

Anitta Rots, Oona Tähtinen, Minna Velin
Diabetekseen sairastuneiden kokemuksia
vertaistuesta sairauden alkuvaiheessa

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anitta Rots, Oona Tähtinen, Minna Velin Diabetekseen sairastuneiden kokemuksia vertaistuesta sairauden alkuvaiheessa 32 sivua + 2 liitettä 12.12.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Marjatta Luukkanen
<p>Opinnäytetyössä käsitellään vertaistuen merkitystä ja saatavuutta diabeetikoille sekä heidän kokemuksiaan saamastaan vertaistuesta. Työ kuuluu Vertaistukiyhteisöjen kehittäminen -hankkeeseen, ja se toteutetaan yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun kulttuuri- ja luovan alan sekä Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys ry:n kanssa. Työn keskeisenä kysymyksenä oli, millaisena diabeetikot kokivat vertaistuen sairastuessaan diabetekseen ja mikä merkitys oli saadulla vertaistuellalla sekä miten se oli diabeetikoiden saatavilla.</p> <p>Tutkimusmateriaalina on käytetty diabeetikkojen kokemuksia vertaistuesta sekä jo aiemmin tutkittua tietoa. Työssä ei rajattu haastateltavia iän eikä diabetestyyppin perusteella, jolloin saatiin monipuolisempi kuva aiheesta. Ainoa kriteeri oli, että haastateltavalla on diabetes.</p> <p>Haastattelut suoritettiin sähköpostitse, jolloin haastateltavat saivat rauhassa tutustua materiaaliin, eivätkä he olleet sidottuja tiettyyn aikatauluun. Haastattelun kysymykset oli suunniteltu sellaisiksi, että haastateltavat saivat kertoa niihin vapaamuotoisesti, tarinan muodossa. Lisäksi joukossa oli myös suoria kysymyksiä taustatietojen keräämistä varten. Tässä haastattelutyypissä korostuivat haastateltavien asioille antamat tulkinnat ja merkitykset.</p> <p>Haastattelujen analysointivaiheessa on käytetty elementtejä sekä deduktiivisesta että induktiivisesta analyysistä. Vastauksista selvisi, että vertaistuki koettiin mielekkäänä sekä diabetekseen sairastumisen alkuvaiheessa että myös myöhemmässä sairauden vaiheessa. Myös perheen tuki ja kannustus nousivat esille voimakkaasti. Lisäksi kävi ilmi, että vertaistuen tarve on yksilöllinen. Diabeteksen diagnoosi aiheutti haastateltaville erilaisia tunteita. Osalle sairauden hyväksyminen vei aikaa ja tiedot hoidosta olivat puutteellisia. Vertaistuen merkitys nousi esille haastateltujen hyvinvoinnissa.</p> <p>Vastauksista korostui myös hoitajien rooli tiedonantajina sekä sairaudesta ja hoidosta että myös muiden palvelujen, kuten esimerkiksi vertaistukiryhmien, saatavuudesta. Hoitajien rooli motivoijana oli myös merkittävä.</p>	
Avainsanat	diabetes, vertaistuki, vertaistukiryhmä, sairauden alkuvaihe

Authors Title	Anitta Rots, Oona Tähtinen, Minna Velin Diabetics' Experiences in Peer Support in the Early Stage
Number of Pages Date	32 pages + 2 appendices 12 December 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marjatta Luukkanen, Senior Lecturer, Project Manager
<p>The purpose of our work was to find out diabetics' experiences in peer support in the early stage, its effect on diabetics and its availability. The aim of the studies was to point out the possibilities of using peer support as a part of health care methods and as a tool in motivating diabetics.</p> <p>We interviewed 4 diabetics by sending them a few questions via e-mail. The answers were asked to be written in a story mode. As the analysis we used parts from both inductive and deductive methods.</p> <p>Results showed that all who did participate in some kind of peer group were happy that they did get peer support. Peer groups gave the chance to talk openly about their situation and according to the interviewees, it was easier to talk in a peer group because everyone has same kind of experiences. Moreover the results showed that the topics discussed in peer groups were useful for the participants. In addition, results showed that the role of the nursing staff influenced whether the care succeed or not. If the experiences of the nursing staff were negative, the motivation of the diabetic to take care of the disease was poor. In other words, if the experiences were positive, the balance in health care was achieved sooner.</p> <p>In conclusion, the effects of peer support and peer groups on diabetics are not studied enough. There were not many studies covering both diabetes and peer support. Equally, there are many possibilities to improve peer support but these possibilities are not used or known by the nursing staff.</p>	
Keywords	diabetes, peer, peer support, early stage, peer group, first stage

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Diabetes	2
3.1	Diabeteksen komplikaatiot	3
3.2	Diabeteksen hoito	4
3.2.1	Tyypin 1 diabeteksen hoito	5
3.2.2	Tyypin 2 diabeteksen hoito	7
4	Vertaistuki	9
5	Aineiston keruu	10
5.1	Tiedonhaku	11
5.2	Haastattelu	11
6	Aineiston analysointi	13
7	Tulokset	16
7.1	Diabeetikoiden kokemukset saamastaan vertaistuesta sairauden alkuvaiheessa	20
7.2	Sairastumisen aiheuttamat tuntemukset	20
7.3	Vertaistuen merkitys sairauden alkuvaiheessa	21
7.4	Vertaistuen saatavuus diabeetikoille	21
8	Pohdinta	22
8.1	Luotettavuus	22
8.2	Eettisyys	23
8.3	Luottamuksellisuus	24
9	Johtopäätökset ja kehittämisideat	25
	Lähteet	28
Liitteet	Liite 1. Teemahaastattelun kysymykset	
	Liite 2. Taulukko 4. Yhteenvedo taulukoista 1-3	

1 Johdanto

Opinnäytetyö kuuluu Vertaistukiyhteisöjen kehittäminen -hankkeeseen, ja se toteutetaan yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun kulttuuri- ja luovan alan sekä Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys ry:n kanssa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabeetikoiden kokemuksia saamastaan vertaistuesta sekä sen saatavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää vertaistuen järjestämistä hoitotyön tukena tuomalla esille diabeetikoiden kokemuksia vertaistuesta ja tuntemuksia sairauden alkuvaiheesta. Lisäksi tavoitteena on löytää keinoja diabeetikoiden hoitomotivaation ja jaksamisen tukemiseksi.

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista Suomessa ja maailmalla. Diabetesta sairastaa noin 500 000 suomalaista. Terveystieteiden tutkimusten mukaan se vie 15 %. Sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua ennusteen mukaan 10–15 vuoden aikana. (Käypä hoito 2009.) Diabetes on karkeasti jaettu tyyppin 1 ja 2 diabetekseen, mutta on myös muita ryhmiä. Työssämme käsitellään tyyppin 1 ja 2 diabetesta. Tyyppin 1 diabeteksessa insuliinia tuottavat haiman beetasolut tuhoutuvat. Tauti johtaa hoitamattomana happomyrkytykseen, koomaan tai kuolemaan. Tyyppin 2 diabetes on puolestaan epäyhtenäinen sairausryhmä, jolta puuttuvat selkeät diagnostiset kriteerit. Hoitamattomasta diabeteksestä seuraa erilaisia komplikaatioita, kuten hypoglykemia, ketoasidoosi sekä pidemmällä aikavälillä nefropatia, neuropatia sekä angiopatia. (Käypä hoito 2011.)

Diabeteksen hoidossa korostuu potilaan oma vastuu. Huono hoitotasapaino johtaa muihin terveysongelmiin, mikä huonontaa potilaan elämänlaatua ja eliniän ennustetta sekä tulee kalliiksi hoitaa sekä potilaalle itselleen että yhteiskunnalle. (Lääketietokeskus Oy 2003: 11–12.) Siksi on tärkeää, että diabetekseen sairastuneita kannustetaan huolehtimaan terveydestään.

Vertaistuki perustuu ihmisen tarpeeseen saada ja antaa tukea, vertailla omia kokemuksiaan ja omaa elämäntilannettaan. (Kukkurainen 2007). Sitä voi toteuttaa monella eri tavalla, kuten ryhmässä tai Internetin välityksellä. (Holm ym. 2010). Tulevina tervey-

denhuollon ammattilaisina tulemme tekemään paljon neuvonta- ja ohjaustyötä, sen vuoksi sairaanhoitajien tulisi osata ohjata diabetekseen sairastuneita vertaistuen piiriin jo sairauden alkuvaiheessa. Vertaistuki voi olla jollekin diabetekseen sairastuneelle voimavara. (Ikola – Mustafa – Mäkynen 2011). Vertaistuen on myös todettu tukevan terveydenhuollon palveluja, ja se on osoittautunut kustannustehokkaaksi sekä yhteiskunnalle terveydenhuollon palvelujen käytön vähenemisenä että yksilölle hoitokulujen sekä palvelumaksujen vähenemisenä. (Mikkonen 2009).

2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Työ tarkoituksena on selvittää vertaistuen merkitystä ja saatavuutta diabeetikoille sekä heidän kokemuksiaan saamastaan vertaistuesta. Työn tavoitteena on kehittää vertaistuen järjestämistä hoitotyön tukena tuomalla esille diabeetikoiden kokemuksia vertaistuesta ja tuntemuksia sairauden alkuvaiheesta. Lisäksi tavoitteena on löytää keinoja diabeetikoiden hoitomotivaation ja jaksamisen tukemiseksi. Tutkimustehtävänä oli saada vastaus seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisena diabeetikot kokivat saamansa vertaistuen sairastuessaan diabetekseen?
- Millaisia tuntemuksia sairastuminen aiheutti?
- Mikä merkitys oli saadulla vertaistuella sairauden alkuvaiheessa?
- Miten vertaistuki on diabeetikkojen saatavilla?

3 Diabetes

Tyypin 1 diabetes johtuu siitä, että haiman insuliinia tuottavat solusaarekkeet hiljalleen tuhoutuvat. Insuliinin puutteen seurauksena verensokerin määrä nousee, ja hoitamattomana tauti johtaa happomyrkytykseen, koomaan tai kuolemaan. Tavallisimpia oireita ovat lisääntynyt virtsaneritys, jano, laihtuminen ja väsymys. Oireet kehittyvät yleensä nopeasti, päivien tai viikkojen kuluessa. Hoitona on jatkuva, elinikäinen insuliinihoito. Lisäksi hoitamaton diabetes aiheuttaa elinmuutoksia silmiin, hermoihin ja munuaisiin ja

siihen liittyy myös elimistön heikentynyt kyky puolustautua erilaisia infektioita vastaan, mikä lisää tulehdusalttiutta. (Käypä hoito 2011.)

