

Kirsi M. Korhonen

# TYYPIN 2 DIABETES

”Diabetes on osa minua.”

Opinnäytetyö  
Kliininen asiantuntija(YAMK)


Lokakuu 2013




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  3.10.2013	
<b>Tekijä(t)</b>  Kirsi Korhonen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Kliininen asiantuntija (YAMK)	
<b>Nimeke</b>  Tyypin 2 diabetes - "Diabetes on osa minua."		
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia sairastumisesta. Tyypin 2 diabetes sairautena, sen ennaltaehkäisy, hoito, lääkehoito, omahoito, diabeteksen hoitosuosituksat ja ohjaus on käsitelty teoriaosuudessa. Teoriaosuutta voi käyttää tiedollisen tuen välineenä tyypin 2 diabetekseen sairastuneille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tulosten raportointiosuus antaa tietoa tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden kokemuksista.</p> <p>Tyypin 2 diabeteksen hoidon ja ohjauksen tavoitteellisuus oli tärkeää sekä sairastuneille että terveydenhuollon ammattilaisille. Ohjauksen ja tuen avulla tyypin 2 diabetekseen sairastuneista tulee toimintakykyisiä ja omahoidon hallitsevia.</p> <p>Käytännön tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineiston muodostivat tyypin 2 diabeetikoiden kirjoittamat vapaamuotoiset esseet (n=3) ja kolmen tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden avoimet haastattelut (n= 3) sairastumisestaan. Haastatteluiden ja tarinankirjoittajien ikäjakauma vaihteli välillä 40 - 47 vuotta.</p>		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  Tyypin 2 diabetes, sairastumisen kokemus		
<b>Sivumäärä</b> 96 + 16	<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>  Liitteitä 2 kpl		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Paula Mäkeläinen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the master's thesis</b>  3 <sup>rd</sup> of October 2013
<b>Author(s)</b>  Kirsi Korhonen	<b>Degree programme and option</b>  Advanced Nursing Practice (master level)	
<b>Name of the master's thesis</b>  the type-2 diabetes - Diabetes is a part of me		
<b>Abstract</b> <p>The aim of this study was to describe the experiences of patients who have come down with type 2 diabetes and its effects on their life and taking these into consideration in nursing. In the theoretical part of this thesis is presented type 2 diabetes as a disease; the prevention of type 2 diabetes, the treatment, the medical treatment, the self-care management, the evidence-based guidelines and the patient education. The theoretical part of this thesis can provide information for the health care professionals and patients who suffer from type 2 diabetes. The main results can offer information about the patients experience becoming ill with type 2 diabetes.</p> <p>The goal-orientation of the type 2 diabetes played an important role in the care guidance and the treatment for both patients and health care professionals. The care guidance and aid will be given so that the patients should be capable of functioning and self-care dominates.</p> <p>The thesis was carried out a qualitative research method. The research material was formed three free-form essays (n = 3) and three open-ended interviews (n = 3). The materials were analyzed by content analysis. The age of the interviewees and the essay writers varied between 40 to 47 years.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  Type 2 diabetes ,illness experience		
<b>Pages</b>  96 + 16	<b>Language</b>  Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>  2 appendix		
<b>Tutor</b>  Paula Mäkeläinen	<b>Master's thesis assigned by</b>	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	TYYPIN 2 DIABETES .....	2
2.1	Tyypin 2 diabeteksen määrittely.....	2
2.2	Tyypin 2 diabetekseen sairastavuus.....	3
2.3	Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen .....	4
2.4	Tyypin 2 diabeteksen toteaminen .....	7
3	TYYPIN 2 DIABETEKSEN HOITO .....	9
3.1	Ennaltaehkäisy .....	9
3.2	Lääkehoito .....	11
3.3	Omahoito .....	15
3.3.1	Ruokavalio .....	15
3.3.2	Liikunta .....	19
3.3.3	Alkoholi .....	20
3.3.4	Verensokerin omaseuranta.....	21
3.3.5	Jalkojen hoito .....	22
3.3.6	Suun ja hampaiden hoito.....	23
3.4	Diabeteksen hoitosuositukset.....	23
3.4.1	Diabeteksen Käypä hoito – suositus .....	23
3.4.2	Eurooppalainen diabeteksen ehkäisysuositus .....	24
3.4.3	NICE:n kliiniset suositukset .....	25
3.4.4	ADA:n Standards of Medical Care in Diabetes—2013-suositus.....	26
3.5	Ohjaus .....	26
3.5.1	Vuorovaikutus ja ohjaus .....	29
3.5.2	Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus ohjauksessa.....	29
3.5.3	Aktiivinen kuunteleminen ja kysyminen ohjaussuhteessa.....	30
4	TYYPIN 2 DIABETEKSEN VAIKUTUS MIELIALAAN .....	31
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	32
5.1	Tutkimuksen lähtökohdat .....	33
5.2	Tutkimuksen rajaaminen .....	34
6	AINEISTO JA SEN ANALYSOINTI .....	35
6.1	Aineisto ja kohderyhmä.....	35

6.2	Aineiston tiedonkeruumenetelmät .....	35
6.3	Aineiston analyysi .....	38
6.4	Tutkimuseettiset kysymykset.....	40
7	TULOKSET .....	42
7.1	Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen .....	43
7.1.1	Oireet.....	43
7.1.2	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet .....	45
7.2	Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamat muutokset arjessa.....	48
7.2.1	Omahoito.....	48
7.2.2	Sopeutuminen .....	52
7.2.3	Tunteet sopeutumisen aikana.....	57
7.2.4	Sairauden salaaminen.....	59
7.3	Omahoitoon sitoutuminen .....	59
7.3.1	Asiakkaan päätösvalta hoidossaan.....	60
7.3.2	Muuttunut terveyskäyttäytyminen .....	61
7.4	Ohjaus sairastuneen tukena.....	63
7.4.1	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde.....	63
7.4.2	Sosiaalinen tuki.....	68
7.5	Yhteenvedo .....	71
8	TULOSTEN RAPORTOINTI .....	71
8.1	Tulosten luotettavuus.....	71
8.2	Tulosten tarkastelu.....	73
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	80
	LÄHTEET .....	84

## LIITTEET

1 liite Aineiston luokat ja kokoavat käsitteet

2 liite Aineiston ryhmittely

## 1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetes syntyy vähitellen. Oireina voivat olla esimerkiksi masennus, ärtymys, jalkasäryt, vuosikausia jatkunut kummallinen olotila sekä väsymys, jotka lievennyvät vasta hoidon alettua. Sairastunut voi olla myös oireeton. ( Diabetesliitto 2010a; Saraheimo 2011a, 24.)

Pitkäaikaiset sairaudet koskettavat valtaosaa suomalaisista. Moni suomalainen elää erilaisten oireiden ja lääkkeiden kanssa päivittäin. Aikuisten pitkäaikaisista taudeista on tullut haaste teollisuusmaiden julkisen terveydenhuollolle 1900-luvun puolivälin jälkeen (Kuh & Ben-Shlomo 2004, 34).

Diabetes on yksi suomalaisten keskeisimmistä kansansairauksista. Elämänlaadun oletettu heikkeneminen ja mahdollisten lisäsairauksien pelko vaikuttavat sairastuneeseen. Diabeteksen hyvä hoitotasapaino pienentää lisäsairauksia. (Aarne ym. 2011, 11; Tuomola ym. 2011, 143,180; Käypä hoito – suositus 2011,2,10.)

Diabeteksen käypä hoito – suosituksessa todetaan, että diabeetikoiden hoitopalveluiden kannalta olennaisin muutos on diabeetikkojen määrän nopea lisääntyminen. Palvelutarpeen määrän kasvun lisäksi on huomioitava diabeetikoiden yksilölliset hoitotarpeet sekä sairastuneiden jaksamisen tukeminen. (Käypä hoito – suositus 2011, 2.)

Tyypin 2 diabetekseen sairastumisen aiheuttama muutos tai havainto riskistä sairastua voi olla pelottava, tunteita myllertävä kokemus. On huomattava, että sairastunut tai suuren riskin alainen henkilö ei saisi jäädä itsekseen ajatustensa kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilö kohtaa asiakkaan ajan kanssa ja kuunnellen. Asianmukaisen tiedon välittäminen elämäänsä miettivälle asiakkaalle on ensiarvoisen tärkeää.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabetekseen sairastumista sairastuneiden työikäisten sairaanhoitajien näkökulmasta. Tämä aihe kiinnostaa opinnäytetyön tekijää, koska näyttöön perustuva hoitotyö on osa hoitotyön kehittämistä ja tyypin 2 diabetes on yksi merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hyödynnetään diabeteksen Käypä hoito – suositusta, joka yhtenäistää tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden hoitoa ja siten myös ohjausta. Hoitotyön tulee vastata asiakkaan toiveisiin. Hoitotyön päätöksenteko rakentuu tieteellisen tiedon, tervey-

denhuollon ammattilaisen kliiniseen kokemukseen ja tyyppin 2 diabetekseen sairastuneen oman kokemuksen tuoman tiedon yhdistämisestä. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 10; Sarajärvi ym. 2011, 17 – 18.)

## **2 TYYPIN 2 DIABETES**

Tyyppin 2 diabetes on kasvava kansansairaus sekä Suomessa että muissa teollistuneissa länsimaissa (Virkamäki & Niskanen 2009, 725). Sairastuneiden määrän kasvua selittävät epäterveelliset ruokailutottumukset, pienentynyt fyysinen aktiivisuus ja näiden kahden tekijän yhteisvaikutuksesta aiheutuva lihavuuden yleistyminen, joka on tyyppin 2 diabeteksen merkitsevä riskitekijä. (Etu - Seppälä ym. 2004, 9.)

### **2.1 Tyyppin 2 diabeteksen määrittely**

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille on yhteistä energia-aineenvaihdunnan häiriö. Se ilmenee kohonneena veren glukoosipitoisuutena. Häiriö vaikuttaa koko elimistöön, koska kudokset käyttävät glukoosia energianaan. Liiallinen sokerimäärä muuntaa elimistön valkuaisaineiden rakennetta ja toimintaa. Diabeteksen päämuodot ovat tyyppin 1 diabetes ja tyyppin 2 diabetes. Muut diabetesmuodot ovat harvinaisia. (Saraheimo 2011b.) Tyyppin 2 diabetesta ilmenee miehillä enemmän kuin naisilla 30 ikävuoden jälkeen. Suhteellisesti eniten tyyppin 2 diabetes on lisääntynyt alle 44-vuotiailla, joilla sairaus oli aiemmin epätavallinen. (Reunanen ym. 2008, 1954.)

Tyyppin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus. Vanhemman sairastaessa diabetesta lapsella on noin 40 % suurempi riski sairastua ja molempien vanhempien sairastaessa riski sairastua on 70 % suurempi kuin muilla ikäisillään. (Saraheimo 2011c, 30–31) Perinnöllisyys ja elämäntavat vaikuttavat riskin suuruuteen (Mustajoki & Kunnamo 2009). Perinnöllinen alttius ei kuitenkaan merkitse sitä, että sairastuminen olisi väistämätöntä. Tauti muotoutuu vähitellen geenien ja epäedullisten elintapojen yhteisvaikutuksena. (Uusitupa 2005.)

Tyyppin 2 diabeteksen sairastumisriskiä voidaan arvioida Suomessa kehitetyllä diabetesriskitestillä, joka sisältää kahdeksan luokiteltua ja pisteytettyä elämäntapakysymystä (ikä, painoindeksi, vyötärön ympäryys, liikunta, hedelmien, marjojen ja kasvien käyttö, verenpainelääkkeiden käyttö, verenglukoosin koholla oloa sekä lähisuvun dia-

beetikkojen kartoitus). Diabetesriskitestin avulla saadaan arvio riskistä sairastua tyyppin 2 diabetekseen seuraavan 10 vuoden aikana. (Lindström & Tuomilehto 2003.)

## 2.2 Tyyppin 2 diabetekseen sairastavuus

Suomessa diabetesta sairastaa noin 500 000 henkilöä. Suomalaisista noin 10–15 % sairastaa tyyppin 1 diabetesta ja loput 75 % tyyppin 2 diabetesta. Seulontatutkimusten tuottaman tiedon avulla tiedetään, että oireettomien ja tietämättään diabetesta sairastavien määrä on melkein puolet tunnettujen diabeetikkojen määrästä. Tyyppin 2 diabetekseen sairastuneiden määrä on kasvanut vauhdikkaasti. Vuonna 2000 tyyppin 2 diabeetikkoja oli noin 130 000 ja vuonna 2010 määrä oli 250 000. (Saraheimo & Sane 2011,13; Käypä hoito – suositus 2011.) Suomessa diabeteksen esiintyvyys 5,79 prosenttia WHO:n mukaan (IDF 2012,3).

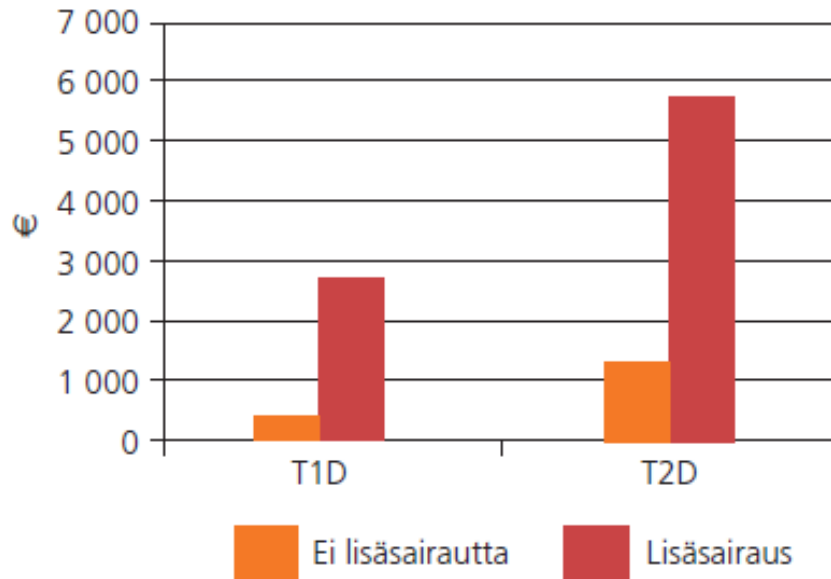
Diabetesta sairastavien määrä Suomessa on liki kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Vuoden 2011 tilastojen mukaan yli 300 000 henkilöllä oli diabeteslääkkeet. Väestötutkimusten perustella on arvioitu, että yli 200 000 henkilöllä olisi tietämättään diabeettiset sokeriarvot: verensokerin paastoarvo 7 mmol/l tai aterian jälkeinen verensokeri 11 mmol/l tai enemmän. Lisäksi isommalla joukolla on diabeteksen esiaste eli paastosokeri on 6-7 mmol/l tai aterianjälkeinen verensokeri 8-11 mmol/l tasolla. Jokaisen aikuisikäisen hyödyttäisi mittauttaa sokeriarvonsa viiden vuoden välein. (Ilanne-Parikka 2012.) Työeläkettä saavat diabeetikkoja oli 2 396 ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet diabeetikkoja 223 vuonna 2011. (KELA 2012a, 47,51).

Diabetes on kansantaloudellisesti huomion arvoinen sairaus. Suomessa käytetään 15 prosenttia terveydenhuollon menoista diabeteksen hoitoon. Ennusteen mukaan diabetekseen sairastuneiden määrä voi kaksinkertaistua seuraavien 10–15 vuoden aikana, mikä asettaa terveydenhuollolle suuria haasteita. (Käypä hoito – suositus 2011.) Vuoden 2011 Suomen terveydenhuoltomenoihin käytettiin 17,1 miljardia euroa (Matveinen & Knape 2013,1). Mikäli terveydenhuoltomenoista käytetään 15 prosenttia diabetekseen hoitoon, niin vuoden 2011 diabeteksen hoitoon käytetyt menot ovat noin 2,4 miljardia euroa.

Suurimmat diabeteksen hoidon kustannuserät johtuivat erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidosta. Erikoissairaanhoidon tarve oli lähtöisin diabeteksen aiheuttamien lisä-



sairauksien tuottamasta hoidon tarpeesta kuten aivo- ja sydäninfarkteista sekä amputaatioista. (Tuomola ym. 2011, 96.) Lisäsairauksien ilmaantuminen moninkertaistaa diabeteksen aiheuttamat kustannukset. Ne kohoavat tyypin 1 diabetesta sairastavilla 6-kertaisiksi ja tyypin 2 diabetesta sairastavilla 4,4-kertaisiksi. Kuvassa yksi T1D tarkoittaa tyypin 1 diabetesta ja T2D tyypin 2 diabetesta. (Koski 2011,56.)



**KUVA 1.** Lisäsairauksia saaneen ja niiltä säästyneen diabeetikon vuodeosastohoidon, erikoissairaanhoidon avohoidon ja lääketojen aiheuttamat lisäkustannukset (euroissa) diabeetikkoa kohden vuonna 2007. Kuvassa yksi olevien merkinnät tarkoittavat T1D=tyypin 1 diabetes T2D=tyypin 2 diabetes. (Koski 2011,56.)

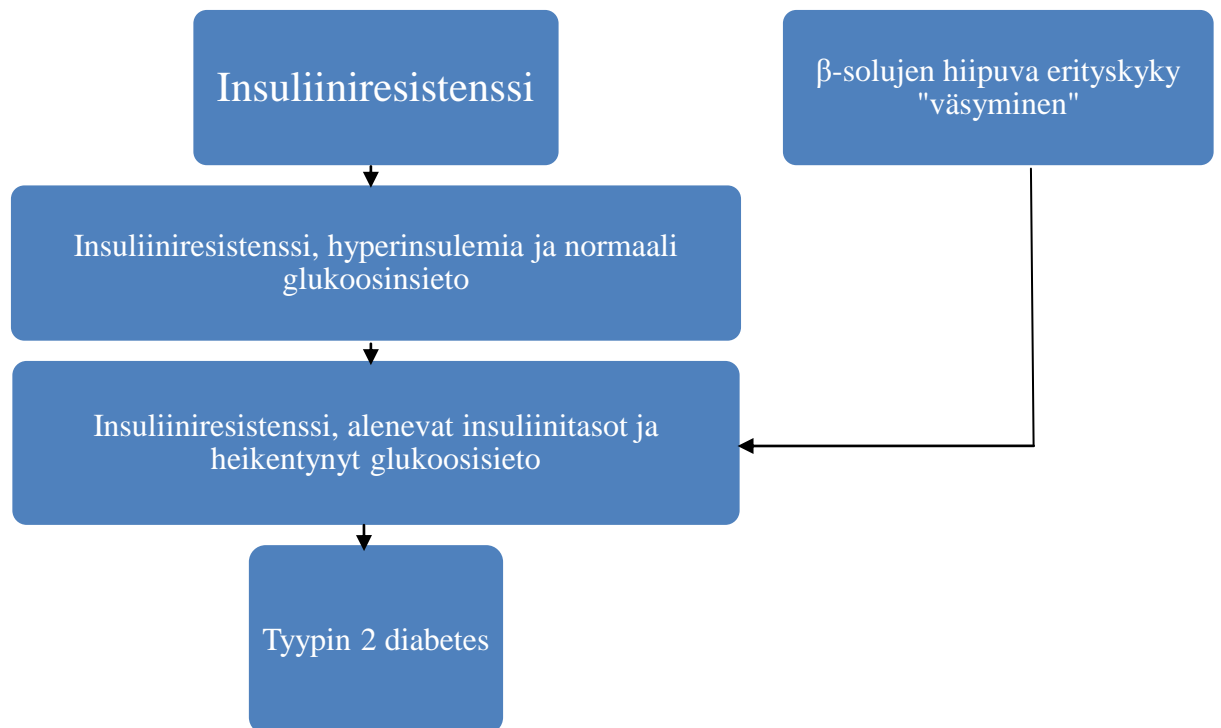
Diabeetikon omahoidon tukeminen on keskeistä lisäsairauksien ehkäisemiseksi. Kun voidaan estettyä lisäsairauksien kehittyminen, elämänlaatu säilyy pidempään parempana. Hyvä omahoito torjuu lisäsairauksia ja omahoidon toteutuksesta vastaa diabeetikko itse.

### 2.3 Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen

Tyypin 2 diabetes kehittyy tavallisesti vähitellen ja on usein pitkän aikaa oireeton. Taudin kehittyminen voi kestää 15 vuotta ja se havaitaan monesti sattumalta. Tyypin 2 diabetes on usein osa metabolista oireyhtymää. Metabolista oireyhtymää sairastavan riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kasvaa, koska keskivartalon vatsaontelon sisäinen rasva altistaa glukoosiaineenvaihduntahäiriöille ja alentuneelle insuliiniherkkyydelle.

Tyypin 2 diabetesta voi olla vaikea huomata, koska verensokeri nousee hitaasti ilman mitään havaittavia ja huolestuttavia oireita. Tavallisimpia oireita tyypin 2 diabetekses- sa ovat väsymyksen ja ns. vetämättömyyden tunne ruokailun jälkeen. Masennus, ärty- neisyys, jalkasäryt, näön heikentyminen ja tulehdusherkkyyys ovat myös yleisiä oireita. (Saraheimo 2011d, 24–26.) Tyypin 2 diabetes ilmenee tavallisesti 35 – 40 ikävuoden jälkeen. Ennen diagnoosia voidaan todeta potilaan insuliinin erityksen vähenneen ja sen vaikutuksen heikentyneen. (Lahtela 2008, 11.)

Tyypin 2 diabetekseen kytkeytyy häiriö insuliinin vaikutuksessa eli insuliiniresistenssi ja heikentynyt insuliinin erityks (Vauhkonen 2005, 357). Kohonnut verenpaine ja/tai rasva aineenvaihdunnan häiriöt ovat tavallisia (Tarnanen ym. 2011). Tätä laajempaa aineenvaihduntahäiriötä nimetään metaboliseksi oireyhtymäksi eli MBO. Keskivartalolihavuus on yksi keskeisin metabolisen oireyhtymän kriteereistä. MBO:in liittyviä muita oireita ovat koholla oleva verenpaine, matala HDL-kolesteroli, koholla oleva veren triglyseridipitoisuus ja heikentynyt sokeriaineenvaihdunta tai todettu diabetes. Keskivartalolihavuus, koholla oleva verenpaine ja matala HDL-kolesteroli mahdollis- tavat diagnoosin MBO:sta. (Virkamäki 2011,35–37.)



**KUVA 2. Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen (Virkamäki & Niskanen 2009, 779).**

Kansainvälisen Diabetesliiton (IDF:n) määritelmän mukaan keskivartalolihavuus on metabolisen oireyhtymän välttämätön kriteeri. Miehillä keskivartalolihavuuden kriteerinä on vyötärön ympärysmitta vähintään 94 cm ja naisilla vähintään 80 cm. Painoindeksin (BMI, body mass index) ollessa vähintään 30 kg/m<sup>2</sup> keskivartalolihavuuden kriteeri toteutuu eikä vyötärön ympärysmittaa tarvitse mitata. Lisäksi diagnoosiin vaaditaan kaksi seuraavista kriteereistä: koholla oleva triglyseridipitoisuus (vähintään 1,7 mmol/l), matala HDL-kolesteroliarvo (miehillä alle 1,03 mmol/l ja naisilla alle 1,29 mmol/l), koholla oleva verenpaine (systolinen vähintään 130 mmHg ja diastolinen vähintään 85 mmHg) ja plasman glukoosipitoisuuden suurennut paastoarvo (vähintään 5,6 mmol/l tai aikaisemmin todettu tyypin 2 diabetes). Kriteerit täyttyvät jos veren rasva- ja kolesteroliarvoja tai verenpainetta hoidetaan lääkkein. (Laakso 2005, 1521–1530.)

Metabolisen oireyhtymän hoidolla ehkäistään sydänsairauksien ja tyypin 2 diabeteksen syntymistä. Hoito suunnataan oireyhtymän perushäiriöihin eli ylipainoon, keskivartalolihavuuteen ja insuliiniresistenssiin (Laakso 2005, 1521 – 1530). Oireyhtymän riskin varhainen toteaminen on keskeistä, sillä sairaus edistyy ilman oireita ja hitaasti. MBO voi johtaa kohonneeseen verenpaineeseen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin ja tyypin 2 diabetekseen (Iivanainen 2010, 534).

Tyypin 2 diabeteksessa verensokeri kohoaa, koska insuliinin teho kudoksissa on heikentynyt eli on muodostunut insuliiniresistenssi. Lisäksi haiman insuliinineritys on heikennyt. Insuliiniresistenssiä aikaansaavat ylipaino ja korkea verensokeri, joista seuraavat hormonituotannon muutokset. (Aro 2007, 12.)

Tutkimusten mukaan lyhyt unen pituus sekä unettomuus ovat yhteydessä lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen kehittymiseen (Rintamäki & Partonen 2009, 693). Kliinisissä tutkimuksissa on havaittu, että koehenkilöiden lyhytaikainen valvottaminen vaikuttaa hormonitasapainoon insuliiniherkkyyden pienentyessä ja ruokahalun säätelyn häiriintyessä (Spiegel ym. 2004). Immuunijärjestelmä aktivoituu kokeellisessa univajeessa (Spiegel ym. 2005).

Insuliinia kehittyä haiman Langerhansin saarekkeiden beta-soluissa. Tyypin 2 diabeteksen alkaessa, arviolta puolet beta-soluista on tuhoutunut ja sairauden edetessä

myös insuliininerityksen häiriöt lisääntyvät. (Virkamäki & Niskanen 2009, 717, 727–728.)

Tyypin 2 diabetes voi muodostua kahden erilaisen, itsenäisen mekanismin kautta. Insuliiniresistenssi on varhainen muutos glukoosiaineenvaihdunnan häiriöissä. Insuliiniresistenssiä voi ilmetä henkilöillä, joiden paastoglukoosi oli alle 5 mmol/l eli normaali-alueella. Kahden tunnin sokerirasituskokeessa glukoosin vähäinen nousu normaali-alueella kytkeytyy insuliiniresistenssiin. Insuliinin erityis heikenty, kun paastoglukoosi tai kahden tunnin glukoosi on joko prediabeettisella tai diabeettisella alueella. Huomattava osa tyypin 2 diabeteksen riskiä lisäävistä geeneistä liittyy insuliinin erityksen häiriöön. Näitä geenejä ovat mm. TCF7L2, SLC30A8, HHEX, CDKN2B, CDKAL1, MTNR1B, KCNJ11 ja IGF2BP2. (Stancáková 2010, 17, 29,33,65–71.)

#### **2.4 Tyypin 2 diabeteksen toteaminen**

Diabeteksen toteaminen rakentuu yleensä plasmasta tai kokoverestä otettuihin verensokeriarvoihin. Laboratoriokokeisiin kuuluvat verensokerin paastoarvo ja kahden tunnin sokerirasituskoe. Paastoverinäyte otetaan aamulla ennen aamupalaa, jota edeltää kahdeksan tunnin ravinnotta olo. Sokerirasituskokeessa otetaan ensin paastoverensokeri ja sen jälkeen nautitaan viiden minuutin kuluessa noin 75 g sokeria, joka on liuotettu 300 ml vettä. Seuraava näyte otetaan kahden tunnin kuluttua sokerin nauttimisesta. (Seppänen & Alahuhta 2007, 18.)

Normaalit paastoarvot ennen aamiaista ovat 4,0 – 6,0 mmol/l välillä. Verensokerin tulisi olla kaksi tuntia ruokailun jälkeen alle 7,8 mmol/l. Diabetesta todettaessa täytyy huomioida nämä kaksi arvoa, sillä niiden ollessa koholla voidaan todeta diabeteksen puhkeaminen. (Seppänen & Alahuhta 2007, 18.) Diabetes voidaan todeta, jos oireet ovat selkeät ja plasman sokeripitoisuus ylittää 11 mmol/l. Epäselvissä oireissa voidaan diabetes todeta vain, jos plasman sokeripitoisuus on uusiutuvasti lisääntynyt kahdeksan tunnin paaston jälkeen. Uusimpien tutkimusten mukaan diabetes voidaan mahdollista todeta HbA1c-laboratoriokokeen avulla. (Saraheimo 2011d, 26.)

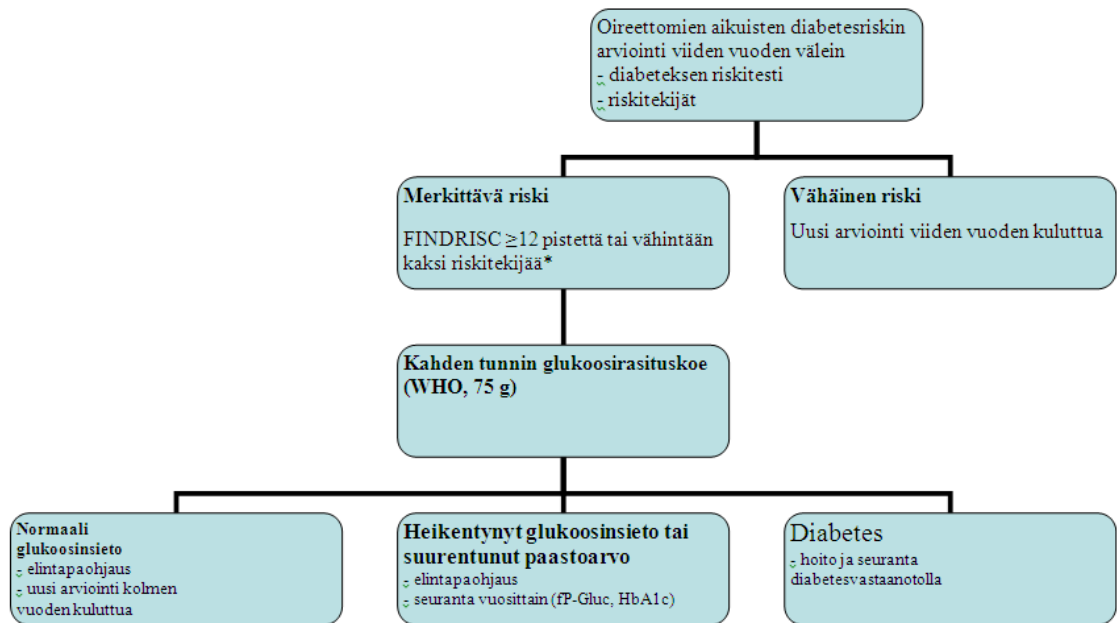
Pelkästään veren paastoglukoosin mittaaminen ei riitä tyypin 2 diabeetikoiden seulontamenetelmäksi, koska veren paastoglukoosin mittaustuloksen perusteella ei voida saada kiinni kaikkia oireettomia diabeetikoita, eikä ihmisiä, joilla on heikentynyt glukoosin-

sieto (Peltonen ym. 2006, 167). Brittiläisen tutkimusraportin mukaan paras menetelmä seuloa oireeton tyypin 2 diabetekseen sairastunut on oraalinen glukoosikoe. Koska oraalinen glukoosikoe on kallis, seulontamenetelmänä käytetään glykoituneen hemoglobiinin (B-GHb-A1C) mittausta. (Waugh 2007, 22–25.)

Seulonnalla tarkoitetaan sairauden etsimistä oireettomista henkilöistä. Seulottavan sairauden on oltava huomattava terveysongelma, sen eteneminen on tiedettävä, ja sillä pitää olla oireeton esiaste, joka on identifioitavissa riskittömällä ja pätevällä tavalla. Sairauden tai esiasteen varhaisesta havaitsemisesta tulee olla terveyshyötyä, ja seulonnan ja ehkäisyn kulut tulee olla kohtuulliset tavoitettavaan terveyshyötyyn nähden, ja ne voidaan järjestää osana yleistä terveydenhuoltoa. (Saramies 2004, 25.)

Diabeteksen seulonnan päämääränä on tavoittaa uudet diabeetikot aikaisessa vaiheessa seulomalla riskiryhmiä ja täsmentämällä diabeteksen diagnostiikkaa. Tyypin 2 diabeteksen todennäköisyyttä kasvattavat ylipaino, aiemmin todettu glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, korkea ikä, raskausdiabetes, diabeteksen esiintyminen suvussa, vaatimaton ruumiillinen aktiivisuus, kohonnut verenpaine sekä valtimosairaus (Käypä hoito – suositus 2011, 5–6.)

Diabeteksen riskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi suositetaan diabetesriskitestiä. Seulonta suunnataan ja suositetaan omaehtoisen riskitestauksen tekemistä ikäryhmätarkastusten yhteydessä. Riskitestin jatkoselvittelyihin ohjaavaa pisterajaa tulee tarkistaa toimintamahdollisuuksien perusteella. Seuranta- ja interventiostrategioita kehitetään seulonnan mukana. Seuraavana on Käypä hoito – suosituksen esimerkki diabeteksen seulontamalliksi kuva kolme. (Käypä hoito – suositus 2011,5–7.)



**KUVA 3. Esimerkki diabeteksen seulontamalliksi (Käypä hoito – suositus 2011, 7).**

### 3 TYYPIN 2 DIABETEKSEN HOITO

#### 3.1 Ennaltaehkäisy

Tyypin 2 diabetesta kyetään ehkäisemään ylipainon pudotuksella, liikunnan lisäämisellä ja ruokavalion muutoksilla. Nämä menetelmät ehkäisevät vaikuttavimmin tyypin 2 diabetesta tai siirtävät sen puhkeamista myöhemmäksi. Lääkehoidon vaikutus tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä on elintapamuutoksia pienempi. Käytettäessä lääkkeitä diabeteksen ehkäisyssä on niiden tehon arvioitu olevan noin puolet elintapamuutoksen tehosta. (Laakso & Uusitupa 2007,1439.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy hyödyttää, sillä riskiryhmät ovat identifioitavissa ja diabeteksen riskinarviointi eli seulonta on sekä edullinen että suhteellisen luotettava. Varhainen interventio tyypin 2 diabeteksen kehitykseen estää muiden kansanterveydellisesti merkittävien sairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien puhkeamista. (Uusitupa 2009.) Suomalaisessa Diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa (DPS) todettiin, että tyypin 2 diabeteksen puhkeamista voidaan torjua kohtuullisen pienillä elintapojen muutoksilla (Salminen ym. 2002,1379).

Diabeteksen riskinarviointi eli seulonta on kustannustehokasta, kun diabeteksen riskinarviointi aloitetaan 30–45-vuotiaiden joukossa ja toistetaan 3-5 vuoden välein. Useimmat seulontamallit pienensivät yli 50-vuotiaiden yhdysvaltalaisien kuolemia 2-5 tapauksella 1 000 henkilöä kohden. Aivohalvausten estämisessä seulontamalleilla ei ollut vaikutusta. Useat mallit erottuivat laatu painotteisten elinvuosien määrässä. (Ahlblad 2010.)

Valtimoterveyttä kaikille -työryhmä ehdotti, että kaikkien 40-vuotiaiden diabetes- ja valtimotautiriski tulisi arvioida, mutta seulontavälit eivät olleet mukana ehdotuksessa. Timo Saariston mukaan aloittamalla seulontoja nuorella iällä tavoitettaisiin diabeteksen ja valtimotautien primääripreventio. (Ahlblad 2010.)

