
**"SE NYT ON SITTE VÄHÄN SIMMONEN
KAKSPIIPPUNEN JUTTU SE"**

Tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 13.9.2011

Karoliina Könkö

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi "Se nyt on sitte vähän simmonen kakspiippunen juttu se":
Tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutuminen ja siihen
vaikuttavat tekijät

Tekijä Karoliina Kōnkō

Ohjaava opettaja Vilma Lotta Talka

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä	Karoliina Könkö	Vuosi 2011
Työn nimi	"Se nyt on sitte vähän simmonen kakspiippunen juttu se": Tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä hoitoon sitoutuminen tyypin 2 diabeetikkojen mielestä tarkoittaa ja, mitkä tekijät vaikuttavat heidän hoitoon sitoutumiseensa. Tavoitteena on, että työstä saadun tiedon perusteella voidaan selkeämmin kohdistaa diabeetikoiden hoidonohjausta ja omahoidon tukemista heidän tarpeitaan vastaaviksi ja siten löytää uusia keinoja auttaa diabeetikkoja sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa ja jaksamaan pitkäaikaisen sairautensa kanssa.

Tutkimus on kvalitatiivinen perustuen fenomenologiseen tutkimusotteeseen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla neljää tyypin 2 diabeetikkoa, jotka ovat sairastaneet diabetesta yli 3 vuotta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina maalis-huhtikuussa 2011. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan hoitoon sitoutuminen tarkoittaa haastateltavien mielestä yleistä hyvinvointia, säännöllisyyttä ja omaa aktiivisuutta. Hoitoon sitoutumista edistivät tämän tutkimuksen mukaan hoitajalta ja puolisoilta saatu tuki, halu hoitaa itseään, positiivinen palaute sekä elämän hallinta. Hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä olivat puolestaan yhteistyön puute lääkärin kanssa, ruokavalion haasteet, liikkumista rajoittavat tekijät, elämän epäsäännöllisyys ja tiedon puute.

Avainsanat Aikuistyyppin diabetes, hoitoon sitoutuminen, itsehoito.

Sivut 33 s. + liitteet 4 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing

Author	Karoliina Könkö	Year 2011
Subject of Bachelor's thesis	Compliance of a patient with type 2 diabetes and associated factors	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to study what adherence to care means to type 2 diabetics and what factors affect their adherence. The aim is that the nurses can use information from this work when they give counseling to their patients. In this way the self care guidance and support from nurses may correspond to the patients' needs better and help diabetics to engage in their own care and cope with the long-term illness.

The study is qualitative and based on a phenomenological study method. The data were collected by interviewing four type 2 diabetics who have suffered from diabetes for over 3 years. Individual interviews were carried out in March and April 2011. The data were analyzed using an inductive content analysis.

Based on the results the interviewees think that adherence to treatment means general well-being, regularity and the patient's own activity. According to this thesis the factors that help the interviewees to adhere to care were support from the nurse and spouse, the desire to treat themselves, positive feedback and life management. Factors debilitating adherence were in turn lack of co-operation with the doctor, dietary challenges, factors that limit movement, non-regularity and lack of information.

Keywords Type 2 Diabetes, adherence, self-care.

Pages 33 p + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TYYPIN 2 DIABETES	2
2.1	Hoito ja hoidon tavoitteet.....	3
2.2	Omahoito.....	4
2.3	Lääkehoito.....	6
3	HOITOO SITOUTUMINEN.....	7
3.1	Pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutuminen.....	8
3.2	Hoitoon sitoutumisen edellytykset.....	9
3.3	Pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.....	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	13
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	13
5.2	Tiedonantajien valinta.....	13
5.3	Aineiston keruu ja aineiston kuvaus.....	14
5.4	Aineiston analysointi.....	15
5.5	Tutkimuseettiset näkökohdat.....	16
6	TUTKIMUSTULOKSET	17
6.1	Hoitoon sitoutuminen käsitteenä.....	17
6.2	Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät.....	19
6.3	Hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät.....	23
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	24
7.1	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	24
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	26
7.3	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	28
	LÄHTEET	30

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Suostumuslomake
Liite 3	Esitietolomake
Liite 4	Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Suomessa on arviolta noin 240 000 hoidon piirissä olevaa tyypin 2 diabeetikkoa. Kun mukaan lasketaan, että yli 200 000 suomalaista sairastaa diabetesta tietämättään, on diabetes noin 10 prosentilla väestöstä. (Sund & Koski 2009, 6; Rissanen & Jarvala 2010, 12.) Ottamalla huomioon myös henkilöt, joilla glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt ilmenevät heikentyneenä glukoosinsietona (IGT) tai suurentuneena paastoglukoosiarvona (IFG) sokerirasituskokeessa, päädytään siihen tosiasiaan, että työikäisestä ja sitä vanhemmasta suomalaisesta väestöstä lähes joka toisella on jokin häiriö glukoosiaineenvaihdunnassa (Reunanen 2006, 8).

Hoidossa olevien diabeetikkojen määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan maassamme nykyvauhdilla 12 vuoden välein. Esiintyvyyden hurjan kasvun taustalla on väestön ikääntymisen ja lihomisen, väärin ravitsemustottumusten ja vähentyneen arkiliikunnan lisäksi kehittynyt diagnostiikka, mikä mahdollistaa sairauden toteamisen nykyään hyvin varhaisessa vaiheessa. (Sund & Koski 2009, 6; Rissanen & Jarvala 2010, 14.)

Diabeetikoiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2007 lähes 10 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. Vuosien 1998–2007 välisen seurannan aikana diabeetikoiden sairaanhoidon kokonaiskustannukset kasvoivat 80 prosentilla. Diabetes ei ole siis pelkästään suuri ongelma maamme kansanterveydelle, vaan myös kansantaloudelle. Tehokkain keino hidastaa kustannusten kasvua on ehkäistä diabetekseen liittyviä lisäsairauksia. (Rissanen & Jarvala 2010, 12–14.)

Diabeteksen hoidon kulmakivet ovat liikunta, ruokavalio ja lääkehoito. Sairauden hoidon tärkeimmät tekijät ovat diabeetikko itse ja hänen omahoitonsa, sillä hoidon toteuttamisesta 70–80 prosenttia on potilaalla itsellään. (Tuiskunen 2003, 262.) Diabeetikko ei ole hoitotyön kohde, vaan ratkaiseva hoitotuloksen tekijä (Hermansson 2003, 277). Heinistön ja Juntusen (2008, 38) mukaan tyydyttävässä tai huonossa hoitotasapainossa oli yli puolet tutkittavista tyypin 2 diabeetikoista. Useissa tutkimuksissa on todettu, että vain puolet pitkäaikaissairaista potilaista on hoitoonsa sitoutuneita (Toljamo & Hentinen 2001, 622; Lunnela, Hupli & Kyngäs 2006, 155; Kyngäs & Hentinen 2009, 22). Hoidolla ei saavuteta parasta mahdollista hyötyä, mikäli ihminen ei ole siihen sitoutunut. Sitoutumista edistävät toimenpiteet vaikuttavat kansanterveyteen huomattavasti enemmän kuin mikään yksittäinen lääkehoidon kehittäminen. (Savikko & Pitkälä 2006, 4; WHO 2003, 22.)

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Aiheen valinnan perusteena oli opiskelijan oma kiinnostus tyypin 2 diabeteksestä ja se rajattiin yhdessä FSTKY:n kanssa koskemaan potilaiden hoitoon sitoutumista. Tavoitteena oli, että työstä saadun tiedon perusteella voitaisiin selkeämmin kohdistaa diabeetikoiden ohjausta ja omahoidon tukemista heidän tarpeitaan vastaviksi ja siten löytää uusia keinoja auttaa diabeetikkoja sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa.

2 TYYPIN 2 DIABETES

Valtaosa eli noin 75 prosenttia diabetesta sairastavista suomalaisista on tyypin 2 diabeetikoita ja heistä noin puolet on iältään yli 65-vuotiaita. Tyypin 2 diabetes alkaa yleensä 35–40 ikävuoden jälkeen. Sairauden alku voi olla oireeton tai hyvin vähäoireinen, jolloin diabetes todetaan vasta lisäsairauksien myötä esimerkiksi sydäninfarktin tai silmänpohjan verisuonimuutosten yhteydessä. Tyypin 2 diabeteksen tavallisimpia oireita ovat väsymys ja vetämättömyys varsinkin aterioiden jälkeen, masennus ja ärtyneisyys, jalkasäryt, näön heikentyminen sekä tulehdusherkkyyden lisääntyminen. (Ilvesmäki 2006, 267; Saraheimo 2009a, 24; Saraheimo 2009b, 31.)

Tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus, joka esiintyy suvuittain. Mikäli toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes, on lapsen sairastumisriski noin 40 prosenttia ja molempien vanhempien sairastaessa jopa 70 prosenttia. (Saraheimo 2009b, 31.) Perimän ohella sairauden yleistymisen syynä on runsaasti energiaa sisältävän, erityisesti rasvaisen ja sokeripitoisen ravinnon, ja vähäisen liikunnan aiheuttama painonnousu sekä väestön ikääntyminen ja arkiliikunnan vähentyminen. Aiemmin tyypin 2 diabetesta pidettiin lähinnä vanhempien ikäluokkien sairautena, mutta viime vuosina sitä on todettu lisääntyvästi jopa murrosikäisillä nuorilla. (Saraheimo & Sane 2009, 13.)

Tyypin 2 diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena verensokeripitoisuutena. Aineenvaihdintahäiriöiden taustalla on kolme keskeistä tekijää: insuliiniresistenssi, maksan lisääntynyt glukoosintuotto ja häiriintynyt insuliinieritys haimasta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 579.)

Tyypin 2 diabeteksessa elimistön insuliiniherkkyys on heikentynyt, jolloin puhutaan insuliiniresistenssistä eli insuliinin tehottomuudesta, mikä ilmenee erityisesti maksassa, lihaksissa ja rasvakudoksessa (Seppänen & Alahuhta 2007, 14). Tämä aiheuttaa sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, vyötärölihavuutta ja suurentaa verenpainetta lisäten valtimotaudin vaaraa. Kun insuliinin jarruttava vaikutus maksan sokerintuotantoon väheenee, verensokeri nousee etenkin yöllä ja aterioiden välillä. Insuliinin tehottomuuden takia lihakset eivät kykene käyttämään sokeria normaalisti polttoaineenaan eivätkä varastoimaan sitä. Insuliiniresistenssi johtaa rasvakudoksessa rasvahappojen liialliseen vapautumiseen ja niiden lisääntynyt tarjonta maksaan osaltaan lisää sen sokeri- ja rasvatuotantoa. Lisäksi rasvahapot kilpailevat sokerin kanssa lihasten energianlähteenä, mikä edelleen heikentää lihasten sokerinkäyttöä ja nostaa verensokeritasoa. Insuliiniresistenssi altistaa myös veritulpile, koska veren hyytymistäipumus kasvaa. (Saraheimo 2009b, 31–32; Virkamäki 2009a, 34; 2009b, 35.)

Aterian jälkeen insuliinia erittyy aluksi nopeasti, minkä tarkoituksena on valmistaa maksa vastaanottamaan imeytyvät ravintoaineet. Insuliinihuipun jälkeen erityis tasaantuu ja jatkuu niin kauan kuin ravintoa imeytyy. Tyypin 2 diabeteksessa aterian jälkeinen insuliinierityksen nopea vaihe on heikentynyt tai puuttuu kokonaan, jolloin verensokeriarvot nousevat eten-

kin aterioiden jälkeen. Insuliiniresistenssi yhdistettynä vaihteleva-asteiseen insuliinin erityksen häiriintymiseen saa aikaan verensokerin kokonaisvaltaisen kohoamisen, sillä insuliinin tehottomuus ja epätasainen erittyminen eivät hillitse maksan sokerintuotantoa. (Seppänen & Alahuhta 2007, 14.)

2.1 Hoito ja hoidon tavoitteet

Tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteena on ensisijaisesti diabeetikon jokapäiväinen hyvinvointi ja oireettomuus. Kun hoito on saatu kohdalleen, elämänlaatu yleensä paranee. Hoito on kokonaisvaltaista ja vaatii toteutukseen diabeetikolta itseltään aktiivisuutta ja halua sitoutua terveellisiin elintapoihin sekä tarvittaessa runsaaseenkin lääkehoitoon. Puutteellisesti hoidettuna sairaus johtaa hankaliin elämänlaatua ja sen pituutta vähentäviin lisäsairauksiin kuten sydän- ja verisuonitauteihin, silmänpohja muutoksiin eli retinopatiaan, munuaismuutoksiin eli nefropatiaan ja hermo-
muutoksiin eli neuropatiaan. (Ihanne-Parikka 2006, 216; Ilvesmäki 2006, 267.) Lisäsairauksia voidaan ehkäistä ja niiden etenemistä hidastaa hyvällä hoidolla. Tämä tarkoittaa, että verensokeritaso, verenpaine ja veren rasva-arvot pidetään mahdollisimman lähellä normaalia sekä vältetään tupakointia. (Himanen 2009b, 52.)