Tyypin 2 diabeetikoita on Suomessa tiedossa noin 250 000. Lisäksi noin 200 000 sairastaa diabetesta tietämättään. Haima tuottaa insuliinia, mutta se vaikuttaa heikosti tai insuliinia ei ole tarpeeseen nähden riittävästi. Insuliinin tuotanto voi vuosien kuluessa ehtyä kokonaan. Usein tyypin 2 diabetes on oireeton, kehittyy hitaasti jopa vuosien kuluessa. Se todetaan usein sattumalta tai valtimosairauden puhjettua. Oireita ovat mm. väsymys erityisesti aterioiden jälkeen, jalkasäryt, lihaskouristelut sekä uupumus, johon uni ei auta. Tyypin 2 diabetekseen sairastutaan yleensä yli 40-vuotiaana. Sairaus lisääntyy nopeasti kaikkialla maailmassa ja myös yhä nuoremmilla on riski sairastua. (Suomen Diabetesliitto 2011).

3.1 Diabeteksen komplikaatiot

Diabeteksen aiheuttamien sairauksien hoito tulee kalliiksi yhteiskunnalle ja lisää terveydellistä taakkaa. Kulut kasvavat 2-3,5 -kertaisiksi, kun potilaalle kehittyy estettävissä olevia komplikaatioita. Huonosta hoitotasapainosta johtuvat komplikaatioiden suorat kulut ovat 3-4 -kertaiset verrattuna hyvässä hoitotasapainossa olevan diabeetikon kuluihin. Suorilla kuluilla tarkoitetaan lääke- ja sairaalakuluja. Diabeteksen hyvä hoitotasapaino vaatii muutakin kuin lääkkeelliset menetelmät. (Lääkietokeskus Oy 2003: 11–12.) Hoitamattomasta diabeteksestä johtuvia akuutteja komplikaatioita ovat mm. hypoglykemia, jossa verensokeri laskee liian alas. Ketoasidoosissa myös verensokeria on liian vähän, minkä seurauksena keho muuttuu happamaksi. Tila on hengenvaarallinen diabeetikolle. On myös muita diabeteksen liittyviä vakavia komplikaatioita, jotka saattavat tulla ilmi vasta 15–20 vuotta sairastumisesta esimerkiksi retinopatia, joka tarkoittaa silmän verkkokalvon muutoksia. Nefropatia on tärkein munuaisten vajaatoimintaan ja keinomunuaishoitoon johtava sairaus, lisäksi on neuropatia, joka tarkoittaa diabeteksestä syntyvää hermomuutosta, joka aiheuttaa mm. tunnottomuutta diabeetikoiden jaloissa. Lisäksi on paljon muita erilaisia sairauksia, jotka liittyvät diabetekseen. (Käypä hoito 2011.)

3.2 Diabeteksen hoito

Diabeteksen hyvä hoito edellyttää diabeetikon, diabeteshoitajan ja hoitavan lääkärin tasavertaista yhteistyötä. Sairauden alkuvaiheeseen kuuluu hoitohenkilökunnan tiedon ja neuvojen antaminen, kun diabeetikko harjoittelee saamiaan neuvojaan ja sisäistää saamaansa tietoa arkielämässään. Selkeät hoito-ohjeet heti alkuvaiheessa ovat tarpeen ja tuovat turvallisuuden tunteen. Tavoitteena on, että diabetesta sairastava kokemuksen ja ajan myötä itsenäisesti oppii soveltamaan tietoa arjen muuttuviin tilanteisiin. (Ilanne-Parikka – Kangas – Kapsio – Rönnemaa 2006: 36.)

Tyypin 1 diabeteksessa insuliinia tuottavat haiman beetasolut tuhoutuvat. Tauti johtaa hoitamattomana happomyrkytykseen, koomaan tai kuolemaan. Tyypin 2 diabetes on puolestaan epäyhtenäinen sairausryhmä, jolta puuttuvat selkeät diagnostiset kriteerit. Siihen liittyy insuliinin puute sekä sen heikentynyt vaikutus. Tauti alkaa tavallisesti aikuisiässä. Usein potilas on ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine tai rasvaaineenvaihdintahäiriö tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä. (Vahla 2007.) Koska tyypin 1 ja 2 diabetes eroavat toisistaan, myös hoidossa on eroavaisuuksia.

Diabetologi Timo Valle käsittelee tyypin 1 diabeteksen hoitotuloksiin vaikuttavia syitä ja tekijöitä. Vuosina 1993–2010 tyypin 2 diabeteksen hoito on parantunut huomattavasti kaikilla laatukriteereillä tarkasteltuna. Kaksi tekijää on parantuneiden hoitotulosten takana: tehostunut diabeteksen varhainen toteaminen sekä aggressiivisempi hoitotapa kohti asetettuja hoitotavoitteita. Tyypin 1 diabeteksen hoitotulokset eivät ole puolestaan parantuneet toivotulla tavalla. Vain reilu viidennes potilaista on hyvässä gluukoositasapainossa. Myös tyypin 1 diabeteksessa olisi panostettava erityisen paljon taudin alkuhoitoon, kuten nyt tehdään tyypin 2 diabeteksen kohdalla. Hyvien hoitotulosten saavuttaminen tuleekin vaatimaan aktiivista ja yksilöllistä hoidon toteutusta ja potilaan motivointia kaikilta tyypin 1 diabeteksen hoitoon osallistuvilta terveydenhuollon ammattilaisilta. (Valle 2011: 3003.)

Artikkelin ”Ensietoryhmä on hyvä aloitus tyypin 1 diabeetikoiden omahoitoon” mukaan ryhmäohjauksella voidaan lisätä tyypin I diabeteksen omahoidon ohjausta ilman siitä aiheutuvia lisäkustannuksia. Vastasairastuneiden tyypin I diabeetikoiden ohjaus vaihteli lääkärin ja hoitajan mukaan. Ryhmäohjauksen avulla potilaalle pyritään tarjoamaan mahdollisimman järjestelmällisesti laajat perustiedot ja taidot omahoidon onnistumisel-

le. Ensietoryhmän viisi tapaamista sisältävät diabeteksen omahoidon kannalta keskeiset asiat: 1) diabetes sairautena, 2) syöminen, 3) omaseuranta ja insuliinihoito, 4) jalkojenhoito, suunhoito ja sosiaaliturva sekä 5) liikunnan ja erityistilanteiden hoito. Ryhmätapaamisen lopuksi diabeteshoitaja käy läpi verensokerin omaseurannan diabeetikon kanssa henkilökohtaisesti. On otettava huomioon, että kaikille potilaille ryhmäohjaus ei sovi. Ryhmään hakeutuvilla on vähemmän ongelmia kuin muilla, minkä takia ryhmäläisten tuloksetkin ovat usein paremmat. Jotkut potilaat eivät ole saapuneet ensietoryhmän tapaamisiin, mutta toisaalta he eivät ole saapuneet tavanomaisille poliklinikakäynneillekään. Ryhmä tarjoaa vertaistuen, jolla on todennäköisesti suuri merkitys monelle vastasairastuneelle ja ryhmässä osallistuvampi oppiminen voi vahvistaa aktiivisempaa otetta omahoitoon. (Alanko – Alanne – Salonen – Tauriainen 2011: 1684.)

3.2.1 Tyypin 1 diabeteksen hoito

Tyypin 1 diabeteksen diagnoosin jälkeen potilas tarvitsee toistuvaa ohjausta hoidon toteuttamiseksi. Lääkehoitona on insuliini, jonka annostelu riippuu potilaan syömisestä ja liikunnasta. Näiden perusasioiden lisäksi diabeetikon tulee oppia säättämään diabeteksen hoitoa monissa erityistilanteissa, kuten liikuntapäivinä, matkustamisen aikana, sairaspäivinä ja alkoholin nauttimisen yhteydessä. (Mustajoki 2010.)

Hyvä ja onnistunut insuliinihoito riippuu hoidon periaatteiden ymmärtämisestä sekä käytäntöä lähellä olevista myös hyvin pienistä asioista. Hoidon edellytyksenä on täten täydellinen insuliininpuutteen korvaaminen insuliinilla mahdollisimman lähelle luonnollisia verensokeriarvoja (Ilanne-Parikka ym. 2006: 214–215.) Insuliinihoidon suunnittelun lähtökohdista on diabeetikon ateria- ja päivärytmi. Ateriainsuliiniannos määritetään ruuan sisältämien hiilihydraattien mukaisesti. (Käypä hoito 2011.)

Kaikki insuliinit pistetään, tai joskus annostellaan pumpulla, ihon alle rasvakudokseen. Pistopaikkoina ovat tavallisesti vatsa ja reisien ja pakaroiden alue. Tavallisimmin tarvitaan insuliinilaadusta riippuen 1–2 perusinsuliinipistosta ja aterioiden mukaan 3–5 ateriainsuliinipistosta (Mustajoki 2010.) Kaikki insuliinit ovat käyttökelpoisia, mutta ne eivät välttämättä sovi kaikille diabeetikoille. Niiden käytössä tulee ottaa huomioon diabeteksen yksilölliset erot hoitotarpeissa. (Ilanne-Parikka ym. 2006: 215.) Nykyisten insuliinikynien ansiosta pistäminen on yleensä helppoa ja lähes kivutonta. Pääperiaatteena

on, että pistosajankohdat ja insuliiniannokset räätälöidään yksilöllisiksi kunkin potilaan elämäntapojen mukaan. Annosten säätelyssä tarvitaan kotona mitattuja verensokerin arvoja, vuorokauden eri aikoina ja syömisen yhteydessä hiilihydraatin laskemista. Kun kokemusta diabeteksen hoidosta karttuu, voidaan siirtyä joustavaan hoitoon, jossa potilas itse muuttaa annostelua ruokailujensa ja vaihtelevan päivärytmin mukaan. (Mustajoki 2010.)

