

Kati Huttunen ja Anna Jäppinen

TYYPIN 2 DIABETEKSEN OMAHOITO OSANA
HOIDONOHJAUSTA

Hoitotyön koulutusohjelma
2014

TYYPIN 2 DIABETEKSEN OMAHOITO OSANA HOIDONOHJAUSTA

Huttunen, Kati ja Jäppinen, Anna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2014
Ohjaaja: Lahtinen, Elina
Sivumäärä: 59
Liitteitä: 6

Asiasanat: aikuistyyppin diabetes, ohjaus, itsehoito

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, miten tyyppin 2 diabetesta sairastavat toteuttavat omahoitoaan ja mitä he tietävät omahoidon toteuttamisesta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää diabetesta sairastavien kokemuksia omahoitoon liittyvästä hoidonohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan entisestään parantaa hoidonohjauksen laatua ja omahoitoon sitoutumista.

Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin tätä opinnäytetyötä varten rakennetulla kyselylomakkeella. Tutkimusaineisto kerättiin Rauman ja Porin terveyskeskusten diabeteshoitajien vastaanotolla käyviltä tyyppin 2 diabetesta sairastavilta (N=120). Kyselyitä jaettiin 60 Raumalla ja 60 Porissa. Kyselyitä saatiin takaisin 88 kappaletta ja vastausprosentiksi muodostui 73. Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjelmalla ja tulokset esitettiin lukumäärinä ja prosentteina. Lisäksi tuloksia havainnollistettiin kuvioden ja kaavioiden avulla.

Suurimmaksi osaksi vastaajat harrastivat liikuntaa, noudattivat lääkehoito-ohjeita ja kiinnittivät huomiota ravitsemukseensa melko hyvin, mutta painonhallinnassa puolella vastaajista oli ongelmia. Pääsääntöisesti tyyppin 2 diabetesta sairastavat tiesivät hyvin hoitotasapainoon vaikuttavista arvoista ja tekijöistä. Heikoiten tiedettiin normaali painoindeksi, vyötärön ympärys, kevyen liikunnan määrä ja HDL- kolesterolin raja-arvo. Pääasiassa vastaajat kokivat saaneensa hoidonohjausta omahoidon eri osa-alueilta. Eniten ohjausta saatiin verensokerin mittaamisesta, verenpaineen seurannasta ja lääkehoidosta. Tutkimustulosten perusteella tulisi enemmän kiinnittää huomiota diabetesta sairastavan henkiseen hyvinvointiin ja ongelmatilanteista selviytymiseen.

Hoidonohjauksesta voisi tehdä jatkotutkimuksen, jossa kysytään diabeteshoitajien kokemuksia siitä, kuinka paljon eri hoidonohjauksen osa-alueita heidän mielestään käydään läpi. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, mitä mieltä hoitajat ovat siitä, miksi niin moni diabetesta sairastava ei saavuta hyvää hoitotasapainoa ja mitä kehittämistarpeita diabeteshoitajat kokevat olevan hoidonohjauksessa.

SELF-MANAGEMENT OF DIABETES TYPE 2 AS PART OF SELF-MANAGEMENT EDUCATION

Huttunen, Kati and Jäppinen, Anna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
May 2014
Supervisor: Lahtinen, Elina
Number of pages: 59
Appendices: 6

Keywords: adult type diabetes, guidance, self-care

The purpose of this thesis was to establish whether diabetes type 2 patients are adequately educated in self-management of their illness and, moreover, how strictly patients with diabetes type 2 are committed to their self-care regime. This thesis also determines the experiences diabetes type 2 patients have had of health care professionals' self-care related self-management education. The principal goal of this study was to develop and improve the quality of education as well as to improve patients' adherence to self-management of their illness.

This study used a quantitative approach. Data were collected with a survey questionnaire specifically designed for this study. Target group consisted of 120 (N=120) diabetes type 2 patients who had visited a diabetes specialist nurse at Pori or Rauma health care centers. The total number of questionnaires distributed was 120, of which 88 were completed and returned, thus, the response rate was 73%. The data were analyzed with a Microsoft Excel spreadsheet program and the results were presented as frequencies and percentages and also illustrated with graphs and diagrams.

The results show that the majority of the respondents took regular physical activity, adhered to the recommended medication management plans as well as followed, on average, a healthy, well-balanced diet. However, half of the respondents had experienced considerable problems in weight management. In principal the respondents were well aware of the factors and self-management practices which favorably affect the health outcomes of patients with diabetes type 2. On the other hand, the respondents scored lowest in questions related to the normal BMI (Body Mass Index) and waist circumference, the level of moderate or light exercise and HDL cholesterol ratio. The majority reported that they had mainly received education in different areas of diabetes self-management such as, taking blood sugar levels, monitoring blood pressure readings and in medical management. Therefore, the findings of this study suggest that in the future more emphasis should be put on improving patients' well-being and problem solving skills, which are both essential in self-management.

Further studies with more focus on diabetes specialist nurses' perceptions of how widely different areas of self-management are discussed in the education program are recommended. Moreover, it would be highly interesting to study nurses' opinions on the reasons for poor adherence to self-management activities among diabetics as well as diabetes specialist nurses' suggestions on how self-management education programs could be further improved and developed.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN OMAHOITO.....	6
2.1	Liikunta.....	8
2.2	Ravitseminen.....	10
2.3	Painonhallinta.....	12
2.4	Omaseuranta.....	13
2.5	Lääkehoito.....	15
2.6	Päihteet.....	16
3	TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN HOIDONOHJAUS.....	18
3.1	Hoidonohjauksen suunnittelu.....	19
3.2	Hoidonohjauksen toteutus.....	21
3.3	Hoidonohjauksen arviointi.....	23
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	25
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	25
5.1	Kyselylomakkeen laadinta.....	26
5.2	Aineiston keruu.....	27
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	29
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	30
6.1	Taustatiedot.....	30
6.2	Omahoidon toteutus.....	34
6.2.1	Liikunta.....	34
6.2.2	Ravitsemustottumukset.....	36
6.2.3	Painonhallinta, lääkehoito ja liitännäissairaudet.....	37
6.2.4	Päihteet.....	38
6.3	Hoidonohjaus.....	38
6.3.1	Suunnittelu.....	38
6.3.2	Toteutus.....	39
6.3.3	Arviointi.....	40
6.4	Diabetestietous.....	43
7	POHDINTA.....	45
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu.....	45
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	50
7.3	Tutkimuksen eettisyys.....	52
7.4	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat.....	54
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt valtavasti viimeisten vuosien aikana. Vuonna 2007 hoitoa tyypin 2 diabetekseen sai vajaa 250 000 suomalaista ja väestötutkimusten mukaan tietämättään sairastavia oli noin 125 000. Diabeteksen hoidossa korostuu ennen kaikkea omahoito, johon diabetesta sairastava tarvitsee jatkuvaa tukea ja ohjausta. (Suomen Diabetesliitto ry 2011,7.) Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella tyypin 2 diabetesta sairastavia oli vuonna 2007 noin viisi prosenttia asukkaista. Vuonna 1997 määrä oli noin 2,5 prosenttia, eli kymmenen vuoden aikana sairastuneiden määrä on lisääntynyt lähes puolella. (Koski 2010, 10.) Kuten luvut kertovat, diabetes on yleinen ja ajankohtainen terveysongelma koko Suomessa, joten aiheen tutkimisesta on hyötyä niin diabetesta sairastaville itselleen kuin terveysalan ammattilaisille.

Aiempien tutkimusten mukaan suurin osa diabetesta sairastavista Raumalla ja Porissa ovat tyytyväisiä saamaansa hoidonohjaukseen (Diefenbaugh, 2008, 33; Hannula 2006, 2). Dehko- tutkimuksen (2009-2010) mukaan kuitenkin vain noin 20 prosenttia diabetesta sairastavista on saavuttanut hoitotasapainonsa (Valle 2010, 6). Kun perehdyimme kirjallisuuteen tarkemmin, mielenkiintomme heräsi alkaa tutkia asiaa enemmän. Käytännön kokemusten kautta havahduimme siihen, kuinka laaja ja yleinen terveysongelma diabetes on ja kuinka suuri merkitys omahoidolla on hoitotasapainon kannalta.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten tyypin 2 diabetesta sairastavat toteuttavat omahoitoaan ja mitä he tietävät omahoidon toteuttamisesta ja hoitotasapainoon vaikuttavista asioista. Lisäksi tarkoituksena on selvittää diabetesta sairastavien kokemuksia omahoitoon liittyvästä hoidonohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan entisestään parantaa hoidonohjauksen laatua ja omahoitoon sitoutumista. Tällöin myös hoitotasapaino saavutetaan helpommin. Mitä useampi diabetesta sairastava saavuttaa hoitotasapainonsa, sitä enemmän säästetään terveydenhoitokuluja. (Käypä hoito – suositus, diabetes 2013.)

Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Rauman terveystieteiden keskuksen ja Porin perusturvan diabeteshoitajien kanssa. Opinnäytetyö tehtiin parityönä, koska halusimme tutkia aihealuetta monipuolisesti. Pelkkää hoidonohjausta on aikaisemmin jo tutkittu ja halusimme selvittää, onko hoidonohjauksella mahdollisesti yhteyttä omahoidon toteuttamisen kanssa, millaiset tiedot diabetesta sairastavilla on ja miten he toteuttavat omahoitoaan. Diabeteksen hoidonohjaus ja omahoito ovat jo yksinään laajoja asiakokonaisuuksia. Mielestämme näitä asioita on tärkeää tutkia yhdessä, koska ne vaikuttavat toisiinsa. Parityönä pystymme toteuttamaan tutkimuksen kahdessa eri kaupungissa, jolloin saamme laajemman otoksen ja siten myös luotettavampaa tietoa Satakunnan alueelta. Toinen tekijöistä toimi yhteistyössä Rauman ja toinen Porin kanssa. Teoriaosuus on jaettu kahteen suureen kokonaisuuteen omahoidon toteutukseen ja hoidonohjaukseen, jolloin molemmilla työn tekijöillä on päävastuu yhdestä aihekokonaisuudesta.

2 TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN OMAHOITO

Aikuistyyppin eli tyypin 2 diabetes on elimistön sokeriaineenvaihdunnan häiriö, jolloin veren sokeriarvot ovat nousseet. Verensokerin kohoaminen johtuu insuliinin tehoattomuudesta vaikutuksesta kudoksissa eli insuliiniresistenssistä, epätasaisesta ja heikentyneestä insuliinin erityksestä. Ravinnon hiilihydraateista saatu glukoosi eli verensokeri toimii kehossa energian lähteenä. Jotta keho voi käyttää tätä energiaa hyväkseen, tulee sen päästä solun sisälle ja tähän tarvitaan insuliinia. (Suomen diabetesliitto ry 2007, 11- 12; Seppänen & Alaluhta, 2007, 14- 15.) Tyypin 2 diabetes on usein osa metabolista oireyhtymää, johon kuulu sokeriaineenvaihdunnan häiriön lisäksi kohonnut verenpaine, poikkeavat rasva- arvot, veren lisääntynyt hyytymistaito ja keskivartalolihavuus. Tyypin 2 diabetes on yksi suurimmista riskitekijöistä valtimotaudille. (Suomen diabetesliitto ry 2007, 11- 12.)

Diabeteksen hoito on suurimmaksi osaksi omahoitoa, joka tarkoittaa asiakkaan itse toteuttamaa hoitoa. Diabetesta sairastavan omahoitoa suunnitellaan yhdessä terveystieteiden ammattilaisten kanssa huomioiden asiakkaan yksilölliset tarpeet ja elämäntilan-

ne. Diabeteksen omahoidon toteutuksessa on oleellista, että asiakas itse ottaa vastuuta valinnoistaan ja ratkaisuistaan. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2355- 2357.) Diabeteksen hoidon tavoitteita on taata diabetesta sairastavan oireettomuus, ehkäistä taudin lisäsairauksia ja antaa hyvä elämänlaatu. Tyypin 2 diabetesta sairastavan suurin haaste on elintapamuutoksen toteuttaminen. (Kaisanlahti 2012, 10-11.)

Diabeteksen hoidon ja oman arkielämän yhteensovittaminen tarkoittaa omahoitoa, jolloin tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Arkielämässä omahoito näkyy verensokerin mittauksina, syömisten suunnitteluna suhteessa verensokeriarvoihin ja liikuntaan sekä mahdollisena lääkehoidon toteuttamisena. (Seppänen & Alaluhta, 2007, 8.) Omahoidossa tulee ottaa huomioon terveellinen ruokavalio, liikunta, painon hallinta, tupakoimattomuus, lääkehoito ja omaseuranta. Omaseurantaan sisältyy verensokerin, verenpaineen, painon ja vyötärön ympäryksen mittaukset. (Heinonen, Heinonen, Huhtanen, Kallioniemi, Kokkonen & Turku 2007, 12- 13, 44, 48- 49.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon yksi tavoite on saavuttaa hyvä hoitotasapaino. Hoitotasapainoa voidaan määrittää verensokerin, veren rasvojen ja verenpaineen avulla. Hyvässä hoitotasapainossa paastoverensokerin tulee olla 4-7 mmol/l ja pitkäaikaisverensokerin alle seitsämän prosenttia. Kokonaiskolesterolin pitää olla alle 5 mmol/l, LDL (huono kolesteroli) alle 2.6 mmol/l ja HDL (hyvä kolesteroli) enemmän kuin 1.1 mmol/l. Verenpaineen suositusarvo on 130/80 mmHg tai sen alle. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 582.) Pitkäaikaisverensokeriarvo on enemmän ikäsidonainen. Iäkkäillä henkilöillä se voi olla jopa 7,5- 8,5 prosenttia, koska hypoglykemian riski kasvaa. Kauan diabetesta sairastaneilla HbA1c tavoitearvo voi olla 7- 7,5 prosenttia ja metformiinia käyttävien diabetesta sairastavien tavoite 6,5 prosenttia, koska lääke ei aiheuta hypoglykemiaa. (Manner 2012, 17.)

Träskelin (2000) tutki opinnäytetyössään porilaisten diabetesta sairastavien (n=186) hoitotasapainoa. Tutkimusaineisto kerättiin postikyselyllä. Vastanneista suurin osa oli tyypin 2 diabetesta sairastavia ja tutkimustulosten mukaan hoitotasapaino oli hyvä vain vajaalla neljänneksellä. Yli puolella vastanneista oli tuntuvaa ylipainoa ja

useimmilla oli verenpaine koholla. Tulosten mukaan myös lisäsairauksia oli paljon. (Träskelin 2000, 32- 34, 36.)

Peltola (2010) haastatteli pro gradu työssään tyypin 2 diabetesta sairastavia (N=13) ja hänen tarkoituksenaan oli selvittää, millaiset lääkäri - potilassuhteen viestinnälliset tekijät edistävät omahoidon onnistumista. Tutkimustulosten mukaan diabetesta sairastavat kokivat tärkeimmäksi omahoidon onnistumiseen liittyväksi tekijäksi oman toimintansa, mutta kuitenkin lääkäri-potilassuhde katsottiin tärkeäksi kokonaisvaltaisessa hoitoprosessissa. Tuloksista selvisi, että yhteistyön jatkuvuus saman ihmisen kanssa edistää omahoidon toteuttamista. (Peltola 2010, tiivistelmä.)

Karacurt & Kasikci (2011) ovat tutkineet Turkissa ohjauksen vaikutusta tyypin 2 diabeteksen omahoidossa. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena tyypin 2 diabetesta sairastaville (n=100), joista 67 prosenttia oli alle 60-vuotiaita. Vastaajista 69 prosenttia ei tiennyt diabetekseen liittyvistä komplikaatioista ja 70 prosentilla oli jo liittännäissairauksia. Vastaajista suurimmalla osalla (80%) hoitona oli tablettihoito ja 20 prosenttia vastaajista oli ollut sairaalahoidossa liian korkean verensokerin vuoksi. (Karacurt & Kasikci 2011, 170, 172, 175.)

2.1 Liikunta

Liikunta lisää insuliiniherkkyyttä, laskee verensokeria ja lisää hyvän kolesterolin (HDL- kolesteroli) pitoisuutta veressä. Liikunnan ansiosta sokeriaineenvaihdunta tehostuu ja siten elimistön herkkyys insuliinille kasvaa. Jotta liikunnan vaikutukset olisivat mahdollisimman hyviä diabeteksen hoidon kannalta, tulee sen olla säännöllistä. Liikuntaa tulisi harjoittaa vähintään joka toinen päivä, koska insuliiniherkkyyden koheneminen kestää vain 1-2 päivää. Tällöin saadaan veren pitkäaikaissokeritaso (HbA1c) paremmaksi ja lisäksi haiman insuliiniherkkyys kohenee, joka jälleen vaikuttaa HbA1c arvon paranemiseen. Jos verensokeritasapaino on todella huono (paastosokeri >10 mmol/l), täytyy se ensin saada paremmaksi lääkehoidolla. Tämän jälkeen liikunnan myönteiset vaikutukset alkavat näkyä verensokeritasapainossa. (Niskanen 2011, 174; Rönnemaa 2011, 175; Heinonen 2005, 5.)

Liikunta lisää HDL- kolesterolin pitoisuutta veressä, mikä ehkäisee valtimotautien syntyä. Liikunta lisäksi alentaa huonoa LDL- kolesterolipitoisuutta. Liikunnan ansiosta triglyseridi- rasvan pitoisuus saattaa pienetä veressä, joka alentaa verenpainetta. Liikunta alentaa sekä lepo-, että kuormitusverenpainetta. (Rönnemaa 2011, 175; Heinonen 2005, 5.)

Liikunnan viikoittaista määrää arvioitaessa voidaan käyttää liikuntapiirakkaa, joka on UKK-instituutin näyttöön perustuva terveystuokasuositus. Kestävyyshuikuntaa tulisi kertyä viikossa vähintään kaksi tuntia ja 30 minuuttia, mikä tarkoittaa hengästyttävää reipasta huikuntaa ja samalla pitää pystyä puhumaan (H+PPP). Tämä voisi jakautua esimerkiksi viiteen päivään viikossa puoli tuntia kerrallaan. Kunnon salliessa kestävyysliikunnan voi korvata rasittavammalla kestävyysliikunnalla kestoaltaan yhden tunnin ja 15 minuuttia viikossa. (Ihante- Parikka 2011a, 180.)

Tyyppin 2 diabetesta sairastavilla glukoositasapainoa parantaa sekä kuntosalityyppinen lihaskuntoharjoittelu että aerobinen kestävyysliikunta kuten kävely, holkkä, pyöräily hiihto ja soutu. Liikuntamuodon tulee olla diabetesta sairastavan omien mieltymysten mukainen. Tyyppin 2 diabetesta sairastavat ovat usein iäkkäitä ja heillä voi olla erilaisia tuki- ja liikuntaelimistönsairauksia, jotka asettavat omat rajoitteensa sopivan liikuntamuodon löytymiselle. Liikunta on hyvä painonhallintakeino, koska se vähentää rasvan osuutta ja lisää lihasmassaa. (Rönnemaa 2009, 173.)

Hannula (2006) on tutkinut opinnäytetyössään hoidonohjausta asiakkaan (N= 52) näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin Rauman aluesairaalan diabetespoliklinikalla ja tutkimusaineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Hannula selvitti opinnäytetyössään muun muassa huikunnasta saatua ohjausta. Melkein kaikki vastaajat (92 %) kertoivat, että ohjauksessa oli selvitetty huikunnan vaikutusta verensokeriin. Vastaajista 88 prosenttia oli sitä mieltä, että ohjauksessa oli selvitetty huikunnan vaikutusta ravinnon tarpeeseen. (Hannula 2006, 24.)

Ahto (2004) on tehnyt opinnäytetyön iäkkäiden kokemuksista aikuistyyppin diabeteksen kanssa elämisestä. Tutkimuksessa haastateltiin aikuistyyppin diabetesta sairastavia (N=5), jotka asioivat Rauman kansanterveystyön kuntayhtymän diabeteshoitajan vas-

taanotolla. Tulosten mukaan haastateltavat kokivat liikunnan yhtenä tärkeänä osana omahoidon toteutuksessa. (Ahto 2004, 27- 30.)

2.2 Ravitseminen

Ravitsemuksella on suuri merkitys diabeteksen hoidossa. Ravitseminen on osa lääkkeitä omahoitoa, jossa on kysymys elämäntapojen muuttamisesta. Sopivalla ruoalla voidaan korjata kaikkia metabolisen oireyhtymän häiriöitä. Tärkeintä diabetesta sairastavan ruokavaliossa on ruokamäärien hallinta, kuitu- ja hiilihydraattipitoinen ruoka, kovan eli tyydyttyneen rasvan vähentäminen sekä niukka suolan käyttö. Nämä tekijät auttavat painon hallinnassa (parantaa sokeritasapainoa), veren rasva- arvojen korjaamisessa ja verenpainoiden alentamisessa. (Heinonen ym. 2007, 14- 15.)

