, Tapani & Summanen, Paula 2006. Diabeteksen vaikutukset elimistössä. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 387–452.
- Saraheimo, Markku & Kangas, Tero 2003. Mitä diabetes on? Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 8–9.
- Saraheimo, Markku & Kangas, Tero 2006 a. Diabeteksen alamuodot. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Karisto, 13–19.
- Saraheimo, Markku & Kangas, Tero 2006 b. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 20–21.
- Saraheimo, Markku & Rönnemaa, Tapani 2006. Lisäsairauksien ehkäisy vanhuusiässä tyypin 2 diabeteksen sairastuneilla. Teoksessa Pirjo, Ilanne-Parikka; Tero, Kangas; Eero, Kaprio & Tapani, Rönnemaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 344–345.
- Saressalo, Lassi 2000. Inkeri. Kertomus Inkerin kansoista ja kulttuureista. Tampere: Tampereen Museoiden julkaisuja.
- Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa 1998. Lihavuus ja elämänkaari. Teoksessa Ossi, Rahkonen & Eero, Lahelma (toim.) Elämänkaari ja terveys. Helsinki: Gaudeamus, 101–118.
- Sihvo, Hannes 1991. Inkeriläisten identiteetti muutosten paineissa. Teoksessa Pekka, Nevalainen & Hannes, Sihvo (toim.) Inkeri historia, kansa, kulttuuri. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 343–355.
- Suomeen vielä 3 500 paluumuuttajaperhettä 2007. Inkeri-lehti 10/2007, 2.
- Takalo, Pirja & Juote, Mari 1995. Inkerinsuomalaiset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Pakolaistoimisto.

- Takalo, Pirja 1994. Inkerinsuomalaiset paluumuuttajina. Selvitys inkerinsuomalaisten integraatiosta ja viranomaispalvelujen käytöstä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tanskanen, Jari 2011. Inkerinsuomalaisten paluumuutto-oikeus halutaan poistaa. Yle Uutiset. Viitattu 5.1.2011.
http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/09/inkerinsuomalaisten_paluumuutto-oikeus_halutaan_poistaa_1956546.html
- Tuomi, Juoni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Uusitalo, Hannu 1996. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY.
- Valli, Raine 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Juhani, Aaltola & Raine, Valli (toim.) Ikkunoita tutkimus-metodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylällä: PS-Kustannus, 100-112.
- Vartiovaara, Ilkka 2004. Voimaa eustressistä. Helsinki: Duodecim.
- Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter 1998. Sisätaudit. Porvoo: WSOY.
- Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter 2005. Sisätaudit. Porvoo: WSOY.
- Vehmanen, Mari 2009. Ryhmässä on voimaa. Diabetes-lehti. 12/2009, 30–31.
- Vertio, Harri 1992. Terveyden edistäminen. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutusseura.
- Winell, Klas & Reunanen, Antti 2006. Diabetesbarometri 2005. Tampere: Suomen Diabetesliitto.
- Välimäki, Matti; Sane, Timo & Dunkel, Leo 2000. Endokrinologia. Helsinki: Duodecim.

LIITE 1: Opinnäytetyön kokonaisuus 1



LIITE 2: Opinnäytetyön kokonaisuus 2

Opinnäytetyön kokonaisuus 2

LIITE 3: Tutkimuslupa-anomus

Xxxxx Xxxxx
Inkeri-keskus ry
Hämeentie 103 A
00550 Helsinki

HELSINKI 15.11.2010

ASIA: TUTKIMUSLUPA – ANOMUS

Hyvä toiminnanjohtaja XXXX XXXXXXXX,

Opiskelemme sairaanhoitajaksi Diakonia – ammattikorkeakoulussa. Opiskelumme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Tutkimuksen tekeminen on opinnäytetyön osa.

Tutkimusaiheemme on ikääntyneiden inkerinsuomalaisten tyyppin 2 diabeteksen riskien tunnistaminen. Haluaisimme haastatella inkerinsuomalaisia kyselylomakkeella, jossa kartoitamme 2 tyyppin diabeteksen riskitekijöitä.

