

Sanna Mäki-Kala

DIABETESPOTILAIEN KÄSITYKSIÄ HOIDONOHJAUKSESTA
JA OMAHOIDON TOTEUTUMISESTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

DIABETESPOTILAIEN KÄSITYKSIÄ HOIDONOHJAUKSESTA JA OMAHOIDON TOTEUTUMISESTA

Mäki-Kala Sanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2011
Ohjaaja: Kurittu Kristiina
Sivumäärä: 42
Liitteitä: 2

Asiasanat: Diabetespotilas, hoidonohjaus, omahoito

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää diabetespotilaiden käsityksiä hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta Kauhajoen terveyskeskuksessa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella Kauhajoen terveyskeskuksessa käyville tyypin 1 ja tyypin 2 diabetespotilailta. Kyselylomake sisälsi 23 strukturoitua kysymystä ja kaksi avointa kysymystä. Lomakkeita jaettiin 60 kappaletta ja lomakkeita palautui opinnäytetyöntekijälle 34 kappaletta, eli vastausprosentti oli 57. Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisesti ja avoimet kysymykset luokiteltiin sisällön erittelyllä. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden ja taulukoiden avulla.

Kaikki vastanneet kokivat olevansa tyytyväisiä hoidonohjaukseen. Tulosten perusteella hoidonohjausta oli saatu riittävästi. Hoidonohjauksessa oli huomioitu yksilöllinen ohjaustarve ja diabetespotilas oli itse saanut osallistua omahoidon suunnitteluun. Hoitohenkilökuntaa oli ollut helppo lähestyä sekä diabetespotilaat olivat saaneet kannustusta omahoidon toteuttamiseen.

Omahoidon toteuttamiseen vaikuttivat sairauden laatu ja hoito. Käytäntö oli hyvin vaihtelevaa, kuinka usein omahoitoa toteutettiin. Vastaajista suurin osa noudatti säännöllistä ja terveellistä ruokavaliota. Verensokeria mitattiin hyvin vaihtelevasti. Vastaajista kaikki olivat motivoituneita toteuttamaan omahoitoa. Tuloksista tuli ilmi, että motivaatio ja jaksaminen diabeteksen hoitoon korostuivat merkittävästi. Tietämystä omahoidon osa-alueista ja toteuttamisesta vastaajilla oli kiitettävästi.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia diabetespotilaiden omahoidon toteutumista hoitajien näkökulmasta terveyskeskuksen vuodeosastolla.

DIABETES PATIENTS' PERCEPTIONS OF CARE MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION SELF MANAGEMENT

Mäki-Kala Sanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

December 2011

Supervisor: Kurittu Kristiina

Number of pages: 42

Appendices: 2

Keywords: Patients with diabetes, treatment with control, self-care

Purpose of this thesis was to investigate the treatment of diabetes patients' perceptions of the management and self-realization in health center of Kauhajoki.

The thesis was carried out by quantitative method of study. The data were collected from a structured questionnaire health center of Kauhajoki atmospheric corrosion of patients who have type 1 and 2 diabetes. The questionnaire contained 23 structured questions and two essay questions. The forms were put into paragraph 60 and the forms are returned to the author of 34 copies of the thesis, so the response rate was 57 %. Structured questions were analyzed statistically and open-ended questions were classified content analysis. The results were illustrated in graphs and tables.

All respondents felt that they were satisfied with treatment with control. Based of the results of treatment guidance was good enough. Under the guidance of therapy was taken into account individually NEN-control and the need for patients with diabetes himself of herself has been planning to participate in self-care. Health care staff were easy to approach as well as patients with diabetes had an incentive to action to implement self-care.

Affected the implementation of self-care of disease and the quality of care. It was very variable how often self-care practices was carried out. Of the respondents, the majority followed a regular and healthy diet. Blood glucose was measured in well-mixed, and the answer seemed as good as the result of treatment. All of the respondents were motivated to carry out self-care treatment, which in turn was reflected in the survey self-care sub-ranges in a different way. The results revealed that the motivation and coping with diabetes management concept, a significant emphasis on the treatment. Knowledge of self-care areas and the implementation of the defendants were commendable.

The topic for further research would be interesting to study patients with diabetes self-care to-settle and which ward nurses' health perspective.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA	6
2.1	Potku-hanke	6
2.2	Diabetes sairautena	7
3	DIABETESPOTILAAN HOIDONOHJAUS JA OMAHOITO	8
3.1	Hoidonohjaus	8
3.1.1	Hoidonohjauksen lähtökohdat	9
3.1.2	Hoidonohjauksen menetelmät	9
3.1.3	Diabetespotilaan hoidonohjaus	10
3.2	Omahoito	12
3.2.1	Ruokavalio	13
3.2.2	Liikunta	15
3.2.3	Päihteet	16
3.2.4	Verensokerin omaseuranta	16
3.2.5	Pistoskohtien tarkistaminen	16
3.2.6	Jalkojen hoito	17
3.2.7	Suun ja hampaiden hoito	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
5.1	Kohderyhmä ja yhteistyötaho	21
5.2	Tutkimusmenetelmä	22
5.3	Tutkimusaineiston keruu	23
5.4	Aineiston analyysi	24
6	TUTKIMUSTULOKSET	24
6.1	Taustatiedot	25
6.2	Hoidonohjauksen toteutuminen	26
6.3	Omahoidon toteutuminen	28
7	POHDINTA	33
7.1	Tulosten tarkastelu	33
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	36
	LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

Diabetes on eräs merkittävimmistä kansansairauksista Suomessa ja se jaetaan sairauden laadun ja hoidon mukaan luokkiin, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen. Suomessa 1 tyypin diabetesta sairastaa arviolta 40 000 ihmistä ja 2 tyypin diabetesta yli 250 000 suomalaista. Arvioidaan, että tyypin 2 diabetesta sairastaa piilevänä lähes sama määrä. (Leskinen 2010, 5.)

Diabeteksen hoidonohjaus on keskeinen osa hoidon onnistumista. Tavoitteena on diabetespotilaan omahoidon oppiminen ja osaaminen. Diabeteksen hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat hoidonohjaus, elämäntapamuutokset sekä lääkehoito. Ohjausprosessi kestää koko eliniän, jolloin seuranta ja tukeminen sairauden eri vaiheissa ovat tärkeitä. (Diabetesliitto 2008b, 7.)

Valmiudet omahoidon toteuttamiseen saadaan hoidonohjauksessa. Omaha-ohje on diabeetikon jokapäiväistä toimintaa, jolloin hän sairauden vuoksi tekee monia päätöksiä ja valintoja. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 27–29.) Tässä opinnäytetyössä omahoidon osa-alueiksi valikoituivat ruokavalio, liikunta, pähteet, omaseuranta ja jalkojen sekä suun ja hampaiden hoito.

Opinnäytetyön aihe kiinnosti ajankohtaisuuden vuoksi. Koulutukseni aikana olen ollut paljon yhteistyössä diabeetikoiden kanssa ja heidän hoidossaan on tärkeä ottaa huomioon itse sairaus ja sairauden aiheuttama psyykinen hyvinvointi. Tämän vuoksi aihe oli mielestäni mielenkiintoinen. Perehtyessäni diabeteksestä kertovaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, sain todeta että tietoa ja tutkimustuloksia on paljon.

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää diabetespotilaiden käsityksiä hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta Kauhajoen terveyskeskuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoidonohjausta Kauhajoen terveyskeskuksessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

Opinnäytetyöni lähtökohtana oli mielenkiinto diabetekseen. Tulevana sairaanhoitajana kiinnostuin harjoittelujen myötä diabeteksestä ja haluan lisätä tietämystä tästä sairaudesta sekä sairauden hoidosta.

Opinnäytetyöni tarve lähti Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymältä potkuhankkeen myötä, jonka tarkoituksena on parantaa pitkäaikaissairaiden hoitoa. Pitkäaikaissairauksista diabetes korostui ensimmäisenä, sillä sairaus on yleinen ja koko ajan lisääntymässä. Olennaisinta diabeteksen hoidossa on omahoidon toteutuminen, jonka vuoksi lähdin tutkimaan hoidonohjausta ja omahoidon toteutumista.

2.1 Potku-hanke

Potku-hanke eli potilas kuljettajan paikalle on valtakunnallinen hanke, joka toimii Suomen eri terveyskeskuksissa ja sen tarkoituksena on kehittää pitkäaikaissairaiden hoitoa. Hankkeen tavoitteena on kehittää ja tarjota potilaille suunnitelmallista, tarpeenmukaista ja terveyshyötyä tuottavia palveluja. Uudistamistavoitteena on kehittää terveyskeskuksen palvelutarjontaa pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä ja hoitomallissa. Tärkeä osa hanketta on myös potilaan osallistuminen ja vastuunotto omahoidon toteuttamisessa. Keskeisin tavoite on ottaa potilaat mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan omahoitoa. (Potku-hankkeen www-sivut 2010.)

Hankkeen avulla lisätään yhä enemmän ryhmävastaanottoja, jolloin yksilövastaanottoja vähennetään. Tällä tavoin pyritään saamaan pitkäaikaissairaat ottamaan vastuuta omasta sairaudestaan ja luottamaan omiin tietoihinsa ja taitoihinsa. Hankkeen myötä jokaiselle pitkäaikaissairaalle suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa yksilöllinen hoitosuunnitelma, samassa yhteydessä hänelle myös nimetään yhteyshenkilö, jonka kautta hän jatkossa asioi. (Potku-hankkeen www-sivut 2010.)

2.2 Diabetes sairautena

Diabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka tunnetaan myös nimityksellä soke-ritauti (Saraheimo 2009a, 9). Diabetes ilmenee korkeana verensokeriarvona, johon liittyy myös klinisiä merkkejä (Hannuksela ym. 2006, 59).

Diabeteksen puhkeamiselle ei ole olemassa varsinaista syytä, mutta siihen vaikuttavat hyvin paljon perintötekijät ja elämäntavat. Diabetes ei parane koskaan, vaan sen kanssa on opittava elämään. (Seppänen & Alahuhta 2007, 8-9.) Diabeteksessa tyypin 1 ja tyypin 2 jako on häviämässä, eikä sitä voida enää pitää hoidon valinnan perustana. Diabeteksen luonne saattaa taudin edetessä muuttua, jonka vuoksi onkin tärkeämpi huomioida taudin vaikeusaste ja pyrkiä ehkäisemään komplikaatioiden synty. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2009.)

Käypä hoito 2009 on määritellyt diabeteksen hoidon tärkeimmäksi tavoitteeksi potilaan oireettomuuden ja hyvän elämänlaadun sekä komplikaatioiden ehkäisyn. Diabetes diagnosoidaan plasman glukoosipitoisuuden mukaan. Mikäli glukoosipitoisuuden paastoarvo on yli 7 mmol/l ja / tai glukoosirasituskokeen plasman glukoosin kahden tunnin arvo on yli 11 mmol/l, on potilaalla diabetes. Paastoarvolla löydetään vain diabetestapauksista muutama, joten glukoosirasituskoetehdään aina suuren riskin potilaille. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2009.)

