

Essi Mäkelä

TYYPIN 2 DIABETESTA ENNALTAEHKÄISEVÄ  
HOIDONOHJAUS –  
RISKIPOTILAIDEN KOKEMUKSET

Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2011

## TYYPIN 2 DIABETESTA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOIDONOHJAUS – RISKIPOTILAIDEN KOKEMUKSET

Mäkelä, Essi  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Helmikuu 2011  
Ohjaaja: THM Lahtinen, Elina  
Sivumäärä: 76  
Liitteitä: 6

Asiasanat: aikuistyyppin diabetes, ennaltaehkäisy, elintavat, neuvonta

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tyypin 2 diabeteksen riskipotilaiden kokemuksia saamastaan diabetesta ennaltaehkäisevästä hoidonohjauksesta Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkärin ja hoitajien vastaanotolla. Tutkimuksessa kartoitettiin riskipotilaiden kokemuksia hoidonohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitajien antaman hoidonohjauksen kehittämisessä.

Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla strukturoidulla kyselylomakkeella Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkärin ja hoitajien vastaanotolla tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevässä hoidonohjauksessa käyviltä riskipotilailta (N=51). Palautuneista kyselylomakkeista 27 hyväksyttiin tutkimusaineistoksi. Lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 53. Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmalla. Tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden ja taulukoiden avulla.

Kaikki vastanneet kokivat olevansa tyytyväisiä hoidonohjaukseen. Tulosten perusteella ohjaus suunniteltiin pääsääntöisesti hyvin. Suurin osa vastaajista koki, että suunnittelussa huomioitiin yksilöllinen ohjaustarve ja asetettiin hoidolle tavoitteita. Jatkossa suunnitteluvaiheessa voitaisiin ottaa paremmin huomioon asiat, joista asiakas ei ole valmis luopumaan diabeteksen ehkäisyn vuoksi. Tavoitteenasettelussa voitaisiin kiinnittää enemmän huomiota siihen, että tavoitteet olisivat selkeämmin asiakkaan itsensä asettamia ja että tavoitteet laadittaisiin kirjallisina. Kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen sisältöön. Valtaosan kanssa käsiteltiin kaikkia diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyviä osa-alueita. Jatkossa voitaisiin pohtia enemmän yksilöllisesti sopivia liikuntamuotoja. Eniten lisätietoa kaivattiin omaseurannan tuloksien hyödyntämisestä omahoidossa. Tulosten perusteella hoidonohjauksen arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja omahoidossa epäonnistumisen arviointia voitaisiin hyödyntää enemmän.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia kokemuksia hoidonohjauksesta hoitajien näkökulmasta ja verrata niitä asiakkaiden kokemuksiin. Varsinkin arvioinnin suhteen olisi mielenkiintoista nähdä, miten hoitajat kokevat sen toteutuvan ohjauksessa asiakkaan kanssa. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, kuinka hoidonohjaus auttaa tyypin 2 diabeteksen riskipotilaita motivoitumaan omahoitoon.

# HIGH-RISK PATIENTS' PERCEPTIONS ON DIABETES TYPE 2 PREVENTIVE COUNSELING

Mäkelä, Essi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

February 2011

Supervisor: Lahtinen, Elina

Number of pages: 76

Appendices: 6

Keywords: adult type diabetes, prevention, lifestyle, counseling

---

The purpose of this thesis was to study diabetes 2 risk patients' perceptions on preventive counseling provided at the consultations with the nurses or physicians at the Rauma Social and Health Care Department. The main focus was on how the patients had experienced planning, implementation and assessment of patient counseling. The aim of this thesis was to gather information, which could be used when further developing prevention counseling for diabetes.

The data were gathered with a structured questionnaire compiled for the study. Target group consisted of the "at risk" patients who attended diabetes type 2 preventive consultation at the Rauma Social and Health Care Department (N=51). Of the returned questionnaires 27 were accepted as study material, thus, the final response rate was 53%. Data were analyzed with an Excel spreadsheet program and the results were presented as frequencies and percentages and further illustrated with diagrams and tables.

All the respondents were satisfied with the patient counseling received at the consultations. The planning of patient counseling was, in general, well-executed. Respondents felt that the planning was goal-oriented and it addressed the individual needs and the heterogeneity of the patients. However, they wished to be more involved in decision-making concerning the healthy changes they are prepared to make, since in order for the patient to be committed to the behavior changes required in the self-management of diabetes these need to be selected by the patient rather than the health care professional. Management program goals, also, need to be written and recorded. All the respondents were satisfied with the content of the counseling. With most of the participants the counseling had covered all the main areas of preventive diabetes management. Respondents, however, suggested that the exercise programs could be more individualized and tailor-made in order to meet each patient's hopes and needs. Respondents also wished that the data gathered in their personal diabetes care records could be more efficiently used. The reasons for non-adherence to the self-management regimes yield valuable information, which could be more commonly used to evaluate patient's success in their self-management programs.

Future studies could focus on the experiences of diabetes management counseling from the nurses' point of view. The results could then be compared with the ones obtained in this study. As regards the assessment of the diabetes counseling, it would be interesting to study the nurses' perception on how effectively it has been implemented in the patients' diabetes management. Another aspect, worthwhile studying,

would be how successful the counseling has been in encouraging diabetes type 2 high- risk patients to adhere to their self-management programs and to their set goals.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TYYPIN 2 DIABETESTA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOIDONOHJAUS.....	7
2.1	Hoidonohjauksen suunnittelu .....	10
2.2	Hoidonohjauksen toteutus.....	12
2.2.1	Ylipainon hoito.....	12
2.2.2	Ravitsemusohjaus.....	13
2.2.3	Liikuntaan liittyvä ohjaus.....	15
2.2.4	Päihteisiin liittyvä ohjaus .....	17
2.2.5	Omaseurannan ohjaaminen ja tulosten hyödyntäminen.....	19
2.2.6	Hoidonohjauksessa käytettävät materiaalit .....	20
2.2.7	Elämäntapamuutosprosessin vaiheiden tunnistaminen ja tukeminen hoidonohjauksessa.....	21
2.3	Hoidonohjauksen arviointi.....	24
3	TYYPIN 2 DIABETESTA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOIDONOHJAUS RAUMAN SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON LÄÄKÄRIEN JA HOITAJIEN VASTAANOTOLLA .....	26
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	28
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS .....	29
5.1	Kyselylomakkeen laadinta .....	29
5.2	Kohdejoukko ja aineistonkeruu .....	32
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi .....	33
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	34
6.1	Taustatiedot.....	35
6.2	Kokemukset hoidonohjauksen suunnittelusta.....	37
6.3	Kokemukset hoidonohjauksen toteutuksesta .....	41
6.4	Kokemukset hoidonohjauksen arvioinnista .....	46
7	POHDINTA.....	50
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	50
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	61
7.3	Tutkimuksen eettisyys .....	67
7.4	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat .....	71
	LÄHTEET .....	72
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren glukoosipitoisuutena. Diabetes voi johtua insuliinihormonin puutteesta, sen heikentyneestä toiminnasta tai molemmista. Tyypin 2 diabetes johtuu insuliinin heikentyneestä toiminnasta eli insuliiniresistenssistä. Siihen liittyy myös samanaikaisesti insuliinin erityksen häiriintyminen. (Saraheimo 2009a, 9; Saraheimo 2009b, 31 – 32.) Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat perinnöllisyys ja elintavat (Suomen diabetesliitto ry 2004,7).

Suomalaisista diabeetikoista suurin osa sairastaa tyypin 2 diabetesta. Suomessa on arvioitu olevan jo yli 500 000 tyypin 2 diabeetikkoa. Jos kehitys jatkuu samanlaisena kuin edelliset 70 vuotta, vuonna 2030 diabeetikoiden määrä on kasvanut kahteen miljoonaan. (Eriksson 2009, 2060; Saraheimo 2009b, 30; Suomen diabetesliitto ry 2009.) Sairauden puhkeamiseen vaikuttaviin perintötekijöihin ei voida vaikuttaa. Sen sijaan ulkoisiin sairauden puhkeamiseen vaikuttaviin tekijöihin voi jokainen vaikuttaa omalla toiminnallaan. (Ilanne-Parikka 2009a, 241.)

Tyypin 2 diabeteksen puhkeamista voidaan ehkäistä oikeanlaisilla elämäntavoilla. Diabeteksen ehkäisy ja hoito perustuu omaan aktiivisuuteen omahoidossa, riittävien tietojen ja taitojen hankintaan sekä motivaatioon sitoutua terveellisiin elämäntapoihin. Hoito koostuu laihduttamisesta ja painonhallinnasta, ruokavaliohoidosta, arkiaktiivisuudesta ja liikunnan lisäämisestä. (Ilanne-Parikka 2009b, 214; Suomen diabetesliitto 2008, 26.) Elämäntapojen muuttamista tuetaan terveysneuvonnalla. Tässä opinnäytetyössä terveysneuvonnalla tarkoitetaan hoitajan antamaa elämäntapaohjausta tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevässä hoidonohjauksessa. Hoidonohjauksessa käydään yhdessä läpi hoidon eri osa-alueita sekä asetetaan hoidolle tavoitteita. (Ilanne-Parikka 2009c, 217; Poskiparta 2002, 25.)

Hoitamattomana diabetes aiheuttaa vaurioita hiusverisuonissa, mikä johtaa silmänpohjamuutoksiin, munuaismuutoksiin ja hermojen muutoksiin. Tyypin 2 diabetes on nykypäivänä tärkein yksittäinen syy dialyysi- eli keinomunuaishoidolle. (Ilanne-Parikka 2009d, 216.) Hoitoon sitoutumattomuus on yleistä diabeetikoiden keskuu-

dessa. Eurooppalaisista diabeetikoista vain 28 prosentilla sairaus näyttäisi olevan hyvässä hoitotasapainossa. (World Helth Organization 2003, 81,11.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabeteksen riskipotilaiden kokemuksia saamastaan diabetesta ennaltaehkäisevästä hoidonohjauksesta. Tutkimuksessa kartoitetaan, miten tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskissä olevat ovat kokeneet hoidonohjauksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Tavoitteena on saada sellaista tietoa, jolla voitaisiin kehittää tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvää hoidonohjausta entistäkin paremmaksi. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Rauman sosiaali- ja terveysviraston lääkärin ja hoitajien vastaanoton kanssa.

Opinnäytetyön aihe on valittu sen ajankohtaisuuden vuoksi. Aiheeseen tutustuttaessa artikkeleista nousi esille, että Suomessa tunnetaan hyvin tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ja ehkäisykeinot sekä sairauden hoito. Mielenkiintoa herättää se, miksi tämä tietämys ei näy käytännössä, vaan sairastuminen tyypin 2 diabetekseen vain lisääntyy. Aiheen valintaan liittyy myös opinnäytetyöntekijän henkilökohtainen kiinnostus diabetekseen ja sen ennaltaehkäisemiseen.

## 2 TYYPIN 2 DIABETESTA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOIDONOHJAUS

Tilanteissa, joissa kyseessä ei vielä ole terveysongelma vaan uhka sen syntymisestä, pyritään ohjauksen avulla auttamaan asiakasta ymmärtämään ja tunnistamaan terveyteensä liittyviä ongelmia, ennakoimaan niitä ja ehkäisemään niiden syntymistä (Leino-Kilpi 2008, 182). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy perustuu Suomessa Diabetesliiton käynnistämään tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaan. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma kuuluu osana valtakunnalliseen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishjelmaan Dehkoon, jonka tavoitteena on diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoidon perustan luominen vuosina 2000 – 2010. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma sisältää kolme samanaikaisesti toteutettavaa strategiaa: väestöstrategian, korkean riskin strategian sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian. Tämän opinnäytetyön kohderyhmä kuuluu ohjelman korkean riskin strategiaan, joka on suunnattu niihin

henkilöihin, joilla on suuri riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Strategia määrittelee riskiryhmään kuuluvien seulonnan, ohjauksen ja seurannan. (Suomen diabetesliitto ry 2003a, 5.)

Tyyppin 2 diabetekselle altistavia tekijöitä ovat perimä ja ympäristötekijät. Riski sairastua kasvaa iän myötä varsinkin niillä, joilla glukoosinsieto on heikentynyt tai paastoglukoosi kohonnut. Elintavoista ylipainoisuus ja vähäinen liikunta lisäävät sairastumisriskiä selvimmin. Erityisesti niin sanottu keskivartalolihavuus lisää tyyppin 2 diabeteksen riskiä. (Kääriäinen, Lauronen & Kyngäs 2006, 30.) Äkillistä yleistymistä edesauttavat virheelliset ruokailutottumukset, jotka lisäävät ylipainoisuutta entisestään. Myös tupakointi lisää sairastumisriskiä. Tupakoivilla on noin 2,5-kertainen riski sairastua diabetekseen verrattuna tupakoimattomiin. (Patja 2002, 3855.) Suomessa tyyppin 2 diabetekselle altistavia perintötekijöitä on ainakin kolmasosalla väestöstä (Suomen diabetesliitto ry 2003a, 5). Diabetes on vahvasti periytyvä, sillä jo toisen vanhemman sairaus lisää lapsen sairastumisriskiä 40 prosentilla. Jos molemmat vanhemmat sairastavat diabetesta, on lapsen sairastumisriski 70 prosenttia. (Saraheimo 2009b, 31.)

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman tavoitteena on diabeteksen ehkäisyn ja hoidon järjestämisen lisäksi lihavuuden sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäiseminen. Tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijärypästä kutsutaan metaboliseksi oireyhtymäksi. Metabolinen oireyhtymä voidaan todeta, jos henkilöllä on häiriötä sokeriaineenvaihdunnassa ja sen lisäksi kaksi seuraavista: kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, keskivartalolihavuus tai mikroalbuminuria. Jopa 50 – 70 prosentilla niistä, joilla todetaan heikentynyt sokerinsieto, todetaan myös metabolinen oireyhtymä. Tyyppin 2 diabeetikoista 80 prosentilla todetaan metabolinen oireyhtymä. Vaaratekijöiden kasautuminen aiheuttaa suuremman riskin kuin yksittäisen vaaratekijän ilmaantuminen. Metabolisen oireyhtymän ehkäisy ehkäisee myös tyyppin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien puhkeamista. (Suomen diabetesliitto ry 2003a, 3,7.)

Asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta elintapamuutoksen yhteydessä ovat aikaisemmin tutkineet Haikola ja Karppinen (2009) opinnäytetyössään Lieksan terveystieteiden MBO-poliklinikalla. Opinnäytetyö on toteutettu kvantita-



tiivisena kyselylomaketutkimuksena. Kysely lähetettiin kaikille MBO-poliklinikan 120 asiakkaalle ja kyselyyn vastasi 76 asiakasta. Tutkimuksen tulosten perusteella sairaanhoitajan antama ohjaus koettiin erittäin positiivisena. Ohjauksen resurssit koettiin riittäviksi ja materiaali tuki hyvin hoidonohjausta. Vastanneista 82 prosenttia oli sitä mieltä, että oli saanut positiivisia elintapamuutoksia aikaan hoidonohjauksen avulla. Muutoksia olivat muun muassa muutokset ruokavalion, liikunnan ja painonhallinnan suhteen. Vastanneista 97 prosenttia piti ohjauskäyntejä hyödyllisinä ja 95 prosenttia käyttäisi kyseisiä palveluja jatkossakin. (Haikola & Karppinen 2009, tiivistelmä.)

Asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoidonohjaukseen ovat tutkineet myös Aalto ja Kangasoja (2010) opinnäytetyössään raskausdiabeetikoiden kohdalla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista hoidonohjausta raskausdiabetesta sairastaneet olivat saaneet ja koettiinko ohjaus riittäväksi omahoidon kannalta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselylomaketutkimuksena, jossa oli mukana myös avoin kysymys. Kyselyn jakamisessa hyödynnettiin keskustelufoorumeja ja yhteisöpalveluja. Vastanneita oli yhteensä 46. Tutkimustulosten perusteella ohjausta saatiin hyvin liittyen ruokavalioon, sairauteen ja sen hoitoon. Puutteita ohjauksessa koettiin olevan liikunnan suhteen. Avoimen kysymyksen vastaukset toivat esille, että hoidonohjaukseen kaivattaisiin lisää muun muassa yksilöllisyyttä. (Aalto & Kangasoja 2010, tiivistelmä.)

Myös Kilkki (2002) on saanut opinnäytetyönsä tuloksena samankaltaisia kokemuksia hoidonohjauksesta henkilöiden keskuudessa, joilla tyyppin 2 diabetes on jo todettu. Kyseisen opinnäytetyön tarkoituksena oli muun muassa saada tietoa, kuinka aikuis-tyypin diabeetikot kokivat saamansa hoidonohjauksen avoterveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistujia oli 13. Aineisto kerättiin essee- ja sähköpostikirjeiden avulla. Tutkimuksen tulosten perusteella hoidonohjauksessa oli sekä hyviä että huonoja puolia. Tärkeäksi koettiin ohjaajien ammattitaito sekä kyky tukea sairastunutta. Vastaajat olivat kokeneet, ettei tyyppin 2 diabetesta arvosteta sairautena eikä sen hoidonohjaukseen panosteta riittävästi. (Kilkki 2002, tiivistelmä.)

## 2.1 Hoidonohjauksen suunnittelu

Ohjauksessa lähdetään liikkeelle aina jostain tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja se päättyy aina johonkin tilanteeseen, joka on erilainen kuin lähtötilanne. Ohjauksessa syntyvä tilanne on aina sidoksissa ohjaajan ja asiakkaan taustatekijöihin, jotka ovat ohjauksen lähtökohtana. Asiakkaan käsitys ja tulkinta omista taustatekijöistään muodostavat sen todellisuuden, jossa hän elää ja toteuttaa omahoitoaan. Ohjauksessa asiakas nähdään aktiivisena ongelmanratkaisijana, jonka kykyä ja aloitteellisuutta muuttaa elämäänsä pyritään edistämään. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 26.)

Jotta hoidonohjaus vastaisi asiakkaan yksilöllisiä tarpeita, ohjauksessa selvitetään hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttä edistävään toimintaan. Asiakkaan sitoutumisen kartoittaminen säästää myös terveydenhuollon resursseja, kun resurssit suunnataan niihin asiakkaisiin, jotka ovat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan. Kun ohjaaja on perillä asiakkaan taustatekijöistä, ohjauksessa voidaan yhdessä etsiä vaihtoehtoja tilanteiden ratkaisemiseksi. Ohjaukselle asetettuihin tavoitteisiin pääseminen edellyttää myös hoitajan omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. Asiakkaan tilanteen selkiyttämiseksi hoitajan pitää ensin tunnistaa omat tunteensa, ajattelu- ja toimintatapansa, arvonsa ja ihmiskäsityksensä. Asiakkaan ja hoitajan käsitys ohjauksen tarpeesta eivät välttämättä ole samanlaiset ja tämän vuoksi asiasta on tärkeää keskustella. Ohjaajan tulee hyväksyä se, että asiakas saa esittää ristiriitaisiakin mielipiteitä ja tehdä sellaisia valintoja, jotka eivät ole ohjaajan mielipiteiden mukaisia. (Kyngäs ym. 2007, 27, 33, 41; Mustajoki 2003, 4237.)

Hoidonohjaus on aina suunniteltua toimintaa. Suunnitteluvaiheessa on hyvä tehdä tilanearviota, jonka tulisi lähteä asiakkaan omasta arviosta, mitkä tekijät häntä itseään eniten mietityttävät omassa terveydentilassa. (Kukkurainen & Kyngäs 2007; Turku 2007, 65 – 66.) Hoidonohjauksen onnistumisen takia on tärkeää tunnistaa, mitä asioita asiakas jo tietää sairaudestaan, mitä asioita hänen täytyy tietää, mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua tietoa. Ohjaustarve voi liittyä terveysongelmiin, elämäntaitoihin, elämänkulun vaiheisiin tai elämäntilanteen muutoksiin. Hoidonohjauksessa tunnistetaan ja arvioidaan asiakkaan kanssa yhdessä ohjauksen tarvetta. Ohjaustarpeen arvioinnin avulla huomioidaan asiakkaan yksilöllisyys. (Kyngäs ym. 2007, 26 – 28, 43, 73.)

Lepikonmäki (2007) on pro gradu-tutkielmassaan tutkinut miten tyyppin 2 diabeetikot (n=9) puhuvat omista elintavoistaan ja niiden muutostarpeista ensimmäisellä diabetesneuvontakäynnillä hoitajan vastaanotolla. Tutkittavat puhuivat kaikista tärkeimmistä elintapoihin liittyvistä asioista kuten ravinnosta, liikunnasta, painonhallinnasta, alkoholista ja tupakasta. Tutkittavien puheesta välittyi sekä estäviä että edistäviä tekijöitä muutoksen tekemiseen. (Lepikonmäki 2007, tiivistelmä, 32 – 33.)

Taustatekijöiden ja tilannearvion jälkeen hoidonohjaukselle voidaan asettaa tavoitteita. Tavoitteiden määrittely tulisi tapahtua ohjaajan ja asiakkaan yhteistyönä. Tavoitteiden määrittely on tärkeää omahoidon onnistumisen ja elämäntapamuutosten arvioinnin kannalta. Asetettujen tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia ja mitattavia. Tavoitteet tulisi myös kirjata selkeästi ylös. Asiakkaan sitoutumista omahoitoon edistää hänen omien näkemysien huomiointi tavoitteiden asettelussa. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Alahuhta ym. (2010) ovat tutkineet painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä tyyppin 2 diabeteksen riskihenkilöllä elintapamuutosvaiheessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla puolen vuoden ryhmäohjaukseen osallistuneiden tyyppin 2 diabeteksen riskipotilaiden omaa arviota elintapamuutosvaiheestaan sekä heidän painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeiden ja ryhmäohjausten seurantakäyntien videointien avulla. Kysely lähetettiin kaikille ryhmäohjaukseen osallistuneille (N=74), joista kyselyn palautti 58. Kyselyyn vastanneista 29 osallistui seurantakäynnille. Tutkimustulosten mukaan tavoitteellisuus oli yksi edellytys painonhallinnan onnistumiseen. Osallistuneiden elämäntapamuutokseen liittyviä tavoitteita asetettiin painolle, syömis- ja liikuntakäyttämiseen sekä vaatteisiin. Tulosten perusteella osallistujien tavoitteidenasettelu olisi voinut kuitenkin olla runsaampaa. (Alahuhta ym. 2010, 4, 7.)

Talvitie ja Valkonen (2009) ovat tutkineet opinnäytetyössään kirjallisuuskatsauksen avulla asiakaslähtöisyyden toteutumista ohjauksessa sekä asiakkaan että hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto koostui 17 tutkimusartikkelista. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Yksi työn tarkastelukohteista oli asiakaslähtöisyyden toteutuminen ohjauksen suunnitteluvaiheessa. Suunnitteluvaiheesta oli karroitettu tavoitteenasettelua ja tulosten perusteella ohjaukselle asetettiin tavoitteita yh-

dessä asiakkaan kanssa. Tavoitteista keskustelu lisäsi asiakkaiden tyytyväisyyttä. (Talvitie & Valkonen 2009, 16.)