Haastattelun tuloksien perusteella haluaisimme järjestää tarvittava ohjausta ikääntyneille inkerinsuomalaisille ja haluaisimme antaa heille tietoja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisystä.

Pyydämme ystävällisesti lupaa tehdä tutkimusta Inkeri-keskuksessa ja pitää ohjausta inkerinsuomalaisille.

Tutkimus tehtäisiin marraskuussa 2010 ja ohjaus pidettäisiin tammi-kuussa 2011. Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyön valmistuttua hävitämme aineiston.

Tutkimustamme ohjaajat Eva Laine (puh. xx xx xx xx) ja Marianna Zotow (puh. xx xx xx xx) Diakonia – ammattikorkeakoulusta.

Yhteistyöstä kiittäen

Dmitri Inginen Elina Kuznetsova Inna Homenok
Sairaanhoitajaopiskelijat

LIITE 4: Kyselylomake tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskistä

KYSELYLOMAKE TYYPIN 2 DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKISTÄ***Arvoisa vastaaja!***

Kyselymme kartoittaa 2 tyypin diabeteksen riskiä. Pyytäisimme Teitä vastaamaan kaikkiin kysymyksiin.

Kyselyyn vastatessanne ympyröikää yksi vaihtoehto.

Asiakkaan luvan saaminen

1. Annatteko Meille luvan käyttämään saaneet tiedot opinnäytetyötämme varten?

a) Kyllä

b) Ei

Perustelut _____

I. Taustakysymykset***Ympyröikää yksi vaihtoehto***

2. Oletteko inkerinsuomalainen?

a) Kyllä

b) Puoliso on

c) En

3. Kuinka kauan olette asuneet Suomessa?

a) Alle 5 v.

b) 10- 5 v.

c) Yli 10

4. Teidän suomen kielitaitoanne on?

a) Sujuva kielitaito

b) Tavallisien tekstien ja arkipäivien puhumisen ymmärtäminen

c) En osaa suomea

5. Sukupuoli

a) Nainen

b) Mies

6. Teidän siviilisäätynne on?

a) Naimisissa

b) Avoliitossa

c) Naimaton

d) Eronnut

e) Leski

II. Riskien tunnistaminen

Ympyröikää yksi vaihtoehto, tai kirjoittakaa vastaus riville

Taustatekijät

7. Ikä

- a) 45–54 v.
- b) 55–64 v.
- c) Yli 65v.

8. Painonne?

- a) _____ kg

9. Pituutenne?

- a) _____ cm

10. Mikä on vyötärön-ympärysmittanne?

Miehet

- a) Alle 94cm
- b) 94–102 cm
- c) Yli 102 cm

Naiset

- a) Alle 80 cm
- b) 80–88 cm
- c) Yli 88 cm

Perinnöllisyys

11. Onko perheenjäsenillänne tai sukulaisillanne todettu diabeteksestä (tyypin 1 tai 2 diabeteksestä)?

- a) Ei
- b) Kyllä (yhdellä vanhemmilla tai molemmilla vanhemmilla)
- c) En osaa sanoa

Terveydentila

12. Onko Teillä verenpainetauti?

- a) Ei
- b) Kyllä

13. Onko Teillä muita sairauksia?

- a) Ei
- b) Kyllä, mikä _____ (Kirjoittakaa vastaus)

14. Mitä lääkkeitä käytätte säännöllisesti?

- a) En käytä
- b) _____ (lääkkeen nimi)

