



Päivi Tuominen

RYHMÄOHJAUKSEN SOVELTUVUUS TYYPIN 2 DIABETEKSEN
VARHAISVAIHEEN POTILaidEN OHJAUKSESSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

2008

RYHMÄOHJAUKSEN SOVELTUVUUS TYYPIN 2 DIABETEKSEN VARHAISVAIHEEN POTILAIEN OHJAUKSESSA

Tuominen, Päivi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
Sosiaali- ja terveysala Pori
Syyskuu 2008
Ohjaaja: Kangassalo, Ritva, TtL
YKL: 59.533
Sivumäärä: 44

Avainsanat: elämäntapaohjaus, ryhmäohjaus, tyypin 2 diabeteksen varhaisvaihe

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kokeilla ryhmäohjausta tyypin 2 diabeteksen varhaisvaiheen potilaille. Opinnäytetyössä kuvataan ryhmäohjauksen toteutumista ja vaikuttavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää toimiva työmenetelmä potilaiden ohjaukseen yksilöohjauksen rinnalle. Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä on saatu uutta tietoa ryhmäohjauksesta ja sen toimivuudesta elämäntapaohjauksen välineenä.

Opinnäytetyön ryhmäohjaukseen osallistui neljä henkilöä. Heillä kaikilla oli paastoverensokeri yli kuuden, mutta alle seitsemän. Ryhmä kokoontui kolme kertaa syksyllä 2007 ja seurantakäynti oli maaliskuussa 2008. Seurantakäynnillä toteutettiin myös ryhmähaastattelu, jossa ryhmän jäsenet kertoivat kokemuksiaan ryhmästä ja sen toimivuudesta.

Ryhmän jäsenet saivat näkyviä tuloksia aikaan. Kolmen henkilön paastoverensokerit laskivat alle kuuden lukemiin, yhden henkilön paastosokeri pysyi ennallaan, mutta hänenkin pitkäaikaisverensokeriarvo laski. Myös ryhmän jäsenten painoissa tapahtui pudotusta keskimäärin 7,1 kiloa ja vyötärön ympärysmitta pieneni keskimäärin 7,5 cm.

Ryhmäohjaukseen osallistuneet henkilöt olivat tyytyväisiä ryhmään ja ryhmässä toimimiseen. Ryhmän jäsenyys oli antanut motivaatiota ja kannustusta elämäntapamuutoksiin.

Diabeteshoitajan työssä ohjaan yhä lisääntyvässä määrin tyypin 2 diabeteksen varhaisvaiheen potilaita. Tämä opinnäytetyönä suoritettu ryhmäohjaus osoittaa, että se on toimiva ja tuloksia tuottava ohjauskeino diabeteksen varhaisvaiheen potilaiden neuvonnassa. Ryhmäohjauksen voidaan todeta olevan hyvä vaihtoehto yksilöohjauksen rinnalle.

Jatkotutkimusehdotus tämän projektityön pohjalta voisi olla näiden ryhmäohjauksessa käyneiden henkilöiden seurannan järjestäminen. Seurantaryhmän avulla ryhmään osallistuneiden henkilöiden motivaatio elämäntapamuutoksiin säilyisi tulevaisuudessa.

SUITABILITY OF GROUP GUIDANCE FOR COUNSELLING PATIENTS WITH PRE- DIABETES

Tuominen, Päivi
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
September 2008
Tutor: Kangassalo Ritva LicNSc
UDC: 59.533
Number of Pages: 44

Key Words: group guidance, life style guidance, pre-diabetes

The purpose of the present graduation work was to carry out experimental group guidance for pre-diabetes patients. The procedure and effects of group guidance are introduced in this paper. The aim was to develop a working tool for patient guidance to be used alongside individual guidance. The graduation work has shed new light on group guidance and the way it works in life style guidance.

The group guidance of the graduation work was attended by four individuals. They all had a fast blood sugar level of over six but under seven. The group convened three times in the autumn of 2007. A control meeting was arranged in March, 2008. This included a group interview, in which the members told about their experiences of the group and how it had worked.

There were visible results in the members of the group. For three of them the fast blood sugar level was reduced to under six. In the case of one member the level remained unchanged, but even now her HbA1c became lower. There was also a reduction of 7,1 kilograms on average in the weights of the members and the waistlines went down by 7,5 cm on average.

The persons participating in the group guidance were satisfied with the group and working in a group. This had increased their motivation and boosted life style changes.

The group guidance of the present graduation work indicates that it is a working and result-yielding tool in the guidance of pre-diabetes patients. Group guidance constitutes a good alternative for individual guidance.

On the basis of this graduation work, arranging control meetings with the individuals who attended the group guidance sessions might be a subject of further research. Thus, group members' motivation for life style changes would be maintained.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1	Tyypin 2 diabeteksen varhaisvaihe.....	6
2.2	Tyypin 2 diabetes.....	7
2.2.1	Metabolinen oireyhtymä.....	9
2.2.2	Tyypin 2 diabeteksen hoidon kulmakivet.....	11
2.2.3	Tyypin 2 diabeteksen lisäsairaudet.....	15
2.3	Elämäntapaohjaus.....	17
2.4	Ryhmäohjaus.....	20
3	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITEET.....	23
4	PROJEKTI JA SEN SUUNNITTELU.....	23
5	PROJEKTIN TOTEUTUS.....	25
5.1	Ryhmän kokoaminen.....	26
5.2	Ryhmän ensimmäinen kokoontuminen.....	28
5.3	Ryhmän toinen kokoontuminen.....	29
5.4	Ryhmän kolmas kokoontuminen.....	30
5.5	Ryhmän neljäs kokoontuminen.....	30
5.6	Ryhmän jäsenten tulosten yhteenveto.....	31
5.7	Ryhmähaastattelu.....	33
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	34
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET 1 - 3	

1 JOHDANTO

Diabetes on nopeasti yleistyvää kansanterveysongelma. Suomessa on arvioitu olevan noin 200.000 tyypin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä. Maassamme on arvioitu olevan paljon myös niitä, joiden diabetesta ei ole todettu ja jotka ovat vailla hoitoa ja ohjausta. Väestön ikärakenne, liikapainoisten kasvava määrä ja liikunnan väheneminen edistävät tyypin 2 diabeteksen yleistymistä. (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 23.)

Tyypin 2 diabeetikkojen määrän on arvioitu nousevan noin 70 prosentilla vuoteen 2010 mennessä, jolloin diabeetikoiden kokonaismäärä ylittää 300 000 rajan. Tyypin 2 diabeetikoista enemmistö hoidetaan perusterveydenhuollossa. Tämä aiheuttaa valtavat haasteet perusterveydenhuollossa ja sen resursseille. (DEHKO 2000 – 2010.) Koska resurssien lisäyksiä perusterveydenhuoltoon ei ole näkyvissä, niin silloin tarvitaan toimintatapojen ja resurssien käytön arviointia ja uusien menetelmien ideointia. (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 23.)

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma DEHKO on hyväksytty vuonna 2000 Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi. Ohjelman toteuttamisaika on vuosina 2000 - 2010. Dehko-ohjelman yhtenä päätavoitteena on tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Dehko on tuottanut paljon materiaalia diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvissä toimintakäytännöissä. Pyrkimyksenä on myös päästä yhtenäisiin hoitosuosituksiin koko maassa, jotta diabeetikko olisi tasa-arvoisessa asemassa hoidon ja sen saatavuuden suhteen asuinpaikasta riippumatta. (DEHKO- raportti 2007, 2.)

Jatkuvasti kasvava ylipainoisten henkilöiden joukko muodostaa ison riskiryhmän tyypin 2 diabetekseen. Lihomiselle alttiita ryhmiä ovat nuoret aikuiset, vähiten koulutetut, liikapainoisten vanhempien lapset, tupakoinnin lopettaneet ja vähän liikuntaa harrastavat. Ruokailutottumuksissa virvoitusjuomien ja makeisten kulutus on kasvanut, kovan rasvan käyttö on ennallaan, eikä pehmeiden rasvojen osuus ole lisääntynyt toivotulla tavalla. Myös hedelmien, marjojen ja kasvien kulutus jää alle suosituksen, joka on vähintään 500 g päivässä.

Myös elintarvikkeiden annoskoot ovat suurentuneet. Kuluttajat tottuvat huomaamatta isompiin ruokamääriin, jolloin kohtuullisen ja riittävän ruoka-annoksen arvioiminen vaikeutuu. Pienemmät pakkauskoot auttaisivat painokilojensa kanssa tuskailevaa kuluttajaa. Lihomisen taustalla on myös työ- ja arkiliikunnan väheneminen. Liikunta ei ole enää osa tavallista elämää, vaan sitä pitää lähteä erikseen harrastamaan. Televisio ja tietokoneet ovat pysäyttäneet ihmiset kotisohvilleen ja liikunnasta nauttiminen on yhä harvempien ihmisten intohimo. (Männistö, Lahti-Koski, Tapanainen, Laatikainen & Vartiainen 2004, 777–781.)

Tämän opinnäytetyön tekijä on työskennellyt Euran terveyskeskuksessa diabeteshoitajana neljä vuotta. Diabeteshoitajan työssä olen viime aikoina yhä enemmän ohjannut sellaisia potilaita elämäntapamuutoksiin, joiden verensokeri on lievästi koholla, mutta alle 7 mmol/l tai heillä on heikentynyt sokerinsieto. Tämän projektityön tarkoituksena oli toteuttaa kokeellinen ryhmäohjaus tyypin 2 diabeteksen varhaisvaiheen potilaille, jossa kuvataan ryhmäohjauksen toteutumista ja vaikuttavuutta. Projektityön tavoitteena oli kehittää toimiva työmenetelmä potilaiden ohjaukseen yksilöohjauksen rinnalle.

2 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tyypin 2 diabeteksen varhaisvaihe

Tyypin 2 diabetesta ennakoi jo aikaisemmin esiintyvät joko suurentunut paastoarvo tai heikentynyt sokerinsieto. Verestä sokeri siirtyy solujen ravintoaineeksi haiman erittämän insuliinin avulla. Lihavuusongelmaan voi olla liittynään insuliinin vaikutuksen tehottomuus eli insuliiniresistenssi. Insuliiniresistenssin seurauksena tarvitaan enemmän insuliinia, jotta sokeri siirtyisi soluihin. Häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta voidaan käytännössä todeta ennen diabeteksen puhkeamista 2 tunnin sokerirasituskokeella. Jos henkilöllä on insuliiniresistenssi, niin silloin verensokerin lasku tapahtuu hitaammin ja kahden tunnin kuluttua mitattu arvo jää normaalia korkeammaksi.

Tällaista tilannetta sanotaan heikentyneeksi sokerinsiedoksi, sitä voidaan myös kutsua esidiabetekseksi. Useimmilla siitä kärsivillä diabetes puhkeaa tulevien vuosien aikana. (Mustajoki 2007, 93.)

Paastoarvon ollessa 6.1 - 6.9 mmol/l, puhutaan plasman glukoosipitoisuuden suurentuneesta paastoarvosta = impaired fasting glucose, IFG. Normaali plasman glukoosin paastoarvo on 4.0 - 6.0 mmol/l. Jos sokerirasituskokeen kahden tunnin arvo tai 2 tuntia aterian jälkeen mitattu arvo on 7.8 - 11.0 mmol/l puhutaan heikentyneestä sokerinsiedosta = impaired glucose tolerance, IGT. Normaalina verensokeritasona kaksi tuntia ruokailusta pidetään alle 7.8 mmol/l:n jääviä lukemia. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2007, 1493.)

Jos tyypin 2 diabetes todetaan vasta oireiden perusteella, diagnoosi voi viivästyä 5-10 vuodella. Tällöin on tavallista, että tyypin 2 diabetes todetaan mahdollisesti siihen liittyvän komplikaation yhteydessä. Hoidon ja ohjauksen lähtökohdat ovat silloin haastavammat. Nykyään tavoitteena on löytää oireettomat diabeetikot riskiryhmiä seulovin toimenpitein. Kun tyypin 2 diabetes havaitaan ajoissa, niin elintapoihin kohdistuva ja lääkkeetön hoito ovat tehokkaampia. Tämän seurauksena hoidonohjauksen painotus on elämäntapamuutoksiin ohjaamisessa ja tukemisessa. (Ilanne-Parikka 2008, 19.)

2.2 Tyypin 2 diabetes

Diabetes on sairaus, jota luonnehtii plasman kroonisesti noussut glukoosipitoisuus. Tyypin 2 diabetes diagnoosi perustuu oireettomalla henkilöllä joko plasman sokeripitoisuuden suurentuneeseen paastoarvoon = vähintään 7 mmol/l tai sokerirasituskokeen plasman sokerin kohonneeseen kahden tunnin arvoon > 11 mmol/l. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2007, 1493.)

Tyypin 2 diabeteksessa on kyse joko insuliinin tehottomuudesta (insuliiniresistenssi) tai insuliinin erityksen häiriintymisestä. Insuliinin vaikutus on heikentynyttä lihaksissa, maksassa ja rasvakudoksessa. Kun insuliinia erittyy vähemmän tai sen teho on heikkoa, niin silloin maksa ”sokerivarastona” voi tuottaa yöllä ja aterioiden välillä verensokeria liikaa. (Saraheimo & Kangas 2006, 17.)

Tautiin voi liittyä äkillisiä ja kroonisia komplikaatioita, jotka vaikuttavat merkittävästi potilaan elämänlaatuun ja ennusteeseen. Kohonnut verensokeri saattaa johtua insuliinin puutteesta = tyypin 1 diabetes tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta ja erityksen vähenemisestä = tyypin 2 diabetes. Diabeteksen lisääntyessä erot tyyppien 1 ja 2 välillä ovat hämärtyneissä. Nykyään onkin tärkeämpää huomioida diabeteksen vaikeusaste ja etsiä paras mahdollinen hoitokeino, jotta voidaan välttää/vähentää komplikaatioiden syntyä. (Diabeteksen Käypä hoito-suositus 2007, 1491.)

