



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elina Sandell

TYYPIN 2 DIABETESPOTILAIDEN KOKEMUKSIA HOIDONOHJAUKSESTA

Sosiaali- ja terveysala
2025

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Elina Sandell
Opinnäytetyön nimi	Tyypin 2 diabetespotilaiden kokemuksia hoidonohjauksesta
Vuosi	2025
Kieli	suomi
Sivumäärä	57 + 4 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia hoidonohjauksesta diabeteshoitajan vastaanotolla. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, mistä sairautensa liittyvistä asioista tyypin 2 diabetespotilaat saavat riittävästi tietoa ja tukea sekä mistä asioista he toivoisivat saavansa enemmän tietoa ja tukea. Lisäksi oli tavoitteena selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu sekä miten ikä, sukupuoli ja sairastamisaika ovat yhteydessä hoidonohjaukseen.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään laajasti keskeisiä asioita tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteista ja hoidonohjauksesta sekä sen eri osa-alueista. Tutkimus toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena, johon sisältyi kaksi laadullista kysymystä. Tutkimusaineisto kerättiin viidessä Pohjanmaan diabetesyksikön toimipisteessä loka-marraskuussa 2023. Kyselyyn vastanneita oli 51.

Yli 90 % vastanneista koki, että asiakaslähtöisyys toteutuu heidän kohdallaan. Sukupuoli, ikä tai se miten kauan on sairastanut tyypin 2 diabetesta ei ollut yhteydessä siihen miten tyytyväisiä he olivat asiakaslähtöisyyteen. Aihealueet, joissa koettiin eniten tiedon ja tuen tarvetta, olivat mieliala ja jaksaminen, uni, suun terveys, ruokailutottumukset sekä perustieto diabeteksestä. Iällä ja sillä tarvitseeko enemmän tietoa ja tukea ei ollut yhteyttä. Sillä kuinka kauan on sairastanut tyypin 2 diabetesta ja tarvitseeko enemmän tietoa ja tukea oli jonkin verran lineaarista yhteyttä. Naisia, jotka kokevat tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea oli enemmän kuin miehiä.

Avainsanat	aikuistyyppin diabetes, potilasneuvonta, kokemukset, potilaat, asiakaslähtöisyys
------------	--

ABSTRACT

Author	Elina Sandell
Title	The Experiences of Adult-onset Diabetes Patients on Patient Counselling
Year	2025
Language	Finnish
Pages	57 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the experiences of patients with adult-onset diabetes regarding patient counselling at a diabetes nurse's appointment. The goal of this bachelor's thesis was to increase the awareness of healthcare professionals about the issues related to their disease on which adult-onset diabetes patients receive sufficient information and support and what issues they would like to receive more information and support about. A further goal was to find out how client orientation is implemented and how age, gender and the duration of the disease are related to patient counselling.

The theoretical framework was based on the key concepts of the goals and patient counselling of adult-onset diabetes, as well as its various aspects. The study was conducted as a quantitative survey, which included two qualitative questions. The research data was collected at five Ostrobothnia Diabetes Unit locations in October-November 2023. The questionnaire was answered by 51 respondents.

Over 90% of respondents felt that client orientation was realized for them. Gender, age, or how long they had had adult-onset diabetes was not related to how satisfied they were with client-oriented care. The areas where the greatest need for information and support was felt were mood and coping, sleep, oral health, eating habits, and basic knowledge about diabetes. There was no connection between age and whether more information and support were needed. There was a somewhat linear relationship between how long people have had adult-onset diabetes and whether they need more information and support. There were more women than men who felt they needed more information and support.

Keywords adult-onset diabetes, patient counselling, experiences, patients, client orientation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	TYYPIN 2 DIABETES JA SEN HOITO.....	9
	2.1 Tyypin 2 diabetes.....	9
	2.2 Hoidon tavoitteet.....	10
	2.3 Hoidonohjaus.....	12
	2.4 Diabetesbarometri 2021.....	25
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	26
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
	4.1 Kohderyhmä.....	27
	4.2 Kyselylomake.....	28
	4.3 Aineiston keruu.....	30
	4.4 Määrällisen aineiston analysointi.....	31
	4.5 Laadullisen aineiston analysointi.....	33
5	TULOKSET.....	34
	5.1 Aineiston kuvaaminen.....	34
	5.2 Asiakaslähtöisyyden toteutuminen.....	35
	5.3 Riittävästi tietoa ja tukea.....	37
	5.4 Riittämättömästi tietoa ja tukea.....	39
	5.5 Huolestuttavat arjessa diabeteksen kanssa.....	41
6	POHDINTA.....	42
	6.1 Tutkimuksen eettisyys.....	42
	6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	44
	6.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	48
	6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusmahdollisuudet.....	52
	LÄHTEET.....	54

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (N = 51).

Taulukko 2. Mielenpiteiden jakautuminen asiakaslähtöisyys -osiossa (N = 51).

Taulukko 3. Riittävästi tietoa ja tukea (N = 51).

Taulukko 4. Riittämättömästi tietoa ja tukea (N = 51).

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje suomeksi

LIITE 2. Saatekirje ruotsiksi

LIITE 3. Kyselylomake suomeksi

LIITE 4. Kyselylomake ruotsiksi

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetesta sairastaa yli 400 000 suomalaista (Lahtela, Koski, Ruotsalainen, Prami, Pölkki, Aalto & Stenman 2023). Diabetes yleistyy nopeasti sekä Suomessa että koko maailmassa. Diabeteksen hoidosta vastaa pääosin potilas itse. Tämän vuoksi omahoidon voimavarojen tuella sekä omahoidon ja elintapojen ohjauksella on hoidon tulosten ja potilaan elämänlaadun kannalta tärkeä merkitys. Diabeteksen hoidon suorien kustannusten osuus on Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista 15 %. Vähintään kaksi kolmannesta niistä koostuu vältettävissä olevien, elämänlaatuun merkittävästi vaikuttavien komplikaatioiden hoidosta. Tyypin 2 diabeetikoiden kokonaiskuolleisuus on sekä naisilla että miehillä lähes kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. (Käypä hoito, 2020.)

Diabetesta sairastavalla on vastuu itsellään sairautensa päivittäisestä hoidosta. Siihen hän tarvitsee osaavan hoitohenkilökunnan moniammatillista tukea. Vaativan diabeteshoidon keskittäminen alueellisiin osaamiskeskuksiin sekä riittävä omahoidon tuki ovat tehokkaita keinoja turvata diabetesta sairastavien yhdenvertaisuus ja elämänlaatu. Tämä myös vähentää lisäsairauksia. (Koski 2022, 23.) Resurssien ja hoidon parempi suuntaaminen potilaan tarpeiden mukaan olisi sekä kansantalouden että kansanterveyden kannalta järkevää (Lahtela ym. 2023).

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia hoidonohjauksesta diabeteshoitajan vastaanotolla. Aihe valittiin sen ajankohtauuden ja mielenkiintoisuuden vuoksi. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, mistä sairautensa liittyvistä asioista tyypin 2 diabetespotilaat saavat riittävästi tietoa ja tukea ja mistä asioista he toivoisivat saavansa enemmän tietoa ja tukea. Lisäksi on tavoitteena selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu sekä miten ikä, sukupuoli ja sairastamisaika ovat yhteydessä hoidonohjaukseen.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään laajasti keskeisiä asioita tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteista sekä hoidonohjauksesta ja sen eri osa-

alueista. Tutkimus toteutetaan määrällisenä kyselytutkimuksena, johon sisältyi kaksi laadullista kysymystä. Tutkimuksen kohdeorganisaatioksi valittiin Pohjanmaan diabetesyksikkö. Tutkimusaineisto kerätään sen viidessä toimipisteessä loka-marraskuussa 2033. Kyselyyn saatiin vastauksia 51. Aineistoa analysoidaan PSS-tilasto-ohjelmassa tilastollisten menetelmien avulla.

Aikaisemmin aihetta on tutkittu Diabetesliiton tekemällä Diabetesbarometrilla. Vuonna 2021 tehdyssä verkkokyselyssä selvitettiin diabetesta sairastavien kokemuksia ja käsityksiä diabeteksen hoidon järjestämisestä sekä hoidon onnistumisesta. Lisäksi selvitettiin vastaajien omahoidon tuen toiveita. Saatujen tulosten perusteella tyyppin 2 diabetesta sairastavien hoidon jatkuvuudessa oli suuria puutteita ja vain osa potilaista tapasi käynneillään aina saman hoitajan ja vielä harvempi saman lääkärin. Yli puolet vastaajista koki, että vastaanotolla käsitellyt asiat eivät olleet tärkeitä arjen diabeteshoidon kannalta. He eivät myöskään aina ottaneet vastaanotolla esille itselleen tärkeitä asioita, koska aikaa oli liian vähän tai koska he eivät luottaneet ammattilaisten osaamiseen. Heillä oli myös kokemusta negatiivisesta suhtautumisesta ja syyllistämisestä. Tutkimuksen mukaan Tyyppin 2 diabeetikoilla oli paljon tiedontarvetta muun muassa jalkojenhoidosta, ravitsemuksesta, mielialaan ja jaksamiseen liittyvistä asioista sekä verensokerin seurannasta. Monilla oli tarvetta myös ihan perustiedolle diabeteksestä, liikunnasta, unesta ja suun terveydestä. (Koski 2021, 45.)

2 TYYPIN 2 DIABETES JA SEN HOITO

2.1 Tyypin 2 diabetes

Tyypin 2 diabetes johtuu insuliinin vaikutuksen heikentymisestä eli insuliiniresistenssistä tai insuliininerityksen häiriintymisestä. Sen taustalla voivat olla myös nämä molemmat. Tyypin 2 diabetesta sairastavien esiintyvyys väestössä on nousut huomattavasti sekä miehillä että naisilla. (Koski 2021, 9–13.) Tyypin 2 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavien solujen toimintahäiriö on yleensä etenevä ja oma insuliinin erityskyky heikkenee merkittävästi tai loppuu kokonaan. Pitämällä verenglukoosin mahdollisimman normaalina voi insuliinin erityksen hiipumista hidastaa. (Ilanne-Parikka & Niskanen 2019, 306.)

Arviolta noin 80 % suomalaisista diabetesta sairastavista sairastaa tyypin 2 diabetesta. He ovat sairastuessaan useimmiten yli 35-vuotiaita. Ikääntyneiden eli yli 70-vuotiaiden diabetekseen sairastuneiden määrän kasvu on ollut nopeampaa kuin nuorempien ikäryhmien. Kaikista tyypin 2 diabetesta sairastavista yli puolet on iältään yli 65-vuotiaita. (Niskanen 2019, 20.) Tyypin 2 diabeteksen esiintyvyydessä on vaihtelua hyvinvointialueiden välillä. Diabeteksen laaturekisteristä käy ilmi, että tyypin 2 diabeteksen ikävakioitu esiintyvyys Pohjanmaan hyvinvointialueella on 603 10 000 asukasta kohti. Tyypin 2 diabeteksen osalta pienin esiintyvyys on Pohjanmaan hyvinvointialueella ja suurin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella. (Koski 2023, 11.)

Tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus. Se on aluksi pitkään oireeton tai vähäoireinen. Tämän vuoksi se todetaan usein vasta lisäsairauksien ilmaantumisen yhteydessä varsin myöhään, esimerkiksi sydäninfarktin tai silmänpohjan verisuonimuutosten yhteydessä. Riskiryhmien laajamittaisissa seulonnoissa on löytynyt paljon täysin oireettomia tyypin 2 diabetesta sairastavia. (Niskanen 2019, 21.)

Liikunnan vähäisyyden tiedetään altistavan verenglukoosin nousulle. Liikunta lisää insuliiniherkkyyttä ja ehkäisee näin verenglukoosin liiallista nousua. Insuliiniherk-

kyttä vähentävät myös runsas rasvojen käyttö ja vähentynyt kuitujen osuus ravinnossa, stressi, unihäiriöt, tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä ikääntymiseen liittyvät lihaskudoksen vähentyminen ja rasvakudoksen lisääntyminen. (Niskanen 2019, 21.)

Masennukseen liittyy 60 % suurempi diabetesriski kuin muussa väestössä. Riskin lisääntymisen on esitetty liittyvän sekä diabeteksen että masennuksen taustalla olevaan sytokiinivälitteiseen tulehdusreaktioon sekä hypotalamus-hypofyyysi-lisämunuaiskuoriakselin toimintahäiriöihin. Pitkäaikainen masennuslääkehoito voi altistaa diabeteksen kehittymiselle. Tämän on arvioitu aiheutuvan siitä, että osaan masennuslääkkeitä liittyy painonnousua ja insuliiniresistenssiä. Ilmeisesti myös noradrenaliiniin kohdistuvalla lääkevaikutuksella on merkitystä. (Koponen 2019, 568–570.)

Psykoosilääkkeet lisäävät todennäköisesti diabeteksen vaaraa samansuuntaisesti kuin ylipaino. Kokeellisten tutkimusten ja tapauselostusten perusteella on myös esitetty, että psykoosilääkkeet voivat vähentää haiman insuliinieritystä. Psykoosilääkehoito voi siten olla diabeteksen riskitekijä myös ilman painon nousua. (Koponen 2019, 569.)

Raskausdiabetesta sairastaneet äidit ovat tyyppin 2 diabeteksen selvä riskiryhmä. Heistä jopa puolet sairastuu 10 vuoden kuluessa tyyppin 2 diabetekseen. Tämä koskee erityisesti lääkehoitoa saaneita raskausajan diabetesta sairastaneita. (Kaaja & Vääräsmäki 2019, 558.)

2.2 Hoidon tavoitteet

Hoidon ja omahoidon ohjauksen tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja normaalin pituinen elämä. Tavoitteena on lisäksi välttää komplikaatioita ja elää sujuvaa arkea ilman kohtuuttomia rajoituksia. Konkreettisia tavoitteita ovat oireettomuus ja mahdollisimman normaalin verengluukoositason ylläpitäminen. Glukoositasapainon osalta yleinen HbA1c-tavoite on alle 53 mmol/ mol (7 %) lääke- tai insuliinihoidon aikana. Plasman glukoosipitoisuuden paastoarvotavoite on omamittauk-

sisä alle 7 mmol/l ja 2 tuntia aterian jälkeen alle 8–10 mmol/l. LDL-kolesteroli-pitoisuustavoite on alle 2,6 mmol/l. Tähän tavoitteeseen pyritään elintapamuutosten ja tarvittaessa lääkehoidon avulla. LDL-tavoite on alle 1,8 mmol/l niillä potilailla, joilla on suuri valtimotautiriski ja alle 1,4 mmol/l niillä potilailla, joilla on hyvin suuri valtimotautiriski. Verenpaineen yleinen hoitotavoite on diabeetikoilla alle 140/80 mmHg. Yksilölliset tavoitteet voivat olla tiukempia tai väljempinä kuin yleiset tavoitteet. (Käypä hoito, 2020.)

Pohjanmaan diabetesyksikkö vastaa diabeetikoiden hoidosta Pohjanmaan hyvinvointialueella. Pohjanmaan diabetesyksikköön kuuluu Kruunupyö, Pedersöre, Pietarsaari, Vaasa, Uusikaarlepyö, Vöyri, Mustasaari, Laihia, Maalahti-Korsnäs, Närpiö, Kaskinen ja Kristiinankaupunki. Haastavien tyyppin 2 diabeetikoiden hoito on keskitetty Vaasan ja Pietarsaaren toimipisteisiin sekä Vaasan keskussairaalan endokrinologian poliklinikalle. (Pohjanmaan hyvinvointialue 2024.)