Kohonnut verensokeri on vain yksi osa diabetekseen liittyvää laajaa aineenvaihduntahäiriötä. Tästä syystä tyypin 2 diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista ja kaikkien häiriöiden huolellinen hoito parantaa elämänlaatua sekä ehkäisee lisäsairauksia. Kohonneiden verensokeriarvojen lisäksi huomiota kiinnitetään veren rasva-arvoihin ja hyytymistäipumukseen, verenpaineeseen sekä liikapainon hoitamiseen. Hoito pohjautuu aina elintapojen tarkasteluun ja niiden muuttamiseen terveellisemmäksi. Elintapojen muutoksista tärkeimmät ovat tupakoinnin lopettaminen, ruokavaliomuutokset ja liikunnan lisääminen. Kaksi viimeistä auttavat myös liikapainon sekä veren rasva-arvojen ja verenpaineen hoidossa. (Suomen Diabetesliitto ry 2007, 12; Seppänen & Alahuhta 2007, 27.)

Oikeus tehdä hoitoonsa liittyviä valintoja tuo mukanaan myös vastuun itse tehdyistä ratkaisuksista. Lääkärillä ja diabeteshoitajalla on velvollisuus huolehtia siitä, että diabeetikolla on riittävästi tietoa ja taitoja, joiden perusteella hän valintansa ja ratkaisunsa tekee. Hyvä yhteistyö diabeetikon, lääkärin ja diabeteshoitajan kanssa on tärkeää. Diabeetikko itse on oman hoitonsa arkipäivän asiantuntija, ja lääkäri ja hoitaja tuntevat hoitamisen perusteet sekä vaihtoehdot. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisilla on käytännön kokemusta muiden hoidossa olevien diabeetikoiden kautta. (Himanen 2009a, 49–51.)

Ihmisten mielikuvissa elää sitkeästi ajatus, että elämään diabeteksen kanssa liittyy paljon kieltoja ja rajoituksia. Nykyaikainen hoito kuitenkin sovitetaan mahdollisimman joustavasti jokaisen diabeetikon omaan elämäntyyliin ja aikaisempiin ruokailu- ja liikuntatottumuksiin. Käytännössä diabeteksen hoito edellyttää monesti muutoksia aikaisempaan elämäntyyliin, mutta ei siinä määrin kuin aiemmin. (Himanen 2009a, 49–51.)

Diabeteksen hoidon vaikutusta diabeetikon terveyteen seurataan säännöllisesti ja käyntien tiheys määritetään yksilöllisen tarpeen mukaan. Seuranta-käyntiä voidaan pitää diabeetikon, lääkärin ja diabeteshoitajan yhteistyö-neuvotteluna, jonka tarkoitus on auttaa diabeetikkoa saavuttamaan ja yllä-pitämään hyvää hoitoa sekä tukea häntä omahoidossa. (Himanen 2009c, 52–53.) Hoidon onnistumista tulisi seurata säännöllisesti 3–6 kuukauden välein lääkärin tai diabeteshoitajan vastaanotolla, jolloin tulkitaan yhdessä potilaan kanssa hänen kotona tekemiään verensokerimittauksia, käydään läpi diabeteksen aiheuttamia oireita sekä mitataan paastoverensokeriarvo ja pitkäaikainen verensokeri eli HbA1c. Myös diabeetikon paino ja veren-paine mitataan, tarkistetaan jalkojen kunto ja arvioidaan yhdessä elämän-tapamuutosten onnistumista. Tämän lisäksi tyypin 2 diabeetikoilta tulisi kerran vuodessa ottaa EKG, tutkia silmänpohjat, mitata veren rasva-arvot ja munuaisten toiminta laboratoriotekniikoin sekä määrittää virtsasta mikroal-buminuria ja seerumista kreatiniiniarvo. (Seppänen & Alahuhta 2007, 27.)

2.2 Omahoito

Keskeistä hoidossa on, että diabeetikko itse oppii kaiken sen, mitä hän tarvitsee omahoidossa onnistumiseen. Siksi sanotaan, että diabetes on oma-hoitoinen sairaus, mutta sitä ei kuitenkaan ole tarkoitus hoitaa yksin. Jokainen diabeetikko joutuu päivittäin tekemään diabeteksen hoitoon vaikuttavia valintoja ja ratkaisuja. Hoitohenkilökunnan tehtävä on varmistaa, että diabeetikolla on käytössään tähän riittävät tiedot, taidot ja välineet. Käytännössä jokapäiväiseen hyvinvointiin vaikuttaa se, kuinka diabeetikko osaa sovittaa yhteen erilaiset verensokeripitoisuuteen vaikuttavat tekijät kuten liikunnan, ruokailun ja lääkityksen. Kun hallitsee hoidon perusasiat, arki diabeteksen kanssa sujuu, erityistilanteista selviää ja hoitotavoitteet on mahdollista saavuttaa. (Saraheimo 2009c, 10–11.)

Jokapäiväinen omahoito voi ajoittain tuntua turhautavalta ja väsyttävältä, etenkin, jos hoidon tulokset eivät vastaa odotuksia. Omahoidon arjessa voi helposti unohtua, että mahdollisuus itse vaikuttaa omaan hoitoonsa on oikeasti myönteinen asia. Diabeteksen omahoito on jokapäiväistä ja jatkuu koko elämän, joten diabeetikoiden ajoittainen väsyminen tai tuskastuminen hoitoon ei ole yllättävää. Useimpien halu ja kyky toteuttaa omahoitoa vaihtelee myös erilaisissa elämäntilanteissa. Diabeteksen omahoito on kokonaisuus, joka koostuu lukuisista pienistä ratkaisuista, teoista ja järjestelyistä. (Marttila 2009, 53–55.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon perusta ovat painonhallinta, sopiva syöminen, arkiaktiivisuuden lisääminen ja liikunta sekä lääkehoidot (Ilanne-Parikka 2009, 218). Diabetes on elinikäinen kumppani, jonka kanssa potilaan tulee oppia elämään ja jota hänen on opittava hoitamaan itse. Diabeteksen omahoito tarkoittaa diabeteksen hoidon ja oman arkielämän yhteensovittamista niin, että lopputuloksena on paras mahdollinen elämänlaatu ja hyvinvointi. Arjessa omahoito tarkoittaa sitä, että diabeetikko mittaa verensokeria, suunnittelee syömisensä suhteessa verensokeriarvoihinsa ja fyysiseen rasitukseen sekä vastaa lääkehoidon toteutuksesta. Diabeetikko tekee päivittäin useita valintoja ja päätöksiä, joissa hän huomioi diabeteksen hoidon. (Seppänen & Alahuhta 2007, 8.)

Diabetes on sairaus, joka vaatii jatkuvaa ja säännöllistä seuranta. Potilaan itsensä suorittama verensokerin mittaaminen eli omaseuranta on tyypin 2 diabeteksen hoidon kulmakivi. Seuranta vaatii aikaa ja vaivaa, mutta siitä saatava hyöty on suuri, kun pyritään hyvään hoitotasapainoon. Seurannan avulla diabeetikko oppii sairautensa vaikutuksen ja elimistönsä toiminnan erilaisissa tilanteissa. Erityisen tärkeää omaseuranta on poikkeavissa tilanteissa, kuten esimerkiksi sairauspäivien aikana tai matkustettaessa. (Ruuskanen 2008, 71.)

Mittaustulokset tulisi kirjata aina omaseurantavihkoon, jolloin hoidon seuranta diabeteshoitajan tai lääkärin luona helpottuu. Omaseurannan mittauksista saadaan järjestelmällistä tietoa sokeritasapainosta ja arvioidaan hoidon sopivuutta ja tehoa suhteessa ruokamääriin ja liikunnalliseen aktiivisuuteen. Verensokerin omaseuranta on kuitenkin ensisijaisesti tarkoitettu diabeetikon työkaluksi, jolla hän itse seuraa sokeritasapainoaan ja hyödyntää tiedon muuttamalla tarvittaessa hoitoaan. Jotta verensokerin omaseurannasta olisi hyötyä, tulisi kaikille diabeetikoille määritellä hoitotavoitteet ja keinot hoidon muuttamiseen. Valitettavasti verensokeria kuitenkin mitataan yleensä liian harvoin ja ilman selkeää suunnitelmaa. (Rönnemaa & Leppiniemi 2009, 61–62.)

Tyypin 2 diabeetikko ei sairaudestaan johtuen tarvitse erikoisruokavaliota. Nykyisin diabeetikoille suositeltava ruokavalio ei siis enää oleellisesti poikkea muun väestön ruokavaliosuosituksesta, mutta diabetes on hyvä syy ottaa suositus keskimääräistä vakavammin. Kuten kaikille muillekin, diabeetikoille suositellaan terveellistä perusruokaa, joka sisältää vähän tyydyttyneitä ja kohtuullisesti tyydyttymättömiä rasvoja, vähän sokeria ja runsaasti kuituja. Ravinnon kokonaisenergiasta tulisi saada alle 30 prosenttia rasvoista. Mikäli myös verenpaine on koholla, suositellaan suolan vähentämistä. (Seppänen & Alahuhta 2007, 25–26; Ruuskanen 2008, 67; Heinonen 2009, 122.)

Ateriasuunnittelun lähtökohtana ovat diabeetikon omat ravitsemustottumukset ja energiantarve. Energiantarve lasketaan aina ihannepainoon nähden ja mikäli diabeetikolla on ylipainoa, voidaan kalorimäärää vähentää noin 500 kcal vuorokaudessa. Säännöllisestä ateriarytmistä sekä lautasmallista on hyötyä, vaikka ateriakertojen tarpeen määrä voi olla hyvin yksilöllinen. Painonhallinnan tavoitteena on pysyminen mahdollisimman lähellä normaalipainoa, koska lihavuuden on selkeästi osoitettu olevan yhteydessä riskiin sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. On myös todettu, että ylipainoisen diabeetikon viiden prosentin painonpudotus vaikuttaa edullisesti verensokeritasapainoon ja sitä kautta myös lääkityksen vähentämiseen. (Seppänen & Alahuhta 2007, 25–26; Ruuskanen 2008, 67–69.)

Diabeetikon tulisi aina osata arvioida ateriastaan hiilihydraattien määrä. Tärkeää olisi ymmärtää, mitkä ruoka-aineet sisältävät hiilihydraatteja sekä mikä ero on hiilihydraattien laadulla ja miten ne vaikuttavat verensokeritasoon. Joskus huonon tasapainon syynä voivat olla vain väärin arvioidut hiilihydraattimäärät suhteessa verensokeria laskeviin tekijöihin. Hiilihydraattien laskentataidon ohjaaminen ja sen ylläpitäminen on omaseuranta-

ohjauksen haasteellisimpia asioita terveydenhuoltohenkilöstölle. (Ruuskanen 2008, 67–69.)

Nagelkerkin, Reickin ja Meengsin (2006, 156) tutkimuksessa ruokailutottumusten muuttaminen ravitsemussuositusten mukaisiksi koettiin hankalaksi, koska sen toteutuminen vaatii säännöllisiä ruokailuaikoja, muutoksia totutuissa annoksissa ja ruoka-aineissa sekä spontaanin syömisen lopettamista. Lisäksi terveellisen ruuan korkeampi hinta sekä valmistamiseen kuluva pidempi aika koettiin muutosta ehkäiseväksi. Samassa tutkimuksessa suurimpana esteenä tyypin 2 diabeetikoiden hoidon onnistumiselle pidettiin ravitsemukseen liittyvän tiedon puutetta sekä ravitsemussuosituksen ymmärtämättömyyttä.

Liikunta auttaa painonhallinnassa ja lisää insuliinin tehoa elimistössä vaikuttaen siten positiivisesti verensokeritasoon sekä veren rasva-arvoihin. Liikunnan vaikutus on kuitenkin lyhytaikainen, ja siksi sitä tulisi harrastaa säännöllisesti. Suositeltavaa olisi liikkua vähintään joka toinen päivä puolen tunnin ajan. Luonteeltaan liikunnan tulisi olla sellaista, jonka aikana hengästyy ja hikoilee, kuten reipasta kävelyä, pyöräilyä, hiihtoa, uintia tai hyötyliikuntaa kuten esimerkiksi haravointia tai lumenluontia. (Seppänen & Alahuhta 2007, 25–27.)

2.3 Lääkehoito

Lääkehoito aloitetaan nykyään monesti heti, kun tauti todetaan, mutta edelleen tärkeintä on terveellinen elämäntapa eli liikunta ja hyvä ravinto. Suurin osa diabeetikoista tarvitsee useita samanaikaisesti käytettäviä, mutta eri vaikutusmekanismilla toimivia lääkkeitä. Metformiini, tyypin 2 diabeteksen ensimmäinen lääke, keksittiin yli 50 vuotta sitten, mutta edelleen se on potilaiden ensisijainen lääke. Metformiini hillitsee maksan sokerituotantoa ja parantaa insuliinin tehoa elimistössä. Sulfonyyliureat puolestaan lisäävät insuliinin eritystä haimasta ja insuliininherkisteet eli glitasonit lisäävät insuliiniherkkyyttä rasvakudoksessa ja lihaksissa. (Ilanne-Parikka 2009, 222; Lahti 2011, 20.)

Koska tyypin 2 diabetes on luonteeltaan etenevä sairaus, tulee sen hoitoa ajan myötä tehostaa. Vuosien sairastamisen myötä haiman oma insuliinituotanto loppuu kokonaan, eikä se lääkityksellä piiskaamallaan jaksa enää tuottaa insuliinia. Mikäli potilaan verensokeri on jatkuvasti korkea, ehtyy hänen insuliinierityksensä myös nopeammin. Tablettilääkkeiden verensokeria laskeva vaikutus hiipuu noin kymmenen vuoden kuluessa lääkehoidon aloituksesta. Kun muilla diabeteslääkkeillä ja hyvillä elintavoilla ei enää päästä haluttuun hoitotavoitteeseen, on aika ottaa käyttöön insuliinihoito. Tablettihoito ei aina myöskään sovi kaikille, esimerkiksi metformiinia ei voi käyttää, mikäli diabeetikolla on todettu munuaisten tai sydämen vajaatoimintaa. (Ilanne-Parikka 2009, 231, 233; Lahti 2011, 20.)