Tyypin 2 diabetes voi olla alussa pitkään oireeton tai vähäoireinen ja siksi se usein diagnosoidaan vasta lisäsairauksien ilmaantumisen yhteydessä. Tyypin 2 diabetes voi myös löytyä ”yllätyksenä” jonkin muun tarkastuksen yhteydessä otetuissa verikoikeissa, esimerkiksi työterveystarkastuksessa. (Heinonen ym. 2002, 10.)

Tyypin 2 diabetes on prosessi, jossa elimistössä on alussa runsaasti insuliinia. Insuliinin vaikutus kudoksissa on heikentynyt ja verensokeri pysyy koholla, vaikka elimistö pyrkii korjaamaan tilannetta lisäämällä insuliinituotantoa. Ellei tähän pystytä vaikuttamaan elämäntapamuutoksilla = laihduttamalla, lisäämällä liikuntaa ja muuttamalla ruokavaliota, niin insuliinia tuottavat haiman solut alkavat väsyä ja insuliinin tuotanto vähenee. Kun nämä asiat yhdistyvät eli insuliinin vaikutus on heikentynyt ja sen erittymisessä on häiriöitä, niin silloin elimistössä on käytössä insuliinia liian vähän tarpeeseen nähden. Tämän seurauksena verensokeri nousee tavallista enemmän aterioiden jälkeen. (Aro 2007, 12.)

Ylipaino on tyypin 2 diabeteksen suurin vaaratekijä. FINRISKI – tutkimuksen (2002) mukaan työikäisten miesten painoindeksi oli keskimäärin $27,2 \text{ kg/m}^2$ ja naisten vastaava luku on $26,3 \text{ kg/m}^2$. Merkittävästi lihavien määrä eli painoindeksi $> 30 \text{ kg/m}^2$ oli miehistä 21 %:lla ja naisista 20 %:lla. (Diabeteksen Käypä hoito-suositus 2007, 1492.) Tyypin 2 diabeteksessa ylipaino keskittyy usein keskivartaloon, puhutaan keskivartalolihavuudesta ja omenavatsaisuudesta. Fyysinen aktiivisuus töissä ja vapaa-ajalla on vähentynyt merkittävästi viime vuosina. Kulutuksen vähentyessä ei huomioida ruoka-annosten koon pienentämistä ja tämän seurauksena syödään enemmän kuin kulutetaan ja paino alkaa nousta.

Liikunnan vähäisyys altistaa verensokerin nousulle. Liikunta lisää insuliiniherkkyyttä ja siten ehkäisee verensokerin liiallista kohoamista. (Saraheimo & Kangas 2006, 17.)

Tyypin 2 diabetes on myös vahvasti perinnöllinen sairaus. Sitä esiintyy usein suvuittain. Jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes, niin lapsen sairastumisriski on 40 %. Jos molemmilla vanhemmilla on tyypin 2 diabetes, niin lapsen riski sairastua siihen on 70 %. (Ilanne-Parikka, Kangas, Kaprio & Rönnemaa 2006, 15.)

Raskausdiabetes on tyypin 2 diabeteksen vaaratekijä. Raskaus- eli gestaatiidiabetes määritellään energia-aineenvaihdunnan häiriötilaksi, joka todetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana. Raskauden aikana, erityisesti istukan toiminnasta aiheutuvat muutokset heikentävät insuliinin tehoa. Tästä syystä insuliinin tarve lisääntyy, jos haiman kyky erittää insuliinia ei riitä, niin sen seurauksena verensokeri kohoaa. Kaikille raskaana oleville naisille, joilla tiedetään olevan diabeteksen riskitekijöitä, tehdään raskauden loppukolmanneksen aikana kahden tunnin sokerirasituskoet. Raskausdiabeteksen riskitekijöitä ovat: sokeria aamuvirtsassa, BMI > 25, 40-vuotias tai vanhempi synnyttäjä, äiti on aikaisemmin synnyttänyt > 4500 g painoisen lapsen, epäily suurikokoisesta sikiöstä, aikaisemman raskauden aikana todettu raskausdiabetes. (DEHKO 2000–2010.)

Raskausdiabeetikoilla on jopa 50 %:n riski sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavan 10 - 15 vuoden aikana. Raskausdiabeteksen seurantaohjeissa kehoitetaan seuraamaan verensokeriarvoa kerran vuodessa raskauden jälkeen. Ohjauksessa pitää kiinnittää huomiota myös painonhallinnan, liikunnan ja ruokavalion merkitykseen. (DEHKO 2000 - 2010.)

2.2.1 Metabolinen oireyhtymä

Tyypin 2 diabeetikoilla on hyvin usein liittyneenä myös laajempi aineenvaihdunnan häiriö kuin pelkästään sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Tätä laajempaa häiriötä kutsutaan nimellä metabolinen oireyhtymä = MBO tai MO. Henkilön katsotaan sairastavan metabolista oireyhtymää jos hänellä on vyötärölihavuuden lisäksi kaksi seuraavista luetelluista asioista: kohonnut verenpaine tai lääkitys siihen, korkea triglyseridipitoisuus tai lipidilääkitys, matala HDL-pitoisuus tai lipidilääkitys ja kohonnut paastosokeri tai todettu diabetes. (Saraheimo & Kangas 2006, 20.)

Metabolisen oireyhtymän määritelmä International Diabetes Federationin (IDF) mukaan:

- keskivartalolihavuus – vyötärön ympärysmitta
miehet vähintään 94 cm ja naiset vähintään 80 cm
lisäksi kaksi seuraavista kriteereistä:
- Triglyseridipitoisuus
vähintään 1,7 mmol/L tai suureen triglyseridipitoisuuteen kohdistuva lääkehoito
- HDL-kolesterolipitoisuus
miehillä alle 1,03 mmol/l ja naisilla alle 1,29 mmol/l tai pieneen HDL-kolesterolipitoisuuteen kohdistuva lääkehoito
- kohonnut verenpaine
systolinen vähintään 130 mmHg ja diastolinen vähintään 85 mmHg
tai aikaisemmin todetun verenpaineen lääkehoito
- plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo
vähintään 5,6 mmol/l tai aikaisemmin todettu tyypin 2 diabetes (Laakso 2005, 1523.)

Terveyden kannalta suositeltava vyötärön ympäryys on naisilla alle 80 cm ja miehillä alle 90 cm. Vyötärön ympäryys mitataan alimman kylkiluun ja suoliluun yläreunan puolivälistä normaalin uloshengityksen lopussa. Vyötärön ympäryksen kasvaessa naisilla > 90 cm ja miehillä > 100 cm, kasvaa lihavuuteen liittyvien sairauksien riski merkittävästi. (Ilanne-Parikka, Kangas, Kaprio & Rönnemaa 2006, 141.)

Metabolisen oireyhtymän hoidossa keskitytään erityisesti sydänsairauksien ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Hoito kohdennetaan ensisijaisesti oireyhtymän perushäiriöihin eli ylipainoon, keskivartalolihavuuteen ja insuliiniresistenssiin. Elintapojen muutokset korjaavat kaikkia metabolisen oireyhtymän häiriöitä ja sen takia ne ovat aina ensisijalla tämän syndrooman hoidossa. (Laakso 2005, 1527.)

Muutosten tärkeimpinä tavoitteina mainitaan:

- painon pudotus 5 - 10 % ensimmäisen vuoden aikana vähentäen energian saantia
- liikunnan osuuden lisääminen – vähintään puoli tuntia päivässä reipasta liikuntaa (kävely, uinti, pyöräily)
- tyydyttyneen rasvan, muiden rasvojen ja suolan kulutuksen vähentäminen sekä kuitupitoisten tuotteiden lisääminen ruokavalioon. (Laakso 2005, 1527.)

Metabolisen oireyhtymän hoidossa pitäisi myös kiinnittää huomiota unen riittävyyteen. Univaje ja uniapnea ovat yhteydessä lihavuuteen ja metaboliseen oireyhtymään. Syy-seuraussuhdetta ei ole vielä tarkkaan todistettu, mutta viime aikoina tehdyt tutkimukset ovat viittaamassa siihen, että univaje ja obstruktiivinen uniapneaoireyhtymä liittyvät metabolisen oireyhtymän patogeneesiin. Jokaiselta painonhallintavaikeuksien kanssa ponnistelevalta tulisikin tiedustella nukkumisaikoja ja unen laatua ja antaa siihen tarvittaessa ohjausta. (Saaresranta 2006, 15.)

2.2.2 Tyypin 2 diabeteksen hoidon kulmakivet

Tyypin 2 diabeetikon hoidossa perustan muodostavat terveelliset elintavat. Niihin voidaan luetella kuuluvaksi säännöllinen liikunta, painonhallinnasta huolehtiminen, painonpudotus tarvittaessa, sekä tarpeelliset muutokset ruokavaliossa. Pienelläkin painonpudotuksella, 5 - 10 % lähtöpainosta, on myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Pienikin painonpudotus alentaa verengluukoosia, verenpainetta ja se voi myös korjata rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. (Aro 2007, 12.)

Liikunta vaikuttaa myönteisesti myös metaboliseen oireyhtymään ja sen osatekijöihin, ja siten se myös ehkäisee tehokkaasti diabetesta ja verenkiertoelinsairauksia. Liikunnan on havaittu pienentävän huomattavasti tyypin 2 diabeetikon riskiä sairastua ja kuolla verenkiertoelinsairauksiin. Liikunta voi olla kestävyysliikuntaa, kuntosaliharjoittelua, arki- ja hyötyliikuntaa. Kuntosaliharjoittelun on todettu vähentävän keskivartalolihavuutta ja parantavan insuliiniherkkyyttä. Säännöllisesti toteutettu kestävyysliikunnan harjoittelu parantaa insuliiniherkkyyttä. Tämän seurauksena rasvakudos vähenee ja erityisesti vatsaontelon sisäinen rasva vähenee ja myös luustolihasen määrä lisääntyy ja laatu paranee. Liikunnan määrä ja sen aiheuttama energi-

ankulutus on painohallinnan kannalta tärkeämpää kuin rasittavuus. Uusimmissa terveysliikuntasuosituksissa korostetaan kohtalaisesti liikunnan merkitystä. (Laaksonen & Lakka 2007, 18–19.)

Tyypin 2 diabeetikoilla ikääntyminen, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, lihavuus ja lisäsairaudet voivat aiheuttaa rajoituksia liikunnan määrälle ja kuormittavuudelle. Tällöin voidaan pitää arkiliikunnan lisäämistä realistisimpana keinona lisätä kokonaisenergiankulutusta. (Laaksonen & Lakka 2007, 18–19.)

Liikunnalla on myös tärkeä merkitys henkisen hyvinvoinnin kannalta. Liikunta tuottaa parhaimmillaan mielihyvää ja se motivoi jatkamaan sen harrastamista. Liikunta ei kuitenkaan kaikille ole itsestäänselvyys ja silloin on parempi lähteä varovaisemmin liikkeelle ja kokeilla eri liikuntamuotoja, jotta löytää itselleen sen parhaimman ja toimivamman. Liikunta voi olla myös sosiaalisen kanssakäymisen muoto, esimerkiksi osallistuminen erilaisten liikuntaryhmien toimintaan. Yleiskunnan kohentuminen voi myös kohottaa oman itsensä arvostusta. (Heinonen, Heinonen, Huhtanen, Kallioniemi, Kokkonen & Turku 2002, 32–34.)

Liikkumisen energiankulutukseen lasketaan yhteen vapaa-ajan liikuntasuoritukset ja muusta lihastyöstä päivän aikana kertyvä kulutus. Tästä muun lihastyön osuudesta voidaan käyttää nimitystä perusliikunta tai sitä voidaan kutsua myös nimillä arkiliikunta, hyötyliikunta, päivittäisliikunta, patkäliikunta, tapaliikunta, elämäntapaliikunta ja luomuliikunta. Perusliikunta kuvaa kaikkea sellaista liikkumista, joka ei ole varsinaista suunniteltua vapaa-ajan liikuntaa. Perusliikunnan merkitys päivittäiselle energiankulutukselle on paljon suurempi kuin vapaa-ajan liikunnan. Vaikutus on siksi merkittävä, koska perusliikunta vaikuttaa pitkin päivää. (Mustajoki 2007, 71.)

Tyypin 2 diabetes on erittäin perusteltu syy pitää paino hallinnassa. **Painonhallinta** tarkoittaa sekä laihduttamista että laihdutustuloksen pitämistä laihdutuksen jälkeen. Painonhallintana pidetään myös sitä, että pysyy saavutetussa painossa, eikä paino uudelleen nouse. Terveellisen painon määrittämiseksi käytetään suhteellista painoa kuvaavaa painoindeksiä BMI (Body Mass Index).

Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden (metreissä) neliöllä. Normaalipainona pidetään painoindeksiä 20 - 25. Lukemat 25 - 29,9 merkitsee lievää lihavuutta,

30 - 34,9 merkittävää lihavuutta, 35 - 39,9 vaikeaa lihavuutta ja painoindeksi > 40 sairaalloista lihavuutta. (Heinonen 2006, 140.)

Painonhallinta on teoriassa helppoa, syödään vähemmän kuin kulutetaan, tällöin elimistöön syntyy negatiivinen energiatasapaino. Painonhallinnassa korostuvat ruokailussa ja ruokatottumuksissa tapahtuvat muutokset ja tietysti liikunnan merkitys tehostajana. (Heinonen 2006, 141.)

Mitään tiettyä mallia ruokamuutosten tekemiseen ei ole, joten ei voida puhua mistään tietystä painonhallintaruokavaliosta. Pääpaino on lähinnä siinä, että syödään tavallista, terveellistä, monipuolista ruokaa, mutta muutetaan ruokailutapoja sopivaan suuntaan. Sopivat ratkaisut voivat olla eri ihmisillä erilaisia. Pienet, toistuvat muutokset jokapäiväisessä toiminnassa vaikuttavat enemmän kuin isommat muutokset harvoin kohdalle sattuvissa **ruokatottumuksissa**. Säännöllinen aamupalan syöminen on painonhallinnan mahdollisuuksia parantava asia. Välipaloja ei kannata nauttia vain tavan vuoksi, nälän sammuttaminen välipalalla on järkevää. Suuria pakkauskokoja ja annoksia on hyvä välttää, sillä ne houkuttelevat aina syömään enemmän. Ruokavälineiden kokoon kannattaa myös kiinnittää huomiota, isommalle lautaselle otetaan enemmän ruokaa kuin pienemmälle. (Mustajoki 2007, 167–168.)