Merkittävä tyypin 2 diabeteksen riskiryhmien tunnistamiskeino perusterveydenhuollossa on ns. diabetesriskitestin täyttäminen. Vähintään 12 pistettä saaneille tai vähintään kaksi riskitekijää omaavalle asiakkaalle ehdotetaan tehtäväksi kahden tunnin glukoosirasituskoet. Poikkeavan glukoosirasituskoetuloksen saaneille asiakkaille annetaan tehostettua hoitointerventiota ja ohjataan vuosittaiseen seurantaan. (Käypä hoito – suositus 2011,6 – 7.)

Fysioterapialla olisi paljon annettavaa diabeteksen ehkäisylle, seulonnalle ja hoidolle. Ennaltaehkäisyn avulla näistä kyettäisiin vähentämään kaksi kolmannesta. (Laine 2011, 32.)

Sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ja lihavuus ovat tavallisia keski-ikäisillä suomalaisilla. Sokeriaineenvaihdunnan häiriötä on yli 40 prosentilla miehistä ja yli 30 prosentilla naisista. Aikaisemmin näin korkeaa esiintyvyyttä ei ole aiemmin raportoitu ikäryhmästä 45- 64 - vuotiaat. (Saaristo 2011,94.)

Keskeisimmät elämäntapamuutokset tyypin 2 diabeteksen riskin pienentämiseksi ovat 5–10 % painon pudotus, mikäli henkilö on ylipainoinen, säännöllisen fyysisen aktiivisuuden eli liikunnan lisääminen ja rasvan ja etenkin tyydyttyneen rasvan osuuden vähentäminen ruokavaliosta. Ruokavalion tyydyttyneen, kovan rasvan osuudeksi suositellaan korkeintaan 10 %, rasvan kokonaissaanniksi 25–35 %, hiilihydraattien osuudeksi 50–60 % ja proteiinien osuudeksi noin 15 % ravinnon energiasta. (Yki - Järvinen 2010.)

Tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn kannalta elämäntapamuutoksen avulla hallittavat riskitekijät ovat vyötärölihavuus ja painoindeksi (Peltonen ym. 2005, 163). Vyötärölihavuus tulee laihduttaa liikuntavoittoa, koska liikunta pienentää vatsaontelon rasvaa. Pitkäkestoinen kuntoa parantava liikunta on siinä tehokkainta. (Mustajoki 2011.)

Vapaa-ajan liikunta vaikuttaa ennaltaehkäisevästi ennen kaikkea metaboliseen oireyhtymään kytkeytyviin tekijöihin kuten painon nousemiseen, vyötärön ympäröityksen kasvamiseen, kohonneeseen verenpaineeseen ja tyyppin 2 diabetekseen. Vähäinenkin vapaa-ajan liikunta suojaa tyyppin 2 diabetekseen sairastumiselta tai hidastavan sen puhkeamista. (Waller 2011, 70–71.)

Ennaltaehkäisyllä voidaan estää tyyppin 2 diabeteksen kielteiset vaikutukset. Tyyppin 2 diabetesta sairastaa 7 prosenttia eurooppalaisista. Ranskalaisessa pitkittäistutkimuksessa todettiin, että tyyppin 2 diabetesta sairastavista työkäisistä potilaista menetti keskimääräisesti 1,1 työvuotta ikävuosien 35 - 60 välillä. (Euroopan komissio 2013,14.)

### **3.2 Lääkehoito**

Yksilöllisesti suunniteltu lääkehoito huomioi taudin patofysiologian (Erikson & Laine 2013, 481). Päämääränä on päästä aktiivisella hoidolla lähelle normoglykemiaa komplikaatio- ja liitännäissairausriskin pienentämiseksi. Lääkehoito on täydentävä hoitomuoto. Lääkehoidon lisäksi on korostettu elintapojen terveellisyden merkitystä. Elintapahoitoa kohdennetaan ylipainoisuuden hoitoon, ruokavalioon ja liikuntaan. (Ilanne-Parikka 2011f, 224.)

Tyyppin 2 diabeteksen hoitoon kuuluvat keskeisenä osana verensokeria alentavat tabletit. Lääkäri päättää hoidon kohdistumisesta joko insuliiniresistenssin hoitoon tai heikentyneeseen insuliinin eritytykseen. Muita huomioitavia seikkoja ovat munuaisten toiminta, ylipainon määrä, potilaan ikä, verensokerien vaihtelua ja lääkkeiden haittavaikutukset. Kokeilu elintapahoidosta on mahdollinen ja arviointi tehdään 1-3 kuukauden kuluttua. Jos liikunta, laihduttaminen ja ruokavalio eivät hyödytä sekä HbA1c ja verenpaastosokeri ovat yli 6 mmol/l, siirrytään lääkehoitoon. (Ilanne-Parikka 2011f, 224–226.)



Metformiini on tyypin 2 diabeteksessa ensisijainen lääke, koska hypoglykemiariskiä ei ole eikä metformiini lisää haiman insuliinin eritystä. Metformiinin kauppanimet ovat Diformin Retard, Glucophage, Metforem, Metformin Actavis, Metgol ja Oramet-Hexal. Metformiini estää maksan sokerintuotantoa ja sokerin imeytymistä suolistossa ja laskee siten veren sokeripitoisuutta. Sivuvaikutuksia lääkehoidon aloitusvaiheessa voivat olla vatsavaivat, ripulointi, ruokahaluttomuus, metallin maku suussa ja pahoinvointi. Mikäli B12-vitamiinia ja foolihappoa on nautittu ruuassa niukasta, on seurattava B12-vitamiinin ja foolihapon imeytymistä verikokein. Jatkuvassa käytössä olevan metformiinin vaikutusta B12-vitamiinin seurataan laboratorioskokein 1–2 vuoden välein. (Ilanne–Parikka 2011e, 227–228; Saraheimo & Rönnemaa 2011, 324.)

Mikäli metformiinilla ja elintapamuutoksilla ei saavuteta asetettuja hoitotavoitteita 3-6 kuukauden kuluessa, metformiini voidaan korvata tyypin 2 diabeteksen hoidossa muilla tablettilääkkeillä, kuten gliptiiniineillä, (Erikson & Laine 2012, 42). Liikunta ja ruokavalio täydentävät gliptiini- tai metformiinilääkityksen hoitotehoa. Vähäisten haittavaikutusten takia gliptiinien käyttöä suositellaan niille, joille metformiinilääkitys ei sovi. Gliptiinihoidon alussa voi olla pahoinvointia. Gliptiinien käyttöä rajoittaa maksan, munuaisten tai sydämen vaikea vajaatoiminta. (Ilanne-Parikka & Niskanen 2011, 234.)

Tyypin 2 diabeteksen etenemisen seurauksena haiman beta-solujen toiminta heikkenee, ja insuliinin erityks pienenee. Kun tablettihoito ei tuota tulosta, hoitotavoitteiden saavuttaminen varmistetaan insuliinihoidolla, koska se vähentää vaikuttavasti veren glukoosipitoisuutta. (Erikson & Laine 2012, 44.)

Tyypin 2 diabeetikolle aloitetaan viivästyksettä verenpaineen lääkehoito, kun verenpaine mitattuna ja seurattuna on yli 140/90 mmHg. Verenpaineen tavoitetaso lääkehoidon aloittamisen jälkeen tyypin 2 diabeetikolla on alle 130/80 mmHg. (Käypä hoito – suositus 2011, 8 -9.) Verenpaineen hoidossa keskeisintä on saada verenpaine alenemaan. Verenpaineen alentaminen lääkehoidon avulla on tärkeää, jos diabeetikolla on todettu mikroalbumiuria, nefropatia ja merkittävä retinopatia. Diabeetikoiden ennustetta voidaan parantaa hoitamalla kohonnut verenpainetta lääkehoidolla. Suositeltavia lääkkeitä ovat diureetit, ACE-estäjät, angiotensiini II-reseptorin salpaajat (ATR), kalsiumkanavan salpaajat tai beetasalpaajat. ( Käypä hoito - suositus 2011, 8–9,22 – 23.)

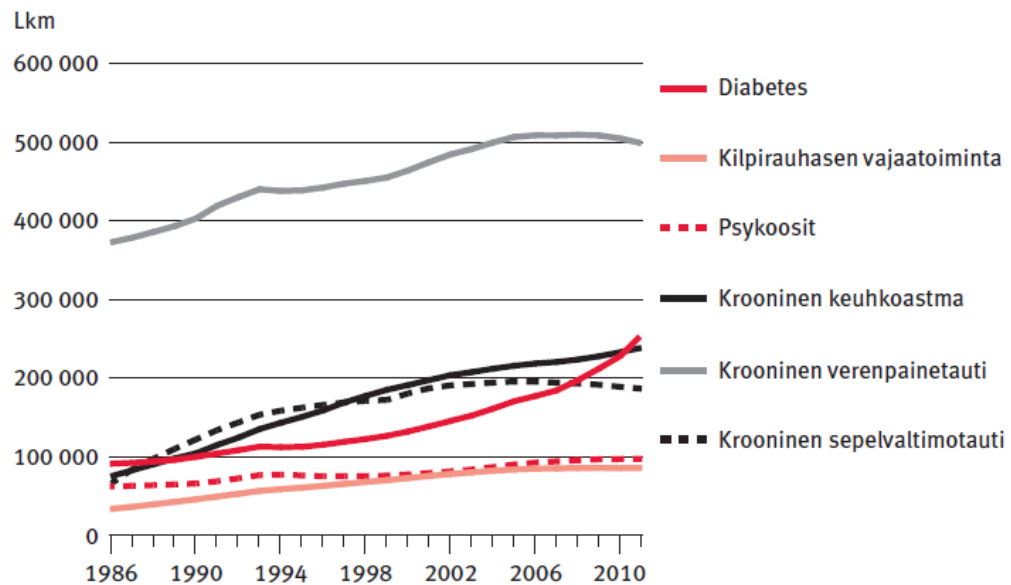
Kohonnutta verenpainetta voidaan hoitaa kahden kuukauden ajan elintapainterventiolla, jonka jälkeen arvioidaan saavutettu tulos. Verenpaineen arviointi on tärkeää, koska korkea verenpaine vaikuttaa riskiin sairastua sydän- ja verisuonitapahtumiin, munuaisten vajaatoimintaan ja retinopatiaan. ( Käypä hoito – suositus 2011, 8 –9,22 – 23.)

Mikroalbumiurian tai muiden kardiovaskulaaritautien takia tyypin 2 diabeetikon veren lipidiarvojen tulee olla suositusalueella ja LDL-kolesterolin tulisi olla alle 2.5 mmol/l. Perifeeristä valtimotautia, sepelvaltimotautia tai aivovaltimotautia sairastavalle tyypin 2 diabetespotilaalle on aina syytä aloittaa statiinihoito. S-LDL-kolesterolin tavoite on tällöin alle 1.8 mmol/l. ( Käypä hoito – suositus 2011, 8 – 9.)

Joka neljännellä suomalaisella oli oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin vuoden 2011 lopussa. Myönnettyjä oikeuksia erityiskorvattaviin lääkkeisiin oli yhteensä 2,0 miljoonaa. Korvausoikeuksien lukumäärä ei käsitä rajoitetusti erityiskorvattuja oikeuksia. Yleisin erityiskorvaukseen oikeuttava sairaus oli krooninen verenpainetauti, jonka vuoksi oli myönnetty puoli miljoonaa oikeutta. Toiseksi yleisin oli diabetes (253 100 oikeutta) ja kolmanneksi yleisin krooninen keuhkoastma(238 700). Näiden kolmen sairauden korvausoikeuksien osuus oli puolet kaikista erityiskorvausoikeuksista. (KELA 2012b, 1.) Kuvissa neljä ja viisi on esitetty diabeteksen vuoksi Kelan lääkekorvaukseen oikeutettujen määriä.



**KUVA 4. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin eli diabeteslääkkeisiin oikeutetut vuosina 2007 ja 2011 (Martikainen ym. 2008,121;Kalliokoski ym. 2012,118).**



**KUVA 5. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut henkilöt yleisempien sairauksien mukaan 1986–2011 (KELA 2012b, 1).**

Taulukosta yksi käy ilmi, että diabeteksen vuoksi Kelan lääkekorvaukseen oikeutettujen määrä kasvoi 37,2 prosenttia vuosien 2007 ja 2011 välillä, miehillä voimakkaammin kuin naisilla. Diabeteksen vuoksi Kelan lääkekorvaukseen oikeutettujen miesten määrä kasvoi 38,8 prosenttia. Tämä ei välttämättä johdu diabeteksen yleistymisestä, vaan siitä, että sairaus tunnistetaan herkemmin ja sitä hoidetaan aktiivisemmin kuin ennen.

**TAULUKKO 1. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin eli diabeteslääkkeisiin oikeutetut ja sairauksien kustannukset korvauksia saanutta kohti vuosina 2007- 2011 (Martikainen ym. 2008,121;Martikainen ym. 2009,116;Martikainen ym. 2010,134; Kalliokoski 2011,115;Kalliokoski ym. 2012,118.)**

Diabetes (103) – Diabetes mellitus	Oikeuksia erityiskorvattaviin lääkkeisiin			Keskimääräiset kustannukset (€)		
	Yht.	Miehet	Naiset	Yht.	Miehet	Naiset
2007	184 504	98 549	85 955	576	618	526
2008	197 598	106 019	91 579	615	664	557
2009	212 343	114 228	98 115	624	679	560
2010	228 225	123 073	105 152	702	763	631
2011	253 102	136 738	116 364	731	792	659

### 3.3 Omahoito

Diabeteksen omahoito on kokonaisuus, joka rakentuu monista valinnoista, toimista ja järjestelyistä (Marttila 2011, 54). Omahoidossa diabeetikon tulee pyrkiä yhteensovittamaan hoito ja arkielämä, jotta voidaan taata hyvä elämänlaatu ja hyvinvointi. Omahoito on omatoimista osallistumista itsensä hoitoon, joten diabeetikon on keskeistä käsitellä omahoidon merkitys itsensä hoitamisessa. (Seppänen & Alahuhta 2007, 8–9.) Omahoidon voi tiivistää sanoihin erittäin tärkeä. Tämän ymmärtäminen auttaa diabeetikkoa omahoidon toteuttamisessa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa omahoidon laiminlyönti on liitetty usein diabeetikon ja hoidon ohjaajan väliseen vuorovaikutukseen. Omahoidon laiminlyönti voi johtua esimerkiksi siitä, että potilaat pitävät saamiaan hoito-ohjeita virheellisinä tai erilaiset hoitovaihtoehdot ovat tuntemattomia kuten hoitovaihtoehtojen hyöty - ja haittavaikutukset. Diabeetikoita voidaan tukea mm. opetuselokuvilla, joissa käsitellään diabetesta sairautena sekä lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. (Shue ym. 2010, Martin ym. 2005.)

Lääkärin ja potilaan välisiä ohjauskeskusteluja ei toistaiseksi käytetä täysimittaisesti hyödyksi. Lääkärin ja potilaan välisiä ohjauskeskusteluja tulisi kehittää viestinnän tehostamiseksi sekä potilastyytyväisyyden lisäämiseksi. Ohjauskeskusteluissa tulisi huomioida potilaan mahdollisuus esittää kysymyksiä ja oireitaan. (Li ym. 2007, 429.)

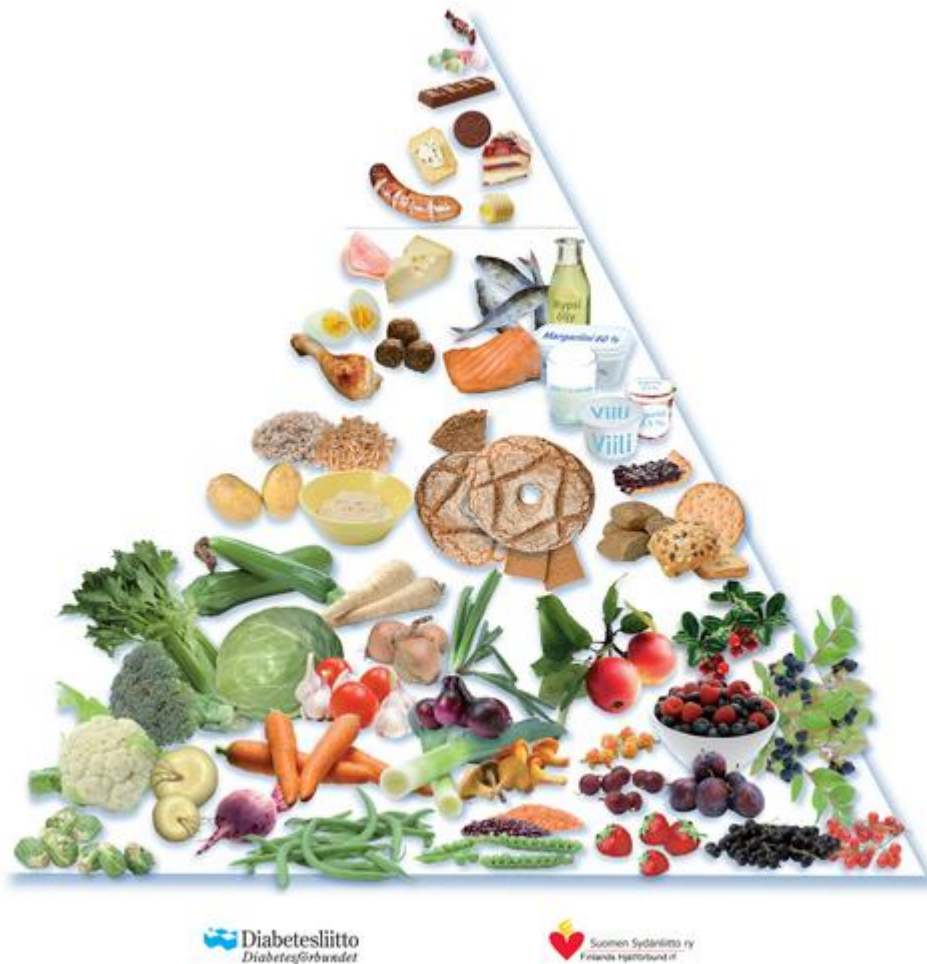
Tyypin 2 diabeteksekseen sairastuneen tulee hoitaa itseään kokonaisvaltaisesti, koska diabetes on haittavaikutuksiltaan laaja-alainen ja erityisesti sepelvaltimotaudille altistava sairaus. Tyypin 2 diabeteksen hyvään hoitoon kuuluvat tupakoimattomuus, monipuolinen ruokavalio ja liikunta. Lääkehoitoa käytetään diabeteksessa kohonneen verensokerin hoitoon, mahdollisen kohonneen verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden korjaamiseen. On suositeltu että diabeetikko nauttii päivittäin aspiriiniannoksen, jonka lääkäri on määritellyt yksilöllisesti. (Ilanne - Parikka 2011b, 217–219.)

#### 3.3.1 Ruokavalio

Hyvä ravitsemustila mahdollistaa terveellisen perustan hyvinvoinnille parantaen elämänlaatua ja ehkäisten samalla kansansairauksia kuten tyypin 2 diabetesta (Nuutinen ym. 2011, 17). Ruokavalion tulisi sisältää ruisleipää, rasvaista kalaa ja mustikoita.

Täysjyväviljan, rukiin, rasvaisen kalan ja mustikoiden nauttiminen yhdessä aiheuttavat muutoksia plasman lipomiikkaprofiilissa, mikä vaikuttaa sokeri- ja insuliiniaineenvaihduntaan parantavasti. Runsaskuituisen ruisleivän nauttiminen kytkettiin mahdollisesti kylläisyydentunnetta parantaviin aineenvaihduntatuotteisiin. Runsaskuituisen ruisleivän kuuluminen ruokavalioon voi olla avuksi painonhallinnassa ja saavutetun laihdutustuloksen ylläpitämisessä. ( Lankinen 2011, 67–71.)

Itämeren ruokavalio vastaa välimeren ruokavaliota. Yhtäläinen täysipainoinen ruokavalio tavoitetaan suosimalla suomalaisen ruokaperinteeseen kuuluvia raaka-aineita kuten kotimaisia kasviksi, marjoja, ruista, rypsiöljyä ja kalaa. Täysjyväviljatuotteet ja vähärasvaiset maitotuotteet kuuluvat päivittäiseen ravitsemukseen. Pehmeän rasvan lähteenä toimivat kala, sydänystävällinen margariini ja rypsiöljy. Kalaa on suositeltavaa nauttia 2 -3 kertaa viikossa. Kuva kuusi kuvaa Itämeren ruokavalion ruokakolmiota ja käsittelee konkreettisesti Itämeren ruokavaliota eli mitä ruoka-aineita alueella syödään ja miten usein. ( Diabetesliitto 2010b.) Kuvaa kuusi Itämeren ruokavalion ruokakolmiosta voidaan hyödyntää jokaisen suomalaisen ruokavalinnoissa. Itämeren ruokavalion ruokakolmion tarkoitus on ohjata ruokavalion toteutusta pitkäjännitteisesti terveellisen ruokavalion linjauksia noudattaen. Ruokavalion sisältö on vaihteleva: Itämeren ruokavalio johdattaa käyttämään kotimaisia, monipuolisia ja terveellisiä ruoka-aineita.



**KUVA 6. Itämeren ruokavalion ruokakolmio (Diabetesliitto 2013).**

Ruokavaliossa tulee huomioida ruuan laatu, määrä (energian saanti) ja rytmitys. Ruuan laatu määritellään suosituksissa energiaravintoaineiden prosenttiosuuksien perusteella (E %). Ruuan laatusuositus realisoituu, kun ruokakolmio ja lautasmalli ohjaavat ruuan valintaa. Ruuan laatuun ja terveellisyys-vaikutteeseen vaikuttavat ruoka-aineiden vähärasvaisuus, runsaskuituisuus sekä vähäsuolaisuus ja vähäsokerisuus. Ruuan laadulla voidaan vaikuttaa mm. verensokerin tasaamiseen, veren rasva-arvojen paranemiseen, verenpaineen laskemiseen ja kylläisyyden tunteeseen. Energian kulutuksen ja saannin tasapaino on merkittävin tekijä ruokavaliossa, millä vaikutetaan verensokeriin ja painonhallintaan. Jokainen voi hallita omaan syömistään rytmittämällä ateriointinsa sekä nauttimalla sopivia ruokamääriä. Tämä tasoittaa verensokerin vaihtelua ja pienentää nautittuja ruokamääriä. (Heinonen 2011,137 – 138.)

Lautasmallia voidaan käyttää aterian kokoamisen pohjana. Puolet lautasesta lastataan kasviksilla. Yksi neljännes lautasesta on joko perunalle, riisille tai pastalle. Toinen neljännes varataan kalalle, lihalle, munaruuille tai vaihtoehtoisesti palkokasveja, päh-

kinöitä ja siemeniä sisältäville kasvisruuille. Ruokajuomana suositellaan nautittavaksi rasvatonta maitoa, piimää tai vettä. Pehmeällä kasvislevitteellä ohuelti voideltu leipä sisältyy osana lautasmallin ravintokokonaisuuteen. (VRN 2005, 35.)



**KUVA 7. Lautamalli (Diabetesliitto 2013).**

Ravinto vaikuttaa sydän- ja verisuonitautien, kohonneen verenpaineen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden, tyypin 2 diabeteksen ja osteoporoosin kehittymiseen. Ravitsemusneuvonta tehoaa terveyskäyttäytymiseen ja terveyskäyttäytymisen muutoksen kautta tulee kustannussäästöjä. Painon alentaminen vähentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta 60 % korkean riskin henkilöillä. Painon pudotus kohentaa terveyttä myös lihavuuteen kytkeytyvissä sairauksissa 5–10 %. Painon hallinta vaikuttaa sydän- ja verisuonitautien riskin pienemiseen sekä laskee koholla olevaa verenpainetta. (Kiiskinen ym. 2008, 32,54,56,67.)

Glykemiaindeksi kuvaa ruoan aiheuttamaa aterian jälkeistä verensokerin vaikutusta. Tutkimuksissa vertailuruoka-aineena ovat glukoosi ja/tai valkoinen leipä, joiden vastena pidetään 100 % (TAULUKKO 2). (Heinonen 2011, 142–143.) Useimmilla runsaasti kuitua käsittävillä ruoka-aineilla, esimerkiksi pavuilla ja linsseillä, on pieni glykemiaindeksi (Torssonen & Lyytinen 2008, 9).

**TAULUKKO 2. Ruoka-aineiden glykemiaindekseja suuruusluokittain. Vertailukohtana glukoosin glykemiaideksi = 100 %. (Heinonen 2011, 142–143.)**

Glykemiaindeksi	Ruoka-aine
<b>Pieni glykemiaindeksi (alle 55 %)</b>	<b>herneet, linssit, pavut, ohraryynit (keitetyt), makaronit, spagetit, appelsiini, banaani, omena, luumu, päärynä, kuivattu aprikoosi, porkkana, maito, piimä, jogurtti, kokojyvää sisältävä ruisleipä, hapan ruisleipä, näkkileipä, hapankorppu, fruktoosi</b>
<b>Keskinkertainen glykemiaindeksi (55–70 %)</b>	<b>Täysjyvägrahamleipä, sekaleipä, näkkileipä, kauraja hiutalepuuro, peruna (vähän aikaa keitetty), hernekeitto, maustettu jogurtti, ananas, rusinat, jäätelö, tavallinen sokeri.</b>
<b>Erittäin suuri glykemiaindeksi (yli 70 %)</b>	<b>Maissihiutaleet, riisimurot, perunasose ja peruna (pitkään kypsennetty), ohra- ja grahamjauhokuuro, vaalea leipä, kuivatut taatelit, glukoosi (rypälesokeri).</b>

Runsaskuituinen ruokavalio auttaa verensokeritason ja painon hallinnassa sekä parantaa hoitotasapainoa. Rasvan määrää ja laatua on aihetta tarkkailla, sillä rasvahappokoostumus vaimentaa insuliiniherkkyyttä. Runsas suolan saanti ruokavaliossa vaikuttaa verenpaineeseen nostavasti ja siten suurentaa riskiä saada diabeteksen lisäsairauksia. Pienen glykemiaindeksin omaavien ruoka-aineiden valitseminen vaikuttaa HbA1c-arvoon pienentävästi tyypin 2 diabeetikoilla noin kuusi prosenttia lähtöarvosta suhteutettuna normaaliin länsimaiseen ruokavalioon (Torssonen & Lyytinen 2008, 9–11.)

Tehostetulla ruokavaliomuutoksilla pyritään vähentämään ruokavalion kovaa rasvaa ja korvaamaan aikaisemmat kovat rasvat pehmeillä rasvoilla. B-HbA1c -arvo voidaan saada näillä toimenpiteillä pienennetyksi yhdellä prosentilla. ( Käypä hoito – suositus 2011, 12.)

### 3.3.2 Liikunta

Liikunnalla on tehoa ja merkitystä sekä terveyden edistämisessä että sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Kävelyn sekä kuormittavamman liikunnan lisääminen alentavat merkittävästi ylipainon, sairastuvuuden ja kuolleisuuden esiintymistä ja todennäköisyyttä. Ne, jotka liikkuvat riittävästi ja harrastavat huomattavasti liikuntaa sekä kuntoliikuntaa, ovat terveimpiä. Kolme kertaa viikossa ja noin 30 minuuttia päi-



vässä – suositus sisältää kuntoliikunnan määritelmän. (Fogelholm ym. 2004, 2041–2042.)

Kohtuullinen- tai voimakaskuormitteinen kestävyysliikunta ja lihasvoimaharjoittelu avustivat metabolisen oireyhtymän korjaantumista sekä vähensivät oireyhtymän kehittymistä. Liikunta hoitaa kohonnutta verensokeria ja rasva-aineenvaihdunnanhäiriötä, mutta vyötärölihavuus ja kohonnut verenpaine eivät korjaannu pelkän liikunnan avulla. (Ilanne - Parikka 2011d, 74–75.)

### 3.3.3 Alkoholi

Alkoholin kulutusta tulee kohtuullistaa, koska alkoholin käytöllä on vaikutusta diabeteksen liitännäissairauksien syntyyn kuten verenpainetautiin, ylipainon kehittymiseen, verensokeriarvojen vaihteluun ja siten tyyppin 2 diabeteksen kehitykseen. Tupakoimattomuus olisi yksi tavoite ja alkoholinkäytön tulisi olla kohtuullista. Käypä hoito -suositus ohjaa huomiomaan alkoholin käyttöä ja tarvittaessa auttaa diabeetikon ohjaamisessa jatkohoitoon. (Käypä hoito – suositus 2011, 8–9.) Alkoholin käytön kartoitus on yksi Käypä hoito – suosituksen hoidon elintapaohjauksen toimintatapa (Käypä hoito – suositus 2011, 15).

Kohtuullisesta alkoholinkäytöstä ei tavallisesti ole haittaa terveydelle, mutta alkoholin suurkulutus heikentää diabeteksen hoitotasapainoa ja altistaa alkoholisairauksille. Alkoholin suurkulutus nostaa verenpainetta sekä voi aiheuttaa ääreishermostovaurioita, maksa- ja haimasairauden, sydänlihassairauden tai erektiohäiriötä. Alkoholin suurkulutus lisää aivoverenvuodon riskiä. On suositeltavaa karttaa alkoholia, jos henkilöllä on neuropatia tai henkilö on sairastanut haima- tai maksatulehduksen tai henkilöllä on suuri veren triglyseridipitoisuus. Alkoholi vaikuttaa verensokeriin, koska alkoholi sisältää paljon energiaa sekä kasvattaa usein ruokahalua. Alkoholin käyttö voi näin hankaloittaa painonhallintaa. Verensokeri voi laskea liian alas alkoholia käyttäessä. Erityisesti insuliinia ja insuliinineritystä lisäävien lääkkeiden käyttäjien on huolehdittava ruokailemisestaan, koska vaarana on liiallinen verensokerin alentuminen. (Ilanne-Parikka 2011b, 208–209; Ruuskanen 2008, 71.)

### 3.3.4 Verensokerin omaseuranta

Verensokerien mittausten tiheys ja ajankohdat sovitaan hoitomuodon, hoidon tavoitteiden ja tyyppin 2 diabetekseen sairastuneen ajankohtaisen tilanteen sekä sokeritasapainon mukaan. Mittauksen avulla saadaan kokonaiskäsitys verensokeriin vaikuttavista asioista kuten liikunnan merkityksestä, ruokavaliosta ja lääkehoidosta sekä niiden tehosta verensokeriarvoihin. Diabeetikon tulisi käsittää mittaustulosten merkitys. Omaseuranta on keskeinen osa tyyppin 2 diabeteksen hoitoa (Rönnemaa & Leppiniemi 2011, 61–62.)

Diabeteksen hoidon ensisijainen päämäärä on verensokeriarvojen olevan normoglykemiassa. Suositellut veren-sokeriarvot ovat B-HbA1c alle 7 % ja fP-gluc alle 6 mmol/l. B-HbA1c tulee määrittää hoidon ohjauksen ja seurannan takia mahdollisimman pian diagnoosin tekemisen jälkeen. Omaseurannassa kotiverensokerimittarilla mitattujen paastoglukoosin arvojen tulisi olla alle 6 mmol/l, ja aterian jälkeisen glukoosin alle 8 mmol/l. ( Käypä hoito – suositus 2011, 8–9.)

Hyvä hoitotasapaino saavutetaan, kun diabetekseen sairastuneella on sopivasti tietoa diabeteksestä ja sen hoidosta. Tiedon tulee olla käytännössä hyödynnettävää. Omahoidon asiantuntijana toimii sairastunut itse ja lääkärit sekä hoitajat tuovat esille hoitoon liittyvät vaihtoehdot. Kun hoitopäätökset tehdään yhdessä, sairastunut sitoutuu paremmin hoitoon ja päätökset ovat yksilöllisiä. (Himanen 2011,49–50.)

Diabeteksen hoitoprosessien menestystä voidaan selvittää siten, että seurataan diabeetikoiden verensokerin tasoa, mitataan HbA1c -tasot tai kirjataan hypoglykemioiden määrä. Hoidon lopputuloksia voidaan havainnoida niin, että selvitetään mm. amputaatioiden tai silmänpohjamuutosten määriä diabetespopulaatiossa. (Winell 2006, 10.)Winell on kirjoittanut näin Diabeteksen hoidon laatu -DEHKO-raportissa.

**TAULUKKO 3. Tyypin 2 diabeteksen numeeriset verensokerin, kolesterolin ja verenpaineen tavoitearvot (Saraheimo 2011e,12).**

Mittari	Tavoite	Huomioitavaa
HbA1c %	6.0 – 7.0	esteenä vakavat hypoglykemiat
fP-Gluc ( mmol/l)	4 – 6 omamittauksessa	omamittauksessa
Aterian jälkeinen glukoosi (noin kaksi tuntia) (mmol/l)	< 8	omamittauksessa
<b>Suosittelavat plasman kolesteroliarvot (paasto)</b>		
HDL-kolesteroli	> 1,1	
Triglyseridit	< 1.7	
LDL-kolesteroli	<2,7	alle 1.8 sairastetun valtimotapahtuman
Kokonaiskolesteroli	<4,8	
Verenpaine (mmHg)	alle 130/80	

Tasapaino työn, vapaa-ajan ja levon suhteen sekä arkipäivän elintavat vaikuttavat diabeteksen hoitotasapainoon. Hyvä hoitotasapaino ehkäisee lisäsairauksien puhkeamista ja tarjoaa jokapäiväistä hyvinvointia. Siis aktiivinen omahoito kannattaa, koska huonon hoitotasapainon mukana tulevat lisäsairaudet kaventavat elämänlaatua ja elinikää 10 – 15 vuodella. (Ilanne-Parikka 2011c, 217–222.)

### 3.3.5 Jalkojen hoito

Tyypin 2 diabeetikon tulee käyttää oikeakokoisia ja käyttötarkoitukseen soveltuvia jalkineita. Vuosittain diabeteslääkäri tai hoitaja tarkastaa ja riskiluokittelee diabeetikon jalat . Tarkistuksissa havainnoidaan jalkojen ihon kuntoa, verenkiertoa ja hermojen toimintaa. Omien jalkojen tarkistus iltaisin varmistaa, että mahdolliset tulehdukseen liittyvät muutokset tai ihorikot havaitaan ajoissa. Tulehduksen merkkejä ovat punoitus, kuumotus,

turvotus ja kipu. Jalkojen rasvaus, kynsien hoito ja jalkavoimistelu kuuluvat jokapäiväiseen jalkojen hoitoon, mikä edistää jalkojen hyvinvointia. (Rönnemaa 2011, 190–192.)

### **3.3.6 Suun ja hampaiden hoito**

Tyyppin 2 diabetes saa aikaan suun kuivumista, mikä aiheutuu syljen erityksen vähenemisestä, mikä taas altistaa hampaiden reikiintymistä. Hoitamaton ientulehdus voi aiheuttaa kiinnityskudosten kollageenisäikeiden hajoamisen eli parodontiitin, jolloin hampaan kiinnitys leukaluuhun heikentyy ja hampaat alkavat liikkua. Hoitamattomassa tilanteessa on mahdollista menettää hammas. On siis perusteltua hoitaa sekä hampaat että suu huolella huomioiden samalla ientulehduksen ennaltaehkäisy ja hoito. (Tenovuo & Rönnemaa 2011, 438–440.)