Seurantakäynnit diabeteksen hoitoon perehtyneen hoitajan vastaanotolla sovi-taan yksilöllisesti siten, että otetaan huomioon muun muassa diabeteksen kesto, hoitotapa, diabeetikon ikä ja muut sairaudet. Kerran vuodessa tulee tehdä kattavampi tarkastus ja arvioida diabeetikon tuen ja ohjauksen tarpeita. 6–12 kuukau-den välein tehtävään seurantakäyntiin kuuluu omahoidon toteutuminen ja haas-teet, mieliala, hoidossa jaksaminen, HbA1c -pitoisuus, hypoglykemiat, ke-toasidoosi, painon mittaus, liikunta- ja ravintotottumukset, verenpaineen omamit-taukset kotona, insuliinin pistospaikkojen tarkastus sekä jalkojen kunnon tutkimi-nen. Kerran vuodessa tarkastetaan P-Krea, laskennallinen glomerulusten suoda-tusnopeus (eGFR) ja U-AlbKre sekä tarkistetaan jalkojen kunto, suun ja hampaiden terveys, mitataan verenpaine ja syke. PVK, P-K ja Na mitataan verenpainelääkitystä käyttäviltä. Myös ajoterveyttä käsitellään. 1–3 vuoden välein mitataan S-ALAT ja lipidit, tehdään silmänpohjakuvaus ja tarkistetaan näkö sekä mitataan EKG ja fyy-sinen suorituskyky. (Käypä hoito, 2020.)

Diabeteshoitaja on diabeteksen ja sen hoidon kokenut asiantuntija, joka on hank-kinut laaja-alaista lisäkoulutusta tai täydennyskoulutusta diabeteksen hoitoon ja

hoidonohjaukseen. Diabeteshoitaja pystyy vastaamaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon yksikössä erityisosaamista tarvitsevien potilaiden ohjauksesta ja seurannasta. Hän pystyy myös kehittämään oman hoitoyksikkönsä laatua ja hoitoprosesseja. Hän voi konsultoida muita ammattilaisia sekä kehittää ja koordinoi diabeteksen hoitotyötä itsenäisesti ja diabeteslääkärin työparina. (Ilanne-Parikka 2019, 44.)

2.3 Hoidonohjaus

Diabeteksen omahoidon ohjauksesta ja tuesta käytetään Suomessa termiä hoidonohjaus. Hoidonohjaus on jatkuva ja henkilön tilanteen mukaan muuttuva prosessi, joka mahdollistaa sen, että diabetesta sairastava omaksuu omahoidossaan tarpeelliset tiedot, taidot ja valmiudet. (Ilanne-Parikka 2019, 43.) Hoidonohjauksen tavoitteena on antaa diabeetikolle mahdollisimman hyvät tiedot ja taidot hoidon toteuttamiseen ja sitä koskevien päivittäisten valintojen ja päätösten tekemiseen. Tavoitteena on myös tukea hoidossa jaksamista ja elämänlaatua sekä estää diabeteksen akuutteja komplikaatioita ja lisäsairauksia. Riittävä ohjaus ja tuki erityisesti sairastumisvaiheessa ovat tärkeitä omahoidon myöhemmän onnistumisen kannalta. Parhaimmillaan hoidonohjaus on moniammatillista yhteistyötä, johon lääkäri, hoitaja, ravitsemusterapeutti, jalkahoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi tai muu mielenterveyden ammattilainen sekä suun terveyden ammattilainen osallistuvat. (Käypä hoito, 2020.)

Diabeteksen hoito, omahoidon ohjaus ja tuki on suunniteltava yksilöllisesti niin, että potilaan elämäntilanne ja voimavarat huomioidaan. Keskeistä hoidon ja tarvittavien elintapamuutosten onnistumisessa on motivoiva ja voimavaroja tukeva ohjaus ja tuki. Diabeteksen ja sen hoidon mieltäminen osaksi elämää ja arkea, on jatkuva prosessi. Diabeetikon oma aktiivinen rooli on keskeistä. Omahoidon haasteet voivat liittyä esimerkiksi fyysisiin tai toiminnallisiin rajoitteisiin, ohjauksen puutteeseen, hoidon toimimattomuuteen tai saatavuuteen, taloudelliseen tilanteeseen, virheelliseen tietoon tai rutiinien unohtamiseen. Ne voivat liittyä myös psykososiaalisiin tekijöihin, kuten riittämättömään lähipiirin tukeen, sairauteen ja

hoitoon liittyviin uskomuksiin, tunne-elämän kuormituksiin ja masennukseen tai heikkoihin ongelmanratkaisu- ja selviytymiskeinoihin. (Käypä hoito, 2020.)

Syylisämätön ja repсахduksia normalisoiva lähestymistapa auttaa olennaisten haasteiden löytämisessä ja yhteistyösuhteen rakentumisessa. Vuorovaikutuksen ja ohjauksen tulee olla voimaannuttavaa ja pystyvyyden tunnetta sekä ongelmanratkaisua tukevaa. Sairastuneen tulee saada omahoitoon liittyvien valintojensa tuoksi realistista tietoa terveydentilastaan ja lisäsairauksiin liittyvistä riskeistä. (Käypä hoito, 2020.)

Glukoosipitoisuuden omaseuranta

Verenglukoosin mittaamista varten tarvitaan veripisaran ottamista varten näytteenottolaite ja siinä käytettävät lansetit sekä verenglukoosimittari ja liuskat. Kaikkien diabetesta sairastavien tulisi mitata itse verenglukoosia. Omaseurannan tarve ja tiheys riippuvat diabetestyyppistä, hoitomuodosta, hoidon tavoitteista, ajankohtaisesta tilanteesta sekä glukoositasapainosta. Se on ensisijaisesti tarkoitettu diabetesta sairastavan omaksi työkaluksi, jolla hän itse seuraa glukoositasapainoaan ja hyödyntää tiedon muuttamalla tarvittaessa hoitoaan. (Rönnemaa & Leppiniemi 2019, 84.)

Tyypin 2 diabetesta hoidetaan elintapahoidon ohella ensisijaisesti lääkevalmisteilla, joilla ei ole merkittävää hypoglykemian riskiä. Tällöin glukoosin omaseurannan tarve on vähäisempi kuin insuliinihoitoisella tai insuliinipuutokseen edenneellä tyypin 2 diabetesta sairastavalla. Tavoitteena on, että potilas hallitsee tarkoituksenmukaisen seurantamenetelmän ja välineiden huollon ja osaa säädellä hoitoa omaseurannan avulla. (Rönnemaa & Leppiniemi 2019, 84.)

Verensokerin mittaamiseen tarvittavia liuskoja saa terveyskeskuksen hoitovälinejakelusta. Terveystuoltolain mukaan ne ovat osa lääkärin määräämää hoitoa ja oman, yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti diabetesta sairastavalle maksuttomia. Diabeteksen Käypähoito -suosituksessa on annettu suositus keskimääräisestä liuskojen tarpeesta, mutta verensokerin seurannasta tulee aina sopia yksilöllisesti. (Leppiniemi 2019, 95.)

Verenpaineen omaseuranta

Yli 50 %:lla tyyppin 2 diabeetikoista on verenpaine koholla. Tämä johtuu siitä, että useimmat heistä ovat ylipainoisia ja valtaosalla on insuliiniresistenssi. Vuonna 1998 päättyneen UKPDS-tutkimuksen mukaan tehostettu verenpaineen hoito vähensi silmänpohja- ja munuaismuutoksia sekä aivoverenkiertohäiriöitä. (Rönnemaa & Niskanen 2019, 410.)

Koska kotimittausten perusteella tehdään hoitopäätöksiä, tulee potilasohjaukseen kiinnittää erityistä huomiota. Mittausten oikea toteuttaminen, sopivan kokoisen mansetin valinta sekä tulosten oikea tallentaminen ovat tärkeitä. Kotimittaukset kuvaavat paremmin verenpaineen tasoa ja kohde-elinvaurioiden vaaraa kuin vastaanotolla tehdyt mittaukset. (Ilanne-Parikka 2019, 411–412.)

Ruokavalio ja painonhallinta

Tyyppin 2 diabeteksen hoidossa tavoitteena on ruokavalio, joka on edullinen sekä glukoositasapainon että painonhallinnan kannalta ja joka pienentää valtimosairauksien riskiä. Tasainen ateriarytmi helpottaa sekä hoidon toteutusta että painonhallintaa. Tyydyttyneen rasvan korvaaminen kertatyydyttymättömällä rasvalla on hyvä valinta glukoosiaineenvaihdunnan kannalta. Näin parannetaan insuliiniherkkyyttä. (Käypä hoito, 2020.)

Verenglukoosin vaihtelujen tasoittamiseksi on yleensä hyödyllistä jakaa päivän ateriakokonaisuudet ja niiden hiilihydraattimäärät suhteellisen tasaisesti 4–5 ateriakokonaisuuteen (Niskanen & Ilanne-Parikka 2019, 305). Useimmille tyyppin 2 diabetesta sairastaville on hyödyllistä arvioida aterioidensa ja välipalojensa hiilihydraattimääriä ja vaikutusta verensokeriin (Antikainen 2019, 133).

Laihtuminen parantaa glukoositasapainoa ja vähentää diabeteslääkityksen tarvetta ylipainoisilla tyyppin 2 diabeetikoilla. Diabetekseen sairastuneiden tulee saada asiantuntevaa ravitsemusohjausta jo sairauden toteamisvaiheessa ja tarvittaessa myöhemmin. Ohjausta voi antaa diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti tai terveydenhoitaja. Huonossa glukoositasapainossa olevan tai ylipainoisen potilaan

on syytä käyttää vähemmän sokeripitoisia elintarvikkeita. Myös muiden vähäkuu-
tuisten hiilihydraattien, kuten vähäkuituisen viljan käytön rajoittaminen on hyö-
dyksi. (Käypä hoito, 2020.)

Liikunta

Liikunnan merkitys korostuu tyyppin 2 diabeteksen hoidossa, koska liikunta lisää in-
suliiniherkkyyttä ja glukoosinottoa takaisin soluihin. Sillä on myös suotuisia vaiku-
tuksia keskivartalolihavuuteen, dyslipidemiaan sekä kohonneeseen verenpaineeseen.
Säännöllinen liikunta on liittynyt pienempään sydän- ja verisuonisairauksien
sairastavuuteen ja kuolleisuuteen tyyppin 2 diabeetikoilla. (Rönnemaa & Laaksonen
2019, 170). Diabetesta sairastavat hyötyvät liikunnan terveys- ja mielialavaikutuk-
sista suurelta osin samalla tavalla kuin muu väestö (Laaksonen & Niskanen 2019,
164).

Jos liikunta tuottaa mielihyvän tunnetta, on hyvin todennäköistä, että sen halu-
taan sisältyvän elämään. Kehollinen mielihyvä johtaa usein myös psyykkiseen mie-
lihyvään. Terveystieteiden ammattilaisen olisi hyvä olla tietoinen oman paikka-
kuntansa tai hoitoyksikkönsä liikunnanohjauspalveluista, jotta voi ohjata potilasta
sopiviin liikuntaryhmiin. (Heinonen 2019, 177.)

Silloin kun glukoositasapaino on hyvä ja hoitona on joko insuliini tai sulfonyyli-
urealääke tai glinidi, on hypoglykemian riski liikunnan aikana olemassa. Tähän pi-
tää varautua pitämällä liikunnan aikana mukana esimerkiksi sokeripitoista juomaa
tai vähentämällä liikunnan aikana vaikuttavan insuliinin tai tarvittaessa myös sul-
fonyyliurealääkkeen ja glinidin annosta etukäteen. (Rönnemaa & Laaksonen 2019,
170.)

Diabeteslääkkeet

Tyyppin 2 diabeteksen hoitoon kuuluvat verengluukoosia eri mekanismeilla alenta-
vat lääkkeet. Tyyppin 2 diabeteksen etenevän luonteen takia koholla olevaa ve-
rengluukoosia ei kannata jäädä seuraamaan pitkään, vaan lääkehoito aloitetaan, jos
glukoosiarvo ei pysy normaalina lääkkeettömällä hoidoilla. Jos hoitotavoitetta ei
saavuteta yhdellä lääkevalmisteella, rinnalle aloitetaan toinen lääke, ellei sille ole

estettä. Jos HbA 1C on yli 58 mmol/mol (noin 7 %) toteamisvaiheessa, diabetes on ollut pitkään piilevänä, jopa vuosikausia. Silloin saatetaan tarvita useaa lääkevalmistetta, mahdollisesti samalla myös insuliinia yhdessä elintapahoidon kanssa. (Niskanen & Ilanne-Parikka 2019, 305.)

Metformiini vähentää maksan glukoosituotantoa ja sitä suositellaan ensimmäiseksi lääkkeeksi. Gliptiinit suurentavat suolistohormonien GLP-1:n ja GIP:n pitoisuutta estämällä niitä hajottavaa DPP-4-entsyymiä. Ne sopivat aterian jälkeisen hyperglykemian hoitoon. Syfonyyliureat salpaavat haiman beetasolujen kaliumkanavia. Niiden plasman glukoosipitoisuutta pienentävä vaikutus ilmenee nopeasti. Glinidit salpaavat haiman beetasolujen kaliumkanavia ja lisäävät siten insuliinineritystä. Ne otetaan aterian yhteydessä. GLP-1-analogit parantavat glukoosista riippuvaista insuliinineritystä ja pienentävät suurentunutta glukagonipitoisuutta. Ne sopivat aterianjälkeisen hyperglykemian hoitoon. Lisähyötynä niillä on painonlasku. SGLT-2:n estäjät lisäävät glukoosin erittymistä virtsaan. Ne pienentävät sekä aterianjälkeistä glukoosipitoisuutta että glukoosipitoisuuden paastoarvoa. Ne laskevat painoa keskimäärin 1–2 kg. (Käypä hoito, 2020.)

Insuliiniherkisteiden eli glitasonien päävaikutus kohdistuu rasvasoluihin. Ne herkistävät useita kudoksia insuliinin vaikutuksille. Insuliinihoito on aiheellinen tyypin 2 diabeteksessa vaikeutuneen hyperglykemian hallinnassa tai potilailla, joilla esiintyy viitteitä insuliinin puutteesta. Yli 50 % tyypin 2 diabeetikoista tarvitsee jossain vaiheessa insuliinihoitoa. (Käypä hoito, 2020.)

Insuliinihoitoon tulee siirtyä, jos glukoosin hoitotavoitteeseen ei päästä tehostetulla hoidonohjauksella, ruokavalio- ja liikuntahoidolla ja muilla lääkevalmisteilla. Insuliinihoidon tarve voi olla myös tilapäistä tulehdussairauden tai muun elimistön stressitilan kuten leikkausten, loukkaantumisen tai kortisonihoidon yhteydessä. Infektioitaudeissa veren glukoosi kohoaa ja taudin parannuttua korjaantuu hiljalleen. Vakava sairastuminen, kuten sydäninfarkti, aivoverenkierron häiriö tai ast-

man vaikeutuminen nostavat veren glukoosia. Myös henkinen stressi ja kuormittuneisuus lisäävät stressihormonien eritystä ja nostavat veren glukoosia. (Ilanne-Parikka & Niskanen 2019, 306–308.)

Kelan lääkekorvaustilastojen mukaan vuoden 2022 lopussa Suomessa insuliinia ainoana verenglukoosilääkkeenään käytti yli 50 000 henkilöä, ja muita verenglukoosilääkkeitä käytti yhteensä 307 519 henkilöä. Yhteensä insuliinia joko ainoana tai yhtenä monista verenglukoosilääkkeistä käytti noin 126 057 henkilöä. (Kela 2022). Verenglukoosia alentavaa lääkettä käyttäneiden henkilöiden määrä on kaksinkertaistunut vuoden 2008 jälkeen. (Koski 2023, 10.)

Tupakointi ja alkoholi

Tupakoinnin lopettaminen on osa diabeteksen hoitoa. Tupakointi ahtauttaa verisuonia ja suurentaa diabeetikon riskiä saada sydän- ja verisuonitauteja, neuropatiaa, nefropatiaa sekä mikrovaskulaarikomplikaatioita. Hoidonohjauksessa tulee hyvissä ajoin kertoa tupakoinnin haitoista ja kannustaa olemaan tupakoimatta. (Käypä hoito, 2020.)

Alkoholi sisältää merkittävästi energiaa, joten se voi olla painonhallinnassa keskeinen ongelma. Alkoholinkäyttö altistaa hypoglykemialle ja voi vaikeuttaa insuliinihoidon toteuttamista. Runsas alkoholinkäyttö nostaa verenpainetta. Käytännössä kaikissa alkoholijuomissa on hiilihydraattia, joka suurentaa veren glukoosipitoisuutta. Selvimmin sitä suurentavat makeat alkoholijuomat kuten siideri, makea viini ja olut. (Käypä hoito, 2020.)