Tyypin 1 diabetes eli nuoruusiän diabetes tarkoittaa, että haiman erittämän insuliinin tuotanto on heikentynyt tai loppunut kokonaan. Haimassa sijaitsevat saarekkeet alkavat hiljalleen tuhoutua siellä vallitsevan autoimmuunitulehduksen vuoksi. Tämän seurauksena insuliinia ei erity ja verensokeri kohoaa. (Saraheimo 2009b, 10–11.) Tyypin 1 diabetekseen vaikuttavat perinnölliset tekijät, mutta myös virus-tulehduksilla ja ulkoisilla tekijöillä on havaittu olevan vaikutusta (Hannuksela ym. 2006, 60).

Tyypin 1 diabeteksen hoitona on jatkuva koko elämän kestävä insuliinihoito. Tällöin elimistön insuliinin puutos korvataan joko pistoksina tai insuliinipumpun avulla. Tärkeä osa hoitoa on myös omaseuranta, johon kuuluvat verensokerin mittaaminen,

pistoskohtien tarkistaminen, terveellinen ruokavalio, hiilihydraattien laskeminen sekä liikunta. (Himanen, Huhtanen, Poukka, Ruuskanen & Turku 2009, 11–16.)

Tyypin 2 diabetes tunnetaan myös nimellä aikuistyyppin diabetes. Tällöin insuliinin tuotanto on heikkoa eikä sitä ole tarpeeseen nähden riittävästi. Sairaus puhkeaa yleensä yli 40-vuotiaana ja todetaan sattumalta tai jonkin lisäsairauden puhjetessa. (Walker & Rodgers 2005, 10–11.) Riskitekijöitä taudin puhkeamiselle on monia, muun muassa ylipaino, korkea verenpaine, liikunnan vähäisyys, korkea ikä ja sukurasite (Diabeteksen käypä hoito-suositukset 2009).

Tyypin 2 diabetes kehittyy salakavalasti ja hitaasti. Verensokeri on voinut olla koholla jo pidemmän aikaa ja rasittaa tällöin koko ajan elimistöä. Hoitona tyypin 2 diabeteksessa on elämäntapamuutokset ja lääkehoito. Hoito määräytyy jokaiselle yksilöllisesti sen mukaan, miten pitkälle sairaus on edennyt ja kuinka korkeat verensokeriarvot ovat. (Aro, Huhtanen, Ilanne-Parikka & Kokkonen 2010, 10–11.) Tyypin 2 diabetes on yleistymässä, ja sen on arveltu kehittyvän myös nuorempien taudiksi (Diabeteksen käypä hoito-suositukset 2009).

3 DIABETESPOTILAAN HOIDONOHJAUS JA OMAHOITO

3.1 Hoidonohjaus

Hoidonohjaus on suunnitelmallista toimintaa, jonka tavoitteena on antaa tukea sellaisessa tilanteessa, jolla on merkitystä asiakkaan toimintakykyyn ja hänen terveydentilaansa (Rintala ym. 2008, 27–29). Käypä hoito 2009 on määritellyt hoidonohjauksen tavoitteeksi ylläpitää ja parantaa diabeetikon elämänlaatua ja estää komplikaatioiden ja lisäsairauksien syntyä (Diabeteksen käypä hoito-suositukset 2009).

3.1.1 Hoidonohjauksen lähtökohdat

Hoidonohjauksen toteutusta ohjaavat lait ja asetukset, jotka toimivat pohjana ja velvoitteena hoitajan toiminnalle. Hoitaja sitoutuu kunnioittamaan ja huomioimaan potilasta. Lakien ja asetusten lisäksi hoidonohjausta ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Ne antavat perustaa ja auttavat hoitajaa toimimaan ohjaustilanteissa oikein. (Lahtinen 2006, 6–7.)

Laadukas hoidonohjaus perustuu asiakaslähtöisyyteen, kunnioittamiseen ja välittämiseen. Laadukas ohjaus on ohjattavan ja ohjaajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jonka avulla diabeetikko saa tukea selviytyä sairautensa kanssa, parantaa elämänlaatuaan ja motivoituu sitoutumaan hoitoon. (Kyngäs 2008, 27.)

3.1.2 Hoidonohjauksen menetelmät

Sopivan ohjausmenetelmän valitseminen vaatii tietoa siitä, mikä on ohjauksen päämäärä ja miten ohjattava omaksuu tietoa parhaiten (Kyngäs 2008, 73). Hoidonohjaus tapahtuu vuorovaikutuksessa ohjattavan ja ohjaajan välillä. Hoidonohjaus saa alkunsa siitä, että määritellään ohjattavan sen hetkiset tarpeet ja pyritään luomaan ohjattavasta oman sairautensa asiantuntija. (Rintala ym. 2008, 27–29.)

Ohjausmenetelmistä yleisimmin on käytössä yksilöohjaus, jota pidetään oppimisen kannalta tehokkaimpana menetelmänä. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen aktiivisuuden, motivaation tukemisen sekä jatkuvan palautteen saamisen. Yksilöohjauksessa päästään perehtymään juuri kyseisen potilaan ongelmiin ja tarpeisiin. Hoitajan rooli ja kyky korostuvat yksilöohjauksessa, jolloin hoitajan tulee osata kuunnella ja havainnoida potilasta oikein. (Kyngäs ym. 2008, 74,79.)

Ryhmäohjaus on yleistymässä terveydenhuollossa. Sitä annetaan eri tarkoitusta varten erikokoisissa ryhmissä. Tavoite määräytyy ryhmän omien tarpeiden mukaisesti, joka lisää ryhmäläisten yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä sitoutumista toimimaan ryhmässä. (Kyngäs ym. 2008, 104–106.)

3.1.3 Diabetespotilaan hoidonohjaus

Hoidonohjaus toteutuu parhaiten pitkäaikaisessa hoitosuhteessa, jonka keskeisiä piirteitä ovat vastavuoroisuus, avoimuus, luottamus ja elämänläheisyys (Rintala ym. 2008, 27–29). Hoidonohjauksessa ei ole tarkoitus siirtää tietoa ohjaajalta ohjattavalle, vaan löytää yhdessä ne tavat ja keinot millä tavoin ohjattava parhaiten pystyy hoitamaan sairauttaan itsenäisesti eli niin sanotusti toteuttamaan omahoitoa. (Rintala ym. 2008, 27–29.)

Diabetespotilaan hoitoon sitoutuminen on aktiivista, vapaaehtoista vastuun ottamista omasta hyvinvoinnista yhteistyössä ammattihenkilöiden kanssa. Diabetespotilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat potilaan omat asenteet, arvot, hoitomotivaatio ja itsekuri. Diabeteksen hoito edellyttää yleensä pysyviä muutoksia elämäntavoissa. Elämäntapamuutokset onnistuvat, jos potilas ymmärtää tiedon ja taidon lisäksi miksi muutokset ovat tarpeen ja miten ne vaikuttavat hänen sairautensa hoitoon. (Rintala ym. 2008, 30–37, 155.)

Ohjauksessa itse oppiminen jätetään kuitenkin ohjattavalle itselleen. Ohjaustilanteessa ohjattavalla voi olla mukanaan läheisiä. Vanhuksilla ja lapsilla läheisen läsnäolo on tärkeää ja näin mahdollistetaan kotona omahoidon toteuttaminen ja oppiminen. (Rintala ym. 2008, 30–37, 155.)

Hoidonohjauksessa tuetaan myös diabeetikon henkistä hyvinvointia, jolloin annetaan tukea ja ymmärrystä erilaisissa tilanteissa, jotka saattavat asiakkaalle olla vaikeita (Marttila 2011, 53–55). Salo (2009) tutki opinnäytetyössään tyypin 1 diabeetikoiden hoitohenkilökunnalta saamaa psyykkistä tukea. Tutkimuksessa todettiin, että psyykkisellä hyvinvoinnilla on suuri merkitys diabeetikoiden omahoidon toteutumisessa ja tärkeä osa on hoitohenkilökunnan antamassa psyykkisessä tuessa.

Hoidonohjausta annetaan diabeetikolle hänen koko elinikänsä ajan. Ohjauskertoja pyritään vähentämään ja kannustamaan omahoitoon. Hoidonohjaus on jatkuvaa toimintaa ja yhteistyö lääkärin, diabeetikon ja diabeteshoitajan välillä voi jatkua vuosia. (Rintala ym. 2008, 30–37, 155.)

Mäkelän (2011) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tyypin 2 diabeteksen riskipotilaiden kokemuksia saamastaan ennaltaehkäisevästä hoidonohjauksesta. Tutkimusaineisto (N=51) kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Palautetuista kyselylomakkeista tutkimusaineistoksi hyväksyttiin 27 vastausta. Tutkimustulokset hoidonohjauksesta olivat myönteisiä. Vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa hoidonohjaukseen joka oli suunnitelmallista, jokaiselle yksilöllistä ja tavoitteellista toimintaa. Tavoitteidenasettelussa parannettavaa oli siinä, että se lähtisi enemmän potilaasta itsestään. Tutkimuksessa tuli esille, että hoidonohjausta suunniteltaessa voitaisiin ottaa paremmin huomioon asiakkaan tarpeet ja mistä hän ei halua luopua. Vastaajat halusivat saada enemmän lisätietoa omaseurannan tuloksien hyödyntämisestä omahoidossa.

Hoidonohjauksen tavoitteiden määrittely on potilaan ja hoitajan yhdessä laatimaa. Tuolloin tavoitteisiin pääseminen ei olisi ylitsepääsemätöntä ja tavoitteiden ymmärrys olisi helpompaa. Arviointi on osa hoidonohjausta ja jokaisella tapaamiskerralla arvioidaan toimintaa avoimin kysymyksin ja tavoitteiden toteutumisen pohjalta. (Diabeteksen käypä hoito-suositus 2009.)

Suomen DESG oy on diabeteksen hoidonohjauksesta kiinnostunut ammatillinen työryhmä. Työryhmä on laatinut diabeteksen hoidonohjauksen laadun seurantaan kolme laatukriteeriä, joiden avulla voidaan hoidonohjausta kehittää. Laatukriteerit on jaettu kolmeen eri luokkaan, jotka ovat diabeetikoon liittyvät hoidonohjauksen laatukriteerit, ohjausprosessiin liittyvät hoidonohjauksen laatukriteerit ja organisaatioon liittyvät hoidonohjauksen laatukriteerit. (Suomen DEGS ry www-sivut 2011.)