Insuliinihoidon aloitusta ei kannata pitkittää, sillä parempi verensokeritaso näkyy hyvinvoinnissa ja virkeydessä. Potilas tottuu korkean verensokerin aiheuttamiin oireisiin helposti, eikä näin tunne tarvetta muuttaa hoitoaan.

Kun hoitoa tehostetaan aloittamalla insuliinihoito, huomataan yleensä potilaan voinnin ja vireyden parantuvan merkittävästi. (Lahti 2011, 20.)

Insuliinihoidon aloitusta viivästyttää monesti niin diabeetikoiden kuin heitä hoitavan henkilökunnan asenteet ja vanhanaikainen käsitys diabeteksen hoidosta. Ajatus insuliinista tyypin 2 diabeteksen viimeisenä hoitokeinona elää sitkeästi ja liian pitkään odotetaan, että verensokeri korjaantuisi tablettihoidolla ja laihdutuksella. Pistoshoito on yleensä lopunikäinen ja lääkkeen nauttiminen suun kautta tuntuu helpommalta kuin insuliinin pistäminen oman ihon alle. (Ilanne-Parikka 2009, 234; Lahti 2011, 21.)

Insuliinihoidon aloitukseen liittyy kiinteästi myös pelko siitä, että verensokeri laskee liian matalalle. Verensokerin mittaaminen onkin kiinteä osa insuliinihoitoa ja insuliiniannoksen säätäminen verensokerin mittaustulosten perusteella opetetaan insuliinihoidon aloituksen yhteydessä. (Ilanne-Parikka 2009, 234; Lahti 2011, 21.)

Suurin osa insuliinihoitoa tarvitsevista tyypin 2 diabeetikoista yhdistää yhden iltapistoksen ja päivittäisen tablettilääkityksen saavuttaen näin hoitotavoitteensa. Perusinsuliinipistos otetaan kerran päivässä, yleisimmin illalla kello 21–23. Perusinsuliini vaikuttaa ennen kaikkea aamun korkeisiin verensokeriarvoihin estäen yön aikana, mutta myös aterioiden välillä, sokerin epätarkoituksenmukaista vapautumista maksasta. Päiväaikaan verensokerin liiallinen nousu aterioiden yhteydessä estetään pienentämällä ateriakokoja. (Ilanne-Parikka 2009, 234–235; Lahti 2011, 21.)

3 HOITOON SITOUTUMINEN

Käsitteen "hoitoon sitoutuminen" käyttö ja määrittely on ollut kirjavaa ja sitä on ilmiönä tutkittu ja määritelty aina 1950-luvulta alkaen. Käsitys siitä, mitä "hoitoon sitoutumisella" tarkoitetaan, on muuttunut ajan kuluessa. Suomen kielessä on käytetty aiemmin termejä hoitomyöntyvyys ja hoitokuuliaisuus, jotka tarkoittavat, että potilas tekee kuten terveydenhuollon työntekijät neuvovat häntä tekemään. Englanninkielisessä kirjallisuudessa on käytetty käsitteitä: "compliance" eli hoitomyöntyvyys, suostuvuus; "adherence" eli kiinnipitäminen, hoitouskollisuus ja "co-operation" eli yhteistyö. (Kyngäs & Hentinen 1997, 4, 2009, 16; Savikko & Pitkälä 2006, 4.)

Vasta 1990-luvun alussa otettiin käyttöön hoitoon sitoutumisen käsite (adherence) kuvaamaan ihmisen aktiivisempaa roolia itsensä hoidossa. Kyngäs ja Hentinen (1997, 6) ovat määritelleet suomenkielisen termin "hoitoon sitoutuminen" potilaan aktiiviseksi ja vastuulliseksi itsensä hoitamiseksi terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.

Myös WHO käyttää käsitettä "adherence" ja hoitoon sitoutuminen nähdään asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen neuvottelun tuloksena saavutettuna yhteisymmärryksenä hoidosta ja sen tavoitteista. Neuvotteluissa arvostetaan asiakkaan käsityksiä ja toiveita siitä, miten hoito toteutetaan, ja vuorovaikutus on kaksi suuntaista. WHO:n hoitoon sitou-

tumista pohtinut työryhmä määritteli hoitoon sitoutumisen olevan sitä, kuinka henkilön käyttäytyminen - lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen - vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita. (WHO 2003, 3; Savikko & Pitkälä 2006, 4.)

3.1 Pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumattomuus on erityisesti pitkäaikaisesti sairaiden ongelma. Länsimaissa noin 50 prosenttia pitkäaikaista sairautta sairastavista arvioidaan olevan hyvin hoitoonsa sitoutuneita. Käytännössä tämä tarkoittaa, että toiset 50 prosenttia ovat hoitoonsa huonosti sitoutuneita. Monet pitävät edellä esitettyä hyvin hoitoonsa sitoutuneiden määrää liian suurena suhteessa todellisuuteen. Kehitysmaissa hoitoonsa hyvin sitoutuneiden määrä on todennäköisesti vielä pienempi kuin länsimaissa. Tilannetta ei voida pitää hyvänä tai edes tyydyttävänä. Suomessa pitkäaikaisesti sairaiden määrän sekä sairauksien kirjon lisääntyessä hoitoon sitoutuminen on noussut entistäkin suuremmaksi huolenaiheeksi terveydenhuollossa. Hoitoon sitoutumista parantavan toiminnan katsotaan vaikuttavan kansanterveyteen enemmän kuin minkään muun yksittäisen hoidon kehittymisen. (WHO 2003, 23; Lunnela ym. 2006, 152; Savikko & Pitkälä 2006, 4; Kyngäs & Hentinen 2009, 22.)

Hyvä hoitoon sitoutuminen tuo mukanaan aina myös taloudellista hyötyä. Suoria säästöjä saadaan kalliiden ja kehittyneiden terveyspalveluiden tarpeen vähentyessä sairauden pahenemisvaiheiden lieventyessä tai jopa kokonaan estyessä. Sitoutuminen terveellisiin elintapoihin ja hyvään hoitoon merkitsevät asiakkaalle parempaa terveyttä sekä toimintakykyä ja siten parempaa elämänlaatua, lisää elinvuosia ja turvallisuutta. Edellä mainittuja tekijöitä kutsutaan epäsuoriksi säästöiksi, kuten myös taloudellista hyötyä, joka saadaan henkilön säilyttäessä työkykynsä pidempään. (WHO 2003, 20; Kyngäs & Hentinen 2009, 22.)

Hyvä hoito saattaa edellyttää elämän uudelleen jäsentämistä, uuden oppimista ja elämäntapojen muuttamista, vaivannäköä, aikaa ja jopa taloudellisia uhrauksia. Hoidon onnistumisen kannalta on oleellista se, miten ihminen itse pystyy ja osaa sovittaa sairauden tuomat vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä. Nykyinen kiireinen elämä ei ole omiaan edistämään hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutumista saattaa rajoittaa lisäksi se, etteivät hyvän hoidon terveysvaikutukset ilmene aina välittömästi, vaan usein vasta vuosien kuluessa, vaikka elintapojen muuttaminen vaatii jokapäiväistä sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22.)

Terveydenhuoltojärjestelmän kannalta hoitoon sitoutumisessa kyse on hoidon vaikuttavuudesta. Pitkäaikaisesti sairaiden määrän sekä sairauksien kirjon lisääntyessä potilaiden hoidosta ei selvitä, ellei asiakkaita saada hoitamaan paremmin itseään ja sitoutumaan hoitoonsa. Terveyspalvelujärjestelmän muutokset ja kutistuvat terveysbudjetit vaikuttavat väistämättä samaan suuntaan, ja siksi potilaiden tulisi entistä paremmin pystyä vastaamaan omasta hoidostaan. Hyvä hoitotulos ei synny sairaalahoidon tai hoitokäynnin aikana, vaan ratkaisevan tärkeää on se, miten asiakas itse hoitaa

itseään. Hyvällä hoitoon sitoutumisella voidaan ehkäistä niin sairauksien puhkeamista kuin liitännäissairauksien syntymistä, jolloin erityisesti teho- ja vuodeosastohoidon tarve vähenee. (WHO 2003, 35; Kyngäs & Hentinen 2009, 23–24.)

Hoitoon sitoutuminen on moniulotteinen ilmiö. Valitettavan yleinen uskomus on, että ainoastaan potilas on vastuussa omasta hoidostaan. Todellisuudessa hoitoon sitoutuminen voidaan jakaa kaikkiaan viiteen eri ulottuvuuteen ja vain yksi niistä on potilaaseen liittyvät tekijät. Muut ulottuvuudet ovat tautiin liittyvät tekijät, hoitoon liittyvät tekijät, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät sekä terveydenhuollon järjestelmiin liittyvät tekijät. Tutkimusten mukaan tärkeimmät hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät ovat tiedon puute, omahoidossa tarvittavan taidon puute, motivaatiovaikeudet ja käyttäytymisen muuttamiseen tarvittavan tuen puute. (WHO 2003, 25, 34.)

3.2 Hoitoon sitoutumisen edellytykset

Motivaatio on liikkeelle paneva voima, joka ohjaa toimintaa ja sitä pidetään keskeisenä sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Motivaatioon vaikuttaa muun muassa se, miten merkittäväksi henkilö kokee asian ja miten tärkeänä hän näkee asetettujen tavoitteiden saavuttamisen elämässään ja arvioiko hän pystyvänsä saavuttamaan ne. Luottamus omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin korostuu olennaisesti. Sisäinen omakohtainen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen asiaan johtaa yleensä pysyviin tuloksiin, kun taas ulkokohtainen toisten varassa oleva motivaatio ei juurikaan pitkäaikaisessa hoidossa kestä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 28–29.)

Voimaantuminen on todellisen hoitoon sitoutumisen edellytys. Se on henkilökohtainen ja yksilöllinen prosessi, joka tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Voimaantumisprosessia määrittävät henkilön omiin kykyihin ja tilanteeseen liittyvät uskomukset sekä tunteet. Tuloksena on sisäinen voimantunne, joka helpottaa hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämistä sekä ratkaisujen tekemistä. Voimaantunut on löytänyt omat voimavaransa ja käyttää niitä oman hyvinvointinsa parantamiseen sekä ylläpitämiseen, lisäten näin kykyään vaikuttaa omaan elämäänsä. Voimaantumisen edellytyksenä on riittävät tiedot sairaudesta ja sen hoitamisesta sekä hyvä motivaatio. Voimaantumisprosessissa hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli tiedon ja tuen antajana. (Debono & Cachia 2007, 553; Kyngäs & Hentinen 2009, 59.)

Asiakkaan tiedot omasta sairaudesta ja sen hoitamisesta ovat hoitoon sitoutumisen kannalta välttämättömiä. Tieto auttaa jäsentämään tilannetta ja oivaltamaan hoidon merkityksen ja siten hyväksymään sairauden ja sen hoidon. (Kyngäs & Hentinen 2009, 29.) Paukaman (2008, 38) tutkimuksessa huonoiten antikoagulanttipotilaista hoitoon sitoutuneita olivat juuri sellaiset henkilöt, jotka eivät osanneet kertoa hoitonsa syytä.

Hyväksyminen on motivaation syntymisen kannalta välttämätöntä. Asioiden ymmärtäminen auttaa tiedon soveltamisessa uusiin tilanteisiin ja eteen tulevien ongelmien ratkaisemisessa. Tiedot ja niiden ymmärtäminen eivät

pelkästään riitä, vaan tarvitaan aina myös käytännön taitoja ja osaamista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 29.)

3.3 Pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Halu omien elintapojen muuttamiseen ja diabeteksen hyvään hoitamiseen lähtee jokaisesta potilaasta itsestään. Hoitoon motivoitumiseen vaikuttaa sen hetkinen elämäntilanne, mieliala, perhe, läheiset sekä diabeetikon oma käsitys itsestään, sairaudestaan sekä omista kyvyistään tehdä ja ylläpitää muutoksia. (Ilanne-Parikka 2009, 217.)

Hoitoon sitoutuminen on moniulotteinen ilmiö ja siihen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa karkeasti asiakkaasta johtuviin ja asiakkaan ulkopuolisiin eli ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Potilaan iällä, sukupuolella ja koulutuksella ei näytä olevan yksiselitteistä yhteyttä hoitoon sitoutumiseen, kun taas potilaan itsearvostus, uskomukset, elämänarvot ja elämänhallinta vaikuttavat siihen tutkimusten mukaan jossakin määrin. Tutkimustulokset lisäävät ymmärrystä hoitoon sitoutumisesta, mutta niiden merkitys käytännön hoitotoiminnassa ei ole toistaiseksi ollut kovin suuri. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27.)

Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat vaikuttavat suoraan siihen, miten asiakas hoitaa itseään. Voimavaroista riippuu se, miten hyvin ihminen kykenee ratkaisemaan ja hoitamaan elämässä eteen tulevia asioita. Muuttuvat elämäntilanteet, sairaudet ja niiden seuraamukset kuluttavat ja sitovat voimavaroja tilanteesta riippuen joko tilapäisesti tai pysyvämmiin. Hoitoon sitoutumisen kannalta mielialalla on suuri merkitys. Diabetesta sairastavien on todettu kärsivän masennuksesta jopa kaksi kertaa yleisemmin kuin muun väestön. Juuri psyykkiset ongelmat ja niihin monesti liittyvät puutteelliset selviytymiskeinot heikentävät hoitoon sitoutumista merkittävästi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–28.)

Oireet, kuten väsymys ja kivut, kuluttavat voimavaroja ja vaikeuttavat hoidon toteuttamista. Toisaalta oireiden lievittyminen hoidon seurauksena yleensä motivoi hoitoon. Oireiden vaikutus hoitoon sitoutumiseen vaihtelee kuitenkin eri sairauksien, mutta myös tutkimusten mukaan. Oireiden puuttuminen, esimerkiksi verenpainetaudissa, saattaa heikentää hoitoon sitoutumista, kun taas glaukoomapotilaista ne, jotka eivät koe sairauden haittaavan jokapäiväistä elämää, sitoutuivat hoitoonsa hyvin. (Lunnela ym. 2006, 156; Kyngäs & Hentinen 2009, 30.)

Sairauteen ja sen mukanaan tuomiin hoitoihin, sivuvaikutuksiin tai leimautumiseen voi kohdistua erilaisia pelkoja. Normaaliuden tunnetta pidetään yleisesti hoitoon sitoutumista edistävänä tekijänä. Itse pelolla voi olla joko motivoiva tai estävä vaikutus hoitoon. Voimakas pelko voi aiheuttaa ahdistuneisuutta ja siten huonontaa hoitoon sitoutumista. Sairauden vakavuuden tiedostaminen voi parantaa sitoutumista, mutta vaikutus voi olla myös päinvastainen, lamaannuttava, varsinkin hoidon alkuvaiheessa. (Lunnela ym. 2006, 156; Paukama, 2008, 38; Kyngäs & Hentinen 2009, 30.)

Merkittävää sitoutumisen kannalta on se, millainen hoito on kyseessä ja mitä se ihmiseltä itseltään edellyttää. Totutun elämäntavan muutosta pidetään yleensä vaikeampana kuin uusien asioiden oppimista. Myös hoidon kestolla on merkitystä. Lyhytkestoiseen hoitoon on monesti helpompi sitoutua ja hoidon laiminlyönnin vaara lisääntyy hoidon pituuden ja monimutkaisuuden myötä. Väestön sairaustaakka on siirtynyt akuuteista tilanteista kohti pitkäaikaisia sairauksia aiheuttaen suuren haasteen terveydenhuoltojärjestelmälle, koska kroonisten sairauksien hoitoon liittyy väistämättä sekä pitkäaikainen että monimutkainen hoito. (WHO 2003, 135; Kyngäs & Hentinen 2009, 31.) Antikoagulanttipotilaista huonoiten hoitoonsa sitoutuneita olivat ne, joiden hoito oli kestänyt vähemmän kuin vuoden tai yli kolme vuotta (Paukama, 2008, 38) ja glaukoomapotilaista parhaiten hoitoonsa sitoutuneita olivat ne henkilöt, joiden sairaus oli kestänyt yli kahdeksan vuotta (Lunnela ym. 2006, 156).

Asiakkaan tyytyväisyys hoitoon voi omalta osaltaan edistää tai heikentää hoitoon sitoutumista. Kun asiakas kokee ilmapiirin positiiviseksi ja turvalliseksi, tulee ymmärretyksi ja hyväksytyksi on yhteistyö terveydenhuoltohenkilöstön kanssa hedelmällistä edistäen hoitoon sitoutumista. Kokemus siitä, että voi itse päättää omista asioistaan ja omasta hoidostaan, vaikuttaa myös edistävästi hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 31.)

Puutteelliset taloudelliset voimavarat saattavat heikentää hoitoon sitoutumista, varsinkin jos hoitoa ei ole perusteltu asiakkaalle tai siitä ei ole päätetty yhdessä. Tällainen tilanne saattaa syntyä, kun asiakkaan hoito edellyttää vaativaa erikoisruokavaliota tai hänelle määrätty lääke ei kuulu konaan korvattavien lääkkeiden piiriin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32.)

Asiakkaasta johtuvien tekijöiden lisäksi monilla ulkopuolisilla tekijöillä on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi terveystalouden palvelujärjestelmä ja sen tarjoamat palvelut, henkilöstö sekä asiakkaan läheiset ja vertaisryhmään kuuluvat. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33.)

Asiakkaan ja häntä ohjaavan terveydenhuollon ammattilaisen välinen suhde ja vuorovaikutus on monissa tutkimuksissa osoitettu olevan jopa keskeisin oppimiseen, ja siten myös hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Lääkäriltä saatu tuki oli yhteydessä glaukoomapotilaiden hoitoon sitoutumiseen siten, että yli puolet heistä, jotka saivat tukea lääkäriltä olivat hyvin hoitoonsa sitoutuneita (Lunnela ym. 2006, 156). Hoitajilta saadulla tuella on useissa tutkimuksissa osoitettu olevan vieläkin merkittävämpi vaikutus hyvään hoitoon sitoutumiseen kuin lääkäreiltä saadulla tuella. Hoitajilta saatu tuki on myös todettu merkittävimmäksi pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavaksi tekijäksi. (Kyngäs & Rissanen 2001, 205; Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33.)

Varsinkin pitkäaikaissairauksissa vuorovaikutuksen ja ohjaustapahtumaan osallistuvien henkilöiden roolien merkitys korostuu. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja puolestaan edustaa terveyttä koskevan teoreettisen tiedon asiantuntemusta. Myös hoidon järjestely ja sen seuranta vaikuttavat asiakkaan sitoutumiseen. Välitön palaute hoitotuloksista edis-

tää sitoutumista, varsinkin sen ollessa positiivista. Kimin ja Ohin (2003, 258–260) tutkimuksessa tyypin 2 diabeetikoiden sitoutuminen terveelliseen ruokavalioon sekä verensokerin säännölliseen mittaamiseen parani hoitajan viikoittaisten puhelinsoittojen myötä merkittävästi kontrolliryhmään verrattuna. Sitoutuminen omahoitoon näkyi myös pitkäaikaisen verensokerin selvänä paranemisena. Diabeetikoilla, kuten myös verenpaine- tautia sairastavilla, omaseurannan on havaittu motivoivan hoitoon ja edistävän hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33.)

Perheen ja muiden läheisten tuki voi olla ratkaisevaa hoitoon sitoutumisessa. Perheen kiinteät suhteet, vähäinen konfliktien määrä ja hyvä perheen sisäinen kommunikaatio alentavat hoitoon liittyviä paineita ja parantavat näin sitoutumista. Tuki voi olla konkreettista, emotionaalista tai tiedollista. Esimerkiksi koko perheen yhteinen ruokavalio tai liikuntaharrastus edistävät hoidon onnistumista. Jaksamisen kannalta läheisen antama tuki on monelle välttämätön. Esimerkiksi puolison odotusten vaikutuskäyttäytymiseen voi olla suuri, mikäli odotukset tiedetään ja niihin halutaan mukautua. Toisaalta ihmiset voivat tuntea tarvetta toimia juuri päinvastoin kuin ymmärrämme läheistemme toivovan. Perheen jäsenten tai muiden läheisten henkilöiden ottaminen mukaan hoitoon voi monessa tilanteessa parantaa asiakkaan hoitoon sitoutumista. (Marttila 2007, 19; Kyngäs & Hentinen 2009, 34.)

Vertaistuen on monissa tapauksissa todettu parantavan hoitoon sitoutumista, varsinkin kun asiakas on siihen huonosti sitoutunut. Vertaistuella tarkoitetaan samaa sairautta tai samassa elämäntilanteessa olevien antamaa tukea. Samassa tilanteessa oleminen antaa hyvän lähtökohdan toisen ymmärtämiselle ja tukemiselle. Emotionaalisen tuen lisäksi käytännönläheinen tieto ja toisten kokemukset auttavat hoitoon ja arkielämään liittyvissä käytännön tilanteissa. Vertaistuki vähentää myös aikaa, jonka terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät pitkäaikaisia sairauksia sairastavien potilaiden hoitoon. (WHO 2003, 32; Kyngäs & Hentinen 2009, 34.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Teemahaastattelujen avulla pyrin selvittämään, mitä hoitoon sitoutuminen potilaiden mielestä tarkoittaa ja mitkä tekijät potilaiden mielestä tukevat tai heikentävät omahoidossa jaksamista ja siihen sitoutumista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli avata hoitohenkilökunnalle potilaan arkipäivässä kohtaamia diabeteksen hoitoon liittyviä ongelmia sekä tekijöitä, jotka auttavat heitä jaksamaan sairautensa kanssa. Työstä saadun tiedon perusteella voidaan selkeämmin kohdistaa diabeetikoiden hoidonohjausta ja omahoidon tukemista heidän tarpeitaan vastaaviksi ja siten löytää uusia keinoja auttaa diabeetikkoja sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa ja jaksamaan pitkäaikaisen sairautensa kanssa.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Mitä hoitoon sitoutuminen potilaiden mielestä tarkoittaa?
2. Mitkä tekijät edistävät potilaiden hoitoon sitoutumista?
3. Mitkä tekijät heikentävät potilaiden hoitoon sitoutumista?

5 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen menetelmän, koska halusin tutkia tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutumista potilaiden kokemusten näkökulmasta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohdanna on ihmisen todellisen elämän kokonaisvaltainen kuvaaminen ja tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta, eikä aineistosta pyritä tekemään päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat naturalistisuus ja yksilöllisyys. Naturalistisuus tarkoittaa asioiden tarkastelua niiden luonnollisissa olosuhteissa ja tilanteiden autenttisuutta. Persoonallisuudella ja yksilöllisyydellä taas kuvataan kvalitatiivisen tutkimuksen induktiivista, yksittäisestä tapauksesta yleiseen tosiasiaan johtavaa, luonnetta sekä toisaalta yksilön tuntemusten ja toiveiden kuuntelua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.)

Tässä opinnäytetyössä käytin fenomenologista lähestymistapaa, koska tutkimuksen kohteena olivat diabeetikoiden omat kokemukset hoitoon sitoutumisesta ja tarkoituksenani oli tavoittaa juuri ihmisen ilmaisema aito kokemus. Fenomenologinen tutkimus hoitotieteessä tuottaa tietoa hoidettavana olevien arkielämään ja toimintaan liittyvistä kokemuksista ja kokemusten merkityksistä. Se, miten ihmiset itse kokevat elämänsä ja olemassaolonsa, tuottaa tärkeää tietoa hoitamisesta ja sen perusteista. Tällainen hoitamiseen liittyvä kokemuksellinen tieto vähän tutkituista tai vaikeasti määriteltävistä asioista on parhaiten saavutettavissa juuri fenomenologisen lähestymistavan avulla. (Lukkarinen 2001, 121; Åstedt-Kurki & Nieminen 2006, 152.)

5.2 Tiedonantajien valinta

Fenomenologiselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineiston hankinta tapahtuu harkinnanvaraisesti (Lukkarinen 2001, 126). Fenomenologisessa tutkimuksessa valitaan tutkittavien joukko, joilla on omia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. ja heidän on lisäksi oltava halukkaita kertomaan kokemuksistaan tutkijalle vapaaehtoisesti (Åstedt-Kurki & Nieminen 2006, 152). Tämän tutkimuksen kohderyhmä koostui Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuvista tyypin 2 diabeetikoista, jotka ovat sairastaneet diabetesta vähintään kolme vuotta ja kävivät helmikuun 2011 aikana asiakkaana diabeteshoitajan vastaanotolla.

Ennen tiedonantajien hankintaa toimitin FSTKY:n diabeteshoitajalle kansion, johon olin koonnut kriteerit, jotka haastateltavien tuli täyttää sekä saatekirjeitä ja suostumuslomakkeita. Tapaamisen yhteydessä kävimme läpi diabeteshoitajan kanssa tutkimuksen, sen tarkoituksen sekä empiirinen toteutuksen, jotta hänellä oli mahdollisimman hyvät valmiudet esitellä tutkimusta kriteerit täyttävälle asiakkailleen.

FSTKY:n diabeteshoitaja valitsi asiakkaidensa joukosta 1.2–28.2.2011 kaikki ne henkilöt, jotka täyttivät tiedonantajilta vaaditut kriteerit. Diabeteshoitaja antoi asiakkaalle saatekirjeen (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Hän kertoi potilaille myös sanallisesti saatekirjeen sisällöstä ja tutkimuksesta yleisesti. Potilaille korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuta heidän hoitoonsa. Mikäli asiakas kiinnostui tutkimuksesta ja oli halukas siihen osallistumaan, hän allekirjoitti suostumuslomakkeen (Liite 2). Diabeteshoitaja toimitti suostumuslomakkeet minulle osallistujien yhteistietojen kera. Otin yhteyttä puhelimitse halukkaisiin ja varmistin vielä heidän halukkuutensa tutkimukseen. Puhelun yhteydessä sovimme yhdessä haastattelun ajankohdan sekä paikan.

5.3 Aineiston keruu ja aineiston kuvaus

Aineistonkeruumenetelmänä käytin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203.)