Ravitsemushoidon tavoitteena on edistää diabeetikon joustavaa omahoitoa ja ohjata tasapainoisiin ruokatottumuksiin sekä nauttimaan ruuasta. Hyvän ruokavalion voikoota monella tavoin ja niissä voidaan huomioida myös henkilökohtaisia mieltymyksiä ja elämäntilannetta. Tänä vuonna (2008) on ilmestynyt uusi ruokavaliosuositus, joka on sovellettu Suomen oloihin, julkaisijana Diabetesliitto. Diabeetikon ruokavaliosuosituksessa rasvan laatua ja kuidun merkitystä painotetaan. Huomio on kiinnitetty myös ateriakokonaisuuteen ja ateriarytmiin. Päivän ruokailut on hyvä jakaa vähintään kolmeen ruokailukertaan eli pääaterioille ja sen lisäksi tarpeen mukaan 1 - 3 välipalalle. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.)

Diabeetikolle säännöllinen **ateriarytmitys** auttaa aterian jälkeisen verensokerin hallinnassa, ruuan ja lääkityksen yhteensovittamisessa ja ruokamäärän hallinnassa ja siten myös painonhallinnassa. Aterian koostamisessa käytetään lautasmalliohjausta.

Lautasesta puolet täytetään kasviksilla, neljännes perunalla/riisillä/makaronilla ja neljännes lihalla/kanalla tai kalalla. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.)

Diabeetikoille suositellaan koko väestöä koskevaa suositusta (25–35 g kuitua päivässä) runsaampaa kuidun saantia. Runsaskuituinen ruokavalio auttaa laskemaan päivittäistä ja aterian jälkeistä verensokeritasoa. Kuitua saa riittävästi, kun valitsee täysjyvää sisältäviä leipiä ja muita viljavalmisteita sekä käyttää kasviksia, vihanneksia, juureksia, hedelmiä ja marjoja vähintään puoli kiloa päivässä = 6 annosta. Kuitu lisää kylläisyyden tunnetta, vähentää nälän tunnetta ja pienentää energiansaantia. Sokeria suositellaan käytettäväksi niukasti. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.)

Tyypin 2 diabeteksen **lääkehoito** aloitetaan, mikäli elintapamuutoksilla ei saavuteta hoitotavoitteita. On kuitenkin hyvä muistaa, että elintapamuutoksia jatketaan edelleen lääkehoidon ohella. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa käytettävillä lääkkeillä on erilaisia vaikutusmekanismeja. Metformiinihydrokloridivalmisteet parantavat solujen kykyä vastaanottaa sokeria käyttöönsä verestä ja ne myös estävät maksan sokerineritystä. Lääkehoitoa usein suositellaan aloitettavaksi tällä valmisteella, ellei potilaalla ole munuaisten vajaatoimintaa tai sen uhkaa tai maksasairautta tai vaikeaa sydämen vajaatoimintaa. Toisena lääkeryhmänä ovat sulfonyyliureat, jotka lisäävät haiman insuliinin eritystä. Näitä kahta edellä mainittua lääkeryhmää voidaan käyttää myös yhdessä, jos jommallakummalla lääkevalmisteella ei yksinään ole saavutettu riittävä tehoa verensokerin laskemiseksi. (Heinonen, ym. 2002, 39.)

Viimeisimpinä tuotteina tyypin 2 diabeetikon lääkehoitoon on tullut insuliiniherkistäjät. Ne vähentävät insuliiniresistenssiä ja parantavat solujen kykyä hyödyntää veressä olevaa sokeria. Insuliiniherkistäjät korjaavat myös rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Insuliiniherkistäjiä voidaan käyttää yksinään tai tyypin 2 diabeteksen yhdistelmähoitoon sellaisilla potilailla, joilla metformiinin tai sulfonyyliurean maksimitaso ei riitä yksi laskemaan verensokeritasoa tavoitelukemiin. (Seppänen & Alahuhta 2007, 32–33.)

Insuliinihoitoa voidaan käyttää myös tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Silloin insuliinihoito on useimmiten iltainsuliinin ja oraalisen lääkehoidon yhdistelmä. Insuliinihoito voi myös tyypin 2 diabeetikolla olla monipistoshoito. Hoitomuotoa valittaessa tärkein peruste on hoitotavoitteiden saavuttaminen. (Seppänen & Alahuhta 2007, 46.)

Useimmilla tyypin 2 diabeetikoilla on sokerilääkkeiden lisäksi verenpainelääkitys, kolesterolilääkitys sekä asetyylilisäylihappovalmiste lisääntyneen veren hyytymisvaikutuksen ehkäisemiseksi.

2.2.3 Tyypin 2 diabeteksen lisäsairaudet

Huono diabetestasapaino on tärkein lisäsairauksille altistava tekijä. Elinmuutosten riski kasvaa sokerihemoglobiini, HbA1c–arvon kasvaessa. Sokerihemoglobiinitasolla 8,2 % elinmuutosriski on 5,7-kertainen, tasolla 10,2 % riski on 18-kertainen. (Rönnemaa 2006, 390.)

Sokerihemoglobiinikoe eli HbA1c on verikoe, jossa verinäytteestä määritetään veren punasolujen hemoglobiinin sokeroitunut osuus. Sitä käytetään pitkäaikaisen sokeritasapainon seuraamisessa. Mitä korkeampi veren sokeripitoisuus on, sitä enemmän sokeria on kiinnittymässä veressä olevien punasolujen hemoglobiniin ja myös muihin kudosten valkuaisaineisiin. Siksi HbA1c – mittauksen avulla voidaan arvioida diabetesta sairastavan henkilön elinmuutosten riskiä. (Ilanne-Parikka 2006, 68.)

Tyypin 2 diabeteksen lisäsairauksia voi ilmetä silmissä, silmien verkkokalvolla, sitä kutsutaan retinopatiaksi. Lievät silmänpohjamuutokset eli taustaretinopatia on kaikkien yleisin diabeteksen elinmuutoksista. Pitkälle kehittyessään silmissä tapahtuneet muutokset voivat heikentää näkökykyä ja pahimmillaan aiheuttaa sokeutumisen. Tärkein ja merkittävin asia retinopatian ehkäisyssä ja hoidossa on hyvä sokeritasapaino. (Rönnemaa & Summanen 2006, 394–395.)

Diabeetikolla ilmenevää munuaismuutosta sanotaan nefropatiaksi. Sen varhaisinta vaihetta kutsutaan mikroalbuminuriaksi, jolloin virtsaan erittyy verenkierrosta vähän normaalia enemmän albumiini-nimistä valkuaisainetta. Tyypin 2 diabeetikoiden kohdalla mikroalbuminurian löytyminen on tavallista jo diagnoosihetkellä, mutta vain pieni osa tyypin 2 diabeetikoista sairastuu munuaisen vajaatoimintaan, koska suurin osa heistä on hyvin iäkkäitä diabeteksen puhjetessa. Nefropatian ehkäisyssä on keskeistä hyvän sokeritasapainon pitäminen ja verenpaineen ylläpitäminen

mahdollisimman normaalina. lisäksi tupakoimattomuus auttaa nefropatian ehkäisyssä. Tyypin 2 diabeteksessa ilmaantuvassa nefropatiassa myös veren rasva-arvojen tehokas hoito on eduksi sairautta ehkäistäessä. (Rönnemaa 2006, 398–400.)

Diabetes voi aiheuttaa muutoksia myös hermokudoksiin, tästä käytetään nimitystä neuropatia. Tyypin 2 diabeetikoista noin 20 %:lla on havaittavissa neuropatiaa jo diabeteksen diagnosointihetkellä, koska heillä on diabetes ollut vuosia aikaisemmin oireettomana ja ilman hoitoa. Diabeettista neuropatiaa on somaattista (tahdosta riippuvan hermoston) ja autonomista (tahdosta riippumattoman hermoston). Somaattisen neuropatian oireita ovat: jalkaterien pistely, puutuminen, vihlovat säryt, lihaskouristukset ja tuntohäiriöt. Autonominen neuropatia voi aiheuttaa jalkojen hikoilun vähenemistä tai sen loppumisen, jolloin jalkojen iho kuivuu ja halkeilee helposti. Autonomisesta neuropatiasta johtuva varsin yleinen oire on korkea leposyke, jopa 100/min. (Rönnemaa 2006, 404.)

Vaikea autonominen neuropatia voi myös aiheuttaa jonkinlaista ”tunnottomuutta” sydämessä, mistä johtuen sepelvaltimotautia sairastava diabeetikko ei tunne rintakipua ruumiillisessa rasituksessa kuten normaalisti. Autonominen neuropatia voi aiheuttaa toimintahäiriöitä mahalaukussa, suolistossa, virtsarakon toiminnassa sekä miehillä erektiohäiriöitä. Paras tapa ehkäistä neuropatian kehittyminen on hyvä diabeteksen hoitotasapaino sekä runsaan alkoholin käytön välttäminen. (Rönnemaa 2006, 404–406.)

Tyypin 2 diabeetikoilla on kolme kertaa muita suurempi riski saada sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Tämä aiheutuu pääasiassa siitä, että diabeetikon sydänlihakseen verta tuova valtimo, niin sanottu sepelvaltimo ahtautuu helpommin ja tällöin sydän ei saa tarpeeksi verta eikä siitä johtuen happea ja energiaa. Valtimoiden ahtautumisilmiötä kutsutaan ateroskleroosiksi. Tästä syystä tyypin 2 diabetesta kutsutaan myös valtimotaudiksi. Diabeetikolla sepelvaltimotaudin riski on sitä suurempi, mitä korkeammalla kolesterolitai verenpaine arvot ovat ja mitä enemmän hän tupakoi. (Rönnemaa 2006, 420.)

Diabeetikoilla todetaan aivoverenkierron häiriöitä 2-3 kertaa enemmän kuin muilla. Tämä johtuu osin siitä, että heillä on usein korkeampi verenpaine kuin muilla sekä

lisätekijöinä valtimoiden ahtautumista edistävät kolesteroliarvot sekä veren liiallinen hyytymistäipumus. Diabeetikon aivoverenkiertohäiriöiden ennalta ehkäisyssä tärkein keino on verenpaine- arvojen pitäminen mahdollisimman normaalitasolla. Diabeteksen käypä hoito suosituksen mukaan diabeetikon verenpaineen tavoitearvo on 130/80 mmHg. Lisäksi aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisyssä on tärkeää hyvä sokeritasapaino, veren rasva- arvojen hoito, tupakoinnin ja runsaan alkoholin käytön välttäminen. (Rönnemaa 2006, 436.)

Edellä mainittujen komplikaatioiden johdosta yksittäisen diabeetikon tarvitseman hoidon kustannukset nousevat yli 19-kertaiseksi. Tyypin 2 diabeteksen ja valtimotautien ehkäisy on ainoa keino estää ongelman suureneminen yhteiskunnalle kestäväksi. Ikääntymiseen ei voi vaikuttaa, mutta lisäämällä väestön tietoisuutta valtimotautien vaaratekijöistä sekä diagnosoimalla ja hoitamalla tyypin 2 diabetes ja valtimotaudit ajoissa ja hyvin, niin voidaan vaikuttaa siihen, että väestö ikääntyy terveempänä ja tarvitsee vähemmän terveydenhuollon palveluja. (Korhonen 2007, 2.)

2.3 Elämäntapaohjaus

Elämäntapojen merkitys sairauksien ehkäisyssä on kasvanut myös maailmanlaajuisesti. On esitetty arvioita, että ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutoksilla sekä tupakanpolton lopettamisella voitaisiin ehkäistä noin 80 % sepelvaltimotaudista ja 90 % tyypin 2 diabeteksestä. Samanaikaisesti tieto sairauksien ennaltaehkäisyä tukevien elämäntapamuutosten eli ns. itsehoidon mahdollisuuksista on lisääntynyt. Elämäntapaohjauksen näkökulmasta on merkittävää ollut havaita tehtyjen muutosten maltillisuus, tärkeää on ollut pienten muutosten tekeminen sekä liikunta- että ruoka- asioissa samanaikaisesti. Tehostettu neuvonta on vaikuttanut nopeasti henkilöihin, joilla on ollut lähtötilanteessa ns. heikentynyt sokerinsieto. (Turku 2007, 14–15.)

Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS 2001) on ollut Dehkon kehittämistyön taustalla. DPS tutkimus on ensimmäisenä maailmassa osoittanut, että elintapojen korjaaminen voi alentaa diabetesriskiä. Tutkimuksen pääpaino oli mahdollisimman hyvässä ruokavalio-ohjauksessa ja liikuntamahdollisuuksien kehittämisessä. Tutkimuksessa oli mukana 523 henkilöä, joilla oli todettu heikentynyt sokerinsieto, lisäksi tutkimukseen osallistuneet olivat ylipainoisia, iäl-

tään 40 - 65-vuotiaita ja korkeintaan kohtuullisesti liikuntaa harrastavia. (Valle, ym. 2002, 1369–1370.)

Diabeteksen ilmaantuvuus väheni 58 % tehostetun ruokavalio- ja liikuntaohjauksen avulla keskimäärin kolmen vuoden seuranta-aikana. Ruokavalio-ohjauksen lähestymistapa oli asiakaskeskeinen. Ruokavalioneuvonnassa pitää olla riittävästi aikaa, jotta asiat voi havainnollistaa ja ohjattava voi kysyä epäselvät asiat. DPS-tutkimuksen koehenkilöitä ohjattiin liikkumaan sekä arki- että kuntoliikuntaa. Liikuntatavoitteena oli puoli tuntia päivässä tai enemmän. (Valle ym. 2002, 1379–1382.)

Poskiparran, Kasilan, Kettusen ja Kiurun tutkimuksessa tyyppin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonnasta perusterveydenhuollon lääkärien ja hoitajien vastaanotoilla osoitti, että henkilöstö käyttää liian vähän aikaa liikuntaneuvontaan. Keskusteluissa kartoitettiin lähinnä liikunnan määrää. Potilaat toivat esille liikuntaa rajoittavia tekijöitä, mutta niiden käsittely yhdessä terveydenhuoltohenkilöiden kanssa jäi niukaksi. Tutkimuksen päätelmässä todettiin, että terveydenhuollon henkilöstölle tulisi luoda edellytykset liikuntaneuvonnan antamiseen. Lisäksi terveydenhuollon henkilökunnalla pitäisi tarjota sopivaa liikuntaneuvonnan täydennyskoulutusta erityisesti elämäntapojen muutosprosessia tukevista menetelmistä. (Poskiparta, Kasila, Kettunen & Kiuru 2004, 1491–1495.)

