

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2014

Raija Kannisto

LAPSIDIABEETIKON HOIDONOHJAUSMATERIAALI JA -MALLI

– Päiväkotien ja koulujen henkilöstö



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveystieteiden | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyön kesäkuu 2014 | 71 sivua + 6 liitettä

Ohjaaja Raija Nurminen

Raija Kannisto

LAPSIDIABEETIKON HOIDONOHJAUSMATERIAALI JA -MALLI – Päiväkotien ja koulujen henkilöstö

Suomessa sairastuu vuosittain noin 600 alle 15-vuotiasta lasta diabetekseen. Olennainen hoito on puuttuvan insuliinin korvaaminen pistoksina tai insuliinipumpun kautta. Esiopetuksessa olevat ja koululaiset 3-4-luokkalaisiin saakka tarvitsevat monipuolisesti aikuisen tukea diabeteksen hyvään hoitoon. Lapsidiabeetikon hoidon ohjausprosessissa sairaanhoitajan rooli on olla hoitotyön asiantuntija. Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, sitten suunnitellaan ohjauksen kulku ja toteutetaan ohjaus. Lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Laadukkaan ohjausmateriaalin käyttö takaa tasalaatuisen lapsidiabeetikon hoidonohjauksen päiväkotien ja koulujen henkilöstölle.

Tämä kehittämisprojekti tukee Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) Vakka-Suomen sairaalan strategiassa vuosille 2012-2015 määriteltyä päämäärää: osaava ja hyvinvoiva henkilöstö. Kehittämisprojekti on osa Tyks Vakka-Suomen sairaalan toiminnan ja rakenteiden kehittämisprojektiä. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli tukea Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia lapsidiabeetikkojen hoidonohjauksessa. Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä sekä laatia kuvaus siitä, miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa.

Kehittämisprojektissa luotiin lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali ja -malli, jotka tullaan ottamaan Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikan käyttöön. Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali koostuu seuraavista aihealueista: tyyppin 1 diabetes, verensokerin mittaus, insuliini, insuliinipistohoito, diabeetikon ravitsemus, diabetes ja liikunta, diabeetikkolapsi päiväkodissa sekä koulu ja diabetes. Lisäksi laadittiin ohjausprosessin toteutuksen kuvaus, demonstraatio- sekä ryhmäohjausmalli kertaluontoista ryhmäohjaustilaisuutta varten.

Soveltavan tutkimuksen aineisto kerättiin havainnoimalla ja haastattelemalla sairaanhoitajaa (N=1) lapsidiabeetikon hoidon ryhmäohjaustilaisuudessa sekä kyselynä osallistujilta (N=5). Havainnoinnin kohteena olivat ilmapiiri, ohjaajan esiintymistaidot, ohjattavat sekä laatu. Haastattelun teemoina olivat Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit. Ohjaustilanteen tärkeimmäksi osa-alueeksi osallistujat kuvailivat avoimen ilmapiirin. Osallistujat kokivat saaneensa ohjauksessa vastaukset heille tärkeisiin kysymyksiinsä. Sairaanhoitaja kuvaili ohjausmateriaalia selkeäksi, jossa asiakokonaisuudet oli tuotu esille yksinkertaisesti ja loogisesti.

ASIASANAT: Ohjaus, ohjausosaaminen, ohjausmalli, vuorovaikutus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Degree programme of Management and Leadership in Health Care

June 2014 | Total number of pages 71 + 6 appendices

Instructor Raija Nurminen

Raija Kannisto

INSTRUCTION MATERIAL AND MODEL FOR THE CARE OF A CHILD DIABETIC

- Daycare and school personnel

Around 600 children under the age of 15 are diagnosed with diabetes every year in Finland. The relevant treatment is supplying the missing insulin either with injection or through an insulin pump. Children in preschool and school children up to grades 3-4 need the diverse support of an adult for adequate treatment of diabetes. In the instructional process of a child diabetic's treatment the role of the nurse is to be an expert of nursing. The nature of an instruction process includes charting out the patient's needs, planning the process and finally executing it. Finally, the success and effectiveness of the instruction process are reviewed. The use of quality material ensures homogenous care guidance for diabetic children for school and daycare staff.

This development project supports the goal defined in the Turku University Central Hospital's (Tyks) Vakka-Suomi Hospital's strategy for 2012-2015: a capable and healthy personnel base. The development project is a part of Tyks Vakka-Suomi Hospital's functional and structural development project. The purpose of this development project was to support the nurses working at Tyks Vakka-Suomi Hospital's children's clinic in the care guidance of diabetic children. The project's goals was to devise the instructional material for the treatment of diabetic children for the use of the nurses working at the children's diabetes clinic so that they could use it to educate daycare and school staff and also to create a description of how the instruction process is carried out in daycares and schools.

In the development project the instruction material and model for the treatment of a child diabetic was composed and will be adopted in to use in the Tyks Vakka-Suomi Hospital's children's diabetes clinic. The material consists of the following themes: Type 1 diabetes, measuring blood sugar levels, insulin, insulin injection treatment, nutrition of a diabetic, diabetes and exercise, a diabetic child in daycare and school and diabetes. In addition, a description of the execution of the guidance process, a demonstration and a group council model for a one-time group instruction class were devised.

The material for the applied research was gathered by observing and interview a nurse (N=1) in a child diabetic's treatment's group instruction session and as a survey from participants (N=5). The focuses of the observation were atmosphere, the instructor's presentation skills, participants and quality. The theme of the interview was the criteria for good interaction. As the most important area of the session the participants listed the open atmosphere. They felt they had received answers to the questions most important to them. The nurse described the instruction material with clarity and the points were brought up straightforwardly and logically.

KEYWORDS: Guidance, instructional capability, instructional model, interaction

SISÄLTÖ

1 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
1.1 Kohdeorganisaatio	8
1.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	9
1.3 Kehittämiprojekti prosessina	10
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	14
2.1 Lasten diabetes	14
2.2 Lasten diabeteksen hoito	15
2.3 Hypoglykemia eli matala verensokeri	17
2.4 Ravitsemushoito	18
2.5 Terveydenhuollon yhteistyö päiväkodin ja koulun kanssa	19
3 OHJAUS, OHJAUKSEN ETIIKKA JA OHJAUSPROSESSI	22
3.1 Ohjaus	22
3.2 Ohjauksen etiikka ja prosessi	23
3.3 Ohjaajan taidot	25
3.4 Dialogi ohjauksessa	26
3.5 Sanaton ja sanallinen viestintä	26
3.6 Kirjalliset ohjeet	27
4 OHJAUSMENETELMÄT	30
5 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TOTEUTUS	33
5.1 Tutkimuksellisen osan tavoite ja tutkimuskysymykset	33
5.2 Aineiston keruu	33
5.3 Tutkimusmenetelmät	35
5.3.1 Havainnointi	35
5.3.2 Haastattelu	36
6 AINEISTON ANALYSOINTI	38
7 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TULOKSET	39
7.1 Havainnoinnin tulokset	39
7.2 Haastattelun tulokset	48
7.3 Keskeiset tulokset	51

8 TUTKIMUKSELLISEN OSAN POHDINTA	52
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	52
8.2 Tulosten tarkastelu	54
9 OHJAUSMALLIT	57
9.1 Ohjausprosessin vaiheet	57
9.2 Demonstraatio-ohjausmalli	60
9.3 Ryhmäohjausmalli	62
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	64
LÄHTEET	67

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustiedote
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Suostumus tutkimukseen
- Liite 4. Ohjaustilanteen havainnointirunko
- Liite 5. Teemahaastattelu
- Liite 6. Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali

KUVAT

Kuvio 1. Kehittämisprojekti prosessina	12
Kuvio 2. Ohjausprosessin vaiheet	48
Kuvio 3. Demonstraatio-ohjausmalli	50
Kuvio 4. Ryhmäohjausmalli kertaluontoiselle ryhmälle	52

JOHDANTO

Suomessa sairastuu vuosittain noin 600 alle 15-vuotiasta lasta diabetekseen. Vuonna 2008 diabetesta sairastavia esiopetuksen aloittajia ja perusopetuksen ensimmäisen vuosiluokan oppilaita oli 435. Alle kouluikäisiä diabeetikoita oli noin 750. Lasten diabetes on lähes yksinomaan tyyppin 1 diabetesta, joka on insuliinin vähenevästä tai puuttuvasta erityksestä johtuva energia-aineenvaihdunnan häiriö. Olennainen hoito on puuttuvan insuliinin korvaaminen pistoksina tai insuliinipumpun kautta. Hoito toteutetaan omahoitona lapsen ja vanhempien toimesta diabetesyksikön ohjeiden tukemana. Tämä omahoito tarkoittaa insuliinin annostelua, verensokerimittauksia, ruoka-annosten arviointia, välipaloja sekä liikunnasta johtuvaa lisäruuan tarvetta hoitomallista riippuen. (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2010, 16.)

Tyyppin 1 diabeteksen insuliinihoito on vajaan vuosikymmenen aikana edistynyt ja tämä on heijastunut myös diabetesta sairastavien lasten hoidon ohjaukseen. Merkittävin muutos on ollut muunneltujen insuliinimolekyylien eli insuliinianalogien tulo kliiniseen käyttöön. Diabetekseen sairastumisen lisääntyminen sekä uudet hoitomuodot lisäävät lasten diabetesohjauksen tarvetta päiväkodeissa ja kouluissa. Onnistuneeseen ohjaukseen tarvitaan ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia. Ohjauksen rakenteellisilla tekijöillä, kuten ympäristöllä ja välineistöllä, on suuri merkitys tavoiteltuun lopputulokseen pääsemisessä.

Ohjaaminen hoitotyössä on sidoksissa laajaan lakien, ammattikäytänteiden sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkostoon (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 12). Kansanterveyslaki käsittelee terveysneuvontaa, terveystarkastuksia, neuvontaa, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Ohjauksen periaatteita ei tässä laissa määritellä. Erikoissairaanhoidon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen osia ovat muun muassa neuvonta sekä sopeutumisvalmennus ja ohjaustoiminta. (Kyngäs ym. 2007, 14.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua. Asiakkaalle koituvaa hyötyä lisäävät hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi. (Kyngäs ym. 2007, 17.)

Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja siihen vaikuttavat ohjattavan ja ohjaajan kontekstit sekä ohjaajan ihmiskäsitys (Jaakonsaari 2009, 8-9). Hoitoalan

työntekijät joutuvat ohjaamaan asiakkaitaan lähes päivittäin. Motivoituneella hoitajalla on kaikki tarvittavat tiedolliset ja taidolliset valmiudet ohjaamiseen. Ohjaajan oma persoonallisuus, minäkuva ja ihmiskäsitys määrittävät hänen toimintaansa. Myös mielikuva ohjaamisesta ja oppimisesta vaikuttavat ohjaajan toimintaan. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2004, 234.) Jokaisella ohjausprosessilla on omat erityispiirteensä, mikä edellyttää myös hoitajalta oppimista. Ohjauksen täytyy pohjautua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. (Kääriäinen 2008, 13.)

Tässä kehittämisprojektissa luotiin lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali ja -malli, joilla Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikan sairaanhoitajat ohjaavat päiväkotien ja koulujen henkilökuntaa. Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali koostuu seuraavista aihealueista: tyypin 1 diabetes, verensokerin mittaus, insuliini, insuliinipistohoito, diabeetikon ravitsemus, diabetes ja liikunta, diabeetikkolapsi päiväkodissa sekä koulu ja diabetes. Lisäksi laadittiin lapsidiabeetikon hoidonohjausprosessin vaiheet sekä demonstraatio- ja ryhmäohjausmalli kertaluontoiselle ryhmälle.

Nykykäytännön mukaan lasten diabeteksen hoidonohjaus, suunnittelu ja seuranta on keskitetty erikoissairaanhoidon. Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla toimii kaksi sairaanhoitajaa ja lastentautien erikoislääkäri. Lasten diabetespoliklinikan sairaanhoitaja vastaa päiväkotien ja koulujen henkilökunnan lapsidiabeetikon hoidonohjauksesta.

Uudenkaupungin päivähoito tarjoaa 0-6-vuotiaille lapsille hoitoa, varhaiskasvatusta ja -opetusta sekä kuusivuotiaille perusopetuslain mukaista esiopetusta. Uudessakaupungissa toimii seitsemän kunnallista ja kaksi yksityistä päiväkotia. Päiväkodin toiminnasta vastaa ammattitaitoinen ja koulutettu henkilökunta (Uusikaupunki 2012.) Lapsidiabeetikon hoidonohjaukseen osallistuvat lastenhoitajat, avustajat, opettajat ja keittiöhenkilökunta.

Uudessakaupungissa on kuusi peruskoulua (Uusikaupunki/Opetus ja koulutus.) Koulujen henkilökunnasta lapsidiabeetikon hoidon ohjaukseen voivat osallistua rehtori, opettaja/opettajat, koulunkäyntiavustajat ja keittiöhenkilökunta. Kouluterveydenhuoltoon kuuluvat terveydenhoitaja ja lääkäri. Kouluterveydenhuolto tekee yhteistyötä muun muassa muun oppilashuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa diabetesta sairastavan oppilaan tuen järjestämiseksi. (STM 2010, 12.)

1 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

1.1 Kohdeorganisaatio

Kehittämiprojektin kohdeorganisaatio oli Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikka. Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastentautien poliklinikka toimii lähete- ja näyttöpoliklinikkana. Lastenpoliklinikalla annetaan palveluja lapsille ja nuorille (0-16v.) lastentautien erikoisaloilla. Suurimman ryhmän muodostavat astma, erilaiset allergiat ja diabetes. Lastenpoliklinikka toimii kahtena päivänä viikossa: maanantaisin ja torstaisin. Henkilökuntaan kuuluvat lastentautien erikoislääkäri ja kaksi sairaanhoitajaa. Hoitotyön arvot pohjautuvat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) arvoihin, joita ovat perhekeskeisyys (potilaslähtöisyys), oikeudenmukaisuus sekä jatkuva uudistuminen (osaamisen varmistaminen). (Tyks Vakka-Suomen sairaala 2013.)

Tyks Vakka-Suomen sairaalan väestöpohja on noin 33000 asukasta. Kesäisin väestöpohja nousee jopa yli 50000 asukkaaseen. Sairaala työllistää noin 150 sairaalan omaan henkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Vuodeosastopaikkoja on 36. Kirurgian osastolla on 14 vuodeosastopaikkaa ja sisätautien osastolla on 19 vuodeosastopaikkaa. Valvontaosaston hoitopaikkoja on kolme, jotka on sijoitettu jatkuvasti päivystävän ensiapupoliklinikan yhteyteen. Sairaala tarjoaa avohoidon palveluja polikliinisesti. Nämä ovat: yleiskirurgia, ortopedia, gastroenterologinen kirurgia, sisätaudit, sisätautien gastroenterologia, urologia, naisten taudit, lastentaudit, korvataudit, syöpätaudit, reumasairaudet, neurologia, keuhkosairaudet ja fysiatria. Lisäksi sairaalassa on gastroenterologian ja gardiologian yksiköt, dialyysiyksikkö, ensiapupoliklinikka, laboratorio ja kuvantamispalvelut. (VSSHP 2012, 25).

Tyks Vakka-Suomen sairaalalla on oma virkamiesjohto, joka on suoraan VSSHP:n johtajan alainen. Ylintä päätäntövaltaa käyttää VSSHP:n valtuusto ja hallitus. Sairaalalla on ohjausryhmä, joka koostuu kaupunkien ja kuntien virka-

miehistä sekä hallitusten ja kuntayhtymien puheenjohtajista. (Iire & Tanttu 2011, 10.)

VSSHP:n kuntayhtymä on yksi maamme 20 sairaanhoitopiiristä. Erikoissairaanhoitolain mukaan sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Sairaanhoitopiiri on vastuussa siitä, että erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Alueen kuntien sosiaalitoimen kanssa on yhteistyön oltava sujuvaa. VSSHP toimii 55 kunnan ja 24 terveyskeskuksen alueella. Alueella elää noin 460000 asukasta. VSSHP on toimintoiltaan maamme hajasijoitetuimpia. Tämä on ollut toisaalta voimavara, toisaalta se muodostaa riskin. (VSSHP 2006, 5-6.)

1.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin tavoitteena oli tukea Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia lapsidiabeetikkojen hoidonohjauksessa. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli laatia lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä. Päiväkotien ja koulujen henkilöstö koostuu kouluavustajista, lastenhoitajista, opettajista, rehtoreista sekä ravitsemushenkilöstöstä. Tämän lisäksi kehittämiprojektin tarkoituksena oli laatia ohjausmalli siitä, miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa.

Kehittämiprojektin päätulokset ovat:

1) Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä kirjallinen ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä.

2) Ohjausprosessin toteutuksen kuvaus.

1.3 Kehittämiprojekti prosessina

Kehittämiprojekti käynnistyi, kun Tyks Vakka-Suomen sairaala tarjosi projektia opinnäytetyön aiheeksi ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittaville opiskelijoille syksyllä 2013. Kehittämiprojektia varten koottiin projektiorganisaatio, joka muodostui projektipäälliköstä sekä ohjaus- ja projektiryhmästä. Projektin ohjaus- ja projektiryhmään kuuluivat samat henkilöt, joten erilliselle ohjausryhmälle ei katsottu olevan tarvetta. Projektiryhmän muodostivat projektipäällikkö, Tyks Vakka-Suomen sairaalan poliklinikan apulaisosastonhoitaja, lasten poliklinikan sairaanhoitaja sekä lastentautien ylilääkäri. Lisäksi projektiryhmään kuuluivat sairaalan suunnittelija, joka toimi myös projektipäällikön mentorina, suunnittelijan sijainen sekä yliopettaja Turun ammattikorkeakoulusta, joka toimi projektipäällikön tutorina. Projektiryhmä toimi projektipäällikön johdolla ja kokoontui viisi kertaa.

Kehittämiprojektin rajaus, aikataulu ja ohjausmateriaalin ohjausrunko suunniteltiin projektiryhmän ensimmäisessä tapaamisessa syyskuussa 2013. Prosessin alussa käytettiin runsaasti aikaa ohjausrungon teoreettisen tiedon hankintaan ja asiantuntijatapaamisiin, lisäksi kerättiin tietoa ohjauksesta ja ohjausmalleista. Projektipäällikkö tutustui Satakunnan keskussairaalan, Rauman aluesairaalan, Salon sairaalan sekä Tyks lasten ja nuorten klinikan, lasten diabetespoliklinikoilla toimivien sairaanhoitajien lapsidiabeetikoiden hoidonohjaukseen, joka suuntautuu päiväkotien ja koulujen henkilöstölle.

Projektipäällikön vastuulla oli projektin eteneminen sovitun aikataulun mukaisesti. Projektipäällikön tehtäviä kehittämiprojektissa olivat projektiorganisaation muodostaminen ja sen toiminnasta vastaaminen, projekti- ja tutkimussuunnitelman laatiminen ja tiedottaminen projektiryhmälle. (Silfverberg 2008, 50.)

Kehittämiprojekti oli kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa laadittiin lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikoiden hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä. Kehittämiprojektin ohjausmateriaalin laadinta perustui seuraaviin aiheisiin: lasten diabetes, lasten diabeteksen hoito, hypoglykemia eli matala veren-

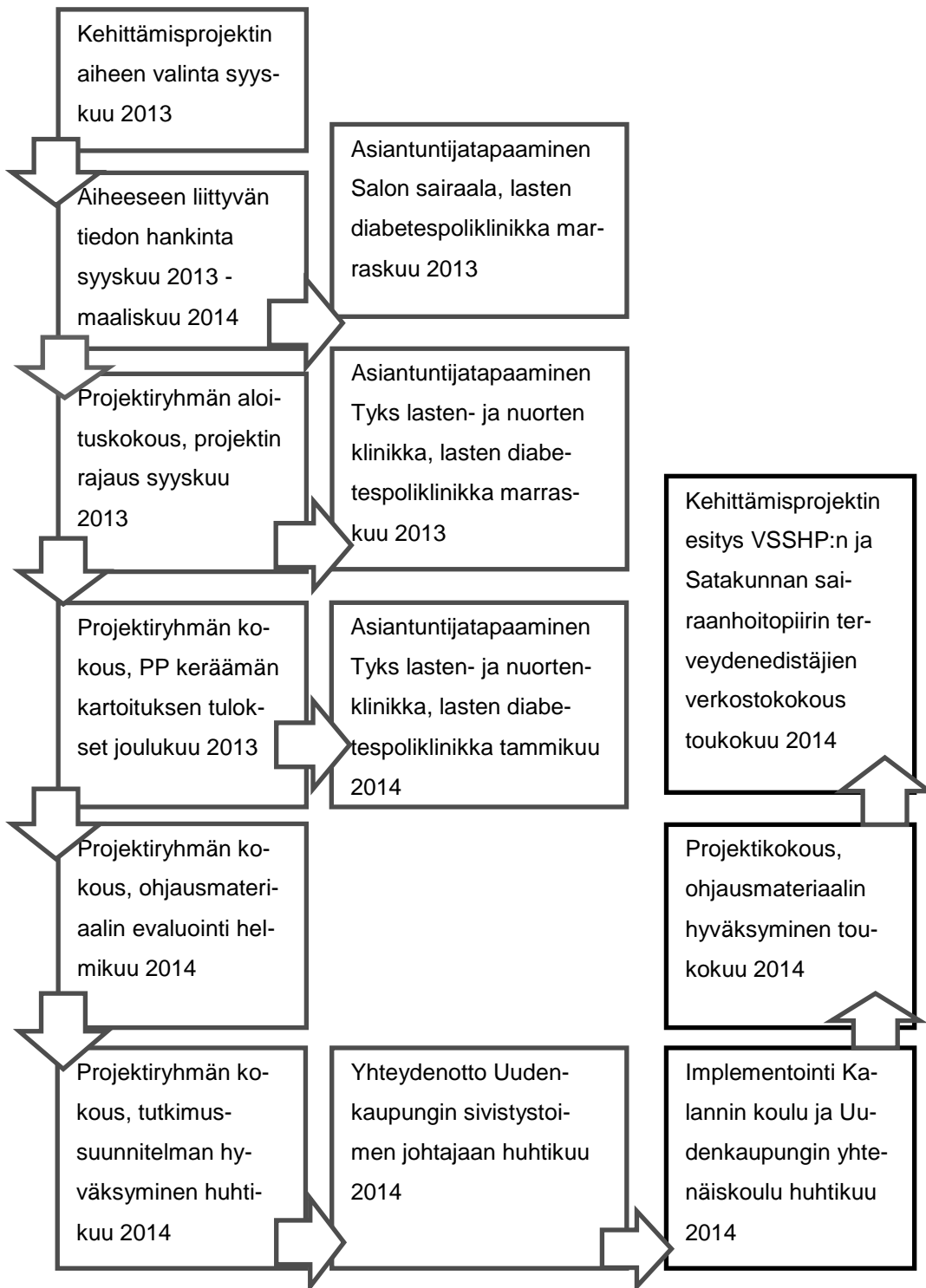
sokeri, ravitsemushoito sekä terveydenhuollon yhteistyö päiväkotien ja koulujen kanssa. Lisäksi ohjausprosessia varten tarvittiin tietoa lapsidiabetespotilaita ohjaavien sairaanhoitajien ammatillisesta osaamisesta haastattelemalla heitä ja havainnoimalla heidän toteuttamiaan ohjaustilanteita. Ohjausmateriaali tarkastettiin projektiryhmässä ja siihen tehtiin tarvittavat muutokset. Tavoitteena oli tuottaa laadukas ohjausmateriaali, jonka avulla taataan tasalaatuinen hoidonohjaus päiväkotien ja koulujen henkilöstölle. Toisessa vaiheessa kuvattiin ohjausprosessin toteutuminen.

Kehittämiprojekti eteni suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheina. Suunnittelu- vaihe sisälsi asiantuntijatapaamiset, tiedonhankinnan sekä projektiryhmän tapaamiset. Toteutusvaihe sisälsi ohjausmateriaalin kehittämistyön, implementoinnin sekä käyttöönoton. Arviointivaihe sisälsi ohjausmateriaalin ja ohjausmallien arvioinnin. Ohjausmateriaali tarkastettiin projektiryhmän toimesta ja siihen tehtiin tarkastuksen jälkeen suunnitellut muutokset. Lisäksi asiantuntijana toimineen Tyks lasten ja nuorten klinikan diabetespoliklinikan sairaanhoitajan antama palaute ohjausmateriaalista huomioitiin ohjausmateriaalin teossa.

Kehittämiprojektiin liittyvän soveltavan tutkimuksen tutkimusaineisto kerättiin havainnoimalla Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikan sairaanhoitajaa implementointitilanteessa. Havainnoinnissa käytettiin Metsälän ja Niemen (2008, 82) suunnittelemaa havainnointirunkoa. Havainnoin kohteena olivat ilmapiiri, ohjaajan esiintymistaidot, ohjattavat sekä laatu. Ohjausmateriaalin implementointitilaisuus toteutettiin Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisätautien poliklinikan kokoustilassa huhtikuussa 2014.

Lapsidiabeetikon hoidonohjaustilaisuuteen osallistui Kalannin koulun ja Uudenkaupungin yhtenäiskoulun henkilökuntaa (N=5). Implementointiin osallistujilta kerättiin palautetta Metsälän ja Niemen (2008, 82) suunnitteleman havainnointirungon mukaan. Kyselyyn vastasi kolme osallistujaa. Implementointitilaisuuden päätteeksi projektipäällikkö haastatteli sairaanhoitajaa Hyvän vuorovaikutuksen kriteerien (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 28) pohjalta. Sairaanhoitajan haastattelua tarkennettiin vielä kerran haastattelutilaisuuden jälkeen. Kehittämiprojektin tärkeimmät etenemisvaiheet on

kuvattuna kuviossa (kuvio 1). Implementointipäivään osallistujien kyselyn tulokset sekä ohjausmateriaali ja -mallit esiteltiin projektiryhmälle toukokuussa 2014. Projektiryhmä vahvisti, että projekti oli onnistunut.



Kuvio1. Kehittämiprojekti prosessina

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Lasten diabetes

Tyypin 1 diabetes johtuu haiman insuliinia tuottavien beetasolujen tuhoutumisesta ja johtaa perinnöllisesti alttiilla henkilöllä pikkuhiljaa täydelliseen insuliinin puutokseen. Toistaiseksi meillä ei ole yhtään kliiniseen käyttöön hyväksyttyä tyypin 1 diabeteksen ehkäisyhoitokeinoa. (Knip 2007, 7.) Nykykäsityksen mukaan ulkoinen tekijä käynnistää tautiprosessin, joka etenee kuukausia ja vuosia antamatta oireita, ennen kuin 80–90 % beetasoluista on jo tuhoutunut. Tyypin 1 diabetes puhkeaa useammin syksyllä ja talvella ja harvemmin keväällä ja kesällä. Tämä ilmiö sopii parhaiten infektion aiheuttamaksi. (Knip 2004, 1159.)