## 2.2 Hoidonohjauksen toteutus

Tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevä hoidonohjaus koostuu diabetesta ennaltaehkäisevien elämäntapamuutosten käsittelystä. Diabetesta ennaltaehkäisevät laihduttaminen, rasvan kokonaismäärän ja kovan rasvan vähentäminen, kuidun lisääminen ruokavalioon, nopeiden hiilihydraattien välttäminen, liikunnan lisääminen, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin kohtuullinen käyttö. (Ilanne-Parikka 2009e, 243; Suomen diabetesliitto ry 2003a, 8.)

### 2.2.1 Ylipainon hoito

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito-suositusta voidaan soveltaa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisemiseen. Suosituksessa lihavuuden hoidon tavoitteeksi määritellään 5 - 10 prosentin pysyvä painon aleneminen. Jo viiden prosentin laihduttaminen puolittaa sairastumisriskin ja kymmenen prosentin laihduttaminen alentaa sairastumisriskiä 80 prosentilla. Lisäksi laihduttaminen alentaa verenpainetta sekä korjaa veren rasva-arvoja. Ylipainon hoito jaetaan kahteen osaan: laihduttamiseen ja painonhallintaan. Molemmat edellyttävät elämäntapamuutoksiin liittyvää ohjausta. Ohjauksessa käsitellään ruuan energiamäärän vähentämistä, erityisesti rasvan laatua ja määrää sekä liikunnan lisäämistä ja syömisen hallintaa. Ohjauksen aikana pyritään herättämään asiakkaan kiinnostus painonhallintaan niin, että hän motivoituu siihen itse. (Suomen diabetesliitto 2003a, 11.) Painonhallinnan onnistuminen edellyttää säännöllistä painon, syömisen ja liikunnan omaseurantaa. Pienikin painonnousu ja siihen reagoimattomuus voivat johtaa painonhallinnan epäonnistumiseen. (Alahuhta ym. 2010, 5.)

Alahuhta ym. (2010) tutkimustulosten mukaan painonhallinnan onnistuminen edellyttää terveellisiä ruokailutottumuksia ja liikunnan lisäämistä sekä tietoisuutta omasta tilanteesta ja toiminnasta. Omaseuranta, tavoitteet, motivaatio, luottaminen omaan kykyihin, positiivisuus ja sosiaalinen tuki auttoivat tulosten mukaan painonhallinnassa. Epäterveellisten ruokailutottumusten ja liikunnan puutteen lisäksi sitoutumisen,

itsekurin ja tuen puute olivat riskitekijöinä painonhallinnassa. Osallistujien painotavoitteet olivat selkeitä. Tulosten perusteella ohjauksessa pitäisi korostaa onnistumiseen liittyviä tekijöitä. (Alahuhta ym. 2010, 4, 7.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä vastaajista (n=70) 19 prosenttia koki painonhallintaan liittyvän ohjauksen olleen erittäin hyvää, 60 prosenttia koki ohjauksen hyväksi ja 14 prosenttia tyydyttäväksi. Ohjatuista kuusi prosenttia koki, ettei saanut painonhallintaan liittyvää ohjausta. Painonhallintaan liittyvä ohjaus oli tulosten mukaan yksi laadukkaimmaksi koetuista ohjauksen sisältöalueista. Vastanneista (n=56) 13 prosenttia oli onnistunut ohjauksen avulla alentamaan painoaan paljon, 13 prosenttia oli onnistunut alentamaan painoaan melko paljon ja 54 prosenttia vähän. Vastanneista 14 prosenttia ei ollut onnistunut alentamaan painoaan ollenkaan. Viisi prosenttia koki, ettei painon alentamiselle ollut tarvetta. (Haikola & Karppinen 2009, 55, 56.)

### 2.2.2 Ravitsemusohjaus

Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on tasapainoinen ravintoaineiden saanti sekä energiankulutuksen, energiansaannin ja verensokeripitoisuuden pitäminen tasapainossa. (Heinonen 2009a, 127.) Sopiva ravitsemus on yksi perusta tyyppin 2 diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Ruokailutottumuksiaan olisi hyvä arvioida, mikä tarkoittaa ruuan määrän, laadun ja ruokailurytmin arviointia. On hyvä miettiä, mikä ravitsemuksessa on kunnossa, mitä on tarvetta muuttaa ja mistä ei halua luopua. Ruokavaliosta olisi hyvä tarkkailla rasvan, suolan, sokerin sekä nopeasti imeytyvien hiilihydraattien määrää ja tarvittaessa vähentää niitä. Kuitupitoisia ruokia olisi taas hyvä lisätä. Verensokerin mittauksilla voi tarkistaa, miten eri ruuat vaikuttavat verensokeriarvoihin. Asiakkaan tulisi itse miettiä realistisia tavoitteita ja muutoksia, joita hän pystyy toteuttamaan käytännössä. (Ilanne-Parikka 2009f, 219; Ilanne-Parikka 2009a, 243.)

Diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon sopiva ruokavalio ei poikkea oleellisesti yleisestä ruokavaliosuosituksesta (Suomen diabetesliitto ry 2008b, johdanto). Sairauden riskin tähden olisi kuitenkin hyvä suhtautua suositukseen yleistä suhtautumista vakavam-

min. Hyvä ruokavalio sisältää kohtalaisesti viljatuotteita, runsaasti juureksia, kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Näistä olisi hyvä koostua noin puolet päivittäisestä energiamäärästä. Proteiinipitoisia ja rasvaa sisältäviä ruokia tulisi syödä kohtuullisesti ja ravintorasvoja sekä sokeripitoisia ruokia vähiten. Rasvoista öljymäisiä ja pehmeää margariinia tulisi suosia. Terveyttä edistävä ruokavalio on mahdollista koota monin eri tavoin ja yksilöllisen energiatarpeen mukaan. Lautasmalli antaa suuntaa suosituksen mukaisen ruokavalion kokoamiseen. (Heinonen 2009b, 122 - 125.)

Haasteellisinta ruokavalion toteuttamisessa on ruokamäärien pitäminen sopivana, joka on kuitenkin diabeteksen hoidossa hyvin tärkeää. On hyvä ymmärtää, että energiasisällöltään pieni ruokamäärä voi olla tilavuudeltaan runsas ja antaa kylläisyyden tunteen. Ruokailurytmi kannattaa sovittaa omaan elämään sopivaksi. Rytmi tulisi asettaa siten, ettei aterioiden väliin jää liian pitkiä taukoja, jolloin vaarana on ruokamäärien hallitsemattomuus. Pienemmät usein syödyt ateriat tasoittavat verensokerin vaihtelua. Turhia välipaloja tulisi välttää. (Heinonen 2009c, 136 – 137.)

Alahuhan ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa ruokailutottumusten muuttaminen nähtiin tärkeänä painonhallinnassa. Osallistujien (n=54) muutoksia ruokailun suhteen oli kuidun ja pehmeän rasvan lisääminen ruokavalioon. Myös napostelua ja herkuttelua vähennettiin. Aamupalan syöminen ja säännöllinen ruokarytmi nähtiin tärkeänä. Osallistajat kiinnittivät myös enemmän huomiota ruokavalintoihin kaupassa ja ruuanlaiton terveellisyyteen. Epäterveellisen ruokavalion toteuttamiseen liittyi hallitsematon syöminen, epäsäännöllinen ateriarytmi, herkuttelu ja napostelu, liiallisten ruokamäärien ostaminen, kasvien syöminen laiminlyönti sekä syöminen suruun. Asetetut syömiskäyttäytymisen tavoitteet olisivat tulosten mukaan voineet olla konkreettisempia. Tutkimukseen osallistuneista repsahduksia raportoi 21 henkilöä. Eniten repsahduksia aiheutti ruokamäärien rajoittaminen. (Alahuhta ym. 2010, 4, 7, 10.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä 20 prosenttia vastanneista (n=75) koki ravitsemukseen liittyvän ohjauksen erittäin hyväksi, 65 prosenttia koki ohjauksen hyväksi ja 8 prosenttia tyydyttäväksi. Vastaajista seitsemän prosenttia ilmoitti, ettei ollut saanut ohjausta tältä alueelta ollenkaan. Ravitsemukseen liittyvä ohjaus koettiin tutkimuksen mukaan hyvin laadukkaaksi. Ohjauksen vaikutusta mitattaessa vastanneista (n=56) 14 prosenttia ilmoitti, että oli saanut muutettua ruokavaliotaan terveel-

lisempään suuntaan paljon, 43 prosenttia ilmoitti muuttaneensa ruokavaliota terveellisempään suuntaan melko paljon ja 38 prosenttia vastanneista oli saanut tehtyä muutoksia vähän. Vastanneista neljä prosenttia ei ollut saanut tehtyä muutoksia ruokavaliion suhteen lainkaan. (Haikola & Karppinen 2009, 55, 56, 63.)

### 2.2.3 Liikuntaan liittyvä ohjaus

Liikunta on perinteisesti luettu diabeteksen hoidon yhdeksi kulmakiveksi. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä liikunnan merkitys on vielä korostuneempi, koska ruokavaliohoitoon yhdistettynä se ehkäisee diabeteksen puhkeamista kiistatta. Säännöllinen liikunta vaikuttaa positiivisesti sokeriaineenvaihduntaan sekä insuliiniherkkyyteen. Tutkimusten mukaan runsaasti liikkuvien sairastumisriski tyypin 2 diabetekseen on selvästi pienempi kuin vähän tai ei lainkaan liikkuvien. Tutkimuksia liikunnan vaikutuksesta diabeteksen ehkäisyssä on alkanut ilmaantua vasta 90-luvulla. (Niskanen 2009, 172.) Artikkelissaan Seppo Miilunpalo (2002, 1 – 2) esittelee aiheesta tehtyjen kansainvälisten tutkimuksien tuloksia. Artikkeleihin on otettu kahdeksan fyysistä aktiivisuutta ja tyypin 2 diabeteksen ilmaantumista koskevaa seuranta-tutkimusta. Näissä kaikissa tutkimuksissa tutkimustulokset olivat samansuuntaisia: säännöllisesti liikuntaa harrastavilla sairastumisriski tyypin 2 diabetekseen oli pienempi kuin vähän tai ei ollenkaan liikuntaa harrastavilla. Tutkimustulosten mukaan sairastumisriski oli 1,5 – 2,6-kertainen liikuntaa harrastamattomilla. (Miilunpalo 2002, 1 – 2.)

Liikunnan antama suoja diabeteksen puhkeamiseen kasvaa suhteessa liikunnan määrään. Liikunnan rasittavuudesta ei ole tarkkaa tutkimustietoa, mutta reipas kävely riittää suojavaikutuksen aikaansaamiseksi. Hyvä kunto suojaa diabetekselta ja sen vuoksi olisi hyvä, että osa liikuntasuorituksista olisi sen verran rasittavaa, että sillä saadaan kestävyyskuntoa nostava vaikutus. (Niskanen 2009, 172.) Noudattamalla yleistä ohjetta terveysliikunnan määrästä, päästään sellaiseen viikoittaiseen energiankulutukseen, joka täyttää vähimmäisvaatimuksen tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi. Uusimpien ohjeiden mukaan aikuisen terveysliikunnan määrä on vähintään kaksi ja puoli tuntia reipasta kestävyysliikuntaa viikossa jaettuna useampiin päiviin. Tämän lisäksi tulisi harrastaa vähintään kahdesti viikossa lihaskuntoa ylläpitävää toimintaa.

Koska liikunnan määrä on suhteessa siitä saatavaan suojavaikutukseen, on suositeltavaa, että korkeassa sairastumisriskissä olevat pyrkivät lisäämään päivittäistä liikuntaa tästäkin enemmän. (Miilunpalo 2002, 2; UKK-instituutti 2011.)

Liikuntamuodot tulee valita asiakkaan mieltymysten mukaan ja valinnassa tulee ottaa huomioon asiakkaan mahdolliset iän aiheuttamat liikunnan rajoitukset. (Rönnemaa 2009, 173.) Liikkumaan motivoitumisen lähtökohtana on yksilön kiinnostus omaehtoiseen liikkumiseen. Liikuntasuunnitelmat tulisi olla realistisia ja niissä tulisi ottaa huomioon asiakkaan omat mahdollisuudet. Tärkeää on löytää liikunnan tuottama mielihyvä, koska silloin on todennäköistä, että liikunta sisällytetään osaksi omaa elämää. (Heinonen 2009d, 180 – 181.)

Tyypin 2 diabeetikoiden motivoitumista liikkumiseen ovat tutkineet Harmaala ja Åkerberg (2009) opinnäytetyössään. Menetelmänä on käytetty haastattelua. Haastateltavia oli yhteensä kahdeksan. Tutkimustulosten perusteella sairastuneita motivoi liikkumaan terveydelliset syyt, mutta tämä ei kuitenkaan näkynyt käytännössä. Vaikka terveydelliset syyt tulivat tutkimuksessa selkeästi esille, yksikään haastatteluun osallistuneista ei muuttanut liikuntatottumuksiaan sairauden toteamisen jälkeen. (Harmaala & Åkerberg 2009, tiivistelmä.) Alahuhan ym. (2010) tutkimukseen osallistuneiden mukaan liikunta toi terveyttä ja elämänsisältöä. Liikuntaa lisäsivät askelmittarin käyttö, kesä ja koiran ulkoiluttaminen. Liikkumattomuuden syinä olivat ajanpuute, talvi, terveysongelmat ja askelmittarin käytöstä luopuminen. Osallistujien itselleen asettamat liikuntatavoitteet olisivat voineet tulosten mukaan olla konkreettisempia. Liikuntaan liittyvät tavoitteet olivat enemmän ”*liikuntaa lissää*” –tyylisiä. (Alahuhta ym. 2010, 4.)

Haikolan ja Karppisen (2009) tutkimuksen mukaan vastaajista (n=72) 15 prosenttia koki liikuntaan liittyvän ohjauksen erittäin hyväksi, 64 prosenttia koki ohjauksen hyväksi ja seitsemän prosenttia tyydyttäväksi. Vastaajista kahdeksan prosenttia koki, ettei saanut liikuntaan liittyvää ohjausta. Liikuntaan liittyvä ohjaus koettiin tutkimuksen mukaan laadukkaaksi. Vastaajista (n=57) 11 prosenttia oli lisännyt liikuntaa ohjauksen ansiosta paljon, melko paljon 26 prosenttia ja vähän 42 prosenttia. Vastaneista seitsemän prosenttia ei ollut lisännyt liikuntaa ollenkaan. Myöskään seitsemän



prosenttia ei kokenut liikunnan lisäämistä tarpeelliseksi. (Haikola & Karppinen 2009, 55, 56.)

#### 2.2.4 Päihteisiin liittyvä ohjaus

Diabetesliiton tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa ensisijainen koko väestöön liittyvä tavoite on lihavuuden ehkäisy. Lihavuuden ehkäisy perustuu elämäntapojen muuttamiseen, jossa alkoholin käytön vähenemisellä on suuri merkitys. Yksilötason keinoksi alkoholin kulutuksen vähentämiseksi ohjelmassa määritellään asiakkaan ohjaaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että ohjauksessa tulisi ottaa myös alkoholinkäyttö huomioon ja ohjata kohtuulliseen alkoholinkäyttöön sekä tiedottaa liikkakäytön terveydellisistä haitoista. (Suomen diabetesliitto ry 2004, 26, 36, 37.)

Alkoholin käytössä pätee samat suositukset diabeetikoille kuin muillekin, eli kohtuullisesta käytöstä ei yleensä ole haittaa terveydelle. Sairastumisriskissä olevien on kuitenkin hyvä tietää, että pienikin määrä alkoholia sisältää runsaasti energiaa ja vaikeuttaa siten painonhallintaa. Runsas alkoholin käyttö nostaa myös verenpainetta. (Ilanne-Parikka 2009g, 206 – 207; Suomen diabetesliitto ry 2010.)

Alkoholin kulutuksesta on määritelty kohtuukäytön raja-arvot. Terveen aikuisen miehen alkoholinkäyttö on raja-arvojen sisällä, kun alkoholin kulutus on alle 24 annosta viikossa siten, että juodaan enintään muutama annos kerralla ja jaetaan käyttö vähintään kolmeen eri päivään. Miesten kertakäytön maksimiannos on seitsemän alkoholiannosta. Naisilla alkoholin kulutuksen viikoittainen raja-arvo on enintään 16 alkoholiannosta jaettuna vähintään kolmelle eri päivälle. Naisten kertakäytön maksimiannos on viisi alkoholiannosta. Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan määrää, joka sisältää alkoholia 12 grammaa. Alkoholin kulutuksen riskirajat ovat keskimääräisiä. Monien sairauksien kohdalla pitää muistaa, että niiden oireet pahenevat alkoholin vaikutuksesta. Ikääntyneillä ja sairailta voi esiintyä alkoholin aiheuttamia haittoja jo pienemmilläkin kulutusmäärillä. (Lindroos 2009.) Luokittelu eri ryhmiin alkoholin kulutuksen mukaan toivotaan kiinnittävän huomiota omaan alkoholin kulutukseen ainakin silloin, kun huomaa kuuluvansa suurkuluttajien ryhmään (Suomen diabetesliitto ry 2004, 37).

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä alkoholin käyttöön liittyvän ohjauksen suhteen vastanneista (n=62) 13 prosenttia koki ohjauksen olleen erittäin hyvää ja 39 prosenttia koki ohjauksen olleen hyvää. Vastanneista 34 prosenttia koki, ettei ollut saanut alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta. Vastanneista (n=56) neljä prosenttia ilmoitti vähentäneensä alkoholin käyttöä paljon, viisi prosenttia melko paljon ja 13 prosenttia vähän. Viisi prosenttia ei ollut tehnyt muutosta tässä asiassa. Vastanneista 68 prosenttia ilmoitti, ettei tarvetta alkoholin käytön vähentämiseen ollut. (Haikola & Karppinen 2009, 55, 64.)

Tupakoinnin vaarallisuus diabeetikolle perustuu siihen, että tupakka supistaa pieniä verisuonia ja siksi se voi edistää diabetekseen liittyviä verisuonivaurioita entisestään. Tupakointi on erityisen haitallista diabeetikoille, koska riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on jo sairauden vuoksi korostunut. (Ilanne-Parikka 2009h, 209.) Suomalaisista diabeetikoista tupakoi yhtä moni kuin koko väestöstä keskimäärin. Tupakoinnin aiheuttama sairastumisriski on sidoksissa tupakoinnin määrään: mitä enemmän ja kauemmin tupakoi, sitä suuremmaksi sairastumisriski kasvaa. Tupakoi-  
van diabeetikon riski sairastua verenkiertoelimistön sairauksiin on ainakin nelinkertainen verrattuna tupakoimattoman riskiin. Tupakoinnin lopettaminen vähentää tyyppin 2 diabeetikolla verenkiertoelinsairauteen sairastumisen riskiä neljänneksellä. (Patja 2002, 3855 - 3857.)

Patjan ym. (2005) tutkimuksessa selvitettiin muun muassa tupakoinnin vaikutusta tyyppin 2 diabeteksen riskiin. Tutkimukseen osallistui 41 372 25 – 64-vuotiasta miestä ja naista, joilla ei ollut aiemmin todettu diabetesta, sepelvaltimotautia tai aivohalvauksia. Tutkimustulosten perusteella tupakoinnilla on merkittävä vaikutus tyyppin 2 diabeteksen riskiin. Tutkimuksen mukaan ikä ja muut riskitekijät eivät vaikuta tupakoinnin aiheuttamaan riskiin. Tupakointi lisää riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen myös painoindeksistä ja fyysisestä aktiivisuudesta riippumatta. Tulosten perusteella voidaan todeta, että tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä pitäisi kannustaa tupakoimattomuuteen. (Patja ym. 2005.)

Myös Will, Galuska, Ford, Mokdad ja Calle (2001) ovat tutkineet tupakoinnin ja diabeteksen välistä yhteyttä. Tutkimuksessa selvitettiin, nopeuttaako tupakointi diabeteksen kehittymistä ja onko lopettamisella päinvastainen vaikutus. Tutkimuksen ai-

neisto on kerätty syöpää ennaltaehkäisevästä tutkimuksesta. Alkuperäisestä kohdejoukosta valittiin tutkimukseen mukaan 275 190 miestä ja 434 637 naista, jotka olivat iältään 30 vuotta tai alle. Tutkimustulosten mukaan tupakointi nostaa diabeteksen sairastumisriskiä sekä miehillä että naisilla. Miehillä, jotka polttivat kaksi askia tai enemmän tupakkaa päivässä, oli 45 prosenttia suurempi riski sairastua diabetekseen kuin niillä miehillä, jotka eivät tupakoineet ollenkaan. Naisilla vastaava luku oli 74 prosenttia. Tupakoinnin lopettaminen alensi sairastumisriskiä miehillä kymmenessä ja naisilla viidessä vuodessa tupakoimattomien tasolle. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että tupakoinnin ja diabeteksen välillä on annos-vastesuhde ja tupakoinnin lopettamisella on merkittävä hyöty sairauden puhkeamisen ehkäisyn kannalta. (Will, Galuska, Ford, Mokdad & Calle 2001.)

Haikolan ja Karppisen (2009) opinnäytetyössä tupakoinnin vähentämiseen liittyneen ohjauksen kartoittamiseen vastanneista (n=60) 17 prosenttia koki ohjauksen olleen erittäin hyvää, 37 prosenttia koki ohjauksen hyväksi ja kaksi prosenttia tyydyttäväksi. Vastanneista 28 prosenttia ilmoitti, ettei ollut saanut ohjausta liittyen tupakoinnin vähentämiseen. Vastajista (n=53) tupakointia vähensi paljon neljä prosenttia, melko paljon kaksi prosenttia, vähän 11 prosenttia ja neljä prosenttia ei vähentänyt ollenkaan. Tutkimuksessa alkoholiin ja tupakointiin liittyvä ohjaus oli vähäisempää verrattuna ravitsemukseen, liikuntaan ja painonhallintaan liittyvään ohjaukseen. Tutkimustulosten mukaan tupakoinnin ja alkoholinkäytön suhteen oli tehty vähiten muutoksia. Tosin monellakaan vastanneista ei ollut tarvetta muutokseen näissä asioissa. (Haikola & Karppinen 2009, 55, 56, 64.)

