

Joonas Arvio, Olli Ahokas, Kalle Kaltiala

Diabeteshoitajien kokemuksia ja näkökulmia 2. tyypin diabeetikoiden liikuntatottumuksista ja niiden edistämisestä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK), SHS14K1A

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

27.2.2017

Tekijä(t) Otsikko	Joonas Arvio, Olli Ahokas, Kalle Kaltiala Diabeteshoitajien kokemuksia ja näkökulmia 2. tyyppin diabeetikoiden liikuntatottumuksista ja niiden edistämisestä
Sivumäärä Aika	36 sivua + 4 liitettä 27.2.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Yliopettaja, TtT Anne Nikula
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli edesauttaa diabeetikoiden liikuntaan ohjautumista Kirkkonummen alueella. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään diabeteshoitajien näkökulma diabeetikoiden heikon liikuntaan ohjautumisen ja motivoitumisen taustalla olevista syistä. Tavoitteena oli diabeteshoitajilta kerätyn aineiston perusteella lisäksi keksiä keinoja, millä diabeetikoiden motivoitumista liikunnan harrastamiseen saataisiin lisättyä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisin menetelmin, käyttäen teemahaastattelua. 2. tyyppin diabetes on yleinen ja lisääntyvä tauti työikäisten ihmisten parissa, jonka vuoksi opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä.</p> <p>Opinnäytetyötä varten haastateltiin kolmea Kirkkonummen kunnan alueella työskentelevää diabeteshoitajaa eri terveyskeskuksista. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastatteluissa käytettiin runkona kolmea isompaa teemaa: käynti diabeteshoitajalla, diabetes ja liikuntaan ohjaaminen, sekä yhteistyö diabeteksen hoidosta vastaavien ammattihenkilöiden välillä. Teemojen pohjalta muodostettiin pienempiä apukysymyksiä haastattelun rungoksi. Opinnäytetyötä varten tausta-aineistoa kerättiin pääosin hoitotieteellisiä julkaisuja sisältävistä CINAHL ja PubMed- tietokannoista, verkkodokumentteja suomalaisista terveystietokannoista sekä hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Opinnäytetyön tutkimustulokset perustuvat teemahaastattelulla kerättyyn aineistoon. Haastattelut litteroitiin ja aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Opinnäytetyö on tarkoitettu diabeteshoitajien, Kirkkonummen liikuntatoimen, terveyskeskuksen muun henkilökunnan sekä aiheesta kiinnostuneiden opiskelijoiden tueksi. Tuloksista voitiin todeta, että diabeteshoitajien vastaanottoajat ovat liian lyhyitä, vastaanottokäyntien välit ovat liian pitkiä ja yhteistyö diabeetikoiden hoitoon osallistuvien eri tahojen kanssa on puutteellista. Lisäksi 2. tyyppin diabeetikoiden liikuntaan ohjaaminen näyttäytyy hankalana ja aikaa vievänä.</p> <p>Tutkimuksesta saatuja tuloksia ja kehitysajatuksia on mahdollista hyödyntää osana diabeetikoiden hoidon kehitystä terveyskeskuksissa, sairaaloissa, eri järjestöissä ja yhdistyksissä.</p>	
Avainsanat	2. Tyyppin diabetes, Diabetes, Liikunta, Motivaatio, Ravitsemus

Author(s) Title	Joonas Arvio, Olli Ahokas, Kalle Kaltiala Diabetes nurses' perspectives on exercise habits of type 2. diabetics and on ways to improve them
Number of Pages Date	36 pages + 4 appendices 27 February 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Anne Nikula, Principal Lecturer, PhD
<p>The purpose of the thesis was to find ways to support type 2 diabetics to increase their daily physical activity levels in Kirkkonummi area. The more specific goal was to find out the underlying reasons to why so many type 2 diabetics fail to follow the exercise guidelines. The aim was also to come up with new ways in which the type 2 diabetics could be motivated to move more. The study was based on the perspective of the diabetes nurses working daily with type 2 diabetics and was carried out using qualitative methods and theme interview. The topic of the thesis is very important, because type 2 diabetes is a common and growing disease in the working-age population.</p> <p>Three diabetes nurses working in the Kirkkonummi area were interviewed for the study. Three themes were used as a framework in the interviews. These themes were: visiting a diabetes nurse, diabetes and exercise guidance and cooperation among health care professionals treating type 2 diabetics. The questions in the interviews were based on above-mentioned themes.</p> <p>The theoretical framework was collected using mainly healthcare databases such as CINAHL and PubMed. In addition, healthcare literature was used. Thesis research results were based on the theme interviews. The interviews were transcribed and the data was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>This thesis is intended to support the work of diabetes nurses, Kirkkonummi health center staff and the physical education instructors. In addition, it is meant for any student interested in the topic. The results of the study showed that the diabetes nurses' appointments are too short and infrequent. In addition, the results showed that cooperation among health care professionals treating type 2 diabetics is insufficient. The results are discussed in greater detail in the thesis.</p> <p>The results and development ideas of this study can be used to improve the diabetes treatment guidelines in healthcare clinics, hospitals and various organizations and associations.</p>	
Keywords	Type 2 Diabetes, Diabetes, Exercise, Motivation, Nutrition

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	3
	Opinnäytetyön tarkoitus	3
	Opinnäytetyön tavoitteet	3
3	Kirkkonummi	4
4	Diabetes	5
	4.1 Diabeteshoitajan toimenkuva	5
	4.2 Liikuntasuositukset diabeetikolle	9
	4.3 Liikunnan merkitys 2. tyyppin diabeteksen hoidossa	10
	4.4 Liikuntaan motivoiminen	11
	4.5 Ravitseminen ja diabetes	12
5	Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät	15
	5.1 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi	15
	5.2 Teemahaastattelu	16
	5.3 Aineistonkeruu	16
	5.4 Aineiston analysointi	18
6	Tulokset	19
	6.1 Diabeteshoitajien toteuttama ohjaus	19
	6.2 Diabeetikon liikuntaan vaikuttavia tekijöitä	21
	6.3 Diabeteshoitajien kokemat haasteet liikuntaohjauksessa	22
	6.4 Diabeetikon hoitoon osallistuvat tahot	24
	6.5 Diabeetikon hoidon kehittäminen	25
7	Pohdinta	27
	7.1 Luotettavuus ja eettisyys	27
	7.2 Tulosten tarkastelu	29
	7.3 Tulosten hyödynnettävyys	30
	Lähteet	32
	Liitteet	

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1 Johdanto

Teemme opinnäytetyömme yhdessä Kirkkonummen terveyskeskuksen kanssa ja opinnäytetyön toteutuksessa käytämme laadullisia menetelmiä. Opinnäytetyömme linkittyy Kirkkonummen terveyskeskuksen yhteen tärkeimmistä kehittämiskohteista: Omahoitolomakkeeseen. Omahoitolomake on jo osittain tällä hetkellä käytössä Kirkkonummen terveyskeskuksella, mutta tämän kehittäminen ja laajentaminen käytännön työhön on vielä vaiheessa.

Kirkkonummen terveyskeskuksen ylilääkäri Kristiina Patjan mukaan yksi merkittävä ongelmakeha diabeetikoiden hoidossa on diabeetikoiden puutteellinen liikuntaan ohjautuminen. Pyrimmekin opinnäytetyömme avulla kehittämään ratkaisumallin, joka edistäisi diabeetikoiden liikuntaan ohjautumista. Diabeetikoiden liikuntaan ohjautumisen parantamisella parannettaisiin merkittävästi etenkin 2. tyypin diabetesta sairastavien hoitotasapainoa, elämänlaatua, sekä kohennettaisiin kaikkia metabolisen oireyhtymän osatekijöitä (Diabetestietoa 2016). Liikunnan lisäämisellä vähennettäisiin myös merkittävästi mahdollisia ja todennäköisiä hoitokustannuksia. Kirkkonummen kunnalla ei ole tällä hetkellä toimivaa hoitomallia, jolla tukea riskiryhmässä olevien potilaiden liikunnan lisäämistä.

2. tyypin diabeetikoita on Suomessa tiedossa noin 250 000. Lisäksi on arveltu, että noin 150 000 ihmistä sairastaa diabetesta tietämättään. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2007 diabeteksenhoidon kustannukset olivat noin 1300 euroa henkilöä kohden vuodessa ilman lisäsairauksia. Lisäsairauksien kanssa kustannukset nousivat noin 5700 euroon henkilöä kohden vuodessa. (Diabeteksen kustannukset 2014.) Käypä hoito-suosituksen mukaan diabeteksen hoitokustannukset ovat noin 15 prosenttia Suomen terveydenhuollon menoista. Ennusteen mukaan diabetekseen sairastuneiden määrä voi kaksinkertaistua seuraavien 10 - 15 vuoden aikana. (Käypä hoito-suositus diabetes 2016.)

2. tyypin diabetes johtuu pohjimmiltaan haiman tuottaman insuliinin riittämättömyydestä. Haima voi olla kykenemätön tuottamaan insuliinia tai tuotetun insuliinin määrä voi olla tarpeeseen nähden riittämätöntä. (Diabetestietoa 2016). Diabetekseen voi liittyä myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintymistä (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha, Sane 2015: 9).

Diabetes todetaan, kun henkilöllä ilmenee diabeteksen oireita, kuten lisääntynyt virtsaeritys, jano, väsymys, tahaton laihtuminen, sekä plasman sokeripitoisuuden kohoaminen (Ilanne-Parikka: 13 - 14). 2. tyypin diabeetikot ovat usein ylipainoisia ja heillä voi ilmetä myös muita metabolisen oireyhtymän oireita, kuten kohonnutta verenpainetta tai rasva-ainevaihdunnan häiriöitä (Käypä hoito-suositus diabetes 2016). Diabetekseen sairastutaan useimmiten yli 40 – vuotiaana, mutta sen on huomattu lisääntyvän nuoremmassa ikäryhmissä nopeasti ympäri maailmaa. Jos molemmilla vanhemmilla on 2. tyypin diabetes, lapsen riski sairastua 2. tyypin diabetekseen on noin 70 %. Jos vain toinen vanhempi sairastaa diabetesta, on riski lapsella sairastua diabetekseen noin 40 %. (Diabetestietoa 2016.)

Olemme olleet muutamassa tapaamisessa Kirkkonummella opinnäytetyön yhdyshenkilöiden kanssa. Yksi ryhmämme jäsenistä oli tapaamassa ylilääkäri Kristiina Patjaa ja liikuntatoimen työntekijöitä. Tapaamisessa keskustelimme ongelman ydinkohdista ja kehitteillä olevasta omahoitolomakkeesta, joka on Kirkkonummen terveystieteiden keskuksen yksi tärkeimmistä kehityskohteista. Toisessa tapaamisessa olimme koko opinnäytetyöryhmänä paikalla tapaamassa Kirkkonummen liikuntatoimen työntekijä Päivi Sorvaria. Kyseisessä tapaamisessa saimme hyvää tarkentavaa tietoa opinnäytetyön tavoitteista ja toiveista Kirkkonummen osalta.

Kirkkonummen terveystieteiden keskuksen tavoitteena ja toiveena on kehittää diabeetikoiden hoitopolkua, jolla diabeetikon ohjautumista diabeteshoitajan vastaanotolta liikuntaneuvojan vastaanotolle voitaisi edistää. Liikuntaneuvojan kaltaisen ammattihenkilön apu voi olla monelle vähemmän liikuntaa harrastavalle henkilölle hyvinkin hyödyllistä erityisesti uusia ja erilaisia lajeja kokeiltaessa. Tällä voidaan muun muassa minimoida tapaturmariskejä ja tätä kautta mahdollistaa liikunnan kautta syntyvät onnistumisen kokemukset. (Nupponen 2005: 216–228).

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena on pyrkiä parantamaan 2. tyypin diabeetikoiden liikuntaan ohjautumista Kirkkonummen alueella. Opinnäytetyössämme keskitymme siis ainoastaan 2. tyypin diabetekseen. Tällä tavoin on mahdollista parantaa merkittävästi diabeetikoiden terveyttä edistämällä terveellisempiä elämäntapoja. Opinnäytetyömme tuloksilla pyrimme edistämään diabeteshoitajien käytännön työssä tapahtuvaa liikuntaan ohjausta, muodostamaan kehitysideoita Kirkkonummen terveyskeskuksen ja liikuntatoimen välille, sekä kehittämään diabeteshoitajien antamaa motivaatio-ohjausta. Opinnäytetyössämme keskitymme tarkastelemaan erityisesti liikunnan merkitystä diabeteksen hoidossa ja paremman hoitotasapainon saavuttamista.

Opinnäytetyön tavoitteet

Tavoitteenamme on tarkastella ja löytää ongelma- ja kehittämiskohteita diabeteshoitajan näkökulmasta diabeetikoiden liikuntaan ohjautumisessa. On tärkeää tietää miksi diabetesta sairastavien potilaiden liikunnan toteutuminen on hankalaa, jotta kyseistä aihetta voitaisiin kehittää. Lisäksi tavoitteenamme on luoda diabeteshoitajille uusia näkökulmia liikuntaan ohjautumiseen.

Tutkimuskysymykset

1. Milloin diabeteshoitaja kokee onnistuvansa 2. tyypin diabeetikon ohjauksessa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat diabeetikon liikuntatottumuksiin?
3. Minkälaisia haasteita diabeteshoitaja kokee työssään ajatellen potilaiden ohjaamista ja motivoimista liikuntaan?
4. Miten diabeteshoitaja voisi edistää potilaiden liikunnan määrän lisäämistä ja parantaa liikuntaan motivoitumista?

5. Miten yhteistyö ilmenee eri tahojen välillä diabeetikoiden liikuntaan ohjauksessa Kirkkonummen alueella?

3 Kirkkonummi

Kirkkonummi sijaitsee Länsi-Uudellamaalla. Kirkkonummella on yhteensä kolme terveyskeskusta: keskustassa, Masalassa ja Veikkolassa. Päivystyspalveluista vastaa Jorvin sairaala kello 20 - 08 välillä. Kirkkonummella on asukkaita noin 38 000, joista noin 2000 henkilöllä on diagnosoitu 2. tyypin diabetes.