Kaikille diabetesta sairastaville ja etenkin tyypin 2 diabetesta sairastaville suositellaan säännöllistä ateriarytmiä siten, että syömiskertoja tulee 4-5 päivässä. Säännöllinen ateriarytmi auttaa hallitsemaan paremmin ruokamääriä. Ateriaväliden venyessä liian pitkiksi, nälkä saattaa kasvaa suureksi ja siten seuraavan aterian määrä saattaa ryöstäytyä hallinnasta. Ruoan syöminen tasaisesti ja pienemmissä erissä auttaa myös tasapainottamaan verensokerin vaihtelua ja nousua ruokailun jälkeen, koska tällöin hiilihydraattien määrä pysyy kullakin aterialla alhaisina. Säännöllisten ateria- aikojen etuna on myös lääkityksen tarpeellisuuden ennakoitavuus. Olipa kyse mistä tahansa lääkkeestä, lääkkeen vaikutus pysyy säännöllisen ruokailun ansiosta suhteellisen samanlaisena päivästä toiseen (liian alhaisen verensokerin riski alenee). Jokaisen diabetesta sairastavan tulee rytmittää ateriointi omaan arkeen ja elämään sopivaksi. (Heinonen ym. 2007, 20; Aro & Heinonen 2009, 52.)

Sydämen terveyden kannalta rasvan laatu on tärkeintä. Kovat eli tyydyttyneet (eläinperäiset) rasvat nostavat haitallisen kolesterolin (LDL) määrää veressä ja ne ovat haitallisia sydämelle. Sen sijaan pehmeät (tyydyttymättömät) öljymäiset rasvat auttavat alentamaan veren haitallista kolesterolia. Oleellisinta on käyttää kovia rasvoja mahdollisimman vähän ja korvata ne pehmeillä, hyvillä rasvoilla. Ellei kovia rasvoja korvaa hyvillä rasvoilla, vähentää se myös hyvän kolesterolin (HDL) pitoisuutta veressä. Diabetesta sairastavien on myös suositeltavaa välttää runsaasti kolesterolia si-

sältäviä ruokia, koska se lisää kolesterolipitoisuutta veressä. Suositusten mukaan ravinnon rasvan määrä ei saisi ylittää 35 prosenttia kokonaisenergiasta, koska runsas rasva heikentää insuliiniherkkyyttä riippumatta rasvan laadusta. Rasvan laatua ja määrää muuttamalla voidaan seerumin kokonais- ja LDL- kolesterolimäärää saada laskemaan jopa kymmenen prosenttia. Käyttämällä säännöllisesti hyviä rasvoja voidaan saada edelleen LDL kolesteroli alenemaan kymmenellä prosentilla. (Heinonen ym. 2007, 16; Aro & Virtanen 2009, 18- 19.)

Aiemmin (1970- luvulla) hiilihydraattien osuutta diabetesta sairastavilla yritettiin rajoittaa, mutta nykyään rajoituksista on luovuttu ja hiilihydraattien osuus saa vaihdella. Hiilihydraattimäärän suositus on 45- 60 prosenttia kokonaisenergiasta. Suurin merkitys on sillä, minkälaisia hiilihydraattipitoisia ruokia valitaan. Arkipäivän ruokailussa suositellaan täysjyväviljatuotteita, hedelmiä ja kasviksia, joissa on runsaasti kuitua, mikä helpottaa ja auttaa tasapainottamaan verensokeria. (Heinonen ym. 2007, 16; Aro & Virtanen 2009, 17.)

Suolan saannin suositus on alle kuusi grammaa päivässä ja arvioiden mukaan suomalaisten suolansaanti ylittää nämä suositukset. Ruokasuolasta noin 40 prosenttia on natriumia ja runsas natriumin saanti nostaa verenpainetta. Merkittäviä suolanlähteitä ovat leipä, juusto, einekset, makkara sekä muut lihajalosteet ja arvioilta noin 70 prosenttia suolasta saadaan teollisesti valmistetuista elintarvikkeista. Diabetesta sairastavien tulisi rajoittaa suolan saantia vähentämällä sen käyttöä tai luopumalla siitä kokonaan ruoan laitossa. Suolan määrää voi myös rajoittaa valitsemalla kaupasta vähäsuolaisia elintarvikkeita. Juustot, lihaleikkeleet sekä liha- ja makkaratuotteet sisältävät suolan lisäksi myös kovaa rasvaa, jolloin näitä tuotteita vähentämällä diabetesta sairastava vähentää suolan saannin lisäksi myös kovan rasvan määrää. (Ruuskanen & Majala-Eklund 2009, 120.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä tutkittiin Lieksan terveystieteiden keskuksen MBO- poliklinikan asiakkaiden (N=79) kokemuksia saamastaan elämäntapamuutosten hoidonohjauksesta. Diabetesta sairastavilta kysyttiin ravitsemuksen ohjauksesta ja ruokavalion muuttamisesta terveellisempään suuntaan. Vastaajista 85 prosenttia koki ohjauksen erittäin hyväksi tai hyväksi ja vain kahdeksan prosenttia tyydyttäväksi. Vastaajista seitsemän prosenttia oli sitä mieltä, ettei ollut saanut ohjausta tältä alu-

eelta lainkaan. Ohjauksen vaikutusta mitattaessa vastanneista 14 prosenttia kertoi saaneensa muutettua ruokavaliotaan terveellisempään suuntaan paljon, 43 prosenttia melko paljon ja 38 prosenttia vähän. Muutoksia ruokavalion suhteen ollenkaan ei ollut saanut tehtyä neljä prosenttia vastaajista. (Haikola & Karppinen 2009, 2, 55- 56, 63.)

Laaksonen (2007) on tutkinut opinnäytetyössään, millaisia tietoja ja käsityksiä terveydenhoitajiksi ja sairaanhoitajiksi valmistuvilla on tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidonohjauksesta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla Satakunnan ammattikorkeakoulun Porin, Rauman ja Harjavallan sosiaali- ja terveystieteiden osastolta. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli vuonna 2003 aloittaneet opiskelijat (N=145). Kyselylomakkeita palautui 90 eli vastausprosentti oli 62 prosenttia. Vastaajilla oli eniten puutteita diabetesta sairastavien ravitsemusohjauksessa. (Laaksonen 2007, 19-21, 52- 59.)

2.3 Painonhallinta

Painonhallinta tarkoittaa lihomisen estämisen lisäksi ylipainon laihduttamista ja laihdutustuloksen pitämistä laihdutuksen jälkeen. Tyypin 2 diabetesta sairastavilla jo 5-10 % painonpudotus ainakin sairauden alkuvaiheessa korjaa huomattavasti aineenvaihduntahäiriötä ja vähentää lääkkeiden tarvetta. Laihduttamisesta saadaan lisäksi apua veren rasva-arvojen ja verenpaineen paranemiseen. Pysyvän laihdutustuloksen saavuttaakseen diabetesta sairastava joutuu miettimään omia ruokailu- ja liikuntatottumuksiaan ja muuttamaan niitä paremmiksi. Painonhallinnan keinoja voi laihduttamisen lisäksi olla niukkaenerginen (ENE) dieetti, lääkevalmisteet tai vaikean lihavuuden hoidossa leikkaushoito. (Heinonen 2009, 149-150.)

Painoindeksi BMI (Body Mass Index) kuvaa suhteellista painoa. Tämä lasketaan jakamalla paino pituuden (metreissä) neliöllä eli kg/m^2 . Ihanteellinen paino on kaikille tavoite, jolloin painoindeksin tulee olla 18,5- 24,9. Liikapainoa (ylipaino) on, jos painoindeksi on 25- 29,9. Painoindeksin ollessa 30- 34,9 puhutaan lihavuudesta, 35-39,9 vaikeasta lihavuudesta ja 40 tai yli sairaalloisesta lihavuudesta. Reilusti ylipainoiselle normaali painoindeksi voi olla liian vaikea saavutettava ja jokaiselle täytyy-

kin asettaa yksilölliset tavoitteet. Diabetesta sairastavan ollessa normaalipainoinen, lisälaihduttamisesta ei usein ole hyötyä. (Heinonen 2009, 150-151; Käypä hoitosuositus, lihavuus 2013.)

Painonhallinta on helppoa ainakin teoriassa: syödään vähemmän kuin kulutetaan, jolloin saadaan aikaan negatiivinen energiatasapaino. Tällöin elimistö käyttää energianlähteenä varastorasvoja ja ihminen laihtuu. Kuukaudessa paino putoaa kilon, kun energian tarvetta vähennetään 250 kcal:n (1050 kJ) verran päivässä. Tämä vastaus pätee tilanteissa, joissa glukosuria (sokerin erittyminen virtsaan) ei ole ollut kovin runsasta ja paino ei ole ollut noususuhdanteinen lähtötilanteessa. Painon pudottua ihmisen energiantarve vähenee ja laihduttamisen jälkeen tulee säilyttää kohtuusyömisestä tapa, jotta paino ei nouse takaisin. Painon pudottamisessa aina oleellisena osana on liikunta, joka parantaa aineenvaihduntaa ja psyykkistä vointia. (Heinonen 2011, 153-154.)

Haikolan ja Karppisen opinnäytetyössä (2009) tutkittiin myös diabetesta sairastavien (N=79) painonhallintaan liittyviä asioita. Painonhallintaan liittyvän ohjauksen koki erittäin hyväksi 19 prosenttia vastaajista, 60 prosenttia koki ohjauksen hyväksi, 14 prosenttia tyydyttäväksi ja kuusi prosenttia koki, ettei saanut painonhallintaan liittyvää ohjausta lainkaan. Vastanneista 13 prosenttia oli onnistunut ohjauksen avulla alentamaan painoaan paljon, 13 prosenttia melko paljon ja 54 prosenttia vähän. Vastanneista 14 prosenttia ei ollut onnistunut alentamaan painoaan lainkaan ja viisi prosenttia koki, ettei painon alentamiselle ollut tarvetta. (Haikola & Karppinen 2009, 2, 55- 56.)

2.4 Omaseuranta

Keskeisiä asioita omaseurannassa ovat verensokerin, painon, vyötärön ympäryksen ja verenpaineen seuranta. Hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi on oleellista, että diabetesta sairastava tuntee oman sairautensa ja elimistönsä toiminnan mahdollisimman hyvin. Keskeisiä tekijöitä sen onnistumiseen on omaseurannan hyvä toteuttaminen. (Heinonen ym. 2007, 44- 49.)

Kotona tehtyjen verensokerin mittausten avulla saadaan arvokasta tietoa siitä, miten diabeteksen hoito sujuu käytännössä. Lisäksi se antaa tietoa hoitajalle ja lääkärille hoidon onnistumisesta ja tukee hoidon ohjausta. Verensokerin omaseurantaa suositellaan kaikille diabetesta sairastaville ja heille tulee tehdä aina yksilöllinen suunnitelma oma-seurannan toteuttamisesta. Verensokerin omaseurannan toteuttamiseen vaikuttavat muun muassa pitkäaikainen verensokeritasapaino, lääkitys ja päivärytmi, jolloin hoitajan tai lääkärin kanssa on hyvä keskustella siitä, mitkä ovat ne ajankohdat tai tilanteet, joista tarvitaan tietoa. Mittausten määrä vaihtelee yksilöittäin ja sairauden tilanteesta riippuen; sairastumisen alkuvaiheessa noin 3 mittausta 2-3 päivänä viikossa ja myöhemmin noin kerran viikossa yksikin mittaus saattaa riittää. (Heinonen ym. 2007, 44- 46.)

Painon ja vyötärön ympärysmittan seuranta ovat hyvin tärkeä osa omaseurantaa. Vyötärölihavuus on erittäin haitallista, koska silloin rasvakerros on kertynyt pääsoin vatsaonteloon. Tällöin se on aktiivista rasvaa ja kertyy vatsaontelon lisäksi maksaan, heikentää insuliinin tehoa ja kohottaa veren rasva-arvoja. Painon omaseuranta on hyvä toteuttaa kotona omalla vaa'alla säännöllisesti, aina samaan aikaan päivästä ja samanlaisessa vaatetuksessa. Vyötärön ympärysmittaa voi seurata mittanauhalla ja seurannassa tulee huomioida, että usein jo pelkkä liikunnan lisääminen kiinteyttää kehoa niin, että vyötärön ympäryys pienenee vaikka painossa ei näkyisikään muutoksia. Suositeltava vyötärön ympäryys naisilla on alle 80 cm ja miehillä alle 90 cm. Lihavuuteen liittyvien sairauksien vaara kasvaa huomattavasti vyötärön ympäryksen ollessa naisilla yli 90 cm ja miehillä yli 100 cm. (Heinonen 2009, 151; Heinonen ym. 2007, 48- 49.)

Verenpaineen hoidon onnistumisen ja sen arvioinnin kannalta on hyvin tärkeää, että verenpainetta seurataan säännöllisesti. Diabetekseen sairastuneella verenpaineiden tavoitearvo on alle 140/80 mmHg ja munuaissairaille diabetesta sairastavilla, joilla on munuaisvaurio, tavoitetaso on alle 130/80 mmHg. Ennen verenpaineen mittausta tulee huomioida tiettyjä asioita; edeltävän puolen tunnin aikana tulee välttää raskasta fyysistä ponnistelua, tupakointia, kahvin, teen ja kolajuomien nauttimista sekä ennen mittausta tulisi istua noin viiden minuutin ajan. Mittauksia tulisi tehdä kaksi kertaa noin viiden minuutin välein ja tulokset tulee kirjata seurantavihkoon. Kotona toteutettavassa seurannassa ei suositella käytettäväksi ranne- tai sormimittareita vaan so-

pivan kokoista olkavarsimansettia. Neljän päivän mittaussarjat kolmen kuukauden välein ovat kotiseurannassa riittäviä, jos verenpaine arvot ovat tavoitetasolla. Verenpaine mitataan lisäksi jokaisella diabetesta sairastavan seurantakäynnillä. (Seppänen & Ala-luhta 2007, 37, 40.)

Mäki-Kala (2011, 2, 31, 35–36) on tutkinut opinnäytetyössään, millaisia käsityksiä diabetesta sairastavilla (N= 34) on hoidonohjauksesta ja miten omahoito on toteutunut. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja kohderyhmään kuului tyyppiin 1 ja tyyppiin 2 diabetesta sairastavia, jotka saivat hoidonohjausta Kauhajoen terveystieteiden keskuksessa. Vastaajista kolmasosa mittasi verensokeriarvonsa kerran viikossa. Viidesosa vastaajista oli motivoituneita toteuttamaan diabeteksen omahoitoa vähintään kerran viikossa ja puolet lähes päivittäin. Loput vastaajista (29 %) olivat motivoituneita toteuttamaan omahoitoaan päivittäin.

Haikola ja Karppinen (2009) selvittivät opinnäytetyössään (N=79), miten kotona tehdyt mittaukset tukevat diabetesta sairastavien elämäntapamuutosten hoidonohjausta. Vastaajista 69 prosenttia koki verenpaineen ja 47 prosenttia koki verensokerin omaseurannan tukevan hoidonohjausta vähintäänkin hyvin. Vastanneista 36 prosenttia ei seurannut verensokeriaan kotona. (Haikola & Karppinen 2009, 60.)

2.5 Lääkehoito

Tyyppiin 2 diabetesta sairastavan peruslääkehoitoon kuuluvat verensokeria alentavat tabletit, jotka toimivat erilaisilla mekanismeilla. Lääkäri huomioi lääkettä valitessaan, minkä häiriön hoitamiseen sillä pyritään eli hoidetaanko insuliinin heikentynyttä kudosvaikutusta (insuliiniresistenssi) vai insuliinin heikentynyttä erityistä. Lääkkeet valitaan aina yksilöllisesti ja silloin tulee huomioida ikä, ylipainon määrä, verensokerin liiallisen laskun alttius, nousseiden verensokeriarvojen esiintymisajankohdat, lääkkeiden haittavaikutukset ja munuaisten toiminta. (Ihanne- Parikka 2011, 224.) Lääkitys aloitetaan paastoverensokeriarvojen noustessa jatkuvasti yli 7 mmol/l. Tärkeää on muistaa, että lääkkeet eivät poista lääkkeettömän hoidon merkitystä. (Heinonen ym. 2007, 38.)

Verensokeria alentavien lääkkeiden vaikutusmekanismeja on monia. Sokerituotantoa maksassa vähentävä sekä ruokahalua hillitsevä valmiste on merformiini. Sulfonyyriureat ja glinidit lisäävät insuliinineritystä haimassa ja etenkin glinidit sopivat ateri-an yhteydessä otettaviin lääkkeisiin, koska ne lisäävät nopeasti insuliinin eritystä. Insuliiniherkisteet kuten glitasonit lisäävät insuliiniherkyyttä lihaksissa ja rasvaku-doksessa. Ohutsuolessa hiilihydraattien pilkkoutumiseen tarvitaan alfa-glukosidaasi entsyymiä ja sen toimintaa estetään akarboosilla. Lisäksi on suolistohormonien vai-kutusta voimistavia lääkevalmisteita, jotka lisäävät haiman insuliinin eritystä. (Iian-ne- Parikka 2011b, 225; Heinonen ym. 2007, 39–40.) Lääkehoidon lisäksi on kasvi-kuituvalmiste guargum, joka hidastaa hiilihydraattien imeytymistä ja mahalaukun tyhjentymistä (Seppänen & Alahuhta 2007, 33.)

Lääkehoito aloitetaan pienillä annoksilla ja sitä nostetaan asteittain lääkärin ohjeen mukaan. Lääkkeiden aloittamisen jälkeen diabetesta sairastavan tulee mitata veren-sokereitaan, jolloin löydetään sopiva annostus. Lisäksi häneltä otetaan verikoe pitkä-aikaisverensokerin (HbA1c) määrittämiseksi ja onkin arvioitu, että lääkkeet laskevat HbA1c- arvoa noin 1-2 prosenttia. Sopivan lääkeannoksen löydyttyä tablettien mää-rää ei saa muuttaa päivittäin lukuun ottamatta ateriatabletteja (glinidejä). Lääkean-noksen muuttamisesta täytyy aina keskustella lääkärin kanssa, olipa kyse esimerkiksi runsaan liikunnan tai tulehduksen yhteydessä otettavista lääkemääristä. (Iianne- Pa-rikka 2011b, 226.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä tutkittiin (N=79) myös sairaanhoitajan antaman ohjauksen toteutumista diabetesta sairastavien lääkehoidossa. Lääkehoitoon liittyvän ohjauksen koki erittäin hyväksi tai hyväksi 63 prosenttia vastaajista ja vain 10 prosenttia koki sen tyydyttäväksi tai huonoksi. Vastaajista 19 prosenttia ei ollut saanut ohjausta lääkehoidosta lainkaan ja yhdeksän prosenttia ei osannut vastata ky-symykseen. (Haikola & Karppinen 2009, 56.)

2.6 Päihteet

Alkoholi vaikuttaa eri ihmisiin eri tavalla. Monet asiat vaikuttavat siihen, mikä on kenellekin ihmiselle liikaa, kuten sukupuoli, ruumiinrakenne, kehon paino ja ikä.

Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan määrää, joka sisältää 12g alkoholia. Yksi annos alkoholia on esimerkiksi viinilasi (12 cl), pieni keskiolut- tai siideripullo, annos (4 cl) viinaa tai annos väkevää viiniä (8 cl). Terveen aikuisen riskikäytön rajat ovat naisille ja miehille määritelty erikseen. Miehillä rajat ovat 24 annosta viikossa ja kertakäytön maksimimäärä on 7 annosta. Naisilla riskikäytön raja-arvo on 16 annosta viikossa ja maksimissaan 5 annosta kerrallaan. Monien sairauksien oireet pahenevat alkoholin vaikutuksesta ja sairailta sekä ikääntyneillä alkoholin haitat voivat näkyä jo pienilläkin kulutusmäärillä. (Lindroos 2009.)

