

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitaja

2009

Katri Isokääntä & Iina Mäkinen

MURROSIKÄISEN TYYPIN 1 DIABEETIKON HOIDONOHJAUS



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Terveystyöntekijä

kevät 2010 | sivumäärä 68

Ohjaajat: Satu Halonen ja Jaana Uttu

Katri Isokääntä ja Iina Mäkinen

MURROSIKÄISEN TYYPIN 1 DIABEETIKON HOIDONOHJAUS

Diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt koko ajan. Yhä useampi sairastuu diabetekseen ja sairastuneet ovat entistä nuorempia. Suomalaisten lasten riski sairastua diabetekseen onkin maailman korkein. Lisäksi suomalaisten diabeetikoiden hoitotasapaino on kaukana tavoitteesta. (Valle & Tuomilehto 2004, 4.) Edellä mainittujen tekijöiden vuoksi diabeetikoiden hoidonohjauksen merkitys on korostunut. Hoidonohjaus kuuluu jokaiselle diabeetikon hoitoon osallistujalle (Rintala ym. 2008, 7).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli aikaisempien tutkimusten avulla selvittää minkälaista hoidonohjausta murrosikäiset tyypin 1 diabeetikot saavat ja mikä hoidonohjauksessa tukee nuoren hoitoon sitoutumista. Tavoitteena on kehittää hoitotyön ammattilaisen murrosikäiselle tyypin 1 diabeetikolle antamaa hoidonohjausta.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuushaut tehtiin Medic, Medline ja Cinahl tietokannoista. Hakujen perusteella analysoitaviksi tutkimuksiksi valittiin kahdeksan luotettavaa, tieteelliset kriteerit täyttävää tutkimusta. Lisäksi yksi tutkimus valittiin kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelta niin kutsutun manuaalisen haun tuloksena. Aineisto analysoitiin systemaattisen sisällön analyysin avulla.

Tulokset osoittavat, että diabeetikon hoidonohjaus on useimmiten yksilöohjausta, jota toteutetaan poliklinikkakäyntien yhteydessä. Hoidonohjauksessa pyritään ottamaan diabeetikko huomioon yksilöllisesti, mutta siitä huolimatta hoidonohjaus koetaan usein rutiinomaiseksi tiettyä kaavaa noudattavaksi. Hoidonohjauksessa käytetään myös ryhmäohjausta, mutta ei siinä määrin kuin olisi toivottavaa.

Hoidonohjauksen tulisi perustua nuoren tarpeisiin ja olla yksilöllisempää. Hoidonohjauksessa tulisi huomioida entistä enemmän nuoren psyykkistä hyvinvointia ja tukea nuorta puhumaan tunteistaan. Perhekeskeinen ohjaus, jossa huolehditaan myös vanhempien jaksamisesta, tukee nuoren hoitoon sitoutumista. Hoidonohjauksessa tulisi myös käyttää entistä enemmän ryhmäohjausta, sillä vertaistuellalla on suuri merkitys nuoren kokemaan elämänlaatuun. Lähes kaiken ohjauksen on todettu ainakin hetkellisesti parantavan nuoren hoitoon sitoutumista.

ASIASANAT:

Diabetes mellitus, insuline dependent, patient education, counseling, teaching and compliance

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Health care

Spring 2010 | Total number of pages 68

Instructors Satu Halonen and Jaana Uuttu

Katri Isokääntä and Iina Mäkinen

PATIENT EDUCATION FOR ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES

The number of diabetics is increasing and the patients are younger than before. The risk of Finnish children having diabetes is the highest in the whole world. The balance of treatment among young Finnish diabetics is far from the goals as well. Because of these factors the importance of patient education is emphasized. Patient education should belong to everyone who has a role in diabetes care.

The purpose of this thesis was to collect an evidence based documentation of patient education that adolescent type 1 diabetics are having and to find out what are the factors in patient education that support adolescent commitment to the treatment. The aim was to improve patient education given by nursing professionals.

This study was a literature review in which the systematic literature review was made in databases that are often used in the field of nursing. Based on the findings there were eight reliable and scientifically remarkable researches that were chosen for the analysis. In addition one research was collected manually. Material was analyzed by using the method of content analysis.

This study shows that patient education given to adolescents was often one-to-one education. Adolescents often felt that education was based on professionals' knowledge rather than adolescents' needs. Group education was used as well but not very commonly.

Patient education should be based on adolescents needs and be more individual. Adolescents' psychosocial wellbeing should be considered more. Nurses should encourage adolescents to discuss their feelings. Parental involvement should also be included in patient education. Group education should be used more often because of peer support it is given. It is shown that almost all patient education has improved adolescent's commitment to treatment at least for a while.

KEYWORDS:

Diabetes mellitus, insuline dependent, patient education, counseling, teaching and compliance

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 MURROSikäINEN JA TYYPIN 1 DIABETES	7
2.1 Murrosikäin vaikutukset diabeteksen tasapainoon	9
2.2 Murrosikäisen diabeetikon hoito	10
2.2.1 Insuliinihoito	11
2.2.2 Ruokavalio ja liikunta	12
2.2.3 Päihteet	13
2.2.4 Omahoito ja hoidon seuranta	15
2.3 Hoitamattoman diabeteksen seuraukset	16
3 HOIDONOHJAUS	19
3.1 Hoidonohjauksen lähtökohdat	19
3.2 Hoidonohjauksen menetelmät	21
3.3 Hoitoonsitoutuminen	23
3.4 Murrosikäisen diabeetikon hoidonohjaus	24
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	27
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	28
6 TULOKSET	32
6.1 Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikoiden saama hoidonohjaus	32
6.2 Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoonsitoutumista tukevat tekijät	44
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	57
8 POHDINTA	60
LÄHTEET	65

LIITTEET

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Tutkimuslupa

Liite 3 Taulukko analysoitavista tutkimuksista

TAULUKOT

Taulukko 1 Haut ja niiden tulokset	30
Taulukko 2 Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjasprosessi	33

Taulukko 3 Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon toteutunut hoidonohjaus	37
Taulukko 4 Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistujat	42
Taulukko 5 Organisaatiosta johtuvat tekijät	44
Taulukko 6 Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät	48
Taulukko 7 Hoidonohjaus	50
Taulukko 8 Psykkiseen ja sosiaaliseen tukeen liittyvät tekijät	53

1 Johdanto

Diabetesta sairastavien määrä on kaksinkertaistunut viime vuosina ja määrän arvioidaan lisääntyvän koko ajan. Lisäksi diabetes todetaan yhä nuoremmalla iällä. Tämän vuoksi diabeteksen hyvän hoitotasapainon merkitys korostuu entisestään. (Rintala ym. 2008, 7.) Suomalaisten lasten riski sairastua tyyppin 1 diabetekseen on maailman korkein (Vaarala 2004, 2).

Suomalaisten diabeetikoiden keskimääräinen sokeritasapaino on kaukana tavoitearvoista. Vuosina 2000–2001 suoritetussa tutkimuksessa ilmeni, ettei tyyppin 1 diabeetikoiden hoitotasapainossa ollut tapahtunut muutosta aiempiin vuosiin verrattuna. Tutkimuksen mukaan hoitotasapaino on erityisen huono niillä diabeetikoilla, jotka olivat tutkimushetkellä 15–20-vuotiaita sekä niillä, jotka olivat sairastuneet tyyppin 1 diabetekseen alle 15-vuotiaana. Tutkimus antaa viitteen siihen, että eniten tukitoimia ja muutoksia tarvittaisiin tulevaisuudessa murrosikäisten, alle 15-vuotiaiden, diabeetikoiden hoitotapoihin. (Valle & Tuomilehto 2004, 4, 9–10.)

Hoidonohjausosaaminen kuuluu jokaiselle potilaan hoitoon osallistuvalla. Hoidonohjaus on vuorovaikutus-, kasvu- ja oppimisprosessi, jossa terveydenhuollon ammattilainen toimii yksilön sekä hänen perheensä valmentajana, tukijana ja yhteistyökumppanina. (Rintala ym. 2008, 7.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa systemaattinen kirjallisuuskatsaus murrosikäisen tyyppin 1 diabeetikon hoidonohjauksesta ja selvittää, mikä tukee parhaiten murrosikäisen hoitoon sitoutumista. Aikaisempien tutkimusten pohjalta koottiin näyttöön perustuvaa tietoa aiheesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitotyön ammattilaisten murrosikäisen tyyppin 1 diabeetikon hoidonohjausta. Tutkimuksen tulokset esitellään Hoitonetissä, joka on Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteen ja Salon terveystieteiden keskuksen, Salon aluesairaalan ja Halikon sairaalan yhteistyönä toteutettu Internet-sivusto (Turun ammattikorkeakoulu 2008).

2 Murrosikäinen ja tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabetekseen sairastutaan pääsääntöisesti alle 35-vuotiaana, jonka vuoksi sitä kutsutaankin yleisesti nuoruustyypin diabetekseksi (Saraheimo & Kangas 2006a, 13). Nuoruuden käsite on liukuva. Nuoruus voidaan määritellä erilaisin ikärajoin, kehitysvaiheena tai elämänvaiheena. (Leppälahti 2008, 1.) Tässä tutkimuksessa murrosikäisellä tarkoitetaan lapsuuden ja aikuisuuden välille sijoittuvaa nuorta, rajaamatta ikää sen tarkemmin. Työssä käytetään termejä murrosikäinen ja nuori rinnakkain.

Tyypin 1 diabetes on sairaus, johon liittyy veren kohonnut sokeripitoisuus. Veren kohonnut sokeripitoisuus on seurausta energia-aineenvaihdintahäiriöstä, joka johtuu haiman tuottaman insuliinihormonin puutteesta tai sen toiminnan heikentymisestä. Häiriön seurauksena elimistö ei pysty muuttamaan ruoasta saamaansa sokeria elämälle välttämättömäksi ja elämää ylläpitäväksi energiaksi. Sokeriaineenvaihdintahäiriön lisäksi diabetekseen liittyy yleensä myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen. (Saraheimo & Kangas 2006b, 8.)

Verensokerin säätelyyn osallistuvat insuliini ja glukagoni -nimiset hormonit. Molempien hormonien tuotanto tapahtuu haimassa Langerhansin saarekkeeksi kutsutuissa solukasauimissa. Langerhansin saarekkeissa on kahdentyypisiä hormoneita tuottavia soluja, alfasoluja ja beetasoluja. Terveen ihmisen beetasolut tuottavat insuliinia, jota on elimistössä jatkuvasti tietty perusmäärä ja jonka erityis lisäänty ruokailun aiheuttaman verensokeritason noustessa. Insuliini aktivoi solut niin, että sokeri pääsee niihin ja ne voivat käyttää sokerista vapautuvan energian hyväkseen. Insuliini toimii siis eräänlaisena avaimena. Alfasolut taas aktivoituvat kun elimistön verensokeritaso laskee esimerkiksi syömättömyyden vuoksi. Alfasolut alkavat erittää glukagonia, hormonia, joka vapauttaa glykokeenin maksaan varastoituneen sokerin taas sokeriksi, jolloin se kulkeutuu vereen nostaen verensokeritasoa ja vapauttaen energiaa elimistön käyttöön. (Walker & Rodgers 2005, 10–11.) Diabeetikoilla tämä tarkka järjestelmä ei toimi, sillä tyypin 1 diabeteksessa haiman Langerhansin saarekesolut tuhoutuvat autoimmuunitulehduksen seurauksena, joka johtaa täydelliseen in-

suliinin puutteeseen. Tämän vuoksi tyypin 1 diabeetikko on täysin riippuvainen pistoksina annetusta insuliinista. (Saraheimo & Kangas 2006a, 13.)

Tyypin 1 diabetekselle altistavat yksilön geeniperimä ja ulkoiset ympäristötekijät yhdessä. Diabeteksen puhkeamiseen tarvitaan siis perinnöllinen alttius ja jokin ulkoinen, laukaiseva tekijä. Geeniperimä selittää tyypin 1 diabetekseen johtavista syistä noin 30–50 prosenttia. Loput sairastumiseen johtavista syistä löytyvät siis ympäristötekijöistä. Toistaiseksi ei ole varmuutta, että tyypin 1 diabetes johdusi nimenomaan jostain yksittäisestä tietystä ympäristötekijästä, vaan taudin puhkeamisen epäillään olevan monien tekijöiden summa. Sairastumista aiheuttaviksi ympäristötekijöiksi epäillään mahdollisesti joitakin virustulehduksia, varhaislapsuuden ruokavaliota ja ympäristömyrkyjä. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 2006, 26–27.)

Normaalisti ihmisen elimistön puolustussolut tunnistavat elimistön solut omiksi eivätkä tuhoa niitä. Diabeetikolla perimän ja ulkoisten tekijöiden laukaisemana alkaa tapahtuma, jossa diabeetikon elimistö virheellisesti tunnistaa haiman insuliinia tuottavan solukon vieraksi soluiksi ja alkaa tuhota sitä. Tätä tapahtumaa kutsutaan autoimmuunitulehdukseksi. Diabetekseen johtava tapahtumaketju alkaa useimmiten jo useita vuosia ennen taudin varsinaista puhkeamista. Tarvitaan useampia tulehdustapahtumia, jotka kaikki tuhoavat haiman solukkoa ja samalla lisäävät insuliinin tarvetta. Diabetekselle ominaiset oireet ilmaantuvat vasta, kun insuliinia tuottavista beetasoluista on jäljellä enää vain 10–20 prosenttia. (Saraheimo & Kangas 2006a, 14.)

Tyypin 1 diabeteksen puhjetessa oireet kehittyvät yleensä nopeasti ja ovat hyvin selkeät. Diabeteksen tyypillisiä oireita ovat väsymys, lisääntynyt virtsaamisen tarve, elimistön kuivuminen, voimakas janon tunne ja painon lasku. Oireet ovat seurausta insuliinihormonin puutteellisesta toiminnasta tai riittämättömyydestä, jonka seurauksena solut eivät pysty käyttämään ravinnosta saatua sokeria hyväkseen, vaan se kerääntyy vereen. Sokerin imeytymishäiriön vuoksi myös maksa alkaa tuottaa sokeria, joka lisää entisestään veren sokeripitoisuutta. (Walker & Rodgers 2005, 10–11; Saraheimo 2006, 26.)

Ylimääräinen veren sokeri poistuu elimistöstä munuaisten kautta erittymällä virtsaan vieden mukanaan sekä nestettä että energiaa. Elimistön kyvyttömyys käyttää sokeri energiaksi aiheuttaa elimistössä energian puutoksen, jonka tyyppillinen oire on väsymys. Painonlasku johtuu osittain nesteiden poistumisesta ja kuivumisesta, mutta puutteellinen insuliinivaikutus saa elimistössä aikaan myös rasva- ja lihaskudoksen katoa, joka on myös osasyynä painonlaskuun. (Saraheimo 2006, 26.)

2.1 Murrosiän vaikutukset diabeteksen tasapainoon

Murrosiässä tapahtuu nuoren fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kasvu ja kehitys lapsesta aikuiseksi. Samaan aikaan nuoren diabeteksen hoitotasapaino usein huononee. Hoitotasapainon heikkeneminen johtuu kasvavan nuoren elimistössä tapahtuvien muutosten vaikutuksesta insuliinin tarpeeseen. Voimistuvan kasvuhormonierityksen ja sen lisäämän insuliiniresistenssin vuoksi nuoren insuliinin tarve kasvaa. Sukupuolihormonien erittymisen käynnistyminen saattaa aiheuttaa ennalta arvaamattomia verenglukoosipitoisuuden heilahteluja. Tyttöillä myös kuukautiskierron vaihe voi vaikuttaa insuliinin tarpeeseen. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387.)

Nuoren laajeneva sosiaalinen elämä ja harrastukset lisäävät hoidon joustavuuden vaatimuksia. Aiempi varsin säännöllinen ja valvottu päivärhythmi muuttuu usein murrosiässä, jolloin nuoren aikaisemmin hyvin toiminut insuliinihoitomalli ei enää sovi epäsäännöllisemmän elämän vaatimuksiin. Ristiriitaa aiheuttaa diabeteksen hoidon vaatima säännöllisyys, etukäteissuunnittelu ja kurinalaisuus sekä nuoruusikään kuuluvan itsenäistymiskehityksen yhteensovittaminen. Nuoruusikään kuuluva riskikäyttäytyminen ja omien rajojen kokeilu voi aiheuttaa diabeetikkonuorelle vaaratilanteita. Murrosiän mukanaan tuomien normaaliengelmien lisäksi diabeetikkonuorella on taakkanaan pitkäaikaissairaus. Elinikäinen sairaus on nuorelle jo usein pelkkänä ajatuksena vaikea hyväksyä. Jokainen nuori haluaa olla normaali, eikä sairaus kuulu siihen maailmankuvaan. (Näntö-Salonen ym. 2004, 387; Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 7.)

Murrosiän hoitotasapainolla on merkitystä lisäsairauksien syntymisessä. Hyvä hoitotasapaino nuoruusiässä ehkäisee diabetekseen liittyviä verisuonikomplikaatioita ja samalla hidastaa niistä aiheutuvien elinmuutosten etenemistä. Huono hoitotasapaino johtaa mikrovaskulaarisiin komplikaatioihin jo varhain, eikä niitä myöhemmin enää pystytä täysin korjaamaan. Nuoruusiässä muotoutuvia hoitotottumuksia ja – tapoja on vaikea muuttaa myöhemmin. Tämän vuoksi nuoren hoitomotivaation heräämistä hoitotasapainon parantamiseksi ei voida jäädä vain odottamaan, vaan hoitoon tulisi panostaa alusta saakka. (Näntö-Salonen ym. 2004, 388; Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 10.)

2.2 Murrosikäisen diabeetikon hoito

Murrosikäisen diabeetikon hoidon tavoitteena on korjata mahdollinen insuliinipuute ja saavuttaa hyvä sokeritasapaino. Samalla estetään elinmuutokset ja hidastetaan niiden etenemistä. Lisäksi hoidon tavoitteena on turvata nuoren normaali fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kehitys. (Suomen Diabetesliitto 2005.)

Nuori siirtyy lastenyksikön hoidosta aikuisten diabetesyksikön hoidon pariin yksilöllisesti. Tarkkaa siirtymäikää ei ole määritelty ja siirtymävaihe voi vaihdella eri hoitopaikoista riippuen. Nuoren huono hoitotasapaino ja huoli nuoren omahoitoa vaativien kykyjen riittävydestä saattaa hidastaa siirtymistä. Jos nuoren sairautta on pitkään hoidettu lastentautiyksikössä, voi siirtyminen aikuisten puolelle venyä, koska ei haluta katkaista hyvää ja turvallista hoitosuhdetta. Toisaalta, jos diabetekseen sairastuu vasta 16-vuotiaana, on hoitopaikka alusta asti aikuisten puolella. (Tulokas 2006, 369.)

Hoitovastuun siirtäminen nuorelle on yksilöllinen prosessi, joka etenee sitä mukaa, kun nuori kasvaa ja kehittyy (Hyvärinen 2005, 28). Vanhemmat jäävät pois hoidosta pikkuhiljaa ja vastuu hoidosta siirtyy vähitellen nuorelle itselleen. Ohjeet, jotka aikaisemmin annettiin vanhemmille, annetaan nyt nuorelle itselleen. Vaikka nuori alkaa käydä yksinään poliklinikkakäynneillä, on vanhempien informointi edelleen tärkeää. (Tulokas 2006, 369.)

On tärkeää, että vastuunsiirrossa edetään nuoren ehdoilla. Vastuun jakamisessa nuoren ja vanhempien välillä tulee huomioida, että nuori kasvaa vastuuseen asteittain, jolloin kahta edistysaskelta kohden saattaa tapahtua yksi askel taaksepäin. Vanhempien on myös huomioitava, että nuorelle asetettu liian suuri vastuu diabeteksen hoidosta liian varhain voi kostautua nuoren hoitoväsymykseenä. (Hyvärinen 2005, 28.)

Nuoren ottaessa itse vastuun hoidostaan on hänen sairautta koskevat tiedot ja taidot saatettava ajan tasalle. On tärkeää varmistaa, että nuorella on riittävät perustiedot diabeteksen hoidosta, sillä pitkäkään sairastamisikä ei takaa sitä, että nuorella olisi oikeanlaista tietoa sairaudestaan. Varhaisessa iässä diabetekseen sairastunut nuori tarvitsee yleensä perusteellisen asioiden kertauksen ja tämä kertaus olisi hyvä tehdä ennen hankalinta murrosiän kuohuntaa. (Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 8.)

2.2.1 Insuliinihoito

Tyypin 1 diabeteksessä hoitona on aina insuliinihoito. Insuliinihoidon tavoitteena on jäljitellä mahdollisimman tarkasti terveän ihmisen insuliinieritystä. Insuliinihoidossa insuliinihormonia annostellaan pistoksena ihon alle. Parhaisiin tuloksiin päästään insuliinipumppuhoidolla, jossa ihon alle kiinnitetty pumppu säännöstelee insuliinin määrää. Myös insuliinin monipistoshoidossa päästään hyviin tuloksiin. Tällöin insuliini jaetaan perusinsuliinin tarpeen tyydyttävään pitkävaikutteiseen insuliiniin ja aterioiden yhteydessä verensokeria tasaaviin lyhytvaikutteisiin insuliineihin tai ateriainsuliineihin. (Seppänen & Alahuhta 2007, 19–25.)

Insuliinin tarve on yksilöllinen. Aikuisella tarve on noin yksi yksikkö insuliinia 10 grammaa hiilihydraattia kohden. Yksilöllinen tarve kuitenkin vaihtelee välillä 0,5–2 KY/10g hiilihydraattia. Nuoren insuliinin tarpeeseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten paino, liikunta, stressi, tulehdussairaudet sekä ruokavalio ja sen sisältämien hiilihydraattien verensokeria nostattava vaikutus. Tarpeeseen vaikuttaa myös vuorokauden aika siten, että pikainsuliinin tarve on usein aamuisin suurempi kuin iltaisin. (Torssonen & Lyytinen 2008, 14.)

Tyypin 1 diabeetikon insuliinihoidossa keskeisintä on pistetyn insuliinin, syötyjen hiilihydraattien ja fyysisen rasituksen yhteensovittaminen. Diabeetikon insuliinihoito suunnitellaan aina yksilöllisesti ja sen perustana on nuoren päivärytmi, aiemmat ruokailu- ja liikuntatottumukset sekä työn rasittavuus. Diabeetikon insuliiniannokset määritellään juuri hänelle sopiviksi ja nuoren diabeetikon omahoidossa onkin tärkeää, että hän itse pystyy arvioimaan insuliiniannoksen määrän tarvettaan vastaavaksi. (Seppänen & Alahuhta 2007, 19–25.)

2.2.2 Ruokavalio ja liikunta

Terveellinen ruokavalio on tärkeä tekijä diabeteksen hoitotasapainon saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. Diabeetikon ruokavalio on käytännössä sama, jota suositellaan kaikille suomalaisille yleensä. (Aro & Torssonen 2007, 4.)

Diabeetikon ruokavaliossa hiilihydraattien merkitys on kuitenkin korostunut. Pääsääntöisesti hiilihydraattipitoisia ruokia ovat viljatuotteet, hedelmät, marjat, peruna ja nestemäiset maitotuotteet (Ruuskanen 2007, 14). Diabeetikon tulisi suosia matalan glykemiaindeksin omaavia ruoka-aineita eli ruokaa, joka nostaa hitaasti verensokeria. Ruuan glykemiaindeksi kuvaa siis sitä, miten ruuan sisältämät hiilihydraatit imeytyvät suolistosta vereen. (Aro & Torssonen 2007, 4-5.)