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten ja etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelun tukena käytin taustatietolomaketta (Liite 3) ja teemahaastattelun runkoa tarkentavine alakysymyksineen (Liite 4). Taustatietolomakkeen täytimme yhdessä haastateltavan kanssa ennen varsinaista haastattelua. Taustatietoina kysyin vain haastattelun kannalta oleellisia kysymyksiä, joiden avulla tarvittaessa valitsin alakysymyksistä haastateltaville sopivia vaihtoehtoja. Kaikkia alakysymyksiä en esittänyt, mikäli ne eivät sopineet haastateltavien aikaisempiin vastauksiin tai taustatietolomakkeella annettuihin tietoihin. Haastattelujen jälkeen kirjoitin päiväkirjaa haastattelujen kulusta, vuorovaikutuksesta haastateltavan kanssa, haastattelujen tunneilmastoista sekä omista kokemuksistani ja reaktioistani haastattelujen aikana. Koska tutkimuskohteena ovat tutkimukseen osallistuneiden kokemukset, eikä teorialähtöinen kokemustieto, tutkimusaineiston keruu toteutetaan ilman ennakkoon asetettuja teoreettisia sitoumuksia (Lukkarinen 2001, 155).

Nauhoitin haastattelut digitaalisesti ja kerroin siitä haastateltaville etukäteen. Koodasin haastattelut päivämäärän mukaan, eikä haastateltavien ni-

met näin tulleet mukaan kerättyyn aineistoon. Koehaastattelun tein ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista. Saatoin ottaa koehaastattelu mukaan tutkimusaineistoon, koska haastattelulla kerätty aineisto vastasi sitä todellisuutta, jota olin tutkimassa. Tutkimukseen tuli mukaan kaikkiaan 4 haastattelua. Tein haastattelut maaliskuussa 2011 ja ne kestivät 9–13 minuuttia.

5.4 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysimenetelmäksi valitsin sisällön analyysin, koska se on sopiva menetelmä haastattelemaan kerätyn ja tekstiksi muunnetun kokemuksellisen aineiston analysointiin. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tästä ilmiöstä. Sisällön analyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009,108.)

Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009,108.)

Analysoin aineiston käyttäen aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia. Ensimmäiseksi litteroin eli kirjoitin auki tekstiksi digitaalisesti nauhoitetut haastattelut. Kirjoitettua tekstiä kertyi yhteensä 21 sivua, rivivälillä 1,5 ja kirjasinkoolla 12 kirjoitettuna. Luin auki kirjoitetun materiaali läpi useaan kertaan kiinnittäen huomiota tutkimustehtävääni ja analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden, joka muodostui yhdestä tai useammasta lauseesta.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa esitin auki kirjoitetulle aineistolle tutkimustehtävän mukaiset tutkimuskysymykset (3 kpl). Aineistosta löytämäni vastaukset alleviivasin erivärisin kynin ja sivun marginaaliin kirjasin pelkistettynä saman asian. Pelkistysvaiheen jälkeen kirjasin alkuperäisilmaisut ja niistä tekemäni pelkistykset tutkimuskysymysten mukaisesti omiin tiedostoihinsa. Tein listauksen tiedostoihin alkuperäistekstissä olevassa järjestyksessä ja koodasin ne haastattelun järjestysnumeron mukaan, jotta tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa saatoin tulkintoja tehdessäni helposti palata alkuperäiseen pelkistämättömään tekstiin. Taulukossa 1 on esitetty kolme esimerkkiä tutkimusaineistosta tekemistäni pelkistyksistä. Pelkistyksessä eli redusoinnissa alkuperäisestä ilmaisusta karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäolennainen ja ilmaisu kirjoitetaan yleiskielelle. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Taulukko 1 Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
<i>"... mun mielestä se on, että pitää mennä niitten ohjeiden mukaan mitä sulle annetaan..."</i>	Annettujen ohjeiden noudattamista
<i>"...mä en oikein koe tätä sellaisena rasitteena..."</i>	Diabetes ei ole rasite
<i>"...kyllä mä koen sen (lääkityksen) aika helpoksi..."</i>	Lääkityksen helppous

Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin eli klusteroin aineiston. Aineiston ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi alaluokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkintaa. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Tähän vaiheeseen liittyy jo aineiston käsitteellistämistä eli abstrahointia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään luokkia ja saadaan siten vastaus tutkimustehtävään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6–7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Jatkoin analyysiä yhdistämällä sisällöltään samanlaiset alaluokat toisiinsa edelleen yläluokiksi. Yläluokalle annoin nimen, joka kuvasi mahdollisimman hyvin sen sisältöä eli niitä alaluokkia, joista sen olin muodostanut. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) teorian mukaisesti, jatkoin abstrahointia niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Yläluokkien yhdistämisestä syntyivät pääluokat ja nämä ryhmittelemällä lopulta yhdistävä luokka eli kokoava käsite.

5.5 Tutkimuseettiset näkökohdat

Fenomenologisessa tutkimuksessa korostuu tutkimukseen osallistuvien luottamuksen saavuttaminen ja säilyttäminen, koska tutkittavat ilmiöt ovat usein arkaluontoisia, mutta niistä on tärkeää saada tietoa hoitamisen kehittämiseksi (Lukkarinen 2001, 125). Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan, joten tutkimukseen valitaan ainoastaan henkilöitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät ilmaisemaan itseään (Nieminen 2006, 215). Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pyritään huomioimaan tavoiteltavan tiedon laatu, tutkijan vastuullisuus ja subjektiivisuus sekä tutkimusprosessin aineistolähtöisyys ja johdonmukaisuus (Lukkarinen 2001, 154).

Tutkimukseen saatiin puoltava lausunto Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta ja sen jälkeen tutkimuslupa Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymäjohtajalta. Ennen tiedonantajien hankintaa kerroin diabeteshoitajalle tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta,

jotta hän tiedonantajia hankkiessaan olisi ollut mahdollisimman hyvin valmistautunut tehtäväänsä.

Diabeteshoitaja antoi kriteerit täyttävälle tiedonantajille saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Saatekirjeessä tuli esille myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Haastateltavilta kysyttiin heidän suostumustaan osallistua tutkimukseen ja haastattelun nauhoittamiseen kirjallisesti.

Tutkimukseen osallistuvien anonyymiteetti taattiin siten, että vain minä kuuntelin ja käsittelin haastattelumateriaaleja. Haastattelut koodasin järjestysnumerolla sekä päivämäärällä, jolloin haastateltavan henkilötietoja ei tarvinnut kuljettaa haastattelumateriaalin mukana haastattelutilanteen jälkeen. Haastattelujen tallenteet tuhosin heti sisällönanalyysin jälkeen.

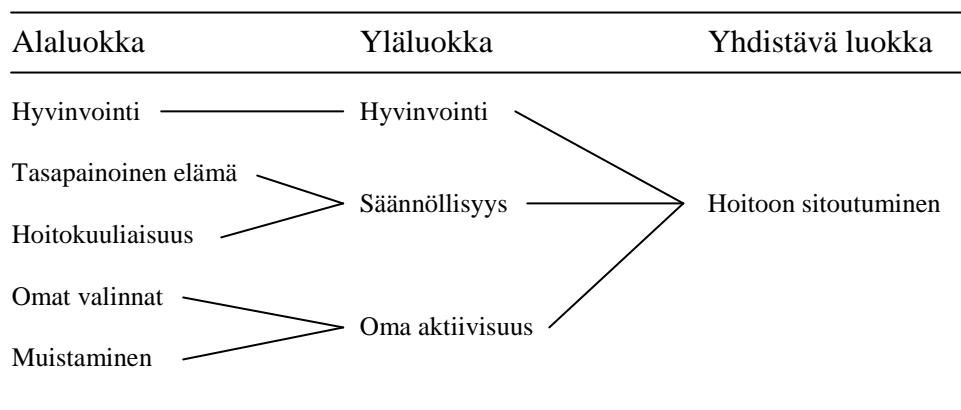
6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusaineiston analyysin avulla sain vastaukset esittämiini tutkimuskysymyksiin. Selkeyden vuoksi tutkimustulokset on esitelty kysymyskohtaisesti erikseen.

6.1 Hoitoon sitoutuminen käsitteenä

Hoitoon sitoutuminen muodostui kolmesta yläluokasta. Haastateltavien mielestä hoitoon sitoutuminen tarkoittaa hyvinvointia, säännöllisyyttä ja omaa aktiivisuutta. Taulukossa 2 on kuvattu yhteenveto hoitoon sitoutumista kuvaavista käsitteistä.

Taulukko 2 Hoitoon sitoutumista kuvaava käsitejärjestelmä



Hyvinvointi koostuu itsestä huolehtimisesta ja hoidon kautta potilaan saamasta henkilökohtaisesta terveyshyvästä.

" Se on semmosta ittestään huolehtimista..."

"...hyväähän se mulle tarkoittaa tietysti..."

Säännöllisyys rakentuu tasapainoisesta elämästä ja hoitokuuliaisuudesta eli annettujen ohjeiden noudattamisesta sekä lääkkeiden ottamisesta kuten on käsketty.

"...hyvin tasapainoinen elämä, ettei mitään kömmähdyksiä tulis..."

"Mun mielestä se on, että pitää mennä niitten ohjeiden mukaan, mitä sulle annetaan..."

Oman aktiivisuuden taustalla on muistaminen sekä erilaiset sairauteen liittyvät valinnat omassa elämässä.

"...että ne (lääkkeet) muistais ottaa aina vähän samaan aikaan, ettei tuu kovin pitkää paussia ja väliä..."

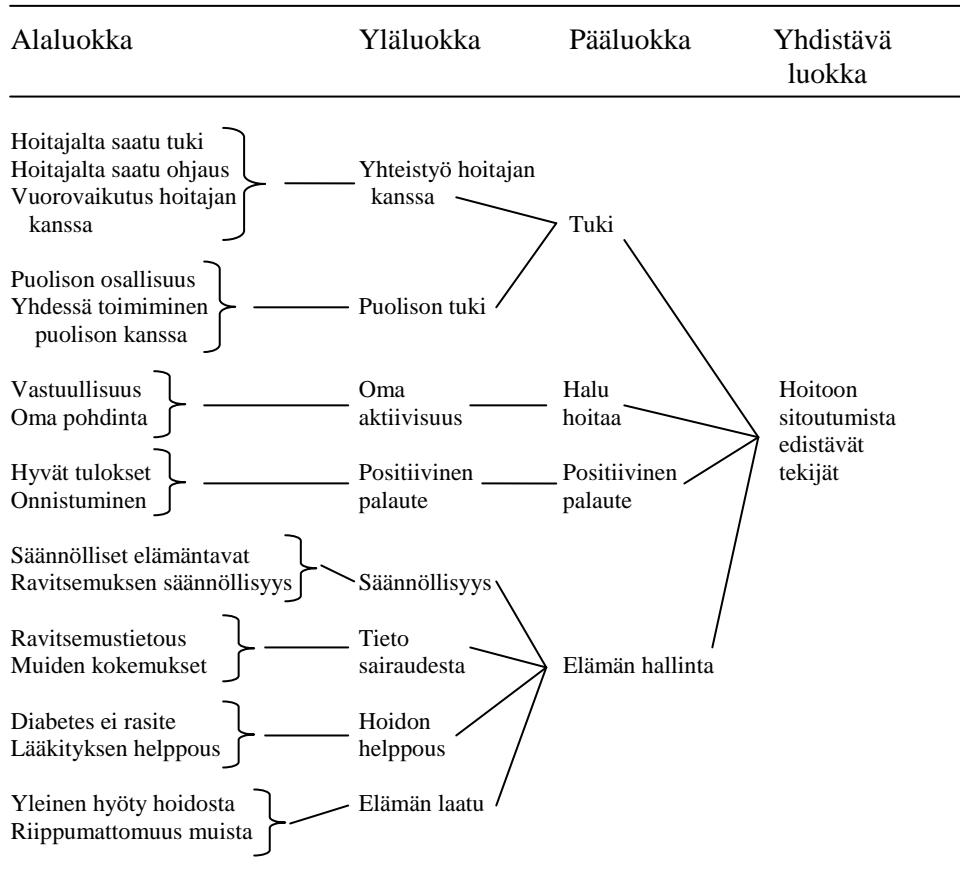
"...se (hoitaminen) vaan täytyy muistaa..."

"...kyllä mä aika lailla olen niinku sokerin jättänyt mun elämästäni pois..."

6.2 Hoitoon sitoutumista edistävät tekijät

Hoitoon sitoutumista edistävästä tekijöistä erottui neljä pääluokkaa, jotka ovat tuki, halu hoitaa, positiivinen palaute ja elämän hallinta. Taulukossa 3 on kuvattu yhteenveto hoitoon sitoutumista edistävien tekijöiden luokittelusta.

Taulukko 3 Hoitoon sitoutumista edistävien tekijöiden luokittelu



Tukea kuvaavat yhteistyö diabeteshoitajan kanssa ja puolisoilta saatu tuki. Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa pitää sisällään tältä saadun tuen ja ohjauksen sekä vuorovaikutuksen diabeteshoitajan kanssa. Haastateltavat kuvaavat käyntiä diabeteshoitajan luona mukavana välikohtauksena, eräänlaisena "psykkeenhoitokäyntinä". Hoitajan olemassaolo koetaan tärkeäksi tältä saadun rohkaisun ja kannustuksen vuoksi, lisäksi kuulumisien kysely saa hyvälle mielelle. Diabeteshoitajalta antama ohjaus sisältää uutta tietoa sairaudesta sekä hyviä neuvoja ja ohjeita. Hoitoon sitoutumista edistää myös vuorovaikutus diabeteshoitajan kanssa. Tutun hoitajan luona käymistä ei tarvitse jännittää ja hänen kanssaan on aina paljon puhuttavaa. Myös seuraavan käyntikerran sopiminen valmiiksi sitouttaa itsensä hoitamiseen.

