

Silja Joensuu ja Mariella Kreivi

”OTTIVAT MINUT HYVIN HUOMIOON EIKÄ AJATELLUT, ETTÄ OLEN VAIN POTILAS”

Diabetekseen sairastuneiden aikuis- ja nuoruusikäisten kokemukset aloitusohjauksesta

”OTTIVAT MINUT HYVIN HUOMIOON EIKÄ AJATELLUT, ETTÄ OLEN VAIN POTILAS”

Diabetekseen sairastuneiden aikuis- ja nuoruusikäisten kokemukset aloitusohjauksesta

Silja Joensuu ja Mariella Kreivi
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja AMK

Tekijät: Silja Joensuu ja Mariella Kreivi

Opinnäytetyön nimi: ”Ottivat minut hyvin huomioon eikä ajatellut, että olen vain potilas.” - Diabetekseen sairastuneiden aikuis- ja nuoruusikäisten kokemukset aloitusohjauksesta

Työn ohjaajat: Liisa Karhumaa ja Tuula Nissinen

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: 90 + 6 liitettä

Diabetes on yleistynyt Suomessa huomattavasti viime vuosikymmenten kuluessa. Sairautena se vaatii terveydenhuollon henkilöstöltä monialaista osaamista. Hyvin onnistuneella potilasohjauksella on vaikutusta asiakkaan terveyteen, sen edistämiseen ja laajemmin kansanterveyteen. Aloitusohjaus on hoitajakso, jonka tavoitteena on potilaan omahoidosta selviytyminen. Se vaikuttaa olennaisesti potilaan hoitoon ja siihen sitoutumiseen. Rakenteelliset muutokset terveydenhuollossa sekä hoitopaikkojen määrän vähentyminen osastoilla ovat synnyttäneet tarpeita polikliinisen hoitotyön kehittämiseen.

Opinnäytetyön tilaajana toimi Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautipoliklinikka. Toisena yhteistyötahona oli vuodeosasto 35. Työn tarkoituksena oli kuvailla diabetekseen sairastuneiden aikuis- ja nuoruusikäisten kokemuksia aloitusohjauksesta. Tavoitteenamme oli tuoda hyötyä yhteistyökumppanille tuottamalla tietoa hoitajille siitä, millaiseksi potilaat kokevat aloitusvaiheen ohjauksen sekä vertailla poliklinikalla ja vuodeosastolla saatua ohjausta. Tavoitteena on myös, että tutkimustiedon avulla ohjausta voidaan kehittää puuttamalla tutkimustuloksista ilmi tuleviin asioihin, jolloin ohjauksen laatu, potilaan kokemus aloitusohjauksesta ja omahoidon hallinta paranee. Itsemme koskevina tavoitteena on saada tietoa, jota voimme hyödyntää tulevana hoitotyön ammattilaisina.

Tutkimusotteena käytimme määrällistä tutkimusotetta, joka täydentyi laadullisella tiedolla. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Lomake postitettiin 99:lle vuosina 2013-2015 aloitusohjauksen saaneelle ja heistä 35 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 34,7 %. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysillä.

Tulosten perusteella aloitusohjauksen saaneet kokivat olevansa pääosin tyytyväisiä saamansa aloitusohjauksen kokonaisuuteen. Potilaslähtöisyys toteutui tulosten perusteella pääasiassa hyvin. Suurimmat puutteet olivat psyykkisen tuen saamisessa sekä ohjausajan riittävydessä. Aloitusohjauksen onnistumista edistävänä tekijänä esiin nousi muun muassa hoitajan antama tuki ja estävänä tekijänä asioiden liian nopea läpikäyminen. Kehittämistarpeina molemmissa ohjauspaikoissa ilmeni esimerkiksi psyykkisen tuen ja ohjausajan lisääminen. Poliklinikalla ohjauksen saaneet olivat tulosten perusteella aloitusohjaukseen kokonaisuutena hieman tyytyväisempiä kuin vuodeosastolla ohjatut. Lisäksi he kokivat oppineensa pääosin hieman paremmin sisältöön liittyvät asiat. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sekä poliklinikalla että vuodeosastolla aloitusohjauksen kehittämisessä.

Asiasanat: Diabetes, diabetekseen sairastuminen, potilasohjaus, polikliininen hoidonohjaus, potilasohjaus osastolla, omahoito, aloitusohjaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Silja Joensuu and Mariella Kreivi

Title of thesis: The starting guidance with adult and adolescence diabetes patients in an outpatient department and a hospital ward

Supervisors: Liisa Karhumaa and Tuula Nissinen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016

Number of pages: 90 + 6 appendices

Diabetes has been becoming considerably common in Finland over the last decades and the amount is expected to increase fast in the future. As a disease it requires cross-sectoral knowledge of health care personnel. The successful patient guidance system has an impact on the health of a client, its promotion, as well as on a broader scale, public health. The starting guidance is the course of treatment, the aim of which is getting along with the patient's self-care. It significantly affects the patient's treatment and adherence. Structural changes in the health care sector, as well as a decrease in the number of care sites, have created increasingly needs to develop nursing of outpatient departments.

The thesis is subscribed by the Oulu University Hospital, the outpatient department of internal medicine. The guidance in outpatient department is, even there, a relatively new method, so its usefulness was required to be screened. Another partner, in the ward, was the department number 35. The purpose of this work was to describe adult and youth diabetes patient's experiences of the starting guidance. Our goal was to create benefits to co-partners by providing information for nurses on how did the patients consider the starting guidance, as well as to compare it in the outpatient department and the ward. The aim is also to use the research information of the starting guidance to address on results of upcoming issues. The aim for ourselves is to gather information, which we in the future are able to utilized as the coming of nursing professionals. The research was a quantitative research approach, which was complemented by qualitative information. The data was collected by using a structured questionnaire, which included open-ended questions. The questionnaire was mailed to 99 patients who had received starting guidance under the period of 2013-2015 and 35 of them responded. The answering percentage was 34.7 %. The data were analyzed by analysis of statistical and content methods.

On the basis of the results the respondents who had received the starting guidance considered they were mostly satisfied with the starting guidance received as the whole. Based on the results, patient-orientation was mainly fulfilled as well. Major shortcomings were in getting psychological support, as well as the sufficient time period of the starting guidance. To the success of starting guidance was contributing, among other things, the support given by the nurse and to the inhibiting factors was contributing too fast walkthrough of the issues. As development need in both guidance locations appeared, for example, to increase psychological support and guidance time. The respondents who had received guidance in outpatient departments were as a whole slightly more satisfied than in the ward guided. In addition, they considered they had learned mainly slightly better things related to content. The results can be utilized in development of starting guidance both in the outpatient department and in the ward.

Keywords: Diabetes, getting ill in diabetes, the patient guidance, the patient guidance in outpatient department, the patient guidance in the ward, self-care, inception guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	DIABETEKSEEN SAIRASTUNEEN ALOITUSOHJAUS.....	8
2.1	Tieto diabeteksestä	8
2.2	Omahoidon oppiminen.....	9
2.3	Elämäntavat ja diabetes.....	19
2.1	Sairaanhoitaja aloitusohjauksen toteuttajana	21
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	32
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	33
4.1	Tutkimusmetodologia.....	33
4.2	Tutkimuksen kohdejoukko ja tutkittavien valinta	33
4.3	Tutkimusmenetelmä	34
4.4	Aineiston keruun toteuttaminen.....	36
4.5	Aineiston analyysi ja tulosten esittäminen	36
5	TUTKIMUSTULOKSET	40
5.1	Kokemukset aloitusvaiheen hoidonohjauksesta.....	40
5.2	Aloitusohjaukseen vaikuttavat tekijät	59
5.3	Aloitusohjauksen kehittämistarpeet	66
6	TULOSTEN TARKASTELO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	69
6.1	Kokemukset aloitusvaiheen hoidonohjauksesta.....	69
6.2	Aloitusohjaukseen vaikuttavat tekijät	71
6.3	Aloitusohjauksen kehittämistarpeet	73
6.4	Johtopäätökset.....	75
7	POHDINTA	76
7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	76
7.2	Tutkimusprosessi ja omat oppimiskokemukset.....	78
7.3	Yleistettävyys ja jatkotutkimusaiheet	80
	LÄHTEET	83
	LIITTEET	90

1 JOHDANTO

Diabetes on maailmanlaajuisesti yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista. Myös Suomessa se on yleistynyt huomattavasti viime vuosikymmenten kuluessa ja määrän arvioidaan kasvavan tulevaisuudessakin nopeasti. Jo yli 500 000 suomalaista sairastaa diabetesta. Sen hoitokustannukset ovat Suomessa noin 15 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, 2.) Insuliinipuutteinen diabetes on Suomessa väkimäärään nähden yleisempi kuin missään muussa maassa maailmassa (Diabetesliitto 2015c, viitattu 11.6.2015). Vuoden 2013 loppupuolella pistoshoitoista diabetesta sairastavien määrä oli Suomessa 59 287 (Koski 2014, 14).

Diabeteksen hoidon toteuttamiseen tarvitaan monitahoista ohjausta. Aikaisemmin vastasairastuneen tyyppin 1 diabeetikon hoidonaloitus toteutui pelkästään vuodeosastolla. Polikliininen aloitus on diabeteksen hoidossa kuitenkin yleistymässä. (Suomen Diabetesliitto ry 2011, 15-16.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa yksittäisiä polikliinisiä aloituksia on toteutettu vuonna 2005, mutta nykyinen, laajempi polikliininen ohjauskäytäntö on aloitettu tammikuussa 2010. Rakenteelliset muutokset terveydenhuollossa sekä hoitopaikkojen määrän vähentyminen osastoilla ovat synnyttäneet tarpeita polikliinisen hoitotyön kehittämiseen. Polikliinisessä potilastyössä hoidonohjauksen rooli korostuu potilaan sitouttamisessa hyvään hoitoon. Polikliinisella hoidonaloituksella saavutetaan kustannussäästöjä vuodeosastolla toteutettavaan aloitusvaiheen hoidonohjaukseen verrattuna. (Suomen Diabetesliitto ry 2011, 15-16.)

Potilasohjaus on olennainen osa sairaanhoitajan ammatillista toimintaa asiakkaiden terveyden edistämiseksi. Hyvin onnistuneella potilasohjauksella on vaikutusta asiakkaan terveyteen, sen edistämiseen sekä laajemmassa mittakaavassa kansanterveyteen. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, viitattu 25.3.2015.) Asiakkaan ohjaaminen haasteellisessa tilanteessa edellyttää ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista eli tietoa siitä, mistä asioista ohjaus koostuu ja mitä se merkitsee (Kyngäs & Kääriäinen 2006, viitattu 25.3.2015). Alkuvaiheen ohjaus vaikuttaa olennaisesti potilaan hoitoon ja siihen sitoutumiseen. Toimintavaiheen ohjaustilanteissa kuunteleminen ja hyvän asiakassuhteen luominen on ensiarvoisen tärkeää. Hoidonohjauksen suunnittelu ja ongelmien ratkaisu tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnittelun sisällössä huomioidaan ohjattavan elämäntilanne ja tarvittavat elämänmuutokset. Ne käydään läpi yhdessä potilaan kanssa, kun laaditaan hoidolle tavoitteet. (Diabetesliiton työryhmä 2008, 10.)

Opinnäytetyömme kohdistui Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisellä tulosalueella hoidettuihin vastasairastuneisiin diabeetikoihin. Se käsitteli alkuohjauksen toteutumista sisätautipoliklinikalla ja vuodeosastolla 35. Saimme opinnäytetyöaiheemme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin opinnäytetyöaihepankista. Yhteistyökumppaneina toimi Oulun yliopistollisen sairaalan opiskelijakoordinaattori Annukka Tuomikoski, häntä sijaistanut Jonna Juntunen sekä yhdyshenkilönä sisätautipoliklinikalta diabeteshoitaja Hanna Jämsä ja vuodeosastolta 35 diabeteksen hoidosta vastaava sairaanhoitaja Johanna Keränen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla diabetekseen sairastuneiden aikuis- ja nuoruusikäisten potilaiden kokemuksia ohjauksesta sekä selvittää ohjauksellisia eroja poliklinikalla ja vuodeosastolla. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa hoitajille siitä, millaiseksi potilaat kokivat aloitusvaiheen ohjauksen sekä vertailla poliklinikalla ja vuodeosastolla saatua ohjausta. Tutkimustiedon avulla ohjausta voidaan kehittää puuttamalla tutkimustuloksista ilmi tuleviin asioihin, jolloin ohjauksen laatu paranee. Hyvin onnistuneella potilasohjauksella on vaikutusta asiakkaan terveyteen, sen edistämiseen sekä laajemmassa mittakaavassa kansanterveyteen. Tavoitteenamme on myös saada tietoa, jota itse voimme hyödyntää tulevassa ammatissa potilasohjausta antaessamme. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka täydentyi laadullisella kokemustiedolla avointen kysymysten kautta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysillä

Diabetesta sairastavien aloitusohjauksesta ei ole toteutettu aiemmin tutkimuksia Oulun yliopistollisen sairaalan sisällä, joten aihe koettiin tulosalueella ajankohtaiseksi. Erityisesti poliklinikkaohjauksen hyödyllisyydestä haluttiin tutkimuksellista näyttöä. Diabetespoliklinikalla hoidetaan pääasiallisesti diabetesta sairastavia, jotka tarvitsevat insuliinihoitoa. Potilaat tulevat poliklinikalle suunnitellusti lääkärin läheteellä. Polikliinista ohjausta annetaan, jos potilaan arvioidaan jo pian sairauden toteamisen jälkeen selviytyvän kotona seuraavaan polikliiniseen ohjaukseen saakka. Jos potilas esimerkiksi hakeutuu yhteispäivystykseen, polikliininen aloitusohjaus aloitetaan virka-aikana. Vastasairastuneet diabeetikot, joiden sairaus vaatii osastohoitoa, ovat keskeinen potilasryhmä vuodeosastolla 35 hoidettavista umpieritysrauhasten sairauksia sairastavista potilaista. Heitä ovat muun muassa ne diabetekseen sairastuneet, joilla sairaalaantulovaiheessa on jokin infektio tai asidoosia. Potilaat, joiden arvioidaan tarvitsevan runsaammin tukea alkuvaiheen omahoitoon ohjataan poikkeuksetta osastolla. Potilaat tulevat osastolle joko suunnitellusti ajanvarauksella tai päivystyspotilaina.

2 DIABETEKSEEN SAIRASTUNEEN ALOITUSOHJAUS

2.1 Tieto diabeteksestä

Sairastuminen pitkäaikaissairauteen saa aikaan yksilön tai perheen tasapainon järkkymisen. Tämä käynnistää kriisinomaisen muutostarpeen. Tieto pitkäaikaisesta sairaudesta tuo mukanaan usein tavallista suurempaa epävarmuutta tulevaisuudesta. Moni diabetekseen sairastunut pohtii sairastumisen syytä ja sitä, miten diabetes tulee vaikuttamaan elämään. Tulevaisuuden pohtiminen voi alkuun tuntua merkityksettömältä ja elämässä asetetut tavoitteet ja suunnitelmat uhatuilta. Huomio voi kiinnittyä pieniin yksityiskohtiin. Potilaalla saattaa olla vanhakantaisia kauhukuvia diabetekseen liittyvistä vaaroista ja käsitys siitä, että sairauden hoito on erityisen vaikeaa. Alkuvaiheessa potilaalla herää usein huoli hoidon onnistumisesta ja kysymyksiä siitä, mitä riittävän hyvä omahoito vaatii. Diabetekseen sairastuminen voi nostaa esille myös monia kysymyksiä, jotka liittyvät vastasairastuneen muuhun elämään ja kokemuksiin, eivätkä välttämättä aina diabetekseen. Hoitajan on pyrittävä vastaamaan näihin potilaan tarpeisiin ja tunteisiin. Psykkisen tuen merkitys tulee nähdä suurena, sillä se edistää muun muassa potilaan sitoutumista hoitoon. Aloitusohjauksessa tulee kartoittaa potilaan ennakkotietämystä sairauden suhteen ja huomioida potilaan aikaisempaan tietoon ja kokemukseen liittyvät mahdolliset pelot. Alkuhämmennyksessä kantava tekijä on usein sen huomion tekeminen, että sairaus koetaan terveydenhuollossa ilmiönä tutuksi ja tavanomaiseksi. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2015, 16, 36, 43; Marttila 2015; Streng 2014, 109; Olli 2008, 17; Tauriainen 2014, 28.)

Diabetesliitossa työskentelevän psykologin, Kirsi Ikuin (2014) mukaan sairastuminen ykköstyypin diabetekseen koetaan usein helpommaksi käsitellä kuin sairastuminen tyypin 2 diabetekseen. Näin siksi, että tyypin 1 diabetekseen sairastumiselle ei toistaiseksi ole olemassa ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia. Tunnetasolla diabeteksen puhkeamiseen yhdistetään kuitenkin aina epätietoisuuden lisäksi ahdistusta ja surua. Myös sairastuneen läheiset kokevat usein näitä samoja tunteita. Ensintuntemuksiin voi sisältyä sokinomaista järkytystä sekä epäuskoa, tapahtunut ei tunnu todelliselta. Toisaalta diagnoosin saaminen saattaa olla myös helpotus, johtuen siitä, että sitä edeltäneille oireille löytyy selitys. Tiedon saaminen sairaudesta on pohja kehittymiselle pärjäämään diabeteksen kanssa, jatkaen arkista elämää ja sopeutuen uuteen tilanteeseen. Sopeutumisprosessille on ominaista, että se etenee vaiheittain ja voimavarat korostuvat yksilön selviytymistä edistävinä keinoina. Elämää joudutaan usein aivan kuin jäsentelemään uudestaan. Siihen sisältyviä voimavaroja käydään läpi. Diabetekseen sairastunut miettii yleensä sitä, minkä asioiden vuoksi huolenpito itsestä ja omahoitoon keskittyminen on niin tärkeää. Terveyden olles-

sa uhattuna elämän muut asiat saavat uudenlaista merkitystä. Ensimmäisten tunnekuuhujen laannuttua aletaan etsiä käytännöllisesti toimivia ratkaisuja sairauden hallintaan. Alkujärkytystä seuraava selviytymisprosessi tähtää sopeutumiseen, jonka tavoitteena taas on mahdollisimman hyvä selviytyminen. Sopeutuminen käsitteenä on monimuotoinen. Siihen voidaan sisällyttää muuttuviin olosuhteisiin mukautumista sekä kykyä oikeanlaiseen suhtautumiseen ja käyttäytymiseen uudessa tilanteessa. Pitkäaikaiseen sairauteen liittyvästä sopeutumisprosessista voidaan erottaa fyysinen mukautuminen ja psykososiaalinen sopeutuminen. Näistä kahdesta psykososiaalinen osuus korostuu. (Hyvärinen 2014, 12; Ilanne-Parikka ym. 2015, 36, 43; Marttila 2015; Olli 2008, 17; Streng 2014, 109; Tauriainen 2014, 28.)

Diabetekseen sairastuminen ja elämäntilanne

Diabetekseen sairastuttaessa työelämässä oleva voi lähtökohtaisesti jatkaa työntekoa entisessä ammatissaan. Haasteena on kuitenkin niiden tilanteiden ennakointi, joissa hypoglykemiasta voi työtilanteessa aiheutua tapaturma sairastavalle tai muille työpaikassa työskenteleville. Työ tulee pystyä sopivasti tauottamaan ja ruokailemaan tulee päästä tarpeen mukaan. Sairastuttaessa arvioidaan diabeteksen vaikutus työkykyyn. Muun muassa vuorotyötä tekevän on tarpeen mahdollisimman varhain miettiä ratkaisuja työn tauottamiselle, jotta muun muassa verensokerin mittaaminen ja välipalojen nauttiminen onnistuu ongelmitta. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 464-465.)

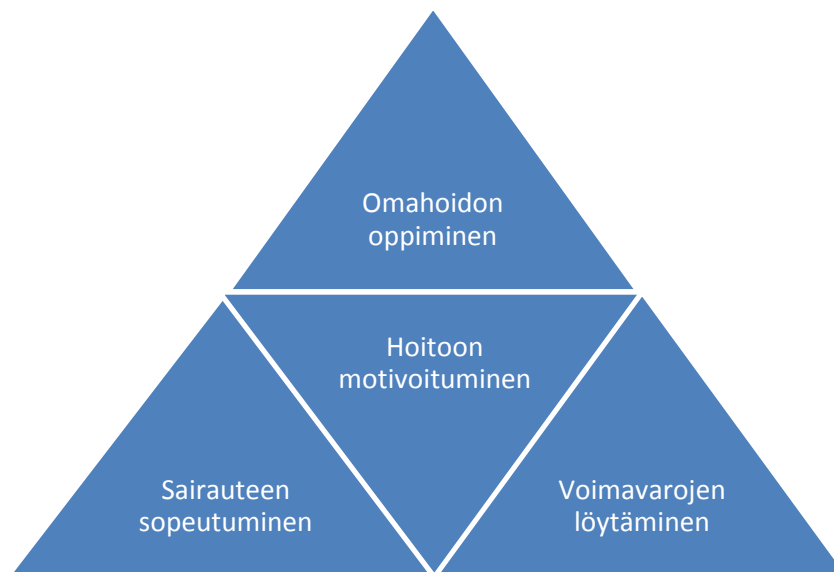
Kun nuori sairastuu diabetekseen, hän saattaa törmätä haasteisiin psykososiaalisessa kehityksessä sekä identiteetin ja itsetunnon rakentumisessa. Suhtautuminen omaan kehoon saattaa sairauden kautta muuttua. Nuoruusiässä ihminen peilaa itseään runsaasti muihin vertaisryhmän keskellä. Toisinaan sairautta vastaan esiintyvän voimakkaan kapinoinnintarpeen taustalla saattaa olla se, että diabetesta sairastava haluaisi olla kuten muutkin ja elää ilman sairautta. Nuoren suhtautumisen diabetekseen on tutkittu olevan monimuotoisesti yhteydessä perheen, ystävien ja muiden läheisten sekä ammattihenkilöiden antamaan tukeen ja kannustukseen. Nuoruusiäksi luokitellaan ikävuodet 12-22. (Olli 2008, 5, 13-14.)

2.2 Omahoidon oppiminen

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka aiheutuu joko insuliinihormonin puutteesta, sen heikentyneestä toiminnasta tai näistä molemmista. Elimistö tarvitsee insuliinihormonia energia-aineenvaihdunnan säätelyyn. Insuliini säätelee elimistön rasvan ja sokerin käyttöä ja niiden varastoitu-

mista sekä valkuaisaineiden rakentumista. Diabetes on sairautena vakava ja pysyvä muutos, mutta sen hoito on kehittynyt tehokkaaksi. Hoito muodostuu suureksi osin diabeetikon toteuttamasta omahoidosta. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9, 63; Marttila 2015.)

Rissanen (2005) tutkimuksen mukaan vastasairastuneen hoidonohjaus on pääsääntöisesti sairauteen sopeutumiseen tukemista. Vastasairastuneen diabeetikon hoidonohjaukseen sisältyy sairaudesta kertominen, tunteista puhuminen sekä potilaalle mieleen nousevien kysymysten kuunteleminen ja niihin vastaaminen. Ensimmäisinä päivinä potilaalle annetaan vain välttämättömin tieto. Käypähoitosuosituksissa (2013) sairauden toteamisvaiheessa ohjattaviksi asioiksi on määritelty insuliinin pistäminen, verensokerin mittaaminen, hiilihydraattien arviointi sekä hypoglykemian tunnistaminen ja hoito. Aloitushoitusohjaus tähtää omahoidon oppimiseen. Omahoidon oppimisen taustalla on hoitoon motivoituminen, jonka tulee lähteä potilaasta itsestään. Hoitajan tehtävänä on tukea motivoitumista ja voimaantumista sekä potilaan kykeneväisyyden tunnetta ratkaisujen luomisessa. Kuviossa 1 on kuvattu omahoidon oppimisen taustalla olevia tekijöitä potilaslähtöisen ohjauksen näkökulmasta. (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä & Routasalo 2009, viitattu 22.2.2016; Juselius 2013, viitattu 3.4.2015; Rissanen 2005, 33.)



KUVIO 1. Aloitusohjaus potilaslähtöisenä hoidonohjauksena (koostettu tietoperustan pohjalta)

Diabetestyytit

Yleisesti diabetes määritellään etiologisiin päätyyppeihin tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseksi. Niiden lisäksi esiintyy harvinaisempia diabeteksen alamuotoja. Molempien diabetestyyppien synnyn tiedetään riippuvan perintötekijöistä. Perinnöllisyysasteet eri diabetestyypeissä kuitenkin vaihtelevat. (Duodecim,

Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 12.5.2015; Ilanne-Parikka ym. 2015, 9; 15-17.)

Tyypin 1 diabetes on niin sanottu nuoruusiän diabetes, jolle on tunnusomaista haiman insuliinia tuottavien beetasolujen vaurioituminen. Tämä johtuu autoimmunitulehduksesta, joka diabeteksestä puhuttaessa tarkoittaa ilmiötä, jossa elimistö alkaa vaurioittaa haiman solukkoa tunnistettuaan sen virheellisesti vieraksi soluksi. Terveen haiman Langerhansin saarekkeiden beetasolut erittävät sykäyksittäin insuliinia verenkiertoon muutaman minuutin välein. Vaurioituneissa beetasoluissa insuliinin erityis lakkaa. Tyypin 1 diabeteksen puhkeamiseen liittyy perimän ohessa ympäristötekijöitä, joiden arvellaan olevan muun muassa virustulehduksia, varhaislapsuuden ruokavalioon liittyviä tekijöitä ja ympäristömyrkyjen vaikutuksia. Ykköstyypin diabetes syntyy periytyvän alttiuden ja diabetekselle altistavan ympäristötekijän tai ympäristötekijöiden kohdatessa. Sairastuneet ovat pääsääntöisesti alle 40-vuotiaita, mutta sairaus voi puhjeta missä tahansa iässä. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9, 14-15, 17-18, 33, 63.)

Tyypin 2 diabetes on etenevä sairaus, jossa haiman insuliinintuotanto heikkenee vuosien kuluessa. Kun insuliinin erityis ei ole riittävää elimistön tarpeeseen nähden, sen vaikutus laskee. Sairaudenkuvaan kuuluu ääreiskudosten puutteellinen reagointi insuliiniin. Kakkostyypin diabetes on useimmiten osa metabolista oireyhtymää. Suurimpia elintapatekijöitä sairauden laukeamisessa ovat liikalihavuus, liikunnan vähäisyys ja rasvainen ruokavalio. Tyypin 2 diabetekseen sairastumisessa yleinen alaikä on 35 vuotta. Sitä sairastaa valtaosa, noin 80 - 90 %, kaikista diabeetikoista. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9; 18, 34.; Kallioniemi 2015, viitattu 28.3.2015; Reunanen 2005, viitattu 9.5.2015.)

Diabetes voidaan hoidollisesta näkökulmasta luokitella monipistoshoitaiseen sekä tabletti – ja ruokavaliohoitaiseen diabetekseen (Ilanne-Parikka ym. 2015, 9). Tutkimuksemme potilasaines koostui monipistoshoitaisista diabeetikoista, joten tietoperustassamme keskittyy siihen.

Kun haiman insuliinia tuottavat beetasolut vaurioituvat ja insuliinin erityis lakkaa asteittain kokonaan, tarvitaan insuliinia monipistoisesti korvaushoitona. Monipistoshoitaisia diabeetikoita ovat tyypin 1 diabeetikot sekä tyypin 2 diabeetikot, joilla sairaus on edennyt jo niin pitkälle, että pitkävaikutteisen insuliinin lisäksi tarvitaan ateriainsuliinia. (Kallioniemi 2015, viitattu 28.3.2015.) Tutkittavat potilaat olivat suurimaksi osin tyypin 1 diabeetikoita.

Verensokerin seuranta ja lääkehoidon säätely monipistoshoitossa

Kun haiman insuliinintuotanto lakkaa, päivittäinen insuliinihoito on elämisen kannalta välttämätöntä. Monet tekijät, kuten stressi, liikunta ja tulehdussairaudet vaikuttavat solujen glukoosintarvetta lisäämällä insuliinintarpeeseen. Tämän vuoksi diabeetikko opettelee insuliiniannostensa tarvetta vastaavan säätelyn. Lisäksi insuliinivalmisteiden vaikutus on yksilöllinen. Verensokeriarvojen arviointi suhteessa annosteltuihin insuliinimääriin ja niiden annosteluajankohtiin auttaa käytössä olevien insuliinien todellisten vaikutusten arvioinnissa. Lääkehoito sovitetaan ruokailun ja liikunnan sekä insuliinin imeytymisvaikutusten suhteen yhteensopivaksi. Edellä mainittujen tekijöiden ohella immunologiset vaikuttajat tai muut sairaudet sekä vaihtelu elimistön hormonitoiminnassa voivat aiheuttaa vaihtelevuutta glukoositasapainossa. Jotta lääkehoitoa voidaan säädellä elimistön tarpeen mukaisesti, diabetesta sairastavan tulee toteuttaa säännöllistä verensokerin omaseurantaa. Plasman glukoosin seuranta on tärkeää myös hypoglykemiariskin vuoksi. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19-20; Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 9.5.2015; Ilanne-Parikka ym. 2015, 237, 293; Mustajoki 2014, viitattu 8.4.2015.)

Verensokerin omaseuranta jaotellaan perusseurantaan sekä tihennettyyn seurantaan. Verensokerin mittaussvälejä tulee tihentää hiilihydraattimäärien arvioinnin opetteluvaiheessa tai lääkehoidon muuttuessa. Tällöin verensokerin mittaus suositellaan tehtäväksi aamuisen paastoverensokerin sekä illalla mitattavan sokeriarvon lisäksi ennen ateriointia sekä aina kahden tunnin kuluttua ruokailusta. Ennen sovittua tapaamista diabeteshoitajan tai lääkärin kanssa on suositeltavaa toteuttaa yhdestä kahteen viikkoon tehostettua verensokerin seurantaa. Tehostetussa seurannassa tehdään mittauksen lisäksi kirjaukset insuliiniannoksista, liikunnasta sekä ravinnon sisältämistä hiilihydraateista. Sairauden alkuvaiheessa ja lääkityksen muutosvaiheessa seurannan toteuttaminen mahdollisimman tiheään on aina suositeltavaa. Verensokerin mittaustarvetta arvioidaan alkuohjauksen jälkeen seurantakäynneillä diabeteshoitajan luona. (Alahuhta & Seppänen 2007, 115; Ilanne-Parikka ym. 2015, 287; Jämsä 2013; Mustajoki 2014, viitattu 8.4.2015.)

Elimistön toimiessa normaalisti insuliinin erityksen jakautuu jatkuvaan ja mukautuvaan perusinsuliinieritykseen ja aterioiden määrien suhteen vaihtelevaan ateriainsuliinieritykseen. Korkeimmillaan peruserityksen määrä on aikuisikäisellä aamulla ennen heräämistä ja sen jälkeen ja matalimmillaan yön aikana. Kasvuhormoni ja kortisoli vapauttavat sokeria maksasta lisäten insuliinin tarvetta. Perusinsuliinin eritykseen vaikuttavat esimerkiksi liikunta ja stressihormonit. Ateriainsuliinin erityksen ajankohtaa säätää ateriarytmi ja erittyvää insuliinimäärää nautitut hiilihydraatit. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 65, 293.)

Insuliinihoidossa normaalin insuliinitoiminnan korvaamisen lisäksi on huomioitava erityistilanteet, kuten hypoglykemia-alttius ja aamunkoittoilmiö. Kaikilla aikuisilla insuliinipuutteista diabetesta sairastavilla esiintyy silloin tällöin niin kutsuttua aamunkoittoilmiötä, jossa verensokeri alkaa kohota aamuyöllä, vaikka se nukkumaan mennessä olisi ihannetasolla eikä yön aikana käy liian alhaalla. Aamunkoittoilmiössä insuliinin teho heikkenee hetkellisesti johtuen insuliinin vastavaikuttajahormonien erityksestä. Insuliinipuutteisessa diabeteksessa aamunkoittoilmiön aiheuttamaa verensokerin kohoamista hallitaan ajoittamalla pitkävaikutteinen detemir- tai NPH-insuliini niin, että huippuvaikutus ajoittuu aamun tunneille tai jos perusinsuliinina käytetään glargiinia, pistos ajoitetaan iltaan. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 65,68, 280-281; Manneri 2012, viitattu 7.6.2015.)

Monipistoshoidolla tarkoitetaan lääkehoidon toteuttamista perusinsuliinia ja ateriainsuliinia käyttämällä. Aloitusvaiheessa insuliinin tarve on yleensä vähäisempi ja se kasvaa hoidon edetessä. Sopivia insuliiniansiannoksia etsitään tällöin varoen. Perusinsuliinia pistetään yhdestä kahteen kertaan päivässä. Se vaikuttaa ympärivuorokautisesti ja säätelee glukoosin vapautumista maksasta aterioiden välillä ja öisin. Perusinsuliinilla tavoitellaan paastoverensokeriarvon oikeaa tasoa sekä pyritään välttämään hypoglykemia-alttiutta huolimatta satunnaisesta pääaterian nauttimisen jäämisestä. Pitkävaikutteisten insuliinien vaikutustavoissa ja -ajoissa on eroavaisuuksia, kun taas pikainsuliineissa niissä ei ole suuria eroja. Ateriainsuliini on pikavaikutteinen insuliiniyhdiste, joka pistetään aterioiden yhteydessä, yleensä aterian alkaessa. Sen tarkoitus on estää aterian aiheuttamaa verensokerin nousua. Insuliinihoidon aloitusvaiheessa yleinen pistettävä ateriainsuliinin määrä on 0,5-1,0 kansainvälistä yksikköä pikavaikutteista insuliinia 10 gramman hiilihydraattimäärää kohti. Kahden tunnin kuluttua aterialta veriplasman glukoosipitoisuus saisi olla omamittauksissa enintään 2-3 mmol/l ateriaa edeltäviä mittausarvoja korkeampia. Verensokeriarvoissa pyritään aamuisen paastoarvon ja aterioita edeltävien mittausten osalta keskiarvoon 6,5 mmol/l ja aterioiden jälkeisissä mittauksissa keskiarvallisesti lukeman 9 mmol/l alle. Tilapäisesti korkeat verensokeriarvot korjataan tarvittaessa korjausinsuliinilla eli pikainsuliinin lisäannoksilla aterioiden yhteydessä. Insuliinihoidon ohjauksessa tavoitellaan sitä, että potilas oppii muuttamaan insuliiniansiannoksiaan päivärhythmin, ruokailun, stressin, liikunnan ja verensokerinmittausten perusteella. Tyypin 1 diabeteksessa niin moni tekijä vaikuttaa verensokeriin, ettei glukoosiarvojen pysyminen aina vakaalla tasolla ole realistinen tavoite. On tavallista, että verensokeriarvot ovat vaihtelevia suhteessa tavoitearvoon. Suurella osalla monipistoshoidoista diabeetikoista veren glukoosipitoisuus käy päivittäin tavoiteltavan arvon ylä- tai alapuolella. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19-20, 119; Diabetesliitto 2015, viitattu 16.6.2015; Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, 20-22; Hyvärinen 2014, 12; Ilanne-Parikka 2015, viitattu 16.6.2015; Ilanne-Parikka ym. 2015, 237; Jämsä 2013; Manneri 2012, viitattu 8.4.2015; Mustajoki 2014, viitattu 16.6.2015.)

Hypoglykemia

Hypoglykemialla tarkoitetaan tilaa, jossa veren glukoosipitoisuus laskee alle arvon 4,0 mmol/l. Hypoglykemian taustalla on yleisimmin liiallinen insuliinivaikutus. Usein tähän on syynä insuliinin virheellisesti suhteutettu määrä liikunnan ollessa totuttua runsaampaa tai ruokailun vähäisempää. Myös runsas alkoholinkäyttö altistaa hypoglykemian syntymiselle. Insuliinista riippuvaisessa diabeteksessä esiintyy silloin tällöin lieviä hypoglykemioita. Vakavaksi hypoglykemia luokitellaan silloin, kun diabeetikko ei kykene oireista johtuen enää korjaamaan tilannettaan itse. Kun verensokeri laskee edelleen, aivot eivät saa riittävästi energiaa. Seurauksena voi olla diabeettinen sokki ja tajuttomuus. Tämän vuoksi diabetesta sairastavan on tärkeä oppia tuntemaan hypoglykemian oireet. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19; Duodecim, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, 23; Groop, Isomaa, Laine, Puurunen & Tarnanen 2013, viitattu 8.4.2015; Kotisaari, Olli, Rintala & Simonen 2008, 74; Manneri 2014, 57; Mustajoki 2015, viitattu 10.4.2015; Riihelä 2014, viitattu 16.6.2015.)

Hypoglykemian oireita ovat heikotus, nälän tunne, tärinä, pahoinvointi, huimaus, kalpeus, sydämen tykytys, keskittymiskyvyn heikentyminen ja näköhäiriöt. (Kotisaari ym. 2008, 74.) Ensimmäisinä oireista ilmaantuvat insuliinituntemukset eli niin sanotut adrenaliinioireet. Ne johtuvat siitä, että verensokerin laskiessa elimistö alkaa erittää vastareaktion hormoneja, kuten adrenaliinia ja kortisolia. Jos verensokeri laskee edelleen, ilmaantuu hermostollisia oireita, kuten päänsärkyä, väsymystä ja muistivaikeuksia. Niitä esiintyy yleensä silloin, kun glukoosiarvo on alle 3 mmol/l. Tajunnassa ilmeneviä häiriöitä esiintyy hyvin alhaisilla arvoilla, verensokerin laskiessa alle 2,5 mmol/l. Tajuttomuuden raja tulee vastaan verensokerin laskiessa vielä alaspäin tästä arvosta. Elimistön insuliinipuutoksesta johtuvien oireiden ilmaantumisessa on kuitenkin yksilöllistä vaihtelua. (Manneri 2014, 57; Mustajoki 2015, viitattu 6.5.2015.)