Tyypin 2 diabetesta sairastavan tulee kiinnittää huomiota päihteiden käyttöönsä. Diabetesta sairastaville suositeltava alkoholimäärä on enimmillään miehillä kaksi annosta ja naisilla yksi annos päivässä. Alkoholijuomat sisältävät paljon energiaa ja siten vaikeuttavat painonhallintaa. Runsas alkoholinkäyttö (yli 30g/päivässä) kohottaa verenpainetta ja saattaa lisätä veren triglyseriditasvua. Nämä muutokset puolestaan suurentavat sydän- ja verisuonisairauksien määrää. Diabetesta sairastavan ei tule käyttää alkoholia lainkaan, jos hänellä on todettu haimatulehdus tai pitkälle edenneitä hermomuutoksia. Lisäksi alkoholia ei suositella käytettävän veren triglyseridipitoisuuden ollessa suuri. (Heinonen ym. 2007, 22; Ianne- Parikka 2011c, 208- 209.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä kysyttiin diabetesta sairastavilta (N=79) myös alkoholiin liittyvästä ohjauksesta ja alkoholin käytön vähentämisestä. Alkoholin käyttöön liittyvän ohjauksen koki erittäin hyväksi 13 prosenttia ja hyväksi 39 prosenttia. Vastaajista 34 prosenttia koki, ettei ollut saanut alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta. Vastanneista 68 prosenttia ilmoitti, ettei tarvetta alkoholin käytön vähentämiseen ollut ja viisi prosenttia ei ollut tehnyt muutosta tässä asiassa. Vastanneista neljä prosenttia ilmoitti vähentäneensä alkoholin käyttöä paljon, viisi prosenttia melko paljon ja 13 prosenttia vähän. (Haikola & Karppinen 2009, 55, 64.)

Tupakoinnilla on monia haittavaikutuksia terveydelle ja etenkin tyypin 2 diabetesta sairastavien liitännäissairauksien ja hoitotasapainon kannalta. Tupakointi supistaa pieniä verisuonia ja siten edistää diabetekseen liittyviä verisuonivaurioita munuaisissa, silmänpohjissa ja hermoissa. Tupakointi suurentaa lisäsairauksien riskiä ja diabetesta sairastavilla on muutenkin muita suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Lisäksi tupakointi kohottaa veren rasva-arvoja, kasvattaa verisuonitukosten

esiintymistä ja jouduttaa verisuonten ahtautumista sekä heikentää verensokeria alentavien lääkkeiden tehoa. (Heinonen ym. 2007, 36; Lyytinen 2011, 18; Iianne- Parikka 2011c, 209- 211.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä tutkittiin myös diabetesta sairastavien (N=79) tupakoinnin vähentämiseen ja sen ohjaukseen liittyviä asioita. Tupakoinnin vähentämiseen liittyvän ohjauksen koki erittäin hyväksi 17 prosenttia vastanneista, hyväksi 37 prosenttia ja tyydyttäväksi kaksi prosenttia. Vastaaajista 28 prosenttia koki, ettei ollut saanut ollenkaan ohjausta tupakoinnin vähentämisestä. Vastaaajista neljä prosenttia vähensi tupakointia paljon ja kaksi prosenttia melko paljon. Puolestaan tupakointia vähensi vähän 11 prosenttia ja neljä prosenttia ei vähentänyt ollenkaan. (Haikola & Karppinen 2009, 55- 56, 64.)

3 TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN HOIDONOHJAUS

Ohjaus on määritelty sanakirjamääritelmässä muun muassa ohjauksen antamiseksi, esimerkiksi opastuksen antamiseksi tai se voi olla asiakkaan johdattamista johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Ohjaukselle on monia synonyymejä kuten valmennus, koulutus ja kasvatus. Ohjauksen käsitys on muuttunut ja se pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta elämänsä parantamiseksi. Asiakkaan rooli on olla aktiivinen pulman ratkaisija ja hoitaja tukee häntä päätöksenteossa. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Diabeteksen hoidonohjauksen tavoitteena on parantaa ja ylläpitää asiakkaan elämänlaatua. Lisäksi tavoitteena on estää lisäsairauksien ja diabeteksesta johtuvien akuuttien komplikaatioiden syntymistä. Asiakkaalla, joka saa hyvää ohjausta, on paremmat mahdollisuudet löytää keinoja sairautensa hallitsemiseen ja siten myös elämän laatusa parantamiseen. (Käypä hoito- suositus, diabetes 2011.)

Hyvä hoidonohjaus luo pohjaa onnistuneelle itsehoidolle. Diabeteksen hoidon päävastuu on potilaalla itsellään ja hoidon onnistumiseksi hänellä on oltava riittävät tie-

dot ja taidot sekä halu hoitaa itseään. Potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoonsa ja oman sairautensa tunteminen on myös tärkeää. Hoidonohjauksessa pyritään muuttamaan vain vähän diabetesta sairastavan omia tottumuksia ja tapoja, jolloin luodaan potilaalle turvallinen ja luottavainen olo tulevaisuutta kohtaan. Lisäksi ohjauksessa tulee huomioida diabetesta sairastavan elämäntilanne ja ikävaihe. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 63; Käypä hoito- suositus. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö 2011.) Ohjauksen lähtökohta on yhdessä asetetut hoitotavoitteet ja yhdessä sovitut keinot, joilla niihin pyritään. Diabetesta sairastavan täytyy oppia uusia taitoja ja tottumuksia, jotta hän voi hallita diabetesta. Hoidonohjauksessa tulee huomioida diabetesta sairastavan, etenkin iäkkään henkilön tapa oppia uusia asioita, jotta ohjauksesta on hyötyä. Diabetesta sairastavat ovat yleensä motivoituneita oppimaan hoitoonsa liittyviä asioita ja heille tulee antaa riittävää ohjausta siihen. (Haapa, Huhtanen, Ilanne-Parikka & Kokkonen, 2000, 15.)

Mäki-Kala (2011, 2, 19- 24) on tutkinut opinnäytetyössään myös, millaisia käsityksiä diabetesta sairastavilla (N= 34) on hoidonohjauksesta. Jokainen vastaaja koki olevansa tyytyväinen hoidonohjaukseen ja vastaajat olivat saaneet riittävästi hoidonohjausta. Hoidonohjauksessa oli huomioitu yksilöllisesti ohjaustarve ja diabetesta sairastava oli itse saanut osallistua omahoidon suunnitteluun.

Hannula (2006) on tutkinut opinnäytetyössään hoidonohjausta asiakkaan (N=52) näkökulmasta. Tulosten mukaan diabetesta sairastavat olivat tyytyväisiä saamaansa hoidonohjaukseen. Vastaajat olivat kuitenkin kokeneet tarvitsevansa lisäohjausta liittyen ravitsemukseen ja liitännäissairauksiin. (Hannula 2006, 2, 22- 26.)

3.1 Hoidonohjauksen suunnittelu

Ohjauksen tavoitteena on edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä haluamallaan tavalla. Tavoitteena hoidonohjauksessa on saada diabetesta sairastavalle sellaiset taidot ja tiedot, joiden avulla hänestä tulee oman sairautensa asiantuntija ja kykenee tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Ohjauksessa asiakas on itse aktiivinen ongelman ratkaisija ja hoitaja tukee häntä päätöksenteossa. Hoitajan ei tule esittää valmiita ratkaisuvaihtoehtoja. Ohjaus on suunnitelmallisempaa kuin muut

keskustelut. Siinä hoitaja antaa tietoa asiakkaalle, ellei asiakas itse pysty ratkaisemaan tilannetta. Ohjaus on hoitajan ja asiakkaan tavoitteellista toimintaa ja sidoksissa taustatekijöihin. Lisäksi ohjaus on vuorovaikutuksellinen ja tasa-arvoinen ohjaussuhde. (Kyngäs ym. 2007, 25- 26; Käypä hoito- suositus. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö 2013.)

Ohjauksen aluksi selvitetään asiakkaan taustatiedot ja sen jälkeen asetetaan ohjauksen tavoitteet. Asiakkaan taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Näiden tekijöiden avulla voidaan muodostaa yksilöllisen ohjauksen tarpeet. Ohjauksen tavoitteet määritellään yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteiden määrittäminen on tärkeää itsehoidon onnistumisen ja elintapojen muutosten arvioinnin kannalta. Tavoitteet kirjataan ylös ja niiden tulee olla realistisia, konkreettisia ja mitattavia. Tavoitteiden tulee myös olla sopusoinnussa asiakkaan elämäntilanteen kanssa. Asiakkaan oman mielipiteen huomiointi tavoitteita asettaessa parantaa hänen tyytyväisyyttään ja sitoutumistaan niiden saavuttamiseksi. Asiakasta rohkaistaan luomaan mielikuvia, jotka perustuvat todellisuuteen tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi mietitään missä ja milloin hän aloittaa toiminnan, joka tähtää haluttuun tavoitteeseen. Tavoitteiden saavuttamisen jälkeen voidaan asettaa samalle asialle uusi tavoite. (Kyngäs ym. 2007, 75- 77; Rintala ym. 2008, 30.)

Ohjaussuunnitelma rakentuu keskustelussa potilaan kanssa. Keskustelussa selviää oppimistarpeet ja siten myös hoidon tavoitteet. Hoidonohjauksen onnistumisen kannalta hoitajan tulee selvittää: mitä asiakas jo tietää sairaudestaan, mitä asioita tulee tietää, mitä asiakas haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asioita. Hyvä ohjaus edellyttää potilasasiakirjoihin kirjaamisen, josta näkyy ohjauksen tarpeet ja tavoitteet. Näin ohjausta voidaan myöhemmin arvioida, koska tavoitteet on kirjattu. Potilaslähtöinen ohjaus kasvattaa potilaan hoitoon sitoutumista, tyytyväisyyttä ja osallistumismahdollisuuksia hoitoonsa. Lisäksi se vähentää oireita ja muiden terveyspalveluiden käyttöä. (Rintala ym. 2008, 39; Kyngäs ym. 2007, 73.)

Omahoidossa käytettävä tekniikka on pitkälle kehittyntä, joten se mahdollistaa entistä räätälöidymmän hoitomallin ja siten painottaa oppimisen tärkeyttä hoidonohjauksen sisällössä. Subjektiiivisen hoitomuodon suunnittelu ja toteutus sitouttaa diabeetista sairastavaa omahoitoon. Nykyään hoidonohjausta lähestytään kuntoutuksen vii-

tekehyksestä, jolloin ei hoideta sairautta vaan henkilöä, jolla on diabetes. Hoitaja on enemmän oppimisen ohjaaja kuin sairauden hoitaja ja tällöin hoidonohjaus tulee onnistumaan hyvin. (Rintala ym. 2008, 41.)

Mäkelä (2011, 37- 40) on opinnäytetyössään tutkinut tyypin 2 diabetes riskipotilaiden (N=27) ennaltaehkäisevää hoidonohjausta ja tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Tutkimustulosten mukaan lähes kaikki (96 %) vastaajat kokivat, että hoidonohjauksen tarpeet arvioitiin ja suunniteltiin hyvin. Vastaajista 73 prosenttia tunsu itse osallistuvansa hoidonohjauksen suunnitteluun ja 88 prosenttia koki, että heidän hoidolleen on asetettu tavoitteet. Valtaosa koki tavoitteet itsensä asettamiksi ja alle puolet oli laatinut tavoitteet kirjallisena.

Diefenbaugh (2008, 2, 28, 36,) tutki opinnäytetyössään tyypin 2 diabeteksen hoidonohjauksen laatuksien toteutumista asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin Satakunnan keskussairaalan diabetespoliklinikalla kvantitatiivisena kyselylomaketutkimuksena ja kyselyyn vastasi 20 tyypin 2 diabeetikkoa. Tulosten mukaan tyytyväisyyttä hoidonohjaukseen lisäsi hoidonohjauksen suunnitelma ja riittävä hoidonohjaus. Tutkimustulosten mukaan kehittämistarpeita oli hoidonohjauksen suunnittelussa, ohjaussuunnitelman sisällössä ja hoidonohjauksen tiedon soveltamisessa.

3.2 Hoidonohjauksen toteutus

Hoidonohjaus tapahtuu pääsääntöisesti sairaaloiden osastoilla ja poliklinikkavastaanotoilla sekä terveysasemilla ja työterveyshuollon toimipisteissä. Hoidonohjausta toteuttavat diabeteshoitajien lisäksi muut asiaan perehtyneet hoitotyöntekijät. (Rintala ym. 2008, 63.) Hoitopaikassa tulee olla selkeä suunnitelma hoidonohjaukseen osallistuvien henkilöiden työnjaosta. Hoitoon osallistuvat henkilöt kokoontuvat säännöllisesti ja varmistavat, että kaikilla on yhteiset tavoitteet, samanlainen käsitys hoitokeinoista ja hoidon toteuttamisesta. (Käypä hoito- suositus, diabetes 2013.)

Hoidonohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää on ohjauksen oikea-aikaisuus, jolloin keskustellaan diabetesta sairastavalle ajankohtaisista asioista. Ohjauksessa tulee varoa diabetesta sairastavan ylikuormittamista. Ohjauksessa edetään yksi asia kerral-

laan ja tehdään seuraavaa kertaa varten suunnitelma, joka kirjataan ja annetaan myös diabetesta sairastavalle itselleen. Lisäksi ohjauskäynnillä diabetesta sairastavalle voi antaa kotitehtäviä. Diabeteksen toteamisen jälkeen ohjauksessa paneudutaan vain välttämättömiin perustietoihin ja taitoihin. Ensimmäisen ohjausvuoden aikana käydään perusteellisesti läpi kaikki hoitoon liittyvät asiat. Tämän jälkeen diabetesta sairastava tarvitsee ohjausta tietojen päivittämiseen ja ajankohtaisten ongelmien ratkaisemiseen. Diabetesta sairastava saa hoidonohjausta koko elinikänsä. (Käypä hoitosuositus, diabetes 2013.)

Diabeteksen toteamisvaiheessa ohjattavia asioita ovat insuliinin pistäminen, verensokerin mittaaminen, hiilihydraattien arviointi, liian matalan verensokerin (hypoglykemian) tunnistaminen ja hoito, ruokavalion ja lääkehoidon merkitys sekä glukoositason mittaaminen ja tavoitearvot. Lisäksi heti alkuvaiheessa diabetesta sairastavalle tulee selvittää, miksi sairautta on tärkeää hoitaa, vaikka oireita ei olisikaan. Tässä vaiheessa ohjausta käsitellään sairastumisen aiheuttamia tunteita, kuten syyllisyys, pelko ja aggressio. Ohjauksen tulee olla potilas- ja ongelmalähtöistä, jolloin käsitellään diabetesta sairastavalle tärkeitä ja ajankohtaisia asioita sekä arvioidaan hänen valmiuksia sisäistää uutta tietoa. (Käypä hoitosuositus, diabetes 2013.)

Hoidonohjauksessa käsitellään diabetesta sairautena sekä siihen liittyviä lisäsairauksia ja miten niitä ehkäistään. Ohjauksessa käydään läpi perusteellisesti terveelliset elämäntavat: tupakoimattomuus, ruokatottumukset, rasvan laatu, kuidun määrä, suolan käyttö, painonhallinta, päihteet ja liikunta. Lisäksi ohjauksessa tarkastellaan kokonaan tapahtuvaa omaseurantaa, johon kuuluu verensokerin ja verenpaineen mittaukset, lääkehoidon vaikutus sekä painonhallinta. Diabetesta sairastavan tulee saada tietoa ohjauskäynneillä sosiaaliturvasta ja kuntoutuksesta. Oleellista ohjauksessa on huomioida diabetesta sairastavan psyykinen hyvinvointi, jolloin tunnistetaan mahdollinen hoitoväsymys ja käsitellään hoidon aiheuttamaa henkistä kuormitusta. (Käypä hoitosuositus, diabetes 2013.)

Diefenbaughin (2008, 36) opinnäytetyössä selvitettiin monipuolisesti diabetesta sairastavien (N=20) kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta. Tutkimustulosten mukaan diabetesta sairastavat kokivat ohjauksen riittäväksi koskien ruokavaliota, liikumista, painonhallintaa, päihteitä, lääkehoidon toteuttamista ja omahoidon päivittä-

siä tavoitteita. Riittämättömäksi diabetesta sairastavat kokivat ohjauksen, joka liittyy omahoidon vertaistukeen, omahoitotiimin ja heidän yhteystietoihinsa, omahoidon ongelmatilanteista selviämiseen, lisäsairauksiin, jalkojen hoitoon, henkiseen hyvinvointiin ja päivittäisessä elämässä jaksamiseen.

3.3 Hoidonohjauksen arviointi

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää arvioida ohjausta koko ajan. Hoidon edetessä arvioidaan asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja hoidonohjauksen toteutusta. Näitä tietoja tarvitaan suunniteltaessa potilaalle jatko-ohjausta. Lisäksi arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa millaista ohjaus on ollut ja kirjataan se ylös. Tällöin myös hoitaja voi kehittyä ohjaajana. Arvioinnissa asiakkaalle annetaan positiivista palautetta asioista, joissa hän on onnistunut, jolloin se motivoi asiakasta jatkamaan toimintaansa hyvään suuntaan. Mahdollisten epäonnistumisten arviointi on myös tärkeää, jolloin asiakas voi suunnitella toimintansa muuttamista ja pyrkiä muutoksen säilyttämiseen. (Kynäs ym. 2007, 45; Rintala ym. 2008, 39.)

Diabetesta sairastava ja hoidonohjaaja arvioivat hoidonohjausta yhdessä ja sitä voidaan tehdä selvittämällä esimerkiksi hoitokäytännöt, hoitotyytyväisyys, elintavat, diabetestietous ja hoitotaidot. Lisäksi voidaan selvittää lyhyen ja pitkän hoitovälin tavoitteiden toteutumista ja diabetekseen liittyvää elämänlaatua. Diabetesta sairastavien hyvän hoidon toteutumista voidaan arvioida asiakaslähtöisesti perusteilla, jotka pätevät myös hoidonohjaukseen. Näitä perusteita ovat: diabetesta sairastavan terveydentilan muutos, miten hoito on tukenut elämänhallintaa diabeteksen kanssa ja miten tyytyväinen diabetesta sairastava on omaan hoitoonsa. (Suomen Diabetesliitto ry 2003:3, 5.)

Diabetesta sairastava oppii soveltamaan omahoitoaan sekä kokemuksen kautta että refleктоimalla näitä kokemuksia. Diabetesta sairastava voi pohtia: mikä toimii ja mikä ei, mitkä tekijät vaikuttavat verensokerin vaihteluihin tietyissä tilanteissa ja mitkä eivät? Tämän tyyppisen arviointiprosessin käynnistyminen arkipäiväoppimisen hyödyntäminen onnistuu silloin, kun vastaanotolla käyty keskustelu tarjoaa diabetesta sairastavalle osallistumismahdollisuuden keskusteluun. (Rintala ym. 2008, 43.)

Mäkelän (2011) opinnäytetyössä selvitettiin myös tyypin 2 diabetes-riskipotilaiden (n=27) kokemuksia hoidonohjauksen arvioinnista. Tuloksista selvisi, että yli puolet vastaajista koki hoidonohjauksen arvioinnin tapahtuvan jokaisella ohjauksella, ja 63 prosenttia koki, että hoidonohjaus jäi kokonaan arvioimatta. Tärkeimmiksi asioiksi hoidonohjauksen arvioinnissa kyselyyn vastanneet kokivat onnistumisien, tavoitteiden saavuttamisen, nykyisten elämäntapojen, nykyisen elämänlaadun, hoitotyytyväisyyden sekä elämäntapamuutosten arvioinnin. Kaikkein vähiten tärkeimmäksi koettiin epäonnistumisien arviointi. (Mäkelä 2011, 47- 48.)

Diefenbaugh (2008, 2, 28) selvitti opinnäytetyössään myös hoidonohjauksen arviointia, miten tyypin 2 diabetesta sairastavat (N=20) kokivat hoidonohjauksen arvioinnin toteutuneen. Tutkimustulosten mukaan hoidonohjausta ei arvioitu säännöllisesti.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten tyypin 2 diabetesta sairastavat toteuttavat omahoitoaan ja mitä he tietävät omahoidon toteuttamisesta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää diabetesta sairastavien kokemuksia omahoitoon liittyvästä hoidonohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan entisestään parantaa hoidonohjauksen laatua ja omahoitoon sitoutumista. Tällöin myös hoitotasapaino saavutetaan helpommin.

Tutkimusongelmat:

1. Miten tyypin 2 diabetesta sairastavat toteuttavat omahoitoaan?
2. Mitkä ovat tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset omahoitoon liittyvästä hoidonohjauksesta?
3. Mitä tyypin 2 diabetesta sairastavat tietävät diabeteksen hoitotasapainosta ja omahoidon toteuttamisesta?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Tähän opinnäytetyöhön valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska haluttiin saada tietoa laajalta tutkimusjoukolta ja määrällisen tutkimuksen tekeminen kiinnosti tekijöitä. Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, jonka avulla saadaan mahdollisimman suuri otos. Tällöin saadaan laajempi vastaajajoukko ja tutkimuksen luotettavuus lisääntyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 87; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 195.)