Hypoglykemia

Hypoglykemiassa plasman glukoosi on alle 4,0 mmol/l. Hypoglykemian ehkäisemisessä on keskeistä ruokailun säännöllisyys ja liikunnan vaikutusten huomioon ottaminen. Jos hypoglykemia-tuntemuksia ilmenee, on tärkeää osata toimia asianmukaisella tavalla. (Ilanne-Parikka 2019, 380,387.)

Hypoglykemiaa saattavat insuliinivalmisteiden lisäksi aiheuttaa insuliinin eritystä lisäävät lääkevalmisteet glinidit ja sulfonyyliureat. Laihtuminen ja lisääntynyt liikunta vähentävät insuliinin tarvetta. Tällöin glinidien, sulfonyyliureoiden ja insuliinin annosta pienennetään verengluukoosin omamittausten mukaan. Metformiini, GLP1-analogit, DPP4:n estäjät, SGLT2:n estäjät ja pioglitatsoni eivät yksinään normaalikäytössä pienennä veren glukoosipitoisuutta liian pieneksi. Mutta jos ne aloitetaan hypoglykemiaa aiheuttavan valmisteiden rinnalle, tulee varautua tämän annoksen säätämiseen. Hypoglykemiakokemukset voivat olla traumaattisia ja jo yksikin kokemus voi aikaansaada pelkoa. Traumaattinen pelko voi vaikuttaa omahoitoon, vaikkei se olisi tietoista. (Käypä hoito, 2020.)

Hyperglykemia

Hyperglykemialla tarkoitetaan korkeaa glukoosiarvoa. Se saattaa johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista. Oireita voivat olla jano, normaalia tiheämpi virtsaamisen tarve, väsymys etenkin ruokailun jälkeen, uneliaisuus tai näön hämärtyminen. (Tarnanen, Niskanen & Komulainen 2024.)

Elintapamuutokset ovat hyperglykemian hoidon kulmakivi. Elintapamuutosten lisäksi metformiinilääkitys suositellaan aloitettavaksi tyypin 2 diabeteksen diagnosoivavaiheessa, jos sille ei ole vasta-aiheita. Glukoositasapainon parantaminen estää sekä mikro- että makrovaskulaarikomplikaatioiden ilmaantumista. Hyperglykemian tehokas hoito diabeteksen varhaisvaiheessa saattaa vähentää sydän- ja verisuonitauteihin sairastumista pitkällä aikavälillä. Hyperglykemian hoito ja tavoitteen mukainen glukoositasapaino suojaavat myös pitkään jatkuneen hyperglykemian mahdollisilta vaikutuksilta muistiin, keskittymiseen ja aloitekykyyn sekä väsymykseltä ja vaikutuksilta mielialaan. (Käypä hoito, 2020.)

Kortisonihoitoon liittyy hyperglykemia. Kortikosteroidit heikentävät kudosten insuliiniherkkyyttä, lisäävät maksan glukoosintuotantoa, estävät insuliinieritystä ja voivat aiheuttaa hyperglykemiaa. Kun diabeetikolle aloitetaan kortisonihoito, pitää verengluukoosin seurantaa tehostaa. Insuliinihoitoisilla diabeetikoilla insuliiniannoksia pitää tarvittaessa suurentaa. (Käypä hoito, 2020.)

Lisäsairaudet

Diabeettinen retinopatia on verkkokalvosairaus, joka kehittyy monille diabetesta sairastaville (Tarnanen 2024). Tyypin 2 diabeetikoilla voi esiintyä jo diabeteksen diagnoosivaiheessa retinopatiaa (Käypä hoito, 2020). Retinopatian ehkäisyssä ja hoidossa on oleellista hyvä glukoositasapaino. Lisäksi on tärkeää, että verenpaine ja LDL-kolesteroli sekä triglyseridit ovat hyvällä tasolla. Keskeistä retinopatian ehkäisyssä ja sen pahenemisen estämisessä on silmänpohjien säännöllinen seuranta. Tärkeää on myös oikeaan aikaan saatu hoito, kuten laserhoito, silmän sisään annosteltavat lääkeaineet ja lasiaisverkkokalvokirurgiset toimenpiteet. (Rönnemaa & Summanen 2019, 453.) Diabeettinen retinopatia on Suomessa tärkein hankinnaisen näkövammaisuuden syy työikäisillä ja kolmanneksi tärkein syy 65 vuotta täytäneillä (Käypä hoito, 2020).

Neuropatian eli hermojen toiminnan vaurion syntymekanismia ei tunneta tarkasti, mutta veren suuri glukoosipitoisuus on sen tärkein riskitekijä. 50 % perifeerisistä neuropatioista voi olla oireettomia. Tämän seurauksena diabeetikolle voi kehittyä jalkahaava. Symmetrinen sensomotorinen polyneuropatia alkaa jalkateristä puutumisen ja pistelyn tunteina. Tämän jälkeen tulee motorisia oireita, jotka ilmenevät kävelyvaikeuksina ja lihasheikkoutena. Erektiohäiriön taustalla voi olla autonominen neuropatia. Autonominen neuropatian oireisiin kuuluvat myös hikoiluhäiriöt ja hypoglykemiaoireiden tunnistamisen heikkeneminen. (Käypä hoito, 2020.)

Neuropatian tunnistaminen ja hoitomahdollisuuksien selvittäminen ovat osa seuranta- ja hoitoa. Hyvä glukoositasapaino estää neuropatian ilmaantumista ja etenemistä. Tupakoinnin lopettamista tulee tukea ja neuropatiaoireiden ilmaantumisessa alkoholinkäyttö tulee lopettaa kokonaan. Potilaalle annetaan fysioterapiaa, jalkinevalinnan ja jalkojen omahoidon ohjausta sekä neuvontaa tukipohjallisiin liittyen. (Käypä hoito, 2020.)

Diabeteksen munuaistaudin eli nefropatian kehittymisen riskitekijöitä ovat huono glykeeminen kontrolli, tupakointi, kohonnut verenpaine, dyslipidemia ja perintötekijät. Sen merkkejä ovat pienentynyt glomerulussuodos (GFR) ja lisääntynyt albuminuria. Seulontamenetelminä käytetään kertavirtsanäytteen albumiini- ja kreatiinipitoisuuden suhdetta (U-AlbKre) ja laskennallisen GFR:n (eGFR) määrittystä. Ehkäisyssä ja hoidossa tärkeitä ovat kohonneen verenpaineen hoito, hyvä glukoositasapaino sekä tupakoimattomuus. (Käypä hoito, 2020.)

Tyypin 2 diabetesta sairastavilla on lisääntynyt veren hyytymistäipumus ja noin kolme kertaa muita suurempi riski saada sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Heikentynyt insuliiniherkkyys aiheuttaa valtimoissa endoteelin toimintahäiriöitä sekä inflammaatiota. Tyypin 2 diabetesta sairastavien suuri sepelvaltimotautiriski johtuu paljolti siitä, että heillä on myös muita epäedullisia rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Heillä on vähän suojaavaa HDL-kolesterolia. Lisäksi plasman triglyseridipitoisuus on usein korkea, yli 2 mmol/l. (Rönnemaa & Lautamäki 2019, 398–400.) Diabetekseen liittyy selvästi suurentunut riski perifeeriseen valtimotautiin, joka kohdistuu erityisesti alaraajoihin. Tupakoinnin merkitys riskitekijänä korostuu tyypin 2 diabeetikoilla. (Käypä hoito, 2020.)

Eteisvärinäriski on suurentunut tyypin 2 diabetesta sairastavilla. Tyypin 2 diabeteksessa HbA 1c -arvon yhden prosenttiyksikön nousu lisää eteisvärinäriskiä 13 %. Eteisvärinään liittyy merkittävä riski aivoverenkiertohäiriöille ja tämä riski on entistä suurempi hyytymisjärjestelmän muutosten vuoksi. (Rönnemaa & Lautamäki 2019, 409.)

Suun terveys

Diabeetikoilla on suurempi alttius monille suusairauksille ja hampaiden menetyksille. Hampaiden menetykset ja huono suun terveys vaikuttavat yleisterveyteen ja heikentävät diabeetikon elämänlaatua. Suuri glukoosipitoisuus suurentaa parodontiittiriskiä sekä vaikeuttaa sitä ja sen hoitoa. Hoitamaton parodontiitti puolestaan huonontaa diabeteksen glukoositasapainoa. Suussa olevat krooniset ja akuut-

tit infektiot voivat suurentaa veren glukoosipitoisuutta. (Käypä hoito, 2020.) Korkea verenglukoositaso aiheuttaa myös suun kuivumista ja altistaa suun sienitulehduksille. Suun terveyteen vaikuttavat hampaiden harjauksen ja muun puhdistamisen lisäksi arkiset päätöksemme, mitä syömme ja juomme sekä kuinka usein niin teemme. (Ketola-Kinnula 2019, 460.)

Jalkojen terveys

Diabeetikolle jalkavammoja syntyy herkemmin kuin muille. Syynä tähän ovat diabeteksen aiheuttamat lisäsairaudet, kuten hermosto-, verisuoni- ja sidekudoksen muutokset. Lisäksi korkea verensokeritaso lisää tulehdusriskiä. Jos tuntoaistin toiminta häiriintyy, erilaiset mekaaniset tekijät voivat aiheuttaa pahoja vammoja täysin kivuttomasti. Jalkojenhoito on ensisijaisesti omahoitoa. Jos omat keinot eivät riitä, lääkärin tai diabeteshoitajan tehtävänä on tarvittaessa ohjata jalkaterapeutille, jalkojenhoitajalle tai erikoissairaanhoidon. (Huhtanen 2018, 5, 8.)

Diabetekseen liittyvät jalkaongelmat ovat merkittävä kansanterveydellinen haitta ja sairauskulujen aiheuttaja. Ennaltaehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella voidaan välttää monia näitä ongelmia. Moniammatillisella yhteistyöllä ja tehokkailla hoitoketjuilla voidaan ehkäistä jalkojen kudolvaurioita ja amputaatioita. Olennaista on estää perifeerisen neuropatian, tukkivan ääreisvaltimotaudin ja niiden komplikaatioiden kehittyminen sekä kohdistaa jalkahaavoja ehkäisevät toimenpiteet erityisesti perifeeristä neuropatiaa sairastaviin. (Käypä hoito, 2020.)

Psyykinen jaksaminen

Diabetes vaikuttaa tuntemuksiin ja mielialaan verenglukoosin kautta. Toisaalta mieliala, lähinnä stressi voi vaikuttaa glukoosiarvoihin. Diabeteksen vakavuus ja omahoidon vaatavuus voivat myös vaikuttaa mielialaan. Mieliala vaikuttaa omahoidon toteuttamiseen. (Ilanne-Parikka 2019, 52.)

Hoidossa kuormittuminen on yleistä. Pyrkimykset saavuttaa hyvä hoitotasapaino aiheuttavat usein jo sinänsä kuormitusta. Kuormittumiseen vaikuttavat jatkuvat omahoitotoimenpiteet, sairauden edellyttämät käyttäytymisen muutokset sekä

mahdollinen sairauden eteneminen. Kuormittuneisuus ja hoitoväsymys vaikuttavat merkittävästi lääkityksen hoitamiseen sekä syömis- ja liikuntakäyttäytymiseen. Ne ovat yhteydessä myös suurempaan HbA1c -pitoisuuteen ja huonompaan pysyvyyden tunteeseen. Jos kuormitusta ja hoitoväsymystä havaitaan, diabetesohjausta tulee antaa ja kohdentaa yksilöllisesti olennaisimmille ja tärkeimmille omahoidon osa-alueille. Tällöin sillä on myös eniten vaikutusta. Mielenterveyden ammattilaisten palveluita kannattaa hyödyntää ohjauksen tukena. (Käypä hoito, 2020.)

Noin 30 %:lla diabeetikoista esiintyy kliinisesti merkittäviä masennusoireita. Vakavaa masennusta esiintyy noin 10 %:lla diabeetikoista. Se on kaksi kertaa enemmän kuin henkilöillä, joilla ei ole pitkäaikaissairautta. Masennuksesta on kysyttävä ja sitä on arvioitava vuosittain kaikilta, joilla on diabetes tai itsearvioitua masennushistoriaa tai masennusoireita. Ahdistuneisuuden kysyminen, sen arviointi ja tarvittaessa ohjaus mielenterveyden ammattilaisen vastaanotolle on tarpeen, jos potilas tuo esiin omahoitoon vaikuttavaa ahdistusta tai huolta lisäsairauksiin, insuliinihoitoon, lääkkeisiin tai hypoglykemiaan liittyvistä asioista tai jos hänellä on ilmennyt pelkoa tai ahdistusoireita. (Käypä hoito, 2020.)

Uni

Unihäiriöiden hoito ja unesta huolehtiminen auttavat laihtumista ja painonhallintaa. Univajeen yleistyminen on yksi syy lihavuuden yleistymiseen. Unen laatuun voi vaikuttaa myös uniapnea, joka on tavallista ylipainoisilla. Unen puute häiritsee monia elintoimintoja, kuten hormonieritystä, immuunipuolustusta ja keskushermoston toimintaa. Univaje kasvattaa ruokahalua ja vähentää voimavaroja liikkua ja noudattaa terveellisiä ruokavalintoja. Univaje on hyvä tunnistaa vastaanotolla. Sen korjaamiseksi on syytä etsiä konkreettisia keinoja. (Pietiläinen & Rosengård-Bärlund 2019, 149.)

Seksuaaliterveys

Diabeteksen vaikutukset sukupuolielämään vaikuttavat elämänlaatuun. Masennus, psykologinen stressi ja ahdistuneisuus ovat yleisempiä diabeetikoilla, mikä voi

vaikuttaa seksuaalihäiriöihin. Moni voi pohtia, ovatko intiimisuhte ja biologinen vanhemmuus mahdollista suhteessa terveydentilaan. Perheen perustamisiässä omahoidon ohjaukseen tulee sisällyttää raskauteen ja seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta. Erektiovaikeudet ovat yleisempiä diabetesta sairastavilla miehillä kuin ei-diabeetikoilla. Erektiovaikeudet koskettavat 34–45 % aikuisista miehistä, joilla on diabetes. Miehillä, joilla on tyyppin 1 tai 2 diabetes, on myös todettu alhaisempia testosteronitasoja kuin muilla, mikä voi vaikuttaa seksuaaliseen halukkuuteen ja lisätä erektiovaikeuksia. (Käypä hoito, 2020.)

Diabetesta sairastavilla naisilla saattaa olla enemmän seksuaalivaikeuksia kuin ei-diabeetikoilla. Naisten seksuaalivaikeuksiin voi kuulua esimerkiksi heikentynyt tai puuttuva seksuaalinen kiinnostus tai tunto genitaalialueella sekä kuivuus vagina-alueella. Ohjauksessa on tärkeää keskustella hyvän hoitotasapainon merkityksestä seksuaaliterveydelle, kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista vuosittain ja tukea sekä fyysisissä että tunne-elämän kysymyksissä. (Käypä hoito, 2020.)

Diabetes ja raskaus

Diabeetikon raskauteen liittyy suurentunut raskauskomplikaatioiden riski ja äidin diabeteksen lisäsairauksien pahentumisen riski. Ne voidaan minimoida hyvällä raskauden suunnittelulla ja hoidolla. Kaikki diabeetikot kuuluvat raskauden aikana erikoissairaanhoidon seurantaan. Raskauden aikana insuliinihoito vaatii tarkempaa seurantaa ja hoidonohjausta, koska raskaus vaikuttaa insuliinin tarpeeseen. Usein insuliiniherkkyys lisääntyy alkuraskaudessa, mikä altistaa hypoglykemioille. Loppuraskaudessa insuliiniannokset kasvavat huomattavasti. Synnytyksen jälkeen insuliinin tarve palaa raskautta edeltävälle tasolle. (Käypä hoito, 2020.)