Hypoglykemiaa epäiltäessä tulee verensokeri tarkistaa mittaamalla. Jos verensokerimittaria ei ole saatavilla, toimitaan kuten hypoglykemiaa hoidettaessa. Ensiapuna nautitaan 10-20 grammaa hiilihydraatteja. Tämä määrä sisältyy esimerkiksi yhteen desilitraan appelsiinimehua. Oireiden jatkuessa vielä kymmenen minuutin kuluttua, otetaan hiilihydraatteja toinen samansuuruinen annos. Jos diabeetikko on oksenteleva, hänet asetellaan kylkiasentoon. Tällöin voidaan sivellä siirappia posken limakalvoille, josta se imeytyy nopeasti. Diabeetikon ollessa tajuttomana käytetään ensiapuna glukakoni-injektiota. Hoidon tavoitteena on verensokerin nousu mahdollisimman nopeasti normaalitasolle eli lukemiin 4-6 mmol/l. Glukakoni on insuliinihormonin vastavaikuttaja. Se pyrkii korjaamaan verensokerin vaarallista laskua muuttamalla glykogeenia glukoosiksi ja vapauttamalla sitä maksasta verenkiertoon. (Kotisaari ym. 2008,75;

Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 6.5.2015; Riihelä 2014, viitattu 16.6.2015.)

Kun potilas tulee tajuihinsa, hänen tulee nauttia jotain hiilihydraattipitoista syötävää tai juotavaa. Jos vointi ei kohene, on jatkohoito terveyskeskuksessa tai sairaalassa tarpeen. Hypoglykeemisen tajuttomuuskohtauksen syyt on selvitettävä diabeteshoitajan tai lääkärin kanssa, jotta jatkossa kyetään paremmin välttämään kohtauksia. (Kotisaari ym. 2008,75.)

Hyperglykemia

Hyperglykemialla tarkoitetaan korkeaa verensokeria, joka voi johtua insuliinin puutteesta, sen vaikutuksen heikkenemisestä elimistössä tai molemmista. Hyperglykemian hoidolla ennaltaehkäistään diabeteksen akuutteja ja kroonisia komplikaatioita, kuten ketoasidoosin kehittymistä ja liittämissairauksia. Hyperglykemian oireina ovat usein jano, ruokailun jälkeinen väsymys, tihtynyt virtsaamisen tarve sekä pahoinvointi ja oksentaminen. Insuliinipuutteista diabetesta sairastavan hyperglykemiaa hoidetaan insuliinilla. (Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, 17.)

Ketoasidoosi ja alkuvaiheen laboriokokeet

Alkuhoidossa arvioidaan mahdollisuus insuliinipuutokseen huomioimalla voimakkaat oireet, erityisesti laihtuminen. Ketoaineiden esiintyminen tutkitaan potilailta, joilla oireet ovat voimakkaita, laihtuminen merkittävää tai veriplasman glukoositaso ylittää diagnosointivaiheessa arvon 20 mmol/l. Ketoaineita syntyy elimistön rasvanpolton yhteydessä myös ilman diabetesta, etenkin yöpaaston jälkeen. (Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 9.5.2015.)

Happomyrkytyksen laukaisijana on usein liian pitkään toteamattomana jatkunut diabetes, insuliinintarpeen lisääntyminen tulehdustaudin tai jonkin sairauden vuoksi tai insuliinin pistämisen jättäminen. Happomyrkytyksessä verensokeri on usein yli 15 mmol/l. Tällöin seerumissa ja virtsassa esiintyy runsaasti happoja. Tässä happomyrkytyksessä eli ketoasidoosissa veren ph on alle 7,35. Lisäksi ilmenee usein kaliumin ja natriumin muutoksia. Jos on vaarana, että potilas, esimerkiksi kapinoidakseen sairautta vastaan, jättää ottamatta tarvittavat insuliiniannokset, on tärkeää painottaa hoitamatta jättämisen seurauk-

sia. Pitkälle edenneestä insuliinin puutteesta aiheutuva ketoasidoosi on hengenvaarallinen tila. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 301.)

Insuliinin puutteesta johtuva ketoasidoosi, jonka taustalla on tuore tyypin 1 diabetes, hoidetaan suonensisäisesti annettavilla nesteillä ja insuliinilla. Insuliinin annostelu pistoksina ihonalaiskudokseen aloitetaan, kun ketoasidoosi ja sen yhteydessä ilmenevä kuivuma ovat korjaantuneet. (Keituri & Laine 2014.)

Alkuhoitovaiheessa mitataan myös potilaan HbA1c-pitoisuutta. Kohonnut arvo viittaa pitkäkestoiseen sairastamiseen ja insuliiniresistenssin sekä insuliinin tarpeen lisääntymiseen. Kun hyperglykemia korjataan, insuliinin tarve vähenee olennaisesti. (Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 9.5.2015.)

Pitkäaikaisen verensokeritason seuranta

Diabeetikon hoitotasapainosta saadaan tietoa pitkäaikaisen verensokerin, HbA1c:n, avulla. Se mittaa verenkierrossa olevan ylimääräisen glukoosin kiinnittymistä veren punasolujen hemoglobiinimolekyyleihin. Mittausarvo kertoo verensokerin keskimääräisen tason mittausta edeltävältä 2-8:lta viikolta. HbA1c mitataan 2-4 kuukauden väliajoin tai harvemmin, jos veren glukoositasapaino on pidemmän aikaa vakaa ja hyvä. Se auttaa hoitotasapainon hahmottamisessa ja antaa tietoa siitä, onko toteutettu hoito kokonaisuudessaan toimivaa. Mittaustulos kertoo sen, kuinka suuri osa veren hemoglobiinista pitää sisällään glukoosia. Aiemmin mittayksikkö on ilmoitettu prosenteissa. Nykyinen ilmoitustapa on millimoolia moolissa, mutta aiempaa mittayksikköä käytetään yhä sen rinnalla. Tämä yksikkömuunnos luo tuloksen tarkemmaksi ja vertailun kannalta luotettavammaksi. Insuliinihoitoisessa diabeteksessä viitearvo on alle 7,0 % eli alle 53 mmol/mol. Yksilöity tavoitearvo voidaan kuitenkin asettaa alemmaksi, jos ei esiinny matalia verensokeriteita. Tavoitteeseen vaikuttavat potilaskohtaiset tekijät, muun muassa hypoglykemiaherkkyys. Kun HbA1c alittaa monipistoshoidoissa diabeetikolla viitearvon 53 mmol/mol, voidaan päätellä sairauden olevan hyvässä hoitotasapainossa ja elinvaurioiden vaaran olevan pieni. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19-20; Diabetesliitto 2015a, viitattu 13.11.2015; Ilanne-Parikka 2015, 287-288; Ilanne-Parikka 2016, viitattu 15.5.2016; Kaukua & Mustajoki 2010, viitattu 29.4.2015; Suvanto 2006, viitattu 13.11.2015; Vehmanen 2013, 16.)

Kohonneella HbA1c:llä ja lisäsairauksilla on todettu väestötasolla olevan vahva yhteys keskenään. Tämän vuoksi viitearvojen yläpuolelle nousseita lukemia tulisi pyrkiä laskemaan. Lisäsairauksien syntyyn

vaikuttavat kuitenkin yksilölliset suojatekijät, joten korkea HbA1c-arvo ei aina ennusta lisäsairauksia. (Vehmanen 2013, 16.)

Ideaalista on, että diabeetikko tulkitsee HbA1c-arvojaan ja hyödyntää niiden antamaa informaatiota omahoitonsa kehittämisessä. HbA1c-arvo on yleensä samansuuntainen päivittäin toteutuvan verensokerin omaseurannan kanssa. Aina näin ei kuitenkaan ole. Muun muassa niissä tilanteissa, kun diabeetikko mittailee verensokeriaan tuntiessaan sen laskevan ja jättää vähemmälle ruokailun jälkeisten verensokerien mittaamisen, saattavat arvot omaseurannan ja HbA1c:n välillä olla hyvinkin erisuuntaiset. Potilaan tulee sisäistää se, että koska glykoitunut hemoglobiini on keskimääräinen arvo pitkän aikavälin verensokerista, päivittäin tehtävät verensokerimittaukset ovat välttämättömiä hoidon onnistumisen kannalta. (Kaukua & Mustajoki 2010, viitattu 29.4.2015; Vehmanen 2013, 16.)

Glukoosin kertyminen elimistöön vaihtelee yksilöittäin. Siihen voivat vaikuttaa perimän lisäksi muut sairaudet ja niiden lääkehoito. Korottavasti HbA1c-arvoon voi vaikuttaa esimerkiksi raudanpuutteesta johdettu anemia, kun taas hemolyyttinen anemia alentaa lukemia. (Vehmanen 2013, 16.)

Pistämään oppiminen

Koska insuliini tablettimuodossa otettuna hajoaisi vatsassa ruoan tavoin, tulee se annostella aina pistoksina ihonalaiseen rasvakudokseen, josta lääkeaine imeytyy verenkiertoon. Insuliinipistoksissa käytetään yleensä insuliinikyniä, jotka ovat kynää muistuttavia lääkeaineen annosteluun tarkoitettuja ruiskuja. Aloitusohjauksessa potilaalle tulee ohjata, kuinka insuliini pistetään, miten lääkeaine säilytetään ja kuinka pistosjätteet hävitetään. (Bendt 2015, viitattu 16.6.2015; NHS 2014, viitattu 16.6.2015.)

Pikavaikutteisen ateriainsuliinin pistopaikkana on yleensä vatsa, sillä vatsan alueelta insuliinin imeytyminen on nopeinta. Perusinsuliini pistetään reisien tai pakarän alueelle. Tarvittaessa ylipitkävaikutteinen insuliini voidaan pistää myös vatsan alueen kudokseen, mutta tällöin pistokohdaksi valitaan eri kohta kuin pikavaikutteisella insuliinilla. Sekoiteinsuliinit voidaan pistää joko vatsan, reiden tai pakarän alueelle. Pistäminen käsivarsiin ei ole suositeltavaa. Pistopaikkaa valitessa tulee huomioida rasvakudoksen riittävyys. Pistopaikkoja tulee käyttää laajasti, jotta vältetään kovettumien syntymistä ja turvotusta. Kovettumat ja turvotus vaikuttavat siihen, millä tavalla insuliini imeytyy ja sitä kautta aiheuttavat vaikeuksia hyvän hoitotasapainon saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. Muita imeytymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa lämpö, kylmyys ja liikunta. (Alahuhta & Seppänen 2007, 69; Helminen, Kinnari & Viteli-Hietanen 2006, 25-26; Jämsä 2014a, 3-4.)

Oikea pistotekniikka tulee opetella huolella, sillä väärällä tekniikalla voidaan aiheuttaa muun muassa insuliinin päätyminen lihakseen. Lihaksesta insuliinin imeytyminen tapahtuu merkittävästi nopeammin, mikä voi johtaa heittelevään veren sokeripitoisuuteen ja pahimmillaan vakavaan hypoglykemiaan. Pistoa varten etusormella ja peukalolla otetun tukevan otteen avulla kohotetaan ihoa ja sen alaista rasvakudosta poimulle. Insuliinivalmiste annostellaan kohotettuun poimuun 45 asteen pistokulmassa, jos käytetään 10 mm:n mittaista tai pidempää neulaa tai jos rasvakudosta pistoalueella on vähän. Lyhyillä, 5-6 mm:n neuloilla voidaan pistää kohtisuoraan rasvakudoksen määrän ollessa riittävä. Käypä hoito (2016) suosituksen mukaan 4-8 mm neulan koko on sopiva insuliinin pistämiseen. Myös ylipainoiset voivat pistää tämän kokoisella neulalla, jos pistotekniikka on oikea. Insuliinin ruiskutus kudokseen tapahtuu rauhallisesti, jonka jälkeen neulaa pidetään paikoillaan noin 10 sekuntia pitäen kynän painonuppia tai ruiskun mäntää pohjassa. Ihopoimu voidaan sen jälkeen vapauttaa ja neula vetää pois kudoksesta. Kotioloissa ihon puhdistukseen riittää tavanomainen hygieniasta huolehtiminen. Käsien pesu tulisi suorittaa ennen pistämistä ja verensokerin mittaamista. (Alahuhta & Seppänen 2007, 70-71; Helminen ym. 2006, 24; Jämsä 2014a, 4; Käypähoito -työryhmä 2016, viitattu 6.5.2016.)

Pitkävaikutteisessa insuliinissa insuliinikynän neula tulee vaihtaa päivittäin. Jotta pistospaikat pysyisivät kunnossa, suositellaan, että myös ateriainsuliinikynän neula vaihdetaan joka pistoksen jälkeen. Kun kynään vaihdetaan uusi neula, se tulee täyttää 1-2 yksiköllä insuliinia. Neulat hävitetään sekajätteenä, kerättynä erilliseen astiaan. Potilas saa välinejakeluläheteellä pistämiseen tarvittavia neuloja, verensokeriliuskoja sekä verinäytteenottoteriä omasta terveystieteisestä. (Jämsä 2014a, 4.)

Insuliinin säilytyslämpötila on tavallisesti +2-8 astetta, joten se säilytetään tavallisesti jääkaapissa. Käytössä oleva insuliinivalmiste säilytetään huoneenlämmössä, auringonvalolta ja muilta lämmönlähteiltä suojattuna, sillä se ei saa lämmetä yli +30:n celsiusasteen. Yli 30:n asteen lämmössä insuliini menettää tehoaan. Yli 50:n asteen celsiuslukemissa insuliinivalmiste pilaantuu välittömästi. Samoin tapahtuu silloin, kun insuliini jäätyy, joten sitä tulee suojata myös liialliselta kylmyydeltä. Talviulkoilussa insuliinivalmistetta on hyvä kuljettaa esimerkiksi kaulapussissa vaatteiden alla. Oikein säilytettyinä insuliinikynän säilyvyys on huoneenlämmössä neljä viikkoa. (Diabetesliitto 2015, viitattu 16.6.2015; Jämsä 2014a, 4.)

Liitännäissairaudet

Hypoglykemian pelon ohella lisäsairauksien aiheuttama pelko on insuliinipuutteisilla diabeetikoilla yleinen. Yleisimpiä niistä ovat diabeettinen retinopatia ja -nefropatia, alaraajojen verenkiertohäiriöt, sepelvaltimotauti ja aivoverenkiertohäiriöt. Lisäsairauksien syntymistä voidaan ehkäistä ja hidastaa toteutta-

malla hyvää ohjausta. Hyvällä ohjauksella tuetaan liitännäissairauksien ennaltaehkäisyn keinoja: sokeritasapainoa ja omahoitoa. Vaikka lisäsairaudet ilmenevät tavallisimmin vasta vuosien kuluttua sairastumisesta, jo hoidonohjauksen alkuvaiheeseen tulisi sisältyä tiedonanto niistä. Sairauden ennusteeseen ja mahdollisiin lisäsairauksiin liittyvä tieto tulisi esittää rakentavasti ja positiiviselta kannalta, lisäsairauksien ennaltaehkäisyn näkökulmasta. (Tauriainen 2014, 26-39.)

2.3 Elämäntavat ja diabetes

Ruokailun ja insuliinihoidon yhteensovittaminen

Tyypin 1 diabeteksen ravitsemuksellisessa hoidossa on keskeistä ruoan ja insuliinin yhteisvaikutuksen yhteensovittaminen. Hoidon perustana yhteensovittamisessa on verensokerin seuranta. Ruokailun oikeanlainen rytmitys sekä ruoan laadusta ja määrästä huolehtiminen ovat tekijöitä, joihin ravitsemuksessa kiinnitetään huomiota. Tarvittavan ravinnon määrä vaihtelee muuttuvan energiantarpeen mukaisesti. Sen vuoksi on opittava arvioimaan omaa energiantarvettaan ja koostamaan ravinto niin, että sen kalorimäärä on tarpeeseen nähden riittävä. Peruseriaatteena ruoan valinnassa voidaan pitää ruokakolmioajattelua ja lautasmallia. Terveellinen, kaikille suositeltava ruokavalio on hyvä diabeetikoille. (Helminen ym. 2006, 34; Ilanne-Parikka ym. 2015, 147, 285; Mustajoki 2014, viitattu 8.4.2015.)

Diabeetikon ruokavaliossa kalorien päivittäisestä määrästä pitäisi koostaa noin puolet hiilihydraateista. Ateriainsuliinin annokseen vaikuttavat merkittävästi aterian sisältämä hiilihydraattimäärä sekä aterian edeltävä verensokeriarvo. Tästä johtuen sairastavan tulee opetella aterioiden hiilihydraattimäärien arviointi. Hiilihydraatit ovat ravintoaineita, jotka aterian jälkeen muuntuvat glukoosiksi vereen. Niissä suositaan niin kutsuttuja hitaita hiilihydraatteja. Hiilihydraattien saannin vähimmäismäärä on 130 grammaa päivää kohden. Niiden laskemisessa riittää yleensä huomiointi viiden gramman tarkkuudella. Aterian hiilihydraattien yhteismäärän arviointi riittää, vaikka hiilihydraatteja sisältävien ruokien välillä onkin pieniä eroja verensokerin nousemisen nopeudessa. Verensokeriin vaikuttavia hiilihydraatteja ovat tärkkelys, laktoosi, hedelmäsokeri ja energiapitoisten makeuttajien sokerit. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 152, 155-156, 284-285; Mustajoki 2014, viitattu 8.4.2015.)

Osa ravinnon kuiduista muodostaa yhdessä nesteen kanssa hyytelön, joka hidastaa mahalaukun tyhjentymistä ja siksi ylläpitää kylläisyyden tunnetta. Tämä saa aikaan aterian jälkeisen verensokerin nousun hidastumisen. Kuituja saadaan hedelmistä, marjoista, viljavalmisteista ja kasviksista. Kasvien lisäksi liha, lihavalmisteet, kala, broileri, muna ja juusto eivät vaikuta verensokeriin nostavasti. Rasva si-

sältää paljon energiaa ja sitä tulisi käyttää harkiten. Rasvan laatu on tärkeää sydämen terveyden vuoksi, koska eläinperäiset rasvat nostavat kolesteroliarvoja. Rasvojen suhteen oleellista on siis kovien rasvojen korvaaminen kasvisrasvoilla. (Helminen ym. 2006, 36; Ilanne-Parikka ym. 2015, 135-136, 139-140.)

Diabetes ja liikunta

Insuliinihoitoista diabetesta sairastavan liikunnan aikana verensokerissa tapahtuvat muutokset riippuvat muun muassa verensokeritasapainosta, insuliinipitoisuudesta veressä, liikuntaa edeltävästä verensokerista, erittyvien stressihormonien määrästä sekä lihaksissa ja maksassa olevista sokerivarastoista. Lisäksi ennen liikuntaa ja sen aikana nautittu ravinto sekä liikunnan tyyppi, kesto, voimakkuus ja harjaantuneisuus harrastettavaan liikuntaan vaikuttavat verensokerin muutoksiin. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 295.)

Liikunta on diabeetikolle erittäin suositeltavaa. Liikunnan suhteen ohjattaessa on hyvä kertoa, että liikunta laskee verensokeria, sillä se on asia, joka täytyy huomioida aina ennen liikuntasuoritusta. Verensokerin liiallista laskua voi estää insuliiniannosta vähentämällä ja nauttimalla hiilihydraattipitoista ruokaa tai välipalaa ennen liikuntaa. Verensokerin ollessa normaalilla tasolla (4-7 mmol/l), hiilihydraatteja tulee syödä ennen aloitusta noin 20 grammaa. Lisähiilihydraattien tarve riippuu liikuntasuorituksen kestosta ja rasittavuudesta. Tarvittaessa niitä tulee nauttia myös liikuntasuorituksen aikana ja/tai sen jälkeen. Keskeiseltään yli tunnin olevan liikunnan aikana tulee tunnin välein nauttia keskimäärin 20 grammaa hiilihydraatteja. (Kotisaari 2008, 70; Diabetesliitto 2015, viitattu 28.4.2015.)

Ohjattavalle tulee kertoa, että parhaimpaan tulokseen verensokerin ja yleisvoinnin kannalta pääsee, kun mittaa verensokerinsa ennen urheilusuoritusta, 30-60 minuutin välein liikkussa ja liikuntasuorituksen jälkeen. Ennen liikuntaa pistettävän pikainsuliinin annosta vähennetään tarvittaessa 20-30 %. Pistopaikaksi valitaan vatsa tai pakara. Pistämistä liikunnassa rasittuvaan raajaan tulee välttää. Liikuntasuoritus voi vaikuttaa pitkäänkin verensokeriin ja tämä tulisi ottaa huomioon liikunnan jälkeisen aterian hiilihydraattimäärissä. (Kotisaari 2008, 70; Diabetesliitto 2015b, viitattu 28.4.2015.)

Diabetes ja päihteet

Tupakoinnin ja alkoholinkäytön välttämistä suositellaan diabetesta sairastaville erityisesti siksi, että niiden käyttöön liittyvät riskit ovat heillä suuremmat kuin diabetesta sairastamattomilla. Tutkimusten mu-

kaan tyyppin 1 diabeetikoista 18 % tupakoi säännöllisesti ja 7 % epäsäännöllisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 26.11.2015; Valle ja työryhmä 2010, 9.)

Diabeetikon alkoholinkäytön suhteen suositellaan kohtuukäyttöä tai nollatoleranssia. Alkoholilla saattaa alustaa hypoglykemialle ja lisäksi se estää hypoglykemian tunnistamista ja sitä kautta myös sen hoitamista. Ohjaajan on tunnistettava se, onko potilas alkoholin suurkuluttaja ja antaa ohjausta aina henkilölle, joka käyttää vähänkin alkoholia. Ohjattavalle tuodaan tieto alkoholin käytön haitoista. On tärkeää ilmoittaa, että alkoholia nauttiessa täytyy turvata verensokeritaso eli syödä samalla normaalisti. Alkoholista saatuja hiilihydraatteja ei voida laskea aterioksi, koska alkoholi estää sokerin uudismuodostusta maksassa sekä sen käyttöä lihaksissa. Sairastumisen alkuvaiheessa, ennen insuliinihoidon vakiintumista, alkoholinkäyttö ei ole suositeltavaa. (Duodecim, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 28.4.2015; Jämsä 2014a, 5; Kotisaari 2008, 71.)

2.1 Sairaanhoidaja aloitusohjauksen toteuttajana

Diabeteksen omahoitoon sitoutumisen tukeminen

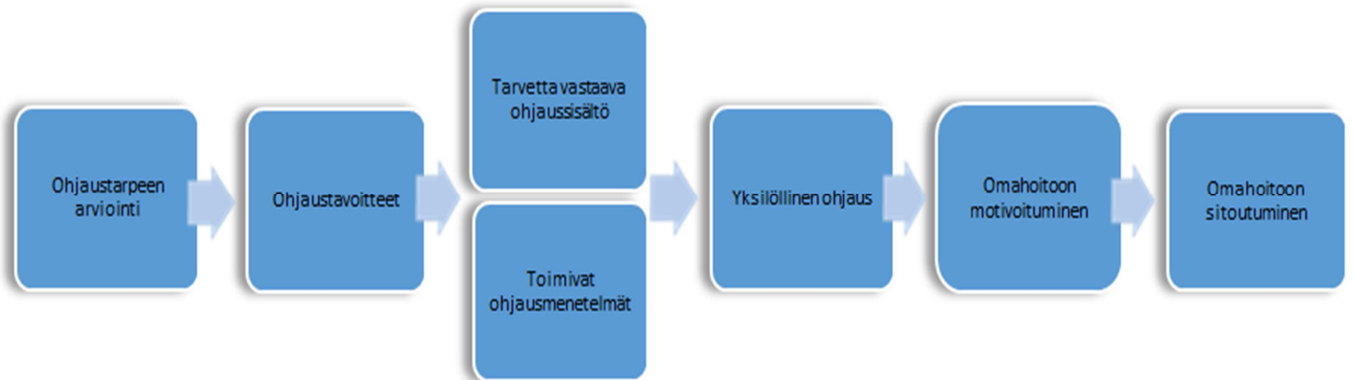
Omahoito käsitteenä tarkoittaa potilaan toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa suunniteltua ja tilannekohtaisesti sovitettua, näyttöön perustuvaa hoitoa. Siinä korostuu potilaan itsemääräämisoikeus sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky. Hoidon ja ohjauksen lähtökohtana on potilas ja hänen elämäntilanteensa. Onnistuneen hoidon saavuttamiseksi hoito tulee rakentaa yksilölliseksi ja potilas huomioida arkielämänsä asiantuntijana. Hoitohenkilöstön rooli on toimia valmentajana, joka potilasta kuunnellen yksilöi potilaan hoidon soveltuvaksi hänen elämäntilanteeseensa. Nykyaikainen hoito rakennetaan toimimaan joustaen potilaan elämänrytmin ja aiempien ruokailu- ja liikuntatottumusten kanssa. Hoidon toteutuminen voi kuitenkin vaatia elintavoissa tapahtuvia muutoksia. Hoidon suunnittelu toteutetaan yhdessä potilaan kanssa. Potilaan tehtävä on ottaa vastuu ratkaisuksistaan, ja hoidon tulos on riippuvainen potilaan sitoutumisesta neuvoteltuun hoitoon. Itsehoidon laadulla on muun muassa suora vaikutus hoitokomplikaatioihin. Erityisen tärkeää on hyvästä verensokeritasapainosta huolehtiminen, sisältäen verensokerin itsediagnostiikan, huolelliset insuliinipistikset, ravitsemussuosituksen noudattamisen ja fyysisestä aktiivisuudesta huolehtimisen. Diabeteksen omahoitoon ohjaaminen käsittää toimet, joiden avulla tavoitellaan potilaan itsenäistä tietojen soveltamista diabeteksen kanssa eletävän arjen muuttuvissa tilanteissa. (Ahola 2012, 85; Himanen 2015; Ilanne-Parikka ym. 2015, 43; Pitkälä & Routasalo 2009, 5-9.)

Insuliinihoitoista diabetesta sairastavien on sitouduttava moneen asiaan, kuten insuliini- ja ruokavaliohoitoon, omaseurantaan ja terveelliseen elämäntapaan. Tutkimusten mukaan ongelmia ilmenee etenkin ruokavaliohoidon ja omaseurannan toteuttamisessa. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että mitä enemmän pitäisi toteuttaa omaseurantaa, sitä enemmän on puutteita hoitoon sitoutumisessa. Insuliinin, liikunnan ja ruokavalion yhteensovittaminen voi olla vaikeaa ja asian oppiminen vie aikaa. Diabeteksen hoidon onnistumisen kannalta olisi tärkeää ymmärtää omahoidon toteutukseen, seurantaan ja hoitotasapainoon liittyviä asioita ja niiden välistä yhteyttä. Ohjaajan on tärkeää varmistaa, että ohjattava ymmärtää nämä edellä mainitut asiat. Diabetesta hoidetaan kokonaisvaltaisesti kumppanuussuhteessa potilaan ja monialaisten hoitotyön ammattilaisten kesken. Hoidonohjausta antavat ammattihenkilöt varmistavat, että potilaalla on käytettävissä tarvittava määrä tietoja, taitoja ja välineitä omahoidon onnistumiseen sekä riittävä henkinen tuki jaksamisen suhteen. Potilaan sitoutumisen lisäksi myös hoidonohjauksen antajien tulee sitoutua hoitoon. Diabetesta sairastava tuntee olonsa turvallisemmaksi, kun hän kykenee säätelemään hoitoaan. (Hentinen 2008, 148 – 149; Saraheimo 2015, viitattu 28.4.2015.)

Diabeteksen omahoito vaatii paljon ja edellyttää usein suurta motivaatiota tavoitteiden saavuttamiseksi. Näin ollen motivointi on tärkeä osa-alue hoidonohjauksessa. (Tauriainen 2014, 28.) Kuviossa 2 on kuvattu omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavaa ohjauspolkua. Ohjaustarpeen arviointi sisältää potilaan ennakkotietämyksen kartoittamisen liittyen diabetekseen sairautena (Tauriainen 2014, 28).

Kirjallisuuden perusteella hoidon laadulla on suuri merkitys omahoidon onnistumiseen. Jos ohjattava on kokenut omahoidon tavoitteiden olevan epäselvästi määriteltäviä tai hän kokee, ettei ohjaustilanteessa voi luonnollisesti kysyä mielessä olevia asioita ja kertoa huolista, hän saattaa tuntea olonsa turhautuneeksi ja sitä kautta uupuneeksi omahoitoonsa. Terveellisiin elintapoihin sitoutuminen on tutkitusti vaikeampaa kuin sitoutuminen pitkäaikaissairauden hoitoon. Sairauden hoidon tasapainoon vaikuttavat usein aineenvaihdunnalliset tekijät. Jos hoitotasapaino on huono hoidostaan huolehtineella diabeetikolla, hän saattaa turhautua, jolloin hoitoon sitoutumisesta tulee haasteellisempaa. Tässä tilanteessa terveydenhuollon ammattilaisella on merkittävä rooli hoidon ohjauksessa ja motivaation ylläpitämisessä. Kun vastuu sairauden hoidosta on sairastuneella henkilöllä itsellään, on tavallista, että sairastunut kokee syyllisyyttä tilanteissa, joissa sairaus ei ole tasapainossa. Psykologi Kirsi Ikuli (2014) suosittelee suhtautumista näihin tilanteisiin ongelmanratkaisutilanteina. Poikkeavaan tilanteeseen, kuten poikkeaviin verensokeriarvoihin, lähdetään pohtimaan taustavaikuttajia ja ratkaisuja sekä mahdollisia tulevia muutoksia tilanteiden ennaltaehkäisyssä. Hoitohenkilökunnan on hyvä käydä diabetekseen sairastuneen kanssa välillä pohtivaa keskustelua siitä, mikä sairauden hoidossa on riittävän hyvä tämänhetkinen tilanne. Tavoitteiden ja keinojen on oltava realistisia ja toteuttamiskelpoisia diabeetikon arkielämäs-

sä, jotta motivoituminen hoidon toteuttamiseen pysyy yllä. (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009, 4-7; Hentinen 2008, 149; Hyvärinen 2014, 12; Ilanne-Parikka ym. 2015, 45; Kotisaari ym. 2008, 44, 54.)



KUVIO 2. Omahoitoon sitoutuminen (koostettu tietoperustan pohjalta)

Aloitushajauksessa käytettävät menetelmät ja sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat periaatteet

Potilaslähtöinen näkökulma ohjaa hoitajan toimintaa aloitushajauksen antamisessa. Potilaslähtöisyys on monitulkintainen käsite, jolla voidaan tarkoittaa esimerkiksi kokonaisvaltaista hoitoa. Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen (2009) tutkimuksen mukaan potilaslähtöisyys nähdään keinona edistää potilaan yksilöllistä hoitoa (Gustafsson ym. 2009, 7). Potilaslähtöisyys toteutuu silloin hyvin, kun potilas itse on hoidon valitsijana ja kun hän itse voi vaikuttaa hoidon sisältöön. Tällöin hoidossa on otettu huomioon potilaan tarpeet ja lähtökohdat. Potilaslähtöisyyden tarkoituksena on ottaa potilas mukaan aktiivisemmin tavoittelemaan parasta mahdollista terveydentilaa ja saada potilas ottamaan lisää vastuuta omasta terveydestään. Potilaslähtöisessä suhteessa potilas itse päättää, noudattaako hän yhdessä sovittua hoitoa ja ottaako hän vastuuta hoidon tavoitteisiin pääsemisessä. On saatu tuloksia myös siitä, että potilaslähtöinen hoito on vaikuttanut myönteisesti potilaan tyytyväisyyteen. (Airaksinen ym. 2009, viitattu 6.10.2015; Kotanen 2014, 17-18.)

Yksilöllinen hoito muodostaa pohjan laadukkaalle potilaskontaktille. Se edistää tutkitusti potilaan tyytyväisyyttä, hoidolla saavutettavia tuloksia ja hoitoon sitoutumista. Tärkeimpänä yksittäisenä tekijänä potilaan yksilöllisen hoidon edistämässä on kuvailtu kykyä kuunnella potilasta ja huomioida hänen mielipiteensä. Hoitomenetelmiä valittaessa potilaan kokonaistilanne on tärkeä ottaa huomioon. Myös yksilöllinen tiedonanto hoidosta ja sen menetelmistä korostuu ohjaustilanteiden onnistumisessa. Kun hoitajalla on monipuolisia ohjaustaitoja, ei hoideta pelkkää sairautta vaan henkilöä, jolla on diabetes. Hyvä ohjaa-

ja asettaa asiakkaan tieto- ja taitotason perusteella tavoitteet niin, että ne tukevat omahoidon kehittymistä taas askeleen eteenpäin. Diabetesta sairastavan kohdalla ohjaaminen on haasteellista, sillä jopa alkuvaiheessa potilaiden sairaudesta omaavat tiedot eroavat yksilötasolla merkittävästi. Tämän vuoksi ei ole täysin yhdenmukaista ohjaussuunnitelmaa, vaan hoitajan täytyy osata soveltaa ohjaus potilaan tarpeen mukaan. (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009, 4-7; Hentinen 2008, 149; Kotisaari ym. 2008, 44.)

Sairastumisen alkuvaiheessa sairaanhoitajan tehtävänä on olla tukena psykososiaalisessa sopeutumisessa. Käsitteellä ”psykososiaalinen sopeutuminen” voidaan sairaudesta puhuttaessa kuvata prosessia, joka auttaa ihmistä pitkäaikaiseen sairauteensa totumisessa ja oppimisessa elämään sen kanssa. Alkuvaiheessa sopeutuminen sisältää potilaan näkökulmasta katsottuna tiedon ja neuvojen vastaanottamista, hoito-ohjeiden noudattamista sekä muuta hoitoon sitoutumista. Nuorten diabetekseen sairastuneiden osalla tehdyssä tutkimuksessa hoitoon sitoutumista ennusti eniten hoitajilta saatu tuki. Toisena korostuivat hoidossa jaksaminen ja kolmantena hoitomotivaatio. Henkisen tuen lisäksi sairastumisen alkuvaiheessa sairaanhoitajan rooli sisältää tukemista opittujen asioiden soveltamisessa arkielämään. Selkeät hoito-ohjeet ovat tällöin tarpeellisia turvallisuuden tunteen luomisessa. Etenkin alkuvaiheessa myös vaivaton yhteyden saaminen diabeteshoitajaan on tärkeää. (Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 9.5.2015; Ilanne-Parikka ym. 2015, 43; Olli 2008, 16; Streng 2014, 101.)

Tutkimuksissa ilmenee, että ohjausta saavat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä näkevät ja vain 10 prosenttia siitä, mitä kuulevat. Sen sijaan on saatu tuloksia, että muistiin jää 90 prosenttia siitä, mitä on käyty läpi sekä kuulo- että näköaistia käyttämällä. Tämän vuoksi on hyvä käyttää yhtä aikaa useita ohjausmenetelmiä. Aloitushjauksessa on lisäksi huomioitava se, että vastasairastunut ei välttämättä kykene, vaikka haluaisikin, vastaanottamaan koko tarjolla olevaa tietomäärää. (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors. 2007, 73; Marttila 2015.)

Ohjausmenetelmistä suullinen yksilöohjaus on yleisin tapa terveydenhuollossa. Tässä asiakas ja ohjaaja ovat vuorovaikutuksessa kasvokkain. Kasvokkain tapahtuva yksilöohjaus on menetelmä, jonka asiakkaat kokevat mieluisimpana ja hyödyllisimpänä tapana ohjauksen saamiseen. Yksilöohjauksessa voidaan vastata asiakkaan kysymyksiin, arvioida hoitoon sitoutumista ja tiedontarvetta. Yksilöohjauksessa on aina mukana myös nonverbaalinen viestintä, joka on merkittävä osa asiakkaan ja ohjaajan vuorovaikutusta. Hoitaja vastaanottaa potilaan välittämiä nonverbaalisia viestejä ja tekee niihin perustuen pää-

töksiä esimerkiksi ohjausinformaation ja tuen määrästä. (Hentinen & Kyngäs 2008, 110 – 111; Mikkola 2000, 74.)

Kirjallinen ohjaus on tärkeä osa ohjaamista. Korostuvia asioita siinä ovat selkeys ja olennaisten asioiden esilletuonti. Ohjeiden tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeutta terveydenhuollossa. Itsemääräämisoikeuden toteutumista edistää se, että ohjattava saa kaiken olennaiset tiedot sairaudestaan. Kirjallisella ohjeella pyritään vähentämään väärinkäsityksiä sekä tuomaan tieto potilaalle niin, että hän voi jälkeenpäin tarkistaa asian, joka häntä askarruttaa. Kirjallinen ohje annetaan yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin sitä voidaan vielä ohjaustilanteessa käydä läpi ja täydentää. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 65 – 66.)