Käytännössä valitsemalla täysjyvätuotteita, käyttämällä ruoan valmistuksessa paljon kasviksia, välttämällä makeisia ja leivonnaisia ja suosimalla rasvattomia tai vähärasvaisia maitotuotteita, diabeetikko automaattisesti valitsee matalan glykemiaindeksin omaavia ruokia. Lisäksi diabeetikon tulisi välttää kovia tyydyttyneitä rasvoja, suosia pehmeitä kerta- ja monityydyttyneitä rasvoja sekä rajoittaa runsasta suolansaantia. Diabeetikon ruuasta saamasta kokonaisenergiasta 45–60 prosenttia tulisi saada hiilihydraateista, 25–35 prosenttia rasvasta ja 10–20 prosenttia proteiinista. Diabeetikoille suositellaan runsaskuituista ruokavalioita, jossa kuitujen päivittäinen saantisuositus on 40 grammaa. Runsaskuituinen ruokavalio auttaa alentamaan verensokeritasoa yleensä ja erityisesti aterioiden jälkeen. Se vähentää tyypin 1 diabeetikon matalia verensokeriarvoja ja on siten yhteydessä parempaan hoitotasapainoon. (Aro & Torssonen 2007, 4-5.)

Monipistoshoito ja pikainsuliini ovat mahdollistaneet joustavamman ateriarytmin ja monipuolistaneet diabeetikkojen ruokavaliota. Annoskoon ja –ajan voi helpommin määrittää tilanteen ja nälän vaatimalla tavalla. Tästä huolimatta säännöllinen ateriarytmi sisältäen 4-6 ateriaa ja aterioiden hiilihydraattien kertamäärien kohtuullisuus helpottavat tarvittavien insuliiniannosten arviointia. (Torssonen & Lyytinen 2008, 14.)

Säännöllinen kohtuullisen kuormittava liikunta on välttämätön osa diabeetikon kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimusten mukaan säännöllinen liikunta parantaa verensokeritasapainoa ja lisää ihmisen toimintakykyä, helpottaa painonhallintaa sekä virkistää mieltä. (Kaisanlahti 2008, 24.) Liikunta laskee verenglukoosia kuluttamalla hiilihydraatteja ja parantamalla insuliiniherkkyyttä. Diabeetikon tulisi osata ennakoida tulevan päivän fyysinen rasittavuus ja mahdolliset liikuntasuoritukset, jotta hän voi arvioida tarvittavan insuliinin määrää ja siten estää rasituksesta aiheutuvaa liiallista verensokeritason laskua. (Torssonen & Lyytinen 2008, 15–16.)

2.2.3 Päähteet

Alkoholinkäyttö on lain mukaan sallittu 18 vuotta täyttäneille (Suomen Diabetesliitto 2005). Alkoholien käytön suhteen diabeetikoille pätevät samat suositukset kuin muullekin väestölle eräin tarkennuksin. Miesten päivittäinen alkoholien käyttö ei saisi ylittää kahta ja naisten yhtä ravintola-annosta vastaavaa määrää. Yhdellä ravintola-annoksella tarkoitetaan noin 14 grammaa alkoholia, mikä vastaa esimerkiksi yhtä pulloa olutta tai 12 senttilitraa viiniä. Kokonaan alkoholista pidättäytymistä suositellaan raskaana oleville sekä diabeetikoille, joilla on sairastettuja haimatulehduksia, vaikea hermovaurio eli neuropatia, suuri veren rasva- eli triglyseridipitoisuus tai alkoholiriippuvuus. (Ilanne-Parikka 2009.) Suositellaan kuitenkin, että diabeetikko saisi käyttää alkoholia vain, jos diabeteksen hoitotasapaino on hyvä (Salaspuro 2005).

Alkoholien vaikutus verensokeriin riippuu alkoholien määrästä ja laadusta sekä sen suhteesta ruokailuun. Ruokailun yhteydessä alkoholien kohtuunnoksilla ei ole merkittävää vaikutusta verensokeriarvoihin. Jos diabeetikko haluaa nauttia

alkoholia, tulisi hänen valita mietoja ja vähäsokerisia juomia. Erittäin runsaasti sokeria sisältäviä juomia diabeetikon tulisi välttää. (Salaspuro 2005; Ilanne-Parikka 2009.)

Alkoholi estää sokerin uudismuodostusta maksassa. Tästä syystä alkoholin käyttö ilman samanaikaista ruokailua voi johtaa liian alhaiseen verensokeritasoon insuliinia tai insuliinin eritystä lisääviä diabeteslääkkeitä käytettäessä. Alkoholin vaikutuksen alaisena liian matalasta verensokerista toipuminen huonontuu ja hypoglykemia voi jatkua pitkään. Hypoglykemian oireet voivat myös muistuttaa humalatilaa ja ne voidaan sekoittaa toisiinsa. (Ilanne-Parikka 2009.)

Alkoholin säännöllinen, vaikkakin kohtuullinen käyttö voi huonontaa diabeetikon hoitotasapainoa ja runsas alkoholin käyttö aiheuttaa jo vakavampia haittoja. Alkoholin suurkulutus huonontaa diabeteksen hoitotasapainoa ja sen seurauksena lisää erilaisten komplikaatioiden, kuten impotenssin, silmänpohjavaurion ja ääreisherमतulehduksen mahdollisuutta. (Salaspuro 2005.)

Runsas alkoholin käyttö estää siis sokerin vapautumisen maksasta sokkitilanteessa ja estää elimistön omat korjaustoimenpiteet. Alkoholin käyttö onkin useimmiten syynä sokkikuolemiin. (Ilanne-Parikka 2009.) Alkoholin käytön pahin vaara liittyy kuitenkin alentuneeseen hoitomotivaatioon. Alkoholin käytöstä johtuva hoidon laiminlyönti voi johtaa hengenvaaralliseen hypoglykemiaan eli verensokerin laskuun tai ketoasidoosiin eli koholla olevan verensokerin aiheuttamaan happomyrkytykseen. (Salaspuro 2005.)

Huolimatta siitä, että tupakoinnin terveyshaitoista yleensä tiedetään, monet tupakoivat. Myös diabeetikot tupakoivat saman verran kuin muutkin, vaikka tupakointi lisää selvästi lisäsairauksien riskiä. Tupakoinnilla on pieniä verisuonia supistava vaikutus. Tupakointi voi vaikuttaa edistävästi diabetekseen liittyviin verisuonivaurioihin munuaisissa, silmänpohjissa ja hermoissa. Koska diabeetikoiden riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on muutenkin suurempi kuin muilla, tupakointi on erityisen haitallista diabeetikoille. (Ilanne-Parikka 2009.)

Sen lisäksi, että huumeiden käyttö on lainvastaista ja voi johtaa riippuvuuteen ja siihen liittyviin henkisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin, huumeilla voidaan ajatella olevan vaikutuksia myös diabeteksen hoitoon. Päihtymystila estää diabeteksen hoidosta ja ruokailusta huolehtimisen, mikä voi aiheuttaa insuliini-diabeetikolle hengenvaarallisen happomyrkytyksen jopa 12 tunnin kuluessa. Useat huumeet saavat aikaan elimistössä kiihtymistilan, jonka vaikutuksesta verensokeri voi nousta. Huumeiden käyttöön liittyy myös pulssin kiihtymistä ja verenpaineen nousua, mikä voi olla diabeetikolla haitallista. Päihderiippuvuus saattaa helposti jättää diabeteksestä huolehtimisen toiselle sijalle. (Ilanne-Parikka 2009.)

2.2.4 Omahoito ja hoidon seuranta

Diabeetikon omahoidolla tarkoitetaan lääkityksen, liikunnan, aterioiden ja oman elämänrytmin päivittäistä yhteensovittamista (Winell & Reunanen 2006, 11). Diabeetikon hoidon onnistumisen kannalta on erityisen tärkeää, että hoitoa ja sen tuloksia seurataan. Verensokerin omaseuranta on avainasemassa diabeteksen hoidossa. Omaseurannassa saadaan tietää diabeetikon juuri sen hetkisen verensokeritaso ja näin voidaan arvioida insuliinihoidon onnistumista. Verensokerin mittaus on ainoa tapa saada selville, onko verensokeri tavoitetasolla. (Seppänen & Alahuhta 2007, 115.)

Diabeteksessa suurin hoitovastuu on diabeetikolla itsellään. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että diabeetikko oppii tulkitsemaan ja hyödyntämään omia verensokerimittaus tuloksiaan. Tällöin diabeetikko pystyy itse tarvittaessa muokkaamaan insuliinihoitoaan tarvettaan vastaavaksi. Verensokerin omaseurannan avulla voidaan selvittää ruuan, liikunnan, insuliinin, stressin ja arjen tapahtumien vaikutusta verensokeriarvoihin. (Seppänen & Alahuhta 2007, 115.)

Tyypin 1 diabeetikon hyvän hoitotasapainon ylläpitäminen vaatii yleensä 4-6 verensokerimittausa vuorokaudessa. Hyvässä hoitotasapainossa olevalla voi harvempikin mittauskerta olla riittävä, mutta toisinaan tarvitaan tihennettyä verensokeriseurantaa. Tihennettyä seurantaa tarvitaan etenkin hoidon alussa tai sitä muutettaessa tilanteissa, jolloin verensokeri ei ole tasapainossa esimerkiksi

tulehdussairauden yhteydessä tai jos esiintyy matalan tai korkean verensokerin oireita. (Seppänen & Alahuhta 2007, 115–119.)

Verensokeri olisi hyvä mitata aamulla ennen aamupalaa, jolloin saadaan paastoarvo. Paastoarvon ja ennen aterioita otettavien verensokeriarvojen tavoitearvot ovat 4-6mmol/l. Ennen ateriala otetusta arvosta voi päätellä pitkävaikutteisen insuliinin riittävyttä ja insuliiniannosten sopivuutta suhteessa aterioihin, liikuntaan ja työskentelyyn. Ennen ateriala otettavasta arvosta voidaan myös päätellä, kuinka paljon aterialla pistettävää insuliinia tulee annostella, ottaen samalla huomioon aterian hiilihydraattipitoisuuden. Aterian jälkeen 1,5 tuntia otetusta sokeriarvosta voidaan päätellä, onko ateriainsuliiniannos ollut riittävä aterian hiilihydraattimäärään nähden. Aterian jälkeisen verensokeriarvon tavoitetaso on 8-10mmol/l. Illalla ennen nukkumaan menoa arvon tulisi olla 8mmol/l. (Seppänen & Alahuhta 2007, 119.)

Veren omaseurannan lisäksi seuranta- ja vuosikontrollikäynneillä seurataan sokerihemoglobiinia eli HbA1c-arvoa. HbA1c verikoe kertoo mittauksesta edeltäneen noin kahden kuukauden keskimääräisen verensokeritason. HbA1c-arvolla ei tarkoiteta verensokerin omaseurantatulosten keskiarvoa, vaan se kertoo siitä, miten sokeroitunutta veren hemoglobiini on. Terveillä henkilöillä HbA1c arvo on 4-6 prosenttia. Insuliinihoitoisen diabeetikon tavoitearvo on 6,5–7,5 prosenttia. Alhaisemmillä arvoilla diabeetikon hypoglykemiariski kasvaa ja korkeammilla arvoilla lisäsairauksien riski lisääntyy. (Seppänen & Alahuhta 2007, 121.)

2.3 Hoitamattoman diabeteksen seuraukset

Rasvahappojen epätäydellinen palaminen aiheuttaa happomyrkytyksen eli ketoasidoosin. Oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut ja hengityksen asetonista johtuva hapanimelä haju. Oireet johtuvat insuliinin puutoksesta, jolloin elimistön solut alkavat käyttää elimistön rasvakudoksia energianlähteenään. Happomyrkytys on aina hengenvaarallinen tila, joka voi hoitamattomana johtaa uneliaisuuteen ja tajuttomuuteen. (Saraheimo 2006, 26.)

Liian matalan verensokeripitoisuuden eli hypoglykemian riski on aina mahdollinen tyypin 1 diabeetikoilla. Tämä on seurausta diabeteksen vaatimasta insuliinihoidosta. Insuliinihoidossa pistetyn insuliinin vaikutusta pistoksen antamisen jälkeen ei voi enää vähentää. Terveellä ihmisellä insuliinin vaikutus ja erittyminen vähenevät kun verensokeripitoisuus alkaa laskea. Verensokerin laskiessa terveessä elimistössä käynnistyy verensokeria nostattavan glukagonihormonin ja muiden vastavaikuttajahormonien erittyminen. Tämän vuoksi terveen ihmisen verensokeri ei yleensä laske alle 4 mmol/l. Diabeetikolla glukagonihormonin erittyminen kuitenkin heikkenee ja usein loppuu kokonaan 4-5 vuotta sairastumisen jälkeen. Muiden verensokeria nostattavien vastavaikuttajahormonien vaikutus kuitenkin säilyy diabeetikoillakin. (Lahti 2006, 49; Kangas 2006, 314–315.)

Verensokeri voi laskea liikaa esimerkiksi silloin, kun pistetyn insuliinin ja harrastetun liikunnan verensokeria alentava vaikutus on suurempi kuin ruuan verensokeria nostattava vaikutus. Seurauksena voi olla hypoglykemia ja sitä seuraava insuliinisokki eli lyhytkestoinen tajuttomuus. Liian matala verensokeri tai sen aiheuttama tajuttomuus ei vaikuta pysyvästi älyllisiin toimintoihin, eikä hetkellinen tajuttomuus aiheuta pysyviä vaurioita keskushermostossa. Matala verensokeri aiheuttaa kuitenkin tilapäisesti älyllisten toimintojen häiriintymistä. (Kangas 2006, 314.)

Hypoglykemian oireita ovat neurogeeniset oireet kuten vapina, sydämentykytys, hikoilu, näläntunne ja tuntoharhat sekä aivojen energianpuutteesta johtuvat oireet muun muassa keskittymisvaikeudet, sekavuus, uneliaisuus, kouristukset ja tajuttomuus. Normaalisti nämä oireet toimivat varoitusmerkkeinä liian alhaisesta verensokeripitoisuudesta diabeetikolla. Hypoglykemat voivat olla myös oireettomia, ilman ennakkovaroituksia ilmaantuvia. Tällaisiksi oireettomiksi hypoglykemat muuttuvat usein vuosien sairastamisen jälkeen, jolloin vakavien hypoglykemioiden riski kymmenkertaistuu. Hypoglykemioista noin puolet ilmaantuu yöllä pitkän paaston aikana. (Lahti 2006, 49.)

Diabetekseen liittyy aina myös lisäsairauksien riski. Lisäsairaudet aiheutuvat koholla olevan verensokerin aiheuttamista elinmuutoksista ja ne kehittyvät hiljal-

leen vuosien tai vuosikymmenien kuluessa. Huono diabeteksen hoitotasapaino on tärkein elinmuutoksille altistava tekijä. (Walker & Rodgers 2005, 11–13; Mustajoki 2009.)

Suuri verensokeripitoisuus vahingoittaa pieniä verisuonia ja valtimoita, minkä seurauksena tiettyjen elinten toiminta voi häiriintyä vakavasti. Seurauksena voi olla silmän verkkokalvon sairaus eli retinopatia, joka ajan mittaan heikentää näköä. Toinen merkittävä sairaus on munuaissairaus eli nefropatia. Sen ensimmäinen ilmenemä on virtsan valkuaismäärän suureneminen. Vuosien kuluessa sairaus voi aiheuttaa vaikean munuaisten vajaatoiminnan. Kolmas merkittävä sairaus on ääreishermoston häiriö eli neuropatia, joka ilmenee etenkin alaraajoissa. Se aiheuttaa särkyä sekä tunnottomuutta. Tuntoaistin ja verenkierron heikentymisen seurauksena jalkoihin voi syntyä pitkäaikaisia ja vaikeasti hoidettavia haavaumia ja tulehduksia. Diabeetikoilla esiintyy myös selvästi tavallista enemmän valtimotautia eli ateroskleroosia ja siihen liittyviä sairauksia, kuten sydäninfarkteja ja aivoverenkierron häiriöitä. Niiden määrä on jopa kolme kertaa suurempi kuin muilla. (Mustajoki 2009.)

Pitkäaikaisen verensokeritasapainon ollessa vuosikausia korkea, HbA1c-arvo kahdeksan prosenttia, lisätautien vaara on viisinkertainen normaaliin HbA1c-arvoon verrattuna. HbA1c-arvon ollessa 10 prosenttia lisätautien vaara on 18 kertaa suurempi ja arvon ollessa 12 prosenttia lisätautien vaara on 50 kertaa suurempi kuin normaalin sokerihemoglobiini arvon vallitessa. Siksi diabeteksen hoidossa pyritään pitämään verensokeri niin lähellä normaalia kuin mahdollista. (Mustajoki 2009.)

3 Hoidonohjaus

Hoidonohjaus on prosessi, joka etenee vaiheittain. Aluksi määritellään ohjauksen tarve, jonka pohjalta tehdään suunnitelma hoidonohjauksen toteuttamiseksi. Hoidonohjauksen toteutumisen ja vaikuttavuuden arviointi on tärkeä osa ohjausprosessia. (Iso-Kivijärvi ym. 2006,10.)

Sairastuessa sekä sairastunut että hänen omaisensa kokevat epävarmuutta, avuttomuutta ja turvattomuutta. Selviytymisen kannalta on tärkeää, että sairastuneelle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa sairaudesta, odotettavissa olevista tutkimuksista sekä hoidoista. Tietous sairaudesta mahdollistaa sairastuneen osallistumisen päätöksentekoon sekä edistää hänen itsehoitovalmiuksiaan. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.) Laadukas ohjaus tukee selviytymistä sairauden kanssa, edistää elämänlaatua ja hoitoonsitoutumista, lisää tyytyväisyyttä hoitoon ja turvallisuuden tunnetta, vähentää ahdistusta ja pelkoja, edistää kotihoitoa ja vähentää terveystalvelujen käyttöä (Kyngäs 2008, 27).

3.1 Hoidonohjauksen lähtökohdat

Hoidonohjauksen toteutusta ohjaavat sekä kansainväliset sopimukset että kansalliset lait ja asetukset. Lait ja asetukset ovat sekä pohjana että veloitteena hoitajan toiminnalle ohjaustilanteessa. Hoitaja sitoutuu muun muassa huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Hoidonohjaus tulee myös aina toteuttaa potilaan suostumuksella sekä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Lahtinen 2006, 6, 7.)

Lakien ja asetusten lisäksi toimintaa ohjaustilanteessa ohjaavat myös valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Periaatteet koskevat jokaista terveydenhuollossa toimivaa. Terveydenhuollon eettiset periaatteet määrittävät ohjauksen perustaa ja auttavat hoitajaa toimimaan eettisesti oikein ohjaustilanteessa. Hoitajan on myös toimittava yhteistyössä kollegoiden ja muiden ammatin edustajien kanssa pyrkiessään potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon. (Lahtinen 2006, 6, 7.)

Laadukkaan ohjauksen lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, joka edellyttää hyvää potilaan ja hänen tarpeidensa tuntemusta. Laadukas ohjaus määritellään ohjaustilanteeseen sidoksissa olevaksi, ohjattavan ja ohjaajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa ohjattava ja ohjaaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kyngäs 2008, 27.)

Hoidonohjauksessa hoitaja on ohjauksen ja asiakas oman elämänsä asiantuntija. Ohjauksen tarve määrittyy asiakkaan terveysongelmien tai elämäntaito-ongelmien perusteella. Tarve voi olla seurausta elämäntilanteen muutoksesta, sairauden vaiheesta tai elämänkulun eri vaiheesta. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Jos potilas kokee saavansa samanlaista ohjausta hoitopolun kaikissa vaiheissa, hänen mielenkiintonsa asiaa kohtaan saattaa loppua tai hän voi tuntea itsensä aliarvioiduksi (Iso-Kivijärvi ym. 2006,16). Hoitajan tehtävä on tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhteistyössä asiakkaan kanssa (Kyngäs ym. 2007, 26).

Asiakkaan taustatekijät vaikuttavat asiakkaan kykyyn omaksua ohjausta ja määrittävät asiakkaan ohjauksen tarvetta. Myös hoitajan on tunnettava ja ymmärrettävä omat taustatekijänsä ja niiden mahdollinen vaikutus hoidonohjaukseen. Hoidonohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat asiakkaan motivaatio, terveysuskomukset, mieltymykset, odotukset, kokemukset sekä oppimistyyli ja -valmiudet. Ohjauksen kannalta merkittäviä sosiaalisia taustatekijöitä ovat asiakkaan sosiaaliset, kulttuurisidonnaiset, uskonnolliset ja eettiset tekijät, jotka ohjaavat asiakkaan toimintaa. Asiakkaan perhe ja läheiset sekä heiltä saatu tuki vaikuttavat myös ohjaukseen ja sen tarpeeseen. Läheisten ohjaustarve tulee myös huomioida. Ympäristöön liittyvistä taustatekijöistä tärkeimpiä ovat itse fyysinen tila, jossa ohjaustilanne toteutetaan sekä asiakkaan ja ohjaajan välinen vuorovaikutussuhde. Hoidonohjausta tukevia ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat kiireettömyys, häiriötekijöiden minimoiminen ja ohjauksen suunnitelmallisuus. (Kyngäs ym. 2007, 25–37; Kyngäs 2008, 30–36.)

3.2 Hoidonohjauksen menetelmät

Sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii tietoa siitä, mikä on ohjauksen päämäärä ja miten asiakas omaksuu asioita (Kyngäs ym. 2007, 73). Asiakkaiden tavat hankkia ja käsitellä tietoa ovat erilaisia. Visuaalisesti suuntautunut henkilö oppii näkemällä ja katselemalla, audittiivisesti suuntautuneella oppijalla korostuu kuuloaistin ja kuulemisen merkitys kun taas kinesteettinen oppija oppii parhaiten kokeilemalla ja tekemällä itse (Vaasan yliopisto 2009). Useiden eri aisteihin perustuvien ohjausmenetelmien käyttö samanaikaisesti tukee asiakkaan tiedon omaksumista parhaiten. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Ohjaus annetaan yleensä suullisesti ja sitä voidaan tukea erilaisin oheismateriaalein. Ohjauksen kulmakivenä on ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutus. Vuorovaikutuksen tulee olla kaksisuuntaista, joka mahdollistaa myös asiakkaan aktiivisen roolin. Hyvä vuorovaikutus antaa asiakkaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ohjausmenetelmistä yleisin on yksilöohjaus, jota pidetään usein oppimisen kannalta myös tehokkaimpana menetelmänä. Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen saamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Yksilöohjauksen etuna on, että ohjauksessa pureudutaan juuri kyseisen henkilön ongelmiin ja tarpeisiin. Ongelmien ja tarpeiden selvittämiseksi hoitajan tulee osata kuunnella ja havainnoida asiakasta oikein. Yksilöohjauksessa hoitajan rooli ja kyky ohjata korostuu. Yksilöohjaus on aikaa ja resursseja vaativaa. (Kyngäs ym. 2007, 74,79.)

Terveystieteidenhuollossa on myös yleisesti käytössä ryhmäohjaus oppimismenetelmänä. Ryhmäohjausta annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmän tavoite muodostuu ryhmien ja ryhmäläisten omien tarpeiden mukaan. Yhteinen tavoite tai tehtävä lisää ryhmäläisten yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sitouttaa heidän haluaan toimia ryhmässä. Hyvä ryhmän sisäinen vuorovaikutus lisää ryhmän turvallisuutta ja ryhmän jäsenten toisiaan kohtaan

tuntemaa luottamusta. Toimivan ryhmän jäsenet kannustavat ja tukevat toisiaan sekä välittävät ja pitävät huolta toisistaan. Ryhmään kuuluminen ja sitä kautta saatava vertaistuki auttaa yksilöä jaksamaan ja antaa tukea tavoitteiden saavuttamiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 104–106.)