"...mut sit se on vielä jotenki sellanen kuin -- sillanen niinku psyykinen, mä saan sieltä semmosta, meillä on sellanenku me ollaan niin monen vuoden tutut. Mä tykkään, että se on samalla tällanen mun psyykkeenhoitokäynti."

"...ja sitten kysellään mitäs oot ja kuinkas on mennyt ja onko syöty mitä -- se on ihan kivaa, en mä voi moittia sitä, se on - on ihan hyvä, tulee hyvä mieli..."

"...ja diabeteshoitaja antaa siellä niin hyviä neuvoja ja ohjeita ja, että mitenkä kannattaa ja sit ku yhteen että paino ei laskenut, niin hän vaan sano, että kyllä se siitä ja kannusti siinä..."

"...sit musta on hyvä kun mulla on toi diabeteshoitaja -- ja on aina sovittu seuraava aika niin kyllä se kans hiukan mun elämää sillai kontrolloi..."

Puolison tuki koostuu tämän osallisuudesta sekä yhdessä toimimisesta. Suurin osa haastatelluista kertoi puolison auttavan tarvittaessa esimerkiksi muistuttamalla lääkkeiden ottamisesta, mikäli haastateltava ei itse huomaisi niitä ottaa. Puolison hyväksyvän suhtautumisen katsottiin edistävän hoitoon sitoutumista. Myös puolison kokemat terveysongelmat kannustavat hoitamaan, jotta itse vältyttäisiin samalta.

"...nytkin kun me lähdettiin sinne -- niin hän kysy, että onko sulla pilleri mukana, mutta ei hän koskaan mitään, tarvittaessa huolehtii ja kun mä olen aika hyvin ite pärjännyt niin ei oo sillai tarvinnut..."

"...mua auttaa ainaski se kun mä katon miestäni, että en halua ainaskaan noin..."

Se, että puoliso sairastaa samaa sairautta helpottaa hoitamista. Verensokeria otettaessa kilpaillaan siitä, kummalla on parempi arvo.

"...mun mielestä helpottaa (puolison sama sairaus), voi ihan olla, että kun että yksin taistelisin sen kanssa..."

"...no kun kummallakin on sama, niin aina niinku jännätään, että kummallas on parempi nyt se sokeri..."

Haastateltavien **halu hoitaa** näkyy aktiivisuutena oman sairauden suhteen. Haastateltavat hankkivat itse tietoa sairaudestaan ja kuvasivat hoitamista jatkuvaksi taisteluksi. Halu, että verensokeri olisi hyvä, kannustaa hoitamaan, ja satunnaiset korkeat sokeriarvot saavat liikkumaan ja yrittämään enemmän. Hoidon taustalla on oman sairauden hyväksyminen.

"Kai se on vanhalla sellanen halu, että haluais, että se (verensokeri) olis siinä neljän ja viiden välillä..."

"...jos se (verensokeri) on korkeampi, niin sit mä lähden lenkille ja yritän taas olla tarkempi..."

"Mää jaksan, ei mulla siis sillä tavalla vaikeeta oo hoitaa, mutta -- ku se on ja näin, se on hoidettava..."

Vaikka haastateltavat kertovat hoitavansa itseään, koska heidän on käsketty tehdä niin, he kuitenkin pohtivat itsenäisesti ruokailuaan ja syitä korkeaan verensokeriin, kokevat liikunnan aiheelliseksi sekä järjelevät itse omaa hoitoaan. Sitoutumista vahvistavat ymmärrys siitä, että oman terveyden takia pitää liikkua ja omat havainnot liikunnan positiivisista vaikutuksista verensokeriin.

"...mä teen niinku vaan niiku maalaisjärjellä näkee ne..."

"...että sen mä olen ite huomannut näistä mun kirjanpidoista, että kyllä se mukavasti laskee, se verensokeri, kun tuolla tunnin lenkin vetää..."

Haastateltavat kokevat **positiivisen palautteen** palkitsevana. Lääkärin antaman palautteen lisäksi hyvät laboratoriotulokset myös vahvistavat luotamusta omiin kykyihin. Koska hyvä olo on palkitsevaa, kannustaa onnistuminen jatkamaan.

"...niinku justiinsa se keskiverensokeri niin, niin sitä toi lääkärinkin sanoi, että se on hienosti pysynyt... se osoittaa, etten mä kovin paljoo voi pinnata..."

"...se on niinku sellainen palkitseva, palkitseva olotila, että taas sit huomaa, että näin se on..."

Oman **elämän hallinta** helpottaa diabeteksen hoitamista. Elämän hallinta pitää sisällään säännöllisyyden, laaja-alaisesti tietoa sairaudesta, kokemuksen hoidon helpoudesta sekä laadukkaasta elämästä.

Tasapainoinen elämä on diabeteksenhoidon kulmakivi. Haastateltavat toivat esiin, että säännöllinen ruokailurytmi, toistuva liikunnan harrastaminen ja verensokerien mittaaminen edesauttavat hyvien hoitotulosten saavuttamisessa. Vuorotyön vaihtuminen päivätyöksi on tehnyt elämän säännöllisemmäksi, helpottaen siten hoidon toteuttamista ja omien tavoitteiden saavuttamista. Tarkkuus ruokailutottumuksissa ja sama ruokavalio puolison kanssa auttavat osaltaan oman ruokavalion ylläpidossa.

"...kyllä siinä (ruokavalio) joskus lipsumista tapahtuu, mutta kyllä mä aika tarkka olen..."

"...mä käyn siellä kuntosalilla ihan että, se on kyllä tuttu mulle -- nyt mä oon käynyt joka toinen päivä siellä nii..."

"...mutta nyt ollaan sitten päivävuorossa -- on helpottanut paljon paremmin..."

"...kyllä muuten ihan mun ruokavalioni on sellainen, että samaa syön mieheni kanssa-- ja liikunta mulle on tullut..."

Riittävä tietämys sairaudesta ja siitä, mihin se hoitamattomana voi johtaa, kannustaa haastateltavia panostamaan omaan hoitoonsa. Koska oikealla ravitsemuksella on suuri rooli diabeteksen hoidossa, helpottaa elämän varrella eri lähteistä saatu tieto ravinnosta ja sen laadusta tasapainoisen ja oikeanlaisen ruokavalion noudattamisessa. Lehtiä lukiessa ja televisiota katsellessa tulee aina seurattua diabetekseen liittyviä asioita ja samalla ver-
taillaan uutta tietoa omaan sairauteen ja sen hoitoon.

"...kyllä mä sitä (ruokavalio) niin paljon olen, olen ollut laihdutusryhmässä, siellä on siitä puhuttu ja mulla on sellainen peruskoulutus, että mä mielestäni tiedän aika hyvin..."

*"...kyllä mun mielestä, että kyllä mää niinku äitini takia jal-
kojani -- että ihan säännöllisesti jaloista käyn tuolla jalka-
hoitajalla, että ne pysyy kunnossa..."*

*"...luen aina tietysti onk se vähän samaa hommaa ku mulla,
että miten joku toinen sen kertoo..."*

Hoitoon sitoutumista edistää kokemus hoidon helppoudesta ja sen vähäisestä vaikutuksesta arkielämään. Haastateltavat kokivat lääkityksen hoitamisen helpoksi, eikä heillä lääkkeiden muistamisen kanssakaan ollut ongelmia. Diabeteksen ei koettu rajoittavan elämää, sillä sairaudesta huolimatta kaiken haluamansa on vielä pystynyt itse tekemään.

"...ei ainakaan tähän mennessä oo rajoittanut, että kyllä ihan ja jos johonkin kotooki lähtee ettei oo silloin lääkkeitten aikaan kotona niin ne täytyy vaan muistaa ottaa mukaan..."

"...mä en oikein koe tätä sellaisena rasitteena..."

"...ei se (lääkitys) vaikuta muhun mitään ja oon muistanut ottaa..."

"...kyllä mä koen sen (lääkityksen) aika helpoks..."

"...siinä (lääkitys) ei oo mitään vaikeuksia sitten taas..."

Diabeteksen hoitamisella on vaikutusta myös haastateltavien elämän laatuun nyt ja tulevaisuudessa. Diabeteksen hoitaminen on auttanut painonhallinnassa, eikä muita sairauksia hoidon myötä ole ilmaantunut. Kun itseään hoitaa hyvin, se vähentää avuntarvetta muilta ja mahdollistaa riippumattomuuden muista myös tulevaisuudessa mahdollisimman pitkään.

*"... että toi nyt, että kuin lihava mä olisin jos mä vielä soke-
ria söisin..."*

"...ei ainakaan muita sairauksia oo tullu..."

6.3 Hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät

Haastateltavien mielestä hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä ovat yhteistyön puute lääkärin kanssa, ruokavalion haasteet, liikkumista rajoittavat tekijät, epäsäännöllisyys ja tiedon puute.

Taulukko 4 Hoitoon sitoutumista heikentävien tekijöiden luokittelu

Alaluokka	Yhdistävä luokka
Yhteistyön puute lääkärin kanssa	Hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät
Ruokavalion haasteet	
Liikkumista rajoittavat tekijät	
Epäsäännöllisyys	
Tiedon puute	

Haastateltavat kertoivat, etteivät he käyneet diabeteksen takia lainkaan **lääkärissä** tai jos kävivät, niin hyvin harvoin. Kokemuksen mukaan vähäiset lääkärikäynnit aiheuttavat jännitystä ja ne koetaan pintapuolisiksi.

"...ne on simmosia jännittäviä tapauksia..."

"Mä oon niin vähän käynyt (lääkärissä), että jos ihan rehellisesti sanon -- se on jotenkin ollut niin pintapuolista..."

Terveellisen **ruokavalion** noudattaminen koettiin haasteelliseksi. Vaikka tietoa ravitsemuksesta ja terveellisestä ruokavaliosta on, ei sitä aina pysty soveltamaan käytäntöön. Terveellisen ruokavalion toteuttamista saattaa rajoittaa puolison halu syödä toisella tavalla tai sopivien ruokatarvikkeiden puute. Niukka ruokavalio aiheuttaa myös repsahduksia. Syödessä tulee kuitenkin ainakin mietittyä, minkälaista ruuan olisi pitänyt olla.

"...se nyt on sitte vähän simmonen kaks piippunen juttu se terveellinen, mutta kyllä aina jotain tulee syötyä ja haettua ja ajattelee ainaski sit, että tääkin nyt pitäis olla taas simmosta ja simmosta..."

Liikkuminen säännöllisesti koettiin tärkeäksi, mutta talvi aiheutti ongelmia tuoden **liikkumiseen rajoitteita**.

"...se on nollassa tänä talvena ollut -- kesällä se on kun nuo tiet vaan sulaa niin, kyllä sitä sitten menee rollaattorin kanssa..."

"...nyt se liikunta on vähästä, kyllä kun lumi menee niin kyllä mä taas sitten olen sanonut kun lumi vähenee tossa tiellä..."

Elämän **epäsäännöllisyys** heikensi myös hoitoon sitoutumista samoin kuin **tiedon puute** yleisesti.

"...silloin vaikutti, kun oltiin vuorotöissä..."

"...mulla on vielä liian vähän sit kumminkin sitä tietoo..."

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä hoitoon sitoutuminen tyypin 2 diabeetikoiden mielestä tarkoittaa ja, mitkä tekijät vaikuttavat haastateltavien hoitoon sitoutumiseen. Kyngäs ja Hentinen (2009, 17) ovat määritelleet, että hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Pitkäaikaisissa sairauksissa hoito ei ole kaavamaista tai ohjeiden noudattamista vaan mielekästä ja joustavaa päätöksen tekoa ja toimintaa, jossa tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus. Lyhytkestoisessa lääkehoidossa voi pelkkä ohjeiden noudattaminen olla riittävää, mutta elinikäinen hoito edellyttää omaehtoista sitoutumista hoitoon. Joustavan toiminnan omaksuminen vie aikaa, joten hoitoon sitoutuminen on prosessi, joka etenee ajan myötä ohjeiden noudattamisen kautta sitoutumiseen.

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat kuvasivat, että hoitoon sitoutuminen on tasapainoista elämää ja hoitokuuliaisuutta, mutta myös omia valintoja ja muistamista, jotka kuvastavat potilaan omaa aktiivisuutta ja vastuullisuutta sairautensa hoidossa. Itsestä huolehtiminen näkyy palkitsevasti hyvinvointina. Tulokset siis ovat hyvin yhteneviä Kyngäksen ja Hentisen (1997, 6) määritelmän kanssa. Osa haastateltavista korosti annettujen ohjeiden noudattamisen tärkeyttä, kun taas toiset pohtivat pidemmälle omaa hoitamistaan ja syitä esimerkiksi korkeaan verensokeriin tai sitä, miten liikunta vaikuttaa verensokeriarvoihin. Erot ajattelutavassa selittynevät haastateltavien hoitoon sitoutumisprosessin eri vaiheista eli sairauden kestosta. Pidempään sairastaneet pystyivät soveltamaan saamiaan ohjeita kulloiseenkin tilanteeseen paremmin sopiviksi.