Vertaistuki

Diabetekseen, omahoitoon ja elämään liittyviä ajatuksia, kokemuksia ja tunteita voi diabeetikon olla helpompi jakaa diabetesta sairastavien kuin sairastamattomien kanssa. Diabetes on heille yhteinen asia ja heille on tapahtunut samanlaisia asioita. Monet ongelmat ovat yhteisiä samoin kuin ratkaisut niihin. Kokemusten

jakaminen voi auttaa näkemään, että ongelma, joka tuntuu ylitsepääsemättömältä, voikin olla ratkaistavissa tai ainakin helpotettavissa. Monet diabetesta sairastavista pitävät yhteyttä Suomen Diabetesliiton ja sen valtakunnallisten tai paikallisten yhdistysten kautta. (Ilanne-Parikka 2019, 46.)

Diabeteksen ja työn yhteensovittaminen

Diabeteksen hoidon pitäisi olla sellaista, että sen voi turvallisesti toteuttaa työpäivän aikana. Koska hoitopaikoissa ei aina tunneta riittävän hyvin potilaan työoloja, ne voivat jäädä huomioimatta hoidon suunnittelussa. Työterveyshuollon asiantuntemusta työoloista kannattaa käyttää hyväksi. Tyypin 2 diabetesta sairastavilla voi olla ongelmana merkittävä ylipaino ja mahdollinen uniapnea. Painonhallinnan kannalta on hyvä, jos työpaikalla on mahdollisuus terveelliseen lounaaseen ja työn rasittavuuden mukaan 1–2 taukoa välipalan nauttimiseen. Painonhallintaan myönteisesti kannustava asenne on myös tärkeää. (Kallioniemi & Ilanne-Parikka 2019, 612–613.)

Liikenneturvallisuus

Diabetesta sairastavan kykyyn kuljettaa moottoriajoneuvoa voivat vaikuttaa hypoglykemian tai sydän- ja aivoverisuonisairauden aiheuttama äkillinen tajunnanhäiriö, liian korkean verenglukoosin aiheuttama väsymys tai näköä uhkaava diabeettinen verkkokalvosairaus. Diabetekseen voi liittyä myös kontrastinäön heikkenemistä, joka vaikeuttaa ajamista hämärässä. Myös alaraajojen diabeettinen neuropatia ja sen aiheuttamat tunto- ja koordinaatiohäiriöt heikentävät jarrutusvasetta ja voivat siten vaikuttaa ajokykyyn. Yksilöllisissä hoitotavoitteissa on otettava huomioon myös liikenneturvallisuuden näkökulma. (Järveläinen 2019, 600.)

Matkustaminen

Matkustaessa ruokailut, liikunta ja päivärytmi poikkeavat usein kotioloista. Tämän vuoksi verensokereiden seuranta on erityisen tärkeää. Diabeetikon kannattaa ottaa mukaan lääkkeitä ja hoitovälineitä myös poikkeuksellisia tilanteita varten. Näitä on hyvä ottaa mukaan enemmän kuin mitä normaalisti tarvitsee. Useissa

maissa apteekkeista saa saman nimisiä insuliinivalmisteita kuin Suomesta, joissakin maissa jopa ilman reseptiä. Monissa maissa apteekista saa myös pistosvälineitä ja verensokerin seurantalaitteita. Jos lääkkeen saamiseksi joutuu kääntymään paikallisen lääkärin tai apteekin puoleen, täytyy varmistaa saadun insuliinin vahvuus ja verrata sitä omassa käytössä olevaan. Ruokavaliolla tai tableteilla hoidettavaa diabetesta sairastavan ei yleensä tarvitse muuttaa ruokailu- ja lääkkeenottotottumuksiaan. (Lahtela 2024.)

2.4 Diabetesbarometri 2021

Diabetesliiton toteuttamassa Diabetesbarometrissa vuonna 2021 selvitettiin diabetesta sairastavien kokemuksia ja käsityksiä diabeteksen hoidon järjestämisessä sekä hoidon onnistumisesta. Lisäksi selvitettiin vastaajien tiedon ja tuen tarpeita. Vastaajista 61 % sairasti tyyppin 2 diabetesta. Tyytyväisimpiä tyyppin 2 diabeetikot olivat hoitovälineiden saatavuuteen sekä verensokerisensoreiden että verensokerin mittaliuskojen osalta. Puolet koki pääsevänsä diabeteshoitajan tai hoitajan sekä terveyskeskuslääkärin vastaanotoille oman tarpeensa mukaan. Jalkahoitajan ja ravitsemusterapeutin luokse monet diabeetikot eivät päässeet, vaikka kokivat sille olevan tarvetta. Puolet koki käyntinsä terveydenhuollossa hyödyllisiksi omahoitonsa kannalta. Osa ei kokenut niitä lainkaan hyödylliseksi. Hoidon jatkuvuudessa koettiin myös olevan puutteita. Tyyppin 2 diabetesta sairastavilla oli myös tiedon ja tuen tarvetta monilla eri osa-alueilla. Eniten he kokivat tarvitsevänsä tietoa ja tukea ravitsemukseen, jalkojenhoitoon, verensokeriseurantaan sekä jakamiseen ja mielialaan liittyen. (Koski 2022, 20–23.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia hoidonohjauksesta diabeteshoitajan vastaanotolla.

Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä, mistä sairautensa liittyvistä asioista tyypin 2 diabetespotilaat saavat riittävästi tietoa ja tukea ja mistä asioista he toivoisivat saavansa enemmän tietoa ja tukea. Lisäksi oli tavoitteena selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu sekä miten ikä, sukupuoli ja sairastamisaika ovat yhteydessä hoidonohjaukseen.

Tutkimuksen tutkimusongelmat olivat:

1. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu tyypin 2 diabetespotilaiden hoidonohjauksessa?
2. Mistä asioista tyypin 2 diabetespotilaat kokevat saavansa riittävästi tietoa ja tukea diabeteshoitajan vastaanotolla?
3. Mistä asioista tyypin 2 diabetespotilaat kokevat tarvitsevansa nykyistä enemmän tietoa ja tukea diabeteshoitajan vastaanotolla?
4. Miten ikä, sukupuoli ja sairastamisaika ovat yhteydessä hoidonohjaukseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, johon sisältyi lisäksi kaksi kvalitatiivista avointa kysymystä. Määrällinen tutkimusmenetelmä soveltuu tutkimuksiin, joissa halutaan kuvailla numeraalisesti jotakin asiaa yleisesti. Se soveltuu myös tutkimuksiin, joissa halutaan kuvailla, missä määrin jokin asia on muuttunut tai missä määrin jokin asia vaikuttaa johonkin toiseen. Tavoitteena on selittää ihmisen toimintaa numeraalisesti, teknisesti ja kausaalisesti. Määrällistä tutkimusmenetelmää käytetään, kun tutkimusaineisto voidaan muuttaa mitattavaan ja testattavaan muotoon. Tavoitteena on löytää millä tavalla eri asiat eli muuttujat liittyvät toisiinsa ja selittää millä tavalla tutkimusyksiköt eli esimerkiksi ihmisten mielipiteet eroavat eri muuttujien suhteen. (Vilka 2021, 66–67.)

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tiedonintressinä on selittää ihmisen toimintaa intentionaalisesti eli ihmisen toimintaa koskevien päämäärien ymmärtämisen avulla. Ymmärtäminen tarkoittaa, että tavoitteena on paljastaa merkityksiä, joita ihmiset toiminnalleen antavat. (Vilka 2021, 67.) Tutkimuksen kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä kysyttiin mitkä asiat huolestuttavat vastaajaa arjessa diabeteksen kanssa ja miten vastaaja toivoisi toimintaa kehitettävän diabetesvastaanotolla, jolla hän käy. Näillä kysymyksillä haluttiin vastaajien tuovan esille asioita, joita ei ehkä käsitellä riittävästi diabetesvastaanotolla. Vastausten odotettiin myös kertovan asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Avointen kysymysten tavoitteena oli saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä, joissa vastaamista rajataan vain vähän (Vilka 2021, 106).

4.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat tyyppin 2 diabetesta sairastavat potilaat. Kohdeorganisaatio oli Pohjanmaan diabetesyksikkö. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin tyyppin 2 diabetesta sairastavat potilaat, jotka tulevat diabeteshoitajan vastaanotolle seurantakäynnille. Näin heidät oli helppo tavoittaa tutkimusta varten ja kysyä heiltä halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkijalla oli myös aikaisempaa

kokemusta diabetesvastaanotolla toimimisesta. Hän oli terveydenhoitajakoulutukseen kuuluvassa sisätautien harjoittelussa Pietarsaaren diabetesvastaanotolla helmi-maaliskuussa 2023. Kyselylomake oli helppo antaa ennen seurantakäyntiä tai sen jälkeen ja täyttää heti. Näin lomakkeet saatiin kerättyä heti eivätkä ne jääneet palautumatta. Saatujen kyselylomakkeiden määrää ja vastausten laatua oli näin myös helppo seurata. (Vilka 2021, 96.) Tutkimukseen otettiin mukaan eri toimipisteitä Pohjanmaan diabetesyksiköstä. Nämä olivat Pietarsaari, Pedersöre, Kruunupyy, Uusikaarlepyy ja Vaasa. Tällä haluttiin vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

4.2 Kyselylomake

Aineisto hankittiin kyselylomakkeen avulla, koska tutkittavia oli paljon ja he olivat hajallaan. Kysely sopii hyvin henkilökohtaisten asioiden tutkimukseen. Henkilökohtaisia asioita ovat esimerkiksi koettu terveys, terveystyötyminen, itsehoito ja ruokailutottumukset. (Vilka, 28.) Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tärkein asia on mittarin eli kyselylomakkeen (Liite 3 ja Liite 4) suunnittelu. Kyselylomakkeen perustana on kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 105, 114.) Kyselylomakkeen kohtuulliseen pituuteen ja ulkoasun selkeyteen kiinnitettiin huomiota. Ne ovat tärkeitä sekä vastaajalle että myöhemmin tietojen tallentajalle. Keskimääräisen vastausajan ei tulisi ylittää 15–20 minuuttia. (Borg 2021.)

Kyselylomakkeen lisäksi tutkija laati saatekirjeen sekä suomeksi että ruotsiksi (Liite 1 ja Liite 2). Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkittavalla on riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tämän perusteella hän voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai kieltäytymisestä. Tutkimuskohteella on oikeus tietää, mihin tarkoitukseen hän tietojaan antaa sekä miten tutkimustuloksia käytetään. (Vilka 2005, 154.)

Kyselylomaketta tehdessä käytettiin mallina Diabetesbarometrin 2021 kyselylomaketta. Mittareita ei saa muokata ilman alkuperäisen mittarin laatijan lupaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 118). Lupa pyydettiin Diabetesliitosta

kehittämispäällikkö Sari Koskelta puhelimitse. Kyselylomaketta muokattiin tutkimukseen sopivaksi, sillä Diabetesbarometrissa tutkittiin myös tyyppin 1 diabetesta.

Lopullinen kyselylomake koostui strukturoiduista kysymyksistä sekä kahdesta avoimesta kysymyksestä. Kyselylomake jaettiin aihealueittain neljään osioon, joita olivat taustatiedot, asiakaslähtöisyys, riittävästi tietoa ja tukea sekä riittämättömästi tietoa ja tukea.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa selvitettiin taustatiedoista vastaajan sukupuoli, ikä, kuinka kauan vastaaja on sairastanut tyyppin 2 diabetesta sekä millä paikkakunnalla vastaaja käy diabeteshoitajan vastaanotolla. Kysymyksiä taustatiedoista oli neljä. Ikää ja sitä kuinka kauan vastaaja on sairastanut tyyppin 2 diabetesta kysyttäessä, vastaaja sai kirjoittaa ikänsä ja sairastettujen vuosien määrän itse. Sukupuolta ja sitä millä paikkakunnalla vastaaja käy diabeteshoitajan vastaanotolla kysyttäessä, vastausvaihtoehdot olivat valmiina.

Kyselylomakkeen toisessa osiossa selvitettiin asiakaslähtöisyyden toteutumista. Asiakaslähtöisyys -osio koostui seitsemästä väittämästä, joihin oli viisi valmista vastausvaihtoehtoa. Asiakaslähtöisyyttä mitattiin Likert-asteikon avulla. Hoitotieteessä käytetään usein Likert-asteikollisia muuttujia kyselytutkimuksissa. Likert-asteikko on järjestysasteikko. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 130.) Vastausvaihtoehtoja oli viisi: ”Täysin eri mieltä”, ”Jokseenkin eri mieltä”, ”Ei eri eikä samaa mieltä”, ”Jokseenkin samaa mieltä” ja ”Täysin samaa mieltä”.

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa selvitettiin mistä diabetekseen liittyvistä aihealueista vastaajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa ja tukea. Aihealueita oli yhteensä 15. Tiedon ja tuen saantia mitattiin Likert -asteikon avulla ja siinä oli viisi vastausvaihtoehtoa: ”En ole saanut tietoa ja tukea”, ”Olen saanut vain vähän tietoa ja tukea”, ”En osaa sanoa olenko saanut riittävästi tietoa ja tukea”, ”Olen saanut tietoa ja tukea melko hyvin” ja ”Olen saanut tietoa ja tukea erittäin hyvin”.

Kyselylomakkeen neljännessä osiossa selvitettiin mistä diabetekseen liittyvistä aihealueista vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa ja tukea nykyistä enemmän. Aihealueita oli yhteensä 16. Tiedon ja tuen saantia mitattiin Likert -asteikon avulla

ja siinä oli viisi vastausvaihtoehtoa: ”Ei koske minua (Esimerkiksi en tupakoi, käytä alkoholia tai ole raskaana)”, ”Tarvitsen erittäin paljon enemmän tietoa ja tukea”, ”Tarvitsen melko paljon lisää tietoa ja tukea”, ”Tarvitsen vähän lisää tietoa” ja ”Koen osaavani ja olen saanut tarpeeksi tietoa ja tukea”. Viimeiseen kysymykseen vastaaja sai kirjoittaa itse vastauksen annetulle viivalle.

Avoimia kysymyksiä oli kaksi. Toisessa niistä selvitettiin mitkä asiat huolestuttavat vastaajaa, kun hän ajattelee arkea diabeteksen kanssa. Toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin miten vastaaja toivoisi toimintaa kehitettävän diabetesvastaanotolla, jolla käy. Kyselylomake tehtiin sekä suomeksi että ruotsiksi. Kaikkien kyselyyn vastanneiden kesken arvottiin viisi hyvinvointiin liittyvää palkintoa. Jos vastaaja halusi osallistua arvontaan, häntä pyydettiin kirjoittamaan yhteystietonsa kyselylomakkeen loppuun.

4.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin paperista kyselylomaketta käyttäen. Kyselylomake on tavallisin kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa. Informoitu kysely tarkoittaa, että tutkija kohtaa joko kyselylomakkeita jakaessaan tai myöhemmin ne noutaessaan perusjoukkoon kuuluvat vastaajat. Samalla hän selvittää ja selostaa vastaajille tutkimuksen tarkoitusta. (Vilka 2021, 94.) Kyselylomake suunniteltiin Word-tekstinkäsittelyohjelmassa. Tutkimuslupa saatiin Pohjanmaan hyvinvointialueelta syyskuussa 2023.

Yhteydenpitoa kohdeorganisaation yhteyshenkilöön, Pohjanmaan diabetesyksikön osastonhoitajaan toteutettiin sekä puhelimitse että sähköpostin välityksellä. Osastonhoitaja tiedotti tutkimuksessa mukana olleita toimipisteitä tutkimuksesta, mutta tutkija itse sopi käytännön järjestelyistä ja kertoi tutkimuksesta diabetesvastaanotoilla diabeteshoitajille sinne mennessään.

Tutkimusaineiston kerääminen tapahtui Pohjanmaan diabetesyksikössä loka-marraskuussa 2023 Pietarsaareissa (Pietarsaaren diabetesvastaanotto), Pedersöressä

(Ähtävän hyvinvointiasema), Vaasassa (Vaasan diabetesvastaanotto), Kruunupyssä (Teerijärven terveysasema) ja Uusikaarlepyyssä (Uudenlaarlepyyn hyvinvointikeskus).