5.1 Kyselylomakkeen laadinta

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kyselylomakkeet ovat käytetyimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Kyselytutkimuksen etuna on se, että sen avulla voidaan kerätä suuri tutkimusaineisto. Kyselylomakkeen eli mittausvälineen on oltava riittävän täsmällinen ja tutkimusilmiötä kattavasti mittaava. Tämä edellyttää kattavaa perehtymistä kirjallisuuteen. Kun kyselylomake on laadittu huolellisesti, se säästää tutkijan aikaa. Tällöin se saadaan nopeasti tallennettuun muotoon ja analysointi helpottuu. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 87; Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomakkeen laadinnassa täytyy huomioida monia asioita. Tärkeää on välttää ammattikieltä ja epämääräisiä ilmaisuja, kuten ”usein” ja ”tavallisesti”. Vastausvaihtoehtojen on merkittävä samaa kaikille. Lyhyihin ja spesifisiin kysymyksiin on helpompaa vastata. Monivalintavaihtoehdot ovat parempia kuin ”samaa/eri mieltä”-väitteet. Kysymyslomakkeessa ei saa olla liikaa kysymyksiä ja niiden tulisi edetä loogisessa järjestyksessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–204.) Tässä työssä käytetty kyselylomake (LIITE 2) on laadittu tätä tutkimusta varten. Opinnäytetyöntekijät laativat kyselylomakkeen yhdessä, koska sellaista sopivaa kyselylomaketta ei löytynyt, jota olisi voitu hyödyntää tässä työssä. Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin teoria-tietoa sekä aikaisemmissa tutkimuksissa (Ahto 2004, Diefenbaugh 2008, Hannula 2006, Mäkelä 2011, Träskelin 2000) käytettyjä lomakkeita ja teemahaastattelurunkoja.

Tämän opinnäytetyön kyselylomake muodostuu neljästä osa-alueesta, joista kolme pohjautuu tutkimusongelmiin ja neljäs eli ensimmäinen osio (kysymykset 1-14) on taustatiedot. Taustatiedoissa kysytään perustietoja ja hoitotasapainoon vaikuttavia arvoja. Toinen osio (kysymykset 15- 30) koskee omahoidon toteutusta, jossa kysytään diabetesta sairastavan elämäntapoja ja niiden mahdollisia muutoksia tyyppin 2 diabetekseen sairastumisen jälkeen. Kolmantena on hoidonohjausta käsittelevä osio (kysymykset 31- 69). Osiossa käsitellään hoidonohjauksessa laadittuja tavoitteita omahoidolle, hoidonohjauksen sisältöä ja omahoidon tavoitteiden toteutumisen arviointia. Viimeinen osio (kysymykset 70- 83) on tietotesti, jonka kysymykset käsittelevät omahoitoa ja hoitotasapainoa. Kyselylomakkeessa on monenlaisia vastausvaihto-

ehtoja riippuen kysymyksestä. Vastausvaihtoehtoina on käytetty esimerkiksi ”en lainkaan”, ”jonkin verran” ja ”paljon” tai ”kyllä”, ”osittain” ja ei”.

Kyselylomakkeen esitestaus on tarpeellista. Esitestauksen avulla voidaan vielä hioa, tarkentaa tai korjata kysymyksiä, jolloin lopullisesta lomakkeesta tulee mahdollisimman luotettava ja hyvä. Mittarin esitestaus voidaan toteuttaa esimerkiksi asiantuntijapaneelin tai tutkijan itsensä tekemän arvioin mukaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 202- 204; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191- 192.) Kysely esitettiin kysymällä kyselyyn valittujen Porin yksiköiden osastonhoitajien ja diabeteshoitajien mielipiteitä kyselylomakkeesta. Jokaisen yksikön hoitajat keskustelivat yhdessä kyselylomakkeesta ja laativat siitä palautteen. Saadun palautteen pohjalta kyselylomaketta muokattiin paremmaksi.

Saatekirjeen tulee sisältää tietoa tutkimuksesta ja se on tavallisesti yhden sivun mittainen. Saatekirjeessä tulee kertoa mihin vastaajan tietoja käytetään ja mitä varten tietoja ja mielipidettä kysytään. (Vilka 2007, 80- 81.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje (LIITE 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Saatekirjeessä motivoitiin diabetesta sairastavaa vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Kirjeen lopussa kiitettiin kyselyyn vastaamisesta ja liitettiin molempien tekijöiden yhteystiedot, jolloin kyselyyn vastaajilla oli mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä tekijöihin. (myös Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174–177.)

5.2 Aineiston keruu

Tavallisimmin tutkimuslupaa anotaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä, mutta käytännöt saattavat vaihdella organisaatiosta riippuen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 180). Tutkimusluvut (LIITE 5 ja LIITE 6) haettiin Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta ja Porin Perusturvakeskukselta. Raumalla tutkimuslupan (LIITE 5) myönsi marraskuussa 2013 sosiaali- ja terveystieteiden johtaja. Porissa tutkimuslupan (LIITE 6) myönsi joulukuussa 2013 terveystieteiden ja hyvinvointipalveluiden johtaja. Satakunnan ammattikorkeakoulun, opinnäytetyöntekijöiden ja kohdeorganisaatioiden kanssa laadittiin erilliset sopimukset opinnäytetyön tekemisestä. Raumalla sopimuksen allekirjoitti ylihoitaja ja Porissa osastonhoitaja.

Tutkimusaineisto kerättiin Rauman terveyskeskuksessa ja Porin terveysasemilla asioivilta tyypin 2 diabetesta sairastavilta. Diabeteshoitajien vastaanotto toimii Raumalla aluesairaalan yhteydessä, terveyskeskuksen tiloissa Steniuksenkadulla. Raumalla toimii kokopäiväisesti kolme diabeteshoitajaa. Pääasiassa diabetesvastaanotolla hoidetaan tyypin 2 diabetesta sairastavia. Hoitotarvikejakelu sijaitsee vastaanoton yhteydessä. (Rauman kaupungin www-sivut). Raumalla hoidon piirissä on noin 1 300 diabetesta sairastavaa asiakasta. Yhden hoitajan vastaanotolla käy päivittäin kuudesta kahdeksaan potilasta. (Vertainen- Hiironen henkilökohtainen tiedonanto 26.9.2013.)

Porissa toimii useita diabetesvastaanottoja. Tutkimukseen valittiin mukaan kolme terveysasemaa, joissa toimii diabeteshoitajan vastaanotto. Valitut terveysasemat olivat pääterveysasema Maantiekadulla, Pohjois-Porin terveysasema ja Itä-Porin lähipalvelukeskus. (Porin kaupungin www- sivut.) Porin otos rajattiin näihin kolmeen paikkaan, koska niissä asioi enemmistö porilaisista tyypin 2 diabetesta sairastavista. Näissä paikoissa toimivat aktiivisesti diabetesyhdyshoitajat, -ryhmät ja lääkärit. Porissa diabetesta sairastavia on 3930, joista tyypin 2 diabetesta sairastavia on 3170. (Neittamo henkilökohtainen tiedonanto 27.8.2013.)

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 120 kappaletta, 60 Raumalle ja 60 Poriin. Porin pääterveysasemalle vietiin 30 kyselyä ja Pohjois- Porin terveysasemalle sekä Itä- Porin lähipalvelukeskukseen molempiin 15 kyselyä. Pääterveysasemalle toimitettiin suurempi määrä kyselyitä, koska siellä asioi enemmän tyypin 2 diabetesta sairastavia kuin muilla terveysasemilla. Kyselyt vietiin molemmissa kaupungeissa diabeteshoitajille, jotka jakoivat lomakkeet vastaanotolla asioiville tyypin 2 diabetesta sairastaville. Lomakkeita vietäessä Raumalle kerrottiin työn tarkoituksesta ja tavoitteista ja motivoitiin hoitajia jakamaan lomakkeita asiakkaille. Lisäksi diabeteshoitajilla oli mahdollisuus kysyä opinnäytetyöntekijältä tutkimuksesta ja asioita selvennettiin ja tarkennettiin. Porin perusturvan osastonhoitajan kanssa keskusteltiin useasti puhelimessa ja kommunikointi sähköpostitse opinnäytetyön aiheesta, tarkoituksista ja tavoitteista. Poriin kyselylomakkeita vietäessä keskusteltiin osastonhoitajan ja diabeteshoitajan kanssa kyselytutkimuksen toteuttamisesta ja vastaamisen tärkeydestä. Pääterveysasemalla työskentelevä osastonhoitaja välitti kyselylomakkeet kahteen muuhun Porin yksikköön, joissa kyselytutkimus toteutettiin. Molemmissa kaupun-

geissa diabetesta sairastavat palauttivat täytetyt lomakkeet suljetussa kirjekuoressa diabeteshoitajille, jonka jälkeen vastaajat saivat diabetes-tietotestin oikeat vastaukset hoitajalta (LIITE 3). Raumalla kyselyitä kerättiin marraskuun 18. päivästä joulukuun 20. päivään saakka. Muutamia kyselyitä oli jäänyt jakamatta, joten aikaa jatkettiin tammikuun loppuun 2014 asti. Porissa kyselyihin vastattiin tammikuun alusta 2014 helmikuun 9. päivään saakka. Kyselyt noudettiin molemmista kaupungeista diabeteshoitajilta.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittelyllä tarkoitetaan lomakkeilla kerätyn aineiston tarkistusta, tietojen syöttämistä ja tallentamisesta sellaiseen muotoon, että sitä voidaan tarkastella numeraalisesti. Käsittelyn apuna käytetään taulukko- tai tilasto-ohjelmia. Tutkimusaineiston käsittely alkaa, kun kyselylomakkeella saatu aineisto on koottu yhteen. (Vilka, 2007, 106.) Palautuneet kyselylomakkeet numeroitiin saapumisjärjestyksessä ja vastaukset siirrettiin ja tallennettiin Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjelmaan numeeriseen muotoon analysointia varten. Rauman lomakkeet haettiin neljässä erässä ja kunkin erän vastaukset syötettiin välittömästi taulukkolaskentaohjelmaan. Porista kyselyt haettiin yhdellä kertaa ja tallennettiin samoin Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjelmaan, jonka jälkeen aloitettiin kaikkien vastausten käsittely ja analysointi.

Tutkimuksen ydinasioita ovat analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Tutkijalle selkenee analyysivaiheessa, millaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiinsa. Aineistoa voidaan analysoida monella tavalla. Tilastollista analyysiä ja päätelmien tekoa käytetään selittämiseen pyrkivissä tutkimuksissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221, 224.) Kahden muuttujan välistä yhteyttä ja niiden vaikutusta toisiinsa voidaan tarkastella ristiintaulukoinnin avulla. Usein ristiintaulukointia käytettäessä halutaan selvittää, onko muuttujien välillä riippuvuutta. Riippuvuustestien avulla voidaan selvittää, ovatko tulokset sattumaa. (Heikkilä 2010, 150, 210, 212.) Tässä opinnäytetyössä vastauksista laskettiin taulukkolaskentaohjelman avulla lukumäärät ja prosenttiosuudet. Tutkimustuloksia esitettiin prosenttien ja lukumäärien avulla. Tuloksia havainnollistamaan saaduista vastauksista laadittiin taulukoita ja kaavioita sekä muutamista kohdista tehtiin ristiintaulukointi. Ristiintaulukoinneista ei ole tehty tilastollisia merkit-

sevyystestejä. Kaikkien vastausten frekvenssit näkyvät liitteenä olevassa kyselylomakkeessa (LIITE 2).

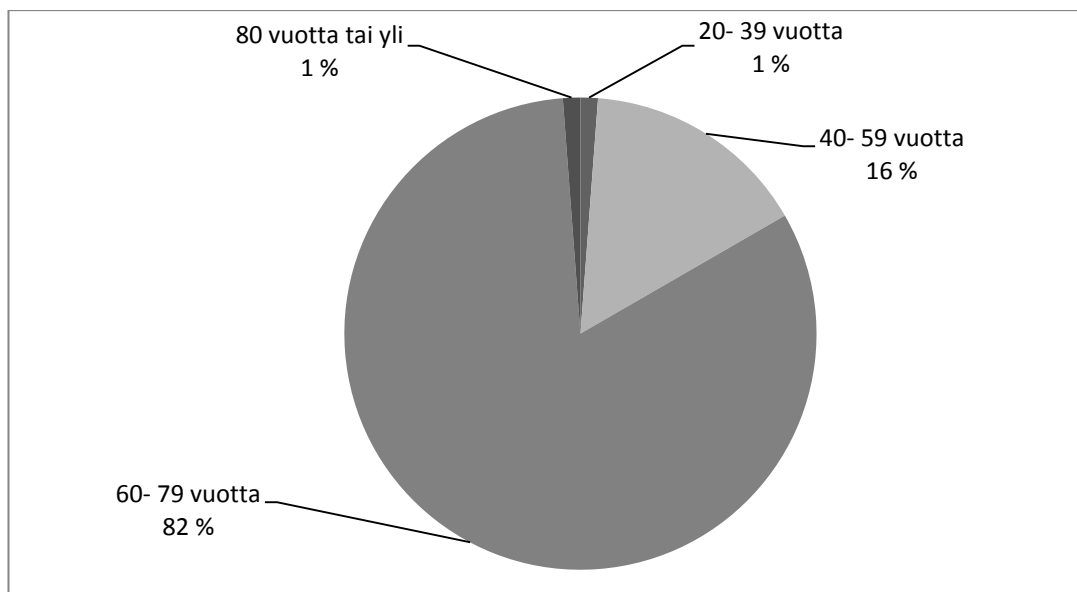
6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeita jaettiin 120 ja vastauksia saatiin 88 takaisin, joten vastausprosentiksi saatiin 73. Molempiin kaupunkeihin jaettiin 60 kyselylomaketta, joista Raumalta palautui takaisin 59 ja Porista 30.

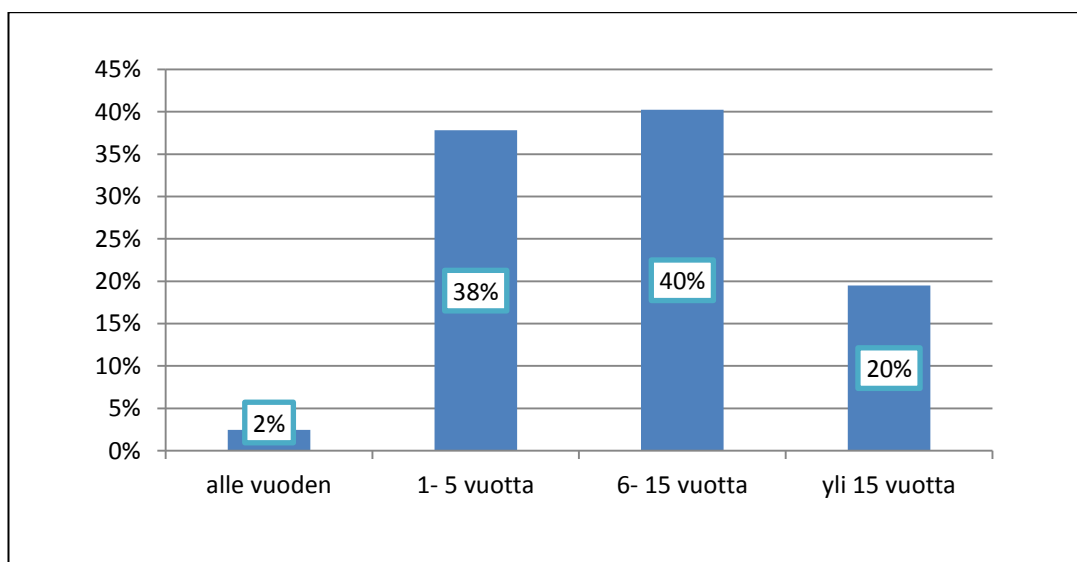
6.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysyttiin tyypin 2 diabetesta sairastavien sukupuolta, ikää, pituutta, painoa, painoindeksiä, vyötärön ympärystä, diabeteksen sairastamisaikaa ja hoitomuotoa. Lisäksi kysyttiin hoitotasapainoon vaikuttavia asioita; kokonais-, HDL- ja LDL- kolesterolia sekä verenpainetta, paastoverensokeria ja pitkäaikaisverensokeria.

Kyselyyn vastanneista (n=85) naisia oli 46 ja miehiä 54 prosenttia. Suurin osa vastaajista oli 60- 79-vuotiaita (kuvio 1). Diabeteksen sairastamisvuosien määrä vaihteli vastaajilla alle vuodesta yli 15 vuoteen (kuvio 2).



Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=84)



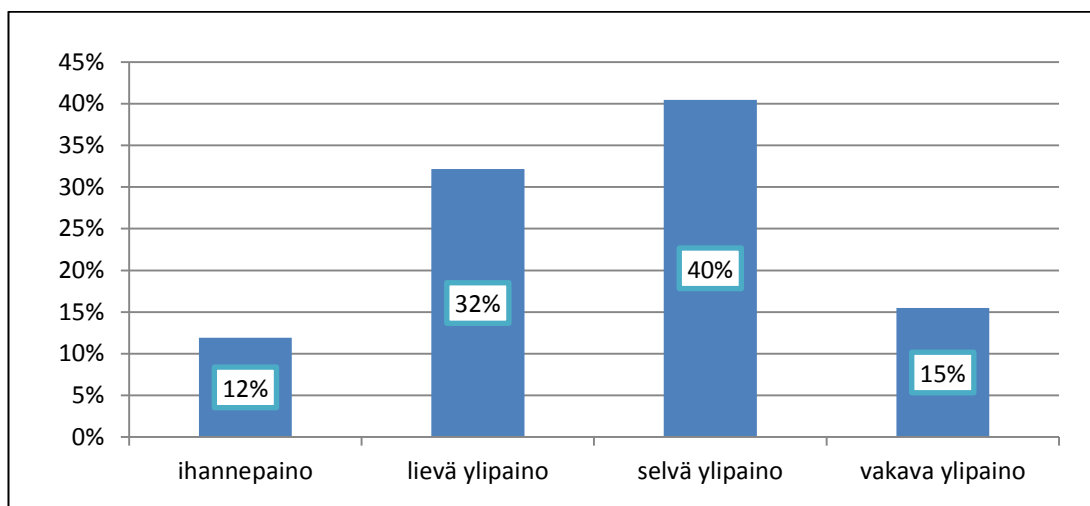
Kuvio 2. Diabeteksen sairastaminen (n=82)

Vastaajista (n=84) noin puolella (57 %) oli tablettihoitoinen diabetes, 26 prosentilla oli sekä tabletti- että insuliinihoito ja 11 prosentilla oli insuliinihoito. Vastaajista kuudella prosentilla oli pelkästään dieettihoito. Vyötärönympäryys oli lähes kaikilla vastaajilla (83 %) yli suositusten mukainen ja yli puolet (59 %) ei kertonut vyötärönympärystään. Vyötärönympäryys oli kolmella miehellä suositusten mukainen ja naisista ei kenelläkään (taulukko 1).

Taulukko 1. Naisten ja miesten vyötärönympäryksen jakautuminen.

Vyötärön- ympäryys	Ei tietoa	Alle 90 cm	90- 99,99 cm	100- 109,99 cm	110- 130 cm
Ei tietoa	2	1	0	0	0
Nainen	21	3	4	8	3
Mies	29	2	4	5	6

Kyselylomakkeessa kysyttiin pituutta ja painoa, jotta saatiin laskettua painoindeksi, koska kaikki eivät tiedä painoindeksiään tai eivät osaa sitä laskea. Vastaajien painoindeksin keskiarvo oli 30,7. Suurin osa vastaajista oli ylipainoisia ja ihannepainoisia oli noin kymmenesosa (kuvio 3). Lievää ylipainoa oli kolmasosalla vastaajista ja melkein puolella selvää tai vakavaa ylipainoa.



Kuvio 3. Painoindeksi (n=84)

Vastaajien (n=82) kokonaiskolesteroli oli alle 5,0 (suositusten mukainen) noin puolella vastaajista (52 %), 35 prosentilla oli yli viiden ja loput eivät osanneet vastata. Hyvää (HDL) ja huonoa (LDL) kolesteroliarvoaan ei osannut kertoa noin 30 prosenttia vastanneista. HDL- kolesteroli oli suositusten mukainen puolella ja LDL- kolesteroli kolmasosalla vastaajista. (Taulukko 2 ja 3).