Haastateltavat kokivat hoitoon sitoutumisen käsitteenä vaikeaksi, mutta kysyttäessä tekijöistä, jotka vaikuttavat heidän omahoitoonsa, tuli esille paljon hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä. Haastateltavien hoitoon sitoutumista edisti diabeteshoitajalta ja puolisolta saatu tuki, oma-aktiivisuus ja halu hoitaa sairauttaan, positiivinen palaute sekä oman elämän hallinta.

Kyngäksen ja Hentisen (1997, 8–9) mukaan hoitoon sitoutuminen rakentuu potilaan halusta hoitaa itseään, hoidon toteuttamisesta, vastuullisuudesta sekä yhteistyöstä lääkärin kanssa. Tämän opinnäytetyön tulos poik-

keaa tästä määritelmästä siinä, että hoitoon sitoutumista edisti yhteistyö diabeteshoitajan eikä lääkärin kanssa. Haastateltavat kertoivat, etteivät käyneet diabeteksensa takia lainkaan lääkärissä, ja mikäli kävivät, niin hyvin harvoin. Lääkärikäynnit koettiin myös pintapuolisiksi ja jännitystä aiheuttaviksi. Hoitoon sitoutumisen kannalta merkittävää oli yhteistyö diabeteshoitajan kanssa. Kokemukset diabeteshoitajalla käynneistä olivat kauttaaltaan positiivisia ja niitä kuvattiin eräänlaisina "psyyykkeenhoito-käynteinä" ja mukavina välikohtauksina. Diabeteshoitajalta saatiin tietoa ja ohjeita sekä tukea, kannustusta ja rohkaisua. Tutun hoitajan kanssa oli helppo keskustella omasta sairaudesta ja sen hoidossa ilmenneistä ongelmista. Saman hoitajan luona käyminen antoi tunteen rinnalla kulkemisesta ja hoidon jatkuvuudesta sekä ajatuksen siitä, että joku oikeasti välittää.

Ohjaajan ja ohjattavan välisen suhteen ja vuorovaikutuksen on havaittu olevan jopa keskeisin oppimisen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Ohjaustilanteessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja taas edustaa terveyttä koskevan teoreettisen tiedon asiantuntemusta. Vaikuttava ohjaus ei kuitenkaan ole vain tiedollista vaan se sisältää myös ohjattavan emotionaalisen tukemisen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–33.)

Kyngäksen ja Rissasen (2001, 205) tutkimuksessa merkittävin pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista edistävä tekijä oli tuki hoitajalta. Myös tässä opinnäytetyössä tuli selkeästi esille hoitajan roolin korostuminen hoitoon sitoutumisen edistäjänä. Hoitajien käytännön työssä tämä tulisi ottaa huomioon ja hoitajien tulisi myös itse tiedostaa antamansa tuen merkitys. Tuen lähtökohtana tulisi olla asiakkaan jokapäiväinen, yksilöllinen elämäntapa ja tämän mielipiteen kysyminen, kuunteleminen sekä arvostaminen. Tapaamisen keskipisteenä tulisi olla asiakkaan arkipäivän elämä, ei niinkään sairaus, joka tällä on. Keskustelemalla arkipäivästä, päästään keskustelemaan myös siitä, mitä sairaus merkitsee jokapäiväiselle elämälle. Savikon ja Pitkälän (2006, 6) mukaan kuulluksi tuleminen, kokemus tuesta ja yksilöllisestä hoidon räätälöinnistä voivat ajan mittaan johtaa potilaan parempaan hoitoon sitoutumiseen. Terveystieteiden ammattilaiset olettavat usein virheellisesti, että hoitoon sitoutuminen on ainoastaan potilaan vastuulla, vaikka siihen vaikuttavat myös monet hänestä riippumattomat ulkopuoliset tekijät. Perinteiset keinot saada potilas tottelemaan ovat vielä nykyään monella ammattilaisella pelottelu ja syyllistäminen. Ammattilaisen kyvyllä antaa neutraalia tietoa, optimistisellä ja hyväksyvällä ilmapiirillä sekä hoidon jatkuvuudella on tärkeä merkitys hoidon sitoutumisen tukemisessa.

Parisuhteessa elävät haastateltavat kokivat puolisolta saamansa tuen tärkeäksi. Vaikka haastateltavat olivat täysin omatoimisia sairautensa suhteen, tietoisuus tarvittaessa puolisolta saatavasta avusta helpotti hoitamista. Puolison sairastaessa samaa sairautta, koettiin yhdessä "taistelemisen" erityisen kannustavana. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan tuntenut vertaistukea omakseen. Toisaalta puolison sairastaessa samaa sairautta, voidaan ajatella, että häneltä saatu tuki on vertaistukea parhaimmillaan yhdistettynä puolisolta saatuun tukeen.

Hyvät hoitotulokset, hoidon tavoitteiden saavuttaminen ja hoidon seurauksena koettu hyväolo kannustavat haastateltavia jaksamaan omassa hoidossaan. Positiivinen palaute hoitohenkilökunnalta motivoi ja antaa voimia hoitamiseen myös vaikeimpina päivinä. Hoidossa onnistuminen vahvistaa haastateltavien itseluottamusta ja uskoa omaan kykyihinsä sairauden hoidossa. Vastavia tuloksia ovat saaneet Debono ja Cachia (2007, 553) omassa tutkimuksessaan. Heidän mukaansa potilaan usko omaan kykyihinsä sekä optimistinen elämäntavotus ovat avaintekijät hyvän verensokeritasapainon ja terveyteen liittyvän elämänlaadun saavuttamisessa.

Oman elämän hallinta auttoi haastateltavia oman sairauden hoidossa, mutta toimi toisaalta myös hoidon kannustimena tulevaisuutta ajateltaessa. Riippumattomuus muista myös tulevaisuudessa, kannusti hoitamaan itseään. Jotta sairauttaan voi hoitaa hyvin, vaatii se potilaalta haastateltavien mukaan säännöllisyyttä elämäntavoissa sekä hoitotoimenpiteissä kuten lääkkeiden ottamisessa, liikunnan harrastamisessa sekä ruokailussa. Hyvään hoitoon vaaditaan myös paljon tietoa sairaudesta ja ravitsemuksesta sekä hyvää muistia ja käytännön taitoja hoitotoimenpiteitä suoritettaessa. Tietoa sairaudesta saatiin diabeteshoitajalta, mutta sitä haettiin omatoimisesti myös netistä sekä lehdistä. Oma aktiivisuus ja vastuullisuus omasta sairaudesta kuvastui ajatuksesta, että kaikesta huolimatta sairautta on vaan hoidettava.

Kukaan haastateltavista ei kokenut sairautta rasitteeksi. Päinvastoin, sairauden hoidon ansiosta painon hallinta oli helpottunut, eikä muita sairauksia ollut ilmaantunut. Huolimatta loppuelämän jatkuvasta lääkityksestä, jopa kolmasti päivässä sekä osalla myös insuliini pistoksista, kokivat haastateltavat lääkityksen hoitamisen helpoksi.

Haastateltavien mukaan hoitoon sitoutumista heikensi puutteellisen lääkäriyhteistyön lisäksi etenkin ruokavalion haasteet sekä myös liikkumista rajoittavat tekijät, epäsäännöllisyys ja tiedon puute. Haastateltavat kertoivat, että vaikka tietoa terveellisestä ruokavaliosta ja sen hyödyistä olikin runsaasti, ei sen noudattaminen aina kuitenkaan onnistu. Haasteita ruokailuun toivat puolison halu syödä erilailla, tietojen soveltamisen hankaluus käytäntöön, vääränlaiset ruokatarvikkeet sekä liian niukka ruokavalio. Huonommin syödessä tulee kuitenkin mietittyä, millaista ruuan olisi pitänyt olla. Tämän opinnäytetyön tuloksia tukee Nagelkerkin, Reickin ja Meengsin (2006) tutkimuksen tulokset, joiden mukaan juuri terveellisen ruokavalion noudattamista pidetään tyypin 2 diabeetikoiden hoidon suurimpana haasteena.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät aineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tulosten raportointiin. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. (Nieminen 2006, 216; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36.) Aineiston laatu näyttäytyy kvalitatiivisessa tutkimuksessa toisenlaisena kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen, vaan aineisto tulee koota sieltä, missä tutki-

muksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Koska laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tutkittava ilmiö koko moninaisuudessaan, on tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen, ja jotka kykenevät riittävän hyvin ilmaistamaan itseään. (Nieminen 2006, 216.) Tämän tutkimuksen tiedonantajilta edellytettiin, että he olivat sairastaneet tyypin 2 diabetesta vähintään kolme vuotta, mikä takasi, että heillä oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, eikä osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuttanut heidän hoitoonsa.

Tutkimuksen pätevyyttä eli validiteettia arvioidaan tarkastelemalla tutkimusmenetelmän soveltuvuutta kyseiseen tutkimukseen. Tällä varmistetaan se, että menetelmä vastaa sitä todellisuutta, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Joskus esimerkiksi tiedonantajat voivat käsittää haastattelun kysymykset toisin, kuin tutkija on ne tarkoittanut. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Validiteettiongelmia saattaa syntyä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, aineiston keräämisessä on puutteita tai että tutkimusaineisto ei ole edustava. (Nieminen 2006, 215.) Tähän tutkimukseen valikoitunut tiedonantajien ryhmä oli kauttaaltaan hyvin hoitoonsa sitoutunutta, ja he olivat hyväksyneet sairautensa osaksi omaa elämäänsä. Koska tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, voidaan olettaa, että siihen mukaan haluavat ovat alunperinkin hoitoonsa keskimääräistä sitoutuneempia ja siten valmiimpia kertomaan omista kokemuksistaan.

Ennen varsinaisia haastatteluja tein koehaastattelun yhdelle tiedonantajan kriteerit täyttävälle henkilölle. Haastattelurungon mukaisesti edennyt haastattelu sisällytettiin lopulliseen aineistoon, koska vastauksina saatu materiaali vastasi sitä todellisuutta, jota olin tutkimassa.

Luottamus tiedonantajan ja haastattelijan välillä on ensiarvoisen tärkeää. Luottamuksen saavuttamiseksi tutkijan on hyvä tutustua haastateltavaan, eli siis myös havainnoitavaan kohteeseen, ennen kuin hän alkaa kerätä varsinaista aineistoa. (Nieminen 2006, 218.) Osa tiedonantajista kertoi aluksi hieman jännittävänsä haastattelua ja he miettivät, onko heillä tutkimukselle mitään annettavaa. Ennen varsinaisen haastattelun aloittamista täytettiin yhdessä tiedonantajan kanssa esitietolomake, jonka avulla haastattelijana tutustuin tiedonantajaan ja tiedonantaja minuun. Esitietolomakkeen tarkoituksena oli, että varsinaisessa haastattelussa tein tiedonantajalle vain hänen tilanteeseensa sopivia tarkentavia kysymyksiä. Esitietolomakkeen täyttämisen yhteydessä kävimme läpi myös tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta sekä sitä, ettei oikeita tai väriä vastauksia ole olemassa. Korostin myös, että haastattelun tarkoituksena on haastateltavan omien kokemusten ja tuntemusten esille tuominen.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada esille tutkittavan oma näkemys kyseisestä asiasta. Liian suppeat haastatteluteemat saattavat vaikeuttaa tiedonantajan oman näkemyksen esiintuloa ja korostaa tutkijan näkökulmaa tutkittavasta ilmiöstä. (Nieminen 2006, 217.) Teemahaastattelurunko muodostui kahdesta kysymyksestä ja tarvittaessa esitin tiedonantajalle apukysymyksiä aiheesta, käyttäen hyväksi ennen haastattelua yhdessä

täyttämäämme esitietolomaketta. Teemahaastattelurungon kysymykset rajasivat tutkittavan ilmiön tietylle alueelle, mutta kysymysten sisällä oli väljyyttä niin, että tiedonantajien omat kokemukset nousivat vastauksissa selvästi esille. Aineiston luotettavuuden lisäämiseksi kirjoitin haastattelu-päiväkirjaa, johon kirjasin ylös omia kokemuksiani haastattelun kulusta sekä sen tunneilmastosta.

Yleisten laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymysten lisäksi sisällön-analyysin haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Niemi-nen 2006, 216; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36.) Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja saattaa niitä teoreettisen tarkastelun tasolle. Tutkijan tekemien tulkintojen tueksi on hyvä esittää suor-ia lainauksia alkuperäisistä haastatteluista. Näin lukija pystyy seuraamaan, mihin tutkija päätelemänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 228.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Tutkimuksen raportoinnissa on pyrittävä selkeyteen. Tavoitteena on kirjoittaa raportti siten, että lukija tulee vakuuttu-neeksi tehtyjen ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perus-teluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Niemi-nen 2006, 220.)

Aineistoa analysoidessani koodasin kaikki alkuperäisilmaukset ja pelkis-tykset haastattelun järjestysnumeron mukaisesti. Myöhemmässä vaiheessa minun oli helppo palata takaisin alkuperäiseen aineistoon. Olen pyrkinyt raporttoimaan tutkimuksen mahdollisimman tarkkaan ja selkeästi, jotta lu-kiija pystyy seuraamaan tekemääni aineiston keruuta ja analyysiprosessin etenemistä luontevasti ja loogisesti. Olen liittänyt raporttiin luotettavuuden lisäämiseksi esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistyksistä sekä taulukot luokitteluista. Liitin tulosisioon myös suor-ia lainauksia haastatteluista selkeyttämään tekemiäni päätelmiä lukijalle.