Ryhmäohjaajana toimivalla hoitajalla on oltava hyvät ryhmän ohjaustaidot. Ryhmäohjauksessa hoitajalla on vastuu ryhmän turvallisuudesta ja toimivuudesta. Hoitaja toimii ryhmän suunnannäyttäjänä, huolehtii vuorovaikutuksesta, organisoii ryhmän toimintaa, huolehtii resursseista sekä välittää tietoa ja antaa palautetta. Ryhmäohjaus on taloudellisesti kannattavaa ja sen avulla on toisinaan mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. (Kyngäs ym. 2007, 104,108.)

Audiovisuaalinen ohjaus on menetelmä, jota käytetään muun opetuksen tukena. Sen tarkoituksena on syventää ja helpottaa jo opitun tiedon ymmärtämistä. Audiovisuaalinen ohjaus on myös toimiva tapa välittää tietoa omaisille. Audiovisuaalista ohjausta voidaan toteuttaa erilaisten teknisten laitteiden avulla. Ohjaus voi olla puhelimesta tai verkossa tapahtuvaa tai se voidaan toteuttaa myös erilaisten videoiden tai äänitteiden muodossa. Myös kirjallisten ohjeiden jakaminen ja konkreettisesti havainnollistaminen on audiovisuaalista ohjausta. (Kyngäs ym. 2007.116–130.)

Audiovisuaalinen ohjaus voi aiheuttaa väärinkäsityksiä, jos sen antaman tiedon ymmärtämistä ei varmisteta. Tämän vuoksi audiovisuaalisen ohjauksen yhteydessä asiakkaalla tulisi aina olla mahdollisuus myös henkilökohtaiseen kontaktiin hoitajan kanssa. Toisaalta ohjaus voi myös oikaista jo syntyneitä väärinkäsityksiä tai helpottaa asian ymmärtämistä. Audiovisuaalisen ohjauksen etuina pidetään ohjauksen oikeaa aikaisuutta ja taloudellisuutta. Sitä rajoittavia tekijöitä ovat asiakkaan rajalliset mahdollisuudet tekniikan käyttöön. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

3.3 Hoitoonsitoutuminen

WHO määrittelee hoitoonsitoutumisen seuraavasti: ”Se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita”. Hoitoonsitoutumisessa korostuu potilaan aktiivinen rooli oman hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa. Hoitoonsa sitoutunut potilas noudattaa tietynlaisia käyttäytymismalleja, jotka vaikuttavat edistävästi hänen terveyteensä tai on valmis muuttamaan käyttäytymistapojaan omaa terveydentilaansa parantaviksi. (WHO 2003, 21.)

Kyngäs (1995) määrittelee diabeetikkonuorten hoitoonsitoutumisen vapaaehtoisuuteen ja aktiivisuuteen perustuvana käyttäytymisenä liittyen diabeteksen hoitoon. Hoitoonsitoutuminen kuvaa sitä, miten hyvin nuori on sitoutunut noudattamaan terveydenhuoltohenkilöstön kanssa yhdessä sovittuja diabeteksen hoidon edellyttämiä ohjeita, miten hyvin hän on hoito-ohjeet sisäistänyt ja miten hän on sitoutunut omaan hoitoprosessiinsa. Hoito-ohjeiden sisäistäminen näkyy niiden joustavana toteuttamisena. (Kyngäs 1995, 19.) Tällöin nuoren toimintaa ei ohjaa rangaistuksen pelko, miellyttämisen halu eikä tehtyjen sopimusten itsearvoinen kunnioitus, vaan moraalinen vastuu ohjeiden noudattamisesta. Hoitoonsitoutumattomalle diabeetikkonuorelle ohjeiden noudattaminen on pakonomaista toimintaa, hän laiminlyö hoito-ohjeita ja on passiivinen omaa hoitoaan koskevissa asioissa. (Kyngäs 1993, 4-5.)

Hoitoonsitoutumiseen vaikuttavat monet eri tekijät, jotka voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat kognitiiviset tekijät, persoonallisuustekijät, elämänasenne, uskomukset, arvot ja asenteet, pelot, sairauteen liittyvät tekijät sekä elämänhallinta. Ulkoisia tekijöitä ovat hoitoon liittyvät tekijät, henkilökuntaan liittyvät tekijät sekä sosiaalisen verkon tuki. (Savikko & Pitkälä 2006, 5.)

Tutkimukset osoittavat, että tärkeimmät hoitoonsitoutumista säätelevät tekijät liittyvät enemmän asenteisiin ja arvoihin kuin väestötilastollisiin tai aineenvaihdunnallisiin tekijöihin. Hoitomotiivaatio on yksi tärkeimmistä hoitoonsitoutumista

edistäväistä tekijöistä, mutta myös perheenjäseniltä sekä ystävilä saatu tuki auttaa nuoria sitoutumaan hoitoonsa. Hoitoonsitoutumiseen on todettu vaikuttavan myös sairauden ja sen hoidon aiheuttamat tunteet, kuten syyllisyys, häpeä, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Lisäksi sairauden psyykkisellä ja sosiaalisella vaikutuksella nuoren elämään on merkittävä yhteys siihen, miten nuori sitoutuu hoitoonsa. (Kyngäs & Rissanen 2001, 199; Savikko & Pitkälä 2006, 4.)

Nuorten diabeetikoiden hoito on haaste myös terveydenhuoltohenkilöstölle. On todettu, että hoitoonsitoutumiseen vaikuttavat hoitavan henkilön ja potilaan vuorovaikutuksen laatu, terveydenhuoltojärjestelmän toiminta ja yksilön mahdollisuudet vaikuttaa itseensä kohdistuviin hoitotoimintoihin. (Kyngäs & Rissanen 2001, 199.) Ensisijaisesti hoidon tulee olla asiakaslähtöistä, jossa ihminen on itse oman elämänsä paras asiantuntija ja viime kädessä päättää, miten hän hoitonsa toteuttaa (Savikko & Pitkälä 2006, 4).

3.4 Murrosikäisen diabeetikon hoidonohjaus

Murrosikäisen diabeetikon hoidon tavoitteena on saada nuori kantamaan vastuu hoidostaan, olemaan itsenäinen ja hoitohenkilökunnasta riippumaton hoidon toteuttaja. Ohjauksen avulla pyritään sovittamaan diabetes osaksi nuoren elämää, rajoittamatta tai muuttamatta nuoren elämäntapoja liikaa. Hoidonohjauksessa autetaan nuorta hankkimaan diabeteksen hoidossa tarvittavat tiedot ja taidot. (Suomen diabetesliitto 2005.)

Diabeetikkojen hoidonohjaukseen kannattaa panostaa, koska diabetekseen liittyy aina vakavien lisäsairauksien riski. Lisäsairaudet ovat usein sellaisia, että ne heikentävät diabeetikkojen fyysistä toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisäävät inhimillisiä kärsimyksiä. Lisäsairauksien ilmeneminen myös nostaa hoitokustannuksia monikymmenkertaisesti. (Rissanen & Koski 2008, 18.)

Tärkeintä diabetesta sairastavan nuoren hoidossa on herättää ja ylläpitää halu, kyky ja voimavarat hoidon toteuttamiseen. Motivaation löytyminen omahoitoon on usein kuitenkin hyvin vaikeaa. Nuori elää tässä hetkessä eikä kaukaisuudessa hämmöttävät mahdolliset elinmuutokset useinkaan riitä hoitomotivaation pe-

rusteeksi. Ulkoinen motivaatio, jossa diabeetikko tekee tarvittavat hoitotoimenpiteet muiden mieliksi, ei tue diabeetikon hoitoonsitoutumista yhtä hyvin kuin sisäinen motivaatio. Hoitomotivaation löytymisessä tulisikin pyrkiä nuoren sisäisen motivaation herättämiseen, jolloin nuori haluaa hoitaa sairauttaan itsensä ja oman hyvinvointinsa vuoksi. Motivaation ylläpitämiseksi ja hoitoonsitoutumisen avuksi nuori tarvitsee vanhempien, ystävien ja hoitohenkilökunnan tukea. Aito arvostus, kannustus ja hyvän palautteen antaminen, silloin kun siihen on vähänkin aihetta, ovat parhaan motivaation ja voimavarojen lähteet. (Näntö-Salonen ym. 2004, 389–390; Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 10.)

Hoidonohjauksessa tulee huomioida murrosiän vaikutus nuoren diabeetikon elämään. Murrosiällä on tärkeä tehtävä nuoren kehityksessä kohti aikuisuutta. Murrosiän kehitystehtäviä ovat nuoren oman fyysisen kehityksen hyväksyminen, itsenäistyminen vanhemmista sekä oman identiteetin löytäminen. Murrosiässä myös muotoutuu nuoren oma sosiaalinen rooli yhteisön jäsenenä. (Ruusu & Vesanto 2008, 134.) Murrosikään kuuluu auktoriteettien ja ajattelutapojen kyseenalaistaminen sekä usein riskikäyttäytymistä hipova omien rajojen etsiminen ja kokeilu (Näntö-Salonen ym. 2004, 387). Riskikäyttäytyminen, johon kuuluu alkoholin, tupakan ja huumausaineiden käyttöä, kuitenkin lisää diabeetikon lyhyt- ja pitkäkestoisten komplikaatioiden riskiä (Hyvärinen 2005, 29.)

Kodin ja perheen asenteet ja suhtautuminen diabetesta sairastavaan nuoreen ovat keskeisen tärkeitä tekijöitä nuoren hoidon onnistumisessa. Pitkäaikaissairaus lisää nuoren riippuvuutta vanhemmistaan, mikä luo ristiriitaa nuoren itsenäistymispyrkimysten kanssa. Tämä ristiriita yhdessä murrosikään kuuluvan kapinoinnin kanssa lisää vanhempien ja nuoren välisiä konflikteja. Toisaalta nuori haluaa itsenäistyä ja irrottautua muiden holhouksesta, toisaalta nuorella on vielä halu ja tarve olla lapsi, joka ei halua ottaa vastuuta omasta hoidostaan. (Näntö-Salonen ym. 2004, 391.)

Vanhempien tukea ja osallistumista diabeteksen hoitoon tarvitaan koko nuoruusiän ajan. Vanhemmat ovat kuitenkin usein neuvottomia hoitovastuun ja omahoidon työjaon suhteen. Nuori saattaa kokea vanhempien hoitoon puuttamisen liiallisena holhouksena, vaikka ei kuitenkaan vielä ole itse täysin kykene-

vä huolehtimaan hoidostaan. Diabeetikkonuoren hoidonohjauksessa tulisi aina ottaa huomioon, että myös lapsestaan huolissaan olevat vanhemmat tarvitsevat tukea ja ohjausta hyvään vanhemmuuteen ja jaksamiseen. (Näntö-Salonen ym. 2004, 390–391; Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 7-8.) Vaikka nuori ei itse jaksaisikaan hoitaa diabetestaan ja tilanne tuntuisi turhauttavalta, vanhemmat eivät saa luovuttaa tai laistaa diabeteksen hoidossa. Vanhemmilla on aina viimekädessä vastuu alaikäisestä lapsestaan. (Hyvärinen 2005, 29.)

Nuoren käsitys itsestä saattaa muuttua vähitellen sairauden myötä, jolloin hänen minäkuvastaan voi tulla hyvin sairauskeskeinen. Nuori voi tuntea häpeää ja syyllisyyttä sairaudestaan ja kokee itsensä erilaiseksi. Murrosiässä korostuu nuoren tarve saada ystäviensä hyväksyntä sekä tarve olla samankaltainen kuin ikätoverinsa. Diabetes aiheuttaa nuorelle kuitenkin hankaluuksia mukautua muiden ikätovereiden asettamiin normeihin. Tämä voi johtaa pelkoon ystävien menettämisestä. Lisäksi riippuvuus hoitohenkilökunnasta ja vanhemmista voi aiheuttaa syrjäytymistä. (Ruusu & Vesanto 2008, 134.) Pahimmassa tapauksessa nuoren erilaisuuden pelko saattaa johtaa diabeteksen kieltämiseen ja vähentää näin nuoren sitoutumista sairautensa hoitoon (Hyvärinen 2005, 29).

4 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää aikaisempien tutkimusten avulla minkälaista hoidonohjausta murrosikäiset tyypin 1 diabeetikot saavat. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitotyön ammattilaisten murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausta. Valmiista työstä tehtiin tiivistelmä Hoitonettiin.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälaista hoidonohjausta murrosikäiset tyypin 1 diabeetikot saavat?
2. Mikä hoidonohjauksessa tukee murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoon sitoutumista?

5 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

Tutkimuksen aiheeksi valittiin diabetesta sairastavan murrosikäisen hoidonohjaus ja sen vaikutus nuoren diabeetikon hoitoonsitoutumiseen. Aiheen valintaan vaikutti tutkijoiden oma mielenkiinto aihetta kohtaan ja tutkimusten osoittama tieto siitä, että nuorten diabeetikoiden hoitotasapaino on huono huolimatta lisääntyneestä tiedosta ja uusista hoitomenetelmistä (Valle & Tuomilehto 2004, 4). Työn toimeksiantosopimus (liite 1) tehtiin syksyllä 2008 Salon terveyskeskuksen kanssa. Tutkimuslupa (liite 2) työlle saatiin keväällä 2009, mutta varsinaisen työn aloitettiin vasta syksyllä 2009. Työn tutkimusmenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta.

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jossa tunnistetaan ja kerätään jo olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä yhdistellään tuloksia rajatusta ilmiöstä mahdollisimman kattavasti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit ja on siten yksi menetelmä tieteellisen tiedon tuottamisessa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 44.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, joka muodostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kaikki vaiheet tulee kirjata ja raportoida täsmällisesti, jotta kirjallisuuskatsaus olisi toistettavissa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Alkuperäistutkimusten haku tulisi kohdistaa tietolähteisiin, joista todennäköisesti saadaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Riittävän kattavan haun tekemiseksi alkuperäistutkimuksia tulee hakea sekä sähköisesti että manuaalisesti eri tietokannoista. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Kriteerit määritellään ennen alkuperäistutkimusten valintaa ja ne perustuvat tutkimusongelmiin. Sisäänottokriteerit voivat rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia,

tutkimusmenetelmiä, tutkimuskohdetta, tuloksia tai laatutekijöitä. Hakujen perusteella valitaan alkuperäistutkimukset. Valinta tapahtuu vaiheittain. Ensimmäinen valinta tapahtuu otsikoiden perusteella. Otsikoiden perusteella valituista alkuperäistutkimuksista luetaan tiivistelmä tai koko teksti, joiden perusteella selvitetään vastaako tutkimus sisäänottokriteereitä. Hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärä sekä hylkäämisperusteet kirjataan ylös. Kiinnittämällä huomiota alkuperäistutkimusten laatuun lisätään tutkimuksen luotettavuutta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39-42.)

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelmassa määriteltyihin tutkimusongelmiin lähdettiin hakemaan tietoa terveysalalla yleisesti käytössä olevista tietokannoista. Tässä opinnäytetyössä tietokannoiksi valittiin Medic, Medline ja Cinahl. Diabetes käsitteenä on erittäin laaja ja sitä varten hakusanojen valintaan kiinnitettiin erityistä huomiota. Lisäksi kaikissa tietokannoissa käytettiin samoja hakusanoja, jotta tulokset olisivat mahdollisimman samankaltaisia ja luotettavia. Hakusanoiksi valittiin diabetes mellitus ja insulin dependent. Diabetes mellitus on yleiskäsite diabetekselle ja sen rajaamiseksi vain tyypin 1 diabetekseen käytettiin sanaa insuline dependent, jolloin haku samalla rajautui siten, että löydetty tutkimukset luultavasti koskisivat nuoria. Lisäksi hakuun liitettiin sanat patient education tai counseling tai teaching tai compliance, jolloin haun piiriin kuuluivat vain tutkimukset, joissa käsiteltiin hoidonohjausta. Haut rajattiin koskemaan tutkimuksia, jotka on julkaistu 2000-luvulla, jotta välttyttäisiin mahdollisesti vanhentuneelta tiedolta. Medicissä haut rajattiin kielille suomi, englanti ja ruotsi. Medlinessa ja Cinahlissa hakua rajasi mahdollisuus koko tutkimuksen lukuun eli linked full text. Lisäksi hakuja tehtiin manuaalisesti. Manuaalinen haku kohdistui tietokannoista saatujen tutkimusten lähdeluetteloihin.

Hakujen tuloksiksi saaduista tutkimuksista tarkemmin tarkasteltaviksi valittiin sellaiset, joiden otsikon perusteella voisi olettaa löytyvän vastaus tutkimusongelmiin. Otsikon perusteella valittuja tuloksia tarkasteltiin paremmin, jolloin varsinkin Medicissä tehtyjen hakujen joukossa havaittiin olevan pääkirjoituksia ja muita artikkeleita, joiden ei katsottu kuuluvan tieteellisten tutkimusten pariin. Tutkimusten yhtenä sisäänottokriteerinä pidettiin tutkimuksen luotettavuutta ja

tieteellisyyttä. Tämän vuoksi osa tutkimuksista hylättiin. Tiivistelmän lukemisen jälkeen paljastui, että suuressa osassa tutkimuksia ei käsitelty lainkaan nuoria, joka myös oli yksi sisäänottokriteereistä. Osa tutkimuksista ei vastannut lainkaan tutkimusongelmaan tai ei muuten sopinut opinnäytetyöhön, jolloin tutkimus hylättiin. Hakuja ja niiden tuloksia on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Haut ja niiden tulokset.

Hakusanat: Diabetes mellitus AND Insulin dependent AND Patient education OR Counseling OR Teaching OR Compliance Rajaus: 2000→				
Tietokanta	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Analysoitaviksi valitut
Medic	42	14	8	5
Medline	53	9	4	1
Chinal	59	18	8	2
Manuaalinen	-	-	-	1

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena löydetty alkuperäistutkimukset muodostavat analysoitavan aineiston (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43). Opinnäytetyön analysoitava aineisto muodostui lopulta hakujen perusteella valituista kahdeksasta tutkimuksesta ja yhdestä manuaalisesti löydetystä tutkimuksesta. Näistä yhdeksästä tutkimuksesta kolme on englanninkielisiä. Analysoitaviin tutkimuksiin on perehdytty taulukoimalla niiden keskeisimmät tekijät ja tulokset. Tutkimuksista muodostunut taulukko on esitetty opinnäytetyön liitteenä (liite 3).

Tutkimusten valinnan jälkeen niistä löytyviä tuloksia lähdettiin etsimään käyttämällä hyväksi sisällönanalyysi menetelmää. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tutkittava ilmiö luokitellaan tai käsitteellistetään ja ryhmitellään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.)

Opinnäytetyössä analysoitavista tutkimuksista pyrittiin erottamaan tutkimusongelmien kannalta merkittäviä tekijöitä. Tutkimuksista esiin tulleet asiat esitettiin pelkistettynä ilmaisuna, jolloin monista tutkimuksista nousi esiin samaa tarkoittavia asioita. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin alakategorioksi, joista ne edelleen yhdistettiin yläkategorioiksi.

Opinnäytetyö on esitetty Turun ammattikorkeakoulun raportointiseminaarissa. Lisäksi opinnäytetyö ja sen tulokset on käyty esittämässä työelämään Salon terveyskeskuksen aikuisneuvonnan terveydenhoitajille. Aikuisneuvonnan terveydenhoitajat kokivat työn olevan ajankohtainen ja tärkeä. Vaikka opinnäytetyö käsitteli vain murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausta, opinnäytetyön tulosten pohjalta saatua tietoa voidaan soveltaa käytäntöön kaikessa hoidonohjauksessa.

Opinnäytetyö on arkistoitu Turun ammattikorkeakoulun Theseus verkkokirjastoon elektronisessa muodossa. Opinnäytetyöstä ja sen tuloksista on tehty tiivistelmä Turun ammattikorkeakoulun ylläpitämään Hoitonetti Internet-sivustoon.

6 Tulokset

Tutkimusongelmiin pohjautuvat tulokset on jaettu kahteen eri osaan. Ensimmäisessä osassa käsitellään, minkälaista hoidonohjausta murrosikäiset tyypin 1 diabeetikot saavat. Toisessa osassa käsitellään murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoonsitoutumista tukevia tekijöitä.

6.1 Murrosikäisten tyypin 1 diabeetikoiden saama hoidonohjaus

Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjauksesta muodostui kolme taulukkoa, joiden yläkategorioita ovat **hoidonohjausprosessi**, **toteutunut hoidonohjaus** sekä **hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistujat**.

Hoidonohjausprosessi

Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausprosessista löytyy tietoa kaikista analysoitaviksi valituista tutkimuksista (liite 3). Neljästä alakategoriasta, joita ovat hoidonohjauksen tarve, -tavoite, hoidonohjauskeinot sekä hoidon arviointi ja seuranta muodostuu yläkategoria hoidonohjausprosessi. Kategoriat ja niitä kuvaavat selitykset on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjasprosessi

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Nuoren yksilölliset tarpeet Ikä ja sukupuoli Koulutus Elinolosuhteet Elämäntilanne Sairauden laatu ja vaihe Nuoren tiedot Psyykkinen hyvinvointi Hoitotasapaino Laboratorioarvot Omahoidon seuranta ja onnistuminen Dokumentoitu tieto	Hoidonohjauksen tarve	
Nuoren selviytyminen Nuoren itsensä hoitaminen Hyvä sokeritasapaino Hyvä fyysinen ja psyykkinen terveys Hyvä sosiaalinen suoriutuminen Turvata nuoren normaali kasvu ja kehitys	Hoidonohjauksen tavoite	
Tiedon anto Tuen anto Keskustelu Kuuntelu Kannustus ja motivointi Empaattinen suhtautuminen Lohdutus Yhteys mahdollisuus Vertaistuki Muu sosiaalinen tuki	Hoidonohjauskeinot	Hoidon- ohjausprosessi
Verensokerin omaseurantatulokset HbA1c-arvo Insuliinihoidon toteutus Sairauteen liittyvät hoitokäynnit Kasvu ja kehitys Hypoglykemioiden esiintyminen Verenpaine Elinmuutosten ilmaantuminen Muutokset elämäntavoissa Sopeutuminen diabetekseen Suhtautuminen ja erilaisuuden kokeminen Selviytyminen Nuoren kyky itsenäiseen ja joustavaan omahoitoon Vanhempien osallistuminen Arjen sujuminen Poikkeustilanteista selviäminen Huoli, ahdistus, pelot ja turvallisuuden tunne Diabeetikon oma käsitys	Hoidon arviointi ja seuranta	

Hoidonohjauksen suunnittelun ensimmäisen vaiheen tulisi olla **ohjaustarpeen määrittäminen**. Lähtökohtana ovat pääsääntöisesti asiakkaan tarpeet. Tarpeet ovat yksilöllisiä ja muuttuvia, ne kuvaavat diabeetikolle sillä hetkellä tärkeitä ja merkityksellisiä asioita. Ohjaustarpeisiin vaikuttavat potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, elinolosuhteet, elämän tilanne, sairauden laatu ja vaihe sekä niiden vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään. Nuoren tarpeisiin vaikuttaa myös hänen diabetestietoutensa. Usein nuoret tarvitsevat diabetestiedon kertausta itsenäisyydessään diabeteksen hoidossa. Myös nuoren psyykinen hyvinvointi, kuten nuoren toimintakyky, mieliala ja elämänlaatu, vaikuttavat ohjaustarpeeseen. Ohjaustarve saattaa kasvaa ja muuttua murrosiässä, sillä nuoren kyky vastaanottaa ja sisäistää tietoa voi olla heikentynyt murrosiän mukanaan tuomien tekijöiden vaikutuksesta.