## **3.4 Diabeteksen hoitosuositukset**

### **3.4.1 Diabeteksen Käypä hoito – suositus**

Hoitokäytäntöjen on todettu suurimmaksi osaksi rakentuvan kokemuspohjaiseen tietoon. Hoitotieteellisten tutkimusten lisääntymisen myötä on tunnistettu tarve kehittää hoitotyötä näyttöön rakentuvaksi toiminnoksi ja saada tutkimustulokset ohjaamaan hoitotyötä johdonmukaisemmin. Suositusten on havaittu vahvistavan hoitajien ammatillista päätöksentekoa sekä laajentavan hoitajien asiantuntijuutta ja autonomiaa. (Lehto-mäki 2009, 17.)

Valtakunnallisia hoitosuosituksia ja seudullisia hoitoketjuja on laadittu vuodesta 1994 alkaen. Työtä on edistänyt karttuva tietoisuus hoitokäytäntöjen alueellisista muuteluista, terveydenhuollon menojen kasvaminen sekä tarve tukea terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa. Lääketieteellisen tiedon ripeä uusiutuminen ja jatkuva kasvu sekä terveydenhuollon ammattilaisten ajan tasalla pysymisen hankaluudet ovat johtaneet kehitystä samaan suuntaan. (Mäntyranta ym. 2003, 5.)

Suomessa terveydenhuollossa näyttöön perustuva toiminta ja yhtenäistäminen ovat kehittämisen kohteina, koska Käypä hoito- suosituksia hyödynnetään diabeetikoiden hoitotyössä. Suomalainen lainsäädäntö eli terveydenhuoltolain 1. luvun 8. § asettaa vaatimuksen näyttöön perustuvasta toiminnasta (Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010)

Potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevän lain 2. luvun 3. §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja arvostavaan kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hyödynnetään lähtökohtaisesti tietoa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta, mikä tarkoittaa että hyödynnetään hoitomenetelmiä, joilla on todettu hyödyllinen vaikutus potilaan hoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 81; Bauer 2010; Laaksonen ym. 2012,46).

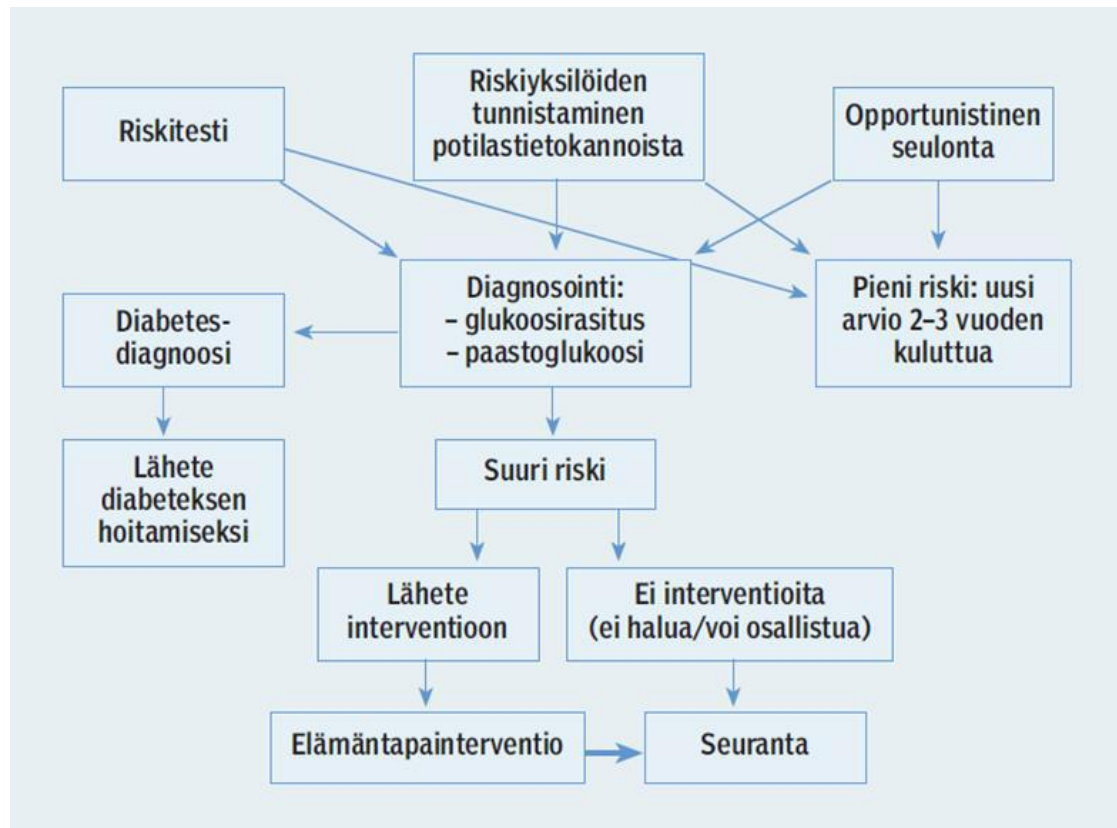
Näyttöön perustuvan hoitotyön päämääränä on sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittymisen lisäksi henkilöstön osaamisen lisääminen (Newhouse ym. 2007, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53). Terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävänä on selvittää ja huomioida asiakkaan hoidolleen asettamat päämäärät, vahvistaa asiakkaan päätöksentekoa tarjoamalla tietoutta mahdollisista hoitovaihtoehdoista, hoidon vaikutuksista sekä omahoidosta ja sen merkityksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55; Laaksonen ym. 2012, 46.)

Käypä hoito -suositukset ja Hoitotyön suositukset tuovat esiin hyviä käytäntöjä, jotka rakentuvat johdonmukaisesti koottuun ja kriittisesti arvioituun parhaaseen mahdolliseen tutkimustietoon. Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä hoito -suositukset ja Hoitotyön suositukset tarjoavat mahdollisuuden ottaa käyttöön hyviä käytäntöjä. Käypä hoito -suositukset löytyvät internet-osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi> ja Hoitotyön valmisteilla olevat ja valmiit suositukset voi hakea Hoitotyön Tutkimussäätiön internetsivuilta <http://www.hotus.fi>. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 56; Hotus 2013.) Diabeteksen hoitoa varten olevaan suomalaisista hoitotyön suositusta ei ole olemassa tai valmisteilla.

### **3.4.2 Eurooppalainen diabeteksen ehkäisy-suositus**

Eurooppalainen diabeteksen ehkäisy-suositus IMAGE koosti tyypin 2 diabeteksen primaaripreventiosta tutkimustiedon ja muodosti sen pohjalta Eurooppalaisen diabeteksen ehkäisy-suosituksen. Suosituksessa korostetaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä kansallisten diabetesohjelmien avulla. Ohjelmissa tulee keskittyä vaikuttavaan riskiryhmien seulontaan ja elintapainterventioiden kehittämiseen. Elämäntapaintervention on havaittu olevan kaikkein tehokkainta, kun elämäntapainterventio suuntautuu sekä liikunta- että

ravintotottumuksiin ja sisältää sosiaalista tukea. IMAGE-hankkeen aikana on kehitetty diabeteksen ehkäisyn käsikirja käytännön työkaluksi ehkäisytyötä tekeville terveydenhuollon ammattilaisille. Suomalaiset Käypä hoito – suositukset lihavuudesta ja diabeteksestä rakentuvat samaan tutkimustietoon kuin eurooppalaiset suositukset. (Lindström ym. 2011, 49–54.)



**KUVA 8. Suuren diabetesriskin tunnistaminen (Lindström ym. 2011, 51).**

### 3.4.3 NICE:n kliiniset suositukset

NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) on julkaissut uuden suosituksen riskiryhmään kuuluvan henkilön tunnistamiseksi. Suositusta voidaan käyttää rinnan NHS Health Check-ohjelman kanssa, mikä on Iso-Britannian kansallinen verisuonten riskien arviointi- ja hallintaohjelma 40–74 -vuotiaille. (NICE 2013, 8.)

NICE suositus keskittyy kahteen keskeiseen asiaan, jotka ovat tunnistaminen ja elämäntapamuutosohjelmien tarjoaminen tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi tai sairauden puhkeamisen viivästyttämiseksi. Iso-Britannian kansalainen voidaan ohjata tekemään diabetesriskitesti joko lomakkeella tai internetissä <https://www.diabetes.org.uk/Riskscore>. Ris-

kiryhmään kuuluville henkilöille tehdään lisäksi laboratoriotestit joko paastoverensokeri tai HbA1c -testi, jonka jälkeen voidaan vahvistaa korkean riskin olemassaolo tai diagnoosi. ( NICE 2013, 13.)

#### **3.4.4 ADA:n Standards of Medical Care in Diabetes—2013-suositus**

Standards of Medical Care in Diabetes—2013 sisältää kaikki ADA:n (American Diabetes Association) nykyiset ja keskeiset kliiniset suositukset. Tarkoituksena on antaa diabeteksen hoidon standardit, diabeteksen hoidon yleiset tavoitteet ja välineet hoidon laadun arviointiin sekä ennaltaehkäistä diabeteksen puhkeaminen tai viivästyttää sairauden puhkeamista. Vaikka hoitotavoitteet ovat yksilöllisiä, suositusten mukaiset hoitotavoitteet ovat suositeltavia useimmille diabetespotilaille. Suosituksessa on huomioitu mm. esidiabeetikot, raskausdiabeetikot ja lapsena sairastuneet diabeetikot. Suosituksessa on esitetty seurantatavoitteet, diagnostiset ja terapeuttiset toimenpiteet, joiden tiedetään vaikuttavan terveyteen ja diabeteksen hoidon tuloksiin myönteisesti. Monet näistä toimista ovat osoittautuneet myös kustannustehokkaiksi. ( ADA 2013.)

Suuren sairastumisriskin omaavat henkilöt, joilla on heikentynyt paastoglukoosi (IFG), heikentynyt glukoosinsieto (IGT) tai molemmat voidaan suunnata interventioita, jotka vähentävät merkittävästi diabeteksen puhkeamisen nopeutta. Lisäksi riskiryhmään kuuluvia henkilöitä ohjataan alentamaan painoaan 7 % sekä liikkumaan vähintään 150 minuuttia viikossa. ( ADA 2013.)

Metformiinia voidaan suositella korkean riskin omaavien henkilöiden hoitoon. Korkean riskin henkilöinä pidetään hyvin lihavia, raskausdiabeetikkoja sekä henkilöitä, joilla on vakava tai progressiivinen hyperglykemia. ( ADA 2013.)

### **3.5 Ohjaus**

Diabeteksen hoidon työnjakoa voidaan ryhmitellä Käypä hoito – suosituksen mukaan seuraavasti: diabeetikko on vastuussa päivittäisestä omahoidosta ja terveydenhuollolle kuuluu ohjaus sekä omahoidon edellytysten luominen ohjauksellisin keinoin. Päivittäinen omahoito käsittää lääkityksen käyttämisen, painonhallinnan, säännöllisen ateriaritmin, terveyttä edistävien elintapojen ylläpitämisen tai omaksumisen, hampaiden päivittäisen pesemisen ja omaseurannan verensokeriarvoista. Terveydenhuollolle kuu-

luvut omahoidon edellytysten turvaaminen ja ohjaus, hoitovälineet, lääketieteellinen hoito ja sen arviointi sekä arviokäynnit. Arviokäynnit järjestetään 3-6 kuukauden tai 1-3 vuoden välein. Arviokäyntien tarkoituksena on ehkäistä lisäsairauksia kokonaisvaltaisella hoidolla. ( Käypä hoito – suositus 2011, 5,8 – 15.)

Soveltuvien ohjausmenetelmien valinta vaatii asiantuntemusta siitä, miten asiakas sisäistää asioita ja mikä on ohjauksen tavoite. On arvioitu, että asiakas muistaa 75 prosenttia siitä, mitä hän näkee ja vain 10 prosenttia siitä mitä hän kuulee. Sen sijaan hän muistaa 90 prosenttia siitä, mitä hänen kanssaan on käyty lävitse sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. ( Kyngäs ym. 2007, 73.) Käypä hoito – suositus ohjaa arvioimaan kokonaisriskiä ja vasta sitten asettamaan yksilölliset tavoitteet (Käypä hoito – suositus 2011, 8 ).

Käypä hoito – suosituksen mukaan päävastuu hoidon ohjauksesta on diabeteshoitajalla ja lääkäriellä. Tiedonjakamisessa on huomioitava tietoturvallisuus. (Käypä hoito – suositus 2011, 10.)

Diabeteksen hoitosuunnitelmassa näytettävät tavoitteet tulee jakaa lyhyen ja pitkän aikajänteen tavoitteisiin sekä toisaalta määrällisiin ja laadullisiin tavoitteisiin. Lyhyen aikajänteen tavoitteet voidaan ilmaista aikasidonnaisin ja määrällisin termein. Lyhyen aikajänteen tavoitteet voidaan ilmaista kuukausittaisina, neljännesvuosittaisina ja vuosittaisina tavoitteina. Elämäntapojen kannalta kuukausi on lyhyin aikaväli, jonka puitteissa potilaan tai asiakkaan kehitystä seurataan. Elämäntapamuutosta on perusteltua seurata neljännesvuosittain. Diabeteksen käypä hoito – suosituksen mukaan hoidon tavoitteet asetetaan aina yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa ja yksilölliset tavoitteet perusteluineen merkitään sairauskertomukseen (Käypä hoito- suositus 2011, 8). Sairauskertomukseen merkityt lyhyen aikajänteen tavoitteet muodostavat usein tärkeimmän omaseurannan ja seurantakäyntien välineen diabeteksen hoidossa. Käytännössä lyhyen aikajänteen tavoitteet yhdistetään potilaan tai asiakkaan elämäntapoihin. Kaikille potilaan tai asiakkaan kannalta tärkeille elämäntapamuutoksille tulee asettaa selkeät aikasidonnaiset tavoitteet. Lyhyen aikavälin tavoitteena voi olla, että potilas tai asiakas painaa 5 % vähemmän kolmen kuukauden kuluttua. Pitkän aikajänteen tavoitteita voidaan ilmaista laadullisin termein kuten parantaa potilaan elämänlaatua tai parantaa diabeteksen hoidon laatua ja tuloksia.



Hoitosuunnitelmassa mainittuja tavoitteita voidaan verrata diabeteksen Käypä hoito – suosituksen mukaiseen tavoitteeseen sekä edellisen hoitojakson vastaavan ajankohdan tilanteeseen. On muistettava, että esimerkiksi ihmisen paino kuvaa tietyn hetken tilannetta. Mielestäni on tärkeää, että potilaan tai asiakkaan terveydentilannetta voidaan seurata myös määrällisin keinoin. Asiakas voi saada konkreetista tietoa voinnista, jos potilas saa raportin omasta terveydentilastaan ja vertailukohtana olisivat diabeteksen Käypä hoito – suosituksen mukaiset tavoitteet ja edellisen arviointikäynnin tulokset.

Ohjauksen tulee olla laadukasta toimintaa ja hoitoa sekä tukea asiakaslähtöistä ajattelutapaa. Ohjauksen päämääränä on ajoittua oikein ja vastata asiakkaan tarpeisiin. Lyhyesti sanottuna sekä ohjaajan että ohjattavan tulee olla aktiivisia. (Kyngäs ym. 2007, 21.) Ohjaus voidaan nähdä myös vaikuttamisena asiakkaan terveystietämiseen, koska onnistunut ohjaus pienentää asiakkaiden yhteydenottoja hoitopaikkaan. Vähentyneet yhteydenotot taas mahdollistavat terveydenhuollon ammattihenkilöstön resurssien vapautumisen muiden asiakkaiden hoitoon. (Kanste ym. 2007, 30.)

Ohjauksen avulla annetaan vastuuta tyyppin 2 diabetekseen sairastuneelle ja luotetaan hänen kykyihinsä samalla vahvistaen hänen itseluottamustaan. Tyyppin 2 diabetekseen sairastunut voi kokea ohjaajan tasavertaisena kanssakulkijana, mikäli ohjaus on asiakaslähtöistä. Tyyppin 2 diabeetikko ei ainoastaan tee omahoitoa itsensä vuoksi vaan myös siksi, että omahoidon avulla tavoitellaan hänen kokonaisvaltaista hoitoa. Tyyppin 2 diabetekseen sairastuneen, joka näkee yhteyden omien päivittäisten valintojen ja hoitotavoitteiden välillä, on helpompi omaksua uusia tietoja, taitoja ja asenteita. Kun terveydenhuollon ammattilaisen ohjaus sisältöineen ja perusteluineen koetaan uskottavaksi, niin yhteiset hoitopäätökset koetaan hyödyllisinä ja turvallisina. Hoitotavoitteet ovat riippuvaisia tyyppin 2 diabeetikon elämäntilanteesta, minkä vuoksi hoitotavoitteiden sopusointuisuus tulee varmistaa. (Diabetesliitto 2003, 4; Kyngäs ym. 2007, 75.)

Eettisyys näkyy ohjauksessa siten, että ohjaaja käyttäytyy eettisesti oikein asiakasta kohtaan ja hyödyntää parhaita mahdollista ammatillista tietoa. Ohjauksen sisällön luotettavuus perustuu ajantasaiseen tietoon. Ohjaajan tietoisuus omista voimavaroistaan vapauttaa työskentelemään eettisesti oikein ja siten edistää asiakkaan hyvinvointia. (Kyngäs ym. 2007, 154–156.)

### 3.5.1 Vuorovaikutus ja ohjaus

Sosiaalisella vuorovaikutuksella kuvataan henkilöiden välistä toimintaa erilaatuisissa ympäristöissä. Sosiaaliseen vuorovaikutukseen sisältyvät muun muassa sosiaaliset suhteet ja sosiaaliset taidot. Sosiaaliset suhteet tarkoittavat sosiaalisen vuorovaikutuksen luonnetta ja erilaisia laadullisia piirteitä. Sosiaaliset taidot ovat osa sosiaaliseen kompetenssin aluetta, mikä käsittää joukon yksilön sopeutumiseen yhdistyviä taitoja. Sosiaaliset taidot sisältävät erilaisia vuorovaikutuksen muotoja. (Kauppila 2005, 19–20.) Vuorovaikutusosaaminen on osaamisalue, jossa ohjaaja kykenee rakentamaan oikea-aikaisesti ja vaihe kerrallaan yhteistä ymmärrystä ohjattavan, tämän läheisien ja toisten ammattilaisten kanssa (Mönkkönen 2007, 198).

Ohjaus perustuu vuorovaikutukseen. Yksilöohjauksen arvostaminen perustuu siihen, että yksilöohjauksen vuorovaikutustilanteessa asiakkaat voivat kysyä, oikaista väärinkäsityksiä ja saada tukea ohjaajalta. (Kyngäs ym. 2007, 74; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211.)

Asiakastyön dialogisuudella tarkoitetaan tahtoa yhteisen ymmärryksen rakentumiseen ja valmiutta edistää vuorovaikutusta dialogisuuden suuntaan. Dialogisuus kuvaa ihmiskäsitystä ja maailmankuvaa, jotka puolestaan vaikuttavat käytökseemme tavata toiset ihmiset. Luottamuksellinen suhde keskustelijoiden välillä tarkoittaa, että keskustelijoilla on dialoginen vuorovaikutus keskenään. Asiakastyössä dialogisuutta voidaan edistää pyrkimällä tavoittelemalla yhteisen tietämyksen aluetta sekä asettumalla vuorovaikutukseen toisen kanssa. Terveystieteiden ammattilaisella tulisi olla taito ohjata vuorovaikutuksen kulkua dialogisuuden suuntaan ohjaustilanteissa huolimatta siitä, että dialogisuus toteutuisi ajoittain. (Mönkkönen 2007, 86, 88 – 89, 96.) Dialogi ilmaisee yhdessä ajattelemisen tilaa. Se on vuorovaikutusta, kuuntelua ja keskusteluyhteyttä, jossa jokainen kunnioittaa toinen toistaan. Dialoginen keskustelun taito on suunnitelmallista ammatillista toimintaa. (Väisänen ym. 2009, 11.)

### 3.5.2 Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus ohjauksessa

Sanallinen eli verbaalinen vuorovaikutus käsittää kaikki verbaalisen puheilmaisun muodot ja kielenkäytön. Verbaalinen vuorovaikutus on aina jollakin käsitteellisellä eli abstraktion tasolla ja tavoitteellista. Sanat ovat monitulkintaisia, joten puheessa esiin-

tyvät sanat saavat aikaan toisessa osapuolella lisämerkityksiä ja tulkinta voi vaikeutua. Siis samalla sanalla voi olla eri merkitys toiselle. Sanoilla on olemassa omat erityiset sosiaaliset käyttöyhteytensä ja sanojen avulla jäsenetään, ilmaistaan ja käsitellään käsitetasoa. Virhetulkintoja voidaan estää tarkentamalla ja konkretisoimalla sanallista viestiään niin paljon kuin mahdollista. (Kauppila 2005, 25–27.) Sanallinen viestintä on osa kaikesta viestinnästä ja sanallisen viestinnän osuus vain 10 – 20 prosenttia kaikesta viestinnästä (Silvennoinen 2004, 178).

Sanatonta eli nonverbaalista vuorovaikutusta ovat ilmeet, eleet, asento, olemus, ulkoasu, ajankäyttö, tilankäyttö ja äänenkäyttö. Äänenkäyttöä ovat puhenopeus, äänensävy, puheen tauotukset ja puheen painotukset. (Kauppila 2005, 33–34; Silvennoinen 2004, 21.) Hoidon ja palvelun viestinnän laatu tulee sitä merkittävämmäksi mitä kaapeampi elämänpiiri ohjattavalla on. Sanallisen ja sanattoman viestinnän välinen ristiriita ratkaisee sen, että sanaton viestintä koetaan tärkeämmäksi. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 178.) Se mikä sanattomien viestien merkitys on milloinkin, riippuu sanattomien viestien antajan ilmeistä ja eleistä. Sanattomien viestien hallinta on vaikeaa, koska tunneilmaisu näkyy viestinnässä. Vuorovaikutuksessa olevan henkilön kasvot ilmaisevat näkyvästi suuttumuksen, onnellisuuden, surullisuuden, pelon ja inhon, jotka ovat tunneilmaisultaan samoja kaikissa kulttuureissa. (Silvennoinen 2004, 23–24; Kauppinen 2005, 33.)

### **3.5.3 Aktiivinen kuunteleminen ja kysyminen ohjaussuhteessa**

Ohjauksessa tarvitaan jatkuvasti aktiivista kuuntelemista, jonka avulla voidaan ohjata asiakasta asiakaslähtöisesti. Erilaisten asiakkaiden tarpeet ohjaukselle ovat erilaisia. Aktiiviseen kuuntelemiseen kuuluu terveydenhuollon ammattilaisen kyky seurata asiakkaan puheen sisällön rakentumista ja samalla pysyä ohjauksessa käsiteltävässä asiassa huomioiden aikaisemmin kuulemansa sekä eritellä kuultua ja tiivistää ohjauksen oleelliset asiat. Omahoidon toteuttamista tukee sekä tiivistäminen että kertaus. Kun ohjattuja asioita kerrataan, asiakas voi kysyä ohjaajalta selkiinnyttääkseen ajatuksensa. Tavalla, jolla tarkoituksenmukaista palautetta annetaan, voidaan vaikuttaa vastuun ottamiseen ja ohjaajan avun käyttöön. Mikäli asiakas huomaa, että ohjaajan pääasiallinen huomio on asiakkaassa itsessään ja hänen asioissaan, asiakas rohkaistuu kertomaan asioistaan avoimemmin. (Kynge ym. 2007, 79–81.)

Aktiivinen kuuntelu tuo asiakkaalle mahdollisuuden tuoda esille omat ajatuksensa ja mielipiteensä. Sanallisen viestin lisäksi aktiivisessa kuuntelussa huomioidaan asiakkaan asioiden ilmaiseminen ja kokonaiskuva. Kertomuksen kokonaiskuva jää vajavaiaksi, jos asiakas lyhentää kertomustaan tai jättää jotain kertomatta. Luottamuksellisuus vuorovaikutuksessa vaikuttaa siihen, että terveydenhuollon ammattilainen voi esittää avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset mahdollistavat asiakkaalle tilaisuuden selostaa asiointilastaan laajemmin. (Kauppila 2005, 182–184; Kyngäs ym. 2007, 88.)

#### **4 TYYPIN 2 DIABETEKSEN VAIKUTUS MIELIALAAN**

Sairastumisen riski ja sairastamisen seuraukset koskevat kaikkia sairastuneita ja heidän elämänsä kulkuaan, minkä vuoksi terveystieteet ovat ottaneet aiheeseen kantaa. Hoidotieteellisestä näkökulmasta terveys käsitetään osana ihmisen hyvinvointia. Erilaisten pitkäaikaisten sairauksien vaikutuksia ja merkityksiä on selvitelty tutkimuksellisin keinoin. Sairastuneen ihmisen omat kokemukset ovat olleet tutkimisen kohteena. (Mikkonen 2009, 181 – 187).

Ihmisen hyvä psyykinen ja fyysinen terveys on elämän perusolettamus, johon sisältyy toive, että elämä ja toimintakyky olisivat ongelmattomia. Kun henkilö sairastuu, tämä olettamus muuntuu keskeisellä tavalla. Sairastuessaan henkilö on tilanteessa, jossa normaali elämänsä kulku keskeytyy ja tulevaisuuden ajatukset vaihtuvat silmänräpäyksessä. Tilanne aiheuttaa sairastuneessa huolestuneisuuden, turvattomuuden ja elämän hallinnan menetyksen tunteita. Sairastuneen tulee käsittää, mukautua, luopua ja suuntautua uudelleen. (Pesonen 2011, 1829.)

Diabeetikoiden joukossa masennus on tavallista. Noin yksi viidestä potilaasta sairastaa masennusta. Masentunut on väsynyt ja voimaton, jolloin voimavarat diabeteksen hoitamiseen pienenevät ja osaltaan aikaansaavat lisää ahdistusta potilaalle. Pahimmillaan potilas ajattelee itsensä hoitamisen olevan turhaa. (Walker & Rodgers 2005, 186.) Diabeteksen Käypä hoito – suosituksessa on ilmaistu sairauden toteamisvaiheen psyykinen reaktio, joka vaihtelee sokista masennuksesta (Käypä hoito – suositus 2011, 10). Lievään masennustilaan yhdistyy subjektiivista tuskaa, mutta toimintakyky on yleensä säästynyt (Käypä hoito – suositus 2010b, 4).

Tyypin 2 diabetesta sairastavilla depression riskisuhde on kaksinkertainen verrattaessa ei-diabeetikoihin. Depression esiintyvyys diabetesta sairastavilla naisilla oli 28 prosenttia ja miehillä 18 prosenttia kaikista diabeetikoista. Masennustila kasvattaa aikuisilla tyypin 2 diabeteksen kehittymisen riskiä noin 60 prosentilla ja tyypin 2 diabetes lisää depression riskiä 15 prosentilla. On arvioitu, että noin joka neljännellä diabeetikolla on depressiivisiä oireita tai masennustila eli depressio. Hyvä glukoositasapaino voi vähentää altistumista masennukselle. (Leppävuori 2010, 521–523.)

Fibromyalgiaa sairastavilla heikko koherenssintunne on yhteydessä masentuneisuuden kanssa. Elämänmuutokset vaikuttavat koherenssintunteen vaihteluun. ( Kukkurainen 2006, 105.) Sairaus muuntaa tavallisesti koko perheen elämän sairauden laadusta ja asteesta riippuen. Parantumattoman taudin ensioireet ja diagnoosi olivat useimmille shokki, mikä sai aikaan masennusta ja joillekin elämänhaluttomuutta. Henkinen jakaminen testattiin sairastumisen yhteydessä. Tässä asiointilassa vertaistuki oli monelle ainoa ja korvaamattomana koettu tuen lähde. ( Mikkonen 2009, 184.)

Valtaosa pitkäaikaisiin sairauksiin kytkettävästä terveyteen liittyvän elämänlaadun menetyksestä yhdistyy mielenterveyden häiriöihin. Terveyteen yhdistyvän elämänlaadun mittaus väestötasolla on suoritettavissa, ja se voi antaa tärkeää tietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. ( Saarni 2008, 37 – 65.)

Vaikka tyypin 2 diabetesta on käsitelty ja tutkittu paljon, sairastumisen kokemuksen näkökulmaa tutkimuksissa ei ole ollut riittävästi esillä. Tällä tarkoitan sitä, kuinka sairastunut on kokenut sairastumisen ja siihen liittyvät muutokset.

Terveyssosiologian alaan kuuluvan kirjallisuuden mukaan sairaan roolin omaksuminen alkaa, kun vaiva tai oire ei lähde muutamassa vuorokaudessa ohi. Sairaana roolissa henkilö on velvollinen etsimään hoitoa ja avustamaan paranemistaan. Hän ei voi toipua tahdonvoimallaan, ja siksi hän tarvitsee terveydenhuollon asiantuntijan apua. (Kotisaari & Kukkola 2012, 51.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabetekseen sairastumista sairastuneiden työikäisten sairaanhoitajien näkökulmasta. Kokemusten avulla voidaan tuoda

esiin niitä asioita, jotka ovat vaikuttaneet tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden sopeutumiseen. Tavoitteena on lisätä tietoa sairastumisen kokemuksesta, minkä avulla on mahdollista kehittää ja parantaa hoitotyötä ja sen laatua sekä asiakkaan että hoitotyön toimintojen näkökulmasta.

Tuloksia voidaan käyttää ohjauksen, tuen ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehittämiseen. Ohjauksen ja tuen avulla tyypin 2 diabetekseen sairastuneista tulee toimintakykyisiä ja omahoidon hallitsevia. Ohjaukselle on tärkeää, että tyypin 2 diabeetikko opastetaan uuden tiedon lähteille, jotta hän oman kokemuksensa kautta oppisi omatoimisuutta ja vastuunottoa erilaisissa hoitotilanteissa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten tyypin 2 diabetekseen sairastuneet kuvaavat tyypin 2 diabetekseen sairastumisen?
2. Mitä kokemuksia tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla on omahoidosta?
3. Mitä kokemuksia tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla on ohjauksesta?

## **5.1 Tutkimuksen lähtökohdat**

Laadullisen tutkimuksen perusteena on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi (2009, 161). Tämän käsityksen mukaan todellisuus on moninaista ja tapahtumat vaikuttavat toinen toisiinsa. Laadulliselle tutkimukselle tunnusmerkillisinä ominaisuuksina ovat kokonaisvaltaisuus ja aineiston keräys normaaleissa tilanteissa. Tutkija tekee tiedon keräyksen ja koottava tieto yhdistyy tutkittavien henkilöiden tuottamiin merkityksiin.

On suositeltavaa, että laadullisessa tutkimuksessa analyysi on aineistolähtöistä ja siinä käytetään induktiivista logiikkaa, jossa tutkija pyrkii ilmaisemaan aineistosta arvaamattomia tekijöitä. Toisaalta tutkimusaineiston hankinnassa hyödynnetään sellaisia metodeja eli tutkimustekniikoita, joissa tutkittavien näkökannat tulevat esiin. Aineiston keruu on soveltuva, kun aineistosta ei saada enää uutta tietoa tutkimusta kohden. Tutkittavat valikoidaan asianmukaisesti ja tutkittavien määrä on yleensä pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia, jolloin aineistosta ei etsitä yleistettävyyttä. Vallitseva ominaisuus laadulliselle

tutkimukselle on lisäksi se, että tutkimussuunnitelma kehittyy tutkimuksen edistyessä. (Hirsjärvi 2009, 164; Tuomi 2008, 97.)

Laadullisen tutkimuksen tieto on kontekstisidonnaista eli laadullisen tutkimuksen avulla generoitu tieto liittyy tutkittavien elämäntilanteeseen, aikaan ja paikkaan. Todellisuus voi tulla näkyviin eri ihmisille erilaatuisena eli todellisuuksia voi olla monia. Tutkimuksen tarkoitus on selventää, mitä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on tutkimukseen osallistuneiden tutkittavien näkökannasta. (Kylmä & Juvakka 2007,28–29.)

Tutkittavien todellisuuden kuvaamisella on mahdollistaa tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Saatua tietoa voidaan hyödyntää tuomalla esille uudenlaista näkökulmaa. Jokaisella ihmisellä on olemassa oma todellisuus. (Kylmä & Juvakka 2007,28–29.)

Koska tämän opinnäytetyön tarkoitus oli ilmentää elettyä, todellista elämää kokonaisvaltaisesti, kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmuoto oli soveltuvin vaihtoehto. Laadullisen tutkimuksen kohteena olevat sairastumistapahtumat ovat monenlaisia suhteita käsittäviä ja sen vuoksi pyrkimys oli saada aikaan tutkittavasta kohteesta kokonaisvaltainen kannanotto tarkastellen sairastumistapahtumia ainutlaatuisina. Merkitsevä tutkimuksen tarkoitus on tavoittaa ja osoittaa tosiasioita. Laadullisten menetelmien avulla saadaan esille suunnitellusti valitun tutkimusjoukon näkökulmia.

Opinnäytetyötä muodostaessani pyrin tavoittamaan tutkittavien vastauksista jotain yllättävää tai sellaisia asioita, mitkä selittäisivät paremmin niitä sairastumiseen ja sairastamiseen liittyviä asioita, joihin olin törmännyt hoitotyötä tehdessäni. Tutkimusaihe oli ollut mielessäni siitä asti, kun aloitin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamisen. Samalla opinnäytetyöni on tutkivaa hoitotyönkäytäntöjen tarkastelua tyyppin 2 diabetekseen sairastuneiden kokemusten kautta. Tyyppin 2 diabetekseen sairastuneiden toimintakykyä voidaan edistää kehittämällä ohjausta ja tukimuotoja, kun käytössä on potilaiden kokemukseen perustuva näyttö.

## **5.2 Tutkimuksen rajaaminen**

Tiedonantajiksi valittiin tyyppin 2 diabetekseen sairastuneet terveydenhuoltoalalla työskentelevät sairaanhoitajat ja aineistonkeruumenetelmäksi kohdehenkilöiden avoi-

met haastattelut sekä kohdehenkilöiden esseenä kirjoitetut kertomukset. Tutkimukseen osallistumista rajattiin sairastumisvuoden mukaan. Sairastumisen tuli ajoittua korkeintaan kolmen vuoden sisään haastatteluajankohdasta ja hoitomuotona tuli olla vähintään tablettihoito. Valintakriteerit täyttävät henkilöt valikoituivat vapaaehtoisuuden perustella. Valintakriteerit varmistivat sen, että tiedonantajilla oli kokemuksia tyyppin 2 diabetekseen sairastumisesta.

## **6 AINEISTO JA SEN ANALYSOINTI**

Aineiston riittävyys turvattiin kahden aineistonkeruumenetelmän avulla. Aineistokeruumenetelminä käytettiin sekä haastattelua että sairastuneiden kirjoittamia tarinoita. Haastattelujen ja tarinoiden yhteiskäyttöä nimitetään triangulaatioksi, minkä avulla aineistosta saadaan sisällöltään rikkaampaa. Laadullisessa tutkimuksessa ei tähdätä tilastollisiin yleistyksiin, joten pienikin aineisto on riittävä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 85; Kylmä & Juvakka 2007, 17,98.)