Riskiryhmien elämäntapaohjauksen järjestäminen on haasteellinen tehtävä, joka lankeaa perusterveydenhuollolle. Ensinnäkin pitää olla toimiva tapa, jolla riskin omaavat henkilöt saadaan tarkastuksen pariin. Useimmiten diabeteksen varhaisvaiheen potilaat eivät koe itseään sairaiksi, vaan ovat työikäisiä ja omasta mielestään terveitä. Hyvänä apuna tässä on Diabetesliiton ja Kansanterveyslaitoksen yhdessä suunnittelema tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake. Riskiryhmille suunnattu ohjaus voi olla yksilö- tai ryhmäohjausta. Ryhmäohjauksen etuna on ryhmän kannustus ja tuki ja mahdollinen ajan säästö yksilöohjaukseen verraten. Yksilöohjauksessa taas voidaan yksittäisen henkilön ongelmat ottaa paremmin huomioon. Sopiva ja kustannuksiltaan tehokas ohjaus on luultavasti yhdistettynä ryhmä- ja yksilöohjausta. (Salminen, Lindström, Louheranta & Rastas 2002, 1381.)

Elämäntapamuutokset eivät aina ole helppoja suorittaa ja vievät aikaa. Tämän vuoksi myös jonkinlainen seuranta on tarpeen asiakkaan kuuntelemista ja tukemista varten. Säännöllinen verensokerin seuranta myös kannustaa asiakasta eteenpäin. Lisäksi toteutetuilla elämäntapamuutoksilla voidaan vaikuttaa myös muihin ongelmiin kuten uniapneaan, verenpaine tautiin, suurentuneisiin veren kolesteroliarvoihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. (Valle ym. 2002, 1379–1382.)

Elämäntapaohjauksessa käydään potilaan kanssa yhdessä läpi ruokatottumuksiin liittyviä asioita. Neuvonnassa käsitellään terveellisen ruokavalion koostumusta, puhutaan lautasmallista, rasvoista, sokerin käytöstä ja ateriarytmistä. Elämäntapaohjaukseen liittyy myös aina liikunnan osuus. Harrastaako liikuntaa ja jos harrastaa niin minkälaista? Kuinka usein /harvoin? Motivointi ja kannustus liikunnan lisäämiseen ovat tärkeää, samoin myös eri liikuntavaihtoehtojen pohtiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Painonhallinnan tarpeellisuus, osuus ja merkittävyys tulee myös aina ottaa puheeksi ohjaustilanteessa.

Lankinen (2001) on tutkinut aikuistyyppin diabeetikoiden ruokavalio-ohjauksen toteutumista. Kysely on tehty Itä-Suomen läänin perusterveydenhuollon sairaan- ja terveydenhoitajille. Tutkimuksen tulosten mukaan tyyppin 2 diabeetikoiden ruokavalio-ohjaukseen osallistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat arvioivat oman ohjausvalmiutensa melko hyviksi. Vahvimpana alueena ohjauksessa hoitajat pitivät tiedollisia valmiuksia diabeteksestä sekä taitoa arvioida asiakkaan ruokatottumuksia ja ruokavaliota. Heikommaksi kohdaksi hoitajat arvioivat ryhmäohjausvalmiutensa.

Tutkimuksessa todettiin myös, että hoitajien tiedot diabeetikon ruokavalio-ohjeista ja – ohjauksesta ovat tyydyttävät. Koulutuksen tarvetta kuitenkin on, jotta ajanmukainen ja riittävä tietotaso toteutuu. myös hoitajien oma aktiivisuus tiedon hankinnassa koettiin tärkeäksi. (Lankinen 2001, 97.)

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mielestä tyyppin 2 diabeetikoiden ruokavalio-ohjausta tulisi kehittää ohjaavien hoitajien säännöllisellä lisäkoulutuksella, ryhmäohjausta lisäämällä sekä ravitsemusterapeutin palvelujen saatavuuden parantamisella. Myös ohjaukseen ja sen suunnitteluun tulisi voida varata enemmän aikaa sekä laadun kehittämiseen tulisi kiinnittää huomiota. Tutkimuksessa todettiin tyyppin 2 diabeeti-

koiden ruokavalio-ohjauksen toteutuvan suurimmalta osin melko hyvin. Puutteita ilmeni ohjauksen arvioinnin ja kirjaamisen osalta. (Lankinen 2001, 96–97.)

Elämäntapaohjauksessa käsitellään myös tupakoinnin ja alkoholin käytön osuutta. Ylipaino ja tupakointi ovat erityisen huono yhdistelmä. Tupakointi on tyyppin 2 diabeteksen riskipotilaalle erityisen haitallista, koska se lisää valtimotautivaaraa voimakkaasti. (Diabetesbarometri 2005, 37.) Tupakointi lisää myös muita terveystriskejä: se rappeuttaa verisuonia, nostaa verenpainetta ja altistaa keuhko- ja syöpäsairauksille.

Turku on julkaissut vuonna 2007 kirjan, jossa hän esittelee valmentavan elämäntapaohjauksen (VETO) taustateorioita, tavoitteita sekä käytännön sovellutustapoja. Valmentavalla ohjaustavalla pyritään hyödyntämään vuorovaikutuksen keinoin elämäntapamuutosten tukemisessa. Tavoitteena on suunnitella ohjaus ohjattavan elämään ja elämäntapoihin eikä päinvastoin. Tarkoituksena on etsiä uusia keinoja ja työmenetelmiä ohjauksen kohdistamiseen oikealla tavalla, taakse on jäänyt terveysterrorismi. (Turku 2007)

Valmentavan elämäntapaohjauksen tavoitteena on opettaa ihmisiä itsehoidon mahdollisuuksista, mitä kukin itse voi halutessaan tehdä oman hyvinvointinsa eteen. Uusien elämäntapojen oppiminen on pitkä prosessi. Tämä valmentava elämäntapaohjaus nojautuu jo jonkin aikaa käytössä olleeseen empowerment – menetelmään, jossa ohjattava yritetään voimaannuttaa itse huolehtimaan omahoidostaan. Voimaantumisen kautta ohjattava voi kokea parhaassa tapauksessa elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveydentilaansa. Motivoitumista tarjotaan mahdollisuuden, ei pakon kautta. (Turku 2007, 21.)

2.4 Ryhmäohjaus

Elämäntapaohjauksen toteuttaminen ryhmämuotoisena on ollut yksi kasvavista suuntauksista terveydenhuollossa. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan ole yksilöohjausta korvaava toiminto vaan se on täydentävä toimintamuoto. Tehdyissä tutkimuksissa ei ole pystytty osoittamaan eroa tuloksissa yksilö- tai ryhmämuotoisen elämäntapaohjauk-

sen välillä. Siksi esimerkiksi suomalaisessa lihavuuden hoitosuosituksessa pidetään perushoitona ryhmämuotoista ohjausta. (Turku 2007, 87.)

Koskinen (2007) on tutkinut hoitohenkilöstön osaamista diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Hän on tutkielmassaan tuonut esille ryhmä- ja yksilöohjaukseen liittyviä asioita. Hän on arvioinut perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöille suunnattua koulutusta. Siinä todetaan, että ryhmäohjauksen toimivuutta ja vaikuttavuutta on lähdetty kokeilemaan ja tutkimaan tyyppin 2 diabeetikoiden hoidonohjauksessa. Kokeilun syyksi on mainittu resurssien niukkeneminen. Hoitajat olivat tutkimuksessa arvioineet ryhmäohjauksen heikoksi, vähänkäytetyksi diabeetikon ohjausmenetelmäksi.

Koskinen toi työnsä johtopäätösosiossa esille sen, että ammatillisen lisäkoulutuksen lisäksi terveydenhuollossa on koko ajan etsittävä uusia työmuotoja vastaamaan lisääntyvän terveydenhuollon haasteisiin ja niukkojen voimavarojen hoitajille aiheuttaman liiallisen työmäärän helpottamiseksi. (Koskinen 2007, 64.)

Diabetesliitto on vuonna 2001 toteuttanut Dehko-projektina empowerment- eli voimaantumisperusteisen ryhmäohjausmallin kehittämisen tyyppin 2 diabetesta sairastavien ohjaukseen. Tarkoituksena oli luoda malli, joka huomioisi terveydenhuollon voimavarat ja jota voisi soveltaa yhdenmukaisena ja toistuvana eri hoitopaikoissa. Ryhmäohjausmallin toteuttaminen tapahtui pilottiryhmien avulla. Tässä raportissa todettiin, että ryhmäohjauksen voidaan ajatella olevan ajansäästön vuoksi taloudellisesti edullista, koska ohjauksen sisältö esitetään samanaikaisesti useammalle osallistujalle. (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 6.)

Toiseksi ryhmäohjausta voidaan pitää ainoana mahdollisena keinona vastata tyyppin 2 diabeetikoiden perusterveydenhuollolle asettamaan haasteeseen. Ryhmäohjauksella voidaan ajatella olevan itse työskentelymuotoon, ryhmään, perustuvia hyötyjä. Ryhmässä voi vaihtaa kokemuksia ja käsitellä niitä. Ryhmäläiset välittävät toisilleen maljeja ja kokemuksia, jotka vertaistuen voimalla voivat olla vahvempia kuin ammattihenkilöiden tarjoamat. (Marttila ym. 2004, 6.)

Ryhmäohjaus vaatii resursseja. Ryhmällä pitää olla ohjaaja tai mieluiten ohjaajapari. Ryhmäohjauksen pohjaksi tarvitaan suunnitelma, lisäksi kukin tapaaminen vaatii

erillisen valmistelun ja jälkikäteisen arvioinnin. Ryhmän ohjaajan pitää olla tietoinen, millaista ryhmää on toteuttamassa, mitkä ovat ryhmäohjauksen tavoitteet ja keinot. (Marttila ym. 2004, 6.)

Ryhmän ohjaajana kehittyminen edellyttää tietojen ja taitojen käytäntöön soveltamista, ryhmien ohjaamista ja oman ohjaustoiminnan reflektointia sekä pyrkimystä kehittää omia taitojaan ohjaajana. (Marttila ym. 2004, 6.)

Ryhmäohjauksen etuna voidaan pitää sen vuorovaikutuksellisuutta. Elämäntapaohjauksen merkittävin haaste, motivoituminen, saa ryhmämuotoisessa ohjauksessa uutta ”potkua” ryhmän sisällä olevasta dynamiikasta, ryhmän keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Ohjaaja saa tukea ryhmästä, ryhmäläisistä voi löytyä voiman ja tuen antajia. Toinen asia, joka ryhmässä on positiivista, on hyväksytyksi tuleminen. Ryhmän antama vertaistuki ja tunne siitä, että toiset ymmärtävät tilanteen ilman selittelyjä, on selviytymistä tukeva kokemus sellaiselle henkilölle, jonka maailmankuva on kielteinen ja syrjäänvetäytyvä. Lisäksi jokin tietty asia voi saada erilaisen painoarvon ryhmän jäsenen esiin tuomana kuin ohjaajan selvittämä asia. (Turku 2007, 88.)

Lisäksi muita ryhmän vuorovaikutuksen elämäntapamuutosta tukevia voimia ovat:

- toivon viriäminen
- tilanteen normalisoituminen
- jakaminen
- malli- ja selviytymistarinat
- tietojen ja kokemusten jäsentyminen
- tuki ja rohkaisu
- tunteiden ilmaisu (Turku 2007, 89.)

Kangasalan seudulla toteutettiin diabetesprojekti vuonna 1999 (KASDIA-projekti). Tämän projektin tarkoituksena oli ehkäistä diabeetikkojen ateroskleroottisia sairauksia. KASDIA-projektin yhteydessä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla yksilö- ja ryhmäohjauksen tehoa sepelvaltimotautiin liittyvien tekijöiden ohjauksessa tyypin 2 diabeetikoilla. Tässä tutkimuksessa yksilö- ja ryhmäneuvonta osoittautuivat yhtä tehokkaiksi hoidonohjauskeinoiksi sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden korjaa-

misessa. Yksilö- ja ryhmäneuvonta eivät siis ole toisiaan poissulkevia vaan toisiaan täydentäviä ohjausmuotoja. Näitä molempia tarvitaan toistuvana ja pitkäjännitteisenä toimintana. (Tuominen, ym. 2002, 4731.)

3 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITEET

Tämän projektityön tarkoituksena oli kokeilla ryhmäohjausta tyypin 2 diabeteksen varhaisvaiheen potilaille. Projektityössä kuvataan ryhmäohjauksen toteutumista ja vaikuttavuutta. Ryhmäohjauksen kohteena olivat diabeteksen varhaisvaiheen potilaat. Heidän kohdallaan oli kyse tyypin 2 diabeteksen ehkäisystä. Projektityön tavoitteena oli kehittää toimiva työmenetelmä potilaiden ohjaukseen yksilöohjauksen rinnalle. Tämän projektityön tekemisen myötä on saatu uutta tietoa ryhmäohjauksesta ja sen toimivuudesta elämäntapaohjauksen välineenä. Projektissa toiminut tekijä sai kokemusta toimimisesta ryhmänvetäjänä, projekti ja sen suunnittelu

Projekti on tavoitteellinen ja tietyn ajan kestävä prosessi. Se voi olla pieni osa isommasta hankkeesta tai tähdätä johonkin tiettyyn kertaluonteiseen tulokseen. Projektin loppuraportissa selvitetään projektin taustaa ja tavoitteita, projektin aikaansaannoksia ja tuloksia, työn etenemistä eri vaiheineen sekä johtopäätökset. Toiminnallisen opinäytetyön raportti kuvaa toteutunutta prosessia ja siihen liittyviä asioita. (Vilka & Airaksinen 2003, 48–49.)