Kirkkonummen terveyskeskus tarjoaa perusterveydenhuollon vastaanottoa Kirkkonummen kunnan asukkaille kaikilla terveysasemilla. Jokaiselle kirkkonummelaiselle on nimetty omalääkäri. Omalääkäritoiminnalla pystytään luomaan kestävä ja toimiva hoitosuhde lääkärin ja potilaan välille. Tällä tavoin voidaan myös edistää hoidon laatua, kun lääkäri tuntee potilaan paremmin ja pystyy huomioimaan potilaan hoitohistorian osana hoidon suunnittelua. Terveysasemilla työskentelee yleislääkäreitä, sekä yleislääketieteen erikoislääkäreitä (Kirkkonummi 2016.)

Sairaanhoitajan vastaanotolla on mahdollista saada ohjausta ja neuvontaa yksilölliset tarpeet huomioiden. Vastaanotolla toteutetaan lääkehoitoa, haavanhoitoa, poistetaan ompeleita, sekä annetaan erilaisia pistoksia tarpeen mukaan. Sairaanhoitajan vastaanotolla on mahdollista myös saada lyhyitä sairaspöytäkirjoja, sekä eri rokotteita. Sairaanhoitajat toimivat tiiviissä yhteistyössä omalääkäreiden kanssa (Kirkkonummi 2016.) Terveyskeskuksen osana toimii myös terveysneuvonta puhelinalvelu, josta saa apua ja neuvontaa ympäri vuorokauden erilaisissa terveysasioissa, sairauksien hoito-ohjeissa, sekä tietoa eri terveyspalveluista. Puhelinalvelussa vastaa koulutetut terveydenhuoltoalan ammattilaiset. (Kirkkonummi 2016.)

Kirkkonummi tarjoaa hyvät liikuntamahdollisuudet. Siellä on useita uimarantoja meren, sekä järvien rannoilla. Vesistöt mahdollistavat esimerkiksi melonnan, kalastuksen, sukelluksen sekä luonnonmukaisen kuntoilun ja suunnistuksen. Alueella on myös hyvät mahdollisuudet harrastaa hiihtoa ja pyöräilyä. Lisäksi Kirkkonummella on jäähalli, uimahalli, sekä laskettelukeskus (Kirkkonummi 2016).

4 Diabetes

4.1 Diabeteshoitajan toimenkuva

Diabeteshoitajan työnkuva on laaja kokonaisuus ja siihen kuuluu sekä 1. tyypin- ja 2. tyypin diabeetikoiden hoidon ohjaus, sekä omahoidon seuranta. Pääasiallisena tavoitteena diabeteksen hoidossa on pyrkiä saavuttamaan ja ylläpitämään hyvä hoitotase-paino muun muassa verensokerin, verenpaineen ja kolesteroliarvojen osalta. Edellä mainittujen osa-alueiden hoidossa diabeteshoitaja toimii ohjaajana potilaalle. Hyvä hoito vaatii aina hyvän vuorovaikutussuhteen hoitajan ja diabetesta sairastavan välillä. Hyvä hoitoon sitoutuminen on aktiivista ja vapaaehtoista vastuun ottamista omasta terveydestä yhteistyössä diabeteshoitajan kanssa. Sitoutumiseen vaikuttavat arvot, asenteet, hoitomotivaatio ja itsekuri. Diabetekseen sopeutuminen ja hoitoon sitoutuminen on iso prosessi ja se jatkuu koko elämän ajan (Kyngäs, Helvi. 1993: 3-12).

Potilaan vastaanottokäynnillä käsitellään monia eri asioita esimerkiksi lääkehoidon aloitusta tai sen tehostamisen tarvetta, itsehoidon toteutusta, omaseurannan toteutusta, sekä kannustetaan potilasta painonhallinnassa. Myös muut elintapoihin liittyvät tekijät, kuten tupakointi, alkoholin sekä muiden päihteiden käyttö otetaan huomioon ja niistä keskustellaan. Potilas punnitaan säännöllisesti ja vyötärön ympärystä seurataan. Potilasta informoidaan oikeaoppisen ja terveellisen ruokavalion hyödyistä osana diabeteksen hoitoa. Diabeteshoitajan toimenkuvaan kuuluu lisäksi opastaa potilasta käyttämään eri hoitovälineitä (Terveystalo 2016).

Diabeteksen hoito edellyttää usein pysyviä elämäntapamuutoksia. Diabeetikon tulee ymmärtää, miksi muutokset ovat tarpeen ja miten hän yksilönä niistä hyötyy. Diabeetikolla tulee olla elintapojen muutoksiin tarvittavaa tietoa ja taitoa, ja niitä hän saa diabeteshoitajan vastaanotolta (Diabeteshoitajan opas. 1995: 8). Diabeteshoitajan toimenkuvaan kuuluu myös pitää huoli siitä, että kaikki potilaan hoitoon liittyvä, kuten lääkitys ja reseptit on kunnossa ja ajan tasalla. Diabeteshoitaja myös varmistaa potilaan osaavan itse mitata verensokerinsa ja verenpaineensa ja huolehtii, että potilas käy tarvittavissa munuaiskontroleissa ja silmäpohjankuvauksissa (Terveystalo 2016). Hoidonohjaus toteutuu

parhaiten pitkäaikaisessa hoitosuhteessa, jonka pääpiirteitä ovat vastavuoroisuus, avoimuus, sekä luottamus.

Olosuhteet ja sosiaaliset paineet voivat ohjata myös potilasta. Omahaan motivoituminen riippuu siitä, kuinka paljon diabeetikko antaa näiden asioiden ohjata häntä. Kuusinen (1994) erottaa neljä itsehoito-orientaatiota: autonomisen, ulkoa-ohjautuvan, autonomiaa puolustavan, sekä horjuvan. Autonominen itsehoito-orientaation omaava henkilö haluaa huolehtia hyvinvoinnistaan itse, eivätkä ulkoiset tekijät vaikuta hänen toimintaansa. Autonomisen itsehoito-orientaation omaava sietää hyvin epäonnistumisen tunteita. Ulkoa-ohjautuva on riippuvainen ulkoisista tekijöistä, sekä muiden mielipiteistä. Ulkoa-ohjautuva ei hoida itseään itsensä vuoksi, vaan lääkärin tai hoitajan hyväksynnän vuoksi. Autonomiaa puolustava henkilö sen sijaan on tarkka itsemääräämisoikeuksistaan. Tällainen henkilö ei huomioi ohjeita tai vastustaa niitä kapinoimalla. Horjuvan itsehoito-orientaation omaavalla henkilöllä on usein heikko itsetunto ja hän potee syyllisyyttä epäonnistumisistaan. Lisäsairauksien pelko tai hypoglykemiaan joutuminen lisäävät henkilön pelkoa ja motivoivat häntä hyvään ja kaavamaiseen hoitoon. Poikkeukset esimerkiksi ruokavaliossa johtavat usein repsahdukseen (Diabeteshoitajan opas. 1995: 6-82).

Hyvän ohjauksen tulee olla jatkuvaa ja se tulee dokumentoida oikein potilastietojärjestelmään. Jos potilas menee välillä toisen diabeteshoitajan ohjaukseen, tulee häntä raportoida riittävästi suullisesti (Diabeteshoitajan opas. 1995: 9). Potilaan hoidonohjaus tehdään vähintään diabeteshoitajan ja lääkärin yhteistyönä. Muiden ammattiryhmien liittyminen hoitoon on tapauskohtaista. Kirkkonummella pääosa diabeetikon liikuntaan ohjautumisesta tapahtuu itsenäisesti. Kirkkonummella toimii liikuntatoimi, jonka palveluihin diabeetikot voivat osallistua omatoimisesti. Suurimman osan diabeetikon elämäntapavaliinnoista diabeetikko tekee itse ja diabeteshoitaja toimii vain konsulttina, jonka tehtävänä on antaa diabeetikolle tukea ja parhaat mahdolliset valmiudet viisaiden valintojen tekemiseen. Liikunnanohjaaja auttaa erilaisten sairauksien liikunnallisessa hoidossa ja sopivan liikuntamuodon valitsemisessa, sekä lisää motivaatiota hoitaa sairautta liikunnan avulla. Palvelu Kirkkonummen kunnan asukkaille on maksuton, joten kunnan asukkaat voivat helposti ottaa yhteyttä saaden neuvoja liikkumisen tueksi. Diabeteshoitaja voi vastaanotolla antaa liikuntaneuvojan puhelinnumeron, joka tarkemmin ohjaa ja neuvoo liikunnasta (Diabeteshoitajan opas. 1995: 6-82).

Diabeteshoitaja voi toteuttaa ohjaukseen käyttämällä erilaisia tyylejä, jotka määräytyvät potilaskohtaisesti. Lapsen ohjauksessa tulee ottaa huomioon ikä ja kehitysvaihe. Ohjauksessa huomioidaan mitä lapsen tulee oppia, ja osata, sekä mitä vanhempien tehtäviin puolestaan kuuluu. Ohjauksen tulee tukea lapsen itseluottamusta ja tuottaa hänelle onnistumisen kokemuksia. Aikuisen ohjauksessa puolestaan henkilö omaksuu uutta tietoa liittämällä sen aikaisemmin opittuun, muokkaamalla sitä ja tuottamalla uudesta ja vanhasta tiedosta synteesisin. Ohjauksessa tuleekin ensin ottaa puheeksi, mitä diabeetikko jo tietää sairaudestaan ja sen jälkeen antaa uutta tietoa potilaalle ja rakentaa hoito sen varaan (Diabeteshoitajan opas. 1995: 11–12). Ihmiset oppivat asioita eri tavalla, siksi diabeteshoitajan on tärkeää tunnistaa, mikä on paras metodi tietyille henkilöille oppimisen kannalta. Osa ihmisistä näkee kokonaisuuden ja osaa sitä kautta soveltaa tietoa käytännössä, kun taas osa keskittyy yksityiskohtiin ja rakentaa niiden pohjalta kokonaiskuvan. Osa diabeetikoista pyrkii syvälliseen ymmärtämiseen ja etsii itse omaehtoisesti tietoa sairaudestaan ja osa tyytyy muistamaan ohjatut asiat, miettimättä sen suuremmin seurauksia. Osa henkilöistä taas ei ota minkäänlaista kontaktia, eikä ole sitoutunut diabeteksen hoitoon tai parantamaan elämäntapojaan.

Alkuvaiheen ohjauksen tavoitteena on, että diabeetikko ymmärtää ja sisäistää, miksi hänen verensokeriarvot ovat koholla ja miksi hänen virtsan seassa on glukoosia. 2. tyyppin diabeetikon tulee ymmärtää, miksi hän tarvitsee hoitoa, vaikka hänellä ei oireita olisi-kaan. Alkuvaiheessa tulee myös painottaa sitä, ettei elämä lopu siihen, vaikka potilaalla on diabetes. Jatko-ohjauksessa tavoitteena on, että mitä itse sairaus tekee hänelle ja hänen elimistölleen. Potilaan tulee myös ymmärtää ja sisäistää jokapäiväinen hoito ja elintapojen muutokset. Jatko-ohjauksessa on tärkeää myös motivoida potilasta siihen, että hänelle syntyisi tunne ja halu vaikuttaa omaan sairauteensa. Ohjauksessa tulee myös selvittää potilaalle, mitä eroa on 1. tyyppin ja 2. tyyppin diabeteksella (Diabeteshoitajan opas. 1995: 6-82).

Diabeteshoitajan ohjauksessa on tärkeää, että diabeetikko ymmärtää omaseurannan tarkoituksen, osaa arvioida sitä, osaa huoltaa verensokerimittausvälineitä, sekä hallitsee niiden käytön. Keskustelussa voi tuoda esiin hyödyllisiä tapoja, esimerkiksi ruokapäiväkirjan pitäminen. Ohjauksessa tulee selvittää, mitä ruokaa potilas voi syödä, kuinka paljon hän tarvitsee energiaa ja kuinka paljon hän tarvitsee proteiinia, hiilihydraatteja ja rasvoja suhteessa toisiinsa. Ohjauksessa neuvotellaan potilaan kanssa, mitä kannattaa

muuttaa ja mihin hän valmis sitoutumaan, esimerkiksi ylipainoisen henkilön energiansaannin pienentäminen, liiallinen herkuttelu ja ateriakoon pienentäminen. Ohjauksessa opetetaan diabeetikko pistämään insuliinia oikein, jos insuliinihoito on tarpeen.

Potilaan tulee ymmärtää ja sisäistää miten insuliinikynää käytetään, mistä saa lisää tarvikkeita, kuinka pistetään oikein, sekä tietää pistopaikat. Potilaan tulee myös tietää, mitä insuliini on ja miten se vaikuttaa elimistöön. Diabeteshoitaja neuvoo insuliinin merkityksen ravinnon ja liikunnan yhteiskäytössä. Jos potilas tarvitsee suun kautta otettavan lääkkeen, häntä neuvotaan toteuttamaan lääkehoitoaan turvallisesti, sekä että hän tuntee tablettien vaikutustavan, ymmärtää miksi niitä otetaan ja tietää eron tabletti ja insuliinihoidon välillä (Diabeteshoitajan opas. 1995: 6-82).

Diabeteshoitajan toimenkuvaan kuuluu myös ohjata ja neuvoa potilasta liikunnan pariin. Tärkeää on, että potilas ymmärtää miten liikunta vaikuttaa hänen verensokeritasapainoonsa ja miten se vaikuttaa ravinnon ja insuliinin tarpeeseen. Diabeetikon tulee ymmärtää ja osata säädellä ruokailua ja insuliiniannoksia liikunnan määrän mukaan. Ohjauksessa on hyvä selvittää diabeetikon liikuntaharrastukset, sekä mieltymykset ja miten hyötyliikuntaa voisi käyttää hyödyksi. Ohjauksessa on hyvä myös tulla ilmi, minkälaisia ovat alhaisen verensokerin eli hypoglykemian oireet, mistä se johtuu, sekä miten sitä ehkäistään (Diabeteshoitajan opas. 1995: 6-82).