Tehostetun ruokavalio-ohjauksen insuliiniannosten mukauttamiseksi aterioiden hiilihydraattimääriin on todettu parantavan tyypin 1 diabeetikoiden verensokeriarvoja ja elämänlaatua ilman, että hypoglykemioiden riski kasvaa (Käypä hoito 2011). Suurimman osan ravinnosta tulisi koostua hiilihydraateista, kuten viljatuotteista, perunasta ja kasviksista, vain vähän tulisi nauttia kovia eläinperäisiä rasvoja ja suosia pehmeitä kasvirasvoja. Ruoan tulee sisältää riittävästi ravintokuitua, jota saadaan eniten kokojyväviljatuotteista sekä kasviksista, hedelmistä ja marjoista. Suolaa on hyvä käyttää korkeintaan kohtuullisesti. Sokerittomia diabetest tuotteita ei välttämättä tarvita, sillä ravinnossa voi olla kohtuullisesti myös sokeripitoisia ruokia. (Mustajoki 2010.)

Tavoitteena on, että diabeetikko oppii muuttamaan ateriainsuliinin annostelua ruoan hiilihydraattimäärän mukaan: jos hiilihydraatteja ruoassa on tavallista enemmän, insuliinin annostusta lisätään, jos niitä on vähemmän, annostusta pienennetään. Lisäksi verensokerin omaseuranta on välttämätöntä tyypin 1 diabeteksen hyvässä hoidossa, sillä vain sen avulla on mahdollista annostella insuliini vaihtelevan tarpeen mukaan. Hyvän sokeritasapainon saavuttaminen edellyttääkin useita mittauksia päivässä. (Mustajoki 2010.)

Säännöllinen liikunta tekee hyvää tyypin 1 diabeteksessä, ja käytännössä kaikkia lajeja voi harrastaa. Liikunta ja muu lihastyö ns. kuluttaa verensokeria ja lisää pistetyn insuliinin imeytymistä ja vaikutusta. Tämän takia liikunnan aikana tai sen jälkeen verensokeri voi laskea liian alhaiseksi. Alhainen verensokeri on estettävissä syömällä ylimääräistä hiilihydraattia tai vähentämällä edeltävää insuliiniannosta. (Mustajoki 2010.)

3.2.2 Tyypin 2 diabeteksen hoito

Kohonnut verensokeri ei välttämättä aiheuta mitään selviä oireita, mistä johtuu sairauden diagnoosin viivästyminen. Verensokerin kohoaminen tapahtuu hitaasti kuukausien tai jopa vuosien kuluessa ja oireisiin tottuu eikä niiden tiedosteta johtuvan verensokerin kohoamisesta. (Ilanne-Parikka ym. 2006: 191.)

Tyypin 2 diabeteksen hoito toteutuu pääasiassa potilaan omalla vastuulla. Lääkäri päättää lääkehoidosta ja antaa yhdessä hoitajan ja muiden ammattilaisten kanssa tietoa ja ohjausta hoidon toteuttamiseksi. Hoidon kaksi päätavoitetta ovat verensokerin alentaminen mahdollisimman lähelle normaalia, jolloin se parantaa vointia ja ehkäisee diabeteksen lisätautien kehittymistä sekä vähentää sepelvaltimotaudin ja aivohalvausten vaaraa. Diabeteksessä näiden valtimosairauksien riski on selvästi suurentunut, minkä takia niiden ehkäisyyn pitää erityisesti kiinnittää huomiota. (Mustajoki 2010.)

Motivaatio elintapojen muuttamiseen ja hoitamiseen alkaa jokaisen omasta elämästä. Diabeetikon pitää hankkia riittävästi oikeaa tietoa sairaudestaan ja käytännön hoitotaitoja, kuten sopivan ruokavalion ylläpito. Yksin ei kannata jäädä suremaan, vaan tukea ja neuvoja tulee hakea hoitopaikasta ja toisilta diabeetikoilta. (Ilanne-Parikka ym. 2006: 192.)

Laihduttaminen, terveelliset ruokatottumukset ja liikunta vaikuttavat sekä verensokerin tasapainoon että lisätautien ennaltaehkäisyyn. (Mustajoki 2010). Laihduttamisessa tärkeintä on rasvan ja ruuan kokonaismäärän vähentäminen, mutta jos laihduttaminen ei onnistu, tällöin lääkitystä joutuu käyttämään enemmän aineenvaihdunnan häiriöiden kuriin saamiseksi. (Ilanne-Parikka ym. 2006: 193). Säännöllisellä liikunnalla voidaan ehkäistä tyypin 2 diabeteksen puhkeamista erityisesti niillä, joiden glukoosinsieto on heikentynyt. Lisäksi se parantaa glukoositasapainoa tyypin 2 diabeetikoilla. (Käypä hoito 2011.)

Koska keskivartalolihavuus aiheuttaa perinnöllisesti alttiilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen, tärkein hoitomuoto on laihduttaminen. Normaali laihduttaminen vähentää rasvakudosta vatsaontelosta suhteellisesti enemmän kuin ihon alta, joten jo muutaman kilon painon pudotus näkyy verensokeriarvojen selvänä parantumisena. Pelkkä liikuntakin vähentää vatsaontelon rasvaa, joten se parantaa verensokeriarvoja ilman laihtumista. (Mustajoki 2010.) Kohtuullisella laihduttamisella on mahdollista ehkäistä diabeteksen

puhkeaminen henkilöillä, joilla on heikentynyt sokerinsieto. Kun diabetes todetaan, ylipainoisen henkilön on mahdollista laihduttamalla ja sen jälkeisellä painonhallinnalla sekä liikunnalla parantua kokonaan diabeteksestä vuosikausiksi. Tämän vuoksi jokaisen ylipainoisen diabeetikon hoitoon tulee sisältyä tehokas laihduttaminen. Jo 5–10 prosentin painon alentaminen vaikuttaa tehokkaasti tuloksiin. Hoitoon kuuluu laihduttamisen lisäksi aina ruokailutottumusten muuttaminen siten, että verensokerit laskevat mahdollisimman normaaleiksi ja verisuonisairauksien riski pienenee. (Mustajoki 2010.)

Tyyppin 2 diabeteksessa normaali terveellinen liikkuminen toimii. Tärkeintä on säilyttää säännöllisyys liikunnassa. Terveysliikunnalla tarkoitetaan vähintään puolen tunnin kävelyä vastaavaa liikkumista useana päivänä viikossa. Sitä on pidettävä diabeetikon liikunnan minimimääränä, kaikki mikä tulee sen päälle, lisää liikunnan tehoa. Arkiliikunnalla tarkoitetaan jalkojen ja muiden lihasten ahkeraa käyttämistä päivän askareiden yhteydessä, ja se on myös hyödyllinen liikuntamuoto diabeteksessa. (Mustajoki 2010.)

Mikäli ruokavaliolla, liikunnalla ja laihduttamisella ei saada verensokeriarvoja riittävän hyväksi, tarvitaan lääkehoitoa. Tyyppin 2 diabeteksen hoidossa voidaan käyttää monia eri lääkkeitä. Lääkitys aloitetaan yleensä silloin, kun verensokerin pitkäaikaiskoe on ruokavaliosta ja liikunnasta huolimatta noin 50 mmol/mol. Ylipainoisella potilaalla hoito aloitetaan metformiinilla, mutta jos sen teho ei yksin riitä, hoitoon yhdistetään tilanteen mukaan muita suun kautta nautittavia lääkkeitä. (Mustajoki 2010.)

Verensokerin omaseuranta kuuluu diabeteksen hoitoon, ja sitä tarvitaan viimeistään silloin, kun siirrytään diabeteslääkkeisiin. Mittausten määrä ja ajankohdat räätälöidään yksilöllisiksi. Tärkein mittausaika on aamulla ennen aamiaista, sillä se kuvastaa paaston aikaista verensokeria. Tämän perusteella arvioidaan mahdollinen pitkävaikutteisen perusinsuliinin tarve. Lääkitysmuutosten yhteydessä mittauskertoja tihennetään oikean lääkeannoksen säätämiseksi. (Mustajoki 2010.) Omaseurannalla havaitaan myös mahdolliset hoidon korjaustarpeet sekä laihdutuksen, ruokavalion ja liikunnan vaikutukset verensokeriin ilman viivytystä. (Ilanne-Parikka ym. 2006: 196).

4 Vertaistuki

"Vertaistuki tarkoittaa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten halua jakaa kokemuksiaan ja tietoaan toisia kunnioittavassa ilmapiirissä. (Nylund 2005: 203)."

Vertaistoimintaa on ollut jo kauan, sillä ihmisen perustarve on olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Lisäksi ihminen on kautta aikojen ollut sosiaalinen ja elänyt yhteisöissä, mikä on mahdollistanut sen, että yhteisön jäsenet huolehtivat toisistaan. (Laimio – Karnell 2010). Keskinäinen tuki on ollutkin tärkeä osa perheiden, sukujen ja tuttavien jokapäiväistä kanssakäymistä. (Nylund 1996). 1990-luvun alkupuolta voidaan Suomessa pitää kulta-aikana erilaisten vertaistukitoimintojen kannalta. Suomea koetellut lama synnytti uusia ja erilaisia vertaistuki- ja oma-apuryhmiä. 1990-luvulla on tapahtunut myös mullistavia yhteiskunnallisia muutoksia, jotka osaltaan ovat vaikuttaneet myös vertaistukitoiminnan kasvuun ja erilaistumiseen. Ihminen on alettu nähdä oman elämänsä asiantuntijana ja henkiset asiat ovat enemmän näkyvillä aineellisten asioiden sijasta. Nykyään vertaistoimintaa organisoidaan ja toteutetaan monella tavalla ja siihen kiinnitetään enemmän huomiota. Vertaistoiminta on nopeimmin kasvava toiminta-alue järjestöissä, ja kansalaiset myös odottavat järjestöjen toteuttavan sitä. (Laimio – Karnell 2010.)

Ihmisen perustarve on siis saada ja antaa tukea, vertailla omia kokemuksia ja omaa elämäntilannetta. Se antaa tilaisuuden pohtia ja puntaroida omaa elämää, voimavaroja, sairautta sekä sairauden kanssa elämistä, ja millaista sairauden kanssa eläminen on muilla vertaistukea hakevilla. (Kukkurainen 2007).