15. Tunnetteko omat verensokerinarvot?

- a) Kyllä
- b) En

16. Tarkastatteko säännöllisesti omat verensokerin arvot mittaamalla?

- a) Kyllä
- b) En

17. Onko verensokerinne joskus todettu olevan koholla?

- a) Ei
- b) Kyllä

18. Missä omat verensokeriarvot voidaan mitata? **(Kirjoittakaa vastaus riville)**

19. Onko Teillä kohonnut kolesteroliarvo?

- a) Ei
- b) Kyllä
- c) En tiedä

Ravinto

20. Oletteko huomanneet muutoksia ruokavaliossanne Suomeen muuton jälkeen?

- a) Kyllä
- b) En

21. Mikä muutoksia Suomessa on ruokavaliossanne tapahtunut? **(Kirjoittakaa vastaus riville)**

22. Kuinka usein syötte kasviksia?

- a) Päivittäin
- b) Harvemmin kuin joka päivä
- c) Kerran viikossa
- d) En koskaan

23. Kuinka usein syötte hedelmiä tai marjoja?

- a) Päivittäin
- b) Harvemmin kuin joka päivä
- c) Kerran viikossa
- d) En koskaan

Hyvinvointi

24. Paljonko liikutte päivittäin?

- a) 2 tuntia
- b) 1 tunti
- c) 30 minuuttia

25. Mitä liikuntaa harrastatte? **(Kirjoittakaa vastaus riville)**

26. Oletteko stressaantunut joista syistä viimeisenä aikana?

- a) En
- b) Kyllä

Päihteiden käyttö

27. Käyttekö alkoholia?

- a) En
- b) Kyllä

28. Kuinka usein käytätte alkoholia?

- a) Kerran kuussa tai kerran viikossa
- b) Kaksi kertaa viikossa
- c) Enemmän, kuin kaksi kertaa viikossa

29. Poltatteko tupakkaa?

- a) En
- b) Kyllä

Tieto

30. Tiedättekö, mitä 2 tyypin diabetes tarkoittaa?

- a) Kyllä
- b) En

31. Onko Teillä tietoa tyypin 2 diabeteksestä?

- a) Kyllä
- b) Ei

32. Mitä tietoa Teillä on 2 tyypin diabeteksestä? **(Kirjoittakaa vastaus riville)**

33. Mistä Te olette saaneet tietoa 2 tyypin diabeteksestä? **(Kirjoittakaa vastaus riville)**

34. Haluaisitteko lisätietoa tyypin 2 diabeteksestä?

- a) Kyllä
 - b) En, jos ei
- Perustelut _____

35. Oletteko käyneet joskus tyypin 2 diabeteksen ohjauksessa?

- a) Kyllä
- b) En

36. Seuraavat väittämät koskevat Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiin

Vastaa seuraaviin väittämiin niin, että 1 = Täysin eri mieltä 2 = Jokseenkin eri mieltä 3 = Jokseenkin samaa mieltä 4 = Täysin samaa mieltä (**Ympyröikää vastauksenne**)

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiä vähentävät

Ikä yli 45	1	2	3	4
Terveelliset elintavat	1	2	3	4
Positiivinen elämänsenne	1	2	3	4
Terveellinen ravinto	1	2	3	4
Säännöllinen liikunta	1	2	3	4
Oman painohallinnan seuranta	1	2	3	4
Aktiivinen sosiaalinen elämä	1	2	3	4
Sairaudesta tietämättömyys	1	2	3	4
Elämässä jatkuva stressi	1	2	3	4

III. Seuraavat väittämät koskevat tiedonsaantia tyypin 2 diabeteksestä

Vastaa seuraaviin väittämiin niin, että 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Täysin samaa mieltä (**Ympyröikää vastauksenne**)

37. Olen halukas saamaan lisää tietoa 2 tyypin diabeteksestä	1	2	3	4
38. Tiedon avulla voin vaikuttaa omaan terveydentilaani parantamiseksi	1	2	3	4
39. Minun voimavarani ovat riittävät vaikuttamaan terveydentilaani hyväksi	1	2	3	4
40. Tyypin 2 diabeteksen ennalta ehkäisy on tärkeää	1	2	3	4
41. Omatoiminen 2 tyypin diabeteksen ehkäiseminen on tärkeää	1	2	3	4

IV. Toivomukset ja odotukset tyypin 2 diabeteksen ohjaukselle

Tähän voitte kirjoittaa, minkälaisia tietoja haluaisitte saada ohjauksen aikana?