Neuropaattiset jalkaongelmat ovat todella suuri uhka diabeetikolle ja niitä saattaa kehittyä jo varhaisessa vaiheessa jopa huomaamattomasti. (Terveyskirjasto 2016).

Hoidonohjauksessa on tärkeää, että potilas ymmärtää jalkojenhoidon tärkeyden ja hyvien kenkien merkityksen. Diabeetikon tulee pitää jalat hyvässä kunnossa, ehkäistä jalkoihin kohdistuvia vaurioita, sekä tarkkailla jalkojensa kuntoa. Diabeteshoitajan vastaanotolla on hyvä tarkastaa aina jalat ja verrata niitä edelliseen käyntiin. Diabeetikolla olisi hyvä olla mukana omainen tai lapset mukana ohjauksessa ainakin välillä, jotta omaiset voivat osallistua hoitoon. Tällöin omaiset saavat realistisen kuvan sairaudesta, ei tule ennakkokäsityksiä ja väärinymmärryksiä. Tavoitteena on, että myös omaiset tietävät, miten diabetes vaikuttaa jokapäiväiseen elämään. Jos diabetesta sairastava on nainen, joka suunnittelee raskaaksi tulemista, tulee diabeteshoitajan perehtyä diabeetikon ja hänen kumppaninsa tietoihin ja asenteisiin. Tällöin tulee keskustella diabeteksen ja raskauden välisistä vaikutuksista, sekä hoitotasapainon vaikutuksesta sikiöön. Ohjauksessa potilaalle kerrotaan aina myös, mitä korvauksia hänen on mahdollista saada ja hakea. Potilaalle kerrotaan vertaistukiryhmistä, diabetesyhdistyksistä, sekä Diabetesliiton toiminnasta ja jäsenyyden hakemisesta. (Diabeteshoitajan opas. 1995: 20–62).

4.2 Liikuntasuositukset diabeetikolle

Tutkimusten mukaan kohtuukuormitteinen liikunta jota harrastetaan puoli tuntia päivässä, ehkäisee diabeteksen ilmaantumista. Neljä tuntia tai enemmän liikuntaa viikossa antaa hyvän suojan korkean riskin henkilöille 2. tyypin diabetekselta (Laaksonen 2005: 158–165). Varsin vähäisellä liikuntamäärällä voikin vaikuttaa mahdolliseen 2. tyypin diabeteksen puhkeamiseen. Suomalaista vain alle viidesosa liikkuu tämän verran (n.19 %) (Helakorpi 2008:150.) Lukuna tämä on varsin hälyttävä, sillä pelkästään liikunnalla edellä mainittujen tutkimusten mukaan voitaisiin ehkäistä diabeteksen ilmaantumista. Liikunnalla pyritään vähentämään painoa tai sen kertymistä. Käypähoito-suositus suosittelee kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa (noin 40 - 60 % maksimaalisesta hapenkulutuksesta) vähintään 210 minuuttia viikossa. Sen tulee sisältää vähintään 150 minuuttia kohtuukuormittavaa kestävyysliikuntaa ja kohtuukuormitteista lihasvoimaharjoittelua vähintään kaksi kertaa viikossa. Diabeetikoille sopivia liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, uinti, pyöräily ja lihasvoimaharjoitteet. Liikunta pienentää glukoosipitoisuutta aterian jälkeen, mutta liikunta vaikuttaa vähäisesti paastoglukoosiin. (Käypä hoito-suositus liikunta 2016). Lisäämällä liikuntaohjelman diabeetikon ruokavalion yhteyteen, on todettu olevan edistävää vaikutus potilaan elämänlaatuun (Snel 2012: 143–149.) Kroonisia sairauksia sairastavat potilaat, jotka ovat saaneet riittävän informaation ja opetuksen sairaudestaan ja terveydentilastaan on todettu, että heillä on parempi elämänlaatu sekä fyysinen aktiivisuustaso. Suunnitellulla harjoitteluohjelmalla ja ottamalla fyysisen aktiivisuuden osaksi elämäntapoja voidaan parantaa 2. tyypin diabetesta sairastavien elämänlaatua. (Çolak 2015: 142–147). UKK-instituutin kehittämällä liikuntapiirakalla kootaan tuoreimmat liikuntasuositukset kuvalliseen muotoon (Kuvio 1).



Kuvio 1. Liikuntapiirakka, Terveysliikunnan suositus 18 - 64-vuotiaille. (Ukk-instituutti 2016.)

4.3 Liikunnan merkitys 2. tyypin diabeteksen hoidossa

Terveellisillä elämäntavoilla, kuten riittävällä liikunnan määrällä voidaan ehkäistä useita sairauksia, kuten tuki- ja liikuntaelinsairauksia, sydän ja verisuonisairauksia, mielenterveysongelmia, sekä 2. tyypin diabetesta (Haskell 2007:1081-1093.) Liikunnalla onkin keskeinen osa erilaisten sairauksien ehkäisyssä. Liikunnalla on merkittävä vaikutus elimistön toiminnalle. Liikunta ylläpitää lihasmassaa, vähentää vatsaontelon sisäistä rasvaa, pienentää kohonnutta verenpainetta, ylläpitää tuki- ja liikuntaelimistön toimintaa. Liikunta auttaa myös glukoositasapainoon, joka on merkittävässä osassa diabeteksen hoidossa. (Vuori 2015: 98 - 100.) Glukoositasapainon pitäminen hyvällä hoitotasolla hidastaa komplikaatioiden ilmenemistä. Vähäinen liikunta vapaa-ajalla altistaa diabeteksen puhkeamiselle, mutta jo kävely ehkäisee sitä. Työmatkaliikunta ja fyysisesti kuormittava työ vähentävät sairastavuutta diabetekseen. Fyysinen aktiivisuus vähensi sekä kokonais- että verenkiertosairauskuolleisuutta 2. tyypin diabeteksessa. Liikunnan vaikutus insuliiniherkkyyteen on lyhytkestoista, joten aktiivisuus tulisi olla päivittäistä ja tehon vähintäänkin kohtalaista. Liikunta tulisi sisältää kestävyyskuntoa ja lihasvoimaa kehittäviä osia. Kestävyystyyppisen liikunnan avulla voidaan lisätä hiussuonistoa lihaksissa sekä lisätä kuljetusproteiinien määrää, joka johtaa parempaan insuliiniherkkyyteen. (Fogelholm 2011: 127 - 129.)

4.4 Liikuntaan motivoiminen

Perusajatuksena motivaatiossa on, että yksilöllä on tarve ja halu tehdä jotakin. Kaikki toiminta, mitä ihminen tekee, liittyy jollain tavalla motivaatioon. Motivaatiota ilmenee eri muodoissa ja on tärkeää ymmärtää sen eri muodot, jotta on mahdollista saada kokonaiskuva motivaatiosta ja motivoitumisesta. Motivaatioteorioiden, motivaation ja motiivien tarkastelussa etsitään syitä yksilön toiminnalle ja käyttäytymiselle (Roberts 1992: 3-6). Sisäsyntyiseen motivaatioon liittyy se, että liikunta itsessään on motivoivaa, kun taas ulkosyntyinen motivaatio perustuu palkkioon tai saatuun sanktioon (Ryan & Deci 2000.) Diabeteksen ollessa elinikäinen sairaus, tulisi liikunnan hyvän hoitotasapainon kannalta olla sisäisesti motivoivaa. Liikunnasta saatu hyöty ei niin sanotusti varastoidu, joten liikkuminen tulisi olla säännöllistä läpi elämän.

Motivaatiota ei voida yleistää, vaan se on monimutkainen asia ja ilmenee yksilöillä eri tavalla. Motivaatio on usein sosiaalinen ilmiö eli muiden ihmisten päätökset vaikuttavat toisen ihmisen motivaatioon. Ympäristö vaikuttaa myös eri tavalla ihmisten motivaatioon (Vallerand 2001: 267-268).

Motivaatioon vaikuttavat yksilölliset vaihtelut, joita ovat esimerkiksi liikkujan ikä, sukupuoli, aiemmat kokemukset liikunnasta. Vaikeat elämäntilanteiden muutokset, kuten läheisen kuolema, avioero, tai työelämän muutokset ovat riski liikunnan vähenemiselle (Zacheus 2003: 5-6). Sosiaalinen tuki on yksi merkittävä osatekijä liikuntaan motivoimista. Sillä voidaan edistää ja mahdollistaa liikuntaan osallistumista. Sosiaaliseen tukeen liittyy neuvomista, yhdessä liikkumista, kannustamista, ja tukea stressaavissa elämäntilanteissa (Boutin-Foster 2005: 22-29).

Liikkumisen motivaatio perustuu kolmeen erilliseen osaan: Kiinnostus liikuntaa kohtaan, mielihyvämistot, ja liikuntahistoria. Jotta henkilö ryhtyisi ja motivoituisi liikkumaan tulisi hänen olla kiinnostunut liikunnasta omaehtoisesti. Henkilö voi olla liikkunut nuoruudessa ja sen jälkeen liikunta on vähentynyt, mutta muistijälki voi saada henkilön liikkumaan uudestaan myöhemmin ja muistamaan liikunnan hyvät vaikutukset. Hyvät muistot liikunnasta voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia (Heinonen 2007). Liikunnasta saatu käsitys itsestä liikkujana ja aiemmat positiiviset liikuntakokemukset ovat motivoimisen kehittymisen osatekijöitä (Sherwood & Jeffery 2000: 21-44.) Jos henkilö ei ole harrastanut liikuntaa pitkään aikaan tai hänen liikkuminen on ollut vähäistä, niin liikunnan tulee

aiheuttaa positiivisia kokemuksia, jotta hän haluaisi tehdä sitä uudestaan. Liikunnasta koetut hyödyt tulee olla haittoja suurempia liikuntamotivaation kannalta (Prochaska 2008: 561-588). Liikunnasta saatu hyöty antaa syyn liikkumiselle ja sen jatkuvuudelle tulevaisuuden kannalta.

4.5 Ravitsemus ja diabetes

Ravitsemuksella pyritään edistämään terveyttä, sekä ylläpitämään veren glukoosipitoisuutta. Ravinnolla voidaan hoitaa 2. tyypin diabeteksen lisäsairauksia, kuten lihavuutta, sydän- ja verisuonitauteja sekä rasva-aineenvaihdunnanhäiriöitä. 5 - 10 % painonpudotuksella saadaan aikaan hyviä vaikutuksia henkilön glukoositasapainoon, rasva-aineenvaihduntaan ja verenpaineeseen. (Aro - Virtanen 2007: 15.)

Ravitsemus on oleellinen osa diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa. Hyvän ja terveellisen ravinnon tavoitteena on edistää diabeetikon omahoitoa ja ohjata häntä oikeisiin ja tasapainoisiin ruokatottumuksiin. Normaalipainon säilyttäminen ja lihomisen ehkäiseminen ovat tärkeitä diabeetikolle hänen koko ikänsä ajan. Diabeetikolle suositeltava ruokavalio on käytännössä samaa, mitä myös muulle väestölle on suositeltu. Silti ei ole yhdentekevää, mitä diabeetikko syö. Ruokailuvalinnat vaikuttavat sydämen ja verisuonten terveyteen. Terveiden kannalta epäedulliset veren rasvapitoisuudet, erityisesti kohonnut LDL-kolesteroli, yhdessä koholla olevan verensokerin ja kohonneen verenpaineen kanssa vaurioittavat verisuonia. Ruuasta saatavan energian määrä tulee olla suhteessa kulutukseen. Kokonaisenergiankulutus koostuu perusaineenvaihdunnasta, aterioiden aiheuttamasta energiankulutuksesta, sekä työn ja liikunnan vaatimasta energiasta, jonka määrä vaihtelee eniten. Diabeetikon suurimpina haasteina on yhdistää hänen oma lääkitys, liikunta ja mahdollinen erityisruokavalio. Näiden yhdistämiseen ja sovittamiseen tarvitaan usein asiantuntijan neuvoa ja tukea. Haasteena on myös runsas suolan käyttö ravinnossa, sekä liian vähän kuituja sisältävien ruokien käyttö, kuten pikaruokat, sekä prosessoidut ruokat. (Suomen Diabetesliitto ry, 2008).