Kokemustieto perustuu henkilön omaan henkilökohtaiseen kokemuksen kautta tulleen tietoon. Jokainen henkilö kokee ja tulkitsee asiat omalla tavallaan. Kokemusten muodostumiseen vaikuttavat lukuisat sekä tietoiset että tiedostamattomat asiat, kuten aiempi elämäkokemus sekä minäkuva ja maailmankuva. (Vahtivaara 2010.) Vertaistuen laatu ja määrä voivat vaihdella paljonkin eri alueilla, ja vertaistuki voi olla omaehtoista ja sitä voidaan suorittaa vapaasti tilanteen ja tarpeen mukaan. Vertaistuen toimivuuteen vaikuttaa myös osallistujien voimavarat. (Mikkonen 2009.) Kokemustiedon jakaminen on ensiarvoisen tärkeää niin tukea tarvitsevalle kuin myös tiedon jakajalle. Se vähentää myös ei-toivottua yksinäisyyden tunnetta ja avuttomuutta uudessa elämäntilanteessa. Ihmiselle välittyä samalla konkreettinen tieto, että on olemassa muita-

kin, jotka ovat tai ovat olleet samankaltaisessa tilanteessa. (Vahtivaara 2010.) Perhe ja ystävät ovat tärkeä henkinen tuki, mutta myös konkreettinen yhdessä tekeminen edistää diabeetikon terveiden elämäntapojen omaksumista. (Ikola ym. 2011).

Vertaistuki auttaa myös oman identiteetin rakentamiseen. Elämän nopeat muutokset vaikuttavat identiteettiin, aiemmin opitut keinot selviytyä eivät enää toimikaan. Yhdessä pohtien ihmiset löytävät erilaisiin ongelmiin keinoja ja ratkaisuja. Vertaistuen avulla ihmiset antavat ja saavat toisiltaan myös käytännön apua ja tukea. Erilaisia vaihtoehtoja tarjoamalla oppiminen tapahtuu helpommin. (Järvinen 2006.)

Vertaistukea voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Se voi olla kahdenkeskistä tai vertaistukiryhmään kuuluvaa tukea. Erityisesti vertaistukiryhmän vetäjän merkitys korostuu ryhmäläisten elämäntapamuutosten onnistumisessa. (Klug ym. 2008). Tietoa vertaistuesta ja itse tukea saa myös kirjoista, lehdistä sekä taiteesta. (Holm ym. 2010). Vertaistuki on myös mahdollista puhelimen välityksellä. (Heisler ym. 2005). Lisäksi vertaistukitoiminta on siirtynyt entistä enemmän verkkoon, ja Internet on nykyään tiedonsaannin ykkösvaihtoehto. Internetistä saa ajankohtaista tietoa nopeasti ja vaivattomasti.

Käytännössä vertaistuen järjestäminen on kolmannen sektorin vastuulla. Diabetesliiton kautta löytyy Internetin keskustelufoorumi, erilaisia kursseja mm. nuorille, läheisille, näkövammaisille ja munuaissairaille tarkoitetut kurssit. Oma-ryhmä on terveydenhuollon ja Diabetesliiton perustama tyyppin 1 diabeetikoille tarkoitettu tukiryhmä. Ite-ryhmä on taas vastaavasti tyyppin 2 diabeetikoiden tukiryhmä. Pääkaupunkiseudun diabetesyhdistyksellä on luovia menetelmiä käyttävä vertaisryhmä aikuisille diabeetikolle sekä ryhmä diabeetikolosten vanhemmille, Äijä-ryhmä ja vertaisryhmä verkossa.

5 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto muodostuu aiemmin tehdyistä tutkimuksista sekä teemahaastattelumateriaalista, joka saadaan diabeetikoiden sähköpostitse kirjoittamista tarinoista. Kaikkiaan tutkimuksia on viisi, joista neljä ovat englanninkielisiä ja yksi on suomenkielinen. Työssä ei rajata haastateltavia iän perusteella, jolloin saadaan monipuolisempi

kuva aiheesta ja enemmän haastateltavia. Heitä ei myöskään rajata diabetestyyppin perusteella. Ainoa kriteeri oli, että vastaajalla on diabetes. Vapaaehtoisille on lähetetty haastattelun teemat, ja he vastasivat niihin vapaamuotoisesti, tarinan muodossa. Vapaaehtoiset haastateltavat saatiin Diabetesyhdistyksen kautta. He ilmoittivat yhdistyksensä jäsenille mahdollisuudesta osallistua opinnäytetyön haastatteluun ja kaikki hakukaat lähettivät yhteen sähköpostiin viestin, jossa he hieman kertoivat itsestään sekä halukkuudestaan osallistua opinnäytetyön haastatteluun. Haastattelukysymysten lisäksi on laitettu myös suoria kysymyksiä taustatietojen keräämistä varten, esimerkiksi tieto kauanko vastaaja on sairastanut diabetesta. Viestinnän keinona on käytetty sähköpostia, sillä sen kautta vastaajat eivät ole sidottuja tiettyyn aikatauluun ja heidän anonymiteettinsä säilyy. Vastaajia ohjattiin lähettämään vastauksensa yhteen sähköpostiin.

5.1 Tiedonhaku

Tiedonhaussa on käytetty Cinahl ja Medic -tietokantoja. Cinahl -tietokannassa on käytetty hakusanoina *diabetes*, *peer*, *peer support*, *peer group*, *in embryo*, *first stage*, *early stage*. Pelkästään hakusana diabetes tuotti Cinahl:ssa hakutuloksia 60525. Sanoja on yhdistetty erilaisin versioin, kuten *diabetes and peer*, mikä tuotti 26 hakutulosta. *Diabetes and peer and support* haulla saatiin 28 hakutulosta. *Diabetes and early stage and peer* tuotti 2 hakutulosta. Hauissa ei rajattu kieliä. Suurin osa oli englannin kielellä. Medic-tietokannassa on käytetty *diabetes*, *vertaistuki*, *vertaistukiryhmä*, *sairauden alkuvaihe* hakusanoina. Yksittäin käytettynä hakusanat tuottivat tulosta. *Diabetes* tuotti 2053 hakutulosta, *vertaistuki* 13, *vertaitukiryhmä* 0 ja *sairauden alkuvaihe* 91 tulosta. Myös Medicissä hakusanoja yhdisteltiin ja tuloksena *diabetes ja sairauden alkuvaihe* tuotti 110 ja *diabetes ja vertaistuki* tuotti 2066 hakutulosta. Lisäksi on käytetty käsihakuja. Theseuksesta on etsitty aiempia opinnäytetöitä aiheesta *diabetes*, *vertaistuki* sekä sanojen yhdistelmä. *Diabetes* tuotti 1023, *vertaistuki* 1273 ja *diabetes ja vertaistuki* 128 hakutulosta.

5.2 Haastattelu

Työssä käytetyssä haastattelumenetelmässä on piirteitä teemahaastattelusta eli puoli-strukturoidusta haastattelusta. Haastattelumenetelmiä voidaan yleisesti luokitella myös haastatteluun osallistuvien lukumäärän mukaan, näitä ovat mm. yksilöhaastattelu, pa-

rihaastattelu sekä ryhmähaastattelu. Yksilöhaastattelut sopivat aineistonkeruumenelmäksi paremmin silloin, kun tutkimusaihe on jotenkin arkaluontoinen eikä haastateltava halua tuoda esiin ryhmässä vastauksiaan tai kokemuksiaan tutkimusaiheesta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 95). Puolistrukturoitu haastattelu sopii tilanteisiin, joissa halutaan tietoa juuri tietyistä asioista, eikä haastateltaville näin ollen haluta tai ole tarpeellista antaa kovin suuria vapauksia haastattelutilanteessa (Puusniekka – Saaranen-Kauppinen 2006). Haastattelussa aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat. Haastattelun toteutus ei ole niin tarkasti rajattu, ja esimerkiksi kysymysjärjestys saattaa muuttua haastattelun aikana. Tässä haastattelutyypissä korostuvat haastateltavien asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. Teemahaastattelussa pyritään ensisijaisesti löytämään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 96–97). Aineiston keruussa voidaan käyttää viestintätekniikkaa, esimerkiksi haastateltavia voi pyytää lähettämään vastauksia sähköpostin välityksellä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 99). Työssä lähetettiin kysymykset sähköpostilla ja haastateltavat vastasivat myös sähköpostilla. Haastattelukysymykset lähetettiin järjestyksessä, mutta haastateltavat saivat valita järjestyksensä itselleen sopivaksi. Kaikkiaan vastauksia tuli neljä kappaletta. Aiemmin esitellyissä tutkimuksissa on käytetty hyvin pitkälti teemahaastattelua, jossa on keskitytty haastateltavien kokemuksiin vertaistuesta. Määrällistä menetelmää on käytetty tutkimuksessa, jossa vastaajat saivat arvioida omahoidon toteutumista skaalan avulla (Heisler – Piette 2005).

Haastattelun kysymykset:

1. Kuvailkaa tuntemuksianne, kun sairastuitte diabetekseen.
2. Kuvailkaa saamaanne vertaistukea sairauden alkuvaiheessa.
3. Miten toivoisitte vertaistuen toteutuvan?

Vertaistukifoorumissa oli otettu huomioon tutkimuksen mukaan diabeetikoiden aikaisemmat kokemukset ja tuntemukset sairaudestaan sekä heidän kokemuksiaan siitä tiedosta, jonka he kokivat tarpeelliseksi itselleen. Tutkimuksessa keskityttiin niihin potilaisiin, jotka vertaistukea halusivat (Armstrong – Powell 2009). Tähän aiheeseen liittyvät meidän 1. ja 2. teemamme, jossa pyydämme haastateltavia kertomaan avoimesti tuntemuksistaan ja kokemuksistaan. Tutkimuksessa ilmeni myös, etteivät kaikki ole

saaneet vertaistukea haluamallaan tavalla (Armstrong – Powell 2009). Tähän havaintoon perustuu meidän kolmas kysymyksemme.