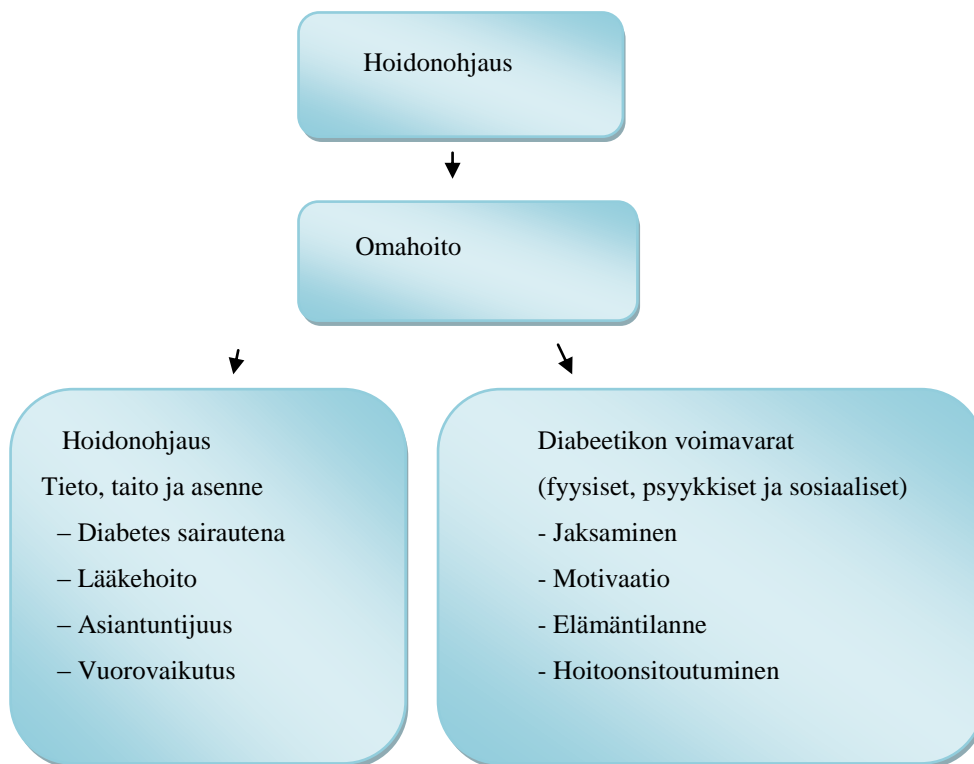
Diefenbaugh (2008) on selvittänyt tyypin 2 diabeetikoiden hoidonohjauksen laatua käyttäen apunaan hoidonohjauksen laatukriteereitä. Vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa hoidonohjaukseen. Hoidonohjaus oli suunnitelmallista ja omahoidon eri osa-alueiden läpikäyminen lisäsi tyytyväisyyttä. Tutkimuksessa hoidonohjauksen kehitettäviä alueita olivat yksilöllisyyden huomioiminen, tietojen kirjaaminen sekä hoidonohjauksen säännöllinen arvioiminen. Hoidonohjauksessa ei ollut kiinnitetty huomiota henkiseen jaksamiseen ja vertaistukeen.

3.2 Omahoito

Diabeteksen omahoito on kokonaisuus, joka koostuu monista ratkaisuista, teoista ja järjestelyistä (Marttila 2011, 53-55). Omahoidossa diabeetikon täytyy pyrkiä yhteensovittamaan hoito ja arkielämä, jolloin pystytään saavuttamaan hyvä elämänlaatu ja hyvinvointi (Seppänen & Alahuhta 2007, 8). Omahoidolla tarkoitetaan aktiivista osallistumista itsensä hoitoon ja huolenpitoon, tällöin diabeetikon on tärkeää osata omahoidon merkitys itsensä hoitamisessa. Omahoidon merkitys diabeteksen hoidossa on kasvussa ja jokainen diabetesta sairastava on oman sairautensa asiantuntija, siten voidaan mahdollistaa hyvä hoito. (Seppänen ym. 2007, 8-9.) Omahoito on jatkuvaa toimintaa, jolloin diabeetikko tekee monia päätöksiä ja valintoja ottaen huomioon sairautensa. Vähitellen varmuus ja taitojen kehittyminen luovat onnistuneita elämyksiä. (Seppänen ym. 2007, 8-9.)

Omahoito-käsitteellä on kolme keskeistä ulottuvuutta, jotka ovat omahoidon prosessi, omahoidon toimenpiteet ja omahoidon tavoitteet. Prosessi tarkoittaa omahoidon päivittäistä ja elinikäistä jatkuvuutta ja joustavuutta. Omahoidon toimenpiteet vaihtelevat yksinkertaisista taidoista monimutkaisten kokonaisuuksien hallintaan. Keskeisiä toimenpiteitä ovat insuliinin annostelu, pistäminen ja verensokerin mittaaminen. Kokonaisuuteen kuuluvat verensokeriarvon mukainen insuliinin annostelu sekä lisäksi liikunnan ja ravinnon merkitys verensokeriarvoihin. (Shillingi 2002, 87–99.)

Kokonaisuuden hallintaan tarvitaan hoidon osaamisen avuksi myös motivaatiota, vastuullisuutta sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä (KUVIO 1). Omahoidon tavoitteena on hyvän olon ja elämänlaadun edistäminen. Lähitavoitteena on hoitotasapainon ylläpitäminen, terveyttä edistävien elintapojen omaksuminen ja omahoidon muodostaminen osaksi arkea ja elämää. Omahoidon tuloksellisuuden tärkeä osa on luoda luottamuksellinen ja molemminpuolinen sopimus tavoitteista. (Shillingi 2002, 87–99.)



Kuvio 1. Omahoidon toteutumiseen tarvittavat vaiheet (Mäki-Kala 2011 soveltaen)

Peltola (2010) haastatteli keski-ikäisiä ja iäkkäitä tyypin 2 diabeetikoita, tarkoituksenaan selvittää millaiset lääkäri-potilassuhteen viestinnälliset tekijät edistävät omahoidon onnistumista. Tulosten mukaan diabeetikot kokivat tärkeimmäksi itsensä toteuttaman omahoidon, mutta kuitenkin lääkäri-potilassuhde katsottiin tärkeäksi kokonaisvaltaisessa hoitoprosessissa. Omahoitoa edistää hyvin luotu vastavuoroinen yhteistyö. Tutkimuksesta selvisi, että yhteistyön jatkuvuus saman ihmisen kanssa edistää omahoidon toteuttamista.

3.2.1 Ruokavalio

Aikaisemmin ennen lääkehoitoa, diabetesta pyrittiin hoitamaan ruokavalion avulla, jolloin ruokamäärä pyrittiin pitämään mahdollisimman pienenä (Heinonen 2009a, 124). Nykyisin diabeteksen hoidossa pääsääntöisesti on käytössä lääkehoito, mutta hoidossa korostuvat ruokavalion yhteensovittaminen myös muun hoidon kanssa. Diabeetikko ei kuitenkaan sairaudesta johtuen tarvitse erityisruokavaliota (Diabetesliitto 2008a, 4).

Ruokavalion avulla voidaan paljon vaikuttaa verensokeriarvoihin ja näin ylläpitää hyvää verensokeritasoa. Monipuolisella ruokavaliolla voidaan ehkäistä korkeita veren rasva-arvoja sekä korkeaa verenpainetta. Erityisen tärkeä osa ruokavaliolla on tyypin 2 diabeetikoiden painonhallinnassa. Elämäntapamuutoksiin ryhdyttäessä on tärkeää, että diabeetikolla itsellään on motivaatiota ja halu muuttaa tottumuksiaan. Muutoksiin ryhdyttäessä otetaan huomioon hänen mieltymyksensä, kulttuurinsa ja toiveensa. (Aro ym. 2010, 15–16.) Diabeetikon on hyvä suunnitella itselleen säännöllinen ateriarytmi, tällöin ateriakoot pysyvät kohtuullisina ja tasoittavat verensokerin vaihteluja (Heinonen 2009b, 136–137).

Diabeetikolle suositellaankin ruokavaliota, joka sisältäisi kohtuullisesti hiilihydraatteja, rasvoja ja proteiinia. Hoidonohjauksessa annetaan ohjeistusta lautasmallin mukaiseen ruokavalioon. Lautasmalli sopii apuvälineeksi ruokamäärien hahmottamisessa. Se kuvaa, miten yksittäinen ateria kootaan suositusten mukaisesti. Lautasesta puolet täytetään kasviksilla, neljännes perunalla, riisillä tai makaronilla ja toinen neljännes kalalla, lihalla tai kanalla. Suositeltavaa olisi syödä päivässä puoli kiloa vihanneksia, marjoja ja hedelmiä. Mitään kiellettyjä ruokia diabetesta sairastavalla ei ole, kunhan määrät pysyvät kohtuullisina. (Diabetesliitto 2008a, 5-11.)

Diabetesliitto on julkaissut diabeetikoiden ruokavaliosuositukset, jotka on laadittu tutkimusnäyttöön perustuen. Ravitsemushoidon tavoitteena on edistää diabeetikon omahoitoa ja ohjata tasapainoisiin ruokatottumuksiin. Ravitsemushoito on oleellinen osa diabeteksen hoitoa. Ruokavaliosuosituksien mukaan kohtalaisesti hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio alentaa verensokeritasoa, kun annokset ovat kulutukseen nähden kohtuullisia ja sisältävät paljon kuituja. (Diabetesliitto 2008a, 5-11.)

Diabeetikot tarvitsevat muuta väestöä enemmän ruokavaliossaan runsaskuituisia tuotteita, joiden vaikutuksella elimistö pystyy hallitsemaan verensokeritasoa. Rasvan määrää ja laatua on myös syytä tarkkailla, sillä se madaltaa insuliiniherkkyyttä. Ruokavaliossa runsas suolan käyttö lisää riskiä saada diabeteksen lisäsairauksia, sillä se nostaa verenpainetta. (Diabetesliitto 2008a, 5-11.)

Hiilihydraattien laskeminen auttaa insuliinintarpeen määrittelyssä. Ruokavalintojen avulla voidaan valita oikea annos nopeasti vaikuttavaa insuliinia, joka määrätty hi-

lihydraattilaskennan avulla. Mitä enemmän ruoka sisältää hiilihydraattia, sitä enemmän tarvitaan insuliinia muuttamaan hiilihydraatti energiaksi. (Walker & Rodgers 2005, 35.) Ruokien hiilihydraattimäärästä on laadittu valmiita taulukkoja, joista diabeetikko voi nopeasti laskea aterian sisältämän hiilihydraattimäärän (Heinonen 2009a, 127–135). Hiilihydraattien laskeminen on olennaista insuliinihoidon toteuttamisessa. Tablettihoidossa ei yleensä tarvitse kiinnittää suurta huomiota hiilihydraattimääriin, riittää, että suositetaan terveellistä ruokavaliota, säännöllisyyttä ja kohtuullisia annoksia. (Aro ym. 2007, 106 – 107.)

3.2.2 Liikunta

Liikunnalla on positiivinen vaikutus ihmisen hyvinvointiin. Liikunta vahvistaa sydäntä ja keuhkojen toimintaa sekä parantaa hapenottoa. Oikein kuormitettu liikunta vahvistaa lihaksia, luita ja niveliä sekä kuluttaa energiaa. Liikunnan tavoitteena on sairauksien ehkäisy, hoito sekä kuntoutuminen ja sitä suositellaan jokaiselle kansalaiselle. Liikunnan merkitys korostuu diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta on keskeinen elintapamuutos yksinään tai yhdistettynä useampaan elintapamuutokseen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikkumattomuus on terveydelle haitallista ja lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Lääkäri antaa potilaalle ohjeita liikkumisesta ja siinä huomioitavista asioista liittyen sairauteen. (Käypä hoito 2010.)