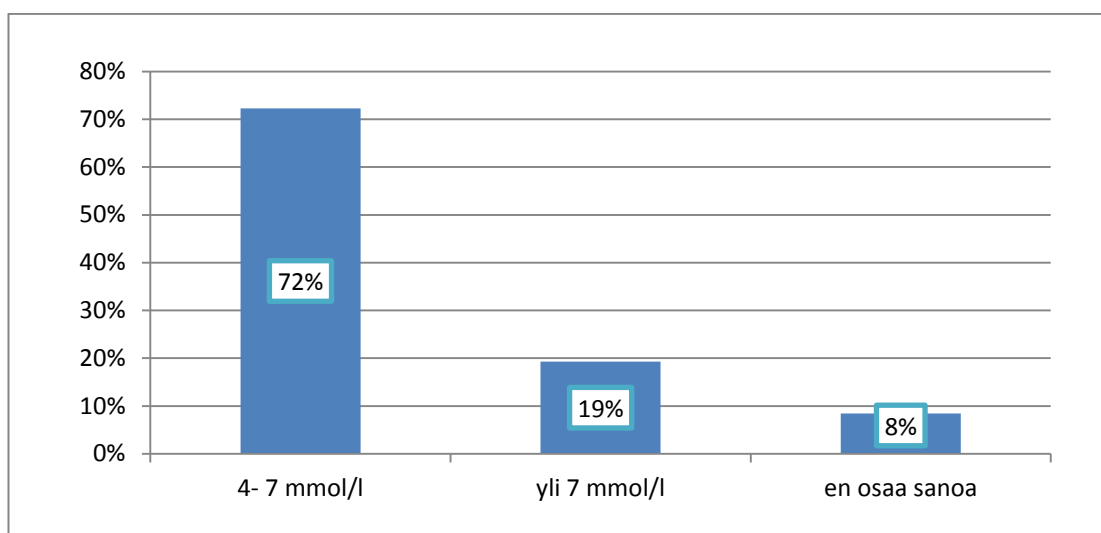
Taulukko 2. HDL- kolesteroli

HDL	fr	%- osuus
alle 1,1	14	18 %
1,1 tai yli	39	51 %
en osaa sanoa	23	30 %

Taulukko 3. LDL- kolesteroli

LDL	fr	%- osuus
alle 2,6	27	36 %
2,6 tai yli	20	27 %
en osaa sanoa	27	36 %

Verenpainearvot olivat suurimmalla osalla (72 %) vastaajista (n=86) 130/80 - 140/90 mmHg välillä, viidellä prosentilla oli yli tämän ja 22 prosentilla arvo oli alle 130/80 mmHg. Paastoverensokeri oli suositusten mukainen (4-7 mmol/l) suurimmalla osalla vastaajista (kuvio 4). Pitkäaikaisverensokeri (HbA1c) oli noin puolella (57 %) vastaajista (n=79) alle seitsemän prosenttia, mikä on suositusten mukainen ja yli tämän arvon oli 27 prosentilla. Loput 16 prosenttia eivät osanneet sanoa.



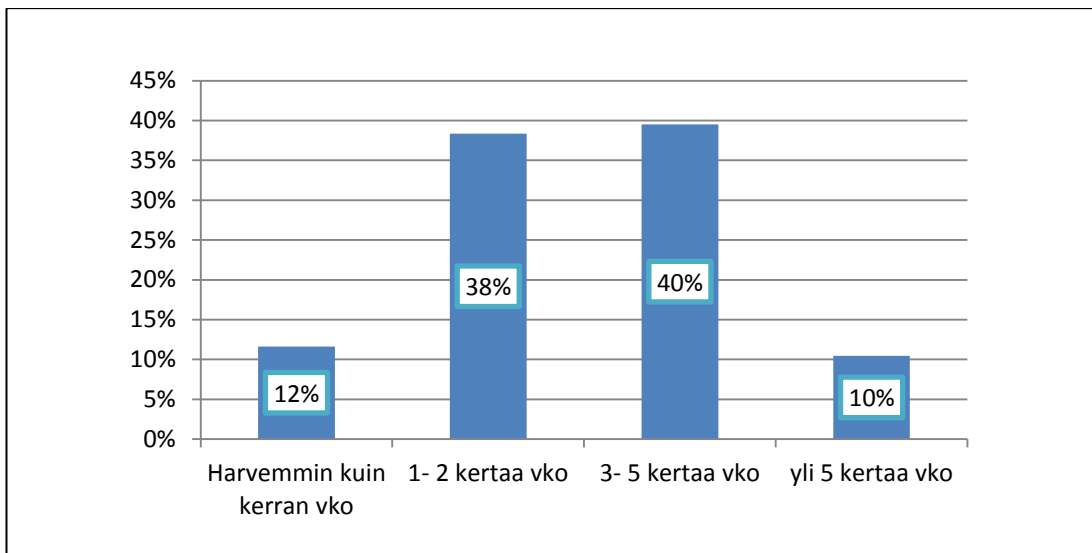
Kuvio 4. Paastoverensokeriarvot (n=83)

6.2 Omahoidon toteutus

Tässä osiossa kysyttiin diabetesta sairastavien toteuttamaa omahoitoa kuten liikunnan harrastamisesta, ruokailutottumuksia ja päihteiden käyttöä. Lisäksi kysyttiin lääkehoidon toteuttamisesta, liitännäissairauksista ja painon muuttumisesta.

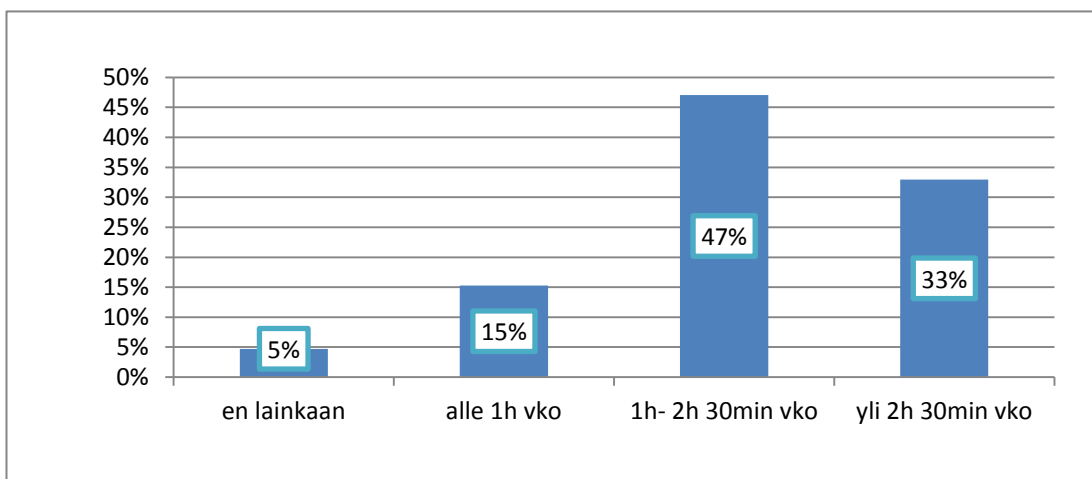
6.2.1 Liikunta

Tutkimukseen osallistuneista (n=86) kymmenesosa vastasi harrastavansa liikuntaa yli viisi kertaa viikossa ja kymmenesosa harvemmin kuin kerran viikossa. Suurin osa vastaajista harrasti liikuntaa 1-5 kertaa viikossa. (Kuvio 5).



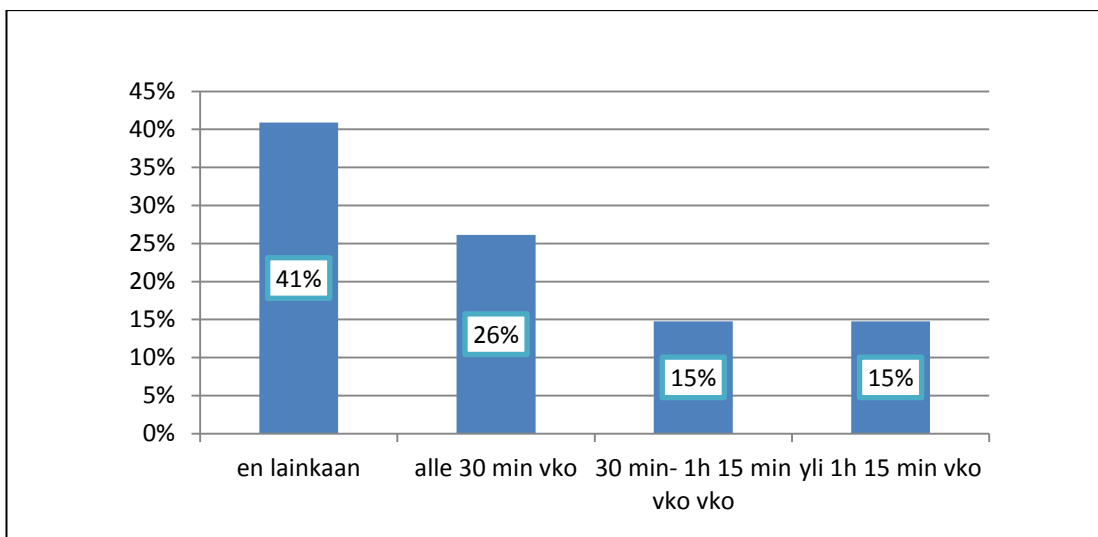
Kuvio 5. Liikunnan harrastamisen määrä viikossa (N=86)

Kevyttä liikuntaa harrasti suositusten mukaisesti kolmasosa vastaajista. Puolet vastaajista harrasti liikuntaa tunnista kahteen ja puoleen tuntiin viikossa. (Kuvio 6).



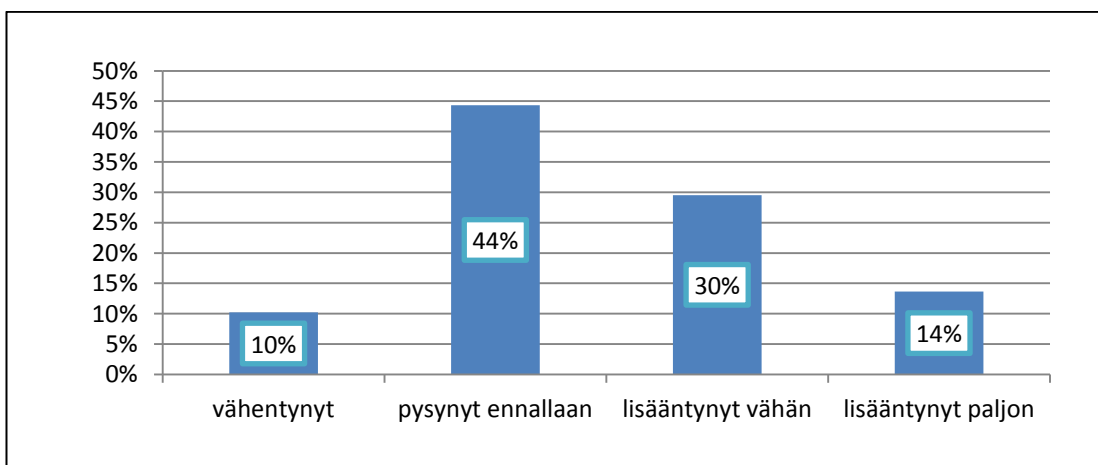
Kuvio 6. Kevyen liikunnan määrä viikossa (n=85)

Lähes puolet vastaajista ei harrastanut hikiliikuntaa lainkaan ja melkein kolmasosa alle puoli tuntia viikossa. Pieni osa vastaajista harrasti hikiliikunta suositusten mukaisesti. (Kuvio 7).



Kuvio 7. Hikiliikunnan määrä viikossa (n=85)

Liikunnan määrä oli lähes puolella vastaajista lisääntynyt edes hieman diabetekseen sairastumisen jälkeen ja samoin lähes puolella pysynyt ennallaan (kuvio 8).



Kuvio 8. Liikunnan määrä diabetekseen sairastumisen jälkeen (n=86)

6.2.2 Ravitsemustottumukset

Suurin osa tyypin 2 diabetesta sairastavista vastasi syövänsä melko säännöllisesti. Sopivan hiilihydraattimäärän huomioi melko huonosti lähemmäs 40 prosenttia vastaajista (n=82) ja melko hyvin noin puolet vastaajista. Jonkin verran paremmin huomioitiin rasvan määrää kuin laatua. Hieman yli puolet vastaajista (n=85) huomioi

melko hyvin sopivan suolapitoisuuden ravinnossaan ja liki 30 prosenttia melko huonosti tai huonosti. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Omahoidontoteutus

Miten seuraavat asiat toteutuvat ruokavaliassa	Toteutuu erittäin huonosti	Toteutuu melko huonosti	Toteutuu melko hyvin	Toteutuu erittäin hyvin
19. Syön säännöllisesti (n=86)	0 %	10 %	72 %	16 %
20. Huomioin ravinnossani sopivan hiilihydraatti määrän (n=82)	2 %	39 %	55 %	4 %
21. Huomioin ravinnossani sopivan rasvan määrän (n=87)	3 %	23 %	61 %	13 %
22. Huomioin ravinnossani sopivan rasvan laadun (eläin- ja kasvirasvat) (n=86)	1 %	34 %	50 %	15 %
23. Huomioin ravinnossani sopivan suolapitoisuuden (n=85)	4 %	24 %	56 %	16 %

Yli puolet (56 %) vastaajista (n=86) oli parantanut ravitsemustottumuksiaan diabetekseen sairastumisen jälkeen jonkin verran ja 15 prosenttia huomattavasti. Ravitsemustottumukset olivat pysyneet ennallaan 26 prosentilla vastaajista ja yhdellä vastaajalla ruokailutottumukset olivat huonontuneet.

6.2.3 Painonhallinta, lääkehoito ja liitännäissairaudet

Paino oli laskenut diabetekseen sairastumisen jälkeen jonkin verran kolmanneksella vastaajista (n=86) ja pienellä osalla (8 %) huomattavasti. Paino diabetekseen sairastumisen jälkeen oli pysynyt ennallaan kolmanneksella vastanneista ja noussut vajaalla viidesosalla (16 %). Liitännäissairauksien hoidossa omahoidosta koki olevan apua jonkin verran vajaa puolet (45 %) vastaajista ja huomattavasti apua koki olevan 10 prosenttia vastanneista (n=76). Vastaajista yhdeksän prosenttia ei kokenut omahoidosta olevan apua liitännäissairauksien hoidossa ja viidesosalla (22 %) ei ollut liitännäissairauksia lainkaan. Lääkehoito- ohjeita kertoi noudattavansa aina 73 prosenttia vastaajista (n=86) ja 22 prosenttia melkein aina. Yksi vastaajista kertoi noudattavansa satunnaisesti lääkehoito-ohjeita ja kahdella ei ollut lääkehoitoa.

6.2.4 Päähteet

Suurin osa vastaajista (88 %) ei tupakoinut. Vastaajista (n=85) viidellä prosentilla tupakointi oli diabetekseen sairastumisen jälkeen vähentynyt hieman ja kahdella prosentilla vähentynyt huomattavasti. Kenelläkään tupakointi ei ollut lisääntynyt. Vastaajista (n= 85) 43 prosenttia ei käyttänyt alkoholia ollenkaan ja 45 prosenttia 1-7 annosta viikossa. Vastaajista kuusi prosenttia käytti alkoholia 8- 16 annosta viikossa ja 2 prosenttia 17- 24 annosta viikossa. Alkoholin käyttö diabetekseen sairastumisen jälkeen oli vähentynyt huomattavasti 19 prosentilla vastaajista (n= 85) ja 14 prosentilla vähentynyt hieman. Vastaajista 26 prosentilla alkoholin käyttö oli pysynyt ennallaan ja kenelläkään alkoholin käyttö ei ollut lisääntynyt diabetekseen sairastumisen jälkeen.

6.3 Hoidonohjaus

Hoidonohjausosio oli jaettu kolmeen osa-alueeseen; suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Aluksi kartoitettiin hoidonohjauksessa tehtyä suunnitelmaa omahoidon toteuttamiselle. Jos suunnitelma oli tehty, niin diabeetikko vastasi, mille asioille tavoitteet oli asetettu. Seuraavat kysymykset käsittelivät muun muassa tavoitteiden hyödyllisyyttä omahoidossa. Osiossa kysyttiin, missä asioissa tyyppin 2 diabeetikko oli saanut ohjausta ja oliko diabeetikko saavuttanut asettamansa tavoitteet. Lopuksi vielä kysyttiin, arvioidaanko omahoidon toteutumista hoidonohjauksessa ja millainen hoitotasapaino diabeetikolla oli omasta mielestään.

6.3.1 Suunnittelu

Omahoidolle tavoitteet oli asettanut yhdessä hoitajan kanssa 69 prosenttia vastaajista (n= 81) ja yksin 11 prosenttia. Viidennes (20 %) vastaajista ei ollut asettanut lainkaan tavoitteita omahoidolle. Vastaajista (n=53) lähes kaikki (96 %) olivat sitä mieltä, että asetetut tavoitteet olivat realistisia. Melkein kaikki (90 %) vastaajat (n=52) olivat myös sitä mieltä, että asetetut tavoitteet auttoivat omahoidon onnistumisessa, mutta 10 prosenttia ei kokenut tavoitteiden asettamisesta olleen hyötyä. Lähes kaikki

(90 %) vastaajat (n=50) ilmoitti, että hoidonohjauksessa tarkistettiin tavoitteiden saavuttamista ja 10 prosentin mielestä niitä ei tarkistettu.

Suurin osa vastaajista oli asettanut tavoitteet omahoidon eri osa-alueille. Poikkeama oli päihteiden käytön vähentämiseksi asetetut tavoitteet, joka jakautui lähes tasaisesti ”kyllä” ja ”ei” vastausten kesken. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Hoidonohjauksessa laaditut tavoitteet.

Hoidonohjauksessa laadittu tavoitteet	Kyllä	Ei
32. Liikkumiselle (n=51)	75 %	25 %
33. Ruokailutottumuksille (n=52)	88 %	12 %
34. Suolan käytölle (n=50)	78 %	22 %
35. Rasvan käytölle (n=52)	87 %	13 %
36. Painon hallinnalle (n=49)	88 %	12 %
37. Päihteiden käytön vähentämiseksi (n=43)	49 %	51 %
38. Lääkehoidolle (n=54)	80 %	20 %
39. Verensokeriarvoille (n=54)	91 %	9 %
40. Verenpainearvoille (n=54)	85 %	15 %
41. Kolesteroliarvoille (n=51)	82 %	18 %

6.3.2 Toteutus

Kyselylomakkeessa kysyttiin hoidonohjauksen sisällöstä. Noin puolet vastaajista kertoi saaneensa hoidonohjausta paljon lääkähoidosta, verensokerin mittaamisesta ja verenpaineen seurannasta ja melkein kaikki loput jonkin verran. Jonkin verran ohjausta koki saaneensa vastaajista hieman alle 70 prosenttia liikunnasta, ruokavaliosuosituksista, painonhallinnasta ja liitännäissairauksista. Liikunnasta ja liitännäissairauksista ohjausta ei ollut saanut lainkaan lähes 15 prosenttia vastaajista. Melkein puolet vastaajista kertoi, ettei ollut saanut lainkaan ohjausta tupakoinnin haitoista ja kolmasosa ei ollut saanut lainkaan ohjausta alkoholin käytöstä. Suurin osa vastaajista koki saaneensa ohjausta tukipalveluista jonkin verran tai paljon. Kolmasosa vastanneista ei ollut saanut lainkaan ohjausta henkisestä hyvinvoinnista ja ongelmatilanteista selviytymisestä ja reilu puolet vastanneista jonkin verran. Suurin osa koki saaneensa ohjausta elämisestä diabeteksen kanssa vähintäänkin jonkin verran. Omahoi-

don toteuttamisesta koki saaneensa paljon ohjausta kolmasosa vastaajista ja yli puolet jonkin verran. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Hoidonohjauksen sisältö.