Hoidonohjaustarve voi perustua myös diabeetikon hoitotasapainoon. Asiantuntijoiden määrittämään, parhaaseen mahdolliseen hoitotasapainoon tähtäävä hoidonohjaus, joka perustuu laboratorioarvoihin ja pelkästään diabeteksen hoitoon ja jossa ei huomioida potilaan tarpeita tai mielipiteitä, pidetään rutiininomaisena hoidonohjauksena. Tällöin hoidonsuunnittelu tehdään hoitotasapainoa kuvaavien mittaustulosten ja dokumentoidun tiedon perusteella. Näistä mittareista merkittävimpinä pidetään pitkäaikaisverensokeria kuvaavaa HbA1c laboratorioarvoa sekä verensokerimittausten omaseurantaa. Myös potilaskertomuksista ja diabetesrekisteristä saadut kirjatut tiedot toimivat hoidonohjauksen suunnittelun pohjana. Useimmiten ohjauksen kuvattiin olevan rutiininomaista potilaan ohjaustarpeet huomiotta jättävää. Varsinkin diabeetikon sairauden alkuvaiheessa tapahtuva hoidonohjaus eteni valmiin hoidonohjaussuunnitelman mukaisesti.

Hoidonohjauksen tavoitteena on opettaa nuorelle diabeteksen kanssa selviytymiseen tarvittavat tiedot ja taidot sekä antaa sellaista tietoa, jonka avulla he voivat ratkaista syntyviä ongelmia ja selviytyä erilaisista tilanteista. Lisäksi hoidon tavoitteena on saada nuoret hoitamaan itseään ja sitä kautta saavuttamaan mahdollisimman hyvä sokeritasapaino, fyysinen ja psyykinen terveys sekä sosiaalisessa roolissa suoriutuminen. Pääsääntöisesti hoidonohjauksen tavoitteena on siis turvata nuoren normaali kasvu ja kehitys.

Nuoren hoidonohjaustarpeet liittyivät pääsääntöisesti tietoon, taitoon ja tukeen. Tästä syystä tärkein **hoidonohjauksen toteuttamisessa keino** on tiedon anto. Nuoret kokevat, että mitä enemmän heillä on tietoa ja taitoa, sen paremmin he voivat selviytyä ja elää itsenäisesti. Tietoa annetaan diabeteksestä ja sen hoidosta, niiden vaikutuksesta ja niistä selviytymisestä. Tiedon annon lisäksi hoidonohjaukseen kuuluu aina tuen anto. Tuen tarpeet kohdistuvat erityisesti potilaan psyykkisten sekä psykososiaalisten tekijöiden käsittelyyn. Sairauteen sopeutumista ja sen kanssa jaksamista tuetaan keskustelemalla sairaudesta, tunteista, kuuntelemalla nuorta ja hänen läheisiään, kiinnittämällä huomiota nuoren ja hänen perheensä mielipiteisiin ja reagoimalla niihin sekä kannustamalla ja motivoimalla nuorta. Hoitajan empaattinen suhtautuminen ja lohduttaminen on myös tärkeä tuen muoto. Mahdollisuus diabeteshoitajan kanssa keskusteluun ja tuen saantiin ympärivuorokauden, esimerkiksi puhelimen tai sähköpostin välityksellä, koetaan erittäin tärkeäksi. Vertaistukea ja sosiaalista tukea nuoret saavat erilaisista ryhmäohjaustilaisuuksista. Vertaistukea on yhdessä oleminen ja hyväksytyksi tulemisen kokeminen eli kokemus siitä, ettei ole yksin tai erilainen diabeteksen vuoksi, erilaisten kokemusten vertailu, pohdinta ja tiedon yhdessä jakaminen. Vertaistuen lisäksi tukea saadaan myös perheeltä, ystäviltä, lehdiltä ja vapaaehtoisjärjestöiltä.

Hoidon seuranta ja arviointi kuuluvat oleellisena osana diabeetikon hoidonohjaukseen. Säännöllistä hoidonseurantaa ja laboratorioarvojen tietämistä pidetään hyvänä ja tärkeänä asiana. Useimmiten hoidon arviointi perustui verensokerin omaseurannasta saatuihin tietoihin sekä HbA1c laboratorioarvoon. Osassa tutkimuksista arviointi perustuu myös nuoren insuliinihoidon toteuttamiseen. Hoidonohjauksen tuloksellisuutta arvioitiin myös seuraamalla sairauteen liittyviä hoitokäyntejä sekä sairauspäiviä. Verensokeriarvojen lisäksi seurattiin nuoren kasvua ja kehitystä, hypoglykemioiden esiintymistä, verenpainetta ja mahdollisten elinmuutosten ilmaantumista. Lisäksi hoidonohjauksen onnistumisen mittareina käytettiin muutoksia ruokavaliossa ja liikuntatottumuksissa sekä alkoholin ja päihteiden käytössä.

Hoidon arviointi ja seuranta perustuu osittain myös siihen, miten hyvin nuori on sopeutunut elämäänsä diabeteksen kanssa. Nuoren suhtautuminen diabetekseen ja erilaisuuden kokeminen kertovat paljon nuoren diabetekseen sopeutumisen tasosta. Hyvin sopeutunut nuori pystyy hyväksymään itsensä sellaisenaan sekä sairauden osana jokapäiväistä elämäänsä, kun taas huonosti sopeutunut nuori kokee sairauden rajoittavana ja tuntee itsensä erilaiseksi kuin muut. Diabetekseen sopeutumista kuvaa se, miten hyvin nuori selviytyy sairautensa kanssa. Sairauden kanssa selviytyäkseen nuori tarvitsee tietoja ja taitoja sekä psyykkistä hyvinvointia. Tätä arvioidaan selvittämällä hänen tietojaan ja taitojaan diabeteksestä ja sen hoidosta. Lisäksi arvioidaan sairauden aiheuttamaa huolta, ahdistusta ja pelkoja sekä nuoren kokemaa turvallisuuden tunnetta. Arviointi perustuu siihen, miten nuori kykenee itsenäiseen ja joustavaan omahoidon toteutukseen sekä siihen miten paljon vanhemmat osallistuvat nuoren hoitoon. Arvioinnissa ja seurannassa huomioidaan myös nuoren arjen sujumista ja diabeteksen vaikutusta siihen ja sitä, miten nuori selviytyy poikkeustilanteista. Myös diabeetikon omaa käsitystä omahoidon hallinnasta ja onnistumisesta arvioidaan.

Toteutunut hoidonohjaus

Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon toteutuneesta hoidonohjauksesta löytyy tietoa kaikista analysoitaviksi valituista tutkimuksista (liite 3). Toteutunutta hoidonohjausta on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon toteutunut hoidonohjaus

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Osastohoito Ryhmätyöskentelymalli/omahoitaja Polikliininen alkuohjaus Ensietopäivät Sopeutumisvalmennuskurssi	Alkuohjaus	Toteutunut hoidonohjaus
Polikliininen hoidonohjaus Seuranta- ja määräaikaiskäynnit vastaanotolla Diabeteshoitaja ja –lääkäri Erikoissairaanhoito Lastenpoliklinikka, nuorisopoliklinikka tai aikuispoliklinikka Yksilöohjaus Ryhmäohjaus Omahoidonohjauskurssi Ryhmäluennot Asiantuntija esitykset Perhekerhot Suullinen ohjaus Kirjallinen ohjaus Demonstraatio Harjoittelu Audiovisuaalinen ohjaus	Perinteinen ohjaus	
Psykososiaaliset ja ohjaukselliset interventiot Diabetesleirit ”the sooner programme” Problem based Learnign Tukihenkilön käyttö	Tehostettu ohjaus	
Diabetestiedon anto/kertaaminen Omahoidon ohjaus Tieto annetaan nuorelle itselleen Ohjaus etenee asteittain Konkreettiset toimintaohjeet Ruokavalio-ohjaus Insuliinihoito Verensokeriseuranta Muu diabetestietous Uusin tieto	Hoidonohjauksen sisältö	

Vastasairastuneen diabeetikonuoren **alkuohjaus** tapahtuu yleensä sairaalassa osastohoitona. Osastohoidon pituus vaihtelee kahdesta vuorokaudesta kahteen viikkoon, mutta useimmiten alkuhoito kestää noin yhden viikon. Nuori diabeetikko voi tarvita osastohoitoa myös silloin, kun hän on sairas tai hänen diabeteksen hoidossa tarvitaan osastolla oloa vaativaa lääketieteellistä pohtimista. Diabeetikon ollessa osastohoidossa hänen hoitonsa toteutetaan joko omahoita-

jamallin mukaisesti, jolloin joku osaston henkilökunnasta tai poliklinikan diabeteshoitaja on vastuussa hänen hoidonohjauksesta. Osastohoito voidaan toteuttaa myös ryhmätyömallin mukaisesti jolloin koko osastonhenkilökunta osallistuu hoidonohjaukseen. Alkuohjausta annetaan myös polikliinisesti, jolloin nuori käy yhden tai kahden viikon ajan yleensä päivittäin diabetespoliklinikalla hoidonohjauksessa. Joissakin sairaaloissa alkuohjaukseen sisältyi ryhmäohjauksena toteutettu ensitietopäivät -tapahtuma tai Tampereen diabeteskeskuksen järjestämä sopeutumisvalmennuskurssi.

Alkuohjauksen jälkeinen **perinteinen hoidonohjaus** tapahtuu yleensä polikliinisesti seuranta- ja määräaikaikäyntien yhteydessä. Polikliinisesti tapahtuvassa hoidonohjauksessa nuori tapaa vastaanottokäynnillä joko diabeteshoitajan tai lääkärin tai molemmat. Poliklinikkakäyntiin on yleensä varattu aikaa noin puolituntia ja niitä on 2-3 kuukauden välein. Nuoren hoito toteutetaan erikoissairaanhoidon piirissä. Hoito toteutetaan sairaalan käytännöstä riippuen joko lasten poliklinikalla, nuorisopoliklinikalla tai aikuispoliklinikalla.

Nuoren diabeetikon hoidonohjaus toteutetaan useimmiten yksilöohjauksena. Yksilöohjausta on helpompaa toteuttaa kuin ryhmäohjausta, sillä samassa sairaudenvaiheessa ja ohjaustarpeessa olevia tyypin 1 diabeetikoita on usein vähän samanaikaisesti. Lisäksi yhteinen, kaikille sopiva aika ryhmäohjaukseen on usein vaikea järjestää nuorten koulun ja harrastusten vuoksi. Ryhmäohjausaikojaa on myös hyvin vaikea muuttaa verrattuna yksilöohjaukseen, jonka vuoksi ryhmäohjaus koetaan usein liian sitovaksi.

Polikliininen hoidonohjaus on useimmiten yksilöohjausta, mutta joissakin sairaaloissa nuorisodiabetespoliklinikalla on mahdollisuus osallistua myös ryhmäohjaukseen, johon osallistuminen on vapaaehtoista. Ryhmässä tapahtuva omahoito-ohjaus tapahtuu samoja seurantatapoja noudattamalla kuin yksilöohjaus. 4-8 diabeetikkuuoresta koostuva ryhmä kokoontuu noin 2-3 kuukauden välein, jolloin diabeteslääkäri tai -hoitaja toimii ohjaajana 1-1,5 tunnin mittaisilla tapauksilla. Ryhmässä tapahtuvia tapauksia on yleensä kahden vuoden ajan, jonka aikana annetaan perusohjaus. Ryhmäohjauksen lisäksi diabeetikko tapaa diabeteslääkärin tai -hoitajan yksilöllisesti. Ryhmäohjaus voi olla keskuste-

lunomaista, diabeetikoiden yhdessä pohtimista ja kokemusten jakamista, tai se voi olla asiantuntijuuteen pohjautuva luento tai esitys. Ryhmäohjausta on tarjolla myös eri diabetesyhdistysten järjestämässä perhekerhoissa.

Hoidonohjauksessa useimmiten käytetty ohjaustapa on suullinen ohjaus. Suullinen ohjaus tukee vuorovaikutusta, jota pidetään ohjauksen kulmakivenä. Myös kirjallista ohjausmateriaalia käytetään runsaasti ja sitä pidetään tarpeellisena tiedonlähteenä muun ohjauksen tukena. Kirjallinen ohjausmateriaali on usein yksinkertaista ja yleistä informaatiota sisältävää. Usein suullista ja kirjallista ohjausta tuetaan erilaisten demonstraatioiden ja käytännön harjoittelujen ja mallintamisen avulla. Hoitotoimenpiteiden neuvominen tapahtuu mallisuorituksen näyttämisenä, hoitovälineiden opettamisena ja todellisissa tilanteissa harjoittelemisena sekä oikean suoritustavan varmistamisena.

Audiovisuaalisesta ohjauksesta lähinnä vain puhelinyhteyttä käytetään. Puhelinyhteydessä hoitavan tahon kanssa ollaan yleensä jos kyseessä on jokin akuutti ongelma tai jos tarvitaan lisäohjausta tai neuvoja jonkin erityistilanteen hoitoon. Myös sähköpostiyhteyttä on toisinaan käytetty esimerkiksi verensokeriseuranta tulosten välittämisessä hoitavalle taholle. Muita audiovisuaalisia ohjaustapoja on videoiden, äänikasettien tai tietokoneohjelmien käyttö.

Kaikkea ohjausta, jota annetaan perinteisen hoidonohjauksen lisäksi tai perinteisestä hoidonohjausmenetelmästä poikkeavalla menetelmällä, voidaan pitää **tehostettuna hoidonohjauksena**. Tällaisia tehostettuja ohjauksia ovat esimerkiksi psykososiaalisiiin tekijöihin painottuvat ohjaukselliset interventiot. Näissä interventioissa pyritään vaikuttamaan nuoren mielentilaan ja käyttäytymiseen lisäämällä psyykkisen tuen antoa ja ottamalla nuori ja hänen perheensä huomioon kokonaisvaltaisesti. Erityisesti erilaisia ryhmäohjausmenetelmiä pidetään hyvinä tehostetun ohjauksen muotoina.

Perinteisen ryhmäohjauksen lisäksi ryhmäohjausta voi saada Tampereella sijaitsevan diabeteskeskuksen järjestämällä diabetesleireillä tai sopeutumismennuskursseilla. Leirejä voidaan toteuttaa eri muodoissa ja eri teemoilla. Leirien tarkoituksena on luoda nuorille puitteet, joissa he voivat turvallisesti kokeilla

esimerkiksi makeisten tai liikunnan vaikutusta hoidon toteutukseen. Samalla heillä on mahdollisuus tavata muita samassa tilanteessa olevia nuoria, jakaa kokemuksia ja saada vertaistukea. Hyvä esimerkki eräänlaisesta diabetesleiristä on Ruotsissa järjestetty leiri ”the schooner programme”, joka toteutettiin laivalla. Leiriohjelmassa kuului päivittäin 4-5 tuntia diabetesryhmäkeskustelua. Ryhmäkeskustelua veti diabeteslääkäri, diabeteshoitaja tai ravitsemusterapeutti. Lisäksi leirillä harjoiteltiin tehostettua verensokeriseurantaa ja tehtiin kokeilu- luontoisia testejä makeisten ja makeiden juomien vaikutuksesta verensokeriin. Leirillä oli myös vapaa-aikaa, jolloin nuoret saivat olla keskenään.

Ryhmäohjauksessa on myös saatu hyviä tuloksia käyttämällä ohjauksessa Problem Based Learning –menetelmää. Ongelmalähtöisen oppimisen menetelmää toteutetaan 4-7 henkilön pienryhmissä, 2-3 kuukauden välein, 1-1,5 tuntia kerrallaan, kahden vuoden ajan. Nuoret saavat ohjausta ongelmalähtöisen oppimismenetelmän mukaan lääkärin ja diabeteshoitajien toimiessa tutoreina. Tutoreiden tehtävänä on kannustaa nuoria keskusteluun ja asioiden itsenäiseen selvittämiseen. Problem Based Learning menetelmä tukee nuoren omahoitoa antamalla nuorelle kokemusta ongelmien ratkaisemisesta ja varmuutta omien tulevien ongelmien ratkaisemiseen. Samalla ryhmässä tapahtuva ohjaus antaa vertaistukea, jolla on suuri merkitys pitkäaikaissairautta sairastavalle.

Hoidonohjausta voidaan tehostaa monella eri tavalla. Yhdysvalloissa hoidonohjausta tehostettiin hankkimalla diabeetikko nuorelle ja hänen perheelle henkilökohtainen tukihenkilö, jonka tehtävänä oli huolehtia diabeetikon poliklinikakäyntien aikatauluttamisesta ja järjestämisestä. Tukihenkilö huolehti poliklinikakäyntien toteutumisesta muistuttamalla diabeetikkoa puhelimitse tai kirjeitse, jos tämä oli jättänyt poliklinikakäynnin väliin. Lisäksi tukihenkilö auttoi diabeetikkoa ja hänen perhettä maksuihin ja vakuutuksiin liittyvissä asioissa. Tukihenkilö myös kannusti perheitä olemaan yhteydessä diabetestiimiin tarpeen niin vaatiessa. Osa diabeetikoista sai tukihenkilön lisäksi myös psykososiaalista ohjausta vastaanottokäyntien yhteydessä. Psykososiaalinen ohjaus annettiin lyhyen kirjallisen materiaalin muodossa, jonka perhe kävi yhdessä tukihenkilön kanssa läpi sisällön ymmärtämisen varmistamiseksi. Samalla tukihenkilö kan-

nusti perhettä keskustelemaan aiheesta lisää perheen kesken. Psykososiaalista ohjausta sisältäviä käyntejä oli yhteensä kahdeksan ja jokainen käynti sisälsi oman ohjelehtisen, jotka käsittelivät asiantuntijoiden valitsemia aiheita.

Hoidonohjauksen sisältö koostuu omahoidon toteutuksen kannalta välttämättömistä tiedoista ja taidoista, joita ovat tieto insuliinihoidosta, ruokavaliosta, verensokerinseurannasta ja liikunnan vaikutuksesta sekä tieto poikkeustilanteissa toimimisesta ja tiedon soveltamisesta käytäntöön. Itsenäistynyt nuori on itse ensisijainen tiedon saaja ja tällöin onkin tärkeää perusteellinen diabetestietouden kertaaminen, jotta varmistutaan, että nuorella on kaikki tarpeelliset tiedot ja taidot diabeteksen kanssa selviytymiseen. Ohjaus etenee asteittain alkuohjauksesta omahoidon toteutukseen. Tietoa annetaan vähän kerrallaan, jotta diabeetikolla olisi aikaa oppia oman kokemuksen ja oivalluksen kautta omahoitoon liittyviä asioita. Arjen sujumisen helpottamiseksi diabeetikolle annetaan konkreettisia toimintaohjeita ja heitä ohjataan säännölliseen päivärytmiin.

Ruokavaliota koskeva ohjaus käsittelee erityisesti hiilihydraattien laskemista, makeisten vaikutusta ja ruokavalion erityistilanteita sekä insuliinihoidon ja ruokavalion yhteensovittamista. Ruokavalio ohjeisiin kuuluivat valmiit ateriasuunnitelmat ja annosmallit, joita noudattamalla ruokavalio on diabeetikoille suositeltavaa. Hoidonohjauksessa diabeetikolle annetaan ohjausta insuliinihoidosta, sen oikeanlaisesta ja turvallisesta toteuttamisesta. Verensokeriseurantaa koskevassa ohjauksessa perehdytään verensokeriin vaikuttaviin tekijöihin ja siihen miten niiden aiheuttamaan verensokerin vaihteluun pitäisi reagoida. Myös verensokerin omaseurantaa ja kotiseurannan tavoitteita sekä seurantakäyntien ja HbA1c arvon merkitystä käsitellään.

Lisäksi hoidonohjauksessa käsitellään elinmuutoksia, hypoglykemiaa, sairauspäivien erityistilanteita, diabeetikon sosiaaliturvaa ja hoitomotivaatiota. Nuorten omasta tiedon tarpeesta nousi erikseen esiin aiheet, kuten sairauden mukanaan tuomat myöhemmät komplikaatiot ja akuutit komplikaatiot sekä diabetes ja alkoholi, raskaus, matkustaminen, ajokortin hankinta, ammatinvalinta, armeija ja vaikeudet koulussa. Diabeetikoille annetaan myös uusinta diabetestutkimuksista ilmi käyvää tietoa sekä tietoa uusimmista hoitomuodoista.

Hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistujat

Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistujista löytyy tietoa Latvamäen (2001), Raappanan ym. (2002), Kääriäisen & Kynkään (2005), Rissasen (2005), Tulokkaan ym. (2005), Viklundin ym. (2007) sekä Ollin (2008) tutkimuksista. Diabeetikon hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistujat on lueteltu taulukossa 4.

Taulukko 4. Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistujat

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Moniammatillinen työryhmä Diabeteslääkäri Diabeteshoitaja Ravitsemusterapeutti Psykologi Psykiatri Osasto hoitohenkilökunta Kuntoutusohjaaja Askarteluohjaaja Omahoitaja/ryhmätyömalli Insuliinipumppu-firman tuotespesialisti	Moniammatillinen työryhmä	Hoitoon ja hoidonohjaukseen Osallistujat
Diabeetikko itse Vanhemmat Sisarukset Isovanhemmat Ystävät ja muut läheiset Kaverit	Perhe ja läheiset	
Koulun henkilökunta Opettajat Keittiöhenkilökunta Kouluterveydenhoitaja Luokkatoverit Vertaistukihenkilöt Ryhmien jäsenet Tukiperheet Tukihenkilöt	Hoitoa tukevat yhteisöt	

Diabeetikkonuoren hoitoon ja hoidonohjaukseen osallistuu **moniammatillinen työryhmä**, joka pääasiallisesti koostuu diabeteslääkäristä, diabeteshoitajasta sekä ravitsemusterapeutista. Tarvittaessa nuoren psyykkisen hyvinvoinnin tueksi hoitoon saattoi osallistua myös psykologi tai psykiatri. Nuoren ollessa osastohoidossa hänen hoitoonsa osallistui edellisten lisäksi osaston hoitohenkilöstö ja osaston muu henkilökunta, kuten askarteluohjaaja ja kuntoutusohjaaja. Osas-

ton käytännöstä riippuen diabeetikon hoitoa toteutti joko nimetty omahoitaja tai hoito toteutettiin ryhmätyömallin mukaisesti. Jos nuoren lääkehoitoa toteutettiin insuliinipumppu hoitomuodolla, nuoren ohjaukseen saattoi osallistua myös insuliinipumppufirman tuotespesialisti.

Nuoren diabeetikon hoitoon osallistuu luonnollisesti nuori itse, jolla on päävastuu omahoidon toteuttamisesta. Lisäksi nuoren hoitoon osallistuvat nuoren **perhe ja läheiset**. Vanhemmat osallistuvat nuoren hoitoon varsinkin, jos nuori on juuri sairastunut diabetekseen, on osastohoidossa tai jos nuoren hoitotasapaino on huono. Pidempään sairastaneen diabeetikon nuoren vanhemmat ovat usein pelkästään nuoren taustatukena ja osallistuvat itse hoitotoimenpiteisiin vain tarvittaessa. Vanhemmat osallistuvat nuoren hoitoon myös huolehtimalla ruuasta ja sen laadusta. Myös nuoren muut omaiset, kuten sisarukset ja isovanhemmat osallistuvat toisinaan nuoren hoitoon. Ystävät ja läheiset toimivat usein perheen tukijoukkoina ja nuoren omat kaverit saattavat joskus joutua tilanteeseen, jossa he joutuvat tarkkailemaan nuoren vointia ja huolehtimaan hänestä.