### 2.2.5 Omaseurannan ohjaaminen ja tulosten hyödyntäminen

Omaseuranta on tärkeää kaikissa elämäntapamuutoksen vaiheissa. Valmistautumisvaiheessa omaseurannan avulla pystytään asettamaan omalle käyttäytymiselle sopivia ja konkreettisia tavoitteita. Toiminta- ja ylläpitovaiheessa omaseurannan avulla saa palautetta omasta toiminnasta. (Alahuhta ym. 2010, 10.) Omaseurantaan sisältyy painon, vyötärön ympäryksen, verenpaineen ja verensokerin seuraaminen. Paino pitäisi punnita ainakin kerran viikossa. Myös vyötärön ympärystä olisi hyvä seurata mittaamalla. Verensokerin mittaaminen on hyvä opetella, koska omamittaukset kertovat ja

opettavat enemmän kuin yksittäiset mittauskerrat hoitopaikassa. Omamittausten avulla pystyy seuraamaan, miten erilainen liikunta, ruoka ja syöminen sekä vuorokauden aika vaikuttavat verensokeriin. Mittausarvot olisi hyvä kirjata omaseuranta-vihkoon. Jos verenpaine on koholla, sitä on myös hyvä seurata omatoimisesti. Jos käytössä on säännöllinen verenpainelääkitys, on suositeltavaa hankkia luotettava verenpainemittari kotiin ja seurata verenpainetta kaksoismittauksella kerran viikossa. (Ilanne-Parikka 2009b, 220.) Pelkkä mittaaminen ei korjaa tilannetta, vaan tuloksia pitää osata myös hyödyntää. (Ilanne-Parikka 2009e, 220.) Omaseurantaan tulee saada riittävä ohjaus, jotta seurannan toteuttaminen on luotettavaa ja tuloksia osataan soveltaa käytäntöön (Suomen diabetesliitto ry 2005).

Haikola ja Karppinen (2009) ovat opinnäytetyössään kartoittaneet vastanneiden mielipiteitä muun muassa siitä, miten kotona tehdyt mittaukset tukivat elämäntapamuutoksen hoidonohjausta. Tulosten perusteella vastanneista (n=71) yli puolet (69 %) koki verenpaineen seurannan tukevan elämäntapamuutoksen hoidonohjausta vähintäänkin hyvin. Vain yhdeksän prosenttia koki verenpaineen seurannan tukevan elämäntapamuutoksen hoidonohjausta tyydyttävästi ja kolme prosenttia koki sen tukevan ohjausta huonosti. Vastaajista 17 prosenttia ilmoitti, ettei ollut seurannut verenpainettaan. Vajaa puolet (47 %) vastanneista (n=72) koki verensokerin omaseurannan tukevan hoidonohjausta vähintäänkin hyvin. Kahdeksan prosenttia oli sitä mieltä, että verensokeri omaseuranta tuki ohjausta tyydyttävästi. Vastanneista 36 prosenttia ilmoitti, ettei seurannut verensokeria omamittauksilla. (Haikola & Karppinen 2009, 60.)

#### 2.2.6 Hoidonohjauksessa käytettävät materiaalit

Asiakkaan tyyli omaksua tietoa vaikuttaa käytettävien ohjausmenetelmien valintaan. On arvioitu, että ihminen muistaa 75 prosenttia siitä, mitä hän näkee ja 10 prosenttia siitä, mitä hän kuulee. Sen sijaan, jos ohjauksessa käytetään hyväksi sekä näkö- että kuuloaistia, ihmisen on todettu muistavan 90 prosenttia ohjauksen sisällöstä. Tästä syystä ohjauksessa tulisi hyödyntää monipuolisesti erilaisia ohjausmateriaaleja. (Kynäns ym. 2007, 73.)

Ohjausta annetaan useimmiten suullisesti. Suullisen ohjauksen lisäksi asiakkaalle olisi hyvä antaa myös kirjallista ohjausmateriaalia. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on tärkeää varsinkin silloin, kun suulliselle ohjaukselle on vain vähän aikaa. Suullisen ohjauksen lisäksi asiakkaan olisi hyvä saada myös kirjallista materiaalia, koska tällöin asiakas pystyy palaamaan ohjeisiin itsekseen tarkastaakseen niistä tietoa. Tänä päivänä erilaisten joukkoviestinten käyttö tarjoaa toisenlaisia ohjauksen vaikuttamiskeinoja. Joukkoviestimiin kuuluu esimerkiksi internetin käyttö ohjauksen tukena. Internet tarjoaa tänä päivänä kaikille ihmisille uuden ja laajan lähteen hakea terveyteen liittyvää tietoa. Internetin tarjoamia mahdollisuuksia ovat esimerkiksi lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitomenetelmiin tutustuminen, erilaiset terveydentilaa määrittävät testit sekä erilaisten tukiryhmien toiminta. (Kyngäs ym. 2007, 74, 123, 124; Mustonen 2002, 150.)

Talvietien ja Valkosen (2009) opinnäytetyön tulosten perusteella asiakkaat saivat ohjauksessa eniten suullista yksilöohjausta ja sen tueksi kirjallista materiaalia (Talvitie & Valkonen, 2009.) Haikola ja Karppinen ovat opinnäytetyössään tutkineet, miten kirjallinen materiaali tuki elämäntapamuutoksen hoidonohjausta. Tutkimuksessa kirjalliseksi materiaaliksi luettiin ruoka- ja liikuntapäiväkirja, erilaiset kyselylomakkeet sekä muu kirjallinen materiaali. Tulosten mukaan puolet vastanneista koki ruokapäiväkirjan (n=69) ja liikuntapäiväkirjan (n=64) tukevan hoidonohjausta vähintään hyvin. Erilaiset kyselylomakkeet (n=70) tukivat hoidonohjausta hyvin vain 38 prosentin mielestä. Melkein puolet (49 %) vastanneista (n=73) koki, että ohjausta tuki hyvin muu kirjallinen materiaali.

### 2.2.7 Elämäntapamuutosprosessin vaiheiden tunnistaminen ja tukeminen hoidonohjauksessa

Elämäntapamuutoksella tarkoitetaan uuden toimintamallin sisäistämistä omaan päivittäiseen toimintaan (Alahuhta ym. 2010, 5). Elämäntapojen muuttaminen on vaihteittain etenevä pitkäkestoinen prosessi. Muutosprosessin aikana ihminen tiedostaa omat elämäntapansa, harkitsee muutoksen tarvetta, harjoittelee ja kokeilee uuden elämäntavan toteuttamista sekä harjaantuu ylläpitämään muutosta ja ottamaan sen lopulta osaksi arkielämäänsä. Muutoksessa edetään asteittain ja siihen kuuluu myös

repsahduksia. Elämäntapojen muutosprosessi sisältää vaiheita, joiden aikana asiakkaan valmiudet ja motivaatio muuttaa omaa käyttäytymistään vaihtelevat. (Heinonen 2007, 25; Poskiparta 2002, 25, 26.)

Elämäntapojen muutosprosessissa on neljä eri vaihetta: esiharkinta-, harkinta-, valmius- sekä ylläpitovaihe. Esiharkintavaiheessa asiakas ei tiedosta muutoksen tarpeellisuutta eikä hän välttämättä välitä tai usko omiin kykyihin. Hän voi myös kieltää tai vähätellä ongelmaa. Tässä vaiheessa muutokseen kehottaminen tai painostaminen voi saada asiakkaan puolustuskannalle. Esiharkintavaiheessa tavoitteena ei ole heti ongelmaan vaikuttaminen, vaan tärkeää on saada asiakas edes harkitsemaan muutosta. Asiakkaan tietoisuutta omasta terveyskäyttäytymisestään voi herättää neutraalilla keskustelulla ja erilaisilla kysymyksillä. On tärkeää ottaa asiakkaan oma mielipide huomioon, millaista tietoa hän omasta mielestään tarvitsee tällä hetkellä. (Poskiparta 2006, 15; Poskiparta 2002, 25.)

Harkintavaiheessa asiakas tiedostaa ongelman, mutta ei ole vielä valmis toimimaan sen vuoksi. Harkintavaiheessa asiakas kokee ristiriitaisuutta. Hän ajattelee muutoksen mahdollisuutta lähitulevaisuudessa, mutta muutossuunnitelma ja sitoutuminen muutokseen puuttuvat. Tässä vaiheessa asiakas itse arvioi muutoksen etuja ja haittoja. Hoitaja voi auttaa tässä ristiriidan ratkaisussa esimerkiksi esittämällä kysymyksiä muutoksen tiellä olevista esteistä ja muutosta edistävistä tekijöistä. (Poskiparta 2006, 15.)

Valmiusvaiheessa asiakas kokee muutoksen tarpeellisena ja hyödyt suurempana kuin haitat. Tässä vaiheessa kokeillaan uusia toimintatapoja. Hoitajan tehtävänä on tarjota erilaisia vaihtoehtoja, jotka perustuvat asiakkaan tavoitteenasetteluun. Muutosta toteuttaessaan asiakas yleensä haluaa hoitajalta neuvoja. Asiakkaan kanssa tulisi yhdessä sopia muutoksen tavoitteista, laatia suunnitelma niiden saavuttamiseksi sekä arvioida suunnitelman realistisuutta. Valmiusvaiheessa asiakas työskentelee muutoksen eteen ja muuttaa toimintatapojaan. Vaihe on työläs ja vaatii aikaa sekä voimavaroja. Asiakasta voi rohkaista ja keskustella muutoksen esteistä ja ongelmista. (Poskiparta 2006, 15.)

Muutosprosessin viimeisessä vaiheessa asiakas ylläpitää muutosta. Tällöin muutos on pysyvä elämäntapa, eikä paluuta aikaisempaan tapahdu edes negatiivisten kokemusten yhteydessä. Ylläpitovaiheessakin prosessi jatkuu ja ongelmia saattaa tulla vielä yllättävissä, houkuttelevissa tilanteissa. (Poskiparta 2006, 15.)

Repsahdukset liittyvät oleellisena osana muutosprosessiin. Repsahduksien käsittely voi lisätä yksilön itsetuntemusta ja oppia omista tavoistaan. Tällöin elämäntapamuutokseen tähtäävän ohjauskeskustelun tulisi käsitellä tilanteita, jotka estävät tai edistävät asiakkaan halukkuutta muuttaa käyttäytymistään. Ohjauksessa voidaan keskustella aikaisemmista onnistuneista ja epäonnistuneista muutoskokemuksista. Asiakkaan kanssa etsitään yhdessä uusia toimintavaihtoehtoja tilanteisiin. Repsahduksien käsittely on haasteellista, koska usein ihminen itse tietää oman rajallisuutensa, eikä välttämättä halua muistutettavan siitä. Tästä huolimatta keskustelu käyttäytymisen syistä on ohjauksessa tärkeää. (Poskiparta 2006, 15.)

Elämäntapojen muuttaminen vaatii tietoa, oppimista, motivaatiota, toimintaa ja taitoa. Hoidonohjauksessa käsitellään asiakkaan elämänarvoja, käyttäytymisen päämääriä ja niiden saavuttamiseen tähtääviä keinoja. Ohjauksessa elämäntapoihin liittyvien muutosprosessien käsittely on tärkeää, sillä ne vahvistavat asiakkaiden kykyä muutosten toteuttamiseen sekä asettaa itselleen realistisia tavoitteita muutoksen saavuttamiseksi. Tunnistamalla muutosprosessin vaiheet pystytään valitsemaan ohjaukseen toimivia neuvontakeinoja. (Poskiparta 2006, 14 – 15.)

Hoidonohjauksessa on tärkeää, että ohjaus on asiakasta motivoivaa. Ohjaajan haasteena on motivoida asiakasta elämäntapamuutoksiin. Ohjauksessa tulee huomioida, että motivoituminen tapahtuu mahdollisuuden kautta, ei pakottamalla. Ideaalitalanteessa asiakas kokee elämäntapamuutoksen mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveyteensä. Asiakasta tulisi houkutella uusiin näkökulmiin ja ohjaajan tulisi tukea asiakkaan pystyvyyden tunnetta sekä motivoida muutoksen mahdollisuuteen. Motivaatiota edistäviä asioita ovat esimerkiksi riittävän selkeät, konkreettiset tavoitteet, asiakkaan omat onnistumisodotukset sekä sopiva tunnetila, jolla tarkoitetaan sitä miten tavoitteet sopivat asiakkaan tämänhetkiseen elämäntilanteeseen. (Kynäs ym. 2007, 32, 49; Turku 2007, 41.) Ohjaajan oma asenne ja motivaatio vaikuttavat myös oleellisesti ohjauksen onnistumiseen. Ohjaajalta odotetaan aloitteellisuutta sekä herkkyyttä

tä tiedon ja ohjeiden antamisessa. Ohjaajan tehtävänä on kannustaa asiakasta luottamaan itseensä ja tukea oma-aloitteisuutta. Onnistunut ohjaus vaatii, että sekä ohjaaja että ohjattava ovat molemmat ohjauksessa aktiivisia ja tavoitteellisia. Ohjaajan tehtävänä on rohkaista asiakasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Kygäs ym. 2007, 32, 41.)

### 2.3 Hoidonohjauksen arviointi

Arviointi on Suomen kielessä sanana monimerkityksinen. Suppeasti määriteltynä arviointi voidaan rajata toiminnan tuloksellisuuden arviointiin. Tällöin arvioinnilla tarkoitetaan ongelma- tai suoritustilanteessa toimijaan kohdistuvaa tai toimijan itse suorittamaa toiminnan ja sen tuloksellisuuden seuraamista. Arvioinnin tavoitteena on välttää epäonnistumisia ja turvata onnistuminen tilanteessa, jossa sekä onnistuminen että epäonnistuminen ovat mahdollisia. Tilanteissa, joissa tavoitteena on ongelmanratkaisu, ihminen käyttää ongelman ratkaisemiseksi tietoaan ja taitojaan sekä luonnollisen ympäristönsä tarjoamia mahdollisuuksia. Tilanteessa toimiminen edellyttää valintoja ja valintojen suuntaamaa toimintaa. Jokainen valinta määrittelee ennalta tai rajaa osaa seuraavista valinnoista. Jokaisen valinnan jälkeen tulisi miettiä, oliko valinta suotuisa vai epäsuotuisa toiminnan kannalta. Ensisijaisena valinnan arvioijana toimii ihminen itse. Itsearviointi on arvioinnin ensimmäinen vaihe, mutta sen voima on rajallinen. Tilanteessa, jossa ihminen itse ei pysty ratkaisemaan eteneekö hän toiminnassaan oikein, tarvitaan apua. Arviointiapua voivat antaa esimerkiksi erilaiset asiantuntijat. Arvioinnin perusta on siis oman toiminnan tuloksellisuuden tiedostamisessa ja kyvyssä toimia rationaalisesti. Ulkopuolisen arvioinnin perusidea on arvioinnissa auttaminen. Arvioinnissa auttaminen edellyttää kommunikaatiota, ohjausta ja sisällöllistä palautetta. Palautteisessa arvioinnissa asiantuntija ja toimija yhdessä käyvät toimintaa läpi etsien virheellisiä valintoja. (Karjalainen 2001, 216 – 220.)

Onnistunut hoidonohjaus edellyttää jatkuvaa arviointia. Asiakkaan kanssa yhdessä tulisi arvioida, miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu sekä millaista ohjaus on ollut. Ohjauksen alussa asetettujen lyhyen aikavälin tavoitteiden positiivisten vaikutusten arviointi voi johtaa positiivisiin tuloksiin ja toiminnan hallintaan aikaa myöden, koska se lisää asiakkaan omaa tietoutta itsestään toimijana. Myös epäonnis-



tumisia tulee arvioida, jotta voidaan tehdä suunnitelmia toiminnan muuttamiseksi. Hoitaja voi tukea asiakkaan arviointia antamalla palautetta toiminnasta ja rohkaisemalla pohtimaan ohjauksen vaikuttavuuteen ja vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. Arvioinnin yhteydessä on tärkeää antaa positiivista palautetta niistä asioista, joissa asiakas on onnistunut. (Kyngäs ym. 2007, 45; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 29.) Hoidonohjauksen asiakaslähtöisessä arvioinnissa voidaan kriteereinä käyttää asiakkaan terveydentilan muutosta, hoidon merkitystä elämän hallintaan sekä asiakkaan tyytyväisyyttä omaan hoitoonsa. Hoidonohjausta voidaan arvioida esimerkiksi lyhyen sekä pitkän aikavälin tavoitteiden toteutumisen perusteella, tietojen ja hoitotaitojen perusteella sekä elämäntapojen ja elämänlaadun perusteella. (Suomen diabetesliitto ry 2003b, 5.)

Diefenbaugh (2008) on opinnäytetyössään tutkinut laatukriteerien toteutumista tyyppin 2 diabeteksen hoidonohjauksessa Satakunnan keskussairaalan diabetespoliklinikalla. Tutkimusaineisto kerättiin tutkimukseen laaditun kyselylomakkeen avulla. Osallistujia tutkimuksessa oli yhteensä 20. Tutkimustulosten mukaan näiden osallistujien kohdalla hoidonohjausta ei arvioitu säännöllisesti. (Diefenbaugh 2008.) Talvitien ja Valkosen (2009) opinnäytetyön yksi tarkastelukohteista oli asiakaslähtöisyyden toteutuminen ohjauksen arviointivaiheessa. Tutkimustuloksissa todettiin, että arviointivaiheeseen löytyi asiakaslähtöisen ohjaamisen piirteitä vähemmän kuin muihin ohjaamisen vaiheisiin. Työssä käytetyistä tutkimuksista arvioinnin piirteitä löytyi satunnaisesti. Hoitajat myös kokivat arviointivaiheen toteutuneen sekä positiivisesti että negatiivisesti. Työssä käytettyjen artikkelien perusteella hoitajat antoivat asiakkaille palautetta ja oppimista arvioitiin ohjatun asian hallitsemisella. Hoitajat kokivat myös pystyvänsä itsearviointiin ja pyysivät palautetta asiakkailta ohjauksesta. Toisaalta taas tulosten perusteella hoitajat eivät osanneet arvioida asiakkaiden oppimista. Artikkeleissa ei mainittu, oliko yhdessä laaditut tavoitteet saavutettu ja tekikö asiakas ohjauksen aikana itsearviointia. Tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta on tehty johtopäätös, että ohjauksessa arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Talvitie & Valkonen 2009, 23, 26.)

### 3 TYYPIN 2 DIABETESTA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOIDONOHJAUS RAUMAN SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON LÄÄKÄRIEN JA HOITAJIEN VASTAANOTOLLA

Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkärin ja hoitajien vastaanotolla toteutettava diabetesta ennaltaehkäisevä hoidonohjaus perustuu Diabetesliiton käynnistämään tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaan. Diabeteksen ennaltaehkäisyyn kuuluu riskipotilaiden seulonta sekä sen perusteella seuranta ja elämäntapaohjaus. Lääkärin ja hoitajien vastaanotolle on laadittu ennaltaehkäisystä ohjelman perusteella oma hoitopolku. Riskipotilaiden seulonnassa käytetään Diabetesliiton Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomaketta (LIITE 1). Hoito etenee siten, että jos riskipisteitä tulee 7 – 14, asiakkaalle annetaan kirjallinen esite ”Tuijota omaan napaasi” sekä ennaltaehkäisevää elämäntapaohjausta. Jatkossa asiakkaalla on dekho-hoitajan kontrollikäynti kahden vuoden välein, jolloin tehdään uusi riskipistekartoitus. Jos kontrollikäynnillä riskipisteitä tulee 15, tehdään asiakkaalle sokerirasitus. (Lääkärin ja hoitajien vastaanotto 2009; Suomen diabetesliitto ry 2008a, 26.)

Niille, joille tulee heti ensimmäisellä kerralla riskipisteitä 15 tai yli, tehdään automaattisesti sokerirasitus. Sokerirasituksesta sovitaan aina erikseen vastaanottokäynti dekho-hoitajalle, koska sitä ennen tulee olla ravinnotta. Sokerirasituksessa paastosokerin tulisi olla alle 6 ja kahden tunnin sokeriarvo alle 8.8. Jos sokerirasituksen tulos on normaali, jatkohoito-ohjeet ovat samat kuin 7 – 14 pistettä saaneille. Sokerirasituksesta poikkeavat lukemat saaville laaditaan erillinen hoitosuunnitelma ja suunnitellaan jatkokäynnit Dekho-hoitajan vastaanotolle. Jos sokerirasituksen tuloksena on selvästi diabeettinen arvo, eli kahden tunnin sokeriarvo on yli 12.2 tai paastosokeri on toistetusti yli 7 sekä pitkäaikaisverensokeri on yli 6.5 prosenttia, ohjataan asiakas varhaisen hoidon piiriin eli diabetesryhmään ja tarvittaessa lääkärille. (Lääkärin ja hoitajien vastaanotto 2009; Suomen diabetesliitto ry 2008a, 26.)

Dehkokäyntejä hoitajan vastaanotolle on määritelty hoitopolussa viisi kertaa. Ohjauskertojen määrä on kuitenkin tilannesidonnainen. Ensimmäisellä käynnillä tehdään sokerirasituskoe sekä kartoitetaan elämäntapoja suola-, kuitu- ja rasvanlaatutestien avulla. Ensimmäiseen ohjauskäyntiin kuuluu myös Audit-testin tekeminen. Jos asi-

akkaasta ei ole viimeisen vuoden aikana otettu lipidikokeita, tehdään hänelle niistä lähete. Asiakkaalle annetaan vielä kotiin luettavaksi ”Mikä nyt neuvoksi” -esite, jossa kerrotaan diabeteksestä ja sen puhkeamisen ennaltaehkäisemisestä. (Lääkärien ja hoitajien vastaanotto 2009.)

Toisella ohjauksella elämäntapaohjauksessa selvitetään sukuanamneesia, sosiaalista tilannetta sekä asiakkaan omia tuntemuksia sairastumisriskistä ja siihen liittyvistä asioista. Ohjauksessa keskustellaan myös ravitsemuksesta, kartoitetaan liikuntatottumuksia, päihteiden käyttöä ja tupakointia. Asiakkaalta mitataan vyötärönympäryys, verenpaine, paino ja lasketaan painoindeksi. Asiakkaan kanssa käydään yhdessä läpi edelliskerralla määrätyt tutkimustulokset, hoito, ohjaus sekä jatkosuunnitelman teko. Toisen ohjaukserran ajankohtaa ei ole hoitopolussa määritetty. (Lääkärien ja hoitajien vastaanotto 2009.)

Kolmas ohjauksella on noin 2 – 3 viikon kuluttua toisesta käynnistä. Aiheena ovat samat elämäntapaohjausalueet, kuin toisellakin kerralla. Tämän lisäksi tehdään jatkosuunnitelma. Neljäs seurantaikäntä on noin puolen vuoden kuluttua kolmannesta ohjauksikäynnistä ja tällöin tehdään väliarvio tilanteesta. Jos tilanne on pysynyt ennallaan tai parantunut, on seuraava kontrolli vuoden kuluttua hoitajan vastaanotolla. Jos tilanne on huonontunut, konsultoidaan lääkäriä asian tiimoilta. Asiakkaan kanssa voidaan sopia myös soittoaikoja hoitajalle esimerkiksi laboratoriokoe- ja verenpainearvoista. (Lääkärien ja hoitajien vastaanotto 2009.)