Diabeetikoille ei ole yhtä ja ainuttakaan ateriarytmiä, vaan ateriarytmi on aina yksilöllinen, mutta ruokailut on hyvä jakaa vähintään kolmeen ateriaan ja lisätarpeen mukaan 1-3 välipalaan. Kasvavilla lapsilla ja nuorilla ravitsemuksen saanti korostuu ja heidän tulisi nauttia vähintään viisi ruokailukertaa vuorokaudessa. Tärkeintä diabeetikon ateriarytmissä on säännöllisyys. Se auttaa diabeetikoita painonhallinnassa, lääkkeiden ja ruoan sovittamisessa, sekä pitämään verengluukoosin hallinnassa. (Suomen Diabetesliitto ry,

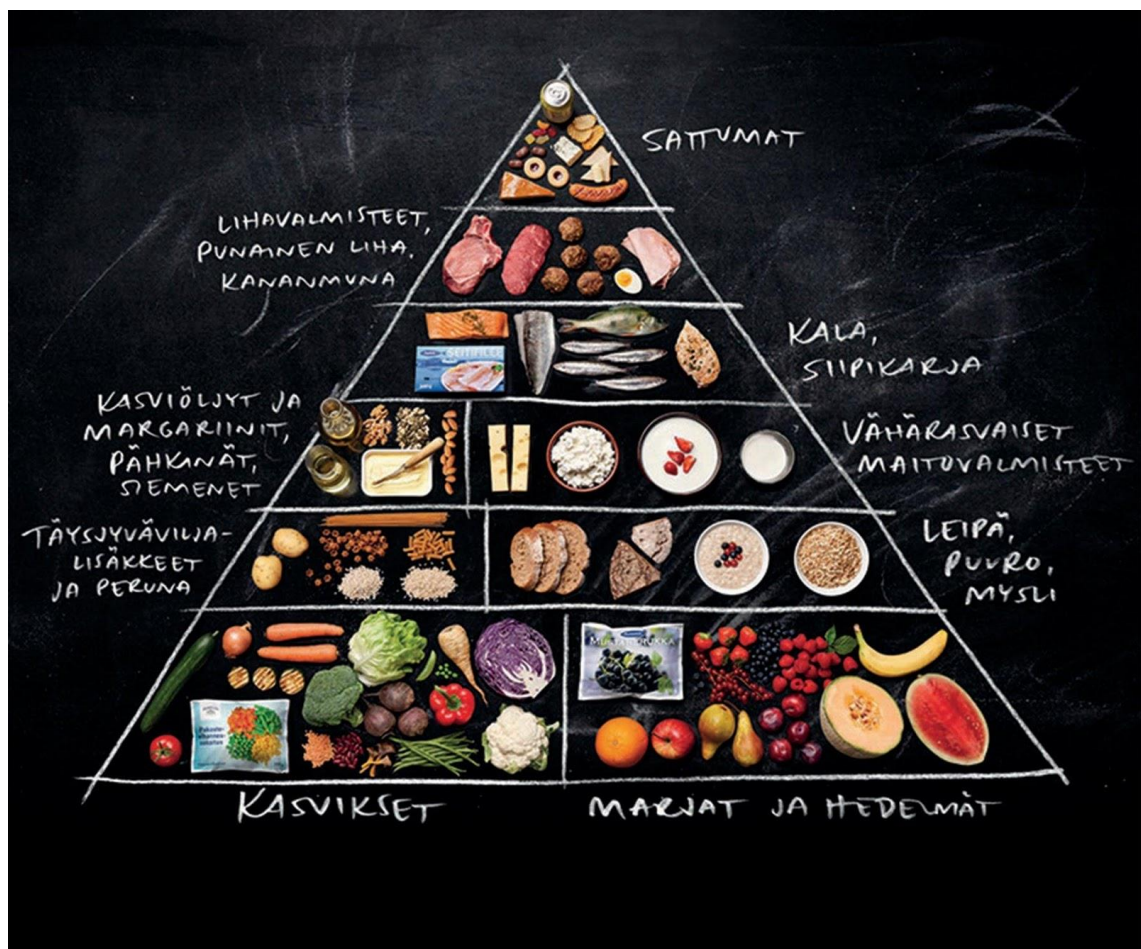
2008). Lautasmalli on esimerkki terveellisestä ja suositusten mukaisesta ateriasesta. Lautasen täyttäminen aloitetaan kasviksilla ja niitä otetaan noin puoli lautasellista. Neljännes lautasesta täytetään perunalla, pastalla, ohra- tai kauralisäkkeellä tai riisisekoituksella. Vajaa neljännes lautasesta täytetään kalalla, lihalla, makkaralla, kasvispääruoalla tai vastaavalla proteiinin lähteellä. Aterian täydentää täysjyväleipä, sekä rasvaton maito tai piimä (Aro - Heinonen - Ruuskanen 2011: 31-43).

Diabeetikon energiansaannista 10-20% tulisi olla proteiinia. Jos potilaalla on diabeteksen lisäksi lisäsairautena nefropatia, tulee proteiinia olla noin 10% kokonaisenergiansaannista. Myös liian runsasta proteiiniaruokavaliota (>20%) ei suositella diabeetikoille. Rasvaa tulisi olla enimmillään 35% energiansaannista, josta tyydyttyneiden rasvojen osuus alle 10% ja kertatyydyttymättömien rasvahappojen osuus noin 10-20% kokonaisenergiansaannista. Suolaa tulisi syödä enintään 6 grammaa vuorokaudessa. Hiilihydraatteja tulisi olla vuorokausiannoksessa noin 45-60%, joissa suositaan kuitupitoisia lähteitä. Hiilihydraateissa sokerien osuus ei saisi ylittää 10% kokonaisenergiansaannista. Ruokavalion hiilihydraattipitoisuus riippuu yksilöllisistä mieltymyksistä, sekä hoidollisista ja aineenvaihdunnallisista seikoista. Esimerkiksi jos veren triglyseridiarvot ovat koholla tai verengluukoosi nousee tavallista enemmän aterian jälkeen, kannattaa kertatyydyttömän, hyvänlaatuisen kasvivasvan osuutta ruokavaliosta lisätä (Aro 2007: 1-31).

Hyvä ravintokokonaisuus diabeetikolle koostuu kasviksista, marjoista, hedelmistä, joita tulisi syödä noin puoli kiloa päivässä. Ruoalla tulisi myös syödä aina täysjyvävalmisteita ja nauttia rasvatonta maitoa tai piimää ruokajuomaksi. Vettä diabeetikko voi juoda vapaasti. Diabeetikoille on suositeltavaa syödä vähärasvaista lihaa ja kalaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Herkut ja leivonnaiset eivät ole kiellettyjä diabeetikoille ja niitä saa syödä kohtuudella. Ne ovat haitallisia siksi, että sokeri sisältää vain hiilihydraatteja ja energiaa ja ne syrjäyttävät muun ruokavalion monipuolisemmat ruoka-aineet. Lisäksi ne hankaloittavat ja sekoittavat verengluukoositasapainoa. (Käypä hoito, 2009).

Alkoholia diabeetikot saavat käyttää kohtuudella eli samalla tavalla, kuin muukin väestö. Alkoholi saattaa laskea tai nostaa verensokeria. Vaikutus riippuu alkoholin määrästä ja siitä, juodaanko alkoholi ruoan yhteydessä. Vaikutusta on myös sillä, juodaanko alkoholi pitkäaikaisella käytöllä ja runsaasti. Alkoholi voi tehostaa insuliinin tai suun kautta otettavien verensokeria laskevien lääkkeiden vaikutusta. Alkoholia ei suositella diabeetikolle, jos hänen veren triglyseridi-pitoisuus on suuri (Aro 2007: 1-31).

Diabeetikon ruokavaliohoidon tavoitteena on estää lisäsairauksien syntyä tai hidastaa niiden etenemistä, ylläpitää terveyttä ja hyvinvointia, sekä ylläpitää tai parantaa hänen elämänlaatuaan. Hyvällä ruokavaliolla voidaan vaikuttaa positiivisesti painoon, veren rasvoihin, verenpaineeseen, verensokeriin, veren hyytymisominaisuuksiin, insuliinin tehoon elimistössä, suojaravinteiden saantiin ja psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Ruokakolmiolla esitetään, kuinka tulisi syödä terveellisesti. Siinä esitetyt luvut ja ravitsemussuositukset kuvaavat tärkeimpien ravintoaineiden esimerkiksi rasvojen, proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden suositeltavaa saantia. Ruokakolmio on keskiarvo ravintoaineista, sillä ravintosuositukset diabeetikoille ja muillekin ihmisille ovat aina yksilöllisiä. Ruoka-annokset kuvaavat kohtalaisesti liikkuvaa ihmistä. Ruokakolmion suositukset korostavat terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta ja säännöllisten, jokapäiväisten valintojen merkitystä. Hyvä ruoka on myös maukasta, monipuolista ja värikästä. Yksittäisten ravintoaineiden tarkkailu ei ole tarpeellista jokapäiväisessä syömisessä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Ruokakolmio. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2016.)

5 Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät

5.1 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi

Peruskysymykseksi laadullisen tutkimuksen sisältöä pohdittaessa muodostuu laadullisen tutkimuksen suhde teoriaan ja teoreettiseen. ”Tähän pohdintaan sisältyy kaksi toisiinsa liittyvää kysymystä: tarvitaanko laadullisessa tutkimuksessa teoriaa ja edustaako laadullinen tutkimus teoreettista vai empiiristä analyysiä” (Tuomi 2002: 93-115).

Laadullisen tutkimuksen lähtökohdat aineiston analyysimenetelmät todetaan lähes aina hankaliksi. Osaltaan ilmiön yleisyyttä selittää se, että määrällinen ja laadullinen tutkimus koetaan usein toistensa vastakohdiksi. Teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on suuri vastaus siihen mitä termillä ”teoria tai ”teoreettinen” tarkoitetaan, on ongelmallinen, sillä termejä käytetään monissa yhteyksissä kuvaamaan monia eri ilmiöitä. Arkikielessä teoria-sanaa hyvin paljon tarkoittaen esimerkiksi, ettei teoria merkitse tai tarkoita mitään käytännön kannalta. Tieteessä teoriaa voidaan käyttää kuvaamaan esimerkiksi yleisiä käsityksiä. Teoreettisella voidaan viitata taas esimerkiksi vastinpareihin teoreettinen-käytännöllinen, teoreettinen-konkreettinen. Laadullinen tutkimus on kotoisin erään näkökulman perusteella Euroopasta, josta se on kulkeutunut Yhdysvaltojen kautta muualle maailmaan. (Tuomi 2002: 93-115).

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla on mahdollista analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kyngäs 1999: 3-12). Dokumentilla tarkoitetaan tässä yhteydessä esimerkiksi kirjoja, artikkeleita, päiväkirjoja, haastatteluja. Sisällönanalyysi sopii hyvin myös esimerkiksi strukturoimattoman aineiston analyysimenetelmäksi. Kyseisellä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi 2002: 93-115).

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, kuten esimerkiksi myös historiallinen analyysi, sekä diskurssianalyysi. Sisällönanalyysi mahdollistaa tietynlaisia käsitteellisiä liikkumavapauksia, mutta myös edellyttää tiettyjen rajoitteiden hyväksymistä. Sisällönanalyysista voidaan puhua tarkoittaen sisällönanalyysia, ja myös sisällön erittelyä. Sisällönanalyysi-

sisä tuotettu aineisto voidaan kvantifioida eli jatkaa analyysiä niin, että saadaan aineistosta määrällisiä tuloksia. (Sarajärvi, 2002: 46-48). Lisäksi laadullisen aineiston analyysissä puhutaan induktiivisesta tai deduktiivisesta sisällönanalyysistä. (Miles 1994.)

5.2 Teemahaastattelu

Haastattelumuoto jota opinnäytetyössämme käytimme, on teemahaastattelu ja tämä on yksi laadullisen tutkimuksen haastattelumuoto. Teemahaastattelu sijoittuu usein loma-kehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuotoon. Haastattelu ei etene tarkkojen ja yksityiskohtaisten kysymysten mukaan, vaan väljemmin kohdennettujen ja ennalta suunniteltujen teemojen yhteyteen. Teemahaastattelu on hieman strukturoidumpi tutkimusmenetelmä kuin avoin haastattelu, sillä aiemmin valmistellut aihepiirit, teemat ovat kaikille tutkittaville samoja. Kuitenkin haastattelussa edetään joustavasti haastateltavan mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48, 66; Eskola & Suoranta 2000, 86-87.) "Koska ihmiset pyrkivät jo ennen kysymyksiin vastaamista ja itse haastatteluiden aikana pääsemään jonkinlaiseen käsitykseen tilanteen kulloisestakin luonteesta, erilaisten vuorovaiikutustilanteiden avulla saadaan myös erilaista tutkimusaineistoa" (Alasuutari 1999: 151).

Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennalta sovittuja teemoja. Tutkijan osuutta tarkasteltaessa on hyvä huomioida, että tutkijan on kyettävä keskittymään keskusteluun ja sen etenemiseen tarkasti. Tästä syystä haastattelutilanteessa ei kannata olla esimerkiksi paljon muistiinpanoja käsiteltävistä teemoista. Teemahaastattelussa ei ole kyse tarkkojen kysymysten esittämisestä tietyssä järjestyksessä paperilta lukien. Ennen teemahaastattelun toteuttamista on hyvä perehtyä huolellisesti käsiteltäviin aiheisiin ja taustoihin, jotta haastattelun pysyminen käsitellyssä aiheessa onnistuisi mahdollisimman hyvin.

"Teemahaastattelun suosio perustuu esimerkiksi siihen, että vastaamisen vapaus antaa oikeuden haastateltavien puheelle." (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

5.3 Aineistonkeruu

Pyrimme opinnäytetyön toteutuksessa etsimään mahdollisia parannuskeinoja 2. tyypin diabetesta sairastavien potilaiden liikuntatottumuksiin. Tarkoituksena oli haastatella kaikki Kirkkonummen kunnallisella puolella työskentelevät diabeteshoitajat. Saimme

haastateltua yhteensä kolme hoitajaa, yksi heistä ei vastannut sähköpostiin. Kirkkonummen internetsivujen mukaan kunnalla työskentelee viisi diabeetikoiden hoitoon erikoistunutta hoitajaa. (Kirkkonummi 2017.) Yleisesti ajatellen otantamääränä tämä määrä ei ole kovin suuri, joten pyrimme haastattelemaan heitä mahdollisimman tarkasti ja laadukkaasti. Pyrimme tutkimuksen tekijöinä olemaan haastatteluissa aktiivisemmissa rooleissa kuin esimerkiksi ajatellen lomakehaastattelua. ”Mitä aktiivisemmasta haastattelusta on kyse, sitä aktiivisemmaksi muodostuu haastattelijan rooli”. (Kylmä 2012: 79.)