Terveydenhuollossa puhelinohjauksella tarkoitetaan potilaan ohjausta hänen terveyttään koskevissa asioissa puhelinkeskustelun avulla. Puhelinohjauksella voidaan antaa tietoa ilman, että potilas käy lääkärillä. Tilanteen vaatiessa hänet ohjataan lääkärin vastaanotolle. Tällä tavoin voidaan vähentää tarpeettomia käyntejä terveydenhuollossa. Puhelinohjaus vaatii hoitajalta tietoutta omista vuorovaikutustaidoistaan ja hyvää kuuntelutaitoa. Hoitajalla täytyy olla tieto kyseisen soittajan kaikista hoitoon liittyvistä asioista. Hänen täytyy osata arvioida haastattelun ja kuuntelun avulla soittajan tilanne ja hoitoon liittyvien asioiden kiireellisyys. (Kyngäs ym. 2006, 77 - 78.)

Demonstrointi eli havainnollistaminen on tehokas ohjausmenetelmä. Demonstroinnilla annetaan selkeä kuva siitä, miten esimerkiksi jokin toimenpide suoritetaan. Näin autetaan potilasta toimenpiteen vaatimissa motorisissa taidoissa, jotta potilas selviäisi jatkossa niistä myös itsenäisesti. Ohjauksen tavoitteena on siis potilaan itsenäinen selviytyminen sekä sitoutuminen ja motivoiminen omaan hoitoonsa. Demonstrointi tarkoittaa näyttämällä ohjaamista. Käytännössä tilanne toteutuu niin, että hoitaja näyttää potilaalle, miten kyseinen hoito toteutetaan ja potilas voi itse kokeilla tätä näyttämisen jälkeen. (Kyngäs ym. 2006, 57-58.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan hoitajat hallitsevat hyvin yksilöohjauksen. Potilaat ja omaiset myös arvostavat yksilöohjausta. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitajat voisivat enemmän kiinnittää huomiota muihin ohjausmenetelmiin. Potilaat haluaisivat suullisen ohjauksen tueksi enemmän kirjallista tai audiovisuaalista ohjausta. Näin potilas voisi myöhemmin itsenäisesti kerrata annettuja ohjeita ja myös tiedonkulku omaisille toteutuisi paremmin. (Kääriäinen 2007, 120.)

Ohjauksessa hoitaja voi käyttää konkreettisesti jotakin työtapaa, kuten dialogisuutta tai ratkaisu- ja voimavarakeskeistä työtettä. Dialogi-käsite merkitsee vuoropuhelua joko kahden tai useamman ihmisen välillä. Usein sillä tarkoitetaan myös yhteisen ymmärryksen rakentumista. Dialogisessa orientaatiossa molemmat osapuolet vaikuttavat vuorovaikutukseen. Henkilöt yhteistyössä vaikuttavat ongelmien ratkaisuihin ja palveluiden järjestämiseen. Hoitajia koulutetaan dialogiseen vuorovaikutukseen, jossa asiakas itse vaikuttaa omaan hoitoon ja hoitopäätöksiin. Dialogisuuden perimmäinen ajatus on, että erilaiset totuudet saatetaan yhteen, jonka jälkeen niitä käsitellään yhdessä. Dialogisessa suhteessa ei ilmene vain yhteen sulautumista, vaan uuden alueen löytämistä osapuolten välille. Dialogisuuden esteeksi voi tulla liiallinen tietämystä tai ymmärrys asiasta. Dialogiseen vuorovaikutukseen kuuluu vuorovaikutuksessa olevien kiinnostus kuunnella toisen näkökulmia asiaan ja rohkeutta kehittää uusia yhteisiä ideoita. Hoitajan tulisi ottaa tilanteen määrittelyyn myös potilas mukaan, käyttäen kuitenkin omaa asiantuntemustaan keskustelun muodostamiseen. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2015, 86-88; Jauhiainen 2010, 34-38.)

Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä työtavassa näkyy asiakkaan vastuullisuus ja vastavuoroisuus. Tavoitteiden saavuttamisessa otetaan huomioon asiakkaan kyvyt, taidot ja osaamiset. Perusajatuksena on myönteisten näkökulmien löytäminen hoitoon. Pienessä muutoksessa hoitajan on tärkeää kannustaa ja kehua potilasta, jolloin saattaa nopeastikin aiheutua myös suurempia muutoksia. Hoitajan vastuu tässä tavassa on löytää asiakkaan voimavarat ja kannustaa käyttämään niitä sairauden hoidossa ja arjessa jaksamisessa. Ratkaisukeskeisessä työtavassa hoitajan puhetapa tai tyyli vaikuttaa paljonkin ohjauksen onnistumiseen. Tästä johtuen hoitajan on tärkeää havaita, mikä puhetapa motivoi potilasta. Kysymykset on hyvä asetella niin, että huomio kiinnittyy ongelmien sijasta tavoitteisiin. Näin syntyy yleensä positiivinen ilmapiiri keskusteluun. Diabeteksen hoidossa käskyt eivät useimmiten toimi odotetulla tavalla. Toimivampaa on yleensä se, että sairastunut löytää itse ratkaisut hoitoonsa. Ratkaisukeskeinen hoito diabetekseen sairastuneen hoidossa olisi hyvä näkyä esimerkiksi niin, että potilas itse analysoi verensokeritulokset ensin ja vasta sitten katsotaan yhdessä, onko analyysi oikea. (Haarala ym. 2015, 89-93; Holopainen 2014, 46.)

Potilaan hoidossa ja ohjauksessa toimitaan moniammatillisessa yhteistyössä. Se tarkoittaa sitä, että eri ammattikuntaan kuuluvat toimivat yhteistyössä tavoitteeseen pääsemiseksi. Moniammatillinen yhteistyö voi olla julkisen tai yksityisen sektorin, järjestöjen, vapaaehtoistyön tai seurakunnan yhteistyötä. Ammattiryhmien asiantuntijuus ja ydinosaaminen yhteistyössä muodostuu yhteiseksi tiedoksi ja auttaa saavuttamaan hoidossa parhaimman tuloksen tavoitteeseen pääsemiseksi. Myös tyypin 1 diabetesta sairastava ja hänen omaisensa tarvitsevat ammattilaisten tiimiä. Diabeteshoitajan ja lääkärin lisäksi saatetaan

tarvita ravitsemusterapeutteja, psykologia, jalkaterapeutteja, fysioterapeutteja, suun terveyden ammattilaista sekä sosiaaliasioiden ja eri erikoisalojen asiantuntijoita. Myös kolmannen sektorin yhteistyö on tärkeää. Diabetesliitossa on mietitty, miten kehitettäisiin lisää diabeteksen hoidon, ohjauksen ja omahoidon yhteistyötä liiton ja sen paikallisten yhdistyksien ja terveydenhoidon toimijoiden kanssa. Asiakslähtöinen hoidonohjaus ja omahoidon tuen menetelmien edistäminen ovat luontevaa toimintaa järjestöille. (Haarala ym. 2015, 95-96; Ilanne-Parikka, P 2015, 8.)

Potilasohjaus prosessina

Hyvä potilasohjaus vaatii oikeanlaisia resursseja, sisältäen esimerkiksi riittävän henkilöstön sekä tarkoituksenmukaisen ajan, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. Ohjauksen tulee olla myös hyvin ajoitettua ja mitoitettua. Ohjattavan yksilöllisten tarpeiden kartoittaminen onnistuu vain, jos selvitetään hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua hoitoon. Potilasohjauksen onnistumista tukee asiakkaan omaamien tietojen ja tiedontarpeiden selvittäminen. (Hirvonen ym. 2007, 21, 27, 47.)

Käsitettä ”potilasohjaus” käytetään hoitotyössä paljon. Ammatillisen toiminnan näkökulmasta katsottuna ohjaus on tavoitteellisuutta potilaan hoidossa. Prosessin näkökulmasta tavoitteena on ongelmanratkaisu, potilaan kokemusten erittely ja niistä oppiminen. Ohjaus-käsitettä on käytetty hoitotyössä rinnakkain tiedon antamisen, neuvonnan ja opetuksen käsitteiden kanssa. Nämä käsitteet ovat kuitenkin hieman eri asiakokonaisuuksia tarkoittavia sanoja. Potilasohjaus-käsitteen määrittelyyn on monia eri tapoja. Yksi käytetyin määrittelytapa on potilaan ja hoitajan aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta, johon vaikuttavat taustatekijät sekä ohjausosapuolten, ohjauksen antajan ja vastaanottajan keskinäinen vuorovaikutus. Tavoitteeseen pääsemiseksi hoitajan täytyy tuntea potilaan hoidontarve, suunnitella potilasohjausprosessi, luoda oikeanlainen asiakassuhde ja käyttää ohjausmenetelmää, joka soveltuu yksilöllisesti potilaalle. Olennaista hyvässä potilasohjauksessa on siis tieto siitä, millainen on potilaalle yksilöllisesti paras tapa omaksua ohjattava asia. Tämä ohjaa ohjauksessa käytettävän menetelmän valinnassa. Kun potilaalla on riittävästi tietoa ohjauksen sisältämistä aihealueista, hän kykenee useimmiten itse arvioimaan sen, millainen hoito on yksilöllisesti toimivaa. Kun ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen omahoidosta ja sen tuesta, syntyy positiivisia vaikutuksia asiakkaan tyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutumiseen. (Hirvonen ym. 2007, 21, 27, 47; Kyngäs & Kääriäinen 2006, viitattu 25.3.2015.)

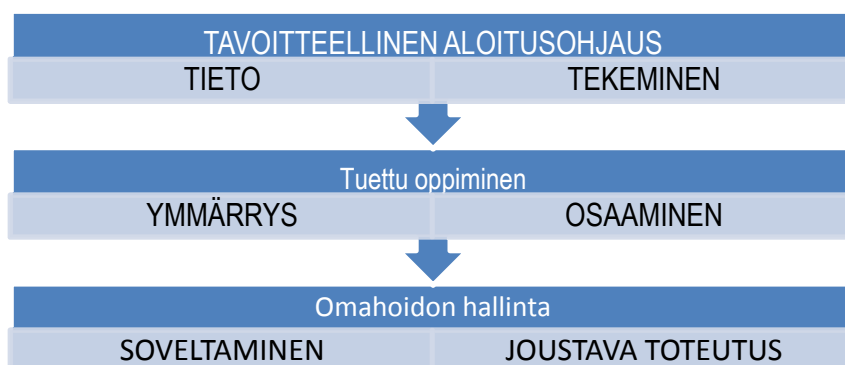
Potilasohjausta säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Diabetesta sairastavalla on omahoidon vastuun rinnalla oikeus hyvään hoitoon. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista, hoidon merkityksestä ja siitä, miten hoito vaikuttaa potilaan terveydentilaan. Terve-

denhuollon ammattilaisen on annettava selvitys terveydentilasta potilaalle ymmärrettävällä tavalla ja tarvittaessa huolehdittava hänelle tulkkaus. Selvitystä ei tule kuitenkaan antaa vastoin hänen tahtoaan tai silloin, jos siitä on vaaraa potilaan terveydelle. Diabetesta sairastavan tulee tietää, mitä tutkimuksia hoitoon kuuluu, kuinka usein ja miksi niitä tehdään. Terveystenhoitoyksikölle on asetettava potilasasiainmies, joka tiedottaa potilaan oikeuksista sekä toimii muutoinkin potilaan asioiden edistäjänä ja toteuttajana. Terveystenhoollon toimintayksikössä työskentelevä on velvollinen salassapitoon potilaan asiakirjoista ja muista tiedoista. Salassapito säilyy myös asiakassuhteen päätyttyä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992,653/2000; Tauriainen 2014, 29.)

Ohjausprosessin aloitukseen kuuluu potilaan ohjaustarpeen määrittely ja tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnittelu ja toteutus. Viimeiseksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Yksilön ja yhteisön voimavarat ovat lähtökohtana ohjaustarpeen määrittelyyn ja toteutukseen. Potilaan ohjaustarvetta arvioidessa otetaan huomioon potilaan omaamat tiedot sairaudestaan ja sen hoidosta. Suurin vaikuttava tekijä ohjauksessa on asiakkaan ja ohjaajan välinen ohjaussuhde. Sen rakentaminen käynnistyy heti ensikohtaamisella. Yhteisellä vuorovaikutuksella pyritään sairauden hoidon tavoitteisiin. Prosessina ohjaus on merkityksen luomista, tavoitteellista ongelmanratkaisua, kokemuksen selvittelyä ja analysointia sekä niistä oppimista. Ohjausprosessissa potilas käy tuetusti läpi omaa tilannettaan. Ohjauksen sisältö koostuu potilaan tietojen ja taitojen oppimisesta sekä psykososiaalisesta ohjaamisesta. (Hentinen & Kyngäs 2008, 81 – 82; Kyngäs ym. 2006, 10; Kääriäinen 2007, 106.)

Ohjauksen lähtötilanteen arvio jää usein vähälle huomiolle, vaikka se olisi tärkeä osa ohjauksen toteutumisessa. Yksi syy tähän voi olla se, ettei ole yhtä selkeää tapaa ottaa siitä selvää. Ohjaajan olisi hyvä esimerkiksi kehoittaa ohjattavaa henkilöä mainitsemaan kysymyksiä, joihin hän kaipaa ohjausta. Jo ohjauksen alkuvaiheessa mukana olevat ohjaajan ja ohjattavan taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin fyysisiin ja psyykkisiin taustatekijöihin. Sairauden toteamisvaiheessa annettavassa ohjauksessa kuunteleminen ja hyvä asiakassuhteen luominen on ensiarvoisen tärkeää. Hoidonohjauksen suunnittelu ja ongelmien ratkaisu toteutetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnittelun sisällössä huomioidaan ohjattavan elämäntilanne ja tarvittavat elämänmuutokset yhdessä läpikäyden ja laatien tavoitteet. Hoitotavoitteita asetettaessa tavoitepäätöksiin vaikuttavat diabetestyyppi, sairauden vaihe, hoitokomplikaatoriskin suuruus, diabeetikon muut sairaudet sekä eliniänodote. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19; Diabetesliitto 2008, 10; Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 13.4.2015; Hirvonen ym. 2007, 27 – 28.)

Onnistuneessa omahoidossa potilas on tietoinen hoitonsa tavoitteista sekä hoitokeinoista. (Airaksinen ym. 2009, viitattu 22.2.2016.) Diabeteksen ensisijaisina hoidon tavoitteina ovat hyvän hoidon kautta oireettomuus sekä jokapäiväisesti koettu hyvinvointi. Sairauden hoidossa pyritään ylläpitämään yhtäaikaista turvallisuutta ja joustavuutta, tavoitellen sekä hoitotasapainoa että mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Näiden ohella diabeteksen hoidon suurimpina tavoitteina nähdään sairauteen yhteydessä olevan kuolleisuuden minimointi sekä lisäsairauksien syntymisen ennaltaehkäisy. Tyypin 1 diabeteksen hoitosuosituksissa hoidon tavoitteissa korostetaan verensokeritavoitteiden toteutumista sillä glukoosiarvojen hallinta on pohja sairauden hoidolle. Hyvässä hoitotasapainossa olevassa diabeteksessä puolet ruokailua edeltäen mitatuista plasman glukoosiarvoista on 4-8 mmol/l ja puolet ruokailun jälkeisistä arvoista alle 10 mmol/l. Lisäksi hyvän hoitotasapainon määritelmään sisältyy se, ettei vakavia hypoglykemiaa esiinny. Jos diabetesta sairastava on vielä kasvuiässä, hoidon tulee tukea normaalia kasvua ja kehitystä. Toteamisvaiheen hoidon tavoitteet ovat elintärkeiden asioiden läpikäyminen ja niiden välttämättömien taitojen oppiminen, joiden avulla selvittää ensimmäisistä viikoista. Lähtötavoitteisiin sisältyy sokeriaineenvaihduntahäiriön asteittainen korjaaminen sekä aloitusohjauksessa ohjattujen asioiden soveltamaan oppiminen vaihtuvissa ympäristöissä, kuten kotona ja työssä. (Alahuhta & Seppänen 2007, 19; Diabetesliitto 2008, 10; Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 13.4.2015; Hirvonen, ym. 2007, 27 – 28; Jämsä 2013, viitattu 18.11.2015; Suvanto 2006, viitattu 13.11.2015.) Kuviossa 3 on kuvattu aloitusvaiheen ohjauksen etenemistä tiedon saamisesta ja konkreettisesta omahoidon taitojen opettelemisesta joustavaan ja tietojä soveltavaan omahoidon hallintaan.



KUVIO 3. Tavoitteellinen aloitusohjaus (koostettu tietoperustan pohjalta)

Aloitushjauksen luonne annettaessa ohjausta vuodeosastolla ja poliklinikalla

Diabetekseen sairastuneen aloitushjauksta toteutetaan vuodeosastolla ja poliklinikalla OYS:ssa. Osastoaloituksessa potilas saa diabeteksen hoidonohjauksen muun hoidon ohessa. Osastolla ohjauksen antaa siellä työskentelevä sairaanhoitaja potilaan hoitajakson aikana. Hoitajakso on kestoaltaan yleensä alle viikon mittainen. Potilas kohtaa lääkäriin alkuvaiheessa ja kuukauden kuluttua sairauden toteamisesta. Osastoaloiutus sisältää myös fysioterapeutin toteuttaman ohjauksen. Diabeteshoitajan vastaanotto on viikon kuluttua kotiutumisesta. (Jämsä 2014b.)

Poliklinikkaohjauksessa diabeteshoitajan vastaanotot ovat yksilöllisen tarpeen mukaan sovittuja. Ohjaus toteutetaan ohjaukseynteinä ja/tai puhelinohjauksena potilaan tarpeista riippuen. Ensimmäisellä polikliinisella ohjaukseralla potilas käy poliklinikalla, jolloin ohjataan vain kaikista tärkeimmät asiat. Tavoitteena on, että sairastunut kykenee selviämään sairautensa kanssa ilman hoitajan läsnäoloa. Potilaalle annetaan tieto siitä, että hän voi ottaa yhteyttä hoitoon liittyvissä asioissa mihin vuorokaudenaikaan tahansa: virka-aikana diabeteshoitajaan ja virka-ajan ulkopuolella endokrinologiselle vuodeosastolle. Poliklinikalla ohjauksen antaa diabeteksen hoitoon erikoistunut diabeteshoitaja. Poliklinikkaohjauksessa lääkäriin vastaanotto on sovitusti viikon kuluessa sairauden toteamisesta ja sitä seuraava kuukauden kuluttua. (Jämsä 2014b.)

Rissanen (2005) tutkimuksen mukaan diabeteshoitajat kokevat polikliinisen hoidonohjauksen hyväksi keinoksi ohjauksen suunnitelmallisen ja systemaattisen etenemisen kannalta. Diabeteshoitajalla koettiin olevan vuodeosaston sairaanhoitajaan verrattuna enemmän mahdollisuuksia syventyä yksilöllisesti diabeetikon oppimistapoihin. Kokemuksellisen oppimisen hyödyntämisen tietojen sisäistämisesssä taidoiksi on koettu myös polikliinisessä ohjauksessa toteutuvan paremmin kuin sisätautien vuodeosastolla annettussa ohjauksessa. (Rissanen 2006, 35.) Insuliinihoidon aloitus voidaan turvallisesti toteuttaa polikliinisesti, jos hoitoon perehtynyt yksikkö vastaa toteutuvasta hoidosta (Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä 2013, viitattu 9.5.2015).

Rissanen (2005) tutkimuksessa ilmeni, että diabeetikoiden aloitushjaus toteutui eri organisaatioissa eri tavoin. Aloitushjaus toteutettiin paikkakuntaakohtaisesti joko osastoilla tai poliklinikoilla. Osastolla toteutuvasta ohjauksesta vastasi useissa yksiköissä sisätautien vuodeosaston henkilökunta, joillakin paikkakunnilla poliklinikan diabeteshoitaja vapauduttuaan omista tehtävistään. Poliklinikkaohjaus on käytössä kolmessa sairaalassa ja sen lisäksi ollut kokeiluna kahdessa sairaalassa. Polikliinisesti toteutuvaa ohjausta pidettiin tutkitusti helpompana kuin osastolla tapahtuvaa ohjausta hoidonohjauksen jatkuvuuden ja

oppimisprosessin kokonaisuuden arvioinnin osalta. Aloitusohjauksen toteutuminen poliklinikalla on tutkitusti mahdollista, jos potilas on hyväkuntoinen ja asuu riittävän lähellä polikliinista hoitoyksikköä. (Rissanen 2005, 39, 77.)

Alkuohjauksaikausten pituus riippuu organisaation käytännöistä. Rissanen (2005) tutkimuksen mukaan alkuohjaus pyritään nykykäytännöissä antamaan osastoilla 2-5 päivässä. Tyypin 1 diabeetikot ovat erikoissairaanhoidopiirin seurannassa puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Jatkohoitoon siirtyessä tulee varmistua perusterveydenhuollossa järjestetystä jatkohoidosta. (Rissanen 2005, 37, 39.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksella on oltava tarkoitus, joka toimii ohjaavana tekijänä tutkimusstrategioita valittaessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137). Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla diabetekseen sairastuneiden aikuis- ja nuoruusikäisten potilaiden kokemuksia aloitusohjauksesta poliklinikalla ja vuodeosastolla.

Tavoitteenamme on tuoda hyötyä yhteistyökumppanille tuottamalla tietoa hoitajille siitä, millaiseksi potilaat kokevat aloitusvaiheen ohjauksen sekä vertailla poliklinikalla ja vuodeosastolla saatua ohjausta. Tutkimustiedon avulla ohjausta voidaan kehittää puuttamalla tutkimustuloksista ilmi tuleviin asioihin, jolloin ohjauksen laatu paranee. Ohjauksen kehittyessä potilaiden esiin tuomien asioiden perusteella, jatkossa potilaan kokemus aloitusohjauksesta sekä omahoidon hallinta paranee. Hyvin onnistuneella potilasohjauksella on vaikutusta asiakkaan terveyteen, sen edistämiseen sekä laajemmassa mittakaavassa kansanterveyteen. Tavoitteena on myös saada tietoa, jota voimme hyödyntää tulevassa ammatissa potilasohjausta antaessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi diabetekseen sairastuneet kokevat aloitusvaiheen hoidonohjauksen?
2. Millä tekijöillä on vaikutusta aloitusohjaukseen?
3. Millaisia kehittämistarpeita aloitusvaiheen hoidonohjauksessa on?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimusongelmat ohjasivat tutkimuksen metodisia valintoja (ks. Lindblom-Ylänne 2011, 45). Tutkimusotteena käytimme pääosin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta. Tutkimuksemme on luonteeltaan kuvaileva ja vertaileva. Kuvailevassa tutkimuksessa tutkimuksen avulla tuodaan esille tieto tutkittavasta ilmiöstä. Sen pohjalta tutkimusta tarkastelevalle muodostuu oma käsitys tutkittavasta asiasta ja sen asemasta. Vertailevassa tutkimuksessa tuodaan esille saman ilmiön luonnetta eri paikoissa. Toteutimme opinnäytetyössämme vertailua eri aloitusohjauspaikkojen välillä. (ks. Vilka 2007, 19-20.)

Opinnäytetyömme tulosten oli tarkoitus rakentua hyödynnettäväksi yhteistyötahoille: poliklinikalle ja vuodeosastolle. Jotta tutkimustulos saatiin hyödynnettävään muotoon, tuli perusjoukon olla riittävän suuri. Tämän vuoksi valitsimme tutkimusmenetelmäksi pääosin kvantitatiivisen. Määrällinen tutkimusmenetelmän asenneasteikot, opinnäytetyössämme Likert-asteikot, myös mahdollistivat havaintoyksikkönä olevan henkilön asenteen tai mielipiteen vertailun kahden eri paikan välillä. Määrällinen ote sopi tutkimusotteeksi opinnäytetyöhömmä myös siksi, että halusimme kuvailla, selittää ja vertailla tutkittavia asioita sekä kartoittaa tutkittavien näkökulmaa aloitusohjauksen sisältämistä ilmiöistä. (ks. Vilka 2007, 45).

Halusimme tuoda esille potilaiden kokemuksia ja näkökulmia saadusta ohjauksesta, joten määrällisen menetelmän rinnalle valitsimme kvalitatiivisen eli laadullisen menetelmän. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimuskohteen kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Laadullisesti selvitetty osuus sisältää muun muassa tiedon siitä, mitä potilas olisi toivonut jäävän pois aloitusvaiheen ohjauksesta tai mihin hän olisi toivonut saavansa lisää ohjausta. Tutkimuksemme on siis monimetodinen eli metodinen triangulaatio, jossa määrällinen ja laadullinen menetelmä yhdistyvät. Monimetodinen lähestymistapa toi tutkimukseen lisää kattavuutta ja luotettavuutta. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 161; Vilka 2005, 53.)

4.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja tutkittavien valinta

Selvitimme tutkimuksellamme toteutuvaa aloitusohjausta. Rajasimme tutkimuksen aloitusvaiheen ohjaukseen. Aloitusohjaus käsitteenä kattaa opinnäytetyössämme noin viikon mittaisen jakson alkaen diagnoosin saamisesta. Tutkittavat diabetekseen sairastuneet olivat pääosin monipistoshoitoisia ja aikuisikäi-

siä. Teimme tutkimuksen vuosina 2013-2015 sairastuneille potilaille, jotka saivat aloitusvaiheen ohjauksen Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastolla 35 tai sisätautipoliklinikalla. Teimme tutkimuksen kokonaistutkimuksena, jolloin otimme mukaan koko perusjoukon ilman erillistä otantaa. Perusjoukon koko oli 99 tutkittavaa.

4.3 Tutkimusmenetelmä

Määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä ovat aikaisemmat tutkimukset, teoriat ja käsitteiden määrittely. Tutkimuksen yhteydessä puhutaan taulukoista ja tilastoista. (Hirsijärvi ym. 2009, 139–140.) Käytimme aineiston keräämiseen postitettavaa kyselylomaketta, koska tutkimuksemme kohdejoukko oli suuri. Kun tutkimus tehdään kyselylomakkeen avulla, etuna on, että vastaaja jää tuntemattomaksi. Luotettavien tulosten saamiseksi tutkijan ja tutkittavien välillä on hyvä pysyä mahdollisimman etäisinä. Tällöin tutkija pystyy mahdollisimman vähän vaikuttamaan saatuihin vastauksiin ja sitä kautta tutkimustuloksiin. (ks. Vilka 2007, 16; Vilka 2005, 74.) Poliklinikan yhteyshenkilö kokosi perusjoukon, jolloin tutkittavien henkilöllisyys ei tullut meille ilmi.

Tutkimustulosten vertailukelpoisuuden vuoksi strukturoimme tutkittaville esitettävät kysymykset. Strukturoiminen tarkoittaa sitä, että kaikilta tutkittavilta kysytään täsmälleen samat kysymykset samalla tavalla (Vilka 2005, 73). Strukturoidut kysymykset sisälsivät valmiit vastausvaihtoehdot eli niin sanotut monivalintavaihtoehdot (ks. Lindblom-Yläne ym. 2011, 113-114). Niiden tarkoituksena oli muun muassa vastausten käsittelyn yksinkertaistaminen (ks. Heikkilä 2008, 51). Vastaukset olivat Likert-tyyppisiä ja 5-asteikkolaisia. Likert-asteikossa vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan, josta vastaaja valitsee sen, mitä mieltä hän on väittämästä ja millä voimakkuudella (Hirsijärvi ym. 2009, 200). Käytimme asteikkoa 0-4, jossa 0-vaihtoehto kuvasi väittämää ”en osaa sanoa”, 1-vaihtoehto väittämää ”täysin eri mieltä” ja 4-vaihtoehto väittämää ”täysin samaa mieltä”. Asteikot olivat skaalaltaan nousevia.

Laadimme kyselylomakkeen tietoperustan ja aikaisempien tutkimusten pohjalta. Tutkimuskysymykset ohjasivat kyselylomakkeen koostamista, jotta lomakkeella kerättävä aineisto vastaisi tutkimuskysymyksiimme. Lisäksi hyödynsimme lomakkeen työstämisvaiheessa työympäristössä tehtyjä havaintoja sekä ohjausta aloitusohjausta anteneiden hoitajien kanssa toteutetun yhteistyön kautta nousseita tarpeita. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä hoidonohjauksen laadusta, sisällöstä ja ohjauksessa käytetyistä menetelmistä. Kyselylomakkeen laadinnassa teimme yhteistyötä opiskelijakoordinaattoreiden, diabeteshoitajan, sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajan sekä ohjaavien opettajien kanssa. Halusimme panostaa siihen, jotta aineistosta saataisiin mahdollisimman kattava, tarkoituksenmukainen ja luotettava.

Kyselylomakkeen (liite 1) alkuun laadimme taustakysymyksiä, joilla selvitimme vastaajien iän, sairastumisajan, viimeisimmän HbA1c-arvon sekä sen, saiko tutkittava aloitusohjauksen poliklinikalla vai vuodeosastolla. Lomakkeen kysymykset 1-5 sisälsivät edellä mainitut taustakysymykset. Likert-asteikollisilla kysymyksillä 6-59 haettiin vastauksia tutkimustehtävään 1. Ne sisälsivät kysymyksiä aloitusohjauksen sisällöstä, potilaslähtöisyyden toteutumisesta ja aloitusohjauksen kokonaisuutta koskevista kokemuksista. Koska ohjauksen tiedolliseen sisältöön liittyvä osuus oli laaja, saimme likert-asteikollisesti aseteltuna siitä mahdollisimman kattavasti tietoa. Myös potilaslähtöisyydestä valitsimme kysymysten asetteluun määrällisen tavan avointen kysymysten rinnalle, koska potilaslähtöisyys käsitteenä on niin laaja. Näin saimme määrällisten kysymysten kautta tietoa niistä potilaslähtöisyyden näkökulmista, joita potilaat eivät olisi välttämättä huomanneet avoimiin kysymyksiin vastatessaan arvioida. Tietoa potilaslähtöisyyden ilmenemisestä nousi esiin myös laadullisissa vastauksissa. Avointen kysymysten, 60-64, avulla haettiin vastauksia tutkimustehtäviin 2 ja 3. Ne sisälsivät kysymyksiä siitä, miten aloitusohjaus potilaan näkökulmasta toteutui, mitä potilas olisi toivonut muutettavan aloitusvaiheen hoidonohjauksessa ja mitä lisätarpeita ja toiveita potilaalla olisi ollut ohjauksen suhteen. Avoimeen kysymysmuotoon asetettuna näistä kokonaisuuksista saimme koottua tietoa, joka kuvasi hyvin potilaan kokemia asioita.

Kyselylomakkeen laadinnassa tavoitteenamme oli tiedontarpeemme muuntaminen kysymyksiksi, joihin vastaaja on kykenevä ja halukas vastaamaan (ks. Holopainen & Pulkkinen 2008, 42). Ennen kyselyn lähettämistä toteutimme lomakkeen esitestauksen, jotta mahdollisia väärinymmärryksiä voitiin vähentää. Esitestauksen avulla saatiin tietoa mittarin toimivuudesta suhteessa tutkimusongelmiin, vastausohjeiden ja kysymysten selkeydestä ja toimivuudesta sekä kyselyyn vastaamiseen käytetystä ajasta. Esitestaus toteutettiin kolmelle henkilölle, jotka olivat kiinnostuneita potilasohjauksen kehittämistä ja olivat itse sairastuneet insuliinipuutteiseen diabetekseen tutkimusta edeltävien viiden vuoden aikana. Näin esitestattavat olivat mahdollisimman samankaltaisia tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvien kanssa, mikä lisäsi esitestauksen luotettavuutta. Esitestauksen kyselylomakkeen liitteeksi tuli esitestauksen palautelomake (liite 3), johon esitestattava arvioi avointen kysymysten avulla kyselylomakkeen toimivuutta. Esitestauslomakkeisiin merkittiin kyselyn vastaamiseen kuluva aika. Näin saimme tietoa vastaamiseen kuluvan ajan sopivuudesta (ks. Vilka 2007, 78.)

Kyselylomakkeen mukana oli lyhyt saatekirje (liite 4), joka sisälsi maininnan opinnäytetyön tekijöistä ja toteutuksen pääkohdista sekä ohjeistuksen kyselyyn vastaamiseen. Saatekirjeessä mainittiin myös kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta sekä vastaajien anonymiteetista. Esitestauslomakkeen saatekirjeeseen (liite 2) tuli lisäksi maininta kuluvan ajan arvioinnista sekä sisältöön liittyvistä arvioitavista asioista. Esitestausvastausten perusteella lisäsimme kyselylomakkeeseen muutamia uusia kysymyksiä se-

kä parantelimme muutamien kysymysten muotoilua ja kyselylomakkeen ulkoasua. Liitimme saatekirjeen tutkimukseen osallistyneille (liite 5) myös toisen kyselykierronksen lomakkeisiin. Siinä pyrimme tekstin muotoilulla vetoamaan perusjoukkoon kuuluviin, jotka eivät vielä olleet vastanneet kyselyyn.

4.4 Aineiston keruun toteuttaminen

Opinnäytetyötutkimuksemme perusjoukko rajattiin vuoteen 2015, siihen hetkeen, kun tutkimuksen toteuttaminen aloitettiin. Alkuun perusjoukon määrä oli 93 tutkittavaa ja toisella kyselykierroksella se laajeni 99:ään tutkittavaan. Poliklinikan yhteyshenkilö huolehti tutkittaville kotiin lähetettävien kyselylomakkeiden postituksesta. Palautuskuoret, joista postimaksu oli maksettu valmiiksi, lähetettiin kyselylomakkeen mukana. Valmiiksi laittamiimme kirjekuoriin lisättiin osoitteet poliklinikalla, jolla varmistettiin vastaajien henkilöllisyyden pysyminen anonyyminä.

Postitetun kyselyn etuna on nopeus ja aineiston vaivaton saaminen ja suurimpana ongelmana aineistokato. Erityisryhmälle lähetettäessä kyselyn vastausprosentti on yleensä korkeimmillaan 70-80 %. Tämä vaatii kuitenkin usein kaksi kertaa toistettavaa lomakkeen karhuamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.) Ensimmäisen kyselykierroksen jälkeen vastausprosentti jäi pieneksi (25,1 %). Tulosten luotettavuuden lisäämiseksi toteutimme toisen kyselykierroksen. Vastajat numeroitiin yhteyshenkilön toimesta palautuskuoriin merkiten, joten karhuaminen oli mahdollista toteuttaa niille perusjoukosta, jotka eivät ensimmäisellä kyselykierroksella vastanneet kyselyyn. Perusjoukkoa laajennettiin toisella kyselykierroksella 99:ään potilaaseen, joten kuusi vastaajaa sai lomakkeen vain kerran. Asetimme ensimmäisellä kyselykierroksella palautusajankohdan neljän viikon päähän arvioidusta kyselyn saapumisajankohdasta ja toisella kyselykierroksella se oli kolmen viikon kuluttua kyselylomakkeiden postittamisesta. Toiselta kyselykierrokselta kertyi kahdeksan vastattua lomaketta.

4.5 Aineiston analyysi ja tulosten esittäminen

Perusjoukon lopullinen koko oli 99 aloitusohjauksen saanutta. Tutkimuskyselyyn vastanneita oli 35, joten vastausprosentti oli 34,7 %. Kyselylomakkeista 28:ssa oli laadullisia vastauksia ja määrälliseen aineistoon hyväksytyjä vastauksia 33:ssa. Vastaajien keski-ikä oli 28 vuotta. Heistä naisia oli 33 % ja miehiä 67 %. Vastanneista 42 % oli saanut aloitusohjauksen vuonna 2013, 27 % vuonna 2014 ja 30 % vuonna 2015. Aloitusohjauksen oli saanut vuodeosastolla 58 % vastaajista ja poliklinikalla 42 %.

Osastolla ohjatuista 16 vastaajaa ja poliklinikalla ohjatuista 8 vastaajaa ilmoitti viimeisimmän HbA1c-arvonsa. Vuodeosastolla ohjattujen viimeisimmän HbA1c:n keskiarvo oli noin 61 mmol/mol ja poliklinikalla ohjattujen noin 58 mmol/mol. Vastanneet eivät kummassakaan aloitusohjauspaikassa keskimääräisesti olleet viimeisimmässä tutkimustamme edeltäneessä mittauksessa saavuttaneet hoitosuosituksen mukaista HbA1c-tavoitetta, joka on alle 53 mmol/mol (ks. Ilanne-Parikka 2016). Tulokset olivat täten jokseenkin samansuuntaiset tutkittavien tämän hetkisen hoitotasapainon suhteen.

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ennakoidaan analyysimenetelmä, joka sopii tutkimuskysymyksiin ja vastausten analysointiin. Analyysitavan valintaan vaikuttaa se, tutkitaanko yhtä muuttujaa vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja niiden vaikutusta toisiinsa. Koska tutkimusotteemme oli monimetodinen, käytimme kahdenlaista analyysitapaa aineistoa käsiteltäessä. Määrällisen tutkimuksen analyysimenetelmän tulee antaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Määrällistä aineistoa analysoitaessa käytetään analyysitapaa, jossa aineistoa käsitellään numeraalisesti. (ks. Viikka 2007, 14, 119.) Laadullista aineistoa kuvaillaan, luokitellaan ja yhdistellään, jolloin löydetään selityksiä tutkittavalle ilmiölle. Laadullisen aineiston eli tutkimuskyselyn avoimista kysymyksistä saadut vastaukset analysoimme käyttäen sisällön analyysia. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 199, 223.) Sisällön analyysin avulla sisältöä pelkistettiin sellaiseen muotoon, että sitä voitiin edelleen käsitellä (ks. Anttila 1998, viitattu 11.5.2015).