Lisäksi vastaajille on laitettu tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla tehdään taustakaritoituksen ja joiden avulla vastaaminen helpottuisi. Kysymykset ikään kuin avaavat hie-
man teemoja, mutta niiden tarkoituksena ei ole rajata millään lailla vastaajien kerto-
muksia.

Tarkentavat kysymykset:

1. Milloin sairastuitte diabetekseen?
2. Mikäli ette ole saaneet vertaistukea, kuvailkaa miten olisitte halunnut sen toteu-
tuvan ja miksi juuri se vaihtoehto.

Etuina käytetyssä haastattelumenetelmässä ovat aineiston keruun joustavuus, moni-
puoliset vastaukset, mahdollisuus tutkia arkoja ja vaikeita aiheita ja mahdollisuus täy-
dentää aineistoa jälkikäteen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 99). Lisäksi
haastateltava itse voi suurelta osin määrätä keskustelun suunnan. Hyötynä on se, että
tutkijan ennakkokäsitysten vaikutus jää pieneksi ja hän saa haastateltavien elämänti-
lanteen kokonaisuudesta monipuolisen ja syvän kuvan. (Kyselevät tutkimustavat
2007).

Haastattelun haittoina ovat haastateltavien mahdollinen pyrkimys antaa hyväksyttäviä
vastauksia, aineiston suuri määrä, ja sen analysoiminen vie paljon aikaa (Kankkunen –
Vehviläinen-Julkunen 2009: 99). Haittana on myös se, että syntyvä aineisto jää seka-
vaksi ja tutkijalle on työlästä jälkeinpäin jäsenellä sitä sekä muodostaa siitä päätel-
mänsä. Tulosten kertyminen on hidasta ja epävarmaa. (Kyselevät tutkimustavat 2007).

6 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka ideaa käytetään useissa
eri laadullisen tutkimuksen menetelmissä. Sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia
aineistomateriaaleja sekä kuvata niitä. Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja
mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 133–134). Laadulli-

sessä analyysissä käytetään usein induktiivista tai deduktiivista analyysiä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95).

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, että aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät ohjaa analyysiä. Sisällönanalyysin kategoriat johdetaan aineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.) Analyysissä pyritään käyttämään aineistoa ensisijaisena välineenä ja vertaamaan sitä aiempiin tutkimustuloksiin ja teoriaan. Näin ajatuksia ja analyysiä eivät ohjaa jo aiemmin saadut tiedot ja teoriat, vaan analyysi perustuu aineistoon.

Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi perustuu johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Analyysia ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu teoria. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 97.)

Työssä on käytetty elementtejä sekä deduktiivisesta että induktiivisesta analyysistä. Pohjalla on aiemmat tutkimukset eli teoria, joka ohjasi työn tutkimusongelman rajamista sekä tutkimuskysymyksiä. Aineiston erittely, pelkistäminen ja luokittelu tapahtui induktiivisen sisällön analyysin mukaan. Aineistoa eriteltiin Tuomen ja Sarajärven (2009) esittämän taulukon avulla keskeisiin ilmauksiin, jotka nousivat esille haastateltujen vastauksista. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin, minkä jälkeen pelkistetyt muodot luokiteltiin ala- ja yläluokkiin. Luokitus perustui tutkimuskysymyksiin.

Esimerkki pelkistyksestä Taulukosta 1.

TAULUKKO 1. Alkuperäisilmaisujen pelkistys (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110).

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty muoto
"Pääsin heti diabeteshoitajan vastaanotolle, jossa käytiin läpi sairaus, kuinka hoidan itseäni."	Sairauden alkuvaiheen hoito
"Olisinko ymmärtänyt hakea vertaistukea? Mutta terveyskeskuksen diabeteshoitaja osasi hommansa."	Positiivinen kokemus henkilökunnasta

Pelkistys pyrittiin saattamaan mahdollisimman yksinkertaiseen muotoon, joka kuitenkin kuvaa alkuperäisilmaisua. Aineiston pelkistäminen tapahtuu aukikirjoittamalla analysoitava informaatio, kuten haastatteluaineisto, muu asiakirja tai dokumentti, ja karsimalla tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. Pelkistäminen voi olla joko tiedon tiivistämistä tai pilkkomista pienempiin osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset, joiden mukaan aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109).

Pelkistämisen jälkeen pelkistetyt muodot luokiteltiin alaluokkiin sen mukaan, mitä ne sisälsivät. Samankaltaiset muodot laitettiin samaan alaluokkaan. Teorian mukaan aineisto ryhmitellään käymällä läpi pelkistetyt alkuperäisilmaukset ja etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään ja luokitellaan, jonka jälkeen nimetään luokat sitä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voidaan käyttää esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. Aineisto tiivistyy luokittelun seurauksena, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyssä luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Käsitteiden ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.)

Esimerkki luokittelusta alaluokkiin

TAULUKKO 2. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely alaluokiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111).

Pelkistetty muoto	Alaluokka
Tyytyväisyys vertaistukiryhmään Vertaistukiryhmän kokeminen tärkeäksi Positiivinen kokemus vertaistuesta	Vertaistuen mielekkyys
Kokemusten jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa Tiedon jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa Muiden diabeetikoiden seura Vertaistuen monimuotoisuus Vertaistuen toteuttaminen Vertaistuen kehittäminen Vertaistuen toteutuminen Puhumisen helppous	Vertaistuen positiivinen merkitys
Negatiivinen kokemus henkilökunnasta Hoitohenkilökunnan vähättelevä suhtautuminen Henkilökunnan puutteellinen ohjaus Sairauden alkuvaiheen huono hoitotasa-	Hoitohenkilökunnasta aiheutuva negatiivinen vaikutus

paino Ohjauksen puutteellinen toteuttaminen	
--	--

Alaluokat edelleen luokiteltiin yläluokkiin. Yläluokat määriteltiin sen mukaan, että ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Aineiston abstrahoinnilla tarkoitetaan alaluokkien luokittelua yläluokkiin. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa edetään alkuperäistiedon käyttämistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Sitä jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin aineiston sisältö sen sallii. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111.)

Esimerkki Abstrahoinnista

TAULUKKO 3. Abstrahointi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 112).

Alaluokka	Yläluokka
Vertaistuen mielekkyys Vertaistuen positiivinen merkitys	Vertaistuen hyöty
Perheen painostus Perheen positiivinen vaikutus	Perheen vaikutus

Pääluokkia ei enää muodostunut yläluokkien vähäisyyden vuoksi. Tulokset -osiossa ovat kaikki taulukot kokonaisuudessaan.

7 Tulokset

Alkuperäisilmaisut on otettu vastaajien teksteistä. Olennainen tieto poimittiin muutama lauseen mittaisissa pätkissä. Olennaisella tiedolla tarkoitetaan ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Toisinaan koko lausetta ei otettu tekstistä, vaan tutkimuskysymysten kannalta olennaiset asiat korostuivat vasta lauseen lopulla. Tutkimuskysymykset ohjasivat jo alusta asti analyysin etenemistä, mutta tekstistä poimitut ilmaisut olivat epäjärjestyksessä ja näin ollen myös pelkistetyt muodot, joten tutkimuskysymysten korostuminen tulee alaluokkien ja yläluokkien muodostuksessa esille.

TAULUKKO 1. Alkuperäisilmaisujen pelkistys (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110).

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty muoto
"Pääsin heti diabeteshoitajan vastaanotolle, jossa käytiin läpi sairaus, kuinka hoidan itseäni."	Sairauden alkuvaiheen hoito
"Olisinko ymmärtänyt hakea vertaistukea? Mutta terveyskeskuksen diabeteshoitaja osasi hommansa."	Positiivinen kokemus henkilökunnasta
"Päällimmäisenä heti ensimmäisenä oli helpottava tunne, koska pahaan oloon löytyi selitys"	Helpottava tunne diagnoosista
"Sairaalassa ollessani siellä oli muutama muukin diabeetikko, hoitajat käskivät olemaan yhdessä..."	Muiden diabeetikoiden seura
"...ruokavalioon tutustuminen oli sitä, että katsokaa mitä täällä tarjotaan ja tehkää kotonakin samoin."	Ohjauksen puutteellinen toteutuminen
"...keskussairaalan sosiaalihoitaja keräsi lasten polin asiakkaista iltakerhoon, tavoitteena samanikäisten tutustuttaminen ja vertaistuen kehittäminen..."	Vertaistuen kehittäminen
"Hienointa olisi, että vastasairastunut saisi heti sitä halutessaan omaa tasoaan/persoonansa vastaavaa, jolloin hyväksyy sairauden eikä salaa sitä."	Vertaistuen toteuttaminen
"Tärkeintä lienee kuuntelu ja elämänsuorituksen luominen. "	Positiivinen kokemus vertaistuesta
"En koe jääneeni mitään ilman... sillä perhe tuki minua niin hyvin."	Perheen tuki
"Keskustelupalstat sopivat joillekin, mutta henkilökohtainen kontakti tai ryhmä toiminee paremmin."	Vertaistuen monimuotoisuus
"Ikävintä, mitä muistan on kun sairaanhoitaja piti ohjaushetken vanhemmilleni ja minulle: "sairaus on pysyvä, elinikä lyhenee eikä voi saada lapsia".	Negatiivinen kokemus hoitohenkilökunnasta
"Vanhempien hoivaus, ruokavalion rajoitukset tuntui painostavalta."	Perheen holhoava käyttäytyminen diagnoosin jälkeen
"...katkeraa oli myös veljen huomautus, miten kalliiksi käyn vanhemmilleni."	Perheensisäiset suhteet diagnoosin jälkeen
"Sain lääkkeitä oireisiin ja käskettiin laihduttaa."	Hoitohenkilökunnan vähättelevä suhtautuminen
"Kukaan ei kertonut miten ja mistä saisi tietoa... joten olin monta vuotta ihan pihalla."	Sairauden alkuvaiheen huono hoitotasapaino
"Kyllä heti alkuvaiheessa pitäisi saada muutakin tietoa kuin pilleripurkista."	Hoitohenkilökunnan puutteellinen ohjaus
"Diabeteskerho kerran kuukaudessa,	Vertaistuen toteutuminen

siellä on aina aluksi vertaistukivartti.”	
”Uudet jäsenet ovat olleet tosi tyytyväisiä... Ovat voineet kysellä asioista ja vertailla kokemuksia...”	Tyytyväisyys vertaistukiryhmään
”Nyt olen tyytyväinen elämäni, kun löysin asiallisen lääkärin ja diabeteshoitajan.”	Tyytyväisyys hoitohenkilökuntaan
”Sitten kun asia varmistui, tuli tietenkin järkytys, kun tajusi sairastavansa sairautta, joka ei koskaan voi parantua.”	Alkuvaiheen järkytys diagnoosista
”...samassa tilanteessa olevia potilaita, joiden kanssa ihmeteltiin uutta elämäntilannetta ja käytiin läpi ennakoivia vaiheita ja pohdittiin mitä on tulossa.”	Muiden diabeetikoiden seura
”On helppo puhua, kun kaikki ovat samassa tilanteessa.”	Puhumisen helpuus
”Vertaistukiryhmä on mielestäni paras vaihtoehto.”	Vertaistukiryhmän kokeminen tärkeäksi
”...tuli diabeetikotuttuja, joilta saa vertaistukea ja joiden kanssa monet kerrat vaihdettu kokemuksia.”	Kokemusten jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa
”...näissä yhteyksissä saa aina kiinnostavaa tietoa ja hyviä vinkkejä.”	Tiedon jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa

Pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin edelleen alaluokiksi ja ne olivat jo enemmän tutkimuskysymysten asettamisessa raameissa. Alaluokkien muodostuminen helpotti myös tulosten tarkastelua. Siinä näkyivät selkeästi, mitkä asiat kuuluvat mihinkin alaluokkaan. Esimerkiksi vertaistuen mielekkyyteen sisältyivät seuraavat ilmaisut: tyytyväisyys vertaistukiryhmään, vertaistukiryhmän kokeminen tärkeäksi sekä positiivinen kokemus vertaistuesta.

TAULUKKO 2. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely alaluokiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111).

Pelkistetty muoto	Alaluokka
Tyytyväisyys vertaistukiryhmään Vertaistukiryhmän kokeminen tärkeäksi Positiivinen kokemus vertaistuesta	Vertaistuen mielekkyys
Kokemusten jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa Tiedon jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa Muiden diabeetikoiden seura Vertaistuen monimuotoisuus Vertaistuen toteuttaminen Vertaistuen kehittäminen Vertaistuen toteutuminen	Vertaistuen positiivinen merkitys

Puhumisen helppous	
Negatiivinen kokemus henkilökunnasta Hoitohenkilökunnan vähättelevä suhtautuminen Henkilökunnan puutteellinen ohjaus Sairauden alkuvaiheen huono hoitotasapaino Ohjauksen puutteellinen toteuttaminen	Hoitohenkilökunnasta aiheutuva negatiivinen vaikutus
Positiivinen kokemus henkilökunnasta Tyytyväisyys henkilökuntaan Sairauden alkuvaiheen hoito	Hoitohenkilökunnan ammatillinen suhtautuminen
Perheen holhoava käyttäytyminen diagnoosin jälkeen Perheensisäiset suhteet diagnoosin jälkeen	Perheen painostus
Perheen tuki	Perheen positiivinen vaikutus
Alkuvaiheen järkytys diagnoosista	Negatiivinen kokemus sairastumisesta
Helpottava tunne diagnoosista	Helpottava kokemus sairastumisesta

Yläluokat muodostuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Näin ollen niitä on juuri neljä, niin kuin tutkimuskysymyksiäkin. Yläluokat sisältävät tiivistetyn tiedon aiemmista ryhmittelyn luokista. Tuloksia on helppo tarkastella neljän yläluokan avulla, ja niitä avaamalla saadaan konkreettisempi vastaus tutkimuskysymyksiin.

TAULUKKO 3. Abstrahointi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 112).

Alaluokka	Yläluokka
Vertaistuen mielekkyys Vertaistuen positiivinen merkitys	Vertaistuen hyöty
Perheen painostus Perheen positiivinen vaikutus	Perheen vaikutus
Hoitohenkilökunnasta aiheutuva negatiivinen vaikutus Hoitohenkilökunnan ammatillinen suhtautuminen	Hoitohenkilökunnan toiminta
Negatiivinen kokemus sairastumisesta Helpottava kokemus sairastumisesta	Kokemukset sairaudesta

7.1 Diabeetikoiden kokemukset saamastaan vertaistuesta sairauden alkuvaiheessa

Vertaistuki koettiin mielekkäänä sekä diabetekseen sairastumisen alkuvaiheessa että myös myöhemmässä sairauden vaiheessa. Mielekkyyteen sisältyi vertaistuen tuoma hyöty, sen tärkeäksi kokeminen sekä positiivinen kokemus vertaistuesta. Positiiviseksi kokemukseksi vertaistuesta osoittautui myös kuulluksi tuleminen. Kaikkea ei välttämättä mielletty varsinaiseksi vertaistueksi, mutta keskustelu muiden diabeetikoiden kanssa koettiin hyödyllisenä ja mielekkäänä. Samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa oli haastateltavien mielestä helppo puhua. Myös perheen tuki ja kannustus nousivat esille voimakkaasti. Lisäksi kävi ilmi, että vertaistuen tarve on yksilöllinen. Kaikki eivät tarvitse erikseen vertaistukiryhmää tuen saamiseksi tai eivät koe kokemusten jakamisen muiden kanssa niin tärkeänä itselleen, sillä he saavat tarvitsemansa tuen muualta, kuten perheeltään.

”On helppo puhua, kun kaikki ovat samassa tilanteessa.”

”...näissä yhteyksissä saa aina kiinnostavaa tietoa ja hyviä vinkkejä.”

”En koe jääneeni mitään ilman... sillä perhe tuki minua niin hyvin.”

7.2 Sairastumisen aiheuttamat tuntemukset

Diabeteksen diagnoosi aiheutti haastateltaville erilaisia tuntemuksia. Jotkut olivat helpottuneita, koska pahaan oloon löytyi syy ja se on jollain tavalla hoidettavissa. Joillekin se oli järkytys, sillä sairaus on elinikäinen. Osalle sairauden hyväksyminen vei aikaa ja tiedot hoidosta olivat puutteellisia. Tiedon puute lisäsi negatiivisia tuntemuksia sairastumisestaan, jolloin motivaatio itsensä hoitamiseen heikkeni ja näin ollen myös hoidon vaikuttavuus heikkeni synnyttäen kierteen. Kun hoitotasapainoa ei löytynyt heti, myös sairauden hyväksyminen vaikeutui. Läheisten huoli ja liiallinen hoivaus koettiin myös painostavana.

”Päällimmäisenä heti ensimmäisenä oli helpottava tunne, koska pahaan oloon löytyi selitys.”

”Vanhempien hoivaus, ruokavalion rajoitukset tuntui painostavalta.”

”Kukaan ei kertonut miten ja mistä saisi tietoa... joten olin monta vuotta ihan pihalla.”

7.3 Vertaistuen merkitys sairauden alkuvaiheessa

Vertaistuen merkitys nousi esille haastateltujen hyvinvoinnissa. Muilta saadut vinkit koettiin hyödyllisiksi. Lisäksi sairauden hyväksyminen kävi helpommaksi ja haastateltavat saivat elämänuskoa, kun oli joku joka kuunteli ja ymmärsi, koska sairasti samaa sairautta. Vaikka kaikkea keskustelua muiden diabeetikkojen tai läheisten kanssa ei koettu vertaistueksi, kuulluksi tuleminen oli silti tärkeää ja saattoi toteutua esimerkiksi perheen tuella. Kokemuksia vertailemalla saadaan myös uutta itselleen hyödyllistä tietoa, jota on helppo ymmärtää ja hyödyntää elämässään.

”Tärkeintä lienee kuuntelu ja elämänuskon luominen. ”

”Uudet jäsenet ovat olleet tosi tyytyväisiä... Ovat voineet kysellä asioista ja vertailla kokemuksia...”

7.4 Vertaistuen saatavuus diabeetikoille

Vastauksista nousi esille hoitajien rooli tiedonantajina sekä sairaudesta ja hoidosta että myös muiden palvelujen, kuten esimerkiksi vertaistukiryhmien, saatavuudesta. Sairauden alkuvaiheessa haastateltavat eivät välttämättä osanneet itse hakeutua vertaistuen piiriin tai käsite oli vieras. Monesti sairaanhoitajat vastaajien mukaan ohjasivat kaikki osastolla olevat diabeetikot yhteen, mutta mitään erityistä syytä sille ei annettu. Ei ole siis selvää, oliko hoitajien tarkoituksena vertaistuen mahdollistaminen vai oliko hoitajien tarkoituksena, kustannussyistä, kaikkien ohjaus samanaikaisesti, ja mikäli jotain jäisi epäselväksi, potilaat saivat kysyä toisiltaan. Hoitajien rooli motivoijana oli myös merkittävä.

”Olisinko ymmärtänyt hakea vertaistukea? Mutta terveyskeskuksen diabeteshoitaja osasi hommansa.”

”Ikävintä, mitä muistan on kun sairaanhoitaja piti ohjaushetken vanhemmilleni ja minulle: ”sairaus on pysyvä, elinikä lyhenee eikä voi saada lapsia”.

”Sairaalassa ollessani siellä oli muutama muukin diabeetikko, hoitajat käskivät olemaan yhdessä...”

8 Pohdinta

Työ tarkoituksena oli selvittää vertaistuen merkitystä sekä saatavuutta diabeetikoille sekä heidän kokemuksiin saamastaan vertaistuesta. Haastateltavien kertomuksista saimme hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiimme sekä myös ideoita jatkotutkimuksiin ja kehittämishaasteisiin, esimerkiksi vertaistukimuotojen kehittäminen Internetissä. Työn tavoitteena oli kehittää vertaistuen järjestämistä hoitotyön tukena tuomalla esille diabeetikoiden kokemuksia vertaistuesta ja tuntemuksia sairauden alkuvaiheesta. Haastatteluista selvisi, että vertaistuki on hyvin saatavilla, mutta sitä ei osata itsenäisesti hakea. Kokemukset tulivat hyvin esille ja tarinamuoto mahdollisti vapaamuotoisemman ilmaisun. Lisäksi tavoitteena oli löytää keinoja diabeetikoiden hoitomotivaation ja jaksamisen tukemiseksi. Vertaistuki osoittautui varsin hyödylliseksi voimavaraksi haastateltavien mukaan. Tulos ei tullut yllätyksenä meille, mutta siitä tuli paljon uusia piirteitä. Esimerkiksi vertaistuen merkitys myös myöhemmässä vaiheessa korostui, eikä vain sairauden alkuvaiheessa. Se ei kuitenkaan sisällynyt tutkimusalueellemme, joten tuloksissa emme keskittyneet siihen.