Keräsimme tutkimusmateriaalin teema-haastattelun avulla. Päädyimme valitsemaan tutkimusaineiston keruuta varten teemahaastattelun, sillä se soveltui mielestämme parhaiten kuvaamaan kehittämishaasteita, sekä ongelmakohtia tutkimaamme aiheeseen. Haastattelimme jokaisen diabeteshoitajan yksilöllisesti käyttäen avoimia kysymyksiä, jotka lähetimme haastateltaville jo etukäteen, jotta he ovat voineet tutustua kysymyksiin ja miettiä alustavia vastauksia ajan kanssa. Haastattelun tavoitteena oli saada monipuolista ja hyödyllistä tietoa 2 tyyppin diabeetikoiden liikuntatottumuksista diabeteshoitajan näkökulmasta käytännön hoitotyössä. Haastattelujen pituudet vaihtelivat noin 20 minuutin ja 40 minuutin välillä. Kaikki kolme haastattelua toteutettiin Kirkkonummen terveyskeskuksien tiloissa, diabeteshoitajien työhuoneissa. Kaikki opinnäytetyöryhmämme jäsenet osallistuivat haastatteluihin. Haastattelujen ajankohdat sovittiin etukäteen haastateltavien kanssa sähköpostin välityksellä. Haastateltavat olivat tutustuneet etukäteen teemahaastattelurunkoon, joka mahdollisti laajemman ja syvällisemmän materiaalin. Kaikille haastateltaville olimme kertoneet etukäteen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista, sekä korostimme vielä haastattelujen alussa opinnäytetyöhön osallistumisen eettisistä periaatteista, vapaaehtoisuudesta sekä anonymiteetistä. ”

Haastattelujen äänitteet litteroitiin koneelle, eli haastattelut muutettiin kirjalliseen muotoon tekstinkäsittelyohjelmalla. Jokainen litteroitu teksti käytiin läpi kahteen kertaan, kahden eri opinnäytetyön tekemiseen osallistuvan henkilön puolesta. Tällä tavoin pyrimme lisäämään litteroidun tekstin oikeellisuutta, sekä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Haastateltavat koodattiin merkinnällä H1, H2 ja H3. Ensimmäinen kirjain tarkoittaa haastateltavaa, numero taas kuvastaa kuinka mones haastateltava oli kyseessä. Haastattelujen litteroitua tekstiä tuli 37 sivua. Fonttikoko litteraateissa oli 12.

5.4 Aineiston analysointi

”Laadullisen eli kvalitatiivisen analyysin tavoitteena jäsentää tutkimuskohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti.” (Laadullinen analyysi 2016.) Kirjallisuudessa sisällönanalyysi on jaettu kolmeen osa-alueeseen: Aineistolähtöiseen, teoria-ohjaavaan ja teorialähtöiseen sisällönanalyysiin. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 95.) Tutkimusessamme käytämme aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysi-menetelmällä pyrimme saamaan tutkimastamme ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysiyksiköt voidaan valita tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aikaisemmillä tiedoilla, teorioilla tai havainnoilla ei kuuluisi olla mitään tekemistä lopputuloksen tai analyysin toteuttamisen kanssa, sillä analyysi on aineistolähtöistä. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 95 - 102.) Aineiston analysointiin osallistui kaikki kolme opinnäytetyömme jäsentä.

Aineiston analysoinnin aloitimme lukemalla litteroituja tekstejä Google Docsin avulla. Aluksi etsimme lauseita, jotka vastaisivat suoraan tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmauksia väritimme vihreällä, mahdollisesti käytettäviä ilmauksia sinisellä ja tutkimuskysymyksiin liittymättömät ilmaukset väritimme ruskealla. Tarkastelimme tekstit useasti läpi, ettei oleellisia ilmauksia jäisi käyttämättä. Tämän jälkeen tutkimuskysymysten kannalta oleelliset ilmaukset pelkistettiin, eli redusoiitiin. Redusoinnissa tiivistetään tietoa, poistamalla esimerkiksi täytesanoja. Redusoinnin jälkeen tutkimuskysymysten kannalta oleelliset ilmaukset lisäsimme uudelle Google Docs-dokumentille. Etsimme samankaltaisia ilmauksia värittäen niitä saman värisillä teksteillä. Keräsimme samaa asiaa tarkoittavia ilmaisuja alaluokiksi, joiden nimet kuvaavat sisältöä. Tätä kutsutaan aineiston klusteroinniksi. Alaluokista muodostettiin yläluokkia, joita tuli yhteensä viisi kappaletta. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 108–114.) Taulukko 1 on esimerkki sisällönanalyysin muodostamisesta. Tulokset-osiossa esittelemme alaluokat ja niistä muodostuneet yläluokat.

Taulukko 1. Sisällönanalyysi-esimerkki

Suora lainaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Ja hän on ruvennu liikku- maan enem- män"	Asiakkaan elä- mäntävät para- nevat	Onnistumisen kokemukset ohjauksessa	Diabeteshoita- jien toteuttama ohjaus	Diabeteshoitajien ko- kemuksia 2. tyypin diabeetikoiden oh- jaamisessa
"Välillä koen onnistuvani työssäni kun ohjaus menee perille"	"Ohjauksen perille mene- minen			

6 Tulokset

6.1 Diabeteshoitajien toteuttama ohjaus

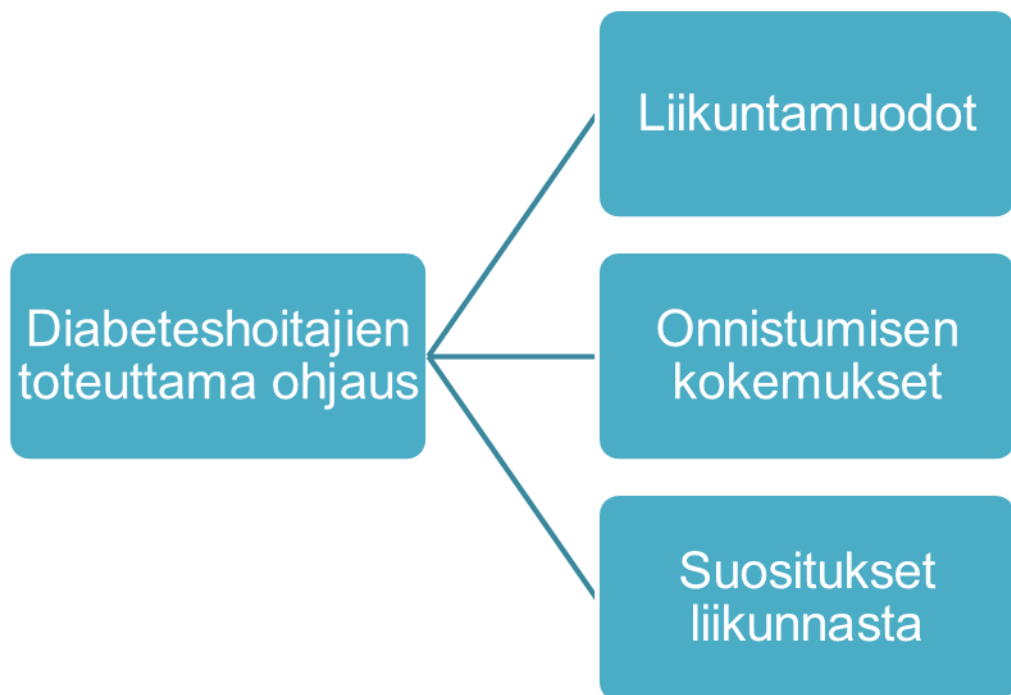
Diabeteshoitajat ohjaavat potilaita aina yksilöllisesti. Vastaanotolla kerrotaan aina liikun-
nan merkityksestä ja sen hyödyistä. Tärkeää olisi tehdä edes jotain fyysisesti rasittavaa.
Monesti potilaita neuvotaan käyttämään hyötyliikuntaa hyödyksi eli esimerkiksi kävele-
mään portaita hissien sijasta. Monesti huomataan, kun asiakas saa näkyviä tuloksia esi-
merkiksi painonpudotuksessa tai verensokeriarvoissa, hän myös jatkaa liikunnan har-
rastamista. Osa taas säikähtää tilannettaan niin paljon, että muuttaa elämäntapojaan
heti ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Diabeetikoille suositellaan aina myös muun ar-
kiliikunnan ohella harrastamaan jotain muutakin liikuntaa, esimerkiksi kuntosalilla käyntiä
tai vesijuoksua, sillä se sopii hyvin ylipainoisille, eikä rasita niveliä niin paljon. Aina dia-
beetikon ohjaaminen ei ole helppoa ja moni ei tee asialle mitään, vaan jää istumaan
kotisohvalle, mutta kun asiakkaan ohjaus menee perille tuo se onnistumisen kokemuksia
diabeteshoitajille.

"Hyötyliikuntaa painotetaan pääsääntöisesti heille."(H1)

"Onnistumista on jo se, että henkilö tulee toiselle käynnillekin."(H1)

”Välillä koen onnistuvani työssäni kun ohjaus menee perille.”(H3)

Kun diabeteshoitajat aloittavat diabeetikon ohjaamisen lähtee moni asiakas täysin nollassa tilanteesta. Silloin käydään ensin läpi perusasioita. Nollatilanteesta lähteneitä neuvotaan aina aloittamaan liikunta rauhallisesti, sillä monen liikuntamotivaatio loppahtaa, kun esimerkiksi keho kipeytyy, eikä näkyviä tuloksia heti synny. Hyvä aloitustahti nollassa tilanteessa on, että liikuntaa harrastettaisiin kerran tai kaksi viikossa. Jos lähtökohdat ovat paremmat ja taustalla on ollut aiemmin jokin liikuntaharrastus, on sen aloittaminen uudestaan helpompaa. Heille voi suositella isompia liikunnan määriä viikossa. Diabeetikoille suositeltava liikunta on sykettä nostavaa, lihaskuntoa lisäävää. Liikunnan olisi hyvä olla mahdollisimman monipuolista ja erityyppistä. Suositeltava liikunta ja sen muoto on aina yksilöllistä. Liikunnan tulisi olla mielekästä, eikä sen harrastaminen tulisi olla väkinäistä. Diabeteshoitajan neuvo kaikille diabeetikoille on, että kaikki liikunta on hyödyllistä ja vähäkin liikunnan määrä on aina hyväksi. Diabeteshoitajien toteuttama ohjaus koostuu usein eri liikuntamuotojen yksilöllisestä huomioimisesta, onnistumisen kokemusten mahdollistamisesta, sekä potilaskohtaisista suosituksista liikunnasta. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Diabeetikoiden toteuttama ohjaus kuvattuna alaluokista yläluokkaan

6.2 Diabeetikon liikuntaan vaikuttavia tekijöitä

Diabeetikon liikuntaan vaikuttavia tekijöitä on useita ja moni niistä liittyy talouteen ja sairauksiin. Moni asiakas kokee taloudellisen tilanteensa sen verran heikoksi, ettei heillä ole resursseja käyttää niitä liikunnan harrastamiseen. Myös aiemmat sairaudet moni kokee esteenä liikunnan harrastamisessa. Moni kärsii ylipainosta ja nivelsäryistä, eikä sen vuoksi liikunnan harrastaminen houkuta heitä. Usein diabeteshoitajat suosittelevat kävelyä näille potilaille kenellä taloudellinen tilanne ei ole niin hyvä. Diabeteshoitajat kokevat usein myös, että ne kenellä on alhaisempi tulotaso, on heillä myös enemmän muitakin ongelmia. Ne taas kenen tulotaso on hyvä, heidän hektinen elämänsä verottaa liikunnan harrastamisesta.

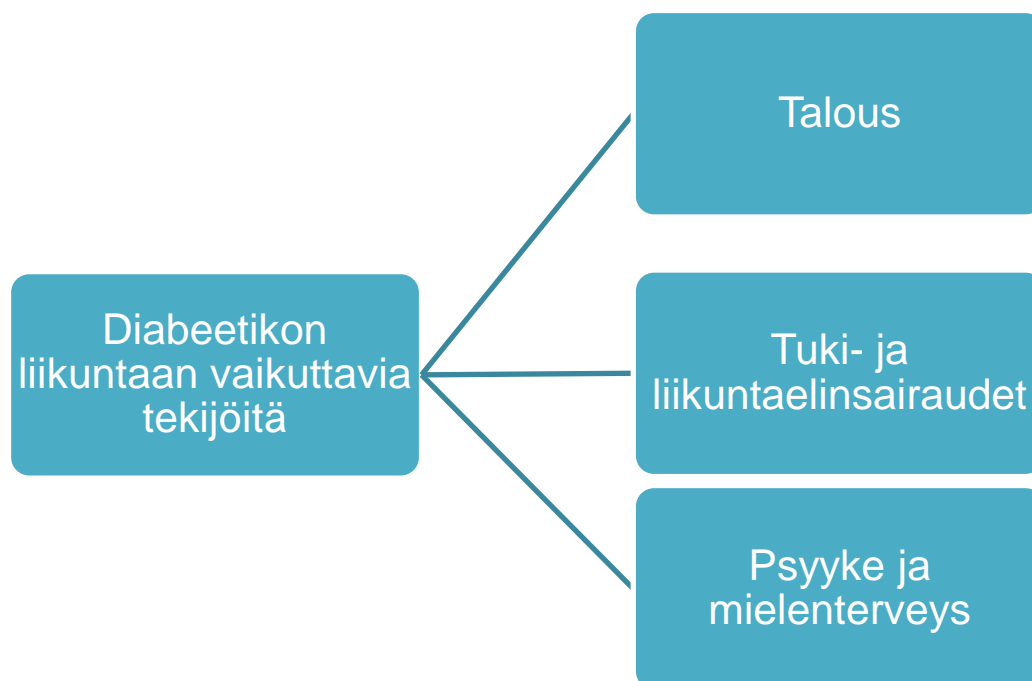
”Moni voi kokea liikunnan harrastamisen yksin liian vaikeaksi.”(H1)

”Osa potilaista ei ole kovin itseohjautuvia”(H3)

”Mikäli tapaamisten väli venyy liian pitkäksi, on mahdollista että elämäntapamuutoksia ei ole tapahtunut lainkaan.”(H2)

”Sitten on myös potilaita joilla on ylipainoa ja muita ongelmia. Heidän saaminen liikkumaan on hankalaa”(H3)

Psykye- ja mielenterveysongelmat ovat myös haaste diabeetikoiden liikuntaan ohjaamiselle, koska moni henkilö kenellä on psyykkisiä ongelmia, on heidän motivoituminen liikunnan harrastamiseen huono. Diabeteshoitajat neuvovat usein mielenterveyspotilaita liikkumaan, sillä liikunnalla on positiivisia vaikutuksia mielenterveyteen ja jaksamiseen. Nuoret työttömät ovat varsinkin ongelmaryhmä, sillä taustalla on usein masennusta ja ylipainoa. Kun potilaalla on taustalla monia eri ongelmia, on heidän liikuntaan ohjaaminen ja motivoiminen erittäin hankalaa ja aikaa vaativaa. (Kuvio 4).