V. Asiakaspalaute ohjauksen jälkeen

1. Pidimmekö ohjauksen Teidän toivomuksienne ja odotuksienne mukaan?
 - a) Kyllä
 - b) Ei

2. Oliko ohjaustilanneessa hyvä ilmapiiri?
 - a) Kyllä
 - b) Ei
 - c) En osaa sanoa

3. Oliko ohjauksemme Teille riittävä?
 - a) Kyllä
 - b) Ei

4. Oliko ohjauksemme Teille positiivinen?
 - a) Kyllä
 - b) Ei

5. Oliko ohjauksemme Teille selkeä?
 - a) Kyllä
 - b) Ei
 - c) En osaa sanoa

6. Saitteko riittävästi tietoa?
 - a) Kyllä
 - b) Ei

7. Tuliko tästä ohjauksesta Teille apua?
 - a) Tuli hyvää apua
 - b) Ei tullut apua

Perustelut _____

8. Miten Te olette kokeneet tämän ohjauksen?
 - a) Kiitettävä
 - b) Hyvä
 - c) Tyydyttävä
 - d) Huono

9. Haluatteko vaikuttaa tämän ohjauksen jälkeen Teidän omiin elämäntapoihinne, jotta voittaisitte ehkäistä 2 tyypin diabeteksen?
 - a) Kyllä,

miten?

b) En,

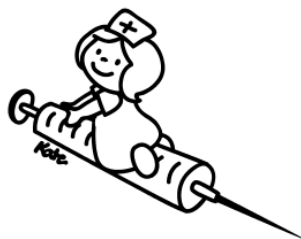
miksi?

10. Oma mielipide ohjauksesta,

KIITOS AVUSTA!

Lomakkeen osat

- Asiakkaan luvan saaminen
- I. Taustakysymykset
- II. Riskien tunnistaminen
- c) Taustatekijät
- d) Perinnöllisyys
- e) Terveystila
- f) Ravinto
- g) Liikunta
- h) Stressitekijä
- i) Päihteiden käyttö
- j) Tieto
- III. Asiakkaan asenne
- IV. Toivomukset ja odotukset
- V. Ohjauksen jälkeen asiakkaan palaute



LIITE 5: Kutsu-kirje

24.01.2011

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО К ПРИГЛАШЕНИЮ НА ЛЕКЦИЮ ПОСВЯЩЕННОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ ВТОРОГО ТИПА ДИАБЕТА

Уважаемая госпожа

Вы участвовали в анкетировании на тему выявления рисков по второму типу диабета. На основании полученных результатов мы хотели бы, Вас пригласить на лекцию посвященную профилактике второго типа диабета. Где Вы получите основные данные о заболевании и его профилактике в условиях повседневной и обыденной жизни.

Со своей стороны еще раз хотели бы поблагодарить Вас за ваше участие и активность.

Очень надеемся также, что Вы посетите данную лекцию. Лекция подготовлена по индивидуальному плану и рассчитана специально для Вас исходя из Ваших потребностей.

Если у Вас есть желание исследовать Ваш уровень глюкозы в крови, мы готовы предложить Вам экспресс тестирование. Для этого хотели бы Вам напомнить, что исследования проводятся, как правило, на голодный желудок.

Приложение: 1.Приглашение на лекцию

С глубоким уважением ,

Дмитрий Ингинен

Элина Кузнецова

Инна Хоменок

Diakonia – ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat

LIITE 6: Kutsu ohjaukseen

KUTSU

Tervetuloa kuuntelemaan luentoa!