Haastattelun toteuttaminen sähköpostin välityksellä helpotti työn kulkua. Meidän ei tarvinnut käyttää nauhuria eikä litteroida haastatteluja tekstin muotoon. Näin säästimme paljon aikaa ja pystyimme keskittymään heti analyysin tekoon. Haastateltavat vastasivat kysymyksiin nopeasti. Vastaukset olivat tarinamuodossa ja helppolukuisia. Tarinamuodosta välittyi tunnepohja ja kaikki tarvittava tieto. Menetelmä sopi meille ja aikatauluamme hyvin. Lisäksi sähköpostin käyttö ei rajannut haastateltavien elämää ja he pystyivät vastaamaan silloin, kun itse halusivat ja pystyivät. Tämä minimoi riskiä haastattelujen peruuntumiseen. He, jotka eivät pystyneet tai halunneet vastata, jättivät vastaamatta, eikä kummallekaan osapuolelle koitunut siitä harmia. Laadullinen menetelmä kuvasi paremmin työn sisältöä. Lisäksi se palveli paremmin tulosten esilletuomisessa, sillä määrä tässä työssä ei ollut oleellisin, vaan vastausten sisältö.

8.1 Luotettavuus

Opinnäytetyötämme tehdessämme huomasimme jo heti alkuvaiheessa, että aiheesta ei ole paljon tutkimuksia tehty. Eri tapoja mitata vertaistukea ja sen vaikutusta on kehitetty paljon, mutta ne ovat mitanneet yleensä itse vertaistuen määrää ja osana sosiaa-

lista tukea eikä niissä näy tunne- ja tiedollisen puolen sekä arvioinnin tukea (Veshensky, 2008). Näin ollen luotettavuutta pohdittaessa tulee ottaa huomioon, että aihealue on vähän tutkittu ja tietoa ei ole saatavilla paljoa. Yhtäläisyydet eri tutkimustuloksissa eivät aiheuta ristiriitaa keskenään. Tähän viitaten koemme tiedon luotettavaksi, sillä useat tutkimukset olivat päätyneet samaan tulokseen.

Tutkimusten vähyys korostui tiedonhaussa. Hakusanalla diabetes tai vertaistuki löytyi paljon hakutuloksia, mutta yhdistäessään hakusanat, tutkimusten määrä väheni. Suomen kielellä pelkästään diabeetikkojen vertaistukea käsitteleviä tutkimuksia ei löytynyt lainkaan. Hakutuloksia oli paljon, mutta vain muutama kuvasi sitä, mitä oikeasti haimme. Vastauksia saimme 4, mikä oli hieman vähemmän kuin olimme suunnitelleet. Tietenkään resursseja suuren joukon haastattelemiseen meillä ei ollut, silti vastausten vähyys on otettava huomioon luotettavuuden kannalta. Vaikka jokainen vastaus on tärkeä ja vartenotettava, 4 vastausta ei kuitenkaan kuvaa niin hyvin koko joukkoa, sillä onhan heitä noin 500 000 pelkästään Suomessa. Koemme kuitenkin, että jo näinkin pienestä joukosta löytyi paljon yhtäläisyyksiä ja uutta tietoa, jota voi hyödyntää jatkossa. Lisäksi se osoittaa, että tutkimuksia tälle aihealueelle tarvitaan lisää.

Työ oli kaikin puolin haastava tehdä, mutta myös mielenkiintoinen. Motivaatio nousi, kun saimme vastauksia haastateltavilta, sillä koimme, että olemme tärkeällä asialla. Heille diabetes on arkipäivää, he ovat kokeneet paljon siitä asti kun olivat sairastuneet diabetekseen, ja nyt he olivat valmiita auttamaan meitä sekä jakamaan kokemuksiaan.

8.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi eli ohjeita antavaksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tulee noudattaa tutkimuksen aikana. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen. 2009:172). Ohjaavan opettajan hyväksymä lupahakemus lähetettiin pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistyksen hallitukselle. Mitään virallista lupahakemusta ei tarvinnut lähettää, vain avoin hakemus, joka käsiteltiin hallituksen kokouksessa.

Työssä on säilytetty haastateltavien anonymiteetti. Heidä ei voi tunnistaa tulosten pohjalta. Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittaville, oli kyseessä sitten yksityishenkilö tai organisaatio, tulee heidän sitä halutessaan taata mahdollisuus säilyä anonymieinä valmiissa tutkimuksessa. Anonymiteetin säilyttämisellä on selkeitä etuja tutkimuksen kannalta. Tutkittavien henkilöiden anonymiteetti lisää tutkijan vapautta, silloin hänen on helpompi käsitellä arkojakin asioita tutkimuksessaan, jos hänen tutkimiaan henkilöitä suojaa anonymiteetti, eikä hänen tarvitse pelätä aiheuttavansa haittaa heille. (Mäkinen 2006:114.). Anonymiteetin säilyttäminen myös kannustaa ja rohkaisee ihmisiä puhumaan rehellisesti ja suoraan tutkittavasta aiheesta. Tutkijan tulee siis aina tehdä kaikkensa, jotta tutkittavien henkilöllisyys säilyisi suojattuna, jos hän niin haluaa, siihen pitää aina pyrkiä (Mäkinen 2006:115).

8.3 Luottamuksellisuus

Luottamuksellisuuteen kuuluu tutkimuksen ollessa kyseessä, että ihmisen henkilökohtaisia asioita ja tietoja ei levitellä ympäriinsä. Luottamuksellisuus on tutkijan antama lupaus tutkimilleen henkilöille, mutta se ei ole riittävä. (Mäkinen 2006:115-116). Haastateltaville on selvitetty kuinka luottamuksellisuus käytännössä tutkimuksen eri vaiheissa heille taataan.

Jotta tutkittavat voivat antaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen, edellyttää se, että heidät pidetään ajan tasalla tutkimuksen kulusta. Tiedottamiseen kuuluu myös yksityiskohtainen selvitys luottamuksellisuudesta. Luottamuksellisuuden takaaminen on tutkijan moraalinen velvollisuus, ja siitä on myös määrätty laissa. (Mäkinen 2006:116).

Olemme yhteydessä haastateltaviin myös sen jälkeen, kun olemme saaneet heidän vastauksensa ja kerromme heille opinnäytetyömme kulusta ja tuloksista. Kaikkien haastateltavien anonymiteetti säilytettiin sekä työn aikana että jälkeenkin. Sähköpostit lähetettiin jokaiselle erikseen, jotta nimet ja sähköpostiosoitteet eivät näkyisi muille. Haastateltavat itse saattavat tunnistaa itse omat lausahduksensa, mutta ne ovat erillään toisistaan ja ovat epäjärjestyksessä, jolloin muut eivät saa mitään viitteitä haastateltavasta.

9 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Tässä osiossa vertaamme aikaisempia tutkimustuloksia oman työmme tuloksiin sekä esitämme johtopäätöksiä ja kehittämisideoita sen perusteella, mitä tuloksista ilmenee. Yhtäläisyyksiä löytyi haastateltavien kertomuksista sekä tutkimusten tuloksista jonkin verran.

Internet-vertaistukiryhmien sekä Internetkeskustelujen vaikutusta diabeetikoiden itsehoitoon ja pärjäämiseen tutkimuksen tuloksista todettiin, että potilaille on tarve jakaa ja saada tietoa ihmisiltä, jotka ovat samassa tilanteessa (Armstrong – Powell 2009). Sama nousi esille myös haastateltavien kertomuksissa. Lisäksi korostui kokemuksellisen tiedon tärkeys sekä haastateltavien kertomuksissa että tutkimuksen tuloksissa.

Vertaistuki puhelimen välityksellä oli aiheena yhdessä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneilta oli kysytty, onko puhelin hyvä väline vertaistuen saamiseksi. Heistä 90 % olisivat tyytyväisiä, jos tämäntyyppistä vertaistukea olisi tarjolla terveydenhuollossa ja 70 % osallistuneista koki vertaistukipuheluiden auttaneen pärjäämään oireidensa kanssa. Haastateltavien kertomuksissa nousi esille ajatus erilaisesta vertaistukitoiminnasta kuten räätälöity vertaistukimuoto kullekin persoonalle sopivaksi. (Heisler – Piette 2005.) Puhelimen käyttö ei käynyt ilmi vastauksista, mutta Internetin keskustelupalstat mainittiin. Puhelimen käyttö vertaistuen tukena voisi olla yksi mahdollisuus vertaistuen kehityksessä ja käytössä tulevaisuudessa.

Vertaistuen terveyttä edistävä vaikutus sekä vertaistukiryhmän vetäjän suuri merkitys korostui tutkimuksen tuloksista. (Klug – Toobert – Fogerty 2008.) Haastateltavien kertomuksissa ei tarkennettu vertaistukiryhmän toiminnasta ja onko sillä mahdollisesti vetäjää. Sairaanhoidajien rooli kuitenkin korostui, ja esimerkiksi osastolla ollessaan sairaanhoitajat toimivat ikään kuin vetäjän roolissa kehottaessaan diabeetikkoja olemaan yhdessä.

Vertaistukea pidetään yhtenä voimavaran potilaiden elämässä samoin terveydenhuollon ammattilaisten tukea (Ikola – Mustafa – Mäkynen 2011). Myös opinnäytetyössämme haastateltavien kertomuksista välittyi vertaistuen merkitys voimavarana ja suurena tukena. Toisaalta taas osa haastateltavista kokivat terveydenhuollon ammattilaisten tuen ajoittain negatiivisena ja vähättelevänä suhtautumisena sekä puutteellisena ohja-

uksena sairaudesta. Osalla vastaajista oli kuitenkin positiivisia kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisista ja olivat tyytyväisiä hoitoonsa.