Muita diabeetikon hoitoa tukevia yhteisöjä muodostavat muun muassa koulun henkilökunta ja vertaistukihenkilöt. Koulun henkilökunnan perehdyttäminen on osittain nuoren itsensä vastuulla, mutta tarvittaessa apua oli saatu myös diabeteshoitajalta, jolloin hän oli käynyt pitämässä neuvontatilaisuuden koulun henkilökunnalle ja mahdollisesti myös nuoren luokkatovereille. Kouluterveydenhoitajaa pidetään myös merkittävänä yhteistyötahona. Vertaistukea diabeetikon uoret saivat mahdollisen hoidonohjausryhmän tai leirien ja kurssien jäseniltä sekä vertais-kokemuksen omaavilta tukiperheiltä ja -henkilöiltä.

6.2 Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoonsitoutumista tukevat tekijät

Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoitoonsitoutumista tukevista tekijöistä esiin nousi neljä tekijää. Hoitoonsitoutumista tukevat tekijät luokiteltiin yläkategorioiksi, joita ovat **organisaatio, hoitosuhde, hoidonohjaus** sekä **psykykinen ja sosiaalinen tuki**.

Organisaatio

Organisaatioon liittyvää tietoa löydettiin Latvamäen (2001), Raappana ym. (2002), Kynkään (2003), Kääriäisen ja Kynkään (2005), Rissasen (2005) ja Ollin (2008) tutkimuksista. Organisaatiosta johtuvat hoitoonsitoutumista tukevat tekijät on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Organisaatiosta johtuvat tekijät

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Aika Kiireettömyys ja paneutuminen Tilat Oheismateriaali Riittävä henkilökunta Ohjaustaidot ja diabetesosaaminen Sisäinen koulutus Täydennyskoulutus Taloudelliset resurssit ja sijaisjärjestelyt	Riitävät resurssit	Organisaatio
Diabeteshoitajan itsenäinen asiantuntijuus ja autonomia Vastuu ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa Selkeä työnjako Diabetestiimi Diabeteshoitajan vastaanotto Kokopäiväinen diabeteshoitajuus Omahoitajajärjestelmä Johdon tuki Joustavat työajat Ilta- ja kesäajat Mahdollisuus ryhmäohjaukseen Polikliininen alkuohjaus Yksilöohjaus Mahdollisuus vertaistukeen Eri osastojen välinen yhteistyö Yhtenäinen kirjaaminen Yhteistyö vapaaehtoisjärjestöjen kanssa	Organisaatorakenteet ja hallinnolliset järjestelyt	

Nuoren tyypin 1 diabeetikon hoidosta vastuussa olevasta organisaatiosta ja sen resursseista riippuu, minkälaista hoidonohjausta nuoret diabeetikot saavat. Organisaatiolla tulisi olla riittävät resurssit, jotka mahdollistaisivat yksilöllisen, laadukkaan ja riittävän omahoidon ohjauksen. Myös organisaation hallinnolliset tekijät vaikuttavat hoidonohjauksen toteutumiseen.

Riittävät resurssit mahdollistavat hyvät puitteet hoidonohjaukselle. Hoidonohjauksen puitteista yhtenä tärkeimpänä tekijänä pidetään aikaa. Kiireettömyys ja nuoren hoitoon paneutuminen vähentää nuoren ja hänen perheensä pelkoa ja epävarmuutta ja luo tunteen siitä että juuri heidän asioihin paneudutaan ja niitä viedään eteenpäin. Sen sijaan hoitohenkilökunnan kiire heikentää ohjauksen saantia ja laatua.

Hoidonohjauksesta vastuussa olevalla taholla tulisi olla tarjota varta vasten ohjausta varten suunnitellut kunnolliset ja rauhalliset tilat. Kunnollisten hoidonohjaustilojen puute ja jatkuvat häiriötekijät, kuten puhelimen soiminen on hoidonohjausta häiritsevää. Nuoret kokevat epämiellyttäväksi myös sen, että hoidonohjaus tapahtuu samassa tilassa, jossa he ovat kokeneet kivuliaita ja ahdistavia toimenpiteitä. Hoidonohjauksen tueksi organisaatiolla tulisi olla tarjolla ohjausta tukevaa oheismateriaalia. Kirjallisen ohjausmateriaalin ja audiovisuaalisten menetelmien muodossa tarjottavan ohjauksen avulla diabeetikot pystyvät lisäämään tietoaan, säilyttämään saamansa tiedon, palauttamaan asian mieleensä sekä selvittämään mahdollisia väärinymmärryksiä. Näiden oheismateriaalien muodossa nuoren saama ohjaus välittyy myös nuoren perheelle.

Hoitavalla taholla tulee olla riittävästi henkilökuntaa, sillä tiukoista resursseista johtuva lääkäri- ja hoitajapula koetaan hoidonohjausta heikentävänä tekijänä. Hoitavan organisaation tulee huolehtia myös siitä, että hoitavalla henkilökunnalla on hyvät tiedot ja taidot diabeteksestä sekä siihen liittyvästä hoidonohjauksesta. Tyypin 1 diabeetikon hoidonohjauksen tulisi olla mahdollisimman selkeää ja johdonmukaista. Ohjauksen laatuun ja yhdenmukaisuuteen tulisi panostaa koko ohjausprosessin ajan. Hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen puute sekä ohjauksen ristiriitaisuus eri henkilöiltä saadun ohjauksen myötä heikentää hoidonohjausta. Ongelma esiintyy erityisesti tilanteissa, jolloin osaston henkilökun-

nalla ei ollut riittävästi ohjaustaitoja tai diabetesosaamista. Diabeetikoiden lisääntynyt määrä on lisännyt myös henkilökunnan sisäisen koulutuksen tarvetta. Täydennyskoulutusmahdollisuus tulisi järjestää riittävillä taloudellisilla resursseilla ja sijaisjärjestelyillä. Diabeteshoitajat toivovat koulutuksen sisältävän enemmän vuorovaikutus-, ryhmäohjaus- ja pedagogistentaitojen harjoittelua sekä ohjaukseen tarvittavien psykologisten tietojen ja taitojen syventämistä.

Diabeteshoitajan itsenäistä asiantuntijuutta tukevat **organisaatorakenteet ja hallinnolliset järjestelyt** koetaan hoidonohjaukseen edistävinä tekijöinä. Diabeteshoitajan itsenäinen asiantuntijuus ilmenee hoidonohjauksen autonomiana, jolloin lääkärit arvostavat diabeteshoitajien osaamista ja antavat heille vastuuta muun muassa hoidonohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämä hoitajien vastuun lisääminen sekä selkeä lääkärin ja hoitajan välinen työnjako lisää diabeteshoitajan roolia hoidonohjaajana ja tuo mukanaan työniloa. Samalla se vapauttaa lääkäriresursseja niitä enemmän tarvitseville. Tämänkaltaisen hyvän ja toimivan diabetestiimin edesauttaa hyvän hoidonohjauksen toteuttamista.

Diabeteshoitajien itsenäinen asiantuntijuus edellyttää normaaleista hallinnollisista järjestelyistä poikkeamista ja organisaatorakenne muutoksia, jolloin diabeteshoitaja ei kuulu sisätautien poliklinikan alaisuuteen vaan erilliseen yksikköön. Tällöin diabeteshoitajalla on mahdollisuus omaan vastaanottoon ja kokopäiväiseen diabeteshoitajuuteen. Tämä vähentää diabeteshoitajan hajanaista tehtävänkuvaa, joka normaalisti vie aikaa varsinaiselta ohjausajalta ja antaa mahdollisuuden omahoitajajärjestelmän toteuttamiseen. Omahoitajajärjestelmän on koettu edistävän nuoren ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutusta, jolla on merkitystä diabeteksen hoidon tavoitteiden saavuttamisessa. Myös hoitotyön johdon antama tuki koetaan tärkeänä hoidonohjaukseen edistävänä tekijänä.

Diabeteshoitajien omat vastaanotot ja sitä kautta joustavammat työajat mahdollistavat perusteellisemmän paneutumisen hoidonohjaukseen. Toisinaan sairaaloiden käytännöt ja tavat sekä joustamattomuus muun muassa työajoissa koetaan hyvää hoidonohjaukseen edistävinä tekijöinä. Erityisesti työaikojen joustolle olisi tarvetta, sillä perheet toivovat enemmän mahdollisuuksia ilta- ja kesäaikoihin diabetespoliklinikalla.

Organisaation käytännöistä riippuu myös se, millaisia hoidonohjausmenetelmiä diabeetikolle on tarjolla. Organisaatiosta riippuu, onko diabeetikolla mahdollisuutta osallistua ryhmäohjaukseen tai onko alkuohjaus mahdollista saada osastohoidon sijasta polikliinisesti. Polikliinisesti toteutettu alkuohjaus on koettu osastohoitoa tehokkaammaksi hoidonohjaustavaksi, silloin kun se on nuoren terveydentilan puolesta mahdollista. Polikliinisesti toteutetussa alkuohjauksessa vastasairastunut nuori omaksuu nopeammin omahoidon periaatteet ja hienosäädön kuin osastohoidossa. Ryhmäohjaus on taloudellisempaa ja aikaa säästävämpää kuin yksilöohjaus, mutta nuoret arvostavat enemmän yksilöohjausta ja sitä pidetään oppimisen kannalta tehokkaampana. Toisaalta, jos ryhmä toimii hyvin ja sen jäsenillä on samanlaiset ohjaustarpeet, voi ryhmäohjaus olla yhtä tehokasta kuin yksilöohjaus ja lisäksi se antaa nuorelle mahdollisuuden vertaistuen kokemiseen.

Diabeetikon hoidonohjauksen kannalta olisi tärkeää kehittää osastojen, sisätautiosaston ja poliklinikan välistä yhteistyötä, jotta toisten ammattitaitoa ja osaamista voitaisiin paremmin hyödyntää. Yhteistyötä eri osastojen välillä tulisi kehittää myös kirjaamisen osalta. Yhtenäinen kirjaamiskäytäntö edistää hoidonohjauksen jatkuvuutta ja sen avulla voidaan arvioida omahoidon tilannetta ja diabeetikon oppimista. Yhtenäinen kirjaamiskäytäntö edellyttää, että hoidonohjausta toteuttavat eri ammattiryhmät eli hoitajat, lääkärit ja ravitsemussuunnittelijat ovat sitoutuneet yhtenäisen kirjaamisen periaatteeseen. Yhtenäisen kirjaamisen käytäntöä tukee myös tieto siitä, että samojen tietojen toistuva kerääminen aiheuttaa asiakkaassa kyllästymistä ja epäilyä hoitotyön laadusta. Myös erikoissairaanhoidon ja vapaaehtoisjärjestöjen välille toivottaisiin tiiviimpää yhteistyötä, jolloin järjestöjen jäsenten käytännön kokemusten yhdistäminen erikoissairaanhoidon ammatilliseen tietoon paranisi.

Hoitosuhte

Hoitosuhteeseen liittyvää tietoa löydettiin kaikista analysoitaviksi valituista tutkimuksista (liite 3). Hoitosuhteeseen liittyvät hoitoonsitoutumista tukevat tekijät on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Säännöllinen Tuttu hoitaja Mahdollistaa vuorovaikutuksen Nuoren tunteminen ja huomioiminen helpottuu	Jatkuva ja pysyvä hoito- suhde	Hyvä hoitosuhde
Kahdensuuntainen Avoin ja luottamusta herättävä Tasavertainen kohtaaminen Mielipiteiden huomioiminen Kunnioittaminen Kannustus Kehuminen Motivointi Kiiireettömyys Hoitajan hyvät tiedot ja taidot sekä per- soonalliset ominaisuudet Henkilökemiat	Toimiva vuorovaikutus	
Iloinen Nuorekas Puhelias Huumorintajuinen Empaattinen Samaa sukupuolta Luottamusta herättävä Ymmärtää nuoria Tasavertaisuus ja kaveruus Tietynlainen auktoriteettius Ammatillisuus Nuoren asioiden muistamisen Asioiden eteenpäin vienti Tunnollisuus ja paneutuminen Kysyminen nuorelle tärkeistä asioista Ymmärrettävä kieli Lääketieteellisten termien välttäminen Hienotunteisuus Usko nuoren parhaaseen yrittämiseen	Hoitajan persoonallisuus	

Toimiva ja onnistunut hoitosuhde edistää nuoren positiivista suhtautumista diabeteksen hoitoon sekä kannustaa ja tukee nuoren jaksamista. **Jatkuva ja pysyvä hoitosuhde** on tärkeä tekijä nuoren hoitoonsitoutumisen tukemisessa. Vastaanottokäyntejä tulisi olla säännöllisesti ja ne tulisi toteuttaa nuorelle jo ennestään tutun hoitajan kanssa. Tuttu hoitaja lisää nuoren turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitoon sekä mahdollistaa nuoren ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen kehittymisen. Samalla diabeteshoitaja oppii tuntemaan nuoren parem-

min ja on selvillä hänen tiedoistaan ja taidoistaan. Nuoren yksilöllisten tarpeiden, iän ja kehitystason sekä mielipiteiden huomioiminen ohjauksen suunnittelussa, toteutuksessa ja tavoitteiden asettamisessa helpottuu. Näin voidaan myös välttää toistuva samojen tietojen kerääminen ja antaminen, joka aiheuttaa nuoressa turhautumista ja epäilyä hoitotyön laadusta.

Hyvässä hoitosuhteessa hoitajan ja nuoren välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys. Kahdensuuntainen **vuorovaikutus**, joka on avointa ja luottamusta herättävää on ensisijaisen tärkeää. Nuoren tasavertainen kohtaaminen, mielipiteiden huomioiminen ja kunnioittaminen sekä kannustus, kehuminen ja motivointi kuuluvat oleellisena osana hyvään hoitosuhteeseen ja lisäävät onnistunutta vuorovaikutusta. Kiireetön keskustelumahdollisuus, hoitajan hyvät tiedot ja taidot sekä hoitajan persoonalliset ominaispiirteet edesauttavat hyvän vuorovaikutuksen syntymistä ja saavat aikaan luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumisen. Myös henkilökemioiden kohtaamisella on suuri merkitys vuorovaikutukseen.

Hoitajan persoonallisuudella on merkittävä vaikutus hoitosuhteen onnistumiseen. Jotta nuoret uskaltaisivat lähestyä hoitajaa, tulisi hänen olla iloinen, nuorekas, puhelias, huumorintajuinen ja empaattinen. Nuoret kokevat, että samaa sukupuolta olevan hoitajan kanssa on helpompi keskustella asioista. Hoitajan tulisi herättää nuorissa luottamusta ja ymmärtää nuoria. Vaikka nuoret toivovat hoitajalta tasavertaisuutta ja kaveruutta, samalla he toivovat hoitajan olevan myös tietynlainen auktoriteetti, jonka ammatillisuuteen voi luottaa. Liiallinen autoritaarisuus voi kuitenkin aiheuttaa nuoressa tunteen, ettei häntä kuunnella sekä välinpitämättömyyttä ja uhmaa hoitajaa ja hänen ohjaustaan kohtaan. Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut nuoresta itsestään ja paneutua tunnollisesti nuoren asioihin. Yksittäisen nuoren asioiden muistaminen ja niiden eteenpäin vieminen osoittaa tunnollisuutta ja paneutumista juuri kyseessä olevan nuoren asioihin. Aitoa kiinnostusta voi osoittaa kyselemällä nuorelta asioita, jotka eivät varsinaisesti liity diabetekseen tai sen hoitoon. Hoitajan tulee käyttää ohjaustilanteissa ymmärrettävää kieltä ja välttää lääketieteellisten termien liiallista käyttöä. Laboratorioarvojen tietäminen on nuorille tärkeää, mutta ei-toivottujen arvo-

jen kertomisessa hoitajan tulee olla hienotunteinen, jottei nuori koe tullessa syytetyksi ja epäonnistuneeksi. Vaikka verensokeria kuvaavat arvot olisivatkin ei-toivottuja, hoitajan tulee uskoa siihen, että nuori on yrittänyt parhaansa.

Hoidonohjaus

Hoidonohjaukseen liittyvää tietoa löydettiin kaikista analysoitaviksi valituista tutkimuksista (liite 3). Hoidonohjaukseen liittyvät hoitoonsitoutumista tukevat tekijät on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Hoidonohjaus

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Seuranta ja määräaikaikäykynnit Lisää hetkellisesti motivaatiota Positiivinen kokemus Kynnys osallistumiseen matala Nuorelle tärkeät asiat Yhteinen aika Seuraavan käynnin suunnittelu yhdessä Valmistautuminen	Poliklinikkakäynti	Hoidonohjaus
Yhdessä sovittu Realistinen Elämäntilanteeseen sopiva Muutokset huomioiva Nuori oma elämänsä asiantuntija	Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen ohjaus	
Sairastumisen kriisi Oppimiskyky Ohjausta vähän kerrallaan Ohjaustarve jatkuvaa Tiedon kertaaminen Uusin tieto	Yksilöllisen ohjaustarpeen huomioiva ohjaus	
Demonstraatio Käytännön harjoittelu Mallisuoritus Kokeilu Turvallinen ympäristö Todelliset tilanteet Leiriolosuhteet Problem Based Learning Ongelmatilanteiden selvittäminen	Hyvät hoidonohjausmenetelmät	

Hoidonohjaus tapahtuu pääsääntöisesti polikliinisesti tapahtuvien seuranta- ja määräaikaikäyntien yhteydessä vastaanotolla. Seuranta- ja määräaikaikäyntien sekä muiden diabeteshoitajan ja nuoren välisten yhteydenottojen on todettu

ainakin hetkellisesti lisäävän nuoren hoitoonsitoutumista ja hoitomotivaatiota. **Poliklinikkakäynteihin** tulisikin panostaa, jotta nuorelle jäisi niistä positiivinen kokemus ja kynnys osallistua käynteihin ja muihinkin yhteydenottoihin olisi matala. Vastaanottokäynteihin liittyvä kokemus vapaapäivästä sekä käynteihin liittyvät mielekkäät ja positiiviset tapahtumat lisäävät nuoren halua osallistua niihin. Käyntien mielekkyyttä lisää se, että käynneillä keskustellaan nuorelle tärkeistä ja ajankohtaisista asioista, kuten koulusta ja harrastuksista. Nuoret toivovat hoitajilta myös sellaista yhteistä aikaa, jolloin he voisivat tehdä yhdessä jotain mukavaa, esimerkiksi jotain nuoren harrastuksiin liittyvää. Tämä soisi nuorelle mahdollisuuden soveltaa oppimaansa käytäntöön ja samalla se tukisi nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Poliklinikkakäyntien tehokkuutta voitaisiin lisätä sillä, että seuraavalla ohjaukserolla käsiteltävät asiat suunniteltaisiin ja sovittaisiin etukäteen yhdessä nuoren kanssa, jotta nuori voisi valmistautua tulevaan ohjaukseen. Ohjaustilanteeseen valmistautuminen tukee oppimista ja antaa nuorelle mahdollisuuden miettiä kysymyksiä etukäteen.

Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen hoidonohjaus tukee nuoren hoitoonsitoutumista. Hoidonohjauksen tavoitteiden ja niihin tähtäävien keinojen tulisi olla nuoren kanssa yhdessä sovittuja ja realistisia, nuoren elämäntilanteeseen sopivia. Nuoren elämäntilanteessa tapahtuvien muutosten huomioon ottaminen ohjauksessa koetaan tärkeäksi. Osalla nuorista elämäntilanteet muuttuvat jatkuvasti. Nuoret eivät myöskään aina uskalla kertoa, millaista arki todellisuudessa on, ja kuinka epäsäännöllistä elämää he saattavat esimerkiksi viikonloppuisin viettää. Hoitosuhteessa tulisi pyrkiä siihen, että hoitaja on asiantuntija sairauden hoitamisessa ja sairauteen liittyvissä asioissa, mutta nuori itse on oman elämänsä asiantuntija. Nuoret tarvitsevat sekä keskustelua että ohjeita hoidon soveltamisessa muuttuvaan elämänrytmiinsä

Hyvä hoidonohjaus huomioi nuoren **yksilölliset ohjaustarpeet**. Alkuohjauksen yhteydessä on aina huomioitava sairastumisen aiheuttama kriisi, joka heikentää yksilön oppimiskykyä. Tämän vuoksi ohjausta tulisikin antaa vähän kerrallaan ja sen tulisi olla jatkuvaa. Aiemman tiedon kertaaminen on oppimisen kannalta tärkeää. Näin varmistetaan, että kaikki oleellinen tieto on varmasti tullut ymmär-

retyksi. Nuoret toivovat diabeteshoitajien tuovan esiin uusinta diabetestietoutta, tietoa uusista hoitomuodoista ja meneillään olevista tutkimuksista sekä niiden tuloksista. Uusin ja ajan tasalla oleva tieto luo uskoa tulevaisuuteen ja selviytymiseen sekä auttaa nuorta jaksamaan.

Diabeteksen kokonaisvaltainen hoito on niin monimuotoista, ettei sitä voi oppia pelkästään suullisen tai kirjallisen ohjauksen avulla. Tämän vuoksi nuorten diabeetikoiden kohdalla demonstraatiot ja käytännönharjoittelu on välttämätöntä ohjauksen sisäistämiseksi. Nuorten mielestä hyvässä ohjaustilanteessa hoitaja aluksi näyttää mallisuorituksena ohjattavan asian, jonka jälkeen nuori saa itse kokeilla samaa, turvallisessa ympäristössä, hoitajan varmistaessa suorituksen sujumisen. Erityisen hyväksi koettiin ohjaus, joissa nuori oli voinut todellisissa tilanteissa soveltaa oppimaansa käytäntöön. Tällaisia tilanteita saatiin luotua leiriolosuhteissa. Sairaala pidetään liian kontrolloituna ja turvallisena ympäristönä, jotta nuori itsenäistyisi hoidossaan. Problem Based Learning eli ongelmalähtöinen oppiminen on uusi oppimismenetelmä, jota voidaan hyödyntää myös diabeetikonuorten hoidonohjauksessa. Se on osoittautunut taloudelliseksi, käyttökelpoiseksi ja toimivaksi **hoidonohjausmenetelmäksi**. Diabeteksen jatkapäiväinen hoito on täynnä ongelmia ja tarjoaa siten hyvät lähtökohdat oppimistapahtumille. Ongelmatilanteiden selvittäminen antaa nuorelle kokemusta ja varmuutta omien tulevien ongelmien ratkaisemiseen.

Psyykkinen ja sosiaalinen tuki

Psyykkiseen ja sosiaaliseen tukeen liittyvää tietoa löydettiin kaikista analysoitaviksi valituista tutkimuksista (liite 3). Psyykkiseen ja sosiaaliseen tukeen liittyvät hoitoonsitoutumista tukevat tekijät on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Psyykkiseen ja sosiaaliseen tukeen liittyvät tekijät.