Viides käynti on vuosikontrolli, joka on vuoden kuluttua neljännestä ohjauksikäynnistä. Tällöin tarkastetaan tavoitteet ja päivitetään hoitosuunnitelma. Vuosikontrollissa tarkastetaan paino, painoindeksi, vyötärönympäryys, verenpaine sekä tarvittaessa kahden tunnin sokeriarvo syömisen jälkeen. Tällöin voidaan myös kontrolloida laboratoriokokeita tarpeen mukaan. Sokerirasitus uusitaan tarvittaessa kolmen vuoden välein. Vuosikontrollissa kerrataan ruokavalio- ja liikuntaohjausta. (Lääkärien ja hoitajien vastaanotto 2009.)

Ennaltaehkäisevän hoidon tavoitteena on välttää tai siirtää diabeteksen puhkeamista. Ennaltaehkäisevä hoito on kokonaisvaltaista. Sillä pyritään samalla ehkäisemään myös sydän- ja verisuonisairauksia ja tehostamaan niiden hoitoa, koska tyypin 2 dia-

betes on usein osa niin kutsuttua metabolista oireyhtymää. Elämäntapakartoituksen pohjalta muodostetaan kokonaiskäsitys asiakkaan terveydentilasta ja siinä olevista ongelmakohdista. Hoito toteutetaan asiakkaalle laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoidosta vastaa sama hoitaja alusta alkaen. Tavoitteena ennaltaehkäisevässä hoidossa on, että verenpaine pysyisi alle 140/85, paastosokeri 4 – 6 välissä, rasvarvoista triglyseridit alle 2, kokonaiskolesteroli alle 5, HDL yli 1 ja LDL alle 3. Painoindeksin tavoitearvo olisi 20 – 25. Ylipainoisilla painonpudotuksen tavoitteena on 5 – 10 prosenttia painosta puolen vuoden aikana. Vyötärön ympäryksen tavoitearvo on naisilla alle 80 cm ja miehillä alle 94 cm. (Lääkärien ja hoitajien vastaanotto 2009; Suomen diabetesliitto ry 2008a, 4.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabeteksen riskipotilaiden kokemuksia saamastaan diabetesta ennaltaehkäisevästä hoidonohjauksesta. Tutkimuksessa kartoitetaan, miten tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskissä olevat ovat kokeneet hoidonohjauksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Tavoitteena on saada sellaista tietoa, jolla voitaisiin kehittää tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvää hoidonohjausta entistäkin paremmaksi.

Tutkimusongelmia ovat:

1. Miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet hoidonohjauksen suunnittelun?
2. Miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet hoidonohjauksen toteutuksen?
3. Miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet hoidonohjauksen arvioinnin?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Tämä tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselylomaketutkimuksena. Kvantitatiiviselle eli määrälliselle tutkimukselle on ominaista aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, aiemmat teorit, hypoteesien esittäminen sekä käsitteiden määrittely. Oleellista on myös, että tutkimusaineisto soveltuu määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.)

### 5.1 Kyselylomakkeen laadinta

Tutkimuksen aineistonkeruutavaksi valittiin kysely. Kyselyn etuina on muun muassa se, että tutkimukseen saadaan osallistumaan paljon henkilöitä ja samalla voidaan kysyä useita eri asioita. Huolellisesti suunniteltu kyselomake säästää myös tutkijan aikaa. Aineisto saadaan kyselytutkimuksessa käsiteltyä ja analysoitua nopeasti. Myös aikataulu ja kustannukset on hyvin arvioitavissa. Kyselyn analysointiin ja raportointiin on jo kehitetty omat muodot, joten tutkijan ei itse tarvitse käyttää aikaa uusien aineiston analysointitapojen kehittämiseen. Kyselytutkimuksen heikkoutena nähdään muun muassa aineiston pinnallisuus, vastaajien suhtautuminen tutkimukseen, vastausvaihtoehtojen onnistuneisuus sekä kyselyyn vastaamattomuus eli kato. (Hirsjärvi ym. 2009, 195 - 196.)

Kyselylomake on tutkimuksen mittausväline ja sen laatiminen on koko kvantitatiivisen tutkimuksen kriittisin vaihe. Mittausvälineen tulee olla sisällöltään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen. Kyselylomakkeen perustana tulee olla kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Tätä tutkimusta varten laadittiin kyselylomake (LIITE 2). Sen laadinnassa käytettiin apuna tyypin 2 diabeteksen ja sen ehkäisyyn sekä hoidonohjaukseen liittyvää kirjallisuutta (esimerkiksi Ilanne-Parikka ym. 2009; Kyngäs ym. 2007; Turku ym. 2007) sekä Rauman sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen lääkäreiden ja hoitajien vastaanoton määrittelemää hoitopolkua tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisemisestä.

Kyselylomakkeen tulisi olla selkeä ja yksiselitteinen. Kysymysten määrä ja järjestys pitäisi olla tarkkaan harkittuja. Myös sanojen valinnassa tulisi olla tarkka. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Kyselylomake jaettiin kolmeen eri osioon tutkimusongelmien perusteella sekä taustatietoihin. Kyselylomakkeen väittämät pyrittiin järjestämään siten, että ne vastaisivat hoidonohjauksen etenemisjärjestystä. Ensimmäisen osion väittämät (väittämät 1 – 48) koskivat hoidonohjauksen suunnittelua, toisen osion väittämät (väittämät 49 – 101) hoidonohjauksen toteutusta sekä kolmannen osion väittämät (väittämät 102 – 134) hoidonohjauksen arviointia. Lopuksi kartoitettiin (väittämät 135 – 150) vastaajien taustatietoja.

Kyselylomakkeen väittämiin vastausvaihtoehdona oli pääasiassa ”kyllä” ja ”ei”-vaihtoehdot. Väittämässä 69 – 72 kartoitettiin eri ohjausmenetelmien käyttöä. Näiden väittämien perässä oli lisäksi rastitettavat ruudut, joilla kartoitettiin, mistä ohjausmenetelmästä koettiin olevan eniten hyötyä. Avoimien kysymysten (72 ja 83) avulla ajateltiin saatavan esiin näkökulmia, joita lomakkeen laatija ei ole osannut ajatella etukäteen. (Myös Hirsjärvi ym. 2009, 199.) Taustatiedoissa väittämällä 145 – 150 kartoitettiin vastaajien terveystietoja. Väittämässä oli myös rastitettavat ruudut, joiden avulla haluttiin kartoittaa, onko terveydessä tapahtunut muutosta hoidonohjauksen aikana.

Kyselylomakkeeseen laadittiin saatekirje (LIITE 3). Saatekirjeessä kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä, sekä rohkaistiin vastaamaan kyselyyn. Saatekirjeessä ohjeistettiin, mihin mennessä kyselylomake tulisi palauttaa sekä kerrottiin, ettei osallistumisesta aiheudu vastaajalle postituskuluja. Kirjeessä kerrottiin myös, että tutkimukseen osallistutaan vapaaehtoisesti, täysin nimettömästi ja että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Lopuksi kiitettiin vielä vastaajia vaivannäöstä. Lisäksi saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, jos vastaajille tulisi aiheesta jotain kysyttävää. (Myös Hirsjärvi ym. 2009, 204.)

Lomakkeen esitestausta on tutkimuksissa välttämätöntä. Kyselylomakkeen esitestauksen avulla pystytään tarkastamaan lomakkeen selkeyttä ja tekemään korjailuja varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Myös tämän tutkimuksen kyselylomake esitestattiin. Esitestausta suoritettiin toukokuussa 2010. Esitestaustulosten yhteydessä toimitetussa saatekirjeessä (LIITE 4) oli ohjeet esitestaustulosten täyt-

tämisestä. Esitestaus suoritettiin kohdeorganisaatiossa ja esitestauslomakkeita toimitettiin kymmenen. Lomakkeista viisi palautui. Esitestauksen pohjalta kyselylomakkeeseen ei saatu paljoo parannusideoita, koska melkein kaikki esitestaukseen osallistuneet olivat täyttäneet kyselyn ilman kommentteja. Yhdessä esitestauslomakkeessa oli pistetty huomiointimerkki ylimääräisten vastausvaihtoehtojen kohdalle, joka auttoi opinnäytetyöntekijää muokkaamaan kyselyn ulkoasua ja vaikuttamaan lomakkeen selkeyteen. Esitestaukseen osallistuneiden vastauksia ei otettu huomioon aineiston analysoinnissa, koska kyselylomakkeen ulkoasu ja sisältö muuttuivat oleellisesti vielä esitestauksen jälkeen.

Esitestauksen jälkeen lomakkeen ulkoasua muutettiin ensinnäkin selkeämmäksi ja alkuun lisättiin ohjeistus, mitä ohjausta lomake koskee ja mitä termillä ”hoidonohjaus” tässä kyselyssä tarkoitetaan. Alussa avattiin myös termin ”omahoito” merkitystä tässä kyselyssä. Lomakkeen erillisistä osioista poistettiin yksittäiset ohjeet, koska koko kyselyä koskeva ohjeistus liitettiin alkuun ja näin säästettiin tilaa. Myös muita turhia ohjeistuksia poistettiin. Lomakkeen ulkonäön selkeyttämisessä käytettiin lihavoitua. Lomaketta selkeytettiin muotoilemalla kaikki kysymykset väittäviksi. Esitestauslomakkeessa oli sekä kysymyksiä että väittäviä sekaisin. Lopulliseen kyselylomakkeeseen jäi kysymysmuotoja ainoastaan avoimiin kohtiin.

Lomakkeen sisältöön vaikutti olennaisesti se, että tutkimuksen kohderyhmä vaihtui juuri sairastuneista tyypin 2 diabeteksen riskipotilaisiin. Muutoksia tehtiin tämän pohjalta jo esitestauslomakkeeseen, mutta muutoksia piti tehdä tästä syystä vielä esitestauksen jälkeenkin. Sisällön näkökulmaa muokattiin sairauden hoitamisesta sairauden ennaltaehkäisyyn. Lisäksi lomakkeeseen lisättiin väittäviä ohjauksessa käytettyistä menetelmistä ja niiden hyödyllisyydestä sekä ohjaajan asenteesta. Arviointiosuuteen lisättiin väittäviä hoidonohjauksen vaikuttavuudesta. Esitestauslomakkeessa taustatiedot olivat hyvin suppeat ja vastausvaihtoehdot muotoiltu huonosti. Taustatietojen vastausvaihtoehdot ja ulkoasu yhtenäistettiin muun lomakkeen kanssa ja tarkennettiin väittäviä päihteiden käytöstä ja lisättiin väittäviä vastaajien terveys-tiedoista. Kyselylomakkeesta poistettiin tilan säästämiseksi samaa asiaa kartoittavia väittäviä, joiden alkuperäisenä tarkoituksena oli mitata kyselylomakkeen luotettavuutta. Koska lomaketta piti tiivistää, poistettiin lomakkeesta kokonaan motivoitumista kartoittavat erilliset osa-alueet ja liitettiin osa näistä hoidonohjauksen arvioin-

tiin. Opinnäytetyöntekijä sai kehittämissideoita lomakkeeseen kohdeorganisaation hoitajilta erityisesti sanavalintojen kanssa.

## 5.2 Kohdejoukko ja aineistonkeruu

Tutkimuksessa pitää määritellä tutkittavan aineiston koko, koska kaikkia ei ole mahdollista tutkia. Sen vuoksi tutkijan on määriteltävä ensin perusjoukko ja valittava heistä edustava otos. Otanta voidaan tehdä eri tavoin. Tämän opinnäytetyön kohdejoukko rajattiin Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla deho-ohjauksessa käyviin asiakkaisiin. Rajausta tarkennettiin vielä siten, että kyselylomake jaetaan niille, jotka ovat käyneet ohjauksessa jo pidempään, jotta voitaisiin olettaa, että hoitopolussa määritellyt asiat on käyty heidän kanssa läpi. Rajausta ei voitu asettaa tarkkaan jonkin tietyn ohjauksen jälkeen, koska ohjauksessa edetään asiakkaiden kanssa vaihtelevalla nopeudella. Tästä ryhmästä otos muodostettiin satunnaisotannalla, eli kaikilla rajauksen jälkeen kohdejoukkoon kuuluvilla oli yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 179 – 180, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79.) Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 51 vastaajalle, joista kyselyn palautti 29.

Käytännöt vaihtelevat eri organisaatioissa, mutta yleensä tutkimuksille haetaan tutkimuslupa kohdeorganisaation ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 180). Tähän opinnäytetyöhön anottiin lupa (LIITE 5) sekä esitestaukseen että varsinaiseen aineistonkeruuseen. Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkäreiden ja hoitajien vastaanoton johtava ylilääkäri myönsi luvan esitestaamiseen ja varsinaisen tutkimuksen suorittamiseen huhtikuussa 2010 (LIITE 6).

Kysely toteutettiin osittain postikyselynä. Postikyselyn etuina nähdään sen nopeus ja vaivaton aineiston saanti. Tilanteissa, jossa kysely toimitetaan jonkin organisaation kautta, tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen kautta, vastausprosentti on todettu olevan tavanomaista korkeampi, kuin esimerkiksi silloin, kun kyselylomakkeet lähetetään suoraan vastaajien kotiin. (Myös Hirsjärvi ym. 2009, 196. )



Kyselylomakkeen esitetaus suoritettiin toukokuussa 2010. Varsinainen aineistonkeruu päästiin aloittamaan vasta syyskuussa 2010, koska kohdeorganisaatioissa oli kesälomien ajan dekho-ohjaukset tauolla. Koska aineistonkeruun aloittaminen venyi suunniteltua pidemmälle, tuli kohdeorganisaatiolta ehdotus, että kyselylomakkeita voitaisiin jakaa myös Lapin terveysasemalla, joka kuuluu myös Rauman sosiaali- ja terveysvirastoon. Lapin terveysasemalla on käytössä sama diabeteksen ehkäisyn hoitopolku.

Opinnäytetyöntekijä toimitti kyselylomakkeet kohdeorganisaatioon viikolla 35 henkilökohtaisesti. Lomakkeita toimitettiin yhteensä 100 kappaletta. Samalla kerrattiin vielä, ketkä ovat kohderyhmänä ja keille lomake jaetaan. Kohdeorganisaation osastonhoitajan kanssa sovittiin myös, että hoitajilta tulee ilmoitus opinnäytetyön tekijälle, kun viimeinen kyselylomake on jaettu eteenpäin. Osastonhoitaja toimitti kyselylomakkeet pääterveysasemalle (90 kappaletta) kolmelle dekho-hoitajalle sekä Lapin terveysasemalle (10 kappaletta). Kyselylomakkeet jaettiin dekho-hoitajien vastaanoton yhteydessä vastaajille, jotka postittivat lomakkeet takaisin opinnäytetyöntekijälle viikon sisällä lomakkeen saatuaan. Kyselylomakkeiden postimaksun opinnäytetyöntekijä oli maksanut jo etukäteen. Aineistonkeruu aloitettiin viikolla 35 ja sitä jatkettiin viikolle 49 asti.

### 5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksessa aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen on tutkimuksen pääasia. Analyysivaiheessa tutkija saa vastauksia esittämiinsä tutkimusongelmiin. Aineiston käsittely ja analysointi tulisi aloittaa heti aineistonkeruun jälkeen. Päätelmien tekoa edeltävät yleensä esityöt. Ensimmäisenä tutkimusaineistosta tarkistetaan tiedot. Aineistosta tarkistetaan mahdolliset virheellisuudet ja puutteet. Varsinkin postikyselyissä pitää päättää, täytyykö joitakin palautuneita lomakkeita hylätä. (Hirsjärvi ym. 2009, 221 – 223.) Tässä tutkimuksessa opinnäytetyöntekijä luki heti kaikki kyselylomakkeet palautumisjärjestyksessä ja tarkasti samalla niistä mahdollisia virheitä ja puutteita. Saadut vastaukset syötettiin Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmaan analysointia varten. Palautuneista kyselylomakkeista kaksi piti hylätä puutteellisten ja virheellisten vastauksien vuoksi.

Seuraavaksi esityöskentelyssä pohditaan tietojen täydentämistä. Tilastoaineistoa voidaan täydentää haastatteluin, jos se nähdään tarpeelliseksi. Aineistoa voidaan täydentää myös kyselylomakkeita karhuamalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeiden karhuaminen oli mahdotonta, koska tutkimuksen aikana ei kerätty tietoa siitä, keille kyselylomake jaettiin.

Tietojen täydentämisen jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallentamista ja analyysiä varten. Selittämiseen pyrkivissä tutkimuksissa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222, 224.) Tämän opinnäytetyön aineiston järjestämisessä käytettiin apuna Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmaa. Kyselylomakkeet numeroitiin ja käsiteltiin saapumisjärjestyksessä. Saadut numeeriset vastaukset syötettiin taulukkomuotoon Excelliin. Vastauksista laskettiin taulukkolaskentaohjelman avulla niiden lukumäärät ja prosentit. Tutkimustulokset esitettiin lukumäärinä ja prosentteina. Saatuja tuloksia havainnollistettiin taulukoiden ja kuvioiden avulla. Liitteessä 2 esitetään frekvenssit.

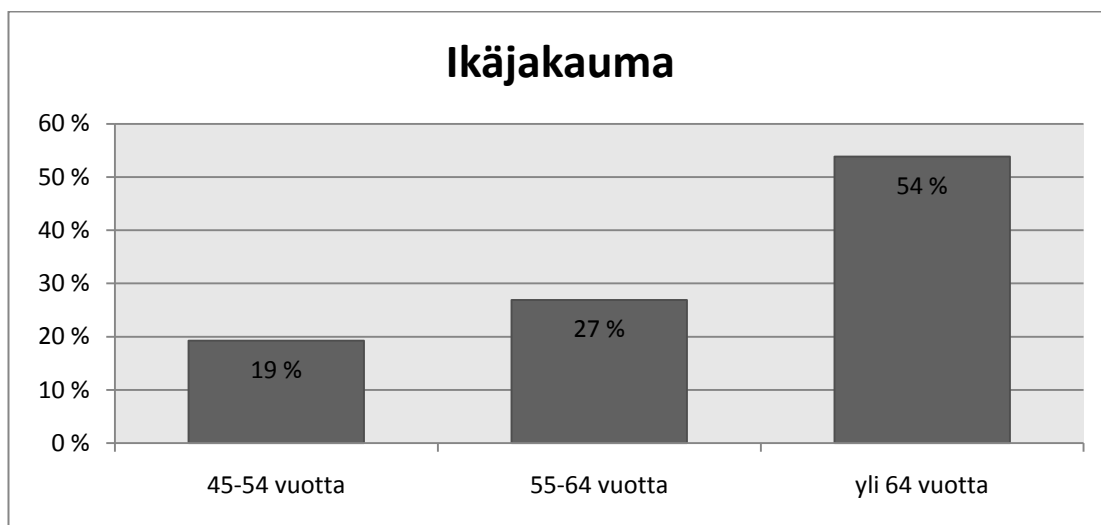
## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Rauman sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen lääkäreiden ja hoitajien vastaanoton kanssa. Tutkimuksen kohteena olivat tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat, jotka käyvät hoidonohjauksessa deho-hoitajan vastaanotolla. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla, joita toimitettiin kohdeorganisaatioon yhteensä 100 kappaletta. Lomakkeita jaettiin vastaajille 15 viikon ajan. Tänä aikana kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 51 kappaletta. Kyselylomakkeita palautui 29, joista kaksi jouduttiin hylkäämään virheellisten ja puutteellisten vastauksien vuoksi. Lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 53.

## 6.1 Taustatiedot

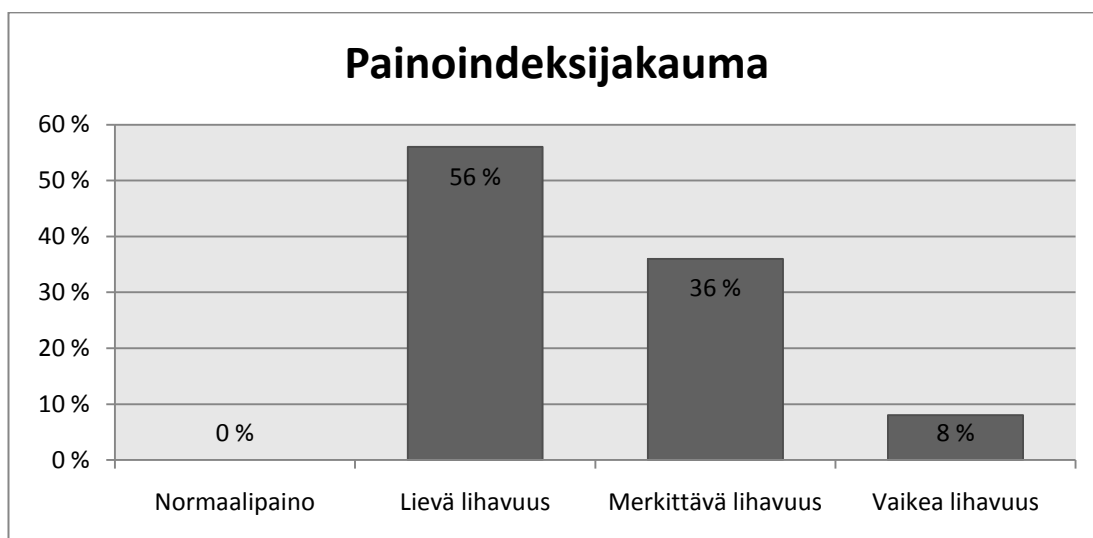
Tutkimuksen kohdejoukko muotoutui tyyppin 2 diabeteksen riskipotilaista. Vastaajilta kerättiin taustatietoja sukupuolesta, iästä, painoindeksistä, päihteiden käytöstä, sukurasitteesta sekä terveydentilasta. Vastaajista suurin osa (67 %) oli naisia. Vastaajista nuorin oli 47-vuotias ja vanhin 75-vuotias (kuvio 1). Keski-ikä oli 64 vuotta.

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=26).



Kaikki vastaajat olivat ylipainoisia. Suurin osa (56 %) kuului painoindeksin mukaan lievän lihavuuden piiriin. Vaikeasti lihavia oli painoindeksin perusteella kahdeksan prosenttia (kuvio 2).

Kuvio 2. Vastaajien painoindeksijakauma (n=25).



Valtaosa vastaajista (96 %) ilmoitti, ettei tupakoi ollenkaan. Heistä 15 prosenttia oli lopettanut tupakanpolton. Miehistä 11 prosenttia ilmoitti, ettei käytä alkoholia ollenkaan. Suurin osa (89 %) ilmoitti käyttävänsä viikossa alle 20 alkoholiannosta ja kaikki miehet ilmoittivat kertakäyttömääräkseen alle seitsemän annosta. Naisista yli puolet (57 %) ei käyttänyt alkoholia ollenkaan. Loput (43 %) ilmoittivat käyttävänsä viikossa alle 16 alkoholiannosta. Suurimmalla osalla (89 %) naisista kertakäytön määrä pysyi enintään viidessä annoksessa. Enemmän kuin viisi annosta alkoholia kerralla ilmoitti käyttävänsä naisista 11 prosenttia.