Kuvio 4. Diabeetikon liikuntaan vaikuttavia tekijöitä kuvattuna alaluokista yläluokkaan

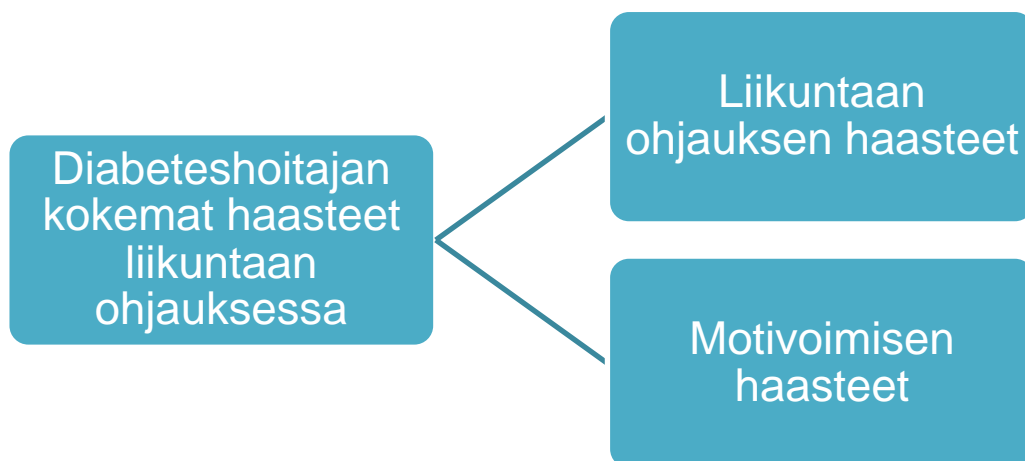
6.3 Diabeteshoitajien kokemat haasteet liikuntaohjauksessa

Haasteita diabeetikoiden liikuntaan ohjauksessa on paljon ja moni niistä liittyy taustalla oleviin perussairauksiin, ylipainoon, sekä huonoon taloudelliseen tilanteeseen. Kun asiakkaan lähtökohdat, sekä aiempi liikuntatausta on huono, on liikunnan aloittaminen hankalampaa vanhemmalla iällä. Moni asiakas olisi halukas harrastamaan esimerkiksi vesiliikuntaa, mutta heillä ei ole siihen taloudellisia resursseja. Myös kiire aiheuttaa omat haasteensa liikuntaan ohjauksessa. Nykyaika on kiireistä ja monen työpäivä venyy ja sen jälkeen on vaikea lähteä enää harrastamaan liikuntaa. Myös työ on nykypäivänä pääosin istumatyötä, mikä vähentää entisestään hyötyliikunnan määrää. Stressi on myös yksi iso tekijä, miksi asiakkaat eivät harrasta liikuntaa.

”Rahatilanne ja perussairaudet vaikuttavat liikuntamotivaatioon”(H3)

”Haasteena on potilaiden huono motivaatio, ja tunnin vastaanottoajalla ei motivaatiota pysty parantamaan. Vastaanotolla on paljon läpikäytäviä asioita.”(H2)

Diabeteshoitajien mielestä myös liian pitkäksi venyvät tapaamisaikojen välit ovat haitaksi liikuntaan ohjauksessa, sillä moni asiakas kerkeää jättämään liikunnan tapaamisien välissä. Sen aikana asiakkaan tulisi harrastaa omatoimiliikuntaa, joka on monelle diabeetikolle vaikeaa. Lisäksi motivaatio on usein alhainen, joten liikunta jää suurelta osalta pois kokonaan. Moni asiakkaista välttää liikuntaa sen vuoksi, koska huonot säät eivät houkuttele lenkille. Vastaanottoajat ovat diabeteshoitajien mielestä liian lyhyet ja läpikäytäviä asioita on paljon ja siinä samalla pitäisi motivoida potilaita liikkumaan. Se on monen diabeteshoitajan mielestä hankalaa. Motivoinnille jää liian vähän aikaa. Yhteistyö liikuntaohjaajien kanssa on diabeteshoitajien mielestä hankalaa ja heidän välillä on selkeää aukko, joten se hankaloittaa huomattavasti saada asiakas liikuntaohjaajan pariin. Kuviossa 5. tiivistettynä opinnäytetyömme tuloksia diabeteshoitajien kokemista haasteista liikuntaan ohjauksessa.



Kuvio 5. Diabeteshoitajan kokemat haasteet liikuntaan ohjauksessa kuvattuna alaluokista yläluokkaan

6.4 Diabeetikon hoitoon osallistuvat tahot

Diabeetikon hoitoon osallistuvia tahoja on monia eri tekijöitä, näitä ovat esimerkiksi fysioterapia. Fysioterapeutit ja kansalaisopisto järjestävät erilaisia liikuntaryhmiä, mihin asiakkaat voivat osallistua. Fysioterapeutin kautta voi osallistua esimerkiksi allasterapiaan ja ne ovat olleet myös hyvin suosittuja ryhmiä. Monelle diabeetikolle on tärkeää, että liikunta tapahtuu ryhmissä ja yhteisliikunnassa. Diabeteshoitajien mielestä ryhmänohjausta tulisi silti olla enemmän. Diabeteshoitajien mielestä diabeetikon hoitoon osallistuvien tahojen tulisi olla tiiviimmin yhteydessä toisiinsa ja liikuntaohjaajaa tulisi olla helppompi hyödyntää. Tällä hetkellä se on lähinnä yhteistietojen vaihtamista, mutta tulevaisuudessa yhteistyötä tullaan miettimään uudestaan yhteisen tapaamisen johdosta.

Tällä hetkellä on diabeetikon vastuulla ottaa yhteyttä liikuntaneuvojaan ja moni ei aina heihin ota yhteyttä omatoimisesti. Olisi tärkeää, että siitä pyrittäisiin päästä eroon, että yhteydenotto jää asiakkaan vastuulle. Diabeteshoitajat näkevät asian siten, että olisi hyvä sopia heti vastaanottokäynnillä aika liikuntaneuvojalle, että asia saataisiin heti eteenpäin. Myös se olisi hyvä asia, että diabeetikot voisivat jättää omat yhteistiedot liikuntaneuvojalle ja tämä ottaisi heihin yhteyttä esimerkiksi sähköpostilla. He voisivat myös ilmoittaa sitä myöten liikuntatapahtumista. Tarvittaessa sitä kautta voitaisiin räätälöidä henkilökohtainen liikuntasuunnitelma asiakkaille. Kunta tukee diabeetikoita myös siten, että he saavat esimerkiksi uimahallikortin halvemmalla, kuin muut. Täten kannustetaan diabeetikoita liikkumaan.

”Osa ihmisistä haluaa liikkua ryhmissä, joita tarjotaan fysioterapeutin kautta.”(H1)

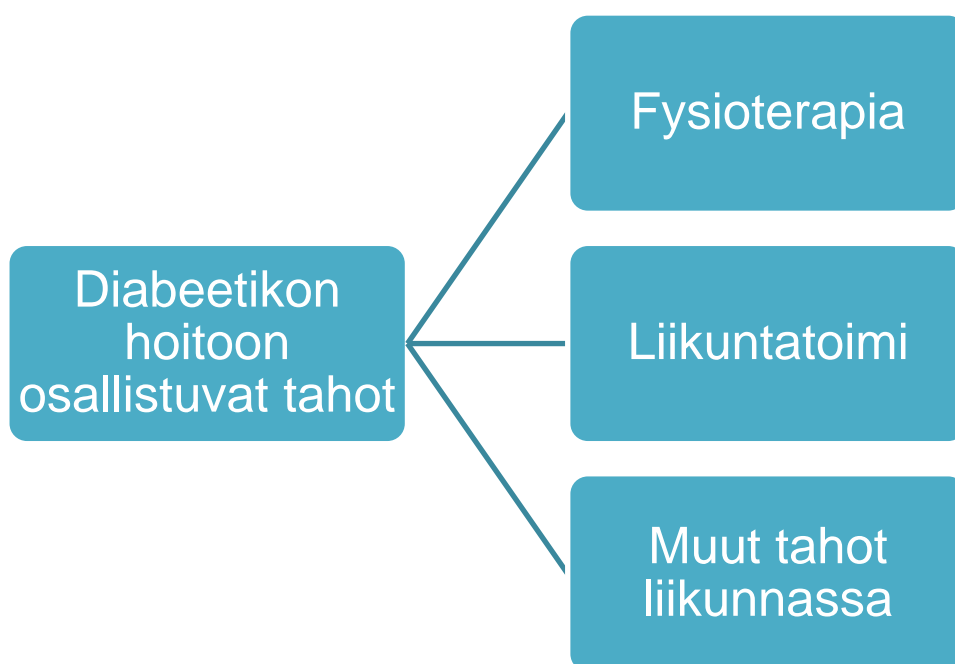
”fysioterapia ja kansalaisopisto järjestävät liikuntaryhmiä.”(H1)

”Diabeteshoitajan ja liikuntaohjaajan välillä on selkeä puuttuva linkki”(H1)

”Diabeteshoitajilla on tarjottavana liikuntaneuvojan yhteistiedot, mutta siihen se jääkin. Yhteydenotto jää täysin potilaan vastuulle.”(H2)

Kansalaisopistoa tulisi hyödyntää enemmän diabeetikoiden hoitoon liittyvissä asioissa. Se tarjoaa hyviä ja suhteellisen edullisia liikuntamahdollisuuksia. Diabeteshoitajat suosittelevatkin diabeetikoille kansalaisopistoa, mutta monelle sinne meneminen jää mene-

mättä, sillä sinne osallistuminen on diabeetikon omalla vastuulla. Diabeteshoitajat mainostavat aina ryhmäliikuntamahdollisuuksia diabeetikoille. Yhdistyksiä olisi myös hyvä hyödyntää enemmän diabeetikoiden hoidossa. Tällä hetkellä yhdistyksiin liittyminen ja niiden toimintaan osallistuminen on diabeetikoiden omalla vastuulla. Yhteistyötä voisi lisätä myös siten, että järjestettäisiin yhteisiä tapaamisia ja liikuntahetkiä esimerkiksi Facebookin kautta. Facebookissa voisi luoda ryhmän ja sinne laittaa ilmoituksia, milloin tapahtuisi jotakin ja missä olisi, siten nähtäisiin ketkä kaikki ovat aina osallistumassa niihin (Kuvio 6).



Kuvio 6. Diabeetikon hoitoon osallistuvat tahot kuvattuna alaluokista yläluokkaan

6.5 Diabeetikon hoidon kehittäminen

Diabeetikoiden hoitoa voitaisiin kehittää monella eri tavalla. Yksi mikä on tarkoitus tulla uutena käyttöön alkuvuonna 2017 on sovellusten käyttö painonhallinnassa eli painonhallintaryhmä, jossa käytetään MealLogger- sovellusta hyödyksi. Se on kuvallinen ruokapäiväkirja. Aluksi siihen on tarkoitus kerätä 10 henkilö mukaan ja tarkoitus olisi, jos siihen saisi myös liitettyä liikunnan mukaan. Näin diabeteshoitajat ja muut hoitavat tahot pääsevät näkemään diabeetikon elintavat ja niihin voidaan puuttua ja heitä voidaan kannustaa muutoksiin ja huomataan muutoskohteet. Diabeteshoitajat näkevät myös, että

internetiä tulisi voida käyttää enemmän hyödyksi esimerkiksi Youtuben käytöllä. Olisi hyvä, jos sieltä voisi katsoa videoita, mistä löytyy ohjeistuksia ja kannustuksia. Myös Facebookin käyttö voisi olla hyvä asia. Sinne voisi luoda liikuntaryhmiä, mihin voisi osallistua erilaisiin liikuntaryhmiin ja tapahtumiin.

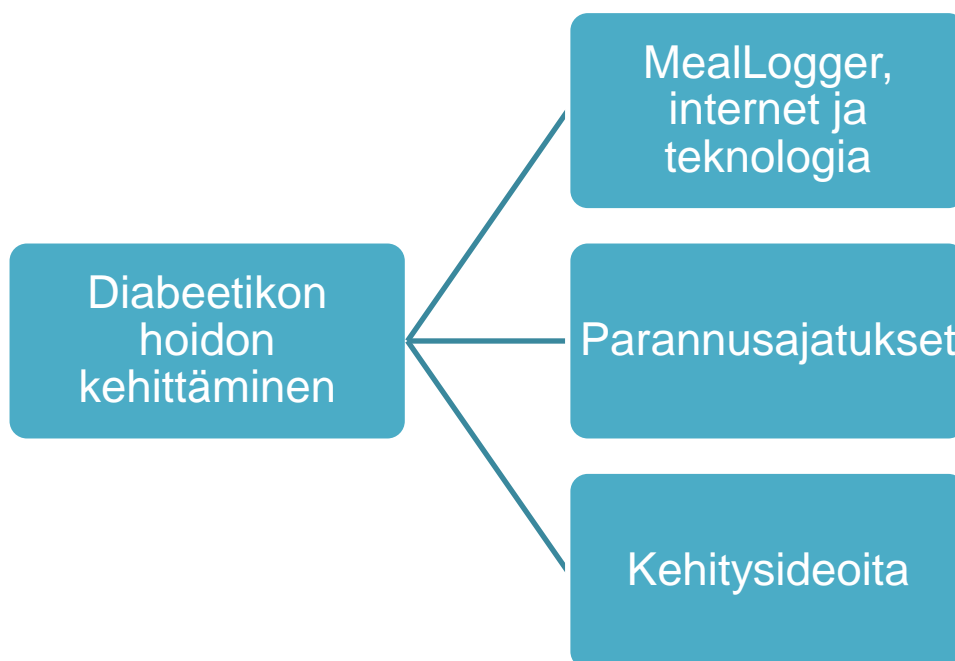
Diabeetikon hoidon kehittäminen alkaa yhteistyön sujuvuuden parantamisella. Diabeetikon hoitoon liittyvät tahot ovatkin sopineet tapaamisen, missä on tarkoitus parantaa heidän tiedonkulkua. Tällä hetkellä diabeetikon hoitoon osallistuu monta eri tahoja, mutta heidän välillä on yhteistyön puutos. Kun kaikki saataisiin toimimaan yhdessä ja sujuvasti, helpottuisi diabeetikon liikuntaan ohjautuminekin helpommin. Tärkeää on, että diabeetikon ei tulisi itse olla vastuussa kaikista osallistumisesta, vaan heille ehdotettaisiin mihin voisi mennä ja mihin aikaan. Jos yhteistyöhön saisi mukaan myös kansalaisopiston ja yhdistykset, olisi se aina parempi asia, sillä heillä on tarjottavana paljon hyviä liikuntamahdollisuuksia ja melko edullisesti. Terveyskeskuksen hoitajat voisivat alkaa myös itse pitämään ryhmäliikuntatunteja diabeetikoille, tämä alentaisi ja helpottaisi myös diabeetikon kynnystä osallistua liikuntaryhmiin. (Kuvio 7).