Aineiston analysointi aloitettiin sen tarkistamisesta. Jouduimme hylkäämään yhden kyselylomakkeista, koska se ei sisältänyt lainkaan vastauksia. Yhdestä kyselylomakkeesta hylkäsimme määrällisen osuuden, koska laadullisista vastauksista ilmeni, että ohjauspaikka oli eri kuin vastaajan ilmoittama. Tämä tarkistettiin poliklinikan yhteyshenkilöltä. Laadullisessa osuudessa kyseinen vastaaja oli selkeästi arvioinut määrittelemämme aloitusohjausajan aikana annettua ohjausta, joten hyväksyimme laadullisen osuuden aineistoon. Kahden kyselylomakkeen vastauksissa oli pieniä puutteita. Toisesta puuttui sivullinen vastauksia ja toisessa yksi vastaus. Hyväksyimme näistä lomakkeista vastatut osiot aineistoon.

Määrällisen aineiston tutkittavat asiat muutettiin Webropol-ohjelmaa käyttäen pinotuiksi palkkikuvioksi. Kuvioit nimettiin kyselylomakkeessa olleiden väittämien mukaan ja niiden avulla pyrittiin helpottamaan tekstin ymmärtämistä. Kuvioilla pystyttiin havainnollistamaan muun muassa vastausten jakautumista ohjausyksiköiden välillä. Sisältöön liittyvien ilmiöiden muuttaminen numeeriseen muotoon selkeytti aineiston analyysia. Tulokset esitimme pääosin yhdistämällä prosentuaalisia jakaumia, kuten positiivisia vastauksia, jos niiden osuus ylitti 50 %:n. Arvioitavassa ohjauksen osa-alueessa esiintyväksi merkittäväksi puutteeksi laskettiin, jos molemmissa ohjauspaikoissa yli 14 %:ssa ilmeni negatiivisesti jakautuneita vastauksia tai jos ohjauspaikoissa yli 29 %:ssa vastauksista niitä ilmeni. Tuloksia kirjoitettaessa ”jok-

seenkin samaa mieltä” –vastausten ei katsottu sisältävän mainittavia puutteita sillä niiden pääpainotus on myönteinen. Merkittäväksi eroksi ohjauspaikkojen välillä laskettiin yli 20 %:in ero vastausten painotumisessa negatiivisten ja positiivisten vastausten välillä. Pieneksi eroavaisuudeksi katsottiin jakautumisessa oleva yli 10 %:in ero. Havaintojen määrien muuttaminen prosenteiksi selkeyttää myös tutkimustulosten lukemista. Analysoitaessa kahden muuttujan, poliklinikan ja vuodeosaston, välistä riippuvuutta käytettiin ristiintaulukointia. Sitä hyödynnettiin erojen ja yhteneväisyyksien esille tuomisessa tekstissä. Vastauslomakkeet numeroitiin, jotta niihin voitiin myöhemmin palata tarkistaen yksittäisen tutkittavan vastauksia. (ks. Vilka 2005, 89, 90, 94; Vilka 2007, 119, 129, 135.) Pieniä arvoja kuvaamaan käytimme frekvenssiä prosenttien sijasta, jotta vastaajien jakautuminen tuli paremmin esiin. Frekvenssejä käytettiin, kun likert-asteikollisissa kysymyksissä yhden asteikon oli valinnut vastauksissaan neljä tai alle neljä vastaajaa.

Tutustuimme laadulliseen aineistoon lukemalla sen läpi useita kertoja. Tutustumisen aikana muotoilimme laadullisen aineiston tarkasteltavia näkökulmia aineistolähtöisemmiksi. Tutkimusongelma 2 jakautui kahteen kokoavaan luokkaan: aloitusohjauksen onnistumista edistävät ja estävät tekijät. Pääosin avoimella kysymyksellä ”mitä lisätarpeita ja toiveita sinulla olisi ollut ohjauksen suhteen hoidon aloitusvaiheessa?” kerätty aineisto tutkimuskysymykseen 3 muotoutui lopulliseen muotoonsa: ”aloitusohjauksen kehittämistarpeet”. Käydessämme läpi laadullista aineistoa valitsimme sisällön analyysissä käytettäväksi analysointiyksiköksi lauseen. Esitimme laadulliselle aineistolle seuraavat kysymykset:

- Mitkä tekijät edistivät aloitusohjauksen onnistumista ja mitkä estivät sitä?
- Miten potilaslähtöisyys ilmeni aloitusohjauksessa?
- Mitä kehittämistarpeita koettiin aloitusohjauksessa olevan?

Alkuperäisilmaukset pelkistimme ja kokosimme yhteen samaa tarkoittavat ilmaisut. Näin aineistosta alkoi muodostua alaluokkia, jotka yhdistettiin aihealueittain. Alaluokkia ryhmiteltäessä muodostui pääluokkia, joiden kautta saimme esille tutkittavien ilmiöiden ilmenemismuodot. Pääluokat nimettiin niin, että ne kuvasivat sisältämiään alaluokkia. Kokoaviksi luokiksi asetettiin tutkimusaineistolta kysytyt kysymykset. Alla olevaan kuvioon on kuvattu esimerkki siitä, miten sisällön analyysi rakentui (kuvio 4).

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Kokoava luokka
"Sain kaiken tarvittavan tiedon"	Riittävä tiedonmäärä	Ohjaustoimintaan liittyvät tekijät	Aloitushjauksen onnistumista edistävät tekijät

KUVIO 4. Esimerkki sisällön analyysin rakentumisesta

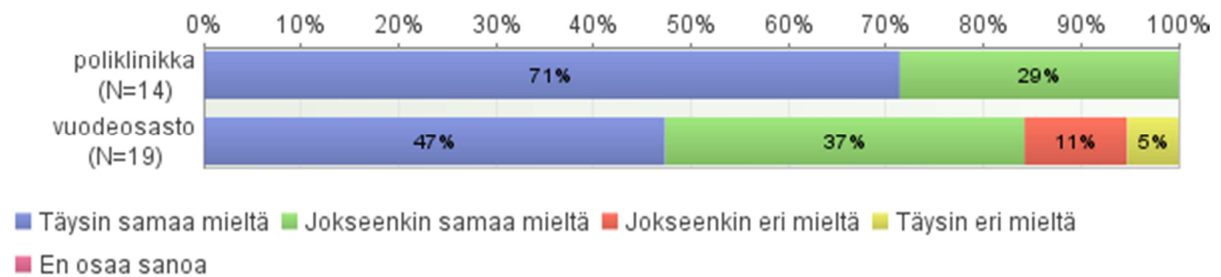
Laadulliseen tutkimukseen sisältyy mahdollisuus, että tutkittava ongelma muuttuu tutkimusta tehdessä (Hirsjärvi ym. 2009, 126). Avoimet kysymykset myös tuottivat kokonaan uusia, ennalta arvaamattomia näkökulmia, jotka sisällön analyysillä nousivat aineistosta esiin. Poliklinikalta ja vuodeosastolta saatu aineisto eriteltiin ja analysoitiin omina kokonaisuuksinaan. Tuloksissa tuotiin esille yhteneväisyydet ja erot. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 199, 223.)

Opinnäytetyön tulokset esitimme tutkimuskysymysten mukaisesti. Analysoitaessa samaan ohjaussisällön osa-alueeseen liittyvää aineistoa yhdistettiin useamman kyselylomakkeen kysymyksen vastauksia, kuten hypoglykemiaan liittyviä asioita, kokonaisuuksiksi.

5 TUTKIMUSTULOKSET

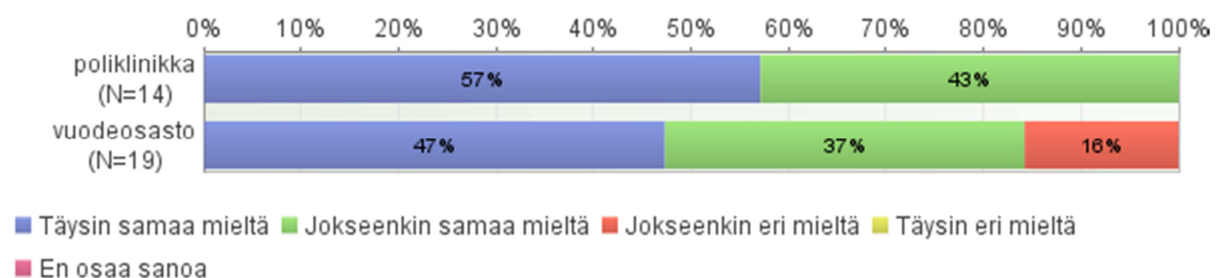
5.1 Kokemukset aloitusvaiheen hoidonohjauksesta

Poliklinikalla ohjauksen saaneista kaikki vastaajat (100 %) olivat tyytyväisiä saamansa aloitusohjauksen kokonaisuuteen. Myös vuodeosastolla ohjauksen saaneista noin puolet (47 %) oli aloitusohjaukseen kokonaisuutena täysin tyytyväisiä ja yli kolmasosa (37 %) jokseenkin tyytyväisiä. Kaksi vuodeosastolla ohjattua vastaajaa koki jonkin verran tyytymättömyyttä aloitusohjauksen kokonaisuuteen ja yksi vastaaja koki olevansa siihen täysin tyytymätön. Koettu tyytyväisyys ohjaukokonaisuuteen oli täten polikliinisessä aloitusohjauksessa hieman suurempi (kuvio 5).



KUVIO 5. Olen tyytyväinen aloitusohjauksen kokonaisuuteen

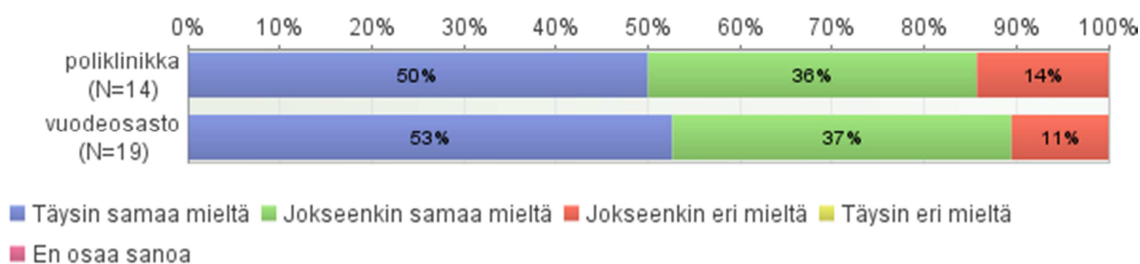
Kaikki polikliinisesti ohjatut (100 %) ja suurin osa vuodeosastolla ohjatuista (84 %) kokivat hoidonohjauksen auttaneen omahoidon toteuttamisessa (kuvio 6). Vuodeosastolla ohjauksen saaneista kuitenkin vajaa viidennes (n=3) koki, että hoidonohjaus auttoi siinä puutteellisesti. Hoidonohjauksesta omahoidon toteuttamiseen saatu hyöty koettiin täten poliklinikalla hieman paremmaksi.



KUVIO 6. Hoidonohjaus auttoi omahoidon toteuttamisessa

Vastanneiden tyytyväisyys nykyiseen osaamiseensa diabeteksen hoidossa oli tulosten perusteella vuodeosasto-ohjauksen saaneiden ja poliklinikalla ohjattujen välillä melko samansuuntainen. Poliklinikalla ohjatuista lähes kahdeksan vastaajaa kymmenestä (79 %) olivat tyytyväisiä nykyiseen osaamiseensa diabeteksen hoidossa. Vain kaksi vastaajaa oli tähän jokseenkin tyytymättömiä. Myös vuodeosastolla lähes kaikki vastaajat (94 %) olivat osaamiseensa tyytyväisiä ja vain yksi vastaaja jokseenkin tyytymätön. Sekä poliklinikalla että vuodeosastolla vastaajat kokivat olevansa sitoutuneita omahoidon toteuttamiseen.

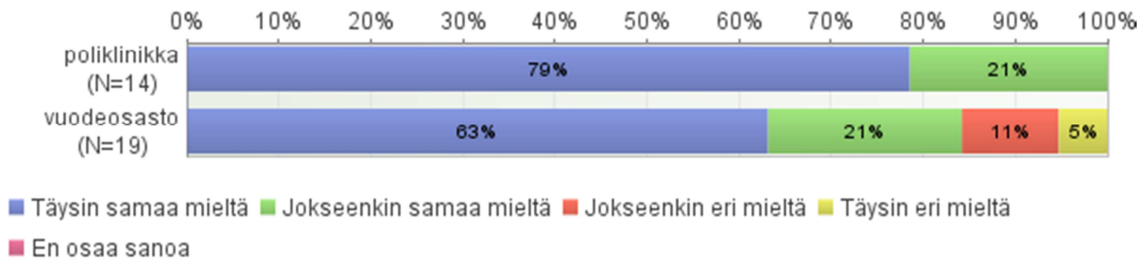
Kokemukset riittävästä tiedonsaannista koskien sairautta, sen puhkeamista ja vaikutuksia elimistössä tulokset poliklinikan ja vuodeosaston välillä olivat hyvin samankaltaisia (kuvio 7). Suurin osa vastaajista sekä poliklinikalla (86 %) että vuodeosastolla (90 %) koki saaneensa riittävästi tietoa. Molemmissa aloitusohjauspaikoissa oli kaksi vastaajaa, jotka kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa edellä mainituista asioista.



KUVIO 7. Sain riittävästi tietoa sairaudesta

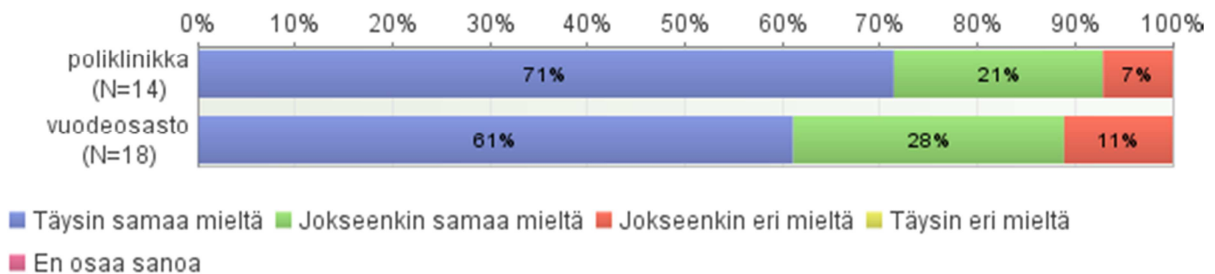
Polikliinisesti ohjatuista kaikki vastaajat (100 %) kokivat, että omahoidon tueksi saatu kirjallinen ohje oli selkeä ja sisälsi tarpeelliset asiat. Vuodeosastolla kirjallisten ohjeiden palvelevuus koettiin hieman huonommaksi. Myös siellä suurin osa (79 %) koki kuitenkin, että kirjallinen ohje oli selkeä ja sisällöltään tarpeellinen. Alle viidennes (n=3) oli jokseenkin eri mieltä ja vain yksi vastaaja täysin eri mieltä sen selkeydestä ja tarpeellisten asioiden sisällyttämisestä. Yksi vastaaja ilmoitti kuitenkin, ettei saanut kirjallisia ohjeita lainkaan.

Vastaajista poliklinikalla ohjatuista kaikki (100%) ja myös vuodeosastolla ohjatuista yli neljä viidestä (84 %) kokivat oppineensa ohjauksen avulla tilanteet, jolloin verensokeria tarvitsee mitata (kuvio 8). Vuodeosastolla ohjauksen saaneista pieni osa (n=3) koki puutteita näiden tilanteiden oppimisessa. Vuodeosastolla mittaustilanteiden oppiminen koettiin täten jonkin verran vähäisemmäksi.

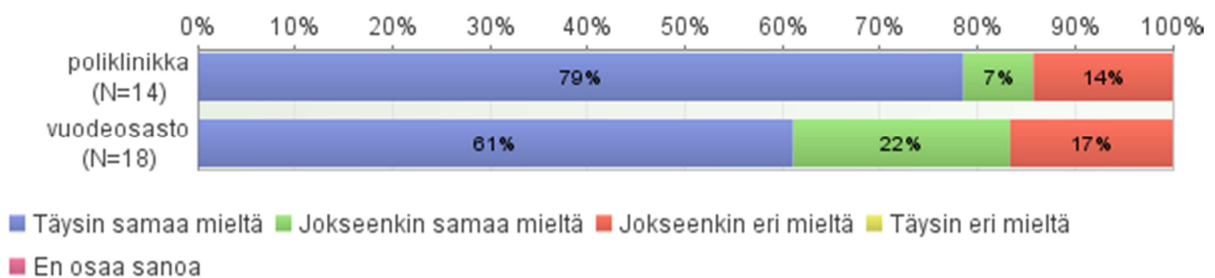


KUVIO 8. Ohjauksen avulla opin tilanteet, jolloin verensokeria tarvitsee mitata

Kokemukset ateriainsuliinin ja pitkävaikutteisen insuliinin vaikutusten arvioinnin oppimisessa olivat tulosiltaan samansuuntaiset polikliinisen ohjauksen ja vuodeosasto-ohjauksen välillä. Poliklinikalla yhtä lukuunottamatta kaikki vastaajat (92 %) kokivat oppineensa, miten ateriainsuliini vaikuttaa. Tämän oppimisen koki vuodeosastolla hyväksi suurin osa vastaajista (89 %) ja puutteelliseksi kaksi vastaajaa (kuvio 9). Lähes kaikki vastaajat sekä poliklinikalla (86 %) että vuodeosastolla (83 %) kokivat oppineensa ohjauksen avulla ymmärtämään myös, miten pitkävaikutteinen insuliini vaikuttaa. Poliklinikalla kaksi ja vuodeosastolla kolme vastaajaa koki tämän asian suhteen oppimisensa riittämättömäksi (kuvio 10). Ohjauksen avulla sekä poliklinikalla että vuodeosastolla kaikki vastaajat oppivat ymmärtämään myös sen, miksi tarvitsevat insuliinihoitoa.

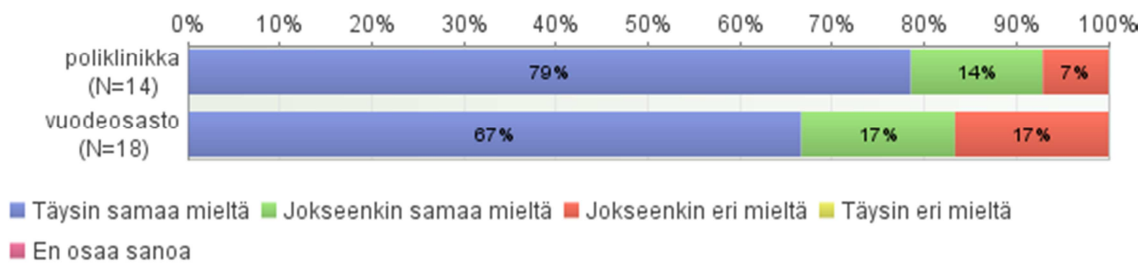


KUVIO 9. Opin ymmärtämään, miten ateriainsuliini vaikuttaa



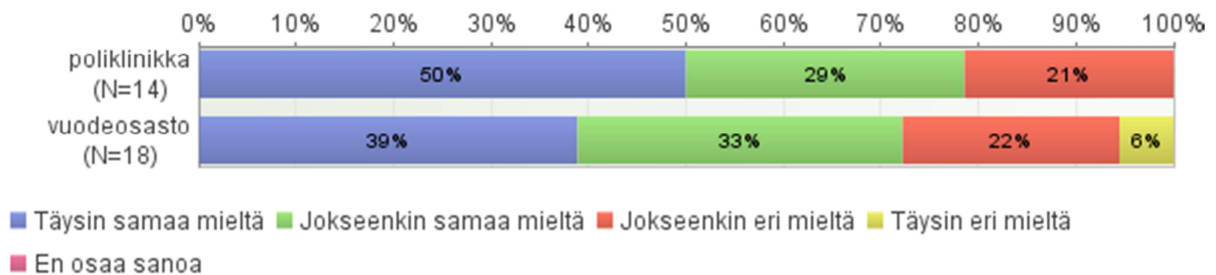
KUVIO 10. Opin ymmärtämään, miten pitkävaikutteinen insuliini vaikuttaa

Poliklinikalla ohjatuista yhtä vastaajaa lukuunottamatta kaikki (93 %) olivat sitä mieltä, että ohjauksen avulla oppi määrättyjen insuliinivalmisteiden pistopaikat. Vuodeosastolla ohjatuista myös yli kahdeksan kymmenestä (84 %) koki nämä oppineensa. Kolme vuodeosastolla ohjauksen saanutta vastaajaa koki puutteita pistopaikkojen oppimisessa. Määrättyjen insuliinivalmisteiden pistopaikkojen oppiminen toteutui poliklinikalla tulosten perusteella hieman paremmin (kuvio 11).



KUVIO 11. *Opin minulle määrättyjen insuliinivalmisteiden pistopaikat*

Poliklinikalla ohjatuista vastaajista lähes neljä viidestä (79 %) oli sitä mieltä, että ohjauksen avulla oppi huomioimaan insuliinin imeytymiseen vaikuttavat tekijät. Vajaa viidesosa (21 %) koki niiden oppimisessa puutteita. Myös vuodeosastolla ohjatuista suurin osa (72 %) koki oppineensa tekijät, jotka vaikuttavat insuliinin imeytymiseen ja lähes kolmannes (28 %) arvioi oppimisen olleen puutteellista. Tulokset olivat samansuuntaiset ohjausyksiköiden välillä (kuvio 12).

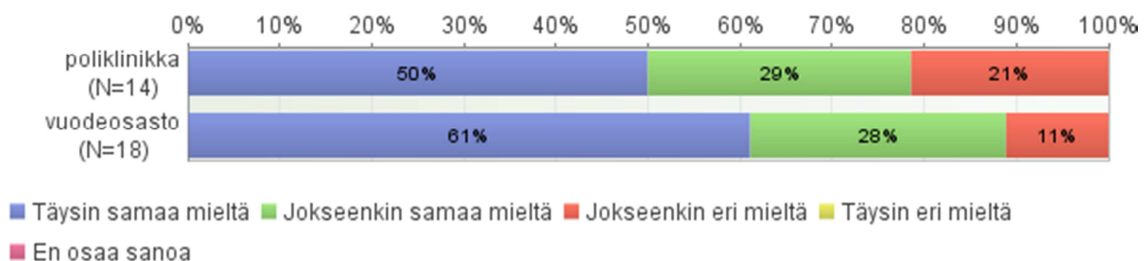


KUVIO 12. *Opin huomioimaan tekijät, jotka vaikuttavat insuliinin imeytymiseen*

Käsihygieniasta huolehtimisen oppiminen toteutui poliklinikalla hieman paremmin vuodeosaston tuloksiin verrattuna. Poliklinikalla ohjatuista yli neljä viidestä (86%) oli sitä mieltä, että oppi huolehtimaan käsihygieniasta ennen ja jälkeen pistämisen ja verensokerin mittaamisen. Pieni osa oli tästä (n=2) jokseenkin eri mieltä. Myös vuodeosastolla ohjatuista suurin osa (78 %) koki, että oppi ohjauksen avulla

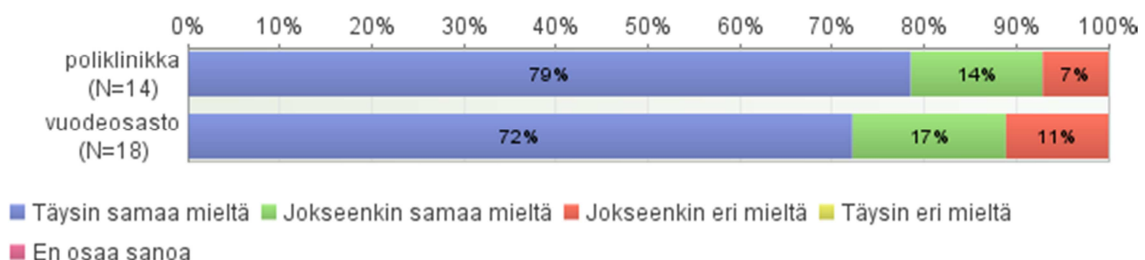
hyvin pistämisen ja verensokerin mittamiseen liittyvät käsihygienia-asiat hyvin. Reilu viidennes (n=4) koki puutteita niiden oppimisessa.

Poliklinikalla ohjatuista lähes kahdeksan kymmenestä (79 %) oli sitä mieltä, että oppi ohjauksen avulla oikean pistotekniikan ihonalaiseen rasvakudokseen. Hieman yli viidesosa (21 %) koki oppineensa pistotavan puutteellisesti. Vuodeosastolla ohjatuista myös suurin osa (88 %), kahta vastaajaa lukuunottamatta arvioi oppineensa aloitusohjauksessa oikean pistotekniikan, joten vuodeosastolla sen oppiminen toteutui poliklinikkaohjaukseen verrattuna hieman paremmin (kuvio 12). Sekä poliklinikalla että vuodeosastolla ohjatuista kaikki vastaajat (100 %) kokivat oppineensa, että insuliinikynän neula tulisi vaihtaa jokaisen pistoksen jälkeen.



KUVIO 13. Ohjauksen avulla opin oikean pistotekniikan ihonalaiseen rasvakudokseen

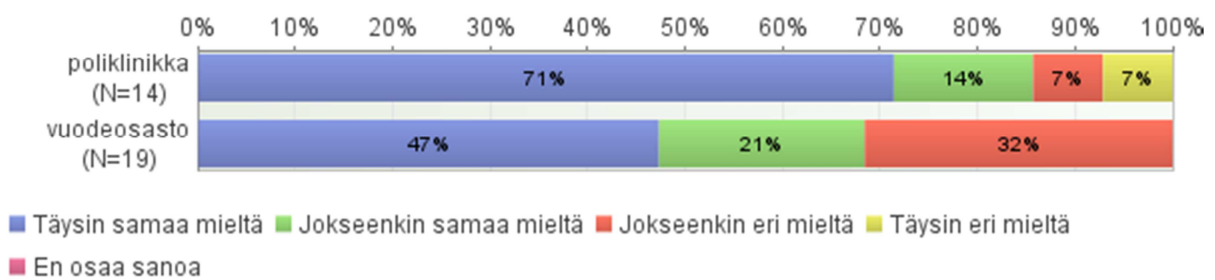
Poliklinikalla ohjatuista vastaajista yli yhdeksän kymmenestä (93 %) koki oppineensa välttämään kovettumien syntymistä pistospaikkojen vaihtamisen avulla (kuvio 14). Vain yksi vastaaja koki tämän asian oppimisen olleen jokseenkin puutteellista. Myös vuodeosastolla suurin osa (89 %), kahta vastaajaa lukuunottamatta koki tämän oppineensa. Tulokset olivat siis samansuuntaiset.



KUVIO 14. Opin välttämään kovettumien syntymistä pistopaikkoja vaihtamalla

Poliklinikalla ohjatuista yhtä vastaajaa lukuunottamatta kaikki (93%) arvioivat oppineensa, miten insuliinikynät tulisi säilyttää. Vuodeosastolla kaksi vastaajaa koki oppimisessa puutteita, joten suurin osa (89 %) koki oppimisensa hyväksi. Tulokset olivat täten melko samansuuntaiset poliklinikan ja vuodeosaston välillä. Myös insuliinikynän käyttöperiaatteiden oppimisessa tulokset olivat ohjausyksiköiden välillä samankaltaiset. Sekä poliklinikalla (92 %) että vuodeosastolla (95 %) yli yhdeksän kymmenestä oli sitä mieltä, että oppi ohjauksen avulla insuliinikynän käyttöperiaatteet. Molemmissa ohjauspaikoissa yksi vastaaja koki tämän oppimisessa puutteita.

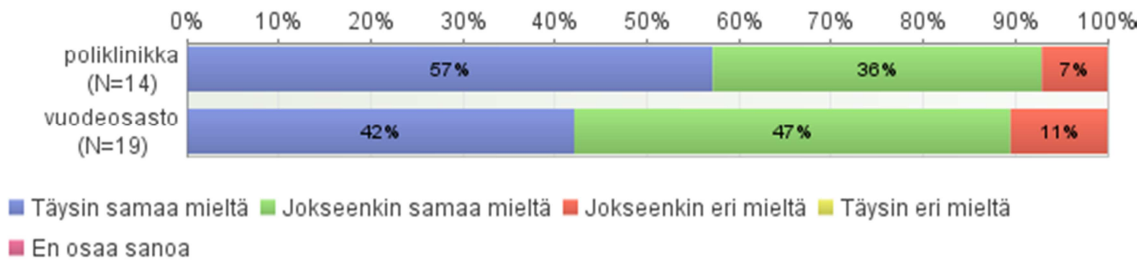
Poliklinikalla ohjatuista suurin osa (85 %), kahta vastaajaa lukuunottamatta koki oppineensa pistosvälineiden oikeanlaisen hävittämisen. Vuodeosastolla ohjauksen saaneista vajaa kolme neljästä (68 %) oppi vastausten mukaan hävittämään oikein pistosvälineet. Lähes kolmannes (32 %) koki, että oppi sen puutteellisesti. Pistosvälineiden hävittämisen ohjaaminen toteutui tulosten perusteella paremmin poliklinikalla kuin vuodeosastolla (kuvio 15).



KUVIO 15. Opin sen, miten pistosvälineet tulee hävittää

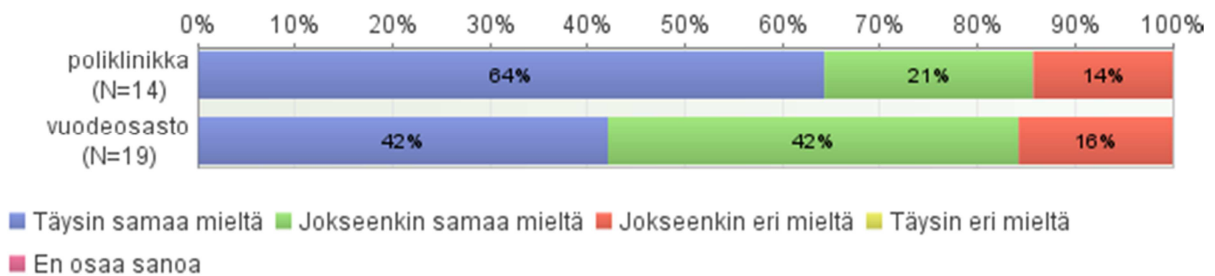
Poliklinikalla ohjatuista vastaajista yli yhdeksän kymmenestä (92 %) koki oppineensa sen, miten hankkia tarvittavat hoitovälineet. Vain yksi vastaaja koki tämän asian oppimisessa puutteita. Myös vuodeosastolla ohjatuista suurin osa (90 %), kahta vastaajaa lukuunottamatta koki oppineensa hoitovälineiden hankkimiseen liittyvät asiat. Tulokset olivat siis melko samansuuntaiset poliklinikan ja osaston välillä.

Poliklinikalla ohjauksen saaneista lähes kaikki (93 %) kokivat oppineensa ohjauksessa ne ruoka-aineet, jotka sisältävät verensokeriin vaikuttavia hiilihydraatteja (kuvio 16). Myös vuodeosastolla ohjatuista liki yhdeksän kymmenestä (89 %) koki oppineensa tämän. Poliklinikalla ohjatuista yksi vastaaja ja vuodeosastolla ohjatuista kaksi koki hiilihydraatteja sisältävien ruoka-aineiden oppimisessa puutteita. Tulokset olivat siis melko samankaltaisia poliklinikan ja vuodeosasto-ohjauksen välillä.



KUVIO 16. Opin ohjauksessa ruoka-aineet, joissa on verensokeriin vaikuttavia hiilihydraatteja

Poliklinikalla ohjatuista suurin osa oli täysin (64 %) tai jokseenkin (21 %) samaa mieltä ja pieni osa (14 %) jokseenkin eri mieltä siitä, että oli oppinut ohjauksen avulla laskemaan aterioiden sisältämiä hiilihydraattimääriä. Myös vuodeosastolla yli neljä viidestä (84 %) koki oppineensa hiilihydraattilaskennan hyvin ja vajaa viidennes (21 %) koki oppineensa sen puutteellisesti. Tulokset poliklinikan ja osaston välillä olivat täten samankaltaiset (kuvio 17).



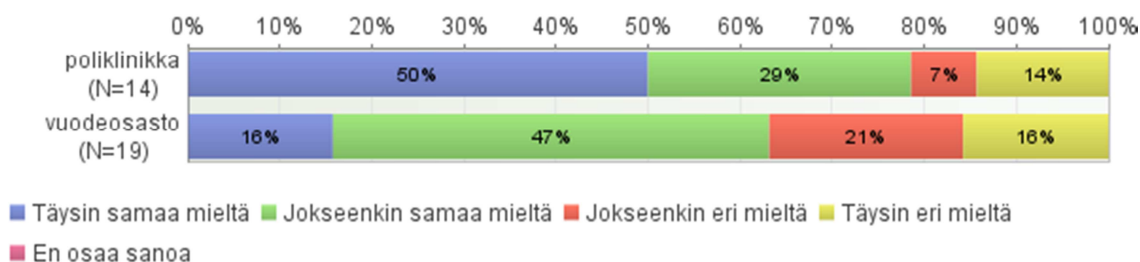
KUVIO 17. Opin laskemaan aterioiden sisältämiä hiilihydraattimääriä

Poliklinikkiniisesti ohjauksen saaneista kaikki vastaajat (85 %), yhtä lukuunottamatta arvioivat oppineensa myös aterioiden sisältämien hiilihydraattien kirjaamisen. Vuodeosastolla vastaukset olivat samansuuntaiset, sillä vastaajista liki yhdeksän kymmenestä (89 %) koki oppineensa tämän hyvin ja vain kaksi vastaajaa puutteellisesti. Pistettyjen insuliiniannosten kirjaamisen arvioi oppineensa kaikki poliklinikalla ohjatut vastaajat (100 %) sekä suurin osa (91 %) vuodeosastolla ohjatuista. Kaksi osasto-ohjauksen saanutta koki siinä puutteita. Tulokset poliklinikan ja vuodeosaston välillä eivät siis merkittävästi eronneet toisistaan.

Vastaajat kokivat oppineensa aloitusohjausvaiheessa toteuttamaan tihennettyä verensokerin seuranta, johon sisältyy paasto- ja iltaverensokeri sekä ateriaparimitaukset. Vain yksi vuodeosastolla ohjattu vas-

taaja koki oppineensa sen toteuttamisen riittämättömästi. Tulokset osaston ja poliklinikan välillä olivat siis hyvin samansuuntaiset. Myös verensokerimittausten kirjaaminen opittiin tulosten perusteella hyvin molemmissa ohjauspaikoissa. Poliklinikalla ohjatuista vastaajista kaikki (100 %) ja vuodeosastolla ohjatuista yli kolme neljästä (84 %) koki oppineensa kirjaamisen. Vuodeosastolla kolme vastaajaa koki oppimisessa puutteita, joten poliklinikalla se toteutui hieman paremmin.

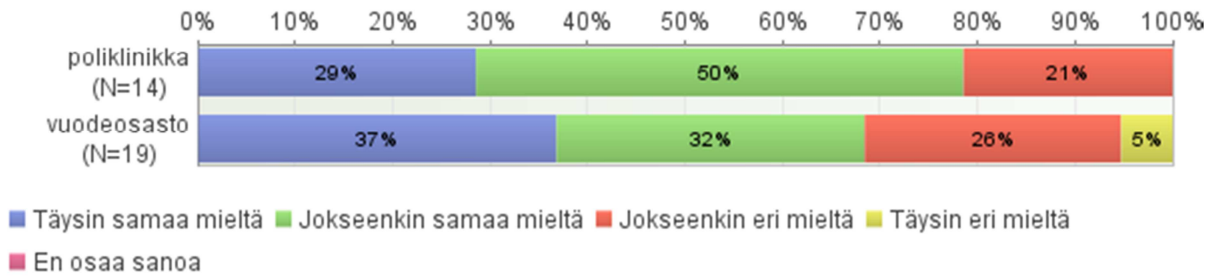
Poliklinikalla ohjatuista puolet (50 %) oli täysin samaa mieltä ja vajaa kolmannes (29 %) jokseenkin samaa mieltä siitä, että oppi, miten kuitu vaikuttaa verensokeriin. Hieman yli viidennes koki, että oppi asian puutteellisesti (7 %) tai ei oppinut sitä lainkaan (14 %). Vuodeosastolla kuidun verensokerivaikutusten oppiminen toteutui vastausten mukaan selkeästi heikommin. Vajaa viidennes (16 %) koki oppineensa ne hyvin, alle puolet (47 %) jokseenkin hyvin, hieman yli viidennes (21 %) puutteellisesti ja pieni osa (16 %) ei oppinut niitä lainkaan (kuvio 18).