Tyypin 1 diabetes luokitellaan autoimmuunisairaudeksi, koska se on seurausta haiman saarekkeiden insuliinia tuottavien beetasolujen tuhoutumisesta oman immuunijärjestelmän välityksellä. Tuoreet tutkimukset viittaavat siihen, että sopivasti ajoittunut enterovirusinfektio saattaa käynnistää diabetekseen johtavan prosessin, jota toinen ulkoinen, todennäköisesti ravintoperäinen tekijä ajaa eteenpäin, kunnes kaikki beetasolut ovat tuhoutuneet (Knip 2004, 1158.)

Lammin, Blomstedtin, Erikssonin, Karvosen & Moltchanovan (2009, 2657-2658.) tekemän tutkimuksen tulokset osoittivat että, alle 15-vuotiaat lapset, sekä pojat että tytöt, sairastuivat tyypin 1 diabetekseen keskimääräistä useammin Pohjois-Karjalassa, Etelä-Savossa ja Satakunnassa kuin muualla maassa.

Komulainen, Lounamaa, Sipilä ja Knip (2004, 1135) asettavat diabetesta sairastavien lasten hoidon päätavoitteiksi jokapäiväisen hyvinvoinnin ja oireettomuuden, normaalin kasvun ja kehityksen sekä diabetekseen liittyvän kuolleisuuden minimoinnin. Erityisesti iltapäiväkerhoissa olevien pienten lasten vaikeiden hypoglykemioiden vaaran suureneminen vaikeuttaa usein lähes normaalin verensokerin tavoitteeseen pääsyä.

Kaikki lapsidiabeetikoiden hoitoon osallistuvat tietävät, että todellinen elämä eroaa lasten diabeteksen hyvälle hoidolle asetetuista tavoitteista usein hyvinkin paljon. Hyvään diabeteksen hoitoon pyrittäessä on tärkeää kyetä seuraamaan, miten tavoitteet on onnistuttu saavuttamaan ja millaisia ongelmakohtia on havaittavissa. Näin tarjoamaamme hoitoa ja neuvontaa voidaan kehittää sellaisiksi, että asetetut tavoitteet saavutetaan mahdollisimman hyvin. (Keskinen 2010, 12.) Diabetes on iso osa elämää, ja välillä pistämiset ja verensokerin mittaukset väsyttävät ja turhauttavat. Hoitotoimia ei voi jättää päiviksi unholaan ja jatkaa niitä sitten, kun sattuu huvittamaan. (Eerola 2010, 32.)

2.2 Lasten diabeteksen hoito

Insuliinjohdosten, insuliinipumppujen ja reaaliaikaisten kudoslukkoosimittarien tultua markkinoille on lasten ja nuorten diabeteksen hoito muuttunut merkittävästi intensiivisemmäksi viimeisten kymmenen vuoden aikana. Kansainvälisiä pitkäaikaisen hoidon tavoitteita (HbA1c-arvo) on tiukennettu, ja niiden saavuttaminen on entistä realistisempää. Samaan aikaan vaikeiden hypoglykemioiden riski on selvästi vähentynyt. Diabeteksen hoidon ongelmat lapsilla ja nuorilla ovat kuitenkin entiset: hypoglykemian pelko, vaihtelevat verengluukoosiarvot ja tunne omasta erilaisuudesta. Diabeteksen hoidon kulmakivet ovat myös vanhat tutut: verengluukoosin säännöllinen seuranta, insuliinihoidon optimointi, säännöllinen liikunta ja terveellisen ruokavalion ja säännöllisen ateriarhythmin noudattaminen. On ensiarvoisen tärkeää, että lasten ja nuorten diabeteksen hoitoon perehtynyt moniammatillinen hoitotiimi ja potilaan lähipiiri sitoutuvat hyvään hoitoon, jotta asetettuihin tavoitteisiin päästään myös käytännössä. (Pulkkinen, Laine & Miettinen 2011, 663.)

Suuri osa lapsista tulee aluksi hyvin toimeen kaksi- tai kolmipistoshoidolla, varsinkin päiväkotikäiset, joiden elämänrytmi on yleensä hyvin säännöllinen. Yhä useammin on alettu suosia monipistos- tai pumppuhoitoa jo alusta alkaen. Monipistos- ja pumppuhoidot vaativat ateriainsuliinin annostelua päiväkodissa, koulussa tai iltapäiväkerhoissa, mikä ei ole mahdollista ilman aikuisen apua.

Päiväpistosten antaminen ei välttämättä ole ongelmaton päiväkodin ja koulun rajatessa vastuutaan lapsen hoidosta. Lasten diabeteksen hoidossa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota hyperglykemian välttämiseen. (Miettinen & Otonkoski 2008, 2128-2129.)

Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoito on vajaan vuosikymmenen aikana edistynyt, ja tämä on heijastunut myös diabetesta sairastavien lasten hoitoon. Merkittävin muutos on ollut muunneltujen insuliinimolekyylien eli insuliinianalogien tulo kliiniseen käyttöön. Lisproja aspartinsuliini sopivat nopeasti alkavan ja lyhytkestoisien vaikutuksensa ansiosta hyvin ateriainsuliineiksi ja mahdollistavat joustavamman elämänrytmin nuorelle diabeetikolle. Pitkävaikutteinen glargiini-insuliini puolestaan antaa tasaisen, lähes vuorokauden kestävän insuliinivaikutuksen kerran päivässä otettuna. Nämä uudet insuliinit eivät välttämättä paranna glukositasapainoa, mutta ne vähentävät hypoglykemioiden esiintymistä ja parantavat diabetesta sairastavien lasten ja nuorten elämänlaatua. Samankaltaisia tuloksia on saatu insuliinipumpusta, jonka käyttö lasten ja nuorten diabeteksen hoidossa on lisääntynyt viime vuosina nopeasti. (Sipilä & Saukkonen 2004, 1167.)

Pikainsuliinin vaikutus muistuttaa varsin paljon hiilihydraatin imeytymisprofiilia. Pikainsuliinia voidaan todella pistää juuri aterioiden yhteydessä, ja välipalojen tarve jää useimmiten olemattomaksi. Hoito edellyttää kunnollista perusinsuliinin annostelua eli NPHinsuliinia käytettäessä vähintään kahta, usein kolmea pistosta. Perusaterioita insuliinipistoksineen tulee olla vähintään kolme, yleisimmin aamiainen, lounas ja päivällinen. Yksi pikainsuliinin käyttäjäryhmä ovat pienet ja syömätavoiltaan usein arvaamattomat lapset. Lapsen voidaan antaa syödä ensin halunsa ja nälkänsä mukaan, ja insuliini annetaan vasta aterian päätyttyä, mieluiten kuitenkin 15–30 minuutin kuluessa syömisen aloittamisesta. Moni perhe on selvinnyt ruoalla pelaavan lapsen vaikeista vaiheista tällä menetelmällä. Sekä lisproinsuliini että aspartinsuliini ovat vakiinnuttaneet meillä paikkansa lasten diabeteksen hoidossa. (Sipilä & Saukkonen 2004, 1168.)

Verenglukoosimittarit ja insuliininannostelulaitteet ovat kehittyneet huimasti viimeisten kymmenen vuoden aikana. Annostelulaitteiden muistiominaisuudet

mahdollistavat pistetyn insuliiniannoksen tarkistamisen. (Pulkkinen, Laine & Miettinen 2011, 666.)

2.3 Hypoglykemia eli matala verensokeri

Hypoglykemia on yleisin ja pelätyin insuliinihoidon akuutti komplikaatio. Pienillä lapsilla hypoglykemian oireet voivat olla vaikeasti tunnistettavissa. Pientä lasta hoitavien aikuisten tuleekin olla valppaita havaitakseen hypoglykemian oireet. Myös hoidonopetuksessa pitäisi aikaisempaa enemmän paneutua siihen, että lapset oppisivat tunnistamaan yksilölliset hypoglykemiaoireensa. (Tupola & Rajantie 2000, 125-126.)

Lievässä hypoglykemiassa lapsi havaitsee itse oireet ja pystyy hoitamaan tilanteen. Keskivaikeassa hypoglykemiassa tarvitaan toisen henkilön apua, mutta oraalinen hoito onnistuu. Koska pienet lapset tarvitsevat vanhemman apua hypoglykemian hoidossa, alle kuusivuotiaan oireinen hypoglykemia luokitellaan aina vähintään keskivaikeaksi. Vaikeassa hypoglykemiassa lapsi on tajuton tai kouristeleva tai niin voimakkaasti desorientoitunut, että parenteraalinen hoito on välttämätön. (Tupola & Rajantie 2000, 126.)

Hypoglykemian oireet tulee, jos mahdollista, varmistaa verenglukoosin mittauksella ja hoitaa heti ottamalla 10–20 g nopeasti imeytyvää hiilihydraattia, esim. 4–6 palaa sokeria tai 1–2 dl makeaa mehua. Toipumisen jälkeen kannattaa vielä syödä hitaammin imeytyvää hiilihydraattia, esimerkiksi leipää ja maitoa. Jos lapsi ei ärtyisyyden tai sekavuuden vuoksi halua niellä, voidaan suun limakalvolle sivellä hunajaa tai siirappia. Tämä tulisi tehdä mieluiten lapsen ollessa kylkiasennossa. (Tupola & Rajantie 2000, 128.) Lapsilla tulee luonnollisesti aina olla mukanaan nopeasti imeytyvää hiilihydraattia hypoglykemia tilanteita varten. (Tupola & Rajantie 2000, 130.)

Pientä lasta hoitavien aikuisten tuleekin olla valppaita havaitakseen hypoglykemian oireet. Yleisin syy on pääaterian riittämättömyys tai viivästyminen yli tunnilla insuliinipistoksesta. Ateria ei saisi viivästyä insuliinipistoksen jälkeen, ja aterian tulisi sisältää riittävä määrä hiilihydraatteja. Liikunnan useita tunteja kes-

tävä hypoglykemiaa aiheuttava vaikutus tulisi huomioida aterioinnissa ja insuliiniannoksessa. (Tupola & Rajantie 2000, 126.)

2.4 Ravitsemushoito

Diabeetikon haasteena on sovittaa yhteen ruokavalio, lääkitys, muu hoito, liikunta ja usein myös muu erityisruokavalio. Diabeetikoille ei ole yhtä oikeaa ateriaritmiä (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008, 4-5.) Ravitsemushoito on keskeinen tekijä hyvän hoitotasapainon ja elämänlaadun saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. Laadultaan suositusten mukainen koulu- ja päiväkotiruoka sopii diabeetikolle sellaisenaan. Päiväkoti-ikäisten lasten ja pienten koululaisten ruokailut ja tarvittaessa ateriainsuliinin annostelu ovat aikuisten vastuulla. Osa lapsista ja nuorista tarvitsee välipaloja, ja aikuisten on pidettävä huolta siitä, että he saavat niitä. Päivähoidossa ja koulun alaluokilla oleville lapsille ruoka annostellaan valmiiksi tai lapsen ottama ruokamäärä tarkistetaan. Voi olla myös tarpeen tarkistaa, että ruoka tulee syödyksi, ja tarvittaessa täydentää hiilihydraattimäärää (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008, 17-18.)

Monipistos- ja insuliinipumppuhoidolla olevat lapset voivat syödä ruokahalunsa mukaan, ja insuliini annostellaan aterian hiilihydraattimäärän perusteella. Vanhemmat koululaiset huolehtivat yleensä itse ruuan ottamisesta, hiilihydraattien arvioinnista ja ateriainsuliinipistoksista. Silti aikuisen on hyvä valvoa, että koululainen käy ruokailemassa, nauttii aterialla hiilihydraattipitoisia ruokia ja pistää insuliinia. Lyhytvaikutteista insuliinia käyttävät lapset tarvitsevat yleensä koulupäivänsä aikana 1–2 välipalaa. Pikainsuliinia käyttävä lapsi ei välttämättä tarvitse koulupäivän aikana välipaloja. Välipalat unohtuvat lapsilta helposti, joten niiden saantia on hyvä valvoa. Retkillä ateriat ja välipalat otetaan mukaan eväinä, elleivät ateria-ajat ja -paikat ole etukäteen varmassa tiedossa. Päivähoidossa ja koulussa opettajalla ja harrastuksissa ohjaajalla tulisi olla ensiavuksi sopivaa syötävää tai juotavaa matalan verensokerin varalta (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008, 17-18.)

Liikunta laskee verenglukoosia kuluttamalla hiilihydraatteja ja parantamalla insuliiniherkkyyttä. Liikunta laskee tyyppin 1 diabeetikon verenglukoosia, kun insuliinivaikutus on riittävä. Toisaalta liian vähäinen insuliinivaikutus liikunnan aikana johtaa verenglukoositason nousuun. Liikunnan edellyttämä lisähiilihydraattimäärä riippuu liikunnan kestosta ja rasittavuudesta. Yleensä lisähiilihydraattia tarvitaan 10–20 grammaa 30–60 minuutin välein. Liikkuessa kannattaa pitää mukana helposti nautittavaa hiilihydraattipitoista ruokaa tai juomaa hypoglykemian varalta. Pitkäkestoisen liikunnan verenglukoosia alentava vaikutus kestää vielä pitkään liikuntasuorituksen jälkeen, mikä tulee huomioida esimerkiksi liikunnan jälkeisen iltapalan hiilihydraattien määrässä (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008, 15-16.)

Diabeetikolapset ja -nuoret tarvitsevat ravitsemusterapeutin säännöllistä ohjausta, jotta ruokavalio, liikunta ja insuliini saadaan sovitettua yhteen ja tilanne voidaan säilyttää hoidon ja elämäntilanteiden muuttuessa ja lapsen kasvaessa (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008, 20.)

2.5 Terveysthuollon yhteistyö päiväkodin ja koulun kanssa

Diabetesta sairastavaa lasta varten on tehtävä joitakin erityisjärjestelyjä, kun lapsi siirtyy päivähoitoon tai kouluun. Lapsen ikä ja hoitomuoto määräävät järjestelyjen luonteen ja laajuuden. Vanhempien kokemuksia matalien verensokerien tuomista muutoksista ja oireista kannattaa kuunnella tarkasti. Reissuviikon pitäminen on myös suositeltavaa. Tieto ei kulje aina vanhempienkaan välillä, joten vihosta voi tarkistaa päivän asioita (STM 2010, 15.)

Diabeetikokoululainen tarvitsee aikuisen valvontaa esimerkiksi verensokerin mittaamisessa ja sen varmistamisessa, että ateriat ja tarvittavat välipalat tulevat syödyiksi. Lapsi tarvitsee apua myös hiilihydraattien arvioinnissa ja mahdollisesti insuliiniannoksesta päättämisessä sekä insuliinin pistämisessä. Jokainen oppii pistämään, mutta lapset oppivat eri tahdissa. Vaikka lapsi teknisesti hallitsisikin verensokerin mittaamisen ja insuliinin pistämisen, aikuista tarvitaan koulupäivän

aikana seuraamaan diabeetikkolapsen vointia. Vastuu lapsen turvallisuudesta on aikuisella. (Koivuneva 2006, 24.)

Nykykäytännön mukaan lasten diabeteksen hoidon ohjaus, suunnittelu ja seuranta on keskitetty erikoissairaanhoidon. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen, mutta kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää sairaanhoitoa kouluterveydenhuollon osana. Koulun opetushenkilökunta voi osallistua oppilaan lääkehoidon toteuttamiseen oman suostumuksensa mukaisesti, velvoitetta siihen ei kuitenkaan ole. (STM 2010, 12.)

Koulun alkaessa on hyvä järjestää yhteisneuvottelu vanhempien tai koulun toimijoiden ja diabetesta hoitavan yksikön kesken. Erityistilanteet, kuten retki- ja liikuntapäivät on hyvä suunnitella etukäteen. Samoin tarkistetaan menettelytavat ja ensiapukäytännöt matalan verensokerin tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Keittiöhenkilökunta tai muu ruuan valmistuksesta ja jakelusta vastaava henkilöstö on mukana pääruuan annostelussa. (STM 2010, 14-15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2010, 15) ohjeiden mukaan insuliinin antamisesta koulupäivän aikana vastaa koulun nimeämä työntekijä. On hyvä muistaa, että diabeetikkolapsen omahoidossa auttaminen ei edellytä terveydenhuollon ammatillista pätevyyttä. Selkeät ohjeet ja niiden noudattaminen riittävät. Myös henkilö, joka ei ole saanut lääkehoitoon peruskoulutusta, kuten kouluavustaja, voi pistää insuliinin saatuaan riittävän lisäkoulutuksen. Diabeteshoitajat antavat pistosopetuksen ja kirjallisen pistosluvan suostumuksensa antaneille lapsen hoitoon osallistuville.

Vertaistuki on merkittävä kannuste monelle diabeetikolle. Olisi vain löydettävä kaveri tai ryhmä, jonka kanssa tulee hyvin toimeen ja viihtyy. Tuki voi olla konkreettisia tapaamisia tai viestintää puhelimitse, sähköpostiviestein tai keskustelupalstoilla. Viestintätavasta riippumatta on tarpeellista ja huojentavaa puhua sairaudesta sellaisen ihmisen kanssa, joka kokee samat asiat päivittäin. Diabeetikon lähiverkostoon kuuluvat perhe, isovanhemmat ja muut sukulaiset. Lisäksi siihen kuuluu muita läheisiä, kavereita, työyhteisö ja diabeetikkolapsella myös päivähoito ja koulu. (Eerola 2010, 32-33.)

Kouluyhteisöissä on toisinaan epäselvyyttä diabetesta sairastavien lasten koulupäivän aikaisen lääkehoidon toteutuksesta. Diabeteksen hoito on omahoitoa, johon erikoissairaanhoidon diabetesyksikkö opastaa lapsen ja hänen perheensä. Ensisijainen vastuu lapsen omahoidon toteuttamisesta on lapsen huoltajilla. (STM 2010, 12.)

Opettajat kokevat, että uusien insuliinivalmisteiden aikana heiltä vaaditaan jälleen lisää. Vastuu alkaa olla liian kova. (Grönlund 2006, 28.) Kouluihin tarvitaan pienten diabeetikko-oppilaiden tueksi koulunkäyntiavustajia. (Eerola 2010, 34.) Pieni koululainen odottaa opettajan hyväksyvän hänet sellaisena kuin hän on. Se, millä tavalla opettaja suhtautuu diabetekseen liittyviin erityisjärjestelyihin, vaikuttaa välittömästi lapseen. Suhtautumisellaan opettaja lähettää lapselle pii-loviestin siitä, miten tärkeä oppilas hänelle on. (Koivuneva 2006, 25.)

Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen (2006) ovat tutkineet väitöskirjassaan potilasohjaukseen liittyviä haasteita sekä käytännön hoitotyöhön soveltuvia ohjausmalleja. Pyörälä (2000) on tutkinut väitöskirjassaan tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten ja nuorten ravitsemusneuvontatilanteiden vuorovaikutusta.

3 OHJAUS, OHJAUKSEN ETIIKKA JA OHJAUSPROSESSI

3.1 Ohjaus

Ohjaamisen ja opettamisen käsitteitä ei ole virallisesti määritelty. Ohjaamisessa (counselling), opettamisessa (patient education/teaching), neuvomisessa (guidance/advising) ja tietojen antamisessa (information giving) on ohjauksellinen ja opetuksellinen tarkoitus. Useasti näitä käsitteitä näkeekin käytettävän samaa tarkoittavassa merkityksessä, sen tarkemmin syventymättä pohtimaan minkälaisia eroavaisuuksia käsitteillä on. Opettämisen ja ohjaamisen lähtökohta on oppimisen tarve, joka on ennalta suunniteltu ja systemaattinen toiminta, ja jonka päämääränä on tietämyksen ja toiminnan tavoitteellinen muutos. (Leinonen 2004, 5-6.)

Englanninkielisissä lähteissä käsitteitä ovat counsel(l)ing ja patient education (Jaakonsaari 2009, 10). Länsimaisessa yhteiskunnassa on vallalla counselling-tyyppinen ajattelu ohjauksesta. Ajattelumallissa toinen on ohjaaja ja toinen ohjattava. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 12.) British Association Counsellors määrittää ohjauksen tilanteeksi, jossa ohjaaja antaa asiakkaalle aikaa, huomiota ja kunnioitusta (Onnismaa, Pasanen & Spangar 2000,7).

Hoitotieteessä ohjauks käsite määritellään ammatilliseksi toiminnaksi tai prosessiksi, jossa kaksi asiantuntijaa toimii tasavertaisessa yhteistyössä. Ohjauks käsitteen sisältöä kuvaavat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjauksuhde sekä toiminnan aktiivisuus ja tavoitteellisuus. (Jaakonsaari 2009, 8.)

Ohjaaminen määritellään ohjattavan ja ohjaajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi kaksisuuntaiseksi vuorovaikutusprosessiksi. Ohjauksessa on olennaista ohjattavan ja ohjaajan taustatekijöiden huomiointi, vuorovaikutteisen ohjauksuhteen rakentaminen sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ohjaaminen on yleisesti suullisesti tapahtuvaa toimintaa, jossa tulee esille vuorovaikutuksen elementit. Kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus antaa mahdollisuuden kysymysten esittämiseen ja väärinkäsitysten välttämiseen. Ohjaus toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sitä on mahdollista tukea erilaisin oheistoiminnoin. Yksilöohjausta pidetään ohjattavaa motivoivana ja aktiivisuutta tukevana ja lisäksi se mahdollistaa jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaan ja välittömän ohjausilmapiirin. Yksilöohjaamista pidetään oppimisen kannalta tehokkaana oppimismenetelmänä, mutta se vaatii ohjaajalta runsaasti aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74-75.)

Ohjaus ei koskaan tapahdu tyhjiössä, vaan se tapahtuu aina aikaan, paikkaan, organisaatioon ja ympäröivään yhteiskuntaan sidotussa tilassa. Ohjaaja joutuu useimmiten tekemään kompromisseja, joissa omat toiveet ja odotukset sovitaan ympäristön odotuksiin ja toiveisiin. Onnistuneessa ohjaajan työskentelyssä näkyy ja tuntuu usein myös organisaation, johdon ja muiden työntekijöiden vaikutus. (Vänskä ym. 2011, 15.) Organisaatiot luovat puitteet asiakastyölle ja ohjaustoiminnalle. Ohjaustoiminnan perusta luodaan organisaation perustehtävän määrittelyllä. Jokainen toimintaympäristö on erilainen ja jokainen ohjaustilanne ainutkertainen. (Vänskä 2011, 9.)

3.2 Ohjauksen etiikka ja prosessi

Sairaanhoitajalla on ohjaajana toimiessaan aina ammattilaisen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä ja että hän toimii oikein ja kulloisenkin ”oikean” tietämyksen mukaisesti (Kyngäs ym. 2007, 154). Ohjauskäytännön lähtökohtana, perustana ja tukena tulee olla tutkittu näyttö. Näin ohjaus on perusteltua ja sillä on vahva pohja. (Coates 1999, 65.) Hyvä eettinen ympäristö tukee hoitosuhdetta ja ohjausta muun muassa antamalla riittävästi aikaa keskustella asiakkaan kanssa, takaamalla rauhallisen tilan ja huolehtimalla siitä, että sairaanhoitajalla on valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. Tämä tarkoittaa muun muassa perehtymistä siihen, miten ohjausta työmenetelmänä arvostetaan ja miten aika, ohjaustaidot ja ohjauksen uudet sähköiset apuvälineet sekä ohja-

uksen tukena käytettävä materiaali mahdollistavat ohjauksen. (Kynäs ym. 2007, 157.)

Ohjausprosessissa sairaanhoitajan rooli on olla asiantuntija. Asiantuntijuus edellyttää sairaanhoitajalta tietoa ja taitoa ohjattaviin asioihin, oppimisen periaatteisiin ja ohjausmenetelmiin liittyen. Asiantuntijuuden lisäksi laadukas ohjaus edellyttää toimimista vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana, mikä vaatii vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Vuorovaikutustaitoihin kuuluvat ohjauksen oikea-aikaisuus, suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön hyödyntäminen. Päätöksentekotaitoja sairaanhoitajat tarvitsevat valitakseen turvallisen ohjausympäristön, ylläpitääkseen ohjausprosessia sekä arvioidakseen ja kirjatakseen ohjausta. (Kääriäinen 2008, 11-12.)

Ohjausprosessissa korostuu vuorovaikutussuhde ohjaajan ja ohjattavan välillä. Hyvä vuorovaikutus koostuu kolmesta eri osa-alueesta. Niitä ovat viestintä, fyysinen ympäristö sekä ohjattavan - hoitajan -suhde. Vuorovaikutus on asiakastyön lähtökohta ja keino, jonka avulla asiakasta pyritään auttamaan. Vuorovaikutus on jatkuvaa vastavuoroisuutta, jossa kumpikin osapuoli on samanaikaisesti aktiivinen toimija. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen muodostuminen. (Hankonen ym. 2006, 24-25.)

Ammatillista vuorovaikutusta voi harjoitella ja sitä voidaan oppia tiedostamalla asenteitaan ja tarvittaessa muuttamalla niitä. Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa toiminnan keskiössä on ohjaaja/asiantuntija. Ohjaaja toimii asiantuntijuutensa ja kokemuksensa perusteella ja tuo esille neuvoja ja ohjeita. Jos ohjaustilanne etenee asiantuntijakeskeisen orientaation mukaan, sillä on ikään kuin etukäteen laadittu käsikirjoitus. (Vänskä ym. 2011, 53.) Kun ohjaus etenee ohjaajan/asiantuntijan yhteistyöprosessina, on kyse yhdessä oppimisen ja yhdessä jakamisen tapahtumaketjusta, jaetusta asiantuntijuudesta ja oppimiskumppanuudesta (Vänskä ym. 2011, 69).

3.3 Ohjaajan taidot

Ohjaaja tarvitsee työssään reaktio-, vuorovaikutus- ja toimintataitoja. Näistä kolmesta taitoryhmästä muodostuu lopulta ohjaajan ammattitaito. Ohjaaja käyttää reaktiotaitoja silloin, kun on tarpeen ymmärtää yksilön ja ryhmän tarpeita ja toimintaa. Reaktiotaitoihin kuuluvia taitoja ovat seuraavat; Aktiivinen kuuntelu, joka luo perustan vuorovaikutukselle ja sen syntymiselle sekä ymmärtämiselle. Toistaminen ja selventäminen, silloin kun joku ei ymmärrä viestin tai asian sisältöä. Empatia, jolloin toisen ihmisen näkökulman tai tilanteen ymmärtäminen tulee esille. Kokoaminen, asioiden sitominen yhteen, tukee ryhmäläisten mielikuvaa kuulluksi tulemisesta ja helpottaa asiasta toiseen siirtymistä. Tiedon jakaminen silloin, kun sitä pyydetään tai sitä huomataan tarvittavan. (Ruponen, Nummenmaa & Koivuluhta 2002, 170.)