Säännöllisellä ja riittävällä liikkumisella edistetään terveyttä ja parannetaan verensokeritasapainoa (Rintala ym. 2008, 70). Liikunta kuluttaa verensokeria ja nopeuttaa lääkehoitona käytetyn insuliinin imeytymistä ihon alta. Diabeetikon liikkuesssa täytyy hänen huomioida syömisessä ja insuliiniannoksissaan liikunnan määrä, sillä muuten verensokeri saattaa laskea liian alhaiseksi. Jo 30 minuutin päivittäinen liikkuminen on tutkimusten mukaan riittävää. (Rönnemaa 2009a, 172–174.)

3.2.3 Päähteet

Tupakoinnilla on verisuonia supistava vaikutus, joka vaikuttaa diabetekseen liittyvien lisäsairauksien syntyyn. Koska diabeetikon riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on muutenkin muuta väestöä suurempi, on tupakointi erityisen haitallista. (Ilanne-Parikka 2009, 207–211.)

Alkoholi saattaa vaikuttaa verensokeriarvoihin, joko nostamalla tai laskemalla sitä. Verensokerin heittelyyn vaikuttaa alkoholin juotu määrä ja laatu. Alkoholi saattaa myös tehostaa lääkkeiden vaikutusta nostamalla verensokeria. Diabeetikko voi juoda alkoholia, mutta olisi tärkeä nauttia sitä yhdellä kerralla kohtuudella ja mieluusti ruokailun yhteydessä. Alkoholin runsas nauttiminen voi altistaa matalille verensokeriarvoille eli hypoglykemialle sekä estää hypoglykemia tuntemuksia. (Aro ym. 2010, 19–20.)

3.2.4 Verensokerin omaseuranta

Verensokeria mittaamalla saadaan kuva tämän hetkisestä verensokeriarvosta, siitä miten liikunta, ruokavalio ja lääkehoito ovat vaikuttaneet siihen. Pelkkä mittaaminen ja tulosten kirjaaminen seurantavihkoon eivät korjaa verensokeriarvoa, vaan diabeetikon tulee reagoida tuloksiin. (Rönnemaa & Leppiniemi 2009, 61–62.)

Verensokerin ollessa korkea voi diabeetikko itse säädellä insuliiniannoksiaan, eikä odottaa seuraavaan lääkäriin tai hoitajan vastaanottokäyntiin saakka. Verensokerin mittaaminen riippuu hyvin paljon hoitomuodosta. Turvallista insuliinihoitoa toteuttaessa verensokerin omamittauksia tulee tehdä useammin päivässä. Mittausten tarve on yksilöllinen. (Rönnemaa & Leppiniemi 2009, 61–62.)

3.2.5 Pistoskohtien tarkistaminen

Insuliinia pistetään ihonalaiseen rasvakudokseen, koska insuliinin imeytyminen sieltä on tasaisinta ja pistäminen kivutonta. Pistosalueina voidaan käyttää reisiä, pakaroita ja vatsaa. Hoikkien diabeetikoiden on tärkeä huomioida pistämisessä, ettei insuliini

mene lihakseen, tällöin imeytyminen nopeutuu ja vaikutusaika lyhenee. Pistoskohta täytyisi vaihtaa saman alueen sisällä jokaisella pistos kerralla, näin ehkäistään rasvakudoksen turvotus ja kovettumien syntyminen. Mikäli syntyy kovettumia, imeytyy insuliini tällaisista kohdista epätasaisesti. Pistosalueiden kuntoa täytyy seurata säännöllisesti, sillä varmistetaan insuliinin imeytyminen mahdollisimman hyvin. (Diabetesliitto 2009, 58–59.)

3.2.6 Jalkojen hoito

Jalkojen kunnosta huolehtiminen on yksi osa diabeetikon omahoitoa. Hankalille jalokaongelmille altistavia tekijöitä ovat myös huono sokeritasapaino, tupakointi ja huonot veren rasva-arvot. Diabeetikon onkin tärkeä hankkia itselleen kunnolliset ja käyttötarkoitukseen sopivat jalkineet. Vuosittain diabeetikon jalat tarkistetaan lääkärin tai diabeteshoitajan vastaanotolla. Tarkistuksissa kiinnitetään huomiota ihon kuntoon, verenkiertoon ja hermojen toimintaan. Jalat olisi hyvä tarkistaa joka ilta, ettei jalkateerissä ole haavaumia, rakkuloita tai tulehduksia. Tulehduksen merkkejä ovat punoitus, kuumotus, turvotus ja kipu. Jalkojen rasvaus, kynsien hoito ja jalkavoimistelu ovat olennainen osa jalkojen hyvinvointia. (Rönnemaa 2009, 187–189.)

Salon ja Vainilan (2007) opinnäytetyössä tarkoituksena oli kartoittaa diabeetikoiden jalkojen omahoitoon liittyviä tapoja ja heidän tietojansa jalkojen hoidosta ja sen merkityksestä. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa ilmeni, että vastaajien jalkojenhoitotottumuksissa ja jalkojen hoitotavoissa oli risitiriitoja. Heillä oli tietämystä jalkojen hoidosta ja siihen vaadittavista päivittäisistä toiminnoista, mutta kuitenkin toteutus oli huonoa.

3.2.7 Suun ja hampaiden hoito

Suun ja hampaiden hoidossa diabeetikon täytyy ottaa huomioon herkempi altistuminen suun alueen infektioille ja ientulehduksille. Erityisen herkkiä ovat juuri diabetekseen sairastuneet ja ne joilla on huono sokeritasapaino. Diabetes aiheuttaa suun kuivumista, mikä johtuu syljen erityksen vähenemisestä, mikä altistaa herkemmin hampaiden reikiintymiselle. Hoitamaton ientulehdus voi johtaa kiinnityskudosten tuhoon

eli parodontiittiin. Parodontiitti tarkoittaa kollageenisäikeiden hajoamista, jolloin hampaan kiinnitys leukaluuhun heikkenee ja hampaat alkavat heilua. Hoitamattomassa tilanteessa se voi johtaa jopa hampaan menetykseen. Tämän vuoksi jo ientulehduksen ennaltaehkäisy ja hoito ovat tärkeää. (Tenovuo & Rönnemaa 2009, 434–436.)

Diabeetikoilla esiintyy myös suun sieni-infektioita ravinnon hiilihydraateista johtuvan happamuuden vuoksi. Tällöin suun limakalvoilla voi esiintyä kirvelyä ja haavaumia. Diabetes ei varsinaisesti aiheuta suuhun mitään sairauksia, se voi kuitenkin edistää ja huonontaa tavallisia suun infektioita ja parantuminen kestää pidempään. (Tenovuo & Rönnemaa 2009, 434–436.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää diabetespotilaiden käsityksiä hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta Kauhajoen terveyskeskuksessa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten diabetespotilaiden hoidonohjaus toteutuu Kauhajoen terveyskeskuksessa?
2. Miten diabetespotilaiden omahoito toteutuu?

Opinnäytetyönprosessi kuvataan seuraavassa kuviossa (KUVIO 2).



Kuvio 2. Opinnäytetyönprosessi vaiheittain

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni aiheen pohdinta aloitettiin marraskuussa 2010. Olin tuolloin yhteydessä Kauhajoen terveyskeskuksen ylilääkäriin. Tammikuussa 2011 potku-hankkeen hanketyöntekijä otti minuun yhteyttä, jolloin heillä oli tarjota minulle opinnäytetyön aihe. Tämän jälkeen aloitin aiheeseen perehtymisen ja ryhdyin suunnittelemaan opinnäytetyöni runkoa. Määrittelin tutkimusmenetelmän ja opinnäytetyöni laajuuden.

Maaliskuussa 2011 pidettiin aiheseminaari, jonka jälkeen aloitettiin kirjallisen osuuden tuottaminen ja kyselylomakkeen suunnittelu yhdessä diabeteshoitajan kanssa. Toukokuussa pidettiin suunnitteluseminaari, jossa esitettiin mittari eli kyselylomake. Toukokuun lopussa saatiin tutkimuslupa. Kysely toteutettiin Kauhajoen terveyskeskuksessa käyville diabetespotilaille kesäkuun – elokuun 2011 välisenä aikana. Kyselyyn vastanneet lähettivät opinnäytetyöntekijälle postitse kyselylomakkeet palautuskuoressa, jonka postimaksu oli maksettu.

Kirjallisen osuuden kirjoittaminen ja viimeistely toteutettiin syyskuun- marraskuun välisenä aikana. Kyselylomakkeita palautui 34 kappaletta ja tutkimusaineiston analysointi aloitettiin syyskuun alussa 2011.

Raportointiseminaarin pidettiin marraskuussa 2011, jolloin esitettiin tutkimustulokset. Kypsyysnäytteen tehtiin marraskuussa. Opinnäytetyö oli valmis marraskuussa 2011.

Mahdollisista kuluista, joita opinnäytetyöhön tuli, vastasi opinnäytetyöntekijä itse. Apurahaa tähän opinnäytetyöhöni saatiin Kauhajoen kulttuurisäätiöltä ja diabetesliitolta. Kulut olivat matka- ja materiaalikustannuksia. Kauhajoen terveyskeskukselta saatiin kyselytutkimusta varten palautuskuoret. Aikaa tähän opinnäytetyön tekemiseen kului 400 tuntia. Alla olevassa kuviossa (KUVIO 3) tuodaan esille opinnäytetyön ajallinen eteneminen.



Kuvio 3. Opinnäytetyön ajallinen eteneminen

5.1 Kohderyhmä ja yhteistyötaho

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetespotilaat joiden hoidonohjaus toteutuu Kauhajoen terveyskeskuksessa. Kauhajoen terveyskeskuksessa tutkimuksia diabeteksen hoidonohjauksesta ei aikaisemmin ole tehty. Yhteistyötahona toimi Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, Kauhajoen terveyskeskus.

Diabeteshoitajan luona käy vuoden aikana suuri määrä diabetespotilaita. Pääsääntöisesti he sairastavat tyypin 2 diabetesta.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Määrälliselle tutkimukselle ominaista on aiempien tutkimusten tarkastelu, johtopäätökset sekä aiemman teorian ja käsitteiden määrittely (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140). Tässä tutkimuksessa tutkittavat henkilöt olivat Kauhajoen terveyskeskuksessa hoidonohjauksessa käyvät tyypin 1 tyypin ja tyypin 2 diabetespotilaat.

Määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein, jonka avulla saadaan selville vastaajien omia mielipiteitä (Vehkalahti 2008, 47–49). Aineiston keruumenetelmäksi valittiin kysely, joka toimii keskeisenä menetelmänä survey-tutkimuksessa. Survey tarkoittaa sellaista kyselyä, jossa aineisto kerätään standardoidusti eli jokaiselta vastaajalta kysytään samalla tavalla, tällöin kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietyistä perusjoukosta (Hirsjärvi ym. 2004, 182–184).