Tutkija kysyi etukäteen diabeteshoitajalta, ketkä potilaista olivat tyyppin 2 diabetespotilaita, kertoi tutkimuksesta potilaille ja kysyi luvan. Potilaat saivat saatekirjeen. Potilaat täyttivät kyselylomakkeen odotushuoneessa ennen diabeteshoitajalle menoa tai sen jälkeen. Osa potilaista oli diabeteslääkärikäynnillä. Kahdessa paikassa tutkijalla oli käytössään oma huone, jossa lomake täytettiin. Potilaat laitoivat lomakkeen suljettuun kirjekuoreen ja antoivat sen tutkijalle. Osa potilaista halusi, että tutkija lukee kysymykset heille ja täyttää lomakkeen. Osa lomakkeista jätettiin diabeteshoitajille, jotka jakoivat niitä potilaille. Ne, jotka halusivat olla mukana tutkimuksessa, palauttivat lomakkeen suljetussa kirjekuoreessa kansliaan tai odotustilassa olevaan palautuslaatikkoon. Vastauksia saatiin yhteensä 51. Yksi vastaaja palautti kyselylomakkeen postitse.

4.4 Määrällisen aineiston analysointi

Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa perustellaan muuttujia koskevia väitteitä numeroiden ja tilastollisten yhteyksien avulla. Tämä edellyttää tutkimusaineiston ryhmittelyä taulukkomuotoon, jossa on helpointa käsitellä tutkimusaineistosta saatua tietoa numeroiden avulla. Taulukkoa kutsutaan havaintomatriisiksi. Se on muuttujien arvoja sisältävä havaintoaineisto. (Vilka 2005, 90.) Tutkimusaineisto kerättiin paperisella kyselylomakkeella ja vastaukset siirrettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan joulukuussa 2023. Yhdelle riville tuli yhden vastaajan tiedot.

Taustamuuttujista sukupuolta kysyttäessä oli kolme vastausvaihtoehtoa (A = nainen, B = mies ja C= muu). Kukaan ei vastannut ”C=muu”, joten tämä luokka jätettiin analysoinnista pois. Taustamuuttujista ikää kysyttiin avoimella kysymyksellä. Ikä luokiteltiin vastausten perusteella viiteen eri luokkaan. Sitä kuinka kauan vas-

taaja on sairastanut tyypin 2 diabetesta, kysyttiin avoimella kysymyksellä. Sairastanut luokiteltiin vastausten perusteella kuuteen eri luokkaan. Diabeteshoitajan vastaanottoa kysyttäessä oli viisi vastausvaihtoehtoa.

Kyselylomakkeen asiakaslähtöisyys-osiossa oli 7 väittämää, joihin jokaiseen oli viisi vastausvaihtoehtoa vastaajan eri- tai samanmielisyyden mukaan. Vastauksille annettiin arvot 1–5 (1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Ei eri eikä samaa mieltä, 4 = Jokseenkin samaa mieltä ja 5 = Täysin samaa mieltä).

Asiakaslähtöisyys-osiosta muodostettiin summamuuttuja, jonka sisäistä johdonmukaisuutta eli Cronbachin alfaa tarkasteltiin. Luvuksi saatiin 0.936. Koska se oli yli 0.7 voitiin summamuuttujaa pitää sisäisesti johdonmukaisena ja kaikki seitsemän väittämää ottaa mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 150.)

Summamuuttuja uudelleen luokiteltiin kahteen luokkaan siten, että luokkaan 1 tulivat 7–21 pistettä antaneet vastaajat ja luokkaan 2 merkittiin 23–35 pistettä antaneet vastaajat. Tämän jälkeen sukupuoli ristiintaulukoitiin uudelleen luokitellun summamuuttujan kanssa. Summamuuttuja myös korreloitiin iän ja sairastettujen vuosien kanssa.

Riittävästi tietoa ja tukea -osiosta tehtiin summamuuttuja (SM2), jonka sisäistä johdonmukaisuutta eli Cronbachin alfaa tarkasteltiin. Luvuksi saatiin 0.938. Koska se oli yli 0.7 voitiin summamuuttujaa pitää sisäisesti johdonmukaisena ja kaikki 15 väittämää ottaa mukaan. Summamuuttuja korreloitiin iän ja sairastettujen vuosien kanssa. Summamuuttuja uudelleen luokiteltiin kahteen luokkaan, siten että luokkaan 1 tulivat 15–42 pistettä antaneet vastaajat ja luokkaan 2 merkittiin 43–75 pistettä antaneet vastaajat. Tämän jälkeen se ristiintaulukoitiin sukupuolen kanssa.

Riittämättömästi tietoa ja tukea -osiosta tehtiin summamuuttuja (SM3), jonka sisäistä johdonmukaisuutta eli Cronbachin alfaa tarkasteltiin. Luvuksi saatiin 0.788. Koska se oli yli 0.7 voitiin summamuuttujaa pitää sisäisesti johdonmukaisena ja kaikki 15 väittämää ottaa mukaan. Summamuuttuja korreloitiin iän ja sairastettujen vuosien kanssa. Summamuuttuja uudelleen luokiteltiin kahteen luokkaan niin

että luokkaan 1 tulivat 24–43 pistettä antaneet vastaajat ja luokkaan 2 tulivat 44–60 pistettä antaneet vastaajat. Tämän jälkeen summamuuttuja ristiintaulukoi-
tiin sukupuolen kanssa.

4.5 Laadullisen aineiston analysointi

Tutkimuksen laadullinen aineisto eli kahden avoimen kysymyksen vastaukset ana-
lysoitiin syksyllä 2024 käyttäen aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä.
Sisällönanalyysissä ilmiötä esitetään laajasti mutta tiiviisti. Näin saadaan käsite-
luokituksia, -järjestelmiä, -karttoja tai malleja. Induktiivisessa sisällönanalyysissä
luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se perustuu in-
duktiiviseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Aineiston ana-
lyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain.
(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 166–167.)

Aluksi tutkija luki vastaukset läpi useita kertoja. Perehtymisen jälkeen vastaukset
pelkistettiin ja kirjoitettiin erilliselle paperille. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin
samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa merkitsevät asiat yhdistettiin kategori-
aan ja se nimettiin mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla nimellä. (Kankkunen
& Vehviläinen-Julkunen 2018, 169.)

5 TULOKSET

Tutkimuksen aineistoa kuvaillaan suorien jakaumien ja frekvenssien avulla. Tutkimuksen tulokset raportoidaan tutkimuskysymyksittäin. Tutkimustuloksissa kuvataan asiakaslähtöisyyden toteutumista, aihealueita, joista potilaat kokevat saaneensa riittävästi tietoa ja tukea sekä aihealueita, joista he kokevat tarvitsevansa tietoa ja tukea nykyistä enemmän. Myös asioita, jotka huolestuttavat heitä, kun he ajattelevat arkea diabeteksen kanssa kuvataan.

5.1 Aineiston kuvaaminen

Tutkimuksen kyselyyn vastasi 51 tyypin 2 diabetespotilasta. Kyselyyn vastanneista noin puolet oli naisia ja puolet miehiä. Nuorin vastaaja oli 43-vuotias ja vanhin 89-vuotias. Yli puolet vastanneista oli 71-vuotiaita tai sen yli. Yli puolet vastaajista oli sairastanut tyypin 2 diabetesta alle 10 vuotta. Joka viides vastaaja oli sairastanut tyypin 2 diabetesta 11–20 vuotta, samoin joka viides oli sairastanut yli 20 vuotta. Diabetesvastaanottoaikoja oli viisi. Puolet vastaajista kävi Vaasassa tai Pietarsaarella diabetesvastaanotolla. Loput kävivät Uusikaarlepyyssä, Kruunupyyssä tai Pedersöressä diabeteshoitajan luona. (Taulukko 1.) Vastaajista 23 vastasi suomeksi ja 26 ruotsiksi. Kaksi vastaajista oli englanninkielisiä.

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (N=51).

Taustamuuttajat	n	%
Sukupuoli		
Nainen	24	47
Mies	27	53
Ikä		
43–49 vuotta	3	6
50–58 vuotta	6	12
60–69 vuotta	13	25
71–79 vuotta	21	41
80–89 vuotta	8	16
Sairastanut tyypin 2 diabetesta		
1–5 vuotta	12	23
6–10 vuotta	16	31
11–15 vuotta	3	6
16–20 vuotta	7	14
21–25 vuotta	7	14
26–40 vuotta	4	8
Diabetesvastaanotto		
Pietarsaari	13	25
Vaasa	14	27
Uusikaarlepyy	9	18
Kruunupyy	6	12
Pedersöre	9	18

5.2 Asiakslähtöisyyden toteutuminen

Yli 60 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämistä ”Minun on helppo saada yhteys diabeteshoitajaan puhelimitse, kun tarvitsee neuvoja, ””Pääsen diabeteshoitajan vastaanotolle, kun tarvitsen ohjausta”, ”Minut huomioidaan kokonaisvaltaisesti” sekä ”Hoitovälineiden saatavuus on sujuvaa”. Yli 70 % vastaajista koki, että diabetesvastaanotolla käsitellään heidän arkensa diabeteshoidon kannalta

tärkeitä asioita ja koki käynnit diabeteshoitajan luona hyödyllisiksi omahoidon kannalta. 80 % vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän ”Minut huomioidaan yksilöllisesti” kanssa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Mielipiteiden jakautuminen asiakaslähtöisyys -osiossa (N = 51).

Väittämä	Eri mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	Ei eri eikä samaa mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Täysin samaa mieltä %
Minun on helppo saada yhteys diabeteshoitajaan puhelimitse	4	4	8	23	61
Pääsen diabeteshoitajan vastaanotolle, kun tarvitsen ohjausta	6	4	6	23	61
Diabetesvastaanotolla käsitellään arjen diabeteshoitoni kannalta tärkeitä asioita	4	-	-	23	73
Minut huomioidaan yksilöllisesti	4	-	2	14	80
Minut huomioidaan kokonaisvaltaisesti	6	2	2	24	65
Koen käyntini hyödylliseksi omahoitoni kannalta	4	-	-	24	71
Hoitovälineiden saatavuus on sujuvaa	4	4	8	22	61

Sukupuolten välillä ei ollut eroja siinä miten tyytyväisiä he olivat asiakaslähtöisyyteen. Yli 90 % vastanneista koki, että se toteutuu heidän kohdallaan. Niin ikään ikä ei ollut yhteydessä siihen miten tyytyväisiä ($r = -0,169$) vastaajat olivat asiakaslähtöisyyteen. Myöskään se miten kauan on he ovat sairastanut tyypin 2 diabetesta ei ollut yhteydessä siihen miten tyytyväisiä he olivat ($r = -0,235$.) asiakaslähtöisyyteen.

5.3 Riittävästi tietoa ja tukea

Yli puolet vastaajista koki saaneensa erittäin hyvin tietoa ja tukea verenpaineen omaseurannasta sekä terveyttä ja mielialaa edistävästä liikkumisesta. Verensokerin omaseurannasta ja tulosten tulkinnasta koki saavansa lähes puolet vastaajista erittäin hyvin tietoa ja tukea. Painonhallinnasta, diabeteslääkkeistä, liian korkean verensokerin ehkäisystä ja hoidosta sekä jalkojen terveydestä ja omahoidosta yli 40 % vastaajista koki saavansa erittäin hyvin tietoa ja tukea. Aihealueita, joista vastaajista noin puolet oli saanut melko hyvin tai erittäin hyvin tietoa ja tukea, olivat diabeteksen hoito vaihtelevissa tilanteissa (esimerkiksi liikunta, sairaspäivät, matkustaminen), diabetes ja liikenneturvallisuus, suun terveys ja omahoito sekä diabetes ja päihteet. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Riittävästi tietoa ja tukea (N = 51).

Aihealue	En ole saanut %	Olen saanut vain vähän %	En osaa sanoa %	Olen saanut melko hyvin %	Olen saanut erittäin hyvin %
Verensokerin omaseuranta ja tulosten tulkinta	2	6	4	39	47
Verenpaineen omaseuranta	2	2	12	25	59
Sydänterveyttä ja verensokerin hallintaa edistävä syöminen	2	2	20	35	39
Terveyttä ja mielialaa edistävä liikkuminen	4	2	10	28	55
Painonhallinta	4	-	14	39	41
Diabeteslääkkeet	4	2	4	39	43
Diabeteksen hoito vaihtelevissa tilanteissa	4	8	29	26	22
Diabetes ja päihteet	6	2	26	22	31
Liian matalan verensokerin ehkäisy ja hoito	6	6	18	33	31
Liian korkean verensokerin ehkäisy ja hoito	4	6	14	28	41
Diabeteksen lisäsairauksien ehkäisy	8	4	12	35	35
Suun terveys ja omahoito	8	10	26	22	29
Jalkojen terveys ja omahoito	4	6	18	24	41
Diabeteksen seuranta ja hoito raskauden aikana	10	4	4	2	2
Diabetes ja liikenneturvallisuus	10	8	16	28	20

Sukupuoli oli siten yhteydessä riittävään tiedon ja tuen saantiin, että vähemmän tyytyväisiä olivat naiset. Miehet olivat kaikki tyytyväisiä ja naisistakin lähes 70 % lällä ($r = -0.222$) tai sillä kuinka kauan on sairastanut tyyppin 2 diabetesta ($r = -0.183$) ei ollut yhteyttä riittävään tiedon ja tuen saantiin.

5.4 Riittämättömästi tietoa ja tukea

Vastaajista 39 % koki tarvitsevansa vähän lisää tietoa ja tukea mielialasta ja jaksamisesta. Aihealueita, joista kolmasosa koki tarvitsevansa vähän lisää tietoa ja tukea, olivat perustieto diabeteksestä, ruokailutottumukset, uni sekä suunterveys.

Samoja aihealueita kuten uni, suun terveys ja ruokailutottumukset esiintyi vastauksissa potilailla, jotka kokivat tarvitsevansa melko paljon lisää tietoa ja tukea. Viidesosa vastaajista koki tarvitsevansa melko paljon lisää tietoa ja tukea myös jalkojen hoidosta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Riittämättömästi tietoa ja tukea (N = 51).

Aihealue	Ei koske Tarvitsen erittäin Tarvitsen melko Tarvitsen vähän				Koen osaavani ja olen saanut tarpeeksi
	minua	paljon lisää	paljon lisää	lisää	
	%	%	%	%	%
Perustieto diabeteksestä	-	4	6	33	53
Verensokeriseuranta	-	4	6	20	70
Liikunta	4	4	6	23	63
Ruokailutottumukset	-	-	12	33	53
Uni	-	6	14	29	49
Painonhallinta	2	2	6	27	63
Jalkojen hoito	-	8	18	17	57
Diabeteslääkkeet	2	2	8	22	59
Mieliala ja jaksaminen	-	6	9	39	43
Suun terveys	-	6	14	29	49
Seksuaaliterveys	22	2	8	24	37
Tupakointi ja diabetes	63	-	-	6	26
Alkoholin käyttö ja diabetes	39	8	2	14	31
Diabeteksen ja työn yhteensovittaminen	43	12	2	10	28
Vertaistuki	20	6	6	24	29

lällä ja sillä tarvitseeko enemmän tietoa ja tukea ei ollut yhteyttä ($r = -0.252$). Sillä kuinka kauan on sairastanut tyyppin 2 diabetesta ja tarvitseeko enemmän tietoa ja tukea oli jonkin verran lineaarista yhteyttä ($r = -0.322$). Alle 10 vuotta tyyppin 2 diabetesta sairastaneista suurin osa kokee saavansa tarpeeksi tietoa ja tukea. Myös 10 vuotta tai pidempään sairastaneista suurin osa kokee saavansa tarpeeksi tietoa

ja tukea. Muutama 20–25 vuotta sairastaneista kokee tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea. 40 vuotta tyypin 2 diabetesta sairastanut koki tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea. Sukupuolten välillä oli jonkin verran eroa siinä tarvitsevatko vastaajat enemmän tietoa ja tukea. Naisia, jotka kokevat tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea oli enemmän kuin miehiä. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0.238$).