Ammatillisessa ohjauksessa kahden tai useamman ihmisen välistä tilaa luonnehtii ainutkertaisuus, tavoitteellisuus ja päämäärätietoisuus. Sairaanhoidaja tarvitsee laadukkaasti ohjauksen tarjoamiseksi hyviä ohjausvalmiuksia. Ohjausvalmiuksia pidetään ammatilliseen perusosaamiseen kuuluvina ja osaamisvaatimusten ydinalueena. Turvatakseen hyvät ohjausvalmiudet sairaanhoitajalla on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan. Tutkimustiedon käyttö ohjauksessa edellyttää tutkimuksenluku- ja arviointitaitoja. (Kääriäinen 2008, 12.)

Jokaisella ohjausprosessilla on omat erityispiirteensä, mikä edellyttää myös sairaanhoitajalta oppimista. Sairaanhoidajan täytyy oppia havaitsemaan, miten prosessin eri osat vaikuttavat kussakin tilanteessa toisiinsa. (Kääriäinen 2008, 13.) Taitavaksi ohjaajaksi kasvaminen ei tarkoita sitä, että ohjaus sujuisi joka kerta laadukkaasti ja hienosti (Vänskä ym. 2011, 142).

3.4 Dialogi ohjauksessa

Dialogi on kahden tai useamman ihmisen välillä, lävitse tai kautta tapahtuvaa puhetta. Dialogissa pyritään uuden luomiseen. Ohjauksessa ihminen pyrkii antamaan aikaansa ja tietämystään lisätäkseen toisen ihmisen kasvua, tietämystä ja taitoja. (Vänskä ym. 2011, 144-145.)

Dialogin luonteeseen kuuluu, että sitä ei voi etukäteen suunnitella ja että lopputulos on aina avoin; dialoginen kokemus on ennalta määräämätön (Pitkäranta 2010, 109). Dialogista vuorovaikutusta voidaan pitää asiakkaan osallistumisen kannalta tavoiteltavimpana. Dialoginen ohjaus perustuu molemminpuoliselle kuuntelulle, huomioon ottamiselle ja kunnioittamiselle. Ohjausprosessi toteutuu yhteistyössä. Voidaan puhua jopa ohjaajan ja ohjattavan jaetusta asiantuntijuudesta ohjauskeskustelussa. (Vänskä ym. 2011, 58).

Tavoitteena on synnyttää kahden ihmisen välille kehittävä, huolehtiva, osallistava ja auttava dialogi. Ohjaukseen liittyvässä dialogissa merkittävää on, että molempien osapuolten osaamis pääoma ja kasvuosaaminen kehittyvät prosessin myötä. Keskittymällä kuuntelemaan toisen käsityksiä ja kertomuksia ihminen ei ainoastaan opi uutta, vaan hän oppii taidon pohtia asioita erilaisista näkökulmista. (Vänskä ym. 2011, 141-142.)

3.5 Sanaton ja sanallinen viestintä

Vuorovaikutussuhteen onnistumisen yhtenä edellytyksenä on sujuva viestintä. Ohjaus on sanatonta ja sanallista viestintää. Viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota, koska sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välistä vuorovaikutusta. Sanojen merkitykset voivat vaihdella jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä. Sanatonta viestintää on nykykäsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksesta. Sanaton viesti pyrkii painottamaan, täydentämään, tukemaan, kumoamaan tai jopa korvaamaan kokonaan sanallista viestintää. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, kehonkieli, eleet ja teot. Sanattomasti

voi viestiä myös tiedostamattomasti, joten sen kontrollointi on vaikeaa. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Rikas vuorovaikutus rakentuu yhteenkietoutuneesta sanallisesta (verbaalisesta) ja sanattomasta (nonverbaalisesta) viestinnästä. Sanaton viestintä on vahvempi kuin sanallinen: kun ne ovat ristiriidassa, sanatonta uskotaan enemmän. Non-verbaaliset viestit säätelevät ohjaustilanteen vuorovaikutusta, esimerkiksi puheenvuoron vaihtumista, ja niiden avulla toimijat ilmaisevat tunteitaan ja omaa asemaansa yhteisössä. Sanaton viestintä on visuaalista, katsein havaittua toimintaa, mutta se liittyy myös puhumiseen sekä äänen variaatioihin ja voi olla näin myös kuullen havaittavaa. (Vänskä ym. 2011, 47.)

Kuuntelemista ja havainnointia ei voi suoraan liittää sanattomaan viestintään. Kuitenkin ne ovat olennainen osa ohjauskeskustelua. Aktiivinen kuunteleminen mahdollistaa tarkentavien kysymysten esittämisen, yhteenvetojen tekemisen sekä tilan antamisen ja taukojen pitämisen silloin, kun ohjattavan käsittelemä asia vaatii sitä. Kuunteleminen ei tarkoita pelkästään hiljaa olemista ohjattavan kertoessa tarinaansa tai vastatessa kysymyksiin, vaan se on aktiivista, intensiivistä toimintaa. Kuuntelemisen aikana ohjaaja siirtää oman näkemyksensä esittämisen tuonnemmaksi. Kuunnelllessaan ohjaajalla on mahdollisuus tehdä havaintoja. Havainnointi on aktiivista tulkintojen tekemistä siitä, mitä ohjaaja aistii ohjattavan verbaalisesta ja nonverbaalisesta toiminnasta. (Vänskä ym. 2011, 49-50.)

3.6 Kirjalliset ohjeet

Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa erilaisia kirjallisia ohjeita ja oppaita. Tutkitun tiedon mukaan kirjalliset ohjeet on usein kirjoitettu asiakkaalle liian vaikeasti ja näin ohjeiden sanoma ei tavoita asiakasta. Kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyyteen tulisi kiinnittää huomiota, sillä huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet saattavat heikentää muuten hyvää ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 124-125.)

Jotta materiaali olisi helposti luettavaa, olisi siinä käytettävä jokapäiväistä kieltä ja aiheen tulisi ikään kuin liukua sujuvasti aiheesta toiseen (Patient Education

Management 2008). Hoffmann ja Worrall:n (2004) mukaan ohjausmateriaalin kieliasun tulee sisältää lyhyitä sanoja ja lauseita. Yhden lauseen tulee sisältää ainoastaan yksi ajatus ja erityyisiä ilmaisuja samassa lauseessa tulisi välttää. Kielen tulisi olla pehmeämpää antaen lukijalle ehdotuksia käskyjen sijasta. Kai-kenlaista negatiivista sävyä tekstissä tulisi välttää ja jättää käyttämättä holhoa-vaa tai syyttävää kirjoitustyyliä. Ohjausmateriaalin sisällön tulisi olla tarkkaa. Julkaisupäivämäärä pitäisi lukea tekstissä ja tietoa tulisi päivittää sen vanhentu-essa. Ohjausmateriaalin tulisi sisältää rehellistä tietoa mahdollisista hyödyistä ja riskeistä sekä materiaalin tekijöiden ja lähteiden olla näkyvillä. Ruffin (2010) mukaan kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla käytännöllistä, sisältäen yksin-kertaisia sanoja isolla kirjainkoolla sekä kuvia havainnollistamassa mitä tulisi tehdä tavoitteen saavuttamiseksi.

Ohjausmateriaalin tulisi olla kohdistettu juuri tietylle kohderyhmälle, eikä se saisi sisältää muuta tietoa kuin sen, mikä tälle ryhmälle on tarkoitettu. Lukijan on hel-pompi ymmärtää ja toimia annettujen ohjeiden mukaisesti, jos kirjallista ohja-usmateriaalia selkeytetään konkreettisin esimerkein ja kuvauksin. On hyvä mai-nita myös mahdollisista yhteydenottoihin ja lisätietojen hankkimiseen liittyvistä asioista. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa sekä perustua tutkittuun tietoon. (Parkkunen, Vertio & Kos-kinen-Ollonqvist 2001, 12.) Ohjausmateriaalien kehittäminen on osa laadukasta ohjausta.

3.7 Fyysinen ympäristö

Ohjaukseen soveltuva paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan häiriöttömästi keskittyä ohjattavaan asiaan ja jossa on saatavilla ohjaukseen tarvittavaa materiaalia. Ympäristö ei saa myöskään herättää asiakkaassa nega-tiivisia tunteita, jotka häiritsevät ohjausta. Turvallisella ohjausympäristöllä on merkitystä siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaustilanteen ja luottaako hän, että hänen asiaansa kunnioitetaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Ohjaukseen käytettävän tilan muoto, sisustus ja koko eivät ole yhdentekeviä, mutta tilaakin tärkeämpää on, miten siellä ollaan ja ryhmittäydytään. Jos raken-

teet eivät anna myöten, voi pienilläkin muutoksilla, esimerkiksi tuolien ja pöytien sijoittelulla myötävaikuttaa luottamuksellisen ja tasa-arvoisen vuorovaikutusympäristön kehittymiseen. Miellyttävällä fyysisellä ympäristöllä hyvine akustiikkoi-
neen ja ergonomisine työskentelytiloineen edesautetaan positiivisen oppimisil-
mapiirin syntymistä. (Pruuki 2008, 61).

4 OHJAUSMENETELMÄT

Oikean ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä siitä, miten asiakas omaksumaa asioita ja mikä on ohjauksen tavoite. On arvioitu, että asiakkaat muistavat näkemästään ohjauksesta 75 % ja 10 % siitä mitä kuulevat. Molempia havainnointikeinoja käyttäen asiakkaat muistavat 90 %. (Kyngäs ym. 2007, 73-74.)

Konstruktivistinen ohjaus

Konstruktivistisessa oppimiskäsityksessä ihminen nähdään aktiivisena tiedon prosessoijana. Oppiessaan uutta ihminen valikoi ja tulkitsee informaatiota ja jäsentää sitä aikaisemman tiedon pohjalta. Asiakkaan ohjaamisessa on kyse aina myös asiakkaan oppimisesta. Ohjaus voidaan siten nähdä asiakkaan oppimisprosessin ohjaamisena. Konstruktivistinen ohjaus ei perustu yhteen teoriaan tai lähteeseen vaan ottaa vaikutuksia useista pinnalla olevista teorioista. Se on enemmän keskustelumenetelmä kuin käyttäytymisohjeiden antamismenetelmä. Ohjauksessa oppiminen voi olla muistamista, toistamista, ulkoa opeteltua ja opitun soveltamista. Oppiminen ohjaustilanteessa ei siis ole tiedon siirtymistä asiantuntijalta asiakkaalle, koska ei ole olemassa mitään ”valmista tietoa”. (Vänskä ym. 2011, 21-22.)

Konstruktivistisen näkökulman mukaan arviointi nähdään ohjausprosessin aikana tapahtuvana, jatkuvana ja tulevaisuuteen tähtäävänä arviointina. Ohjausprosessin aikainen arviointi antaa ohjaajalle tietoa siitä, millaista osaamista ohjattavalla on ja siitä, millaisiin asioihin pitäisi vielä ottaa kantaa, mistä vielä pitäisi puhua. (Vänskä ym. 2011, 135-136.) Voi sanoa, että ohjaaminen on prosessi, jossa ohjattava ja ohjaaja oppivat aidossa vuorovaikutustilanteessa sekä toisiltaan että itse oppimisprosessista. (Vänskä ym. 2011, 24.)

Yksilöohjaus

Yksilöohjaus tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjaus alkaa haastattelulla, jossa kartoitetaan asiakkaan tilannetta. Yksilöohjausta annetaan useimmiten suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Kaksisuun-

tainen vuorovaikutus antaa asiakkaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen sairaanhoitajalta. Suullista ohjausta toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa ja sitä voidaan tukea erilaisin ohjausmateriaalein. Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Lisäksi yksilöohjaus on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä. Toisaalta yksilöohjaus vaatii sairaanhoitajalta aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjaus

Yksilöohjauksen ohella ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta voidaan antaa erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmäohjauksen avulla voidaan saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjauksessa tietoa voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa kuin yksilöohjaus. Ryhmän tärkeä tunnuspiirre on sen jäsenten välinen merkityksellinen vuorovaikutus. Jotta ryhmää voidaan tietoisesti käyttää voimavarana, tulee ryhmällä olla yhteinen tavoite. Ryhmän yhteinen tavoite lisää osallistujien yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja halua toimia ryhmän osana. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Ryhmäohjauksessa kommunikaatiotaitoja käytetään samalla tavalla kuin yksilöohjauksessa. Ryhmänohjaaja ei ohjaustilanteessa anna jokaiselle yksilöllisesti ohjeita vaan ohjaaja keskittää voimavaransa koko ryhmään ja osallistujiin yksilöinä. Kommunikaatio ryhmäohjauksessa on huomattavasti aktiivisempaa kuin yksilöohjauksessa. Omalla esimerkillään ja mallitoiminnallaan ohjaaja antaa mallia toimivasta kommunikaatiosta ja viestinnästä. (Ruponen ym. 2002, 167.)

Sairanhoitaja on aina oman alansa asiantuntija ja osaaja. Hänellä on oltava ryhmäohjauksen osaamisen lisäksi taito puhua selkeästi ja jäsentyneesti, taito luoda työskentelyä tukeva oppimisilmapiiri sekä taitoa arvioida oppimista. (Kyngäs ym. 2007, 10.)

Ryhmäohjaus tulisi lopettaa yhteenvetoon, jossa käydään läpi ohjauksen pääkohdat. Yhteenvedossa ohjaaja voi saada kysymysten avulla informaatiota siitä,

käsiteltiin oikeita asioita oikealla tavalla ja saivatko osallistujat sanotuksi haluamansa. (Vänskä ym. 2011, 86-88).

Demonstraatio ohjaus

Demonstraatio eli kädentaitojen opettaminen tarkoittaa sitä, että henkilö, joka jo osaa, demonstroi toimintamallin henkilölle, joka ei vielä osaa. Demonstraatio on havainnollistamista apuna käytettyä ohjaamista, jonka tarkoituksena on tarjota ohjattavalle selkeä kuva siitä, miten jokin toimenpide suoritetaan. Demonstraatio tarjoaa ohjattavalle omakohtaisen kokemuksen harjoiteltavasta toiminnasta. Havainnollinen esittäminen vaatii, että asiakasta informoidaan esityksen tarkoituksesta ja vaiheittaisesta etenemisestä sekä sen vaatimista välineistä ja toiminnasta. Hyvälle havainnollistamiselle on ominaista, että se on valmisteltu hyvin. (Heinola, Koivurova, Niskasaari, Rantala, Sulasalmi, Tokola & Tähtinen 2006, 57-58).

Sairaanhoitajan tulee testata kaikkien välineiden toimivuus ennen esitystä. Myös esityspaikka tulee valita niin, että kaikki tilanteeseen osallistuvat näkevät ja kuulevat esteettömästi. Havainnollinen esittäminen sopiikin erityisesti yksilö- ja pienryhmäohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 129). Harjoittelutilanteessa on tärkeää antaa tietoa siitä, mitä ohjattava tekee väärin, jotta virheellisten tapojen syntyminen voidaan välttää (Heinola ym. 2006, 58-59). Opeteltavaa asiaa koskevien ohjeiden tulee olla selkeitä. Sairaanhoitaja voi antaa harjoiteltavasta asiasta kirjallisen muistilistan. Itse harjoituksen aikana ohjattavan tulee antaa toimia rauhassa. Demonstraatio on ohjausmenetelmänä kallis, mutta se on myös paras menetelmä motoristen taitojen ohjaamisessa ja erilaisten käytänteiden harjoittamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 130-131.)

5 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksellisen osan tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksellisen osan tavoitteena oli tuottaa tietoa lapsidiabeetikon ohjaustilanteesta ilmapiirin, vuorovaikutuksen, ohjaajan esiintymistaitojen, ohjattavien toiminnan sekä ohjausmateriaalin toimivuudesta. Tietoa hyödynnetään lapsidiabeetikoiden hoidonohjauksessa päiväkotien ja koulujen henkilöstölle sekä siihen liittyvien ohjausmallien laadinnassa.

Tutkimuskysymykset olivat:

- Minkälainen on ohjaustilanteen ilmapiiri?
- Minkälaiset ovat ohjaajan esiintymistaidot?
- Minkälaista on ohjaajan vuorovaikutus?
- Miten ohjattavat toimivat ohjaustilanteessa?
- Minkälainen on ohjausmateriaalin toimivuus?

5.2 Aineiston keruu

Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla toimii kaksi sairaanhoitajaa. Tutkimukseen valittiin sairaanhoitaja (N=1), joka toimii lasten diabetespoliklinikalla. Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen toteutuksessa sovellettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus on tilannesidonnaista ja ainutkertaista. (Pitkäranta 2010, 20-21.) Yinin (2003) mukaan tarkoituksena on tutkia intensiivisesti tiettyä, tavallisesti jotakin sosiaalista kohdetta, esimerkiksi yksilöitä, ryhmiä, laitoksia tai yhteisöjä. Anttilan (2006) mukaan case-tutkimuksen pienin yksikkö on yksi; yksi henkilö tai yksi organisaatio. Case-tutkimus ei pyri missään tapauksessa edustamaan yleistettävyyttä.

Tutkimusaineisto kerättiin havainnoimalla sairaanhoitajaa lapsidiabeetikon hoidonohjauksen implementointitilaisuudessa, johon osallistuivat Kalannin koulun ja Uudenkaupungin yhtenäiskoulun henkilöstöä. Osallistujat ilmoittautuivat vapaaehtoisesti heille tarjottuun ohjaustilaisuuteen. Osallistujina olivat lapsidiabeetikoiden kouluavustajia (N=4) ja opettaja (N=1). Kouluavustajan työ on kasvatus-, ohjaus- ja huolenpityötä päiväkodeissa ja kouluissa. Tavoitteena on tukea lapsen/nuoren itsenäistymistä ja oppimiskykyä diabeteksen hoidossa. (Lindberg, Pernu, Purmonen, & Koskinen 2008, 32.) Koulun opetushenkilökunta voi osallistua oppilaan lääkehoidon toteuttamiseen oman suostumuksensa mukaisesti, velvoitetta siihen ei kuitenkaan ole (STM 2010, 12.)

Havainnoinnissa apuna käytettiin Metsälän ja Niemen (2008, 82) suunnittelemaa havainnointirunkoa (liite 4). Havainnoin kohteena olivat ilmapiiri, ohjaajan esiintymistaidot, ohjattavat sekä laatu. Havainnointirunko rakentui teoreettisen viitekehyksen ja tutkimustehtävien ohjaamana siten, että havainnoitavien asioiden avulla pyrittiin saamaan käsitys siitä, minkälaiset ohjaajan esiintymistaidot olivat, minkälainen ohjaustilanteen ilmapiiri oli, miten ohjattavat toimivat ohjaustilanteessa ja minkälainen oli ohjaustilanteen laatu. Havainnoista tehtiin kirjallisia muistiinpanoja ohjaustilanteen aikana.

Havainnointia täydennettiin havainnoinnin jälkeisellä haastattelulla. Tiedonantajana oli sairaanhoitaja, joka toimii Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikalla. Sairaanhoitajan haastattelu käytiin ohjaustilaisuuden jälkeen. Haastattelussa käytiin läpi Hyvän vuorovaikutuksen kriteerien (liite 5) pohjalta sairaanhoitajan kokemukset viestinnän, fyysisen ympäristön sekä ohjattavan - ohjaajan -suhteen kannalta (Hankonen ym. 2006, 28). Lisäksi kartoitettiin sairaanhoitajan mielipidettä ohjausmateriaalin tarpeellisuudesta, selkeydestä sekä toimivuudesta. Sairaanhoitajan havainnointi suoritettiin ennalta sovitussa, rajatussa tilassa, jonka sairaanhoitaja oli itse valinnut. Sairaanhoitajan vastauksia tarkennettiin vielä kerran haastattelutilaisuuden jälkeen.

5.3 Tutkimusmenetelmät

Laadullisen tutkimuksen tehtävänä on lisätä ymmärrystä, mahdollistaa erilaisia tulkintoja, mallintaa asioita ja antaa asioille merkityksiä. Laadullisen tutkimuksen mahdollistaja on luottamus. Laadullinen tutkimus on kasvollista ja persoonallista tutkimusta. Tutkija on aina myös osa tutkittavaa prosessia. (Pitkäranta 2010, 12-13.) Tutkittaessa selvää orientoivaa käyttäytymistä, eli erilaisia aikomuksia käyttäytyä jollakin tavalla, on kysymiseen perustuva aineistonkeruumenetelmä sovelia. Kun tutkimuskohteena on selvä vuorovaikutuskäyttäytyminen, on havainnointiin perustuva aineistonkeruumenetelmä tarkoituksenmukaisin. (Pitkäranta 2010, 103-104.)

Tämän kehittämissuorituksen soveltavan tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin sairaanhoitajan yksilöhaastatteluna (suullisesti) teemahaastattelun muodossa sekä hänen havainnointinaan (observointi) ohjaustilanteessa. Lisäksi ohjaustilanteeseen osallistuvilta kerättiin kirjallinen palaute ohjaustilaisuudesta. Kyseilyn kohteena olivat ilmapiiri, ohjaajan esiintymistaidot, ohjattavat sekä laatu.

Havainnointi sopii tutkimuksiin, joissa tutkitaan yksittäisen ihmisen toimintaa ja hänen vuorovaikutustaan muiden ihmisten kanssa (Vilkkä 2006, 38). Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun ei tiedetä, minkälaisia vastauksia tullaan saamaan, tai kun vastaus perustuu haastateltavan henkilön omaan kokemukseen. Haastattelua käytetään myös, kun halutaan syventää tietoa jostakin asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35.)

5.3.1 Havainnointi

Havainnointi menetelmänä on tietoisesti tapahtuvaa tarkkailemista, eikä vain asioiden tarkkailemista niiden näkemiseksi ja kuulemiseksi. Havainnoidessamme ihmisiä luontaisessa ympäristössään etunamme on havaintojen tekeminen niissä asiayhteyksissä ja konteksteissa, joissa asiat ilmentyvät. (Vilkkä 2006, 37-38.) Tämän kehittämissuorituksen soveltavan tutkimuksen osuudessa projekti-

päällikkö havainnoi sairaanhoitajaa tekemällä kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia havaintoja. Tätä kutsutaan suoraksi havainnoinniksi. (Pitkäranta 2010, 79.) Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada välitöntä, suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Sen avulla päästään luonnollisiin ympäristöihin. Havainnointi on erinomainen menetelmä muun muassa vuorovaikutuksen tutkimuksessa samoin kuin tilanteissa, jotka ovat vaikeasti ennakoitavissa ja nopeasti muuttuvia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 213.)

Havainnointimenetelmää käytettäessä on tärkeää muistaa, että tutkija pitää erillään havainnot ja omat tulkintansa näistä havainnoista (Hirsjärvi ym. 2009, 217). Havainnointimenetelmiä on kritisoitu; eniten siitä, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta, jopa suorastaan muuttaa tilanteen kulkua. Havainnoija saattaa sitoutua emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään tai tilanteeseen. Tästä syystä tutkimuksen objektiivisuus kärsii. Implementointitilaisuudessa projektipäällikkö istui osallistujien ja sairaanhoitajan takana niin, että hänellä ei ollut katsekontaktia osallistujiin. Joissakin havainnointitilanteissa voi olla vaikea tallentaa tietoa välittömästi, jolloin tutkijan täytyy vain luottaa muistiinsa ja kirjata havainnot myöhemmin. Projektipäällikkö teki kirjallisia muistiinpanoja implementointitilaisuudessa. Havainnointiin liittyy myös eräitä eettisiä ongelmia, esimerkiksi se, kuinka paljon tutkittavalle kerrotaan havainnoinnin tarkoista kohteista. Osallistujille ja sairaanhoitajalle oli toimitettu etukäteen saatekirje (liite 2) sekä tutkimustiedote (liite1), joissa kerrottiin mitä implementointitilaisuudessa tullaan havainnoimaan ja mihin tilaisuudessa kerättyjä tietoja tullaan käyttämään. Implementointitilaisuuden aluksi projektipäällikkö kävi vielä suullisesti läpi ohjaustilanteen ja havainnoitsijan roolin. (Hirsjärvi ym. 2009, 213-214.)

5.3.2 Haastattelu

Haastattelun avulla tutkija voi selvittää ihmisten ajattelua, kokemuksia ja motivaatiota tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelu lienee yleisin tapa kerätä laadullinen aineisto. Haastattelu voi olla strukturoitu, puolistrukturoitu, teemahaastattelu tai

avoin eli syvähaastattelu. Haastattelu on eräänlaista keskustelua, jolla on tietty tarkoitus. (Pitkäranta 2010, 80-81.)

Projektipäällikkö toteutti sairaanhoitajan haastattelun teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48). Sairaanhoitajan haastattelussa käytettiin Hyvän vuorovaikutuksen kriteereitä (Hankonen ym. 2006, 28) teemahaastattelun runkona (liite 4). Haastattelun etu on siinä, että haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on kokemusta tuttavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. Haastateltava sairaanhoitaja on lapsidiabeteksen asiantuntija ja implementointiin osallistujat lapsidiabeetikon koulunkäyntiavustajia. Haastattelun heikkouksia kyselyyn verrattuna ovat aika ja raha, haastattelu on kallis ja aikaa vievä tiedonkeruumuoto. (Pitkäranta 2010, 105.)

6 AINEISTON ANALYSOINTI

Siliuksen ja Tervakarin (2006) mukaan haastatteluaineiston analyysiin ei ole olemassa valmista mallia. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, tavoitteena on ilmiön ymmärtäminen, kohdetta tutkitaan kokonaisvaltaisesti eikä objektiivisuuden saavuttaminen perinteisessä mielessä ole mahdollista.

Tässä työssä sovellettiin analysointitapana induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineiston analysointi eteni implementointitilaisuudessa kerätyn sairaanhoitajan havainnointi- ja haastatteluaineiston litteroinnilla. Aineiston käsittely ja analysointi aloitettiin heti ohjaustilanteen jälkeen. Havainnoitsijan ohjaustilanteessa keräämät muistiinpanot ja havainnot yhdistettiin. Aineisto jaettiin havainnoin kohteena oleviin analyysiyksiköihin, joita olivat ilmapiiri, ohjaajan esiintymistaidot, ohjattavat sekä laatu. Implementointitilaisuuteen osallistuvilta kerätyn haastattelun tulokset (N=3) purettiin samoihin analyysiyksiköihin. Aineistot yhdistettiin sairaanhoitajan havainnoinnista kerätyn aineiston kanssa. Suoria lainauksia käytettiin elävöittämään tekstiä. (Eskola & Suoranta 2003, 175).