Saanut ohjausta seuraavista asioista	En lainkaan	Jonkin verran	Paljon
45. Liikunnasta (n=73)	14 %	68 %	18 %
46. Ruokavaliosuosituksista (n=81)	1 %	65 %	33 %
47. Painonhallinnasta (n=75)	3 %	67 %	31 %
48. Tupakoinnin haitoista (n=62)	45 %	21 %	34 %
49. Alkoholin käytöstä (n=62)	34 %	40 %	26 %
50. Lääkehoidosta (n=75)	4 %	44 %	52 %
51. Verensokerin mittaamisesta (n=82)	2 %	44 %	54 %
52. Verenpaineen seurannasta (n=82)	5 %	49 %	46 %
53. Liitännäissairauksista (n=72)	14 %	63 %	24 %
54. Tukipalveluista (sis. mm. tarvikjakelu, vertaistuki) (n=73)	15 %	52 %	33 %
55. Henkisestä hyvinvoinnista (n=73)	33 %	56 %	11 %
56. Elämisestä diabeteksen kanssa (n=76)	8 %	70 %	22 %
57. Omahoidon toteuttamisesta (n=76)	9 %	58 %	33 %
58. Ongelmatilanteista selviytymisestä (n=76)	30 %	60 %	10 %

6.3.3 Arviointi

Tässä osiossa kysyttiin saavutetuista tavoitteista. Parhaiten tavoitteet oli saavutettu päihteen käytön vähentämisessä ja lääkehoidossa. Painonhallinnassa tavoitteet saavutettiin heikoimmin, mutta kuitenkin ”kyllä” ja ”osittain” vastauksia tuli molempiin noin 40 prosenttia. Vastaajista noin puolet saavutti tavoitteensa suolan käytössä, verensokeri- ja verenpainearvoissa. Liikunnassa ja ruokailutottumuksissa tavoitteet oli saavuttanut alle 40 prosenttia vastaajista. Rasvan käytössä tavoitteiden saavuttaminen jakaantui melko tasaisesti ”kyllä” ja ”osittain” vastausten välillä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Saavutetut tavoitteet

Tavoitteet saavutettu	Kyllä	Osittain	Ei
59. Liikunnassa (n=60)	38 %	52 %	10 %
60. Ruokailutottumuksissa (n=60)	33 %	58 %	8 %
61. Suolan käytössä (n=60)	52 %	40 %	8 %
62. Rasvan käytössä (n=60)	43 %	52 %	5 %
63. Painon hallinnassa (n=59)	42 %	42 %	15 %
64. Päihteiden käytössä (n=49)	62 %	38 %	0 %
65. Lääkehoidossa (n=53)	72 %	26 %	2 %
66. Verensokeriarvoissa(n=58)	52 %	40 %	9 %
67. Verenpainearvoissa(n=63)	52 %	43 %	5 %

Diabeetikolle suositeltavan määrän liikuntaa (yli kolme kertaa viikossa) harrasti 34 vastaajaa ja heistä 30 oli saanut ohjausta liikunnasta paljon tai jonkin verran. Liikuntaa korkeintaan kaksi kertaa viikossa harrastaneita oli 37 vastaajaa ja heistä 31 oli saanut ohjausta paljon tai jonkin verran. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Saatu ohjaus liikunnasta ja liikunnan määrä

Saanut hoidonohjausta liikunnasta	Ei vastausta fr	En lainkaan fr	Jonkin verran fr	Paljon fr
Ei vastausta	0	0	1	1
harrastaa liikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa	3	1	4	2
harrastaa liikuntaa 1-2 krt/ vko	3	5	23	2
harrastaa liikuntaa 3-5 krt/ vko	7	3	17	7
harrastaa liikuntaa yli 5 krt/ vko	2	1	5	1

Painonhallinnasta paljon ohjausta saaneita oli 22 vastaajaa, joista 12 oli pudottanut painoaan diabetekseen sairastumisen jälkeen. Jonkin verran ohjausta saaneita oli 60 vastaajaa, joista painoa oli pudottanut 20 vastaajaa (taulukko8).

Taulukko 8. Saadun ohjauksen määrä painonhallinnasta ja painon muutos diabetekseen sairastumisen jälkeen ristiintaulukoituna

Saanut ohjausta painonhallinnasta	Ei vastausta fr	En lainkaan fr	Jonkin verran fr	Paljon fr
Ei vastausta	1	0	0	1
paino sairastumisen jälkeen nousut	0	0	10	4
paino sairastumisen jälkeen pysynyt ennallaan	5	2	20	6
paino sairastumisen jälkeen laskeut jonkin verran	6	0	18	8
paino sairastumisen jälkeen laskeut huomattavasti	1	0	2	4

Ruokavaliosuosituksista paljon ohjausta saaneita oli 26 vastaajaa, joista suurimman osan (20) ravitsemustottumukset olivat parantuneet jonkin verran tai huomattavasti diabetekseen sairastumisen jälkeen. Jonkin verran ohjausta saaneita oli 53 vastaajaa, joista suurimman osan (37) ravitsemustottumukset olivat parantuneet jonkin verran tai huomattavasti. (Taulukko 9).

Taulukko 9. Saadun ohjauksen määrä ruokavaliosuosituksista ja ravitsemustottumusten muutos diabetekseen sairastumisen jälkeen ristintaulukointi

Saanut ohjausta ruokavaliosuosituksista	Ei vastausta fr	Ei lainkaan fr	Jonkin verran fr	Paljon fr
Ei vastausta	1	0	0	1
Ravitsemustottumukset sairastumisen jälkeen huonontuneet	0	0	1	0
Ravitsemustottumukset sairastumisen jälkeen pysyneet ennallaan	1	1	15	6
Ravitsemustottumukset sairastumisen jälkeen parantuneet jonkin verran	4	0	30	15
Ravitsemustottumukset sairastumisen jälkeen parantuneet huomattavasti	1	0	7	5

Vastaajista (n=49) 80 prosenttia ilmoitti, että omahoidon toteutumista arvioitiin hoidonohjauksessa ja 20 prosentin mielestä sitä ei arvioitu. Vastaajista (n= 59) 58 prosenttia oli sitä mieltä, että hänen hoitotasapainonsa oli hyvä ja 42 prosenttia, että hoitotasapaino oli keskinkertainen. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että hoitotasapaino olisi ollut huono.

6.4 Diabetestietous

Kyselylomakkeen osiossa 4 oli tietotesti diabeetikoille. Siinä kysyttiin tyypin 2 diabetesta sairastavien tietämystä omahoitoon ja hoitotasapainoon vaikuttavista asioista (kysymykset 70- 83). Kysymykset muotoiltiin ”oikein” ja ”väärin” väittämiksi. Melkein kaikki osasivat vastata oikein, mikä on kokonais- ja LDL- kolesterolin tavoitearvo ja yli puolet vastasi väärin väittämään, joka koski HDL- kolesterolin raja-arvoa. Suurin osa vastasi oikein väittämään, joka koski diabetesta sairastavalle suositeltavaa verenpaine-arvoa. Lähes kaikki vastasi oikein myös väittämiin, jotka käsittelivät paastoverensokerin ja pitkäaikaisverensokerin raja-arvoja. Painoindeksiä kysyttäessä puolet vastaajista tiesi normaalin painoindeksin ja väittämässä, joka koski naisen ja miehen vyötärön ympärystä, suurin osa vastasi väärin. Vastaajista valtaosa tiesi, että hikiliikuntaa tulisi harrastaa viikossa vähintään 1h 15 min, mutta suurin osa vastasi väärin kevyen liikunnan määrää koskevaan väittämään. Kyselyyn vastaajista valtaosa tiesi yleisten ravitsemussuositusten sopivan myös diabetesta sairastaville sekä lähes kaikki vastaajat tiesivät, että diabetesta sairastavan tulee syödä viisi kertaa päivässä. Vastaajista kolmasosa vastasi oikein alkoholin kohtuukäytön maksimirajoja koskevaan väittämään. Melkein kaikki vastaajat tiesivät tupakoinnista olevan haittaa hoitotasapainon saavuttamisessa. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Diabetestietous-osion oikeiden ja väärin vastausten määrät (oikeat vastaukset lihavoitu)

Diabetestietous-testin väittämät:	Oikein	Väärin
70. Diabeetikolle suositeltava verenpainearvo on 150/90 mmHg (n=70)	80 %	20 %
71. Diabeetikon kokonaiskolesterolin arvo tulee olla alle 5mmol/l (n=70)	94 %	6 %
72. HDL- kolesterolin tulee olla alle 1,1mmol/l (n=55)	42 %	58 %
73. LDL- kolesterolin tulee olla alle 2,6mmol/l (n=55)	85 %	15 %
74. Paastoverensokerin tulee olla alle 7 (n=72)	94 %	6 %
75. Pitkäaokaisverensokeri (HbA1c) ei saa olla yli 7% (n=69)	86 %	14 %
76. Painoindeksi (BMI) 27- 29 on normaali (n=47)	49 %	51 %
77. Vyötärön ympäryksen tulee olla 90cm (naiset)-100cm (miehet) (n=61)	26 %	74 %
78. Kevyttä liikuntaa tulisi harrastaa viikossa vähintään 1h 15min (n=69)	23 %	77 %
79. Hikiliikuntaa tulisi harrastaa viikossa vähintään 1h 15min (n=65)	83 %	17 %
80. Yleiset ravitsemussuoritusukset sopivat myös diabeetikolle (n=66)	77 %	23 %
81. Diabeetikon tulee syödä viisi kertaa päivässä (n=69)	91 %	9 %
82. Alkoholin kohtuukäytön maksimirajat ovat viikossa 16 annosta (naiset) ja 24 annosta (miehet) (n=62)	32 %	69 %
83. Tupakoinnista on haittaa diabeteksen hoitotasapainon saavuttamisessa (n=68)	91 %	9 %

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten tyypin 2 diabetesta sairastavat toteuttavat omahoitoaan ja mitä he tietävät omahoidon toteuttamisesta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää diabetesta sairastavien kokemuksia omahoitoon liittyvästä hoidonohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada sellaista tietoa, jonka avulla voitaisiin entisestään parantaa hoidonohjauksen laatua ja omahoitoon sitoutumista.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen vastausprosentti oli 73 ja pääsääntöisesti kysymyksiin oli vastattu hyvin. Heikoimmat vastausprosentit tulivat tietotesti-osuudessa ja tavoitteiden saavuttamista kysyttäessä. Parhaimmat vastausprosentit saatiin osiosta kaksi, joka koskee omahoidon toteutusta. Näistä kysymyksistä puuttui vain muutamia vastauksia.

Suurin osa vastaajista on sairastanut diabetesta vähintään vuoden ja yli puolet yli viisi vuotta, joten valtaosa vastaajista luultavasti jo tuntee sairautensa ja ovat olleet hoidonohjauksessa useampia kertoja. Diabetes oli suurimmalla osalla vastaajista edennyt pitkälle, koska heillä oli hoitomuotona vähintään tablettihoito. Vain muutama prosentti pärjäsi pelkällä dieettihoidolla.

Hoitotasapainoon, yleiseen terveydentilaan ja liitännäissairauksiin vaikuttavat tekijät olivat joiltakin osin huolestuttavia. Painoindeksin keskiarvo oli lähes 31 (selvä ylipaino) ja vyötärön ympäryys lähes kaikilla yli suositusarvojen. Kokonais- ja HDL-kolesteroli oli puolella vastaajista suositusten mukainen ja vain kolmasosalla vastaajista LDL-kolesteroli oli suositusten mukainen. Lisäksi monet jättivät vastaamatta tai eivät osanneet sanoa kysyttäessä kolesteroliarvoja. Tutkimustulosten mukaan suurimmalla osalla vastaajilla verenpaine arvot ja paastoverensokeri olivat suositusrajoissa. Pitkäaikaisverensokeri oli vain noin puolella vastaajista suositusten mukainen ja tähänkään kysymykseen moni ei osannut vastata. Diabetesta sairastavat näyttävät

osaavan huolehtia paastoverensokerin pysymisestä tasaisena, mutta pitkäaikaisverensokerista nähdään, että verensokeritasosta huolehtiminen on noin puolella vielä heikohkoa. Näyttää myös siltä, että eläinperäisiä rasvoja käytetään liikaa ja sen käytön vähentämistä ei huomioida tarpeeksi ravinnossa. Myös Träskelinin (2000) tutkimustuloksissa ilmeni, että tuntuvaa ylipainoa oli yli puolella vastanneista. Samassa tutkimuksessa useimmilla verenpaine-arvot olivat koholla toisin kuin tämän opinnäytetyön tuloksissa. (Träskelin 2000, 32, 34).

Tämän opinnäytetyön ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, miten tyyppin 2 diabetesta sairastavat toteuttavat omahoitoaan. Näitä asioita kysyttiin kyselylomakkeen toisessa osiossa, johon oli vastattu eniten. Tutkimustulosten mukaan vastaajat harrastivat liikuntaa suositusten mukaan lukuun ottamatta hikiliikuntaa ja liikunnan määrä oli lisääntynyt edes hieman noin puolella vastaajista diabetekseen sairastumisen jälkeen. Tutkimustulosten mukaan voidaan ymmärtää, että vastaajat yrittävät hoitaa sairauttaan liikkumalla, mutta liikunnan määrä on niin vähäistä, että se ei laske painoa tai vähennä vyötärön ympäryksen pituutta. Tällainen määrä liikuntaa näyttäisi pitävän ainakin paastoverensokerin ja verenpaineet tasaisina, mutta painonpudotukseen se ei riitä.

Reilusti yli puolet vastaajista huomioi melko hyvin tai erittäin hyvin terveyttä edistäviä tekijöitä ruokavaliassa. Lisäksi suurimmalla osalla ravitsemustottumukset ovat parantuneet diabetekseen sairastumisen jälkeen. Vastauksista ilmenee, että diabetesta sairastavat yrittävät huolehtia ruokavaliostaan, mutta hoitotasapainossa nämä asiat eivät näy. Diabetesta sairastavat ovat saaneet jo muutettua ruokailutottumuksiaan, mikä on hienoa, koska hoidonohjaus tulee räätälöidä henkilökohtaiseksi. Hoitotasapainoon vaikuttavissa arvoissa näkyy, että kaikki eivät vielä ole tarpeeksi saaneet muutettua ruokavaliotaan riittävän terveelliseksi. Puolet vastaajista, joilla on liitännäissairauksia, koki että omahoidolla oli vaikutusta liitännäissairauksien hoidossa. Voidaanko tulosten perusteella tulkita, että loput vastaajista, joilla on liitännäissairauksia, eivät ole toteuttaneet omahoitoaan riittävän hyvin vai eivätkö he huomaa omahoidon vaikutusta. Vastauksista oli positiivista huomata, että suurin osa ei tupakoi, eikä käytä alkoholia ollenkaan tai sen käyttö on hyvin vähäistä. Omahoidon osalta voidaan todeta liikunnan, ravitsemuksen ja lääkehoidon toteutuneen melko hyvin, mutta painonpudotuksen kohdalla todettiin hieman vaikeuksia. Paino oli pysynyt en-

nallaan tai noussut puolella vastaajista diabetekseen sairastumisen jälkeen. Johtuuko tämä hoitoon sitoutumattomuudesta, itsekurin puuttumisesta vai painon pudotuksen keinojen tietämättömyydestä?

Myös Haikolan ja Karppisen (2009, 63–64) tutkimustuloksissa suurin osa vastaajista sai muutettua ruokavaliota terveellisempään suuntaan. Samassa tutkimuksessa suurin osa vastaajista (80 %) on saanut laskettua painoa edes vähän, mikä poikkeaa tämän opinnäytetyön tuloksista huomattavasti. Ahdon (2004, 30) opinnäytetyössä haastatellut kokivat liikunnan ja ruokavalion toteutuksen tärkeäksi osaksi omahoidon toteutusta. Tässä työssä liikuntaa ja terveellisiä ruokailutottumuksia toteutettiin melko hyvin, joten voitaneen olettaa, että vastaajat pitävät näitä asioita tärkeänä osana omahoidon toteuttamista.

Haikolan ja Karppisen (2009) tutkimuksessa oli lähes samanlaiset tutkimustulokset kuin tässä tutkimuksessa kysyttäessä alkoholin käytön vähentämisestä diabetekseen sairastumisen jälkeen. Kummassakin tutkimuksessa alkoholin käyttöä oli vähentänyt noin kolmasosa vastaajista edes hieman. (Haikola & Karppinen 2009, 64.)

Toisena tutkimusongelmana tässä tutkimuksessa oli selvittää, mitkä ovat tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemukset omahoitoon liittyvästä hoidonohjauksesta. Kyse-lylomakkeen kolmas osio käsitteli omahoitoon liittyvää hoidonohjausta suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin näkökulmista. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan suurimmaksi osaksi omahoidolle oli asetettu tavoitteita yhdessä hoitajan kanssa. Mäkelän (2011 37- 38) opinnäytetyön tuloksissa todettiin myös vastaajien kokeneen, että hoidolle oli asetettu tavoitteet ja he itse kokivat osallistuvansa hoidonohjauksen suunnitteluun. Myös Mäki-Kalan (2011, 2) työssä vastaajat kokivat, että he olivat itse saaneet osallistua omahoidon suunnitteluun.

Tässä opinnäytetyössä lähes kaikkien vastaajien mukaan tavoitteet on laadittu omahoidon kaikille osa-alueille. Poikkeuksena oli tavoite päihteiden käytön vähentämiselle, mikä voi johtua siitä, että suurin osa vastaajista ei käytä päihteitä. Tutkimustulosten mukaan melkein kaikki kokivat omahoidon tavoitteiden olevan realistisia ja tavoitteiden auttavan omahoidon onnistumista. Tästä päätellen diabetesta sairastavat ovat todennäköisesti saaneet yksilöllistä ohjausta tavoitteiden asettamisessa.

Pääasiassa vastaajat kokivat saaneensa hoidonohjausta jonkin verran tai paljon omahoidon useimmista osa-alueista, kuten ruokavaliosta, painonhallinnasta, verenpaineen seurannasta, verensokerin mittaamisesta, lääkehoidon toteuttamisesta, elämistä diabeteksen kanssa ja omahoidon toteuttamisesta. Vähiten hoidonohjausta vastaajat kokivat saaneen henkisestä hyvinvoinnista ja ongelmatilanteista selviytymisestä ja seuraavaksi vähiten liikunnasta, liitännäissairauksista ja tukipalveluista. Diefenbaughin (2008) opinnäytetyössä oli samankaltaisia tutkimustuloksia, joiden mukaan vastaajat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta ruokavaliosta, liikunnasta, painonhallinnasta ja lääkehoidon toteuttamisesta. Riittämättömästi ohjausta Diefenbaughin tutkimuksessa koettiin saadun omahoidon ongelmatilanteista selviämässä, lisäsairauksista ja henkisestä hyvinvoinnista. (Diefenbaugh 2008, 36.) Ainoa ristiriita tutkimustulosten välillä koski liikunnasta saatua ohjausta. Myös Hannulan (2006, 2) tutkimustulosten mukaan ohjausta kaivattiin lisää liitännäissairauksista.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa koki, että hoidonohjauksessa arvioitiin omahoidon toteutumista. Pääsääntöisesti diabetesta sairastavat olivat saavuttaneet tavoitteet edes osittain. Parhaiten tavoitteet oli saavutettu lääkehoidossa, päihteiden ja suolan käytön vähentämisessä sekä verensokeri- ja verenpaine-arvoissa. Huonoiten tavoitteet oli saavutettu liikunnassa ja painonhallinnassa. Vaikka ohjausta painonhallinnasta oli saatu paljon, painonhallinnassa tavoitteiden saavuttaminen oli kuitenkin heikointa. Yli puolet vastaajista koki hoitotasapainonsa olevan hyvä ja loput vastaajista keskinertainen. Vastaajien hoitotasapainoon vaikuttavat arvot olivat joltakin osin huolestuttavia, mutta silti yksikään vastaaja ei kokenut hoitotasapainoaan huonoksi. Tämä saattaa johtua siitä, että esimerkiksi huono kolesteroliarvo ei tunnu konkreettisesti kehossa. Träskelinin (2000, 3) tutkimuksen tulokset poikkeavat tämän työn tuloksista. Träskelinin opinnäytetyön tulosten mukaan hoitotasapaino oli hyvä vain vajaalla neljäsosalla vastanneista.

Kolmas tutkimusongelma tässä tutkimuksessa oli, mitä tyyppin 2 diabetesta sairastavat tietävät diabeteksen hoitotasapainosta ja omahoidon toteuttamisesta. Pääasiassa diabetestietous-osiossa vastaajat tiesivät melko hyvin oikeat vastaukset. Selvästi yli puolet vastaajista ei tiennyt HDL- kolesterolin raja-arvoa, normaalia painoindeksiä, vyötärön ympäryksen suositusta ja kevyen liikunnan suositeltavaa määrää viikossa.

Suurimmalla osalla vastaajista painoindeksi ja vyötärön ympäryys olivat yli suositusten ja oikeita tuloksia tietotestissä ei tiedetty näistä asioista. Näiden tulosten perusteella voitaneen nähdä yhteys. Kolmasosa vastaajista harrastaa kevyttä liikuntaa suositusmäärän ja loput eivät. Tämä voi johtua nähdyistä tuloksista, että vastaajat eivät tiedä kuinka paljon pitäisi suositusten mukaan liikkua. Lisäksi monet jättivät kokonaan vastaamatta tietotestin useisiin kysymyksiin, mikä voi johtua siitä, että he eivät tienneet oikeita vastauksia. Tietotesti-osuus oli viimeisenä, joten vastaajat saattoivat olla väsyneitä vastaamaan ja sen vuoksi vastauksia jäi puuttumaan. Lisäksi tietotestissä on mahdollisuus, että vastaaja arvaa vastauksen, joten ei ole varmaa perustuvako vastaukset tietoon vai osittain myös arvaukseen.