Vastaajista 74 prosentilla esiintyi suvussa tyypin 2 diabetekselle altistavia riskitekijöitä. Verenpaineen suhteen 70 prosenttia vastanneista ilmoitti, että se on alle 140/85. Heistä 17 prosenttia ilmoitti, että verenpaine on ollut koholla ennen hoidonohjausta. Yli puolella (63 %) oli käytössä säännöllinen verenpainelääkitys. Lääkitys oli aloitettu kahdeksalla prosentilla hoidonohjauksen aikana. Kohdejoukolta kartoitettiin myös kolesteroliarvoja ja siihen liittyvää lääkitystä. Yli puolet (57 %) ilmoitti, että kokonaiskolesteroli on alle viiden. Kolesteroli oli koholla 43 prosentilla. Säännöllisesti kolesterolilääkettä söi 64 prosenttia vastanneista. Sokeriarvojen suhteen yli puolet (56 %) vastanneista ilmoitti paastosokerin olevan alle kuusi. Vain muutamalla heistä (8 %) paastosokeri on ollut yli kuuden ennen hoidonohjausta. Pitkäaikaissokeri oli suurimmalla osalla (70 %) vastanneista alle 8.8. Heistä neljällä prosentilla pitkäaikaissokeri oli yli raja-arvon ennen hoidonohjausta. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien terveystietoja.

	Kyllä %	Ei %	Muutosta ohjauksen aikana %
Suvussa esiintyy tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä (n=23)	74	26	-
Verenpaine alle 140/85 (n=23)	70	30	17
Säännöllinen verenpainelääkitys (n=24)	63	38	8
Kokonaiskolesteroli alle 5 (n=23)	57	43	0
Säännöllinen kolesterolilääkitys (n=25)	64	36	0
Paastosokeri alle 6 (n=25)	56	44	8
Kahden tunnin sokeriarvo alle 8.8 (n=23)	70	30	4

## 6.2 Kokemukset hoidonohjauksen suunnittelusta

Kyselylomakkeella kartoitettiin vastaajien kokemuksia ohjauksen tarpeen arvioinnista ja hoidonohjauksen suunnittelusta. Vastaajilta kysyttiin muun muassa fyysisten tekijöiden ja elämäntapojen huomioimista suunnitteluvaiheessa. Suurin osa vastanneista (96 %) oli sitä mieltä, että hoidonohjaus suunniteltiin hyvin. Fyysisistä tekijöistä muun muassa pituus ja paino oli huomioitu suunnittelussa kaikkien kohdalla ja melkein kaikkien (96 %) kohdalla oli huomioitu myös vyötärönympäryys. Ruokailutottumukset oli otettu huomioon hoidonohjauksen suunnittelussa. Myös liikuntatottumukset huomioitiin melkein jokaisen (96 %) ohjauksen suunnitteluvaiheessa. Selkeimmin suunnittelussa on jäänyt huomioimatta asiat, joista ei olla valmiita luopumaan diabeteksen ehkäisyn vuoksi (44 %). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kokemukset hoidonohjauksen suunnittelusta.

Ohjauksen tarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa huomioitiin:	Kyllä %	Ei %
Pituus (n=26)	100	0
Paino (n=27)	100	0
Vyötärönympäryys (n=25)	96	4
Ikä (n=27)	96	4
Verenpaine (n=27)	96	4
Sokeriarvot (n=27)	100	0
Kolesteroli- ja rasva-arvot (n=25)	96	4
Ruokailutottumukset (n=27)	100	0
Liikuntatottumukset (n=27)	96	4
Alkoholin käyttö (n=23)	91	9
Tupakointi (n=23)	91	9
Sukurasite (n=26)	88	12
Asiat, joista en ole valmis luopumaan diabeteksen ehkäisyn vuoksi (n=25)	56	44

Vastaajilta kartoitettiin myös kuinka heidän oma käsityksensä elämäntapamuutoksen tarpeellisuudesta, motivaatio ja voimavarat huomioitiin ohjauksen suunnittelussa. Kaikki vastaajat kokivat, että suunnittelussa otettiin huomioon heidän käsityksensä elämäntapamuutoksen tarpeellisuudesta. Myös motivaatio diabeteksen ehkäisyyn huomioitiin kaikkien vastanneiden kohdalla. Voimavarat omahoidon toteuttamiseen huomioitiin 88 prosentin kohdalla. Melkein kaikki (92 %) kokivat, että hoidonohjauksen suunnittelussa huomioitiin myös heidän odotuksensa hoidonohjaukselta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kokemukset hoidonohjauksen suunnittelusta.

Ohjauksen tarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa huomioitiin:	Kyllä %	Ei %
Oma käsitys elämäntapamuutoksen tarpeesta (n=27)	100	0
Halu muuttaa elämäntapoja (n=26)	92	8
Oma motivaatio diabeteksen ehkäisyyn (n=26)	100	0
Omat voimavarat omahoidon toteuttamiseen (n=25)	88	12
Omat tiedot diabeteksestä (n=25)	80	20
Omat odotukset hoidonohjaukselta (n=25)	92	8

Tutkimuksessa kysyttiin vastaajien kokemuksia siitä, kuinka hoidonohjauksen tarpeen arvioinnissa onnistuttiin. Vastaajilta kartoitettiin myös ohjauksen tarpeen arvioinnin ja hoidonohjauksen suunnittelun tärkeyttä sekä omaa osallistumista suunnitteluun. Valtaosa (96 %) koki, että hoidonohjauksen tarve arvioitiin hyvin ja kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että oma ja hoitajan käsitys hoidonohjauksen tarpeesta vastasivat toisiaan. Kaikki vastanneet kokivat ohjauksen tarpeen arvioinnin tärkeäksi. Vastanneista 73 prosenttia koki itse osallistuneensa hoidonohjauksen suunnitteluun. Hoidonohjauksen suunnittelun koki kiinnostavaksi 83 prosenttia ja tärkeäksi 96 prosenttia vastanneista. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kokemukset hoidonohjauksen suunnittelusta.

	Kyllä %	Ei %
Hoidonohjauksen tarve arvioitiin mielestäni hyvin (n=25)	96	4
Oma ja hoitajan käsitys hoidonohjauksen tarpeesta vastasivat toisiaan (n=25)	100	0
Ohjauksen tarpeen arviointi on tärkeää (n=23)	100	0
Osallistuin itse hoidonohjauksen suunnitteluun (n=22)	73	27
Hoidonohjauksen suunnittelu kiinnosti minua (n=24)	83	17
Hoidonohjauksen suunnittelu on tärkeää (n=24)	96	4

Tavoitteenasettelu sisältyy hoidonohjauksen suunnitteluun. Vastaajilta kysyttiin kokemuksia tavoitteiden asettamisesta. Suurin osa (88 %) koki, että hoidolle asetettiin tavoitteita. Valtaosa (83 %) koki tavoitteet itsensä asettamiksi. Lähes kaikki (95 %) kokivat, että tavoitteet olivat tai ovat mahdollisia saavuttaa. Kaikki kokivat tavoitteiden asettelun tärkeäksi. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Kokemukset tavoitteiden asettelusta.

	Kyllä %	Ei %
Asetin itse omahoidolle tavoitteita (n=23)	83	17
Tavoitteet olivat enemmän ohjaajan asettamia (n=21)	52	48
Asetetut tavoitteet ovat/olivat mahdollisia saavuttaa (n=22)	95	5
Tavoitteiden asettelu on mielestäni tärkeää (n=21)	100	0

Tavoitteiden asettelusta kartoitettiin vielä tarkemmin, mille niitä asetettiin. Kaikki olivat asettaneet tavoitteita sokeriarvoille. Seuraavaksi eniten tavoitteita asetettiin ruuan laadulle ja määrälle (96 %) sekä liikunnan lisäämiselle (96 %). Vähiten tavoitteita asetettiin päihteidenkäytön vähentämiseksi. Vastaajista 32 prosentilla asetettiin tavoitteita alkoholinkäytön vähentämiseksi ja 29 prosentilla tupakoinnin vähentämiseksi tai lopettamiseksi. Alle puolet (45 %) oli laatinut tavoitteet kirjallisena. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kokemukset tavoitteiden asettelusta.

	Kyllä	Ei
Hoidon tavoitteita asetettiin:	%	%
Laihduttamiselle (n=21)	90	10
Verenpainearvoille (n=21)	71	29
Sokeriarvoille (n=23)	100	0
Kolesteroli- ja rasva-arvoille (n=23)	83	17
Ruokailuväleille (n=23)	78	22
Ruuan laadulle ja määrälle (n=24)	96	4
Liikunnan lisäämiselle (n=23)	96	4
Alkoholin käytön vähentämiseksi (n=22)	32	68
Tupakoinnin vähentämiseksi/lopettamiseksi (n=21)	29	71
Terveystilan paranemiseksi (n=21)	76	24
Elämänlaadun paranemiseksi (n=21)	90	10
Lyhyelle aikavälille (n=21)	86	14
Pitkälle aikavälille (n=20)	95	5
Diabetestietoudelle (n=22)	86	14
Diabeteksen ehkäisytaidoille (n=25)	84	16
Omahoidon motivaatiolle (n=22)	91	9
Tavoitteet laadittiin kirjallisena (n=22)	45	55



### 6.3 Kokemukset hoidonohjauksen toteutuksesta

Kohdejoukon kokemuksia hoidonohjauksen toteutuksesta selvitettiin ohjauksessa käsiteltyjen asioiden, ohjausmateriaalien käytön, lisätiedon tarpeen, muutosvaihemallin huomioimisen sekä ohjaajan asenteen avulla. Lisäksi kartoitettiin tyytyväisyyttä ohjauksen sisältöön sekä tyytyväisyyttä yleensä ohjaukseen. Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen sisältöön. Melkein kaikki (96 %) kokivat, että ohjauksessa käsiteltiin painon merkitystä diabeteksen ehkäisyssä ja myös melkein kaikki (92 %) kokivat, että ohjauksessa käsiteltiin painonhallinnan keinoja. Kaikki vastanneet kokivat, että ohjauksessa käsiteltiin sopivaa ruokavaliota, ruuan laatua ja määrää sekä käytettävän rasvan laadun merkitystä. Yli puolet (65 %) ilmoitti, että ohjauksessa käsiteltiin alkoholin ja tupakoinnin merkitystä diabetekselle ja sen ehkäisyyn. Liikunnan suhteen moni (96 %) koki, että ohjauksessa käsiteltiin liikunnan merkitystä sairauden ehkäisyssä. Vastanneista 79 prosenttia koki, että ohjauksessa käsiteltiin vaihtoehtoisia liikuntamuotoja sekä 75 prosenttia koki, että ohjauksessa käsiteltiin itselle sopivia liikuntamuotoja. Melkein kaikki (92 %) vastanneet kokivat käsitelleensä ohjauksessa riittävää liikunnan määrää. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Kokemukset hoidonohjauksessa käsitellyistä asioista.

Hoidonohjauksessa käsitellään/käsiteltiin:	Kyllä %	Ei %
Painon merkitystä diabeteksen ehkäisyssä (n=27)	96	4
Painonhallinnan keinoja (n=26)	92	8
Sopivaa ruokavaliota (n=27)	100	0
Ruuan laatua ja määrää (n=27)	100	0
Käytettävän rasvan laadun merkitystä (n=27)	100	0
Nopeita hiilihydraatteja (n=24)	83	17
Hitaita hiilihydraatteja (n=25)	80	20
Herkuttelua (n=26)	85	15
Liikunnan merkitystä sairauden ehkäisyssä (n=27)	96	4
Vaihtoehtoisia liikuntamuotoja (n=24)	79	21
Minulle sopivia liikuntamuotoja (n=24)	75	25
Riittävää liikunnan määrää (n=26)	92	8
Alkoholin merkitystä sairauteen ja ehkäisyyn (n=23)	65	35
Tupakoinnin merkitystä sairauteen ja sen ehkäisyyn (n=23)	65	35

Omaseurannasta ohjauksessa käsiteltiin verensokerin seurantaan lähes kaikkien (96 %) ja verenpaineen seurantaan 93 prosentin kanssa. Painon seurantaan käsiteltiin 96 prosentin kanssa vastanneista. Tutkimukseen osallistuneista 83 prosenttia koki, että ohjauksessa käsiteltiin mittaustulosten hyödyntämistä omahoidossa. Yli puolet (67 %) vastanneista koki, että ohjauksessa käsiteltiin sairaudesta johtuvia oireita ja niiden seurantaan. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Kokemukset hoidonohjauksessa käsitellyistä omaseurantaan liittyvistä asioista.

	Kyllä	Ei
Hoidonohjauksessa käsitellään/käsiteltiin:	%	%
Verensokerin seuraamista (n=26)	96	4
Verenpaineen seuraamista (n=27)	93	7
Painon seuranta (n=26)	96	4
Mittaustulosten hyödyntämistä omahoidossa (n=23)	83	17
Sairaudesta johtuvia oireita ja niiden seuranta (n=24)	67	33

Tutkimuksessa selvitettiin, käytettiinkö ohjauksessa erilaisia ohjausmateriaaleja. Kyselyyn vastanneista 72 prosenttia koki, että ohjauksessa käytettiin erilaisia ohjausmateriaaleja. Tutkimuksessa kartoitettiin myös, mistä ohjausmateriaalista koettiin olevan hyötyä. Kaikki vastanneet kokivat suullisen ohjaamisen hyödylliseksi. Vastanneista yli puolet (57 %) koki saavansa suullisesta ohjauksesta eniten hyötyä. Kirjallisen ohjausmateriaalin kokivat myös kaikki vastanneet hyödylliseksi ja 27 prosenttia koki sen olevan hyödyllisintä. Vastanneista 60 prosenttia koki internetistä saatavan materiaalin hyödyttömäksi. Vastanneista kaikki kokivat ohjauksen ja materiaalit selkeiksi. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Käytettyjen ohjausmateriaalien hyödyllisyys.

Hyötyä oli:	Kyllä	Ei	Eniten hyötyä
	%	%	%
Suullisesta ohjauksesta (n=21)	100	0	57
Kirjallisesta ohjausmateriaalista (n=15)	100	0	27
Internetistä saatavasta materiaalista (n=5)	40	60	20

Vastaajilta kysyttiin, mistä ohjauksen sisältöalueista he haluaisivat saada enemmän tietoa. Eniten lisää tietoa haluttaisiin mittaustulosten hyödyntämisestä omahoidossa (79 %). Ravitsemukseen liittyvistä asioista 68 prosenttia vastanneista haluaisi saada lisää tietoa ja yli puolet (62 %) haluaisi lisää tietoa myös painon seurannasta. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Hoidonohjauksessa käyneiden lisätiedon tarve.

Haluaisin enemmän tietoa:	Kyllä %	Ei %
painonhallintaan liittyvistä asioista(n=22)	55	45
ravitsemukseen liittyvistä asioista(n=22)	68	32
liikuntaan liittyvistä asioista(n=21)	52	48
tupakkaan liittyvistä asioista(n=22)	18	82
verensokerin mittaamisesta(n=22)	50	50
verenpaineen mittaamisesta(n=21)	38	62
painon seurannasta(n=21)	62	38
mittaustulosten hyödyntämisestä omahoidossa(n=19)	79	21

Kyselylomakkeessa selvitettiin muutosvaihemallia ja sen huomiointia ohjauksessa. Lomakkeella kartoitettiin muun muassa omien elämäntapojen, ongelmien ja muutostarpeiden tiedostamista, muutoksesta koituvien etujen ja haittojen pohtimista sekä muutosta edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä, jotka kuuluvat muutosvaihemallin harkintavaiheeseen. Suurin osa (88 %) oli pohtinut ohjauksessa omaa terveydentilaansa ja moni (88 %) oli ohjauksen avulla huomannut elämäntavoissaan muutostarpeita. Muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä oli pohdittu 78 prosentin kanssa. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Harkintavaihe hoidonohjauksessa.

Hoidonohjauksessa:	Kyllä %	Ei %
Pohdin omaa senhetkistä terveydentilaani (n=24)	88	12
Huomasin itselläni elämäntavoista johtuvia terveysongelmia (n=24)	63	38
Ohjaus auttoi minua näkemään muutostarpeita elintavoissani (n=25)	88	12
Pohdimme muutosta estäviä/edistäviä tekijöitä (n=23)	78	22

Muutosvaihemallin valmiusvaihetta kartoitettiin muutoksen tarpeellisuudella, keinojen ja oman pystyvyyden tunteen avulla. Kaikki ohjattavat olivat ymmärtäneet, että elämäntapamuutoksella on positiivinen vaikutus terveyteen ja että pystyvät itse vaikuttamaan omaan terveyteensä. Melkein kaikki olivat pohtineet ohjauksessa muutoksesta koituvia hyötyjä (92 %) sekä konkreettisia keinoja sairauden ehkäisemiseksi (96 %). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Valmiusvaihe hoidonohjauksessa.

Hoidonohjauksessa:	Kyllä %	Ei %
Pohdimme muutoksesta koituvia hyötyjä (n=24)	92	8
Ymmärsin, että pienellä elämäntapamuutoksella on positiivinen vaikutus terveyteeni (n=25)	100	0
Minulle syntyi tunne, että pystyn vaikuttamaan omaan terveyteeni (n=24)	100	0
Mietimme yhdessä konkreettisia muutoksia, joita voisin tehdä tyypin 2 diabeteksen puhkeamisen ehkäisemiseksi	96	4

Lisäksi kartoitettiin asioita, jotka ovat ominaisia muutosvaihemallin kaikissa vaiheissa. Kaikki vastanneet kokivat saaneensa ilmaista ohjauksessa oman mielipiteensä ja saaneensa kannustusta omahoitoon. Melkein kaikki (96 %) kokivat myös saaneensa tukea omiin päätöksiinsä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Muutosvaihemalli hoidonohjauksessa.

Hoidonohjauksessa:	Kyllä %	Ei %
Muutoksissa otettiin huomioon omat voimavarani (n=23)	83	17
Repsahdus nähtiin elämäntapamuutokseen kuuluvana vaiheena, josta voi oppia (n=22)	82	18
Saan/sain ilmaista oman mielipiteeni (n=24)	100	0
Saan/sain kannustusta omahoitoon (n=24)	100	0
Saan/sain tukea tekemiini päätöksiin (n=24)	96	4

Kyselylomakkeen avulla selvitettiin vielä hoidonohjauksen toteutusta käsittelevässä osiossa kokemuksia ohjaajan asenteesta. Kaikki vastanneista olivat sitä mieltä, että ohjaajan asenteella on merkitystä ohjauksen onnistumisen kannalta. Kaikkien vastaajien mielestä oma ohjaaja oli innostava, positiivinen ja tietoa antava. Lomakkeessa kartoitettiin myös vastaajien tyytyväisyyttä saamaansa hoidonohjaukseen. Kaikki vastanneet olivat siihen tyytyväisiä.

#### 6.4 Kokemukset hoidonohjauksen arvioinnista

Kyselylomakkeen seuraavassa osiossa kartoitettiin kohdejoukon kokemuksia hoidonohjauksen arvioinnista. Arvioinnista kartoitettiin ensinnäkin, minkä perusteella arviointia suoritettiin, arvioinnin sisältöä ja sen vaikutusta sekä mikä vastaajien mielestä arvioinnissa on tärkeää. Lopuksi kartoitettiin vielä hoidonohjauksen vaikuttavuutta, joka kuvastaa myös muutosvaihemallin ylläpitovaihetta.

Hoidonohjausta arvioitiin suurimmaksi osaksi omahoidon onnistumisen perusteella (89 %), tavoitteiden saavuttamisen perusteella (89 %) sekä nykyisen elämänlaadun perusteella (94 %). Ohjausta arvioitiin paljon myös nykyisten elämäntapojen (88 %) sekä muutoksen vaikutuksen (89 %) perusteella. Omahoidon epäonnistumisten perusteella arviointia toteutettiin 38 prosentin kanssa. Yli puolet (73 %) vastanneista koki, että hoidonohjausta arvioitiin jokaisella ohjauksella. Vastanneista 75 prosenttia koki, että arviointia tehtiin viimeisellä kerralla. Vastaajista 63 prosenttia ilmoitti, että hoidonohjaus jäi arvioimatta. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Kokemukset hoidonohjauksen arvioinnista.

Hoidonohjausta arvioitiin:	Kyllä %	Ei %
Omahoidon onnistumisen perusteella (n=19)	89	11
Omahoidon epäonnistumisen perusteella (n=16)	38	63
Tavoitteiden saavuttamisen perusteella (n=18)	89	11
Nykyisten elintapojen perusteella (n=16)	88	13
Nykyisen elämänlaadun perusteella (n=18)	94	6
Muutoksen vaikutuksen perusteella (n=18)	89	11
Hoitotyytyväisyyden perusteella (n=17)	76	24
Jokaisella ohjauksella (n=15)	73	27
Viimeisellä ohjauksella (n=12)	75	25
Hoidonohjaus jäi arvioimatta (n=16)	63	38

Kaikki vastaajat kokivat saaneensa arvioinnissa positiivista palautetta omahoidon onnistumisesta. Epäonnistumisista keskusteltiin alle puolen (43 %) kanssa. Omahoidon onnistumiseen/epäonnistumiseen johtaneista syistä keskusteltiin 59 prosentin kanssa. Vastaajista 63 prosenttia koki, että sai myös itse antaa hoidonohjauksesta palautetta. Vastaajista 88 prosenttia oli sitä mieltä, että hoidonohjausta ja omahoitoa arvioitiin riittävästi. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Kokemukset hoidonohjauksen arvioinnista.

Arvioinnissa:	Kyllä %	Ei %
Sain positiivista palautetta omahoidon onnistumisesta (n=11)	100	0
Keskustelimme mahdollisista omahoidossa epäonnistumisista (n=7)	43	57
Keskustelimme omahoidon onnistumiseen/epäonnistumiseen vaikuttaneista syistä (n=9)	56	44
Sain itse antaa palautetta hoidonohjauksesta (n=8)	63	38
Hoidonohjausta arvioitiin riittävästi (n=8)	88	13
Omahoitoa arvioitiin riittävästi (n=8)	88	13

Kyselylomakkeella kartoitettiin myös arvioinnin vaikutusta. Kaikki vastanneet kokivat, että positiivinen palaute omahoidon onnistumisesta motivoi jatkamaan elämäntapamuutosta. Omahoidon onnistumisien/epäonnistumisien läpikäynti auttoi kaikkia vastaajia näkemään asioita, joita piti muuttaa omahoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Omahoidon onnistumisien/epäonnistumisien pohtiminen motivoi kaikkia jatkamaan omahoitoa.