Sairaanhoitajan haastattelun litterointi tehtiin mahdollisimman tarkasti. Litteroitu aineisto tarkastettiin useita kertoja. Sairaanhoitajan haastattelun tietoja täydennettiin vielä jälkikäteen lisähaastattelulla. Haastatteluaineisto purettiin analyysiyksiköihin, joita olivat viestintä, fyysinen ympäristö ja ohjattavan – ohjaajan -suhde. Lopuksi aineisto koottiin johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi vastamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä. Tutkimusaineisto kertoo siitä, mitä ihmiset tekivät, sanoivat tai mitä he kuvasivat ja kirjoittivat. (Vilkkä 2006, 81.)

7 TUTKIMUKSELLISEN OSAN TULOKSET

7.1 Havainnoinnin tulokset

Ilmapiiri

Ohjaustilanteen ilmapiiri oli ohjaustilanteen alkaessa avoin, välitön, samanarvoinen sekä tasapuolinen. Ohjaukseen saapuvat osallistujat sairaanhoitaja kätelti ja otti vastaan lämpimästi tervehtien ja toivotti osallistujat tervetulleiksi. Sairaanhoitaja loi käytöksellään läheisen, avoimen ja turvallisen tunteen ottamalla katsekontaktin jokaiseen osallistujaan. Osallistujien yhteenkuuluvuutta sairaanhoitaja lisäsi istumapaikkojen asettelulla puolikaaren muotoon noin 1 m päähän itsestään siten, että jokainen osallistuja pystyi esteettömästi näkemään sekä puhujan että valkokankaalle heijastetun esityksen. Sairaanhoitaja istui samassa linjassa osallistujien kanssa.

Ohjauksen aluksi sairaanhoitaja kertasi osallistujien aikaisemmin esittämät toiveet ohjauksesta, joita olivat: lapsidiabeetikon ravitsemus, injektio anto sekä liikunta. Sairaanhoitaja kertoi käyvänsä nämä asiat lävitse käyttämällä implementoitavaa ohjausmateriaalia. Ohjaustilanteessa ohjaajan äänenkäyttö oli selkeää, puhe ja katsekontakti kohdistuivat osallistujiin. Tämä onnistui, koska sairaanhoitaja istui noin metrin edempänä, kääntyneenä sivuttain kasvot kohti osallistujia. Sairaanhoitaja hallitsi hyvin ohjausmateriaalin tiedollisen sisällön, sekä ohjauksessa käyttämänsä ohjausmenetelmät.

Ohjaustilanteen ilmapiiri oli avoin ja keskusteleva. Sairaanhoitajan rooli oli selkeästi asiantuntijaryhmänjohtaja, jota osallistujat arvostivat. Ohjaustilanne ei kuitenkaan ollut yksinpuhelia asiantuntijalta, vaan asiantuntijoiden keskustelua asiantuntijalle. Sairaanhoitaja oli joustava ja herkkä ohjattavien käyttäytymisen ja toiveiden suhteen sekä valmistautunut ohjaustyylin vaihtoon ohjauksen aikana, puhujasta vuorovaikutteiseen keskusteluun. Ohjauksen aikana osallistujilla oli mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Tätä mahdollisuutta ohjattavat käyttivät aktiivisesti. Sairaanhoitaja varmisti onko hänen antamansa vastaus kysy-

mykseen ollut hyväksyttävä, katsomalla ohjattavia ja esittämällä kysymyksiä ohjauksen aikana. Ohjaustilanteessa säilyi hyvä tempo koko ohjaustilanteen ajan. Keskustelu oli avointa sekä rakentavaa. Osallistujien esittämät kysymykset kohdistuivat konkreettisiin arkipäivän tilanteisiin ja niihin liittyviin haasteisiin. Näihin kysymyksiin osallistujat saivat myös vastauksen sairaanhoitajalta.

Havainnollistaminen edistää mielenkiinnon ylläpitämistä ohjauksessa. Injektion anto demonstraatioon sairaanhoitaja oli varannut tarvittavat välineet liikkuvan vaunun päälle, joka oli helppo siirtää ohjattavien eteen työpöydäksi. Sairaanhoitaja demonstroi miten injektioneula poistetaan turvallisesti insuliinikynästä, injektioneulan suojamuovin poistamisen, sekä jätteiden oikean ja turvallisen hävittämisen. Insuliinikynän rikkoutuessa, esimerkiksi lattialle pudotessa, sairaanhoitaja demonstroi, miten insuliinikynänsäiliö tyhjenetään erillisen neulan ja ruis-kun avulla. Osallistujat saivat kokeilla sairaanhoitajan valvonnassa injektion antoa, sekä insuliinikynän injektioneulan vaihtoa. Sairaanhoitaja oli rauhallinen ja tuki ohjattavia harjoituksen aikana. Ydinasioiden korostaminen ja asioiden kertaaminen on myös tärkeää demonstraation aikana. Demonstraatiolla sairaanhoitaja elävöitti teorian tiedon käytännön osaamiseksi. Sairaanhoitaja loi turvallisen ilmapiirin, jossa osallistujilla oli helppo esittää itselleen tärkeitä kysymyksiä. Demonstraatiotilanteen ilmapiiri oli rento, avoin sekä kiireetön. Oppimisen näkökulmasta ilmapiiri oli innostava ja oppimista tukeva. Ilmapiiri säilyi hyvänä ohjaustilanteen alusta loppuun asti.

Ohjaukseen osallistujat kokivat ohjaustilanteen ilmapiirin olleen samanarvoinen ja avoin, joka mahdollisti osallistujien kysymysten esittämisen. Aineistoa kuvailtiin lauseilla;

"Oli samanarvoinen, olimme samalla tasolla lähes kaikki". "Samanarvoinen". "Ilmapiiri oli avoin. Sai mukavasti kysyä, kiitos siitä!". "Hyvää avointa keskustelua. Voi kysyä askarruttavista asioista". "Hyvä!"

Vuorovaikutus

Sairaanhoitajan ohjauksessa korostui ohjaussuhde ja sen kehittävä luonne, jota voidaan kuvata dialogiksi. Laadukas ohjaus oli toteutettu suunnitelmallisesti, ohjattavien toiveet ja tarpeet huomioiden. Ohjaustilanteen vuorovaikutuksellinen ilmapiiri mahdollisti aktiivisen keskustelun ohjattavien ja sairaanhoitajan välillä. Vuorovaikutus sairaanhoitajan ja ohjattavien välillä oli välitön ja rakentava.

Sairaanhoitaja osoitti ammatillisuudellaan kykyä luoda luottamuksellinen ja positiivinen ilmapiiri vuorovaikutussuhteeseen ja ohjaustilanteeseen. Hän keskittyi kuuntelemaan osallistujia ja esitti heille tarkentavia kysymyksiä. Sairaanhoitaja mahdollisti osallistujille esittää kysymykset selkeästi ja rauhallisesti. Sairaanhoitaja ei keskeyttänyt puhujaa, vaan antoi hänelle rauhassa aikaa muotoilla kysymyksensä. Hänellä oli aikaa kuunnella ohjattavien kysymykset loppuun asti. Kuunteleminen on kaikessa vuorovaikutuksessa ja ohjauksessa keskeinen työväline. Se vaatii sairaanhoitajalta kykyä pitää omat ennakko-oletukset, kokemukset ja mielipiteet taustalla. Sairaanhoitaja varmisti kuuntelemisen lisäksi, että ohjattavat kokivat tulevansa kuulluksi. Sairaanhoitaja vahvisti, että kysyjä sai vastuksen esittämäänsä kysymykseen ottamalla katsekontaktin kysyjään. Sairaanhoitaja käytti avoimia kysymyksiä, näin vastaukseksi ei saada kyllä tai ei vastauksia.

Kuuntelua osoittivat sairaanhoitajan kehonkieli, eleet ja nyökkäykset. Ohjattavien ja sairaanhoitajan vuorovaikutus sisältää riskin väärinymmärretyksi tulemisestä. Avoimuus ei ole aina helppoa, koska siihen liittyy mahdollisuus tulla hylätyksi tai hyväksytyksi, naurunalaiseksi, torjutuksi tulemiseksi tai arvostelluksi. (Hankonen ym. 2006, 25.) Sairaanhoitaja osoitti käytöksellään, että jokainen esitetty kysymys oli tärkeä ja oppimista edistävä. Hänellä oli myös taito myötäelää osallistujien kuvailemia haasteita arjen tilanteissa. Vuorovaikutusta tuki tarkoituksenmukainen tila, jossa oli ohjauksen kannalta tarpeellista välineistöä ja materiaalia. Ohjaukseen valittu tila vahvisti osallistujille sairaanhoitajan ammatillisuutta ja osaamista lapsidiabeetikoiden hoidonohjaukseen. Ohjattavat kuvailivat vuorovaikutus lauseilla;

”JEES! Koin olevani oikeassa paikassa kun sain kysyä!”. ”Loistava!”. ”Molemmien puoleista”.

Ohjaajan esiintymistaidot

Sairaanhoitaja oli valmistautunut huolella ohjaustilanteeseen. Tarvittavien laitteiden (tietokone/datatykki) toimivuus oli varmistettu etukäteen. Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaalista oli valittu ohjauksen aihe valmiiksi valkokankaalle näkyviin, kun ohjattavat saapuivat ohjaukseen varattuun tilaan.

Ohjaukseen varattu tila oli hyvin suunniteltu. Istumapaikat oli aseteltu puolikkaarevaan muotoon, niin että kaikilla oli esteetön näkyvyys valkokankaalle sekä sairaanhoitajaan. Sairaanhoitaja istui samassa ”rivissä” ohjattavien kanssa, jonkin verran ohjattavien edellä, sekä korkeammalla kuin ohjattavat, jokaisella ohjattavalla oli katsekontakti sairaanhoitajaan. Tämä valinta oli erinomainen. Usein puhujat siirtyvät valkokankaan lähelle ohjaukseen käytetyn tilan ”eteen” puhumaan. Näin syntyy etäisempi asetelma puhujan ja kuuntelijoiden välille. Ohjaukseen varattu tila oli riittävän iso ja valoisa. Huoneen ilmastointi toimi moitteettomasti, eikä väsymisen merkkejä esiintynyt ohjattavissa ohjauksen aikana.

Sairaanhoitaja oli valinnut jokaiselle ohjaukseen osallistujalle kirjallisen materiaalin etukäteen, materiaali oli jaettu valmiiksi jokaiselle istumapaikalle. Näin vältetään turhalta hälinältä ohjaustilanteen alussa sekä ohjauksen aikana. Tämä luo ammatillisen kuvan osallistujille siitä, että heidän koulutuksensa on tärkeää ja siihen on paneuduttu huolellisesti etukäteen. Etukäteisvalmistelu antaa puhujalle aikaa keskusteluun ja kuulumisten vaihtamiseen ennen ohjauksen aloittamista.

Sovitun aikataulun noudattaminen antaa osallistujille kuvan ammatillisuudesta sekä ohjaajan kunnioituksesta ohjattavia kohtaan. Ohjaustilanteessa oli varattu riittävästi aikaa rauhalliselle ja vastavuoroiselle keskustelulle. Tällöin ohjattaville syntyi mielikuva kiireettömästä ja yksilöllisestä ohjaustapahtumasta. Ohjaukseen oli varattu aikaa kaksi tuntia, joka ilmoitettiin ohjaustilaisuuden kutsussa

osallistujille etukäteen. Ohjaukseen varattu aika käytettiin kokonaisuudessaan ja osa osallistujista jatkoi vielä 15 minuutin ajan keskustelua sairaanhoitajan kanssa ohjaustilaisuuden päätteeksi. Sairaanhoitajan tehtävänä on huolehtia asiassa ja aikataulussa pysyminen, ja tässä sairaanhoitaja onnistui täydellisesti. Ohjattavat kokivat, että aikaa ohjaustilanteeseen oli varattu juuri sopivasti.

Ohjaustilaisuudessa sairaanhoitaja kävi lapsidiabeetikon hoidonohjasmateriaalin läpi kokonaisuudessaan. Ohjauksessa säilyi kiireetön tunnelma, vaikka asiaa oli paljon. Kaikki etukäteen suunnitellut ja toivotut asiakokonaisuudet käytiin ohjauksessa rauhallisesti läpi. Sairaanhoitaja oli paneutunut ohjausmateriaaliin syvästi. Ohjauksen aikana osallistajat esittivät kysymyksiä ja toivat esille konkreettisia arjen tilanteita, joihin kaipasivat tukea ja opastusta. Osallistajat kuvailivat ohjaajan esiintymistaitoja seuraavilla lauseilla;

”Oli valmistauduttu tosi hyvin”. ”Ohjaaja oli hyvin valmistautunut”. ”Hyvin valmistauduttu”.

”Etenemisvauhti oli todella hyvä”. ”Sopiva, sai myös itse osallistua ja jäi hyvä fiilis, että ei menty liian lujaa, saattikka olisi miettinyt milloin loppuu”.

”Selkeys ja johdonmukaisuus olivat hyviä. Pysyin hyvin ”kärkyillä” ”. ”Selkeä”. ”Paljon tärkeää asiaa yhdelle tapaamiselle”. ”Oli juuri molempia!”.

Sanallinen ja sanaton viestintä

Sairaanhoitajan käyttämä sanallinen viestintä oli selkeää ja yksiselitteistä. Asiakokonaisuudet olivat rytmitetty omiksi osa-alueiksi ja ne etenivät johdonmukaisesti. Kielellinen ilmaisu oli joustavaa ja väliin tulevat kysymykset eivät rikkoneet asiakokonaisuutta. Vastavuoroisuus eli puheen rytmittäminen ja tauottaminen antoivat ohjattaville mahdollisuuden tuoda esiin omia mielipiteitään ja mahdollisia lisäkysymyksiä aiheesta. Ohjauksessa käytetty kieli oli selkeää ja ymmärrettävää. Sairaanhoitaja ei käyttänyt ”sairaalaslangia” esityksessään.

Sairaanhoitaja ilmaisi kiinnostustaan ohjattaviin myös sanattoman viestinnän keinoin; katsekontaktilla, harkituilla ilmeillä ja eleillä, jotka olivat puhuttua asiaa tukevia. Katsomalla ohjattavia, kysymyksen esittäjää, antamalla riittävästi aikaa ohjattavien muodostaa ja esittää kysymyksiä, sairaanhoitaja osoitti jokaisen kysymyksen olevan tärkeä. Sairaanhoitaja vastasi selkeästi kysymykseen ja varmisti jokaisen kysymyksen jälkeen, että vastaus tyydytti kysyjää. Tällä tavalla sairaanhoitaja ilmaisi ohjattavalle kuuntelemista ja läsnäoloa.

Sairaanhoitaja istui ohjaustilanteessa puolittain kääntyneenä osallistujia kohden. Istuma-asennolla ja kehonkielellä sairaanhoitaja ilmaisi kiinnostusta, kuuntelemista ja läsnäoloa. Rauhallisella olemuksellaan sairaanhoitaja loi ohjaustilanteeseen kiireettömän ja välittömän tunnelman. Sairaanhoitaja vaikutti omalla persoonallisuudellaan ohjattava - ohjaaja -suhteen onnistumiseen. Ohjaustahtumassa keskinäinen kunnioitus ilmeni sairaanhoitajan asiallisuutena ja ystävällisenä käyttäytymisenä. Tunnetiloina tilaisuuteen osallistujilla poistuessaan olivat päällimmäisinä mielessä tyytyväisyys ja motivoituneisuuden tunne.

Ohjattavat

Ohjaustilaisuuteen osallistujat löysivät ohjaukseen varatun tilan helposti. Ilmapii-ri oli iloinen ja myönteinen ohjauksen alkaessa. Ohjattavat kuuntelivat annettuja ohjeita sekä teoretietoa tarkkaavaisesti. Esityksen aikana osallistujat esittivät kysymyksiä, joilla vahvistettiin annettujen ohjeiden ymmärtämistä. Sairaanhoitajan selkeät ohjeet arkipäivän haasteellisiin tilanteisiin olivat konkreettisia esimerkiksi;

*”Liikuntapäivänä varataan diabetesta sairastavalle lapselle mukaan sokeripitoi-
nen juoma, kuten Trip-mehu, ei light-mehua, jos lapsen verensokeri laskee no-
peasti, tarvitaan sokeripitoista juomaa ensiavuksi.”*

Sairaanhoitajan antamia ohjeita kuunneltiin erittäin tarkkaavaisesti.

Osallistujien käyttäytyminen ohjaustilanteessa oli sairaanhoitajan ammattitaitoa arvostavaa ja välitöntä. Pienryhmässä osallistujat uskalsivat esittää kysymyksiä

ja kertoa niistä arkipäivän tilanteista, joita he olivat kohdanneet koulupäivän aikana lapsidiabeetikon hoidossa. Sairaanhoitajan rehellisyys ja ammatillisuus tukivat luottamuksellista ohjaussuhdetta. Kiinnostus ohjattavilla opetettavaan aiheeseen oli voimakasta. Ohjauksesta osallistujat saivat konkreettisia ohjeita ja neuvoja arkipäivän tilanteisiin. Teoriatieto vahvisti puhuttua asiaa. Sairaanhoitajan henkilökohtainen tapaaminen mahdollisti myös yhdyshenkilön tapaamisen, johon osallistujat voivat ottaa yhteyttä haasteellisissa tilanteissa. Ohjattavat kokivat annettujen ohjeiden olleen ymmärrettäviä sekä aiheen olleen todella kiinnostava. Ohjattavat kuvailivat ohjauksen merkitystä seuraavilla lauseilla;

”Minulle ja työlleni todella tärkeä! ”Aihe oli todella kiinnostava”. ”Kiinnostusta riitti ja halua opetella pistämään.”

Laatu

Ohjausympäristön valinnalla oli suuri merkitys ohjauksen onnistumiseen. Häiriötekijät oli pyritty minimoimaan varaamalla sairaanhoitajan aika ja ohjaukseen käytettävä tila etukäteen. Osallistujat olivat myös varanneet oman aikansa sulkemalla puhelimensa ohjauksen ajaksi. Ohjaustilaksi oli yhdistetty kaksi Tyks Vakka-Suomen sairaalan poliklinikan vastaanottohuonetta, joten tila oli avara.

Ohjauksen aikana ohjaustilanne keskeytyi kaksi kertaa, kun ohjaukseen varattuun tilaan saapui ulkopuolinen henkilö. Sairaanhoitajan aktiivinen läsnäolo ja ohjaustaidot mahdollistivat ohjaustilanteen onnistumisen häiriötekijöistä huolimatta. Ohjauksessa tunnelma oli rauhallinen ja kiireetön. Ohjaustila oli valoisa ja hyvin äänieristetty. Huoneen lämpötila pysyi riittävän alhaisen, eikä auringon valo häikäissyt tai valaistus häirinnyt ohjattavia ohjauksen aikana.

Sairaanhoitajan istuminen samassa rivissä ohjattavien kanssa antoi kollegiaalisen sekä tasavertaisen kuvan osallistujille. Ohjausympäristön mukavuus on osa ohjauksen laatua. Ohjauksessa käytettyä tilaa ohjattavat kuvailivat lauseilla;

”Hyvä”. ”Sopiva juuri tälle asialle”. ”Tarvittavat välineet olivat lähellä”.

Opetusmenetelmä

Sairaanhoitajan järjestämä ohjaustilanne ei ollut ainoastaan tiedon jakamista, vaan siihen sisältyi vuoropuhelua ohjattavien kanssa. Sairaanhoitajan ohjaus oli tasavertaista ja kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Tasavertaisuus ohjaustilanteessa toteutui, kun sairaanhoitaja otti osallistujien mielipiteet huomioon ohjauksen toteutuksessa. Informaatio perustui viimeisimpään tutkittuun tietoon, jota sairaanhoitajan konkreettiset käytännön esimerkit vahvistivat ja tekivät siitä käytännönläheisemmän ja mielenkiintoisen.

Sairaanhoitaja käytti demonstraatio opetusmenetelmää apuna ohjauksessa. Sairaanhoitaja havainnollisti ”insuliinin” erilaisia määriä ruiskuttamalla nestettä opetuspöydälle pisaroiksi, osoittaakseen kuinka pieniä määriä lasten insuliinannokset ovat. Ennen demonstraatiota sairaanhoitaja oli kerännyt kaikki demonstraatioissa tarvittavat välineet yhteen liikkuvalla tarjoilupöydälle. Kirjalliset ja suulliset ohjeet oli jaettu osallistujille ohjaustilanteen alussa. Sairaanhoitajan havaintoihin perustuvat ohjeet olivat selkeitä.

Sairaanhoitaja demonstroi injektion annon ja insuliinikynän säiliön tyhjentämisen erillisellä neulalla ja ruiskulla. Sairaanhoitaja tarjosi ammatillista tukea injektion antoa harjoitteleville osallistujille ja vahvisti heidän osaamistaan. Demonstraatio onnistui hyvin ja osallistujat olivat valmiita muuttamaan asenteitaan ja pelkojaan injektion antoa kohtaan. Sairaanhoitajan rohkaiseva ja kannustava ote injektion antoon oli tärkeää. Positiivisen palautteen antaminen lisäsi ohjattavien itseluottamusta ja halua kokeilla asiaa rohkeasti uudelleen.

Tapahtuman suunnittelu ja tekninen toteutus olivat ensisijaisesti sairaanhoitajan vastuulla ja tässä sairaanhoitaja onnistui erittäin hyvin. Onnistunut lopputulos vaatii kuitenkin kumpaankin suuntaan tapahtuvaa vuorovaikutusta. Ohjattavat kuvailivat ohjausmenetelmää seuraavilla lauseilla;

”Hyvä ja selkeä”. ”Hyvä ja selkeä!”. ”Opeteltiin havainnollisesti”.

Ryhmän koko

Lapsidiabeetikon hoidonohjaustilanne oli kertaluontoinen pienryhmäohjaus. Ohjaukseen osallistujat olivat Kalannin koulun ja Uudenkaupungin yhtenäiskoulun henkilökuntaa. Lyhytkestoiseen ryhmäohjaukseen voidaan ottaa osallistujia useista eri kohteista, jolloin ohjaus on myös taloudellista ja tehokasta. Yhteensä osallistujia oli viisi henkilöä. Osallistujilla oli yhteinen tavoite, lapsidiabeetikon hoidon seuranta koulupäivän aikana. Ryhmän pieni koko vaikutti ohjaustilaisuuden luonteeseen positiivisesti. Tunnusomaista pienille ryhmille on aktiivinen osallistuminen, jäsenten henkilökohtainen osallistuminen prosessiin, yksimielisyys sekä suuri sisäinen kontrolli. Ryhmät ovat myös erittäin tehokkaita, sillä niissä osallistujilla on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia toisiltaan. (Brotherus, Hänninen, Illikainen, Kamula, Kerälä, Leinonen, Nisula-Tauriainen & Teirikangas 2006, 86.)

Osallistujat kuvailivat ryhmän kokoa seuraavilla lauseilla;

”Jees. Sopivan intiimi. Uskalsi osallistua.” Ryhmän koko oli sopiva”. ”Sopiva ehkä muutama olisi voinut olla vielä mukana”.

Sairaanhoitajan valmistautuminen ryhmäohjaukseen oli ohjaustapahtuman onnistumisen kannalta tärkeää. Sairaanhoitajan havainnointikyky ja kuuntelutaito edistivät pienryhmän vuorovaikutuksen onnistumista. Ohjaustilaisuuden lopuksi sairaanhoitaja varmisti saivatko ohjattavat vastauksen kysymyksiinsä. Ohjaukseen osallistujien mielestä ohjaukselle asetetut tavoitteet saavutettiin. Ohjattavat kuvailivat tavoitteen saavuttamista seuraavilla lauseilla;

”Joo”. ”Mielestäni kyllä!”. ”Kyllä. Tarvittavat tiedot saatiin ja voitiin tutustua välineisiin konkreettisesti.”

7.2 Haastattelun tulokset

Sairaanhoitajan haastattelu käytiin lävitse Hyvän vuorovaikutuksen kriteerien (Hankonen ym. 2006, 28) pohjalta (liite 5). Haastattelu koostui seuraavista aiheista: sairaanhoitajan kokemukset liittyen viestintään, fyysiseen ympäristöön sekä ohjattavan - ohjaajan -suhteeseen.

Viestintä

Ohjauksessa sairaanhoitajan käyttämä kieli oli selkeää ja ymmärrettävää puhekieltä, sairaanhoitaja ja ohjattavat puhuivat samaan kieltä. Aikaa oli varattu juuri riittävästi asiakokonaisuuksien käsittelyyn ja se käytettiin kokonaisuudessaan. Ohjattavien kiinnostus ja motivaatio säilyivät hyvänä koko ohjauksen ajan. Ohjaustilanteessa oli varattu riittävästi aikaa myös rauhalliselle ja vastavuoroiselle keskustelulle. Sairaanhoitajalla oli etukäteen tiedossa ohjattavien toiveet ohjauksen aiheista ja näihin asioihin myös keskityttiin ohjauksen aikana syvällisemmin. Sairaanhoitaja kuvaili ohjaustilannetta seuraavilla lauseilla;

”Ohjaukseen varattu aika oli hyvä. Asiaa oli paljon, koska halusin testata ohjausmateriaalin käytännössä kokonaisuudessaan. Tiesin hyvin ohjattavien toiveet sisällön suhteen, siksi kävinkin osan asiasta yleisesti läpi ja toivotut asiat tarkemmin. Kokonaisuuden kannalta oli kuitenkin hyvä kerrata myös tutummat asiat”.

Sairaanhoitajan esittämät asiat etenivät johdonmukaisesti ohjausmateriaalin ohjausrunkoa apuna käyttäen. Ohjausrungon mukaan etenevä esitys mahdollisti, että energian pystyi keskittämään ohjaukseen, osallistujilta tulleisiin kysymyksiin sekä ohjaustilanteen vuorovaikutukseen. Ohjausmateriaali myös rytmitti esitystä ja mahdollisti tauotuksen osallistujien kysymysten esittämiseen. Viestintä oli luonnollista ja ilmapiiri avoin koko ohjaustilanteen ajan. Sairaanhoitajan esitys oli rauhallinen ja hänen osallistujista kiinnostunut asenteensa näkyi myös osallistujien suhtautumisessa ohjaukseen myönteisesti. Sairaanhoitaja kuvaili ohjauksen etenemistä seuraavilla lauseilla;

”Ohjauspaketti on todellakin selkeästi ja johdonmukaisesti suunniteltu. Asiat etenevät johdonmukaisesti ja hyvin loogisesti. Mielestäni ohjattavan on helppo pysyä ”kärryillä”, koska tässä käydään asiat selkeästi läpi ja oikeassa järjestyksessä, silloin kuulijan on helpompi muodostaa kokonaisuus asiasta. Ilmapiiri oli hyvä ja kuulijat olivat hyvin aktiivisia, kysymyksiä tuli paljon. Kaikki olivat heti mukana, ei tarvinnut olla yksin äänessä”.