Kehityshankkeessa projektilla pyritään yleensä parantamaan jonkin jo olemassa olevan toiminnan tasoa tai luomaan edellytyksiä uusien palveluiden ja tuotannon kehittämiseksi. Kehitysprojektiiden tarkoituksena on pyrkiä pitkäaikaisiin, kestäviin vaikutuksiin eikä ainoastaan lyhytaikaisiin vaikutuksiin. (Sifverberg 1996, 11.)

Tämän projektityön tavoitteena oli kehittää toimintamalli ryhmäohjaukselle diabeteksen varhaisvaiheen potilaiden hoidonohjauksessa. Tämän työn valmistelu alkoi keväällä 2007. Asian valmistelu lähti siitä, kun yksilöohjauksessa käyvien diabeteksen varhaisvaiheen potilaiden määrä alkoi lisääntyä. Heidän ohjaukseensa haluttiin kuitenkin panostaa, koska onnistuneilla elämäntapamuutoksilla voidaan ehkäistä dia-

beteksen puhkeamista tai ainakin siirtää sen alkamista muutamalla vuodella eteenpäin.

Yhtenä laajana arvostusten välisenä ristiriitojen alueena mainitaan yksilön yhteisöllisten perusoikeuksien ja velvollisuuksien sekä yksittäisen henkilön oman elämäntavan ja arvostusten yhteensaattamista. Ongelmia voi syntyä silloin, kun terveydenhuollossa joudutaan laajasti ja pitkäaikaisesti muuttamaan henkilön elämäntapaa. Tällaisia tilanteita voi syntyä terveyskasvatuksen yhteydessä. (Kalkas 2000, 93.)

Aiheestani kerrottiin terveyskeskuksen johtavalle hoitajalle ja hän piti sitä tarpeellisenä. Sovittiin, että opinnäytetyöntekijä toteuttaa ryhmäohjaukset työaikanaan. Lisäksi sovittiin, että tarvittavan ohjausmateriaalin saa monistaa terveyskeskuksessa. Keväällä 2007 suunnitelma esitettiin terveyskeskuksen lääkäreille. Samalla esitettiin heille toive, että he lähettäisivät diabeteksen varhaisvaiheen potilaita heidän vastaanotoltaan diabeteshoitajan ohjausryhmään.

Ryhmän kooksi oli suunniteltu 5 - 8 henkilöä. Kesän aikana saatiin muutamia ryhmään sopivia henkilöitä. Heillä oli lääkärin suositus ryhmään osallistumisesta. Ryhmään osallistuneet henkilöt tulivat sinne vapaaehtoisesti. Syksyllä 2007 oli kuusi nimeä listassa sopivaksi ryhmäksi. Ryhmän jäsenet olivat kaikki naisia. Iältään he olivat 35 - 70 -vuotiaita. Kaksi ryhmään valituista jäi tulematta ryhmäohjaukseen. Diabeteshoitaja (opinnäytetyöntekijä) suunnitteli ja toteutti ohjaustilanteet itsenäisesti. Ryhmän ohjaajana toimia tukea antaen vapaaehtoisuuteen perustuen, ei rankaisten.

Keskeisinä potilaan oikeuksina mainitaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun sekä tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Hoito edellyttää aina potilaan suostumusta. Potilaan tiedot on pidettävä salassa ja luottamuksellisina. (ETENE-julkaisuja 1 2001.)

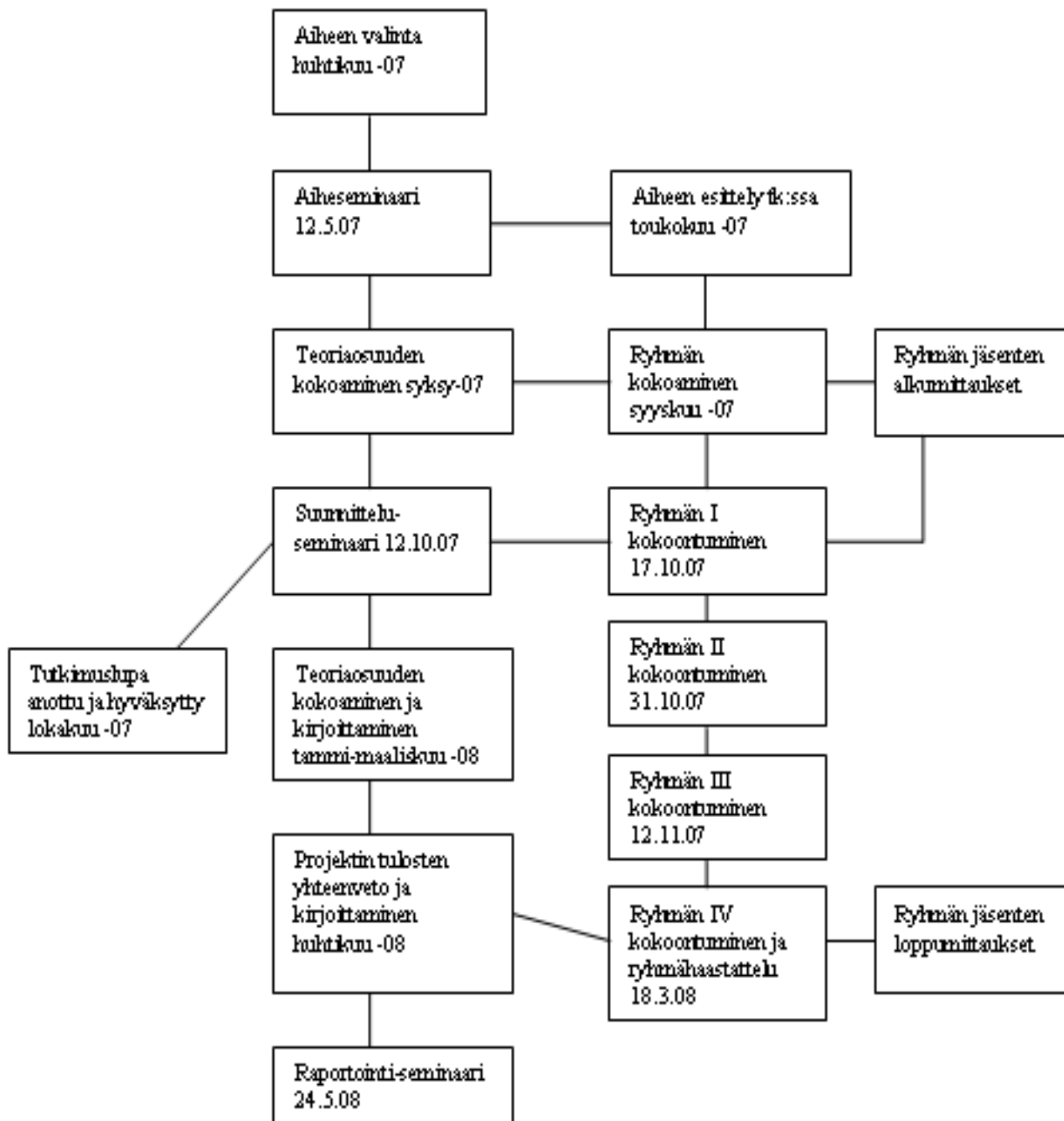
Ohjausryhmään osallistuneiden henkilöiden henkilöllisyys ei ole missään vaiheessa tullut esille. He ovat suostumuksellaan antaneet luvan käyttää projektissa saatuja tuloksia opinnäytetyön kirjallisessa tuotoksessa. He ovat myös sitoutuneet ryhmän toimintaan luottamuksellisesti. Ryhmähaastattelusta on muutama suora lainaus tekstissä, mutta niistäkään ei pysty ketään yksittäistä henkilöä tunnistama.

Tämän projektityön luotettavuutta voidaan arvioida ryhmäohjaukseen osallistuneiden henkilöiden mittaustulosten perusteella. Tässä työssä käytettyjä kvantitatiivisia määreitä olivat paino, painoindeksi, vyötärön ympärysmitta, paastoverensokeri, HbA1c-arvo, kolesteroliarvot ja verenpainemittaukset. Olen sitä mieltä, että mittaustulosten tarkat arvot lisäävät luotettavuutta ja niiden perusteella voidaan päätellä ryhmäohjaukseen osallistuneiden henkilöiden alentuneita mittausrvoja.

4 PROJEKTIN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö on toteutettu projektina. Projektin kohderyhmänä olivat henkilöt, joilla oli todettu kohonnut paastosokeri tai heikentynyt sokerinsieto. Heidän ohjauksessaan toteutettiin ryhmäohjausta. Ryhmäohjaukset oli kaikkiaan neljä. Kolme ohjaukset oli syksyllä 2007 kahden viikon välein ja viimeinen ns. kontrollikerta keväällä 2008. Projektin toteuttajana oli opinnäytetyöntekijä, joka piti myös kaikki ohjaukset. Projektin käytetyt resurssit olivat pienimuotoiset, ryhmäohjaukset toteutettiin työajalla ja tarvittavat ohjausmateriaalit sai monistaa työpaikalla. Halusin tehdä opinnäytetyöni ajankohtaisesta aiheesta ja aiheesta, joka liittyisi tämänhetkiseen työhöni diabeteshoitajana.

Kuvio 1. Projektin vaiheet



4.1 Ryhmän kokoaminen

Kerroin aiheestani terveyskeskuksemme johtavalle hoitajalle ja hän antoi myöntävän vastauksen. Saisin myös tehdä ryhmäohjaukset työaikana. Kävin keväällä esittämässä suunnitelmaani terveyskeskuksemme lääkäreille. Samalla esitin heille toiveen, että he lähettäisivät diabeteksen varhaisvaiheen potilaita heidän vastaanotoiltaan ohjausryhmääni. Ryhmän kooksi olin suunnitellut 5 - 8 henkilöä. Kesän aikana sainkin

muutamia sopivia henkilöitä listaani. Syksyllä minulla oli kuusi nimeä listassa sopivaksi ryhmäksi. Ryhmän jäsenet olivat kaikki naisia. Iältään he ovat 35–70 -vuotiaita.

Diabeteshoitaja (opinnäytetyöntekijä) suoritti ryhmän jäsenille alkumittaukset ennen ryhmäohjauksen alkamista. Mitattavat asiat olivat: paino > BMI, vyötärön ympärysmitta ja verenpaine. Alkumittauksissa ryhmän jäsenten BMI- arvot olivat 24, 33, 25 ja 31. Kaksi ryhmän jäsenistä oli normaalipainoista ja kahden kohdalla kyseessä oli merkittävä lihavuus. Vyötärön ympärysmittat olivat: 89,0 cm, 92,5 cm, 92,0 cm ja 101,0 cm. (Taulukko 1.)

Ryhmän jäsenet olivat myös käyneet laboratoriotesteillä kesällä tai syksyllä 2007 lääkärin määräyksestä. Otetuissa laboratoriotesteissä veren paastosokeriarvot olivat: 6.7, 6.7, 6.3 ja 6.1 mmol/l. Kolmelta ryhmän jäseneltä oli otettu myös HbA1c – arvo ja ne olivat 6.0, 5.3 ja 5.4 % eli kaksi viitearvon alapuolella ja yksi viitearvon ylärajalla. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Osallistujien alkumittaustulokset

Jäsen	Paino	BMI	Vyötärö/cm	fP-Gluk mmol/l	HbA1c/%	Verenpaine mmHg
1.	62.8	24	89.0	6.5	6.0	142/68
2.	83.4	33	92.5	6.7	5.3	130/84
3.	68.4	25	92.0	6.3	-	138/80
4.	82.1	31	101.0	6.1	5.4	144/86
keskiarvo	74.2	28.3	93.6	6.4	5.6	139/80

Ryhmän jäsenille ilmoitettiin ryhmän kokoontumisesta puhelimitse ja sovittiin ensimmäiseksi kokoontumiskerraksi 17.10.2007 klo 16.30 - 18.00. Kokoontumispaikana oli terveyskeskuksen neuvotteluhuone. Kokoontumiskertoja sovittiin syksyllä 2007 kolme kertaa ja neljäs kokoontuminen oli keväällä maaliskuussa 2008.

4.2 Ryhmän ensimmäinen kokoontuminen

Ensimmäisellä ohjaukseralla paikalle tuli neljä henkilöä. Yksi ryhmän jäsen peruutti puhelimitse tulonsa ja yksi henkilö jäi tulematta ilman ilmoitusta. Ensimmäisen kokoontumiskerran alussa mitattiin kaikkien paino, vyötärön ympärysmitta, verenpaine ja täytettiin näistä tiedoista seurantakortti. Seurantakorttiin laitettiin myös viimeisten sokeri- ja kolesterolikokeiden arvot sekä BMI- arvon. Ohjauksen alussa esittelin itseni ja tämän ryhmäohjauksen tarkoituksen. Kerroin sen olevan osa opiskelutyötäni terveydenhoitajaopinnoissani. Puhuin myös ryhmän sitoutumisesta ja ryhmän säännöistä mm. ryhmässä keskusteltavat asiat jäävät ainoastaan ryhmän jäsenten tietoon.

Tämän jälkeen kukin ryhmän jäsen sai esitellä itsensä. Esittely sujui ripeästi ja mutkattomasti. Sovittiin yhdessä seuraavat kokoontumiskerrat, 31.10. ja 12.11.2007. Ryhmään osallistuvat allekirjoittivat myös suostumuskaavakkeen, jossa he antavat luvan käyttää ryhmäohjaustilanteessa esille tulevia asioita siten, ettei heidän henkilöllisyytensä tule esille (Liite 1). Ohjauksen aluksi he saivat myös täyttää valmiin lomakkeen, jossa tarkastellaan liikunta- ja ruokatottumuksia (Liite 2). Lomake on valmis kaavake, jota voi käyttää työvälineenä potilasohjauksessa.

Ensimmäisen ohjaukseran aiheena käsiteltiin diabetesta sairautena ja siihen liittyviä käsitteitä. Sellaisia kuten diabeteksen eri muodot, metabolinen oireyhtymä, diabeteksen riskitekijät, hoidon painopistealueet ja diabeteksen lisäsairaudet. Pääosa ensimmäisestä ohjaukserasta oli luentomaista ohjausta, jossa käytettiin apuvälineenä piirtoheitintä. Ohjaukskalvoihin oli koottu käsiteltävät asiat selkeästi ja lyhyesti.