KUVIO 18. Opin sen, miten kuitu vaikuttaa verensokeriin

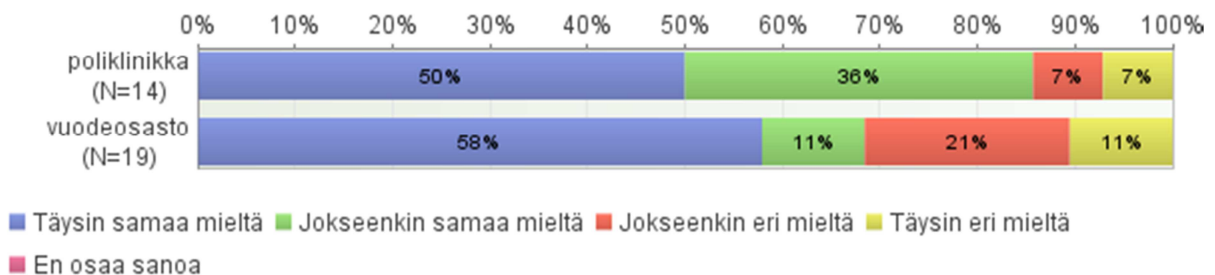
Poliklinikalla ohjatuista kaikki (100 %) arvioivat ymmärtäneensä ohjauksen jälkeen ateriainsuliinin käytön periaatteet, pistämisen tärkeyden ennen aterioita ja syömisen tärkeyden pistämisen jälkeen. Myös vuodeosastolla ohjatuista suurin osa (89 %) koki nämä oppineensa ja kaksi vastaajaa koki oppimisessa puutteita. Poliklinikalla oppiminen koettiin täten hieman paremmaksi.

Poliklinikalla ohjatuista yli kolme viidestä (79 %) arvioi oppineensa ohjauksessa tekijät, jotka ruokailun lisäksi vaikuttavat verensokeritasoon. Hieman yli viidesosa (21 %) koki oppineensa nämä puutteellisesti. Vuodeosastolla ohjauksen saaneista yli puolet (69 %) arvioi oppineensa verensokeriin vaikuttavat tekijät hyvin ja noin kolmannes (31 %) puutteellisesti. Poliklinikalla tulokset olivat siis hieman paremmat, kun niitä verrataan vuodeosaston tuloksiin (kuvio 19).



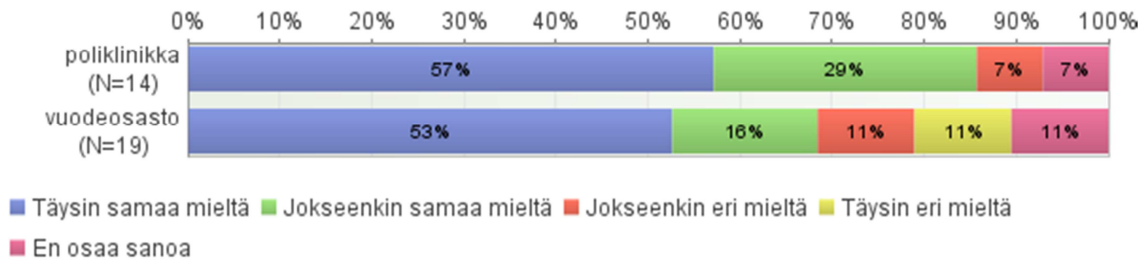
KUVIO 19. Opin tekijät, jotka ruokailun lisäksi vaikuttavat verensokeritasoon

Polikliinisen aloitusohjauksen saaneista kahta vastaajaa lukuunottamatta kaikki (86 %) kokivat osanneensa aloitusohjauksen saatuaan arvioida verensokerimittauksen perusteella insuliinin lisäannoksen tarpeen. Vuodeosastolla yli puolet (69 %) koki hallinneensa insuliinin lisäannoksen tarpeen arvioinnin hyvin, hieman yli viidennes (21 %) puutteellisesti ja pieni osa (11 %) koki ettei hallinnut sitä lainkaan. Polikliinisen aloitusohjauksen jälkeen se hallittiin täten jonkin verran paremmin kuin vuodeosastolla saadun ohjauksen jälkeen (kuvio 20).



KUVIO 20. Aloitusohjauksen saatuaani osasin arvioida verensokerimittauksen perusteella insuliinin lisäannoksen tarpeen

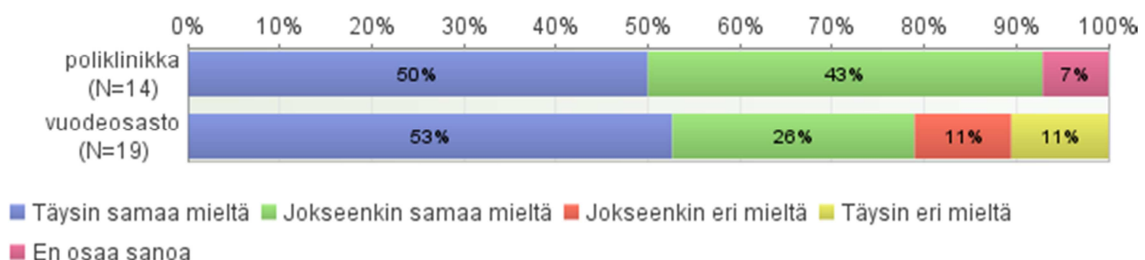
Poliklinikalla ohjatuista yhtä lukuunottamatta kaikki (86 %) kokivat oppineensa aloitusohjauksessa hyvin sen, mitä hypoglykemia tarkoittaa (kuvio 21). Vuodeosastolla ohjatuista yli puolet (69 %) arvioi oppineensa tämän. Yli viidesosa (22 %) koki, että ymmärsi puutteellisesti sen, mikä on hypoglykemia.



KUVIO 21. Opin, mitä tarkoitetaan hypoglykemialla

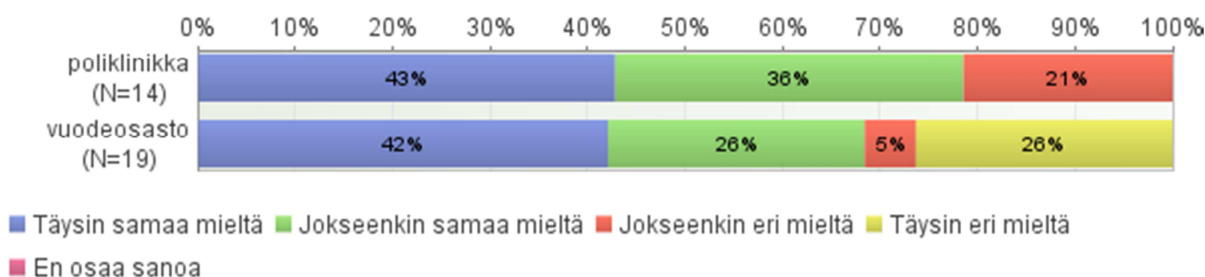
Polikliinisesti ohjauksen saaneista vastaajista yhtä lukuun ottamatta kaikki (84 %) kokivat, että ohjauksen avulla oppi tunnistamaan hypoglykemian oireet. Vuodeosastolla ohjatuista vastaajista kolme viidestä (74 %) oli sitä mieltä, että oli ohjauksen avulla oppinut hypoglykemian oireiden tunnistamisen. Sama määrä (22 %) vuodeosastolla ohjatuista, joka koki hypoglykemian merkityksen oppimisessa puutteita, koki puutteita myös hypoglykemia oireiden tunnistamisen oppimisessa.

Poliklinikalla ohjatuista lähes kaikki (86%), yhtä lukuunottamatta oppivat ymmärtämään, mihin hypoglykemia voi johtaa. Vuodeosastolla suurin osa (84 %) arvioi ymmärtäneensä ohjauksen jälkeen, että hypoglykemia voi johtaa diabeettiseen sokkiin ja tajunnan menetykseen. Kaksi vastaajaa koki osittaisia puutteita tämän oppimisessa ja yksi vastaaja koki, ettei oppinut asiaa lainkaan. Lähes kaikki vastaajat poliklinikalla (93 %) ja vuodeosastolla (79 %) kokivat aloitusohjauksen jälkeen osaavansa toimia silloin, kun verensokeri laskee liian alas (kuvio 22). Neljä vuodeosastolla ohjattua vastaajaa koki puutteita hypoglykemian korjaamisen osaamisessa. Tulokset olivat siis poliklinikalla jokseenkin paremmat vuodeosastoon verrattuna kaikissa edellä mainituissa hypoglykemiaan ja sen tunnistamiseen liittyvien asioiden oppimisessa.



KUVIO 22. Minulle tuli kokemus siitä, että osaan toimia, jos verensokeri laskee liian alas.

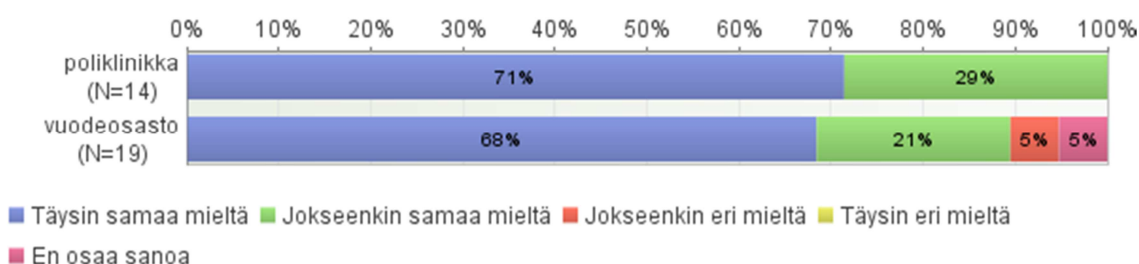
Poliklinikalla ohjatuista liki neljä viidestä (79 %) ilmoitti saaneensa tietoa siitä, että alkoholinkäyttöä tulisi välttää erityisesti hoidon aloitusvaiheessa ja pieni osa (n=3) koki, ettei saanut aloitusohjauksessa tietoa riittävästi. Myös vuodeosastolla yli puolet (68 %) ilmoitti saaneensa tietoa alkoholinkäytön välttämisestä. Yksi vastaaja koki saaneensa tietoa puutteellisesti ja hieman yli neljäsosa (26 %) koki, ettei ollut saanut tietoa ollenkaan. Vuodeosasto-ohjauksessa koettiin enemmän puutteita alkoholinkäyttöä koskevan tiedon saamisessa (kuvio 23).



KUVIO 23. Sain tietoa siitä, että alkoholinkäyttöä tulee välttää erityisesti hoidon aloitusvaiheessa

Potilaslähtöisyyden toteutuminen

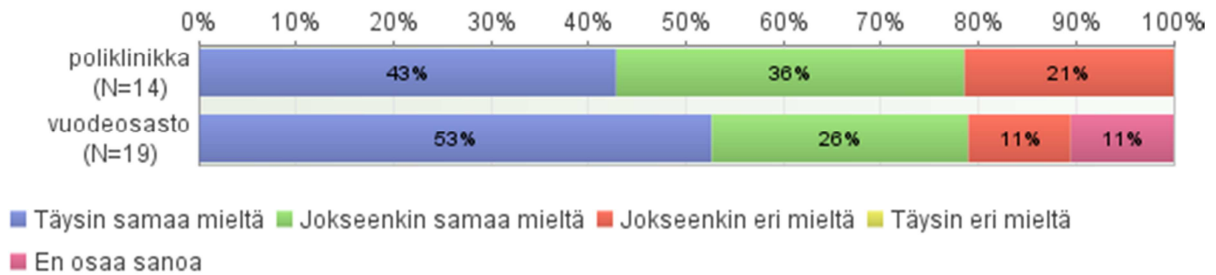
Poliklinikalla kaikki vastaajat (100 %) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että saivat ohjauksessa tilaisuuden kysyä kaikkea, mitä halusivat tietää ja myös vuodeosastolla suurin osa (89 %) koki näin (kuvio 24). Vain yksi vastaaja vuodeosastolla koki, ettei ohjauksessa voinut kysyä kaikkea, mistä olisi tietoa halunnut saada. Vastaukset olivat siis hyvin samansuuntaiset.



KUVIO 24. Sain tilaisuuden kysyä kaikkea, mitä halusin tietää

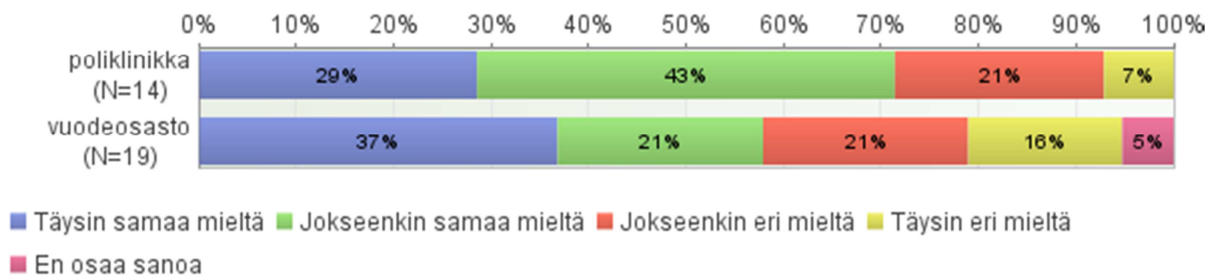
Polikliinisen ohjauksen saaneista lähes kahdeksan kymmenestä (79 %) vastasi, että ohjaussuhteessa oli helppo tuoda esille tarpeita sairauden suhteen. Pieni osa (n=3) oli tästä jokseenkin eri mieltä. Vuodeosastolla ohjauksen saaneista polikliiniseen ohjaukseen verrattuna sama määrä vastaajia (79 %) koki

tarpeiden esiin tuomisen helpoksi ja pieni osa (n=2) koki sen suhteen haasteita. Vastaukset olivat näin ollen hyvin samansuuntaisia aloitusohjauksista toteuttavien yksiköiden välillä (kuvio 25).



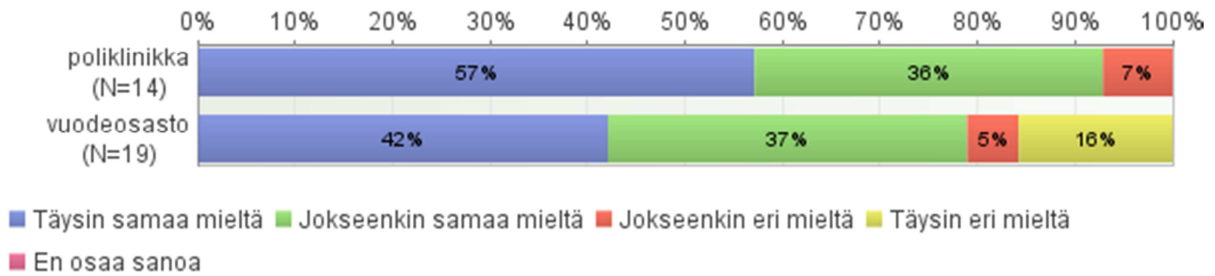
KUVIO 25. Ohjaussuhteessa minun oli helppo tuoda esille tarpeitani sairauden suhteen

Poliklinikalla ohjatuista liki kolme neljästä (72 %) oli sitä mieltä, että ohjauksessa oli kysytty, millaista tukea ohjattava tarvitsee diabeteksen omahoidon oppimiseen. Lähes kolmannes (28 %) oli tästä joko jokseenkin tai täysin eri mieltä. Myös vuodeosastolla ohjatuista yli puolet (58 %) koki, että tuen tarpeesta omahoidon oppimiseen kysyttiin. Hieman yli viidennes vastaajista (21 %) koki, että kysyminen oli riittämätöntä ja pieni osa (16 %) ilmoitti, ettei se toteutunut lainkaan. Tulosten perusteella tuen tarpeista kysyminen toteutui polikliinisessä ohjauksessa hieman paremmin kuin vuodeosastolla annetussa ohjauksessa. (kuvio 26).



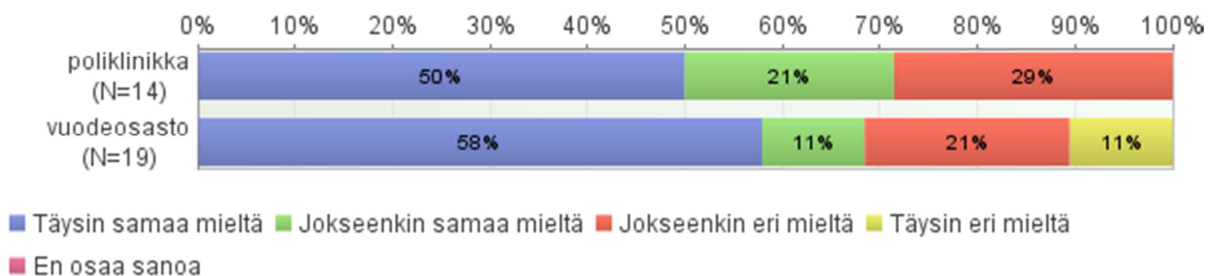
KUVIO 26. Minulta kysyttiin, millaista tukea tarvitsen diabeteksen omahoidon oppimiseen

Poliklinikalla ohjatuista yhtä vastaajaa lukuunottamatta kaikki (93 %) kokivat, että aloitusohjauksessa käytiin hyvin läpi omahoidon tavoitteet (kuvio 27). Myös vuodeosastolla ohjauksen saaneista suurin osa (79 %) koki, että tavoitteet käytiin läpi hyvin. Yksi vastaaja koki, että ne käytiin läpi puutteellisesti ja kolme vastaajaa koki, ettei tavoitteita käyty lainkaan läpi hoitajan kanssa. Vuodeosasto-ohjauksen saaneet kokivat täten hieman enemmän puutteita omahoidon tavoitteiden läpikäymisessä.



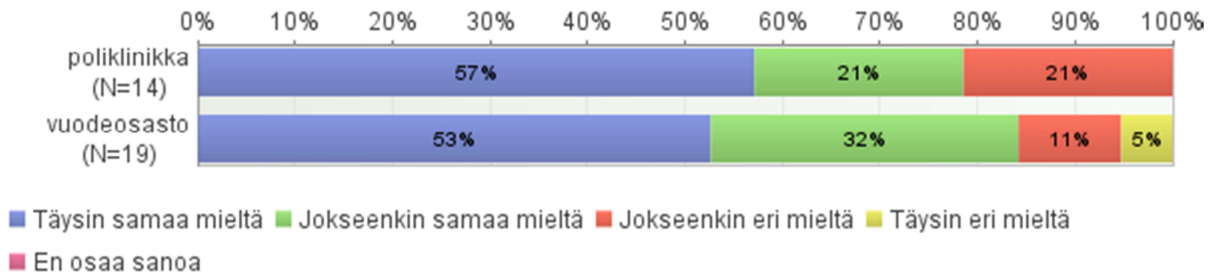
KUVIO 27. Aloitusohjauksessa käytiin läpi omahoidon tavoitteet yhdessä hoitajan kanssa

Poliklinikalla ohjauksen saaneista vastaajista liki kolme neljästä (71 %) koki, että aika sairauteen liittyvistä asioista keskusteluun oli riittävä tai lähes riittävä ja lähes kolmasosa (29 %) koki aikaa olleen puutteellisesti. Myös vuodeosastolla ohjauksen saaneista yli kaksi kolmasosaa (69 %) koki keskustelulle olevan riittävästi aikaa ja lähes kolmasosa (32 %) koki, että sitä oli vähäisesti (21 %) tai ei lainkaan (11 %). Tulokset poliklinikan ja osaston välillä olivat joiltain osin yhteneväiset (kuvio 28).



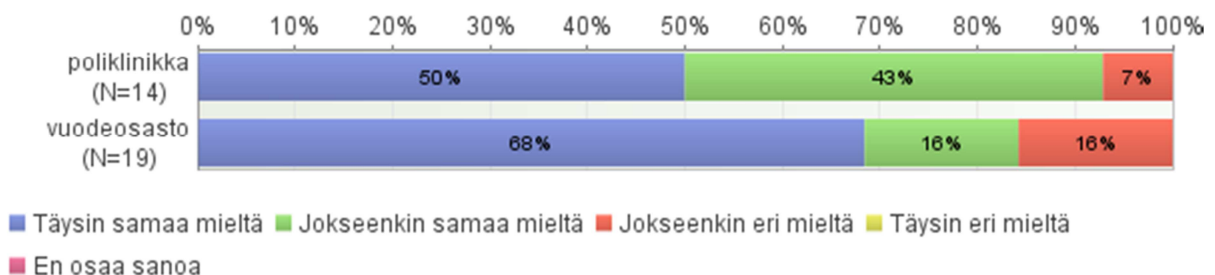
KUVIO 28. Sain riittävästi aikaa keskustella sairauteen liittyvistä asioista

Poliklinikalla ohjatuista suurin osa (78 %) ilmoitti saaneensa kertausta ohjauksen sisältämiin asioihin tarpeidensa mukaisesti ja yli viidesosa (21 %) koki, että sai sitä puutteellisesti. Vuodeosastolla ohjatuista yli neljä viidestä (85 %) sai vastausten mukaan kertausta hyvin tai jokseenkin hyvin. Kaksi vastaajaa koki, ettei saanut kertausta riittävästi ja yksi koki, ettei saanut sitä lainkaan. Vastaukset olivat ohjauspaikkojen välillä vertailtaessa melko samansuuntaiset (kuvio 29).



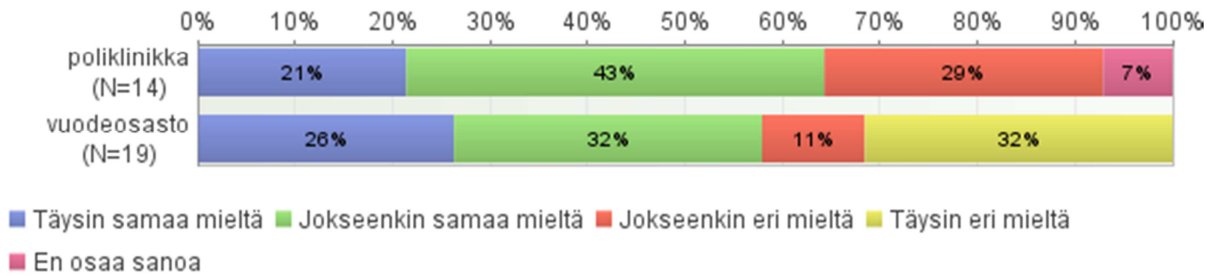
KUVIO 29. Sain kertausta tarpeideni mukaisesti niihin asioihin, joihin sitä tarvitsin

Poliklinikalla ohjauksen saaneista yli yhdeksän kymmenestä (93 %) oli sitä mieltä, että ohjaus oli kielellisesti ymmärrettävää. Vain yksi vastaaja koki, että ohjauksen kielellisessä ymmärrettävyydessä oli jonkin verran puutteita. Vuodeosastolla ohjauksen saaneista suurin osa (84 %) oli saanut kielellisesti ymmärrettävää ohjausta. Pieni osa (n=3) vastaajista koki, että ymmärrettävyys oli puutteellista. Tuloksissa ei ollut merkittävää eroavaisuutta ohjauspaikkojen välillä (kuvio 30).



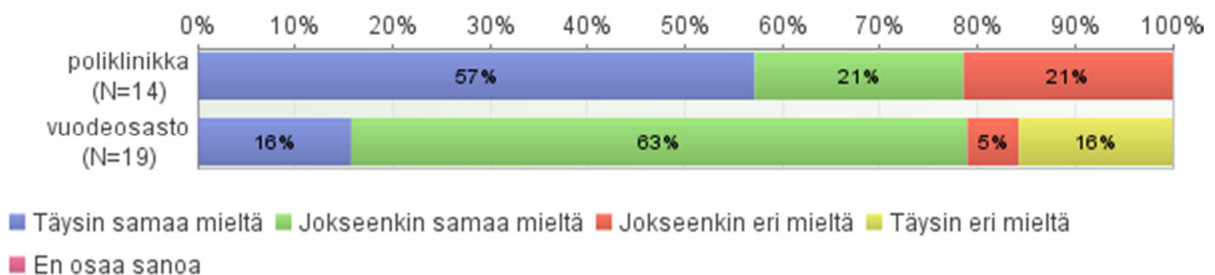
KUVIO 30. Annettu ohjaus oli kielellisesti ymmärrettävää

Poliklinikalla ohjauksen saaneista yli puolet (64 %) oli sitä mieltä, että sai ohjauksessa tukea sairauden herättämien tunteiden käsittelyyn. Vajaa kolmasosa (29 %) koki tuen saamisen olleen puutteellista. Vuodeosastolla ohjauksen saaneista yli puolet (58 %) oli saanut tukea tunteiden käsittelyyn. Pieni osa (11 %) koki saaneensa sitä puutteellisesti ja vajaa kolmasosa (32 %) koki, ettei sitä sisällynyt ohjaukseen lainkaan (kuvio 31).



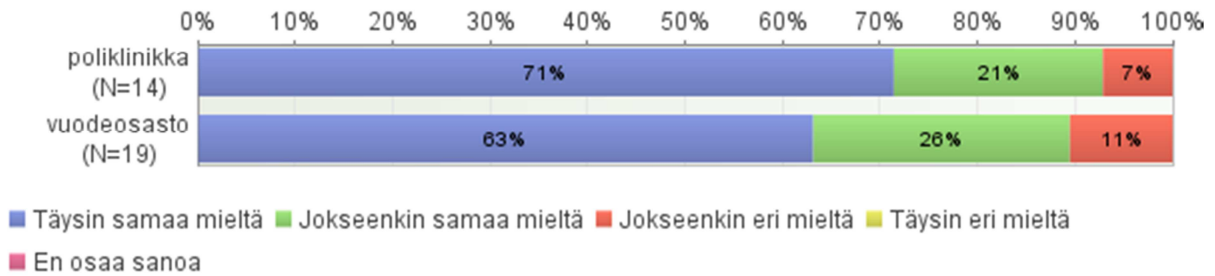
KUVIO 31. Sain tukea sairauden herättämien tunteiden käsittelyyn

Polikliniinisesti ohjatuista vastaajista suurin osa (78 %) oli sitä mieltä, että hoitaja käytti ohjaamiseen riittävästi tai lähes riittävästi aikaa. Hieman yli viidennes (21 %) koki hoitajan käyttäneen aikaa puutteellisesti. Vuodeosastolla ohjatuista lähes neljälle viidestä (79 %) syntyi tunne siitä, että hoitaja käytti aikaa riittävästi ja hieman yli viidennes (21 %) koki, että ajankäyttö ohjaamiseen oli riittämätöntä. Tulokset olivat joiltain osin samansuuntaisia polikliinisesti ohjattujen ja vuodeosastolla ohjattujen antamien vastausten välillä (kuvio 32).



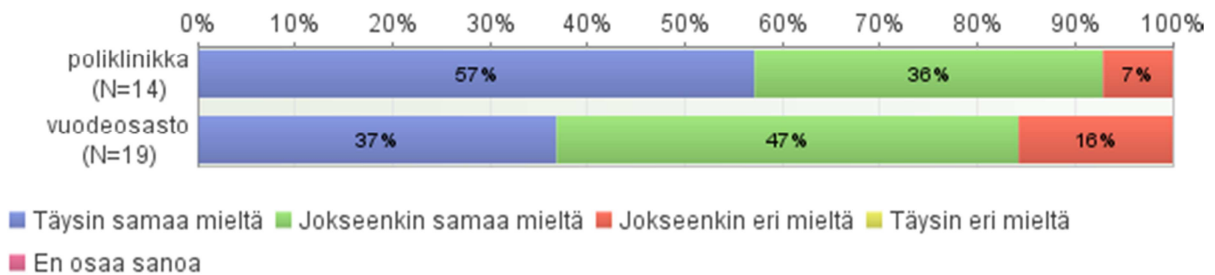
KUVIO 32. Hoitaja käytti ohjaamiseen riittävästi aikaa

Lähes kaikki vastaajat poliklinikalla (92 %) ja vuodeosastolla (89 %) kokivat, että ojauksessa vallitsi hyvä ilmapiiri. Poliklinikalla ohjatuista yksi ja vuodeosastolla ohjatuista kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä siitä, että ohjauksessa vallitseva ilmapiiri oli hyvä. Vastaukset olivat poliklinikan ja osaston välillä melko yhteneväiset (kuvio 33).



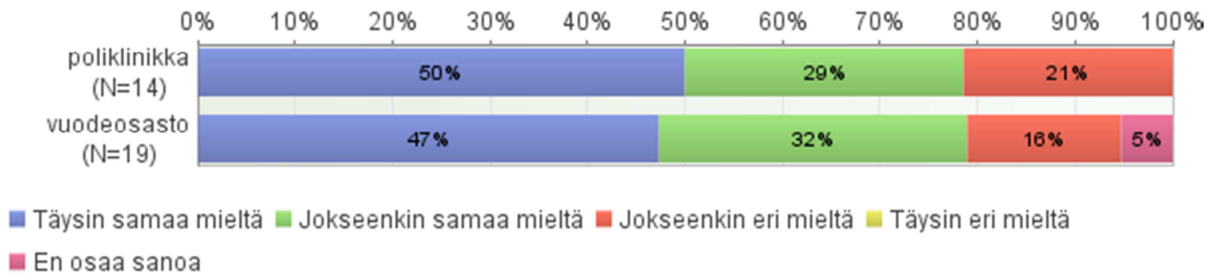
KUVIO 33. Ohjaustilanteissa vallitsi hyvä ilmapiiri

Poliklinikalla ohjauksen saaneista yhtä lukuunottamatta kaikille (93 %) oli syntynyt ohjauksen aikana mielikuva siitä, että sairauden kanssa voi elää mielekästä arkielämää. Vuodeosastolla ohjatuista suurin osa (84 %) oli saanut tämän mielikuvan ohjauksen aikana ja pieni osa vastaajista (n=3) koki, ettei sitä täysin syntynyt. Tulokset ohjauspaikkojen välillä eivät merkittävästi eronneet toisistaan (kuvio 34).



KUVIO 34. Ohjaus antoi mielikuvan siitä, että sairauden kanssa voi elää mielekästä arkielämää

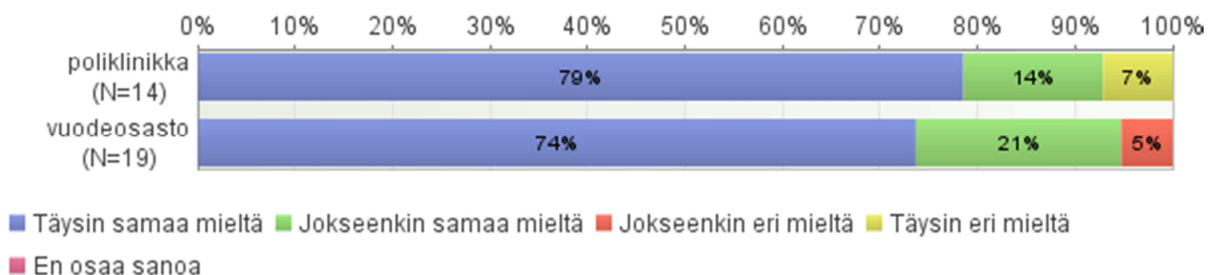
Poliklinikalla ohjatuista vastaajista yhdeksälle kymmenestä (93 %) syntyi aloitusohjauksessa kokemus siitä, että ohjaus oli vuorovaikutuksellista. Myös vuodeosastolla suurin osa (85 %) piti ohjausta vuorovaikutuksellisenä. Kaksi vastaajaa oli tästä jokseenkin eri mieltä ja yksi vastaaja täysin eri mieltä. Siitä, että hoitajan vuorovaikutus oli oppimista tukevaa, oli poliklinikalla lähes neljä viidestä (79 %) joko täysin (50 %) tai jokseenkin (29 %) samaa mieltä ja pieni osa (n=3) jokseenkin eri mieltä (kuvio 35). Vuodeosastolla ohjauksen saaneista suurin osa (79 %) koki vuorovaikutuksen ohjauksessa oppimista tukevana. Pienellä osalla (n=3) koki, että vuorovaikutus tuki oppimista puutteellisesti. Vastauksissa ei täten ollut merkittäviä eroavaisuuksia poliklinikan ja vuodeosaston välillä.



KUVIO 35. Hoitajan vuorovaikutus oli oppimista tukevaa

Poliklinikalla ohjauksen saaneista kaikki (100 %) ja myös vuodeosastolla ohjatuista suurin osa (89 %) oli kokenut ohjauksessa, että sai itse olla aktiivisessa roolissa sairauden yksilöllisessä hoidossa. Eri mieltä tästä oli vain yksi vastaaja, joka oli saanut ohjauksen vuodeosastolla. Tulokset olivat poliklinikan ja vuodeosaston välillä samansuuntaiset.

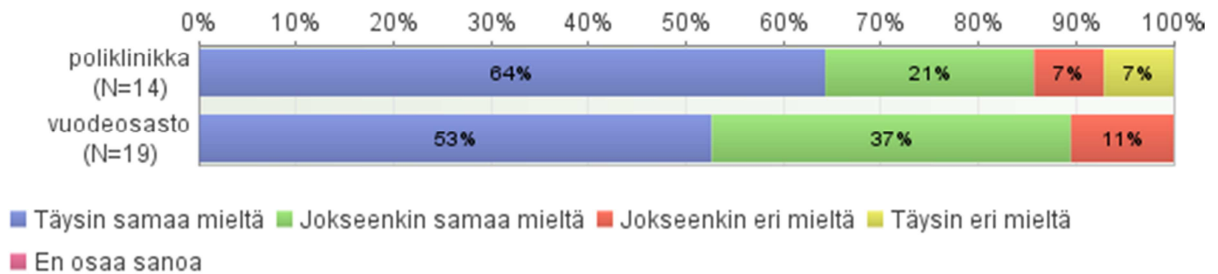
Suurimmalle osalle vastaajista sekä poliklinikalla (92 %) että vuodeosastolla (85 %) insuliinin pistäminen ohjattiin näyttämällä. Poliklinikalla yksi vastaaja koki, ettei insuliinin pistämistä näytetty ja vuodeosastolla yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä siitä, että hoitaja näytti sen ohjauksessa. Poliklinikalla ja vuodeosastolla ohjatuista vastaajista kaikille (100 %) verensokerin mittaaminen ohjattiin näyttämällä. Sekä poliklinikalla (93 %) että vuodeosastolla ohjatuista (95 %) yli yhdeksän kymmenestä sai itse harjoitella insuliinin pistämistä (kuvio 36). Poliklinikalla yksi vastaaja koki, ettei saanut harjoitella pistämistä itse lainkaan ja vuodeosastolla yksi vastaaja koki, että harjoittelussa oli puutteita.



KUVIO 36. Sain itse harjoitella insuliinin pistämistä

Poliklinikalla ja vuodeosastolla ohjauksen saaneiden vastauksissa on yhteneväisyyksiä siinä, että insuliinin pistämisen sujumista arvioitiin. Suurin osa sekä poliklinikalla (85 %) että vuodeosastolla (90 %) ohjatuista vastaajista koki, että hoitaja arvioi insuliinin pistämisen sujumista ja antoi siitä palautetta. Polikli-

nikalla yksi ja vuodeosastolla kaksi vastaajaa oli tästä jokseenkin eri mieltä. Poliklinikalla yksi vastaaja koki, ettei pistämisen arviointi ja palautteen anto toteutunut lainkaan (kuvio 37).



KUVIO 37. Hoitaja arvioi insuliinin pistämisen sujumista ja antoi siitä palautetta

Avoimen kysymyksen kokoavan luokan ”kokemukset potilaslähtöisyyden toteutumisesta” alle nousivat pääluokiksi poliklinikalta koostetusta aineistosta yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus (kuvio 38). Vuodeosastolla näiden lisäksi pääluokaksi nousi vastavuoroisuus (kuvio 39).

Sekä poliklinikalla että vuodeosastolla yksilöllisyys toteutui elämäntilanteen huomiointina. Poliklinikalla tämä näkyi esimerkiksi niin, että ohjauksessa oli otettu huomioon potilaan koulunkäynti ja siihen liittyvät asiat. Vuodeosastolla oli muun muassa selvitetty, millaista työtä potilas tekee sekä kyselty, onko hänellä asuinkumppania. Polikliniinisessa ohjauksessa yksilöllisyyttä edistävänä tekijänä nousi esiin myös aikaisemman osaamisen huomiointi diabetekseen liittyvissä asioissa. Vuodeosaston vastauksissa yksilöllisyys ilmeni elämäntilanteen huomioinnin lisäksi potilaan ikätason mukaisena huomiointina, yksilöllisenä kohtaamisena, omaisen osallistumisen mahdollistamisena sekä ajan saamisena oppimiseen tarpeiden mukaisesti. Ikätason mukaisessa huomiointissa nuori vastaaja koki tärkeäksi sen, että tuli aloitusohjauksen aikana kohdatuksi niin, että tunsi itsensä aikuiseksi. Yksilöllisesti kohdatuksi tulemiseen sisältyi kokemus siitä, että potilas otettiin huomioon ihmisenä siten, ettei häntä ajateltu vain potilaana.

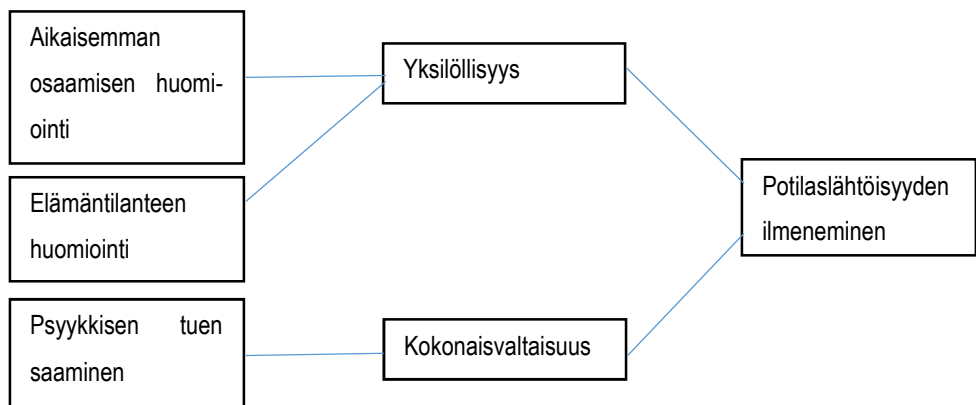
”Koin tulleetni kohdelluksi yksilönä kaikkien hoitajien puolelta.”