Fyysinen ympäristö

Sairaanhoitajan mielestä ohjaukseen varattu tila oli valoisa, rauhallinen ja tarkoitukseen sopiva. Tila oli riittävän iso ja avara, ilmastointi toimi hyvin eikä ohjattavissa näkynyt väsymisen merkkejä. Ohjauksen kannalta tarpeellista välineistöä ja materiaalia oli tilassa helposti saatavilla. Tietokone ja datatykki helpottivat ohjausta ja samalla ohjaus pysyi hyvin kokonaisuutena. Sairaanhoitaja kuvaili tilaa seuraavilla lauseilla;

”Ohjaukseen varattu tila toimi mielestäni hyvin. Häiriötekijöitä ei ollut. Ja laitteetkin toimivat ilman ongelmia”.

Ohjattavan - ohjaajan -suhde

Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksella pyritään edistämään ohjattavan sitoutumista ohjattavaan aiheeseen. Tässä sairaanhoitaja onnistui hyvin. Ohjaustilanne oli interaktiivinen ja kysymyksiä esitettiin paljon. Ohjaussuhteessa ohjattavien omat näkemykset ja kokemukset ovat aina avainasemassa. Samoin ohjattavien toiveet siitä, minkä he haluaisivat muuttuvan. Näihin muutoksiin ohjauksella saatiin selkeitä ja konkreettisia vastauksia. Sairaanhoitaja osoitti kunnioitusta osallistujia kohtaan kuuntelemalla ja antamalla heille riittävästi aikaa kysymysten esittämiseen esityksen aikana. Sairaanhoitajan toiminta oli rehellistä, ystävällistä ja avointa. Sairaanhoitaja pyrki huomioimaan jokaisen osallistujan yksilönä ja ryhmän jäsenenä. Ohjattavat esittivät kysymyksiä juuri heidän arkipäivään liittyvistä tilanteista ja saivat näihin vastauksen sairaanhoitajalta. Toisaalta

nämä kysymykset ja vastaukset palvelivat kaikkia ohjattavia. Sairaanhoitaja toimii lasten diabeteksen asiantuntijana ja tämä välittyi esityksestä kuulijoille. Sairaanhoitaja kuvaili implementointia seuraavilla lauseilla;

”Mielestäni ohjauspaketti on juuri sitä mitä toivoin. On hyvin käytännönläheinen. Tämän kanssa on helppo lähteä kentälle. Uskon, että tämän ohjauspaketin kanssa pystyn antamaan sen tiedon ohjattaville, mitä he tarvitsevat työssään lapsidiabeetikon hoidossa. Toivottavasti he saavat rohkeutta lapsidiabeetikon hoitoa edistävään toimintaan ja saavat ohjauksen jälkeen hakemaansa varmuutta. Mielestäni tilaisuus onnistui kaikin puolin erinomaisesti”.

Ohjausmateriaalin käyttö

Haastattelussa tiedusteltiin sairaanhoitajan mielipidettä ohjausmateriaalin tarpeellisuudesta, selkeydestä sekä toimivuudesta. Sairaanhoitaja koki ohjausmateriaalin tulleen selkeään tarpeeseen. Ohjausmateriaalin työstäminen sairaanhoitajan työn ohessa ei olisi onnistunut työn laajuuden ja ajankäytön suhteen. Sairaanhoitaja koki saaneensa työvälineen, jonka avulla on helppo jalkautua kentälle. Ohjausmateriaalia voidaan hyödyntää myös muissa koulutustilaisuuksissa päiväkotien ja koulujen lisäksi. Sairaanhoitaja kuvaili ohjausmateriaalia ja sen toimivuutta seuraavilla lauseilla;

”Tämä varmistaa, että kaikki saavat asiasisällöltään samanlaisen opetuksen. Paketti on niin täydellinen. Sisältää kaiken minkä tarvitsen. Valitsen vaan sieltä mitä toivotaan ohjauksessa käytävän läpi. Ohjauspaketti on hyvin selkeä. Asiat on laitettu esille yksinkertaisesti ja loogisesti. Tämän mukaan on hyvä edetä. Jos tulee keskeytyksiä, on helppo jatkaa siitä mihin jäätiin ja selkeän rungon kanssa aikataulun pitäminen on helpompaa. Toimivuus on hyvä. Tämän ohjausmateriaalin kanssa voi olla varma, että mitään ei jää kertomatta. Olen enemmän kuin tyytyväinen tähän ohjausmateriaaliin”.

7.3 Keskeiset tulokset

Ohjattavat kokivat, että ilmapiiri oli hyvä ja avoin ohjaustilanteessa. Tämä mahdollisti keskustelun ja kysymysten esittämisen, joka koettiin tärkeäksi. Vuorovai-
kutuksen oli molemmipuoleista ja toimi loistavasti. Ohjaaja oli hyvin valmistautunut ohjaustilanteeseen ja ohjauksen etenemisvauhti oli hyvä kaikkien vastanneiden mielestä. Tärkeäksi koettiin myös mahdollisuus itse osallistua, josta jäi osallistu-
jille hyvä mieli. Ohjaus oli selkeää ja eteni johdonmukaisesti. Vaikka tärkeää asiaa oli paljon, kiireen tuntua ei ollut ja osallistujat kokivat pysyvänsä hyvin mukana. Kaikki osallistujat kokivat ohjauksen aiheen olleen kiinnostava, tärkeä itselleen ja työlleen. Opetusympäristö oli tähän aiheeseen juuri sopiva ja tarvittavat demonstraatiovälineet olivat valmiina ohjaustilassa. Opetusmenetelmä koettiin hyväksi ja selkeäksi. Demonstraatio-ohjaus koettiin tärkeäksi oppimisen kannalta. Ryhmän koko oli hyvä ja asiaa tukeva. Ohjaukseen varattu aika oli juuri sopiva ja ohjaukselle asetettu tavoite saavutettiin kaikkien vastanneiden mielestä.

Sairaanhoitaja koki ohjausmateriaalin rytmittävän ja tukevan lapsidiabeetikon hoidonohjausta. Ohjausrungon mukaan edetessä jää aikaa keskittyä ohjaami-
seen, osallistujien esittämiin kysymyksiin ja niihin vastaamiseen. Ohjausmateriaali takaa tasalaatuisen ohjauksen kaikille ohjattaville.

8 TUTKIMUKSELLISEN OSAN POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetöiden ja tutkimusten tekemisessä eettisyys on merkittävässä asemassa. Jos eettisissä asioissa epäonnistuu, voi koko tutkimukselta mennä pohja. Tutkimusetiikka tarkoittaa lukuisia valinta- ja päätöksentekotilanteita, joita tutkimuksen tekijän pitää ratkaista tutkimuksen eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tässä kehittämissuorituksessa eettiset kysymykset huomioitiin tutkimuksen eri vaiheissa ja noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedonhankinta tehtiin asianmukaisista tietolähteistä ja lähteet merkittiin tarkoin lähdeviittein. Tutkimusluvan osalta todettiin, että koska kyseessä on kehittämissuoritus eikä tutkimushanke, se ei tarvitse erillistä tutkimuslupaa VSSHPI:ltä (henkilökohtainen tiedonanto Sini Eloranta Tyks 14.2.2014).

Tutkimuksen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisille tulee antaa mahdollisuus itse päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen sekä saada henkilöiltä suostumus tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Havainnointitilanteeseen osallistuvilta ja haastateltavalta sairaanhoitajalta pyydettiin lupa suullisesti ja kirjallisesti (liite 3). Näin varmistettiin heidän olevan tietoisia siitä, että havainnointitilanteessa kerättyjä tuloksia tullaan raportoimaan kehittämissuorituksessa. Ohjaustilanteeseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokainen sai henkilökohtaisesti päättää osallistumisestaan kehittämissuoritukseen. Implementointiin osallistujille kerrottiin heidän oikeudestaan keskeyttää osallistuminen ohjaustilanteeseen heille etukäteen lähetetyssä saatekirjeessä (liite 3). Saatekirjeessä annettiin osallistujille tutkijan yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalle.

Ohjaustilanteen alussa projektipäällikkö kävi lävitse, mitä ohjaustilanteessa tulee tapahtumaan ja minkälainen on havainnoijan rooli, lisäksi varmistettiin suullisesti jokaisen osallistujan vapaaehtoisuus kehittämissuoritukseen. Osallistujien nimiä ei mainittu ohjaustilanteessa, eikä niitä käytetty kehittämissuorituksessa. Sai-

raanhoitaja, jonka ohjaustilannetta havainnoitiin, osallistui kehittämisprojektiin vapaaehtoisesti. Sairaanhoitajalle kerrottiin ennen havainnointia, mitä ohjaustilanteessa havainnoidaan (liite 4), ja miten saatuja tietoja tullaan kehittämisprojektissa käsittelemään. Sairaanhoitajan nimeä ei ole käytetty tulosten esittelyssä eikä hänen henkilöllisyytensä paljastu kehittämisprojektissa. Sairaanhoitaja on antanut suullisen ja kirjallisen luvan (liite 3) aineiston keräämiseen ja käyttämiseen kehittämisprojektissa.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85-86). Ohjaustilanteessa havainnoitiin koulutajasairaanhoitajaa, opettajaa ja lapsidiabeetikoiden kouluavustajia. Sairaanhoitaja osallistui projektiryhmän jäsenenä lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaalin suunnitteluun, toteutukseen ja evaluointiin. Sairaanhoitaja on asiantuntija lapsidiabeetikoiden hoidonohjauksen toteuttamisessa. Ohjaustilanteeseen osallistujat toimivat Uudenkaupungin kouluissa opettajana ja lapsidiabeetikoiden kouluavustajina.

Kehittämisprojektin reliabelius (mittaustulosten toistettavuus) sekä validius (pätevyys) tutkittaessa ihmisiä ja kulttuuria ovat ainutlaatuisia, eikä kahta samantapaista tapausta ole. Luotettavuutta pyritään toteuttamaan projektipäällikön tarkalla kuvauksella kehittämisprojektin kaikkien eri vaiheiden toteuttamisesta. Avointa, rehellistä ja läpinäkyvää toimintatapaa on noudatettu läpi koko projektin. Haastattelu- ja havainnointitilanteesta on kuvattu olosuhteet, tila jossa aineisto kerättiin, haastatteluun käytetty aika sekä häiriötekijät. (Hirsijärvi ym. 2009, 232-233).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkentaa triangulaatiolla. Tässä kehittämisprojektissa toteutui metodologinen triangulaatio. Metodologisella triangulaatiolla tarkoitetaan, että samassa tutkimuksessa käytetään useita eri menetelmiä. (Hirsijärvi ym. 2009, 226–228.) Kehittämisprojektissa käytettiin aineiston hankintamenetelminä teemahaastattelua ja havainnointia.

Teemahaastattelu on haastateltavalle ainutkertainen kokemus. Jos haastattelu toistettaisiin tai käytettäisiin toista haastattelijaa, ei tilanne olisi sama kuin ensimmäisellä kerralla. (Hirsjärvi ym. 2009, 226-228.) Kehittämishankkeeseen osallistuneet toivat esille omia mielipiteitään ja ajatuksiaan käsiteltävistä aiheista. Näin saadut vastaukset ovat luotettavia juuri näiden ihmisten mielipiteinä. Kehittämishankkeen tutkimuksellisen osan luotettavuutta on pyritty vahvistamaan lisäämällä haastatteluihin osallistuneiden mielipiteet suorina lainauksina.

Suunnittelijat tulevat herkästi sokeiksi omalle työlleen. Siten hyväkin suunnitelma saattaa sisältää riskejä, joita suunnittelijat eivät enää itse pysty tunnistamaan. (Silfverberg 2000, 11.) Kehittämishankkeen eri vaiheiden edistymistä ja loppuraportin arviointia tehtiin tutor- ja projektiryhmässä. Ohjausmateriaalin tietojen tarkistus toteutettiin projektiryhmässä, lisäksi asiantuntijat ovat tarkistaneet tiedon oikeellisuuden. Ensimmäisessä vaiheessa tarkistettiin, sisältyykö aineistoon selviä virheellisyksiä ja puuttuuko tietoja. Toisessa vaiheessa tietoja täydennettiin ja täsmennettiin. Kolmannessa vaiheessa aineisto järjestettiin tiedon tallennusta ja analyysejä varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-222).

Tutkimusaineistoa käytettiin ainoastaan tähän tutkimukseen ja se säilytettiin asianmukaisesti lukittuna kehittämishankkeen ajan. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään raportoinnin jälkeen paperisilppurissa ja poistamalla se tietokannoista asianmukaisesti projektipäällikön toimesta kehittämishankkeen raportin julkaisemisen jälkeen. (Vilkkä 2009, 158–166).

8.2 Tulosten tarkastelu

Kehittämishankkeen tavoitteena oli tukea Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia lapsidiabeetikkojen hoidonohjauksessa. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli laatia lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä, sekä laatia kuvaus siitä, miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa.

Kehittämiprojektin tarve on ajankohtainen lapsidiabeetikoiden määrän lisääntyessä vuosittain. Tämä lisää myös lapsidiabeetikon hoidonohjauksen tarvetta päiväkodeissa ja kouluissa.

Kehittämiprojektissa tuotettu ohjausmateriaali (liite 6) vahvistaa lapsidiabeetikoiden hoidonohjauksen tasalaatuisuutta päiväkotien ja koulujen henkilöstölle suunnatussa ohjauksessa. Sairaanhoitaja koki saneensa ohjausmateriaalista työvälineen, jonka mukaan ohjaustilanteessa on helppo edetä. Osallistujien kysymyksiin vastaaminen ei keskeytä ohjausta. Ohjausmateriaalin mukaan on helppo jatkaa siitä mihin jäätin ja selkeän ohjausrungon kanssa aikataulun pitäminen on helpompaa. Ohjausmateriaali myös varmistaa, että osallistujat saavat tarvitsemansa tiedon ohjaustilanteessa.

Kehittämiprojektissa laadittiin kuvaus siitä, miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa. Tuloksena syntyi kolme prosessimallia:

- Ohjausprosessin vaiheet
- Demonstraatio-ohjausmalli
- Ryhmäohjausmalli kertaluontoiselle ryhmälle
-

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osiossa saatiin esille lapsidiabeetikoiden hoidonohjaukseen koulupäivän aikana osallistuvien opettajan ja kouluavustajien käsityksiä ja toiveita ohjauksesta ja ohjaustilanteista. Ohjaustilanteessa korostui avoin ilmapiiri ja hyvä vuorovaikutus, joka mahdollisti kysymysten esittämisen. Ohjaaja oli hyvin valmistautunut ohjaustilanteeseen. Ohjauksen etenemisvauhti oli sopeutettu ohjauksessa esitettyjen kysymysten mukaan. Ohjausympäristö oli ohjattavaa asiaa tukeva. Pienryhmässä osallistujat kokivat uskaltavansa esittää kysymyksiä. Demonstraatio-opetus auttoi havainnollistamaan ohjausta ja lisäsi ohjattavien motivaatiota. Ohjattavien mielestä kiinnostus ohjattavaan aiheeseen oli voimakasta ja ohjaukselle asetetut tavoitteet saavutettiin.

Kehittämiprojektin tuotos palvelee sairaanhoitajia heidän lapsidiabeetikoiden hoidonohjaus tehtävässään päiväkotien ja koulujen henkilöstölle ja se on otettu

sairaanhoidajien käyttöön Tyks Vakka-Suomen lastenpoliklinikalla. Kehittämishankkeen tulosten vaikutukset tulevat esille tulevissa lapsidiabeetikoiden hoidonohjaustilanteissa. Toivottuja tuloksia ovat ohjauksen tasalaatuisuus ja ajan tasalla olevaan tietoon perustuva ohjaus päiväkotien ja koulujen henkilöstölle.

9 OHJAUSMALLIT

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli laatia kuvaus siitä, miten lapsidiabeetikon hoidonohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa. Ohjausmallit laadittiin Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön.

9.1 Ohjausprosessin vaiheet

Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve, sitten suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Tämä ohjausprosessi (kuvio 2) toteutuu ohjauksen kaikissa vaiheissa. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsson, Pohjola & Väänänen 2006, 10.)

Ohjausprosessi käynnistyy kun päiväkodin tai koulun henkilöstö ottaa yhteyttä Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikan sairaanhoitajaan. Yhteydenotto tapahtuu pääsääntöisesti puhelimitse tai sähköpostilla. Ensimmäisessä yhteydenotossa sairaanhoitaja kartoittaa lapsidiabeetikon hoidonohjauksen tarpeen, mistä diabeteksen hoidon osa-alueista tarvitaan tietoa. Sairaanhoitaja varmistaa, onko henkilöstöllä entuudestaan kokemusta ja teoretietoa lapsidiabeetikon hoidosta. Sairaanhoitaja selvittää tulevan ohjauspaikan, ohjauksen ajankohdan ja kuinka paljon ohjaukseen käytetään aikaa. Lopuksi sairaanhoitaja varmistaa ohjaukseen osallistujien ja yhteydenottajan yhteystiedot. Yhteystietoja tarvitaan ohjaustilaisuuden kutsua varten. Sairaanhoitajan on mahdollista vielä palata ja tarkentaa jälkikäteen ohjaukseen liittyviä asioita. Myös mahdollisen ohjaustilanteen peruuntumisen vuoksi kaikkien osallistujien yhteystiedot tulee olla sairaanhoitaja käytettävissä. Kartoituksen tekeminen ja asiakkaan viestin ymmärtäminen vaatii sairaanhoitajalta tarkkaavaista kuuntelemista, sekä oikeiden kysymysten esittämistä.

Kun taustat on selvitetty, sairaanhoitaja laatii ohjaukselle tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla realistisia, konkreettisia ja mitattavia. Ne tulee myös kirjata ylös. (Kyn-gäs ym. 2007, 77.) Valmistautuessaan ohjaukseen sairaanhoitaja perehtyy ohjattavaan aiheeseen ja rajaa asiasisällön ohjaukseen käytettävissä olevan ajan mukaan. Sairaanhoitaja valmistelee/päivittää viimeisimmän saatavilla olevan tiedon ohjaus- ja oheismateriaaliin. Sairaanhoitaja valitsee mitä ohjausmenetelmiä ohjauksessa tullaan käyttämään. Osallistujien määrä ratkaisee onko kyseessä yksilö- vai ryhmäohjaus. Demonstraatio-ohjaukseen, kuten injektion antoa tai verensokerin mittausta varten sairaanhoitajan tulee varata tarvittavat demonstraatiovälineet.

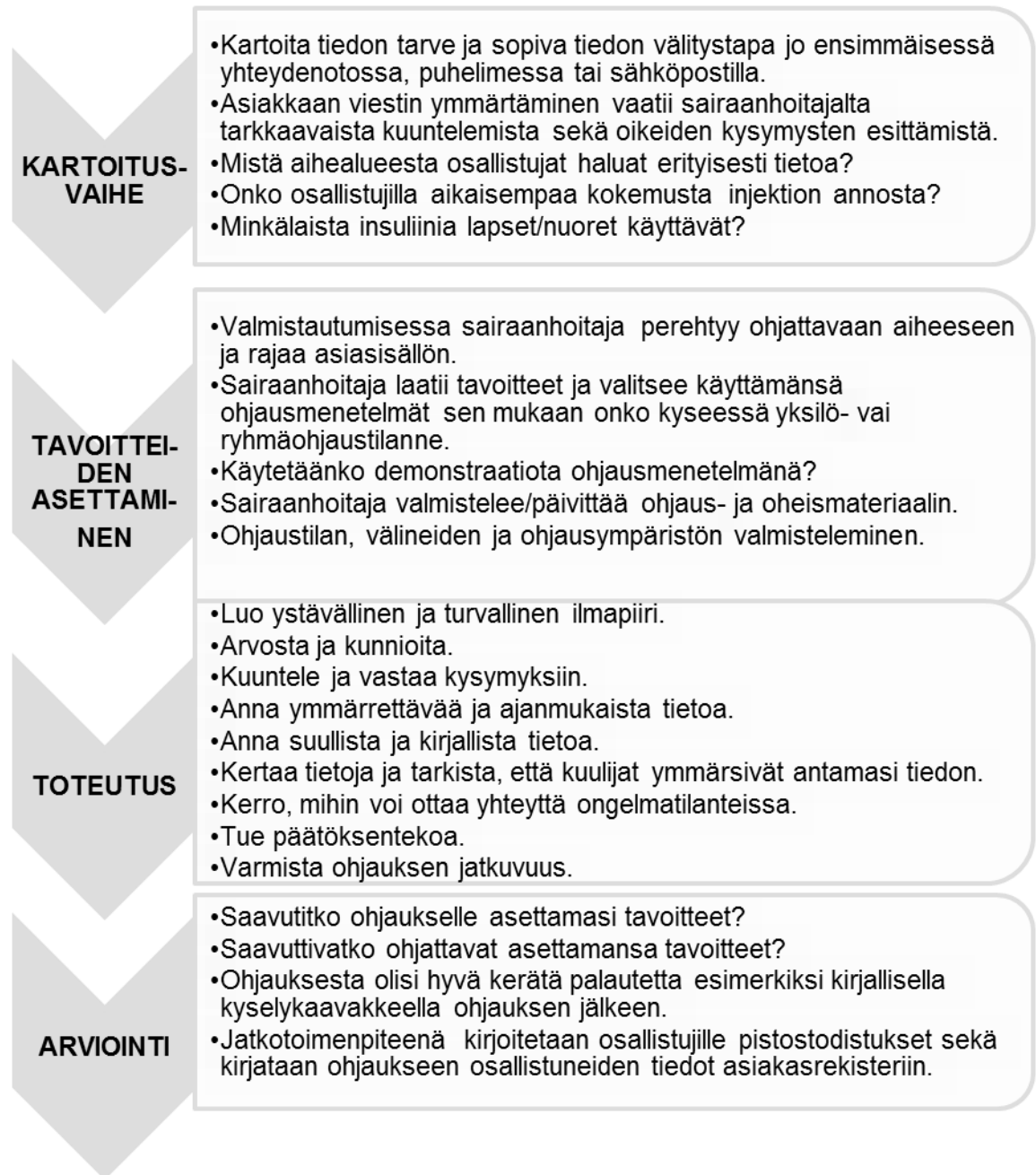
Ennen ohjaustilaisuuden alkua sairaanhoitaja valmistelee ohjaukseen varatun tilan. Sairaanhoitaja varmistaa ohjauksessa käytettävien tietokoneen/datatykin ja demonstraatiovälineiden toimivuuden. Sairaanhoitaja valmistelee ohjausympäristön niin, että kaikilla osallistujilla on hyvä näkyvyys ohjaajaan, tilan ilmastointi ja valaistus toimivat.

Toteutusvaiheessa sairaanhoitaja luo ystävällisen ja turvallisen ilmapiirin osoittamalla kunnioitusta ja arvostusta osallistujia kohtaan. Ohjauksen aikana osallistujille annetaan riittävästi aikaa esittää kysymyksiä. Vastausten ja tiedon tulee perustua viimeisimpään tutkittuun tietoon. Sairaanhoitaja tukee osallistujia tekemään päätöksiä arjen tilanteissa.

Ohjaustilanteen lopuksi sairaanhoitaja kertoo ohjauksen pääkohdat ja varmistaa, että kuulijat ovat ymmärtäneet sairaanhoitajan antaman informaation. Sairaanhoitaja antaa yhteystiedot, mihin osallistujat voivat ottaa yhteyttä lapsidiabeetikon hoidonohjaukseen liittyvissä ongelmatilanteissa. Näin myös varmistetaan ohjauksen jatkuvuus.

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää, että ohjausta arvioidaan koko ajan. Sairaanhoitajan tulee yhdessä osallistujien kanssa arvioida sitä, miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu. Jotta sairaanhoitaja voi kehittyä ohjaajana, hänen tulee arvioida säännöllisesti myös omia ohjaustaitojaan ja sitä, miten oh-

jaus on toteutunut. (Kyngäs ym. 2007, 45). Ohjausprosessin vaiheet kuvataan kuviossa kaksi.



Kuvio 2. Ohjausprosessin vaiheet

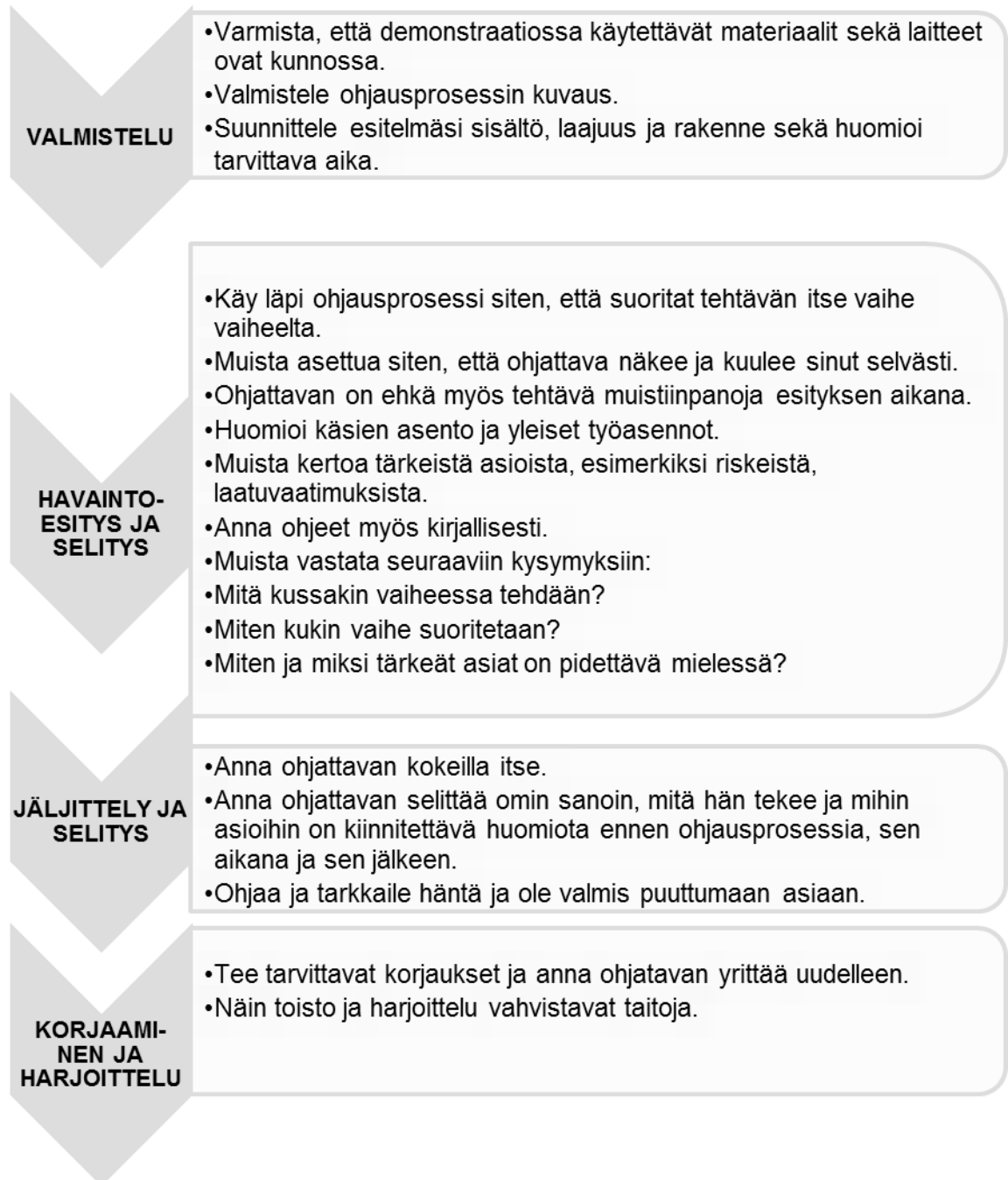
9.2 Demonstraatio-ohjausmalli

Demonstraatiotapahtuman suunnittelu ja toteutus ovat ensisijaisesti sairaanhoitajan vastuulla, mutta onnistuneeseen lopputulokseen pääseminen edellyttää kumpaankin suuntaan tapahtuvaa vuorovaikutusta (Heinola ym. 2006, 58).