Aihe: 2 tyypin diabeteksen ehkäisykeinot

Inkeri-keskus 28.1.2011, kello 11.00 alkaen Diakonia –

ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat:

Dmitri Inginen, Elina Kuznetsova, Inna Homenok

LIITE 7: Kohderyhmän ohjaussuunnitelma (Toinen produktion vaihe)

Ohjauksen päivämäärä: 28.1.2011, klo 11

Ohjauksen paikka: Kontulan Inkeri-keskus

Ohjauksen kesto: 2,5 tuntia

Ohjauksen kielet: suomen kieli, venäjän kieli

Ohjauksen osat: Alkuosa, konkreettinen osa ja loppupalaute

Yhteistyö: Suomen Diabetesliitto

Ohjauksen lukijat: Dmitri Inginen, Elina Kuznetsova, Inna Homenok

Ryhmän ohjaus suunniteltiin tammikuun lopussa Inkeri-keskuksessa kokouksissa. Kohderyhmään kuului 20 henkilöä. Tämä ryhmä on ihmissuhderyhmä, joka koostuu ikääntyneistä inkerinsuomalaisista. Ryhmässä kaikki ihmiset tuntevat hyvin toisiansa ja tapaavat yleensä kerran tai kaksi kertaa viikossa. Puhelimitse varmistimme ryhmän tapaamisen, joka oli 28.1.2011. klo 11.00–14.00. Laitoimme kohderyhmään kuuluville ihmisille kutsut ja liittyvät asiakirjat postitse.

Ohjauksen tavoite oli 2 tyypin diabeteksen ehkäisy. Ohjauksessa suunnittelimme antaa tieto 2 tyypin diabeteksen ehkäisykeinosta ja sairaudesta. Ohjausta varten olimme ottaneet yhteyttä puhelimitse Helsingin diabetesliittoon ja sovimme tapaamisen diabeteshoitajan kanssa. Sieltä saimme neuvoa, paljon kirjallisuutta sekä esitteitä ohjaukselle. Laadimme ohjaussuunnitelman ennen ohjausta (katso taulukko 1.) ”Ohjauksen rakenne”. Virallinen ohjauskieli oli suomi, mutta otettiin huomioon kohderyhmän venäjänkielisen taustan ja tarvittaessa käännettiin venäjän kielelle. Suunnittelimme innostaa ja motivoida kohderyhmää seuraavasti: järjestimme juhlat, verensokerinmittaamisen ja verenpainemittauksen. Sen lisäksi suunnittelimme liikuntaharjoitukset. Ohjauksen loppuksi suunniteltiin pyytää kohderyhmän loppupalaute.

TAULUKKO 1. Ohjauksen rakenne

Ohjaus: 2 tyypin diabeteksen ehkäisykeinot				
Kohderyhmä	Tavoite	Menetelmä/ Kei- not	Aika	Opiskelija
Ikääntyneet inkerinsuomalaiset	Innostaa ja motivoida	Koristelu (juhla)	25 min.	1,2,3 *
		VS - mittaaminen	25 min.	1,2*
		RR -mittaaminen	10 min.	3*
	Tiedon antaminen 2 tyypin diabetesta	Luento	30 min.	1*
		Esitteet		
		Keskustelu		
		Kysymykset		
	Elintapojen muuttaminen (ehkäisy)	Liikunta- harjoitukset	15 min.	2*
		Terveellisestä ravinnosta keskustelu (lautasmalli)	15 min.	3*
	Loppupalaute	Kyselylomakkeella ja havainnoinnilla	30 min.	1,2,3*
				*opiskelijan järjestys
Yhteensä: 2,5 tuntia				

OHJAUKSEN SISÄLTÖ

Koristelu – ennen ohjausta suunnittelimme koristeilla ohjaustilaa, koska halusimme tuoda mukavaa ja hyvää ilmapiriä.

1. Ohjauksen alkuosa:

a)Vapaaehtoinen verensokerin ja RR mittaaminen – inkerinsuomalaiset, jotka olivat halukkaita. Heidän varten oli suunniteltu verensokerin mittaaminen.

Tavoite: VS- mittaaminen.

Ohjauksen aikana keskusteleminen ja kysymyksiin vastaaminen.

2. Ohjauksen konkreettinen osa:

a) Suullisen tiedon antaminen – annoimme tietoa 2 tyypin diabeteksen käsitteestä, riskeistä, oireista, verensokeriarvoista ja lisäsaireudesta. Esitteiden antaminen (diabetesliitosta).