5.5 Huolestuttavat arjessa diabeteksen kanssa

Avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin mitkä asiat huolestuttavat, kun vastaaja ajattelee arkea diabeteksen kanssa, vastasi 12 potilasta. Nämä vastaukset olivat hyvin lyhyitä, vain muutaman sanan mittaisia. Monet vastaajista toivat esille diabeteksen lisäsairaudet, kuten munuaisiin, silmiin ja jalkoihin kohdistuvat komplikaatiot. Myös jaksaminen, seksi ja lääkkeiden jatkuva toimivuus mainittiin avoimissa vastauksissa. Muutama vastasi myös pelkäävänsä, että verensokeri laskee liian alas, että menee koomaan tai että on yksin, kun verensokeri laskee yöllä.

6 POHDINTA

Pohdinnassa käsitellään tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tarkastellaan tutkimustuloksia. Lisäksi tehdään johtopäätöksiä tutkimustuloksista ja esitetään jatkotutkimusmahdollisuuksia aiheesta.

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 211). Tutkimusaihetta valitessaan tutkija tekee eettisen valinnan. Tutkijan tulee pohtia, millainen merkitys aiheella on yhteiskunnallisesti sekä miten tutkimus vaikuttaa niihin, jotka osallistuvat siihen. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla myös sen hyödyllisyys. Aina tutkimuksesta ei ole hyötyä tutkittavana oleville henkilöille. Usein tutkimustuloksia voidaan käyttää vasta myöhemmin uusiin potilaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 218.) Tästä tutkimuksesta on hyötyä niin yksilöille kuin yhteiskunnallekin. Sillä riittävä omahoidon tuki on tehokas keino turvata diabetesta sairastavien yhdenvertaisuus ja elämänlaatu. Tämä myös vähentää lisäsairauksia, jotka aiheuttavat paljon lisäkustannuksia. Tästä tutkimuksesta saadun tiedon pohjalta saadaan tietoa tyyppin 2 diabetespotilaiden kokemuksista hoidonohjauksesta Pohjanmaan diabetesyksikössä.

Tutkimustyössä on muistettava valmiiden mittareiden käyttöön liittyvä etiikka. Mittarin kehittäjällä on yksinoikeus mittariinsa eikä sitä saa käyttää uudelleen ilman kehittäjänsä lupaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 227.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen mallina käytettiin Diabetesbarometrin 2021 kyselylomaketta. Lupa siihen pyydettiin Diabetesliitosta kehittämispäällikkö Sari Koskelta. Tämän jälkeen kyselylomaketta muokattiin tutkimukseen sopivaksi.

Tutkimuskäytännöt vaihtelevat eri organisaatioissa. Yleensä tutkimusta varten haetaan lupa ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 222.) Tutkimusta varten laadittiin tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupaa haettiin tutkimuksen kohdeorganisaatiolta. Hakemukseen liitettiin tutki-

mussuunnitelma, saatekirjeet ja kyselylomakkeet. Tutkimuslupa saatiin syyskuussa 2023 Pohjanmaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden ylihoitajalta.

Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tutkija toteuttaa tutkimuksensa niin, ettei tutkimuksesta aiheudu tutkittaville merkittäviä riskejä, haittoja tai vahinkoja. Tietoinen suostumus osallistua tutkimukseen on ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen keskeinen eettinen periaate. Tutkittavalla henkilöllä on oikeus osallistua vapaaehtoisesti, mutta myös kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tutkittavalle ei saa syntyä tunnetta osallistumisen pakollisuudesta eikä pelkoa kielteisistä seurauksista, jos hän kieltäytyy osallistumasta tutkimukseen. Tutkittava voi keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa ilman kielteisiä seurauksia. (TENK 2019, 7–8.)

Tutkimuksessa noudatettiin näitä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019) ohjeita. Suostumus tutkimukseen kysyttiin kaikilta tutkittavilta suullisesti. Poikkeuksena olivat ne vastaajat, jotka saivat kyselylomakkeen suoraan diabeteshoitajalta. Tällöin diabeteshoitaja antoi kyselylomakkeen vastaanottokäynnin yhteydessä ja potilaan itsensä päätettäväksi jäi, osallistuiko hän tutkimukseen vai ei saatekirjeen luettuaan. Kyselylomakkeen mukana kaikki potilaat saivat saatekirjeen (LIITE 1 ja 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkittavan anonymiteetin säilymisestä sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vastaajan nimeä ei tullut kyselylomakkeeseen. Vain jos vastaaja halusi osallistua arvontaan, hän kirjoitti yhteystietonsa. Täytetyt kyselylomakkeet jätettiin suljetussa kirjekuoressa tutkimuksen tekijälle tai odotushuoneessa olleeseen palautuslaatikkoon.

Tutkimus toteutettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimuksella ei aiheutettu vahinkoa tai haittaa tutkittaville eikä se vaatinut paljon resursseja tutkittavilta tai kohdeorganisaatiolta. Ainoa mahdollinen haitta koitui kyselyyn vastaamiseen kuluneesta ajasta. Kyselylomake pidettiin lyhyenä ja arvioitu vastaamiseen kuluva aika kerrottiin vastaajalle etukäteen.

On tärkeää, että tutkimusraportissa kuvataan tarkasti kaikki tutkimuksen eri vaiheet. Tuloksia ei myöskään pidä arvottaa tulosluvussa, vaan ne kuvataan puhtaina tuloksina. Tuloksia on mahdollisuus arvioida ja tulkita pohdintaluvussa. Mahdolliset kielteiset tulokset ja tutkimuksen puutteet raportoidaan myös. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 225.) Tutkimustulokset raportoitiin sellaisenaan niitä mitenkään muuttamatta. Jokainen vastaus huomioitiin tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa. Toisen avoimen kysymyksen vastaukset jätettiin kuitenkin analysoimatta ja raportoimatta, koska kysymykseen tuli niin vähän vastauksia.

Diabetesliitto myöntää stipendirahastostaan vuosittain taloudellista tukea diabetesaiheisiin korkeakoulutasoisiin opinnäytetöihin. Hakemus lähetettiin Diabetesliiton Stipendirahastolle ja tutkimukseen myönnettiin joulukuussa 2023 316,70 euron suuruinen apuraha tutkimuskulujen kattamiseen. Saatua apuraha käytettiin kuten hakemuksessa esitettiin eli kyselylomakkeiden tulostukseen, kirjekuoriin, matkakuluihin sekä lahjakorttien hankintaan. Kyselyyn osallistuneiden kesken arvottiin viisi Intersportin 30 euron arvoista lahjakorttia. Ne lähetettiin postitse voittajille tammikuussa 2023.

Apurahan myöntämisen edellytyksenä oli, että opinnäytetyön tekijä toimittaa valmiin opinnäytetyön soveltuvin osin Diabetesliitolle. Sillä on oikeus hyödyntää halutessaan tutkimusraporttia omissa lehdissään ja verkkosivuilla. Tieto työn valmistumisesta tulee toimittaa sähköpostilla osoitteeseen opinnaytetyot@diabetes.fi. Tämä tullaan tekemään, kun opinnäytetyö on arvioitu.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla viitataan siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, onko teoreettiset käsitteet pystytty operationalisoimaan luotettavasti muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 189.)

Mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Jos mittari on valittu väärin eikä se mittaa tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Kun pohditaan mittaako mittari sitä, jota sen on tarkoitus mitata, arvioidaan, onko mittari riittävän kattava vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 190.)

Tässä tutkimuksessa mittarina käytettiin kyselylomaketta. Tutkimuksessa on suositeltavaa käyttää olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 190). Ennen kyselylomakkeen kehittämistä tutkimuksen tekijä tutustui laajasti aihetta koskevaan teoriaan. Samalla löytyi Diabetesbarometrin 2021 lomake. Tutkimuksen tekijä päätti muokata sitä tutkimukseen sopivaksi sekä poisti kysymyksiä, jotka liittyivät tyypin 1 diabetekseen.

Teoreettisten käsitteiden operationalisointi mitattavaksi muuttujiksi on vaativaa. Se edellyttää riittävän kattavaa perehtymistä kirjallisuuteen. Opinnäytetöissä edellytetään, että jokaiselle mittarin muuttujalle on perustelu kirjallisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 191.)

Mittarin esitestaaminen on erityisen tärkeää silloin, kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 191). Tutkimuksen tekijä havaitsi kyselylomakkeessa joitakin puutteita. Kyselylomake oli osalle vastaajista aika vaikea täyttää, erityisesti iäkkäämmille. Suuri osa vastaajista oli lopulta iäkkäitä. Moni vastaajista tarvitsi apua lomakkeen täyttämässä. Vaihtoehdot 1—5 ja mitä ne tarkoittivat, oli selitetty ennen kysymystä. Vastausvaihtoehtoja piti palata katsomaan eri sivuilta, mikä vaikeutti vastaamista. Asteikko muuttui viimeisessä osiossa 0—4. Kyselylomakkeen asteikko olisi voinut olla koko ajan sama, näin kyselylomake olisi ollut selkeämpi. Jos kyselylomake olisi esitestattu ennen aineiston keruuta, osa näistä puutteista olisi ehkä voitu välttää.

Kyselylomakkeeseen jäi myös muutama vähän turha kysymys, esimerkiksi diabeteksen seuranta ja hoito raskauden aikana. Ja miespuolisille vastaajille olisi voinut

olla siihen esimerkiksi vaihtoehto ”Ei koske minua”. Myös jollakin tavalla olisi voinut yhdistää riittävästi tietoa ja tukea ja riittämättömästi tietoa ja tukea osiot kyselylomakkeessa.

Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan mittaamisesta riippumattomia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 193). Kyselylomakkeessa olisi voinut olla kysymys liittyen, mistä muualta he ovat saaneet tietoa ja tukea kuin diabeteshoitajalta. Taustatiedoissa olisi voitu kysyä myös koulutustaustaa, joka voi vaikuttaa tiedon määrään.

Mittarin reliabiliteettia eli kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia voi arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa, että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat keskenään voimakkaasti. Tässä tutkimuksessa sisäistä johdonmukaisuutta testattiin käyttämällä Cronbachin alfakerrointa. Kertoimen arvo voi vaihdella 0.00:n ja 1.00:n välillä. Uudella mittarilla yli 0.70:n kerrointa pidetään hyvää sisäistä johdonmukaisuutta pitävänä arvona. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 194.) Asiakaslähtöisyys -osiosta muodostetun summamuuttujan Cronbachin alfakerroin oli 0.936. Riittävästi tietoa ja tukea -osiosta muodostetun summamuuttujan Cronbachin alfakerroin oli 0.938. Riittämättömästi tietoa ja tukea -osiosta muodostetun summamuuttujan Cronbachin alfakerroin oli 0.788. Tämä kertoo mittarin reliabiliteetista, jolloin tulokset eivät olleet sattumanvaraisia ja väitämien voidaan todeta kuvaavan samaa asiaa.

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida myös tulosten luotettavuuden kannalta. Sisäinen validiteetti tarkoittaa, että tulokset johtuvat vain asetelmasta, eivät muista sekoittavista tekijöistä. Näitä voivat olla esimerkiksi historia, kypsyminen, valikoituminen, poistumat ja kontaminaatio. Historia voi vaikuttaa sisäiseen validiteettiin niin, että tutkittava on esimerkiksi lukenut juuri tutkittavasta aiheesta ja vastaa kysymyksiin saamansa tiedon perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 195.) Näin on toki voinut käydä, että vastaaja on lukenut tyypin 2

diabeteksen hoidonohjauksen eri osa-alueista esimerkiksi netistä tai Diabetesliiton sivuilta.

Valikoituminen tarkoittaa, että vain niin sanotusti hyvät vastaajat ovat seuloutuneet mukaan tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 195). Näin ei ole tässä tutkimuksessa voinut käydä, sillä vastaajat tulivat tutkimukseen mukaan sen perusteella, ketkä olivat tulossa diabeteshoitajan vastaanotolle niinä päivinä, kun aineistonkeruu tapahtui.

Tutkimuksen ulkoinen validiteetti viittaa tulosten yleistettävyyteen. Ulkoisen validiteetin ukiin kuuluu muun muassa se, että tutkittava muuttaa käyttäytymistään, kun hän tietää olevansa tutkimuskohteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018,196.) Tämä pyrittiin minimoimaan järjestämällä tutkimustilanne tutussa ympäristössä tavallisella vastaanottokäynnillä. Tutkimukseen haluttiin ottaa mukaan mahdollisimman monta Pohjanmaan diabetesyksikön toimipaikkaa. Tulokset eivät ole kuitenkaan yleistettävissä otoksen pienuuden vuoksi. Myöskään toimipaikkaa ei tarkastella tuloksissa eikä eri toimipaikkoja vertailla toisiinsa.

Tutkimukseen osallistuneet olivat lopulta melko iäkkäitä. Nuorin vastaajista oli 43-vuotias ja vanhin 89-vuotias. Alle 60-vuotiaita vastaajista oli vain 18 %. Mukaan otettiin ne, jotka olivat tulossa vastaanottokäynnille, myös englanninkieliset. Jos keräämistä olisi jatkettu niin nuorempiakin vastaajia olisi todennäköisesti saatu enemmän. Kaksi vastaajista oli englanninkielisiä. Heille tutkija käänsi kyselylomakkeen kysymykset englanniksi. Näin ollen kyselylomake olisi voinut olla myös englanniksi. Taustatiedoista vastaajien oli yllättävän vaikea muistaa, kuinka kauan he olivat sairastaneet tyypin 2 diabetesta. Aineistoa kerätessäni korostin potilaille, etten ollut osa työpaikkaa. Näin he saattoivat vastata rehellisesti, silloinkin kun autoin heitä täyttämään lomaketta lukemalla kysymykset ääneen ja täyttämällä vastaukset lomakkeeseen.

Aineiston käsittely SPSS-ohjelmassa vaati paljon tarkkuutta tutkijalta. Tilasto-ohjelmaan lukuja ja muuttujia syötettäessä tarkastettiin asioiden oikeellisuus monta kertaa. Toisaalta 51 vastaajaa oli aika pieni määrä ja se oli sopiva määrä. Mitään

tarkistamatonta ei opinnäytetyöhön ole kirjoitettu. Kaikki on analysoitu luotettavasti tilasto-ohjelmalla.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Kun tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellaan asiakaslähtöisyyden osalta, voidaan todeta, että yli 90 % vastanneista koki, että asiakaslähtöisyys toteutuu heidän kohdallaan. Tämä on hieno tulos. Sukupuolten välillä ei ollut eroja siinä miten tyytyväisiä he olivat asiakaslähtöisyyteen. Ikä ja se miten kauan on sairastanut tyypin 2 diabetesta ei ollut myöskään yhteydessä siihen miten tyytyväisiä vastaajat olivat asiakaslähtöisyyteen.

Kun asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan tarkemmin, nähdään että 61 % vastasi, että heidän on helppo saada yhteys diabeteshoitajaan puhelimitse, kun he tarvitsevat neuvoja ja 62 % vastasi, että pääsee diabeteshoitajan vastaanotolle, kun tarvitsee ohjausta. Tämä oli ilahduttava tulos, varsinkin näin koronan jälkeen, kun on puhuttu paljon huonoista terveydenhuollon resursseista. Se on myös hieman parempi tulos kuin Diabetesbarometrissa 2023. Siihen vastanneista 56 % kertoo pääsevänsä diabeteshoitajalle oman tarpeensa mukaan. Samassa tutkimuksessa Pohjanmaan hyvinvointialueella 68 % tyypin 2 diabetesta sairastavista koki pääsevänsä diabeteshoitajan vastaanotolle oman tarpeensa mukaan. Helsingiläisistä tyypin 2 diabetesta sairastavista vain 20 % koki pääsevänsä diabeteshoitajan vastaanotolle oman tarpeensa mukaan. (Koski 2023, 46–47.)

Tässä tutkimuksessa ei kysytty lainkaan digitaalisista palveluista, mutta Diabetesbarometrin 2023 mukaan jatkossa 17 % vastaajista toivoisi vastaanottojen toteutuvan joko kokonaan tai pääosin digitaalisten yhteyksien kautta. Kokonaan kasvokkaisia vastaanottoja toivoisi 35 % vastaajista. Pohjanmaan hyvinvointialueella hoidossa olevista tyypin 2 diabetesta sairastavista 9 % haluaisi jatkossa asioida joko kokonaan tai pääosin digitaalisten yhteyksien kautta (Koski 2023, 44.) On siis hyvä, että tässä tutkimuksessa tyypin 2 diabetespotilaat kokevat pääsevänsä varsin hyvin diabeteshoitajan vastaanotolle, koska heidän halunsa asioida vain digitaalisten yhteyksien kautta Pohjanmaan hyvinvointialueella on niin alhainen.