Kyselylomakkeen etuna on, että voidaan kysyä monia asioita samanaikaisesti ja kyselyyn vastaajia saadaan enemmän. Tutkimusaineisto saadaan käsiteltävään muotoon ja analysointi on myös nopeampaa. Kyselytutkimuksen huonoja puolia ovat kyselyyn vastaamattomuus, aineiston pinnallisuus sekä vastaajien suhtautuminen kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2009 195–196.)

Mittausväline eli kyselylomake tulee olla ilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Tätä opinnäytetyötä varten laadittiin yhdessä Kauhajoen terveyskeskuksen diabeteshoitajan kanssa kyselylomake (LIITE 3). Kyselylomake oli strukturoitu eli lomakkeessa oli valmiit kysymykset ja vaihtoehdot, jonka avulla kysymykseen vastaaminen oli helppoa ja ymmärrettävää. Monivalintakysymyksissä oli valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja sai valita omaa mielipidettä kuvaavan vaihtoehdon. Avoimilla kysymyksillä sallitaan vastaa-

jalle lupa ilmaista itseään omin sanoin, eivätkä vaihtoehdot anna vastausta vastaajan puolesta (Hirsijärvi ym. 2009, 198–201). Kyselylomake sisälsi myös kaksi avointa mielipidekysymystä, jolloin jätettiin tyhjä tila vastausta varten.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyön teko alkoi tammikuussa 2011. Kirjallisuus- ja tutkimuskatsaus diabeteksestä toteutettiin keväällä 2011. Opinnäytetyön pääaiheeksi valikoitui diabetes, hoidonohjaus ja omahoito, joista oli paljon saatavilla sekä teoreettista kirjallisuustietoa, että myös erilaisia tutkimuksia.

Yhdessä yhteistyötahon kanssa valitsimme kvantitatiivisen tutkimuksen mittariksi kyselylomakkeen. Tavattiin diabeteshoitajan kanssa ja laadittiin yhdessä kyselylomakkeen kysymykset, jolla varmistettiin se, että yhteistyötaho saa juuri sitä tietoa mitä he tarvitsevat. Kyselylomakkeessa kysyttiin hoidonohjauksen toteutumisesta ja diabeteshoitajan asenteesta hoidonohjauksessa. Omahoidon osuudessa kysyttiin eri omahoidon osa-alueista, jotka diabeteksessä ovat keskeisessä osassa hoitoa. Tutkimuksen kyselylomaketta tarkasteltiin yhdessä diabeteshoitajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa pariin otteeseen. Kyselylomake esiteltiin viiden sairaanhoitajanopiskelijan kanssa. Opinnäytetyön tekemistä varten tarvittava tutkimuslupa anottiin Kauhajoen terveyskeskuksen ylilääkäriltä. Lupa opinnäytetyön tekemiselle myönnettiin 31.5.2011.

Opinnäytetyön kyselylomakkeita jakoi Kauhajoen terveyskeskuksessa diabeteshoitaja. Opinnäytetyöntekijä huolehti kyselylomakkeet sekä palautuskuoret diabeteshoitajalle. Kyselylomakkeita jaettiin jokaiselle vastaanotolla käyneelle diabeetikolle yhteensä 60 kappaletta. Diabetespotilas sai kyselylomakkeen lisäksi saattekirjeen, jossa kerrottiin vastaajalle mistä tutkimuksesta oli kyse, kuka tutkimuksen suorittaa ja mihin tuloksia hyödynnetään. Kyselyyn vastaaminen tapahtui nimettömänä ja oli täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastattuaan diabetespotilaat saivat palauttaa kyselylomakkeen palautuskuoressa postimaksu maksettuna ja täten pystyttiin turvaamaan luottamuksellisuus ja pitämään vastaajat salassa. Kyselylomakkeita jaettiin diabetespotilaille kesäkuun-elokuun 2011 välisenä aikana. Lomakkeita palautui

opinnäytetyöntekijälle elokuun loppuun mennessä 21 kappaletta, syyskuun aikana palautui 13 kappaletta ja lokakuuhun mennessä kyselylomakkeita oli palautunut yhteensä 34 kappaletta, jonka jälkeen kyselylomakkeita ei enää saapunut. Vastausprosentti oli 57.

5.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön tekijä numeroi jokaisen palautuneen kyselylomakkeen järjestelmällisesti ja luki tutkimusaineiston kaikki vastauksen ennen tilastointia. Tutkimusaineisto ei sisältänyt virheellisesti eikä epäasiallisesti täytettyjä lomakkeita.

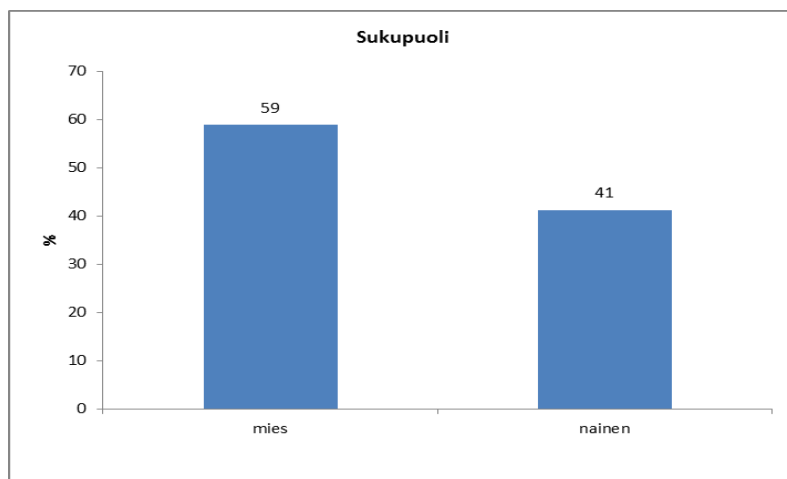
Aineiston käsittelyllä tarkoitetaan, että jokainen kyselylomake tarkistetaan, syötetään tiedot ja tallennetaan siihen muotoon, että sitä voidaan tutkia numeraalisesti apuna käyttäen taulukko- tai tilasto-ohjelmaa (Vilkkä 2007, 106). Tulosten tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että tuloksia pohditaan ja niiden perusteella tehdään johtopäätöksiä (Hirsijärvi ym. 2009, 221). Kyselylomakkeen strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisesti ja tuloksia kuvattiin prosenttimääräisesti. Avoimet kysymykset luokiteltiin sisällön erittelynä, sillä aineisto ei ollut riittävä sisällön analysointiin. Sisällön erittely on systemaattista ja määrällistä kuvailua varten sopiva tutkimustekniikka. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysia, jossa kuvataan kvantitatiivisesti tekstin sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 106- 107.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui Kauhajoen terveyskeskuksessa käyvät tyypin 1 ja tyypin 2 diabetespotilaat. Kyselyyn vastasi yhteensä 34 diabetespotilasta. Vastaajilta kerättiin taustatiedot sukupuolesta, iästä, sairastamisvuosista, sairauden tyypistä, hoitomuodosta sekä omahoidon käsitteestä. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä myös heidän saamastaan hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta.

6.1 Taustatiedot

Vastaajista miehiä oli 59 % ja naisia oli 41 % (KUVIO 4). Vastaajien ikä jakautui siten, että yksi vastaajista (3 %) oli alle 40-vuotias ja 38 % vastaajista oli 41–60 vuotiaita. Puolet (50 %) vastaajista kuului ryhmään 61–80 vuotiaat ja yli 81-vuotiaita oli vastaajista yksi (3 %). Vastaajista nuorin oli 27-vuotias ja vanhin 83-vuotias.



Kuvio 4. Vastaajien sukupuoli (n=34)

Diabeteshoitajan vastaanotolla käyneistä diabetespotilaista moni oli sairastanut diabetesta alle 10 vuotta. Vastaajista 15 % oli sairastanut diabetesta vuoden, kun taas 42 % vastaajista oli sairastanut diabetesta kahdesta viiteen vuotta. Viidesosa (18 %) oli sairastanut 6-10 vuotta ja viisi vastaajaa 11–15 vuotta. Kaksi vastaajaa oli sairastanut 16–20 vuotta ja yksi vastaajista oli sairastanut diabetesta 26–30 vuotta.

Kaikilla vastaajilla oli käytössä lääkehoito diabetekseen. Puolella vastaajista (50 %) oli tablettihoito ja insuliinihoito oli 26 %:lla vastaajista. Tabletti ja insuliinihoito olivat käytössä 24 %:lla vastaajista. Taustatiedoissa kysyttiin myös omahoidon käsitteen ymmärrettävyydestä. Jokainen vastaajista (100 %) tiedosti omahoidon käsitteen, mikä onkin tärkeä osa hoitoa. Ilman omahoidon tietoa ei diabetespotilaalla ole valmiuksia toteuttaa omahoitoa.

6.2 Hoidonohjauksen toteutuminen

Kyselylomakkeilla kartoitettiin vastaajien kokemuksia hoidonohjauksen toteutumisesta. Vastaajilta kysyttiin hoidonohjauksen saatavuudesta ja riittävyydestä sekä hoitohenkilökunnan antamasta tuesta ja kannustuksesta. Kyselylomakkeessa kysymykset olivat väittämiä. Vastaajat rastittivat eri vaihtoehdoista kohdan, mikä kuvasi parhaiten heidän mielipidettään asiasta. Vaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan eli miten hoidonohjaus oli toteutunut Kauha-joen terveyskeskuksessa, etsittiin vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 7-16.

Kysymyksissä seitsemän ja kahdeksan kysyttiin vastaanottoaikojen ja soittoaikojen saatavuudesta. Yli 50 % (n=34) vastaajista oli sitä mieltä, että vastaanottoaikoja ja soittoaikoja oli saanut diabeteshoitajalle riittävästi. Pieni osa vastaajista alle 10 % olisi halunnut soittoaikoja sekä vastaanottoaikoja enemmän. Neljä vastaajaa ei osannut vastata kysymykseen soittoaikojen riittävyydestä. Vastaajista kolme (9 %) olisi halunnut soittoaikoja enemmän. (Taulukko 1)

Taulukko 1. Vastaanottoaikojen ja soittoaikojen riittävyys

Väittäjä	Täysin eri mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Jokseenkin samaa mieltä %	Täysin samaa mieltä %
7. Olette saanut riittävästi vastaanottoaikoja diabeteshoitajalle (n=34)	3 %	6 %	3 %	18 %	71 %
8. Olette saanut riittävästi soittoaikoja (n=34)	0 %	9 %	12 %	15 %	65 %

Kysymyksissä 9-12 kysyttiin hoitohenkilökunnan suhtautumisesta diabetespotilasta kohtaan sekä potilaan kuuntelusta, vastaanottoaikojen riittävästä pituudesta sekä kysymysten esittämisestä. Vastaajista yli 65 % (n=34) oli sitä mieltä, että heitä oli kohdeltu arvokkaasti, kuunneltu riittävästi, vastaanottoajat olivat olleet riittävän pitkiä ja

he olivat voineet kysyä heitä askarruttavista asioista. Vastaajista kaksi (6 %) olivat jokseenkin eri mieltä saamastaan arvokkaasta kohtelusta. Vastaajista kolme ei osannut vastata kysymyksiin (Taulukko 2).