”MealLogger sovelluksen avulla käytetään uutta teknologiaa.”(H3)

”Nykyään kaikki etsivät tiedon internetistä.”(H3)

”Parempi yhteistyö parantaisi selkeästi asiakkaiden liikkumista ja sen laatua. Olisi hyvä jos vastaanotolla voitaisi jo sopia liikuntaohjaajalle aika.”(H3)

”Liikuntatoimeen annettaisiin asiakkaan tiedot ja he olisivat asiakkaaseen yhteydessä ja sopisivat mielekkäistä liikuntamuodoista ja ryhmistä.”(H1)



Kuvio 7. Diabeetikon hoidon kehittäminen kuvattuna alaluokista yläluokkaan.

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Etiikka on yksi filosofian osa-alueista ja sitä kutsutaan moraalifilosofiaksi. Eettisyys ilmenee joka päivä ihmisen arkielämässä pienillä erilaisilla kysymyksillä ja toiminnalla. Opin- näytetyössämme käytimme luotettavia lähteitä, kirjasimme ne oikein ja analysoimme niitä kriittisesti. Opinnäytetyömme toteutimme eettisesti oikein ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Sarajärvi - Tuomi 2009: 132-133). Eettisyyttä määrittelee ensisijaisesti lainsäädäntö, jossa on ehdot ja rakenne tutkimuksen toteutumiselle (Kylmä - Juvakka 2012: 139). Eettisyyttä voidaan pohtia myös eri osa-alueilta. Erittäin yleinen kysymystyyppi on väite, johon otetaan kantaa kysymällä, onko asia oikein vai väärin ja mikä tekee teosta oikean tai väärän. Ihmisen toimintaa ohjaa myös arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä, sekä ammattietiikka. Eettisyydessä ei aina ole yhtä ja oikeaa vastausta. Asiat riippuvat katsojan silmissä, miten asiat näkevät. Tutkimuseettisen neuvottelukun-

nan perusteella tutkimuksessa tulee toimia tarkasti, huolellisesti, sekä rehellisesti. Tutkimusetiikka ei kuitenkaan ole siinä mielessä erillinen etiikan laji, etteikö samat etiikan kysymykset koskisi tutkimuksen tekijöitä, kuin muitakin ihmisiä yhteiskunnassa (Leino-Kilpi ym. 2014: 363). Opinnäytetyössämme olemme huomioineet muiden työt siten, että emme ole niitä vääristelleet ja tulokset ovat suoritettu vaatimukset täyttävällä tavalla.

Etiikka pyrkii selvittämään, mitä on moraalit ja miten moraalisia ongelmia pyritään ratkaisemaan (Leino-Kilpi - Välimäki 2014: 37). Eettisen tutkimuksen periaatteet ovat haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus, luottamus, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, sekä rehellisyys (Kylmä - Juvakka 2012: 147). Noudatimme näitä kaikkia periaatteita koko opinnäytetyömme ajan. Ihmisoikeuksia emme juuri kohdanneet aiheemme osalta. Jos näin olisi ollut, olisimme ottaneet samalla tavalla huomioon. Tutkimusta tehdessämme pohdimme tutkimuksen eettisyyttä heti suunnitteluvaiheesta tutkimuksen analysointi ja julkaisuvaiheeseen asti. Jotta tieteellinen tutkimus on eettisesti luotettava ja hyväksytty, tulee tutkimuksessa ottaa huomioon tieteellisen käytännön peruslähtökohtia, joita ovat tarkkuus, rehellisyys, avoimuus tutkimustyössä koko tutkimusprosessin ajan, huolellisuus ja tasapuolisuus. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2014). Meitä tutkijoita ja tutkimukseen osallistuneita koski samat yleiset eettiset normit ja hyvän tieteellisen tutkimuksen käytännöt (Leino-Kilpi - Välimäki 2006: 284-292).

Etiikan kannalta opinnäytetyössämme helpoin osuus oli analysointi, sillä se toteutettiin ja analysoitiin Suomeksi teemahaastattelulla. Eettisyyden kannalta oli haasteellista suomennotokset, sillä tutkimus on voitu mahdollisesti kääntää väärin sekä englannin kielen tutkimukset, ettei tuloksista tulisi vääriä tai vastaukset jäävät olettamuksiksi. Henkilöt, jotka olivat mukana opinnäytetyössämme, tiesivät asiasta ja olivat antaneet luvan itse siihen suullisesti. Tutkimusluvan saimme Kirkkonummen perusturvalautakunnalta kirjallisesti. Haastateltavilta diabeteshoitajilla oli suostumus haastatteluun ja heillä oli mahdollisuus lähteä pois tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa tutkimusta. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus ottaa meihin opinnäytetyöntekijöihin missä vaiheessa tahansa. Ennen haastattelua kerroimme, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, nimiä emme julkaise, sekä haastattelu pysyy salassa ja poistamme ääninauhoitteet tutkimuksen jälkeen.

Haastateltavien saaminen tutkimukseen oli vaikeaa. Haastateltavien työkiireiden ja opinnäytetyön tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen oli hankalaa. Kirkkonummi on

pieni paikkakunta ja siellä toimii vain neljä diabeteshoitajaa. Haastateltavien anonyymiuuden turvaaminen on hankalaa, työntekijöiden vähäisen määrän vuoksi ja kunnan internet-sivuilla on saatavilla työntekijöiden nimet ja työpisteet. Opinnäytetyössä emme tuo ilmi, missä kukin haastattelu on pidetty.

Tutkimusluvan olemme saaneet opinnäytetyötämme varten Kirkkonummen perusturvalta. Tutkimuslupahakemuksessa käytettiin hakemusrunkoa jonka saimme yhteyshenkilöltämme Kristiina Patjalta.

7.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme päätuloksina ilmeni, että diabeteshoitajien toteuttama ohjaus vastaanotolla pyritään pitämään asiakaslähtöisenä ja yksilöllisenä. Ohjaukseen vaikuttaa usea eri tekijä kuten asiakkaiden taustat, heidän liikuntatottumukset, onnistumisen kokemukset (Kuvio 3). Ohjauksen asiakaslähtöisyys on selkeästi hyvä asia, aina kun sitä vain pystytään toteuttamaan.

Diabeetikoiden liikuntaan vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan kappaleessa 6.2 sekä kuviossa 4. Opinnäytetyömme tulosten perusteella liikuntaan vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaiden taloustilanne. Moni diabeetikko kokee olevansa liian tiukalla taloudellisesti, joten liikuntaan ”sijoittaminen” jää toissijaiseksi asiaksi. Lisäksi monella diabeetikolle on erilaisia liitännäissairauksia kuten tuki- ja liikuntauelsairauksia. Tuki- ja liikuntauelsairaudet ovat osaltaan hyvin haasteellisia liikunnan määrän lisäämisessä, sillä monella diabeetikolla esiintyy esimerkiksi nivelsärkyjä ja ylipainoa. Diabeetikon kärsiessä esimerkiksi ylipainosta ilmenee haluttomuutta liikkua muiden tavoin häpeän tai huonon itsetunnon vuoksi. Liikuntaryhmiä lisäämällä voitaisiin saavuttaa parempi liikunnan määrä esimerkiksi tuki ja liikuntauelsairauksista kärsivillä tai ylipainoisilla. Tarkemmin liikuntaryhmien hyötyjä käsitellään kappaleessa 6.4. Vertailuesimerkkinä diabeetikoiden liikunnan määrään on esimerkiksi (Helakorpi – Prättälä – Uutela 2007) tutkimuksessa vuonna 2007, 5000 henkilön satunnaisotolla tutkittujen miesten (50%) liikuntamäärä oli vähintään 30minuuttia vuorokaudessa ainakin 3 kertaa viikossa, ja naisista liikkui (55%). Diabeetikoiden osalta liikuntaan kulutettu aika opinnäytetyömme haastattelujen perusteella on paljon pienempi. Tarkkaa määrää emme kuitenkaan tutkimuksemme osalta tiedä, sillä pääpainopisteemme ei ollut diabeetikoiden liikunnan määrän tutkimisessa.

Haastattelujen perusteella ilmeni, että moni diabeetikoista ei omaa juuri minkäänlaista liikuntataustaa, joten heidän motivoiminen ja liikunnan onnistumisen kokemuksien tukeminen voi olla hyvinkin haastavaa ja aikaa vievää. Vastaanottoaika diabeteshoitajan ja asiakkaan välillä on valitettavan lyhyt, eikä sitä ole juurikaan varaa lisätä asiakkaiden kohdalla, jotka tarvitsisivat enemmän aikaa esimerkiksi liikuntaan ohjaukseen. Kuten taulukossa 5 esitetään, kokevat diabeteshoitajat vastaanottoaikojen lyhyiden ja vastaanottoaikojen välin pituuden selkeäksi ongelmaksi. Lisäämällä diabeteshoitajien määrää, voisi diabeteshoitajien päivittäistä asiakkaiden määrää vähentää, ja tätä kautta saavuttaa parempi laatu diabeteshoitajien ohjauksessa.

Opinnäytetyömme tuloksien perusteella diabeetikon hoidon kehittämisessä voitaisiin hyödyntää teknologiaa ja internetiä. Kirkkonummen alueen diabeteshoitajat ovat mukana kehittämässä Meal-Logger applikaatiota, jota voidaan käyttää älypuhelimilla, tietokoneilla tai tablet tietokoneilla. Sovelluksen avulla on tarkoitus ainakin aluksi kehittää kuvallisen ruokapäiväkirjan muodossa asiakkaiden ruokailutottumuksia. Sen kehittämisessä on koeryhmänä 10 henkilöä ja myöhemmin käyttäjien määrä olisi luonnollisesti tarkoitus kasvaa. Haastattelujen perusteella moni diabeteshoitaja ehdotti että sovellukseen voisi jotenkin linkittää liikuntaa, liikuntaryhmiä ja erilaisia liikuntasuosituksia ja seuranta. Haastatteluissa ilmeni myös kehitysideoita, esimerkiksi Youtuben hyödyntämisessä liikuntaan motivoimisessa. Lisäksi osassa haastatteluja tuli ilmi Facebook ja sen hyödyntäminen esimerkiksi liikuntaryhmien rakentamisessa. Moni diabeteshoitaja toivoi myös yhteistyön lisäämistä kansalaisopiston kanssa, jotka pitävät paljon ryhmämuotoista toimintaa. (Kuvio 7).

7.3 Tulosten hyödynnettävyys

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännössä monella eri tavalla. Yhteistyö eri tahojen välillä on todella tärkeää diabeetikoiden hoidossa. Yhteistyön tulee olla sujuvaa ja mutkatonta. Kun löydetään jokin hyvä ja toimiva keino, miten diabeteshoitajat ja liikuntatoimen yhteistyö sujuvat, on diabeetikoita helpompi ohjata liikunnan pariin. Diabeteshoitajilla voisi olla suora yhteys liikuntatoimeen ja eri ryhmiin, johon diabeetikot voidaan heti ensi tapaamisella ohjata ja näin tutustua eri liikuntamuotoihin. Silloin voidaan myös tiedustella mistä asiakas on kiinnostunut ja täten ohjata mieleisiin liikuntaryhmiin. Liikuntaryhmiä, mihin asiakkaat voi osallistua voidaan myös luoda eri sovellusten kautta tai esimerkiksi Facebookin kautta. Siellä voi perustaa ryhmiä, missä on aika, paikka ja liikun-

tamuoto esillä sekä tapahtumaan voi erikseen osallistua. Näin kaikki näkevät, ketkä liikuntaryhmään on osallistumassa, kuinka moni on tulossa paikalle ja he saavat myös heti tiedon mahdollisista peruutuksista ja muutoksista. Nykyaikana lähes kaikilla on älypuhelimet käytössä, joten tieto liikuntaryhmistä tulee puhelimeen välittömästi. Monelle diabeetikolle liikuntaan ryhtyminen on sen vuoksi vaikeaa, ettei halua liikkua yksin. Näiden eri ryhmien avulla saadaan aikaan yhteisöllisyyttä ja monen motivaatio kasvaa, kun muutkin asiakkaat osallistuvat liikuntaryhmiin.

Yhteistyö muidenkin tahojen välillä olisi tärkeää. Jos diabeteshoitajilla olisi hyvää yhteistyötä kansalaisopiston sekä eri yhdistysten kanssa, helpottaisi se liikuntaohjaamisen myös näihin tahoihin. Näin asiakkailla olisi monta eri vaihtoehtoa, mihin he voisivat osallistua liikunnan merkeissä. Kansalaisopistolla ja yhdistyksillä voisi olla myös sovellukset käytössä, missä näkyy reaaliaikaisesti, missä tapahtuu mitä ja milloin. Kunta voisi tukea myös diabeetikoita vielä entistä enemmän ja tarjota heille esimerkiksi palveluseleitä, virikeseleitä ja muita alennuksia eri liikuntatapahtumiin, kuten alennuksia liikuntasaleilla käymiseen, uimahalleihin entistä edullisemmin lippuja. Monella diabeetikolla taloudellinen tilanne on huono ja se estää liikunnan harrastamisen. Näillä keinoilla voisi myös taloudellisesti huonossa asemassa olevat asiakkaat motivoida liikkumaan enemmän. Diabeetikoille voisi myös kunnan puolesta tarjota pientä palkkiota, jos hän esimerkiksi saavuttaa jotain liikunnan avulla, kuten painon putoamisen. Erilaiset palkkiot ja tavoitteet myös lisäävät asiakkaan motivaatiota liikuntaan ja terveellisiin elämäntapoihin, tämä olisi yksi mahdollisuus. Myös kun diabeetikon elämäntavat paranevat, myös diabeetikon hoito tulee halvemmaksi yhteiskunnalle.