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Psyykkinen hyvinvointi ja turvallisuus Emotionaalinen tuki Kannustus tunteista puhumiseen Mielialojen huomioiminen ja niihin puuttuminen Itsetunnon tukeminen Hoitovastuun siirto Vastuullisuuteen kannustaminen Sisäinen motivaatio Hoitomotivaation kehittyminen	Nuoren tukeminen	Psyykkinen ja sosiaalinen tuki
Perheen huomioiminen Jaksaminen Tieto ja ohjaus Perhekeskeisyys Nuoren itsenäistymiseen tukeminen Epävarmuuden kokeminen Turvallisuuden tunne ja luottamus Toimiva yhteistyö Konfliktien vähentäminen Hoitajan rooli Henkilökunnan tuki Vastuu myös hoitavalla taholla Läsnäolo vastaanotolla Tiedon tulkinta Tiedon kulku Kirjallinen materiaali Mahdollisuus yhteydenottoon	Perheen tukeminen	
Kavereiden kanssa tekeminen Hyväksyntä ja tuki Ryhmät Kohtalotoverit Kokemusten jakaminen Yhdessä oleminen Hälventää erilaisuuden kokemista Lisää selviytymiskeinoja Parantaa elämänlaatua Lisää stressin sietokykyä	Kaverit ja vertaistuki	

Tiedon annon ja konkreettisen ohjauksen lisäksi nuorelle ja hänen perheelleen tulee antaa psyykkistä ja sosiaalista tukea. Psyykkisellä ja sosiaalisella tuella on todettu olevan erittäin suuri merkitys nuoren hoitoonsitoutumisessa.

Psyykkisesti hyvinvoivan nuoren on helpompi hyväksyä diabetes osaksi elämänsä. Hän ei koe sairauden rajoittavan liikaa elämänsä ja hänen on helpompi sopeutua diabeteksen mukanaan tuomiin uusiin tilanteisiin. Hän ei koe olevansa erilainen kuin muut eikä häpeä sairauttaan. Nuoren psyykinen turvallisuus myös edistää nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, lisää nuoren tiedonvastaanottokykyä ja näin tukee hoidonohjauksen onnistumista. Ahdistuneen ja aran nuoren on kiusallista puhua vaikeista asioista jolloin nuoren ja hoitajanvälinen hoitosuhde saattaa jäädä pinnalliseksi.

Murrosiän myllertäessä nuoren psyykkiseen hyvinvointiin tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Nuoret itse toivovat saavansa hoitajalta enemmän emotionaalista tukea ja kannustusta tunteista puhumiseen. He toivovat, että hoitajalla olisi herkkyyttä huomioida heidän mielialojaan ja tarvittaessa rohkeutta tarttua toimeen huomatessaan nuoren tarvitsevan psyykkistä tukea. Nuori, jolla on hyvä itsetunto, osallistuu todennäköisemmin erilaisiin diabetesryhmiin ja muihin tapahtumiin. Tämän vuoksi nuoren itsetunnon tukeminen koetaankin yhtä tärkeäksi kuin nuoren diabeteksen hoitaminen.

Merkittävä keino **nuoren psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa** on hoitovastuun siirtäminen nuorelle itselleen. Nuoret arvostavat heille annettua hoitovastuuta ja se motivoi heitä itsehoitoon. Vastuullisuuteen kannustaminen koetaankin hyvin tärkeäksi hoitajien taholta. Hoitajien tulisi edellyttää nuorelta selkeästi omaa vastuuta ja sopimuksista kiinni pitämistä. Vastuullisuuteen kehittymisessä tärkeää on nuoren sisäisen motivaation syntyminen. Hoitajan haasteellinen tehtävä on löytää ja tunnistaa nuorella ne tekijät, jotka vaikuttavat nuoren sisäisen motivaation heräämiseen. Itsensä hoitamisen tärkeyden perusteleva, nuorta syyllistämättä, lisää nuoren hoitomotivaation kehittymistä.

Perheen huomioiminen on erittäin tärkeää nuoren tyypin 1 diabeetikon hoitoonsitoutumisen tukemisessa. Nuoren hoidossa jaksaminen on selkeästi yh-

teydessä vanhemman jaksamiseen. Diabetekseen liittyvä tieto ja ohjaus ovat auttaneet perheitä jaksamaan paremmin, vähentänyt vanhempien kokemaa ahdistusta ja parantanut vanhempien kykyä tukea nuorta. Tämän vuoksi hoidonohjauksen tulisi olla perhekeskeistä, jolloin tietoa ja tukea annettaisiin nuoren itsensä lisäksi myös hänen vanhemmilleen.

Murrosiässä olevan nuoren diabeetikon vanhemmat kaipaavat apua erityisesti siihen, miten tukea itsenäistymisen kanssa kamppailevaa nuorta. Itsenäistymiseen kuuluva omien rajojen kokeilu ja vanhemmista irtaantuminen aiheuttaa vanhemmissa huolta. Toisaalta vanhemmat toivovat nuoren ottavan itse vastuuta omasta hoidostaan, mutta toisaalta vastuunsiirto ja luottaminen nuoren pärjäämiseen aiheuttavat vanhemmissa epävarmuutta. Myös nuorelle itselleen vastuunotto omasta hoidostaan saattaa olla liikaa, jolloin se luo paineita ja pelkoa tulevasta. Vastuunsiirron tulisivikin tapahtua vähitellen yhteisymmärryksessä nuoren ja vanhemman välillä. Tämä lisää molemminpuolista turvallisuuden tunnetta ja luottamusta. Vanhemman ja nuoren välisellä toimivalla yhteistyöllä vähennetään myös diabeteksestä aiheutuvien konfliktien määrää perheessä. Vanhempien ja nuoren välisissä ristiriitatilanteissa hoitajan rooli välittäjänä ja kompromissien tekijänä korostuu. Nuoren laiminlyödessä hoitoaan vanhemmat toivovat hoitohenkilökunnalta tukea nuoren asioihin puuttumisessa. Vanhempien huolta vähentää jo tieto siitä, että he eivät ole yksinään vastuussa nuoren hoidosta, vaan heillä on asiantunteva hoitotaho tukena.

Toiset nuoret kokivat vanhempien läsnäolon vastaanottokäynneillä tärkeäksi. Tällöin nuori ja hänen vanhempansa saivat ohjauksen yhteisesti, joka auttoi tiedon tulkitsemisessa ja käytössä, ehkäisi väärinkäsitysten syntymistä ja lisäsi perheensisäistä vuorovaikutusta. Toisaalta vanhempien poisjäänti vastaanottokäynneiltä on osa nuoren itsenäistymiseen tukemista ja toiset nuoret kokivatkin vanhempien läsnäolon liian holhoavana. Jos vanhemmat eivät osallistu vastaanottokäynnille, olisi tärkeää, että käynnillä annettu tieto saavuttaisi myös vanhemmat. Nuorta itseään ei kuitenkaan voida vastuuttaa tiedon välittäjäksi, sillä kaikki nuoret eivät halua kertoa vanhemmilleen asioistaan ja toisaalta hoitohenkilökunta ei voi olla varma siitä, osaako nuori välittää tiedon oikein. Kirjal-

lisen materiaalin avulla voidaan ainakin osittain tukea vanhempien tiedonsaantia. Tiedonsaantia tukee myös vanhemman mahdollisuus yhteydenottoon nuorta hoitavaan tahoon.

Kaverit ja kavereiden kanssa tekeminen on nuorelle tärkeää. Kavereiden ja läheisten hyväksyntä ja tuki mahdollistaa nuoren sosiaalisen hyvinvoinnin. Kavereiden ja läheisten tuen lisäksi **vertaistuell**a on suuri merkitys sekä psyykkisen että sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Vertaistukea nuori saa erilaisissa ryhmissä samassa tilanteessa olevilta kohtalotovereiltaan. Ryhmässä tapahtuva kokemusten jakaminen ja yhdessä oleminen hälventää erilaisuuden tuntua ja lisää hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Kuulemalla, kuinka muut ryhmäläiset toimivat omahoidossaan, nuori voi miettiä omien selviytymiskeinojen riittävyyttä ja pohtia muiden hyväksi havaitsemien toimintatapojen käyttökelpoisuutta omalla kohdallaan. Vertaistuell'a on myös merkitystä elämänlaadun kokemiseen ja stressin sietokyvyn hallintaan

7 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tälle tutkimukselle on tehty toimeksiantosopimus (liite 1) Salon terveystieteiden tutkimuskeskuksen kanssa syksyllä 2008. Tutkimuslupa (liite 2) tutkimukselle saatiin keväällä 2009. Tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Se on tutkimusmenetelmä, jossa jo olemassa olevaa tietoa jäsenellään ja kerätään, arvioidaan löydetyn tiedon laatua ja yhdistetään rajatusta ilmiöstä saatuja tuloksia. Tutkitun tiedon kriittinen ja systemaattinen arviointi on edellytys uutta tietoa tuottavalle tutkimukselle. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus onkin luotettava tapa yhdistää aikaisemmista tutkimuksista saatua tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Systemaattisten kirjallisuuskatsausten tavoitteena on koota alkuperäistutkimuksista ilmi tulevaa tietoa, jolla voidaan vaikuttaa käytännön kliiniseen tietopohjaan. Muun muassa Käypä hoito –suosituksissa hyödynnetään paljon systemoitujen katsausten tuottamaa näyttöä. (Malmivaara 2002, 877). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus onkin saanut paljon huomiota näyttöön perustuvan toiminnan myötä (Johansson 2007, 4.) Tämän tutkimuksen tavoite on kehittää nuorten tyyppin 1 diabeetikoiden saamaa hoidonohjausta aiempaan näyttöön perustuen, joten systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valinta tutkimusmenetelmäksi on perusteltua.

Tässä tutkimuksessa analysoitavien tutkimusten valintaa varten määritettiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tarkkojen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla löydettiin sellaiset tutkimukset, joista löytyi vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Mahdollisimman kattavan tiedon saamiseksi kirjallisuuskatsaukseen yhdistettiin myös manuaalista tiedonhakuja. Olemassa olevien tutkimusten laadun ja luotettavuuden arviointi on merkittävä osa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon tarvitaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta tutkimusten valintaa ja käsittelyä voidaan pitää luotettavana. (Johansson 2007, 6).

Laadulliselle tutkimusmenetelmälle on ominaista samanlaisuuksien tai eroavaisuuksien löytyminen tutkimusaineistosta. Laadullisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21).

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla kirjallista tai suullista materiaalia, esimerkiksi alkuperäistutkimuksia, tutkimuskatsauksia sekä -artikkeleita, voidaan analysoida systemaattisesti ja puolueettomasti (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tämän tutkimuksen aineistoksi valitut tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä. Aineistosta etsittiin pelkistettyjä ilmaisia, jotka vastasivat tutkimusongelmiin. Pelkistetyt ilmaiset ryhmiteltiin ja kategorioitiin. Vastauksista muodostettiin taulukoita, jotka on selitetty tekstissä sanallisesti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu tutkijoihin, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Tutkijoiden tulee pystyä pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti kuvattavaa ilmiötä. Tutkijoiden tulee myös luotettavasti osoittaa yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36). Myös lähdekritiikkiin tulee kiinnittää huomiota. Lähdeaineiston luotettavuuteen vaikuttavat niiden kirjoittajan tunnettuus ja arvostettavuus, lähteen ikä, uskottavuus ja julkaisijan arvovalta sekä lähteinä käytettyjen tutkimusten taloudellisuus ja puolueettomuus. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2009, 113-114). Aineistoksi tässä tutkimuksessa valittiin tutkimuksia, joiden tekijät ovat tunnettuja ja arvostettuja sekä tutkimusartikkeleita, jotka on julkaistu tieteellisesti arvostetuissa julkaisuissa. Myös tutkimusten ikään kiinnitettiin huomiota, pyrkien käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Aineiston hakukriteeriksi asetettiin, että tutkimukset eivät saa olla ennen vuotta 2000 julkaistuja. Tutkimusaineiston analysoinnissa meneteltiin kriittisesti ja huolellisesti. Tutkimukset, joista tulokset saatiin, on lueteltu tutkimuksen tulososiossa. Tutkimukset on myös esitelty taulukossa (liite 3). Tutkimuksessa käytetyt lähteet on esitetty asianmukaisesti sekä lähdeluettelossa että tekstiviitteissä.

Tämä tutkimus on toistettavissa tekemällä aineistojen haut samalla tavalla, kuin taulukossa 1 on esitetty. Tutkimuksen toistettavuutta tukee myös se, että tutkimuksen empiirinen toteutus on kuvattu mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen validiuteen on kiinnitetty huomiota koko tutkimuksen teon ajan aina aineiston hausta sisällönanalyysiin ja tutkimuksen raportointiin saakka.

Etiikka etsii vastausta siihen, mikä on moraalisesti hyvää ja mikä teko on oikea. Etiikka pyrkii myös selvittämään, mitä hyvän ja oikean käsitteellä tarkoitetaan. (Haaparanta & Niiniluoto 1998, 83). Tutkimusetiikalla tarkoitetaan eettisesti hyvin tehtyä ja luotettavaa tutkimusta. Tutkimuksen tulee olla inhimillistä ja arvoperustaista toimintaa. Tutkimuksella pyritään löytämään totuus kyseessä olevasta ilmiöstä tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä noudattaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkijat ovat itse vastuussa tutkimukseensa liittyvistä eettisistä ratkaisuista. (Leino-Kilpi 2006, 285).

Tutkimusetiikan kannalta on merkittävää, että kaikenlaista epärehellistä toimintaa vältetään tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Toisten tuottamaa tekstiä ei saa plagioida eli esittää omanaan. Toisen tekstiä tai asiasisältöjä lainattaessa lainaus on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tuloksia ei saa yleistää ilman kritiikkiä. Tuloksia ei myöskään saa sepittää eikä kaunistella. Tulosten raportoinnin tulee olla rehellistä sekä kattavaa. Alkuperäisiä havaintoja ei saa muokata tulosten vääristämiseksi. Myös tutkimuksessa ilmenevät puutteet on tuotava julki. Julkaisussa on mainittava kaikki tutkimusryhmän jäsenet, kenenkään osuutta ei saa vähätellä. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2009, 25-27.) Tämän tutkimuksen teossa plagiointia ei ole harrastettu ja kaikki lainaukset on osoitettu asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkijat ovat toimineet kaikin tavoin rehellisesti. Tutkimus kestää kritiikkiä, tutkimuksen tuloksia ei ole vääristelty ja ne on raportoitu kattavasti sekä puolueettomasti.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön mukaiset toimintatavat, joita kaikkien tutkijoiden tulee noudattaa tutkimustyötä tehdessään. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisiin toimintatapoihin kuuluu rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkijoiden tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteuttaa avoimuutta tuloksia julkaistessaan. Tutkijoiden tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo omassa työssään. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös, että tutkimus

on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004, 3.) Tämän tutkimuksen teossa on menetelty hyvän tieteellisen käytännön mukaisia toimintatapoja noudattaen.

8 Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa aikaisempien tutkimusten avulla murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausta sekä selvittää, mikä hoidonohjauksessa tukee murrosikäisen hoitoon sitoutumista. Aikaisempien tutkimusten osoittama tieto nuorten diabeetikoiden huonosta hoitotasapainosta (Valle & Tuomilehto 2004) sekä tutkijoiden oma kiinnostus diabeteksen hoitoa kohtaan vaikutti aiheen valintaan.

Diabetesta sairastavien määrä on kaksinkertaistunut viime vuosina ja määrän arvioidaan lisääntyvän koko ajan. Diabetes myös todetaan yhä nuoremmalla iällä. (Rintala ym. 2008, 7.) Suomalaisten lasten riski sairastua tyypin 1 diabetekseen on maailman korkein (Vaarala 2004, 2). Suomalaisten diabeetikoiden keskimääräinen sokeritasapaino on kaukana tavoitearvoista. Hoitotasapaino on erityisen huono 15- 20-vuotiailla diabeetikoilla sekä niillä, jotka olivat sairastuneet tyypin 1 diabetekseen alle 15-vuotiaana. (Valle & Tuomilehto 2004, 4.) Usein murrosiän kynnyksellä aikaisemmin vakaa glukoositasapaino saattaa huonontua ellei hoitoa mukauteta nuoren kasvun ja kehityksen mukanaan tuomiin fysiologisiin insuliinin tarpeen muutoksiin (Näntö-Salonen ym. 2004, 387). Olisi kuitenkin erittäin tärkeää, että murrosiässä nuoren hoitotasapaino pysyisi mahdollisimman hyvänä. Hyvällä hoitotasapainolla turvataan nuoren normaali kasvu ja kehitys sekä vähennetään hypoglykemioiden ja myöhemmin ilmaantuvien komplikaatioiden riskiä. Murrosiässä muotoutuvat hoitokäytännöt, joihin vaikuttaminen myöhemmin saattaa olla hyvinkin haastavaa. (Näntö-Salonen ym. 2004, 388.)

Tuloksista käy ilmi, että yksilöllisyyden huomioimisella ja hoidonohjauksen joustavuudella on merkittävä rooli hoidonohjauksen onnistumisessa. Hoidonohjauk-

sessä tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, että ohjaus lähtee yksilön tarpeista ja huomioi yksilön henkilökohtaiset valmiudet ja kyvyt sekä elämäntilanteen. Myös Näntö-Salosen ja Ruusun (2007) mukaan nuoren hoidonohjauksen tulisi lähteä ohjattavan tarpeista ja arkipäivästä ja tähdätä yhdessä asetettuihin, realistisiin pienen askeleen tavoitteisiin ja korostaa omien valintojen mahdollisuutta. Tästä huolimatta hoidonohjaus on usein rutiininomaista, yksilöllisyyden sivuuttavaa, ja pohjautuu valmiiksi suunniteltuihin hoidonohjauskäytäntöihin (Latvamäki 2001, 54; Kyngäs 2003, 747; Rissanen 2005, 61; Olli 2008;114).

Murrosikään sijoittuva hoitovastuun siirtyminen vanhemmilta nuorelle itselleen ja samaan aikaan tapahtuva mahdollinen hoitoyksikön vaihtuminen vaikeuttavat vanhempien osallistumista nuoren hoitoon. Vanhempien poisjääminen vastaanotolta merkitsee vanhempien ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen vähenemistä tai päättymistä. Vuorovaikutuksen väheneminen rajoittaa vanhempien tiedonsaantia ja heidän mahdollisuuksiaan tukea nuorta omahoidossa. (Olli 2008, 112.) Osa vanhemmista kokee, ettei heitä oteta riittävästi mukaan hoitoon, vaikka he tarvitsisivat entistä enemmän tukea nuoren itsenäistyessä (Latvamäki 2001, 72). Lastenyksiköiden toiminta on perhekeskeisempää, lapsen ja koko perheen sosiaalisen tilanteen huomioonottavaa. Aikuisten yksikössä toiminta on yksilö ja sairauskeskeisempää. (Olli 2008, 155.) Ihanteellisinta olisi, jos nuorella diabeetikolla olisi mahdollisuus hoitoon nuorisopoliklinikkalla, jossa nuori ei kokisi itseään kohdeltavan lapsena, mutta jonka toiminta ei olisi yhtä ehdotonta kuin aikuispoliklinikan. Nuorisovastaanottoon siirtyminen voisi tapahtua jo esimurrosikäisenä, jolloin voitaisiin samalla miettiä nuoren hoitolinjoja. Esimurrosikäinen on vastaanottavaisempi tiedon ja uusien toimintatapojen suhteen kuin jo murrosiässä oleva nuori. Esimurrosikäiset ovat myös halukkaampia osallistumaan erilaisille leireille ja ryhmätilaisuuksiin kuin vanhemmat nuoret (Viklund ym. 2007, 390).

Itsenäistyessään nuori usein pyrkii irtaantumaan vanhemmistaan ja kokee vanhempien huolehtimisen liiallisena holhouksena. Itsenäistymispyrkimyksistä huolimatta nuori kuitenkin tarvitsee vanhempien tukea koko nuoruusiän ajan. (Nän-

tö-Salonen 2007, 10.) Toistuvat diabeteksen hoitoon liittyvät konfliktitilanteet nuoren ja vanhempien välillä vaikeuttavat omahoitoa, lisäävät stressiä ja estävät hoitoonsitoutumista. (Latvamäki 2001, 67; Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 10.) Tämän vuoksi hoidonohjauksen tulisikin olla entistä perhekeisempää. Perhekeskeinen hoidonohjaus lisää perheen sisäistä vuorovaikutusta, auttaa tulkitsemaan ja käyttämään ohjauksessa jaettua tietoa, vähentää vanhempien ahdistuneisuutta ja parantaa heidän kykyä tukea diabeetikkonuortaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211; Svoren ym. 2007, 920).

Nuoren psyykkiseen hyvinvointiin ja itsetunnon tukemiseen tulisi panostaa hoidonohjauksessa. Nuoren kokema hyvinvointi ja elämänlaatu heijastuvat myös nuoren diabeteksen hoitoon. Psyykkisesti hyvinvoiva nuori selviytyy paremmin diabeteksen mukanaan tuomista ongelmista ja rajoitteista. Onnistuneella omahoidolla on suuri vaikutus nuoren itsetunnon kehittymisen kannalta. Itsetunnon kehittymiseen vaikuttaa se kamppaileeko nuori epäonnistumisen kierteessä vai tarjoaako diabeteksen hoidon hyvä sujuminen onnistumisen elämyksiä (Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 10). Nuoret joilla on hyvä itsetunto ja jotka eivät ole haavoittuvaisia, osallistuvat myös muita todennäköisemmin diabetesleireille ja muihin tapahtumiin (Viklund ym. 2007, 391). Hoidonohjauksessa tulisikin huomioida erityisesti ne nuoret jotka ovat liian arkoja osallistumaan tämän kaltaisiin toimintoihin. Osa nuorten diabeetikoiden vanhemmista jopa toivoi ryhmäohjauksen olevan hoitoohjelmaan kuuluva pakollinen käytäntö (Latvamäki 2001, 61).

Vertaistuella on suuri merkitys pitkäaikaissairaiden ihmisten sairauden hyväksymisen ja sopeutumisen kannalta (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211). Vertaistuen kokemisen mahdollistaa samassa tilanteessa olevien tapaaminen, kokemusten jakaminen ja hyväksytyksi tuleminen (Raappana ym. 2002, 81; Viklund 2007, 390). Ryhmäohjaus mahdollistaa vertaistuen kokemisen. Ryhmäohjaus on myös taloudellista ja aikaa säästävää. Ryhmäohjauksesta saaneet nuoret kokivat oman terveytensä paremmaksi kuin yksilöohjausta saaneet. Erityisesti Problem based learning-menetelmään pohjautuvassa ryhmäohjauksessa nuoret diabeetikot arvioivat oman psyykkisen selviytymisensä muita paremmaksi. (Tulokas ym. 2005, 893, 895, 897.) Diabetesleireille osallistuneiden asenteet sai-

rauttaan ja omahoitoaan kohtaan olivat positiivisempia kuin niillä jotka eivät osallistuneet. Heillä oli myös enemmän kontakteja toisiin diabeetikoihin, he mittasivat verensokeriaan useammin, eivätkä kokeneet diabetesta niin häiritsevää kuin ne jotka eivät osallistuneet leireille. (Viklund ym. 2007, 385.) Vertaistuen saantiin tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Myös vanhemmille tulisi pyrkiä järjestämään mahdollisuus vertaistukeen. Ryhmäohjausta ja erilaisia leirejä tulisi hyödyntää enemmän hoidonohjauksessa. Ryhmäohjauksen ja leirien ongelmana on usein ollut osallistumismahdollisuuden heikkous. Usein osallistumattomuus on johtunut aikataulujen kuten koulun ja lomien yhteensopimattomuudesta tai siitä, että nuori koki itsensä liian vanhaksi osallistumaan (Tulokas ym. 2005, 895; Viklund ym. 2007, 390). Tampereen diabeteskeskuksen järjestämiä leirejä voisi hyödyntää etenkin silloin, kun paikkakunnalla ei ole ryhmäohjauksen järjestämiseen riittävästi samassa tilanteessa olevia diabeetikonnuoria.