Tähän tutkimukseen vastanneista 73 % koki, että diabetesvastaanotolla käsitellään heidän arkensa kannalta tärkeitä asioita. Tämä oli paljon enemmän kuin Diabetesbarometrissa 2023, jonka vastaajista 45 % kertoo, että terveydenhuollon vastaanotoilla käsitellään hänen arjen diabeteshoitonsa kannalta tärkeitä asioita. (Koski 2023, 37).

Tämän tutkimuksen mukaan peräti 80 % koki, että heidät huomioidaan yksilöllisesti, mikä on hieno tulos. Tämä tarkoittaa, että heidän elämäntilanteensa ja voimavaransa huomioidaan. Sen sijaan kokonaisvaltaisesti huomioimisessa olisi hieman parannettavaa, sillä 65 % koki, että heidät huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Toisaalta Diabetesbarometrissa 2023 70 % vastaajista kokee tulevansa huomioituksi kokonaisvaltaisesti edes joskus (Koski 2023, 37).

Tutkimukseen vastanneista 71 % koki käyntinsä diabeteshoitajan luona hyödylliseksi omahoitonsa kannalta. Vastaavasti Diabetesbarometrikyselyyn vastanneista tyyppin 2 diabetesta sairastavista 58 % koki käyntinsä terveydenhuollossa hyödylliseksi omahoitonsa kannalta (Koski 2023, 37).

Tässä tutkimuksessa hoitovälineiden saatavuutta piti sujuvana 61 % vastaajista. Tähän tulokseen vaikuttanee se, että hoitovälineet pitää hakea erikseen hoitotarvikejakelusta, joka on auki rajoitetusti. Tässä tutkimuksessa ei kysytty tarkemmin hoitovälineistä eikä esimerkiksi mitä välineitä potilaat saavat ja kuinka usein. Kosken (2023, 42–43) mukaan tyyppin 2 diabetesta sairastavat saavat pääntöisesti varsin hyvin hoitovälineitä, mutta hyvinvointialueittain niissä on isoja eroja. Verensokerimittareiden liuskojen saanti oman tarpeen mukaan vaihteli niin, että Helsingissä vain 31 % vastaajista ja Lapin hyvinvointialueen jopa 98 % vastaajista koki saavansa niitä oman tarpeensa mukaan. Pääosassa hyvinvointialueista tyyppin 2 diabetesta sairastavista yli 90 % koki saavansa verensokerimittarin liuskoja oman tarpeensa mukaan.

Tutkimuksen perusteella aihealueita, joista tyyppin 2 diabetespotilaat saivat tietoa ja tukea riittävästi olivat verenpaineen omaseuranta, terveyttä ja mielialaa edis-

tävä liikkuminen sekä verensokerin omaseuranta ja tulosten tulkinta. Myös diabeteslääkkeistä, liian korkean verensokerin ehkäisystä ja hoidosta, jalkojen terveydestä ja omahoidosta sekä painonhallinnasta saatiin riittävästi tietoa ja tukea. Nämä ovat kaikki tärkeitä osa-alueita tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltaisessa hoidossa ja seurannassa.

Sukupuoli oli siten yhteydessä riittävään tiedon ja tuen saantiin, että vähemmän tyytyväiset olivat naisia. Heitä oli kuitenkin vain 2, eli mitään yleistettävää ei voida todeta. Miehet olivat kaikki tyytyväisiä ja naisistakin lähes 70 %. Tätä tulosta voidaan pitää hyvänä. Iällä tai sillä kuinka kauan on sairastanut tyypin 2 diabetesta ei ollut yhteyttä riittävään tiedon ja tuen saantiin. Tämä kertoo siitä, että tietoa ja tukea saadaan sekä alkuvaiheessa että myöhemminkin. Tämä on hyvä asia. Sairauden alkuvaiheessa tarvitseekin paljon tietoa ja tukea, mutta sitä tarvitsee myös myöhemmin. Diabeteksen puhkeaminen tuo mukanaan paljon pohdittavaa, muutoksia ja opittavaa. Ensimmäisen tunnekuohon laannuttua alkaa toimivien ja käytännöllisten ratkaisujen etsiminen, työskentely oman sairauden hallitsemiseksi. Vastasairastunut ei välttämättä pysty, vaikka haluaisikin, ottamaan vastaan kaikkea tarjolla olevaa tietoa. Diabeteksen hoidon opiskelu, sovellusten etsiminen, luottamuksen saavuttaminen hoidon toimivuuteen ja omiin kykyihin toteuttaa sitä vie aikaa ja vaatii paneutumista. Oma kokemus diabeteksen kanssa elämisestä alkaa kuitenkin karttua heti. Tarjolla olevasta tiedosta ja omista kokemuksista alkaa muodostua pitävä pohja omalle riittävän hyvälle hoidolle, jolle voi rakentaa omahoidon kokonaisuutta ja sovelluksia eri tilanteisiin. Kokemuksen karttuessa omahoito muodostuu toimivaksi rutiiniksi, joka ylläpitää terveyttä ja voimavaroja sekä antaa tilaa elämänlaadulle. (Ilanne-Parikka 2019, 51–52.)

Aihealueet, joissa koettiin eniten tiedon ja tuen tarvetta olivat mieliala ja jaksaminen, uni, suun terveys, ruokailutottumukset sekä perustieto diabeteksestä. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä, kysyttiin mitkä asiat huolestuttavat, kun vastaaja ajattelee arkea diabeteksen kanssa. Jaksaminen mainittiin myös siellä. Samat asiat tulevat esille myös diabetesbarometrissa 2023. Sillä senkin mukaan monet kaipaivat tietoa ja tukea juuri psyykkiseen jaksamiseen, hoitoväsymykseen ja

uneen (Koski 2023, 38). Mielialaan ja jaksamiseen liittyvistä häiriöistä sekä unihäiriöistä kärsii nykyään moni suomalainen. Tiedetään että hoidossa kuormittuminen on yleistä ja noin 30 %:lla diabeetikoista esiintyy kliinisesti merkittäviä masennusoireita. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että siitä pystyisi puhumaan myös diabetesvastaanotolla. Mutta Diabetesbarometrin 2023 mukaan psyykkisen tuen tarvetta ei koeta luontevaksi ottaa esiin vastaanotolla. 18 % vastaajista sanoo, ettei ole luontevaa ottaa sitä esiin. Niin ikään vain 15 % vastaajista kertoo pääsevänsä psykologille tai psykiatriselle sairaanhoitajalle ainakin joskus, jos siihen on tarvetta. 16 % sanoo, ettei mahdollisuutta siihen ole. (Koski 2023,37.)

Myös Diabetesbarometrin 2023 mukaan tyyppin 2 diabetesta sairastavilla on tiedon ja tuen tarvetta ruokailuun ja ravitsemukseen sekä tarvetta ihan kokonaisvaltaisempaan diabetestietoon ja perusasioihin diabeteksen hoidosta (Koski 2023, 38).

lällä ja sillä tarvitseeko enemmän tietoa ja tukea ei ollut yhteyttä. Sillä kuinka kauan on sairastanut tyyppin 2 diabetesta, ja tarvitseeko enemmän tietoa ja tukea, oli jonkin verran lineaarista yhteyttä. Alle 10 vuotta tyyppin 2 diabetesta sairastaneista suurin osa kokee saavansa tarpeeksi tietoa ja tukea. Riittävä ohjaus ja tuki erityisesti alkuvaiheessa on tärkeää omahoidon myöhemmän onnistumisen kannalta. Myös 10 vuotta tai pidempään sairastaneista suurin osa kokee saavansa tarpeeksi tietoa ja tukea. Tämä on hyvä tulos.

Muutama 20–25 vuotta tyyppin 2 diabetesta sairastaneista kokee tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea. Myös yksi 40 vuotta tyyppin 2 diabetesta sairastanut koki tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea. Tämä osoittaa, että vaikka on sairastanut jo pitkään, tietoa ja tukea tarvitaan.

Sukupuolten välillä oli jonkin verran eroa siinä tarvitsevatko vastaajat enemmän tietoa ja tukea. Naisia, jotka kokevat tarvitsevansa enemmän tietoa ja tukea oli enemmän kuin miehiä. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää. Toisaalta tiedetään, että naiset huolehtivat terveydestään keskimäärin paremmin kuin miehet. Tämä voi vaikuttaa niin, että naiset haluavat tietää enemmän ja saada enemmän tukea ja ovat kiinnostuneempia hoidostaan.

Oli harmillista, että avoimiin kysymyksiin vastattiin niin vähän ja vastaukset olivat lyhyitä. Näistä olisi saanut arvokasta tietoa. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä, kysyttiin mitkä asiat huolestuttavat, kun vastaaja ajattelee arkea diabeteksen kanssa. Monet vastaajista toivat esille diabeteksen lisäsairaudet, kuten munuaisiin, silmiin ja jalkoihin kohdistuvat komplikaatiot. Myös Diabetesbarometrin 2023 mukaan monia huolestuttavat lisäsairaudet (Koski 2023,39). Lääkkeiden jatkuva toimivuus mainittiin avoimissa vastauksissa. Näin oli myös Diabetesbarometrissa 2023, jossa monia huolestuttavat lääkkeiden saatavuus ja monet muut lääkkeisiin liittyvät pulmat (Koski 2023,39).

Muutama vastasi myös pelkäävänsä, että verensokeri laskee liian alas, että menee koomaan tai että on yksin, kun verensokeri laskee yöllä. Tämä oli aika yllättävää, sillä tyyppin 2 diabetesta hoidetaan ensisijaisesti lääkevalmisteilla, joilla ei ole merkittävää hypoglykemian riskiä. Ehkä vastaajalla oli insuliinihoito käytössä. Liian matalaa verenglukoosia pelätään aiheellisesti siksi, että epämiellyttävien oireiden lisäksi siihen voi liittyä toimintakyvyn menettäminen ja mahdollisuus tajuttomuuteen ja itsensä loukkaamiseen. Ikävä tai vaarallinen kokemus hypoglykemiasta voi aiheuttaa pitkään pelkoa, varsinkin jos kokemuksesta ja siihen johtaneesta tilanteesta ei ole keskusteltu riittävästi ja siihen johtaneita syitä ei ole selvitetty. (Ilanne-Parikka 2019, 385.)

Toisessa avoimessa kysymyksessä, kysyttiin miten vastaaja toivoisi toimintaa kehitettävän diabetesvastaanotolla, jolla käy. Siihen saatiin niin vähän vastauksia, että se päätettiin jättää käsittelemättä tuloksissa.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tutkimuksen tekijän mielestä tutkimusprosessi onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Sekä hoitajat että potilaat suhtautuivat tutkimukseen positiivisesti. Se että tutkija oli itse keräämässä aineistoa, vei enemmän aikaa, mutta helpotti varmasti aineiston keräämistä. Oli yllättävää, että monikaan ei kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen. Tämä lisäsi motivaatiota, kun tutkimus eteni. Tutkimusta tehdessä tuli mukavia kohtaamisia. Tuli myös tunne, että minuun luotettiin ja pidettiin valmiina

hoitajana. Vastausten määrää ja laatua oli myös helppo seurata, kun oli itse ke-
räämässä aineistoa. Kustannuksia tuli toki enemmän näin. Tulosten analysointi
osittain ja raportointi kokonaisuudessaan tapahtui vasta syksyllä 2024, joten se
meni hieman myöhempään kuin oli suunniteltu.

Tyypin 2 diabetes on tärkeä ja ajankohtainen aihe, sillä uusia diabetesdiagnooseja
tehdään yli 20 000 joka vuosi. Näistä valtaosa on juuri tyypin 2 diabeteksen diag-
nooseja. Diabetesta sairastavien ikääntyvien henkilöiden määrän kasvu haastaa
sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja hyvinvointialueet sekä diabetesta sai-
rastavien läheiset monella eri tavalla (Koski 2023, 53). Huomattavaa on myös työ-
ikäisen väestön keskimääräistä heikompi hoitotasapaino. Huonosti hoidetun dia-
beteksen seuraukset ovat sekä yksilötasolla että kansanterveydellisesti huolestut-
tavia (Vessari 2023.) Tämän tutkimuksen tekeminen on lisännyt omaa tietämys-
täni tyypin 2 diabeteksestä. Tästä on varmasti hyötyä tulevaisuudessa terveyden-
hoitajana työskennellessäni.

Olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus aiheesta haastatteleamalla, sillä moni ky-
selyyn vastanneista alkoi vastaamisen jälkeen kertoa tarinaansa. Heillä oli selvästi
tarvetta puhua asiasta. Haastattelussa saisi syvällisempää tietoa aiheesta. Jaksam-
iseen ja mielenterveyteen liittyvät asiat nousivat esiin tässäkin tutkimuksessa.
Jatkotutkimusaihe voisi liittyä niihin.

LÄHTEET

- Antikainen, A. 2019. Diabeteksen hoidon ja ruokavalion yhteensovittaminen. Teoksessa Diabetes, 132–140. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Borg, S. 2021. Tutkimusmenetelmien verkkokäsikirja. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 28.8.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kyselylomake/laatiminen/>
- Heinonen, K. 2019. Liikuntaan motivoimisen tukeminen. Teoksessa Diabetes, 176–177. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Huhtanen, J. 2018. Diabetes ja jalkojen omahoito. Suomen diabetesliitto ry. Tampere.
- Ilanne-Parikka, P. 2019. Hoidonohjaus ja tuki. Teoksessa Diabetes, 43–48. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. 2019. Hypoglykemia. Teoksessa Diabetes, 380–395. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. 2019. Muuttaako diabetekseen sairastuminen koko elämän? Teoksessa Diabetes, 50–51. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. 2019. Tunteet ja mieliala. Teoksessa Diabetes, 48–53. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. 2019. Verenpaineen mittaus ja seuranta. Teoksessa Diabetes, 411–412. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Ilanne-Parikka, P. & Niskanen, L. 2019. Insuliinihoito. Teoksessa Diabetes, 306–317. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Järveläinen, H. 2019. Ajoterveys. Teoksessa Diabetes, 600–605. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.

- Kaaja, R. & Vääräsmäki, M. 2019. Raskaus. Teoksessa Diabetes, 549–558. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Kallioniemi, V. & Ilanne-Parikka, P. 2019. Diabetes työelämässä. Teoksessa Diabetes, 612–614. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Ketola-Kinnula, T. 2019. Suun terveys ja yleisterveys. Teoksessa Diabetes, 460–461. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Koponen, H. 2019. Masennus ja diabetes. Teoksessa Diabetes, 568–569. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Koponen, H. 2019. Psykiatrinen lääkehoito ja diabetes. Teoksessa Diabetes, 569–570. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Koski, S. 2021. Diabetesbarometri 2021. Pdf-julkaisu verkossa [diabetes.fi/diabetesbarometri](https://www.diabetes.fi/diabetesbarometri). Viitattu 9.5.2023. Suomen Diabetesliitto ry.
- Koski, S. 2022. Diabetesbarometri 2021: Hoidon ammattilaiset ja diabetesta sairastavat toivovat lisää resursseja omahoidon ohjaukseen. Diabetes ja lääkäri lehti: 1/2022 51. vuosikerta. Suomen Diabetesliitto.
- Koski, S. 2023. Diabetesbarometri 2023. https://www.diabetes.fi/wp-content/uploads/p4-migraatio/Tiedostot/Diabetesliitto/Vaikuttaminen/Diabetesbarometri_2023_raportti.pdf. Viitattu 7.12.2024. Suomen Diabetesliitto ry.
- Laaksonen, D. & Niskanen, L. 2019. Liikunta ja diabetes. Teoksessa Diabetes, 164. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Lahtela, J. 2021. Matkailijan terveysopas. <https://www.terveyskirjasto.fi/mat00195>. Viitattu 17.11.2024

- Lahtela, J., Koski, S., Ruotsalainen, J., Prami, T., Pölkki, M., Aalto, A. & Stenman, Lotta K. 2023. Tyypin 2 diabeteksen hoitosuunnitelmissa ja hoidon kohdentamisessa on parantamisen varaa. Suomen Lääkärilehti 2023; 78. Viitattu 25.5.2023. www.laakarilehti.fi/e34916
- Leppiniemi, E. 2019. Verenglukoosimittarit. Teoksessa Diabetes, 86–95. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Niskanen, L. 2019. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Diabetes, 20–23. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Niskanen, L. & Ilanne-Parikka, P. 2019. Verenglukoosin lääkehoito tyypin 2 diabeteksessä. Teoksessa Diabetes, 305–306. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Pietiläinen, K. & Rosengård-Bärlund. 2019. Lihavuuden elintapahoito. Teoksessa Diabetes, 145–149. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Pohjanmaan diabetesyksikkö. <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/palvelumme/terveys-ja-sairaanhoitopalvelut/terveyskeskusten-palvelut/pohjanmaan-diabetesyksikkot> Viitattu 27.8. 2024
- Rönnemaa, T. & Laaksonen, D. 2019. Liikunnan vaikutus tyypin 2 diabeteksessä. Teoksessa Diabetes, 170–171. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Rönnemaa, T. & Lautamäki, R. 2019. Eteisvärinä ja sydämen vajaatoiminta. Teoksessa Diabetes, 408–409. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Rönnemaa, T. & Lautamäki, R. 2019. Sepelvaltimotauti. Teoksessa Diabetes, 398–407. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Rönnemaa, T. & Leppiniemi, E. 2019. Verenglukoosin omaseuranta. Teoksessa Diabetes, 84–85. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.