Havainnollinen esittäminen vaatii, että sairaanhoitaja informoi ohjattavia ohjauksen tarkoituksesta ja vaiheittaisesta etenemisestä sekä ohjauksen vaatimista välineistä ja toiminnasta. Hyvälle havainnollistamiselle on ominaista, että se on valmisteltu hyvin. Sairaanhoitajan tulee testata kaikkien välineiden toimivuus ennen demonstraatiota. Demonstraatioon varattu tila tulee valita niin, että kaikki ohjaukseen osallistuvat näkevät ja kuulevat esteettömästi. Ennen demonstraatiota sairaanhoitaja suunnittelee ohjausprosessin kuvauksen, demonstraation sisällön, laajuuden ja rakenteen sekä siihen käytettävän ajan. Sairaanhoitajan on tärkeää herättää ohjattavien kiinnostus asiaan ja selittää, miksi toiminta on tärkeää, ja miksi sen täytyy edetä tietyssä järjestyksessä. (Kyngäs ym. 2007, 129).

Sairaanhoitaja suorittaa demonstraation itse vaihe vaiheelta. Ohjattaville tulee varata mahdollisuus tehdä muistiinpanoja esityksen aikana ja varattava aikaa myös kirjaamiseen. Ohjeet tulee antaa myös kirjallisesti ohjattaville. Demonstraatioesityksen tulee vastata seuraaviin kysymyksiin: Mitä kussakin vaiheessa tehdään? Miten kukin vaihe suoritetaan? Miten ja miksi tärkeät asiat on pidettävä mielessä? Erityisesti turvallisuuteen liittyvät ohjeet, kuten pistämiseen käytettävien neulojen oikea ja turvallinen hävittäminen.

Havainnollisen esittelyn jälkeisen harjoittelun tarkoituksena on antaa ohjattaville omakohtainen kokemus asian tekemisestä ja oppimisesta. Onnistunut lopputulos vaatiikin sairaanhoitajalta ohjattavien rohkaisemista ja kannustusta sekä myönteisen ilmapiirin luomista. Harjoittelussa on tärkeää antaa palautetta siitä, mitä ohjattavat tekevät oikein tai väärin, jotta ei pääse syntymään vääriä tapoja. (Kyngäs ym. 2007, 130.) Demonstraatio ohjausprosessin vaiheet kuvataan kuviossa kolme.



Kuvio 3. Demonstraatio-ohjausmalli. (Kyngäs ym. 2007.)

9.3 Ryhmäohjausmalli

Ryhmäohjausmallissa (kuvio 4) korostuu viisi eri vaihetta, jotka ovat valmistautuminen, aloittaminen, ohjaustilanne, lopetus ja arviointi. Sairaanhoidajan valmistautuminen ryhmäohjaukseen on ohjaustapahtuman onnistumisen kannalta tärkeää. Valmistautumisessa sairaanhoitaja perehtyy ohjattavaan aiheeseen ja rajaa asiasisällön. Hän laatii tavoitteet ryhmäohjaukselle ja valitsee käyttämänsä ohjausmenetelmät. Sairaanhoitaja valmistele/päivittää ohjaus- ja oheismateriaalin. Ohjaustilan valmistelemiseen tulisi myös kiinnittää huomiota, sillä tilat, välineet ja ympäristö mahdollistavat vuorovaikutuksen sekä katsekontaktin ryhmäläisten kesken. (Brotherus, Hänninen, Illikainen, Kamula, Kerälä, Leinonen, Nisula-Tauriainen & Teirikangas 2006, 87.)

Ryhmäohjaustilanteen aloittaminen edellyttää sairaanhoitajalta kontaktin luomista ohjattaviin sekä ryhmänä että yksilöinä. Läheisyyttä, avoimuutta ja turvallisuuden tunnetta luo esimerkiksi katsekontaktin ottaminen jokaiseen ryhmäjäseneseen. Tervetuloitotukset ja esittäytyminen on luonteva tapa aloittaa ryhmäohjaus. Sairaanhoitaja esittelee itsensä ja ryhmäläiset esittäytyvät ryhmän luonteesta riippuen. Yhteisistä pelisäännöistä kuten aikataulusta sovitaan ohjaustilanteen alussa. Sairaanhoitaja pyrkii luomaan ohjaustilanteeseen vastaanottavaisen ilmapiirin. Havainnollistaminen edistää myös ohjattavien mielenkiinnon ylläpitämistä. Sairaanhoidajan tehtävänä on huolehtia asiassa ja aikataulussa pysymisestä. Sairaanhoitaja huomioi ryhmädynaamiset tekijät ja muuttaa ohjaustaan ryhmän tarpeiden mukaan kuitenkin ohjattavassa asiassa ja aikataulussa pysyen. (Brotherus ym. 2006, 87.)

Lopetusvaiheessa sairaanhoidajan tulee kerrata yhteenvedon mukaisesti ohjauksen keskeisimmät asiat. Sairaanhoitaja vahvistaa kysymyksillä, että ohjaus on vastannut ohjattavien toiveita ja päättää ohjaustilanteen selkeästi. Arviointia tapahtuu koko ohjausprosessin ajan. Sairaanhoitaja arvioi myös omia työskentelytapojaan ja tarvittaessa muuttaa työskentelyään. (Brotherus ym. 2006, 89). Ryhmäohjausmallin vaiheet kuvataan kuviossa neljä.



Kuvio 4. Ryhmäohjausmalli kertaluontoiselle ryhmälle (Brotherus ym. 2006.)

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tukea Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia lapsidiabeetikkojen hoidonohjauksessa. Kehittämiprojektin tavoitteena oli laatia lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä sekä laatia kuvaus siitä, miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa.

Kehittämiprojektin selkeällä rajauksella saavutettiin realistinen tavoite ja aikataulu kehittämiprojektille. Hyvän yhteistyön syntymisen vuoksi, sitoutuminen koko projektiryhmällä kehittämiprojektiin oli vahva projektin alusta loppuun saakka. Kehittämiprojekti oli mahdollisimman osallistava koko projektin ajan, ja tässä onnistuttiin hyvin. Projektiryhmä osallistui projektin suunnitteluun, eri vaihtoehtojen valintaan sekä päätösten tekoon. Projektiryhmä oli sitoutunut yhteiseen tavoitteeseen tuottaa laadukas lapsidiabeetikoiden hoidonohjausmateriaali koko projektin ajan.

Viestinnän osalta sähköpostiviestintä toimi hyvin projektiryhmässä eikä epäselvyyttä syntynyt kehittämiprojektin aikana. Projektiryhmän henkilövaihdokset kehittämiprojektin aikana eivät aiheuttaneet ongelmia projektin etenemisessä tavoitteen suuntaisesti. Projektipäällikkö koki tämän muutoksen vahvistaneen projektiryhmän toimintaa.

Projektin tulee olla oppiva prosessi. Oppimisen varmistamiseksi on projektin vaikuttavuutta ja tulosten kestävyttä tarkasteltava koko projektin ajan. (Silfverberg 2008, 7.) Kehittämiprojekti jaettiin eri vaiheissa raportoitaviin osaluoksiin. Lisäksi tutoropettaja, työelämän mentor ja projektiryhmä arvioivat kehittämiprojektia projektin etenemisvaiheissa. Kehittämiprojektin evaluoinnilla eri vaiheissa tuettiin myös projektipäällikön etenemistä kehittämiprojektin aikana. Kehittämiprojektin onnistumisen mahdollisti moniammatillisen projektiryhmän yhteistyö, joka kattoi projektin tärkeimmät osaamisalueet. Kehittämipro-

jehtille asetettu tavoitteet saavutettiin, projekti pysyi aikataulussa ja lopputulos oli tilaajan mielestä onnistunut.

Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaalin toiminnallisuus testattiin implementoinnilla. Tulokset osoittivat ohjausmateriaalin toimivuuden sekä sen käytön hyödynnettävyyden myös muissa ohjaustilanteissa. Kehittämiprojekti mahdollistaa lapsidiabeetikon hoidonohjauksen jatkokehittämisen. Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali päiväkotien ja koulujen henkilöstölle otetaan Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikan käyttöön.

Jatkokehittämiskohteet

Jatkokehittämisen kohteita ovat tietotekniikan hyödyntäminen ohjaustilanteissa ja –materiaalin käytössä. Ohjausmateriaalin tuottaminen sähköiseen muotoon varmistaa ohjausmateriaalin saatavuuden kaikille sitä tarvitseville ja nopeuttaa päivityksien tekemistä. Ohjausmateriaalin laadun varmentamiseksi ohjausmateriaalin ensimmäiselle sivulle kirjataan päivämäärä, jolloin ohjausmateriaali on tarkastettu. Ohjausmateriaaliin tullaan tekemään muutoksia sitä mukaa, kun uutta tietoa on saatavilla, kuitenkin ohjausmateriaali tarkistetaan vähintään kerran vuodessa. Kehittämiprojektissa näyttöön perustuvan tiedon ja ajan tasalla olevan ohjausmateriaalin päivittäminen jää tilaajan vastuulle.

Ohjauksen laadun varmentamiseksi ja jatkuvuuden takaamiseksi tuotetaan lapsidiabeetikoiden hoidonohjaustilaisuuksiin osallistuneiden henkilöiden sähköinen asiakasrekisteri. Asiakasrekisteriin voidaan kerätä esimerkiksi ohjaukseen osallistujien yhteystiedot, pistostodistukset, ohjattavat aihealueet ja päiväkotien ja koulujen yhteyshenkilöiden yhteystiedot. Asiakasrekisterin ylläpito vaatii myös säännönmukaista päivittämistä.

Ohjauksen kehittämisen kannalta on tärkeää, että ohjausta arvioidaan tavoitteiden suuntaisesti koko ohjausprosessin ajan. Palautteen kerääminen ohjaukseen osallistujilta ohjaustilanteen jälkeen auttaa sairaanhoitajaa kehittämään omaa ohjaamistaan ja ohjaustilanteita. On tärkeää, että ammattilaisten vuorovaikutus- ja ohjaustaitojen kehittämiseen ja koulutukseen panostetaan.

Asiantuntijuuden kehittyminen

Asiantuntijaksi oppiminen on kasvamisen prosessi, jonka aikajänne on pitkä. Se vaatii jatkuvaa tiedonrakennusta ja itsensä kehittämistä. Asiantuntijuuden kehitys ei ole vain oman asiantuntijuuden syventämistä, vaan myös sen suhteuttamista muiden työyhteisön jäsenten osaamiseen. Osallistuminen voi myös syventyä asteittain. Asiantuntijuuden kehittyminen on mahdollista vain oikeisiin asiantuntijakäytäntöihin osallistumalla. (Hakkarainen, Lonka & Lipponen. 2004, 129 – 131.)

Projektipäällikön henkilökohtaisena tavoitteena oli asiantuntijuuden kehittyminen. Tavoitteena oli saada valmiudet tietoja ja taitoja soveltamalla toimia alan vaativissa kehittämis- ja asiantuntijatehtävissä. Asiantuntijuuden kehittymiseen tarvitaan myös verkostoitumista. Projektipäällikön verkostoitumista vahvisti projektiryhmän kanssa yhdessä toimiminen. Projektipäällikkö osallistui ja esitteli kehittämisprojektia VSSHP:n ja Satakunnan sairaanhoitopiirin (SATSH) terveyden edistäjien verkostokokouksessa toukokuussa 2014. Asiantuntijuuteen kehittymisessä tarvitaan kykyä soveltaa tietoja ja taitoja uusissa tilanteissa sekä pyrkiä tunnistamaan omia vahvuuksia ja kehittämisalueita. Projektipäällikkö sovelsi aikaisempaa projektiosaamistaan ja projektin hallintatietoa tässä kehittämisprojektissa. Mahdollisuus toimia moniammatillisen tiimin jäsenenä ja oman asiantuntijuuden tuominen kehittämisprojektiin, vahvistivat projektipäällikön ammatillista kasvua. Yhdessä jokainen saavuttaa enemmän -periaatteella voidaan vaikuttaa paremmin tulokselliseen lopputulokseen. (Callaghan 2006.)

Asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää myös itsensä johtamista. Itsensä johtamisella tarkoitetaan omaa pohdintaa ja käsitystä omasta itsestään, motiivista tehdä työtä sekä omista voimavaroista, osaamisalueista ja kehittämistarpeista. (Heikkala 2009, 20.) Vastuun ottaminen omasta elämästään on yksi tärkeimmistä asioista itsensä johtamisessa, jokainen tekee itse oman elämänsä käsikirjoituksen (Sydänmaanlakka 2006, 274). Projektipäällikön henkilökohtaisesti asettamien tavoitteiden osalta projektipäällikkö koki kehittyneensä kehittämisprojektin aikana ja saavuttaneensa projektille ja itselleen asettamansa tavoitteet.

LÄHTEET

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. 2. painos. Hamina: Akatiimi.

Brotherus, R., Hänninen, K., Illikainen, L., Kamula, J., Kerälä, K., Leinonen, R., Nisula-Tauriainen, M. & Teirikangas, T. 2006. Ohjausta ryhmässä. Teoksessa, Helvi. & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus.

Callaghan L. 2006. The use of collaboration in personal outcomes. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 19, No 5. 384-399.

Coates, V. 1999. Routledge Essentials for Nurses. Education for patients and clients. London.

Eerola, M. 2010. Tampereen Diabetesyhdistyksen DiaPeli: vertaisryhmiä tyypin 1 diabeetikoille ja tiedotusta kouluille. Diabetes ja lääkäri. Vol. 39, No 5, 32-34.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Grönlund, T. 2006. Terveystieteiden yhteistyö päiväkodin ja koulun kanssa Seinäjoen keskussairaalan alueella. Diabetes ja lääkäri. Vol. 35, No 2, 26-29.

Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus.

Heikkala, J. 2009. Työhyvinvoinnin käsikirja järjestöille. Suomen liikunta ja urheilu. Raportti.

Heikkinen, M., Kivipää, R., Krook, N., Kuoppamaa, S., Saulio, S., Tainijoki-Lantto, S., Takalo, O. & Tuohimaa, K. 2006. Ohjauksen organisointi. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. No 4.

Heinola, K., Koivurova, T., Niskasaari, M., Rantala, A., Sulasalmi, S., Tokola, S. & Tähtinen, T. 2006. Taitojen oppiminen/demonstrointi. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Hoffmann, T. & Worrall, L. 2004. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disability & Rehabilitation* Vol. 26, No 19.

Ilre, L. & Tantt, K. 2011. Muutospolku hoitolinja- ja prosessilähtöiseen toimintaan. Teoksessa Nygren, P. & Nurminen, R. (toim.) *Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. No 4.

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa – hoitotyön opettajien käsityksiä. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Keskinen, P. 2010. Lasten ja nuorten diabeteksen hoidon laadun seuranta: kokemuksia TAYS:n lastenkliniikasta. *Diabetes ja lääkäri*. Vol. 39, No 5, 12-16.

Knip, M. 2004. Onko tyypin 1 diabetes autoimmuunisairaus ja voidaanko sen kehittymistä estää? *Duodecim*. Vol. 120, No 9, 1158-1165.

Knip, M. 2007. Tyypin 1 diabeteksen ehkäisy: tutkimukset kasvattavat toiveita. *Diabetes ja lääkäri*. Vol. 36, No. 2, 7-12.

Koivuneva, R. 2006. Kenellä on vastuu diabeteksen hoidosta koulupäivän aikana?: STM:ltä selventävät ohjeet. *Diabetes ja lääkäri*. Vol. 35, No 2, 24-25.

Komulainen, J., Lounamaa, R., Sipilä, I. & Knip, M. 2004. Lasten ja nuorten diabeteksen hyvän hoidon laatuvaatimukset. *Duodecim*. Vol. 120, No 9, 1135-1137.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö*. No 4.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto. Julkaisut. Viitattu 8.6.2014

https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lammi, N., Blomstedt, I., Eriksson, J., Karvonen, M. & Moltchanova, E. 2009. Lasten ja nuorten aikuisten diabeteksen alueellinen ilmaantuvuus Suomessa. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning. Vol. 64, No 34, 2655-2660.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2004. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Leinonen, A. 2004. Sakke - Ohjausmalli. Loppuraportti. Saumaton kuntoutusketju SAKKE. Oulun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Vanhustyö.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. No 4. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Lindberg, P., Pernu, J., Purmonen, M. & Koskinen, K. 2008. Koulunkäyntiavustajan oma opas. Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL. Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL. Yliopistopaino, Helsinki 02/2008. C-sarja. ISBN 978-952-9668-67-0. ISSN 1796-2978. [Viitattu 3.6.2014].

Metso, S., Tauriainen, H. & Määttä, M. 2011. Uusia tuulia tyypin 1 diabeteksen hoidon aloitukseen. Diabetes ja lääkäri. No kesäkuu, 7-13.

Metsälä, M. & Niemi, R. 2008. Hämeenlinnan seudun verkkopalvelusivuston ohjausmallin kehittäminen ikääntyville. Ylemmän Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Hyvinvointi-teknologia. HAMK. Hämeen ammattikorkeakoulu. Visamäki.

Miettinen, P. & Otonkoski, T. 2008. Nykyaikainen lasten ja nuorten diabeteshoito. Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning. Vol. 63, No 23, 2128-2129.

Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. 2000. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1 ohjauksen toimintakentät. Porvoo: Ws Bookwell Oy.

Opetusministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. 2010. Toimintamalli diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:9. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja –sarja. No 7. Helsinki: Trio-Offset.

Patient Education Management. 2008. It takes two! Make written material easy read and understandable. AHC Media LCC. Vol. 15, No12, 133-144.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK.

Pulkkinen, M., Laine, T. & Miettinen, P. 2011. Miten hoitaa lasten ja nuorten tyyppin 1 diabetesta? Duodecim. Vol. 127, No 7, 663-670.

Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Pruuki, L. 2008. Ilo opettaa. Tietoa, taitoa ja työkaluja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ruffin, F. 2010. Developing and evaluating effective patient education material for patients receiving phototherapy treatments. Dermatology Nursing. Vol. 22, No 3, 26-38.

Ruponen, R., Nummenmaa, A. R. & Koivuluhta, M. 2002. Ryhmäohjaus muutoksen mahdollisuuden maisemana. Teoksessa: Ohjaus ammattina ja tieteenalana. 1: Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Jyväskylä: PS-kustannus. 162-188.

Silfverberg, P. 2008. Ideasta projektiksi. Projektivetäjän käsikirja. Helsinki: Konsulttitoimisto Planpoint Oy.

Sipilä, I. & Saukkonen, T. 2004. Uudet insuliinivalmisteet ja insuliinin ottomuodot. Duodecim. Vol. 120, No 9, 1167-1172.

Suomen Diabetesliitto ry. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. (toim) Toimittajat: Torssonen, S-T & Lyytinen, M. PunaMusta Oy. 1. painos. ISBN 978-952-486-042-0.

Sydänmaanlakka, P. 2006. Älykäs itsensä johtaminen – näkökulmia henkilökohtaiseen kasvuun. Jyväskylä: Gummerus.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.
- Tupola, S., Komulainen, J., Jääskeläinen, J. & Sipilä, I. 2001. Post-prandial insulin lispro vs. human regular insulin in prepubertal children with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*. Vol. 18, No 8, 654-8.
- Tupola, S. & Rajantie, J. 2000. Diabetesta sairastavien lasten hypoglykemia. *Duodecim*. Vol.116, No 2, 125-131.
- Tyks Vakka-Suomen sairaala. 2013. Sairaanhoidopalvelut/Lastentaudit/Lastentautien poliklinikka. Viitattu 21.10.2013 <http://www.vakkasuomensairaala.fi/fi/573>.
- Uusikaupunki. Aukkaille / Opetus ja koulutus / Perusopetus. Viitattu 8.5.2014 http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=214&startdepth=292.
- Uusikaupunki. 2012. Uudenkaupungin päivähoito. Lasten päivähoito. Viitattu 8.5.2014 <http://paivahoito.uki.fi/>.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2015.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012. Vuosikertomus 2011. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vuosikertomus vuodelta 2011. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja D. No 42.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Oy.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita Prima.
- Yin, R. K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. (Alkup. 1984.) Thousand Oaks, CA: Sage.

Liite 1 Tutkimustiedote

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

Kohteliaimmin pyydän Teitä/Sinua osallistumaan lapsidiabeetikon hoidonohjaus pilotoinnin havainnointitilaisuuteen.

Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaalin kehittäminen on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten ja nuorten toimialueen, lasten poliklinikan sairaanhoitajien lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaalin kehittämiseen päiväkotien ja koulujen henkilöstölle.

Kehittämiprojektin tavoitteena on tukea Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia heidän lapsidiabeetikkojen hoitoa koskevassa ohjustehtävässään, joka suuntautuu päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevälle henkilöstölle. Kehittämiprojektin tarkoituksena on laatia lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä sekä laatia kuvaus siitä, että miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa. Ohjausmateriaali laaditaan Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten poliklinikan sairaanhoitajien käyttötarpeita vastaavaksi. Ohjausmateriaali otetaan käyttöön Tyks Vakka-Suomen sairaalan lasten diabetespoliklinikalla.

Tutkimusaineistoa kerätään havainnoimalla sekä haastatteleamalla lasten diabetespoliklinikan sairaanhoitajaa ohjaustilanteessa sekä sen jälkeen. Lapsidiabeetikon ohjaustilaisuuksia järjestetään yksi Uudenkaupungin kouluja varten. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämiprojektin lapsidiabeetikon ohjausmateriaalin kehittämiseen.

Tutkimuksesta saa lisätietoja

Raija Kannisto

Sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

raija.kannisto@students.turkuamk.fi

Liite 2 Saatekirje

Opinnäytetyön nimi: Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali

– Päiväkotien ja koulujen henkilöstö

6.3.2014

Hyvä päiväkodin ja koulun henkilöstö

Kohteliaimmin pyydän Teiltä lupaa lapsidiabeetikon hoidonohjauspilotoinnin havainnointiin. Havainnointi kohdistuu ensisijaisesti ohjaajan toimintaan ja ohjausprosessiin. Teidän osallistumisestanne pilotointiin (havainnointi/haastattelu), sekä pilotoinneista kerätty informaatio antavat arvokasta tietoa kehittämään lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaalia. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Havainnoinnin tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Osallistuminen tähän tutkimukseen (havainnointi/haastattelu) on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen (havainnointi/haastattelu) osallistuminen.

Kehittämiprojektin tavoitteena on tukea Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia heidän lapsidiabeetikkojen hoitoa koskevassa ohjaustehtävässään, joka suuntautuu päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevälle henkilöstölle. Kehittämiprojektin tarkoituksena on laatia lastenpoliklinikan sairaanhoitajien käyttöön lapsidiabeetikkojen hoitoon liittyvä ohjausmateriaali, jolla he ohjaavat päiväkodeissa ja kouluissa työskentelevää henkilöstöä sekä laatia kuvaus siitä, miten ohjausprosessi toteutetaan päiväkodeissa ja kouluissa. Ohjausmateriaali laaditaan Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikan sairaanhoitajien käyttötarpeita vastaavaksi. Lupa aineiston keruuseen on saatu Tyks Vakka-Suomen sairaalan lastenpoliklinikan sairaanhoitajalta suullisesti 10.2.2014 sekä kirjallisesti 4.4.2014.

Ole ystävällinen ja vastaa 11.4.2014 mennessä, jätä vastauksesi sähköpostilla raija.kannisto@students.turkuamk.fi.

Tämä opinnäytetyön pilotointi liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Raija Nurminen, yliopettaja TtT, Turun amk/Terveysala.

Vastauksistanne kiittäen

Raija Kannisto

Sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

raija.kannisto@students.turkuamk.fi

Liite 3 Suostumus tutkimukseen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Lapsidiabeetikon hoidonohjauksen laatu päiväkotien ja koulujen henkilökunnalle sairaanhoitajan arvioimana

Minua on pyydetty osallistumaan lapsidiabeetikon hoidonohjauksen laatua selvittävään havainnointitutkimukseen.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot minulle antoi _____ / ____ / 20 _____. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Tutkimuksessa kerätyt tiedot käsitellään siten, ettei henkilöllisyyteni selvittäminen ole mahdollista.

Olen tietoinen siitä, että tässä tutkimuksessa kyselyllä kerättäviä tietoja käsitellään vastuullisen tutkijan, tutkimukseen nimettyjen tutkijoiden/opinnäytetöiden tekijöiden tiloissa ja laitteissa. Aineisto säilytetään tutkimusprosessin ajan asianmukaisesti lukittuna sekä tullaan hävittämään raportoinnin jälkeen paperisilppurissa ja poistamalla se tietokannoista.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen (havainnointi/haastattelu) on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen (havainnointi/haastattelu) osallistuminen.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Suostumus vastaanotettu

Vastuullisen tutkijan allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkittavan tiedotteesta jäävät vastuullisen tutkijan Raija Kanniston arkistoon. Tutkittavan tiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkimukseen osallistuvalla.

Lisätietoa tutkimuksesta antaa:

Sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija Raija Kannisto

Liite 4 Ohjaustilanteen havainnointirunko

Ennalta määritelty lista asioista, joita ohjaustilanteessa erityisesti tarkkaillaan.