Ryhmän jäsenten kommentit olivat aluksi vähäisiä, mutta kun käsiteltiin liikunnan ja painonhallinnan osuutta, niin ryhmäläiset innostuivat tuomaan omia mietteitään esille. Kaikki ryhmän jäsenet osallistuivat keskusteluun, joten siltä osin ryhmä tuntui tasapainoiselta. Heiltä myös kyseltiin esimerkiksi diabeteksen lisäsairauksista. Joitakin vastauksia heiltä tulikin, tiedossa olivat ainakin jalka- ja silmäongelmat.

Ohjaukseran lopuksi jaettiin vielä kuntokortit. Sovittiin, että ryhmäläiset täyttävät sitä maaliskuun kokoontumiskertaan asti.

Ryhmäohjaukseen varattu aika riitti hyvin, aiheesta pysyttiin myös hyvin. Eniten mielipiteiden vaihtoa tuli ruokavaliota ja liikuntaa koskevissa asioissa, mutta niistä olikin suunniteltu erilliset ohjaukset.

Ensimmäisellä kokoontumiskerralla oli jännitystä siitä, saadaanko ryhmä kokoon ja tuleeko sovitut ihmiset paikalle. Mukavaa oli myös ensimmäisen kerran lopuksi yhden ryhmäläisen toteamus, että hän oli mielissään kun oli tullut tähän ryhmään. Ryhmän ohjaaja koki, että ryhmä vaikutti heti ensikerran jälkeen hyvin yhteen sopivalta. Kaikki saivat tasaisesti olla äänessä, kukaan ei jäänyt taka-alalle. Toisen ohjauksen ajankohta ilmoitettiin henkilölle, joka oli estynyt saapumasta ensimmäiseen ryhmän kokoontumiseen.

4.3 Ryhmän toinen kokoontuminen

Toinen ohjaukset oli 31.10. klo 16.30 - 18.00 ja paikkana oli terveyskeskuksen neuvotteluhuone. Illan aiheena olivat ruokatottumukset ja ruokavaliot. Ohjaukseen saapui neljä naista. Kaksi heistä halusi käydä myös puntarissa ja paino oli kummaltakin pudonnut edellisestä kokoontumiskerrasta. Ruokavaliotasioissa käytiin läpi rasvoihin liittyviä asioita, niiden käyttöä samoin sokerin osuutta ja kuitujen merkitystä. Puhuttiin myös aterian koosta ja ateriarytmin merkityksestä.

Ohjauksessa näytettiin muutama kalvo piirtoheittimessä ja jaettiin kirjallista materiaalia, kuten rasvataulukko, muutamia sivuja pieni päätös päivässä - sivuilta. Lisäksi katsottiin Sydäntautiliiton kuvasarja eri ruokavaihtoehtoja. Lisäksi jaettiin ryhmäläisille sydänmerkkituotelistaa ja kerrottiin niistä.

Ruoka-asioista puhuttaessa myös ryhmäläiset olivat aktiivisia. He kertoivat omista ruokatottumuksistaan ja antoivat toisilleen vinkkejä, joilla itse olivat ruokavaliotaan yrittäneet keventää.

4.4 Ryhmän kolmas kokoontuminen

Kolmas kokoontuminen oli maanantaina 12. marraskuuta 2007 klo 16.30 - 18.00. Illan aiheena oli liikunta, sen eri muodot ja liikunnan hyödyt ihmisen elimistölle. Ensin puhuttiin liikunta-asiasta noin puolen tunnin verran ja sitten siirryttiin maastoon pururadalle ja tehtiin siellä kolmen kilometrin mittaisen sauvakävelylenkki. Alkuverryttely ja loppuvenyttely kuuluivat myös liikuntatuokioon. Ryhmäläisistä oli mukana kaksi henkilöä, yksi ryhmän jäsenistä oli sairastunut ja toinen ilmoitti olevansa estynyt saapumaan tähän ohjaukseen.

Kävelylenkin aikana keskusteltiin vielä eri liikuntamuodoista ja liikunnan säännöllisyyden merkityksestä. Askelmittarin käytöstä puhuttiin myös. Se on hyvä apuväline määrittämään riittävän liikunnan määrän, jos sen hahmottaminen tuntuu vaikealta. Ryhmän jäsenet kertoivat pyrkivänsä liikkumaan myös huonolla ilmalla. Heitä kannustettiin kokeilemaan eri liikuntalajeja mahdollisuuksien mukaan. Toinen ryhmän jäsen kertoi olevansa innokas vesijuoksun harrastaja ja lupasi perehdyttää toisenkin jäsenen siihen.

4.5 Ryhmän neljäs kokoontuminen

Ryhmän neljäs kokoontuminen tapahtui sovitusti maalikuussa 2008. Se oli seuranta-kerta. Etukäteen oli ilmoitettu ryhmän jäsenille tarpeellisista verikokeista, jotta he voisivat käydä niillä ennakoidusti. Heiltä otettiin kolesteroli- ja sokerikokeet. Viimeisellä kokoontumiskerralla heidät otettiin yksitellen lyhyeen keskustelutuokioon, jolloin suoritettiin verenpainemittaus, vyötärön ympärysmittaus ja kerrottiin laboratorikokeissa saadut tulokset. Ryhmän jäsenet täyttivät vielä saman liikunta- ja ruokattomuskaavakkeen, jonka he olivat ensimmäisellä kokoontumiskerralla täyttäneet. Kokoontumisen lopuksi suoritettiin ryhmäläisille ryhmähaastattelu, jolloin he saivat kertoa omista kokemuksistaan ohjauksesta. Tilaisuuden lopuksi juotiin kahvit.

4.6 Ryhmän jäsenten tulosten yhteenveto

Ryhmän jäsenet saavuttivat hyviä tuloksia. Painoindeksit laskivat kolmella ryhmäläisellä ja yhden pysyi ennallaan, hänen BMI oli lähtötilanteessa 24. Muiden painoindeksimuutokset olivat: 33 > 30 (kiloissa painonpudotus 8,8 kg), 25 > 24 (painonpudotus 2,7 kg), 31 > 25 (painonpudotus 15,9 kg). Normaalipainoisen ryhmän jäsenen paino putosi yhden kilon. Yksi ryhmän naisista ilmoitti heti alussa omaksi tavoitteekseen pudottaa painoaan 10 kiloa. Hän onnistui siinä, paino putosi yli kymmenen kiloa. Toinen ryhmän jäsenistä, joka pudotti toiseksi eniten painoaan, ei lähtenyt tietoisesti ”laihduuttamaan” vaan lisäsi reippaasti liikuntaa ja tarkensi ruokatottumuksiaan.

Taulukko 2. Osallistujien BMI:n ja painon alku- ja loppumittaustulokset

Jäsen	BMI alkumittaus	BMI loppumittaus	Paino/kg alkumittaus	Paino/kg loppumittaus
1.	24	24	62.8	61.8
2.	33	30	83.4	74.6
3.	25	24	68.4	65.7
4.	31	25	82.1	66.2
keskiarvo	28.3	25.8	74.2	67.1

Vyötärön ympärysmittauksissa tapahtui myös muutoksia edulliseen suuntaan. Suurimman painon pudottaneella vyötärömitta pieneni 101 cm:stä 82 cm:iin, seuraavaksi enemmän painoa pudottaneella vyötärö kapeni 92,5 cm:stä 85,5 cm:iin ja kolmannella ryhmän jäsenellä vyötärömitta pieneni 92 cm:stä 88 cm:iin. Normaalipainoisella ryhmän jäsenellä vyötärömitta säilyi entisellään (89 cm). Yhteensä ryhmäläisten vyötärömitta kapeni 29 cm:llä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Osallistujien vyötäröympäryksen alku- ja loppumittaustulokset

Jäsen	Vyötärö/cm alkumittaus	Vyötärö/cm loppumittaus	Muutos/cm
1.	89.0	89.0	0

2.	92.5	85.5	- 7
3.	92.0	88.0	- 4
4.	101.0	82.0	- 19
keskiarvo	93.6	86.1	- 7.5

Ryhmän jäsenten verensokeriarvot paranivat myös pudotettujen painokilojen myötä. Ainoastaan yhden ryhmän jäsenen paastoverensokeri ei laskenut alle kuuden ja hän oli normaalipainoinen. Hänen paastoverensokerin lähtöarvo oli 6.5 mmol/l ja kontrollikokeessa arvo oli 6.7 mmol/l, mutta hänen HbA1c-arvonsa oli laskenut. Sen lähtöarvo oli 6.0 % ja kontrollikokeessa tulos oli 5.5 %. Muilla ryhmän jäsenillä paastoverensokerit laskivat alle kuuden lukuihin: lähtöarvo 6.7 - kontrollikoe 5.9 mmol/l, 6.3 - 5.5 mmol/l ja 6.1 - 5.6 mmol/l. Myös HbA1c - arvot laskivat: lähtöarvo 5.3 % - 5.1 % ja 5.4 % - 5.1 %. Yhdellä ryhmänjäsenistä ei ollut otettu HbA1c- arvoa lähtötilanteessa, kontrollikokeessa sen tulos oli 4.9 %. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Osallistujien paastoverensokerin ja HbA1c:n alku- ja loppumittaustulokset

Jäsen	fP-gluk alkumittaus	fP-gluk loppumittaus	HbA1c alkumittaus	HbA1c loppumittaus
1.	6.5	6.7	6.0	5.5
2.	6.7	5.9	5.3	5.1
3.	6.3	5.5	-	4.9
4.	6.1	5.6	5.4	5.1
keskiarvo	6.4	5.9	-	5.2

Verenpainelukemat olivat kaikilla hyvällä tasolla jo lähtötilanteessa, joten niiden taso pysyi normaali lukemissa myös seurantamittauksessa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Osallistujien verenpainearvot alku- ja loppumittauksessa

Jäsen	Verenpaine/mmHg alkumittaus	Verenpaine/mmHg loppumittaus
1.	142/68	151/82
2.	130/84	120/74
3.	138/80	132/75
4.	144/86	165/77

Kolesteroliarvoissa tapahtui myös muutosta parempaan suuntaan eli ne laskivat. Kahdella ryhmään osallistuneella on kolesterolilääkitys ja kahdella ei ole lääkitystä. Yhden ryhmän jäsenen kokonaiskolesteroliarvo nousi, mutta samalla myös Hdl:n osuus nousi selvästi ja trig-arvo laski. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Osallistujien kolesteroliarvot alku- ja loppumittauksessa

Jäsen	Kol alku	Kol loppu	Hdl alku	Hdl loppu	Trig alku	Trig loppu	LDL alku	LDL loppu
1.	5.5	4.7	1.86	2.03	1.54	1.36	2.95	2.06
2.	5.9	4.9	1.33	1.40	2.67	1.75	3.37	2.71
3.	5.1	5.7	2.06	2.55	1.01	0.72	2.59	2.83
4.	4.1	4.3	1.81	1.79	0.77	1.12	1.94	2.01

4.7 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelu toteutettiin viimeisellä kokoontumiskerralla 18.3.2008. Ryhmähaastattelua varten lainattiin Satakunnan ammattikorkeakoululta nauhuri. Nauhurin toimintaa testattiin ennakkoon. Ryhmän jäsenille ei ollut valmista kysymyslistaa vaan, tarkoituksena oli, että he saavat vapaamuotoisesti kertoa omista tuntemuksistaan ja kokemuksistaan. Ryhmän jäsenet ensin vähän oudoksuivat nauhurin läsnäoloa, mutta tottuivat siihen nopeasti. Heille oli kerrottu ryhmähaastattelusta etukäteen ja pyydetty miettimään tai laittamaan paperille ylös tärkeimpiä asioita. Kukin ryhmän jäsen esitti vuorotellen kokemuksiaan.

Kaikki olivat tyytyväisiä siihen, että olivat ”päässeet” tähän ryhmäohjaukseen. He kaikki olivat kokeneet ryhmän hyvänä vaihtoehtona ohjaukseen. Ryhmästä on saanut

tukea ja kannustusta sekä kuullut toisten toimintatavoista ja vinkeistä. Ryhmän yhteensopivuus oli paras mahdollinen. ”Ryhmänä on paljon kivampaa.” – ”Mua innosti tää ryhmän ansiost, siit se kipinä tul, ett jottain täytyy tehdä.”

Diabeteksen ennalta ehkäisy oli jäänyt kaikkien mieleen ja se, miten vakavasta taudista on kyse. ”Kakkostyyppin diabeteksen ennaltaehkäisy kumminkin on sellane, omill elintavoill ja ruokatottumuksill ja laihduttamisell sun muill voi olla vaikutusta.” ” Se on paha sairaus, joka lehdes lukee mistä vaan lukee niin aina on siitä.”

Ryhmän jäsenet olivat myös yksimielisesti sitä mieltä, että ryhmäkokoontumisia olisi voinut olla enemmänkin, jolloin asiantiedon määrää olisi voinut jakaa useammalle kerralle. Ohjauksen kestoajaa pidettiin hyvänä. Ryhmän jäsenet olivat tehneet muutoksia ruokatottumuksiin sekä olivat alkaneet liikkua säännöllisemmin. Yksi ryhmän jäsen kertoi keskittyneensä enemmän ruokapuolen muutoksiin ja pysymiseen niissä, koska hänen polvivaivansa oli esteenä pitempikestoisiin liikuntasuorituksiin. ”Näistä meidän tapaamisista, olis ihan hyvä ollut vaikka oltais enempiakin tavattu.” ”Niin mun mielestä olis saanu olla vaikka usiampikin kokoontumiskerta.”

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kokeellisen projektin avulla selvittää miten ryhmäohjaus soveltuu tyyppin 2 diabeteksen varhaisvaiheen potilaiden ohjaukseen. Ryhmään osallistuneet henkilöt saavuttivat hyviä tuloksia. Kolmen osallistujan paastoverensokerit laskivat alkutilanteesta ja kaikkien HbA1c- arvo oli loppumittauksissa alle 6.0 % eli normaali. Myös painoissa tapahtui laskua, samoin painoindeksissä ja vyötäröiden mitoissa.