”Ottivat minut hyvin huomioon eikä ajatellut, että olen vain potilas--”

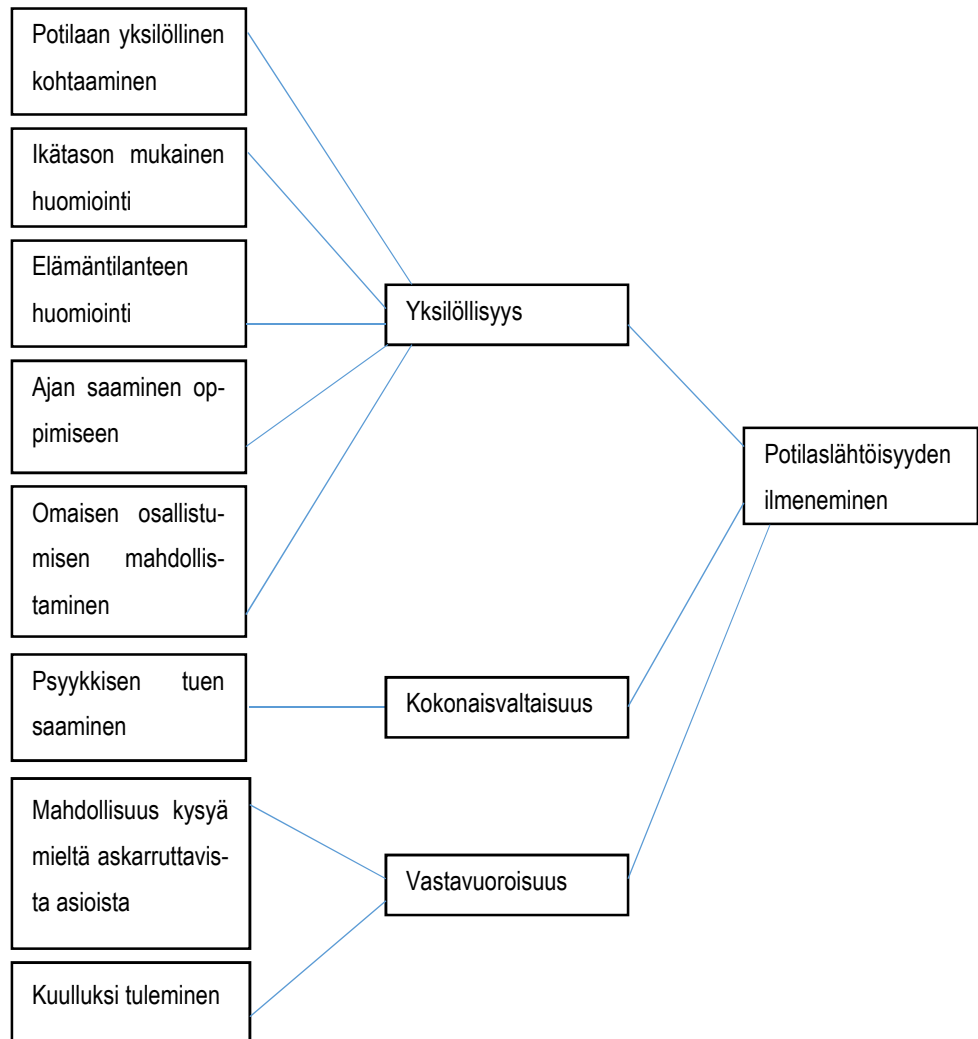
Sekä poliklinikalla että vuodeosastolla kokonaisvaltaisuus ilmeni psyykkisen tuen saamisena. Kokonaisvaltaisuuden huomiointi tuli esiin muun muassa niin, että potilaan ollessa sairaalassa hoitaja pysähtyi välillä kyselemään kuulumisia ja antoi aikaa keskusteluun.

Vuodeosastolla potilaslähtöisyyden alle käsitteeksi nousi myös vastavuoroisuus. Se ilmeni mahdollisuutena kysyä kaikista mieltä askarruttavista asioista aina silloin, kun koki tarvetta sekä potilaalle syntyvänä kokemuksena kuulluksi tulemisesta.

”--Sain kysyä mitä vain ja minua kuunneltiin--”



KUVIO 38. Potilaslähtöisyyden ilmeneminen polikliinisessä ohjauksessa



KUVIO 39. Potilaslähtöisyyden ilmeneminen vuodeosasto-ohjauksessa

5.2 Aloitusohjaukseen vaikuttavat tekijät

Poliklinikalta ja vuodeosastolla koostetusta aineistosta aloitusohjauksen onnistumista edistävästä tekijöistä pääluokiksi nousivat potilaaseen liittyvät sekä hoitajaan ja hoitajan ammatilliseen toimintaan liittyvät tekijät. Näiden lisäksi pääluokaksi muodostuivat poliklinikalla ohjaustoimintaan liittyvät tekijät (kuvio 40) ja vuodeosastolla ohjaustoimintaan ja –ympäristöön liittyvät tekijät (kuvio 41).

Poliklinikalla potilaaseen liittyviksi aloitusohjauksen onnistumista edistäviksi tekijöiksi koettiin oma asennoituminen sairauden hoitoon, itsenäinen perehtyminen aloitusohjauksen sisältämiin asioihin ja koke-

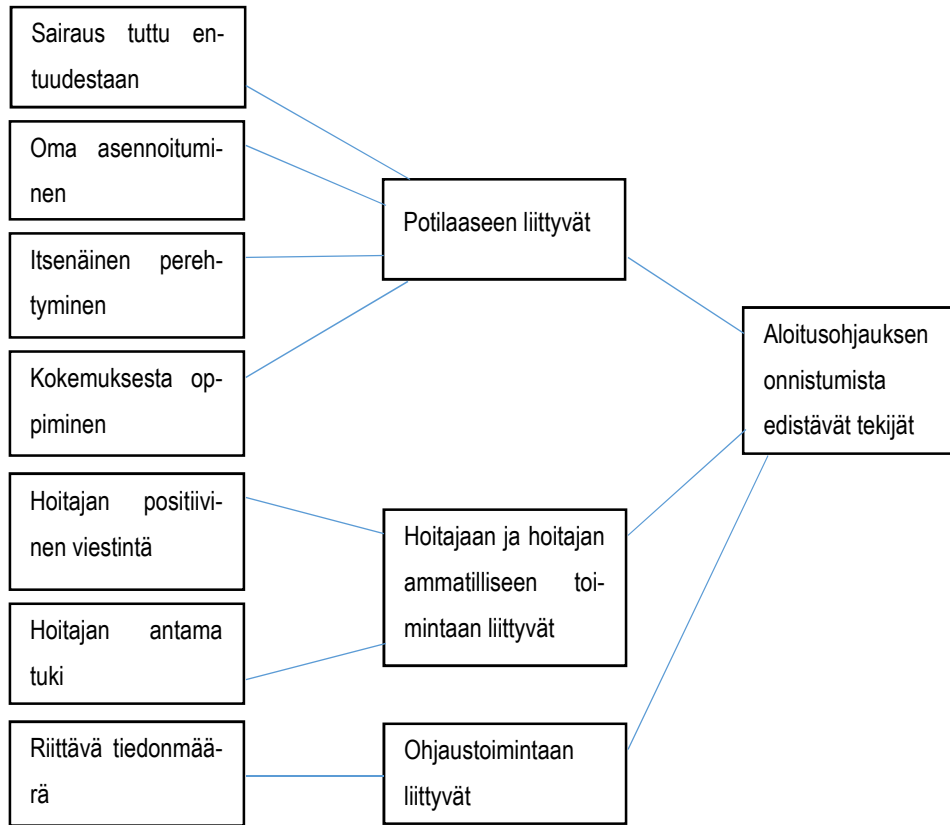
muksen kautta oppiminen. Sekä poliklinikalla että vuodeosastolla edistäviin tekijöihin sisältyi se, että sairaus oli tuttu perhepiirin kautta.

Sekä vuodeosastolla että poliklinikalla aineistosta ilmeni, että potilaat kokivat hoitajaan ja hoitajan ammatilliseen toimintaan liittyvistä tekijöistä edistäviksi hoitajan positiivisen viestinnän, hoitajan antaman tuen ja emootioiden huomioinnin. Hoitajan positiiviseen viestintään sisältyi sympatian osoittaminen, ystävällisyys ja lempeys. Hoitajan antamaan tukeen sisältyi ammatillinen vuorovaikutus ja asiantunteva ohjaus. Poliklinikalla kokemukseen tuen saamisesta sisältyi potilaan kokemus siitä, ettei hän ole sairastumiseen sopeutumistilanteessa yksin. Vuodeosastolla yksilöllinen runsas tuen ja avun saaminen sekä tunteiden huomiointi koettiin hyväksi.

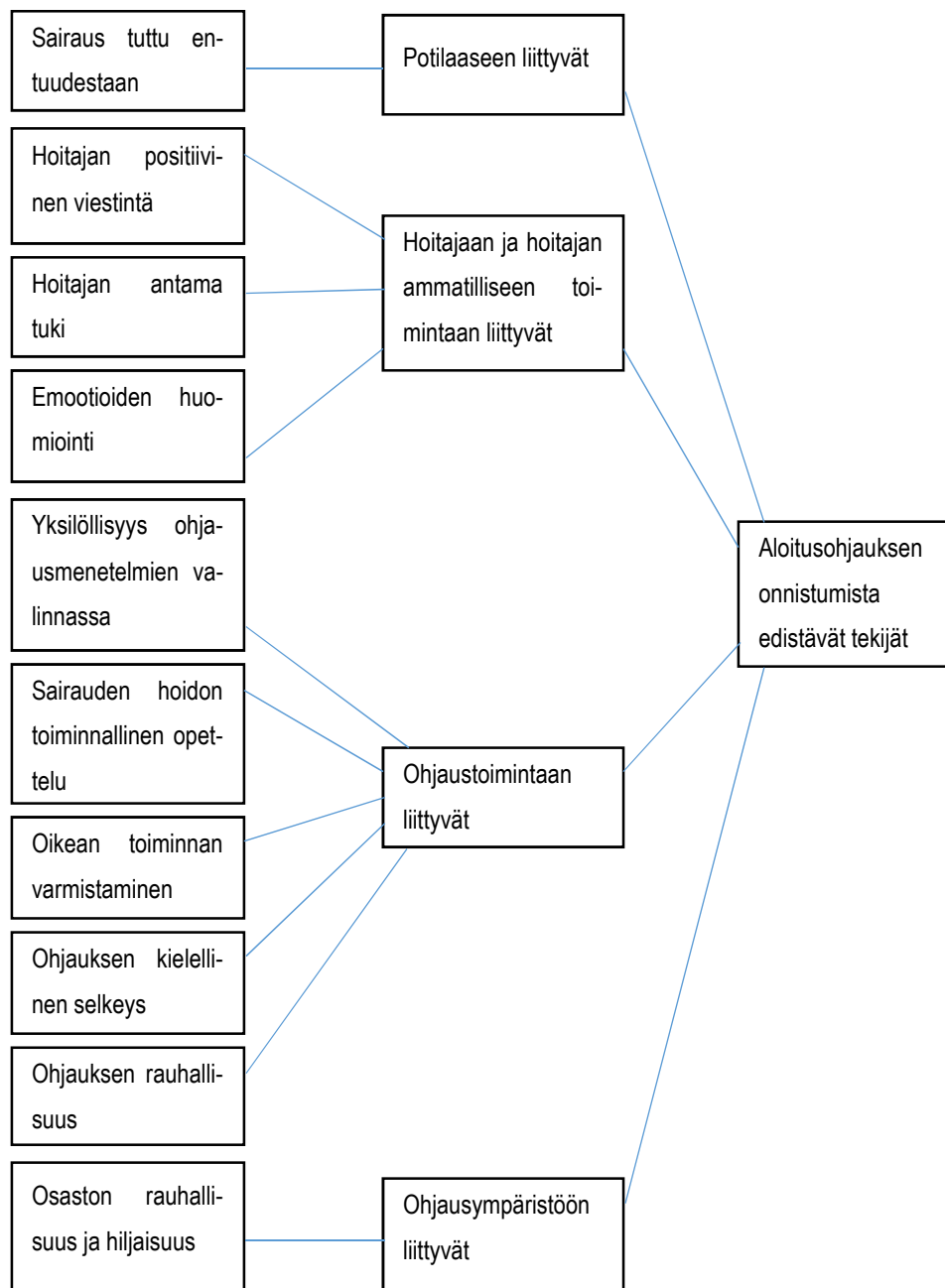
”Ensiohjaaja polilla oli erinomaisen lempeä ja antoi hyvää tukea.”

Poliklinikalla ohjaustoimintaan liittyvistä tekijöistä edistäviksi koettiin riittävä tiedonmäärä. Vuodeosastolla koettiin edistävänä tekijänä oikean toiminnan varmistaminen muun muassa hiilihydraattilaskennassa ja insuliinin tarpeen määrittämisessä. Myös sairauden hoidon, kuten pistämään oppimisen ja verensokeriseurannan toiminnallisen opettelu alkaminen heti ohjauksen alussa edesauttoi ohjauksen onnistumista. Yksilöllisen kirjallisen ohjeen saaminen sekä ohjauksen selkeys ja rauhallisuus edistivät ohjauksen onnistumista. Nuoren sairastuneen kokemana nousi vuodeosastolla esiin ympäristöön liittyvänä tekijänä osaston rauhallisuus ja hiljaisuus vastaajan verratessa aikuisosastoa lastenosastoon.

” Selkeä ja rauhallinen opastus.”



KUVIO 40. Aloitusohjauksen onnistumista edistävät tekijät polikliinisessä ohjauksessa

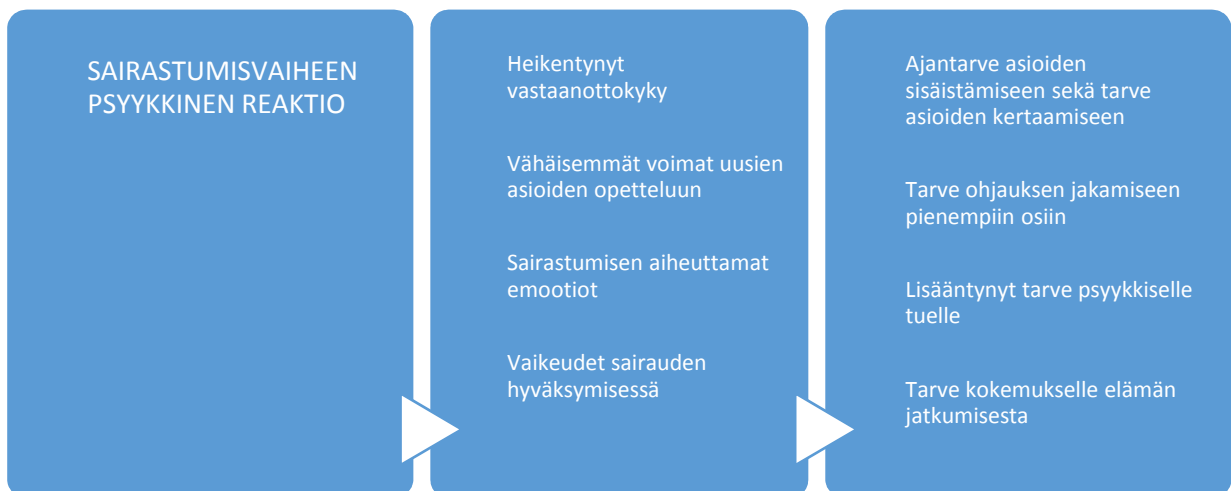


KUVIO 41. Aloitusohjauksen onnistumista edistävät tekijät vuodeosasto-ohjauksessa

Poliklinikalla aineistosta nousi kaksi pääluokkaa koetuista aloitusohjauksen onnistumista estävistä tekijöistä: potilaaseen liittyvät ja hoitajan ammatilliseen toimintaan liittyvät tekijät (kuvio 43). Näiden lisäksi vuodeosastolla nousi pääluokaksi ohjaustoimintaan ja –ympäristöön liittyvät tekijät (kuvio 44).

Poliklinikalla potilaaseen liittyvinä estävinä tekijöinä ilmenivät sairastumisen aiheuttamat emootiot sekä ajan tarve asioiden sisäistämiseen. Vuodeosastolla potilaaseen liittyvänä estävänä tekijänä ohjauksen onnistumiseen vaikutti olennaisesti sairastumisvaiheen psyykkinen reaktio, jonka vuoksi potilaalla oli heikentynyt vastaanottokyky tiedon omaksumiseen ja vähäisemmät voimat uusien asioiden opetteluun. Sairastumisvaiheeseen liittyi myös vaikeuksia sairauden hyväksymisessä. Koostimme aineiston pohjalta kuvion, joka kuvaa psyykkisen reaktion ilmenemistä ja vaikutuksia aloitusvaiheen ohjauksessa esiintyviin tarpeisiin (kuvio 42). Psyykkisen reaktion ohella sairastumisesta johtuva fyysisen toimintakyvyn muutos vaikutti heikentävästi tiedon sisäistämiseen. Potilaaseen liittyvinä estävinä tekijöinä ilmenivät myös vuodeosastolla emootiot, kuten epävarmuuden, pelon ja järkytyksen tunteet sekä kokemus siitä, että diabetes hallitsee elämää. Vuodeosastolla ohjattujen kokemuksista nousi esiin tunne siitä, että jos ohjattava aloitusohjausvaiheessa olisi ollut kotona, hän olisi kokenut olonsa turvatomaksi. Vuodeosastolla potilaaseen liittyvinä tekijöinä vaihtoehdoisen tiedon ristiriitaisuus esti ohjauksen onnistumista. Ristiriita vaihtoehdoisen tiedon suhteen syntyi silloin, kun potilas koki, että hoitajilla oli väärää tietoa muun muassa ravitsemukseen liittyvistä asioista, kuten tyydytysaineiden rasvojen käytön rajoittamisesta.

”Ohjauksessa ei varmaan vikaa, vastaanottokyvyssä enemmänkin --”



KUVIO 42. Psyykkisen reaktion ilmenemismuodot sairastumisvaiheessa

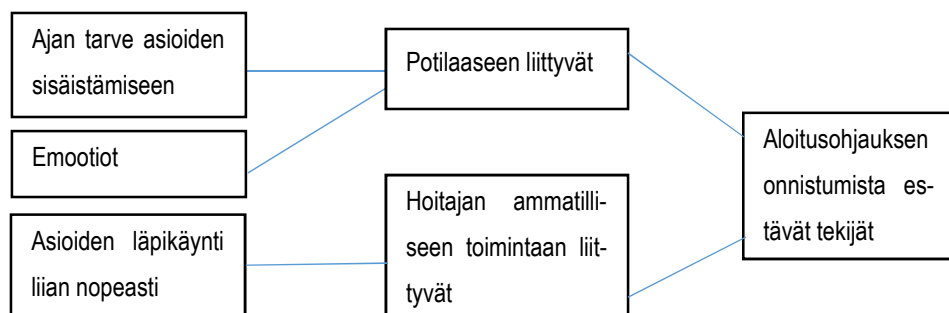
Sekä poliklinikalla että vuodeosastolla hoitajan ammatilliseen toimintaan liittyvänä ohjauksen onnistumista estävänä tekijänä nousi esille asioiden läpikäyminen liian nopeasti. Lisäksi vuodeosastolla ohjauk-

sen onnistumista estäväksi tekijäksi koettiin hoitajan ammatillisessa viestinnässä ilmenevät puutteet, kuten liian komenteleva ohjaustapa. Vuodeosastolla koettuja puutteita oli myös hoitajan antamassa psykisessä tuessa ja aineistosta nousi esiin kokemus myös siitä, että aloitusohjauksesta jäi kokonaan puuttumaan henkinen tuki.

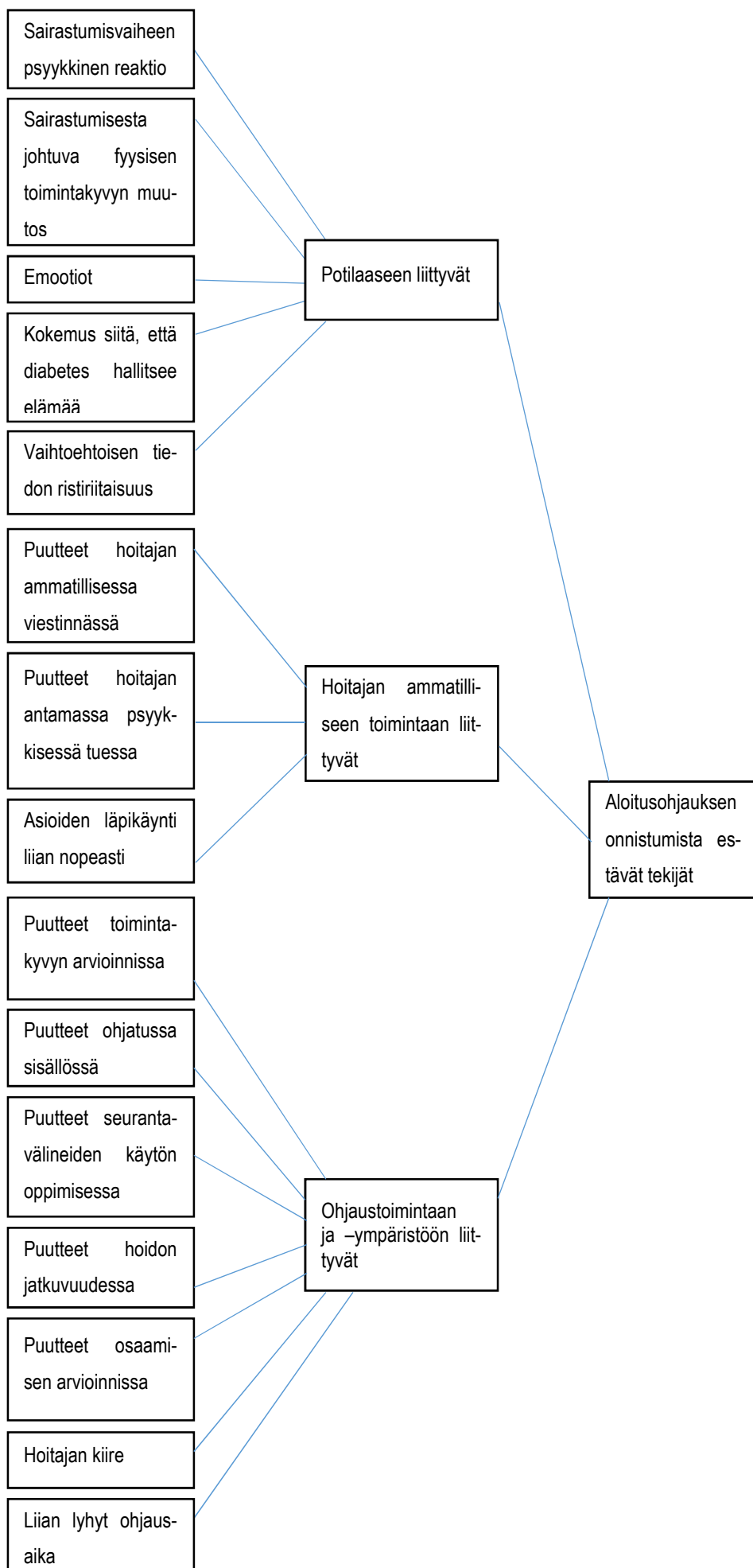
”Toteutuksessa ei otettu huomioon huonoa kuntoani, asiat käytiin liian nopeasti läpi ja jätettiin muutenkin sairaan omalle kontolle. Henkistä tukea ei ollenkaan.”

Vuodeosastolla ohjaustoimintaan ja -ympäristöön liittyviin estäviin tekijöihin sisältyivät puutteet ohjauksessa sisällössä, toimintakyvyn arvioinnissa ja osaamisen arvioinnissa. Puutteet ohjauksen sisällössä ilmenivät muun muassa suullisen ohjauksen puuttumisena kirjallisen ohjeen rinnalla. Toimintakyvyn arvioinnissa olevat puutteet ilmenivät potilaan kokemuksena siitä, ettei hänen heikkoa kuntoaan huomioitu ohjauksessa. Puutteet toimintakyvyn arvioinnissa ilmenivät esimerkiksi siinä, ettei väärin opittua pistotekniikkaa oltu aloitusohjauksen aikana oikaistu. Jotkut vastaajat kokivat vaihtuvuuden hoitajissa olevan tiheää ja tämän vaikuttavan estävästi ohjaukseen muun muassa heikentämällä ohjauksen yhtenäisyyttä. Eri hoitajien antamassa ohjauksessa koettiin olevan erilaisia näkemyksiä hoidosta. Aineistosta nousi esiin myös kokemus omahoitajan puuttumisesta. Estäviksi tekijöiksi ohjauksen onnistumisen ja siitä koituneiden tulosten kannalta koettiin myös ohjausajan lyhyys ja hoitajien kiire. Liian lyhyt ohjausaika aiheutti potilaalle kokemuksen siitä, että hän oli vielä melko tietämätön sairaudestaan ohjauksen päättyessä. Hoitajan kiire ilmeni muun muassa siinä, että ruokailun yhteydessä annettavan ohjauksen koettiin olevan joskus liian nopeaa ja toisinaan ohjauksessa tuli tunne, että hoitaja tekee kiireen vuoksi vain välttämättömän.

”Viikon vuodeosastoaikana ehtii sair. hoitajat vaihtua monta kertaa. Huomasin, että mielialpiteet vaihtuivat hoidosta ym. kun tuli toinen hoitaja.”



KUVIO 43. Aloitusohjauksen onnistumista estävät tekijät polikliinisessä ohjauksessa



KUVIO 44. Aloitushoiduksen onnistumista estävät tekijät vuodeosahoiduksessa

5.3 Aloitusohjauksen kehittämistarpeet

Aloitusohjauksen kehittämistarpeista pääluokiksi muodostuivat käsitteet: hoitajan ammatilliseen toimintaan, ohjaussisältöön ja ohjaustoimintaan liittyvät kehittämistarpeet. Hoitajan ammatilliseen toimintaan liittyvistä kehittämistarpeista polikliinisesti ohjatut potilaat nostivat esiin psyykkisen tuen lisäämisen sekä hoitajan taholta ystävällisemmän kohtelun (kuvio 45). Sitä toivottiin korostettavan enemmän, että potilas itse ei ole syyllinen sairauden syntymiseen, kun kyseessä on tyyppin 1 diabetes sekä sitä, että sairauden kanssa voi sopeutua elämään. Vuodeosasto-ohjauksen saaneiden vastauksissa nousi myös esiin toive, että aloitusohjauksessa annettaisiin runsaammin psyykkistä tukea (kuvio 46). Vastaajat korostivat sitä, että kun vointi on fyysisesti heikko, henkisen tuen tarve lisääntyy. He kokivat, että sairauden herättämien tunteiden käsittelyyn tarvittaisiin sairastumisesta johtuvan psyykkisen reaktion aikana enemmän tukea. Psyykkisen tuen tarpeen koettiin olevan suurimmillaan ensimmäisinä päivinä sairauden toteamisesta. Hoidonohjaukseen haluttiin hellävaraisuutta ja hoitajien toivottiin osoittavan potilaan tunteiden ymmärtämistä ja toimimaan rauhoittavasti ohjausta antaessaan. Vuodeosastolla ohjattujen vastauksista nousi esiin toiveita, että potilas otettaisiin huomioon yksilöllisesti ja apua tarjottaisiin kysymättäkin.

”Enemmän tukea sairauden herättämien tunteiden käsittelyyn.”

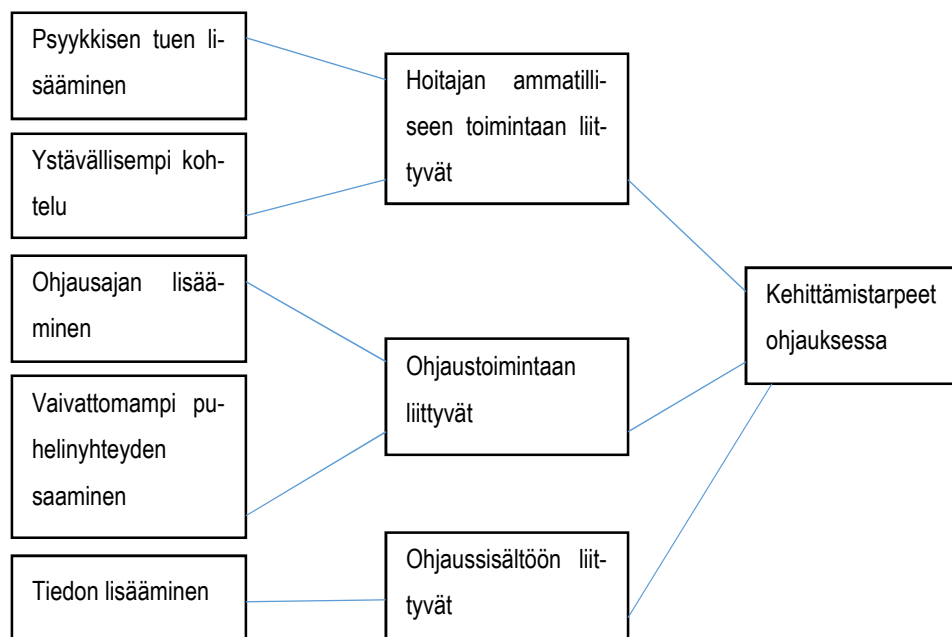
Ohjaussisältöön liittyen sekä polikliinisesti ohjatut että vuodeosastolla ohjatut vastaajat esittivät toiveita runsaamman tiedon saamisesta. Poliklinikalla potilaat toivoivat ohjaukseen enemmän tietoa muun muassa sairauden puhkeamisen syistä sekä syvällisempää tietoa joistakin ohjaussisällöistä, kuten liikunnasta. Lisäksi tietoa haluttiin muun muassa lisäravinteiden vaikutuksesta ja hoitoon liittyvistä vaihtoehtoista, kuten insuliinipumpuista. Vuodeosastolla ohjatut potilaat toivoivat lisää ohjauksellista tietoa terveellisen ruoan ostamiseen ja valmistamiseen liittyvistä asioista sekä verensokerin perusseurannan toteutuksesta. Muita sisältöön liittyviä vuodeosasto-ohjauksen saaneiden esittämiä muutostoiveita olivat ravitsemusterapeutin tapaamisen siirtäminen myöhempään ajankohtaan sekä nuoren sairastuneen toimiva samanikäinen seura ja vertaistuki samanikäisiltä nuorilta.

Ohjaustoimintaan liittyviä toiveita olivat poliklinikalla ohjausajan lisääminen sekä vaivattomampi puhelinyhteyden saaminen. Ohjauksessa haluttiin lisättävän aikaa sairauteen liittyvistä asioista keskusteluun sekä sairastuneen omille kysymyksille ja tunteille. Puhelinyhteyden saamisen teki haastavaksi se, että soittaminen oli rajattu tiettyihin aikoihin ja yhteyden saaminen myös tuona aikana oli välillä hankalaa. Vuodeosastolla ohjausaikaa toivottiin kokonaisuudessaan pidennettävän. Lisäksi ohjausta toivottiin jaetavan enemmän osiin ja annettavan alkuvaiheessa riittävästi aikaa perusasioiden, kuten pistämisen, op-

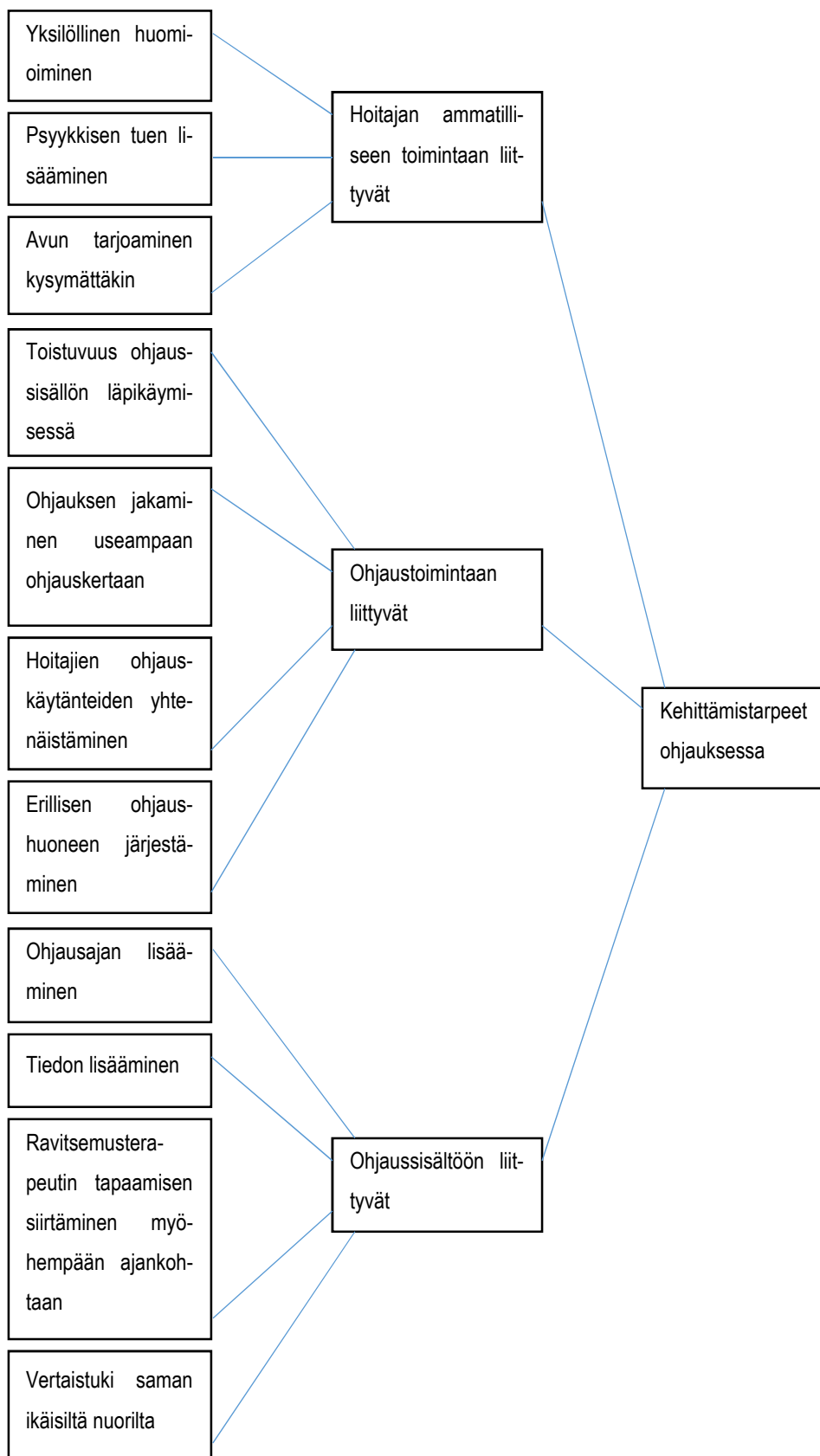
pimiseen ennen tietojen syventämistä. Myös toistuvuutta ohjaussisällön läpikäymisessä koettiin tarpeelliseksi lisätä. Vuodeosastolla ohjaustoimintaan liittyväksi kehittämistarpeeksi koettiin edellä mainittujen lisäksi hoitajien ohjauskäytänteiden yhtenäistäminen sekä erillisen ohjaushuoneen järjestäminen. Ohjauskäytänteiden yhtenäistämiseksi koettiin tarvetta esimerkiksi insuliinin lisäannosten antamisen sekä ateriainsuliinin annosteluajankohdan ohjaamisessa. Toivomukseen erillisestä ohjaushuoneesta sisältyi se, että potilas vietäisiin rauhallisempaan ympäristöön usean potilaan yhteishuoneesta ja että ohjaussisällöt käytäisiin alusta loppuun läpi erillisessä ohjaushuoneessa.

”Enemmän tilaa ja aikaa sairastuneen omille tunteille ja kysymyksille.”

”Hoitaja ottaisi erilliseen huoneeseen ja selittäisi koko diabetes jutun alusta loppuun (ei tarte muiden kuulla mitä sitten kysymyksiä herää). Siinä samalla voisi vaikka lääkärikin käydä.--”



KUVIO 45. Aloitushjauksen kehittämistarpeet polikliinisessä ohjauksessa



KUVIO 46. Aloitusohjauksen kehittämistarpeet vuodeosasto-ohjauksessa

6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Kokemukset aloitusvaiheen hoidonohjauksesta

Koettu tyytyväisyys aloitusohjaukseen oli kokonaisuudessaan hyvä ja polikliinisessä aloitusohjauksessa hieman parempi vuodeosaston tuloksiin verrattuna. Laadullinen aineisto tuki määrällisen aineiston tulosta. Kun diabetesta sairastavan hoidonohjausta tarkastellaan yleisemmällä tasolla, on löydettävissä samankaltaisia tuloksia. Diabetesbarometrin (2015) mukaan Suomessa hoidettavista diabeetikoista suurin osa on jokseenkin tyytyväisiä saamaansa omahoidon ohjaukseen (Koski 2015, 16). Opinnäytetyömme tulos tuki myös Ollin (2008) tutkimuksen tuloksia aloitusohjauksen suhteen koetun tyytyväisyyden osalta. Ollin (2008) tutkimukseen osallistuneet aloitusohjauksen saaneet ja heidän omaisensa olivat pääasiassa tyytyväisiä polikliinisessä aloitusohjauksessa saamaansa ohjaukseen ja tukeen. (Olli 2008, 119.)