Diefenbaughin (2008, 31) opinnäytetyössä kaikki vastaajat tiesivät ruokavalion vaikutuksista terveelliseen elämään diabeteksen kanssa. Tässä tutkimuksessa ilmeni samankaltaisia tuloksia; suurin osa vastaajista tiesi, että yleiset ravitsemussuositukset sopivat myös diabeetikolle ja diabeetikon tulee syödä säännöllisesti.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä oppimisprosessi, jonka aikana kehittymistä on tapahtunut monessa suhteessa. Osaaminen on kehittynyt paljon kirjallisuuden ja tutkimusten hakemisessa erilaisista tiedonhakutietokannoista. Lisäksi opinnäytetyöntekijät ovat oppineet hakemaan laadukasta ja relevanttia lähdemateriaalia. Ammatillinen kirjoittaminen on kehittynyt paremmaksi ja kirjoittamiseen on oppinut kiinnittämään huomiota. Opinnäytetyön tekemisen kautta opinnäytetyöntekijät omaksuivat tietoa diabeteksestä, hoidonohjauksesta ja itsehoidosta. Työ auttoi myös ymmärtämään, kuinka paljon eri asioita diabeteksen hoitoon sisältyy ja kuinka haastavaa hoidon toteutus saattaa diabetesta sairastaville olla. Prosessin edetessä opinnäytetyöntekijät saivat uusia näkökulmia diabetesta sairastavien elämästä ja oppivat ymmärtämään heitä yksilöinä ja samoin käsittelemään heitä ryhmänä. Kyselyitä purkaessa huomattiin suuriakin yksilöllisiä eroja ja samoin paljon yhtäläisyyksiä, käsitykset diabetesta sairastavista muokkautuivat koko ajan erilaisiksi.

Opinnäytetyön edetessä huomattiin, että teoriaosuutta olisi voinut lukea ja tehdä vielä enemmän ennen kyselylomakkeen tekemistä. Opinnäytetyöprosessin loppupuolella opinnäytetyön tekijät huomasivat muutamia asioita, jotka olisi voinut tehdä toisin esimerkiksi, kyselylomakkeessa on muutama kysymys, jotka olisi voinut muotoilla

toisin. Jos opinnäytetyöntekijät aloittaisivat opinnäytetyön tekemisen tämän prosessin jälkeen uudelleen, osattaisiin se tehdä paremmin ja pystyttäisiin ajattelemaan sitä yhtenä kokonaisuutena heti alusta alkaen. Opinnäytetyön edetessä asiat edistyivät pala palalta ja työ hahmottui vasta loppupuolella yhdeksi isoksi kokonaisuudeksi.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa, koska luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Apuna luotettavuuden arviointiin on erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksessa mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia kutsutaan termillä reliabiliteetti. (Hirsjärvi ym. 2007, 231.) Tutkimuksen reliabiliteettia tulisi arvioida tutkimuksen edetessä ja työn valmistumisen jälkeen. Mittaustulokset ovat päteviä tietyssä ajassa ja paikassa, eikä niitä tule yleistää tehdyn tutkimuksen ulkopuolella. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa kiinnitetään huomiota seuraaviin asioihin: edustaako otos perusjoukkoa (otoksen koko ja laatu), vastausprosenttiin ja muuttujia koskevien tietojen syöttämiseen. (Vilkkä 2007, 149- 150.)

Tämän opinnäytetyön otos on kattava (N=120) ja kaikki vastaajat ovat tyypin 2 diabeetikoita. Vastausprosentiksi tässä tutkimuksessa saatiin 73 prosenttia, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Vastausten syöttäminen koneelle tehtiin parityönä, jolloin virheriski pienenee huomattavasti. Toinen opinnäytetyöntekijä luki vastaukset ääneen ja toinen kirjasi tiedot koneelle. Toinen tekijä tarkasti lisäksi koneelle syötettyjen tietojen ja paperissa olevien vastausten paikkansapitävyyden.

Validius eli pätevyys on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Validius merkitsee mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä asiaa, mitä on haluttakin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 231.) Tutkimuksen validiteetti huononee, jos tutkija on joutunut harhaan esimerkiksi käsitteiden tasolla tai työssä esiintyy systemaattisia virheitä. Validiteettia arvioitaessa huomioidaan seuraavia asioita: onko tutkija onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielelle, ymmärtääkö tutkija ja tutkittava kysymykset samalla tavalla, ovatko valitut asteikot toimivia ja sisältyykö mittariin epätarkkuuksia. (Vilkkä 2007, 150.)

Huonosti suunniteltu tai puutteellinen kyselylomake voi pilata tutkimuksen. Monivaihtokysymysten vaihtoehtojen tulee kattaa kaikki mahdollisuudet ja vaihtoehtojen on oltava toisensa poissulkevia. Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla lyhyitä ja yksikäsitteisiä, eivätkä ne saa olla johdattelevia. Kysymyksiä laadittaessa tulee myös huomioida, että yhdessä kysymyksessä tutkitaan vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymyksien tulee edetä loogisesti ja numeroinnin pitää olla juoksevaa. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä ja ulkonäön tulee olla selkeä. Näiden perusteella vastaaja päättää vastaako hän kyselyyn. Kyselylomake tulee testata ennen varsinaista tutkimusta. Lomakkeen testausta kutsutaan esitestaukseksi ja se toteutetaan esimerkiksi 5- 10 henkilöllä. Lomakkeen testaamisen jälkeen voidaan tehdä tarpeelliset muutokset lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muotoiluun ja vastausvaihtoehtoihin. (Lindstedt 2012.)

Kyselylomaketta ei esitestattu tyypin 2 diabetesta sairastavilla, minkä vuoksi ei tiedetä, ymmärsivätkö vastaajat kysymykset samalla tavalla kuin opinnäytetyöntekijät tarkoittivat. Vastauksia luettaessa huomattiin, että kysymysten kohdalla 45- 58 vastausvaihtoehtoihin olisi voinut lisätä ja vaihtaa yhden vaihtoehdon. Nykyisten vaihtoehtojen ”en lainkaan”, ”jonkin verran” ja ”paljon” tilalle olisi voinut laittaa vaihtoehtoja, joiden avulla olisi saatu tarkempaa tietoa, millaista hoidonohjaus on ollut. Nykyisistä vaihtoehdoista ei tiedetä, onko asiakas saanut omasta mielestään sopivasti tietoa, jos hän on vastannut ”jonkin verran”.

Tietoja siirrettäessä numeeriseen muotoon mittarissa havaittiin muutama kohta, jotka olisi voitu esittää toisin. Kysymyksessä numero 4 käsitellään diabeteksen hoitomuotoja ja vastausvaihtoehtoina oli dieettihoito, tablettihoito, tabletti/insuliinihoito ja insuliinihoito. Ohjeistuksessa luki ”*voit valita useamman vaihtoehdon*” ja tällaisen merkitseminen koneelle ei ole mahdollista. Jos kyselyn vastaaja on valinnut kaksi vaihtoehtoa, analysoinnissa voi käyttää vain toista vastausta. Tämän vuoksi vastauksista eroteltiin pelkällä dieettihoidolla olevat diabeetikot omaksi ryhmäkseen ja jos vastaajalla oli ympyröitynä esimerkiksi insuliini- ja dieettihoito, valittiin hänet ryhmään insuliinihoito. Painoindeksikysymys (kysymys 8) oli sinänsä turha, sillä analysointiohjelmalla voi laskea painoindeksin, jos pituus ja paino ovat tiedossa.

Omahoidon toteuttamista koskevaan osioon diabetesta sairastavat olivat vastanneet parhaiten. Tämä johtunee siitä, että on helppo vastata asioihin, mitä itse konkreettisesti tekee ja vastausvaihtoehdot olivat luultavasti helposti ymmärrettäviä. Mittarissa kysyttiin alkoholin juomisesta (kysymys 29), jossa yksi vaihtoehdoista oli ”en lainkaan”. Jos vastaaja ei käytä alkoholia, hän joutui myöhemmin vastaamaan kysymykseen (kysymykset 37 ja 67), joissa kysyttiin tavoitteiden asettamisesta ja tavoitteiden saavuttamisesta alkoholin käytössä. Näissä kysymyksissä vastausvaihtoehtoina oli ”kyllä” ja ”ei”, joten vastaaja luultavasti valitsi ”ei”- vaihtoehdon. Jos vastaaja on näin valinnut, se vääristää tuloksia. Suurin osa niistä, jotka eivät käyttäneet alkoholia ollenkaan, saattoivat jättää vastaamatta näihin kahteen kysymykseen.

Useat jättivät vastaamatta kysymyksiin 59- 67, jotka käsittelevät asetettujen tavoitteiden saavuttamista, vaikka he olivat asettaneet hoidolleen tavoitteet. Ennen kysymystä 59 on lisäohjeistus ”jos tavoitteita ei ole asetettu, siirry kohtaan 68”. Sekoittiko tämä ohje mahdollisesti vastaajia ja tämän takia osa jätti vastaamatta, vaikka heidän olisi pitänyt vastata.

Moni jätti vastaamatta myös viimeisenä olevaan diabetestietous- osioon kokonaan tai oli vastannut vain osaan kysymyksistä. Herää kysymys, olivatko kysymykset liian vaikeita tai oliko kysely liian pitkä. Vastausvaihtoehdot ”oikein” ja ”väärin” saattoivat myös olla liian mustavalkoisia, jolloin epätietoisena vastaaja jätti kokonaan vastaamatta. Tämä siis saattaa vääristää tuloksia, jolloin vastaamatta jättäneet voisivat yhtä hyvin olla myös väriä vastauksia. Jotkut tavoitearvot saattavat olla iäkkäillä yksilöllisesti määriteltyjä, joten normaalit viitearvot eivät päde heidän kohdallaan. Mittarissa tätä asiaa ei ole huomioitu ja tällöin he saattavat olla epätietoisia virallisista viitearvoista ja vastaavat sen vuoksi väärin. Tämä saattaa vääristää tutkimustuloksia etenkin kun vastaajista 82 prosenttia oli 60- 79 -vuotiaita.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaihetta valittaessa tulee huomioida, että aiheen tulee olla perusteltu ja se ei saa loukata tai väheksyä jotain ihmis- tai potilasryhmää. Tutkimuksen tulee etsiä ratkaisua johonkin hoitotieteelliseen ongelmaan ja tutkijan tulee olla selvillä mihin tar-

koitukseen tutkimus tulee. Lisäksi on arvioitava, vastaavatko tutkimusongelmat ja tutkimuksen kohde tutkijan tarkoitusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365.) Tämän opinnäytetyön aihe on perusteltu, koska tyypin 2 diabetes on laaja kansanterveydellinen ongelma ja tällä työllä halutaan parantaa entisestään omahoitoon sitoutumista ja diabeteksen hoidonohjauksen laatua. Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet muodostettiin laajaan teorian tietoon tutustuttaessa. Käsitteet selkeytyivät pikkuhiljaa aihealueeseen perehdyttäessä. Käsitteiden varmistuttua työtä lähdettiin rakentamaan niiden pohjalta ja muodostamaan tutkimusongelmia. Opinnäytetyössä onnistuttiin hyvin luomaan tutkimusongelmat, jotka ovat yhteydessä työn teorian ja kyselylomakkeen kanssa.

Tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden varmistamiseksi tutkimuksen tietolähteillä on suuri merkitys. Väärin valittu tietolähdejoukko voi ohjata tutkimustuloksia johonkin suuntaan. Tietolähteitä valittaessa tulee huomioida, että tutkimuksesta koituu mahdollisimman vähän haittaa tutkittavalle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366.) Tässä tutkimuksessa tietolähteiksi valittiin diabeteshoitajien vastaanotolla käyvät tyypin 2 diabeetikot. Tutkimusjoukko koostuu oman sairautensa asiantuntijoista, joten tekijät kokivat tietolähteen olevan luotettava. Tutkimuksesta ei aiheutunut kohdejoukolle haittaa.

Kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje (LIITE 1), jossa kerrottiin kyselyyn osallistumisen ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Kirjeessä kerrottiin myös, että vastaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi ja anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Lisätäkseen diabeetikon anonymiteettiä tutkimuksessa ei kysytty hänen nimeään, ammattiaan tai siviilisäätyään. Kyselyiden mukana annettiin kirjekuori, johon diabeetikko sai laittaa kyselylomakkeen heti vastattuaan. Diabeetikko palautti suljetun kuoren diabeteshoitajalle, jolloin hoitajakaan ei päässyt näkemään vastauksia. Tämän jälkeen diabeteshoitaja antoi diabetestietous-testin oikeat vastaukset diabeetikolle. (Myös Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174- 177.)

Tutkimusaineiston analyysi tulee tehdä tieteellisesti luotettavasti ja käyttämällä hyväksi koko tutkimusaineisto. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki kyselylomakkeeseen tulleet vastaukset tulee analysoida. Tieteellisen tiedon avulla pyritään löytämään totuus ja sen vuoksi on tärkeää tutkimustulokset oikein ja vääristelemättä. Joskus en-

nakkoasenteet saattavat aiheuttaa tulosten vääristämistä ja virheellistä raportointia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin kaikki vastaukset, jotka saatiin. Kaikki vastaukset kirjattiin numeeriseen muotoon Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjelman avulla. Tämän työn tulokset on kirjattu selvästi, joista näkyy prosenttiosuudet tai lukumäärät. Tämän työn tekijöillä ei ollut ennakoasenteita tai hypoteeseja oletettavista tutkimustuloksista ja tulokset kertovat vain sen, mitä vastauksia on saatu.

Tutkimustulokset julkaistiin siten, ettei ketään tutkimuksessa mukana ollutta voitu tunnistaa. Tutkimusaineisto säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan lukollisessa kaapissa, joten kukaan ulkopuolinen ei päässyt näkemään vastauksia. Kyselyaineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua asianmukaisesti. (Myös Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174- 177.)

Kaikissa tutkimuksissa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Sitä voidaan loukata piittaamattomuudella ja vilpillä. Piittaamattomuus voi ilmetä esimerkiksi toisen tutkijan osuuden vähättelynä, puutteellisina viittauksina aikaisempiin tutkimuksiin tai tulosten huolimattomana kirjaamisena. Vilppi ilmentyy sepittämisenä, havaintojen vääristelynä tai luvattomana lainaamisena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364.) Tämän tutkimuksen työmäärää jakautui tasaisesti molemmille tekijöille ja kummankaan osuutta työssä ei ole vähätelty. Tässä työssä aikaisemmat tutkimukset on kirjattu selkeästi. Tulosten kirjaamiseen on käytetty aikaa ja ne on tehty molempien opinnäytetyöntekijöiden yhteistyönä. Nämä tekijät vähentävät tulosten kirjaamisen virheellisyyttä. Tähän opinnäytetyöhön ei ole sepitetty tekstiä vaan kaikelle löytyy lähdekirjallisuutta tai tutkimustuloksia. Työssä ei esiinny plagiointia eli luvattonta lainaamista ja havainnot on kirjattu totuuden mukaisesti.

7.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Rauman hoitajien- ja lääkäreidenvastaanoton diabeteshoitajien ja Porin Perusturvan diabeteshoitajien vastaanotoilla. Hoitajat voivat nostaa diabeetikoiden kanssa keskusteluaiheiksi asioita, joista diabeetikot eivät ole saaneet tietoa hoidonohjauksessa lainkaan. Hoitajat näkevät tutkimustuloksista

myös, miten diabeetikot toteuttavat omahoitoaan, joten he voivat hoidonohjauksessa kiinnittää huomiota niihin asioihin, joissa omahoidossa on parannettavaa. Tietotestin vastausten perusteella hoitajat näkevät, missä tiedoissa asiakkailla on puutteita ja voivat ohjata diabeetikoita näistä asioista.

Hoidonohjauksesta voisi tehdä kyselytutkimuksen, jossa kysytään diabeteshoitajien kokemuksia hoidonohjauksesta. Kuinka paljon hoidonohjaukseen kuuluvia asioita heidän mielestään hoidonohjauksikäynnillä käydään läpi. Mielestämme olisi mielenkiintoista tietää esimerkiksi, mitkä asiat ovat hoitajien mielestä haastavimpia ohjata ja miten yksilöllistä ohjausta voi toteuttaa sivuuttamatta kaikkia hoidonohjaukseen kuuluvia asiasisältöjä. Tällaisen tutkimuksen voisi toteuttaa teemahaastatteluna, jolloin saataisiin yksilöllisempää tietoa. Olisi mielenkiintoista tutkia, mitä mieltä hoitajat ovat siitä, miksi niin moni diabeetikko on huonossa hoitotasapainossa ja mitä kehittämistarpeita he kokevat hoidonohjauksessa.

LÄHTEET

- Ahto, M. 2004. Iäkkäiden kokemuksia aikuistyyppin diabeteksen kanssa elämisestä. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Aro, E. & Heinonen, L. 2009. Ruokavalion erityispiirteet tyypin 2 diabeetikon hoidossa. Teoksessa E. Aro (toim.) Diabetes ja ruoka. Jyväskylä: Gummerus, 46-55.
- Aro, E. & Virtanen, S. 2009. Ruokavalio hoitona. Teoksessa E. Aro (toim.) Diabetes ja ruoka. Jyväskylä: Gummerus, 15-20.
- Diefenbaugh, T. 2008. Tyypin 2 diabeteksen hoidonohjaus. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Haapa, E. Huhtanen, J. Ilanne-Parikka, P. & Kokkonen, L. 2000. Ikäihmisen diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Haikola, R. & Karppinen, A. 2009. MBO- poliklinikan asiakkaiden kokemukset saamastaan elämäntapamuutosten hoidonohjauksesta Lieksan terveystieteiden keskuksessa. AMK- opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Hannula, E. 2006. Hoidonohjaus aluesairaalan diabetespoliklinikalla. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Heikkilä T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heinonen, K. 2005. Aikuistyyppin diabetes & liikunnan matkaopas. Tampere: Hämeen Kirjapaino Oy.
- Heinonen, K., Heinonen, L., Huhtanen, J., Kallioniemi, V., Kokkonen, L. & Turku, R. 2007. Tyypin 2 diabetes. Jyväskylä: Gummerus.
- Heinonen, L. 2011. Miten painoa hallitaan? Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönne-
maa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 153-154.
- Heinonen, L. 2009. Painonhallinta ja diabetes. . Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönne-
maa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 149- 151.
- Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ilanne-Parikka P. 2011a. Liikunta. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönne-
maa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 180.
- Ilanne- Parikka, P. 2011b. Kohonneen verensokerin lääkehoito tyypin 2 diabeetikol-
la. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönne-
maa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabe-
tes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 224-227.

Ilanne- Parikka, P. 2011c. Päihteet ja diabetes. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 207- 214.

Kaisanlahti, A. 2012. Kohti yksilöllisempää diabeteksen hoitoa. Diabetes 5, 10-11.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karakurt, P. & Kasikci, MK. 2011. The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self- care. International Journal of Nursing Practice 2012: 18, 170-179.

Koski, S. 2011. Diabetesbarometri 2010. Suomen diabetesliitto ry. Kehitys Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypä hoito 2013. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Viitattu 4.4.2014.

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

Käypä hoito. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. 2013. Viitattu 17.12.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00796>

Käypä hoito- suositus, diabetes. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Viitattu 20.8.2013.

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

Käypähoito- suositus, lihavuus. 2013. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Viitattu 26.2.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi24010>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laaksonen, H. 2007. Sairaanhoitajiksi ja terveydenhoitajiksi valmistuvien tiedot ja käsitykset diabeetikon hoidonohjauksesta. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.2.2014.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/826/Laaksonen_Heli.pdf?sequence=1

Lindroos, L. 2009. Miten alkoholia kannattaa käyttää. Viitattu 18.2.2014.

<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>.

Lindstedt, E. 2012. Kvantitatiivinen tutkimus excelillä. Opetusmateriaali satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan oppilaitos. Kevät 2013.