Kyselylomakkeella kartoitettiin vastaajien kokemuksia siitä, mikä heidän mielestään on tärkeää hoidonohjauksen arvioinnissa. Tärkeimmiksi koettiin onnistumisien arviointi, tavoitteiden saavuttamisen arviointi, nykyisten elämäntapojen arviointi, nykyisen elämänlaadun arviointi sekä hoitotyytyväisyyden arviointi. Myös elämäntapamuutoksen vaikutusten arviointi koettiin tärkeäksi. Epäonnistumisien arviointi koettiin vähiten tärkeäksi. (Taulukko 16.)



Taulukko 16. Kokemukset tärkeistä hoidonohjauksessa arvioitavista asioista.

Arvioinnissa on mielestäni tärkeää:	Kyllä %	Kyllä %
Onnistumisien arviointi (n=12)	100	0
Epäonnistumisien arviointi (n=10)	80	20
Tavoitteiden saavuttamisen arviointi (n=12)	100	0
Nykyisten elintapojen arviointi (n=13)	100	0
Nykyisen elämänlaadun arviointi (n=11)	100	0
Hoitotyytyväisyyden arviointi (n=12)	100	0
Elämäntapamuutoksen vaikutusten arviointi (n=12)	92	8

Lopuksi arviointia käsittelevässä osiossa kartoitettiin hoidonohjauksen vaikuttavuutta sekä mielipidettä ohjauksen tärkeydestä elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä. Suurin osa (88 %) vastanneista koki saaneensa tehtyä positiivisia muutoksia elämäntapoihin hoidonohjauksen avulla. Kaikki riskipotilaat kokivat, että ohjaus on tärkeää elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä. Eniten hoidonohjauksen koettiin auttaneen tekemään muutoksia ravitsemuksen suhteen (96 %). Hoidonohjaus oli auttanut 88 prosenttia vastanneista tekemään muutoksia myös painonhallinnan ja liikunnan suhteen. Alkoholinkäytön suhteen hoidonohjaus oli auttanut tekemään muutoksia 38 prosentilla ja tupakoinnin suhteen 25 prosentilla vastanneista. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Kokemukset hoidonohjauksen vaikuttavuudesta.

Hoidonohjaus auttoi minua muuttamaan elämäntapojani:	Kyllä %	Ei %
Painonhallinnan suhteen (n=24)	88	13
Liikunnan suhteen (n=25)	88	12
Ravitsemuksen suhteen (n=26)	96	4
Alkoholinkäytön suhteen (n=16)	38	63
Tupakoinnin suhteen (n=16)	25	75

## 7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevän hoidonohjauksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Tutkimuksen tavoitteena oli saada sellaista tietoa, jolla voitaisiin tarvittaessa kehittää tyypin 2 diabetekseen liittyvää hoidonohjausta entistäkin paremmaksi Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla.

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla tyypin 2 diabeteksen riskipotilailla ilmeni taustatietojen perusteella diabeteksen riskitekijöitä. Selkeimmin osallistuneiden riskipisteitä on varmasti nostanut ylipainoisuus, sillä kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat ylipainoisia. Valtaosa (56 %) kuului kuitenkin painoindexin mukaan lievän lihavuuden piiriin. Vain muutamalla (8 %) oli kyseessä vaikea lihavuus. Myös ikä on todennäköisesti ollut yksi suurimmista riskipistetekijöistä. Suurin osa vastanneista (54 %) oli yli 64-vuotiaita. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomakkeessa yli 64-vuotiaalle tulee pelkämästä iästä jo 4 riskipistettä. Metabolisen oireyhtymän osatekijöitä ilmeni taustatiedoista myös muita kuin pelkäämään lihavuutta. Yli puolella (63 %) oli käytössään säännöllinen verenpainelääkitys ja yhtä monella (64 %) oli käytössä myös säännöllinen kolesterolilääkitys. Myös sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä oli osalla todettavissa. Paastosokeri oli koholla vajaalla puolella (44 %) vastanneista ja kahden tunnin sokeri-arvo 30 prosentilla vastaajista.

Tämän tutkimuksen ensimmäisenä tutkimusongelmana oli, miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet hoidonohjauksen suunnittelun. Kyselylomakkeessa hoidonohjauksen suunnittelu oli jaettu hoidonohjauksen tarpeen arviointiin ja suunnittelussa huomioituihin asioihin sekä tavoitteiden asetteluun. Saatujen tutkimustulosten mukaan hoidonohjaus suunniteltiin hyvin. Valtaosa vastanneista koki, että oli itse osallistunut hoidonohjauksen suunnitteluun. Tulosten mukaan myös hoidonohjauksen tarve arviointiin hyvin. Kaikkien mielestä oma ja ohjaajan käsitys ohjauksen tarpeesta vastasivat hyvin toisiaan. Hoidonohjauksen tarpeen arviointi koettiin tärke-

äksi. Kuten aikaisemmin on jo todettu, ohjaustarpeen arvioinnilla huomioidaan asiakkaan yksilöllisyys ohjausta suunniteltaessa (Kyngäs ym. 2007, 28).

Suunnitteluvaiheessa oli otettu laajasti yksilöllisiä lähtökohtia huomioon. Esimerkiksi fyysisistä tekijöistä pituus ja paino oli otettu kaikkien kohdalla huomioon. Myös vyötärön ympäryys oli huomioitu suurimmalla osalla. On hyvä, että ohjauksessa käyneet kokivat, että suunnitteluvaiheessa otettiin paljon yksilöllisiä lähtökohtia huomioon. Vain asiakkaan tilanteen selvittämisen avulla saadaan hoidonohjaus vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. (Myös Kyngäs ym. 2007, 27.) Hoidonohjauksen yksilöllisyyteen vaikuttaa myös sen huomiointi, millaisia mahdollisuuksia asiakkaalla on sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan (Kyngäs ym. 2007, 27). Tutkimustulosten mukaan ohjauksen suunnittelussa huomioitiin asiakkaan motivaatio, voimavarat ja halu muuttaa omia elämäntapojaan. Näiden asioiden huomiointi säästää myös terveydenhuollon ohjausresursseja, kun hoidonohjaus suunnataan niille, jotka ovat halukkaita ja motivoituneita muuttamaan elämäntapojaan (myös Mustajoki 2003, 4237). Selkeimmin huomiotta hoidonohjauksen suunnittelussa olivat jääneet asiat, joista asiakas ei ollut valmis luopumaan diabeteksen ehkäisemisen vuoksi. Varsinkin ruokavaliomuutoksien yhteydessä asiakkaan olisi hyvä miettiä, mistä ei ole valmis luopumaan. Liian montaa muutosta ei kannata lähteä tekemään kerralla. Muutoksissa tulee edetä pikkuhiljaa ja vasta kun muutos on vakiintunut pysyväksi elämäntavaksi, kannattaa ottaa haasteeksi uusi muutoskohde. Liian monen asian yhtäaikainen muuttaminen saattaa johtaa turhautumiseen ja voimavarojen loppumiseen, jotka edesauttavat elämäntapamuutoksissa repsahtamista. Tutkimustulosten perusteella hoidonohjauksen suunnittelu koettiin kiinnostavaksi ja tärkeäksi.

Aallon ja Kangasojan tutkimustulosten mukaan hoidonohjaukseen kaivattaisiin lisää muun muassa yksilöllisyyttä (Aalto & Kangasoja 2010, tiivistelmä). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset poikkeavat Aallon ja Kangasojan tutkimustuloksista. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella asiakkaiden yksilöllisyys oli huomioitu hyvin hoidonohjauksen suunnittelussa. Ainut, mihin voitaisiin kiinnittää jatkossa enemmän huomiota hoidonohjausta suunniteltaessa, ovat ne asiat, joista asiakas ei ole valmis luopumaan tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn vuoksi. Jos asiakkaalla on jokin asia, joka tuottaa hänelle suurta nautintoa ja josta hän ei halua luopua, olisi tällöin hyvä korostaa muutoksia muilla elämisen alueilla. Voi olla, että tulevaisuudessa myös tämä asia

halutaan muuttaa. Muutosten tekoa tulevaisuudessa tukee, jos asiasta ei ole aikaisemmin negatiivisia muutuskokeiluja, joita todennäköisesti syntyisi jos muutoksen tekoon ryhdyttäisiin ilman omaa kiinnostusta. Ohjaajan on tällöin hyväksyttävä se, että asiakas tekee päätöksiä, jotka ovat hänen mielipiteiden vastaisia. (Myös Kyngäs ym. 2007, 33.)

Hoidonohjauksen suunnitteluvaiheeseen sisältyy myös tavoitteiden asettaminen. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa koki, että suunnitteluvaiheessa hoidolle asetettiin tavoitteita. Tavoitteita asetettiin sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Ohjauksessa käyneet kokivat tavoitteet itse asetetuiksi. Tavoitteenasettelusta voidaan tulosten perusteella havaita kuitenkin ristiriitaisuutta, koska saamaa asiaa kartoitettiin väittämällä, että tavoitteet olivat enemmän hoitajan asettamia, johon yli puolet vastanneista vastasi myös myöntävästi. Tämän perusteella vastaajat olivat vastanneet myöntävästi siihen, että kokivat asettaneensa tavoitteet itse, mutta myös siihen, että kokivat hoitajan asettaneen enemmän hoidolle tavoitteita. Kyseessä saattaa olla huolimattomuusvirhe vastattaessa tai sitten vastanneet kokivat, että molemmat osapuolet asettivat hoidolle tavoitteita, eivätkä osanneet erotella asiaa. Melkein kaikkien mielestä tavoitteiden saavuttaminen oli mahdollista. Kaikki vastanneet kokivat tavoitteenasettelun tärkeäksi. Tavoitteiden asettelu on ollut ohjauksessa hyvin runsasta. Alle puolet oli laatinut tavoitteet kirjallisena. Ohjauksen vaikuttavuutta voitaisiin parantaa sillä, että konkreettiset tavoitteet kirjattaisiin myös asiakkaalle itselle. Ohjauksessa tulee kerralla paljon asiaa ja kirjalliset tavoitteet auttaisivat varmasti muistamaan käsiteltyjä asioita paremmin. Kirjalliset tavoitteet myös muistuttaisivat asiakasta siitä, mihin hän on elämäntapamuutoksilla pyrkimässä.

Alahuhdan ym. (2010) tutkimustulosten mukaan tavoitteellisuus on tärkeää. Tutkimukseen osallistujien elämäntapamuutokseen liittyviä tavoitteita asetettiin painolle sekä syömis- ja liikuntakäyttäytymiselle. Tavoitteet liittyivät myös vaatteisiin. Painoon liittyvät tavoitteet olivat selkeitä, mutta liikuntaan ja syömiskäyttäytymiseen liittyvät tavoitteet olisivat voineet olla konkreettisempia. Tulosten perusteella osallistujien tavoitteenasettelu olisi voinut olla vieläkin runsaampaa. (Alahuhta ym. 2010, 4,7.) Tämän tutkimuksen tulokset ovat osittain samansuuntaisia Alahuhdan ym. (2010) tutkimustuloksien kanssa. Myös tässä tutkimuksessa tavoitteiden asettelu koettiin tärkeäksi. Tavoitteita asetettiin samoille asioille, kuin Alahuhdan ym. (2010)

tutkimuksen perusteella. Tämän tutkimustulosten perusteella ei voida kuitenkaan päätellä, kuinka konkreettisia asetetut tavoitteet olivat.

Toisena tutkimusongelmana oli, miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet hoidonohjauksen toteutuksen. Hoidonohjauksen toteutusta käsittelevä osio oli kyselylomakkeessa jaettu ohjauksessa käsiteltäviin asioihin, ohjausmateriaaleihin, lisätiedon tarpeeseen sekä muutosvaihemallin kartoittamiseen. Lisäksi kartoitettiin ohjaajan asennetta hoidonohjauksessa. Hoidonohjauksen toteutuksen osalta saadut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia Aallon ja Kangasojan tekemän tutkimuksen kanssa, jonka tulosten perusteella ohjausta koettiin saadun hyvin ruokavalion suhteen sekä sairauden ja sen hoidon suhteen (Aalto & Kangasoja 2009). Kuten myös tässä tutkimuksessa kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä saamaansa ohjauksen sisältöön. Suurin osa vastanneista koki, että hoidonohjauksessa käsiteltiin kaikkia diabeteksen ehkäisyyn liittyviä osa-alueita. Painonhallinnan suhteen käsiteltiin lähes kaikkien kanssa painon merkitystä sairauteen ja sen ehkäisyyn sekä painonhallinnan keinoja. Saadut tulokset ovat yhdenmukaisia myös Haikolan ja Karppisen opinnäytetyön tulosten kanssa, joiden mukaan suurin osa (79 %) koki painonhallintaan liittyvän ohjauksen vähintäänkin hyväksi. Painonhallintaan liittyvä ohjaus oli tutkimuksen mukaan yksi laadukkaimmista ohjauksen sisältöalueista. (Haikola & Karppinen 2009, 55.)

Tutkimustulosten perusteella vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa ruokavalio-ohjaukseen. Ohjauksessa käsiteltiin sopivaa ruokavaliota, ruuan laatua ja määrää sekä käytettävän rasvan laadun merkitystä. Suurin osa vastanneista koki, että ohjauksessa käsiteltiin nopeita hiilihydraatteja, hitaita hiilihydraatteja sekä herkuttelua. Myös ruokavaliota koskevat tulokset ovat yhdenmukaisia Haikolan ja Karppisen tutkimustulosten kanssa, jossa 20 prosenttia vastanneista koki ravitsemukseen liittyvän ohjauksen erittäin hyväksi, 65 prosenttia koki ohjauksen hyväksi ja 8 prosenttia tyydyttäväksi. Ravitsemukseen liittyvä ohjaus koettiin tutkimuksen mukaan hyvin laadukkaaksi. (Haikola & Karppinen 2009, 55.)

Kyselyyn vastanneet olivat tyytyväisiä myös saamaansa liikuntaan liittyvään ohjaukseen. Lähes kaikki kokivat, että ohjauksessa käsiteltiin liikunnan merkitystä diabetekseen ja sen ehkäisyyn. Lähes jokaisen kanssa käsiteltiin sopivaa liikunnan määrää. Vaihtoehtoisia liikuntamuotoja ja itselle sopivia liikuntamuotoja koettiin käsiteltävän

hieman vähemmän. Liikuntaa ja siihen liittyvää ohjausta kartoittavat tutkimustulokset ovat linjassa Haikolan ja Karppisen tutkimustulosten kanssa. Tulosten mukaan vastaajista 15 prosenttia koki liikuntaan liittyvän ohjauksen erittäin hyväksi, 64 prosenttia koki ohjauksen hyväksi ja seitsemän prosenttia tyydyttäväksi. Liikuntaan liittyvä ohjaus koettiin tutkimuksen mukaan laadukkaaksi. (Haikola & Karppinen 2009, 55).

Aallon ja Kangasojan tekemän tutkimuksen mukaan liikunnan ohjauksessa koettiin olevan puutteita. Heidän tutkimuksensa mukaan vain 26 prosenttia oli sitä mieltä, että ovat saaneet ohjausta liikuntaan liittyvistä asioista. Aallon ja Kangasojan tutkimuksen mukaan vähiten koettiin saavan ohjausta sopivan liikuntamuodon löytämisestä. Vain 35 prosenttia oli ohjattu sopivan liikuntamuodon pariin. (Aalto & Kangasoja 2010, 28 – 29.) Tässä tutkimuksessa saatu tulos poikkeaa hieman Aallon ja Kangasojan tutkimustuloksesta. Kuitenkin yli puolet (75 %) koki, että itselle sopivia liikuntamuotoja pohdittiin ohjauksessa. Aallon ja Kangasojan tutkimuksen kohteena olivat raskausdiabeetikot ja raskauden aikana sopivan liikuntamuodon löytäminen voi olla muutenkin hankalaa, joten tämä on saattanut vaikuttaa tuloserään. Tosin tämänkin tutkimuksen perusteella liikuntamuotojen yksilöllisessä pohtimisessa olisi vielä hieman panostamisen varaa, koska liikunta on yksi merkittävimmistä hoitokeinoista tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja liikkumaan motivoitumisen lähtökohtana on asiakkaan oma kiinnostus sitä kohtaan. Tärkeää on löytää liikunnan tuottama mielihyvä, jota ei varmasti tule, jos harrastaa vääränlaisia lajeja. On hyvin paljon mahdollista, että asiakas ei itse keksi tai tiedä itselleen sopivia liikuntamuotoja eikä osaa hakeutua sellaisten piiriin. (Myös Heinonen 2009d, 180 – 181; Niskanen 2009, 172.)

Hoidonohjauksen toteutuksessa kartoitettiin myös päihteisiin liittyvää ohjausta. Tutkimustulosten perusteella ohjauksessa käsiteltiin alkoholia ja tupakointia, sekä niiden merkitystä diabetekseen ja sen ehkäisyyn. Tupakoinnista ja alkoholinkäytöstä koettiin kuitenkin saatavan vähemmän ohjausta kuin muista ohjauksen sisältöalueista. Tosin vain pieni osa vastaajista ilmoitti taustatiedoissa tupakoivansa. Tupakoinnista saadut tulokset ovat ristiriidassa tupakoinnille asetettujen tavoitteiden kanssa. Tupakoivia vastaajista oli vain 4 prosenttia, mutta tavoitteita tupakoinnin vähentämiselle/lopettamiselle asetettiin 29 prosentille. Alkoholinkäytön suhteen vastaajilla ei ol-

lut myöskään tutkimustulosten perusteella ongelmaa, joten ohjauksen tarve näillä alueilla lienee ollut vähäinen.

Alkoholinkäyttöön liittyvän ohjauksen suhteen Haikolan ja Karppisen opinnäytetyössä vastanneista 52 prosenttia koki ohjauksen olleen vähintäänkin hyvää ja 34 prosenttia koki, ettei ollut saanut alkoholinkäyttöön liittyvää ohjausta ollenkaan. Tupakointiin liittyvän ohjauksen 50 prosenttia koki vähintäänkin hyväksi. Vastanneista 28 prosenttia koki, ettei ollut saanut ohjausta liittyen tupakoinnin vähentämiseen. (Haikola & Karppinen 2009, 55.) Haikolan ja Karppisen saamat tulokset ovat yhdenmukaisia tämän tutkimuksen tuloksien kanssa, jossa 65 prosenttia koki saaneensa ohjausta liittyen tupakointiin ja alkoholinkäyttöön kun taas 35 prosenttia koki, ettei ohjaukseen sisältynyt näitä aiheita ollenkaan.

Tähän tutkimukseen osallistuneista riskipotilaista monikaan ei tupakoinut tai käyttänyt alkoholia kohtuuttomasti. Kuitenkin ohjauksessa voi tulla tilanteita liittyen tupakoinnin/alkoholinkäytön vähentämiseen/lopettamiseen. Tyypin 2 diabeteksen tavoitteenahan on tupakoimattomuus ja alkoholin kohtuukäyttö, joten voisi olla hyvä laatia diabetesta ennaltaehkäisevään hoitopolkuun valmiiksi, kuka vastaa tällöin asiakkaan ohjauksesta näiden asioiden suhteen, koska molemmat tarvitsevat pitkäjänteistä ohjaamista ja elämäntapamuutosta. Voi olla raskasta tukea asiakasta sekä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä että tupakoinnin/alkoholinkäytön lopettamisessa/vähentämisessä ja tällöin asia voi jäädä hieman taka-alalle. Usein myös tupakoinnin/alkoholinkäytön lopettamiseen/vähentämiseen on tarjolla niihin erikoistuneen hoitajan apua, joka on omiaan ohjaamaan näissä asioissa.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös, toteutettiinko ohjausta eri ohjausmateriaalien avulla. Suurin osa vastanneista koki, että ohjauksessa käytettiin erilaisia ohjausmateriaaleja. Suullinen ja kirjallinen ohjaus koettiin tulosten mukaan hyödylliseksi. Kaikkein hyödyllisimmäksi koettiin suullinen ohjaus. Internetistä saatavasta materiaalista ei koettu olevan hyötyä. Kyselylomakkeessa oli tässä kohtaa avoin kysymys, jossa toivottiin vastaajan kertovan, jos hän koki myös jonkun muun kuin tässä lomakkeessa mainitun materiaalin hyödylliseksi. Kysymykseen saatiin kaksi vastausta, joista toinen ei liittynyt kartoitettavaan aiheeseen ja toisen vastauksista voitiin katsoa kuuluvaksi kirjalliseen ohjausmateriaaliin.

Hoidonohjauksessa on mahdollista käyttää apuna erilaisia kirjallisia oppaita ja ohjeistaa myös internetistä löytyvään materiaaliin. Suullinen ohjaus koettiin kuitenkin kaikista merkittävimmäksi, joten on hyvä että ohjausmenetelmistä tämä painottuu. Kuitenkin kirjallinen materiaali on hyvä pitää suullisen ohjauksen tukena, koska tällöin ohjeisiin voi palata itsekseen ja tarkastaa niistä omahoidossa tarvitsemia tietoja (myös Kyngäs ym. 2007, 124). Nykyään joukkoviestimien, kuten internetin käyttö tarjoaa erilaisia ohjauksen vaikuttamiskeinoja (Kyngäs ym. 2007, 123.) Tutkimukseen osallistuneet olivat pääasiassa varmastikin sellaista ikäpolvea, ettei internetin käyttö ole arkipäiväistä, joten se selittänee, miksi internetistä saatavaa materiaalia ei koettu hyödylliseksi. Voisi kuitenkin kuvitella, että tulevaisuudessa internetistä saatavan materiaalin hyödyntäminen lisääntyy tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn tähtäävässä hoidonohjauksessa ja siksi tämä on hyvä pitää mielessä ohjausta kehitettäessä.

Kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä saamansa hoidonohjauksen sisältöön. Kuitenkin kartoitettaessa mistä asioista vastaajat halusivat saada enemmän tietoa, moni oli vastannut haluavansa varsinkin omaseurannan mittaustulosten hyödyntämisestä lisää tietoa. Lisää tietoa haluttiin myös muilta ohjauksen sisältöalueilta, kuten ravitsemuksesta, painon seurannasta sekä painonhallintaan liittyvistä asioista. Saadut tulokset kertovat ehkä siitä, että ohjauksessa on käsitelty kaikkia tyyppin 2 diabetesta ennaltaehkäisyyn sisältyviä osa-alueita, mutta tietojen omaksumiseen tarvitaan vielä kertausta. Ohjauksessa tulee paljon kenties uuttakin tietoa, jota on mahdotonta omaksua kaikkea kerralla. Tästä syystä onkin hyvä, ettei ohjaus katkea kokonaan tiiviimmän ohjausrupeaman jälkeen, vaan asioita voidaan kerrata yhdessä myös vuosikontrollaissa.