Taulukko 2. Kohtelu ja kuuntelu, vastaanottoajat ja kysymysten esittäminen

Väittäjä	Täysin eri mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Jokseenkin samaa mieltä %	Täysin samaa mieltä %
9. Hoitohenkilökunta on kohdellut teitä arvokkaasti (n=34)	0 %	6 %	6 %	18 %	71 %
10. Hoitohenkilökunta on kuunnellut teitä riittävästi (n=34)	0 %	6 %	9 %	21 %	65 %
11. Vastaanottoajat ovat riittävän pitkiä (n=34)	3 %	0 %	3 %	24 %	71 %
12. Olette voineet kysyä riittävästi teitä askarruttavista asioista (n=34)	0 %	0 %	9 %	24 %	68 %

Kysymyksissä 13–16 kysyttiin ohjauksen ja neuvonnan riittävydestä, hoidonohjauksen suunnittelusta, kannustamisesta ja motivoinnista sekä omahoidon riittävästä tiedosta. Vastaajista yli 55 % oli jokaisessa kohdassa täysin samaa mieltä. Kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä kannustamisesta ja motivoinnista sekä omahoidon osa-alueiden riittävästä tiedosta. Vastaajista alle 20 % ei osannut vastata kysymyksiin. Alle 10 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä kysymyksistä 13–16. 18 % eli kuusi vastaajaa eivät osanneet vastata kysymykseen omahoidon suunnitteluun osallistumisesta. Vastaajista kolme eli 9 % koki, etteivät he olleet saaneet riittävästi kannustusta ja motivointia diabeteksen hoitoon, myös kolmen vastaajan mielestä heille ei ollut annettu riittävästi tietoa omahoidon eri osa-alueista (Taulukko 3).

Taulukko 3. Ohjaus ja neuvonta

Väittäjä	Täysin eri mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	En osaa sanoa %	Jokseenkin samaa mieltä %	Täysin samaa mieltä %
13. Olette saanut riittävästi omahoidon ohjausta ja neuvontaa (n=34)	0 %	6 %	15 %	18 %	62 %
14. Olette saanut riittävästi osallistua omahoidon suunnitteluun (n=34)	0 %	6 %	18 %	18 %	59 %
15. Hoitohenkilökunta on kannustanut ja motivoitunut teitä riittävästi diabeteksen hoitoon (n=34)	9 %	0 %	12 %	18 %	62 %
16. Olette saanut riittävästi tietoa omahoidon eri osa-alueista (n=34)	9 %	0 %	12 %	29 %	56 %

6.3 Omahoidon toteutuminen

Toiseen tutkimusongelmaan eli miten diabetespotilaiden omahoito oli toteutunut, etsittiin vastausta kyselylomakkeen avulla kysymyksillä 17-29. Kysymyksissä kysyttiin ruokavaliosta, liikunnasta, päihteistä, verensokerin mittaamisesta, pistoskohtien tarkistamisesta, jalkojen sekä suun ja hampaiden kunnosta sekä motivoinnista toteuttaa omahoitoa. Vastaajat rastittivat vaihtoehdoista sen kohdan, miten heidän omahoitonsa toteutui. Vaihtoehdot olivat en koskaan, harvemmin kuin kerran viikossa, kerran viikossa tai lähes päivittäin.

Kysymyksissä 17-20 kysyttiin ruokavalion toteuttamisesta. Vastaajista 26 % (n=34) söi säännöllisesti päivittäin. Vastaajista lähes kolmannes (29%) ei ottanut koskaan ruokaa lisää, kuitenkin vastaajista kuusi otti ruokaa lisää lähes päivittäin. Puolet

vastaajista (50%) ei laskenut koskaan hiilihydraatteja ja yksi vastaajista laski ne päivittäin. Vastaajista 35% noudatti harvemmin kuin kerran viikossa lautasmallia, ja kaksi vastaajaa noudatti lautasmallia päivittäin (Taulukko 4).

Taulukko 4. Omahoidon toteutuminen

Kysymys	En koskaan %	Harvemmin kuin kerran viikossa %	Kerran viikossa %	Lähes päivittäin %	Päivittäin %
17.Syöttekö säännöllisesti? (n=34)	3 %	18 %	21 %	32 %	26 %
18.Otatteko ruokaa lisää? (n=34)	29 %	24 %	26 %	18 %	3 %
19.Lasketekö hiilihydraatteja ruoka-annoksista? (n=34)	50 %	26 %	12 %	9 %	3 %
20.Noudatatteko lautasmallia? (n=34)	18 %	35 %	15 %	29 %	6 %

Vastaajilta kysyttiin kysymyksissä 21-22 liikkumisesta. Vastaajista yksi ei harrastanut liikuntaa eikä hyötyliikuntaa ja 35% harrasti liikuntaa kerran viikossa ja vastaajista 43% hyötyliikuntaa lähes päivittäin. Päivittäin liikuntaa harrasti vastaajista 9 % sekä hyötyliikuntaa 29 % (Taulukko 5).

Taulukko 5. Liikunnan toteutuminen

Kysymys	En koskaan %	Harvemmin kuin kerran viikossa %	Kerran viikossa %	Lähes päivittäin %	Päivittäin %
21. Harrastatteko liikuntaa? (n =34)	3 %	29 %	35 %	24 %	9 %
22. Harrastatteko hyötyliikuntaa? (n=34)	3 %	9 %	17 %	43 %	29 %

Kyselylomakkeessa kysymyksissä 23 ja 24 kysyttiin päihteiden käytöstä. Vastaajista suurin osa ei tupakoinut (80 %) eikä käyttänyt alkoholia (54 %). Vastaajista 17 % tupakoi päivittäin. Alkoholia kerran viikossa käytti 17 % (Taulukko 6).

Taulukko 6. Päihteiden käyttö

Kysymys	En koskaan %	Harvemmin kuin kerran viikossa %	Kerran viikossa %	Lähes päivittäin %	Päivittäin %
23. Tupakoitteko? (n =34)	80 %	0 %	3 %	0 %	17 %
24. Käytättekö alkoholia? (n=34)	54 %	26 %	17 %	3 %	0 %

Kysymyksissä 25 ja 26 kysyttiin verensokerin mittaamisesta ja pistoskohtien tarkistamisesta. Suurin osa (38 %) vastaajista mittasi verensokerin lähes päivittäin. Vastaajista neljä mittasi verensokerin harvemmin kuin kerran viikossa. Kysymykseen 26 vaikutti lääkehoito, minkä vuoksi kysymykseen vastasi ainoastaan 28 diabeetikkoa ja tuloksissa ilmeni, ettei pistoskohtia tarkistanut koskaan 56 % vastaajista. Ainoastaan kaksi vastaajaa tarkisti pistoskohdat päivittäin (Taulukko 7).

Taulukko 7. Verensokerin mittaaminen ja pistoskohtien tarkistus

Kysymys	En koskaan %	Harvemmin kuin kerran viikossa %	Kerran viikossa %	Lähes päivittäin %	Päivittäin %
25. Mittaatteko verensokerin (n =34)	0 %	12 %	35 %	38 %	15 %
26. Tarkastatteko pistoskohdat? (n=28)	56 %	12 %	14 %	12 %	6 %

Kysymyksissä 27 ja 28 kysyttiin jalkojen sekä suun ja hampaiden kunnon huolehtimisesta. Vastaajista kolmas osa (32 %) huolehti jalkojen kunnosta lähes päivittäin ja viidennes (21 %) huolehti päivittäin. Suun ja hampaiden kunnosta huolehti puolet

vastaajista (50 %) lähes päivittäin. Yksi vastaaja huolehti harvemmin kuin kerran viikossa. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Jalkojen sekä suun ja hampaiden hoito

Kysymys	En koskaan %	Harvemmin kuin kerran viikossa %	Kerran viikossa %	Lähes päivittäin %	Päivittäin %
27.Huolehditteko jalkojen kunnosta? (n =34)	0 %	24 %	24 %	32 %	21 %
28.Huolehditteko suun ja hampaiden kunnosta? (n=34)	0 %	3 %	9 %	50 %	38 %

Viimeisessä omahoidon kysymyksessä kysyttiin vastaajan motivoitumisesta toteuttamaan omahoitoa. Puolet vastaajista (50 %) oli motivoitunut toteuttamaan omahoitoa lähes päivittäin ja vastaajista 29 % oli motivoitunut toteuttamaan omahoitoa päivittäin. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Motivointi

Kysymys	En koskaan %	Harvemmin kuin kerran viikossa %	Kerran viikossa %	Lähes päivittäin %	Päivittäin %
29. Oletteko motivoitunut toteuttamaan omahoitoa? (n =34)	0 %	0 %	21 %	50 %	29 %

Kysymykset 30 ja 31 olivat avoimia kysymyksiä. Ensimmäisenä kysyttiin, miten diabeetikoiden hoidonohjausta voitaisiin kehittää. Kysymykseen vastasi 5 vastaajaa 34:sta. Jokaisella vastaajalla oli kehittämisideoita, jotka on alla mainittu. Diabeetikot

haluaisivat käydä useammin lääkärinvastaanotolla ja olla aktiivisemmin mukana hoitosuunnitelmansa laatimisessa.

”Ennaltaehkäisy, parempia lääkkeitä”. (Vastaaja 2)

”Kun sairastuin 2v sitten, niin uusille potilaille oli koulutus, koin sen todella tarpeelliseksi”. (Vastaaja 12)

”Lääkärit ohjaisivat herkemmin diabeteshoitajalle”. (Vastaaja 15)

”Mielestäni diabeetikon omia valintoja pitäisi myös ottaa enemmän huomioon, jos on havainnut jonkun muun hoitokeinon paremmaksi, tämä huomioitaisiin ohjauksessa”. (Vastaaja 16)

”Lääkärintarkastukseen ja diabeteshoitajalle pitäisi tulla automaattisesti kutsu kotiin. Nyt olen ollut lääkärissä viimeksi 2-3 vuotta sitten”. (Vastaaja 17)

Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin mitä muuta haluaisitte kertoa saamastanne hoidonohjauksesta. Kysymykseen vastasi 10 vastaajaa 34:sta. Kahdeksan vastaajista oli tyytyväisiä hoidonohjaukseen ja kaksi vastaajista halusi kertoa saamastaan hoidonohjauksesta näin:

”Omat valinnat ja keinot voisi ottaa enemmän huomioon. Hoitokaava ei ole kaikille sopiva, eli yksilöllisyyttä pitäisi enemmän huomioida. Asiakkaan huomaama kaava voi olla hänen kohdallaan se oikea”. (Vastaaja 16)

”Ristiriitaisia ohjeita lääkäri, diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti. Ei yhdenmukaisia ravitsemusohjeita”. (Vastaaja 6)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää diabetespotilaiden käsityksiä hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta Kauhajoen terveyskeskuksessa. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella Kauhajoen terveyskeskuksessa diabeteshoitajan vastaanotolla käyneiltä diabetespotilailta kesäkuun ja elokuun 2011 välisenä aikana. Kyselylomakkeita jaettiin 60 kappaletta, joista palautui 34 kappaletta, vastausprosentti oli 57. Kaikki osallistuneet olivat yli 18-vuotiaita tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetespotilaita.