Ilmapiiri:

- autoritäärinen/samanarvoinen
-

- avoimuus
-

- vuorovaikutus
-

Ohjaajan esiintymistaidot:

- valmistautuminen
-

- etenemismuhti
-

- tyyli: selkeys, johdonmukaisuus
-

Ohjattavat:

- annettujen ohjeiden ymmärtäminen
-

- ohjeiden noudattaminen
-

- osallistujan käyttäytyminen ohjaustilanteessa
-

- kiinnostus opetettavaan aiheeseen
-

Laatu:

- opetusympäristö
-

- opetusmenetelmä
-

- ryhmän koko
-

- ohjaustilanteeseen varattu aika
-

- saavutettiinko tavoite
-

(Hämeenlinnan seudun verkkopalvelusivuston ohjausmallin kehittäminen ikääntyville. HAMK 2008.)

Liite 5 Teemahaastattelu

Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit

1) Viestintä

- Miten selkeä ja ymmärrettävä ohjauksessa käytetty kieli oli?
- Oliko ohjaustilanteelle varattu riittävästi aikaa?
- Miten ohjattavien resurssit oli otettu huomioon?
- Miten johdonmukaisesti asiat etenivät?
- Miten sanallinen ja sanaton viestintä näkyivät ohjaustilanteessa?

2) Fyysinen ympäristö

- Oliko ohjaukseen varattu tila rauhallinen ja tarkoitukseen sopiva?
- Minkälainen ilmapiiri oli ohjaustilanteessa?

3) Ohjattavan – ohjaajan -suhde

- Miten ohjaajan ja ohjattavan välinen keskinäinen kunnioitus toimi ohjaustilanteessa?
- Miten vastavuoroisuus toteutui ohjaustilanteessa?
- Toimiko ohjaaja rehellisesti ja avoimesti?
- Miten ohjattavan yksilöllisyys huomioitiin ohjaustilanteessa?
- Miten ohjaajan ammatillisuus toteutui ohjaustilanteessa?

(Hankonen ym. 2006, 28.)

Liite 6 Lapsidiabeetikon hoidonohjausmateriaali



LAPSIDIABEETIKON HOIDON
OHJAUSMATERIAALI
- Päiväkotien ja koulujen henkilöstö



www.turkuamk.fi



TYKS VAKKA-SUOMEN SAIRAALA
Lasten poliklinikka,
sairaanhoitaja puh. 050 443 2301



www.turkuamk.fi

SISÄLLYS



1. TYYPIN 1 DIABETES
2. VERENSOKERIN MITTAUS
3. INSULIINI
4. INSULIINIPISTOSHOITO
5. DIABEETIKON RAVITSEMUS
6. DIABETES JA LIIKUNTA
7. DIABEETIKKO LAPSI PÄIVÄKODISSA
8. KOULU JA DIABETES



www.turkuamk.fi



1. TYYPIN 1 DIABETES



www.turkuamk.fi

MITÄ DIABETES TARKOITTAÄ



Diabetes tarkoittaa tilaa, jossa veren sokeripitoisuus kasvaa liian suureksi eli verensokeri nousee liikaa.

Avaintekijänä on insuliinihormoni: sen erityksen loppuminen, määrän riittämättömyys tai vaikutuksen heikkeneminen eli insuliiniresistenssi. (www.diabetes.fi)

Elimistö tarvitsee insuliinia energia-aineenvaihduntansa tarpeisiin: sokeri ei pääse kudoksiin polttoaineeksi ellei insuliini toimi ikään kuin avaimena, joka päästää sokeria solujen sisään. (www.dipp.utu.fi)



www.turkuamk.fi

DIABETEKSEN PÄÄMUODOT



Tyyppin 1 diabetes (nuoruustyyppin diabetes)

- Lapsen ja nuoren diabetes on lähes aina ns. tyyppin 1 diabetes, jonka syntyessä haiman insuliinia tuottavat solut tuhoutuvat ja insuliinin tuotanto loppuu kokonaan.

Tyyppin 2 diabetes (aikuistyyppin diabetes)

- Tyyppin 2 diabeetikolla insuliinin vaikutus elimistössä on heikentynyt ja/tai sitä ei erity riittävästi. Insuliinin heikentynyttä vaikutusta nimitetään insuliiniresistenssiksi.



www.turkuamk.fi

DIABETEKSEN PUHKEAMISEN SYITÄ?



Tyyppin 1 diabetes on immuunijärjestelmän välittämä sairaus, joka täyttää osan autoimmuunisairauden kriteereistä. (Kniip 2004.)

Erityisesti tiettyjen virusinfektioiden on epäilty liittyvän tyyppin 1 diabeteksen syntyyn. (Viskari, Koskela & Lönnrot 2000.)

Tyyppin 1 diabetes puhkeaa useammin syksyllä ja talvella ja harvemmin keväällä ja kesällä. Tämä ilmiö sopii parhaiten infektion aiheuttamaksi.

(Kimpimäki, Kulmala & Savola 2002.)



www.turkuamk.fi

MITÄ LASTEN DIABETES TARKOITTA



Suurelta osin tuntemattomista syistä elimistö aloittaa hyökkäyksen omia solujaan eli haiman insuliinia tuottavia beetasoluja vastaan. Tämä johtaa solujen vähittäiseen tuhoutumiseen. (Lapsen diabetes. Opas perheelle.)

Lasten diabetes ilmaantuu usein yllättäen.

Vaikka alkuroireet ovat joskus rajuja, lapsen vointi korjaantuu viimeistään muutaman päivän kuluessa hoidon aloituksesta yhtä hyväksi kuin ennen sairastumista.

(www.diabetes.fi.)



www.turkuamk.fi

LASTEN DIABETEKSEN HOITO



Hoito perustuu insuliiniin, joka annetaan pistoksina tai insuliinipumpun avulla.

Diabetes on kuitenkin pysyvä: se jatkuu koko elämän, ja sitä on hoidettava joka päivä.

Diabeteksen pysyvyys erottaa sen useimmista muista sairauksista. (www.diabetes.fi.)

TYYPIN 1 HOIDON ABC



Hoito edellyttää insuliinin, ruoan, liikunnan ja verensokerin yhteensovittamista.

Hoidon päämääränä on hyvä elämä.

Tavoitteena on pitää veren sokeripitoisuus sopivana. Tällöin sekä lisäsairauksien että liian matalien verensokeritasojen vaara on mahdollisimman pieni.

(www.diabetes.fi.)

TYYPIN 1 HOIDON ABC



A Jatkuva, elinikäinen insuliinihoito (pistoksina tai pumpulla) on elämän edellytys.

B Verensokerin omaseuranta ja hiilihydraattien laskeminen on tärkeää, koska insuliiniannokset sovitetaan hiilihydraattimäärien mukaisiksi.

C Liikunta ja terveellinen syöminen auttavat hoitamaan verisuonien terveyttä ja ehkäisevät siten lisäsairauksia.

(www.diabetes.fi.)



2. VERENSOKERIN MITTAUS



www.turkuamk.fi



VERENSOKERIN MITTAUS

Tyypin 1 diabetesta sairastavat lapset tarvitsevat aina aikuisen apua diabeteksen hoidossa.

Siksi on tärkeää, että lasten parissa työtekevät osaavat mitata verensokerin.

Näin hyvä ja tasapainoinen hoito turvataan myös silloin, kun lapsi on hoidossa tai koulussa.



www.turkuamk.fi



VERENSOKERIN MITTAUSVÄLINEET

Verensokerin seuraaminen edellyttää verensokerimittaria ja mittausliuskoja sekä lansetteja (neuloja, joilla verinäyte otetaan sormenpäältä).

Markkinoilla on monenlaisia verensokerimittareita.

Kaikki mittarit ovat luotettavia, kunhan mittaus tehdään oikein. (www.diabetes.fi)

Näytteenottoalaite on aina henkilökohtainen.



www.turkuamk.fi

VERENSOKERIN MITTAUS



1. Tarkista verensokerimittari:
 - Mittari on puhdas ja säädetty (kalibroitu) liuskapakkaukselle. Varmista että kaikki tarvittavat välineet on esillä: verensokerimittari ja –liuskat ja näytteenotto-laite.
2. Pese ja **kuivaa kädet** ennen näytteenottoa. Puhdistusainetta ei tarvita.
3. Käytä laajasti näytteenotto-kohtia. Verinäyte otetaan sormenpään ulkosyrjästä, koska siellä verenkierto on vilkkainta. Etusormen ja peukalon käyttöä ei suositella, koska ne ovat tarttumissormia.



www.turkuamk.fi

VERENSOKERIN MITTAUS



4. Sormenpästä otetaan veripisara näytteeksi, mutta verta ei saa lypsää sormesta, ettei kudospainetta sekoitu veripisaraan. (Bayer HealthCare 2008.)
Pistä näytteenotto-laitteella ja pyyhi ensimmäinen veripisara pois, koska se sisältää kudospainetta ja se aiheuttaa virheellisen tuloksen.
5. Verinäyte asetetaan liuskalle oman mittauslaitteen ohjeen mukaan. Tee mittaus uudelleen, jos epäilet mittaus tuloksen luotettavuutta.
6. Kirjaa tulos omaseurantavihkoon. (Hämäläinen ym. 2008, 49).



www.turkuamk.fi

VERENSOKERIN TAVOITEARVOT LAPSILLA



- Ennen aterioita 4–8 mmol/l
- 1½ - 2 tuntia aterian jälkeen 8–10 mmol/l
- Liikuntaa ennen vähintään 6 mmol/l (yksilöllinen)
- Nukkumaan mentäessä 6-8 mmol/l (yksilöllinen)
- Yöllä 4-7 mmol/l

Kun 70-80% tavoitearvosta toteutuu = Hoito on kohdallaan.

Verensokerin viitearvot ovat täällä.



www.turkuamk.fi

MATALA VERENSOKERI ELI HYPOGLYEMIA



Insuliinihoidon yhteydessä verensokeri voi laskea liikaa.

Jos verensokerin laskua ei estetä, aivoilta loppuu energia, mikä johtaa tajuttomuuteen eli insuliinishokkiin. (Holmia ym. 2008, 555.)

- Hypoglyemia, kun verensokeri < 3.5 mmol/l
- Verensokeri $3.5 - 3.9$ mmol/l on matalahko
- Toistuvia < 4 mmol/l lukemia pyritään välttämään



www.turkuamk.fi

MATALAN VERENSOKERIN OIREET



Jos insuliinihoitoinen diabeetikko tulee yllättäen huonovointiseksi tai menettää tajuntansa, kyseessä on melko varmasti liian alhaisesta verensokerista johtuva hypoglykemia, *insuliinisokki*.

Pienillä lapsilla hypoglykemian oireet voivat olla vaikeasti tunnistettavissa. Pientä lasta hoitavien aikuisten tulee olla valppaita havaitakseen hypoglykemian oireet.

Oireet ovat yksilöllisiä. "Samalla lapsella samat oireet", miten ilmaisee onko verensokeri alhaalla. Usein oireena on nälkä.



www.turkuamk.fi

MATALAN VERENSOKERIN OIREET



Hypoadenergiset oireet (autonominen hermosto)

- Kalpeus
- Kylmähiki
- Sydämen tykytys
- Vapina

Neuroglykopeniset oireet (keskushermosto)

- Väsymys
- Levottomuus
- Aggressiivisuus
- Keskittymisvaikeudet
- Päänsärky
- Näköhäiriöt



www.turkuamk.fi

KORKEA VERENSOKERI JA ENSIAPU



Verensokeri voi myös nousta diabeetikoilla liian korkeaksi, jolloin puhutaan hyperglykemiasta.

Jos verensokeri on pitkään korkea, se saa aikaan oireita, joita ovat runsas juominen, suuret virtsamäärät, laihtuminen, asetonin haju hengityksessä sekä punakat posket.

Tässä tilanteessa ensiapuna mitataan verensokeri ja *pistetään insuliinia*.



www.turkuamk.fi

HYPOGLYKEMIAN HOITO (Hanas 2004)



- Aikuisella 10 g HH nostaa verensokeria 2 mmol/l noin 15min. Verensokeri nousee 45-60 min ja alkaa sen jälkeen laskea.
- Pienemmille lapsille riittää pienempi määrä glukoosia esimerkiksi 1.5 g/10 kg (nostaa 2 mmol/l).



www.turkuamk.fi

LAPSEN PAINO kg	VERENSOKERIN NOUSU 2 mmol/l	VERENSOKERIN NOUSU 4 mmol/l
10 kg	1.5 g = 1 kpl Siripiri (= 2.1 g HH)	3 g glukoosia (1.5 kpl Siripiri)
20 kg	3.0 g glukoosia (1.5 kpl Siripiri)	6 g glukoosia (3 kpl Siripiri)
30 kg	4.5 g glukoosia (2 kpl Siripiri)	9 g glukoosia (4 kpl Siripiri)
40 kg	6 g glukoosia (3 kpl Siripiri)	12 g glukoosia (6 kpl Siripiri)



www.turkuamk.fi

HYPOGLYKEMIAN HOITO MEILLÄ?



- Jos lapsen paino 10 kg → 2 kpl Siripiriä (4 g HH)
- Jos lapsen paino 20 kg → 3 kpl Siripiriä (6 g HH)
- Jos lapsen paino 30 kg → 4 kpl Siripiriä (8 g HH)
- Jos lapsen paino 40 kg
tai enemmän → 5 kpl Siripiriä (10 g HH)

→ **Odota 10-15 min, mikäli olo ei parane ja verensokeri ei nouse, anna sama annos uudelleen.**



www.turkuamk.fi

VAIKEA HYPOGLYKEMIA



Jos lapsi on tajuton, tai ei pysty nielemään

→ laita lapsi kylkiasentoon

→ levitä sormella hunajaa/siirappia suunlimakalvolle

SOITA AMBULANSSI 112

Sokin ensiapuohjeet löydät [täältä](#).



www.turkuamk.fi



3. INSULIINI



www.turkuamk.fi

INSULIINI



Insuliini on hormoni, jota erittyy beetasoluista. Se on ainoa hormoni, joka alentaa verensokeria elimistössä.

Insuliinin keskeinen tehtävä on säädellä sokeriaineenvaihduntaa.

Tyypin 1 diabeteksessa päähoitomuotona on insuliinihoito, jolla korvataan kehosta puuttuva insuliini.

Insuliinityyppejä ovat pika-, lyhyt-, pitkä- ja ylipitkävaikutteiset insuliinit sekä sekoiteinsuliinit.



www.turkuamk.fi

INSULIININ ERITYS



Haima erittää insuliinia koko ajan

- 50% aterioihin liittyen
- terveellä 40-60 yks/kg/pv
- 50% paaston aikana

Diabeetikolla tarve on 0.5-1.5 yks/kg/pv.

Insuliinin tarve on ympärivuorokautinen.

Perusinsuliini = Pitkävaikutteinen insuliini

Ateriainsuliini = Lyhytvaikutteinen insuliini ja pikainsuliini

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka P R)



www.turkuamk.fi

PIKAVAIKUTTEINEN INSULIINI



NovoRapid® aspartininsuliini

Humalog® lisproinsuliini

Apidra® glulisinsuliini

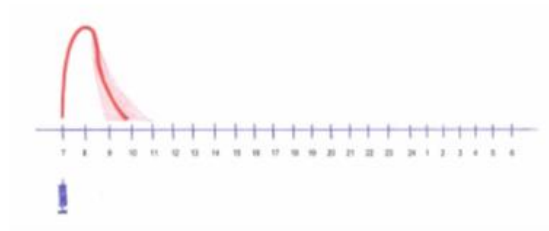
- Ne imeytyvät nopeasti verenkiertoon ja alkavat vaikuttaa noin kymmenessä minuutissa.
- Pikainsuliinien vaikutusajoissa ja -tavoissa ei ole suuria eroja.
- Pikavaikutteisilla insuliineilla on kaikista insuliinilaaduista selvästi lyhyin vaikutuksen kesto.
- Toisin kuin muissa insuliinilaaduissa vaikutuksen kesto ei muutu oleellisesti annosta lisäämällä tai pienentämällä.

(Kangas 2006a, 84–88.)



www.turkuamk.fi

Pikavaikutteisen insuliinin kokonaisvaikutusaika (Diabetesliitto 2006d: 20).



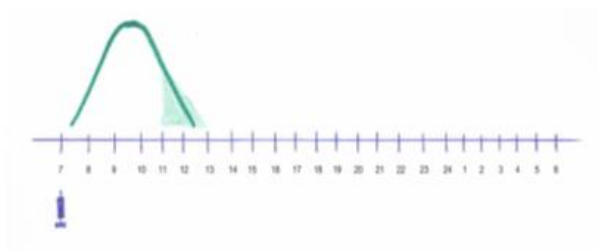
LYHYTVAIKUTTEISET INSULIINIT



Actrapid® (Novo Nordisk)
Insuman Rapid® (Sanofi-Aventis)

- Lyhytvaikutteisen insuliinin vaikutus alkaa noin puolessa tunnissa.
- Annoksen suurentamisen seurauksena vaikutuksen alku hidastuu lievästi ja samalla suurin teho siirtyy jonkin verran myöhemmäksi.
- Samalla lisääntyy vaikutuksen kokonaiskesto ja heikkenevä loppuvaikutus pitenee. (Kangas 2006a, 84–88.)

Lyhytvaikutteisen insuliinin kokonaisvaikutusaika (Diabetesliitto 2006d: 20).



PITKÄVAIKUTTEISIA INSULINEJA



Levemir® detemirinsuliini
Lantus® glargiini-insuliini
Protaphane® NPH-ihmisinsuliini

- Pitkävaikutteisten insuliinien vaikutusajat ja -tavat eroavat hieman toisistaan.
- Protaphane® insuliini on sameaa ja se tulee sekoittaa hyvin ennen käyttöönottoa. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

PITKÄVAIKUTTEISIA INSULINEJA



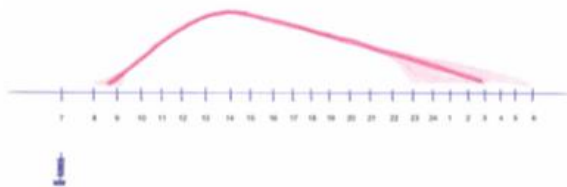
- Vaikutus alkaa 1-2 tunnin kuluttua pistämisestä, vaikutus on voimakkaimmillaan 4-12 tunnin kuluttua.
- Pitkävaikutteisissa insulineissa kokonaisvaikutusaika on 16–24 tuntia.
- Pitkävaikutteinen insuliini on perusinsuliini, jota pistetään 1-2 kertaa vuorokaudessa.

(Kangas 2006a, 86, 88, Suomen Diabetesliitto ry 2004, 10).



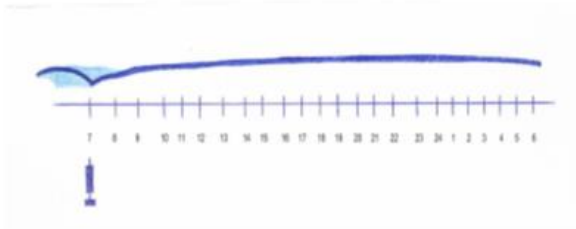
www.turkuamk.fi

Pitkävaikutteisen NPH-insuliinin kokonaisvaikutusaika (Diabetesliitto 2009d:19).

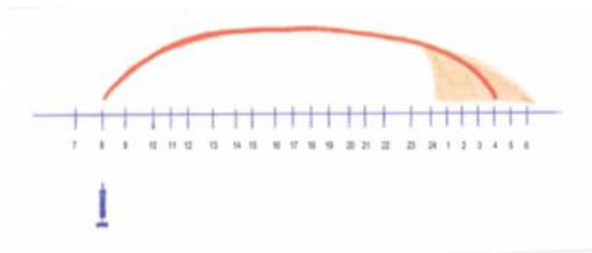


www.turkuamk.fi

Pitkävaikutteisen glargiini-insuliinin kokonaisvaikutusaika (Diabetesliitto 2006d: 19).



Pitkävaikutteisen detemirinsuliinin kokonaisvaikutusaika (Diabetesliitto 2006d:19).



INSULIININ KÄYTTÖKUNTOON SAATTAMINEN



- Pitkävaikutteisen NPH- insuliini tai sekoiteinsuliinin kohdalla on ennen pistämistä huolehdittava huolellisesta sekoittamisesta, koska kyseiset insuliinit ovat kiteisessä muodossa.
- Insuliinikynää käännettään ylösalaisin vähintään kaksikymmentä kertaa, jotta insuliini on varmasti tasaisena seoksena. Kynää tulee lopuksi pyöritellä kämmenten välissä.
- **Ravistelu on kielletty**, koska se voi rikkoa insuliinikiteet. Insuliinikiteiden rikkoonnutta insuliinin teho heikkenee.

(Ilanne-Parikka ym. 2009, 113–114.)



4. INSULIINIPISTOSHOITO



www.turkuamk.fi

KAKSIPISTOSHOITO



Tyyppin 1 diabeteksessä tarvitaan *perusinsuliinia*, joka vaikuttaa ympäri vuorokauden ja säätää sokerin vapautumista maksasta yöllä ja aterioiden välillä.

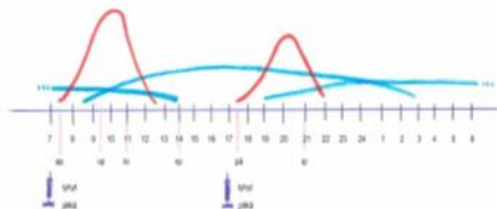
Syömisen yhteydessä otetaan *ateriainsuliinia*, jolla myös tarvittaessa korjataan tilapäisesti kohonnutta verensokeria.

Kaikki insuliinit pistetään (tai annostellaan pumpulla) ihon alle rasvakudokseen. (www.terveyskirjasto.fi.)



www.turkuamk.fi

Esimerkki kaksipistoshoidosta, kun käytössä on pitkä- ja lyhytvaikutteinen insuliini (Diabetesliitto 2006c: 33).



www.turkuamk.fi

MONIPISTOSHOITO



Insuliinin annostelu on yksilöllistä, ja oikeat annokset etsitään verensokerimittausten avulla.

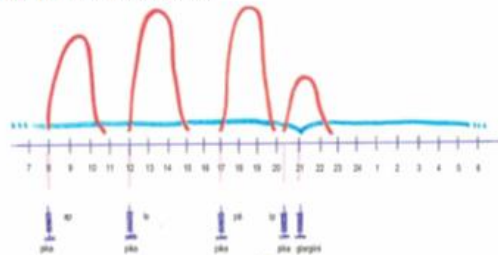
Tyypin 1 diabeetikoiden yleisin hoitomuoto on **monipistoshoido**, jossa pitkävaikutteinen insuliini huolehtii verensokeritasosta yöllä ja aterioiden välillä.

Pikainsuliini pistetään aterioilla ruuan sisältämän hiilihydraattimäärän, ateriaa edeltävän verensokeriarvon sekä mahdollisen ruuan jälkeisen liikunnan mukaan. (www.diabetes.fi.)



www.turkuamk.fi

Esimerkki monipistoshoidosta, kun käytössä on pitkävaikutteinen glargiiniinsuliini ja pikavaikutteinen insuliini (Diabetesilmo 2006c: 30).



www.turkuamk.fi

INSULIININ SÄILYTYS



Insuliini säilytetään tavallisesti jääkaapissa, +2-8 asteessa.

Käytössä oleva insuliini säilytetään **huoneenlämmössä**, Mutta auringonvalolta ja lämmönlähteiltä suojattuna.

Insuliinia on varjeltava kuumuudelta ja jäätymiseltä.

Insuliini ei saa jäätä eikä lämmetä yli + 30 celsiusasteeseen.

Yli 30 asteen lämmössä insuliini alkaa menettää tehoaan.

Jäätyminen ja yli 50 asteen lämpö pilaavat insuliinin heti. (www.diabetes.fi.)



www.turkuamk.fi

INSULIININ PISTOSPAIKAT

Paras pistospaikka lapsille on pakaroiden alue, sillä se sisältää eniten ihonalaista rasvaa.

Vatsaan pistetään vasta kun sinne on kertynyt riittävästi rasvakudosta. Joillakin 6-7-vuotiailla sitä voi olla jo tarpeeksi.



www.turkuamk.fi

INSULIININ IMEYTYMINEN

Insuliini imeytyy eri tavalla eri pistospaikoista. Nopeinta imeytyminen on vatsan alueelta.



Reidestä ja pakarasta insuliini imeytyy hitaammin, ja pitkävaikutteiset detemir- ja NPH-insuliinit on hyvä pistää näille alueille.

Pistospaikkoja on käytettävä laajasti, jotta ei syntyisi kovettumia ja turvotusta.

Kovettumat ja turvotus vaikuttavat insuliini imeytymiseen ja vaikeuttavat hyvän hoitotasapainon saavuttamista ja ylläpitämistä. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

PISTOSVÄLINEET

Nykyisten insuliinikynien ansiosta pistäminen on vaivatonta ja melkein kivutonta.



Insuliinin pistämisessä käytetyt neulat ovat äärimmäisen teräviksi hiottuja ja ohuita.

Itse pistäminen ei nykyisillä välineillä juurikaan tunnu; enemmän on kyse sen epämiellyttävän asian pohtimisesta, että kohta täytyy pistää. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

INSULIININ PISTÄMINEN



Insuliinin **pistämisen oppii nopeasti.**

Useimmissa hoitopaikoissa vanhemmat tai lapsi aloittavat ohjattuna pistämisen heti ensimmäisestä pistoskerrasta.

Pistämisen välitön opettelu on tärkeää: siitä alkaa itsenäisen hoidon oppiminen.

Pistämiseen liittyvistä asioista kannattaa keskustella alussa usein ja kehittää pistämiseen sujuva rutiini. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

INSULIININ PISTÄMINEN



Lasten insuliiniannokset ovat usein hyvin pieniä, jonka vuoksi pistostekniikan on oltava riittävän hyvä, jotta kaikki insuliini tulisi saatua.

Insuliinia saattaa tulla herkästi ulos pistoskohdasta, jolloin annosvajausta voi olla merkittävä.

Insuliinin pistämisen jälkeen neulaa on hyvä pitää ihon alla vielä noin kymmenen sekuntia ja tämän jälkeen hitaasti poistaa neula ja painaa sormella vielä pistoskohtaa.

(Härmä-Rodriguez 2009.)



www.turkuamk.fi

ERITYISTILANTEET



Jos vahingossa pistät itseäsi neulalla.

Huuhtelee välittömästi pistoskohtaa juoksevan veden alla.

Ota yhteys työterveyshuoltoon tai päivystykseen. Ja toimi heidän antamien ohjeiden mukaan.



www.turkuamk.fi

INSULIINIKYNIEN JA NEULOJEN HÄVITTÄMINEN



Käytetyt tyhjät insuliinikynät laitetaan joko kaatopaikalle meneviin kotitalousjätteisiin tai ne voi vaihtoehtoisesti laittaa energiajakeen keräykseen.