Tutkimuksessa kartoitettiin asiakkaan muutosvaihemallia ja sen tukemista hoidonohjauksessa. Saatujen tutkimustulosten perusteella asiakkaan muutosvaiheita tuettiin hyvin. Suurin osa vastanneista koki pohtineensa hoidonohjauksessa omaa terveydentilaansa. Oman terveydentilan pohtiminen saattaa herättää asiakkaassa tietoisuutta omasta käyttäytymisestään, joka on muutosprosessin esiharkintavaiheessa hyvin oleellista (Poskiparta 2006, 15). Yli puolet vastanneista huomasi elämäntavoista johtuvia terveysongelmia ja melkein kaikki kokivat ohjauksen auttaneen näkemään muutostarpeita omissa elämäntavoissa. Suurin osa vastanneista koki pohtineensa



muutosta edistäviä sekä estäviä tekijöitä ja lähes kaikkien kanssa pohdittiin yhdessä muutoksesta koituvia hyötyjä. Nämä asiat ovat merkittäviä muutosvaiheen harkintavaiheessa oleville (Poskiparta 2006, 15). Kaikki kokivat ymmärtäneensä ohjauksessa, että pienellä elämäntapamuutoksella on positiivinen vaikutus omaan terveyteen ja kaikille syntyi ohjauksessa tunne, että pystyy itse vaikuttamaan omaan terveyteensä. Lähes kaikki olivat miettineet yhdessä ohjaajan kanssa konkreettisia muutoksia, joita voisi elämäntavoissaan tehdä. Nämä asiat kuvastavat muutosvaihemallin valmiusvaihetta (Poskiparta 2006, 15). Vastanneista suurin osa koki, että heidän kohdallaan otettiin omat voimavarat huomioon muutoksia suunniteltaessa. Valtaosa koki myös, että repsahdukset nähtiin muutokseen kuuluvana vaiheena, josta voi oppia. Kaikki vastanneet kokivat, että ohjauksessa sai ilmaista oman mielipiteen ja suurin osa koki, että sai tukea omiin päätöksiin. Nämä asiat ovat merkittäviä kaikissa muutosvaiheissa.

Jälkeenpäin ajateltuna tutkimusta olisi selkeyttänyt, jos muutosvaihemallista olisi määritelty oma tutkimusongelma ja tehty oma osio kyselylomakkeeseen. Alkuperäisenä tarkoituksena oli saada myös muutosvaihemallin kartoittaminen etenemään kyselylomakkeessa hoidonohjauksen etenemisen perusteella, mutta tämä koitui hyvin ongelmalliseksi ja lopputuloksena syntyi hieman epälooginen kyselylomake. Kyselylomakkeesta olisi tullut selkeämpi, jos muutosvaihemallin kartoittaminen olisi koottu kokonaisuudessaan omaksi osioksi, jolloin myös kyselylomakkeeseen vastaaminen olisi helpottunut. Koska kyselylomake oli pitkä, olisi muutosvaihemallin kartoittamisen voinut jättää myös kokonaan pois.

Kolmantena tutkimusongelmana tässä tutkimuksessa oli, miten tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat ovat kokeneet hoidonohjauksen arvioinnin. Ensimmäkin vastaajilta kartoitettiin, minkä perusteella hoidonohjausta arvioitiin. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että arviointia tehtiin monipuolisesti eri näkökulmista. Suurin osa vastanneista koki, että ohjausta arvioitiin omahoidon onnistumisen, tavoitteisen saavuttamisen, nykyisen elämänlaadun, nykyisten elämäntapojen sekä muutoksen vaikutusten perusteella. Alle puolet koki, että ohjausta arvioitiin myös epäonnistumisien perusteella. Kuten aikaisemmin on jo todettu, myös epäonnistumisia tulisi arvioida, jotta pystyttäisiin tekemään suunnitelmia toiminnan muuttamiseksi. Repsahdukset voivat lisätä yksilön itsetuntemusta ja lisätä oppia omista tavoista (Kyngäs ym. 2007, 45; Poski-

parta 2007, 2). Epäonnistumisten pohtiminen saattaa joskus tuntua turhautavalta, varsinkin silloin kun asiakas itse tietää, missä on epäonnistunut. Olisi kuitenkin hyvä, jos epäonnistumisia ja niihin johtaneita syitä pystyttäisiin pohtimaan, jotta pystyttäisiin yhdessä tekemään suunnitelmia jatkoa varten epäonnistumisien välttämiseksi. Tarkoituksena ei ole osoittaa asiakkaalle, missä hän on epäonnistunut, vaan löytää syy siihen ja miettiä, kuinka se jatkossa vältettäisiin.

Tutkimuksella saatiin ristiriitaisia tuloksia siitä, arvioitiinko ohjausta jokaisella ohjauskerralla vai viimeisellä ohjauskerralla. Tarkoituksena oli selvittää, että tapahtuiko hoidonohjauksen arviointia jokaisella kerralla vai ainoastaan viimeisellä kerralla. Yli puolet vastanneista (73 %) koki, että ohjausta arvioitiin jokaisella kerralla. Kuitenkin 75 prosenttia vastanneista koki, että ohjausta arvioitiin viimeisellä kerralla. Väittämät olisi tässä kohtaa voinut muotoilla kyselylomakkeeseen selkeämmin. Toinen väittäjä olisi ollut selkeämpi, jos se olisi muotoiltu seuraavasti: hoidonohjausta arvioitiin vain viimeisellä kerralla. Nyt väittämänä oli, että hoidonohjausta arvioitiin viimeisellä kerralla. Vastaamiseen on saattanut aiheuttaa sekaannusta se, että vastaaja on kokenut hoidonohjausta arvioitavan jokaisella ja myös viimeisellä kerralla, eikä hän ole osannut erotella vastaustaan edellisestä väittämästä.

Vaikka moni oli vastannut väittämiin, minkä perusteella hoidonohjausta arvioitiin, oli yli puolet kuitenkin sitä mieltä, että hoidonohjaus jäi arvioimatta. Vain kolme vastanneista oli vastannut hoidonohjauksen arviointia käsitteleviin väittämiin suoraan, että ohjaus jäi arvioimatta. Vastaukset hoidonohjauksen arvioinnista ovat siis ristiriitaisia. Vastaamiseen on todennäköisimmin vaikuttanut se, että vastaamalla väittämään ”Hoidonohjaus jäi arvioimatta” myöntävästi, ohjeistuksena on siirtyä arviointia käsittelevien väittämien ohi hoidonohjauksen vaikuttavuutta käsitteleviin väittämiin. Koska kyselylomake oli pitkä, ovat vastaajat varmastikin tätä kautta pyrkineet nopeuttamaan lomakkeen täyttämistä. Tästä syystä kuitenkin hoidonohjauksen arvioinnista saadut tulokset ja niiden luotettavuus ovat heikentyneet. Saadut tulokset ovat kuitenkin yhdensuuntaisia aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimustulosten kanssa. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoidonohjausta ei arvioida säännöllisesti ja ohjauksessa arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota (Diefenbaugh 2008, tiivistelmä; Talvitie & Valkonen 2009, 26). Myös kokemukseen perustuen hoidonohjaus jää usein pelkästään hoitajan arvioksi siitä, kuinka hänen mielestään

asiakkaan hoito on toteutunut ja tavoitteet täyttyneet. Usein hoitajan tekemä arviointi tapahtuu silloin, kun asiakas on jo poistunut vastaanotolta. Toki myös asiakas tekee omatoimisesti itsearviointia. Olisi kuitenkin hyvä yhdistää asiakkaan ja hoitajan tekemä arviointi. Tällöin sekä asiakas että hoitaja saavat palautetta omasta toiminnastaan.

Alle puolet kyselyyn vastanneista oli vastannut väittämiin, joilla kartoitettiin arvioinnin keskustelunaiheita, arvioinnin vaikutusta ja arvioinnissa tärkeiksi koettuja asioita. Saatujen tulosten perusteella arvioinnissa koettiin saadun positiivista palautetta omahoidossa onnistumisesta. Epäonnistumisista keskusteltiin alle puolen kanssa. Yli puolet koki saaneensa antaa itse palautetta hoidonohjauksesta. Valtaosa vastanneista koki, että hoidonohjausta ja omahoitoa arvioitiin riittävästi. Positiivinen palaute omahoidon onnistumisesta koettiin motivoivan jatkamaan elämäntapamuutosta. Kaikki vastaajat kokivat myös omahoidossa onnistumisen/epäonnistumisen läpikäynnin auttavan näkemään muutettavia asioita tavoitteiden saavuttamiseksi. Omahoidossa onnistumisen/epäonnistumisen pohtiminen koettiin motivoivana omahoidon jaksamisen kannalta. Näissä väittämissä omahoidon onnistumisen/epäonnistumisen läpikäynti ja pohtiminen olisi pitänyt erotella erikseen onnistumista ja epäonnistumista käsitteleviksi väittämiksi, koska moni vastaajista on jo aikaisemmin kokenut epäonnistumisien pohtimisen ja käsittelyn vähemmän tärkeäksi. Arvioinnissa koettiin tärkeäksi onnistumisten, tavoitteiden saavuttamisen, nykyisten elintapojen, nykyisen elämänlaadun sekä hoitotyytyväisyyden arviointi. Myös elämäntapamuutoksen vaikutusten arviointi koettiin tärkeäksi. Vähiten tärkeäksi koettiin epäonnistumisien arviointi.

Lopuksi arviointiosiossa kartoitettiin ohjauksen vaikuttavuutta ja mielipidettä ohjauksen tärkeydestä elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä. Kaikki vastanneet kokivat hoidonohjauksen tärkeäksi elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä. Suurin osa koki, että oli saanut tehtyä positiivisia muutoksia elämäntapoihin hoidonohjauksen avulla. Melkein kaikki kokivat hoidonohjauksen auttaneen tekemään elämäntapamuutoksia ravitsemuksen suhteen. Myös painonhallinnan ja liikunnan suhteen suurin osa oli kokenut saavansa apua hoidonohjauksesta. Alkoholin ja tupakoinnin suhteen muutoksia tehtiin vähiten, mutta niiden suhteen ei vastanneilla taustatietojen perusteella ollut ongelmaa. Saadut tulokset hoidonohjauksen vaikuttavuudesta ovat yhdenmukaisia

aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimuksien tulosten kanssa. Haikolan ja Karppisen (2009) tekemän tutkimuksen mukaan vastanneista yli puolet ilmoitti muuttaneensa ruokavaliotaan terveellisempään suuntaan ainakin melko paljon (Haikola & Karppinen 2009, 63). Alahuhdan ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa ruokailutottumusten muuttaminen nähtiin tärkeänä painonhallinnassa. Osallistujien muutoksia ruokailun suhteen oli kuidun ja pehmeän rasvan lisääminen ruokavalioon. Myös napostelua ja herkuttelua vähennettiin. Aamupalan syöminen ja säännöllinen ruokarytmi nähtiin tärkeänä. Osallistujat kiinnittivät myös enemmän huomiota ruokavalintoihin kaupassa ja ruuanlaiton terveellisyyteen kiinnitettiin aiempaa enemmän huomiota. (Alahuhda ym. 2010, 4.)

Tutkimustulokset ohjauksen vaikuttavuudesta painonhallinnan suhteen ovat myös yhdensuuntaisia aikaisempien tutkimuksien kanssa. Haikolan ja Karppisen tutkimuksen mukaan vastanneista 26 prosenttia oli onnistunut alentamaan painoaan paljon tai melko paljon ja yli puolet oli onnistunut alentamaan painoa vähän. Liikunnan suhteen Haikola ja Karppinen ovat saaneet myös samansuuntaisia tuloksia. Heidän tutkimuksessaan vastaajista 11 prosenttia oli lisännyt liikuntaa ohjauksen ansiosta paljon, melko paljon 26 prosenttia ja vähän 42 prosenttia. (Haikola & Karppinen 2009, 63, 64.)

Tupakoinnin ja alkoholin suhteen tehtiin tämän tutkimuksen perusteella vähiten muutoksia. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet myös Haikola ja Karppinen opinnäytetyössään, jossa tulosten mukaan tupakoinnin ja alkoholin käytön suhteen oli tehty myös vähiten muutoksia. Myös heidän tutkimustulosten mukaan monellakaan vastanneella ei ollut tarvetta muutokseen näissä asioissa. (Haikola & Karppinen 2009, 64.)

Johtopäätöksenä tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että hoidonohjaus on koettu pääasiallisesti positiivisena. Kaikki kokivat olevansa tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Hoidonohjauksen suunnittelu, johon sisältyy ohjauksen tarpeen arviointi ja suunnittelussa huomioidut asiat sekä tavoitteiden asettelu, koettiin positiivisina. Suunnittelussa voitaisiin kuitenkin ottaa paremmin huomioon asiat, joista ei olla valmiita luopumaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn vuoksi. Tavoitteenasettelussa voi-

taisiin kiinnittää enemmän huomiota siihen, että tavoitteet olisivat selkeämmin asiakkaan itsensä asettamia ja että tavoitteet laadittaisiin kirjallisina.

Hoidonohjauksen toteutuksesta välittyvä kokemus on myös tutkimustulosten perusteella positiivinen. Kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen sisältöön. Lisätiedon tarve ilmeni kuitenkin myös vastauksista ja enemmän tietoa kaivattaisiin selkeimmin omaseurannan tuloksien hyödyntämisestä omahoidossa. Hoidonohjauksessa voitaisiin jatkossa pohtia myös enemmän yksilöllisesti sopivia liikuntamuotoja.

Hoidonohjauksen arvioinnin suhteen kokemukset ja saadut tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. Pääsääntöisesti kuitenkin arviointia toteutettiin monesta näkökulmasta, sitä koettiin saatavan riittävästi ja se koettiin tärkeäksi niiden keskuudessa, jotka sitä kokivat saaneensa. Jatkossa omahoidossa epäonnistumisen arviointia voitaisiin hyödyntää enemmän hoidonohjauksen arvioinnissa. Arvioinnista saadut tulokset ovat tosiaan ristiriitaisia, mutta tulosten perusteella arvioinnin määrää pitäisi lisätä, koska yli puolet (63 %) vastanneista koki, ettei hoidonohjausta arvioitu. Arvioinnista saatuja tutkimustuloksia olisi ollut mielenkiintoista täydentää haastattelemalla, mutta käytettävän ajan rajallisuuden vuoksi tämä ei ollut mahdollista.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää useita eri mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata mittaamisen ja aineistonkeruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Tutkimustulosten luotettavuus on verrannollinen siinä käytettyyn mittariin. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata sen validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validius tarkoittaa käytettävän mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Tätä kutsutaan mittarin sisältövaliditeetiksi. Sisältövaliditeetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta. On mahdotonta saada luotettavia tuloksia, jos mittari on valittu väärin eikä se mittaa haluttua ilmiötä. Kun pohditaan, mittaako mittari oikeaa ilmiötä, arvioidaan onko mittari tarpeeksi kattava ja onko tutkittava ilmiö niin selvärajainen, että sitä voidaan mitata luotettavasti. Tut-

kimuksen ulkoinen validius tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimustulokset ovat yleistettävissä tutkimuksessa olleen tutkimusjoukon ulkopuolelle. Tulosten yleistettävyyden vuoksi on tärkeää pohtia, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Ennen kyselylomakkeen tekoa teoreettiset käsitteet pitää operationaalistaa, eli käsite pitää saattaa empiirisen tutkimuksen ja mittauksen kohteeksi. Operationaalistaminen on ongelmallista siksi, että teoreettiselle käsitteelle voidaan löytää useita operationaalisia vastineita. Sama teoreettinen käsite voi siis saada erilaisia sisältöjä. Virheet operationaalistamisessa vaikuttavat tutkimuksen validiuteen. Tässä vaiheessa tutkimuksen tekijän onkin tarkkaan mietittävä, mittaako muuttujat juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. Operationaalistaminen edellyttää tutkimuksen tekijältä kattavaa perehtymistä kirjallisuuteen. Opinnäytetöissä edellytetään, että jokainen mittarin muuttuja on perusteltu kirjallisuudessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 154 – 157; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen laadinta aloitettiin aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perehtymällä. Alkuperäisenä kohderyhmänä tällä tutkimuksella olivat vastasairastuneet tyypin 2 diabeetikot, joten opinnäytetyöntekijä tutustui tästä näkökulmasta kirjallisuuteen ja laati sitä kautta tutkimuksen teoreettista taustaa. Kyselylomake laadittiin hyvin pitkälle käyttäen tätä näkökulmaa. Tutkimuksen näkökulma muuttui kuitenkin vastasairastuneista tyypin 2 diabeteksen riskipotilaisiin, jolloin myös teoreettinen tausta piti muuttaa sairauden hoidosta ennaltaehkäisevään näkökulmaan. Tämä näkökulman muutos on saattanut osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska opinnäytetyöntekijä perehtyi aiheeseen hyvin pitkälle molemmista näkökulmista, jolloin lopulliseen kyselylomakkeeseen on saattanut jäädä rippeitä myös alkuperäisestä näkökulmasta. Kyse ei kuitenkaan ole suuresta vaikutuksesta, koska tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja sairauden lääkkeetön hoito ovat sisällöltään hyvin samanlaisia.

Validiteettiin vaikuttaa muun muassa väärinymmärrykset tutkijan ja tutkittavien välillä. Mittari ja valittu menetelmä eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija on kuvitellut tutkivansa. Esimerkiksi kyselyyn vastanneet ovat saattaneet käsittää monet kysymykset eri tavoin kuin kyselyn laatija on ajatellut. Jos tuloksia käsitellään edelleen alkuperäisen ajatuksen mukaan, tuloksien validius kärsii. (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara 2009, 231 – 232). Mittarin luotettavuutta ja toimivuutta testataan ennen varsinaista aineistonkeruuta. Esitestaaminen suoritetaan varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Esitestaaminen on tärkeää silloin, kun käytössä on uusi mittari. Esitestauksen yhteydessä mittarin lopuksi on hyvä liittää lomake, jossa vastaajat voivat kertoa, mitkä kysymyksistä olivat epäselviä, mihin on vaikea vastata, oliko epäselviä vastausohjeita tai onko jossain kysymyksessä liian vähän vastausvaihtoehtoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.)

Tässä tutkimuksessa väärinymmärryksiä tutkijan ja tutkittavien välillä yritettiin vähentää ensinnäkin kyselylomakkeen esitestauksen avulla. Esitestauksen yhteydessä vastaajille tarjottiin mahdollisuus kommentoida kyselylomaketta, sen ymmärrettävyyttä, vaativuutta, vastaamiseen kuluva aikaa, selkeyttä ja ulkonäköä. Lisäksi väärinymmärryksiä pyrittiin vähentämään kyselylomakkeen mukana toimitetun saatekirjeen avulla. Kyselylomakkeen alkuun lisättiin vielä ohjeistuksia ja selvennyksiä lomakkeessa käsiteltävistä asioista. Tuloksia käsitellessä on vastauksista pyritty havaitsemaan, ovatko vastaajat ymmärtäneet kartoitettavat asiat eri tavoin kuin mitä lomakkeen laatija on tarkoittanut. Esimerkiksi tavoitteenasettelua kartoittavissa väittämässä 38. ja 39. on ilmeisesti ollut epäselvyyttä. Väittämällä haluttiin kartoittaa kokivatko vastanneet asettaneensa itse hoidolleen tavoitteita vai olivatko tavoitteen enemmän hoitajan asettamia. Moni vastaajista oli vastannut myöntävästi molempiin kohtiin. Samantapainen väärinymmärrys on tapahtunut hoidonohjauksen arviointia käsittelevässä osiossa väittämien 109. ja 110. kanssa. Väittämällä kartoitettiin, arvioitiinko hoidonohjausta jokaisella ohjauskerralla vai viimeisellä ohjauskerralla. Moni oli vastannut myöntävästi myös näihin molempiin väittämiin. Väittämien selkeämällä asettelulla oltaisiin parannettu tutkimuksen luotettavuutta. Epäselvyydet vastauksissa on yritetty ottaa tässä opinnäytetyössä tulosten pohdinnassa huomioon.

Epäselvyyttä on varmastikin aiheuttanut myös kyselylomakkeen asettelusta johtuneet syyt. Vastaajille toimitetussa kyselylomakkeessa viimeisellä sivulla oli lihavoituna teksti ”Naiset:”, jolla haluttiin osoittaa, että väittämät 142. ja 143. ovat suunnattuja naisille. Nopeasti katsottuna tämä saattaa näyttää siltä, että loput väittämät ovat kaikki suunnattuja naisille. Lomakkeen laatijan olisi pitänyt huomata tämä harhaan johtava teksti ennen aineistonkeruuta ja osoittaa selkeästi, että väittämät 144. – 150. olivat osoitettu kaikille vastaajille. Epäselvyyttä ovat varmasti aiheuttaneet väittämien 69. –

72. perässä olevat rastituskohdat, joiden avulla haluttiin kartoittaa, mistä ohjausmateriaalista koettiin olevan eniten hyötyä. Moni vastanneista oli jättänyt kohdat rastittamatta. Samanlaiset rastituskohdat olivat taustatiedot –osiossa ja samoin nekin moni oli jättänyt rastittamatta. Saattaa tosin olla, etteivät taustatiedoissa kartoitetut terveystiedot olleet muuttuneet hoidonohjauksen aikana monellakaan.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida mittaamisen ja mittarin luotettavuuden lisäksi tulosten luotettavuuden näkökulmasta. Tällöin tarkastellaan tulosten sisäistä ja ulkoista validiteettia. Tulosten sisäinen validiteetti tarkoittaa, että tulokset johtuvat vain asetelmasta, eivät muista sekoittavista tekijöistä. Sisäisen validiteetin uhkia voivat olla esimerkiksi historia, valikoituminen, kypsyminen, testauksen vaikutus, poistumat ja kontaminaatio. Historian vaikutuksella tarkoitetaan, sitä miten tutkittava on äskettäin saattanut lukea aiheesta ja vastaa kyselyyn saamansa tiedon perusteella. Valikoitumisella tarkoitetaan sitä, että niin sanotut hyvät vastaajat ovat valikoituneet tutkimukseen tavalla tai toisella mukaan. Poistumat tarkoittavat sitä, että tutkittavista osa jää pois kesken tutkimuksen. Tämä koskee enemmänkin pitkittäistutkimuksia. Kontaminaatio tarkoittaa, että tutkimukseen osallistujat ovat joutuneet tekemisiin tutkimusilmion kanssa jo ennen osallistumistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158.)