Vastaajista miehiä oli 59 % ja naisia oli 41 %. Tyyppin 2 diabetesta sairastaneista miehiä oli 18 ja naisia oli 12. Tyyppin 1 diabetespotilaita oli naisia ja miehiä yhteensä neljä. Vastaajista 42 % oli sairastanut diabetesta kahdesta viiteen vuotta. Vastaajista pisimpään oli sairastanut 29 vuotta. Miesten keskuudessa yleisimmät sairastamivuodet olivat 6-10 vuotta, kun taas naisilla kahdesta viiteen vuotta. Vastaajista suurin osa (88 %) sairasti tyyppin 2 diabetesta ja puolella vastaajista oli tablettihoito.

Ensimmäisen tutkimusongelmaan löydettiin vastaus hoidonohjauksesta. Tutkimuksen mukaan diabetespotilaat olivat keskimäärin tyytyväisiä hoidonohjaukseen ja hoidonohjauksen toteutukseen. Vastaanottoaikojen ja soittoaikojen saatavuuden kokivat kolme vastaajaa riittämättömiksi. Jokaisella potilaalla on yksilölliset tarpeet hoidonohjaukselle ja aina ei ole resursseja tyydyttää jokaisen potilaan tarpeita (Rintala ym. 2008, 27–29). Myös hoitoon sitoutuminen vaikuttaa halukkuuteen saada hoidonohjausta, jolloin aktiivisesti omahoitoa toteuttavat ovat kiinnostuneita ja halukkaita käymään myös useammin hoidonohjauksessa (Rintala ym. 2008, 30–37, 155).

Vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä hoitohenkilökunnan arvokkaaseen kohteluun ja he kokivat, että heitä oli kuunneltu riittävästi. Laadukkaassa ohjauksessa korostuukin asiakaslähtöinen kunnioittaminen ja välittäminen ohjaustilanteissa potilaita kohtaan, jolloin myös potilas voi kysyä mieltää askarruttavista asioista avoimesti (Kyngäs 2008, 27).

Vastaajat kokivat vastaanottoaikojen pituuden olleen riittävä sekä hoidonohjaus oli ajallisesti toteutunut juuri oppimisen etenemisen mukaan ja kaikki tärkeä tieto ja taito oli omaksuttu hoidonohjauksessa.

Omahoidon ohjausta ja neuvontaa olivat vastaajat saaneet kiitettävästi. Ohjauksessa ei olekaan tarkoitus siirtää tietoa ohjaajalta ohjattavalle, vaan pyrkiä löytämään ne keinot millä diabetespotilas voi omahoitoa toteuttaa ja itse oppiminen jätetään ohjattavalle itselleen (Rintala ym. 2008, 30–37, 155).

Mäkelän (2011) opinnäytetyössä oli samansuuntaisia tutkimustuloksia hoidonohjauksesta verraten tähän tutkimukseen. Mäkelän tutkimustulosten mukaan hoidonohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Suurin osa vastaajista oli kokenut, että suunnittelussa oli huomioitu yksilöllinen ohjaustarve ja asetettiin hoidolle tavoitteita. Eniten kaivattiin lisää tietoa omaseurannan tulosten hyödyntämisestä omahoidossa.

Ohjauksen sisällöllisiä kehittämisalueita ei varsinaisesti noussut esille. Diabeteshoitaja on asiantunteva ja hänen antama ohjaus koettiin laadukkaaksi hoidonohjaukseksi. Johtopäätöksenä tutkimustuloksesta voi todeta, että hoidonohjaus on yksilöllistä ja diabetespotilaat kokivat saamansa ohjauksen laadukkaaksi.

Toisena tutkimusongelmana tässä tutkimuksessa oli diabetespotilaiden omahoidon toteutuminen. Tähän ongelmaan haettiin kysymyksiä omahoidon eri osa-alueiden toteuttamisesta. Omahoidon osa-alueiksi valikoituivat ruokavalio, liikunta, päihteet, verensokerin mittaaminen, pistoskohtien tarkistaminen, jalkojen sekä suun ja hampaiden hoito ja motivointi. Ruokavaliossa huomattiin hyvin vaihtelevia tuloksia. Säännöllistä ruokavaliorytmiä toteutti puolet vastaajista ja pieni osa vastaajista otti ruokaa lisää.

Ruokavalion toteuttamisessa korostui myös säännöllinen ateriarytmi, joka auttaa pitämään ateriakoot kohtuullisina. Vastaajista puolet eivät laskeneet hiilihydraatteja ruoastaan, joka selittyy taustatiedoista, sillä puolella vastaajista oli tablettihoito ja siksi hiilihydraattien laskeminen ei ole heillä niin olennaista kuin insuliinihoitoisilla (Aro 2007, 106 – 107). Vastaajista pieni osa noudatti lautasmallia päivittäin. Hoi-

donohjauksessa on annettu ohjeistusta lautasmallin käytöstä, mutta tutkimus osoittaa, että diabeetikot eivät noudata annettua ohjeistusta. Lautasmallin avulla saataisiin ateriakoot pysymään kohtuullisina ja ne sisältäisivät monipuolisesti kasviksia, perunaa, riisiä tai makaronia sekä kalaa, lihaa tai kanaa. (Diabetesliitto 2008a.)

Liikuntaa vastaajista harrasti neljännes lähes päivittäin ja hyötyliikuntaa yli puolet päivittäin tai lähes päivittäin. Säännöllisellä ja riittävällä liikunnalla edistetään terveyttä ja parannetaan verensokeritasapainoa (Rintala ym. 2008, 70).

Vastaajista 80 % ei tupakoinut lainkaan. Tämä vähentää riskiä sydän- ja verisuonisairauksille, sillä diabeetikolla on muutenkin muuta väestöä suurempi riski sairastua (Ilanne-Parikka 2009, 207–211). Puolet vastaajista ei käyttänyt alkoholia, joka on myös oleellinen asia diabeteksen hoidossa, sillä alkoholi vaikuttaa hyvin paljon verensokeriarvoihin, joko nostamalla tai alentamalla sitä (Aro ym. 2010, 19–20).

Vastaajista 35 % mittasi verensokerin kerran viikossa. Verensokerin mittaamisella saadaan kuva sen hetkisestä verensokeriarvosta, joka on hyvin olennaista insuliini diabeetikoilla. Mittaamisen tarve on hyvin yksilöllinen ja hoidonohjauksessa määritellyt tavoitteet verensokerin mittaamisesta ovat yhdessä lääkärin ja hoitajan kanssa suunniteltua toimintaa. (Rönnemaa ym. 2009, 220–221, 271.) Tuloksissa tuli esille se, että tablettihoitoisia vastaajista oli puolet ja neljä oli insuliinihoitoisia, jolloin verensokerin mittaamisessa tuli selviä eroja.

Pistoskohtien tarkistaminen on olennaista insuliini diabeetikolle. Pistoskohtiin saattaa syntyä kovettumia, jolloin insuliinin imeytyminen on tällaisesta kohtaa epätasaisempi. Tämän vuoksi hoidonohjauksissa pyritään tarkistamaan vuoden välein pistoskohdat. (Diabetesliitto 2009c, 58–59.) Tässä kyselyssä pistoskohtia ei tarkistanut 57 % vastaajista, sillä puolella vastaajista oli tablettihoito.

Vastaajista 53 % tarkisti päivittäin tai lähes päivittäin jalkojen kuntoa. Tällä tavoin ennalta ehkäistään mahdollisesti haavaumien syntyminen (Rönnemaa 2009, 187–189). Suun ja hampaiden kunnosta huolehti päivittäin tai lähes päivittäin 88 % vastaajista. Tällöin diabeetikko pystyy ennalta ehkäisemään hampaiden reikiintymisen ja infektioiden synnyn (Tenovuo & Rönnemaa 2009, 434–436).

Vastaajista kaikki olivat motivoituneita toteuttamaan omahoitoa vähintään kerran viikossa, jolloin voidaan verrata omahoidon toteutumista ja motivaatiota omahoidon toteuttamiseen. Tutkimuksessa tuli esille, että diabeteshoitaja sai kiitettävää palautetta kannustamisesta ja motivoinnista, mutta jostain syystä diabeetikolla ei aina ollut kiinnostusta tai voimavaroja toteuttaa omahoitoa, vaikka hänellä oli riittävät tiedot ja taidot.

Johtopäätöksenä avoimista kysymyksistä voidaan todeta, että diabetespotilaat kaipa- sivat enemmän moniammatillista yhteistyötä. Potilaat toivoisivat, että hoitosuunni- telmat laadittaisiin yhdessä moniammatillisessa tiimissä, jolloin jokainen tiimin jäsen tietäisi diabetespotilaan hoitosuunnitelman ja välttyttäisiin ristiriitaisilta tiedoilta. Li- säksi he toivoivat, että otettaisiin enemmän huomioon diabetespotilaiden kokemuksia ja näkemyksiä hoidonohjauksessa ja omahoidon toteuttamisessa.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia diabetespotilaiden omahoidon to- teutumista hoitajien näkökulmasta terveyskeskuksen vuodeosastolla.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutki- muksen validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä mitä oli tarkoitus mitata. Tärkeä on saada tietoa tutkimus- ongelmista. Tutkimuksen reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen eli mittarin ky- kyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen luotettavuuden perusta on mit- tarin sisältövaliditeetti eli mittaako mittari juuri sitä mitä on tarkoitus tutkia, onko mittari valittu oikein. Mittarin teoreettista rakennetta on myös arvioitava silloin, kun tutkimusta varten laaditaan uusi mittari. Mittarin esitestaamisella voidaan varmistaa mittarin luotettavuus ja toimivuus. Esitestausta on suositeltavaa silloin kun kyseessä on uusi mittari. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–165.)

Opinnäytetyön validiteetti tarkoittaa, että tässä työssä on tutkittu juuri sitä mitä on ollut tarkoituskin tutkia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172–184). Kyse-

lylomake oli tehty opinnäytetyön tarkoituksen pohjalta, jolloin lomakkeen sisältö vastasi haluttua tietoa. Kysymykset laadittiin teoria-aineiston ja diabeteshoitajan toiveiden mukaisesti. Kyselylomaketta arvioi diabeteshoitaja, opinnäytetyön ohjaaja sekä opinnäytetyön tekijän opiskelijatoverit. Esitestaus toteutettiin opinnäytetyön tekijän opiskelijatovereilla. Tällöin saatiin varmuutta mittarin toimivuudesta ja lisätietoa siitä onko mittari selkeä ja ymmärrettävä. Esitestaus lisäsi myös opinnäytetyön tulosten luotettavuutta.