Neula kierretään pois kynästä ulommalla neulansuojuksella.

Neulat kerätään esimerkiksi tyhjäan maitotölkkiin ja laitetaan kotitalousjätteisiin.



5. DIABEETIKON RAVITSEMUS

RUOKAVALIOHOIDON TAVOITTEET



- Hyvän verensokeritasapainon saavuttaminen.
- Lapsen sopiva paino, normaali kasvu ja kehitys.
- Lisäsairauksien ehkäisy.
- Hyvä elämänlaatu.

RUOKAVALIO KÄYTÄNNÖSSÄ



Tyyppi 1 diabeteksessä voidaan syödä tavallista terveellistä ruokaa, jonka pääperiaatteet ovat seuraavat:

1. Suurin osa ravinnosta koostuu hiilihydraateista kuten: viljatuotteet, peruna, kasvikset sekä maidon, hedelmien ym sokeri.
2. Kohtuullisesti lihaa, kalaa, kanaa, leikkeleitä ja juustoja.
3. Käytetään vain vähän kovia eläinperäisiä rasvoja ja suositaan pehmeitä kasvirasvoja.
4. Kasviksia reilusti, mielellään joka aterialla. (www.terveyskirjasto.fi).



www.turkuamk.fi

RUOKAKOLMIO



www.turkuamk.fi

RUOKAVALIO



Ruoka sisältää riittävästi ravintokuitua, jota saadaan eniten kokojyväviljatuotteista sekä kasviksista, hedelmistä ja marjoista.

Suolaa käytetään korkeintaan kohtuullisesti.

Sokerittomia diabetes-tuotteita ei tarvita, sillä ravinnossa voi olla kohtuudella myös sokeripitoisia ruokia. (www.terveyskirjasto.fi.)



www.turkuamk.fi

RUOKAVALIO



Diabeetikon ruokavalio on sama kuin muullekin väestölle suositeltu terveellinen ja monipuolinen perusruoka.

Diabeetikon tulee vain laskea syömänsä hiilihydraatit, jotta osaa annostella insuliinin oikein.

Diabetesliiton sivuilta löytyy tarkemmat ravintosuositukset.

Voit lukea lisää ruuasta tästä. (www.terveyskirjasto.fi.)



www.turkuamk.fi

HIILIHYDRAATIT



Ruon aineosista välittömästi verensokeriin vaikuttavat vain hiilihydraatit. Ohutsuolessa ne hajoavat ruoansulatusentsyymien vaikutuksesta sokereiksi ja imeytyvät verenkiertoon.

Tyyppin 1 diabeteksessa haima ei pysty tuottamaan normaalisti insuliinia, minkä vuoksi tarvitaan pistettyä ateriainsuliinia.

Sen annokseen vaikuttaa ratkaisevasti syödyn aterian hiilihydraattien määrä ja ennen ateriaa mitattu verensokerin arvo.

Lisätietoa hiilihydraateista: Hiilihydraattitaulukko
(www.diabetes.fi.)



www.turkuamk.fi

HIILIHYDRAATTEJA SAA



Viljatuotteista - puuro, murot, keksit, peruna, riisi, pasta

Hedelmistä, marjoista - mehukeitot, täysmehu

Nestemäisistä maitotuotteista - maito, piimä, jogurtti, viili, jäätelö.

(Tyks lasten ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

RUOAT, JOISSA EI OLE HIILIHYDRAATTEJA



- Kasvikset
- Liha, kala ja kana
- Leikkeleet ja juustot
- Kanamuna
- Rasvat

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

RASVAT



- Rasvaa niukasti, laatu pehmeää
- Piilorasvat kuriin → vähärasvaiset maitotuotteet, lihaleikkeleet, juustot
- Kasvismargariinia leiville ja ruuanvalmistukseen margariini, juokseva margariini tai kasvisöljy
- Kalaa useammin

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

HIILIHYDRAATTIEN ARVIONTI 1.



- Välttämätöntä, jotta insuliini osataan annostella oikein.
- Aterian HH-määrä yhteen sovitetaan insuliinimäärän kanssa.
- Ateriainsuliinin määrää vaihdellaan aterian HH-määrän mukaan.

Laskeminen ei tarkoita rajoittamista tai välttämistä.



www.turkuamk.fi

HIILHYDRAATTIEN ARVIOINTI 2.



- Päiväkoti-ikäiset ja pienet koululaiset joilla on kolmipistoshoito, syövät ateriasuunnitelman mukaan, josta aikuiset huolehtiva.
- Päivän aikana 1-2 välipalaa
- Jos lapsella monipistoshoito/pumppuhoito → syödään ruokahalun mukaan.
- Insuliinin pistetään HH-määrän perusteella, josta aikuiset huolehtivat.



www.turkuamk.fi

HIILHYDRAATTIEN ARVIOINTI 3.



- Vanhemmat koululaiset huolehtivat itse ruokailusta ja insuliinista. Aikuisen tulee valvoa että tämä toteutuu.
- Välipala pidempinä päivinä ja liikunnan yhteydessä.
- Hiilihydraatteja ei tarvitse arvioida gramman tarkkuudella. Aterialla riittää hiilihydraattimäärän arvioiminen noin 10 gramman tarkkuudella, ja yleensäkin hiilihydraatteja arvioitaessa niiden määrän voi pyöristää lähimpään kymmenlukuun. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

LAUTASMALLI

Lautasmalli on esimerkki terveellisen ja suosituksen mukaisen aterian kokoamisesta.



- Lautasen täyttäminen aloitetaan kasviksilla, ja niitä otetaan noin puoli lautasellista.
- Neljännes lautasesta täytetään perunalla, pastalla tai ohra- tai kauralisäkkeellä tai riisillä.
- Vajaa neljännes täytetään pääruoalla: kalalla, lihalla, kasvispääruoalla tai makkaralla. (www.diabetes.fi.)



www.turkuamk.fi

LAUTASMALLI



www.turkuamk.fi

LAUTASMALLI



www.turkuamk.fi

LAUTASMALLI



www.turkuamk.fi

LAUTASMALLI



www.turkuamk.fi

55 g HIILIHYDRAATTEJA



(Tyks lasten- ja nuorten klinikka P R.)



www.turkuamk.fi

VÄLIPALA



www.turkuamk.fi

VÄLIPALA



www.turkuamk.fi

RUOAN JOUSTAVAANOSTELU

Ruoan määrän silmämääräinen arviointi on riittävä.



Vain hiilihydraattia sisältävät ruoan määrä arvioidaan:

- Lihaa tavanomainen annos
- Kastiketta ei tarvitse huomioida
- Salaatti (pieni määrä hedelmää/marjaa ei vaikuta HH-määrään)
- Sokeria sisältäviä lisäkkeitä tai maustekastikkeita ei tarvitse huomioida
- Keitoista arvioidaan perunan määrä

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

HIILIHYDRAATTI MÄÄRÄT

Viljatuotteet



- Leipä - puolet painosta = hiilihydraattimäärä
- yleensä yksi viipale sisältää 10-15 g HH
- Puurot, murot - 1 dl sisältää 10 g HH
- Keitetty riisi, makaroni, spagetti - 1 dl sisältää 15g HH

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

HIILIHYDRAATTI MÄÄRÄT



- Peruna** - 1 kanamunan kokoinen sisältää 10g HH
 - 1 dl muusia sisältää 15 g HH
 - 1 dl uuniranskalaisia sisältää 10 g HH

- Laatikkoruoat** - 1 dl sisältää 10-15 g HH
 - maksalaatikko sisältää 20-25g HH

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

10 g HIILIHYDRAATTIA



Hedelmä ja marjat

- 1 pienehkö omena, appelsiini tai päärynä (100-120g)
- ½ banaani (n 50g)
- 1 dl täysmehua tai pillimehua
- 2-3 dl marjoja
- 1 dl kaupan mehukeittoa

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

10 g HIILIHYDRAATTIA



Maitotaloustuotteet

- 2 dl maitoa tai piimää
- 3,5 dl laktoositonta maitojuomaa
- 2 dl maustamatonta viiliä tai jogurttia
- n ½ dl kevytjogurttia
- 1 dl jäätelöä

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

HERKKUJEN HIILIHYDRAATTI MÄÄRIÄ



Makeiset

Suklaa

- puolet painosta = hiilihydraattimäärä
- Pätkis, Suffeli sisältää 10g HH

Karamellit

- 80-90% painosta = hiilihydraattia
- esimerkiksi irtokarkit 100 g sisältää n 80-90g HH
- esimerkiksi Ässä Mix 180 g pussi = 160g HH

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

SOKERIN KÄYTTÖ

Sama suositus kuin muillakin 10 % energiasta

Eli jos 6-vuotiaalle noin 1600 kcal → 40 g sokeria/vrk

Vastaa esimerkiksi 1 purkki sokeroitua jogurttia + 20 g pastilliaski sekä jäätelötututtia

Vertaa 200g karkkipussi sisältää 180g sokeria!

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

ENERGIAA SISÄLTÄVÄT MAKEUTTAJAT

- Sokeri
- Hedelmäsokeri
- Hunaja, siirappi
- Ksylitoli
- Sorbitoli, mannitoli, maltitoli

(Tyks lasten- ja nuorten klinikka J.H.)



www.turkuamk.fi

SOKERITON EI OLE HIILIHYDRAATITON!

Sokeriton pulla 50g → 22g HH
- Jauhoista 96% hiilihydraatista



Pulla hedelmäsokerilla 50g → 22g HH
- Jauhoista 89% hiilihydraatista

Kaupan tavallinen pulla 50g → 24g HH
- Jauhoista 84% hiilihydraatista (Tyks lasten- ja nuorten klinikka J. H.)

<http://www.fineli.fi/> = Elintarvikkeiden koostumuspankki.
Tiedot 100g/HH



www.turkuamk.fi



6. DIABETES JA LIIKUNTA



www.turkuamk.fi

LIIKUNTA JA YLEISET PERIAATTEET

Verensokeri mitataan ennen liikuntaa.
Jos arvo ennen liikuntaa on yli 15 mmol/l, siirretään harjoitusta ja pistetään verensokeria korjaava insuliiniannos.



Jos verensokeri on alle 6 mmol/l, syödään ylimääräistä hiilihydraattia tai vähennetään ateriainsuliinia.

Jos liikuntasuoritus kestää pitkään (yli tunnin), vähennetään edeltävää pitkävaikutteista insuliinia ja nautitaan hiilihydraattia liikunnan aikana. (www.terveyskirjasto.fi)



www.turkuamk.fi

YLIMÄÄRÄINEN HIILHYDRAATTI



Yleisohje on nauttia 20 g hiilihydraattia ennen räsitusta ja tunnin välein sen aikana.

20 grammaa hiilihydraatteja on

- lasillisessa (2 dl) sokeriimonadia tai mehua
- kahdeksassa sokeripalassa
- 40 grammassa leipää (yleensä runsas siivu tai pala)
- keskipokoisessa appelsiinissa tai banaanissa

Liikunnan aikana pidetään aina mukana helppokäyttöistä hiilihydraattia (rusinat, banaani). (www.terveyskirjasto.fi.)



7. DIABEETIKKO LAPSI PÄIVÄKODISSA

DIABEETIKKO LAPSI PÄIVÄKODISSA



Diabeetikkolapsi on päivähoitossa hoitolapsi, siinä missä muutkin päivähoiton lapset. Samat toimintamallit, lait ja asetukset koskevat kaikkien lasten kasvun ja kehityksen tukemista.

Kodin ulkopuolella pieni diabeetikko tarvitsee jonkun aikuisen tukemaan omahoitoa.

On tärkeää, että vastuusta päivähoitossa tehdään selkeät kirjalliset sopimukset ja hoidosta vastaavat aikuiset perehdytetään tehtäväänsä. (Holopainen 2009.)

DIABEETIKKO LAPSI PÄIVÄKODISSA



Esiopetuksessa olevat ja alakoululaiset 3–4 luokkalaisiin saakka tarvitsevat monipuolisesti aikuisen tukea diabeteksen hyvään hoitoon. (STM.)

Lapsen kannalta on tärkeää, että diabeteksen hoito sujuu päivähoidossa turvallisesti. Se on tärkeää myös vanhemmille.

Diabeteksen hoito on tavallisesti sovitettavissa päivähoidon säännölliseen rytmiin ilman suurempia ongelmia. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

PÄIVÄHOIDON JA KODIN YHTEISTYÖ



Lapsen diabeteksen hoidosta vastaavat aina aikuiset

Kun diabeteksen perusasiat, sen hoidosta, tehtäväjako ja vastuut henkilökunnan kesken ovat selkeät, kaikki osapuolet voivat tuntea olonsa turvallisiksi.

Hoitojärjestelyt tulee aloittaa hyvissä ajoin jo ennen päivähoidon alkua.

On hyvä järjestää yhteistyöpalaveri, jossa ovat mukana lapsen vanhemmat, diabeteshoitaja, mahdollisesti ravitsemusterapeutti sekä lapsen hoidosta ja ravitsemuksesta vastaavat henkilöt päiväkodissa.



www.turkuamk.fi

YHTEISTYÖPALAVERISSA SOVITAAN...



Mitkä asiat ovat merkittäviä juuri tämän lapsen ikä ja hoitomuoto huomioiden.

→ verensokerin mittaus, ateria ja välipalat

Toiminta erityistilanteissa.

→ matala verensokeri ja toimenpiteet

→ liikunta

Vastuu lapsen turvallisuudesta on aikuisella

Lapset oppivat eri tahdissa omahoidon taitoja.



www.turkuamk.fi

HOITOSOPIMUKSEEN KIRJATTAVAT ASIAT



Diabeteksen hoitoon liittyvistä vastuualuista sovitaan yhdessä, asiat kirjataan sopimuksiksi kaikkien osapuolten käyttöön.

- Henkilö joka vastaa ruokailuun liittyvistä asioista
- Henkilö joka vastaa verensokerin seurannasta ja mahdollisesta insuliinin pistämisestä
- Henkilö joka toimii yhteyshenkilönä kodin ja päivähoidon välillä, ilmoittaa mahdollisista muutoksista, retkistä ja hoidon sujumisesta
- Miten varmistetaan, että tieto kulkee sijaisille



www.turkuamk.fi

LIIKUNTA



Leikki on lapsen työtä ja liikunta hänen luonnollinen tarpeensa.

Ennen uloslähtöä on hyvä tarkistaa, ettei verensokeri ole liian matala ja tarvittaessa tarjota lapselle hedelmä tai leipäviipale.

Pieni välipala on tarpeen myös pitkäkestoisten ja reippaiden leikkien lomassa. (Hämäläinen ym. 2008: 58.)

Jokaisen lapsen yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan.



www.turkuamk.fi

LIIKUNTA



Pieni lapsi liikkuu kun hän leikkii, eikä useimmat sisäpuuhat ja hiekkalaatikkoleikit lisää energiankulutusta, jolloin niitä ei tarvitse ottaa erityisesti huomioon diabeteksen hoidossa.

Selkeästi enemmän liikkumista sisältävät leikit, kuten hippa, aartenetsintä ja majan rakentaminen voivat taas laskea verensokeria.



www.turkuamk.fi

RAVINTO



Leikki-ikäisten lasten ruokailusta 2004 annetun suosituksen mukaan päivähoitossa tarjottavan ruuan tulee olla monipuolista, tasapainoista ja maukasta.

Näin ollen se sopii laadultaan diabeetikkolapselle.

Päiväkodin ateriarhythmi on yleensä myös sopiva.

Joskus lapsi saattaa kuitenkin tarvita ylimääräisiä välipaloja tai insuliinihoito asettaa aterioiden ajoitukselle lisävaatimuksia.



www.turkuamk.fi

RAVINTO



Kun diabeetikkolapsi aloittaa päiväkodissa, on hoitopaikan ja vanhempien hyvä käydä tarkkaan yhdessä läpi ruokailua ja viimeisin ateriasuunnitelma, jos sellainen on lapsella käytössä.

- Minkä kokoisia annoksia lapsi syö
- Milloin lapsi tarvitsee välipala
- Mitä ruokia lapsi ei suostu syömään
- Miten toimitaan kun tällaista ruokaa on ruokalistalla



www.turkuamk.fi

RAVINTO



On myös hyvä keskustella siitä, jos lapsi kieltäytyy kokonaan syömästä. (Mikkonen ym. 2007.)

Jos näin käy, lapselle voi antaa jotain hiilihydraattipitoista juomaa ja tarjota ruokaa vasta sitten, kun lapsella on nälkä tai ruoka voidaan jakaa syötäväksi kahdessa osassa. (Palva-Ahola 2007).



www.turkuamk.fi

KAVERI INFO



Lapset ovat kiinnostuneita kaikesta mitä ympärillä tapahtuu

On siis hyvä, että lapsen päivähoitovävyt tietävät myös diabeteksestä.

Lasten iästä riippuen diabetesta voidaan käydä läpi yhdessä leikin, sadun tai jutustelun kautta.

Pikkunalle ja diabetes tarina kertoo, mikä diabetes on, ja miten sitä hoidetaan.

Tarina on suunniteltu erityisesti päiväkotien käyttöön.

Oppaan voi ladata omalle koneelle ja tulostaa tästä:

[Pikkunalle ja diabetes \(pdf\) \(1.2 MB\)](#)



www.turkuamk.fi

DIABEETIKKO LAPSEN TIETOMAPPI



Päivähoidossa on hyvä olla lapsesta mappi, josta löytyvät oleelliset tiedot helposti ja nopeasti.

Mapissa on hyvä säilyttää sopimusta siitä, kuka hoidon henkilökunnasta vastaa ruokailuun liittyvistä asioista, verensokerin seurannasta, mahdollisesta insuliinin pistämisestä ja toimii yhteyshenkilönä kodin ja päivähoiton välillä, ilmoittaa mahdollisista muutoksista, retkistä ja hoidon sujumisesta.

Mapissa on hyvä olla myös ensiapuohjeet liian matalan verensokerin varalta. (Diabetesliitto, Opas päivähoitoon.)



www.turkuamk.fi



8. KOULU JA DIABETES



www.turkuamk.fi

KOULU JA DIABETES



Koulun aloitus on aina jännittävää, diabeetikolapsen perheessä jännitystä helposti lisää huoli lapsen hoidosta koulupäivän aikana.

Koulun aloittaminen on tärkeä osa lapsen elämää. Diabetesta sairastavan lapsen kannalta on tärkeää, että hän saa käydä koulua koululaisena, ei diabeetikkona. (STM.)



www.turkuamk.fi

KOULU JA DIABETES



Tuen tarve koulussa vaihtelee mm. lapsen iän, hoitomuodon (kolmipistos, monipistos-, pumppuhoito) ja omatoimisuuden mukaan.

Koska koulupäivän aikana lapsen vanhemmilla ei ole mahdollisuutta valvoa ja toteuttaa hoitoa, on tarpeen suunnitella diabeteksen omahoidon toteuttaminen tapauskohtaisesti.

Lapsella on joka tapauksessa oikeus turvalliseen koulupäivään. (www.diabetes.fi)



www.turkuamk.fi

KOULU JA DIABETES



Tavoitteena on, että diabetesta sairastava lapsi voi käydä koulua oppilaana muiden oppilaiden joukossa ja saada tarvittaessa aikuisen tuen sairautensa hoitoon.

Koulu yhteisössä eri ammattiryhmien yhteistyö on tärkeää oppilaan koulunkäynnin mahdollistamiseksi diabeteksestä huolimatta. (STM.)



www.turkuamk.fi

ERITYISTILANTEET



Liikuntatunnit

Ylimääräinen välipala voi olla tarpeen

- jos ateristiasta on kulunut 2 tuntia
- jos verensokeri on alle 6 mmol/l

Esimerkiksi banaani, rusinoita, voileipää, jogurttia

Muista pelkkä mehu ei ole välipala!

Retket

Ylimääräistä syötävää ja juotavaa diabeetikolle

Esimerkiksi leipää, hedelmää, välipalapatukat



www.turkuamk.fi

YHTEISNEUVOTTELU



Yhteisneuvottelussa sovitaan muun muassa verensokerinmittauksista, tarvittavista välipaloista sekä mahdollisen insuliiniannoksen pistäjästä.

Tarvittava pistosopetus, varautuminen erityistilanteisiin, menettelytavat ja ensiapukäytännöt.

Sovitaan työnjako ja vastuut koulun toimijoiden kesken paikallisten resurssien mukaan.



www.turkuamk.fi

YHTEISNEUVOTTELU



Sovitut asiat kirjataan suunnitelmalomakkeeseen ja päivitetään säännöllisesti.

Vanhemmat toimittavat koululle selkeät, yksinkertaiset ohjeet insuliiniannoksista ja ruoka-annoksista sekä verensokeritasoista, ja niiden vaikutuksista hoitoon. (STM)



www.turkuamk.fi

KAVERI INFO

Diabetes ei tartu.



Diabetekseen sairastunut lapsi voi olla toisten lasten ja aikuisten kanssa aivan kuten muutkin.

Lapsesi ystäville on hyvä kertoa diabeteksestä yhdessä lapsen kanssa.

Kertomalla sairaudesta lasten uteliaisuus ja epä tietoisuus häviävät ja se voi samalla estää kiusaamista.



www.turkuamk.fi

MATALA VERENSOKERI

Elimistö pyrkii itse korjaamaan ongelmatilannetta erittämällä insuliinin vastavaikuttaja hormoneja, joita ovat adrenaliini, glukagoni ja kortisoli.



Näiden hormonien erityks käynnistyy, kun verensokeri laskee alle 4 mmol/l.

Vastavaikuttajahormonit vapauttavat maksasta sokeria verenkiertoon. Tämän vuoksi diabeetikko voi herätä sokista ilman apua.

Tärkeintä on aina pyrkiä ehkäisemään verensokerin lasku liian alas.

(Tyypin 1 diabetes 2009.)



www.turkuamk.fi

VANHEMPIEN JA KOULUN KÄYTTÖÖN TARKOITETTU SUUNNITELMALOMAKE



Sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön ja Suomen Kuntaliiton 2010 julkaisema toimintamalli diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta löytyy Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta.

Voit tulostaa sen tästä:

http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/-/_julkaisu/1489999



www.turkuamk.fi

TÄRKEÄT PUHELINNUMEROT

HÄTÄKESKUS: 112



Tyks Vakka-Suomen sairaalan yhteispäivystys
Puh. 02-845150 arkisin klo 15.00-22.00. La ja su 9.00-20.00

Vastaanotto Tyks Vakka-Suomen sairaalan
päivystyspoliklinikalla 24h/vuorokausi. Puh. 02-314 11 11

Lastenpoliklinikka poliklinikka päivänä (ma ja to)
Puh. 02-314 1006. Muina päivinä puh. 02-314 1021
klo 10.00-12.00

Myrkytystietokeskus: 09-4711977 (24h/vrk)



www.turkuamk.fi

ASiantuntijat



Tyks Vakka-Suomen sairaala, lastentautien ylilääkäri.

Tyks Vakka-Suomen sairaala lastendiabetes
poliklinikka, diabeteshoitaja.

Tyks lasten- ja nuorten klinikka, lasten
diabetespoliklinikka, diabeteshoitaja



www.turkuamk.fi

LÄHTEITÄ



www.diabetesfoorumi.fi
www.diabetesliitto.fi
www.diabetes.fi
www.dipp.utu.fi
www.finesi.fi
www.hoitoreitit.vsshp.fi
www.kuntainfo.fi
www.kaypahoito.fi
www.stm.fi
www.terveyskirjasto.fi
www.thl.fi



www.turkuamk.fi

LÄHTEET

Diabetesliitto 2006. Lapsen diabetes. Opas perheelle. 4. tarkistettu painos. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere.

Diabetesliitto 2008. Diabetes leikki-ikäisellä. Opas päivähoitoon. 3. painos. Kirjapaino Hermes Oy. Helsinki.

Diabetesliitto. 2009. Tyypin 1 diabetes. Opas nuoruustyypin diabeetikolle. Helminen, T., Kinnari, M. & Vitell-Hietanen, M. (toim.) Jyväskylä: Gummerus.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Vaitonen, K. 2006. Sisätautiin, kirurgisten sairauksien ja syöpätautiin hoitotyö. 4.-5., uudistettu painos. Porvoo: VWS Bookwell Oy

Holopainen, K. 2009. Kuka hoitaa diabeetikkolasta koulussa ja päiväkodissa? Diabetes 11/2009, 6-8.

Hämäläinen, E.; Kiho, E.; Kulmala, M.; Lehesvuori, P.; Naumanen, L.; Paasikivi, K.; Pasanen, E. & Siijamäki-Ojansuu, U. 2006. PEG-potilaan hoito-opas henkilökunnalle. Helsinki: Dieettimedia Ky

Härmä-Rodríguez, S. 2009. Lapsen insuliinin pistämisen oppiminen ja vastuu pistoksista. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Duodecim ja Suomen Diabetesliitto. Helsinki: Kariston kirjapaino, 356.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Sokerihemoglobiini, HbA1c; Lilan matalan verensokerin esiintyminen, syytä ja ehkäisy. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T., Sane, T. (toim.) Diabetes. Duodecim ja Suomen Diabetesliitto. Helsinki: Kariston kirjapaino, 86 – 89, 288 – 297.



www.turkuamk.fi

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T., Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Duodecim ja Suomen Diabetesliitto. Helsinki: Kariston kirjapaino.

Kangas, T. 2006. Kaksi-, kolmi- ja monipistoshoido. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Karpio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. 4.-5., uudistettu painos. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Kimpimäki, T., Kulmala, P., Savola, K., Kupila, A., Korhonen, S., Simell, T., Ilonen, J., Simell, O. & Knip, M. 2002. Natural history of β -cell autoimmunity in young children with increased genetic susceptibility to type 1 diabetes recruited from the general population. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. Vol. 87, No 10, 4572-8.

Knip, M. 2004. Onko tyypin 1 diabetes autoimmuunisairaus ja voidaanko sen kehittymistä estää? Duodecim. Vol. 120, No 9, 1158-1165.

Opetusministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. 2010. Toimintamalli diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän alkaisesta hoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:9. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Paiva-Ahola, M. Lasten ja nuorten ruokavallion erityispiirteet. Teoksessa Aro, E. 2007. Diabetes ja ruoka-teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemusalan ammattilaisille. Suomen Diabetesliitto. Tampere: Gummerus Kirjapaino, 70-72.

Suomen Diabetesliitto ry 2004. Ensietoa tyypin 1 diabeteksestä. 4.painos. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere.

Viskari HR, Koskela P, Lönnrot M, Luonuansuu S, Reunanen A, Baer M, Hyöty H. Canenterovirus infections explain the increasing incidence of type 1 diabetes? Diabetes Care. 2000 Mar;23(3):414-6.



www.turkuamk.fi