Molemmissa ohjauspaikoissa koettiin, että hoidonohjaus auttoi omahoidon toteuttamisessa. Poliklinikalla ohjauksen saaneet kokivat hoidonohjauksesta omahoidon toteuttamiseen saadun hyödyn hieman paremmaksi. Rissanen (2005) tutkimuksen mukaan diabetekseen vastasairastuneen ohjaus toteutetaan useimmiten sisätautien vuodeosastolla vaikka polikliininen hoidonohjaus onkin koettu hyväksi keinoksi ohjauksen suunnitelmallisen ja systemaattisen etenemisen sekä yksilöllisyyden toteutumisen kannalta (Rissanen 2006, 35).

Ohjaussisältö opittiin pääosin hyvin molemmissa aloitusohjauspaikoissa. Merkittävimmät ohjaussisältöön liittyvät puutteet olivat niiden tekijöiden oppimisessa, jotka vaikuttavat insuliinin imeytymiseen, alkoholin käyttöä koskevassa tiedonsaannissa sekä niiden tekijöiden oppimisessa, jotka ruokailun lisäksi vaikuttavat verensokeritasoon. Vuodeosasto-ohjauksessa koettiin sekä määrällisten että laadullisten tulosten perusteella enemmän puutteita ohjaussisällössä poliklinikkaohjaukseen verrattuna. Suurimmat erot olivat seuraavissa ohjaussisällöissä: insuliinin lisäannoksen tarpeen arviointi verensokerimittauksen perusteella, hypoglykemiaan liittyvien asioiden oppiminen ja pistosvälineiden hävittämisen oppiminen. Diabetesliiton asiantuntijaryhmän laatiman tyypin 1 diabeetikoiden hoidon kehittämisraportin (2014) mukaan diabetesta sairastavalle tulisi ohjata huolellisesti erityisesti monipistoshoidon idea, perusinsuliinin ja ateriainsuliinin tehtävät, hiilihydraattien arviointi, ateriainsuliinin ja hiilihydraattien suhde eri aterioilla sekä sopiva perusinsuliiniannos, sillä ne ovat hoidon peruselementtejä (Diabetesliiton asiantuntijaryhmä 2014b, 38.)

Potilaslähtöisyys

Opinnäytetyössämme tarkastelimme potilaslähtöisyyden ilmenemismuotoja aloitusohjauksessa. Potilaslähtöisyys ilmeni yksilöllisyytenä, kokonaisvaltaisuutena ja vastavuoroisuutena ja se toteutui tulosten perusteella aloitusohjauksessa pääosin hyvin. Potilaslähtöisyyden sisältämien käsitteiden alle nousivat aiheistosta muun muassa aikaisemman osaamisen huomiointi ja elämäntilanteen huomiointi. Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan potilaan elämäntilanteen, ongelmien ja tarpeiden huomiointi jää ohjauksessa kuitenkin liian vähäiseksi (Kääriäinen, 2007, 90). Ollin (2008) teoriassa ilmeni, että diabetekseen sairastuneet kokevat kuitenkin tärkeäksi, että sairastumisesta johtuva elämäntilanteen muutos otetaan ohjauksessa huomioon (Olli 2008, 122).

Opinnäytetyömme tuloksissa nousi esiin nuoren kokemus ikätason mukaisesta huomioiduksi tulemisesta aikuispuolen vuodeosastolla. Ikätason mukaisessa huomiointissa tutkimustulostemme kanssa päinvastainen tulos on löydettävissä Ollin (2008) teoriasta. Sen mukaan lastenpoliklinikalla ohjatut nuoret kokivat, ettei heitä kohdeltu alkuvaiheen ohjauksessa kehitystasonsa mukaisesti vaan kuten muitakin lapsia. (Olli 2008, 106.) Ohjauksen yksilöllisyyden suhteen tärkeäksi koettiin ajan saaminen oppimiseen tarpeiden mukaisesti. Lisäksi tärkeänä, yksilöllisyyttä lisäävänä tekijänä koettiin omaisen osallistumisen mahdollistuminen. Vertailtaessa tutkimuksemme tuloksia muihin tutkimuksiin niissä on havaittavissa myös samankaltaisuuksia. Esimerkiksi Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen tutkimuksessa (2009) hoidon yksilöllisyyttä edisti potilaan omaisten läsnäolo (Gustafsson, Leino-Kilpi ja Suhonen 2009, 7-8.). Laajemmissa tutkimuskatsauksissa, diabetesbarometrissa (2015) ja tyypin 1 diabeteksen hoidon kehittämisraportissa (2014) käy ilmi, että hoidon yksilöllisyyden puute aiheuttaa huolta diabetesta sairastaville (Diabetesliiton asiantuntijaryhmä 2014a, 10; Koski 2015, 16).

Potilaan tuleminen kuulluksi ilmeni opinnäytetyössämme vastavuoroisuutena potilaslähtöisessä ohjauksessa. Sen lisäksi vastavuoroisuus toteutui mahdollisuutena mieltä askarruttavista asioista kysymiseen. Ohjaussuhteessa potilaan oli tulosten perusteella pääosin helppo tuoda esille tarpeitaan sairauden suhteen. Poliklinikalla ohjatuista kuitenkin hieman yli viidennes koki puutteita tarpeiden esiin tuomisen helpoudessa. Lähes kolmasosa vastaajista koki ohjauksen sisältäneen riittämättömästi aikaa sairauteen liittyvistä asioista keskusteluun. Myös ohjaukseen kokonaisuutenaan varattu aika koettiin jokseenkin riittämättömäksi molemmissa aloitusohjauspaikoissa.

Kokonaisvaltaisuus tuloksissa ilmenevänä käsitteenä sisälsi psyykkisen tuen saamisen. Potilaat kokivat tarvitsevansa tukea sairauden puhkeamisen hyväksymiseen, mutta saavansa sitä aloitusohjauksessa

puutteellisesti. Diabetes ja lääkäri –lehden artikkelin (2014) mukaan sairauden hyväksyminen on tarvittavien tietojen ja taitojen ohella merkittävää diabetesta hoidettaessa. Artikkelissa korostetaan sitä, että diabetesta sairastavien ohjaamisessa tarvitaan aiempaa suurempi määrä muun muassa psyykkistä ja vuorovaikutuksellista osaamista. (Koski 2014, 14.) Vuodeosasto-ohjauksen saaneista vajaa kolmasosa koki, ettei ollut saanut sairauden herättämien tunteiden käsittelyyn lainkaan tukea ohjauksen aikana. Samansuuntaisesti myös Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan hoidonohjauksessa ei anneta riittävää mahdollisuutta kysyä ja keskustella mieltä painavista asioista (Kääriäinen, 2007, 90).

Suurin osa vastaajista koki, että ohjaus oli vuorovaikutuksellista ja hoitajien vuorovaikutus oli oppimista tukevaa. Ollin (2008) teoria kuvaa sitä, tasavertainen vuorovaikutus on oppimista tukevaa ja se toteutuu silloin, kun ohjauksessa ei synny auktoriteettiasetelmaa (Olli 2008, 121). Ohjaus oli myös pääosin kielellisesti ymmärrettävää.

Tutkimustuloksia tarkastellessamme pohdimme sitä, että ohjaustarpeen arviointiin tulisi kiinnittää huomiota ohjausprosessia toteutettaessa. Lähes kolmannes poliklinikalla ja yli kolmannes vuodeosastolla ohjatuista koki, ettei hoitaja ollut kysynyt tuen tarpeista omahoidon oppimisessa. Ollin (2008) tutkimuksessa kiire ja hoitajan toimintatavat estivät toisinaan kattavan tarpeen arvioinnin toteutumista aloitusohjauksessa annettaessa (Olli 2008, 106). Omahoidon tavoitteiden läpikäyminen toteutui poliklinikalla hyvin kun taas vuodeosastolla vajaa viidennes ohjatuista koki, ettei tavoitteita käyty läpi lainkaan.

6.2 Aloitusohjaukseen vaikuttavat tekijät

Aloitusohjauksen onnistumista edisti potilaan aktiivinen rooli sairauden hoidossa. Niihin lukeutuivat kokemuksen kautta oppiminen ja itsenäinen perehtyminen sairauden hoitoon liittyviin asioihin. Lisäksi omalla asennoitumisella sekä sairauden tuttuudella entuudestaan koettiin olevan edistävä vaikutus. Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen (2009) tutkimuksessa potilaasta lähtöisin olevina yksilöllistä hoitoa edistävinä tekijöinä nousi samansuuntaisesti opinnäytetyömme tulosten kanssa esille muun muassa suhtautuminen omaan terveyteen ja sen hoitoon, potilaan aiemmin omaamat tiedot sekä potilaan aktiivisuus hoitoon liittyvissä toiminnoissa ja päätöksenteossa (Gustafsson ym. 2009, 8.).

Hoitaja edisti toiminnassaan ohjauksen onnistumista positiivisen viestinnän kautta sekä antamalla tukea ja apua potilaalle kokonaisvaltaisesti tämän tarpeisiin vastaten. Myös potilaan emootioiden huomioidulla oli myönteinen vaikutus aloitusohjauksen onnistumiseen. Olli (2008) kuvaa tutkimuksessaan, kuinka hoitajan kiireetön keskustelumahdollisuus ja hoitajan persoonalliset ominaispiirteet edesauttavat vuorovai-

kutuksen syntymistä ja edistävät luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumista (Olli 2008, 106). Myös Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen (2009) tutkimuksessa hoitajaan liittyvinä yksilöllistä hoitoa edistävinä tekijöinä ilmenivät hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten empaattisuus, ystävällisyys ja rauhallisuus. (Gustafsson, Leino-Kilpi ja Suhonen 2009, 4-7.)

Edistävinä tekijöinä ohjaustoiminnan onnistumisessa esiin nousivat myös tiedon riittävä määrä, oikean toiminnan varmistaminen, yksilöllisen kirjallisen ohjeen saaminen suullisen ohjauksen rinnalle sekä ohjauksen selkeys ja rauhallisuus. Toiminnallisen omahoidon opetteluun alkaminen heti ohjauksen alussa koettiin hyväksi. Ohjausympäristön suhteen ohjauksen onnistumista edistävänä tekijänä esiin nousivat sen rauhallisuus ja hiljaisuus.

Tutkimustuloksissa ilmeni poliklinikalla ja vuodeosastolla joiltain osin yhteneviä aloitusohjauksen onnistumista estäviä tekijöitä. Sairastumisesta johtuva alkujärkytys nousi vahvasti esiin laadullisissa vastauksissa. Sairastumisen koettiin heikentävän vastaanottokykyä ja lisäävän ajantarvetta ohjauksen sisältämien asioiden käsittelyyn. Se myös vähensi voimia uusien asioiden opetteluun. Opinnäytetyömme tulokset osoittivat sen, että potilas voi sairastumisvaiheessa kokea haluttomuutta ja jopa kyvyttömyyttä sanallisen kommunikaation toteuttamiseen. Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen (2009) tutkimuksen mukaan potilaan kyky kommunikoida vaikuttaa hänen yhteistyökykyynsä (Gustafsson ym. 2009, 9). Vuodeosasto-ohjauksen saaneiden vastauksissa estäviä tekijöitä ilmeni huomattavasti enemmän poliklinikka-ohjauksen saaneiden vastauksiin verrattuna. Niissä nousivat esiin muun muassa sairastumisesta johtuvan fyysisen toimintakyvyn muutoksen heikentävä vaikutus tiedon sisäistämiseen. Potilaaseen liittyvistä tekijöistä ohjauksen onnistumista estäviin tekijöihin lukeutuivat myös epävarmuuden tunteet ja kokemus siitä, että diabetes hallitsee elämää. Ollin (2008) tutkimuksessa nousi esiin samansuuntaisia tuloksia. Sairastumisvaiheeseen liittyi kokemus siitä, että elämä eteni diabeteksen ehdoilla. Hyvin samansuuntainen opinnäytetyömme tulosten kanssa Ollin (2008) tutkimuksessa oli myös kokemus siitä, että tietoa tuli alkuvaiheessa ”tulvimalla” niin, ettei kaiken sen omaksuminen lyhyessä ohjausajassa ollut täysin mahdollista. Tiedon omaksumiseen vaikuttivat aloitusohjauksen ajanjaksona ilmenneet voimakkaat tunteet. (Olli 2008, 125.)

Aloitusohjauksen onnistumista estävänä potilaaseen liittyvänä tekijänä nousi vuodeosastolla esiin myös vaihtoehdoisen tiedon ristiriitaisuus. Ollin (2008) teorian mukaan diabetesta koskevan tiedon saamiseen liittyy kokemus tiedon tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä (Olli 2008, 102). Tiedon vastaanottamisen voisi ajatella vaikuttavan omahoitoon ja hoitotasapainoon jatkossa hyvin olennaisesti.

Hoitajan toimintaan liittyvänä aloitusohjauksen onnistumista estävänä tekijänä ilmeni riittämättömäksi koettu psyykkisen tuen saaminen ja jopa psyykkisen tuen puuttuminen kokonaan. Lisäksi potilaiden kokemaa ohjauksen onnistumiseen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä olivat muu puutteellisuus hoitajan ammatillisessa vuorovaikutuksessa, riittämätön osaamisen arviointi potilaan toteuttamassa omahoidossa, puutteellisuus ohjauksen sisällössä sekä puutteellisuus ohjattavan henkilön toimintakyvyn arvioinnissa. Vuodeosastolla aloitusohjauksen onnistumista tulosten perusteella heikensi myös hoitajien kiire, hoitajien tiheä vaihtuvuus sekä ohjausajan lyhyys. Rissasen (2005) tutkimuksen mukaan merkittävimmät tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausta estävät tekijät ovat riittävien resurssien puute ja joustamattomuus organisaation rakenteissa (Rissanen 2006, 36).

6.3 Aloitusohjauksen kehittämistarpeet

Psyykkinen tuki ilmeni tutkimustuloksissamme monella tapaa. Jo tästä voidaan päätellä, että se on koko aloitusohjauksen ajan potilaalle erityisen tärkeää. Potilaat toivoivat aloitusohjaukseen enemmän aikaa keskusteluun ja tunteiden huomiointiin. Myös Ollin (2008) tutkimuksessa tuodaan esiin huoli keskustelumahdollisuuksien vähenemisestä ja aloitusohjauksessa ilmenneestä kiireestä (Olli 2008, 112).

Sairauden toteamista välittömästi seuraava aloitusohjauksen aika koettiin erityisenä ja monenlaisia tunteita ja ajatuksia herättävänä ajanjaksona. Sen aikana annettu psyykkinen tuki koettiin liian vähäiseksi. Syntyvistä emootioista muun muassa syyllisyyden tunteet toivottiin jatkossa huomioitavan paremmin. Myös sitä haluttiin korostettavan, että sairauden kanssa voi sopeutua elämään. Hoitajan toimintaan kaivattiin hellävaraisuutta ja rauhoittavuutta. Myös Lipposen (2014) tutkimuksen tulokset kertovat, että hoidon yhteydessä annettavassa psyykkisessä tuessa on vielä kehitettävää (Lipponen 2014, 50.). Ilanne-Parikan (2006) artikkelin mukaan nykypäiväivänä ohjausta annettaessa ei riitä, että hoitaja opettaa potilaalle tietoja ja taitoja vaan hoidonohjauksessa pitäisi vaikuttaa myös muun muassa potilaan kykyyn sopeutua muutoksiin (Ilanne-Parikka 2006, 26).

Poliklinikalla hoitajan ammatilliseen vuorovaikutukseen liittyen esitettiin toive ystävällisemmästä kohtelusta sekä toivottiin, että hoitaja tarjoaisi apuansa kysymättäkin. Ollin (2008) teorian mukaan potilaan kokemus aloitusohjauksen luonteesta vaikuttaa hoitosuhteen muodostumiseen. Siinä kuvataan hoitajan vuorovaikutuksen kehittämistarpeina erityisesti kiinnostuksen osoittamista kuuntelemalla ja tasavertaisen vuorovaikutuksen luomista. Kysyttäessä potilaan kuulumisia oli tärkeää, että häntä kuunneltiin ja tuotiin esiin aito kiinnostus. (Olli 2008, 120-121.) Opinnäytetyömme tuloksissa aloitusohjauksessa koet-

tiin hyväksi, että osa hoitajista pysähtyi välillä kyselemään kuulumisia. Potilaan aitoja näin tapahtuvia kohtaamisia tulisi kuitenkin tulosten perusteella lisätä.

Molemmissa ohjauspaikoissa tuotiin esiin toiveita runsaammasta tiedonsaannista vaikka toisaalta vuodeosastolla toivottiin ohjausajan painottuvan alkuvaiheessa peruusioiden oppimiseen. Ollin (2008) tutkimuksen mukaan sairautta koskevan tiedon antaminen aloitusohjauksessa auttaa muun muassa vähentämään sairautta kohtaan tunnettua pelkoa (Olli 2008, 102). Ravitsemusterapeutin tapaamista esitettiin siirrettäväksi myöhempään ajankohtaan. Ohjausta toivottiin myös jaettavan pienempiin osiin ja lisäävän toistuvuutta ohjaussisällön läpikäymisessä.

Ohjausajan lisääminen koettiin aloitusohjauksen kehittämistarpeeksi molemmissa ohjauspaikoissa. Lipposen (2014) tutkimuksen mukaan myös hoitohenkilökunta toivoi, että aloitusohjaukseen olisi enemmän aikaa. Tämä toteutuisi, jos henkilökuntaa olisi enemmän. (Lipponen 2014, 49.) Poliklinikalla ohjattujen vastauksissa esitettiin toive vaivattomammasta puhelinyhteyden saamisesta. Vuodeosasto-ohjauksessa toivottiin tulosten perusteella hoitajien ohjauskäytänteiden yhtenäistämistä. Tämä ilmenee myös Lipposen (2014) tutkimuksessa, jossa toivottiin ohjauksen sisällön yhtenäistämistä. (Lipponen 2014, 50.)

Vuodeosastolla ohjauksen saaneet toivoivat erillisen ohjaushuoneen järjestämistä. Myös hoitohenkilökunnalle tehdyssä Lipposen (2014) tutkimuksessa nousi esiin kehittämiseksi erillisen ohjaushuoneen järjestäminen. Ohjaustilojen haluttiin olevan rauhallisempia. (Lipponen 2014, 51) Opinnäytetyömme tuloksissa ilmenee, että myös potilaat toivovat rauhallista ohjaustilaa sen vuoksi, että kokevat monen hengen potilashuoneen olevan ohjausympäristönä rauhaton ja muiden potilaiden läsnäolon lisäävän kynnystä henkilökohtaisten kysymysten kysymiseen. Samansuuntaisia tuloksia on myös Kääriäisen (2007) tutkimuksessa, jossa käy ilmi, että ohjaamiseen ei ole aina sopivia tiloja käytettävissä ja henkilökohtaisista asioista joudutaan puhumaan muiden potilaiden läsnä ollessa (Kääriäinen 2007, 49, 90).

Nuori vastaaja toivoi samanikäistä seuraa sekä vertaistukea samanikäisiltä nuorilta. Myös Lipposen tutkimuksessa ilmenee viitteitä, että hoitajien pitäisi enemmän ohjata potilaita vertaistukeen (Lipponen 2014, 51). Ollin (2008) tutkimuksessa vertaistuen kokeminen vahvisti nuoren käsitystä siitä, ettei hän ole yksin ja erilainen diabeteksen kanssa (Olli 2008, 115).

6.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tulokset tukevat diabetesta sairastavan aloitusohjauksesta, diabeteksen omahoidon ohjaamisesta yleisemmällä tasolla sekä polikliinisestä ja osastolla tapahtuvasta potilasohjauksesta aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Hoidonohjauksen koetaan toteutuvan pääosin hyvin. Koetut puutteet ovat samankaltaisia aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Erityisesti psyykkisen tuen merkitys ohjauksessa korostuu.

Vertailu poliklinikan ja vuodeosaston välillä on vähemmän käytetty tutkimuksen näkökulma. Opinnäytetyömme tulos tukee myös aiempia tutkimuksia tuloksillaan siinä, että polikliinisesti toteutettava ohjaus on toimiva ja potilaiden hyväksi kokema tapa toteuttaa ohjausta.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla diabetekseen sairastuneen aikuis- ja nuoruuskäisen kokemuksia aloitusohjauksesta poliklinikalla ja vuodeosastolla. Aloitusohjauksen vuosina 2013-2015 saaneet potilaat arvioivat käypähoitosuositukseen pohjautuvien sairaalan ohjaussuositusten mukaisen sisällön toteutumista ohjauksessa. Lisäksi he arvioivat potilaslähtöisyyden ilmenemistä sekä toivat esille kokemiaan aloitusohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ja ohjauksen kehittämistarpeita. Tutkimusmenetelmäksi valitsimme määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistelmän. Laadimme mittarin, johon sisältyi likertasteikollisia ja avoimia kysymyksiä. Näitä menetelmiä käyttäen aloitusohjausta oli mahdollista arvioida kattavasti huomioiden sen tiedollinen ja ei-tiedollinen sisältö. Opinnäytetyöstä saadut tulokset vastasivat laadittuihin tutkimuskysymyksiin.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen ja aineiston keruun sekä tulosten luotettavuuden näkökulmasta. Kun tutkimuksessa käytettävät mittarit ovat luotettavia, se heijastuu tutkimuksen luotettavuuteen. Mittarin tulee rajata tutkittava käsite, olla herkkä käsitteen eri tasoille sekä kuvata tutkittavaa käsitettä täsmällisesti. Tutkimuksen pätevyyttä voidaan arvioida validiuskäsitteen avulla. Tämä tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata tutkimuksen tarkoituksenmukaisia asioita. Mittarin tarkkuutta eli reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyyden, vastaavuuden ja sisäisen johdonmukaisuuden kautta. Reliabiliteetti on tutkimuksen kyky antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206, 209.)

Toimme opinnäytetyöhömmme luotettavuutta laatimalla huolella aineistonkeruussa käytettävän kyselylomakkeen. Määrittelimme tietoperustaan tarvittavat käsitteet ja rajasimme tutkittavan alueen selkeästi. Sen pohjalta laadimme opinnäytetyötä varten alusta lähtien uuden mittarin. Lisäksi käytimme mittarin koostamisen tukena aikaisempia tutkimuksia. Mittaria laatiessamme pyrimme sen kattavuuteen, jotta se kuvaisi mahdollisimman aukottomasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkimusongelmat ohjasivat mittarin sisältämien kysymysten muodostamista. Mittarin luotettavuuden ja tarkoituksenmukaisuuden arviointiin osallistuivat sekä ohjaavat opettajat että kaikki yhteistyökumppanit. Kyselylomakkeeseen tehdyt muutokset tarkastettiin ennen sen postittamista.

Esitestaamalla kyselylomakkeen varmistimme myös sen luotettavuutta ja toimivuutta. Esitestauksen tavoitteena oli lisätä opinnäytetyömme validiteettia ja varmistaa, että mittarilla kerättävä aineisto vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Esitestattavat arvioivat, olivatko kysymykset selkeästi rakennettuja ja helposti ymmärrettäviä, mikä niissä vaatisi kehittämistä sekä sitä, vastasivatko kysymykset tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita. Lisäksi he arvioivat, sisälsikö kyselylomake tarpeettomia kysymyksiä tai puuttuiko siitä jotain olennaista sekä sitä, sisältyikö kyselylomakkeeseen vastaamiseen haasteita ja oliko vastaamiseen kulunut aika sopiva. He toivat esiin myös muita kyselylomaketta koskevia parannusehdotuksia. Esitestauksesta saadun palautteen avulla muodostimme uusia kysymyksiä ja parantelimme muutamien kysymysten muotoilua sekä korjasimme lomakkeen asettelua.

Kun kyselylomakkeen sisältö vastaa tutkimusongelmiin, varmistetaan, että tutkimuksella saatu tieto on täsmällinen. Tiedon täsmällisyydestä huolehdimme muun muassa määrittelemällä saatekirjeeseen ja kyselylomakkeeseen arvioitavan ohjauksen ajankohdan ja sen, että opinnäytetyömme kohdistui sairaanhoitajan toteuttamaan ohjaukseen. Määrittely pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman yksiselitteiseksi, jotta yksittäiset kyselyllä saatavat vastaukset olisivat keskenään samanarvoisia. Tutkimustuloksia käsitellään realistisesti, omat ennako-oletukset poissulkien. Vastaajien anonymiteetti lisää luotettavuutta analysointivaiheessa. (Vilka 2007, 13.)

Eettisesti tärkeäksi nousee määrällisessä tutkimuksessa kirjoittamistapa: tutkimustulosten esiintuonti kunnioittavasti ja realistisesti. Vastasimme tämän toteutumisesta muun muassa niin, että tarkastelimme saatuja tuloksia kuvioden kautta ja toimme esiin niissä ilmenevät tosiasiat ottamatta tulosten esittämisosiossa niihin itse kantaa. (ks. Vilka 2007, 164.)

Tutkittavien itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi vastaamiseen kyselyyn oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli samalla lupa aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. Tiedotimme tutkittavia henkilöitä opinnäytetyöstämme saatekirjeellä (liite 4), joka oli liitteenä postikyselyssä. Myös esitestaukseen liitettiin mukaan saatekirje (liite 2). Saatekirjeessä ilmoitimme tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Kyselyn anonymiteetista vastasimme siten, että tutkittavien henkilöllisyys ei ilmennyt meille tutkijoille eikä se ilmene näin myöskään tutkimusta tarkastelevalle. Hyvässä tieteellisessä käytänteessä tutkittavien yksilöiden, ryhmien ja paikkakuntien tulee säilyä tuntemattomina. Tämä liittyy erityisesti määrällisiin tutkimuksiin. Kun tutkittavien henkilöllisyys säilyi tuntemattomana, ei meille ilmennyt tietoa, jonka perusteella olisimme voineet heitä henkilöidä. Esitestattavat olimme hankkineet itse, joten heidän henkilöllisyytensä oli meillä tiedossa. Esitestausta ei kuitenkaan käyty osana tutkimusaineistoa vaan sen tarkoituksena oli auttaa tutkimusmenetelmän laadun arvioinnissa ja toimivan kyselylomakkeen laa-

dinnassa. Esitettävien henkilöllisyys ei siis ilmene tutkimustuloksia tarkastelevalla. (ks. Vilka 2007, 164.)

Eettisyyden toteutumista tukee myös tutkimusluvan hakeminen. (Vilka 2005, 58.) Kun ohjaavat opettajat sekä opiskelijakoordinaattori Annukka Tuomikoski olivat hyväksyneet tutkimussuunnitelmamme, anoimme tutkimuslupa Oulun yliopistollisesta sairaalasta. Tutkimuslupa anottiin yhteistyökumppanilta diaarilomakkeella. Sitä käytetään silloin, kun tutkimus numeroidaan tutkimustoiminnan seuraamista varten. Tutkimus kohdistui potilaisiin, joten luvan myönsi medisiinisen tulosalueen johtaja Taina Turpeenniemi-Hujanen. Tutkimuslupa myönnettiin hakemuksen mukaisesti. Valmis opinnäytetyö lähetetään sähköisenä opiskelijakoordinaattorille, joka tekee laadullisen tarkastuksen ennen Theseuksessa julkistamista. Sisällön tarkastamiseen tulee antaa aikaa kaksi viikkoa. Myös me varaamme aikaa mahdollisiin korjauksiin. Opinnäytetyön tilaaja sekä ohjaavat opettajat tarkastivat opinnäytetyön tiedollisen osuuden.

Tutkimusaineiston säilytimme huolehtien tietosuojasta asiaan kuuluvalla tavalla. Aineisto ei päätenyt ulkopuolisten nähtäväksi, joten ulkopuoliset saavat aineistosta vain sen tiedon nähtävälle, joka tuodaan tutkimusraportissa esiin. Kun opinnäytetyö valmistuu eikä aineistoa enää tarvita, hävitämme sen tietosuojajätteenä.

7.2 Tutkimusprosessi ja omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyöprosessi on ollut hyvin opettavainen kokemus. Olemme työstäneet tiivistä opinnäytetyötä muiden opintojen ohessa hieman alle puolitoista vuotta. Opinnäytetyön teko alkoi tammikuussa 2015. Kevään 2015 aikana työstimme tietoperustaa, tutkimussuunnitelmaa ja kyselylomaketta. Opinnäytetyön osalta oli kevään ja kesän 2015 aikana kaksi suunnittelupalaveria, joissa oli mukana opiskelijakoordinaattorit ja poliklinikan yhdyshenkilö. Heiltä saimme ohjausta myös kyselylomakkeen laadintaan. Saimme tutkimusluvan kesällä 2015. Ensimmäisen kyselykierroksen lomakkeet lähetettiin lokakuussa 2015 ja toisen kyselykierroksen lomakkeet joulukuussa 2015. Tulosten analysointi toteutettiin tammikuussa 2016. Opinnäytetyö valmistui keväällä 2016. Tulokset esitettiin OYS:ssa diabetestiimin kokouksessa sisätautipoliklinikalla sekä tutkimusiltapäivässä. Opinnäytetyöstä koottu diaesitys julkaistaan OYS:n henkilöstöintraassa ja loppuraportti julkaistaan Theseuksessa. Toinen meistä kirjoittaa maturiteetin sijaan opinnäytetyöstä artikkelin, jonka mahdollisen julkaisun suhteen ollaan yhteydessä myöhemmin Pohjanpiirin toimittukseen.

Olemme työstäneet opinnäytetyötä tiivistä lähes viikottain. Laadimme aikataulun, jossa pysyimme suurimmaksi osin. Aikataulujen yhteensovittamiseen asettivat haasteita käytännön harjoittelut ja muut opintoihin liittyvät tehtävät. Aikataulu viivästy hieman aineiston analysoinnin suhteen, mutta loppuraportti valmistui siitä huolimatta suunnitellun aikataulun mukaisesti. Aikataulussa pysymistä edisti tutkimuslupien nopea saaminen. Opinnäytetyöprosessin sujuvuutta edistäneenä tekijänä olemme kokeneet yhteistyökumppaneiden innostuneisuuden ja kiinnostuksen asiaan. Olemme saaneet kiitettävästi aina vastauksia, kun meillä on ollut kysymyksiä opinnäytetyön suhteen. Myös opettajat ovat antaneet ohjausta aina tarvittaessa ja heidän antamansa tuki on ollut kiitettävää.

Yhteistyökumppaneiden ja opettajien mielenkiinto opinnäytetyötämme kohtaan on kannustanut ja innostanut meitä. Olemme saaneet motivoivaa palautetta myös työharjoittelujaksojemme ohjaajilta. Osallistuimme opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa työpajoihin. Niistä saimme tärkeää ohjausta, ideoita ja käytännön tietoa, jotka auttoivat prosessin etenemisessä. Opinnäytetyötämme ovat pääasiassa ohjanneet lehtorit Tuula Nissinen ja Liisa Karhumaa. Olemme saaneet ohjausta laadullisen aineiston analysointiin myös lehtori Seija Kokolta ja yliopettaja Pirkko Sandelinilta. Määrällisen tutkimuksen analysointiin Webropol-ohjelman avulla ohjausta antoi lehtori Kirsi Jokinen. Lehtori Tuula Koski ohjasi äidinkielellisissä asioissa.

Välillä koimme hetkiä, jolloin opinnäytetyön tekeminen tuntui haastavalta johtuen siitä, että emme ole aikaisemmin toteuttaneet tutkimuksia. Tutkimuksen tekemiseen ja analysointiin liittyvistä asioista otimme selvää useista eri lähteistä. Tutkimusprosessin eri vaiheet ovat tulleet meille tutuiksi. Haastavimpana osuutena koimme sisällön analyysin työstämisen. Ymmärrys siitä, miten analyysi toteutetaan ja luokkia muodostetaan lisääntyi, kun saimme ohjausta useammalta opettajalta. Kun päätimme eri vaihtoehdoista toteuttaa sisällön analyysin käyttäen analysointiyksikkönä lausetta ja tutkimuskysymysten alle alkoi muodostua luokkia, analysointi alkoi sujua. Määrällisen tutkimusosuuden analysointi tuntuikin paljon helpommalta sisällönanalyysin laadinnan jälkeen.

Yhteistyö myös meidän opinnäytetyön tekijöiden välillä on ollut toimivaa ja se on myös kehittynyt paremmaksi opinnäytetyöprosessin edetessä. Kun olemme työskennelleet yhdessä, on keskustelu synnyttänyt useita eri näkökulmia ja olemme kokeneet, että työ on sitä kautta hioutunut paremmaksi. Suurimmaksi osaksi olemmekin työstäneet opinnäytetyötä yhdessä. Työn tekemisen nopeuttamiseksi olemme tehneet joitakin osa-alueita myös erillämme ja yhdistäneet ne sitten sujuvaksi kokonaisuudeksi yhdessä läpi käyden. Työstimme alusta asti opinnäytetyötä tarkasti, jotta jälkepäin ei ole tarvinnut korjailla raportin osa-alueita, kuten lähdemerkintöjä. Koska opinnäytetyön tekeminen on pääosin ollut hyvin tiivistä,

olemme tietoisesti välillä pitäneet pieniä taukoja, jotta motivaatio on säilynyt prosessin ajan. Myös se on ollut motivoivaa, että työ on koko ajan vaihe vaiheelta edennyt. Opinnäytetyön tiivis työstäminen on vaatinut lähipiireiltämme joustamista. Heitä haluamme kiittää tuesta opinnäytetyöprosessin aikana.

Opinnäytetyön tietoperustaa koostaessamme omaamamme ammatillinen tieto diabeteksen hoidosta sekä potilaslähtöisestä ohjauksesta syventyi. Uskomme, että tämä hyödyttää meitä jatkossa, sillä diabetes on sairaus, jota tulemme varmasti kohtaamaan tulevassa sairaanhoitajan työssämme. Opinnäytetyömme tuloksia voimme hyödyntää tulevassa ammatissamme antaessamme ohjausta niin diabetesta sairastaville kuin muillekin asiakkaille ja potilaille. Voimme hyödyntää tuloksia sekä muuta oppimaamme tietoa aloitusohjauksissa sekä diabetesta sairastavan jatko-ohjauksessa. Koemme kehittyneemme prosessin aikana tutkimuksen suorittamiseen vaadittavassa osaamisessa, tiedonhaussa sekä tutkimuksellisen tiedon hyödyntämisessä.

7.3 Yleistettävyyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön ohjaustyössä sekä tilaajana toimineella sisätautipoliklinikalla että vuodeosastolla 35. Hyödyntämistä voidaan toteuttaa ottamalla huomioon potilaiden aloitusohjauksessa kokemat puutteet sekä potilaiden esiintuomat kehittämistarpeet. Aloitusohjauksen kokonaisuutta koskevia tuloksia voidaan käyttää hyväksi pohdittaessa aloitusohjauksen järjestämistä jatkossa, sillä poliklinikkaohjaus niiden perusteella on hyväksi koettu ohjausmuoto. Tieto siitä, että poliklinikkaohjauksen avulla saavutettavat ohjauksen tulokset ovat vuodeosaston tuloksiin verrattuna samankaltaiset ja suurelta osin tulosten perusteella myös hieman paremmat, voi auttaa jatkossa aloitusohjauspaikan valinnassa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös muilla Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilla, joissa diabetekseen sairastuneen aloitusohjausta myös tarpeen mukaan toteutetaan. Tuloksia voidaan hyödyntää myös syksyllä 2016 tulossa olevaa organisaatiomuutosta toteutettaessa. Diabetekseen sairastuneiden vuodeosastolla toteutettavan ohjauksen päävastuu siirtyy tuolloin eri osastolle sairaalan sisällä.

Poliklinikalla ohjattuja vastaajia oli määrällisessä aineistossa 14 ja vuodeosastolla 19, joten määrät eivät olleet täysin verrattavissa keskenään. Se, ettei vastaajaryhmien koko ollut identtinen, alentaa tutkimustulosten yleistettävyyttä poliklinikka- ja vuodeosasto-ohjauksen välillä tehdyn vertailun osalta. Tulosten verrattavuutta keskenään voi heikentää myös vuodeosastolla ohjattujen huonompi fyysinen tila ohjauksen aikana. Heikomman fyysisen tilan vaikutus tiedon sisäistämiseen on voinut aiheuttaa vaikeuksia sisältöön liittyvien asioiden oppimisessa. Poliklinikalla ohjatut ja vuodeosastolla ohjatut vastaajaryhmät

ovat siis lähtökohtaisesti olleet hieman toisistaan poikkeavat, joten vaikka he olisivat saaneet saman ajan ohjaukseen ja ohjaussisällöltään samanlaisen ohjauksen, tulokset eivät välttämättä olisi olleet samanlaiset. Toisaalta ihanteellista olisi, että ohjausaika ja ohjauksen sisällöllinen toteutus voitaisiin sovittaa yksilöllisesti vastaamaan ohjattavan tarpeita. Vuodeosastolla ohjausta annettaessa tämä oletettavasti on haastavampaa, sillä vastasairastunutta hoitavalla hoitajalla on vastuullaan samanaikaisesti myös muita potilaita.