Kaikki tehostettu ohjaus on osoittautunut myönteiseksi, pienetkin teot ovat merkittäviä. Tutkimusten mukaan diabeetikot, joilla on seurantakäyntejä säännöllisesti ja tarpeeksi usein, hoitavat diabeteksen omaseurantaa tunnollisemmin kuin ne, joilla on seurantakäyntejä harvemmin (Svoren ym. 2003, 920). Svorenin ym. (2000) mukaan tehostettua ohjausta saaneilla seurantakäyntejä oli jopa kaksi kertaa enemmän kuin tavanomaisen ohjauksen piiriin kuuluneilla. Yhteydenoton tai käynnin jälkeen nuori jaksaa hoitaa itseään ainakin jonkin aikaa paremmin (Latvamäki 2001, 40).

Vaikka tutkimuksista käy ilmi, että millään hoidonohjausmenetelmällä ei ole tähän mennessä saavutettu merkittävää vaikutusta fyysisen hoitotasapainon paranemiseen, niillä on positiivinen vaikutus nuoren kokemaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Svoren ym. 2003, 920; Viklund ym. 2007, 391; Tulokas ym. 2005, 896). Jo tämän tiedon tulisi olla riittävä peruste diabeetikonnuoren hoidonohjaukseen panostamiseen.

Tutkimusta tehdessä kävi ilmi etteivät nuoret ja heidän vanhemmat kokeneet saaneensa riittävästi psyykkistä tukea, jolla kuitenkin koetaan olevan suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta. Psyykkisellä tuella pyritään vaikuttamaan nuoren kokemaan elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Koska tätä tukea ei ole kyetty

antamaan riittävästi olisi mielenkiintoista tutkia, miten nuoren kokema stressi vaikuttaa verensokeriarvoihin.

Lähteet

Kirjallisuus

Aro, E. & Torssonen, S. 2007. Uusi diabeetikon ruokavaliosuositus tulossa, entistä enemmän oman maun mukaan. *Diabetes* 12/2007, 4-6.

Haaparanta, L. & Niiniluoto, I. 1998. Johdatus tieteelliseen ajatteluun. Helsingin yliopiston Filosofian laitos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyvärinen, H. 2004. Murrosiässä voi iskeä hoitokapina. *Diabetes* 6-7/2004. 6-9.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.

Kaisanlahti, A. 2008. Terveiden kannalta tärkeintä liikunnassa on säännöllisyys. *Diabetes* 3/2008, 24-25.

Kangas, T. 2006. Liian matala verensokeri ja insuliinisokki. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Kangas, T.; Kaprio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) 2006. *Diabetes*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Diabetesliitto ry. 314–318.

Kyngäs, H. 1993. Itsensä hoitaminen: elämäntapa, hengissä säilymisen ehto vai merkityksetön asia. Tutkimus 13-17-vuotiaiden diabeetikonuorten hoitoon sitoutumisesta. Stakes, raportteja 121. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.

Kyngäs, H. 1995. Diabeetikonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Oulu: Oulun yliopisto.

Kyngäs H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12/2003.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T.; Kotisaari, S.; Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Tammi, 27–40.

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

Kyngäs, H. & Rissanen, M. 2001. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät. *Hoitotiede* vol. 13, no 4/01

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11 no 1/-99, 3-12.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 – 2002. *Hoitotiede* vol. 17, no 4/-05.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* vol. 18, no 1/-06, 37–45.

Lahti, H. 2006. Hypoglykemiat –tehostuneen insuliinihoidon väistämätön sivuilmiö? *Diabetes* 4/2006, 48–50.

Latvamäki, L. 2001. Diabeetikonuorten ja heidän perheittensä kokemuksia hoitotyöstä. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2006. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 2002; 118.

Näntö-Salonen, K.; Kinnala, A.; Keskinen, P.; Putto-Laurila, A.; Ruusu, P. & Saha M. 2004. Tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoito –kahdenlaisen tasapainon tavoittelua. *Suomen lääkärilehti* 5/2004 vsk 59, 387–392.

Näntö-Salonen, K. & Ruusu, P. 2007. Nuoren diabeetikon komplianssi haastaa hoitoyksikön. *Diabetes ja lääkäri* vol. 36. 5/2007, 7-12.

Olli, S. 2008. Diabetes elämänkumppanina. Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substantiivinen teoria. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Raappana, S.; Åstedt-Kurki, P.; Tarkka, M.; Paavilainen, E.; Paunonen-Ilmonen, M. 2002. Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikkonuorten kokemana. *Hoitotiede* vol. 14, no 2/02.

Rintala, T.; Kotisaari, S.; Olli, S. & Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Tammi.

Rissanen, M. 2005. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen: Tyypin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Rissanen, M. & Koski, S. 2008. Kuntoutuksen pitäisi olla kiinteä osa hoitoa. *Diabetes ja lääkäri* vol. 37, 2/2008, 17–19.

Ruuskanen, E. 2007. Joustava diabeteksen hoito alkaa hiilihydraattien arvioinnista. *Diabetes* 11/2007, 14–16.

Ruusu, P. & Vesanto, M. 2008. Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, T.; Kotisaari, S.; Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Tammi, 126–136.

Saraheimo, M. 2006. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Kangas, T.; Kaprio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) *Diabetes*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Diabetesliitto ry. 26.

Saraheimo, M. & Ilanne-Parikka, P. 2006. Miksi diabetes tuli juuri minulle? Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Kangas, T.; Kaprio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) 2006. *Diabetes*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Diabetesliitto ry. 26–28.

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006a. Diabeteksen alamuodot. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Kangas, T.; Kaprio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) *Diabetes*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Diabetesliitto ry. 13–19.

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006b. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Kangas, T.; Kaprio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) 2006. *Diabetes*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Diabetesliitto ry. 8-9.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *Tabu* vol. 14, no 5/2006. Lääkelaitos.

- Seppänen, S. & Alahuhta, M. 2007. Diabeetikon omahoidon välineet. Helsinki: Edita.
- Svoren, B. M.; Butler, D.; Levine, B.; Anderson, B. J. & Laffel, L. M. B. 2003. Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* Vol. 112 No. 4/2003.
- Tulokas, S. 2006. Nuoren diabeetikon omahoitoon oppiminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P.; Kangas, T.; Kaprio, E. & Rönnemaa, T. (toim.) *Diabetes*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Diabetesliitto ry. 369–370.
- Tulokas, S.; Ojanen, M.; Koivisto, A. & Pasternack A. 2005. Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. *Suomen Lääkärilehti* 8/2005 vsk 60.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Vaarala, O. 2004. Tyypin 1 diabetes – suomalaisten lasten kansantauti. *Kansanterveyslaitoksen tiedotuslehti* 3/2004, 2.
- Viklund, G. E.; Rudberg, S. & Wikblad K. F. 2007. Teenagers with diabetes: self-management education and training on a big schooner. *International Journal of Nursing Practice* 2007; 13.
- Walker, R. & Rodgers, J. 2005. *Diabetes. Käytännön opas terveydenhoitamiseen*. Suom. Cul-len, K. Helsinki: Perhemediat.
- Winell, K. & Reunanen, A. 2006. *Diabetesbarometri 2005*. Suomen Diabetesliitto ry. Kirjapaino Hermes.

Sähköiset lähteet

- Ilanne-Parikka, P. 2009. Diabetes ja tupakointi. *Diabetes. Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 25.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01002&p_haku=diabetes%20p%E4ihheet
- Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A.; Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistopaino, 10-18. Viitattu 12.11.09.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistopaino, 6-9. Viitattu 12.11.09.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Leppälahti, M. 2008. Katsaus: Silmäys nuorisotutkimukseen. *Elore* vol. 15 – 1/2008. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura ry. Viitattu 4.12.09
http://www.elore.fi/arkisto/1_08/lep1_08.pdf
- Mustajoki, P. 2009. *Diabetes. Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 25.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s4
- Salaspuro, M. 2005. Alkoholit ja diabetes. *Päihdelinkki.fi*. Viitattu 24.2.2010.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/221-alkoholi-ja-diabetes>

- Suomen Diabetesliitto ry. 2005. Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus. Viitattu 20.11.2009.
<http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/tyyppi1/index.html>
- Torssonen, S-T. & Lyytinen, M. (toim.) 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008 Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 15.11.2009.
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1219
- Turun ammattikorkeakoulu 2008. Hoitonetti. Viitattu 18.2.09.
<http://terveysprojektit.turkuamk.fi/thnetti/thnetti.htm>
- Vaasan yliopisto 2009. Oppimistyyliit. Viitattu 20.11.09.
http://www.uwasa.fi/opiskelu/suunnittelu/opi_oppimaan/oppiminen/oppimistyyliit/
- Valle, T. & Tuomilehto, J. 2004. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000-2001. DEHKO-raportti 2004:1. Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 2.3.09.
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=121
- WHO 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen – Näyttöä toiminnan tueksi. Lääkelaitos Oy suom. Viitattu 16.11.09.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

Turun ammattikorkeakoulu
Terveysala, Salo
Yhäistentie 2
24130 Salo

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU POLYTECHNIC

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantajan nimi: Salon seudun terveyskeskus

Toimeksiantajan osoite: Pääterveysasema, Sairaalanditie 9, Salo

Yhteyshenkilö/asema: Seija Hyvärinen / johtava hoitaja

Yhteystiedot: puh. 772 3652 e-mail seija.hyvarinen@tk.salonseutu.fi


Hanke	Aihe	Tekijät	Ryhmä
Terveysnetti	Vanhusten liikunnan vaikutus terveyteen	Sari Sirkelä	STHS06
	Työikäisten migreeni	Reeta Aikkila	STHS06
	Nuorten seksineuvonta – Terveysnetti (vanhojen sivujen päivitys + uudistus)	Elina Pohjavirta, Elina Kokkola Laura Ahala Miia Järvinen	STHS06
	Työikäisten keliakia	Anniina Toivonen Henni Saari Sanna Olander Sara Tuunanen	SSHS06
	Lasten astma- tietopaketti vanhemmille	Sanna Mankonen	ASSHK07
	Aivoverenkiertohäiriöt	Terhi Ketonen	ASSHK07
	Sydäninfarkti	Annukka Andersson Minna Lindgvist	ASSHK07
Hoitonetti	Nuoren diabeetikon hoitoon ohjaus	Iina Mäkinen Katri Isokääntä	STHS06
	Internetin vaikutus nuorten (12-16 v) terveyteen ja terveyskäsitteisiin	Nillam Härkönen Anniina Wallin	SSHS06
	Opiskelijoiden masennus	Milka Lahtinen Elise Kauppila Elli Tanska	SSHS06
	Vanhemman sairastuminen syöpään vaikutukset lapseen	Nieminen Päivi	ASSHK07
	Dementoituneiden vanhus-ten hoitaminen akuuteilla vuodeosastoilla	Hanna Ruotsalainen	ASSHK07

Päiväys ja allekirjoitukset:

10.10.2018
Päiväys


Toimeksiantajan edustaja

Seija Hyvärinen
Hallintoylihoitaja


AMK:n edustaja
Miia Pellinen
044 9675 481

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 SALO
Puh. 010 5536100
Fax. 010 5536179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Nuoren tyyppi I diabeettikon hoitonsuositus
Tutkimusongelma	1. Minkälaisia menetelmiä voidaan toteuttaa nuoren tyyppi I diabeettikon hoitonsuositusta? 2. Minkälainen hoitonsuositus tukee nuoren tyyppi I diabeettikon hoitoon sitautumista parhaiten
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Aiemmat tutkimukset aiheesta Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Aineiston kokoamisajankohta	Kevät ja kesä 2009
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	Joulukuun 2009
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	1 20
Tutkimuksen ohjaajat	Tiina Pelander puh. _____ Jaana Vuori puh. 050-5411563
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät	hoitotyö STASOB (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä) Liina Mäkinen Katri Isokääntä (nimi) Kuuselankatu 16, SMO Haapatie 20, SMO (osoite) 041 505 6746 044 280 8860 (puhelinnumero)

Anomus käsitelty

21/4 2009

 lupa myönnetty lupa evätty, peruste _____

Allekirjoitus

Liina Mäkinen Salon Terveystieteiden

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovulla tavalla.

Käytännön asiantuntijana ja käytännön ohjaajana kannattaa konsultoida Salon aluesairaalan lastenpoliklinikan diabeteshoitajia.

Liite 3

Tekijä Vuosi, maa Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä Otos	Tulos
<p>Tulokas, Sirkku; Ojanen, Markku; Koivisto, Anna- Maija & Pasternack, Amos</p> <p>2005, Suomi</p> <p>Nuoren diabeetikon ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kliininen tutkimus, laboratoriotulokset, kyselylomake</p> <p>Lastenyksiköstä sisätautiklinikalle siirtyvät nuoret (n=86)</p>	<p>PBL-pienryhmässä toteutettu ohjaus oli toimivaa ja taloudellista. Sekä PBL- että yksilöohjausryhmissä tapahtui muutosta parempaan. PBL-ryhmässä saatiin ohjauksen lisäksi vertaistuen antama hyöty ja nuoret kokivat psyykkisen tilansa paremmaksi kuin yksilöohjauksessa olevat nuoret.</p>
<p>Raappana, Seija; Åstedt-Kurki, Päivi; Tarkka, Marja- Terttu; Paavilainen, Eija & Paunonen- Ilmonen, Marita</p> <p>2002, Suomi</p> <p>Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikkonuorten kokemana</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kyselylomake, päiväkirjat, teemahaastattelut, laboratoriotulokset</p> <p>15-17-vuotiaat nuoret (n=15)</p>	<p>Nuorten omahoidon hallintaa voidaan kuvata hallitulla, ohjeenmukaisella, hallitsemattomalla ja rajoittuneella omahoidolla. Omahoidonohjaus merkitsi nuorelle tietoa ja tukea ja toisaalta myös turhauttavaa kokemusta. Omahoidonohjauksen aikana nuorten hoitotasapaino parani vain vähän. Onnistunut omahoidonohjaus edellyttää yksilöllistä ohjaustarpeen ja perheen tuen arviointia.</p>
<p>Viklund, Gunnel E.; Rudberg, Susanne & Wikblad, K. F.</p> <p>2007, Ruotsi</p> <p>Teenagers with diabetes: Sel-managemet education and training on a big schooner</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kyselylomake, laboratoriotulokset</p> <p>14-18-vuotiaat nuoret (n=90)</p>	<p>Diabetesleirille osallistuneilla raportoitiin positiivisempia asenteita diabetesta ja omahoitoa kohtaan sekä säännöllisempiä kontakteja muiden diabeetikkojen kanssa kuin niillä, jotka eivät osallistuneet leirille. Leiriläiset mittasivat verensokeria useammin ja kokivat diabeteksen vähemmän häiritseväksi vertaisryhmään verrattuna. HbA1c-arvoissa ei tapahtunut muutosta, mutta insuliinipumppu otettiin yleisemmin käyttöön leiriläisten kes-</p>

Liite 3

		kuudessa.
<p>Kyngäs, Helvi</p> <p>2003, Suomi</p> <p>Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Haastattelu</p> <p>13-17-vuotiaat nuoret (n=40)</p>	<p>Nuoret kokivat, että rutiininomaisessa hoidonohjauksessa ei kiinnitetty tarpeeksi huomiota nuorten omiin tarpeisiin. Ohjausta annettiin vain silloin, kun hoitajille sopi. Ohjauksen taso ei aina ollut samalla tasolla nuoren kehitysvaiheen kanssa. Nuoret kokivat ongelmaksi myös huonosti suunnitellun ja rajatun ohjauksen sekä systemaattisen ohjauksen ja jatkuvuuden puutteen. Nuoret kokivat ohjauksen hyväksi, kun ohjaaja motivoi ja kunnioitti heitä ja heidän mielipiteitään, kannusti heitä ilmaisemaan tunteitaan, esittämään kysymyksiä ja kokemuksiaan. Ideaalinen ohjaus on hyvin ennalta suunniteltua ja perustuu nuoren tarpeisiin sekä kirjalliseen materiaaliin. Ideaalinen ohjaus lisää nuoren taitoja omahoidon toteutukseen sekä kykyä selviytyä erilaisista tilanteista ja ongelmista.</p>
<p>Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi</p> <p>2005, Suomi</p> <p>Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>n=96 artikkelia</p>	<p>Tyytyväisyyttä ohjaukseen lisäsi riittävä tieto sairaudesta ja sen hoidosta. Ohjaus vaikutti positiivisesti mm. potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään. Ohjaus toteutettiin useimmiten suullisena yksilöohjauksena, joka pidettiin vaikuttavampana kuin ryhmäohjaus. Suullisen ja audiovisuaalisen ohjauksen lisäksi annettu kirjallinen ohjausmateriaali koettiin ohjausta tukevaksi. Potilaan tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen koettiin vaikeaksi hoitohenkilökunnan taholta.</p>
<p>Latvamäki, Lasse</p> <p>2001, Suomi</p> <p>Diabeetikonuorten ja heidän perheittensä kokemuksia</p>	<p>Haastattelu</p> <p>12-16-vuotiaat nuoret (n=6) ja heidän vanhempansa (n=6)</p>	<p>Nuoret kokivat hoitotyöntekijän tuen tärkeäksi sopeutumisessaan diabetekseen. Sairastumisvaiheessa saatu ohjauskokemus vaikuttaa pitkään nuoren ja perheen suhtautumiseen hoitavaan yksikköön. Henkilökunnan ja perheen</p>

<p>hoitotyöstä</p> <p>Pro gradu</p>		<p>välisellä yhteistyöllä on suuri merkitys hoidon laadun kokemiselle. Perhehoitotyön osuutta tulisikin lisätä. Vanhemmat kaipaavat apua nuoren itsenäistymisessä ja hoitotasapainon parantamisessa. Tuloksista myös käy ilmi, että diabeetikko nuoret ja heidän perheensä toivovat omahoitajuutta ja hoitotyötä kotiin. Lisäksi vanhemmat korostivat hoidon jatkuvuuden tärkeyttä.</p>
<p>Svoren, Brita M.; Butler; Deborah; Levine, Bat-Sheva; Anderson, Barbara J. & Laffel, Lori M. B.</p> <p>2003, USA</p> <p>Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Seurantatutkimus, haastattelut, potilastiedoista ja laboratoriotuloksista saadut tiedot</p> <p>7-16-vuotiaat lapset ja nuoret (n=299)</p>	<p>Diabeetikot oli jaettu kolmeen eri ryhmään. Hoidon ohjaus toteutettiin klinikka käynneillä. Yhdellä ryhmällä oli henkilökohtainen tukihenkilö, joka auttoi diabeetikkoa ja hänen perhettään hoidonohjaus tapaamisten järjestämisessä, sekä huolehti heidän informoinnista puhelimitse tai kirjeitse mikäli he eivät olleet ottaneet osaa tapaamiseen. Tätä ryhmää kutsuttiin CA-ryhmäksi. Toisella ryhmällä oli vastaava tukihenkilö, mutta edellisten lisäksi hän antoi diabeetikoille kirjallista materiaalia diabeteksen hoidosta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä ja kannusti perhettä keskustelemaan kirjallisen materiaalin aiheesta (CA+). SC ryhmällä ei ollut vastaavaa tukihenkilöä, joten he joutuivat itse huolehtimaan käyneistään sekä tiedonsaannistaan. CA ja CA+ -ryhmäläiset osallistuivat useammin rutiinimaisiin seurantakäynteihin kuin SC -ryhmäläiset. CA+ ryhmäläisillä oli selvästi vähemmän lyhyt aikaisia diabeteksen komplikaatiota kuin muihin ryhmiin kuuluvilla. CA+ ryhmään kuuluvat suuren riskin potilaat (HbA1c >8,7%) paransivat verensokeri seurantaansa. Tukihenkilön käyttö on taloudellinen tapa vähentää diabeteksestä aiheutuvia seurauksia.</p>
<p>Olli, Seija</p>	<p>Aineistolähtöinen teoria, teemahaas-</p>	<p>Nuorisodiabetespoliklinikan toiminnassa oli nähtävissä aikuisia hoita-</p>

Liite 3

<p>2008, Suomi</p> <p>Diabetes elämäntapana – Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substantiivinen teoria</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>tattelu, havainnointi, päiväkirjat, taustakyselyt, hoitotasapainoarvot</p> <p>15-18-vuotiaat nuoret (n=15) ja heidän vanhempiaan (n=18)</p>	<p>vien yksiköiden yksilö- ja sairauskeskeisempi toimintaperiaate, mikä tuo haasteita vanhempien osallistumiseen ja koko perheen huomiointiin. Perhekeskeisten toimintakäytäntöjen kehittäminen olisi tarpeellista. Hoitotyön koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota ammatillisen osaamisen lisäämiseen diabetesta sairastavan nuoren yksilöllisen kehityksen tunnistamisessa ja tukemisessa sekä erityisesti perheen tuen tarpeen arvioimisessa ja perheen mukaan ottamisessa.</p>
<p>Rissanen, Marja-Anneli</p> <p>2006, Suomi</p> <p>Tiedonsiirrosta vuorovaikutuksellisen ohjaamiseen - tyyppin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana</p>	<p>Aineisto kerätty haastattelemalla ja analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä</p> <p>Diabeteshoitaja (n=20).</p>	<p>Tärkeimmät hoidonohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät ovat diabeteshoitajan asiantuntemus, hoitotyön johdon tuki, selkeä työnjako lääkärin kanssa ja poliklinikkatoiminnan joustavuus. Hoidonohjaus on riippuvainen organisaation tarjoamista resursseista ja käytännöistä.</p>

Kehittämistehtävä (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja
2010

Katri Isokääntä & Iina Mäkinen

MURROSIKÄISEN DIABEETIKON HOIDONOHJAUS

– ArtikkeIi Terveystenhoitaja-lehteen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Johdanto

Murrosiässä tyypin 1 diabeetikon hoitotasapaino heikkenee. Hoitotasapainon huononeminen johtuu osittain kasvavan nuoren elimistössä tapahtuvista hormonimuutoksista ja osittain murrosikään kuuluvasta riskikäyttäytymisestä. Murrosiässä vastuu hoidosta siirtyy nuorelle itselleen vanhempien jäädessä hoidossa taka-alalle ja samaan aikaan sijoittuu myös hoitoyksikön vaihtuminen. (Olli 2008.)

Isokäännän ja Mäkisen (2010) Murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjaus-opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikaisempien tutkimusten avulla mikälaista hoidonohjausta murrosikäiset tyypin 1 diabeetikot saavat ja selvittää mikä tukee parhaiten nuoren hoitoon sitoutumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyön ammattilaisten murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausta. Terveystieteiden kehittämistehtävänä tehtiin murrosikäisen diabeetikon hoidonohjausta tukeva hoitajan opaslehtinen, joka perustuu Isokäännän ja Mäkisen (2010) opinnäytetyöhön. Kehittämistehtävän tarkoitus on esittää hoidonohjausta tukevat tekijät opaslehtisen muodossa diabeteshoitajille. Sen tavoitteena on saada hoitajat huomioimaan etenkin sellaiset hoidonohjaustekijät, joihin diabeteshoitaja voi omalla toiminnallaan ja asennoitumisellaan vaikuttaa.

Murrosikäisen diabeetikon hoidonohjaus

Nuoruusiässä muotoutuvia hoitotottumuksia ja – tapoja on vaikea muuttaa myöhemmin ja kuitenkin murrosiän hoitotasapainolla on merkitystä lisäsairauksien syntymisessä. Tämän vuoksi nuoren hoitomotivaation heräämistä hoitotasapainon parantamiseksi ei voida jäädä vain odottamaan, vaan hoitoon tulisi panostaa alusta saakka. (Näntö-Salonen & Ruusu 2007.)