### **6.1 Aineisto ja kohderyhmä**

Tiedonantajat valikoituvat tutkimukseen mukaan tutkimuspyyntöön luvan antaneista sairaanhoitajista (N=6). Kaikki kuusi tiedonantajaa täyttivät valintakriteerit. Esseen kirjoittamiseen osallistui kolme sairaanhoitajaa ja toiset kolme sairaanhoitajaa osallistui avoimeen haastettuluun. Opinnäytetyön empiirisenä aineistona oli näiden kuuden tyyppin 2 diabetekseen sairastuneen henkilön avoimet haastattelut sekä heidän kirjoittamat tarinat.

### **6.2 Aineiston tiedonkeruumenetelmät**

Tutkimuksen kohderyhmä vaikutti aineistonkeruumenetelmän valintaan. Laadullisessa tutkimuksessa erilaisia aineistonkeruumenetelmiä käytetään yksin tai yhdessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 57, 64.) Haastattelu on tiedonkeruumenetelmänä silloin, kun halutaan joustavuutta aineiston keruussa haastattelutilanteen mukaan. Haastateltavien kokemuksiin voidaan keskittyä pyytämällä vastaajia selittämään mielipiteitään. (Hirsjärvi ym. 2009, 205.)



Avoin haastattelu on yksilöhaastattelu, jolloin haastattelija keskittyy vain yhteen haastateltavaan kerrallaan. Omakohtaisista asioista on vaivattomampi puhua kahden kesken. Avoin haastattelu tuo esille perusteellisempaa tietoa ja ymmärrystä siitä, miten haastateltava kokee määritetyn ilmiön. Avoin haastattelun päämääränä on kannustaa haastateltavaa kertomaan tiedossa olevasta asiasta kauemmin. Avoin haastattelu muistuttaa keskustelua ja se voi olla vapaamuotoinen. Avoimessa haastattelussa haastateltava suuntaa haastattelun kulkua, joka voi ohjautua tilanteen mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 75 – 76; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126; Anttila 2006, 196; Hirsjärvi ym. 2009, 206 – 209; Metsämuuronen 2006,115.) Yhtenä aineistonkeruumenetelmänä oli avoin haastattelu, koska halusin antaa haastateltavalle mahdollisimman paljon vapautta itsensä ilmaisuun (vrt. Laine 2007,37).

Avoin haastattelu sopii käytettäväksi silloin, kun haastateltavia on vähän ja haastattelun aihe on arkaluontoinen kuten sairastuminen. (vrt. Anttila 2006, 196; Hirsjärvi ym. 2009, 206 – 209; Metsämuuronen 2006,115.) Yritin olla neutraali ja osallistuin keskusteluun enimmäkseen lyhyillä palautteilla, joilla sain haastateltavaa jatkamaan vastausta tai kohdentamaan keskustelua sairastumisen kokemukseen (vrt. Ruusuvuori & Tiittula 2005, 44–45).

Opinnäytetyöni käynnistyi vuoden 2011 loppupuolella tiedottamisella sosiaaliselle verkostolleni aiheesta sekä vapaaehtoisten haastateltavien ja tarinan kirjoittajien etsimisellä. Tämän jälkeen jaoin tutkimukseen valituille vapaaehtoisille henkilöille tietoa tutkimukseen tavoitteista ja menetelmistä. Tiedottamisen tarkoituksena oli löytää vapaaehtoiset henkilöt ja varmistaa heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211 – 224; Tuomi & Sarajärvi 2012, 131; Kuula 2006, 61 – 65.)

Tarinan kirjoittajien tutkimusryhmään ilmoittautui vapaaehtoisesti kolme tyyppin 2 diabetekseen sairastunutta sairaanhoitajaa. Lähetin kertomuksen kirjoittaville tutkittaville sähköpostin, joissa oli aihe ja pyyntö esseen kirjoittamiseen. Pyysin jokaiselta tutkimukseen osallistujalta suostumuksen tutkimuksen tekemiseen. Haastateltavat, joita oli myös kolme, valikoituivat opinnäytetyön tutkimukseen vapaaehtoisuuden pohjalta oman sosiaalisen verkostoni kautta.

Ennen tarinan kirjoittamispyyntöjä ja haastattelutilaisuuksia kerroin tiedonantajille opinnäytetyön aiheesta, sen tehtävästä ja tarkoituksesta puhelimitse tai sähköpostitse. Näin toimimalla varmistin tiedonantajilta, että osallistujat tiesivät tulossa olevasta tutkimuksesta ja sen toteuttamistavasta. Avoimien haastattelujen nauhoittamista korostettiin ja avoimeen haastatteluun osallistuvat haastateltavat saivat itse valita haastattelupaikan. Haastateltavia pyydettiin valitsemaan heille sopivin ajankohta haastatteluun. Sovittuna aikana saavuin avoimeen haastatteluun osallistuvan tiedonantajan kotiin ja kerroin uudelleen miksi teen haastatteluja ja siitä, että haastattelut on tarkoitus nauhoittaa. Painotin puheessani haastattelun vapaaehtoisuutta sekä sitä, ettei ketään haastateltavista voida identifioida varsinaisesta opinnäytetyöstä.

Haastattelu-aika oli ennalta sovittu ja haastattelupaikka haastateltaville tuttu ja rauhallinen paikka. Haastattelut toteutettiin kesä-heinäkuussa vuonna 2012. Jokaisella haastateltavalla oli oikeus päättää itsenäisesti osallistumisestaan. Haastateltaville kerrottiin, että he voivat kieltäytyä haastatteluista. Haastateltaville kerrottiin myös, että haastattelun keskeyttäminen on mahdollista milloin tahansa. Jokainen kolmesta haastateltavasta suostui tutkimukseen. Haastateltavat pitivät tutkimusaihetta ajankohtaisena ja kiinnostavana, koska he olivat itsekin käsitelleet sairastumisen ja sairauden merkitystä omassa elämässään. Avoimet haastattelutilanteet olivat välittömiä ja niiden aikana voitiin tarvittaessa toistaa kysymyksiä sekä pyytää tarkennuksia.

Aloitin avoimet haastattelut kysymällä, miten haastateltavat kokivat tyypin 2 diabetekseen sairastumisen ja millainen elämäntilanne heillä oli sairastumisen aikaan. Avoimet haastattelut etenivät haastateltavien ehdoilla. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007,64.)

Taustamuuttujina sairastuneilta kysyttiin ammattia, diagnoosia, sairastumisikää sekä milloin kyseinen sairaus oli todettu ja syytä, minkä vuoksi tiedonantaja oli käynyt lääkärissä. Avoimet haastattelut kestivät keskimäärin 90 minuuttia (vaihteluväli 60 – 90 min). Avoimia haastatteluja ei nauhoitettu, koska ensimmäisen avoimeen haastatteluun osallistunut tiedonantaja kieltäytyi nauhoituksesta saapuessani ensimmäiseen yksilöhaastatteluun. Kieltäytyminen nauhoituksesta oli yllätys, koska olin informoinut haastattelujen nauhoittamisesta. Vaihtoehtona oli haastattelun kirjoittaminen haastattelun aikana tai peruuttaa haastateltavan osallistuminen. Haastateltava halusi osallistua

tutkimukseen, joten kirjoitin haastattelun ylös haastattelun aikana. Yhdenvertaisuuden takia päädyin siihen, että kirjoitan loputkin haastattelut ja litteroin ne myöhemmin.

Kaikki avoimet haastattelut on litteroitu tarkasti. Litteroitua tekstiä on yhteensä 24 sivua. Kirjasintyyppinä on käytetty Times New Roman-kirjasinta ja kirjasinkokona 12 sekä rivivälinä 1. Litteroidut haastattelut ovat tutkijan hallussa sekä paperiversiona että sähköisenä versiona. Avoimessa haastattelussa olleilla haastateltavilla oli mahdollisuus lukea litteroidut tekstit, mutta kukaan heistä ei kokenut sitä tarpeelliseksi.

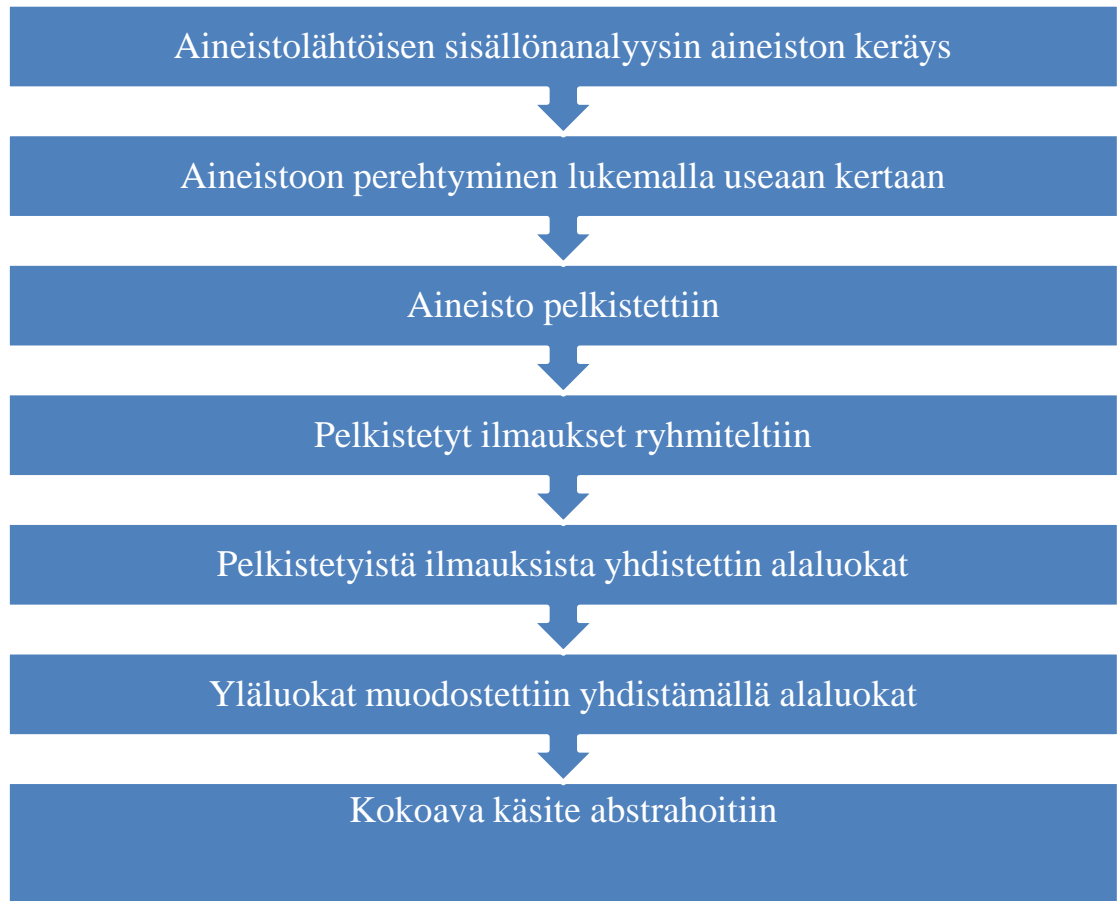
### 6.3 Aineiston analyysi

Ensin laadullisessa tutkimuksessa huomio kohdistetaan kootun aineiston analyysiin, tulkintaan ja johtopäätöksien tekoon. Ensimmäiseksi tehdään aineiston tarkistaminen eli todennetaan aineiston sisältämät virheellisyydet tai puutokset. Seuraavana on aineiston tietojen täydentäminen, mikäli tietojen täydentäminen on mahdollista. Aineiston järjestäminen on viimeinen vaihe. Aineiston analyysin edetessä selkiintyy tutkijalle, minkälaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiinsa. (Hirsijärvi ym. 2009, 221–222.) On mahdollista valita useista laadullisen tutkimuksen aineiston analysointimenetelmistä. On kuitenkin huomioitava, että ne voivat olla aikaa vieviä. Tutkimuksen tarkoitus, päämäärät ja mahdolliset tutkimustehtävät johtavat tutkijaa aineiston analysoinnissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 66.)

Tämän opinnäytetyön aineistoa analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysin päämääränä on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kootun aineiston avulla. Sisällön analyysissä etsitään vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä edetään vaihe vaiheelta, aluksi luodaan itselle yleiskuva aineistosta. Tämän jälkeen aineistosta kerätyt alkuperäisilmaisut pelkistetään, ryhmitellään ja luodaan yläluokat. (Juvakka & Kylmä 2007, 116–120.)

Järjestin haastattelut erikseen. tarinat saapuivat sähköpostiini ajallaan. Aineiston analysointi alkoi siis litteroitujen tekstien lukemisella. Purin haastatteluista tehdyt muistiinpanot ja tarinat osiin ja kytkin sisällöltään vastaavanlaiset osat. Tiivistin aineistoni kokoamalla siitä lauseita, jotka jäsensin ilmaisujen perusteella. Tiivistin lauseet lyhyiksi kuvauksiksi eli alaluokiksi. Alaluokkien valmistumisen jälkeen ryhmittelin

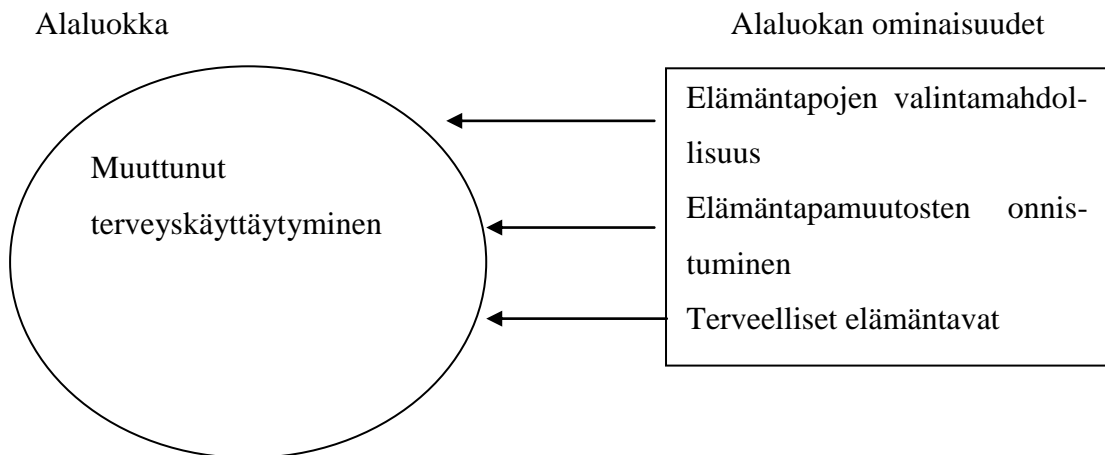
lauseet yläluokkiin ja edelleen kokoavaan käsitteeseen. Luin litteroitujen tekstejä analysoiden, mitä ja miten he kertovat kokemuksistaan useampaan kertaan. Analysoin tutkittavien kokemuksia kootusta litteroidusta aineistosta. Lähestymistapoja analysoitiin sairastuneen näkökulmasta, koska uudenlaisia lähestymistapoja tuli haastatteluissa esiin. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 116–120.) Kuvaan yhdeksän olen koonnut aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisen.



**KUVA 9. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen**

Aineiston yhdistäminen tapahtui siten, että yhdistin kaikkien yksilöhaastatteluiden ja tarinoiden tekstit yhteen. Koko aineiston lukeminen auttoi huomaamaan ilmiöitä ja niiden välisiä suhteita. Seuraavaksi vertasin alkuperäisiä ilmauksia toisiinsa niiden ominaisuuksiltaan. Etsin samanlaiset ilmaukset aineistosta ja kirjasin alkuperäiset ilmaukset erilliseen listaan. Ryhmitellyistä alkuperäisilmauksista muodostui niiden samansisältöisten ominaisuuksien mukaan alaluokat, jossa alaluokan sisällöt muodostivat alaluokan ominaisuudet. Ominaisuudet ovat pelkistettyjä ilmauksia. Tässä vaiheessa tarkastelin toistamiseen aineistoa, jotta takaisin alaluokkien nimeämisen aineistolähtöisesti. Huolehdin, että alaluokat olivat nimeltänsä riittävän pelkistettyjä, mutta

loogisesti vuorovaikutuksessa aineiston kanssa. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 116–120.) Kuvaan kymmenen olen kerännyt esimerkin aineiston pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä.



**KUVA 10. Esimerkki aineiston pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä alaluokaksi muuttunut terveystkäyttäytyminen ja siihen liittyvät pelkistetyt ilmaukset eli ominaisuudet**

#### 6.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimusaiheen valinta on myös eettinen ratkaisu (Tuomi & Sarajärvi 2012,129; Kylmä & Juvakka 2007,144). Tyypin 2 diabetesta sairastavat potilaat ja heidän sairastumiskokemuksesta eivät ole olleet tutkimuskohteena Suomessa. Tyypin 2 diabetes on tulevaisuudessa kasvava kansansairaus. Tyypin 2 diabetesta sairastavien hoito on yhteiskunnallisesti huomattava haaste, joten tyypin 2 diabeetikoiden omiin kokemuksiin pohjautuva tieto on hyödyllistä tähän haasteeseen vastattaessa. Osa tutkimukseen osallistuneista tiedonantajista ilmaisi tyypin 2 diabetekseen sairastavien sairastumisenkokemuksen tutkimisen olevan merkittävää. Tiedonantajilla on ollut mahdollisuus tuoda esiin kokemuksiaan ja tulla kuulluksi (Tuomi & Sarajärvi 2012, 125, 129; Kylmä & Juvakka 2007, 144). Tämän opinnäytetyön avulla saadulla tiedolla voidaan parantaa terveydenhuollon ammattilaisten ymmärrystä näiden asiakkaiden ohjauksessa ja hoidossa.

Tieteellisen tutkimuksen ydin on eettisyys. Eettisyys koskee kvalitatiivista opinnäytetyötä. Pietarinen (2002) on muodostanut tutkijoille kahdeksan eettisen perusteen listan, joka on ainutlaatuinen pohdintaperusta kaikille tutkimusta valmistaville. Eettisten perusteiden lista käsittää tutkijan älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyy-

den, vaaran eliminaation, ihmisarvon kunnioittamisen, sosiaalinen vastuun, ammatinharjoitusten edistämisen ja kollegiaalisen kunnioituksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212; Kuula 2006, 30.) Pietarisen kuvaamien eettisten perusteiden mukaisesti olen ollut tutkimustyössä tunnollinen, rehellinen, huolellinen ja tarkkaavainen tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimuksen arvioinnissa. Olen viitannut aikaisempien tutkijoiden aikaansaannoksiin ja kannanottoihin opinnäytetyön kirjoituksessa asiaankuuluvalla tavalla. Opinnäytetyössä hyödynnetyt lähteet ovat merkitty tekstiviittein ja lähdeluetteloon. ( vrt. Tuomi & Sarajärvi 2012, 132.)

Tutkiessani tyypin 2 diabetekseen sairastuneen sairastumiskokemusta kosken henkilön yksityiseen maailmaan, jolloin lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 116–117). Tapasin tutkimuksen takia tiedonantajat ja kohtelin heitä arvostavasti ja ainoalaatuisina henkilöinä.

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus ja aineistona käytin henkilöiden kertomia kokemuksiaan ja kirjoittamia tarinoita. Kun tutkimus suuntautuu tyypin 2 diabetekseen sairastuneisiin ja heidän kokemuksiin, on selvitettävä tarkoin, miten heitä informoidaan, miten heidän lupa tutkimukseen hankitaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa voi sisältyä. Aineiston keräämisessä on huomioitava mm. anonyymiuden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–28.) Tutkimuksen valmistuttua hävitin aineiston asianmukaisella tavalla.

Tutkittavien esittäminen anonyymeinä antaa tutkimuksellista vapautta ja edistää sen kautta objektiivisuutta. Tällaisia aiheita tässä tutkimuksessa ovat tyypin 2 diabetekseen liittyvät ohjaus- ja sairauskokemukset, joita tutkimuksen kohteena olleet henkilöt rohkenivat tuoda rehellisesti esiin tietäessään, ettei vastauksia personoida kehenkään. (Mäkinen 2006, 114.)

Tiedonantajiksi valittiin vain sellaisia sairastuneita, joiden sairastumisesta oli kulunut jo hieman aikaa, mutta korkeintaan kolme vuotta. Mikäli tiedonantajina olisi ollut vastaikään diagnosoidut tyypin 2 diabetekseen sairastuneet, niin sairastumisen aiheuttama shokki olisi voinut vaikuttaa haastattelun kulkuun. Kohderyhmän kriteerin asettaminen auttoi huomioimaan myös eettisen näkökulman.

Tutkimuseettiset kysymykset kohoavat esiin siksi, että tämän opinnäytetyön tekijä on tutkimuskohteena olevien ystävä tai työkollega. Tutkijana opinnäytetyön tekijän pitää

kyetä luotettavaan tiedon julkistamiseen sekä samalla takaamaan tutkimuksessa mukana olleiden anonymiteetin säilyttäminen. Haastateltujen vastaukset muotoillaan anonymiteetin turvaamiseksi ja sen vuoksi vastauksia ei lainata sellaisina kokonaisuuksina, että haastateltava olisi tunnistavissa. Tulosten raportointiosassa haastateltavien nimet ja kotipaikkakunnat on jätetty pois lainauksista haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi. Lainaukset elävöittävät raporttia ja tuovat esille aineistolähtöisyyden.

Tiedonantajia tiedotettiin suullisesti ja kirjallisesti opinnäytetyön tarkoituksesta, toteutuksesta, vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta lopettaa osallistuminen niin tahtoeensa. Informoinnissa painotettiin, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta mitenkään ystävyys- tai työsuhteeseen. Tiedonantajille annettiin mahdollisuus kysyä opinnäytetyöntekijältä lisätietoja tutkimuksesta tai tarvittaessa keskustella tutkimukseen yhdistyvistä tuntemuksista. ( vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 150.)

Opinnäytetyöni liittyy sensitiiviseen aihealueeseen, joten aineistonkeruussa korostui luottamuksellisuus. Laadullinen tutkimus edellyttää, että tiedonantajia kunnioitetaan ja heiltä lähestytään arvostavasti.

## **7 TULOKSET**

Tutkimuksen tehtävänä on kuvailla 40–47 - vuotiaiden tyyppin 2 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia. Kaikki osallistuneet vapaaehtoiset tiedonantajat olivat naisia. Aineiston tiedonantajien keski-ikä oli 43 vuotta.

Haastatteluista suurin osa oli hakeutunut työterveyshuollon lääkärin vastaanotolle diabetekseen liittyvien oireiden takia kuten ärtyneisyyden, jalkasärkyjen tai näön ajoittaisen sumenemisen takia (TAULUKKO 4). Diabeetikoiden sairastamisvuodet vaihtelivat alle vuodesta kahteen vuoteen. Diabeteksen hoitomuotona haastateltavilla oli yleisimmin tablettihoito. Osa haastateltavista on elämänvaiheessa, jossa työn, perhe-elämän ja sairastumisen yhteensovittaminen voi tuntua haastavalta.

## TAULUKKO 4. Tiedonantajien taustatiedot

Tiedonantajat		
Ammatti	Sairastumisikä	Vastaanottokäynnin syy
Sh	40	Väsytys
Sh	41	Työterveyshuollon määräaikaistarkastus
Sh	40	Jalkasäryt
Sh	43	Työterveyshuollon määräaikaistarkastus
Sh	42	Hakeutuminen ryhmäohjaukseen lähetteellä
Sh	45	Leikkausarvioinnin yhteydessä

### 7.1 Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen

#### 7.1.1 Oireet

Tyypin 2 diabetes alkoi yleensä hitaasti kehittyvillä oireilla, joiden perusteella sairastunut ei vielä hakeutunut tutkimuksiin. Väsymys ja pitkittyneet jalkasäryt olivat ensisijaisina syinä hakeutumiseen lääkärin vastaanotolle.

Tiedonantajat työskentelivät sairaanhoitajina. Sairaanhoitajien tehtäviin kuuluu myös raporttien kirjoittaminen. Tyypin 2 diabeteksen oireet ilmenivät osalla niin, että näkökyky ei toiminut niin kuin pitäisi ja näkeminen oli vaikeaa näön hämärtyamisen takia. Näön hämärtyamisen eli näön tarkkuuden muuttumisen oletettiin menevän ohitse, mutta oireet eivät hävinneet. Tiedonantajat totesivat, etteivät jaksaneet tehdä työtä samalla tavoin kuin aikaisemmin. Tiedonantajien voimaton olo näkyi väsymyksenä, uupumisena tai energian loppumisena.

*Hieroin silmiäni, mutta tietokoneen näyttö oli edelleen samaa.*



*Olin lopen uupunut.*

*Neljäkymppisenä ei enää jaksanu painaa pitkää päivää samalla tavoin kuin aikaisemmin.*

*Koti oli aina kuin kaaoksen jäljiltä.*

Tyypin 2 diabetekseen liittyi korkean verensokerin tuntemuksia, kuten väsymystä ja ärtyneisyyttä. Verensokerin aiheuttamien mielialan ja tuntemusten vaihtumiseen vaikutti erityisesti se, millainen verensokerin taso oli. Mikäli verensokeritaso oli matalalla, tiedonantajat kertoivat muuttuvansa ärtyneiksi. Mielialan vaihtelut näkyivät tiedonantajien käytöksessä.

*Olin muuttunu räyhääväksi ja väsyneeksi kaikesta ja kaikkiin.*

Terveystieteiden työkentelevien sairaanhoitajien fyysisen kuormituksen määrä vaihteli työtehtävien mukaan. Osa työtehtävistä oli seisomatyötä, joten jalkakivut olivat merkittävä haitta työteossa. Seisomatyön suuri määrä lisäsi jalkakipuja, mikä sai läheiset ja työkaverit huolestumaan.

*Olin ajatellut, että jalkaongelmiin voi olla monia syitä.*

Suurimpana yllätyksenä kakkostyypin diabeteksen diagnoosi oli tullut oireettomille tiedonantajille, jotka olivat omasta mielestään terveitä ja hyvinvoivia. Osa tiedonantajista oli käynyt työterveyshuollon määräämää tarkastuksessa, jossa tyypin 2 diabetes todettiin laboratoriotutkimusten perusteella. Yksi tiedonantajista oli hakemassa lähetettä ryhmäohjaukseen muun syyn takia. Yhdellä tiedonantajista todettiin tyypin 2 diabetes leikkausarvioinnin yhteydessä.

*Sairastumiseni tyypin 2 diabeteksen oli täysi yllätys. Minulla ei ollut minkäänlaisia oireita: ei väsymystä, ei mitään, joka viittaisi sairastumiseen.*

### 7.1.2 Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet

Tyypin 2 diabeteksen diagnosointi vaikutti tiedonantajien tunne-elämään eri tavoin. Vakava sairastuminen sekä siihen mahdollisesti kytkeytyvä lisäsairauksien riski aiheuttivat kriisin. Pelon, ahdistuneisuuden ja masentuneen tunnetilan tunteet kuuluivat osaksi sairastumisen aiheuttaman kriisin käynnistämään sopeutumista.

*Tuntui kuin mut olis vedetty hirmumyrskyyn.*

*Se oli sokki - diabetes on elinikäinen.*

Toteamisvaiheen shokkireaktion tiedonantajat kävivät lävitse tuntemuksiaan omilla tavoillaan. Shokkireaktio oli luonnollista odottamattomasta tiedosta sairastumisesta, mikä muutti tiedonantajien odotuksia tulevaisuudesta. Tämä toteamisvaiheen shokki näkyi pelon, surun tunteina tai asian kieltämisenä. Vähitellen ymmärrettiin, että sairastuminen on tosiasiallinen. Tämän jälkeen vasta kyettiin käsittelemään sopeutumista tilanteeseen ja suuntautumaan uudelleen tulevaisuuteen.

Pelko heräsi, kun tiedonantajat tiesivät tyypin 2 diabeteksen lisäävän riskiä lisäsairauksiin, mikä osaltaan lisäsi pelon tunnetta. Tiedonantajat pitivät tyypin 2 diabetesta pitkäaikaissairautena, joka saa aikaan pysyvää lääketieteellistä ja toiminnallista haittaa hankaloittaen sairastuneen elämää.

*Amputaatio. Muut lisäsairaudet.*

*Kuolenko komplikaatioihin? Entä näkökyky?*

*Mielessäni oli vain diabetekseen liittyvät ennakkoluulot, jotka liittyivät elinmuutoksiin ja sokkeihin.*

*Ilmoitin välittömästi aloittavani lääkityksen, sillä en halua olla dialyysihoidossa huonosti hoidetun diabeteksen takia.*

Reaktioina esiintyi myös itkua negatiivisten tunteiden purkautumisväylänä. Tunteen ja tiedon välillä oli usein kuilu: henkilö oli tietoinen, että asia on niin kuin lääkäri sen

esitti, mutta tunnetasolla asiaa ei kyetty käsittelemään. Osa tiedonantajista koki, että elämän perusta hävisi eikä tulevaisuutta ole. Mielentilan saattoi vallata masentunut tunnetila.

*Aluks itkin vuolaasti. Kukaan ei tiennyt tunteistani. Tuntui mahdottomalta, että toinen ymmärtäisi kaikki tunteeni.*

*...mutta mielestäni mun tulevaisuus näytti tosi synkältä.*

Tiedonantajien mukaan suru tunteena lähti liikkeelle yksilötason tragediasta, sairastumisesta. Sairastunutta henkilöä ikään kuin vaadittiin muuttumaan esimerkiksi terveyskäyttämisen osalta. Yksilötasolla suru avasi kysymyksen siitä, mikä sairastunut henkilö on ilman hyvää ongelmatonta terveyttä, jonka juuri diagnoosin kuultuaan hän on menettänyt? Samalla tiedonantajat pohtivat, millä tavalla terveys – tämä sairaus, tyypin 2 diabetes – olisi osa heitä. Sairastuessaan sairastuneet eivät pelkästään surreet keskeytynyttä elämänkulkua ja vaihtuneita tulevaisuuden suunnitelmia, vaan he käsittivät pitkäaikaissairauden aiheuttaman muutoksen saapuneen ja sopeutumisen alkaneen.

*Kun sain diagnoosin, surin ainoastaan yhtä asiaa sitä, että en kuntoillu riittävästi. Työterveyslääkäri halusi, että huolehtisin itsestäni. Sen kuitenkin tiesin, että nyt elintavat tulisivat muutoksen alaisiksi.*

*Elämönhallinta järkky, kun tyypin 2 diabetes todettiin.*

Mikäli tyypin 2 diabetekseen sairastuneet eivät olleet kokeet oireita, he halusivat diagnosointihetkellä varmistaa laboratorionkokeiden oikeellisuuden ja että diagnoosi todella koski heitä itseään. Diagnoosin hyväksyminen liittyi läheisesti yksilöiden minäkuvaan. Jos sairastuneet epäilivät diagnoosin tai laboratoriotuloksien oikeellisuutta, ei hoidon ja omahoidon suunnitteluun osallistuminen ollut ongelmatonta, koska he eivät uskoneet sairastumisestaan. Terveystieteiden ammattilaisten oli otettava hoitoa suunnitellessaan huomioon sairastuneiden väliset erot suhtautumisessa todettuun sairauteen ja mietittävä keinoja miten saada sairauttaan epäilevät alkuun omahoidossaan.

*Tuntui epätodellisesta, että käytyään rasisuskokeessa oli saanut diagnoosin.*

*En oikeastaan halunnut kuulla asiasta. Mieleni teki lähteä pois. Työterveyslääkäri huomasi tunteeni ja odotti minun puhuvan. Hän ojensi minulle lehtisen tyypin 2 diabeteksesta.*

Kieltämistä esiintyi silloin, kun todettua sairautta ei haluttu uskoa todeksi ja tyypin 2 diabetes sairautena kiellettiin. Sairastuneet kaipasivat kadotettua terveyttä ja saattoivat kapinoida sairastumista vastaan.

*Jotenkin ajattelin, että tämä sairastuminen ei ole totta.*

*Kaikkein mieluiten olisin unohtanut koko diabeteksen, mutta koholla olevien sokeriarvojen takia oli pakko tehdä jotakin.*

*Aluksi vastustin lääkkeitä. Tilanne jossa käyttäydyin epäloogisesti ensimmäistä kertaa eläessäni – sillä seuraukselle että verensokerit kohosivat aivan liian ylös.*

*Kielsin koko sairauden olemassa olon.*

Tiedonantajien tulevaisuuden uskon luominen perustui siihen, että lääketieteen ansiosta tyypin 2 diabetekseen sairastunut voi saada hoitoa tässä ja nyt sekä tulevaisuudessa. Terveystieteiden ammattilaiset toivat esille hoitomahdollisuudet ja tiedonantajien oman elämän antamat mahdollisuudet.

*Tiedän menneisyyteni, mutta tulevaisuus on täynnä vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia.*

## 7.2 Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamat muutokset arjessa

### 7.2.1 Omahoito

Omahoito oli muuttuva, dynaaminen kokonaishoidon malli, tyypin 2 diabetekseen sairastavan hyvinvoinnin tekemisen väline sairastuneille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Omahoidon tehtävänä oli taata kokonaisvaltaisen hoidon suuntainen omahoito ja sen toteutuminen.

*Omahoidon ylläpitäminen tulee mahdolliseksi tavoitteiden myötä. Motivaatio on myös mukana. Diabeteshoitaja on tuonut esille omahoidon tavoitteiden hyödyt. Hyötyjen tarkasteleminen motivoi vielä enemmän omahoitoon.*

Suunnitelmallinen päivä- tai viikko-ohjelma oli kuin sopeutuva muistio, joka rytmitti tyypin 2 diabetekseen sairastuneen arkea. Parhaimmillaan päivä- tai viikko-ohjelma oli sairastuneen omahoidon suunnittelun ja toteutumisen apuväline.

*Suunnittelen aina etukäteen viikko-ohjelmani. Viikko-ohjelma auttaa järjestämään päivään säännöllisyyttä.*

*Pidän päiväohjelman suhteellisen samankaltaisena.*

Pitkäaikaissairautena tyypin 2 diabetes painoi sairastuneiden mieltä. Tyypin 2 diabeteksen omahoitoon yhdistyi myös onnistumisen kokemuksia, jotka vaikuttivat tiedonantajien itseluottamukseen ja auttoivat heitä ottamaan vastuuta omahoidostaan.

*No onhan se, että kun näkee miten itse on kehittynyt. Se tavaton väsymyksen vaihtuminen normaalimpaan olotilaan ja jotenkin onnistumisen riemu omahoidon osalta.*

*Onnistumiset ja osaaminen tuottavat iloa ja vahvistaa omaa käsitystäni selviytymisestä.*

*Omahoito on tuottanut tulosta. Paino on tippunut 22 kg.*

*Hienointa hoitosuhteen aikana oli ehdottomasti onnistumiset, eli siinä, mihin mua on opastettu.*

Tyypin 2 diabetesdiagnoosin saaneille opetettiin vastaanotolla verensokerin seuranta. Henkilöille neuvottiin verensokerin oikea ottotapa sormenpäältä sekä verensokerimitarin käyttö. Lisäksi käsiteltiin verensokerien mittausajankohdat ja mittausarvojen tulosten tulkitseminen. Kun veren glukoosipitoisuudet olivat hoidon jatkuessa asettuneet tavoitearvoihin, voitiin mittauskertoja harventaa.