Opinnäytetyön tuloksissa nousivat vuodeosastolla esiin tarpeet ohjauskäytänteiden yhtenäistämiseen ja puutteet hoidon jatkuvuudessa. Tämä voisi kehittyä vuodeosaston ja poliklinikan välillä tehtävän yhteistyön kautta. Diabeteshoitajien asiantuntijuutta olisi hyvä hyödyntää vuodeosastolla koulutusluonteisesti, yhteisen tavoitteen, onnistuneen, potilaslähtöisen aloitusohjauksen saavuttamiseksi. Työyksikkökohtaisen koulutuksen avulla annettava ohjaus yhtenäistyisi sekä työyksikön sisällä että poliklinikan ja vuodeosaston välillä. Sopimalla yhteisistä ohjaus- ja raportointikäytännöistä voitaisiin välttää aloitusohjauksessa ilmeneviä sisällöllisiä puutteita sekä lisätä potilaan kokemusta hoidon jatkuvuudesta. Samalla ohjauskokonaisuus tulisi selkeämmäksi ohjausta toteuttaville hoitajille, jolloin kynnys aloitusohjauksen toteuttamiseen laskisi. Kehittämissideana näkisimme esimerkiksi erillisen sähköisen kirjauspohjan koostamisen aloitusohjausta varten. Sitä käyttämällä voitaisiin varmistaa, ettei aloitusohjauksesta jäisi sisällöllisesti puuttumaan mitään. Lomakepohjalle voisi kirjata myös muun muassa tietoja sairastuneen elämäntilanteesta ja se voisi sisältää kysymyksen, joka ohjaisi kysymään potilaan kokemista tuen tarpeista.

Mielestämme olisi hyvä käydä koulutuksellisesti läpi myös psyykkisen tuen ja positiivisen vuorovaikutuksen merkitystä sairastumisvaiheen ohjauksessa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla aloitusohjauksen toteuttamisen tarkastelu hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Näin kaksi eri näkökulmaa, hoitajan ja potilaan näkökulmat voitaisiin ottaa huomioon aloitusohjausta kehitettäessä. Kehittämissaasteena näkisimme kirjallisen materiaalin tuottamisen aloitusohjausta saaville potilaille. Se voisi sisältää tietoa omahoidon toteuttamiseen liittyvien asioiden lisäksi siitä, miten sairastuminen vaikuttaa potilaaseen myös psyykkisellä tasolla. Jatkossa voitaisiin tutkia myös sitä, miten diabeteksen hoidonohjaus toteutuu aloitusohjauksen jälkeen, esimerkiksi siirryttäessä perusterveydenhuollon puolelle ohjaukseen.

Uskomme, että opinnäytetyön tulokset ovat yleisemmällä tasolla hyödynnettäviä siten, että niitä voidaan käyttää hyväksi annettaessa diabetekseen sairastuneen aloitusohjausta samankaltaisissa ohjausympäristöissä nuoruus- ja aikuisikäisille potilaille. Uskomme myös, että joiltain osin tuloksia voidaan hyödyntää myös annettaessa aloitusvaiheen hoidonohjausta muuhun pitkäaikaissairauteen sairastuneelle. Mie-

lenkiintoisia jatkotutkimusaiheita löytyisi paljon myös muihin pitkäaikaissairauksiin sairastuneiden aloitusohjauksesta. Näin voitaisiin verrata eri sairauksiin sairastuneiden kokemuksia laajemmalti toisiinsa.

LÄHTEET

Ahola, A. 2012. Psychological determinants and self care in patients with type 1 diabetes. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, 85.

Airaksinen, M., Mäntyranta, T., Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 21/2009. Hakupäivä 6.10.2015, http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=omahoito&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98401.

Alahuhta, M. & Seppänen, S. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita Prima Oy, 19-119.

Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Hakupäivä 11.5.2015, http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallonanalyysi.

Bendt, A. 2015. Diabetes typ 1. 1177 Vårdguiden. Hakupäivä 16.6.2015, <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-1/>.

Diabetesliiton asiantuntijaryhmä. 2014a. Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen, 10. http://www.diabetes.fi/files/3903/Tyypin_1_diabeteksen_hoidon_kehittaminen_-raportti.pdf.

Diabetesliiton asiantuntijaryhmä. 2014b. Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen. Liite 1. Tarkempi tyypin 1 diabeteksen hoidon nykytilan ja kehitystarpeiden kuvaus, 38. http://www.diabetes.fi/files/3904/Liite_1._Tarkempi_Tyypin_1_diabeteksen_hoidon_nykytilan_ja_kehitystarpeiden_kuvaus.pdf.

Diabetesliiton työryhmä. 2008. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet. Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen. Diabetesliitto. Kirjapaino Hermes, 10.

Diabetesliitto. 2015a. HbA1c. Hakupäivä 13.11.2015,
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/verensokeri/hba1c.

Diabetesliitto. 2015b. Insuliinihoito. Hakupäivä 28.4.2015,
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/insuliinihoito.

Diabetesliitto. 2015c. DIPP-tutkimus. Hakupäivä 11.6.2015, file:///C:/Users/Nuoret%20aikuiset/Downloads/opinnaytetyon_ohje_190314.pdf.

Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. 2013. Diabetes. Käypä hoito -suositus. Hakupäivä 13.4.2015,
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056>.

Groop, L., Isomaa, B., Laine, M., Puurunen, M. & Tarnanen, K. 2013. Diabetes – uhka terveydelle. Käyvän hoidon potilasversiot. Hakupäivä 8.4.2015,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00066.

Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. Tutkiva hoitotyö 4/2009, 4-9.

Haarala, P.; Honkanen, H.; Mellin, O & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveystoimittajan osaaminen. Porvoo: Bookwell Oy, 86 – 96.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita, 51.

Helminen, T., Kinnari, M. & Viteli-Hietanen, M. 2006. Tyyppin 1 diabetes. Opas nuoruustyyppin diabeetikolle. Diabetesliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 24-36.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY, 81-149.

Himanen, O. 2015. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Kustannus Oy Duodecim, sairaanhoitajan tietokannat.

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 137-231.

Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 21 - 73.

Holopainen, K. 2014. Yliääkäri Timo Sane kannustaa ratkaisukeskeiseen hoitoon. Diabetes 4/2014, 46.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 42.

Hyvärinen, H. 2014. Suotta syyllinen olo. Diabetes 6/2014, 12.

Ilanne-Parikka, P. TPE – Therapeutic Patient Education 2006 – Uusia näkökulmia, hyödyllisiä välineitä. Diabetes ja lääkäri. 4/2006, 26.

Ilanne-Parikka, P. 2015. Mihin insuliinia tarvitaan?. Diabetesliitto. Hakupäivä 16.6.2015, http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/mi-hin_insuliinia_tarvitaan.

Ilanne-Parikka, P. 2015. Diabetesliiton asiantuntijaryhmä ehdottaa tyypin 1 diabeetikoiden hoidon keskittämistä. Diabetes ja lääkäri. 2/2015, 8-10.

Ilanne-Parikka, P. 2016. Sokeritasapainon tavoitteet ja seuranta. Diabetesliitto. Hakupäivä 15.5.2016, http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/sokeritasapainon_tavoitteet_ja_seuranta.

Ilanne-Parikka, P., Rönnetmaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. 2015. Diabetes. Tampere: Tammerprint Oy, 9-465.

Jauhiainen, A. 2010. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia – ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kuopio: Kopijyvä. 34-38.

Juselius, P. 2013. Diabeetikoiden hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. Käypähoitosuositus. Hakupäivä 3.4.2015, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=CA72E35EB34A9D4C8A42439D5DA55594?id=nix00796>.

Jämsä, H. 2013. Insuliinihoidon ja omaseurannan kotiohje monipistoshoitoiselle diabeetikolle.

Jämsä, H. 2014a. Tyypin 1 diabetespotilaan alkuohjaus – ohje vuodeosastojen henkilökunnalle diabeetikon monipistosinsuliinihoidon aloituksen tueksi. 3 – 5.

Jämsä, H. 2014b. Vastasairastuneen diabeetikon hoidon aloitus. Ohje Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalle.

Kallioniemi, V. 2015. Aika ottaa insuliini käyttöön. Hakupäivä 28.3.2015, http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/tyypin_2_hoidon_abc/aika_ottaa_insuliini_kayttoon.

Kaukua, J. & Mustajoki, P. 2010. Senkka ja 100 muuta tutkimusta: Hemoglobiini HbA1c (B -HbA1c), glykoitunut hemoglobiini A1c (B-GHb-A1C). Duodecim. Hakupäivä 29.4.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03092.

Keituri & Laine. 2014. Tyypin 1 diabetes vastasairastuneella. Kustannus Oy Duodecim 2015. Sairaanhoidajan käsikirja.

Koski, S. 2014. Diabetesliiton asiantuntijaryhmä vaatii tyypin 1 diabeetikoiden hoidon keskittämistä. Diabetes ja lääkäri 4/2014, 14.

Koski, S. 2015. Diabetesbarometri 2015. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry, 16. <http://www.diabetes.fi/files/6203/barometri2015.pdf>.

Kotisaari, S., Olli, S., Rintala, T-M. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 44-75.

Kotanen, J. 2014. Potilaat prosesseissa. Prosessijohtaminen julkisessa sairaalaorganisaatiossa potilaslähtöisyyden näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen Pro gradu –tutkielma, 17-18.

Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto. Hakupäivä 25.3.2015, <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite>.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja, 10 – 78.

Käypä hoito- työryhmä Diabetes 2016. Pistettävien diabeteslääkkeiden ottaminen ja annokset. Hakupäivä 6.5.2015, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=FAE265BA9C2C8D3ECF107849CDB1B22D?id=nix00818>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta: hoitotiede. Väitöskirja, 90 – 120, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta. 30.6.2000/653. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000653>.

Lindblom-Yläne, S., Paavilainen, E., Pehkonen, L. & Ronkainen, S. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy, 42-114.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Oulun yliopistollinen sairaala. Tampere; Juvenes print, 49 – 51, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Manneri, T. 2012. Hoidon seuranta: nousee, laskee, nousee... Diabetes 7/2012. Hakupäivä 8.4.2015, http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabeteslehden_juttuarkisto/hoidon_seuranta/nousee_laskee_nousee.4891.news.

Manneri, T. 2014. Hypoglykemia on harmillinen, mutta useimmiten vaaraton. Diabetes 4/2014, 57.

Marttila, J. 2015. Meneekö koko elämä uusiksi?. Kustannus Oy Duodecim, sairaanhoitajan tietokannat.

Mikkola, L. 2000. Supportiivinen viestintä hoitotyössä: sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelu. Puheviestinnän lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto: viestintätieteiden laitos, 74.

Mustajoki, P. 2014. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 8.4.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774.

Mustajoki, P. 2015. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Lääkärikirja Duodecim.

NHS. 2014. Type 1 diabetes - Treatment. Hakupäivä 16.6.2015, <http://www.nhs.uk/Conditions/Diabetestype1/Pages/Treatment.aspx>.

Olli, S. 2008. Diabetes elämäkumppanina. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 5-125.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206-209.

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 5-9.

Riihelä, M. 2014. Matalan verensokerin eli hypoglykemian hoito. Potilasohje. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Hakupäivä 16.6.2015, <http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Sis%C3%A4taudit/Endokrinologia/210514%20Matalan%20verensokerin%20eli%20hypoglykemian%20hoito.pdf>.

Rissanen, M-A. 2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen - tyypin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, 37 – 77.

Rissanen, M-A. 2006. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen - tyypin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Diabetes ja lääkäri 4/2006, 35-36.

Saraheimo, M. 2015. Mitä diabeteksen hoito on?. Kustannus Oy Duodecim, sairaanhoitajan käsikirja.

Streng, H. (toim.) 2014. Sopeutumisvalmennus - suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Raha-automaattiyhdistys, 109.

Suomen Diabetesliitto ry. 2011. Dehko-päivät 2011: Kansallisen diabetesohjelman loppukatselmus. Abstraktikirja, 15-16.

Suvanto, P. 2006. Tavoitteena entistä terveellisempi elämä. Diabetesliitto. Hakupäivä 13.11.2015, http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabeteslehden_juttuarkisto/yleista_diabeteksesta/tavoitteena_entista_terveellisempi_elama.607.news.

Tauriainen, H. 2014. Lisäsairaudet kasvattavat kuormaa. Sairaanhoidaja 12/2014, 26-39.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Tyypin 1 diabetes ja ravitseminen. Hakupäivä 26.11.2015, <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen/ravitseminen-ja-terveys/diabetes/tyypin-1-diabetes-ja-ravitseminen>.

Valle, T. ja työryhmä. 2010. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009-2010. DEHKO-raportti 2010:5. Diabetesliitto, 9-10.

Vehmanen, M. 2013. Lisää yksilöllisyyttä HbA1c-tavoitteisiin. Diabetes 6/2013, 16.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 53-94.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 13-164.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Saatekirje kyselylomakkeen esitestaukseen osallistuville

Liite 3. Esitestauksen palautelomake

Liite 4. Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Liite 5. Toisen kyselykierroksen saatekirje

Liite 6. Taulukko aiemmista tutkimuksista

KYSELYLOMAKE DIABETEKSEEN SAIRASTUNEILLE ALOITUSVAIHEEN HOIDONOHJAUKSESTA

Palaa mielessäsi siihen hetkeen, kun sait tietää sairastavasi diabetesta.

Käy läpi **noin viikon sisällä sairauden toteamisesta** saatua ohjausta.

Kertaa mielessäsi asioita, joita sinulle **aloitusvaiheessa** ohjattiin ja arvioi sitä, millä tavalla ohjaus toteutettiin.

TAUSTATIEDOT

Vastaa ympyröimällä oikean vaihtoehdon edessä oleva numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä _____

3. Sairastumisajankohta kuukausi/vuosi ____ / _____

4. Viimeisin HbA1c-arvo _____

Aloitusohjaus käsittää sairauden toteamisvaiheesta alkavan ohjauksen. Se on kestoltaan useimmiten noin viikon mittainen ajanjakso, jonka aikana ohjataan omahoidon toteuttamisen tärkeimmät asiat, jotta arki sairauden kanssa alkaa sujua. Aloitusvaiheessa ohjattavia asioita ovat insuliinin pistäminen, verensokerin mittaaminen, hiilihydraattien arviointi sekä hypoglykemian tunnistaminen ja hoito.

5. Saitko aloitusohjauksen (noin 1 viikko sairauden toteamisesta lähtien)

1. poliklinikalla
2. vuodeosastolla

Valitkaa **ympyröimällä** se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettänne tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne paperin toiselle puolelle. Huomioikaa vastatessanne, että kyselylomake käsittelee ainoastaan **aloitusohjauksen** ajankohtaa.

Arvioi seuraavia aloitusohjauksessa esiintyviä asioita sairaanhoitajan/ diabeteshoitajan toteuttamana:

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
6. Sain riittävästi tietoa sairaudesta (sairauden puhkeaminen/ vaikutukset elimistössä)	4	3	2	1	0
7. Sain tilaisuuden kysyä kaikkea, mitä halusin tietää	4	3	2	1	0
8. Ohjaussuhteessa minun oli helppo tuoda esille tarpeitani sairauden suhteen	4	3	2	1	0
9. Minulta kysyttiin, millaista tukea tarvitsen diabeteksen omahoidon oppimiseen	4	3	2	1	0
10. Aloitusohjauksessa käytiin läpi omahoidon tavoitteet yhdessä hoitajan kanssa	4	3	2	1	0
11. Sain riittävästi aikaa keskustella sairauteen liittyvistä asioista	4	3	2	1	0
12. Sain kertausta tarpeideni mukaisesti niihin asioihin, joihin sitä tarvitsin	4	3	2	1	0
13. Annettu ohjaus oli kielellisesti ymmärrettävää	4	3	2	1	0
14. Sain tukea sairauden herättämien tunteiden käsitteelyyn	4	3	2	1	0
15. Hoitaja käytti ohjaamiseen riittävästi aikaa	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
16. Ohjaustilanteissa vallitsi hyvä ilmapiiri	4	3	2	1	0
17. Hoidonohjaus auttoi omahoidon toteuttamisessa	4	3	2	1	0
18. Ohjaus antoi mielikuvan siitä, että sairauden kanssa voi elää mielekästä arkielämää	4	3	2	1	0
19. Ohjaus oli vuorovaikutuksellista	4	3	2	1	0
20. Hoitajan vuorovaikutus oli oppimista tukevaa	4	3	2	1	0
21. Sain ohjauksessa kokemuksen siitä, että olen itse aktiivisessa roolissa sairauteni yksilöllisessä hoidossa	4	3	2	1	0
22. Sain kirjalliset ohjeet omahoidon tueksi	4	3	2	1	0
23. Kirjallinen ohje oli selkeä ja sisälsi tarpeelliset asiat	4	3	2	1	0
24. Ohjauksen avulla opin tilanteet, jolloin verensokeria tarvitsee mitata	4	3	2	1	0
25. Verensokerin mittaaminen ohjattiin näyttämällä	4	3	2	1	0
26. Insuliinin pistäminen ohjattiin näyttämällä	4	3	2	1	0
27. Sain itse harjoitella insuliinin pistämistä	4	3	2	1	0
28. Hoitaja arvioi insuliinin pistämisen sujumista ja antoi siitä palautetta	4	3	2	1	0
29. Opin ymmärtämään, miksi tarvitsen insuliinihoitoa	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
30. Opin ymmärtämään, miten ateriansuliini vaikuttaa	4	3	2	1	0
31. Opin ymmärtämään, miten pitkävaikutteinen insuliini vaikuttaa	4	3	2	1	0
32. Opin minulle määrättyjen insuliinivalmisteiden pistopaikat	4	3	2	1	0
33. Opin huomioimaan tekijät, jotka vaikuttavat insuliinin imeytymiseen (liikunta, lämpö, kylmyys, pistopaikka- ja tekniikka, valmisteiden ominaisuudet, tupakointi)	4	3	2	1	0
34. Opin huolehtimaan käsihygieniasta ennen ja jälkeen pistämistä ja verensokerin mittaamista	4	3	2	1	0
35. Ohjauksen avulla opin oikean pistotekniikan ihonalaiseen rasvakudokseen	4	3	2	1	0
36. Opin sen, että insuliinikynän neula tulisi vaihtaa jokaisen pistoksen jälkeen	4	3	2	1	0
37. Opin välttämään kovettumien syntymistä pistopaikkoja vaihtamalla	4	3	2	1	0
38. Opin sen, miten insuliinikynät tulisi säilyttää (avattuna ja avaamattomana)	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
39. Opin insuliinikynän käyttöperiaatteet	4	3	2	1	0
40. Opin sen, miten pistovälineet tulee hävittää (verensokerimittaus- ja insuliinineulat)	4	3	2	1	0
41. Opin sen, miten voin hankkia tarvittavat hoitovälineet	4	3	2	1	0
42. Opin laskemaan aterioiden sisältämiä hiilihydraattimääriä	4	3	2	1	0
43. Opin ymmärtämään ateriainsuliinin käytön periaatteet (pistämisen tärkeys ennen aterioita ja syömisen tärkeys pistämisen jälkeen)	4	3	2	1	0
44. Opin ohjauksessa ruoka-aineet, joissa on verensokeriin vaikuttavia hiilihydraatteja	4	3	2	1	0
45. Opin sen, miten kuitu vaikuttaa verensokeriin	4	3	2	1	0
46. Opin tekijät, jotka ruokailun lisäksi vaikuttavat verensokeritasoon (tulehdukset, hormonit, stressi, lääkkeet, liikunta)	4	3	2	1	0
47. Aloitusohjauksen saatua osasin arvioida verensokerimittauksen perusteella insuliinin lisäannoksen tarpeen	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
48. Opin, mitä tarkoitetaan hypoglykemiällä	4	3	2	1	0
49. Opin tunnistamaan hypoglykemian oireet	4	3	2	1	0
50. Opin ymmärtämään, että hypoglykemia voi johtaa diabeettiseen sokkiin ja tajunnan menetykseen	4	3	2	1	0
51. Minulle tuli kokemus siitä, että osaan toimia, jos verensokeri laskee liian alas	4	3	2	1	0
52. Sain tietoa siitä, että alkoholin käyttöä tulee välttää erityisesti hoidon aloitusvaiheessa	4	3	2	1	0
53. Opin omahoidon seurannassa kirjaamaan ylös aterioiden sisältämät hiilihydraattimäärät	4	3	2	1	0
54. Opin omahoidon omahoidon seurannassa kirjaamaan ylös pistetyt insuliiniannokset	4	3	2	1	0
55. Opin aloitusvaiheessa toteuttamaan tihennettyä verensokerin seurantaa (paastoVS, iltaVS, ateriaa edeltävät ja aterian jälkeiset mitaukset)	4	3	2	1	0
56. Opin oikean tavan verensokerimittausten kirjaamiseen	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
57. Olen tyytyväinen saamani aloitusohjauksen kokonaisuuteen	4	3	2	1	0
58. Olen tyytyväinen nykyiseen osaamiseeni diabteksen omahoidossa	4	3	2	1	0
59. Koen olevani sitoutunut omahoidon toteuttamiseen	4	3	2	1	0

60. Kuvaile vielä omin sanoin, miten koet saamasi aloitusohjauksen toteutuneen?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

61. Mitä toivoisit muutettavan aloitusvaiheen ohjauksessa?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

Huomioithan, että kysely jatkuu seuraavalla sivulla. Jos tarvitset lisätilaa vastatessasi avoimiin kysymyksiin, voit jatkaa vastaustasi lomakkeen kääntöpuolelle.

62. Mitä lisätarpeita ja toiveita sinulla olisi ollut ohjauksen suhteen hoidon aloitusvaiheessa?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

63. Miten yksilölliset tarpeesi ja senhetkinen elämäntilanteesi otettiin huomioon ohjausta annettaessa?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

64. Mistä antaisit kiitosta ohjausta antaneelle henkilökunnalle?

Jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Saatekirje tutkimuksen esitestaukseen osallistuville

HYVÄ DIABETESPOLIKLINIKAN TAI SISÄTAUTIEN VUODEOSASTON ASIAKAS

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta ja olemme tekemässä opinnäytetyötä vastasairastuneen diabeetikon saamasta aloitusohjauksesta. Tutkimuksemme **tarkoituksena** on kuvailla sitä, millaiseksi potilaat kokevat aloitusvaiheen ohjauksen ja mitä aloitusvaiheen ohjaus pitää sisällään. **Tavoitteenamme** on tuottaa tietoa hoitajille siitä, millaiseksi potilaat kokevat aloitusvaiheen ohjauksen sekä vertailla poliklinikalla ja vuodeosastolla toteutuvaa ohjausta. Tavoitteena on myös tuoda esille potilaiden ohjaustarpeita ja toivomuksia toteutuvan ohjauksen suhteen niin, että tietoa voidaan hyödyntää potilasohjauksen kehittämisessä. Tutkimuksemme varsinaisena kohderyhmänä ovat vuosina 2013-2015 sairastuneet nuoruus- ja aikuisikäiset diabeetikot ja pääasiallisena yhteistyökumppanimme toimii Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisen tulosalueen sisätautipoliklinikka.

Tämän esitestauksen tarkoituksena on arvioida, ovatko kysymykset **selkeitä** ja **ymmärrettäviä** sekä vastaavatko ne **tarkoitusta** ja **tavoitettamme**. Toivomme myös, että merkitsette kyselyyn vastaamiseen kuluvan ajan. Esitestauslomakkeen liitteenä on palautelomake, joka sisältää arvioitavat asiat kysymysmuodossa. Voit arvioida niitä vastaamisen lopuksi tai samalla, kun täytät kyselylomaketta.

Esitestauskyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaustenne kautta saamme parannettua lopullista kyselylomakettamme, joten mielipiteenne kysymyksistämme on meille arvokas. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä käytetä muihin tarkoituksiin.

Kiitos ajastanne ja vastauksestanne!

Ystävällisin terveisin

Silja Joensuu ja Mariella Kreivi

Oulun Ammattikorkeakoulu OY, Hoitotyön sv

ESITESTAUKSEN PALAUTELOMAKE

Arvioi seuraavia asioita kyselylomakkeesta. Voit tehdä merkintöjä kyselylomakkeelle sekä palautelomakkeen alaosaan. Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen löydät saatekirjeestä.

1. Olivatko kysymykset selkeästi rakennettuja ja helposti ymmärrettäviä? Jos eivät, mikä vaatisi kehittämistä?
2. Vastasivatko kysymykset mielestänne tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta ja jos eivät, miksi?
3. Sisälsikö kyselylomake mielestänne tarpeettomia kysymyksiä tai puuttuiko siitä jotain olennaista? Jos puutteita ja tarpeettomia asioita oli, mitkä olivat sellaisia?
4. Millaisia parannuksia voisimme tehdä kyselylomakkeeseen?
5. Oliko kyselyyn vastaamiseen kulunut aika liian pitkä ja miksi? Oliko kyselylomakkeeseen vastaaminen vaivatonta vai sisältyikö siihen haasteita ja jos sisältyi, millaisia?

Saatekirje tutkimukseen osallistuville

HYVÄ DIABETESPOLIKLINIKAN TAI SISÄTAUTIEN VUODEOSASTON ASIAKAS

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä ja teemme opinnäytetyönämme tutkimusta. Ystävällisesti pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseemme, jonka aiheena on **vastasairastuneen diabeetikon aloitusohjaus poliklinikalla ja vuodeosastolla**. Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla sitä, millaiseksi potilaat kokevat aloitusvaiheen ohjauksen ja mitä aloitusvaiheen ohjaus pitää sisällään. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa hoitajille siitä, millaiseksi Te potilaat koette aloitusvaiheen ohjauksen ja tuoda esille ohjaustarpeitanne ja toivomuksianne toteutuvan ohjauksen suhteen. Tavoitteena on tuoda tieto esille niin, että sitä voidaan hyödyntää potilasohjauksen kehittämisessä. Tutkimustulosten avulla myös vertailemme poliklinikalla ja vuodeosastolla toteutuvaa ohjausta. Tutkimuksemme kohderyhmänä ovat vuosina 2013-2015 sairastuneet nuoruus- ja aikuisikäiset diabeetikot ja pääasiallisena yhteistyökumppaninamme toimii Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisen tulosalueen sisätautipoliklinikka.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Henkilöllisyytenne ei tule ilmi missään tutkimuksemme vaiheessa, sillä vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Käsittelemme vastauksenne täysin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla ja opinnäytetyön valmistuttua hävitämme yksittäiset vastaukset asianmukaisesti. Vastauksenne voitte palauttaa mukana olleella palautuskuorella, josta postimaksu on maksettu valmiiksi. Jokainen vastaus on meille tärkeä. Jos Teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä meihin.

Kiitos ajastanne ja vastauksestanne!

Silja Joensuu

sähköpostiosoite

Oulun Ammattikorkeakoulu Oy

Hoitotyön koulutusohjelma

Mariella Kreivi

sähköpostiosoite

Oulun Ammattikorkeakoulu Oy

Hoitotyön koulutusohjelma

Saatekirje tutkimukseen osallistuville 21.12.2015

HYVÄ DIABETESPOLIKLINIKAN TAI SISÄTAUTIEN VUODEOSASTON ASIAKAS

Lähestymme Teitä uudelleen kyselyllä, joka koskee diabeteksen aloitusohjausta OYS:ssa. Tarkoituksenamme on kehittää ja parantaa diabetesasiakkaiden ohjausta ja palvelua. Siksi tarvitsemme Teidän kokemustanne ja arviotanne saamastanne palvelusta. Lisäksi esittämämme uudet ideat ja toiveet voivat luoda tai kehittää uusia toimintatapoja. Jotta kyselyn tulokset olisivat luotettavia, tarvitsemme vielä lisää vastauksia kyselyymme.

Ystävällinen pyyntömme on, että vastaisit oheiseen kyselyyn ja postittaisit sen meille mukana olevassa kirjekuoressa 20.1.2016 mennessä. Palautuskuoren postimaksu on valmiiksi maksettu. Kysely on vapaaehtoinen ja vastaajien henkilöllisyys pysyy salaisena koko prosessin ajan.

Tämä kysely ja tulosten raportointi toteutetaan Oulun Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyönä yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Raportti on valmis todennäköisesti huhtikuussa 2016.

Suuri kiitos ajastanne ja vastauksestanne! Jokainen vastaus on meille tärkeä. Jos Teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä meihin.

Sairaanhoitajaopiskelijat

Silja Joensuu

sähköpostiosoite

Oulun Ammattikorkeakoulu Oy

Hoitotyön koulutusohjelma

Mariella Kreivi

sähköpostiosoite

Oulun Ammattikorkeakoulu Oy

Hoitotyön koulutusohjelma

Tutkimuksen nimi, tekijä, vuosi ja tutkimuksen taso (esim. pro gradu-tutkielma, väitöskirja)	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimustehtävät / tutkimusongelmat	Tutkittavat Tutkimusmenetelmä	Pääasialliset tutkimustulokset
Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. ICProject tutkimushankkeen osatutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa hoitohenkilökunnan näkemyksistä potilaan yksilöllistä hoitoa edistävästä tekijöistä. Tavoitteena on tunnistaa ja kuvata tekijöitä, joiden avulla voidaan edistää yksilöllistä hoitotyötä.	Mitkä hoitajasta lähtöisin olevat tekijät edistävät potilaan yksilöllistä hoitotyötä? Mitkä potilaasta lähtöisin olevat tekijät edistävät potilaan yksilöllistä hoitotyötä?	Kohdejoukon muodostivat yhden sairaanhoitopiirin yliopistosairaalan kolmessa klinikassa, kahdessa alue-sairaalassa ja kahdessa psykiatrisessa sairaalassa ja neljässä terveyskeskuksessa toimivat hoitajat (n=923). Tutkimusmenetelmä oli laadullinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.	Hoitajalähtöisiä yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä ovat: hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, toiminta, arvoperusta, osaaminen, suhtautuminen työhön ja työtovereihin sekä oman työn organisointi. Potilaslähtöisiä tekijöitä ovat: potilaan ominaisuudet, suhtautuminen omaan terveyteensä ja sen hoitoon, toiminta, tiedot ja taidot, omaiset sekä sairaus ja sen vaihe.
Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Kääriäinen, M. 2007. Väitöskirja.	Tutkimus oli kaksivaiheinen. Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen toisen vaiheen tarkoituksena oli määrittellä ohjauksen käsite ja testata käsitteen rakenne. Ensimmäisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tietoa ohjaukseen liittyvän päätöksenteon, hoitohenkilöstön ohjaustoiminnan ja kliinisten ohjauksen käytöjen arvioinnin ja kehittämisen sekä hoitotyön opiskelijoiden ohjausvalmiuksien opetuksen tueksi. Toisen vaiheen tavoitteena on tuottaa uutta hoitotieteellistä tietoa ilman ensisijaista pyrkimystä hoitotyön käytännöllisiin tavoitteisiin ja sovelluksiin.	Millainen on ohjauksen laatu potilaiden arvioimana? Miten potilaiden taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin ja ohjauksen kokonaislaatuun? 3. Miten potilaiden taustatekijät, ohjauksen laadun osa-alueet ja kokonaislaatu selittävät yksittäisiä ohjauksen laadun osa-alueita? Miten potilaiden taustatekijät ja ohjauksen laadun osa-alueet selittävät ohjauksen kokonaislaatuun? Millainen on ohjauksen laatu hoitohenkilöstön arvioimana? Miten hoitohenkilöstön taustatekijät ovat yhteydessä ohjauksen laadun osa-alueisiin? 7. Miten hoitohenkilöstön taustatekijät ja ohjauksen laadun osa-alueet selittävät yksittäisiä ohjauksen laadun osa-alueita?	Ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerätään tätä tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla potilailta ja hoitohenkilöstöltä. Mittarit perustuvat kirjallisuuskatsauksiin vuosilta 1995–2002. Toisessa vaiheessa empiirisen aineiston analysoinnissa käytetään tilastollisia perus- ja monimuuttujamenetelmiä sekä sisällönanalyysiä. Lopuksi ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset yhdistetään loogisella päättelyllä ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi.	Hoitajien taidot ohjata olivat kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Lisäksi viidennes potilaista arvioi, ettei ohjaustoiminta ollut potilaslähtöistä. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan taustatekijöitä huomioon. Vuorovaikutus toteutui hyvin. Kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä.
Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lipponen, K. 2014.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toiminta-	Millaiset toimintaedellytykset kirurgisella hoitohenkilöstöllä on	Tutkimus koostui kolmesta osatutkimuksesta.	Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa

<p>Väitöskirja.</p>	<p>taedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksi potilasohjauksen kehittämisestä.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön yhteistyönä.</p>	<p>ohjata potilaita? Mittä tekijät ovat yhteydessä potilasohjauksen toimintaedellytyksiin kirurgisessa erikoissairaanhoidossa? Millaiset toimintaedellytykset perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöllä on ohjata potilaita? Mittä tekijät ovat yhteydessä potilasohjauksen toimintaedellytyksiin perusterveydenhuollossa? Millaisia kokemuksia hoitohenkilöstöllä on osallistumisesta potilasohjauksen kehittämistyöhön Millaisia kokemuksia osallistujilla on kehittämistyön merkityksestä, hyödyllisyydestä ja vaikutuksista sekä yhteistyön toimivuudesta?</p>	<p>Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella vuonna 2003 kirurgiselta ja vuonna 2006 perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöltä ja analysoitiin tilastollisilla perus- ja monimuuttujamenetelmillä sekä avoimien kysymysten osalta deduktiivisella sisällön analyysillä Kolmannessa osatutkimuksessa kuvailtiin hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä. Aineisto kerättiin vuonna 2007 haastattelemalla kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilöstöä ja analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä</p>	<p>ja asenteet potilasohjaukselta kohtaan olivat myönteiset. Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja tunneulottuvuuden huomioiden. Ohjausmenetelmien monipuoliseen käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Kehittämistarpeita oli myös ohjaukseen käytettävissä olevassa ajassa, välineissä ja ohjaustiloissa. Kokemukset kehittämistyöstä jakaantuivat pääluokkiin: kehittämistyön luonne ja kehittämistyön merkitys. Kehittämistyö vahvistaa ohjausosaamista, mutta vaatii osallistujilta motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta ja keskinäistä arvostusta. Kehittämissyhteistyö lisää ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä parantaa tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa</p>
<p>Diabetes elämäkumppanina – Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substansiivinen teoria. Olli, S. 2008. Akateeminen väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa diabetesta sairastavan nuoren ja hänen perheensä diabetekseen sopeutumista kuvaava substansiivinen, tilannesidonnainen teoria. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa käytännön hoitotyön nuorten ja perheiden tukemiseen ja ohjaukseen sekä interventioiden kehittämiseen. Tavoitteena oli lisäksi tuottaa sopeutumisen teoriaan uutta proaktiivista, tuen tarpeen ennakointiin perustuvaa ja tukemisen yhteisöllisyyttä korostavaa näkökulmaa.</p>	<p>Mittä käsitteet kuvaavat nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista? Miten nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaavat käsitteet ovat yhteydessä toisiinsa? Millaisen substansiivisen teorian nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaavat käsitteet muodostavat?</p>	<p>Tutkimukseen osallistui tarkoituksenmukaisuusperiaatteella valittuja Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisodiabetespoliklinikalla hoidettavana olleita 15-18 vuotiaita nuoria (n=15) ja heidän vanhempiaan (n=18). Tutkimukseen menetelmänä oli grounded teoria eli aineistolähtöinen teoria. Aineiston analyysitaipale oli grounded teorian straussilaisen sovelluksen mukainen jatkuvan vertailun menetelmä.</p>	<p>Diabeteksen, nuoren ja perheen elämäkumppanuus muodostuu erilaisten vaiheiden kautta, jotka ovat aavistaminen, kohtaaminen, tutustuminen arjen sujumisen, ristiriitojen ilmaantumisen ja tulevaisuuteen suuntautuminen. Kumppanuuden muodostumista tuetaan sekä ammatillisesti että epävirallisesti hoidon opettamisena, perheen auttamisena ja nuoren ohjaamisena. Kumppanuuden onnistumisessa on tunnistettavissa neljä erilaista kumppanuuden muotoa: integroiminen, tottuminen, irtaantuminen ja juuttuminen.</p>
<p>Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen - tyyppi 1</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyyppi 1 diabeetikoi-</p>	<p>Miten diabeteshoitajat suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat hoi-</p>	<p>Tutkimukseen osallistui Suomen jokaisesta sairaanhoito-</p>	<p>Vastasairastuneen diabeetikon hoidonohjaus toteutettiin poli-</p>

<p>diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Rissanen, M-A. 2005. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>den hoidonohjauksen nykikäytäntöjä erikoissairaanhoidon diabetespoliklinikassa diabeteshoitajien näkökulmasta.</p> <p>Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten diabeteshoitajat suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat hoidonohjausta ja mitkä tekijät diabeteshoitajien mielestä edistävät ja mitkä estävät hoidonohjauksen toteutumista.</p>	<p>donohjausta? Mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät hoidonohjauksen toteutumista?</p>	<p>piiristä, viidestä yliopistollisesta ja viidestätoista keskussairaalaista yksi diabetespoliklinikassa työskentelevä diabeteshoitaja (n = 20). Aineisto kerättiin haastattelemalla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>kliinista ohjausta useammin sisätautien vuodeosastolla. Polikliininen hoidonohjaus koettiin hyväksi ohjauksen suunnitelmallisen ja systemaattisen etenemisen kannalta. Merkittävimpänä hoidonohjausta edistävänä tekijänä pidettiin diabeteshoitajan itsenäistä asiantuntijuutta, selkeää diabeteshoitajan roolia hoidonohjaajana ja hoidonohjauksen autonomiaa. Merkittävimmät hoidonohjausta estävät tekijät olivat riittävien resurssien puute ja organisaation joustamattomat rakenteet.</p>
--	--	--	---	---