- Rönnemaa, T. & Niskanen, L. 2019. Kohonnut verenpaine ja diabetes. Teoksessa Diabetes, 410–411. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2019. Silmänpohjamuutokset. Teoksessa Diabetes, 450–456. Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M. Helsinki. Duodecim.
- Tarnanen, K. 2024. Diabeettinen retinopatia. Käyvän hoidon potilasversiot. <https://www.kaypahoito.fi/khp00059>. Viitattu 16.11.2024
- Tarnanen, K., Niskanen, L. & Komulainen, J. 2024. Tyypin 2 diabetes. Käyvän hoidon potilasversiot. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00066>. Viitattu 17.11.2024
- TENK. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Viitattu 15.5.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 30.04.2023 www.kaypahoito.fi/ius
- Vessari, H. 2023. Työikäisten diabetespotilaiden määrä kasvaa ja hoitotasapaino on keskimääräistä heikompi. Viitattu 27.12.2024. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/70026381/tuore-tutkimus-tyoikaisten-diabetespotilaiden-maara-kasvaa-ja-hoitotasapaino-on-keskimaaaraista-heikompi?lang=fi>
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.
- Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Jyväskylä.
- Vilka, H. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

LIITE 1

Saatekirje

Arvoisa kyselytutkimukseen vastaava,

Olen Vaasan ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija. Teen opinnäytetyötä aiheesta ”Tyypin 2 diabetespotilaiden kokemuksia hoidonohjauksesta”.

Tavoitteena opinnäytetyössäni on lisätä hoitajien tietoisuutta siitä, mistä asioista tyypin 2 diabetespotilaat saavat riittävästi ohjausta ja mistä asioista he toivoisivat saavansa enemmän ohjausta diabeteshoitajan vastaanotolla. Lisäksi tavoitteena on lisätä tietoisuutta siitä millaisia eroja on kauan tyypin 2 diabetesta sairastaneiden ja vähän aikaa sairastaneiden välillä sekä miten asiakaslähtöisyys toteutuu.

Tutkimus toteutetaan kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeen voitte jättää suljetussa kirjekuoressa minulle, diabeteshoitajallenne tai kansliaan. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia.

Käsittelen teiltä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia luottamuksellisesti. Yksittäistä vastaajaa käsitellään anonymisti ja tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimustuloksista tiedotetaan Pohjanmaan diabetesyksikön vastaanotoille tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyön ohjaajani on TtM, hoitotyön lehtori Anne Puska

Sähköposti: anne.puska@vamk.fi

Matkapuhelin: 050 3262 074

Mikäli haluatte lisätietoja tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Ystävällisin terveisin

Elina Sandell, terveydenhoitajaopiskelija

Sähköposti: e2101775@vamk.fi

Matkapuhelin: 040 7576 387

LIITE 2

Följebrev

Bästa enkätsvarande,

Jag studerar till hälsovårdare vid Vasa yrkeshögskola och gör mitt examensarbete angående vilka erfarenheter typ 2 diabetespatienterna har om vägledning för behandling.

Mitt mål med examensarbetet är att öka vårdarnas kännedom om vilka saker typ 2 diabetespatienterna får tillräckligt med vägledning i och vilka saker som de önskar få mer vägledning i när de träffar sin diabeteskötare vid diabetesmottagningen. Ett ytterligare mål är att öka kännedomen om vilka skillnaderna är om man har insjuknat i typ 2 diabetes nyss eller haft sjukdomen en längre tid samt hur klientorienteringen förverkligas.

Undersökningen genomförs via en enkät. Enkäten kan ni lämna i ett slutet kuvert till mig eller till returneringslådan som är i väntrummet. Att fylla i enkäten tar ungefär 10 minuter.

Jag behandlar de insamlade uppgifterna och undersökningsresultaten konfidentiellt. Era personliga svar behandlas anonymt och undersökningsresultaten redovisas gruppvis. På det sättet kan man inte koppla ihop enskilda svar med den svarande. Att svara är helt frivilligt. Undersökningsresultaten kommer att delges till Österbottens olika diabetesenhetsmottagningar när den har färdigställts.

Min examensarbetshandledare är magister i hälsovetenskaper, lektor i vårdarbete
Anne Puska

e-mail: anne.puska@vamk.fi

Telefon: 050 3262 074

Om ni vill ha mer information om undersökningen svarar jag gärna på era frågor.

TACK FÖR ERA SVAR!

Med vänlig hälsning

Elina Sandell, hälsovårdarestuderande

e-mail: e2101775@vamk.fi

Telefon: 050 7576 387

LIITE 3

KYSELYLOMAKE

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tyypin 2 diabetespotilaiden kokemuksia hoidonohjauksesta

Kysely koostuu neljästä osiosta: taustatiedot, asiakaslähtöisyys, riittävästi tietoa ja tukea sekä riittämättömästi tietoa ja tukea.

Lisäksi kyselyn lopussa on kaksi avointa kysymystä. Vastaathan jokaiseen kysymykseen, kiitos!

TAUSTATIEDOT

Valitse seuraavista YKSI vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille annetulle viivalle

1) Sukupuoli

a) Nainen

b) Mies

c) Muu, mikä? _____

2) Ikä

_____ vuotta

3) Kuinka kauan olet sairastanut tyypin 2 diabetesta?

_____ vuotta

4) Millä paikkakunnalla käyt diabeteshoitajan vastaanotolla?

- a) Pietarsaari
- b) Vaasa
- c) Uusikaarlepyy
- d) Kruunupyy
- e) Pedersöre

ASIAKASLÄHTÖISYYS

Vastaa seuraaviin väitteisiin diabetesvastaanottoasi koskien.

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = Ei eri eikä samaa mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

5) Minun on helppo saada yhteys diabeteshoitajaan puhelimitse,
kun tarvitsen neuvoja

1 2 3 4 5

6) Pääsen diabeteshoitajan vastaanotolle, kun tarvitsen ohjausta

1 2 3 4 5

7) Diabetesvastaanotolla käsitellään arjen diabeteshoitoni kannalta
tärkeitä asioita

1 2 3 4 5

8) Minut huomioidaan yksilöllisesti

1 2 3 4 5

9) Minut huomioidaan kokonaisvaltaisesti

1 2 3 4 5

- 10) Koen käyntini diabeteshoitajan luona hyödyllisiksi omahoitoni kannalta
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
- 11) Hoitovälineiden saatavuus on sujuvaa
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|

RIITTÄVÄSTI TIETOA JA TUKEA

Mistä diabetekseen liittyvästä aihealueesta koet saaneesi **riittävästi** tietoa ja tukea?

- 1 = En ole saanut tietoa ja tukea
 2 = Olen saanut vain vähän tietoa ja tukea
 3 = En osaa sanoa olenko saanut riittävästi tietoa ja tukea
 4 = Olen saanut tietoa ja tukea melko hyvin
 5 = Olen saanut tietoa ja tukea erittäin hyvin

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12) verensokerin omaseuranta ja tulosten tulkinta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) verenpaineen omaseuranta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) sydänterveyttä ja verensokerin hallintaa edistävä syöminen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15) terveyttä ja mielialaa edistävä liikkuminen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16) painonhallinta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17) diabeteslääkkeet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18)diabeteksen hoito vaihtelevissa tilanteissa
(esim. liikunta, sairaspäivät, matkustaminen) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19) diabetes ja päihteet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20) liian matalan verensokerin ehkäisy ja hoito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21) liian korkean verensokerin ehkäisy ja hoito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22) diabeteksen lisäsairauksien ehkäisy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

23) suun terveys ja omahoito	1	2	3	4	5
24) jalkojen terveys ja omahoito	1	2	3	4	5
25) diabeteksen seuranta ja hoito raskauden aikana	1	2	3	4	5
26) diabetes ja liikenneturvallisuus	1	2	3	4	5

RIITTÄMÄTTÖMÄSTI TIETOA JA TUKEA

Mistä diabetekseen liittyvästä aihealueesta koet tarvitsevasi tietoa ja tukea nykyistä **enemmän**?

0 = Ei koske minua (Esimerkiksi en tupakoi, käytä alkoholia tai ole raskaana)

1 = Tarvitsen erittäin paljon enemmän tietoa ja tukea

2 = Tarvitsen melko paljon lisää tietoa ja tukea

3 = Tarvitsen vähän lisää tietoa ja tukea

4 = Koen osaavani ja olen saanut tarpeeksi tietoa ja tukea

27) perustieto diabeteksestä	0	1	2	3	4
28) verensokeriseuranta	0	1	2	3	4
29) liikunta	0	1	2	3	4
30) ruokailutottumukset	0	1	2	3	4
31) uni	0	1	2	3	4
32) painonhallinta	0	1	2	3	4
33) jalkojen hoito	0	1	2	3	4
34) diabeteslääkkeet	0	1	2	3	4
35) mieliala ja jaksaminen	0	1	2	3	4
36) suun terveys	0	1	2	3	4
37) seksuaaliterveys	0	1	2	3	4
38) tupakointi ja diabetes	0	1	2	3	4

- 39) alkoholin käyttö ja diabetes 0 1 2 3 4
- 40) diabeteksen ja työn yhteensovittaminen 0 1 2 3 4
- 41) vertaistuki 0 1 2 3 4
- 42) jokin muu, mikä? _____

AVOIMET KYSYMYKSET

43) Mitkä asiat huolestuttavat sinua, kun ajattelet arkeasi diabeteksen kanssa?

44) Miten toivoisit toimintaa kehitettävän diabetesvastaanotolla, jolla käyt? _____

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan 5 hyvinvointiin liittyvää palkintoa. Jos haluat osallistua arvontaan, kirjoita yhteystietosi tähän. Yhteystietoja käytetään vain arvonnassa voittaneiden tavoittamiseen.

Nimi: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

LIITE 4



ENKÄT

Typ 2 diabetespatienternas erfarenheter om vägledning för behandling

Enkäten består av fyra delar: bakgrundsinformation, klientorientering, tillräckligt med information och stöd samt otillräckligt med information och stöd. I slutet av enkäten finns det även två öppna frågor. Vänligen svara på alla frågor, tack!

BAKGRUNDSINFORMATION

Välj ETT av följande alternativ eller skriv ditt svar på den angivna raden

1) Kön

a) Kvinna

b) Man

c) Något annat, vad? _____

2) Ålder

_____ år

3) Hur länge har du haft typ 2 diabetes?

_____ år

4) På vilken ort besöker du diabetesmottagningen?

- a) Jakobstad
- b) Vasa
- c) Nykarleby
- d) Kronoby
- e) Pedersöre

KLIENTORIENTERING

Svara på följande påståenden angående din diabetesmottagning.

1 = Helt av annan åsikt

2 = Delvis av annan åsikt

3 = Varken av annan eller samma åsikt

4 = Delvis av samma åsikt

5 = Helt av samma åsikt

5) Det är lätt för mig att komma i kontakt med min diabetesskötare när jag behöver rådgivning

1 2 3 4 5

6) Jag får komma till mottagningen när jag behöver vägledning

1 2 3 4 5

7) Mottagningen tar upp frågor som är viktiga för min dagliga diabetesvård

1 2 3 4 5

8) Jag blir bemött som individ

1 2 3 4 5

9) Jag blir helhetsmässigt bemött

1 2 3 4 5

10) Jag tycker att mitt besök i mottagningen är användbart för min egenvård

1 2 3 4 5

11) Det är enkelt att få tag i vårdutrustning

1 2 3 4 5

TILLRÄCKLIGT MED INFORMATION OCH STÖD

Inom vilket område av diabetesvård tycker du att du har fått **tillräckligt med** information och stöd i?

1 = Jag har inte fått information och stöd

2 = Jag har fått bara lite information och stöd

3 = Jag vet inte om jag har fått tillräckligt med information och stöd

4 = Jag har fått ganska bra information och stöd

5 = Jag har fått mycket god information och stöd

12) egenuppföljning av blodsocker och tolkning av resultatet

1 2 3 4 5

13) egenuppföljning av blodtryck

1 2 3 4 5

14) en kost som främjar hjärthälsa och håller blodsockernivån under kontroll

1 2 3 4 5

15) motion som främjar hälsan och psykiskt välmående

1 2 3 4 5

16) viktkontroll

1 2 3 4 5

17) läkemedelsbehandling vid typ 2 diabetes

1 2 3 4 5

18) diabetesbehandling i varierande situationer
(motion/träning, sjukdagar, resor)

1 2 3 4 5

19) diabetes och rusmedel

1 2 3 4 5

20) behandlings vid och förebyggande av för lågt blodsocker	1	2	3	4	5
21) behandlings vid och förebyggande för högt blodsocker	1	2	3	4	5
22) förebyggande av diabetesrelaterade sjukdomar	1	2	3	4	5
23) munhälsa och egenvård	1	2	3	4	5
24) fothälsa och egenvård	1	2	3	4	5
25) diabetes och graviditet	1	2	3	4	5
26) diabetes och trafiksäkerhet	1	2	3	4	5

OTILLRÄCKLIGT MED INFORMATION OCH STÖD

Inom vilket område av diabetesvård tycker du att du behöver **mer information och stöd**?

0 = Berör inte mig (t.ex. jag röker inte, använder inte alkohol, jag är inte gravid)

1 = Jag behöver mycket mer information och stöd

2 = Jag behöver rätt så mycket information och stöd

3 = Jag behöver lite mera information och stöd

4 = Jag känner mig kunnig och jag har fått tillräckligt information och stöd

27) grundläggande information on diabetes	0	1	2	3	4
28) blodsockeruppföljning	0	1	2	3	4
29) motion/träning	0	1	2	3	4
30) näring	0	1	2	3	4
31) sömn	0	1	2	3	4
32) viktkontroll	0	1	2	3	4
33) fotvård	0	1	2	3	4

34) läkemedelsbehandling vid typ 2 diabetes	0	1	2	3	4
35) humör och ork	0	1	2	3	4
36) munhälsa	0	1	2	3	4
37) sexualhälsa	0	1	2	3	4
38) rökning och diabetes	0	1	2	3	4
39) alkohol och diabetes	0	1	2	3	4
40) kombination av diabetes och arbete	0	1	2	3	4
41) kamratstöd	0	1	2	3	4
42) något annat, vad? _____					

ÖPPNA FRÅGOR

43) Är det något som oroar dig när du tänker på vardagen med diabetes?

44) Hur vill du att verksamheten vid den diabetesmottagning du besöker ska utvecklas?

TACK FÖR ERA SVAR!

Bland de som svarat på enkäten lottas det ut 5 välbefinnanderelaterade pris. Om du vill delta i utlottningen, vänligen ange dina kontaktuppgifter här. Kontaktuppgifterna används endast till att kontakta vinnarna av utlottningen.

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