*Mulla oli jo se verensokerimittari, mutta kun mä katoin sitä mittaria. Niin mä tuumin, että apua, tästä ei tule mitään. Että taistelen siitä, että otanko mä ne kolme mittausta päivässä, mikä olis tietty mielekästä. Kyllä mä sitä just tänään mietin, millaista se oli alussa. Ennen verensokerin mittausta jännitys oli kauhea. Diabeteshoitaja rohkaisi, että mittaamiseen on helppo sopeutua. On pakko ihailia niitä, jotka eivät koe mittauksista hankalaksi.*

*Itselleni oli vaikeaa verensokerien mittaaminen. Nyt vasta ymmärrän, miksi mittauksia piti tehdä useimmin. Lääkitys saatiin kohdalleen ja enää mittauksia teen vain kahdesti viikossa.*

Lääkityksen aloituksen jälkeen painoa ja verensokereita seurattiin jonkin aikaa, jotta voitiin selvittää lääkehoidon tehoaminen. Lääkehoito aloitettiin vastaanotolla lääkärin tekemän lääketieteellisen arvioinnin jälkeen. Tyypin 2 diabetekseen diagnosointi ohjasi lääkehoidon tarpeen arviointia. Tiedonantajilla oli tilaisuus osallistua oman lääkehoidon suunnitteluun: lääkehoidon suunnitteleminen yhdessä sairastuneen kanssa vaikutti lääkehoidon onnistumiseen ja hoitomyöntyvyyteen. Tiedonantajien mielipiteet lääkityksestä olivat ristiriitaisia. Lääkekielteisyys oli yksi tapa tuoda esille kesken-eräistä sopeutumista tyypin 2 diabetekseen. Suurin osa tiedonantajista käytti lääkkeitä ohjeiden mukaan. Lääkekielteisyys ei kuitenkaan näkynyt muuhun hoitoon sitoutumisessa. Tiedonantajilla oli mahdollisuus kokeilla myös elämäntapamuutosta puolen vuoden ajan, jonka jälkeen tehtiin arviointi elämäntapamuutosten vaikutuksesta. Mikäli elämäntapamuutos ei alentanut koholla olevaa verensokeritasoa, suositeltiin lääki-

tyksen aloittamista. Osa tiedonantajista aloitti lääkityksen vasta puolen vuoden kuluttua diagnoosin saamisesta ja elämäntapamuutuskokeilun jälkeen.

*Hän kehotti ottamaan lääkkeitä ja huomautti, ettei lääkitys muuta luonnetta. Olin jotenkin hämmästynyt siitä lääkityksen määrästä – kolesterolilääke, metformiinilääke.*

*Hän ehdotti lääkehoidon aloittamista, mutta mua alkoi ottaa päästä, että ei mitään vaihtoehtoja vain lääkehoito. Niin tein aivan päinvastaisen ratkaisun- en syönyt lääkkeitä lainkaan puoleen vuoteen.*

*Lääkkeettömyys on poissa. Sen tilalla on lääkitys. Lääkkeet olivat mulle kasvamisen paikka. Aluksi vastustin lääkkeitä. Tilanne jossa käyttäydyin epäloogisesti ensimmäistä kertaa eläessäni – sillä seuraukselle että verensokerit kohosivat aivan liian ylös.*

Tiedonantajien arkielämän aikataulut ja kielteiset kokemukset liikuntatunneilla johtivat usean kohdalla passiiviseen elämäntyyliin, jolloin riittävä liikunta jäi pois. Liikunnan lisäämisellä arkeen oli suuri hyöty sairastumisen jälkeen. Painonhallinta helpottui ja koholla ollut verenpaine tai verensokeri laskivat liikunnan myötä. Arki- ja hyötyliikunnan lisääminen vaikuttivat tiedonantajien hyvinvointiin merkittävästi. Tiedonantajat tiesivät fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen tukevan omahoitoaan.

*En ole koskaan oikein liikunnasta pütannut.*

*Oli tarkoitus silloin liikkua, mutta silloin oli noi lapset pieniä ja sitte ei viehättänyt se liikunta siinä vaiheessa. Vasta kun oli jo sairastunut, niin sitte tuli mieleen, että ai niin, mun piti liikkua. Onnistun olemaan ilman liikuntaa. Liikuntasuoritukset muistuttivat liikaa koulun liikuntatuntien tunnelmia – raskas hengitys ja vaikea olo*

*Tämän lauseen osaan ulkoa:” Liikunta kartuttaa insuliiniherkkyyttä, jolloin lihakset voivat vaivattomammin hyödyntää glukoosia.” Tämän lauseen merkitys avautui konkreettisesti, kun mittauksen avulla pystyin todentamaan verensokerien laskevan liikunnan seurauksena.*

*Olen huomannut, että liikunta tehoaa myönteisesti verensokeriarvojen lisäksi koholla olleeseen verenpaineeseen.*

*Mutta minusta tuli aktiivinen liikkuja. Aluksi liikkuminen oli hankalaa. Olin sen verran tukeva ja huonokuntoinenkin. Muutaman kilometrin kävelemisen jälkeen, olin väsynyt. Huonokuntoisuus oli ärsyttävää. Eniten inhosin sitä hikoamista ja lihasten kipeytymistä liikunnan aikana ja sen. Nyt en enää ajattele hukattuja mahdollisuuksia liikunnan suhteen.*

Sairastuneilla oli mahdollisuus muuttaa ruokailutottumuksiaan. Sairastuneet toteuttivat ruokatapojen muutoksen omalla tavallaan omien tavoitteidensa mukaisesti. Oma-hoidon kehittymisen ohella myös säännöllinen ruokaileminen tuli osaksi arkipäivää. Ruokatottumukset muuttuivat ja niiden muuttamisen lähtökohtana oli omien ruokatottumusten tarkastelu. Sairastuneiden mielestä säännölliset ruokailuajat rytmittivät heidän päiväänsä ja he pystyivät paremmin säätelemään ruokamäärän itselleen sopiviksi.

*Mun uuteen päiväjärjestykseen kuuluu se, että ruokaillen säännöllisesti ja käyn lenkkeilemässä. Nyt olen tottunut olemaan syömättä muina aikoina.*

*Ruokavalio-ohjeet ovat muuttaneet ruokailutapojani. Yritän korvata herkkuja hedelmillä.*

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa lääkäri, diabeteshoitaja ja sairastunut ideoivat hoidon kokonaisuuden hoitosuunnitelmaan, johon kirjattiin tarvittavat kontrollikäynnit laboratoriokokeissa ja silmälääkärissä sekä väli- ja vuosikontrollien ajankohdat terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla. Diabeteshoitajan vastaanottokäynneillä syvennyttiin omahoidon suunnitteluun ravitsemuksen, liikunnan ja elämäntapojen osalta. Tyypin 2 diabeetikoiden laatimat henkilökohtaiset hoitosuunnitelmat vaikuttivat omahoidon konkreettiseen toteutukseen sekä helpottivat yhteistyötä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sekä ohjauksessa. Yksittäisten hoitotavoitteiden arviointi edisti yksityiskohtaisen ja konkreettisen vaikutustiedon antamista sekä auttoi tunnistamaan vaikutusten aiheuttajat. Elintapojen suhteen voitiin tehdä monenlaisia ratkaisuja sen mukaan, mikä oli sairastuneelle arvokasta ja tärkeää. Elintapamuutosten aikaansaaminen



vaatii onnistuakseen voimia. Sairastuneet tarvitsivat energiaa luopuakseen siitä, mikä oli tuttua voidakseen elää aivan uudella terveellisellä tavalla.

*Minulla on arvokkaita kokemuksia sairaanhoitajana. Tämä on auttanut minua esittämään itselleni kysymyksiä omista elintavoistani. Olen vakuuttunut siitä, että elintapamuutos on mahdollinen.*

*Voit muuttaa ruokatottumuksia terveellisemmiksi tai valita sen, että ehkäiset lisälihomista.*

### 7.2.2 Sopeutuminen

Sairastuminen oli tulevaisuuden uskon koetinkivi ja merkitsi käännekohtaa sairastuneiden elämässä. Sairastuneet olivat saavuttaneet elämässään paljon, mutta sairastumisen yhteydessä he käsittelivät elämän tarkoitusta ja etsivät omia arvojaan ja päämääriään. Sairastuneilla oli arvaamattoman paljon sopeutumisen potentiaalia, ja sairastuminen koettiin myös kasvumahdollisuutena. Sairastumisen kautta useat havahtuivat huomaamaan omia vahvuuksiaan ja elämän mahdollisuuksiaan. Sairastumisen kautta opittiin itsestä uutta. Sairastuneet luottivat itseensä ja uskoivat siihen, että he sopeutuvat sairauteen ja omahoitoon.

*Olen miettinyt uusia harrastuksia. Voin toteuttaa kauan toivomani ideani. Haluaisin kirjoittaa runokirjan.*

Jokainen sairastunut kertoi, että sairastuminen jätti vaikutuksensa. Sopeutuminen näkyi siten, että tyypin 2 diabetekseen sairastuneet oppivat hyväksymään sairauden ja kykenivät riemuitsemaan taas elämästään. Sopeutumiseen käytetty aika vaihteli, koska jokainen käsitteli sairastumista yksilönä. Sopeutumisen vaiheiden jälkeen syntyi vähitellen usko selviytymisestä. Elämä alkoi rakentua uudelleen.

*Paluuta entiseen minulla ei ole. Joten nyt minun täytyy tietää, miten asiat ovat, missä nyt ollaan ja mitkä ovat minun omat hoitotavoitteeni.*

Hoitavalla taholla oli tärkeä rooli asiakkaan henkisen kasvun edistäjänä. Henkinen kasvu liittyi tiedonantajien tapaan käsitellä ja ratkaista päätöksentekoon liittyvät asiat. Henkisen kasvun myötä myös ammatillinen kasvaminen oli mahdollista.

*Diabeteshoitaja on ohjannut pohtimaan, mikä on todella tärkeää minulle itselleni.*

*...oma sairastumiskokemukseni on saanut minut kehittymään ihmisenä...*

*Oikeastaan tämä sairaus on ollut minun itseni parhaaksi ja kehitykseksi.*

*Nyt osaan asettua paremmin toisen ihmisen kokemusmaailmaan.*

Tyyppin 2 diabeteksen sitovuus sairautena yllätti sairastuneet. Omahoidon toteuttamiseen kuuluva verensokerien mittaus vaikutti sairastuneiden aikatauluihin. Lääkkeet oli nautittava säännöllisesti ja verensokerien mittaus oli tehtävä ajallaan. Lisäksi omahoitoon vaikutti epäsäännöllinen työaika.

*Terveenä olemiseen tottuneena olin kauhuissani sitä sitovuutta jota sairastuminen toi.*

*Tietyt asiat pitää tehdä tiettyinä hetkinä kuten verensokerin mittaukset.*

Sairastuneiden mukaan elintavat olivat monen asian summa. Elintapoihin vaikuttivat henkilön oma terveys, kiinnostukset, työ ja työympäristö sekä oma perhe. Toisaalta sairastuneiden elintapoja muokkasivat terveysongelmat ja niiden asettamat rajoitukset. Esimerkiksi selkäkivut rajoittivat liikkumista. Sairastuneiden voimavaroihin vaikuttivat henkilön omat arvot ja ajattelutapa sekä motivaatio ja tyytyväisyys. Elintapojen muuttaminen oli mahdollista vasta, kun sairastuneet tiedostivat elintapojensa vaikutuksen terveyteensä. Elintapojen arvioinnin aikana sairastuneet selvittelivät terveyskäyttäytymisen muutoksen edellytystä, sen mukaan tuomia etuja ja ehtoja. Elämäntapojen muuttaminen koettiin haastavaksi, koska aikaisemmat elämän tavat olivat vaikiintuneita. Terveellisten elintapojen ylläpitäminen vaati aikaa ja energiaa. Elintavat loivat perustan yksilön hyvinvoinnille.

*Aikaisemmin liikkumattomuuden syynä olivat omat aikataulut – vuorotyö ja kielteinen kokemus koululiikuntatunneilta. En jotekin osannu luottaa omiin taitoihini liikkua.*

Osalle sairastuneista tarjottiin vertaistuen kautta liikuntamahdollisuuksia ja osalle liikuntaryhmätoimintaa kuten sauvakävelyä, keilausta, vesijumppaa, vesijuoksua ja kuntosalilla käyntiä. Lisäksi osalle sairastuneista tarjottiin mahdollisuutta kuntotestaukseen sekä omatoimiseen liikuntamuutokseen antamalla neuvoja ja kirjallisia ohjeita ohjausaikana. Omatoimista liikkumista tuettiin kertomalla paikkakunnan eri liikuntaseurojen toiminnasta.

*Sain omat yksilölliset liikuntaohjeet.*

*Olen liittynyt kävelykerhoon ja alkanut käydä kaksi kertaa viikossa uimassa lasten kanssa.*

Sairastuneet pohtivat omaa elämäänsä sen jälkeen, kun he olivat saaneet diagnoosin. Oman elämän pohdinta synnytti ymmärrystä, herätti kysymyksiä tulevaisuudesta ja tyyppin 2 diabeteksen asettamista uusista haasteista. Sitä suurempi stressi mitä vahvimmalta oma tulkinta sairastumisesta tuntui. Tästä syystä sairastumisen kokemus oli osalle sairastuneita vahva stressitekijä, kun taas osa ei kokenut sairastumista kovin stressaavana. Osasta sairastuneista tuntui liialliselta, että kaiken sairastumiseen sopeutumiseen keskellä olisi opeteltava myös uudenlaiset liikuntatavat, muuttamaan ruokavaliota tai laittamaan terveellisempää ruokaa. Toisaalta opittu uusi taito tuotti toivon tunteen selviytymisestä ja pärjäämisestä.

Sairastuneiden oman elämän hyvinvointi koostui eri tekijöistä, jotka kaikki vaikuttivat tyyppin 2 diabetekseen sekä jokapäiväiseen elämään. Sosiaaliset suhteet lisäsivät hyvinvointia ja ystävyysuhteet kantoivat vaikean ajan ylitse. Toisaalta työpaikan ihmisuhteet olivat merkittäviä, koska toimeen on tultava kaikkien työpaikan työntekijöiden kanssa. Sairastuneet joutuivat työssään tekemisiin sellaisten työntekijöiden kanssa, joiden arvot, käytös ja muut ominaisuudet erosivat huomattavasti sairastuneen omista arvoista. Osa sairastuneista kuvasi, että sairastuminen voitiin nähdä merkinä heikkoudesta tai jopa riskinä työyhteisön turvallisuudelle, minkä vuoksi tyyppin 2 diabetekseen sairastumista peiteltiin. Mikäli työyhteisön työntekijät olivat tietoisia kollegan sairastumisesta, työyhteisön kollegat ja sairastuneet saattoivat pohtia yhdessä elämän

kulkua. Työyhteisön kollegat saattoivat jopa pohtia omaa sairastumisen riskiä ja tehdä oma-aloitteisesti Diabetesliiton riskitestin Internetissä.

*Tämä tyypin 2 diabetes näyttää kuuluvan osana sukuni historiaa. Mitä se kertoo? Ehkäpä siitä, että minulla on geenit, joissa on alttius sairastumiseen. Ei muuta.*

*Kun kerroin eräälle ystävälle sairastumisestani, hän ryhtyi kuvittelemaan, miltä häntä olisi tuntunut. Minusta tuntui jotenkin hauskalta tuo hänen ajatusleikkinsä. Hän todella osasi asettua asemaani ja on osannut ja osaa tukea minua.*

*On ollut mielenkiintoista huomata juuri minun sairastumiseni vaikuttaneen siihen, että työkaverit ovat tehneet riskitestejä tai ottaneet puheeksi riskinsä sairastua tyypin 2 diabetekseen.*

Omahoitoon sitoutuminen vaati samanlaista vastuunottoa kuin yleensäkin omasta elämästä vastuunottaminen. Omahoidon toteuttamisessa vaadittiin omien voimavarojen säätelyä ja kokonaisvaltaista vastuunottoa. Sairastuneet olivat tietoisia siitä, että tyypin 2 diabeteksen hoidon onnistuminen perustuu heidän kyvystään huolehtia itsensä omahoidon toteutuksen avulla. Kyse oli lopulta siitä, miten sairastuneet vastasivat omahoidostaan ja miten hoitotavoitteet saavutettiin terveydenhuollon ammattilaisten ohjaamien keinojen avulla. Sairastuneen terveydentila asetti vaatimuksia omahoitoon sitoutumiseen, mikä tarkoitti myös elämän tasapainoa, jolloin omahoito tuntui tulokselliselta ja vastuunoton määrä sopivalta.

*Aluksi diabeteksen hoito oli omien tavoitteiden tavoittelua ja joka päivään omahoitoon totuttelua.*

*Omahoito on kuin rahaa laittaisi pankkiin.*

*Vastuuntuntoisuuteni on auttanut omistautumisessani omahoidolleni.*

*Diabeteshoitaja on auttanut minua kehittymään omahoidossa. Luottamusta on lisännyt se, että ohjauksessa on kerrottu ja kerrotaan minun myönteisistä muutoksista sekä omahoidon että elämäntapojen osalta.*

Sairastuneet havaitsivat, että heillä on mahdollisuus vastaanottaa tukea ja tietoa elämän rakentamiselle uudelleen tyypin 2 diabeteksen diagnoosin jälkeisessä tilanteessa. Osa sairastuneista kävi diabetestietopäivässä. Diabetestietopäivällä sai tietoa palveluista sekä tietoa keneen puoleen voi kääntyä avun tarpeessa. Osa sairastuneista tiedonantajista koki tärkeänä sen, että jokaisella sairastuneella oli mahdollisuus käsitellä omia tuntemuksiaan vastaanottotilanteissa. Sairastuneet huomasivat, että terveydenhuollon ammattilaiset osasivat osittain tunnistaa vastaanotolla olevan sairastuneen tilanteen tiedontarpeesta ja omaksumiskyvystä. Sairastuneet hakivat tietoa diabeteksestä ja tiedontarpeet vaihtelivat eri ajankohtina. Aluksi jokaista sairastunutta kiinnosti se, miten juuri itselle kävisi ja millaisia muutoksia sairastuminen aiheuttaisi. Vähitellen sekä ohjaus että tieto hävittivät huolestuneisuuden pois ja sairastuneita tuettiin tavoittamaan omat voimavaransa.

*Sen sijaan täytin pääni tiedolla tyypin 2 diabeteksestä ja uppouduin tutkimusmaailmaan täysillä. Uudet tutkimukset, toimintatavat, diabetesliiton sivustot, jolla oli tietoa. Täydellistä tiedon hankintaa.*

*Sairastumisen yhteydessä keskityin tiedon hankintaan ja sen hyödyntämiseen omassa hoidossa, siis omassa arjessani.*

Sairastuneet kuvasivat sairastumisen alkuhetkiä ja sen tuottamaa yksityistä kriisiä ja sairastuneen roolin opettelua. Sairastuneet havaitsivat, että sairastuneen roolin kuului velvollisuus hoitaa tyypin 2 diabetes mahdollisimman oireettomaksi omahoidon avulla. Sairastuneita ohjattiin sopeutumaan ja elämään sairautensa kanssa ja samalla omaksumaan sairastuneen rooli. Sairastuneilla oli monta roolia. Terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla hän oli sairastuneen roolissa ja sairastuneen roolin korostuminen näkyi aineistossa siten, että tiedonantajat kuvasivat itseään asiakkaan nimellä. Sairastuneen rooli ohjasi myös käyttäytymistä, kun he hakivat apua terveydenhuollon tarjoamista palveluista. Kun sairastuneet tekivät aikavarauksen lääkärin vastaanotolle, heidän oli myös kerrottava vastaanotolla käynnin syy samalla sairaanhoita-

jan tai terveydenhoitajan tehdessä arvion hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä. Tämä myös korosti sairastuneen roolin todellisuutta.

*Kysymys ei ole pelkästään sairaudesta, vaan myös suuresta muutoksesta terveestä sairastuneeksi. Tämä sairaus on siis osa minua.*

### **7.2.3 Tunteet sopeutumisen aikana**

Sairastuneet havaitsivat ja tunnistivat erilaisia tunteita ja tunnetiloja, joita olivat masentuneisuus, syyllisyys, vetäytyminen ja jopa suruakin. Kuitenkin he tunsivat vastaanotolla käydessään heidän hyvinvoinnin olevan ensisijalla. Sairastuneet oppivat elämään tyypin 2 diabeteksen kanssa ja löysivät itsestään tarvittavia voimavaroja jakamiseen. Tällaisessa sopeutumistilanteessa kehittyi syyllisyyden tunteita, mikä johtui oman elämän pohdinnasta. Osa sairastuneista kohdehenkilöistä koki tulevaisuutensa olevan synkän ja energiatasonsa vähentyneen. Tämä masentunut tunnetilavaihe kuului sopeutumiseen. Sopeutumisen aikana kohdehenkilöt alkoivat tehdä asioita, jotka ilostuttavat heitä. Sairastuneet opettelivat hyväksymään sairauden osaksi omaa itseään.

Masentunut tunnetila aiheutui sairastumisen aiheuttamasta kriisistä. Tämä lyhytaikainen masentunut tunnetila oli osa sairastuneiden tunnetilaa. Itsestä ja päivittäisistä asioista huolehtiminen saattoi heiketä. Masentunut tunnetila vaikutti siihen, että mieli täyttyi huolista ja peloista.

*Mikään ei ole mukavaa. Paskaaks tässä -ajattelu on saanut minusta valan.*

*Tuntui kuin mitään ei olisi menetettävää enää.*

Vetäytyminen tarkoitti kohdehenkilöille oman ajan antamista itselleen ja hetkellistä irtautumista arjesta. Oman ajan antaminen itselle liittyi myös tunne siitä, että vetäytyminen toimi energian lähteenä.

*Vetäydyin ja vähitellen sysäsin syrjään negatiiviset ajatukset.*

*Tarvitsen omaa rauhaa. Hakeutumalla ajoittain yksinäisyyteen voin kerätä itselleni voimia.*

Kun kohdehenkilöt saivat diagnoosin, he ajattelivat sairastumisen syitä, esimerkiksi sitä, aiheutuiko sairastuminen vuorotyöstä tai elintavoista. Toisaalta sairastumisen syiden pohdinta auttoi sopeutumista sekä auttoi näkemään sairastumisessa sairastuneen itsensä kannalta myönteisiä asioita kuten omien vahvuuksien tunnistamista. Syyllisyyden tunteissa ahdistivat mielikuvat, että sairastuneet olivat taakka muille. Sairastuneita arvelutti se miten he kelpasivat, kun eivät enää olleet niin terveitä kuin muut tuntuivat odottavan. Kohdehenkilöiden kertoman mukaan heidän vanhempat kokivat syyllisyyttä aikuisen lapsensa sairastumisesta huonojen perintötekijöiden takia. Sairastuneet irtautuivat syyllisyydestä pysähtytyään ajattelemaan, mitä todella tahtoivat elämältään ja ottivat tietoisesti itse vastuun päätöksistään ja elämästään.

*Meillä on olemassa geenit, jotka ohjaavat osittain sairastumista johonkin sairauteen.*

*Isä ja äiti kertoivat, että he molemmat olivat sairastuneet tyypin 2 diabetekseen alle 50-vuotiaina. He olivat miettineet kovasti sitä, että he olivat siirtäneet omaa "huonoa" geeniperimäänsä eteenpäin. Rauhoittelin vanhempiani sanomalla, etteivät he olleet tehneet mitään väärin.*

Suru liittyi sairauteen sopeutumiseen. Suru meni ohitse kestäen muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. Suru vaikutti mieleen ja ilmeni alakuloisuutena, tuskana, hätäinä, ärtyisyytenä ja innottomuutena. Osa kohdehenkilöistä koki herkistymistä ja itkuisuutta. Sairastuneet tunsivat surun lievittyvän vähitellen tilanteen hyväksymisen myötä.

*Heräsin äkisti pois itsesäälistäni. Olin surrut sitä, ett sairastuminen muutti elämän rytmiäni. Ajattelin asioita aika itsekeskeisesti. On totta, että elämässäni on monia hyviä asioita. Ilmeisesti sairastumisen kriisi vei energiaa. Nyt energiaa on kuten aikaisemminkin.*

### 7.2.4 Sairauden salaaminen

Jokaiselle kohdehenkilölle työ oli tärkeää ja he jatkoivat työntekoa normaalisti. Ratkaisu kertoa sairastumisesta esimiehelle vaikutti työntekoon. Tiedottaminen varmisti, että sairastunut sai tukea esimieheltään. Työtehtävien vaihtaminen oli myös mahdollista kuten vuorotyön vaihtaminen päivätyöhön.

Suuri osa tyypin 2 diabeteksen oireista ei näy ulospäin. Työyhteisö ei välttämättä huomaa sairastumista. Sairastuminen vaikutti siihen, että kohdehenkilöt pohtivat sairastumisestaan kertomista työyhteisölle, lähiomaisille ja ystäville. Useimmiten perhe ja ystävät saivat tiedon sairastumisesta.

Kohdehenkilöistä avoimuus tuntui ristiriitaiselta. Kun kohdehenkilöt päättivät kertoa sairaudestaan, niin seuraava päätettävä asia oli, miten laajasti sairaudesta pitäisi kertoa. Sairauden salaamisen taustalla saattoi olla tieto sairaudesta kertomisen riskistä eli avoimuus sairastumisesta nähtiin riskinä. Sairauden salaamiseen päädyttiin, jos koettiin työyhteisössä luottamuspulaa.

*Jostain syystä en halunnut, että työyhteisöni olisi tiennyt sairastumisestani.*

*Lääkkeiden ottaminen työpaikalla siten, ettei kukaan näe, on vaikeaa.*

*Olen lykännyt asian esille tuomista työyhteisössä.*

### 7.3 Omahoitoon sitoutuminen

Omahoitoon sisältyi paljon motivoitumista, mikä lisäsi omahoidon onnistumista. Sairastumisen toteamisen jälkeen omahoito muuttui yhä merkittävämmäksi arjen sisällöksi.

Päätösvalta omista asioista oli tärkeää sekä hoitoon sitoutumisen että ohjauksen kannalta. Sairastuneiden ja ohjaajan välinen vuorovaikutus ja avoimuus lisäsivät entisestään kohdehenkilöiden päätöksenteon sujuvuutta. Kohdehenkilöt saivat näin tukea päätöksentekoon. Päätöksentekotilanteissa jos missä sairastuneet halusivat olla päättä-



jiä sen sijasta että olisivat olleet päätöksenteon kohteita. Sairastuneet hyväksyivät paremmin sellaisen hoitopäätöksen, jonka teossa he olivat olleet itse mukana. Kun sairastuneilla oli käytössään ajanmukaista tietoa hoitovaihtoehdoista, luottamuksellisuus hoitosuhteessa kasvoi. Myös sitoutuminen uusiin terveellisiin elämäntapoihin osana omahoitoa oli helpompaa, kun kohdehenkilöt olivat voineet vaikuttaa päätöksentekoon.

### 7.3.1 Asiakkaan päätösvalta hoidossaan

Kohdehenkilöt vastasivat omahoidossaan kaikista niistä osa-alueista, jotka olivat määritetty yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa hoitosuunnitelmaan yksilöllisten hoitotavoitteiden muodossa. Kohdehenkilöiden päätöksentekoa tuki terveydenhuollon ammattihenkilön kuunteleminen ja omahoidon yhdessä suunnittelu. Yksilölliset hoitotavoitteet olivat omahoidon toivottava toteutustapa, jolloin sairastuneet kohdehenkilöt käyttivät hyväksi ohjauksessa saamaansa tietoa ja osaamista. Koska kohdehenkilöt olivat selvillä siitä mitä tahtoivat, he itse määrittelivät hoitosuunnitelman avulla toivotunlaisen omahoidon.

*Työssä jatkaminen sekä osallistumismahdollisuudet itseä koskevaan päätöksentekoon ovat antaneet voimia jatkaa eteenpäin*

*Tavoitteet ovat asetettu minun toivomusteni mukaisesti ja kirjaimellisesti minun omin sanoin hoitosuunnitelmassani.*

Mikäli kohdehenkilöt olivat selvillä olemassa olevista hoitomahdollisuuksista ja osasivat puhua tarpeistaan tai toiveistaan - toisin sanoen he tiesivät, miten hoitotavoitteet kirjataan hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä. Kohdehenkilöiden tarpeiden ja toiveiden selvittäminen ja määrittely auttoi laatimaan yksilöllisen hoitosuunnitelman ja takasi hoitotavoitteiden sopivuuden heille.

*Diabeteshoitaja huomioi ohjauksessa sen, että minulla on jo itselläni aineksia pulmien ratkaisemiseksi. Ohjaajana hän voi auttaa pulman selvittelyä, mutta päätöksenteon asioista teen minä asiakas itse*

### 7.3.2 Muuttunut terveystyöttyminen

Elämäntapamuutoksilla ja omahoidolla oli suuri vaikutus sairastuneen arkipäivään. Pienet muutokset liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisessä vaikuttivat kohdehenkilöiden jaksamiseen. Uusien elämäntapojen oppiminen oli pitkän aikaa kestävä prosessi, johon terveydenhuollon ammattihenkilöstö vaikutti omalla toiminnallaan ja ohjauksellaan. Kohdehenkilöitä tuettiin muutoksessa. Elämäntapamuutoksia tehtiin ravitsemuksessa ja liikunnassa.

*Aluksi käveleminen oli vain aloitettava, vaikka motivaatio liikkua oli vähäinen. Kävelemisen muuttuminen hauskaksi – kaksi syytä – oma kunto on kehittynyt ja puolison kannustus. Työssä jaksaminen on parantunut.*

*huolehdin riittävästä liikunnasta, tauoista ja ravitsemuksesta. Näin vaikutan omaan vireystilaani ja jaksan myös paremmin.*

*Mun uuteen päiväjärjestykseen kuuluu se, että ruokailen säännöllisesti ja käyn lenkkeilemässä*

Muuttunut terveystyöttyminen merkitsi myönteistä asennoitumista omahoitoon sekä uudenlaisien terveellisten elämäntapojen omaksumista. Terveellisten elämäntapojen rakentamisen edellytyksenä oli kohdehenkilöiden valmius omaksua uudenlainen terveystyöttyminen osaksi jatkuvaa omahoitoaan. Tyypin 2 diabetekseen sairastuneet arvioivat omia elämäntapojaan ja tekivät päätöksiä elämäntapamuutoksen tarpeellisuudesta. He valitsivat elämäntapamuutoksia liikunnan ja ravitsemuksen osalta.

*Voin puhua elämäntapamuutoksestani ja sen varassa voin toimia.*

*Muutos toimi kuin magneetti: se veti puoleensa oikeantyyppisiä valintoja ja oikeanlaista toimintaa.*

Elämäntavan muuttaminen oli haasteellista, kun uusi elämäntapa tuotiin osaksi päivittäistä arkea. Lopulta tavoitellusta terveellisemmästä elämäntavasta muotoutui vakiintunut tapa. Muutosjaksolle tarjottiin tukea sekä yksilöohjauksen että ryhmäohjauksen keinoin.

*Mun uuteen päiväjärjestykseen kuuluu se, että ruokailen säännöllisesti ja käyn lenkkeilemässä.*

*Kävin ryhmäohjauksessa, josta sain tukea ruokatottumusten muutosten tekemiseen ja myös liikuntaan.*

*Ryhmäohjaus antoi tietoa ja varmuutta omahoitoon.*

Normaalipainossa pysymisen ja diabeteksen hoidon kannalta tärkeintä oli, että ruoan energiansaanti oli sopusoinnussa kulutuksen kanssa. Tyypin 2 diabeteksen omahoidon näkökulmasta oli tärkeää ylläpitää optimaalista normaalia painoa, vähäistä viskeraalirasvan määrää, fyysistä aktiivisuutta sekä tukea omahoitoa ravitsemuksella. Kohdehenkilöt huomasivat, että painonhallinta oli mahdollista ainoastaan pysyvien elintapamuutosten kautta. Kylläisyyden tunne oli tärkeää painonhallinnan onnistumisen kannalta. Säännöllinen ateriarytmi varmisti kylläisyyden tunteen ja piti nälän loitolla.

*Omahoito on tuottanut tulosta. Paino on tippunut 22 kg. Nuo herkulliset houkutukset, vuorotyö ja ajoittain kiire vaikuttavat siihen, miten huolehdin itsestäni. Pidän päiväohjelman suhteellisen samankaltaisena. Syön kotona ja työssä suurin piirtein samaan aikaan.*

Terveystilan paranemiseen kytkeytyivät sairastuneiden henkilökohtaiset toivomukset terveellisimmistä elämäntavoista esimerkiksi kasvavasta arkiliikunnan määrästä, laihduttamisesta sekä siirtymisestä terveellisempään ruokavalioon. Osa kohdehenkilöistä oli harrastanut liikuntaa vähänlaisesti ennen sairastumista, koska liikuntaan ei ollut aikaa. Kohdehenkilöt hyötyivät säännöllisestä liikunnasta, koska liikunnan seurauksena sokerasapaino parani ja koholla oleva verenpaine laski. Liikunta myös myötävaikutti kadonneen vyötärön löytymiseen.

*Mutta minusta tuli himourheilija. Kävelen, zumbaan ja mä käyn latinotunneille. Kiloja on lähtenyt.*

*Ruokavalio-ohjeet ovat muuttaneet ruokailutapojani.*

*Olen huomannut, että liikunta tehoaa myönteisesti verensokeriarvojen lisäksi koholla olleeseen verenpaineeseen.*

*voin vain todeta, että olin myös vyötärölihava.*

## **7.4 Ohjaus sairastuneen tukena**

Ohjaussuhde hoitavaa tahoon on koko loppuelämän kestävä prosessi, johon ohjaajien erilaisuus toi uusia ulottuvuuksia, millä on vaikutusta sairastuneiden hyvinvointiin.

### **7.4.1 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde**

Ohjaukseen sisältyi vuorovaikutusta terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa. Tämä tarkoitti sitä, että kohdehenkilöt olivat henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa ohjaajana toimivan terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Vuorovaikutteinen ohjaus perustui kohdehenkilöstä välittämiseen, omahoidon toteutumisen tietämykseen, asiakkaan mukaantuloon hoitopäätöksien tekemiseen, terveydenhuollon ammattihenkilön asiakaslähtöiseen asenteeseen. Vuorovaikutteinen ohjaus näkyi ohjaussuhteessa avoimena ilmapiirinä, aktiivisena kuuntelemisena, palautteen antamisena, hienotunteisuutena sekä rehellisyytenä.