Murrosiässä tapahtuu nuoren fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kasvu ja kehitys lapsesta aikuiseksi. Samaan aikaan nuoren diabeteksen hoitotasapaino usein huononee. Hoitotasapainon heikkeneminen johtuu kasvavan nuoren elimistössä tapahtuvien muutosten vaikutuksesta insuliinin tarpeeseen. Nuoren laajeneva sosiaalinen elämä ja harrastukset lisäävät hoidon joustavuuden vaatimuksia. Aiempi varsin säännöllinen ja valvottu päivärytmi muuttuu usein murrosiässä, jolloin nuoren aikaisemmin hyvin toiminut insuliinihoitomalli ei enää sovi epäsäännöllisemmän elämän vaatimukseen. Ristiriitaa aiheuttaa diabeteksen hoidon vaatima säännöllisyys, etukäteissuunnittelu ja kurinalaisuus sekä nuoruusiästä kuuluvan itsenäistymiskehityksen yhteensovittaminen. Nuoruusiästä kuuluva riskikäyttäytyminen ja omien rajojen kokeilu voi aiheuttaa diabeetikon nuorelle vaaratilanteita. (Näntö-Salonen ym. 2004.)

Hoitovastuun siirtäminen nuorelle on yksilöllinen prosessi, joka etenee sitä mukaa, kun nuori kasvaa ja kehittyy. On tärkeää, että vastuunsiirrossa edetään nuoren ehdoilla. On huomioitava, että nuorelle asetettu suuri vastuu diabeteksen hoidosta liian varhain voi kostautua nuoren hoitoväsymykseenä. (Hyvärinen 2005.) Vanhemmat jäävät pois hoidosta ja ohjeet, jotka aikaisemmin annettiin vanhemmille, annetaan nyt nuorelle itselleen. Vaikka nuori alkaa käydä yksi-

nään poliklinikkakäynneillä, on vanhempien informointi edelleen tärkeää. (Tulokas 2006, 369.) Myös Leppänen ym. (2008) ovat huomioineet perheen mukaan oton tärkeyden nuoren diabeetikon hoidossa. Vanhempien positiivisen ja aktiivisen mukanaolon nuoren hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa on todettu auttavan nuorta kiinnostumaan omasta hoidostaan (Leppänen ym. 2008). Yksilön ja perheen hyvinvoinnin välillä vallitsee kiinteä vuorovaikutussuhde, jota ei voi ohittaa hoitotyössä. Jos yksi perheenjäsen voi huonosti, vaikuttaa se muidenkin perheenjäsenten vointiin. (Hyvärinen 2009.)

Tärkeintä diabetesta sairastavan nuoren hoidossa on herättää ja ylläpitää halu, kyky ja voimavarat hoidon toteuttamiseen. Motivaation löytyminen omahoitoon on usein kuitenkin hyvin vaikeaa. (Näntö-Salonen ym. 2004.) Elintapamuutosten toteuttaminen vaatii voimavaroja vahvistavaa ohjausta sekä ohjattavan terveyden ja elämäntilanteen kokonaisvaltaista tarkastelua. Ohjauksessa tulee huomioida yksittäisten riskitekijöiden lisäksi ohjattavan elämäntilanne. Voimaveralähtöisen ohjauksen edellytyksenä on, että ohjausprosessissa ohjattava on aktiivinen toimija sekä oman elämänsä asiantuntija. (Halkoaho, Kavilo & Pietilä 2009.)

Vaikka Isokäännän ja Mäkisen (2010) opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset eivät pystyneet osoittamaan selkeää sokeritasapainon paranemista on Sahan ja Keskinen (2009) tutkimuksen mukaan lasten ja nuorten hoitotasapaino vuodesta 2000 vuoteen 2008 mennessä kuitenkin parantunut huomattavasti. Tärkeimpinä syinä suotuisaan kehitykseen pidetään sekä insuliinihoidon ja teknologian kehitystä että diabeteksen hoitoon sitoutuneen pysyvän moniammatillisen ryhmän toimintaa potilaiden ja heidän perheidensä tukena. (Saha & Keskinen 2009.) Tämän tiedon pohjalta päädyttiin terveydenhoitajan kehittämistehtävänä tekemään opaslehtinen diabeetikon hoidonohjausta toteuttaville hoitajille. Opaslehtinen on esitetty tulostettavassa muodossa tämän artikkelin lopussa.

Empiirinen toteuttaminen

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti tutkijoiden oma mielenkiinto aihetta kohtaan ja tutkimusten osoittama tieto siitä, että nuorten diabeetikoiden hoitotasapaino on huono huolimatta lisääntyneestä tiedosta ja uusista hoitomenetelmistä (Valle & Tuomilehto 2004). Työn tutkimusmenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tiedonhaku tehtiin Medic, Medline ja Chinal tietokantoihin, joista analysoitaviksi valittiin kahdeksan luotettavaa ja tieteellistä tutkimusta. Lisäksi yksi tutkimus löytyi tutkimusten lähdeluetteloihin kohdistetun manuaalisen haun kautta. Valitut tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmää apuna käyttäen. Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä huomioitiin määrittämällä valittaville tutkimuksille tarkat sisäänottokriteerit ja huomioimalla systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toistettavuus.

Opaslehtinen on A4-kokoinen, kolmeen palstaan jaettu ja taiteltu arkki. Opaslehtiseen koottiin tiivistetyssä muodossa opinnäytetyöstä ilmi käyneet nuoren hoitoon sitoutumista tukevat tekijät, joihin hoitaja voi omalla persoonallaan ja

asennoitumisellaan vaikuttaa. Myös ohjaustilanteessa tärkeäksi koetut ja huomioitavat seikat on esitetty opaslehtisessä. Opaslehtinen on tarkoitettu muistutamaan hoidonohjaajia pienistä mutta tärkeistä seikoista, jotka muutoin saattavat jäädä vähemmälle huomiolle hoidonohjauksessa.

Opinnäytetyö ja sen pohjalta tehty kehittämistehtävä käytiin esittämässä työelämään aikuisneuvonnan terveydenhoitajille.

Opinnäytetyön tulokset ja hoitajan opaslehtinen

Kehittämistehtävään valituista opinnäytetyön tuloksista löytyi tietoa Latvamäen (2001), Raappanan ym. (2002), Kynkään (2003), Svorenin ym. (2003), Kääriäisen ja Kynkään (2005), Tulokkaan ym. (2005), Viklundin ym. (2007) ja Ollin (2008) tutkimuksista. Kehittämistehtävään valittiin vain sellaiset tulokset, joihin hoitaja voi omalla toiminnallaan vastaanottotilanteessa vaikuttaa.

Tuttu hoitaja lisää nuoren turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitoon sekä mahdollistaa nuoren ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen kehittymisen. Diabeteshoitaja oppii tuntemaan nuoren paremmin, jolloin nuoren yksilöllisten tarpeiden, iän ja kehitystason sekä mielipiteiden huomioiminen ohjauksen suunnittelussa, toteutuksessa ja tavoitteiden asettamisessa sekä hoidon arvioinnissa helpottuu. Jotta nuoret uskaltaisivat lähestyä hoitajaa, tulisi hoitajan olla iloinen, nuorekas, puhelias, huumorintajuinen ja empaattinen. Hoitajan tulisi herättää nuorissa luottamusta ja ymmärtää nuoria.

Nuoren elämäntilanteessa tapahtuvien muutosten huomioon ottaminen ohjauksessa koetaan tärkeäksi. Nuoren tasavertainen kohtaaminen, mielipiteiden huomioiminen ja kunnioittaminen sekä kannustus, kehuminen ja motivointi kuuluvat oleellisena osana hyvään hoitosuhteeseen. Vaikka nuoret toivovat hoitajalta tasavertaisuutta ja kaveruutta, samalla he toivovat hoitajan olevan myös tietynlainen auktoriteetti, jonka ammatillisuuteen voi luottaa. Liiallinen autoritaarisuus voi kuitenkin aiheuttaa nuorella tunteen, ettei häntä kuunnella sekä välinpitämättömyyttä ja uhmaa hoitajaa ja hänen ohjaustaan kohtaan.

Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut nuoresta itsestään. Aitoa kiinnostusta voi osoittaa kyselemällä nuorelta asioita, jotka eivät liity diabetekseen tai sen hoitoon. Hoitajan tulee käyttää ohjaustilanteissa ymmärrettävää kieltä ja välttää lääketieteellisten termien liiallista käyttöä. Laboratorioarvojen tietäminen on nuorille tärkeää, mutta ei-toivottujen arvojen kertomisessa hoitajan tulee olla hienotunteinen, jottei nuori koe tullessa syytetyksi ja epäonnistuneeksi. Hoitajan tulee myös uskoa siihen, että nuori on yrittänyt parhaansa.

Seuranta- ja määräaikaikäntien sekä muiden diabeteshoitajan ja nuoren välisen yhteydenottojen on todettu ainakin hetkellisesti lisäävän nuoren hoitoon sitoutumista ja hoitomotivaatiota. Käyntien mielekkyyttä voidaan lisätä keskustelemalla nuorelle tärkeistä ja ajankohtaisista asioista. Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen hoidonohjaus tukee nuoren hoitoon sitoutumista. Hoidonohjauksen tavoitteiden ja niihin tähtäävien keinojen tulisi olla nuoren kanssa yhdessä sovit-

tuja ja realistisia. Ohjaustilanteeseen valmistautuminen tukee oppimista ja antaa nuorelle mahdollisuuden miettiä kysymyksiä etukäteen.

Nuorten diabeetikoiden kohdalla demonstraatiot ja käytännönharjoittelu on välttämätöntä ohjauksen sisäistämiseksi. Nuorten mielestä hyvässä ohjaustilanteessa hoitaja aluksi näyttää mallisuorituksena ohjattavan asian, jonka jälkeen nuori saa itse kokeilla samaa. Erityisen hyväksi koetaan ohjaus, joissa nuori oli voinut todellisissa tilanteissa soveltaa oppimaansa käytäntöön. Ongelmalähtöinen oppiminen on uusi oppimismenetelmä, jota voidaan hyödyntää myös diabeetikonuorten hoidonohjauksessa. Se on osoittautunut taloudelliseksi, käyttökelpoiseksi ja toimivaksi hoidonohjausmenetelmäksi. Diabeteksen jokapäiväinen hoito on täynnä ongelmia ja tarjoaa siten hyvät lähtökohdat oppimistapah-tumille. Ongelmatilanteiden selvittäminen antaa nuorelle kokemusta ja varmuut-ta omien tulevien ongelmien ratkaisemiseen.

Psyykkisesti hyvinvoivan nuoren on helpompi hyväksyä diabetes osaksi elämänsä. Nuoret itse toivovat saavansa hoitajalta enemmän emotionaalista tukea ja kannustusta tunteista puhumiseen. He toivovat, että hoitajalla olisi herkyyttä huomioida heidän mielialojaan ja tarvittaessa rohkeutta tarttua toimeen huomattaessaan nuoren tarvitsevan psyykkistä tukea. Nuori, jolla on hyvä itsetunto, osallistuu todennäköisemmin erilaisiin diabetesryhmiin ja muihin tapahtumiin.

Merkittävä keino nuoren psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa on hoitovastuun siirtäminen nuorelle itselleen. Nuoret arvostavat heille annettua hoitovastuuta ja se motivoi heitä itsehoitoon. Hoitajien tulisi edellyttää nuorelta selkeästi omaa vastuuta ja sopimuksista kiinni pitämistä. Vastuullisuuteen kehittymisessä tärkeää on nuoren sisäisen motivaation syntyminen. Hoitajan tehtävä on löytää ja tunnistaa nuorella ne tekijät, jotka vaikuttavat nuoren sisäiseen motivaatioon. Itsensä hoitamisen tärkeyden perusteleva, nuorta syyllistämättä, lisää nuoren hoitomotivaation kehittymistä.

Perheen huomioiminen on erittäin tärkeää nuoren tyyppin 1 diabeetikon hoitoon sitoutumisen tukemisessa. Nuoren hoidossa jaksaminen on selkeästi yhteydessä vanhemman jaksamiseen. Perhekeskeinen hoidonohjaus lisää perheen sisäistä vuorovaikutusta, auttaa tulkitsemaan ja käyttämään ohjauksessa jaettua tietoa, vähentää vanhempien ahdistuneisuutta ja parantaa heidän kykyään tukea diabeetikonuorta. Vanhemmat kaipaavat apua erityisesti siihen, miten tukea itsenäistymisen kanssa kamppailevaa nuorta. Vanhemman ja nuoren välisellä toimivalla yhteistyöllä vähennetään diabeteksestä aiheutuvien konfliktien määrää perheessä. Vanhempien ja nuoren välisissä ristiriitatilanteissa hoitajan rooli välittäjänä ja kompromissien tekijänä korostuu. Vanhempien huolta vähentää jo tieto siitä, että he eivät ole yksinään vastuussa nuoren hoidosta.

Vertaistuellalla on suuri merkitys diabeetikon psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Ryhmässä tapahtuva kokemusten jakaminen ja yhdessä oleminen hälventää erilaisuuden tuntua ja lisää hyväksytyksi tuleminen tunnetta. Kuulemalla kuinka muut vertaiset toimivat omahoidossaan, nuori voi miettiä omien selviytymiskeinojen riittävyttä ja pohtia muiden hyväksi havaitsemien toiminta-

tapojen käyttökelpoisuutta omalla kohdallaan. Nuorille ja heidän perheilleen tulisi aina tarjota mahdollisuus vertaistukeen.

Pohdinta

Hoitajan opaslehtiseen koottiin opinnäytetyön tuloksista esiin nousseita nuoren diabeetikon hoitoon sitoutumista tukevia tekijöitä, joihin diabeteshoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Tekijät liittyvät hoitajan omaan persoonaan ja asennoitumiseen sekä hoidonohjaustilanteessa huomioitaviin seikkoihin. Kehittämistehtävän luotettavuuden ja eettisyyden takaamiseksi opinnäytetyön tulosten tueksi etsittiin uutta luotettavaa tietoa aiheesta. Muun muassa Leppänen ym. (2008), Halkoaho ym. (2009) ja Hyvärinen (2009) painottavat samankaltaisten asioiden tärkeyttä nuoren diabeetikon hoidonohjauksessa kuin mitä opinnäytetyön tuloksetkin osoittavat. Myös Sahan ja Keskinen (2009) uusin tutkimus osoittaa, että nuoren diabeetikon hoitotasapainoon voidaan vaikuttaa hyvällä hoidonohjauksella ja siksi siihen kannattaakin panostaa.

Useat nuoren diabeetikon hoitoon sitoutumista tukevat tekijät, kuten ryhmäohjaus ja muut tehostetut hoidonohjausmenetelmät, ovat aikaa vieviä ja vaativat taloudellisia resursseja. Hoitajan opaslehtinen on helppo ja edullinen tapa tehostaa hoitajien antamaa hoidonohjausta. Hoitajan opaslehtiseen kootut asiat ovat pieniä, mutta tärkeitä seikkoja, jotka helposti saattavat jäädä huomioimatta arjen ja kiireen keskellä. Hoitaja voi opaslehtistä selaamalla nopeasti palauttaa mieleensä, millaisia seikkoja nuoren hoidonohjauksen toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon. Samalla opaslehtinen herättää hoitajan pohtimaan omia toimintatapojaan ja asennoitumistaan hoidonohjausta ja ohjattavaa kohtaan.

Aikuisneuvonnan terveydenhoitajat, joille työ käytiin esittämässä, kokivat opaslehtisen olevan ajankohtainen ja tärkeä. Vaikka opinnäytetyö käsitteli vain murrosikäisen tyypin 1 diabeetikon hoidonohjausta, opinnäytetyön tulosten pohjalta saatua tietoa voidaan soveltaa käytäntöön kaikessa hoidonohjauksessa. Kehittämistehtävän hoitajan opaslehtistä terveydenhoitajat pitivät selkeänä ja helposti ymmärrettävänä. Opaslehtisen sisältöön oli valikoitu hoidonohjauksen kannalta tärkeitä ja huomionarvoisia seikkoja. Aikuisneuvonnan terveydenhoitajien mielestä kehittämistyönä muodostettu opaslehtinen on hyödyllinen väline hoidonohjauksen tueksi ja sillä on käytännön merkitystä työelämässä.

Opaslehtisen markkinointi ja jakelu on helppo toteuttaa, sillä sen käyttö ei vaadi erillistä ohjausta. Opaslehteä voidaan jakaa esimerkiksi sähköpostitse, jolloin sille voitaisiin saavuttaa kattava käyttäjäkunta.

LÄHTEET

Halkoaho, A.; Kavilo, M. & Pietilä, A-M. 2009. Voimavaroja tukeva ohjaus. Sairaanhoitaja vol. 83 no 10/2009.

Hyvärinen, H. 2009. Hyvässä hoidossa huomioidaan koko perhe. Sairaanhoitaja vol. 83 no 10/2009.

Kyngäs H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. Journal of Clinical Nursing 12/2003.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 – 2002. Hoitotiede vol. 17, no 4/-05.

Latvamäki, L. 2001. Diabeetikonuorten ja heidän perheittensä kokemuksia hoitotyöstä. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Leppänen, V.; Tuomi, S.; Halonen, A. & Latva, I. 2008. Nuoret diabeetikot kaipaavat omaa poliklinikkaa. Sairaanhoitaja vol. 81 no 3/2008.

Näntö-Salonen, K.; Kinnala, A.; Keskinen, P.; Putto-Laurila, A.; Ruusu, P. & Saha M. 2004. Tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoito –kahdenlaisen tasapainon tavoittelua. Suomen lääkärilehti 5/2004 vsk 59, 387–392.

Olli, S. 2008. Diabetes elämänkumppanina. Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substantiivinen teoria. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Raappana, S.; Åstedt-Kurki, P.; Tarkka, M.; Paavilainen, E.; Paunonen-Ilmonen, M. 2002. Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikonuorten kokemana. Hoitotiede vol. 14, no 2/-02.

Saha, M-T. & Keskinen, P. 2009. Lasten ja nuorten hoitotulokset paranevat. Suomen lääkärilehti vol. 64 no. 27-32

Svoren, B. M.; Butler, D.; Levine, B.; Anderson, B. J. & Laffel, L. M. B. 2003. Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial. Pediatrics Vol. 112 No. 4/2003.

Tulokas, S.; Ojanen, M.; Koivisto, A. & Pasternack A. 2005. Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. Suomen Lääkärilehti 8/2005 vsk 60.

Viklund, G. E.; Rudberg, S. & Wikblad K. F. 2007. Teenagers with diabetes: self-management education and training on a big schooner. International Journal of Nursing Practice 2007; 13.

Hoitajana

Ole iloinen, nuorekas, puhelias, empaattinen, avoin ja luottamusta herättävä sekä huumorintajuinen

Tunne ohjattavasi

- huomioi, kuinka kauan nuori on sairastanut diabetesta
- älä oleta nuoren tietävän asioita, vaan ota selvää mikä on hänen todellinen tietotaitotasonsa
- ole selvillä juuri tämän nuoren yksilöllisistä tarpeista
- ota huomioon nuoren elämäntilanne ja oppimiskyky/-tapa

Ole aidosti kiinnostunut

- kysy sellaisista nuorelle tärkeistä asioista, jotka eivät liity diabetekseen
- kiinnostumista ja paneutumista voit osoittaa muistamalla nuoren yksittäisiä asioita

Ole tasavertainen nuoren kanssa

- ota huomioon nuoren omat mielipiteet ja toiveet
- vältä liiallista autoritaarisuutta

Ole hienotunteinen

- kerro negatiiviset asiat, kuten huonot laboratoriotulokset siten, ettei nuori pahoita mieltään

Muista, että nuoren hoitotasapaino heikkenee murosien vaikutuksesta joka tapauksessa

- älä syyllistä nuorta tästä ja kerro se myös nuorelle itselle
- usko nuoren parhaaseen yrittämiseen
- myös takapakit kuuluvat elämään ja niistä myös opitaan

Ohjaustilanteessa

Toteuttakaa hoidonohjaus yhdessä

- asettakaa yhdessä realistiset tavoitteet
- valitkaa yhdessä sopivat keinot, joilla tavoitteisiin päästään
- tehkää kompromisseja

Huolehdi, että hoidonohjaustilanne on rauhallinen ja miellyttävä

- anna ohjaukselle aikaa ja huolehdi kiireettömyydestä
- poista häiriötekijät, kuten puhelimen pirinä tai ulkopuolisten keskeytykset
- huomioi, että ohjaustila ei ole sellainen, joka tuo nuoren mieleen ikäviä tai kivuliaita muistoja

Pyri sitouttamaan nuori hoitoonsa

- kehu ja kannusta
- motivoi ja pyri löytämään nuorensisäinen motivaatio
- kannusta nuorta vastuullisuuteen

Huomioi nuoren psyykinen hyvinvointi

- kysy nuoren tunteista
- huomioi hänen mielialaansa
- pyri vahvistamaan nuoren itsetuntoa
- huolehdi nuoren turvallisuudentunteesta

Käytä ohjauksessa apuna

- demonstraatiota ja mallintamista
- anna nuoren itse kokeilla ja varmista että nuori suoriutuu tehtävästä oikein
- kirjallista materiaalia
- ongelmalähtöistä oppimista

Pyri välttämään

- samojen tietojen toistuvaa keräämistä
- lääketieteellisten termien käyttöä

Suunnitelkaa seuraava ohjaustilanne yhdessä, jotta nuori voi valmistautua siihen

Muita huomioitavia seikkoja

Muista huomioida nuoren perhettä

- miten vanhemmat jaksavat
- miten vanhemmat saavat tietoa ja ohjausta
- tarvitsevatko vanhemmat tukea nuoren itenäistymisen tukemisessa
- miten välttää konflikteja

Muista tarjota nuorelle mahdollisuutta vertaistukeen

- selvitä nuoren halukkuus ryhmäohjaukseen tai diabetesleirille osallistumiseen
- kerro diabetesyhdistysten toiminnasta

Muista, että diabetes ja sen hoito on vain osa nuoren elämää, ei sen pääasiallinen sisältö ja tarkoitus!

Huolehdithan hoitajana myös omasta jaksamisestasi!



Lähteet

Halkoaho, A.; Kavilo, M. & Pietilä, A-M. 2009. Voimavaroja tukeva ohjaus. Sairaanhoitaja vol. 83 no 10/2009.

Kyngäs H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. Journal of Clinical Nursing 12/2003.

Latvamäki, L. 2001. Diabeetikonuorten ja heidän perheittensä kokemuksia hoitotyöstä. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Leppänen, V.; Tuomi, S.; Halonen, A. & Latva, I. 2008. Nuoret diabeetikot kaipaavat omaa poliklinikkaa. Sairaanhoitaja vol. 81 no 3/2008.

Olli, S. 2008. Diabetes elämäkumppanina. Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substansiivinen teoria. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Raappana, S.; Åstedt-Kurki, P.; Tarkka, M.; Paavilainen, E.; Paunonen-Ilmonen, M. 2002. Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikonuorten kokemana. Hoitotiede vol. 14, no 2/-02.

Sworen, B. M.; Butler, D.; Levine, B.; Anderson, B. J. & Laffel, L. M. B. 2003. Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial. Pediatrics Vol. 112 No. 4/2003

Tulokas, S.; Ojanen, M.; Koivisto, A. & Pasternack A. 2005. Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. Suomen Lääkärilehti 8/2005 vsk 60.

Viklund, G. E.; Rudberg, S. & Wikblad K. F. 2007. Teenagers with diabetes: self-management education and training on a big schooner. International Journal of Nursing Practice 2007; 13.

Åstedt-Kurki, P. 2009. Hyvässä hoidossa huomioidaan koko perhe. Sairaanhoitaja vol. 83 no 10/2009.

Murrosikäisen diabeetikon hoidonohjaus

– Hoitajan opaslehtinen