Tämän projektityön tavoitteena oli kehittää toimiva työmenetelmä potilaiden ohjaukseen yksilöohjauksen rinnalle. Edellä mainittujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että ryhmäohjaus on hyvä ja toimiva vaihtoehto yksilöohjauksen rinnalle ja vaihtoehdoksi. Ryhmään osallistuneet henkilöt olivat tyytyväisiä ryhmässä annettuun ohjaukseen. He kokivat saaneensa kannustusta toisiltaan. Ryhmän toiminnassa on tärkeä osa ryhmän koostumuksella, me-henkisyydellä. Yhä lisääntyvä diabeetikoiden

määrä asettaa haasteita tulevaisuuden terveydenhuollolle, tällöin myös luultavasti ryhmäohjauksen tarve lisääntyy. Ohjauksen järjestäminen useammalle henkilölle kerrallaan on kannattavaa resurssien säästöä.

Koskinen (2007) on Pro gradu- tutkielman johtopäätöksessään todennut, että terveydenhuollon on jatkuvasti etsittävä uusia työmuotoja vastaamaan lisääntyviin terveydenhuollon haasteisiin ja vähenevien voimavarojen hoitajille aiheuttaman liian suuren työmäärän helpottamiseksi.

Diabetesliiton julkaisussa tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmallista terveydenhuollon käyttöön, todetaan ryhmän eduiksi sen tarjoamaa mahdollisuutta vertaiskokemusten vaihtamiseen ja käsittelyyn. Lisäksi ryhmän jäsenet välittävät toisilleen malleja ja sijaiskokemuksia, jotka vertaisaseman perusteella saattavat olla vahvempia kuin ammattihenkilöiden tarjoamat.

Ryhmäohjaus työmenetelmänä on myös ohjaajalle haasteellinen tehtävä. Ohjauskerrotojen sisällön valmistelu vie aikaa sekä tarvittavan materiaalin hankinta ja/tai monistaminen. Tässä opinnäytetyössä ohjauksesta vastasi yksi henkilö, mutta jatkossa kannattaa ottaa esimerkiksi liikunnan ohjauksen vetäjäksi fysioterapeutti. Hänellä on runsaasti tietoa liikunnan eduista ja eri liikuntamuodoista. Fysioterapeutin johdolla voi myös turvallisesti tutustua uusiin liikuntalajeihin ja saada niihin pätevää ohjausta, esimerkiksi vesivoimistelusta tai kuntosaliharjoittelusta.

Turku (2007) on maininnut kirjassaan Valmentavasta elämäntapaohjauksesta muutamia tärkeitä tukiasioita ohjaajaan liittyen. Näitä ovat: riittävä tietopohja elämäntapaohjauksen perusteista, riittävät ohjaustaidot ja oikeat menetelmät, riittävä työyhteisön tuki, riittävät henkiset voimavarat ja muu työ- tai elämäntilanne sekä ohjausmotivaatiota ylläpitävä asennoituminen.

Aluksi ryhmäohjaaja koki pettymyksenä sen, että ohjausryhmä kutistui näin pieneksi. Ryhmän sopivaksi kooksi oli arvioitu 5 - 8 henkilöä. Kaksi ryhmään ohjattua naishenkilöä jäi tulematta ryhmän kokoontumisiin. Pilottiryhmän kokona neljä henkilöä oli sopiva ja se mahdollisti jäsenten tasavertaisen huomioimisen. Isommassa ryhmässä olisi myös tarpeen olla kaksi ohjaajaa, jolloin ohjaajat pystyisivät tasapuolisemmin huomioimaan ryhmän jäseniä.

Diabetesliiton pilottiraportissa tyyppin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmallissa terveydenhuollon käyttöön ryhmän kooksi mainittiin 6-10 henkilöä. Silloin myös ryhmäohjaajia oli kaksi henkilöä.

Ryhmäohjaaja kirjasi omaan oppimispäiväkirjaansa ensimmäisen ohjauskerran tavoitteena olevan saada ryhmän jäsenet ”havahtumaan”, tekemään tai ainakin suunnittelemaan muutoksia elämäntapa-asioissa. Lisäksi tavoitteena oli saada pysymään ryhmä koossa. Ensimmäisen ohjauskerran jälkeen ryhmäohjaaja koki positiivisena ryhmän koon ja sen yhteen sopivuuden.

Ensimmäinen ohjauskerta oli tiukasti asiapitoinen ja ryhmän jäsenetkin vielä vähän outoja toisilleen, joten keskustelun osuus jäi vähemmälle. Seuraavilla kerroilla keskusteluakin syntyi. Koska ryhmäohjaaja ei ollut aiemmin pitänyt mitään ryhmäohjausta työuransa aikana, niin aiheiden etukäteen valmistelu sekä ohjaustilanteen aika-aulun pitäminen, vaati opettelua. Mutta aihepiiri oli tuttu, joten se helpotti asiaa. Kun nyt vertaan asiakkaiden samaa tietomäärää yksilö- ja ryhmäohjaustilanteessa, niin ryhmän jäsenet saivat vielä laajemmin tietoa tyyppin 2 diabeteksestä sairautena kuin mitä puhutaan siitä asiasta yksilöohjauksessa.

Ryhmäohjaukseen osallistui neljä henkilöä, jotka lähtivät ryhmän toimintaan erilaisin tavoittein. Ryhmän jäsen, jolla oli eniten ylipainoa, ilmoitti heti tavoitteekseen painon pudottamisen 10 kilolla. Hän onnistui siinä ja pudotti painoaan > 10 kiloa ja paransi kaikkia arvojaan. Ryhmän jäsen, jolla oli toiseksi eniten ylipainoa, ei lähtenyt ”laihduuttamaan” vaan hän tarkisteli ruokavaliotaan ja lisäsi säännöllisen liikunnan osuutta. Hän pyrki liikkumaan lähes päivittäin. Hänen painonsa laski toiseksi eniten ja sokeri-arvotkin paranivat. Kolmas ryhmän jäsen oli normaalipainoinen. Hän tarkisti ruokatottumuksiaan, liikuntaa hänellä oli taustalla jo jonkin verran. Hänen painonsa putosi vain vähän, mutta sokeri-arvot paranivat. Neljäs ryhmän jäsen oli myös normaalipainoinen. Hänellä oli nivelten kanssa ongelmia ja liikunnan lisääminen ei onnistunut vaan hän sai tuloksensa aikaan ruoka-asioiden muutoksilla. Nämä neljä ryhmän jäsentä saivat saman ohjauksen, kukin otti itselleen sopivan toimintatavan ja heidän kaikkien verensokeriarvot paranivat.

Tämän ohjausryhmän jälkeen opinnäytetyöntekijän tarkoituksena on jatkossakin toteuttaa ryhmäohjausta tyypin 2 diabeteksen varhaisvaiheen potilaille.

Opinnäytetyön tulos tuo esille sen, että tyypin 2 diabeetikoiden varhaisvaiheen potilaiden elämäntapaohjaus on hyödyllistä ja tarpeellista. Omilla arkipäivän terveellisillä valinnoilla ruuan, liikunnan ja painonhallinnan suhteen, he voivat saada verensokerinsa normaalille tasolle. Silloin myös diabeteksen lisäsairauksien riski pienenee. Terveystieteiden huollolla on iso haaste vastata tarvittavaan terveysneuvontaan.

Diabetesliiton DEHKO- ohjelma on tuottanut materiaalia ja toimintamalleja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla selvittää seurannan järjestämistä ja sen tarpeellisuutta ryhmäohjaukseen osallistuneille henkilöille. Toisena aiheena voisi selvittää ja vertailla yksilöohjauksessa ja ryhmäohjauksessa käyneiden henkilöiden saavuttamia tuloksia keskenään.

LÄHTEET

Aro, A. Hyvä tietää ravinnon rasvoista. Diabetes ja lääkäri 3/2007.

Aro, A. Kokojyvävilja on kaikkein parasta. Diabetes ja lääkäri 1/2008.

Aro, E. toim. 2007. Diabetes ja ruoka. Diabetesliitto. Jyväskylä. Gummerus Oy.

Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Diabetesliitto.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. 2000. Suomen Diabetesliitto ry. Gummerus.

Heinonen, L. 2006. Laihduttamisen tarpeellisuus. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A., & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 140.

Heinonen, L. 2006. Miten painoa hallitaan. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A., & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 141.

Heinonen, K., Heinonen, L., Huhtanen, J., Kallioniemi, V., Kokkonen, L. & Turku, R. 2002. Tyypin 2 diabetes. Opas aikuistyyppin diabeetikolle. Suomen Diabetesliitto. Jyväskylä. Gummerus Oy.

Heinonen, L., Heikkinen, T. Ravitsemuksen peruskysymysten äärellä. Diabetes ja lääkäri 5/2006.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Holmström, T. 2008. Terveyskeskuslääkäri. Henkilökohtainen tiedonanto 29.4.2008.

Ilanne-Parikka, P. 2006. Sokerihemoglobiini, HbA1c. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 68.

Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A & Rönnemaa, T. toim. 2006. Diabetes. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Kalkas, H. 2000. Hoitotyön etiikan käytännölliset perusteet. Teoksessa Kalkas, H., Sarvimäki, A. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki. WSOY, 93.

Kaltiala, U., Louheranta, A. & Nuutinen, O. Tyypin 2 diabeetikko kaipaa ajan kohtaista tietoa ruokavaliosta. Diabetes ja lääkäri 3/2005.

Korhonen, P., Tiitinen, J. 2007. Valtimotautien ehkäisystrategia Keski-Satakunnan kuntayhtymässä.

Koskinen, A-M. 2007. Hoitohenkilöstön osaaminen diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöille suunnatun koulutuksen arviointi. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Laakso, M. 2005. Metabolisen oireyhtymän uudet kriteerit ja hoito. Duodecim 121, 1521-1530.

Laaksonen, D.E., Lakka, T.A., Liikunta on tehokasta täsmälääkettä. Liikunta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Diabetes ja lääkäri 6/2007.

Lankinen, P. 2001. Miten toteutuu aikuistyyppin diabeetikoiden ruokavalio-ohjaus? Kysely sairaan- ja terveydenhoitajille Itä-Suomen läänin perusterveydenhuollossa. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Marttila, J. 2007. Käyttäytyminen ei muutu käskystä. matka ajatuksesta toimintaan voi olla pitkä ja työntäyteinen. Diabetes ja lääkäri 4/2007.

Marttila, J., Himanen, O., Ilanne-Parikka, P. & Hiltunen, L. Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön. DEHKO-raportti 2004:2. Suomen Diabetesliitto ry.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino, tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi- miten autan potilasta? Duodecim 114, 531–538.

Männistö, S., Lahti-Koski, M., Tapanainen, H., Laatikainen, T. & Vartiainen, R. 2004. Lihavuus ja sen taustat Suomessa – liikakilot kasvavana haasteena. Suomen Lääkärilehti 8/2004, 777–781.

Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.). 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Juva. WS Bookwell Oy.

Partanen, H. 2006. Olet mitä syöt. Helsinki. WSOY.

Peränen, N., Tonteri, S. Tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonta, yleisiä ohjeita vai omia tavoitteita? Diabetes ja lääkäri 6/2003.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen Lääkärilehti 14/2004, 1491–1495.

Rintala, T-M., Olli, S., Nuutinen, H. & Seppänen, S. 2008. Suomen DESG ry. 10 vuotta moniammatillista hoidonohjauksen kehittämistä. Painoykkönen Ky. Oulainen.

Reunanen, A. 2006. Diabetes yleistyy Suomessa entistä kiivammin, mutta diabeetikoiden ennuste paranee ja lisäsairauksien ilmaantuminen vähenee. Diabetes ja lääkäri 6/2006.

Rönnemaa, T. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt ja diabetes. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 435.

Rönnemaa, T. 2006. Miksi diabeetikon sepelvaltimotautiriski on muita suurempi. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 420.

Rönnemaa, T. 2006. Miten ja miksi diabeteksen lisäsairauksia voi kehittyä. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 398.

Rönnemaa, T. 2006. Miten, miksi ja milloin munuaisten toiminta voi häiriintyä. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A., & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 390.

Rönnemaa, T. 2006. Neuropatiaoireet. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A., & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 404.

Saaresranta, T. Unihäiriöt ja metabolinen oireyhtymä. Diabetes ja lääkäri 1/2006.

Salminen, V., Lindström, J., Louheranta, A. & Rastas, M. 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Suomen Lääkärilehti 12/2002, 1379–1382.

Saraheimo, M., Kangas, T. 2006. Diabeteksen alamuodot. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 17.

Saraheimo, M., Kangas, T. 2006. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Karisto Oy, 20.

Sarvimäki, A. 2000. Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Kalkas, H., sarvimäki, A. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki. WSOY, 12–13.

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

Silfverberg, P. 1996. Ideasta projektiksi. Helsinki. Edita.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen sisätautilääkärin yhdistyksen asettama työryhmä. 2007. Diabeteksen Käypä hoito-suositus. Duodecim 2007;123:1490–520.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 2006. Käypä hoito-suositus. Aikuisten lihavuus. (Viitattu 17.3.2008). <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi24010>

Suomalaisen lääkariseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2007. Käypä hoito-suositus. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot (Viitattu 14.4.2008) <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=kht00003>

Tuominen, P., Rintamäki, T., Jussila, M., Kotisaari, S., Sipilä, A-L. & Oksa, H. 2001. Tehoaako ryhmäneuvonta tyypin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa? Suomen Lääkärilehti 46/2001, 4727–4731.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Valle, T.A., Lindström, J., Eriksson, J.G., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Louheranta, A., Laakso, M., Martikkala, V., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Hakumäki, M., Mannelin, M., Sundvall, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2002. Elämäntapamuutokset tehokkaita tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Suomen Lääkärilehti 12/2002, 1369–1376.

Valtakunnallinen terveydenhuollon neuvottelukunta ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. (Viitattu 13.5.2008) <http://etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Gummer.

Winell, K. & Reunanen, A. 2006. Diabetesbarometri 2005. Suomen Diabetesliitto ry. Hermes.