Mitä enemmän kohdehenkilöt kokivat tulleet kuulluksi ja olevansa omista asioistaan päättävänä osapuolena ohjauksessa, sitä välittävämmäksi ohjaussuhde saatiin rakennettua. Välittämisen tunteiden syntyä varten vaadittiin kohdehenkilön ja terveydenhuollon ammattihenkilön välistä vuorovaikutusta, koska välittämisen tunteet kehittyivät tekojen ja yhdessä tekemisen kautta. Välittämisen tunteen synnyttämät kokemukset olivat kohdehenkilöille tärkeitä siksi, että näin he tunsivat tyypin 2 diabetekseen liittyvän hoidon olevan hallinnassa ja luottamus ohjauksen oikea-aikaisuuteen ja hyvinvointia tuottavaan vaikutukseen kasvoi. Terveydenhuollon ammattihenkilöt pystyivät havaitsemaan kohdehenkilöiden hoitoväsymyksen ennusmerkit ajoissa tai muut kohdehenkilöiden hyvinvointiin kielteisesti vaikuttavat asiat ja osasivat ottaa asian puheeksi ja etsiä yhdessä ratkaisumahdollisuuksia.

*hän myös rohkeni tuoda keskusteluun tunteeni ja masennukseni.*

*Hän on rohjennut tuoda esille niin hyvät kuin haasteelliset asiat.*

*hoitoväsymyksen tunnistaminen helpottaa olotilaa huomattavasti*

Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa kohdehenkilöt tunsivat, että heidän yksilölliset ohjaustarpeet huomioitiin ja heille tarjottiin eri vaihtoehtoja. Asiakkaan tarpeet ja tilanne vaikuttivat ohjauksen etenemiseen. Kohdehenkilöiden mukaan ohjaus lisäsi hyvinvointia, kun heidän ei tarvinnut kuluttaa aikaansa ajatellaksensa ohjauksen toimivuutta. He luottivat ohjauksessa sovittujen asioiden toteutumiseen. Kohdehenkilöiden kokemusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenne ja aktiivinen kuunteleminen olivat etu sairastuneelle. Asiakaskeskeisyyden konkretisoituminen asiakaslähtöiseksi tavaksi toimia ohjauksessa näkyi henkilökunnan asennoitumisessa ohjauksen aikana.

*Diabeteshoitaja keskittyy minuun niin, että olen tuntenut olevani hänen ainoa asiakas.*

*Diabeteslekuri teki vaikutuksen kuuntelemalla, mitä sanottavaa mulla oli. Hän toi esille vaihtoehtoja. Esitti argumentteja elämäntapamuutoksesta. Ainakin kokeilusta.*

Kohdehenkilöt olivat sitä mieltä, että ohjaajat huolehtivat ja pitivät huolta asiakkaitaan vuorovaikutuksen avulla ja varmistivat että kaikki on kunnossa. Kohdehenkilöt varasivat ohjausajan, jonka aikana keskityttiin asiakaslähtöiseen ohjaukseen. Ajankäyttö oli tehokkaampaa silloin, kun ohjauksessa oli selkeät realistiset tavoitteet ja yhteistyö oli toimivaa ja kun ohjauksessa keskityttiin olennaiseen asiakokonaisuuteen. Asiakaslähtöisessä ajankäytössä siis keskityttiin yhteen asiakokonaisuuteen kerrallaan ja ohjaukseen varattiin sopivasti aikaa, jotta sairastuneet rohkenivat kuvailla mieltään arveluttavista asioista.

*Kun ohjaaja on perehtynyt minun ajatuksiini, ei aikaa kulu varsinaisessa ohjauksessa yhtään turhaan. Rajattu aika tehostaa ohjauksen ajankäyttöä ja auttaa keskittymään olennaiseen.*

*Diabeteshoitajan ja -lääkärin vastaanotolla parasta on, että asiakasta kuunnellaan ja annetaan riittävästi aikaa.*

Kohdehenkilöt saivat usein myönteistä palautetta omahoidostaan, mikä yleensä teki omahoidosta motivoivaa. Palautteessa huomioitiin jokaisen sairastuneen erilaiset motivaatiotekijät. Kohdehenkilöiden motivaatiota nosti se, että he olivat selviytyneet paremmin omahoidostaan kuin olivat olettaneet sekä se, että he tunsivat olevansa arvostettuja. Vastuu omahoidon tuloksesta oli jokaisella sairastuneella. Myönteinen palaute oli ohjauksen ja omahoidon liittyvän oppimisen olennainen osa.

*Diabeteshoitaja kunnioittaa minua ja on aidosti kiinnostunut minusta.*

*Diabeteshoitajan myönteinen puhe auttoi suhtautumaan tulevaisuuteen innostuneesti ja kestävästi paremmin noita paineita elämässä. Onnistumiset ja osaaminen tuottavat iloa ja vahvistaa omaa käsitystäni selviytymisestä. Ohjauksessa on korostunut toiveisuus tulevaisuudesta, toteutuvista tavoitteista ja uskon asiakkaan selviytymisestä. Aina elämässä ei ole helppoa, joten myönteinen ohjaus vahvisti ainakin minua.*

Myönteinen palaute antoi kohdehenkilöille oman arvon tunteen ja motivoi kehittymään kasvattaen turvallisuuden tunnetta ja luottamusta. Sairastuneiden tukeminen edellytti sekä korjaavaa että myönteistä palautetta. Kohdehenkilöt uurastivat ahkerammin hoitotavoitteiden saavuttamiseksi, kun he itse päättivät omista tavoitteistaan ja saivat palautteen toteutuneista hoitotavoitteistaan. Näin sairastuneille syntyi motivaatio. Realistinen tavoite motivoi tehokkaasti, kun se oli haastava ja tarjosi tilaisuuden omahoidon onnistumiselle. Useat kohdehenkilöt olivat sitä mieltä, että hoitotavoitteiden ja omahoidon saavutusten palautteen antaminen henkilökohtaisesti teki tavoitteellisuudesta osan päivittäistä omahoitoa. Palautteen saaminen ja antaminen ohjaustilanteissa tuki kohdehenkilöiden hyvinvointia.

*Myönteinen palaute on motivoinut ja innostanut.*

*Oma diabeteshoitaja tukee ja kannustaa antamalla positiivista palautetta pientenkin elintapamuutosten onnistumisesta ja antamalla konkreettista tietoa elintapamuutoksesta*

Viestinnän rehellisyys ohjaussuhteessa oli tärkein asia ohjaajan ja asiakkaan välillä. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde merkitsi rehellisyyttä. Mitä lähempänä totuutta ohjauksen ja palautteen sisältö olivat kohdehenkilöiden näkökulmasta, sitä tehokkaampaa omahoito oli. Ohjauksen rehellisyys perustui kohdehenkilöiden kokemukseen ohjaussuhteesta. Rehellisyys ja aitous muodostuivat kohdehenkilöille ohjauksen vuorovaikutuksen aikana olevista tunteista, joihin heijastettiin ohjaukseen kohdistuneita arvioita ja havaintoja. Kokemus ohjaussuhteen rehellisyydestä oli olennainen osa onnistunutta ohjausta. Kohdehenkilöt uskoivat, että ohjaavat ajattelivat rehellisesti heidän etuaan.

*Hänen rehellisyyteensä, luottamuksensa ja hyväksyvä asenteensa ovat luoneet pohjan ohjaukselle.*

*Se aito kiinnostus asiakasta kohtaa on tärkeintä. Asiakasta ei voi huijaita. Aito on aina aitoa.*

Onnistunut ohjaus sai aikaan luottamuksellisen ja asiakaslähtöisen ohjaussuhteen. Kohdehenkilöiden mukaan vuorovaikutteisen ohjaussuhteen perusluonteeseen kuului kohdehenkilön ja ohjaajan ohjaussuhteen luottamuksellisuus, minkä avulla voitiin saada aikaan ainutlaatuisia ja ainutkertaisia hoitopäätöksiä. Luottamuksellisuus korostui erityisesti silloin, kun tehtiin hoitopäätöksiä ja käsiteltiin vaihtoehtoja. Ohjaus perustui kohdehenkilöiden ja ohjaajien luottamukselliselle yhteistyölle, missä otettiin huomioon myös kohdehenkilöiden itsemääräämisoikeus. Kohdehenkilöiden voimavarat arvioitiin rehellisesti. Tarvitessa kohdehenkilö ohjattiin ryhmäohjaukseen, jotta hän selviää jatkossa omahoidossa. Ohjauskäytännön luottamuksellisuus oli nähtävissä ohjaajien osallistumisessa kohdehenkilöiden omahoidon suunniteluun, toteutukseen ja arviointiin.

*Luottamukselliset keskustelut ovat avanneet monta mielessäni ollutta kysymystä.*

*Ohjaus on aina toteutunut ja luottamuksellisessa ja hyväksyvässä ilmapiirissä, on minun mahdollista tuoda omat näkemykseni.*

Avoim ilmapiiri loi yhteyden kohdehenkilöihin. Avoimen ilmapiirin luomisessa ohjaajien taito keskustella kohdehenkilöiden kanssa oli tärkeässä roolissa. Keskustelu edisti luomaan avointa ilmapiiriä, jolloin sairastuneet rohkenivat lähestyä ohjaajaa vaivattomasti, kuvata toiveitaan ja antaa palautetta. Kohdehenkilöt kokivat tulleen huomioiduksi.

*Omalla ohjauksellaan hän on rakentanut ohjaushetkistä innostuneita ja turvallisia, joissa vuorovaikutus on hedelmällistä ja avointa.*

*Diabeteshoitajan vastaanotolla yhteistyö on mutkatonta, kun hoitaja tietää ja tuntee minut ja minun vahvuudet ja heikkoudet.*

Aktiivinen kuunteleminen auttoi kohdehenkilöitä käsittelemään omia ajatuksiaan, tunteuksiaan ja kokemuksiaan. Kohdehenkilöt kokivat aktiivisen kuuntelemisen hyväksymisenä ja ajatusten kirkastumisena epäselvien asioiden käsittelyn jälkeen.

*Diabeteshoitaja on hyvä kuuntelija: hän kerää taitavasti tietoja. Hän on suhtautunut empaattisesti. Olen voinut esittää mielipiteitäni avoimesti.*

*Huomaisin, että on myös osattava kysyä oikeita kysymyksiä. Olen saanut tietoa ja ajatustenvaihtoa, joka on ollut minulle hyödyksi.*

Kohdehenkilöt tunsivat, että terveydenhuollon ammattihenkilön hienotunteisuuteen käytökseen ja kielenkäyttöön kuului asioiden ja mielipiteiden muotoilu ja esittäminen siten, että ohjaustapaamisen tavoitteisiin tai hoitotavoitteisiin yllettiin.

*Lääkäri oli sympaattinen. Hän piteli kättäni kädessään. Hän lausui oikeat sanat, mutta mielestäni mun tulevaisuus näytti tosi synkältä.*

*Hän on aina huomaavainen.*

Kohdehenkilöt saivat kehittävää kritiikkiä silloin, kun omahoitotulokset olivat jääneet asetettujen hoitotavoitteiden alapuolelle tai he olivat laiminlyöneet hoitoaan. Terveys-



denhuollon ammattihenkilöt asennoituivat siten, että kohdehenkilöiden omahoidossa oli olemassa kehittämisen tarpeita, joita tuettiin ohjauksella. Kohdehenkilöiden mukaan kritiikin laatu ja antotapa vaikuttivat halukkuuteen muuttaa omaa omahoitoaan tai terveyskäyttäytymistään.

*Yhteistyö on sujunut hyvin, koska hoitokäyntien aikana on hoitajalta ja lääkäriltä saanut sopivissa määrin ohjeita ja kehittävää kritiikkiä.*

#### **7.4.2 Sosiaalinen tuki**

Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen tuli monesti yllättäen eikä siihen osattu varautua. Sairastuminen pysäytti pohtimaan omaa elämää. Oli normaalia aistia surua ja huolta sairastumisesta. Syyllisyyden tunteet saattoivat aktivoitua, koska ajateltiin omien elämäntapojen vaikuttavan sairastumiseen. Tunteiden nimeäminen hyödytti omien tunteiden ymmärtämistä. Sairastuneet pitivät puhumista parhaimpana tapana tunteiden ilmaisuun. Terveystuollon ammattihenkilöt loivat turvallisen ja ymmärtäväisen ilmapiiriin, missä sairastumista käsiteltiin. Kohdehenkilöt kokivat saaneesta sekä aikaa että tukea.

Henkisen tuen keinoja olivat kohdehenkilöiden mukaan miellyttävä vastaanotto ja hoitajan aloitteellisuus vuorovaikutuksessa. Muita henkisen tuen keinoja olivat kohdehenkilöiden arvostaminen, heistä välittäminen ja heidän tunteiden huomioiminen sekä niistä keskusteleminen. Tiedollisen tuen keinoja olivat sairastuneiden kysymyksiin vastaaminen, rehellisyys, avoimuus, ymmärtämisen varmistaminen, mahdollisuus tiedon kertaamiseen sekä sairastuneen elämään ja elämäntapoihin yhdistyvistä muutostarpeista kertominen. Kohdehenkilöt osallistuivat oman hoitonsa suunnitteluun ja tekivät valintoja eri päätösvaihtoehtojen kesken, mikä vahvisti heidän kokemusta sosiaalisesta tuesta.

*Diabeteshoitaja tervehtii ystävällisesti saapuessani vastaanotolle ja saa minut kokemaan itseni tervetulleeksi*

*Ohjaussuhteen lähtökohtana on välittäminen.*

*Sopeutuminen elämään diabeteksen kanssa vaati aikaa ja kärsivällisyyttä sekä diabeteshoitajan antama tuki oli tärkeää*

*Hän on havainnut osaamiseni kehittymisen ja vastaanoton ilmapiiri on aina hyväksyvä ja välittävä. Olen repsahtanut herkuttelemaan ja pelkäsin moitteita. Diabeteshoitaja kuunteli ja sanoi, että repsahtamisen voi ottaa oppimiskokemuksena. Nyt uskallan mennä vastaanotolle ilman mitään pelkoja.*

Kohdehenkilöt kuvasivat tyypin 2 diabetekseen hoitoon liittyvät vastaanottoajat osittain joustaviksi. Diabeteksen hoito tapahtui yhteistyönä diabeteshoitajan ja -lääkärin kanssa. Määräaikaistarkastukset tapahtuivat diabeteslääkärin tai muun hoitavan lääkärin vastaanotolla. Diabeteshoitajan vastaanottoajat varattiin ajanvarauksesta tai diabeteshoitajalta. Ajanvarausta suunniteltaessa täytyi huomioida ja muistaa myös ne rajoitukset, joita työ asetti sekä se, että osalla työikäisillä sairastuneilla ei ole mahdollisuutta työterveyshuollon käyttöön. Osa diabeteshoitajista oli helposti ja joustavasti tavoitettavissa eri kanavien kautta. Kohdehenkilöt saivat palvelua niin puhelimitse, sähköpostitse, verkon kautta kuin kasvotustenkin varattuna aikana vastaanotolla. Kohdehenkilöiden mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöt vastasivat heidän kysymyksiin ja ottivat mielellään vastaan palautetta.

*Hän on varannut minulle myös pitkiä vastaanottoaikoja ja jopa niin, että hän on muuttanut aikataulujaan takiani.*

*Voin soittaa tarvittaessa diabeteshoitajalle. Soittoaika on arkisin. Yhteydenotto on mutkatonta.*

*Diabeteshoitaja on myös pyytänyt palautetta suoraan. Olen kertonut palautetta hänen pyytämistään asioista.*

Kohdehenkilöiden mukaan vertaistuki edisti jaksamista. Vertaisryhmässä jaettiin kokemuksia sairastumisesta ja koettiin kuulluksi tulemistä. Osa kohdehenkilöistä sai ideoita elämäntapamuutosten toteuttamiseen ja uutta näkökulmaa sairastumiseen. Vertaistuki tarjosi mahdollisuuden kehittää omaa identiteettiä. Kohdehenkilöt kokivat, että vertaistuki rakentui arvostukseen, vapaaehtoisuuteen, avoimuuteen ja tasavertaisuuteen. Vertaistukiryhmässä käyminen edellytti kohdehenkilöiltä vuorovaikutusta ja kokemusten jakamista. Vertaistuki nähtiin myös osana ohjaustoimintaa, jonka päämääränä on tukea sairastunutta ja auttaa etsimään hänen voimavarojaan.

*Alussa en osannut itse hakeutua vertaistuen piiriin. Diabeteshoitaja ohjasi minut vertaistuen piiriin, joten hän motivoi osallistumaan ja vertaistuki paljastui varsin hyödylliseksi. En ollut enää yksin tämän asiani kanssa. Ryhmäohjaukseen osallistuneet suhtautuivat diabetekseen luontevasti.*

*Parhaimmillaan vertaistuki oli tasa-arvoista keskustelua. Vertaistuessa oli parasta eri näkökulmien ja kokemusten esille tuleminen ja niiden arvostaminen. Oli hauska tunnistaa, että toisten elämäntilanteiden ja kokemusten esille tuominen lisäsi omaa rohkeutta tuoda esille asioitaan. Kokemusten kuuleminen lisäsi omia valintamahdollisuuksia elintapojen suhteen ja rohkaisi luovuuteen omalla vapaa-ajalla.*

*Oli haasteellista sekä kuunnella toisen kokemuksia aktiivisesti että kertoa omistaan. Sain myönteistä palautetta liikunnallisuudesta ryhmältä. Sain myös kertoa, miten tuo liikunnallisuuden sain osaksi omaa arkeani. Vertaistuki teki suuren vaikutuksen. Toisin kuin oli tullut ajatelleeksi..*

Kohdehenkilöt kuvailivat tärkeimmäksi selviytymistä edistäväksi asiaksi uskon sairastuneen selviämiseen. Usko selviytymisestä syntyi ohjausaikana. Terveystuon ammattihenkilöiden ohjaus vertaistuen piiriin sekä vertaistukiryhmätoimintaan osallistuminen auttoi selviytymisen uskon vahvistumiseen. Selviytymisen tunne oli osittain kohdehenkilön ja terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksen luoman vuorovaikutuksen aikaansaannosta. Selviytyminen koettiin henkilökohtaisena kokemuksena ja tuntemuksena omasta jaksamisesta ja pärjäämisestä, joita tuettiin ohjauksen keinoin.

*Oon toiminut väärin, mutta olen löytänyt uuden mahdollisuuden.*

*Vastuuntuntoisuuteni on auttanut omistautumisessani omahoidolleni.*

Kohdehenkilöt olivat havainneet, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä oli tietoa muutosprosesseista. Elämäntapojen muutos vaati aikaa ja myös ajoittainen periksi antaminen oli mahdollista. Terveystuon ammattihenkilöstö tuki auttoi näkemään periksi antamisen osana muutosprosessia sekä mahdollisuutena tarkastella tehtyä muutosta ja muutoksen jatkamista. Lisäksi oli käytännöllinen tosiasia, että oli helpompi muuttaa koko perheen ruokailua kuin valmistaa vain itselle terveellistä syömistä. Syvälle syöpyneiden ruo-

kailu- tai liikuntatapojen muuttaminen nopeasti ei ole helppoa yksinäiselle tai perheelliselle.

## **7.5 Yhteenveto**

Itsetutkiskelu ja elämän uudelleen arviointi kuuluivat sairauteen sopeutumiseen. Sairastuneiden tuli luottaa omiin kykyihinsä ja omiin voimavaroihinsa.

Terveystuon ammattihenkilö loi myönteistä ilmapiiriä vuorovaikutteisen ohjauksen avulla. Sairastuneen sopeutuminen ja omahoidon oppiminen vaativat sairastuneen oman ajattelun ja tekemisen lisäksi ohjauksen antamaa sosiaalista tukea. Myönteinen ilmapiiri sai aikaan myönteisiä kokemuksia, jotka auttoivat sairastuneita kiinnostumaan omahoidostaan ja lisäten motivaatiota hoitaa itseään. Motivoitunut sairastunut omaksui uusia elämäntapoja tehokkaammin kuin ei-motivoitunut.

Ohjauksen haaste oli antaa tilaa sairastuneiden ajatuksille. Kunnioituksella sairastuneeseen terveydenhuollon ammattihenkilö antoi sairastuneelle mahdollisuuden osallistumiseen, tukeen ja kysymysten esittämiseen. Aktiivinen kuunteleminen teki ohjauksesta asiakaslähtöisen. Terveystuon ammattihenkilön tehtävä oli ohjata sairastuneita hyödyntämään omia ajatuksiaan ja taitojaan.

Tehokas tapa ohjata sairastuneita oli myönteisen ja rakentavan palautteen antaminen. Ohjauksessa keskityttiin pääosin niihin asioihin, jotka olivat onnistuneet. Kun ohjauksen pääpaino oli kohdistunut onnistumisiin, voitiin samalla tuoda esille ne kehityksessä olevat asiat, joita voitiin parantaa ohjauksellisin keinoin.

## **8 TULOSTEN RAPORTOINTI**

### **8.1 Tulosten luotettavuus**

Tiedonantajien (kohdehenkilöiden) joukon pieni määrä vaikuttaa siihen, että tuloksia ei voida yleistää. Tämä opinnäytetyön tuottama tutkimus on mahdollista siirtää toiseen tutkimusympäristöön, koska haasteltavien ja tarinan kirjoittajien valinta sekä aineiston keruu ja analyysi on kuvailtu. Olen voinut palata kirjalliseen aineistoon analyysin edessä. Alkuperäiset litteroidut haastattelut ja tarinat olivat säilytyksessä itselläni eikä kukaan ulkopuolinen voinut käsitellä aineistoa. Hävitin aineiston asianmukaisesti.

Tutkimusmetodina sisällönanalyysi oli sopiva, koska sisällönanalyysin tavoitteena oli ilmiön laaja ja tiivis esittäminen. ( vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110, 197 – 209.)

Tarinan kirjoittamiseen vapaaehtoisesti ilmoittautuneet olivat motivoituneita ja kuvasivat sairastumiskokemuksiaan ilmeikkäästi kirjoittamissaan esseissä. Aikaa tarinoiden kirjoittamiseen oli kaksi viikkoa. Eniten aikaa meni haastattelujen tekemiseen ja niiden litteroimiseen. Kykenin lukemaan kootun aineiston niin, että tavoitin ilmiön niin kuin sairastuminen tyypin 2 diabetekseen sairastuneille ilmeni.

Triangulaation avulla yhdistin kaksi aineistonkeruumenetelmää samassa opinnäytetyössäni. Hyödynsin triangulaatiota suurentaakseni laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, eli tyypin 2 diabetekseen liittyviä erilaisia aineistoja oli kaksi. Käytin tutkimuksessa haastattelu- ja tarina-aineistoa. Triangulaatio antoi paremman ja sisällyksekkäämmän kokonaiskuvan tutkittavasta ilmiöstä ja lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. (Kananen 2011, 71–73). Sisällönanalyysin avulla onnistuin tuomaan esille tutkimuskysymysten kannalta merkitsevät asiat.

Jokaista haastateltavaa haastateltiin vain kerran. Tämä saattoi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Koin tärkeäksi, että tutkimusraportissa kuvattu tieto oli mahdollisimman luotettavaa. Luotettavuutta voidaan mitata uskottavuudella, johon vaikuttaa Kankkunen ja Vehviläinen- Julkunen (2013, 110, 197 – 209) mukaan tulosten selkeä kuvaus, joka takaa analyysin lukijalle ymmärryksen analyysin tekemisestä ja tutkimuksen vahvuuksista ja rajoituksista. Uskottavuuden näkökulman vuoksi vahvistin tutkimuksen uskottavuutta aineistonkeruumenetelmällisesti avoimien haastatteluiden lisäksi tarinoilla (n=3). Kaikki kirjoittavat tiedonantajat vastaisivat maksimissaan kahden viikon sisällä esseen kirjoittamispyyntöni lähettämisestä.

Koin aineiston analysoinnin haastavaksi. Aineistoa piti tarkastella useaan kertaan ja ajan kanssa. Avoimet haastattelut antoivat mahdollisuuden tutustua tiedonantajien tuottamaan aineistoon ja sen sisältöön aineistonkeruuvaiheessa. Avoimien haastattelujen aikana kuuntelin ja keskustelin tyypin 2 sairastuneiden kanssa sairauden aiheuttamasta muutoksesta. Sen sijaan kirjoitetut tarinat, joissa tyypin 2 diabetekseen sairastuneet kirjoittivat sairastumiskokemuksestaan, olivat vaativia. Tarinoissa oli kuvattu henkilökohtaisia tuntemuksia niin elävästi että se aiheutti minussa tutkijana voimak-

kaita tunteita. Analysoinnin alussa myötäelin tiedonantajien kokemuksia. Minun piti irrottautua omista tunteistani, minkä jälkeen kykenin analysoimaan tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia objektiivisesti. Pidin taukoa analysoinnin aikana saadakseni etäisyyttä aineistoon.

Sekä avoimet haastattelut että kirjoitetut tarinat pohjautuivat tiedonantajien tietoiseen suostumukseen. Sisällöllisesti koottu aineisto oli rikas ja monipuolinen. Sisällönanalyysin avulla laaditut luokat ovat luotettavia, koska luokat vastaavat tiedonantajien tarkoittamia merkityksiä ja ne ovat merkityksellisiä opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimusaineisto analysoitiin sellaisena kuin se haastattelujen ja tarinoiden pohjalta muodostui. Tutkimusprosessi on esitetty sillä tarkkuudella, että se voidaan tarvittaessa toistaa. Tutkimuksen objektiivisuutta lujittivat aineistosta muodostettu tutkimusraportti, jonka yhteydessä on esitetty kootun aineiston lainauksia. Aineiston luotettavuus realisoituu siten, että kyseessä on autenttinen aineisto. ( vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 128, 132.)

Avoin haastattelu sopi tämän opinnäytetyön tilanteisiin, joissa tarvitsin yksityiskohtaista tietoa haastateltavan kokemuksista. Haastattelun aikana tarkensin kertomuksen yksityiskohtia, jotta varmasti tiesin, mitä haastateltava tarkoittaa. Avointen haastatteluiden aikana havaitsin, että avoin haastattelu herätti usein pohdinnan, jota en kuitenkaan keskeyttänyt. Haastateltavien elekieli paljasti, että he käsittelivät vielä asiaa. Minulla oli haastattelijana vastuu haastatteluiden etenemisestä. Jokainen haastateltava toi haastatteluun oman historiansa, persoonallisuutensa ja nykyisen työ- ja elämäntilanteensa, mitkä vaikuttivat vuorovaikutuksen kehittymiseen. Lisäksi haastateltavien suhtautuminen haastatteluun vaikutti yhteistyöhön.

## **8.2 Tulosten tarkastelu**

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa tyypin 2 diabetekseen sairastumisesta. Tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabetekseen sairastuneen kokemuksia sairaudesta ja sairastumisesta ja tarkastella tuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimukseen aiheesta. Haastatteluiden ja tarinoiden tulokset käsittävät ainutkertaista informaatiota haastateltavien ja tarinan kirjoittajien kokemuksista.

Tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla sairastuminen tuli usein yllättäen. Tyypin 2 diabeteksen tunteminen sairautena auttoi, mutta jokainen sairastunut joutui sopeutumaan

sairastumiseen omalla tavallaan. Terveydenhuoltoalan tutkimusten seuraaminen kuuluu ammattitaidon ylläpitämiseen. Sairastuminen oli tuonut elämään muutoksen. Sairastuneet olivat tutustuneet tyypin 2 diabeteksen materiaaleihin ammattilaisina, mutta sairastumisen jälkeen he hakivat lisää tietoa eri tietolähteistä. Sopeutuminen aiheutti prosessin, jonka aikana tutkimuksen kohdehenkilöt tekivät laajaa, luovaa itsetutkistelua ratkaisukeinojen löytämiseksi saadun tuen myötävaikutuksella (Pesonen 2011, 1829).

Sairaus toi mukanaan uudenlaisen elämäntilanteen ja uudet elämäntavat. Sairastuminen vaikutti yleensä tunteisiin eli mielialaan ja diagnoosin saaminen saattoi horjuttaa mielialaa ja aiheuttaa kriisin. Näiden muutoksien toteutukseen ja hyvien päätösten löytämiseen oli mahdollista saada apua muilta sairastuneilta eli vertaisilta. Vertaisten antama tieto sairauden kanssa selviämisestä koettiin merkityksellisenä. (Mikkonen 2009, 112–114.) Myös tässä opinnäytetyössä haastatellut ja esseen kirjoittaneet kohdehenkilöt kokivat vertaistuen merkityksellisenä.

Parhaimmillaan tyypin 2 diabeteksen omahoito kehittyi sairastuneiden ja hoitavan tahon kannalta hyvin. Sairastuneet kokivat ohjauksen hyödylliseksi ja diabeteshoitajan/-lääkärin kanssa tehtävän yhteistyön kiinnostavaksi, jossa luotiin uusia toimintatapoja omahoitoon tai elämäntapoihin ja oivallettiin tärkeitä asioita omasta elämästä. Tämän ja aikaisempien tutkimustulosten perusteella yhteistyö tuottaa enemmän tulosta asiakkaan hyvinvoinnissa, jos ohjaustoimintaan vaikuttavat asetetut tavoitteet ja asiakkaan aktiivisuuden tukeminen (Kääriäinen 2007, 114).

Varta vasten rakennetut ohjaussisällöt eivät välttämättä sovi jokaiselle sairastuneelle. Sen sijaan lähellä sairastuneen arkikäytäntöjä olevat toimintatavat auttavat ja ohjaaja voi havaita tarpeita, joihin vastaamiseksi hän voi kehittää sopivan ohjausmenetelmän. Asiakaslähtöinen ohjaus perustuu siihen, että hyödynnetään asiakkaan ominaisuuksia ja taitoja. Yhdellä sairastuneella voi olla vahva kyky visualiseen hahmottamiseen, toisella taas asioiden tekemiseen ja kolmannella kyky kuuntelemiseen. Ohjausta täydennetään ja syvennetään pohtimalla miten ohjattava omaksuu asioita. Keskeistä on löytää ne erilaiset tavat, joiden avulla sairastunut kykenee toimimaan arjessaan. Tämän tutkimuksen sekä aiempien tutkimusten tulosten perustella ohjauksen suunnittelun ja toteutuksen perusteeksi tulee ottaa asiakas itse (Kyngäs ym. 2007, 114; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 27).

Hoitotieteellisestä tutkimusaineistosta kävi ilmi, että ohjaustarpeen muodostumiseen vaikuttavat potilaan koulutus, siviilisääty, sukupuoli, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutus jokapäiväiseen elämään (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210). Mikäli ohjaukseen oli varattu riittävästi aikaa ja asiakkaan ohjaustarve huomioitiin, niin esiin tulleita asioita voitiin käsitellä luontevasti. Ohjausteeman kertaus auttoi muistamaan paremmin ohjattuja asioista ja ohjauksen aikana vallitseva ilmapiiri vaikutti seuraavaan kohtaamiseen.

Vuorovaikutukselle oli varattava enemmän aikaa. Omahoidon ja ohjauksen suunnittelussa sekä tavoitteiden asettelussa tuli mahdollistaa diabeetikon osallistuminen. Jokaisen diabeetikon yksilöllisyys oli huomioitava. (Partanen 2003, 22.) Tässä opinnäytetyössä ohjaustyö sai uusia vuorovaikutteisia näkökulmia. Ohjattavat olivat mukana määrittämässä ohjaustarpeita ja ohjauksen kehittämistä. Ohjaussuhteiden luomisen periaatteena oli luottamuksellisuus. Vuorovaikutteinen ohjausmalli soveltui hyvin asiakkaan tukemiseen. Ohjaus suuntautui asiakkaan omahoitotaitojen kehittämiseen ja asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseen, jolloin kyettiin hallitsemaan omahoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Mikäli vuorovaikutuksessa korostui kohtelu, ymmärrys, tukeminen ja neuvottelu, vahvistettiin oppimisen ja voimaantumisen kokemusta sekä itseohjautuvuutta (vrt. Kääriäinen 2007, 114.) Tämän sekä aikaisempien tutkimusten mukaan vuorovaikutuksella on merkitystä hoidon toteutumisessa.

Vertaistuen vuorovaikutus on tärkeää. Vertaistuki edellyttää, että vertaistukiryhmään osallistuvat tahtovat antaa oman kokemuksensa ja tietonsa toisten ryhmäläisten hyödynnettäväksi ja että kaikki asianosaiset ovat suostuvaisia sekä itse tarjoamaan että ottamaan vastaan tukea. (Mikkonen 2009, 30–31, 83.) Vertaistukiryhmässä tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla oli mahdollisuus kertoa sairauteen yhdistyvistä asioistaan ja arkielämään aiheutuvista muutoksista omahoidon myötä. Vertaistukiryhmän aikana he havaitsivat, etteivät ole yksin ongelmineen. Vertaistukiryhmään osallistuneet saivat toisiltaan esimerkiksi neuvoja liikunnan toteuttamiseen ja kokivat, että vertaistuki oli laadukasta. Oli mahdollista jopa saada esimerkki elämäntapojen muutoksen toteuttamiseen vertaistukiryhmäläisiltä. Omien voimavarojen ja vahvuuksien tunnistaminen auttoi eteenpäin elämässä samalla, kun vastuu omasta elämästä kasvoi. Tämän ja aikaisempien tutkimusten mukaan vertaistuella on merkitystä sairauteen sopeutumisessa



ja omahoidon toteutumisessa. Vertaistuen käyttäminen toimii myös muun ohjauksen tukena.

Kohdehenkilöiden saama tuen laatu vaikutti heidän kokemukseen ohjauksesta. Kohdehenkilöiden käsitys tulevaisuudesta ja tyypin 2 diabeteksen kanssa elämisestä oli riippuvainen tuesta. Elina Mattilan väitöstutkimuksen mukaan tuen avulla sairastuneet rakentavat oman käsityksen terveydestään (Mattila 2011, 113). Tämän opinnäytetyön ja Mattilan väitöstutkimuksen mukaan ohjauksella on vaikutusta tuen saamisen kokemukseen.

Kohdehenkilöt olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoonsa, jos hoito vastasi heidän ennakko-odotuksiaan ja aikaisempia kokemuksia. Erityisesti kohtelu ja hoitohenkilöstön asiantunteva työote sekä sairastuneen mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin koettiin tärkeinä asioina. Tutkimuksen kohdehenkilöiden mukaan hoitosuhteessa tärkeintä oli onnistunut vuorovaikutus ja välittämisen osoittaminen. Hyvälle ohjaukselle ominaisia piirteitä ovat potilaan kohtaaminen, läsnä oleminen, asiantuntijuus ja potilaan tukeminen. Hyvä ohjaaja pystyy avustamaan potilasta hyödyntämään omia voimavarojaan ja luomaan edellytyksiä potilaan vaikutusmahdollisuuksiin omaan terveyttä kohtaan. (Kyngäs ym. 2005, 16.)