Tavoite: Tiedon antaminen.

Ohjauksen aikana keskusteleminen ja kysymyksiin vastaaminen.

b) 2 tyypin diabeteksen ehkäisy – painohallinnan, terveellisen ruokavalion ja liikunnan käsitteleminen.

Tavoite: Elintapojen muuttaminen.

Ohjauksen aikana keskusteleminen ja kysymyksiin vastaaminen.

Esimerkkien antaminen.

c) Liikunnan harjoittelu – Oli suunniteltu tuoda esille liikunnan harjoitteluun muutamia esimerkkiä.

Tavoite: Peruskunnon koheneminen ja motivointi.

Ohjauksen aikana keskusteleminen ja kysymyksiin vastaaminen.

3. Ohjauksen loppupalauteosa:

a) Keskustelu ja kysymyksiin vastaaminen.

b) Palautteiden saaminen ohjauksesta – ohjauksen jälkeen suunnitelimme saada kohderyhmän palautetta.

Tavoite: Keskustelu ja loppupalaute.

Ohjauksen aikana keskusteleminen ja kysymyksiin vastaaminen.

LIITE 8: Muistilista ikääntyneille ihmisille arkipäivään

IKÄÄNTYNEILLE IHMISILLE ARKIPÄIVÄN MUISTILISTA OHJEISTA, JOTKA AUTTAVAT YLLÄPITÄMÄÄN TERVEYTTÄ JA EHKÄISEMÄÄN 2 TYYPIN DIABETEKSEN PUHKEAMISTA



- MUISTA, ETTÄ ELÄMÄNTAPAMUUTOKSILLA JA HUOLELLISELLA HOIDOLLA VOIT EHKÄISTÄ DIABETEKSEN PUHKEAMISTA.
- LIIKU SÄÄNNÖLLESTI JOKA PÄIVÄ VÄHINTÄÄN 30 MIN.
- SÄÄNNÖLLISEN PAINON SEURANNAN AVULLA OPIT TIETÄMÄÄN ONKO SYÖMÄSI MÄÄRÄ SOPIVA.
- PUNNITSE ITSESI VÄHINTÄÄN KERRAN VIIKOSSA. MERKITSE TULOS VIHKOON. JOS PAINO ON LISÄÄNTYNYT, SYÖT LIIKAA.
- 3-5 ATERIAA PÄIVÄSSÄ ON SOPIVA MÄÄRÄ. ATERIAN KOKO ON HYVÄ MITATA LAUTASMALLIN MUKAAN.
- SYÖ VÄHÄRASVAISTA RUOKAA. VALITSE VÄHÄRASVAISIA MAITOTUOTTEITA JA LIHASVALMISTEITA.
- SYÖ ATERIALLA SALAATTEJA SEKÄ KYPSENNETTYJÄ KASVIKSIA.
- SYÖ RUIS- JA MONNIVILJALEIPÄÄ, PUUROA, SEKÄ HEDELMIÄ JA MARJOJA.
- KÄYTÄ SUOLAA VÄHÄN.
- JANOON JUO VETTÄ TAI VÄHÄSUOLAISIA KIVENNÄISVESIÄ.
- RUOANVALMISTUKSESSA JA SALAATINKASTIKKEISTA KÄYTÄ ÖLJYÄ.
- LEIVÄN PÄÄLLE VALITSE KEVYTMARGARIINIA.
- VÄLTÄ STRESSIÄ.
- RENTOUTUMINEN JA VIRKISTYMINEN LASKEVAT STRESSITASOJA.
- NAURAMINEN SYNNYTTÄÄ PALJON POSITIIVISIA EMOOTIOITA.
- HUUMORI VÄHENTÄÄ STRESSIHORMONIEN MÄÄRÄ.
- MUISTA, JOS TERVEYSMUUTOKSIA ON TULLUT, SELLAINEKIN TILANNE ON MAHDOLLISTA PARANTAA OIKEILLA HOITOTOIMILLA.¹