Kyselylomakkeeseen pyrittiin saamaan kattavasti kysymyksiä, joilla saataisiin selville diabetespotilaiden näkemys saamastaan hoidonohjauksesta. Ongelmaksi kyselylomaketta tehdessä syntyi, ettei kysymyksiä saanut olla liian paljon, sillä vastaajien ikäjakauma oli hyvin laaja, eikä vastaajien kiinnostus ja jaksaminen olisi riittänyt kyselylomakkeen loppuun täyttämiseen.

Tutkimusluvan tälle opinnäytetyölle myönsi Kauhajoen terveyskeskuksen ylilääkäri. Tutkimus perustui tutkittavien vapaaehtoiseen osallistumiseen. Kyselyyn vastaaminen toteutui nimettömänä, eikä tuloksista voida tunnistaa yksittäistä vastaajaa.

Kyselylomakkeen mukana vastaajat saivat saatekirjeen (LIITE 1), jossa kävi ilmi kyselyn tarkoitus ja mihin tuloksia hyödynnetään. Saatekirje sisälsi myös opinnäytetyön tekijän yhteystiedot. Tutkimustuloksia käytettiin vain asianmukaiseen tarkoitukseen, Kauhajoen terveyskeskuksen diabeteshoitajan toimintaa ajatellen. Tutkimusaineisto tuhottiin asiallisesti heti tilastoinnin jälkeen.

LÄHTEET

Aro, E. 2007. Diabeetikon ruokavalion hiilihydraatit. Diabetes ja ruoka. Jyväskylä: Gummerus.

Aro, E., Huhtanen, J., Ilanne-Parikka, P. & Kokkonen, L. 2010. Ikäihmisen diabetes. Tampere: Diabetesliitto.

Diabetesliitto 2008a. Diabeetikon ruokavaliosuositus. Viitattu 20.9.2011.

<http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>

Diabetesliitto 2008b. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet – Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Julkaisu. Viitattu 1.4.2011.

http://www.diabetes.fi/files/1059/Heku_terveydenhuoltohenkilosto_netti.pdf

Diabetesliitto 2009. Tyypin 1 diabetes- opas nuoruustyypin diabeetikolle. Tampere: Diabetesliitto.

Diabeteksen käypä hoito 2011. Viitattu 14.5.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Diefenbaugh 2008. Tyypin 2 diabeteksen hoidonohjaus laatuksien toteutuminen asiakkaiden näkökulmasta. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 24.2.2011.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/498/2008_samk_sote_diefenbaugh_tarja.pdf?sequence=1

Hannuksela, M., Huovinen, P., Huttunen, M., Jalanko, H., Mustajoki, P., Saarelma, O. & Tiitinen, A. 2006. Terve ihminen – Suomalainen lääkärikirja. 59–61. Porvoo: WSOY.

Heinonen, K., Heinonen, L., Huhtanen, J., Kallioniemi, V., Kokkonen, L. & Turku, R. 2007. Tyypin 2 diabetes. Jyväskylä: Diabetesliitto.

Heinonen, L. 2009a. Minkälaista ruokaa diabeetikoille suositellaan? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim, 122–135.

Heinonen, L. 2009b. Ruuan laatu, määrä ja rytmitys diabeteksen hoidossa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim, 136–138.

Himanen, O., Huhtanen, J., Poukka, P., Ruuskanen, E. & Turku, R. 2009. Tyypin 1 diabetes. Jyväskylä, Diabetesliitto.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Ilanne-Parikka, P. 2009. Diabetes ja tupakka. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim, 207-211.

Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. 2009. Diabetes. Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo:
WSOY

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo:
WSOY.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T.; Kotisaari, S.;
Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi,
27–40.

Käypä hoito 2010. Liikunta. Viitattu 19.9.2011

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K.;
Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoito-
työhön soveltuvat ohjaus-mallit. Oulu. Viitattu 17.9.2011.

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Leskinen, L. 2010. Itsehoito-opas. Leiras. Viitattu 28.2.2011

www.leiras.fi/esitteet/esitteet-ja-opaat/diabeteksen-itsehoito-opas/Itsehoito-opas.pdf

Marttila, J. 2009. Diabeteksen omahoidossa jaksaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim, 53–55.

Mäkelä 2011. Tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevä hoidonohjaus, riskipotilaiden
kokemukset. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.2.2011

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lisatyt/9fb9a9_Helsinki_Salo_09.pdf

Olli, S. 2008. Diabetes elämäkumppanina. Akateeminen väitöskirja. Tampereen
yliopisto. Tampere.

Peltola, M. 2010. Lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välisen viestintäsuhteen merkitys
omahoidon onnistumisprosessissa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu

20.4.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05254.pdf>

Potku-hankkeen www-sivut 2010. Potilas kuljettajan paikalle. Viitattu 12.1.2011

www.potkuhanke.fi/fi/osahankkeet/lakeuden-potku

Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus.
Helsinki: Tammi.

Rönne-
maa, T. 2009 a. Liikunta tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.,
Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim, 172–174.

Rönne-
maa, T. 2009 b. Jalkojen omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim, 187-189

Rönne-
maa, T. & Leppiniemi, E. 2009. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-
Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duode-
cim, 61–62.

Salo, H. & Vainila, V. 2007. Diabeetikoiden jalkojen omahoito ja jalkaongelmat. Sa-
takunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 12.8.2011

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/933/Salo_Heidi_Vainila_Veera.pdf?sequence=1

- Salo, T. 2009. Diabeetikon psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 12.8.2011
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lisatyt/9fb9a9_Helsinki_Salo_09.pdf
- Schilling, L., Grey, M. & Knafelz, K. 2002 The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*.
- Sane, T., Haapa, E., Knip, M., Kohvakka, T., Nikkanen, P., Tulokas, S. & Tulokas, T. 2001. Diabetesliitto. Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus. Jyväskylä: Gummerus.
- Saraheimo, M. 2009 a. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. *Duodecim*, 9-10.
- Saraheimo, M. 2009 b. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P.,
Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. *Duodecim*, 10-12.
- Seppänen, S. & Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita
- Suomen DESG ry www-sivut. 2011. Viitattu 14.9.2011 <http://www.desg.fi/>
- Tenovuo, J. & Rönne-
maa, T. Diabetes ja suu. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. *Duodecim*, 434-436
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä:
Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi.
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä:
Tammi.
- Walker, R. & Rodgers, J. 2005. Diabetes, käytännön opas terveyden hoitamiseen.
Helsinki: Perhemediat oy.

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porin toimipisteessä sairaanhoitajaksi. Opintoihini sisältyy opinnäytetyö, johon tämä kysely liittyy. Opinnäytetyöni aiheena on diabetespotilaiden hoidonohjauksen ja omahoidon toteutuminen Kauhajoen terveyskeskuksessa. Valmistun keväällä 2012.

Työni tarkoituksena on selvittää, Miten diabeetikoiden hoidonohjaus toteutuu Kauhajoen terveyskeskuksessa ja miten diabeetikoiden omahoito toteutuu. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää diabeetikoiden hoidonohjausta terveyskeskuksessa.

Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja kyselyn tuloksia hyödynnetään vain tähän tutkimukseen. Kyselyn mukana on vastauskuori, jossa on valmiina allekirjoittaneen osoite ja postimerkki. Kyselylomakkeen lähettämistä ei tule teille postikuluja. Täytettyänne kyselyn, postittakaa se vastauskuoressa minulle **31.8.2011** mennessä. Tutkimustulokset raportoidaan joulukuussa 2011.

Kiitos vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin:

Sanna Mäki-Kala
Katajamäentie 22
61850 KAUHAJOKI
puh. xxx
sanna.maki-kala@student.samk.fi

Jos teillä on kysymyksiä opinnäytetyöstäni, vastaan niihin mielelläni!

KYSELYLOMAKE DIABEETIKOILLE

Alla olevat kysymykset ja väittämät liittyvät teidän saamaanne hoidonohjaukseen ja teidän omahoidon toteuttamiseen. Täytettyänne tämän lomakkeen pyydän ystävällisimmin palauttamaan sen vastauskuoressa 31.8.2011 mennessä.

1. Taustatietoja

1. Sukupuoli
 1. mies _____
 2. nainen _____

 2. Ikä _____ vuotta

 3. Olette sairastanut diabetesta _____ vuotta

 4. Sairastan
 1. 1 tyypin diabetesta _____
 2. 2 tyypin diabetesta _____

 5. Teillä on
 1. Tablettihoito _____
 2. Insuliinihoito _____
 3. Tabletti ja insuliinihoito _____
 4. Dieettihoito, ei lääkkeitä _____

 6. Tiedän omahoidon käsitteen
 1. Kyllä _____
 2. En _____
-

2. Hoidonohjaus

Alla olevat kysymykset ovat väittämiä Ympyröikää mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto 1-5	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Olette saanut riittävästi vastaanottoaikoja diabeteshoitajalle	1	2	3	4	5
8. Olette saanut riittävästi soittoaikoja	1	2	3	4	5
9. Hoitohenkilökunta on kohdellut teitä arvokkaasti	1	2	3	4	5
10. Hoitohenkilökunta on kuunnellut teitä riittävästi	1	2	3	4	5
11. Vastaanottoajat ovat riittävän pitkiä	1	2	3	4	5
12. Olette voineet kysyä riittävästi teitä askarruttavista asioista	1	2	3	4	5
13. Olette saanut riittävästi omahoidon ohjausta ja neuvontaa	1	2	3	4	5
14. Olette saanut riittävästi osallistua omahoidon suunnitteluun	1	2	3	4	5
15. Hoitohenkilökunta on kannustanut ja motivoinut teitä riittävästi diabeteksen hoitoon	1	2	3	4	5
16. Olette saanut riittävästi tietoa omahoidon eri osa-alueista	1	2	3	4	5

3. Omahoito

Alla olevat kysymykset ovat väittämiä Ympyröikää mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto 1-5	En koskaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Kerran viikossa	Lähes päivittäin	Päivittäin
17. Syöttekö säännöllisesti?	1	2	3	4	5
18. Otatteko ruokaa lisää?	1	2	3	4	5
19. Lasketteko hiilihydraatteja ruoka-annoksista?	1	2	3	4	5
20. Noudatatteko lautasmallia?	1	2	3	4	5
21. Harrastatteko liikuntaa?	1	2	3	4	5
22. Harrastatteko hyötyliikuntaa? (siivous, puiden kanto ym.)	1	2	3	4	5
23. Tupakoittekö?	1	2	3	4	5
24. Käyttekö alkoholia?	1	2	3	4	5
25. Mittaatteko verensokerin?	1	2	3	4	5
26. Tarkistatteko pistoskohdat? (insuliinihoito)	1	2	3	4	5
27. Huolehditteko jalkojen kunnosta	1	2	3	4	5
28. Huolehditteko suun ja hampaiden kunnosta	1	2	3	4	5
29. Oletteko motivoitunut toteuttamaan omahoitoa	1	2	3	4	5

30. Miten teidän mielestänne diabeetikoiden hoidonohjausta voitaisiin kehittää?

31. Mitä muuta haluaisitte kertoa saamastanne hoidonohjausesta?

Kiitos vaivannäöstänne! Olette suuri apu toteuttamaan minun opinnäytetyötäni!