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että sairaanhoitaja Päivi Tuomisen opinnäytetyössä voidaan käyttää ryhmäohjaustilanteessa esille tulevia asioita siten, ettei henkilöllisyyteni tule esille.

aika ja paikka

allekirjoitus

NIMI _____

F.V.M. _____

Valitsemalla seuraavista väittämistä itseäsi koskevat voit tutkia omaa liikunta- ja ruokatottumustasi, ovatko ne jo kunnossa vai onko niissä kehitettävää. Valitse yksi tai useampi vaihtoehto avoimin mielin ja rehellisesti. Tutki käyttämäsi elintarvikkeiden päällysmerkintöjä, jos et vielä tiedä esimerkiksi tuotteen rasvaprosenttia.

LIIKUNTATOTTUMUKSET			
1. Liikua yhteensä 30 minuuttia	<input type="checkbox"/> päivittäin	<p>4. Leikkelemäärät (lihaleikkeet, makkarat, juustot) leivilläni ovat</p> <p><input type="checkbox"/> vain yksi ohut viipale leipäviipaleita kohti</p> <p><input type="checkbox"/> en käytä kailloja leivillä leikkeleitä lainkaan</p> <p><input type="checkbox"/> syön ruuan kanssa leipää ilman päällisiä</p> <p><input type="checkbox"/> laitan leiville yleensä runsaasti leikkeleitä sekä juustoa että lihaa/makkaraa, ainakin pari kolme viipaleita yhteensä</p>	
2. Huomaan läikkuessani, että hengästyn	<input type="checkbox"/> päivittäin		
3. Kun nousen ylempiin kerroksiin talossa, yleensä	<input type="checkbox"/> käytän hissiä		
4. Käydessäni kaupassa	<input type="checkbox"/> ajan yleensä autolla		
5. Käyn kävelemässä tai muuten ulkoilemassa	<input type="checkbox"/> päivittäin		
6. Mäulla on liikuntaharrastus	<input type="checkbox"/> on		
7. Liikkumiseni tuottaa minulle mielihyvää	<input type="checkbox"/> aina		
8. Napostelen perunalastuja, suola-pähkinöitä, suklaata, makeisia	<input type="checkbox"/> lähes päivittäin		<p>5. Maito-/piimälaatuna käytän päivittäin</p> <p><input type="checkbox"/> pääasiassa rasvaton maitoa tai piimää</p> <p><input type="checkbox"/> pääasiassa vähärasvaista maitoa (1 % rasvaa) tai kevytmaitoa (1,5 % rasvaa) tai vähärasvaista piimää</p> <p><input type="checkbox"/> pääasiassa kolutsmaitoa tai täysmaitoa (yli 3,5 % rasvaa) tai rasvaisempaa piimää</p>
9. Nautin kävileiväksi	<input type="checkbox"/> viinerin, munkin tai pasteijan		
10. Janojuomana käytän	<input type="checkbox"/> energiaa sisältämättömiä juomia kuten light-viivointujuomaa, light-mehua, vettä tai ihvennäsvettä		
11. Syön hedelmiä, marjoja, kasviksia tai juureksia	<input type="checkbox"/> jokaisella syömiskerralla (noin puoli kiloa päivässä)	<p>6. Valmistan ruokani</p> <p><input type="checkbox"/> yleensä ilman rasvaa isäyksellä</p> <p><input type="checkbox"/> käyttäen pienen määrän kasviöljyä tai juoksevaa kasvimargariinia</p> <p><input type="checkbox"/> voissa tai Ölväriinissa paistoen</p> <p><input type="checkbox"/> vähärasvaista ruokakerma- tai juustovalmistetta (alle 7 %) käyttäen (faihot, kermaviiliä, tuore- ja sulatejuustot)</p> <p><input type="checkbox"/> rasvaista kerma- tai juustovalmistetta (yli 10 % rasvaa) käyttäen</p>	
12. Kasvisalaattien ja -raasteiden kanssa käytän yleensä	<input type="checkbox"/> kasviöljypohjaisia salaattinkastikkeita		
13. Valitsen kaupassa elintarvikkeita, joissa on	<input type="checkbox"/> mahdollisimman vähän suolaa		
14. Ripottelen suolaa ruoka-annokseeni	<input type="checkbox"/> yleensä maistettuani ruokaa ensin ja havaittuani sen suolattomaksi		
15. Ruokamääräni aterioilla	<input type="checkbox"/> pysyvät kohtuullisina koska tyydyn yhteen lautaselliseen ruokaan		
16. Syön kalaruokia	<input type="checkbox"/> vähintään kaksi kertaa viikossa		
17. Valitsen aterioilla mielelläni	<input type="checkbox"/> vähärasvaisia ruokalajeja		
18. Tunnen Sydänmerkin ja valitsen yleensä sydänmerkkituotteita	<input type="checkbox"/> ei		
19. Käytän yleensä	<input type="checkbox"/> kävelyä		
20. Käytän yleensä	<input type="checkbox"/> kävelyä		

MITÄ VALINNAT KERTOVI? Mitä enemmän valitsit väittämistä vihreitä vaihtoehtoja, sitä paremmat asiat ovat kohdallasi.



Listaa tähän mitä hyväksi/ko toimivia löysit?

Listaa tähän mitä kehittämiskohtia huomasit?

Laita kehittämiskohdat järjestykseen sen mukaan, mistä aloit aloittaa elintapojesi kehittämisen?

1. _____

2. _____

3. _____

Huom! Tämä liikunta- ja ruokatorumuksia koskeva kartoitus on suuntaa antava ja tarkoitettu asioiden havainnollistamiseksi. Sydän- ja verisuonitautien kehittymiseen vaikuttavat monet muutkin tekijät, kuten perintötekijät, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö.

ELINTAPOHJEITA MBO:N HALLITSEMISEKSI

Liikunta, ravinto ja kohonnut verenpaine

- Säännöllinen liikunta alentaa kohonnutta verenpainetta.
- Liiku säännöllisesti, päivittäin ainakin 30 minuuttia hieman hengästyen, kuten reippaan kävelyn aikana.
- Voit kerätä liikunta-annoksen 2-3 liikuntahetkestä.
- Tee lisäksi lihasvoimaharjoitusta 1-2 kertaa viikossa.
- Vähäsuolainen, monipuolisesti kasviksia/hedelmiä/marjoja sisältävä ruoka alentaa verenpainetta.
- Sopiva määrä ruokaa ja ylipainoisten lievä laihduttaminen alentaa verenpainetta.

Liikunta, ravinto ja epäedulliset rasva-arvot

- Säännöllinen liikunta vaikuttaa myönteisesti rasva-arvoihin; se vähentää huonon LDL- kolesterolin ja lisää hyvän HDL- kolesterolin osuutta verenkierrossa.
- Liiku säännöllisesti, päivittäin ainakin 30 minuuttia hieman hengästyen, kuten reippaan kävelyn aikana.
- Voit kerätä liikunta-annoksen 2-3 liikuntahetkestä.
- Kovan rasvan (kuten maidon/maitovalmisteiden ja lihan/ lihavalmisteiden rasva) rajoittaminen ja pehmeiden/öljymäisen rasvan suosiminen vaikuttavat edullisesti veren rasvoihin ja niiden suhteisiin.
- Kuitupitoinen ruoka (paljon kasviksia/hedelmiä/marjoja ja täysjyväleipä) vaikuttaa edullisesti veren rasvoihin.
- Riittävästi pehmeää rasvaa saa leivänpöydällä aina leiville pehmeä kasviöljy, margariini, tarvittaessa kolesterolia alentava margariini, ja lisäämällä pöydän salaattinaukoihin pari teelusikallista öljypitoista salaattikasivettä – ”vähemmän tyyliin” runsaamminkin öljyä käyttävät voivat jättää leipärasvan vähemmälle.

Sydänmerkki pakkausten kyljessä helpottaa ostovalinnoissa. Se ilmoittaa, että tuote on raavan määrän ja laadun sekä suolan määrän suhteen omassa tuoteryhmissään muita parempi valinta. Pari kertaa viikossa on syytä nauttia kevyesti ja vähäsuolaisesti valmistettuja kalaturkuja. Niistä saa sydämen hyvinvoinnille tärkeitä rasvoja.

Liikunta, ravinto ja ylipaino

- Liikunta lisää energiankulutusta, joten liiku aina kun mahdollista.
- Kaikenlainen liikunta on hyväksi painonhallinnassa.
- Etene vähitellen kohti tunnin päivittäistä liikunta-annosta.
- Voit kerätä liikunta-annoksen 2-3 liikuntahetkestä.
- Lihasvoiman kasvaminen auttaa painonhallinnassakin.
- Sopivaan pieni määrä pääruokaa, leivänpöydäisiä ja herkuja auttaa pikkuhiljaa alentamaan painoa.
- Vähärasvaiset valinnat ruoassa auttavat kunhan pidät niidenkin määrät hallinnassa.
- Nauti kasviksista, hedelmistä ja marjoista, niistä et saa liikaa energiaa – äyriä vatsasi niillä.

Tiesitkö, että jo pienikin painon alentaminen (3 %) ylipainosta, säännöllinen liikunta ja syömisen järjestyminen edistävät sydämesi terveyttä ja parantavat työ- ja toimintakykyä? Ne helpottavat arjesta selviytymistä ja tuottavat iloa ja mielellisyyttä.

Julka vaikuttaisi terveytesi liikunnalla, iku päivittäin 30 minuuttia hengästyen, kuten reippaan kävelyn aikana, tai 30 000 askelta.

Päivittäisen puolituntisen voit koota 2-3 liikuntahetkestä. Työssäkäyvä ihminen kävelee noin 6 000-7 000 askelta työpäivänsä aikana. Kun työpäivän aikana otettuihin askelmiin lisätään puolen tunnin kävelyn aikana otetut noin 3 000-4 000 askelta, päivittäinen liikunnan suositus-annos täyttyy. Päivittäinen askelavoite on yhteensä 10.000 askelta.

Pysähdy hetkeksi seuraamaan liikkumistasi. Seuraa kahden viikon ajan liikkumiseen käytettyjä minuutteja tai seuraa askeltesi määrää askelmittarilla, joka kertoo päivittäin ottamiesi askelten määrän. Kerää taulukkoon sekä arkinen hyötyliikunta että liikunnan harrastaminen.

Viikko 1	Liikkumiseen käytetty aika minuutteina	Askelmäärä
ma		
ti		
ke		
to		
pe		
la		
su		
Viikko 2		
ma		
ti		
ke		
to		
pe		
la		
su		

Hiemoa, jos iätkät terveytesi kannalta riittävästi. Jos liikkumisesi ei ollut riittävästi edellisen kahden viikon aikana, tee pieniä muutoksia arkeesi. Kun löydät liikkumiseen itsellesi mieluisimmat tavot ja päivittäin parhaiten sopivat hetket, liikunnan säännöllisyys hoituu kuin itsestään.

Liikunnan harrastamisen ohella arkinen hyötyliikunta on arvokasta:

- käytä hissin sijaan portaita
- tee koiran kanssa reipas lenkki
- pyöräile työpaikalle
- lähdke lasten kanssa ulkoilemaan
- kävele kaupungin

Lähdke liikkeelle: kävelemään, saunakävelymään, pyöräilemään, uimaan, polttamaan pallopelotä tai ulkoilemaan.

VIINKKEJÄ ONNISTUMISEEN

Liikkuminen

- Kivittelle mielessäsi liikunnan jälkeisen hyvän olon tunne.
- Hanki ammattikoulu lastenhoitaja.
- Ota lapset mukaan liikkumaan.
- Hanki asialliset varusteet, esim. sadovaatteet.
- Liiku yhdessä kaverin kanssa.
- Lähdke liikkumaan suoraan töistä.
- Ulkoile, raitis ilma pirittää.
- Kun alkotulisi on tiukka, lyhennä liikunta-aikaa.

Ruokatorumusten kehittäminen

- Tiedosta painosi ja mahdollinen laihuttamisen tarve, estä lihominen.
- Hallitse painoasi syömistä järjestyksellä – ei laihduskuureilla.
- Nukutottumuksia voi kehittää, maistele rohkeasti kevyempiä ruokia. Kasviksistakin oppii pitämällä, kun maistat niitä tarpeeksi usein.
- Syöminen on iloinen asia.
- Silmänruokakko – monen väriset kasvikset, hedelmät ja marjat – on terveellistä.

Lopuksi

Pienet, itselle sopivaan tahtiin tehdyt muutokset sekä liikunnassa että syömisessä, jäävät helpommin pysyviksi. Sinulla on käsiissäsi avaimet liikunta- ja ruokatorumuksiesi onnistumiseen muuttamiseksi. Olet itse päätöksensä, mihin lisäät liikunnan määrää ja miten järjestytt syömistiesi. Ota vastuu muiden tui: lähde naapurin kanssa lenkille. Sallii itsellesi reppahminen; joskus hyvä alkotus ei toteudu, älä jää sitä suremaan, huomenna on uusi päivä. Uuden tavon omaksuminen vaatii aikaa, pikku hiljaa sitä tulee luonnollinen osa arjeksi.

Sairaanhoitaja
Päivi Tuominen
Turajärventie 214
27510 Eura
puhelin/työ 83980479

Johtava hoitaja
Markku Nurmi
Terveystie 3
27510 Eura

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Työskentelen Euraa terveyskeskuksessa diabeteshoitajana ja opiskelen terveydenhoitajaksi (AMK) Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Opintoihin liittyä opinnäytetyön tekeminen. Teen opinnäytetyönä projektityön ryhmäohjauksen soveltuvuudesta diabeteksen varhaisvaiheen potilaiden elämäntapaohjauksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ryhmäohjauksen toimivuus ja sen hyödyt diabeteksen varhaisvaiheen potilaiden elämäntapaohjauksessa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii terveydenhuollon lehtori Ritva Kangassalo Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Ohjaukseen tulevia henkilöitä pyydän allekirjoittamaan suostumuksen siitä, että voin käyttää opinnäytetyössäni ryhmätilanteissa esille tulevia asioita heidän henkilöllisyyttään paljastamatta. Opinnäytetyön valmistumisajankohta on keväällä 2008.

Pyydän kohteliaimmin lupaa opinnäytetyön suorittamiseen. Liitteenä opinnäytetyöni tutkimussuunnitelma.

16.10.2007 EURA
aika ja paikka

Päivi Tuominen
allekirjoitus

Lupa myönnetty johtaja-yhtymän kokouksessa
23/10 2007.

Markku Nurmi
johtava hoitaja