Diabeteshoitajan vastaanottoaika on kovin lyhyt ja siinä ajassa ei kerkeä asiakkaita motivoida liikunnan pariin. Pidemmällä vastaanottoajoilla olisi mahdollista kertoa eri liikuntamahdollisuuksista ja niiden tärkeydestä paremmin. Liikuntatoimen edustaja voisi myös olla paikalla, kun puhutaan liikunnasta ja näin asiakas saisi henkilökohtaista apua hänen liikkumiseen. Vastaanottoaikoja tulisi olla myös enemmän ja tiheämmin. Monen motivaatio on kerennyt laskea vastaanottoaikojen välillä, joten tiheämmät vastaanottoajat ehkäisisivät tätä. Lisäämällä diabeteshoitajien määrää, voitaisiin lisätä vastaanottoaikoja ja pidentää vastaanottoaikoja. Tämä olisi todella tärkeää diabeetikoiden kannalta ja heidän hoitonsa kannalta.

Lähteet

Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino: 151.

Aro, Eliina - Heinonen, Liisa - Ruuskanen, Eija 2011. Väriä ja voimaa. Parhaat ruokavaliinnat diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä. Porvoo: Bookwell Oy: 31-43.

Aro, Eliina - Virtanen, Suvi 2007. Diabetes ja ruoka - teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ja ravitsemisalalan ammattilaisille. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy: 1-31.

Boutin-Foster, Carla 2005. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types in instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung* 34: 22–29.

Çolak, Tuğba Kuru – Acar, Gönül – Dereli, Elçin – Özgül, Bahar – Demirbüken, İlkşan – Alkaç, Çiğdem – Polat, Gülden: Association between the physical activity level and the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Physical Therapy Science*, 2015: 142-147.

Diabeteksen kustannukset 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-kustannukset>> Luettu 29.2.2016

Diabeteshoitajan opas: Hoidonohjauksen käsikirja. 1995. Diabetesliitto. Tampere: 6-82.

Diabetesliitto 2016. Suomen diabetesliitto. Verkkodokumentti <www.diabetes.fi/diabetesliitto>. Luettu 14.11.2016.

Fogelholm, Mikael - Vuori, Ilkka - Vasankari, Tommi (Toim.) 2011. Terveysliikunta. Keuruu: Otava.

Haskell, William – Lee I-Min – Pate, Russell – Powell, Kenneth – Blair, Steven – Franklin, Barry – Macera, Caroline – Heath, Gregory – Thompson, Paul & Bauman, Adrian 2007.

Physical activity and Public Health. Updated recommendations for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. *Circulation* 116: 1081–1093.

Heinonen, Kirsi. 2007. Liikuntamotivaation moninaisuus. Verkkodokumentti <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00809> Luettu 16.11.2016.

Helakorpi, Satu – Prättälä, Ritva & Uutela, Antti 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2008*: 150.

Hirsjärvi & Hurme 2001; Eskola & Suoranta 2000. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hyvä tieteellinen käytäntö 2014. Verkkodokumentti. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 15.11.2016.

Ilanne-Parikka, Pirjo - Rönnemaa, Tapani - Saha, Marja-Terttu - Sane, Timo 2015. *Diabetes*. Tampere: Tammerprint Oy.

Kirkkonummi 2016. Kirkkonummen kunta. Verkkodokumentti <<http://www.kirkkonummi.fi/>> Luettu 2.4.2016.

Kirkkonummi 2017. Kirkkonummen kunta. Diabeteksen hoito Kirkkonummen terveyskeskuksessa. Verkkodokumentti. <<http://www.kirkkonummi.fi/prime303.aspx>> Luettu 16.2.2017.

Kuusinen, Kirsti-Liisa 1994. Psyykinen itsesääntely itsehoidon perustana. Itsehoito I-tyyppin diabetesta sairastavilla aikuisilla. *Jyväskylän studies in education, psychology and social research* 106. Jyväskylän yliopisto.

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru, 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy: 79.

Käypä hoito-suositus diabetes 2016. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>> Luettu 14.11.2016.

Kyngäs, Helvi. 1993. Itsensä hoitaminen: elämäntapa, hengissä säilymisen ehto vai merkityksetön asia. Tutkimus 13-17-vuotiaiden diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumisesta. Raportteja 12, Stakes.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11: 3-12.

Käypä hoito- suositus liikunta 2016. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. . <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>>. Luettu 14.11.2016.

Laadullinen analyysi 2016. Jyväskylän yliopisto. Verkkodokumentti. <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>> Luettu 6.4.2016.

Laaksonen, David – Lindström, Jaana – Lakka, Timo – Eriksson, Johan – Niskanen, Leo – Wikström Katja – Aunola, Sirkka – Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka – Laakso, Mauri – Valle, Timo – Ilanne-Parikka, Pirjo – Louheranta, Anne – Hämäläinen, Helena – Rastas, Merja – Salminen, Virpi – Cepaitis, Zygimantas – Hakumäki, Martti – Kaikkonen, Hannu – Härkönen, Pirjo – Sundvall, Jouko – Tuomilehto, Jaakko & Uusitupa, Matti 2005. Physical Activity in the Prevention of Type 2 Diabetes. *Diabetes* 54: 158–165.

Leino-Kilpi, Helena — Välimäki, Mariatta 2006. *Etiikka Hoitotyössä*. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY Opetusmateriaalit.

Miles, Matthew & Huberman, Michael. 1994. *Qualitative data analysis*. (2.painos). California: Sage.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005, Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) *Terveysliikunta*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy: 216-228.

Prochaska, James – Wright Julie & Velicer Wayne 2008. Evaluating theories of health behaviour change: A hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model. *App Psych.* 57(4): 561–588.

Rauste-von Wright, Maijaliisa - Von Wright, Johan. 1995. *Oppiminen ja koulutus*. Juva: WSOY.

Roberts, Glyn C. 1992. *Motivation in sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Ryan, Richard & Deci Edward 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psych.* 55: 68–78.

Saaranen-Kauppinen, Anita - Puusniekka, Anna. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Verkkodokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html>. Luettu 6.4.2016.

Sarajärvi, Anneli 2002. *Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana*. Oulun yliopisto. Hallinnon ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulu University Press: 46-48.

Sherwood, Nancy – Jeffery, Robert 2000. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Ann Rev Nutr.* 20: 21–44.

Snel Marieke – Sleddering, Maria – Inge Van der, Peijl – Romijin, Johannes – Pijl, Hanno – Meinders, Edo – Jazet, Ingrid: Quality of life in type 2 diabetes mellitus after a very low calorie diet and exercise. *European Journal of Internal Medicine*, 2012, 23: 143–149.

Terveyskirjasto, 2016. *Diabeettinen neuropatia*. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00765>. Luettu 12.12.2016.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002 ja 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Tammi: 93-115.

Ukk-Instituutti 2016. *Liikuntapiirakka*. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.10.2016. <<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>>. Luettu 14.11.2016.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2016. Ruokakolmio. Verkkodokumentti.
<<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituksset/suomalaiset+ravitsemussuosituksset/>>. Luettu 14.11.2016.

Vuori, Ilkka 2015. Liikuntaa lääkkeeksi. Porvoo:Bookwell Oy.

Zacheus, Tuomas – Tähtinen, Juhani – Koski, Pasi – Rinne, Risto & Heinonen, Olli 2003.
Miten elämänsaari jäsentää liikuntakäyttäytymistä? Liikunta & Tiede 5–6.

Saatekirje

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Metropolia ammattikorkeakoulusta ja teemme tutkintoomme kuuluvaa opinnäytetyötä yhdessä Kirkkonummen terveyskeskuksen kanssa. Opinnäytetyön toteutamme laadullisin menetelmin. Keräämme opinnäytetyöhön liittyvän aineiston yksilöhaastatteluin, jotka toteutettaisiin mahdollisuuksien mukaan syys-lokakuun aikana. Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2016 loppuun mennessä.

Opinnäytteen tarkoituksena on tarkastella ja löytää ongelma ja kehittämiskohteita diabeteshoitajan näkökulmasta liikuntaan ohjauksessa. On tärkeää tietää, miksi diabetesta sairastavien potilaiden liikunnan toteutuminen on hankalaa, jotta kyseistä aihetta voitaisiin kehittää. Lisäksi tavoitteenamme on luoda diabeteshoitajille uusia näkökulmia liikunnanohjautumiseen.

Kirkkonummen terveyskeskuksen ylilääkäri Kristiina Patjan mukaan yhdeksi merkittäväksi ongelmakohtaksi on ilmennyt diabeetikoiden liikuntaan ohjautuminen. Juuri tähän ongelmaan pyrimme kehittämään ratkaisumallia, joka ohjaisi diabeetikoita paremmin liikunnan pariin. Diabeetikoiden liikuntaan ohjautumisen parantamisella parannettaisiin merkittävästi etenkin 2. tyypin diabetesta sairastavien hoitotasapainoa, elämänlaatua, sekä kohennettaisiin kaikkia metabolisen oireyhtymän osatekijöitä. Liikunnan lisäämisellä vähennettäisiin myös merkittävästi mahdollisia ja todennäköisiä hoitokustannuksia. Kunnalla ei ole tällä hetkellä toimivaa hoitomallia liikunnan lisäämiseen riskiryhmässä oleville potilaille.

Kirkkonummen terveyskeskuksen toive opinnäytetyötämme kohtaan on auttaa kehittämään

toimivaa ohjausmallia potilaalle diabeteshoitajalta liikuntaneuvojalle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on pyrkiä parantamaan 2. tyypin diabeetikoiden liikuntaan ohjautumista Kirkkonummen alueella. Tällä tavoin on mahdollista parantaa merkittävästi diabeetikoiden terveyttä edistämällä terveellisempiä elämäntapoja. Opinnäytetyössämme keskitymme tarkastelemaan erityisesti liikunnan merkitystä diabeteksen hoidossa ja paremman hoitotasapainon saavuttamista.

Tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen, joten saatte keskeyttää osallistumisenne tutkimukseen

missä tahansa vaiheessa opinnäytetyötä. Tarkoituksena on haastatella Kirkkonummen terveystasemien diabeteshoitajia yksilöhaastatteluissa teemahaastattelu menetelmin.

Haastattelut tullaan nauhoittamaan, jotta aineiston huolellinen analysointi on mahdollista.

Nauhoituksia käsitellään luottamuksellisesti ainoastaan opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden kesken, eikä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden henkilöllisyys käy ilmi opinnäytetyöstä. Nauhoitukset hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii yliopettaja Anne Nikula, anne.nikula@metropolia.fi

Ystävällisin terveisin

Olli Ahokas, olli.ahokas2@metropolia.fi

Joonas Arvio, joonas.arvio@metropolia.fi

Kalle Kaltiala, kalle.kaltiala@metropolia.fi

Teemahaastattelurunko

Taustakysymykset

- Ikä
- Sukupuoli
- Kuinka kauan olet ollut töissä nykyisessä tehtävässäsi?
- Minkälaisen koulutuksen olet saanut nykyiseen tehtävääsi?

Käynti diabeteshoitajalla

- Mitä käyntiin diabeteshoitajalla tyypillisesti sisältyy?
- Miten pitkään tyypillinen vastaanottoaika kestää potilasta kohden?
- Minkälainen on mielestäsi tyypillinen 2-tyypin diabeetikko?
- Hiljattain diagnosoidun diabeetikon ohjaaminen, minkälaisia erityispiirteitä huomioidaan?
- Erot ”tuoreen” diabeetikon ja pitkään diabetesta sairastaneen ohjauksen välillä?
- Milloin koet onnistuneesi diabeteshoitajana toimimisessa?

Diabetes ja liikuntaan ohjaaminen

- Missä 2.tyypin diabeetikon liikuntaan ohjaaminen tapahtuu?
- Minkälaisia suosituksia pyrit antamaan 2.tyypin diabeetikoille esimerkiksi liikunnan määrän osalta?
- Minkälainen liikuntatyyppi on suosituinta 2.tyypin diabeetikoilla?
- Mitä liikuntalajeja suosittelet potilaille/asiakkaillesi?
- Minkälaisia haasteita liikuntaan kannustamiseen liittyy?
- Mahdolliset kilpa tai ammattiuurheilijat ja niiden erityistarpeiden huomioiminen?
- Miten liikuntaa harrastamattomat huomioidaan diabeteshoitajan vastaanotolla?
- Minkälaisia motivointikeinoja suosit itse liikuntaan ohjaamisessa?
- Yleisimpiä liitännäissairauksia esimerkiksi sydän ja verisuonisairaudet, neuropatia, nefropatia.
- Millä tavoin diabeteshoitajan työssä huomioidaan eri liitännäissairaudet?

-Millä tavoin mahdollinen lääkehoito huomioidaan 2.tyypin diabeetikon liikunnan suunnittelussa?

Yhteistyökumppanit diabeteksen ja liikuntaan ohjaamisen tukena

-Minkälaisia yhteistyökumppaneita 2.tyypin diabeetikoiden liikunnan tukemisen apuna on käytössä Kirkkonummella?

-Miten potilasta ohjataan diabeteshoitajalta liikuntatoimen puolelle Kirkkonummella?

-Minkälaista yhteistyötä terveystieteiden ja liikuntatoimen välillä on Kirkkonummella?

-Minkälaisia haasteita esiintyy potilaan ohjaamiseen liikuntatoimen pariin?

-Mahdolliset kehitysideat 2.tyypin diabeetikoiden liikuntaan ohjaamiseen osallistuvilla yhteistyökumppaneilla?