Tyypin 2 diabetekseen sairastuneen näkökulmasta terveystalvija käyttävän sairastuneen kokemus perustuu hänen subjektiivisiin kokemuksiin terveydestä ja sairaudesta sekä terveydenhuollon ammattilaisen antamasta palvelusta, esimerkiksi ohjauksesta. Sairastuneella on käytössään kolmenlaista tietoa. Yksi on tieto oman toiminnan auttavasta vaikutuksesta selviytymisessä omassa terveydentilanteessa. Mitä tavoitteellisempi omahoito on, sitä näkyvämmät omahoidon tulokset ovat. Esimerkiksi liikuntaaktiivisuus vaikuttaa sairastuneen mielen hyvinvointiin ja verensokeritasapainoon. Toinen tieto koskee terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan vaikutusta tyypin 2 diabetekseen sairastuneen sopeutumisessa. Mitä enemmän tietoa ja ohjausta on, sitä paremmin sairastunut kokee saavansa tukea. Kolmas tieto liittyy hoidon hyvään organisointitapaan. Esimerkiksi asiakkaan omahoidon onnistuminen vaikuttaa hänen tyytyväisyyteensä hoitoon ja hoitojärjestelmään. (vrt. Leino-Kilpi & Lauri 2003, 10.) Sairastuneet kohdehenkilöt kokivat, että he odottivat ohjaukselta välitöntä tiedonsaantia ja toisaalta vuorovaikutteisuutta ja tasavertaista dialogia. Tiedonhankinta interne-

tistä ja kirjallisuudesta vastasi suurimpaan tiedonjanoon. Tiedonhankinnan jälkeen he halusivat kysyä lisätietoja ja saada ohjausta.

Kohdehenkilöt pitivät ohjausta hyvänä asiana, koska tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla oli jo käytössään tietoa ja sairaanhoitajan ammatin tuomaa näkemystä. Kohdehenkilöille tyypin 2 diabetekseen sairastumisesta seurasi usein uusia asioita, joita ei sopinut jättää selvittämättä. Sairastuminen kosketti sairastunutta itseään, hänen perheettään ja jopa hänen työyhteisöään. Kohdehenkilöt huomasivat, että vastasairastuneen ohjaus oli hienovaraista ja tavoitteellista ja että ohjauksessa oli tavallista enemmän vuorovaikutusta. Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen oli kohdehenkilöille stressaava kokemus, koska diabeteksen diagnosointi merkitsi heille muutosta. Kohdehenkilöt pohtivat miten selviytyä sairastumisesta ja omahoidon toteuttamisesta. Kohdehenkilöiden kertomusten mukaan jokainen ohjaustilanne menttiin lävitse heidän ehdoiltaan. Ohjaajat osoittivat empatiaa ja valitsivat kohdehenkilöitä kunnioittavan ja tilanteeseen sopivan lähestymistavan. Ohjaajat olivat tilanteesta huolimatta kannustavia ja loivat tulevaisuuden uskoa sekä keskittyivät sairastuneisiin. Tämä opinnäytetyö tuo esille tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden kokemuksia, joita voidaan hyödyntää hoitotyön päätöksenteossa ja terveydenhuoltoyksikköjen toiminnan kehittämisessä.

Tyypin 2 diabetekseen sairastuneet havaitsivat, että sairastumisen jälkeen he osoittivat suurempaa suvaitsevaisuutta erilaisiin sairauksiin sairastuneita kohtaan. Lisäksi heidän suhtautumisensa terveydenhuollon ammattilaisten antamaan ohjaukseen oli luottavaisempaa.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen pohtinut säännöllisten arvokeskustelujen järjestämistä, jotta terveydenhuollon organisaation toimintaa arvioitaisiin arvoihin perustuvien kriteerien perusteella. Tämä voisi ohjata terveydenhuollon organisaation merkitykselliseen toimintatapamuutokseen. Terveydenhuollon ammattilaisten on hyvä tiedostaa ja käyttää työssään hoitotyön eettisiä periaatteita. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla mahdollisuus työnohjaukseen ja jatkuvaan täydennyskoulukseen.

Asiakkaat, jotka ovat käyneet diabetesvastaanotolla vuosia, ovat hyvä palvelun toimivuutta kuvaava tiedonlähde. Asiakkaiden kokemuksista voidaan saada hyötyä, mikäli terveydenhuollon organisaatiossa olisi toiminnassa asiakaspaneelit. Mitä enemmän asiakkaat käyttävät palveluita, sitä enemmän he voivat antaa ideoita hoitotyön kehit-

tämiseen. Terveysthuollon organisaatio saisi näin uuden mahdollisuuden kuulla asiakkaiden näkemyksiä tarjotusta palvelusta.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella ohjauksessa tulisi ottaa huomioon osallistavan ja luottamuksellisen ohjaustavan käyttäminen ja kehittäminen työpaikkakoulutuksen avulla. Sairastunut tarvitsee erilaista tukea ja ohjausta sairauden eri vaiheissa, jolloin ohjauksen sisältö painottuu eri tavoin. Tärkeää on myös hoitavan tahon ja asiakkaan yhteistyö yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Sairauteen sopeutuminen vaatii sekä aikaa että energiaa. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ohjauksen tarve on korostunut tyyppin 2 diabeetikon havahtuessa todellisiin sairauden aiheuttamiin muutoksiin jokapäiväisessä elämässä.

Myönteinen ilmapiiri on avain asiakkaan omatoimisuudelle ja vastuunotolle. Myönteinen ilmapiiri auttaa asiakasta saavuttamaan asetetut henkilökohtaiset hoitotavoitteet turhautumisen sijasta. Aito vuorovaikutus on ehto kaikelle toiminnalle hoitotyössä. Ohjaajan tehtävä on tukea asiakasta erilaisissa elämäntilanteissa ja siten tukea hyvinvointia ylläpitävää omahoitoa.

Vuorovaikutuksen avulla voidaan havainnollistaa asiakkaan tilanne menneisyydestä tulevaisuuteen. Aikaisempien omahoidon tulosten esille tuominen on tärkeää, koska asiakkaan hyvinvointia rakennetaan aikaisempiin hoitotuloksiin perustuen. Asiakkaan aktiivinen kuunteleminen luo vuorovaikutteisen ohjaussuhteen, kun asiakkaan esille tuomat asiat ja taidot tuodaan nykyhetkeen ja opittaviksi.

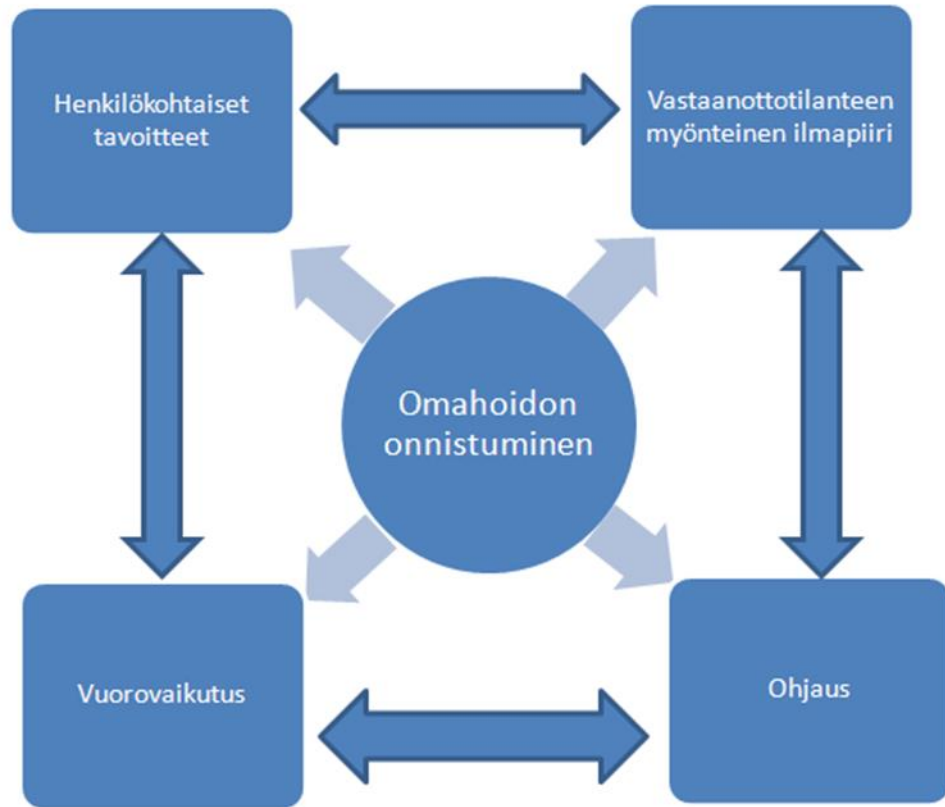
Myönteinen ohjaussuhde luodaan vuorovaikutuksen kautta. Ohjattava peilaa saavutettuja hoitotavoitteita asetettuihin hoitotavoitteisiin. Ohjaajan antama ohjaus vaikuttaa ohjattavaan kaikissa tilanteissa sanojensa, eleidensä ja äänenpainojensa kautta. Ohjaajan on tärkeää huomioida, miten ohjauksella voidaan luoda tulevaisuuden toivoa, optimistisuutta sekä synnyttää myönteistä ilmapiiriä. Ohjauksen ”haasteena” on tilan antaminen asiakkaan ajatuksille. Puhumalla liikaa ohjaaja voi viedä asiakkaan mahdollisuuden puhua. Lähtökohtaisesti on tärkeää tunnistaa asiakkaan halukkuus vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksen kehittyminen edellyttää luottamuksellisuutta. Asiakkaan tietämyksen tunnistaminen on ensimmäinen askel, kun ohjataan tyyppin 2 diabeetoksen omahoitoon liittyviä asioita. Pelkästään tiedon jakamisen mahdollistaminen ei saa aikaan asiantuntemuksen jakamista ohjaussuhteessa. Jokaisen sairastuneen henki-

lökohtaiset tiedot ja taidot vaikuttavat heidän osaamiseen ja tietämykseen. Omahoidon tietämys kehittyi diabeteksen omahoidon aikana vasta-alkajasta asiantuntijaksi. Tyypin 2 diabetekseen sairastunut työstää ohjauksessa saamia tietoa omiin kokemuksiinsa perustuen omiin luonteenpiirteisiinsä sopivaksi toimintatavoiksi omahoidossa. Ohjauksen tehtävä on tukea asiakkaan omaa ajattelua.

Henkilökohtaisten hoitotavoitteiden asettaminen merkitsee sitä, että asiakkaan tietämys ja potentiaalit on tunnistettu. Henkilökohtaiset hoitotavoitteet ovat mahdollisuus, jonka avulla omahoidon haasteisiin voidaan reagoida. Jaetut tiedot ja kokemukset ovat ohjauksen pohjana. Henkilökohtaisilla hoitotavoitteilla voidaan tyypin 2 diabeteksen etenemistä hallita ja luoda hyvinvointia sairastuneen arkeen. Hyödyntämällä hoitotavoitteita ohjaus voi olla joustavaa ja se pystyy reagoimaan ajoissa diabeetikon sairauksessa tapahtuviin muutoksiin. Henkilökohtaisia hoitotavoitteita laadittaessa on kiinnitettävä huomioita sellaisten ohjauksellisten edellytysten luomiseen, jotka tukevat parhaiten sairastanutta. Myönteinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa asiakkaat uskaltaavat tuoda esille omia ajatuksiaan, innostaa sekä omien hoitotavoitteiden saavuttamiseen että vastuunottoon omahoidosta.

Kuvaan 11 olen koonnut asiakkaan omahoidon onnistumista tukevan hoitotyön elementtejä. Tyypin 2 diabeetikoiden hoidossa korostuu asiakaskeskeisyys, tämä tarkoittaa sitä, että hoito on kokonaisuudessaan asiakkaan tarpeista lähtevää ja sairastunut ohjataan osallistumaan hoidon suunnitteluun. Yhdessä asetetut tavoitteet palvelevat ja lisäävät sairastuneen sitoutumista tyypin 2 diabeteksen hoitoon. Asiakkaan sitoutuminen vahvistaa vastuun ja päätöksenteon säilymistä asiakkaalla lisäten asiakkaan itseluottamusta ja kykyä tehdä itsenäisiä omahoidon valintoja päivittäin. Asiakkaan tukeminen ohjauksellisin keinoin sairastumisen aiheuttaman muutoksen keskellä on tärkeä osa hoitotyötä. Hoitotyössä korostuvat sairastuneen ymmärtäminen, hyväksyminen ja arvostaminen. Hoitosuhteen vuorovaikutus, laatu ja muodot ovat myös tärkeitä sairastuneen elämässä. On luonnollista, että sairastuneella on tarve näyttää tunteitansa ja jakaa niitä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa selviytyäkseen sairastumiskokemuksestaan.

Sairastuneelle annettava ohjaus lisää hänen ymmärrystä sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Käsitys sairaudesta edistää yhteistyön sujumista ja pienentää väärinkäsityksen mahdollisuutta hoitoa, sairautta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä kohtaan.



**KUVA 11. Asiakkaan omahoidon onnistumista tukeva hoitotyö**

### 8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tyypin diabetekseen sairastuminen on haastava elämän muutostapahtuma. Alkuvaiheessa sairastuneet tunsivat monenlaisia tunteita. Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi ymmärtää sairastuneen kuuntelemisen, kuulluksi tulemisen ja tuen tarve. Hoidon lähtökohtana tulisi olla aito välittäminen ja kunnioitus sairastunutta kohtaan. Itsemääräämisoikeuden tulisi näkyä hoitopäätöksissä. Sairastuneen kohtaaminen luo perustan kaikelle ohjaussuhteessa.

Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen on sairastuneen sopeutumisen kannalta vaativa kolmella tavalla. Ensinnäkin sairastuminen vaatii sopeutumista sairastuneen rooliin ja irrottautumista totutuista elämäntavoista. Toiseksi sairastuminen edellyttää aikaisemmasta poikkeavaa oppimista ts. uudenlaisia välineitä ja lääkkeitä sekä uusia ohjaussuhteita omahoidon oppimisen aikaan saamiseksi. Tyypin 2 diabetes edellyttää jatkuvaa pitkäaikaista hoitosuhdetta päinvastoin kuin infektiosairaudet. Kolmanneksi oma-

hoidon toteuttaminen tulee hoitaa siten, että se ehkäisee tyypin 2 diabeteksen lisäsairauksien kehittymisen tai etenemisen.

Ohjausta ja sen tehoa kyetään kehittämään, jos tunnetaan ohjattavina olevat sairastuneet ja heidän tilanteensa, tarpeensa ja odotuksensa. Ohjausta ja sen aikaista vuorovaikutusta voidaan muovata tavalla, joka vaikuttaa ohjattaviin sairastuneisiin. Vuorovaikutteisen ohjauksen teho perustuu mahdollisuuteen ohjata ja keskustella sairastuneiden kanssa heidän lähtökohdistaan. Vuorovaikutteinen ohjaus painottaa tasarvoista ja arvostavaa keskustelua. Vuorovaikutteiseen ohjaukseen sisältyy myös vastuullisuus, koska ohjaus on tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden aktiivista kuuntelua ja pyrkimystä molemminpuoliseen ymmärrykseen. Molemminpuolinen ymmärrys tarkoittaa myös sitä, että mielipiteet voivat erota toisistaan.

Ohjauksen menestys riippuu siitä, miten onnistuneesti ohjauksessa huomioidaan sairastuneiden odotukset sekä ohjaussuhteen luottamuksellisuuden toteutuminen. Omahoidon toteuttaminen ja tyypin 2 diabetekseen omahoitoon liittyvän ohjauksen jatkuvuus on sairastuneiden käsissä, sillä ohjaussuhteen jatkuminen edellyttää vastaanottokäyntejä. Myös vastaanottokäyntien mielekkyys määräytyy sen mukaan, kuinka hyödyllisiksi vastaanottokäynnit koetaan.

Ohjaussuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilöstöön tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla on tarve tulla kuunnelluksi ja tarve tehdä hoitopäätöksiä tai valintoja yhteistyössä hoitavan tahon kanssa. Lainsäädäntökin kehottaa huomioimaan asiakkaan päätösvallan asioissaan. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde edistää luottamuksellista vuorovaikutusta, mikä luo ja rakentaa luottamuksellisuutta sekä vahvistaa sitoutumista omaan hoitosuunnitelmaan ja omahoitoon. Sitoutuminen omahoitoon mahdollistuu, kun tyypin 2 diabetekseen sairastuneet tuntevat omat hoitotavoitteet ja uskovat omaan selviytymiseen.

Tyypin 2 diabetesta sairastavien ohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska jokainen ohjaustilanne on erilainen ohjauksen sisällön, ajoituksen ja ohjaustapojen suhteen. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla perusterveydenhuollon eri organisaatioiden ohjaustoimintojen erojen selvittäminen arvojen ja laadun näkökulmasta. Diabeteshoitajien ohjaamista voisi tarkastella myös arviointitutkimuksen näkökulmasta, jolloin erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa olevien ohjaajien ohjaustyötä arvioitai-

siin ohjaamisaamisen näkökulmasta. Ohjausosaaminen parantaa ohjauksen laatua, koska hoitokäytännöt vaihtelevat. Ohjausosaamisen arviointitutkimuksen avulla selvittäisiin ohjausosaamisen vastaavuutta ohjaustarpeeseen. Arviointitutkimuksen käyttäminen voisi tuoda muutoksen ohjaustapoihin sekä aikaisempaa kehittyneempiä ohjaustapoja. Ohjauksen vaikutuksia on mahdollista tarkastella talouden ja asiakastytyväisyyden näkökulmasta.

Jatkotutkimusaiheena olisi tunnistaa ne asiakasryhmät, jotka ovat olleet tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen ja suunnata ohjausresursseja sekä kehittämistyötä näiden asiakkaiden ohjaukseen. Tyytymättömät asiakkaat tuovat esille pettymyksensä ja edustavat siten myös muita tyytymättömiä asiakkaita. Tyytymättömien asiakkaiden antama palaute tulee huomioida ja hyödyntää palvelun parantamiseen. Palautetta voidaan hyödyntää työtyytyväisyyden ja lisäkoulutuksen kehittämisessä, sillä hoitajien asiantuntemus ja saatavuus ovat tärkeitä tyyppin 2 diabeetikon hoidossa. Jatkotutkimuksissa voitaisiin tunnistaa hoitoprosessiin liittyviä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä sekä diabeteshoitajien että tyyppin 2 diabeetikkojen tyytyväisyyteen.

Jatkotutkimuksia suunnitellen voisi kartoittaa tyyppin 2 diabeetikkojen kontrollikäyntien sisältöä ja sisällön merkitystä asiakkaan hoitoon sitoutumisessa. Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta tuloksekas ohjaus asettaa vaatimuksen siitä, että asiakas pitää ohjausta tärkeänä asiana, jonka avulla hän voi käsitellä omaa terveydentilaansa ja toimintaansa (Kynge & Hentinen 2009, 81). Jatkotutkimuksen tavoitteena olisi siis ensin selvittää nykyiset ohjausasiakkaat, joista kerätään tietoa ja analysoidaan ohjauksen sisältöjen merkitys asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Nykyisten asiakkaiden kautta on mahdollista löytää uudet palvelukanavat ja toimintamuodot. Syy-seuraussuhteiden etsiminen tiedon louhinnan avulla tuottaisi tietoa, joilla voidaan tunnistaa erilaisia asiakastyyppejä ja havaita uusia toimintamahdollisuuksia.

Uusille tyyppin 2 sairastuneille voitaisiin välittää tietoa sairaudesta ja terveydenhuollon tarjoamista palveluista sekä vaikuttaa sairastuneiden ajattelutapoihin niin, että kehittyä itsehoitohalua. Tiedottamisella omahoidolle voitaisiin luoda etusija asiakkaan päivittäisessä toiminnassa. Elintapamuutoksiin rohkaistaan jo nyt monilla tiedottamisen keinoilla. Tietoa voidaan jakaa Internetissä terveydenhuollon oman sivuston välityksellä, järjestää elintapoihin liittyviä muutospäiviä tai mielenkiintoa herättäviä tapahtumia, joilla saadaan lisää julkisuutta elintapamuutosten hyödyllisyydestä. Mielenkiin-

toa herättävästä tapahtumasta voidaan mainita esimerkiksi julkinen haaste painon pudotusta varten. Positiivisten kokemusten myötä asiakas voi muuttaa käytöstään. Tiedottamisella asiakas pyritään sitomaan omaan hoitoonsa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös asiakkaalle annettavan elintapaneuvonnan tukimateriaalin kuten ohjelehtisten käytettävyys ja saatavuus. Materiaalia on paljon, mutta materiaalia voidaan soveltaa asiakkaan neuvontaan. Meillä on olemassa diabeteksen Käypä hoito - suositus, mutta tarvitaanko omaa yhtenäistä ohjeistusta perusterveydenhuoltoon diabetes- asiakkaan neuvontamateriaalin käytöstä.

Jatkotutkimusaiheena voi olla myös tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden liikunnallisen ohjauksen mallin kehittäminen, joka rakentuu tutkimusnäyttöön, diabetes Käypä hoito – suosituksen liikuntaosioon sekä terveydenhuollon organisaation ammattilaisten käytännön kokemuksiin. Liikunnalliseen ohjaukseen voitaisiin rakentaa myös liikuntaharjoittelun eteneminen vaiheittain niin, että liikunta aloitettaisiin vähitellen ja liikunnan rasittavuutta kestävyys- ja voimaharjoittelun avulla lisättäisiin vähitellen. Tyypin 2 diabetekseen sairastuneen motivaatio, liikunnallinen aktiivisuus, liikuntataidot ja sairastuneen arkielämän asettamat mahdollisuudet harrastaa liikuntaa vaikuttavat liikuntaohjauksen etenemiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöt suosittelevat ruokavalio-ohjauksen aikana täyttämään ruokapäiväkirjaa, joka tuo esille ruokavalio-ohjausta saavan todelliset ruokatottumukset ja – määrät. Tämä sama idea voi toimia tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden kohdalla eli liikuntatottumuksia kartoitettaisiin liikuntapäiväkirjan avulla sekä mahdollisesti askelmittarin avulla.



## LÄHTEET

- Aarne, Maria, Koski, Sari, Huttunen Jorma, Bierganns, Enna & Telford, Keiju 2011. Dehkon tavoitteet ja sisältöalueet. Teoksessa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010). Osa I, Sisäinen arviointi ,11. PDF dokumentti. [http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon\\_loppuraportti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf). Päivitetty 18.11.2011. Luettu 12.12.2011.
- ADA 2013. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2013. PDFdokumentti. [http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement\\_1/S11.full.pdf+html](http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full.pdf+html). Päivitetty tammikuu 2013. Luettu 27.3.2013.
- Ahlblad 2010. Diabeteksen seulonta säästää rahaa ja elinvuosia. Lääkärilehden uutisia. WWWdokumentti. [http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=8785/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8785/type=1). Päivitetty 06.04.2010. Luettu 13.3.2013.
- Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.
- Aro, Eliina 2007. Mitä Diabetes on? Teoksessa Diabetes ja ruoka – teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Aro, Eliina (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, s. 10 – 13.
- Bauer, Jeffrey C 2010. Nurse Practitioners as an Underutilized Resource for Health Reform: Evidence-Based Demonstrations of Cost-effectiveness. PDFdokumentti. <http://enpetwork.s3.amazonaws.com/FNPN/PDF/Bauer%20Summary%20revised%20legislative%20final.pdf>. Päivitetty 22.3.2010. Luettu 30.5.2013.
- Diabetesliitto 2003. Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit. Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä. PDFdokumentti. Päivitetty 18.5.2003. Luettu 12.6.2013.
- Diabetesliitto 2010a. Oireet ja toteaminen. WWW-dokumentti. [http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista\\_diabeteksesta/oireet\\_ja\\_toteaminen/](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta/oireet_ja_toteaminen/). Päivitetty 9.3.2010. Luettu 25.11.2011
- Diabetesliitto 2010b. Itämeren ruokakolmio: Terveellinen kokonaisuus syntyy kotoisista aineksista. WWW-dokumentti. [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/ajankohtaista\\_arkisto/itameren\\_ruokakolmio\\_terveellinen\\_kokonaisuus\\_syntyy\\_kotoisista\\_aineksista.html](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/ajankohtaista_arkisto/itameren_ruokakolmio_terveellinen_kokonaisuus_syntyy_kotoisista_aineksista.html). Päivitetty 16.12.2010. Luettu 25.1.2012.
- Diabetesliitto 2013. Ruokakolmio ja lautasmalli. WWW-dokumentti. [http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/diabeetikolle\\_sopiva\\_syominen/ruokakolmio\\_ja\\_lautasmalli](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/diabeetikolle_sopiva_syominen/ruokakolmio_ja_lautasmalli). Ei päivitystietoa. Luettu 12.4.2012.
- EBSCO Publishing – kotisivut. WWW-dokumentti. <http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database>. Päivitetty 2012. Luettu 19.6.2012

- Erikson, Johan. & Laine, Merja 2013. Tulevaisuuden diabeteslääkkeet. PDF - dokumentti. [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto7\\_1.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto7_1.pdf). Päivitetty 6.2.2013. Luettu 12.5.2013.
- Erikson, Johan & Laine, Merja 2012. Tyypin 2 diabetes – mitä lääkkeeksi? PDF – dokumentti. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL12012-41.pdf>. Päivitetty 11.1.2012. Luettu 12.5.2013.
- Eskola, Jari 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Juva: WS Bookwell.
- Etu-Seppälä, Leena, Ilanne-Parikka, Pirjo, Haapa, Eliina, Marttila, Jukka, Korkee, Sanna & Sampo, Tarja (toim.) 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Suomen Diabetesliitto ry. PDF dokumentti. [http://www.diabetes.fi/files/282/Tyypin\\_2\\_diabeteksen\\_ehkaisyohjelma\\_2003\\_2010\\_toimenpideohjelmakirja\\_pdf\\_1\\_4\\_Mt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/282/Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelma_2003_2010_toimenpideohjelmakirja_pdf_1_4_Mt.pdf). Päivitetty 9.6.2005. Luettu 11.11.2011.
- Euroopan komissio 2013. SOCIAL INVESTMENT PACKAGE. COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. Investing in Health. PDF-dokumentti. [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf). Päivitetty 20.02.2013. Luettu 21.2.2013.
- Fogelholm, Mikael, Oja, Pekka, Rinne, Marjo, Suni, Jaana & Vuori, Ilkka 2009. Riittääkö puoli tuntia kävelyä päivässä? Suomen Lääkärilehti 19, 2040–2042.
- Heinonen, Liisa 2011. Ruuan laatu, määrä ja rytmitys diabeteksen hoidossa. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 137 - 138.
- Herquelot, Eleonore, Gueguen, Alice, Bonenfant, Sebestien & Dray-Spira, Rosemary 2011. Impact of Diabetes on Work Cessation. PDF-dokumentti. [www.hal.inserm.fr/docs/00/59/35/06/PDF/Diabetes\\_Care\\_May\\_2011.pdf](http://www.hal.inserm.fr/docs/00/59/35/06/PDF/Diabetes_Care_May_2011.pdf). Päivitetty 11.5.2011. Luettu 16.1.2013.
- Himanen, Outi 2011. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 49 -50.
- Hirsjärvi, Sirkka 2009. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko. & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hotus 2013. Hoitotyön Tutkimussäätiö. Suomenkieliset JBI-suositukset. WWW-dokumentti. <http://www.hotus.fi/joanna-briggs-institute/suomenkieliset-jbi-suositukset>. Päivitetty 6.3.2013. Luettu 25.3.2013.

IDF 2012. International Diabetes Federation 2012. IDF DIABETES ATLAS. PDFdokumentti. [http://www.idf.org/sites/default/files/5E\\_IDFAtlasPoster\\_2012\\_EN.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf). Päivitetty 13.11.2012. Luettu 12.1.2013.

Iivanainen, Ansa 2010. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Iivanainen Ansa, Jauhainen, Mari & Syväoja, Pirjo Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 534 - 536.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2012. www-dokumentti. Diabeteksen ehkäisy, hyvä hoito ja varhaiskuntoutus ovat kannattavia investointeja. <http://www.wgh.fi/puheenvuorot/puheenvuorot/diabeteksen-ehkaisy-hyva-hoito-ja-varhaiskuntoutus-ovat-kannattavia-investointeja>. Päivitetty 18.12.2012. Luettu 18.2.2013.

Ilanne- Parikka, Pirjo 2011. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönne-maa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 217–219.

Ilanne- Parikka, Pirjo 2011b. Alhoholin käyttö ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönne-maa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 208 - 209.

Ilanne- Parikka, Pirjo 2011c. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönne-maa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 217–219.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2011d. Metabolic Syndrome. Lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance. Tampereen yliopisto. lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8576-3.pdf>. Päivitetty 11.11.2011. Luettu 19.11.2011.

Ilanne- Parikka, Pirjo 2011e. Metformiini. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönne-maa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 227–228.

Ilanne- Parikka, Pirjo 2011f. Kohonneen verensokerin lääkehoito tyypin 2 diabeetikolla. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönne-maa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 224–227.

Ilanne- Parikka, Pirjo & Niskanen, Leo 2011. DPP-4-estäjät eli gliptiinit. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönne-maa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 234.

Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka, Korpi-Hyövälti, Eeva, Moltchanova, Elena, Niskanen, Leo, Oksa, Heikki, Peltonen, Markku, Saaristo, Timo, Salopuro, Titta, Salteva, Juha, Sundvall, Jouko, Tuomilehto, Jaakko ja Uusitupa, Matti 2010. Lihavuuden ja glukoosi -aineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyydessä on selviä alueellisia eroja Suomessa. Suomen Lääkärilehti 26–31/2010 s 2381–2388. PDF-dokumentti.  
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL262010-2381.pdf>. Päivitetty 1.9.2010. Luettu 12.12.2012.

Kiiskinen, Urpo, Vehko, Tuulikki, Matikainen, Kristiina, Natunen, Sanna & Aromaa, Arpo 2008. Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikutavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:1. PDF-dokumentti.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveyden\\_edistamisen\\_mahdollisuudet\\_\\_\\_vaikuttavuus\\_ja\\_kustannusvaikuttavuus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveyden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf). Päivitetty 31.05.2007. Luettu 1.7.2012.

KELA 2012a. Kelan tilastollinen vuosikirja 2011. PDF dokumentti.  
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/131112113750TL/\\$File/Vk\\_11.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/131112113750TL/$File/Vk_11.pdf?OpenElement). Päivitetty 21.12.2012. Luettu 21.12.2012.

KELA 2012b. Joka neljännellä suomalaisella oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin. PDFdokumentti.  
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/TK\\_2012\\_04\\_20\\_/\\$File/TK\\_2012\\_04\\_20\\_Joka\\_nelj%C3%A4nnell%C3%A4\\_suomalaisella\\_oikeus\\_erityiskorvattaviin\\_1%C3%A4%C3%A4kkeisiin.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/TK_2012_04_20_/$File/TK_2012_04_20_Joka_nelj%C3%A4nnell%C3%A4_suomalaisella_oikeus_erityiskorvattaviin_1%C3%A4%C3%A4kkeisiin.pdf?OpenElement). Päivitetty 20.4.2012. Luettu 25.3.2013.

Kalliokoski, Annikka, Martikainen, Jaana, Partio, Timo, Saastamoinen, Leena & Voi-pio, Tinna (toim.) 2012. PDF-dokumentti. Suomen lääketilasto 2011.  
[http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/211212104430JJ/\\$File/SLT\\_2011\\_net.pdf?OpenElement](http://www.fpa.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/211212104430JJ/$File/SLT_2011_net.pdf?OpenElement). Päivitetty 20.12.2012. Luettu 22.12.2012.

Kalliokoski, Annikka, Martikainen, Jaana, Pajunen, Raija, Saastamoinen, Leena & Voi-pio, Tinna (toim.) 2011. PDF-dokumentti. Suomen lääketilasto 2010.  
[http://www.fimea.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/20681\\_Suomen\\_laaketilasto\\_2010\\_net.PDF](http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/20681_Suomen_laaketilasto_2010_net.PDF). Päivitetty 21.11.2011. Luettu 22.12.2012.

Kananen, Jorma 2008. Kvali, kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, Jorma 2011. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännönopas. Tampere: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanste, Outi, Lipponen, Kaija, Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. Tutkiva Hoitotyö 5, 30.

Kauppila, Reijo A. 2005. Vuorovaikutus ja sosiaaliset taidot: vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Kotisaari, Marja-Liisa & Kukkola, Sirkka 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Havainnollinen ja selkeä käsikirja on tarpeellinen kaikille hoitotyössä vastuussa oleville johtajille ja esimiehille. Porvoo: Bookwell Oy.

Koski, Sari 2011. Diabetesbarometri 2010. PDFdokumentti.  
[http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri\\_2010.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri_2010.pdf). Päivitetty 2.2.2011.  
 Luettu 23.8.2012.

Kuh, Diana & Ben-Shlomo, Yoav 2004. Introduction. Teoksessa Kuh, Diana. & Ben-Shlomo, Yoav (toim.) A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. Tracing the origins of illhealth from early to adult life. Oxford: Oxford University Press.

Kukkurainen, Marja Leena 2006. Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514282663/isbn9514282663.pdf>. Päivitetty 11.11.2006. Luettu 10.8.2012.

Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä:Gummerus.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen Terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki:WSOY oppimateriaalit.

Kyngäs, Helvi; Kukkurainen, Marja Leena & Mäkeläinen, Paula 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö 2, 13-16.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Käypä hoito – suositus 2011. Diabetes. PDF-dokumentti.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50056.pdf>. Päivitetty 30.11.2011. Luettu 25.3.2013.

Käypä hoito –suositus 2010a. Alkoholiiongelmaisen hoito. PDFdokumentti.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>. Päivitetty 21.4.2010. Luettu 31.3.2013.

Käypä hoito –suositus 2010b. Depressio. PDF-dokumentti.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>. Päivitetty 21.10.2010. Luettu 31.3.2013.

- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. Päivitetty 5.6.2007. Luettu 28.5.2013.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995- 2002. *Hoitotiede* 4, 209–211.
- Laakso, Markku 2005. Metabolisen oireyhtymän uudet kriteerit ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121, 1521–1530.
- Laakso, Markku & Uusitupa, Matti 2007. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. *Duodecim* 12, 1439–47.
- Laaksonen, Hannele, Niskanen, Jouni & Ollila, Seija 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahtela, Jorma 2008. Diabetes sairautena. Teoksessa Rintala, Tuula-Maria, Kotisaari, Sirpa, Olli, Seija & Simonen, Ritva (toim.) 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 11–25.
- Laine, Kalle 2011. Fysioterapeutit mukaan diabeteksen hoitoon. *Fysioterapia* 1, 32–35.
- Laine, Timo 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola J, Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy, 28 -45.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.3.2013.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.3.2013.
- Lankinen, Maria 2011. Metabolomics in Dietary Interventions, Special Emphasis on the Effects of Grain Products and Fish on Lipidomic Profile. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0411-9/urn\\_isbn\\_978-952-61-0411-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0411-9/urn_isbn_978-952-61-0411-9.pdf). Päivitetty 1.6.2011. Luettu 24.1.2012.
- Lehtomäki, Leila 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66495/978-951-44-7758-4.pdf?sequence=1>. Päivitetty 4.8.2009. Luettu 25.3.2013.
- Leppävuori, Antero 2010. Masennus ja diabetes. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98643.pdf>. Päivitetty 24.2.2010. Luettu 3.6.2012.
- Leino-Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoidon lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell, 7 -20.