- Lyytinen, M. 2011. Tienviittoa diabeteksen hyvään hoitoon. Suomen Diabetesliitto ry. Kehitys Oy.
- Manner, T. 2012. Jokaiselle Tyypin 2 diabeetikolle oma tavoite. Diabetes 9, 16- 17.
- Mäkelä, E. 2011. Tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevä hoidonohjaus- riskipotilaiden kokemukset. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.1.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201102282739>
- Mäki-Kala, S. 2011. Diabetespotilaiden käsityksiä hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.2. 2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011120116818>
- Neittamo, H. 2013. Osastonhoitaja, Porin Perusturva. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto. 27.8.2013.
- Niskanen, L. 2011. Liikunta metabolisessa oireyhtymässä ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 174.
- Peltola, M. 2010. Lääkärin ja tyypin 2 diabeetikon välisen viestintäsuhteen merkitys omahoidon onnistumisprosessissa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.2.2014. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-21780>
- Porin kaupungin www-sivut. 2013. Viitattu 9.5.2013. <http://www.pori.fi>
- Rauman kaupungin www- sivut. 2013. Viitattu 9.5.2013. <http://www.rauma.fi>
- Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. ja Simonen, R. (toim.). 2008. Diabeetikon hoidon ohjaus. Keuruu: Tammi.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125, 2355- 2357. Viitattu 21.5.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>
- Ruuskanen, E. & Majala- Eklund, A. 2009. Suola. Teoksessa E. Aro (toim.) Diabetes ja ruoka. Jyväskylä: Gummerus, 120- 122.
- Rönnemaa, T. 2011. Liikunta tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 174-175.
- Rönnemaa, T. 2009. Liikunta tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 172- 173.
- Seppänen, S. & Alaluhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita.
- Suomen Diabetesliitto ry. 2011. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Dehko- raportti. Kehitys Oy.
- Suomen diabetesliitto ry. 2007. Diabetes ja ruoka. Jyväskylä: Gummerus.

Suomen diabetesliitto ry 2003. Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä. DEHKO – raportti 2003:3, Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit. Tampere.

Träskelin, E. 2000. Porilaisten diabeetikoiden hoitotasapaino, hoidon seurannan toteutuminen ja mielipiteet hoitotarvikejakelusta. AMK- opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Valle, T. 2010. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009-2010. DEHKO-raportti 2010:5. Diabetesliitto. Viitattu 10.5.2013.
http://www.diabetes.fi/files/1488/DEHKO-raportti_2010_5_Diabeetikkojen_hoitotasapaino_Suomessa_vuosina_2009-2010.pdf

Vertainen- Hiironen, A. 2013. Ylihoitaja, Rauman avoterveydenhuolto. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto. 26.9.2013.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

LIITE 1

Hyvä vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Satakunnan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä tyypin 2 diabeetikoiden hoidonohjauksesta ja omahoidon toteutumisesta. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaisia kokemuksia tyypin 2 diabeetikoilla on saamastaan hoidonohjauksesta koskien omahoitoa ja miten diabeetikot toetuttavat omahoitoaan ja mitä tietävät omahoidon toteuttamisesta. Työn tavoitteena on kehittää entisestään hoidonohjausta.

Kyselyt jaetaan diabeteshoitajien vastaanotolla Rauman terveyskeskuksessa, Itä-Porin lähipalvelukeskuksessa, Pohjois-Porin terveysasemalla ja Porin pääterveysasemalla asioiville tyypin 2 diabeetikoille. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaaminen on vapaaehtoista. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kyselylomakkeisiin voi vastata marras- ja joulukuussa 2013.

Opinnäytetyö valmistuu kesäkuuhun 2014 mennessä ja se julkaistaan Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyökokoelmassa sähköisenä versiona.

Sinun vastauksesi on erittäin tärkeä tutkimuksen onnistumisen, tavoitteen ja luotettavuuden kannalta. Vastaamalla kaikkiin kysymyksiin tietojen käsittely ja analysointi helpottuu. Vastattuasi kyselyyn, palauta se sille varattuun laatikkoon tai diabeteshoitajalle.

Suuret kiitokset vastauksistasi!

Ystävällisin terveisin, Kati Huttunen ja Anna Jäppinen

Olemme saaneet opinnäytetyöhön asianmukaisen luvan Rauman ja Porin kaupungilta. Opinnäytetyötämme ohjaa lehtori Elina Lahtinen.

Mikäli sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstämme, voitte olla yhteydessä meihin.

kati.huttunen@ [REDACTED] tai anna.jappinen@ [REDACTED]

LIITE 2

TYYPIN 2 DIABETEKSEN OMAHOITO OSANA HOIDONOHJAUSTA

Tämä kyselylomake on jaettu neljään eri osioon

- I: Taustatiedot
- II: Omahoidon toteutus
- III: Kokemukset hoidonohjauksesta
- IV: Diabetestietous

Tässä tutkimuksessa **omahoidolla** tarkoitetaan kaikkea diabeetikon **itse toteuttamaa hoitoa**, jolla pyritään saavuttamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu.

Hoidonohjaus tarkoittaa **diabeteshoitajan** vastaanotolla saatua neuvontaa, ohjausta ja tietoa.

I. TAUSTATIEDOT

Ole hyvä ja ympyröi sopivin vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Sukupuoli</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Nainen (fr 39) 2. Mies (fr 46) | <p>4. Diabeteksen hoitomuoto
(Voit valita useamman vaihtoehdon)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. dieettihoito (fr 5) 2. tablettihoito (fr 48) 3. tabletti/ insuliinihoito (fr 22) 4. insuliinihoito (fr 9) |
| <p>2. Ikä</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 20- 39 vuotta (fr 1) 2. 40- 59 vuotta (fr 13) 3. 60- 79 vuotta (fr 69) 4. 80 vuotta tai yli (fr 1) | <p>5. Pituus _____ (fr 85)</p> |
| <p>3. Olen sairastanut diabetesta</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. alle vuoden (fr 2) 2. 1- 5 vuotta (fr 31) 3. 6- 15 vuotta (fr 33) 4. yli 15 vuotta (fr 16) | <p>6. Paino _____(fr 84)</p> <p>7. Vyötärön ympäryys _____(fr 27)</p> <p>8. Painoindeksi (BMI) _____(fr 84)</p> |

- | | |
|---|--|
| <p>9. Kokonaiskolesteroliarvo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alle 5,0 (fr 43) 2. 5,0 tai yli (fr 29) 3. en osaa sanoa (fr 10) <p>10. HDL- kolesteroli (hyvä kolesteroli)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alle 1,1(fr 14) 2. 1,1 tai yli (fr 39) 3. en osaa sanoa (fr 23) <p>11. LDL- kolesteroli (huono kolesteroli)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alle 2,6 (fr 27) 2. 2,6 tai yli (fr 20) 3. en osaa sanoa (fr 27) | <p>12. Verenpaine tavallisesti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alle 130/80 (fr 19) 2. 130/80- 140/90 (fr 62) 3. yli 140/90 (fr 4) 4. en osaa sanoa (fr 1) <p>13. Paastoverensokeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4- 7 mmol/l (fr 60) 2. yli 7 mmol/l (fr 16) 3. en osaa sanoa (fr 7) <p>14. Pitkäaikaisverensokeri eli sokerihemoglobiini (HbA1c)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. alle 7 % (fr 45) 2. 7 % tai yli (fr 21) 3. en osaa sanoa (fr 13) |
|---|--|
-

II. OMAHOIDON TOTEUTUS

Ole hyvä ja ympyröi sopivin vaihtoehto

15. Harrastan liikuntaa
1. harvemmin kuin kerran viikossa (fr 10)
 2. 1-2 kertaa viikossa (fr 33)
 3. 3-5 kertaa viikossa (fr 34)
 4. yli 5 kertaa viikossa (fr 9)
16. Harrastan kevyttä liikuntaa (sisältää hyötyliikunnan)
1. en lainkaan (fr 4)
 2. alle 1h viikossa (fr 13)
 3. 1h- 2h 30min viikossa (fr 40)
 4. yli 2h 30min viikossa (fr 28)
17. Harrastan hikiliikuntaa
1. en lainkaan (fr 36)
 2. alle 30min viikossa (fr 23)
 3. 30min- 1h 15min viikossa (fr 13)
 4. yli 1h 15min viikossa (fr 13)
18. Liikunnan määrä diabetekseen sairastumisen jälkeen on
1. vähentynyt (fr 9)
 2. pysynyt ennallaan (fr 39)
 3. lisääntynyt vähän (fr 26)
 4. lisääntynyt paljon (fr 12)

Arvioi, miten seuraavat asiat toteutuvat ruokavaliossasi. Ympyröi sopivin vaihtoehto.

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Melko hyvin	Erittäin hyvin
19. Syön säännöllisesti	fr 0	fr 9	fr 63	fr 14
20. Huomioin ravinnossani sopivan hiilihydraatti määrän	fr 2	fr 32	fr 45	fr 3
21. Huomioin ravinnossani sopivan rasvan määrän	fr 3	fr 20	fr 53	fr 11
22. Huomioin ravinnossani sopivan rasvan laadun (eläin- ja kasvisrasvat)	fr 1	fr 29	fr 43	fr 13
23. Huomioin ravinnossani sopivan suolapitoisuuden	fr 3	fr 20	fr 48	fr 14
24. Ravitsemustottumukseni ovat diabetekseen sairastumisen jälkeen				
1. huonontuneet (fr 1)				
2. pysyneet ennallaan (fr 23)				
3. parantuneet jonkin verran (fr 49)				
4. parantuneet huomattavasti (fr 13)				
25. Painoni on diabetekseen sairastumisen jälkeen				
1. noussut (fr 14)				
2. pysynyt ennallaan (fr 33)				
3. laskenut jonkin verran (fr 32)				
4. laskenut huomattavasti (<i>huomattava painon lasku on 10 % painosta</i>) (fr 7)				
26. Diabeteksen omahoitoni on auttanut liitännäissairauksien hoidossa				
1. ei lainkaan (fr 8)				
2. jonkin verran (fr 40)				
3. huomattavasti (fr 9)				
4. minulla ei ole liitännäissairauksia (fr 19)				
27. Noudatan annettuja lääkehoito- ohjeita				
1. en koskaan (fr 0)				
2. satunnaisesti (fr 1)				
3. melkein aina (fr 19)				
4. aina (fr 64)				
5. minulla ei ole lääkehoitoa (fr 2)				
28. Tupakointini on diabetekseen sairastumisen jälkeen				
1. en tupakoi (fr 77)				
2. vähentynyt hieman (fr 4)				
3. vähentynyt huomattavasti (fr 2)				
4. pysynyt ennallaan (fr 2)				
5. lisääntynyt (fr 0)				

29. Juon alkoholia

1. en lainkaan (fr 38)
2. 1- 7 annosta viikossa (fr 40)
3. 8- 16 annosta viikossa (fr 5)
4. 17- 24 annosta viikossa (fr 2)
5. yli 24 annosta viikossa (fr 0)

(Yksi annos on esimerkiksi viinilasi (12 cl), pieni (0,33 l) keskiolut- tai siideripullo, annos väkevää viiniä (8 cl) tai annos viinaa (4 cl). Lähde: paihdelinkki.fi)

30. Alkoholin käyttöni on diabetekseen sairastumisen jälkeen

1. en käytä alkoholia (fr 33)
2. vähentynyt hieman (fr 12)
3. vähentynyt huomattavasti (fr 17)
4. pysynyt ennallaan (fr 23)
5. lisääntynyt (fr 0)

III. HOIDONOHJAUS

Ole hyvä ja ympyröi sopivin vaihtoehto

31. Olen laatinut omahoidon tavoitteet hoidonohjauksessa

1. En lainkaan (fr 16)
2. Yksin (fr 9)
3. Yhdessä hoitajan kanssa (fr 56)

Jos vastasit ”En lainkaan”, siirry kysymykseen 45

Onko hoidonohjauksessa laadittu tavoitteet:

	Kyllä/ Ei	
32. Liikkumiselle	fr 38 / fr 13	
33. Ruokailutottumuksille	fr 46 / fr 6	
34. Suolan käytölle	fr 39 / fr 11	
35. Rasvan käytölle	fr 45 / fr 7	
36. Painon hallinnalle	fr 43 / fr 6	
37. Päihteiden käytön vähentämiselle	fr 21 / fr 22	
38. Lääkehoidolle	fr 43 / fr 11	
39. Verensokeriarvoille	fr 49 / fr 5	
40. Verenpainearvoille	fr 46 / fr 8	
41. Kolesteroliarvoille	fr 42 / fr 9	
		Kyllä/ Ei
42. Ovatko omahoidon tavoitteesi realistiset?	fr 51 / fr 2	
43. Auttavatko asettamasi tavoitteet omahoidon onnistumisessa?	fr 47 / fr 5	
44. Tarkistetaanko tavoitteiden saavuttamista hoidonohjauksessa?	fr 45 / fr 4	

Olen saanut ohjausta seuraavista asioista:	En lainkaan	Jonkin ver- ran	Paljon
45. Liikunnasta	fr 10	fr 50	fr 13
46. Ruokavaliosuosituksista	fr 1	fr 53	fr 27
47. Painonhallinnasta	fr 2	fr 50	fr 23
48. Tupakoinnin haitoista	fr 28	fr 13	fr 21
49. Alkoholin käytöstä	fr 21	fr 25	fr 16
50. Lääkehoidosta	fr 3	fr 33	fr 39
51. Verensokerin mittaamisesta	fr 2	fr 36	fr 44
52. Verenpaineen seurannasta	fr 4	fr 40	fr 38
53. Liitännäissairauksista	fr 10	fr 45	fr 17
54. Tukipalveluista (<i>sis. mm. tarvikejakelu, vertaistuki</i>)	fr 11	fr 38	fr 24

Onko hoidonohjauksessa keskusteltu:

	Ei lainkaan	Jonkin ver- ran	Paljon
55. Henkisestä hyvinvoinnista	fr 24	fr 41	fr 8
56. Elämisestä diabeteksen kanssa	fr 6	fr 53	fr 17
57. Omahoidon toteuttamisesta	fr 7	fr 44	fr 25
58. Ongelmatilanteista selviytymisestä	fr 22	fr 44	fr 7

Oletko saavuttanut asettamasi tavoitteet: (*Jos tavoitteita ei ole asetettu, siirry kohtaan 68*)

	Kyllä	Osittain	En
59. Liikunnassa	fr 23	fr 31	fr 6
60. Ruokailutottumuksissa	fr 20	fr 35	fr 5
61. Suolan käytössä	fr 31	fr 24	fr 5
62. Rasvan käytössä	fr 26	fr 31	fr 3
63. Painon hallinnassa	fr 25	fr 25	fr 9
64. Päihteiden käytössä	fr 29	fr 18	fr 0
65. Lääkehoidossa	fr 38	fr 14	fr 1
66. Verensokeriarvoissa	fr 30	fr 23	fr 5
67. Verenpaine-arvoissa	fr 33	fr 27	fr 3

68. Arvioidaanko omahoidon toteutumista hoidonohjauksessa? Kyllä/ Ei
fr 39/ fr 10

69. Diabetekseni hoitotasapaino on mielestäni Hyvä/Keskinkertainen/Huono
fr 34 / fr 25 / fr 0

IV. DIABETESTIETOUS

Ole hyvä ja ympyröi O ”oikein” tai V ”väärin”

	O/ V
70. Diabeetikolle suositeltava verenpainearvo on 150/90mmHg	fr 56/ fr 14
71. Diabeetikon kokonaiskolesterolin arvo tulee olla alle 5mmol/l	fr 66/ fr 4
72. HDL- kolesterolin tulee olla alle 1,1mmol/l	fr 23/ fr 32
73. LDL- kolesterolin tulee olla alle 2,6mmol/l	fr 47/ fr 8
74. Paastoverensokerin tulee olla alle 7	fr 68/ fr 4
75. Pitkäaikaisverensokeri (HbA1c) ei saa olla yli 7 %	fr 59/ fr 10
76. Painoindeksi (BMI) 27- 29 on normaali	fr 23/ fr 24
77. Vyötärön ympäryksen tulee olla 90cm(naiset) - 100cm(miehet)	fr 16/ fr 45
78. Kevyttä liikuntaa tulisi harrastaa viikossa vähintään 1 h 15min	fr 16/ fr 53
79. Hikiliikuntaa tulisi harrastaa viikossa vähintään 1 h 15min	fr 54/ fr 11
80. Yleiset ravitsemussuositukset sopivat myös diabeetikolle	fr 51/ fr 15
81. Diabeetikon tulee syödä viisi kertaa päivässä	fr 63/ fr 6
82. Alkoholin kohtuukäytön maksimirajat ovat viikossa 16 annosta (naiset) ja 24 annosta (miehet)	fr 20/ fr 42
83. Tupakoinnista on haittaa diabeteksen hoitotasapainon saavuttamisessa	fr 62/ fr 6

LÄMMIN KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI!

Diabetestietous, oikeat vastukset

70. Suositeltava verenpaine arvo diabeetikoilla on korkeintaan 130/80 mmHg
71. Kokonaiskolesterolin arvo tulee olla alle 5 mmol/l
72. HDL- kolesteroli tulee olla enemmän kuin 1.1 mmol/l
73. LDL- kolesteroli tulee olla pienempi kuin 2,6 mmol/l
74. paastoverensokerin tulee olla 4-7 mmol/l
75. Pitkäaikaisverensokeri tulee olla pienempi kuin 7%
76. Normaali painoindeksi on 25 ja sen alle
77. Vyötärön ympäryys tulee olla naisilla 80cm tai alle ja miehillä 90cm tai alle
78. Kevyttä liikuntaa tulisi harrastaa viikossa vähintään 2h 30 min
79. Hikiliikuntaa tulisi harrastaa viikossa yli 1h 15min
80. Yleiset ravitsemussuositukset sopivat diabeetikolle
81. Diabeetikon tulee syödä 5 kertaa päivässä
82. Alkoholin kohtuukäytön maksimirajat ovat viikossa naisilla 16 annosta ja miehillä 24 annosta
83. Tupakoinnista on haittaa diabeteksen hoitotasapainon saavuttamisessa

KIITOKSIA SINULLE KYSELYYN OSALLISTUMISESTA!

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimisto
Sosiaali- ja terveystoiminnanjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
11.11.2013

215/2013

Muut asiat

OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus: Tyypin 2 diabeetikoiden omahoito osana hoidonohjausta

Hakija: Huttunen Kati
Koivuhaankatu 2
26200 Rauma

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen allekirjoitus

Antti Parpo
Sosiaali- ja terveystoiminnanjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 20.11.2013

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto asianosaiselle

Tämä päätös on
 lähetetty tiedoksi mainituille

Tämä päätös on
 annettu tiedoksi mainituille

Päiväys 12.11.2013

Tiedoksiantaja

Marja Laasonen

Otto-oikeus

Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.


Oikaisuvaatimus-ohjeet

Oikaisuvaatimusviranomaisen
Sosiaali- ja terveystoiminnanjohtaja
PL 283
26101 Rauma

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN
 TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA
 PÄÄTÖS**

Opinnäytetyön tekijää/tekijöitä koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Jäppinen Anna ja Huttunen Kati
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta ja koulutusohjelma
	Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja Perusturvakeskuksen palveluksessa
	<input type="checkbox"/> Kyllä, missä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
	Kotiosoite Hartikkalantie 18, 26800 Laitila, Jäppinen Anna Koivuhaankatu 2, 26200 Rauma, Huttunen Kati
Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Satakunnan ammattikorkeakoulu, Rauma	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi Tyypin 2 diabeteksen omahoito osana hoidonohjausta
Lupahakemuksen valmistelua koskevat tiedot	Valmistelija ;Suku- ja etunimi/virka/toimi /Sähköpostiosoite/puh/gsm
	Neittamo Heidi, puh 044701 8929
	Lupahakemus saapunut (pp.kk.vvvv)
	19.11.2013 (Anne-Marie Korsgrund-Rauvola saanut kirjallisen materiaalin Heidi Neittamolta)
	Yhteyshenkilön nimeäminen tarvittaessa
	Neittamo Heidi
	Opinnäytetyön raportointi
	<input checked="" type="checkbox"/> Valmis raportti toimitetaan sähköisesti luvan valmistelijalle (liite 2)
	<input type="checkbox"/> Työ esitetään <input type="checkbox"/> palvelualueen työryhmässä <input checked="" type="checkbox"/> osastokokouksessa <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä
	muuta; opiskelijat saaneet luvan opinnäytetyön suorittamiseen Raumalla avoterveydenhuollon vastuulihoitajalta ilman eettisen toimikunnan lausuntoa vaikka kyseessä potilaisiin kohdistuva opinnäytetyö ja ovat jo alkaneet kyselytutkimuksen teon. Porissa opinnäytetyö suuntautuu terveys- ja hyvinvointipalveluihin, joten luvan antaa Esko Karra. Heidi Neittamo toiminut yhdyshenkilönä työn suunnittelussa
9.12.2013	
Päiväys Anne-Marie Korsgrund-Rauvola	
valmistelija perusturvakeskuksessa	
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA
PÄÄTÖS**

	Tutkimusluvan alkamispäivä
	Tutkimusluvan päättymispäivä
	Päiväys 10.12.2013
	Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys  ESKO KARRA