7.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tulevaisuudessa terveydenhuollon voimavarat vähenevät entisestään sa-malla, kun pitkäaikaisesti sairaiden määrä kasvaa. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa suurimmat säästöt saadaan, kun potilaiden hoitoon panostetaan ennen kuin hoidon kannalta kalliita liitännäissairauksia alkaa ilmaantua. Tällöin myös potilaiden elämänlaatu sekä työ- ja toimintakyky pysyvät pi-dempään hyvinä huolimatta pitkäaikaisesta sairaudesta. Potilaan oman vastuun lisääminen vaatii toteutuakseen hyvää hoitoon sitoutumista ja ter-veydenhuoltojärjestelmältä oikeanlaista ja -aikaista tukea, sillä hoidolla ei koskaan voida saavuttaa parasta mahdollista hyötyä, ellei ihminen itse ole siihen sitoutunut.

Tähän tutkimukseen osallistuneet korostivat, että hoitajan rooli henkisen tuen antajana, kannustajana sekä tiedonlähteenä on merkittävä heidän hoi-toon sitoutumisensa suhteen. Tuttu hoitaja jakaa diabetekseen liittyvät ilot ja murheet potilaan kanssa ja auttaa siten diabeetikkoja jaksamaan oman pitkäaikaisen sairauden kanssa. Hoitajien työsarka on lähes loputon ja

työssä jaksamisen kannalta olisi hyvä huomioida tämän opinnäytetyön tulosten kautta välittyvä tunnus oman työn tärkeydestä ja merkityksestä diabeetikoiden hoitoon sitoutumiselle.

Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää arkipäivän hoitotyössä, kun pohditaan, miten huonosti hoitoonsa sitoutuneita tai juuri sairastuneita potilaita aktivoidaan oman sairautensa hoitoon. Vaikka tähän tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat olivat kaikki hyvin hoitoonsa sitoutuneita, painiskelevat he arkielämässä kuitenkin samojen ongelmien kanssa kuin hoitoonsa sitoutumattomat. Tämän tutkimuksen tuloksena saadut tekijät, jotka edistävät potilaiden hoitoon sitoutumista, ovat niitä arkipäivän työkaluja, joiden avulla he selviytyvät näistä eteen tulevista ongelmista. Tutkimuksen tulokset antavat suuntaa sille, mihin asioihin ja tekijöihin vastaanotolla tulisi kiinnittää huomiota kannustettaessa ja tuettaessa potilaita oman sairautensa hoitoon.

Tulevaisuutta ajatellen olisi tärkeää selvittää laajemmin kyselytutkimuksen avulla FSTKY:n toimialueella asuvien tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksia, tarpeita ja toiveita oman hoidon järjestelyistä sekä saatavan hoidon merkityksestä. Sillä, miten hoito on järjestetty, on suuri merkitys potilaan hoitoon sitoutumiseen. Kokemusten ja toiveiden kartoittamisen myötä voidaan palveluja kohdistaa paremmin diabeetikoiden tarpeita vastaaviksi ja siten saavuttaa myös kustannussäästöjä hoitoon sitoutumisen ja asiakastyytyväisyyden sekä hoidon vaikuttavuuden parantuessa. Kyselytutkimuksen kysymyksiä laadittaessa olisi merkityksellistä hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia, sillä tutkimuksen tulokset perustuvat juuri paikallisille diabeetikoille tehtyihin haastatteluihin.

Omahoidon onnistumisen kannalta riittävän tuen, tietojen ja taitojen merkitys tuli esille tutkimuksen tuloksissa. Tyypin 2 diabetesta pidetään edelleen vain eläkeläisten sairautena, vaikka siihen sairastuu vuosittain, myös FSTKY:n toimialueella, suuri joukko alle 50-vuotiaita työikäisiä ihmisiä. Jos mukaan lasketaan kaikki ne henkilöt, joiden sokeriaineenvaihdunnassa on havaittu häiriöitä, puhutaan jo melko suuresta joukosta, joille nykyaikainen tieto diabeteksestä ja sen hoidosta olisi tulevaisuutta ajatellen elintärkeää. Paikallisen diabetesyhdistyksen kanssa yhdessä toimimalla terveydenhuollon ammattilaiset voisivat saada parempia tuloksia kannustaessaan potilaita ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Vertaistukiryhmästä saatavan emotionaalisen tuen lisäksi käytännönläheinen tieto ja toisten kokemukset auttavat hoitoon ja arkielämään liittyvissä käytännön tilanteissa. Vertaistukiryhmien kehittäminen eri elämänvaiheissa oleville diabeetikoille yhdessä terveydenhuoltohenkilöstön ja diabetesyhdistyksen kanssa saattaisi antaa osalle potilaista mahdollisuuden elää laadukasta ja antoisaa elämää sairaudesta ja sen hoitamisesta huolimatta. Toisten diabeetikoiden kanssa toimiminen lisäisi potilaiden normaaliuden tunnetta, jolla on hoitoon sitoutumisessa suuri merkitys. Vertaistuen on todettu auttavan varsinkin huonosti hoitoonsa sitoutuneiden potilaiden kohdalla ja samalla myös vähentävän terveydenhuoltohenkilöstön työtaakkaa.

LÄHTEET

- Debono, M. & Cachia, E. 2007. The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health and Medicine* 12(5), 545–555.
- Heinistö, R. & Juntunen, S. 2008. Tyypin 2 diabeetikon hoitotasapaino, Pro gradun esittely. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2), 2.
- Heinonen, L. 2009. Terveyttä edistävä syöminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121–148.
- Hermansson, J. 2003. Diabeteshoidon kustannukset. *Dosis* 19(4), 273–282.
- Himanen, O. 2009a. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 49–51.
- Himanen, O. 2009b. Hyvä hoito on tärkeää. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 51–52.
- Himanen, O. 2009c. Seurantakäyntien tarkoitus ja hoitoyhteistyö. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 52–53.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Ilanne-Parikka, P. 2009. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 213–245.
- Ilvesmäki, V. 2006. Diabetes ja endokrinologia. Teoksessa Kauppinen, R. (toim.) *Sisätautien ytimessä*. Helsinki: Edita Prima, 251–302.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kim, H.-S. & Oh J.-A. 2003. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. *Journal of Advanced Nursing* 44(3), 256–261.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 1997. Hoitoon sitoutuminen - Käsitteen rakenteen todentaminen tilastollisesti. *Hoitotiede* 9(1), 3–11.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. & Rissanen, M. 2001. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät. *Hoitotiede* 13 (4), 198–206.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.

Lahti, H. 2011. Tyypin 2 diabetes – Insuliinihoidon aloitusta ei kannata pitkittää. *Diabetes* 1, 20–21.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 21–43.

Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 116–164.

Lunnela, J., Hupli, M. & Kyngäs, H. 2006. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18 (3), 151–159.

Marttila, J. 2007. Käyttäytyminen ei muutu käskystä. matka ajatuksesta toimintaan voi olla pitkä ja työntäyteinen. *Diabetes ja lääkäri* 36(4), 18–22.

Marttila, J. 2009. Diabeteksen omahoidossa jaksaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53–55.

Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. 2006. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing* 54(2), 151–158.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.–4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215–221.

Paukama, M. 2008. Antikoagulanttipotilaan hoitoon sitoutuminen, Pro gradun esittely. *Tutkiva hoitotyö* 6 (3), 38.

Reunanen, A. 2006. Diabetes yleistyy Suomessa entistä kiivaammin, mutta diabeetikoiden ennuste paranee ja lisäsairauksien ilmaantuminen vähenee. *Diabetes ja lääkäri* 35 (6), 7–10.

- Rissanen, P. & Jarvala, T. 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007. *Diabetes ja lääkäri* 39 (1), 12–14.
- Ruuskanen, S. 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala, T.-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 63–80.
- Rönnemaa, T. & Leppiniemi, E. 2009. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes. 6. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61–62.
- Saraheimo, M. 2009a. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes. 6. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 24–26.
- Saraheimo, M. 2009b. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes. 6. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30–32.
- Saraheimo, M. 2009c. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes. 6. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–12.
- Saraheimo, M. & Sane, T. 2009. Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes. 6. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 13–14.
- Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *Tabu* 14 (5), 4–7.
- Seppänen, S. & Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sund, R. & Koski, S. 2009. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen – Tekninen raportti. Tampere: Suomen Diabetesliitto, Tampere 2009.
- Suomen Diabetesliitto ry. 2007. Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeetikoille. 4. tarkistettu painos. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.
- Toljamo, M. & Hentinen, M. 2001. Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing* 10, 618–627.
- Tuiskunen, K. 2003. Lääkemuodon vaikutus diabeetikon hoitoon sitoutumiseen. *Dosis* 19 (4), 260–272.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Virkamäki, A. 2009a. Insuliiniresistenssin taustatekijät. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 34–35.

Virkamäki, A. 2009b. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35–37.

WHO. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 2006 Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.1.–4.painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 152–163.

SAATEKIRJE

Arvoisa tyypin 2 diabeetikko

Opiskelen sairaanhoitajaksi Hämeen ammattikorkeakoulussa (HAMK) Forssan yksikössä ja teen opinnäytetyötä Tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan hoitoon sitoutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabeetikoiden kokemuksia ja ajatuksia oman sairautensa hoidosta sekä tekijöistä, jotka auttavat tai vaikeuttavat arkipäivän elämää diabeteksen kanssa. Työstä saadun tiedon perusteella voidaan selkeämmin kohdistaa diabeetikoiden hoidonohjausta ja omahoidon tukemista heidän tarpeitaan vastaaviksi.

Kahdenkeskisen haastattelun avulla kerään tietoja kokemuksistanne koskien diabeteksen hoitamista. Haastattelu kestää noin puoli tuntia ja se toteutetaan helmi-maaliskuussa 2011. Allekirjoitettuanne suostumuslomakkeen, diabeteshoitaja toimittaa yhteystietonne minulle. Otan teihin yhteyttä henkilökohtaisesti ja yhdessä sovimme haastatteluajan sekä -paikan.

Haastattelu nauhoitetaan digitaalisesti ja siitä saadun materiaalin käsittelen luottamuksellisesti, enkä luovuta sitä kenenkään muun käyttöön, kuultavaksi tai nähtäväksi. Lopullisesta työstä ei yksittäistä henkilöä pysty tunnistamaan. Tutkimusraportin valmistuttua kaikki haastattelumateriaali tuhoetaan asianmukaisesti.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista, mutta toivon Teidän osallistumistanne, koska kokemuksenne ovat tärkeitä kehitettäessä diabeteksen hoidonohjausta ja omahoidon tukemista.

Yhteistyöterveisin,

Karoliina Könkö
Sairaanhoitaja (AMK) opiskelija,
HAMK Forssa
karoliina.konko@student.hamk.fi

gsm: 050 545 1950

SUOSTUMUSLOMAKE

Haluan vapaaehtoisesti osallistua Karoliina Könkön opinnäytetyötutkimukseen "Tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon sitoutumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä". Samalla annan suostumukseni haastattelun nauhoittamisesta.

Nimi _____

Puhelinnumero _____

Toiveita yhteydenoton ajankohdasta _____

Toivon, että haastattelu suoritetaan

- _____ arkipäivänä
- _____ viikonloppuna
- _____ päivällä
- _____ illalla
- _____ ajankohdalla ei merkitystä

Päivämäärä ja Allekirjoitus

HAASTATELTAVAN TAUSTATIEDOT

Haastateltavan järjestysnumero: _____

Sukupuoli: Nainen Mies

Ikä: _____-vuotta

Perhe: Puoliso Lapsia Ei perhettä

Työ: Työelämässä Eläkkeellä

Diabetes todettu vuonna: _____

Missä ja miten? _____

Hoito: Ruokavalio
 Tablettilääkitys
 Insuliini

Hoitotahot: Lääkäri TK / erikoissairaanhoito
 DM-hoitaja / terveydenhoitaja / muu

Onko teillä todettu diabetekseen liittyviä lisäsairauksia?

Kyllä Ei

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1 MITÄ HOITOON SITOUTUMINEN MIELESTÄNNE TARKOITTAA?

- Miten ymmärrätte hoitoon sitoutumisen?
- Selittäkää omin sanoin miten ymmärrätte hoitoon sitoutumisen
- Miten kuvailisitte omaa hoitoon sitoutumistanne

3 HOITOON SITOUTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

- Mitkä tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseenne?
- Mitkä tekijät edistävät hoitoon sitoutumistanne?
- Mitkä tekijät heikentävät hoitoon sitoutumistanne?
- Miten kannustatte itseänne hoitamaan?
- Mikä kannustaa teitä hoitamaan itseänne?
- Minkä hoidossa koette haasteellisimpana ja miksi?
-
- Mikä on puolison / perheen merkitys?
- Mikä on terveydenhuollonhenkilöstön merkitys? (lääkäri, hoitajat)
- Mikä on ystävien ja vertaistuen vaikutus?
- Miten elämäntilanne vaikuttaa hoitoon sitoutumiseenne?
- Miten omat voimavaranne vaikuttavat hoitoon?
- Mitä hyvää diabetes on tuonut elämäänne?
- Koetteko, että diabetes rajoittaa elämäänne?
- Mitä haluaisitte vielä kertoa?

Kiitos osallistumisesta!