Li, Han Z., Koehn, Corinne, Desroches, Naghmeh G., Yum, Young-Ok & Deagle, George 2007. Asymmetrical Talk between Physicians and Patients: A Quantitative Discourse Analysis. PDF-dokumentti. <http://www.cjc-online.ca/index.php/journal/article/view/1959/1987>. Päivitetty 12.11.2007. Luettu 20.12.2012.

Lindström, Jaana & Tuomilehto, Jaakko 2003. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 3, 725-731. PDF-dokumentti. <http://care.diabetesjournals.org/content/26/3/725.full.pdf+html>. Päivitetty 11.11.2011. Luettu 19.11.2011.

Lindström, Jaana, Pajunen, Pia, Rissanen, Aila, Pölonen, Auli, Saaristo, Timo, Peltonen, Markku & Tuomilehto, Jaakko 2011. Eurooppalainen suositus diabeteksen ehkäisystä. IMAGE-hankkeen tulokset hyötykäyttöön myös Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 1–2, 49–54.

Martikainen, Jaana, Pajunen, Raija, Saastamoinen, Leena & Voipio, Tinna (toim.) 2010. PDF-dokumentti. Suomen lääketilasto 2009. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/040311133525PN/\\$File/SLT%202009\\_ka nsikuvalla.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/040311133525PN/$File/SLT%202009_ka nsikuvalla.pdf?openElement). Päivitetty 03.11.2010. Luettu 22.12.2012

Martikainen, Jaana, Paakkari, Pirkko, Pajunen, Raija, Saastamoinen, Leena & Voipio, Tinna (toim.) 2009. PDF-dokumentti. Suomen lääketilasto 2008. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191109094828PN/\\$File/SLT%202008.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191109094828PN/$File/SLT%202008.pdf). Päivitetty 19.11.2009. Luettu 22.12.2012.

Martikainen, Jaana, Paakkari, Pirkko, Pajunen, Raija, Saastamoinen, Leena & Voipio, Tinna (toim.) 2008. Suomen lääketilasto 2007. PDF-dokumentti. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/1B52DA824C9EFC89C225757E00363051/\\$file/laaketilasto07\\_2.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/%28WWWAllDocsById%29/1B52DA824C9EFC89C225757E00363051/$file/laaketilasto07_2.pdf). Päivitetty 25.11.2008. Luettu 22.12.2012

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>. Päivitetty 6.9.2011. Luettu 28.5.2013.

Matveinen, Petri & Knape, Nina 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilastoraportti 6 | 2013. PDF-dokumentti. [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2013/Tr06\\_13.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2013/Tr06_13.pdf). Päivitetty 3.4.2013. Luettu 8.4.2013.

Metsämuuronen, Jari 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1303-5/urn\\_isbn\\_978-951-27-1303-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf). Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Päivitetty 25.6.2009. Luettu 10.8.2012.

Marttila, Jukka 2011. Diabeteksen omahoidossa jaksaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 53 -55.

Martin, Leslie R. , Williams, Summer L. , Haskard , Kelly B , & DiMatteo, M. Robin 2005 . The challenge of patient adherence. WWW-dokumentti.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/>. Päivitetty syyskuu 2005.  
Luettu 31.1.2013.

Mustajoki, Pertti 2011. Lihavuus. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=lds00011&p\\_teos=lds&p\\_osiso=&p\\_selaus=](http://www terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=lds00011&p_teos=lds&p_osiso=&p_selaus=). Päivitetty 25.10.2011. Luettu 16.5.2012.

Mustajoki, Pertti & Kunnamo Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim Lääkärikirja. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147). Päivitetty 19.1.2009. Luettu 16.5.2011.

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

Mäkisalo- Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Mäntyranta, Taina, Kaila, Minna, Varonen, Helena; Mäkelä, Marjukka, Roine, Risto P. & Lappalainen, Jarmo 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. PDFdokumentti .  
[http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74/Toimeenpano-opas\\_2003.pdf](http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74/Toimeenpano-opas_2003.pdf). Päivitetty 9.5.2003. Luettu 21.3.2013.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

NICE 2013. Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. NICE public health guidance 38. PDFdokumentti .  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13791/59951/59951.pdf>. Päivitetty 24.1.2013.  
Luettu 25.3.2013.

Newhouse, Robin P., Dearholt, Sandra, Poe, Stephanie, Pugh, Linda & White, Kathleen 2007. John Hopkins Nursing. Evidence-Based Practice. Model and Guide lines. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Nuutinen, Outi, Siljamäki-Ojansuu, Ulla, Mikkonen, Ritva, Peltola, Terttu, Silaste, Marja-Leena, Uotila, Heini & Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa 2011. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. PDF-dokumentti.  
[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito\\_net\\_i\\_2.painos.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_i_2.painos.pdf). Päivitetty 3.8.2011. Luettu 20.9.2012.

Partanen, Tuula-Maria 2003. Diabeetikoiden hoitotyytyväisyys Suomessa. DEHKO-raportti 2003:4. PDF-dokumentti.



[http://www.diabetes.fi/files/218/2003\\_4\\_Diabeetikoiden\\_hoitotyytyvaisuus\\_Suomessa\\_pdf\\_239\\_kt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/218/2003_4_Diabeetikoiden_hoitotyytyvaisuus_Suomessa_pdf_239_kt.pdf). Päivitetty 17.5.2005. Luettu 28.5.2013.

Peltonen, Markku, Korpi-Hyövälti, Eeva, Oksa, Heikki, Puolijoki, Hannu, Saltevo, Juha, Vanhala, Mauno, Saaristo, Timo, Saarikoski, Liisa, Sundvall, Jouko & Tuomi-lehto, Jaakko 2006. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Dehkon 2D-hanke (D2D). Alkuperäistutkimus. PDF-dokumentti.

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL32006-163.pdf>. Päivitetty 19.1.2006. Luettu 12.12.2012.

Pesonen, Tuula 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 22, 1829 -1834.

Reunanen Antti, Virta Lauri & Klaukka Timo 2008. Tyypin 2 diabeetikkoja on jo yli puoli miljoonaa. Suomen Lääkärilehti 21, 1952–1955.

Rigsby, Andrea, Gropper, Daniel Michael & Gropper, Sareen S. 2009. Success of women in a worksite weight loss program: Does being part of a group help? *Eating Behaviors* 10 (2), 128–130.

Rintamäki, Reeta & Partonen, Timo 2009. Unen yhteydet lihavuuteen ja tyypin 2 diabetekseen. Suomen Lääkärilehti 8, 693 - 696.

Ruuskanen, Susanna 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala, Tuuli-Maria, Kotisaari, Sirpa, Olli, Seija & Simonen, Ritva (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 63 -80.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Rönnemaa, Tapani & Leppilampi, Eija 2011. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 61 -62.

Rönnemaa, Tapani 2011. Jalkojen omahoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 190 -192.

Saarela-Kinnunen, Maria & Eskola, Jari 2007. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa: Juhani Aaltola ja Raine Valli (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PSkustannus, 184 – 195.

Saaristo, Timo 2011. Assessment of risk and prevention of type 2 diabetes in primary health care  
University of Oulu, Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514297113/isbn9789514297113.pdf>. Päivitetty 16.12.2011. Luettu 9.1.2012

Saarni, Samuli 2008. Health-Related Quality of life and Mental Disorders in Finland. Publications of the National Public Health Institute. Helsingin yliopisto. Lääketieteel-

linen tiedekunta. PDFdokumentti.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23009/healthre.pdf?sequence=1>. Päivitetty 11.4.2008. Luettu 10.8.2012.

Salminen, Virpi, Lindström, Jaana, Louheranta, Anne & Rastas, Merja 2002. Ruokavaliio- ja liikunta-neuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Lääkärilehti 12, 1379–1382.

Saraheimo, Markku 2011a. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rön-nemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 24 -26.

Saraheimo, Markku 2011b. Mitä diabetes on? Duodecim. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p\\_artikkeli=dia00101&p\\_haku=Mit%E4%20diabetes%20on%20?](http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=dia00101&p_haku=Mit%E4%20diabetes%20on%20?). Päivitetty 18.3.2011. Luettu 19.10.2011.

Saraheimo, Markku 2011c. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rön-nemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 30 – 32.

Saraheimo, Markku 2011d. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rön-nemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 24 -26.

Saraheimo, Markku 2011c. Mitä diabeteksen hoito on?. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rön-nemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 10-12.

Saraheimo, Markku & Rön-nemaa, Tapani 2011. Vanhuusiässä tyypin 2 diabetekseen sairastuneen verensokeritasapainon hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rön-nemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 323 -326.

Saraheimo, Markku & Sane, Timo 2011. Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rön-nemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 13 -14.

Sarajärvi, Anneli, Mattila, Lea-Riitta & Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta - avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki :Sanoma Pro Oy.

Saramies, Jouko 2004. Tyypin 2 riskitekijät ja poikkeavan glukoosiaineenvaihdunnan seulonta perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9514276027/isbn9514276027.pdf>. Oulu: Oulu University Press. Päivitetty 11.12.2004. Luettu 1.2.2012.

Seppänen, Salla & Alahuhta, Maija 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita Prima Oy.

Shue, Carolyn K. , O'Hara ,Laura L. S. , Marini, David , McKenzie ,Jim & Schreiner, Melanie 2010. Diabetes and low health literacy: a preliminary outcome of a mediated intervention to enhance patient-physician communication. WWW-dokumentti.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03634521003646877#tabModule>. Päivitetty 17.6.2010. Luettu 31.1.2013.

Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. PDF-dokumentti. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4038.pdf&title=Terveytta\\_ja\\_hyvinvointia\\_nayttoon\\_perustuvalla\\_hoitotyolla\\_\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4038.pdf&title=Terveytta_ja_hyvinvointia_nayttoon_perustuvalla_hoitotyolla__fi.pdf). Päivitetty 7.1.2004. Luettu 30.5.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. PDF-dokumentti. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf). Päivitetty 11.12.2009. Luettu 30.5.2013.

Spiegel, Karine, Tasali, Esra Penev, Plamen, Van Cauter, Eva . Brief Communication: Sleep Curtailment in Healthy Young Men Is Associated with Decreased Leptin Levels, Elevated Ghrelin Levels, and Increased Hunger and Appetite. PDF-dokumentti <http://www.annals.org/content/141/11/846.full.pdf+html>. Ann Intern Med 11, 846-850. Päivitetty 2005. Luettu 15.1.2012.

Spiegel, Karine, Knutson Kristen, Leproult Rachel, Tasali, Esra, Van Cauter, Eve 2005. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. JAppl Physiol 5, 2008-2019. PDF-dokumentti. <http://jap.physiology.org/content/99/5/2008.full.pdf+html>. Päivitetty 2005. Luettu 20.1.2012.

Stancáková, Alena 2010. Pathophysiology and Genetics of Impaired Insulin Secretion and Insulin Resistance. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDFdokumentti. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0028-9/urn\\_isbn\\_978-952-61-0028-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0028-9/urn_isbn_978-952-61-0028-9.pdf). Päivitetty 6.3.2010. Luettu 15.6.2012

Syrjäläinen, Eija, Eronen, Ari & Värri, Veli-Matti (toim.) 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tarnanen, Kirsi, Groop, Leif, Laine, Merja & Puurunen, Marja 2011. Käyvän hoidon potilasversiot. www- Dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00066#s2> Päivitetty 20.12.2011. Luettu 21.12.2011.

Tenovuo, Jorma & Rönnemaa, Tapani 2011. Diabetes ja suu. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 438 - 440.

Terveystieteiden laitos 1326/2010. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.3.2013.

Torssonen, Sinikka-Tellervo & Lyytinen, Mervi (toim.) 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus. PDF dokumentti. <http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>. Päivitetty 25.10.2010. Luettu 16.4.2013.

Tuomi, Jouni 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuomola, Seppo, Idänpään-Heikkilä, Ulla, Halkoaho, Arja & Virkamäki, Antti 2011. Ohjelmat ohjausmallina. Teoksessa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuositus (DEHKO 2000–2010). Osa II, Ulkoinen arviointi, 142-143. PDF dokumentti. [http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon\\_loppuraportti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf). Päivitetty 18.11.2011. Luettu 12.12.2011.

Uusitupa, Matti 2005. Gene-diet interaction in relation to the prevention of obesity and type 2 diabetes: Evidence from the Finnish Diabetes Prevention Study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 3, 225-233. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15955472>. Päivitetty 2001. Luettu 19.1.2012

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. PDF-dokumentti [.http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf](http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf). Päivitetty 11.11.2005. Luettu 12.12.2011.

Vauhkonen, Ilkka 2005. Umpieritysrauhasten sairaudet. Teoksessa Vauhkonen, Ilkka & Holmström Sisätaudit. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 233 - 418.

Virkamäki, Antti & Niskanen, Leo 2009. Diabetes. Teoksessa Välimäki, Matti, Sane, Timo & Dunkell, Leo (toim.) *Endokrinologia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 714 -784.

Virkamäki, Antti 2011. Insuliiniresistanssi ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo, Rönnemaa, Tapani, Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) *Diabetes*. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 35–37.

Väisänen, Leena, Niemelä, Mika & Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä: vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Walker, Rosemary & Rodgers, Jill 2005. Diabetes. Käytännön opas terveyden hoitamiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

Waller, Katja 2011. Leisure-time physical activity, weight gain and health – A prospective followup in twins. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDFdokumentti. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36892/9789513944506.pdf?sequence=1>. Päivitetty 4.11.2011. Luettu 5.6.2013.

Waugh, Norman 2007. Screening tests. Waugh, Norman, Scotland, Graham, McNamee, Paul, Gillett, Mike, Brennan, Alan, Goyder, Elisabeth, Williams, Rhys & John, Ann 2007. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic model-

ling. PDF-dokumentti. [.http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1117.pdf](http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1117.pdf) . Päivitetty 7.8.2007. Luettu 25.3.2012.

Winell, Klaus 2006. Diabeteksen hoidon laatu. DEHKO-raportti 2005:4. PDFdokumentti.  
[http://www.diabetes.fi/files/227/2005\\_4\\_Diabeteksen\\_hoidon\\_laatu\\_pdf\\_2\\_Mt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/227/2005_4_Diabeteksen_hoidon_laatu_pdf_2_Mt.pdf).  
Päivitetty 3.2.2006. Luettu 20.3.2013.

Yki-Järvinen, Hannele 2010. Elämäntapaohjaus tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Lääkärin käsikirja. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=elämäntapaohjaus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=elämäntapaohjaus). Päivitetty 3.10.2010. Luettu 19.1.2012

## Aineiston luokat ja kokoavat käsitteet

TAULUKKO 5. Aineiston ryhmittely sisällön analyysin perusteella muodostuneet luokat ja kokoavat käsitteet

Alaluokat	Yläluokat	Kokoava käsite
Oireet Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet	Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen	Sairastuminen
Omahoito Sopeutuminen Tunteet sopeutumisen aikana Sairauden salaaminen	Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamat muutokset arjessa	Elämä sairauden kanssa
Asiakkaan päätösvalta hoidossaan Muuttunut terveystäytyminen	Omahoitoon sitoutuminen	Omahoidon onnistuminen
Vuorovaikutteinen ohjaussuhde Sosiaalinen tuki	Ohjaus sairastuneen tukena	Vuorovaikutus ohjauksessa

TAULUKKO 6. Aineiston ryhmittely

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Olin lopen uupunut.	Väsymys	Oireet
Se väsymys.	Väsymys	Oireet
Väsymyksen takia koti oli aina kuin kaaoksen jäljiltä	Väsymys	Oireet
Hieroin silmiäni, mutta tietokoneen näyttö oli edelleen samea.	Näön tarkkuuden muuttuminen	Oireet
Mun olisi pitänyt käydä aikaisemmin lääkärissä jalkasärkyjen takia.	Jalkakivut	Oireet
Lukuunottamatta järkyttäviä jalkasärkyjä.	Jalkakivut	Oireet
Olin muuttunu räyhääväksi ja väsyneeksi kaikesta ja kaikkiin. Tuntui kuin mitään ei olisi menetettävää enää.	Mielialan vaihtelut	Oireet
Diagnoosi tehtiin KYS:issä selkäleikkauksen yhteydessä.	Oireettomuus	Oireet
Minulla ei ollut minkäänlaisia oireita.	Oireettomuus	Oireet
Olin oireeton.	Oireettomuus	Oireet
Amputaatio.	Pelko	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Muut lisäsairaudet.	Pelko	Sairastumistiedon saa-

## Aineiston ryhmittely

		miseen liittyvät tunteet
Ilmoitin välittömästi aloittavani lääkityksen, sillä en halua olla dialyysihoidossa huonosti hoidetun diabeteksen takia.	Pelko	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Se oli sokki - diabetes on elinikäinen.	Shokki	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Tuntui kuin mut olis vedetty hirmumyrskyyn.	Shokki	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Sitten iski tyypin 2 diabetes.	Shokki	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Ensitieto oli järisyttävä.	Shokki	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Sen sijaan että tyypin 2 diabetes olis pysynyt poissa - sairaus oli iskenyt	Shokki	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Tiedon määrä suurensi negatiivisia tuntemuksia sairastumisesta, jolloin motivaatio itsensä hoitamiseen parani.	Negatiiviset tunte- mukset	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Mielessäni oli vain diabetekseen liittyvät ennakkoluulot, jotka liittyivät elinmuutoksiin ja sokkeihin.	Negatiiviset tunte- mukset	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Kun sain diagnoosin, surin ainoastaan yhtä asiaa- sitä, että en kuntoillu riittävästi.	Suru	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet



## Aineiston ryhmittely

Olin epäuskoinen.	Epäily	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Tuntui epätodellisesta, että käytyään rasisuskokeessa oli saanut diagnoosin.	Epäily	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Jotekin ajattelin, että tämä sairastuminen ei ole totta.	Epäily	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Aluksi oli vaikea uskoa sairastuneensa.	Epäily	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Kysyin lääkäriltä tuloksista uudelleen.	Epäily	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Kielsin koko sairauden olemassa olon.	Kieltäminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Kaikkein mieluiten olisin unohtanut koko diabeteksen, mutta koholla olevien sokeriarvojen takia oli pakko tehdä jotakin	Kieltäminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Olette oikeassa, tämä on minulle yllätys.	Yllättyminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Sairastumiseni tyypin 2 diabeteksen oli täysi yllätys.	Yllättyminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Elämä on yllätyksellistä.	Yllättyminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Tunsin olevani hämmentynyt.	Hämmästyminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Niin kuten lääkäri vaistosi, koin voimakkaasti tilanteessa	Hämmästyminen	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet

## Aineiston ryhmittely

hämmennystä.		
Tiedän menneisyyteni, mutta tulevaisuus on täynnä vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia	Tulevaisuuden usko	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Vain diabetesta hoitamalla voin vaikuttaa oman elämäni kulkuun.	Tulevaisuuden usko	Sairastumistiedon saamiseen liittyvät tunteet
Verensokerien mittaaminen toi uuden tavan – se oli se dramaattisin muutos.	Verensokerien mittaus	Omahoito
Verensokerien mittausta.	Verensokerien mittaus	Omahoito
Joka päiväinen verensokerin mittaus kannusti mua tekemään paremmin kaikkea itseni puolesta.	Verensokerien mittaus	Omahoito
Mittausten tekeminen on mielestäni vaativaa.	Verensokerien mittaus	Omahoito
Itselleni oli vaikeaa verensokerien mittaaminen.	Verensokerien mittaus	Omahoito
Olin jotenkin hämmästynyt sitä lääkityksen määrästä – kolesterolilääke, metformiinilääke	Säännöllinen lääkitys	Omahoito
Lääkkeettömyys on poissa. Sen tilalla on lääkitys.	Säännöllinen lääkitys	Omahoito
Työterveyslääkäri	Säännöllisen lääki-	Omahoito

## Aineiston ryhmittely

huomautti, että laihduttaminen voi parantaa tilannetta ja lääkitysarviointi voitaisiin tehdä uudelleen jonkin ajan kuluttua.	tyksen lääkitysarviointi	
Liikun joka päivä.	Aktiivinen liikunta	Omahoito
Olen huomannut, että liikunta tehoaa myönteisesti verensokeriarvojen lisäksi koholla olleeseen verenpaineeseen.	Aktiivinen liikunta	Omahoito
Oma sopeutuminen diabetekseen näkyy omassa elässäni siten, että huodehdin riittävästä liikunnasta, tauoista ja ravitsemuksesta.	Aktiivinen liikunta	Omahoito
Vähitellen elämä joteki tasapainottui ja asiat palasivat kuta kuinkin ennalleen – paitsi uudet ruokailutavat ja liikunta-aktiivisuus toivat uutta sisältöä elämään	Aktiivinen liikunta	Omahoito
Nykyisin kävelen töihin ja siitä on muodostunut hyvä tapa.	Aktiivinen liikunta	Omahoito
Nyt liikun säännöllisesti.	Aktiivinen liikunta	Omahoito
Olen liittynyt kävelykerhoon ja alkanut käydä kaksi kertaa viikossa uimassa lasten	Aktiivinen liikunta	Omahoito

## Aineiston ryhmittely

kanssa		
Syön kotona ja työssä suurin piirtein samaan aikaan.	Säännölliset ruokailuajat	Omahoito
Mun uuteen päiväjärjestykseen kuuluu se, että ruokailen säännöllisesti ja käyn lenkkeilemässä.	Säännölliset ruokailuajat	Omahoito
Ruokavalio-ohjeet ovat muuttaneet ruokailutapojani.	Terveelliset ruokailutavat	Omahoito
Yritän korvata herkkuja hedelmillä.	Terveelliset ruokailutavat	Omahoito
Olen kuitenkin huomannut, että itseään saa hemmotella. Mutta vain kohtuudella.	Terveelliset ruokailutavat	Omahoito
Niissä elämäntilanteissa, joissa pitää tehdä ratkaisuja elintapojen suhteen, on syytä pysähtyä.	Elintapojen muuttaminen	Omahoito
Elintapojen suhteen voin valita monia asioita: sen mikä on itselleni arvokasta ja tärkeää.	Elintapojen muuttaminen	Omahoito
Olen kokenut, että selkeä tavoite on myös omahoitoni elinehto.	Hoitosuunnitelman tekeminen osana omahoitoa	Omahoito
Monesti arki ja siihen liittyvät valinnat vaikuttavat siihen, miten	Hoitosuunnitelman tekeminen osana omahoitoa	Omahoito

## Aineiston ryhmittely

tavoitteet muotoillaan.		
Tavoitteet ovat asetettu minun toivomusteni mukaisesti ja kirjaimellisesti minun omin sanoin hoitosuunnitelmassani.	Hoitosuunnitelman tekeminen osana omahoitoa	Omahoito
Jotekin he saivat mut käsittämään, että oma sairastumiskokemukseni on saanut minut kehittymään ihmisenä ja myös terveydenhuollon ammattilaisena osaan ohjata asiakkaista entistä paremmin.	Henkinen kasvu	Sopeutuminen
Oikeastaan tämä sairaus on ollut minun itseni parhaaksi ja kehitykseksi.	Henkinen kasvu	Sopeutuminen
Nyt osaan asettua paremmin toisen ihmisen kokemusmaailmaan.	Henkinen kasvu	Sopeutuminen
Terveenä olemiseen tottuneena olin kauhuissani sitä sitovuutta, jota sairastuminen toi.	Sairauden sitovuus	Sopeutuminen
Kysymys ei ole pelkästään sairaudesta, vaan myös suuresta muutoksesta terveestä sairastuneeksi.	Sairauden sitovuus	Sopeutuminen
Tietyt asiat pitää tehdä tiettyinä hetkinä kuten	Sairauden sitovuus	Sopeutuminen

## Aineiston ryhmittely

verensokerin mittaukset.		
Oman vastuun ottaminen omahoidosta on ollut helppoa.	Vastuun otto omahoidosta	Sopeutuminen
Diabeteshoitaja on saanut motivoitua minua omahoitoon ja tekemään parhaani näiden elämäntapamuutosten osalta.	Vastuun otto omahoidosta	Sopeutuminen
Olin jo silloin ottanut vastuu omahoidostani.	Vastuun otto omahoidosta	Sopeutuminen
Sairastumisen yhteydessä keskityin tiedon hankintaan ja sen hyödyntämiseen omassa hoidossa, siis omassa arjessani.	Tiedon haku	Sopeutuminen
Sen sijaan täytin pääni tiedolla tyypin 2 diabeteksestä ja uppouduin tutkimusmaailmaan täysillä.	Tiedon haku	Sopeutuminen
Ajat ovat muuttuneet ja lääketieteellinen tieto on kaikkien käytettävissä.	Tiedon haku	Sopeutuminen
Elämä on yllätyksellistä.	Oman elämän pohdinta	Sopeutuminen
Elämä on kuitenkin elettävä.	Oman elämän pohdinta	Sopeutuminen
Olen kääntänyt uuden sivun elämässäni.	Oman elämän pohdinta	Sopeutuminen

## Aineiston ryhmittely

Jokaisen on kuitenkin mahdollista tarkastella omia elämäntapojaan terveellisyyden näkökulmasta.	Elintapojen arviointi	Sopeutuminen
Elintapojen suhteen voin valita monia asioita: sen mikä on itselleni arvokasta ja tärkeää	Elintapojen arviointi	Sopeutuminen
Tunnen oloni paremmaksi kuin aikaisemmin.	Usko selviytymiseen	Sopeutuminen
Tulevaisuus on selkeänä mielessäni	Usko selviytymiseen	Sopeutuminen
Löysin yhteisen suunnan diabeteshoitajan ja – lääkärin avulla.	Usko selviytymiseen	Sopeutuminen
Tästä alkoi uusi elämäni diabetekseen sairastuneena.	Sairastuneen roolin omaksuminen	Sopeutuminen
Osa minua on siis tämä sairaus.	Sairastuneen roolin omaksuminen	Sopeutuminen
Vähitellen elämä joteki tasapainottui ja asiat palasivat kuta kuinkin ennalleen – paitsi uudet ruokailutavat ja liikunta-aktiivisuus toivat uutta sisältöä elämään.	Tasapainon löytäminen	Sopeutuminen
Nykyisin yritän keskittyä vain tämänhetkiseen elämään.	Tasapainon löytäminen	Sopeutuminen
Paskaaks tässä-ajattelu	Masentunut tunnetila	Tunteet sopeutumisen

## Aineiston ryhmittely

on saanut minusta vallan..		aikana
Hakeutumalla ajoittain yksinäisyyteen voin kerätä itselleni voimia.	Vetäytyminen	Tunteet sopeutumisen aikana
Pohdin asiaa edelleenkin, mutta syyllisyys on väistynyt.	Syyllisyys	Tunteet sopeutumisen aikana
Olin surrut sitä, että sairastuminen muutti elämän rytmiäni.	Suru	Tunteet sopeutumisen aikana
Läheskään kaikki ympärilläni olevat ihmiset eivät tiedä sairaudestani	Sairauden salaaminen	Sairauden salaaminen
Jostain syystä en halunnut, että työyhteisöni olisi tiennyt sairastumisestani	Sairauden salaaminen	Sairauden salaaminen
Kerroin myös omat vaikeuteni verensokerien mittausten kanssa ja siitä, että en ole kertonut työpaikalla sairaudestani.	Sairauden salaaminen	Sairauden salaaminen
Olen kokenut, että diabeteshoitaja aidoista välittää minusta.	Välittäminen	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Diabeteshoitajan asenne tulee läpi myös äänestä.	Terveysthuollon ammattilaisten asenne	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Hän tervehtii ystävällisesti saapuessani vastaanotolle ja saa	Terveysthuollon ammattilaisten asenne	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde



## Aineiston ryhmittely

minut kokemaan itseni tervetulleeksi.		
Myönteinen palaute on motivoinut ja innostanut.	Myönteinen palaute	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Oma diabeteshoitaja tukee ja kannustaa antamalla positiivista palautetta pientenkin elintapamuutosten onnistumisesta ja antamalla konkreettista tietoa elintapamuutoksesta.	Myönteinen palaute	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Diabeteshoitaja on rehellinen.	Rehellisyys	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Se aito kiinnostus asiakasta kohtaa on tärkeintä.	Rehellisyys	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Luottamuksellisuus on vaikuttanut siihen, että olen voinut kertoa omista yksityisasioistani paremmin.	Luottamuksellisuus	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Luottamus kuvaa hänen ohjaustaan.	Luottamuksellisuus	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Hän on havainnut osaamiseni kehittymisen ja vastaanoton ilmapiiri on aina hyväksyvä ja välittävä	Avoin ilmapiiri	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Hän tietää minun heikkouteni ja vahvuuteni.	Avoin ilmapiiri	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde

## Aineiston ryhmittely

Diabeteshoitajan ja - lääkärin vastaanotolla parasta on, että asiakasta kuunnellaan ja annetaan riittävästi aikaa.	Aktiivinen kuuntelu	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Diabeteshoitaja kuunteli ja sanoi, että repsahtamisen voi ottaa oppimiskokemuksena.	Aktiivinen kuuntelu	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Työterveyslääkäri huomasi tunteeni ja odotti minun puhuvan.	Hienotunteisuus	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Lääkäri odotti tahdikkaasti minun vastaustani.	Hienotunteisuus	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Hän on aina huomaavainen.	Hienotunteisuus	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Yhteistyö on sujunut hyvin, koska hoitokäyntien aikana on hoitajalta ja lääkäriltä saanut sopivissa määrin ohjeita ja kehittävää kritiikkiä.	Kehittävä kritiikki	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Diabetesvastaan-otolla voi kysyä erilaisista asioista ja voi saada kielteistä palautetta, mikäli se on aiheellista.	Kehittävä kritiikki	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde
Eli hoitosuhde sujuu avoimemmin, kun saa oikeanlaista vuorovaikutusta ja ohjausta omista tarpeista.	Ohjaus asiakkaan lähtökohdista	Vuorovaikutteinen ohja- ussuhde

## Aineiston ryhmittely

Selkeillä ja painotan yhteisillä tavoitteilla on myös vaikutus ohjaussuhteeseemme.	Ohjaus asiakkaan lähtökohdista	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Hän on rakentanut ohjaushetkistä kiinnostavia ja asiakaslähtöisiä.	Ohjaus asiakkaan lähtökohdista	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Hän huomioi minut täysin omana yksilönään, en ollut vain yksi sairastunut diabeetikkojen joukossa.	Ohjaus asiakkaan lähtökohdista	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Oma diabeteshoitaja tukee ja kannustaa antamalla positiivista palautetta pientenkin elintapamuutosten onnistumisesta ja antamalla konkreettista tietoa elintapamuutoksesta.	Tiedon hyödyntämisen elintapamuutosten mahdollistamiseksi	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Hän huomioi minun koulutustaustani, mutta hän varmistaa tietoni.	Tiedon hyödyntämisen elintapamuutosten mahdollistamiseksi	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde
Sain omat yksilölliset liikuntaohjeet.	Hoitotavoitteiden sopivuus	Asiakkaan päätösvalta
Tavoitteita muodostattessa diabeteshoitaja huomoi minun näkemykseni.	Yksilölliset hoitotavoitteet	Asiakkaan päätösvalta
Ohjaajana hän voi auttaa pulman selvittelyä, mutta	Asiakkaan päätösvalta	Asiakkaan päätösvalta

## Aineiston ryhmittely

päätöksenteon asioista teen minä asiakas itse.		
Kokemusten kuuleminen lisäsi omia valintamahdollisuuksia elintapojen suhteen ja rohkaisi luovuuteen omalla vapaa-ajalla.	Elämäntapojen valin- tamahdollisuus	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Olin valmis muutokseen, joten ryhmäohjaus edisti minun muutostani ja auttoi muutoikin.	Elämäntapojen valin- tamahdollisuus	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Voin puhua elämäntapamuutoksestani ja sen varassa voin toimia.	Elämäntapamuutosten onnistuminen	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Onnistumiset ja osaaminen tuottavat iloa ja vahvistaa omaa käsitystäni selviytymisestä.	Elämäntapamuutosten onnistuminen	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Voit muuttaa ruokatottumuksia terveellisemmiksi tai valita sen, että ehkäiset lisälihomista.	Terveelliset elämän- tavat	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Osaan paremmin jakaa aikaa perheen, työn ja harrastusten välillä.	Terveelliset elämän- tavat	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Kävely virkistää ajattelua.	Terveelliset elämän- tavat	Muuttunut terveyskäyt- täytyminen
Sopeutuminen elämään diabeteksen kanssa vaati	Henkinen tuki	Sosiaalinen tuki

## Aineiston ryhmittely

aikaa ja kärsivällisyyttä sekä diabeteshoitajan antama tuki oli tärkeää.		
Ohjaus auttoi myös sopeutumaan.	Henkinen tuki	Sosiaalinen tuki
Jotekin he saivat mut käsittämään, että oma sairastumiskokemukseni on saanut minut kehittymään ihmisenä ja myös terveydenhuollon ammattilaisena osaan ohjata asiakkaista entistä paremmin.	Henkinen tuki	Sosiaalinen tuki
Diabeteshoitaja on jakanut elintapaneuvonnan tukimateriaalia kuten ohjelehtisiä.	Tiedollinen tuki	Sosiaalinen tuki
Ruokavalio-ohjeet ovat muuttaneet ruokailutapojani.	Tiedollinen tuki	Sosiaalinen tuki
Hän on varannut minulle myös pitkiä vastaanottoaikoja ja jopa niin, että hän on muuttanut aikataulujaan takiani.	Joustavat vastaanottoajat	Sosiaalinen tuki
Voin soittaa tarvittaessa diabeteshoitajalle.	Joustavat vastaanottoajat	Sosiaalinen tuki
Diabeteshoitaja ohjasi minut vertaistuen piiriin, joten hän motivoi osallistumaan ja	Vertaistuen käyttäminen ohjauksen tukena	Sosiaalinen tuki

## Aineiston ryhmittely

vertaistuki paljastui varsin hyödylliseksi.		
Koin ryhmässä käynnin miellekkääksi ja onnistuneeksi.	Vertaistuen käyttäminen ohjauksen tukena	Sosiaalinen tuki
Hän havaitsi muutoksen ja korosti, että voin ottaa yhteyden diabetesneuvontaan milloin tahansa.	Yhteydenoton mahdollisuus vastaanottoajan ulkopuolella	Sosiaalinen tuki
Diabeteshoitaja kuunteli ja sanoi, että repsahtamisen voi ottaa oppimiskokemuksena.	Repsahduksen näkeminen oppimiskokemuksena	Sosiaalinen tuki
He ovat kuitenkin iloinneet siitä, että olen selviytynyt hyvin.	Usko sairastuneen selviytymiseen	Sosiaalinen tuki
Ohjauksessa on korostunut toiveisuus tulevaisuudesta, toteutuvista tavoitteista ja uskoon asiakkaan selviytymisestä.	Usko sairastuneen selviytymiseen	Sosiaalinen tuki
Työpaikkalääkäri auttoi ymmärtämään, mitä mahdollisuuksia minulla on pärjätä.	Usko sairastuneen selviytymiseen	Sosiaalinen tuki