Diabetesta sairastavien vertaistuesta on tehty yllättävän vähän tutkimuksia. Eri tapoja mitata vertaistukea ja sen vaikutusta on kehitetty paljon, mutta ne ovat mitanneet yleensä itse vertaistuen määrää ja osana sosiaalista tukea eikä niissä näy tunne- ja tiedollisen puolen sekä arvioinnin tukea. (Veshensky 2008). Tutkimusten vähyys korostui tiedonhaussa. Hakusanalla diabetes tai vertaistuki löytyi paljon hakutuloksia, mutta yhdistäessämme hakusanat tutkimusten määrä väheni. Suomen kielellä pelkästään diabeetikkojen vertaistukea käsitteleviä tutkimuksia ei löytynyt lainkaan.

Johtopäätöksenä aihealue tarvitsee lisää tutkimuksia, myös Suomessa. Koska jo aiemmissa tutkimuksissa on noussut esille vertaistuen merkitys, tietoa pitää hyödyntää ja tutkia enemmän sen vaikutusta, myös sairauden alkuvaiheessa, sekä diabeetikoiden kokemuksia eri vertaistuen muodoista. Näin pystytään kehittämään hyödyllisiä vertaistukiryhmiä eri-ikäisille ja -tyyppisille ihmisille sopiviksi ja tieto olisi näyttöön perustuvaa.

Vertaistukeen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Sairaanhoidajien tulisi olla tietoisia erilaisista vaihtoehdoista, jotta he voisivat ohjata potilaita vertaistuen piiriin tai ainakin antaa tietoa siitä. Kaikilla halukkailla on oikeus saada myös vertaistukea haluumallaan tavalla. Vertaistukea voisi myös kehittää enemmän erityyppisille ihmisille sopivaksi. Monimuotoisuus takaisi hyvät tulokset ja ihmisten kiinnostuksen. Internet on tämän päivän tiedonsaannin ykkösvaihtoehto. Diabetesliiton sivujen kautta löytyy mm. eri paikallisyhdistysten toiminnot. Käypä hoito -suositukset ja hoitopolut löytyvät myös vaivatta Internetin kautta. Suurimman haasteen muodostaa näin ollen potilasryhmä, joka ei hallitse Internetin käyttöä. Tätä ryhmää pitäisi hoitohenkilökunnan opastaa hoitopolun joka vaiheessa vertaistuen piiriin. Erikoissairaanhoidossa pitäisi osata ohjata potilas oman paikkakunnan diabeteshoitajalle sekä antaa tiedot paikallisyhdistyksestä, josta sitten potilas, niin halutessaan, hakeutuu vertaistuen piiriin.

Vertaistuki on ammatillista hoitoa tukevaa (Mikkonen 2009). Vertaistuki yksinään ei voi korvata ammatillista apua, mutta ne tukevat toinen toisiaan. Tutkimuksessa todettiin, että vertaistuki toimii eri sairauksista huolimatta ja vertaistukiryhmäläisillä voi jopa olla eri sairaus ja silti he kokevat toisensa vertaisiksi. Lisäksi tutkimukseen osallistujien mie-

lestä sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö väheni, kun tarjolla oli vertaistukea. (Mikko-
nen, 2009.) Tähän viitaten vertaistuki ei pelkästään tue ammatillista apua, vaan on
myös kustannustehokasta sekä yhteiskunnalle että myös yksilölle.

Lähteet

- Alanko, Juha – Alanne, Soili – Salonen, Kristiina – Tauriainen, Hilikka 2011. Ensitietyöryhmä on hyvä aloitus tyyppin 1 diabeetikoiden omahoitoon. Suomen Lääkärilehti 66 (20). Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL202011-1684.pdf>>. Luettu 20.10.2011.
- Armstrong N – Powell J. 2009. Patient perspectives on health advice posted on Internet discussion boards: a qualitative study. Health Expectations 12(3). 313–320.
- Diabetesliitto. Verkkodokumentti. <http://www.diabetes.fi/kuntoutus_ja_koulutus/diabeteskurssit> Luettu 24.10.2011.
- Diabetesliitto. Verkkodokumentti. <<http://www.diabetes.fi/kohtauspaikka/>> Luettu 24.10.2011.
- Heisler M – Piette JD 2005. "I help you, and you help me": facilitated telephone peer support among patients with diabetes. Diabetes Educator 31(6). 869–879.
- Holm, Jaana – Huuskonen, Päivä – Jyrkämä, Oili – Karnell, Sonja – Laimio, Anne – Lehtinen, Ilona – Myllymaa, Tapio – Vahtivaara, Julia-Maarie 2010. Vertaistuki kannattaa. Helsinki: Asumispalvelusäätiö ASPA.
- Ilanne-Parikka, Pirjo – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani 2006. Diabetes. 4. painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.
- Ikola, Mirikka – Mustafa, Dafina – Mäkynen, Heini 2011. Elämäntapamuutosta ehkäisevät ja edistävät tekijät lihavilla II-DM riskiryhmään kuuluvilla: kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Verkkodokumentti. <<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29052/Opinnayt>>

etyo_elamantapamuutosta_ehkaisevat_ja_edistavat_tekijat.pdf?sequence=1>. Luettu 25.8.2011.

Järvinen, Ritva – Taajamo, Terhi 2006. Vertaisryhmän ohjaajan käsikirja. Helsinki: Miktor.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Klug C – Toobert DJ – Fogerty M 2008. HEALTHY CHANGES for living with diabetes: an evidence-based community diabetes self-management program. Diabetes Educator 34(6). 1053–1061.

Kukkurainen, Marja Leena 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.11.2007.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322>. Luettu 26.1.2011.

Kyselevät tutkimustavat 2007. Verkkodokumentti. Päivitetty 3.8.2007.
<<http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/064.htm>>. Luettu 30.03.2011.

Laine, Seija 2003. Diabetesnuoren hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

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

Matthies, Aila-Leena – Kotakari, Ulla – Nylund, Marianne (toim.) 1996. Välittävät verkostot. Jyväskylä: Vastapaino.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet 173, Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

Mustajoki, Pertti 2010. Diabetes (sokeritauti). Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.4.2010.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011>. Luettu 26.1.2011.

Mustajoki, Pertti 2010. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.10.2010.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774>. Luettu 12.10.2011.

Mustajoki, Pertti 2010. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.10.2010.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775>. Luettu 12.10.2011

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nylund, Marianne – Yeung, Anne Birgitta 2005. Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.

Puusniekka, Anna – Saaranen-Kauppinen, Anita 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto

<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>> Luettu 20.10.11.

Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys ry 2010. Verkkodokumentti.

<<http://www.psdiabetes.fi/27>> Luettu 24.10.2011.

Saraheimo, Markku 2009. Mitä diabetes on? Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.9.2009.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00101>. Luettu 26.1.2011.

Suomen Diabetesliitto 2011. Verkkodokumentti.

<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2>. Luettu 24.8.2011

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2009. Verkkodokumentti.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>>. Luettu 26.1.2011.

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2011. Verkkodokumentti.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s23>>.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s22>>.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s20>>.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s17_1>.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s17_2>.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s21>>.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s9_1>.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056#s15>>. Luettu 12.10.2011

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Latvia: Tammi.

Vahla, Lilli 2007. Diabeteksen alidiagnosointiin ei varaa. Sairaanhoidaja. 9/2007. Verkkodokumentti.

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2007/kaypa_hoito/diabeteksen_alidiagnosointiin_ei/>. Luettu 12.10.2011.

Veshnesky, Jennifer 2008. Diabetes peer support. Southern Online Journal of Nursing Research 8(2). Verkkodokumentti.
<http://snrs.org/publications/SOJNR_articles2/Vol08Num04T_V.html#Veshnesky>. Luettu 24.8.2011.

Valle, Timo 2011. Miksi tyypin 1 diabeteksen hoitotulokset eivät ole parantuneet? Suomen lääkärilehti 66(41). Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL412011-3003.pdf>>.
Luettu 20.10.2011.

Teemahaastattelun kysymykset

1. Oletteko saaneet vertaistukea, kun sairastuitte diabetekseen?
2. Mikäli olette saaneet vertaistukea, minkälaista se oli ja tyydyttikö se tarpeenne?
3. Mikäli ette ole saaneet vertaistukea, olisitteko toivonut saavanne ja millaista olisitte toivonut sen olevan?

Tarkentavat kysymykset

1. Milloin sairastuitte diabetekseen?
2. Mikäli ette ole saaneet vertaistukea, kuvailkaa miten olisitte halunneet sen toteutuvan ja miksi juuri se vaihtoehto?

TAULUKKO 4. Yhteenveto Taulukoista 1-3

Pelkistetty muoto	Alaluokka	Yläluokka
-Tyytyväisyys vertaistukiryhmään -Vertaistukiryhmän kokeminen tärkeäksi -Positiivinen kokemus vertaistuesta	Vertaistuen mielekkäisyys	Vertaistuen hyöty
-Kokemusten jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa -Tiedon jakaminen muiden diabeetikoiden kanssa -Muiden diabeetikoiden seura -Vertaistuen monimuotoisuus -Vertaistuen toteuttaminen -Vertaistuen kehittäminen -Vertaistuen toteutuminen -Puhumisen helppous	Vertaistuen positiivinen merkitys	
-Negatiivinen kokemus henkilökunnasta -Hoitohenkilökunnan vähättelevä suhtautuminen -Henkilökunnan puutteellinen ohjaus -Sairauden alkuvaiheen huono hoitotasapaino -Ohjauksen puutteellinen toteuttaminen	Hoitohenkilökunnasta aiheutuva negatiivinen vaikutus	Hoitohenkilökunnan toiminta
-Positiivinen kokemus henkilökunnasta -Tyytyväisyys henkilökuntaan Sairauden alkuvaiheen hoito	Hoitohenkilökunnan ammatillinen suhtautuminen	
-Perheen holhoava käyttäytyminen diagnoosin jälkeen -Perheensisäiset suhteet diagnoosin jälkeen	Perheen painostus	Perheen vaikutus
-Perheen tuki	Perheen positiivinen vaikutus	
-Alkuvaiheen järkytys diagnoosista	Negatiivinen kokemus sairastumisesta	Kokemukset sairaudesta
-Helpottava tunne diagnoosista	Helpottava kokemus sairastumisesta	