Tämän tutkimuksen tulosten sisäiseen validiteettiin on saattanut vaikuttaa vastaajien historia. Jos verrataan esimerkiksi sellaista vastaajaa, joka on hiljattain ollut aktiivisesti hoidonohjauksessa ja sellaista, joka on saanut kyselylomakkeen vuosikontrollissa, voi vastaamisen lähtökohdat olla erit. Aktiivisesti ohjauksessa käyneellä on todennäköisesti ohjauksen sisältöalueet paremmin muistissa ja hän voi vastata kyselyyn muistinvaraisesti. Pidempään ohjauksessa käynyt vastaa todennäköisesti sisäistämänsä tiedon perusteella. Vastaajien valikoitumiseen ei opinnäytetyöntekijä voinut vaikuttaa, koska lomakkeiden jakamisen hoiti kohdeorganisaation sairaanhoitajat. Voi olla mahdollista, ettei sairaanhoitaja jakanut tietoisesti tai tiedostamatta lomaketta sellaiselle henkilölle, jonka katsoi mitä suuremmalla todennäköisyydellä jättävän vastaamatta kyselyyn. Tällöin lomakkeiden jakaminen on ollut valikoivaa. Poistumat eivät tulleet tämän tutkimuksen kohdalla kyseeseen tulosten sisäisen validiteetin pohittamisessa. Vastaajien kontaminaatioon ei tutkija myöskään ole voinut vaikuttaa, kos-



ka etukäteen ei tiedetty, ovatko vastaajat osallistuneet esimerkiksi hiljattain samankaltaiseen tutkimukseen.

Tutkimustulosten ulkoinen validiteetti tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä. Tutkijan on itse arvioitava tulosten yleistettävyyttä ja kuvattava sitä tutkimusraportissa. Ulkoisen validiteetin uhkiin sisältyy ilmiö, jossa tutkittava muuttaa käyttäytymistään, koska hän tietää olevansa tutkimuksen kohteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158.) Ilmiöön on pyritty tässä tutkimuksessa vaikuttamaan vastaajien nimettömyydellä. Tämän tutkimuksen ulkoista validiteettia pohdittaessa tulee ottaa huomioon tutkimuksen otoksen pienuus (n=27). Tämänkokoisen tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä kohdejoukon ulkopuolelle. Saatu vastausprosentti (53 %) oli kuitenkin hyvä suhteessa jaettujen lomakkeiden määrään. Tutkimuksella saatiin myös samankaltaisia tuloksia kuin aiheista aiemminkin tehdyillä tutkimuksilla on saatu. Kohdejoukon sukupuolijakauma oli naispainotteinen (67 %), joka on saattanut vaikuttaa tuloksiin, joten otos ei tästäkään näkökulmasta edusta hyvin perusjoukkoa.

Itse opinnäytetyöntekijä ja myös dehko-hoitajat ovat sitä mieltä, että kyselyyn vastaamiseen on saattanut vaikuttaa lomakkeen pituus. Vastausprosenttia olisi voitu saada vielä paremmaksi tiivistetyimmällä ja selkeytettyimmällä kyselylomakkeella. Opinnäytetyöntekijän mielestä myös aineistonkeruun jatkaminen lähelle joulua on saattanut vaikuttaa vastaamiseen, koska joulun alla ihmisillä on kiire eikä vastaaminen kyselyyn varmastikaan tunnu tällöin ajankohtaiselta. Tässä tutkimuksessa otokseen pienuuteen vaikutti moni muukin asia. Ensinnäkin aineistonkeruu piti alkuperäisen suunnitelman mukaan aloittaa jo keväällä 2010. Tällöin saatiin tehtyä kyselylomakkeen esitestaus. Opinnäytetyöntekijä ei ollut tietoinen aluksi vastaanotolla kesäaikana aiheutuvista suluista, jolloin dehko-ohjaukset olivat tauolla. Tästä syystä aineistonkeruu päästiin aloittamaan vasta syksyllä. Tämän lisäksi Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkärin ja hoitajien vastaanoton toiminnassa tuli syksyllä muutoksia, jotka vähensivät ainakin ajoittaisesti dehko-ohjauksien määrää. Lisäksi vielä yksi dehko-hoitajista oli juuri aineistonkeruun aikaan pitkällä sairauslomalla, joten hänen työpanoksensa oli kokonaan poissuljettuna aineistonkeruun ajan. Saattaa myös olla, että jo alun perin arvioitiin väärin ohjauksien kävijämäärät. Alun perin tutkimus piti suorittaa vastasairastuneille tyypin 2 diabeetikoille, josta kartoitettiin vuosittaista kävijämäärää ja tätä kautta arvioitiin aineistonkeruuseen kuluva aikaa. Kohderyhmän

muuttumisen jälkeen kartoitusta kävijämäärästä ei enää tehty. Aikaisempien vuosien kävijämäärät eivät kuitenkaan joka tapauksessa olisi olleet verrannollisia syksyn 2010 kävijämäärään vähentyneiden ohjauksien vuoksi. Aineistonkeruuta jatkettiin mahdollisimman pitkään, jotta tutkimukselle saatiin mahdollisimman kattava aineisto.

Tutkimuksella saatuihin tuloksiin ovat saattaneet vaikuttaa myös itse mittarista johduneet tekijät. Kuten jo aikaisemmin todettiin, kyselylomake oli erittäin pitkä, joka osaltaan on saattanut vaikuttaa myös vastausten luotettavuuteen. Myös vastaamisen vaativuus lisääntyi lomakkeen loppua kohden. Dehko-hoitajat olivat myös sitä mieltä, että lomakkeen alussa oleviin kysymyksiin on helppo vastata, mutta loppupään kysymyksen vaativat syvällisempää arviointia. Hoitajille heräsi epäily siitä, onko vastaaja todella pysähtynyt miettimään antamia vastauksia. Kyselylomakkeessa kartoitettiin jokseenkin samoja asioita, mutta eri näkökulmista, joka on saattanut vaikuttaa vastaajista turhauttavalla. Myös dehko-hoitajat kiinnittivät tähän asiaan huomiota antaessaan palautetta kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeen taustatiedot – osiossa oli virheellisyyksiä vastaamisen ohjeistuksissa, joka osaltaan on saattanut vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. Väittämien 140. ja 142. kolmannen vaihtoehdon kohdalla on ohjeistus, ”Siirtykää kohtaan 142”, vaikka oikea kohta oli 144. Kuitenkin suurin osa vastanneista oli osannut jatkaa oikein lomakkeen täyttämistä kohdasta 144. Vastaajille toimitetussa kyselylomakkeessa oli virheellinen numerointijärjestys, koska väittämästä 143. puuttui numerointi kokonaan, mutta tämä asia tuskin on vaikuttanut vastausten luotettavuuteen.

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Se tarkoittaa mittarin kykyä antaa sellaisia tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Reliabeliutta voidaan arvioida monella tavalla. Reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin sisäisenä johdonmukaisuutena, pysyvyytenä ja vastaavuutena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,156). Tutkimuksen reliabiliteetin parantamiseen on määritelty erilaisia keinoja. Reliabiliteettia voidaan parantaa ensinnäkin mittarin esitestaamisella. Hyvät ohjeet parantavat myös tutkimuksen reliabiliteettia (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210). Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen mukana vastaajille toimitettiin saatekirje, jossa ohjeistettiin lomakkeeseen vastaamista. Itse kyselylomakkeessa oli heti alussa ohjeistusta kuten myös jokaisen osion alussa. Kolmantena reliabiliteetin parantamisen kei-

nona on aineiston kerääjän kouluttaminen aineistonkeruutilanteita varten (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210). Tässä tutkimuksessa tutkijan kokemattomuus heikentää tutkimuksen reliabiliteettia. Opinnäytetyöntekijä ei ole aikaisemmin tehnyt vastaavanlaista tutkimusta.

Neljäntenä reliabiliteetin parantamiskeinona on tutkimuskohteesta johtuvien virhetekijöiden minimointi. Näitä ovat muun muassa mittaamiseen kuluva aika, väsymys, kiire, kysymysten paljous, niiden ymmärrettävyys ja järjestys. Myös ympäristötekijät saattavat vaikuttaa reliabiliteettiin. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210.) Tässä tutkimuksessa virhetekijöitä pyrittiin poistamaan sillä, että kyselyyn vastaaminen oli mahdollista kotioloissa. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään sellainen, että vastaaminen olisi mahdollisimman nopeaa. Lomake oli kuitenkin hyvin pitkä, jolloin vastaamiseen kuluu väkisinkin hetki aikaa. Sopivaksi kyselyyn vastaamisajaksi katsottiin viikko. Vastaajien väsymykseen opinnäytetyön tekijä ei voinut vaikuttaa ennalta. Kiireen kannalta aineistonkeruu vielä joulun alla ei ollut paras mahdollinen vaihtoehto. Kyselylomake sisälsi paljon väittämiä, joka on todennäköisesti vaikuttanut tutkimuksen reliabiliteettiin. Väittämien paljoudesta johtuen on vastaamisessa saattanut tapahtua huolimattomuusvirheitä ja moni vastaaja on varmasti jättänyt vastaamatta osaan väittämistä. Väittämistä yritettiin tehdä mahdollisimman yksiselitteisiä, mutta kuten aikaisemmin on jo todettu, ei tässä ihan täysin onnistuttu. Väittämien järjestys yritettiin tehdä järkevästi käytännössä toteutettavan hoidonohjauksen etenemisen mukaisesti.

### 7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka määrittelee, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 362). Tutkijan on mietittävä eettisiä kysymyksiä tutkimusta tehdessään. Tutkija on itse vastuussa siitä, että hänen toimintansa on yleisesti hyväksytyjen tutkimuseettisten periaatteiden mukaista. Eettisenä lähtökohtana tutkimuksen teossa pitää olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä kaikissa tutkimusentekovaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 25.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy myös, että tutkija noudattaa työssään huolellisuutta ja tarkkuutta sekä käyttää tieteellisesti ja eettisesti hyväksytyjä tiedonhankinta-, tut-

kimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tulosten julkaisussa noudatetaan avoimuutta, työssä otetaan muiden tutkijoiden työt huomioon ja annetaan niille arvoa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksessa ilmoitetaan rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364.)

Tutkimuksen teossa eettisyys tulee vastaan heti tutkimuskohdetta valittaessa. Valinnassa pitää päättää, mitä työssä tutkitaan ja mitä taas jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Suppeimmillaan tämä tarkoittaa sitä, että tutkija tekee valinnan tutkimuskohdeesta yksittäiseen tutkimukseen. Laaja-alaisesti katsottuna tämä tarkoittaa sitä, millaisia päämääriä tiede ja tutkimus edistävät. Tutkimuskohde valitaan tutkimustehtävän ja tutkimusongelman määrittelyllä ja rajaamisella. Lähtökohtana on, että tutkimuskohde on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkittava aihe ja tutkimusongelmat eivät saa loukata eivätkä esittävä väheksyviä oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä. Erityisesti silloin, kun tutkimuskohteena on niin sanottu haavoittuva ryhmä, esimerkiksi lapset tai vakavasti psyykkisesti häiriintyneet, tulee tähän asiaan kiinnittää erityistä huomiota. Jotta tutkimusta voidaan käyttää jonkin esiintyvän ongelman ratkaisemiseen, on tutkijan ensin oltava perillä siitä, mihin tarkoitukseen tutkimusta tarvitaan ja mikä on häntä askarruttava hoitotyöhön liittyvä kysymys. Tämän jälkeen tulee arvioida, vastaako tutkimukselle asetetut tutkimusongelmat ja tutkimuskohde tutkimuksen tarkoitusta. Lisäksi tutkijan tulee pohtia, onko häntä askarruttava kysymys eettisesti perusteltu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskohde rajattiin tutkimusongelmien perusteella. Tutkimuskohteen rajaaminen oli helppoa, koska tarkoituksena oli tutkia kokemuksia tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyvästä hoidonohjauksesta. Tutkimusongelmien määrittely kävi helposti jäljittelemällä hoidonohjauksen etenemistä. Opinnäytetyön tekijää kiinnosti, miten riskipotilaat ovat kokeneet saamansa hoidonohjauksen. Tutkimuskohteen mielekkyyttä ja tieteellisiä perusteluja haettiin sairauden vakavuuden ja sen jatkuvan yleistymisen kautta. Perusteluja tutkimukselle haettiin myös sitä kautta, että keinot tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tunnetaan hyvin, mutta siitä huolimatta sairaus vain lisääntyy. Aihe ei loukkaa eivätkä tutkimusongelmat esitä loukkaavia tai väheksyviä oletuksia tutkittavasta ryhmästä. Tutkimuksen kohteena eivät olleet niin sanotut haavoittuvat ryhmät, koska kohteena olivat aikuiset. Tutkit-

tavien psyykkisistä häiriöistä tutkittavalla ei ollut käsitystä, mutta ne eivät tässä tutkimuksessa olleet tutkimuskohteena. Ennen aineistonkeruun suorittamista opinnäytetyöntekijä määritteli tarkoin, mihin hoitotyöhön liittyvään kysymykseen on hakemassa vastausta. Lisäksi arvioitiin, että tutkimusongelmat ja tutkimuskohde vastaavat tutkimuksen tarkoitusta. Opinnäytetyön tekijän mielestä tälle tutkimukselle asetetut tutkimusongelmat ja tutkimuskohde vastasivat tutkimuksen tarkoitusta ja kyselylomakkeen avulla saatiin vastauksia haluttuihin kysymyksiin.

Tutkimuksen tietolähteiden valinnassa pitää huomioida myös eettiset näkökulmat. Yleistämiseen pyrkivässä empiirisessä tutkimuksessa kaikilla tutkimuksen kohteena olevilla ryhmän jäsenillä tulee olla yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi tutkimukseen. Tutkimuksen tietolähteet on valittava siten, että tutkimuksesta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa tutkittaville. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 366.) Tutkimuksen tietolähteenä olivat Rauman sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla hoidonohjauksessa käyvät tyypin 2 diabeteksen riskipotilaat. Kyselylomakkeiden jako tapahtui vastaanoton deho-hoitajien välityksellä. Tarkoituksena oli valita tutkimuksen tietolähteet siten, että kaikilla kohdejoukkoon kuuluvilla olisi yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi tutkimukseen. Opinnäytetyöntekijä ei voinut vaikuttaa siihen, tekivätkö vastaanoton hoitajat valikointia lomakkeita jakaessaan.

Tutkimusaineiston keruussa ja menetelmän valinnassa on kiinnitettävä huomiota tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana tässä on, että tutkimuskohteena olevia ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Tähän sisältyy se, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Suostumisen edellytyksenä on, että tutkittavat saavat etukäteen tutkimuksesta tarpeeksi tietoa. Tutkittavalla on myös oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Myös anonymiteetin takaaminen tutkittaville on tärkeää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 367.) Vapaaehtoisella tutkimukseen osallistumisella pyritään kunnioittamaan tutkittavien itsemääräämisoikeutta tutkimusta tehtäessä (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Vastaajien itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin vapaaehtoisella kyselyyn vastaamisella sekä vastaajien nimettömyydellä. Vastaaminen kyselylomakkeeseen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen. Kyselylomakkeen saatekirjeellä taattiin tutkittavien tiedottaminen tutkimuksesta ja kirjeessä oli vielä opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, jos lisätiedon

tarvetta ilmenisi. Saatekirjeessä korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimusaineiston analysoinnissa eettisyyden kannalta on keskeistä, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko kerättyä aineistoa. Eettisesti sopimatonta on esimerkiksi jättää analysoimatta jokin kysymys sen perusteella, ettei se tuota mielenkiintoisia tuloksia. Jotta tutkimuksessa voitaisiin käyttää toisen tutkimuksen tuloksia, on tutkijan kyettävä arvioimaan analyysin luotettavuutta. Arviointi vaatii tilastotieteellisten suureiden tuntemista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 369.) Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen apuna Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmaa. Palautuneista kyselylomakkeista kaksi jouduttiin hylkäämään puutteellisten ja virheellisten vastauksien vuoksi. Jäljelle jäänyttä aineistoa hyödynnettiin kokonaisuudessaan tutkimustulosten analysoinnissa. Tässä opinnäytetyössä käytetyistä aikaisemmista tutkimuksista arvioitiin analyysin luotettavuutta. Tutkimuksista arvioitiin muun muassa otoksen määrää sekä numeeristen ja kirjallisten tuloksien vastaavuutta.

Tutkimustulosten raportoinnissa tulee välttää vilpillisyyttä. Raportoinnissa virhelähteitä saattavat aiheuttaa tutkijan ennakoasenne tutkimuksen kohdetta kohtaan, suora tietoinen tulosten väärentäminen ja tutkimustulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen. Ennakoasenteesta johtuva vääristymä ei aina ole tietoinen virhelähde. Ennakoasenteet on oleellista tunnistaa ja pyrkiä pääsemään pois niistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 370.) Vilpillistä toimintaa on muun muassa tulosten yleistäminen ilman perusteita sekä tulosten sepittäminen, joka tarkoittaa tekaistujen havaintojen esittämistä. Tutkimuksen raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Käytetyt menetelmät tulee käydä raportissa huolellisesti läpi. Myös tutkimuksen puutteet on nostettava esiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Tässä tutkimuksessa tulosten raportoinnissa vältettiin vilpillisyyttä. Tutkijalla ei omasta mielestään ollut tuloksia vääristäviä ennakoasenteita tutkimuksen kohdetta kohtaan. Ennen tutkimuksen suorittamista opinnäytetyöntekijä oli kuusi viikkoa työharjoittelussa dehko-hoitajan ohjauksessa, joten tutkimuskohde oli tuttu ja mielikuva ohjauksesta todenmukainen. Kuten aikaisemmin on jo todettu, tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä otoksen ulkopuolelle. Tutkimuksessa tehdyt havainnot tehtiin saatujen tutkimustuloksien pohjalta ja niiden tueksi on esitetty raportissa suoraan saaduista tuloksista tehtyjä taulukoita. Opinnäytetyöntekijä pyrki tekemään raportoinnin mahdollisimman

todenmukaisesti ja neutraalisti. Käytetyt menetelmät on tuotu työssä selkeästi esille. Raportissa nostettiin havaitut tutkimuksen puutteet esille.

Keskeisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluu, ettei toisten eikä myöskään omia aikaisempia tekstejä plagioida (Hirsjärvi ym. 2009, 26). Tässä opinnäytetyössä plagiointia vältettiin selkeillä lähdemerkinnöillä tekstissä ja lähdeluettelossa sekä välttämällä suorien lainauksien tekemistä toisten teksteistä. Tutkimusraportissa tulee selvittää myös tutkimuksen rahoituslähteet (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364). Tutkimuksen rahoituksesta opinnäytetyöntekijä vastasi itse.

#### 7.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat

Saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäisevän hoidonohjauksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin parantamisessa Rauman sosiaali- ja terveystieteiden lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolla. Opinnäytetyöntekijä hyödyntää tutkimustuloksia tulevassa terveydenhoitajatyön projektityössä, jossa tarkoituksena on tuottaa opas hoidonohjauksen arviointiin. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia kokemuksia hoidonohjauksesta hoitajien näkökulmasta ja verrata niitä asiakkaiden kokemuksiin. Varsinkin arvioinnin suhteen olisi mielenkiintoista nähdä, miten hoitajat kokevat sen toteutuvan ohjauksessa asiakkaan kanssa. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, kuinka hoidonohjaus auttaa tyypin 2 diabeteksen riskipotilaita motivoitumaan omahoitoon.

## LÄHTEET

- Aalto, R. & Kangasoja, S. 2010. Raskausdiabeteksen hoidonohjaus. Raskausdiabeteksen sairastaneiden äitien kokemus saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö 2, 4 – 12.
- Diefenbaugh, T. 2008. Tyypin 2 diabeteksen hoidonohjaus: Laatukriteerien toteutuminen asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Eriksson, J. 2009. Voidaanko diabetesepidemian kulkua muuttaa? Suomen Lääkärilehti 23, 2060.
- Haikola, R. & Karppinen, A. 2009. MBO-poliklinikan asiakkaiden kokemukset saamastaan elämäntapamuutosten hoidonohjauksesta Lieksan terveyskeskuksessa. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Harmaala, L. & Åkerberg, S. 2009. 2-tyypin diabetesta sairastavien henkilöiden motivoituminen liikkumiseen. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Heinonen, K. 2007. Terveysliikunnan motivoiva ohjaus. Diabetes ja lääkäri 7, 24 – 28.
- Heinonen, L. 2009a. Ravinnon ja ravintoaineiden tarve. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 127 - 135.
- Heinonen, L. 2009b. Minkälaista ruokaa diabeetikolle suositellaan? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 122 – 125.
- Heinonen, L. 2009c. Ruuan laatu, määrä ja rytmitys diabeteksen hoidossa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 136 - 138.
- Heinonen, K. 2009d. Liikuntamotivaation moninaisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 180 - 181.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ilanne-Parikka, P. 2009a. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja seulonta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 241 - 243.



Ilanne-Parikka, P. 2009b. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 214.

Ilanne-Parikka, P. 2009c. Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoitaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 217 - 219.

Ilanne-Parikka, P. 2009d. Hoidon tavoitteet tyypin a 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 215 - 217.

Ilanne-Parikka, P. 2009e. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja seulonta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 241 – 243.

Ilanne-Parikka, P. ym. 2009f. Tyypin 2 diabeetikon oma hoitosuunnitelma. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 219 - 220.

Ilanne-Parikka, P. ym. 2009g. Alkoholin käyttö ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 206 - 207.

Ilanne-Parikka, P. ym. 2009h. Diabetes ja tupakointi. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna, 207 - 211.

Karjalainen, A. 2001. Tentin teoria. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.01.2011.  
[http://tievie oulu.fi/arvioinnin\\_abc/liitetiedostot/tentin\\_teoria\\_vaitoskirja.pdf](http://tievie oulu.fi/arvioinnin_abc/liitetiedostot/tentin_teoria_vaitoskirja.pdf).

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoypro Oy.

Kilki, T. 2002. Aikuistyyppin diabeetikko avoterveydenhuollon asiakkaana - hoidonohjaus diabeetikon kokemana. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö.

Kukkurainen, M. & Kyngäs, H. 27.11.2007. Hoidonohjaus. Viitattu 22.1.2010.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00318](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00318).

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

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 27 – 31.

Kääriäinen, M., Lauronen, M. & Kyngäs, H. 2006. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy: elintapaohjausta ja automatisoitua elintapaseurantaa. Tutkiva hoitotyö 1, 30 – 32.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 5, 250 – 258.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lepikonmäki, C. 2007. Diskurssianalyttinen näkökulma tyypin 2 diabeetikoiden puheeseen elintavoista diabetesneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 28.10.2009.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18342/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200801291105.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18342/URN_NBN_fi_jyu-200801291105.pdf?sequence=1).

Lindroos, L. 2009. Miten alkoholia kannattaa käyttää. Viitattu 18.10.2010.  
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>.

Lääkärien ja hoitajien vastaanotto 2009. Diabeteksen hoitopolku – ennaltaehkäisy.

Miilunpalo, S. 2002. Fyysinen aktiivisuus ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Viitattu 8.9.2010. [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=474](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=474).

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen lääkärilehti* 42, 4235 – 4237.

Mustonen, M. 2002. Terveystieto internetissä. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 150 – 162.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY Oppimateriaalit Oy, 215 – 221.

Niskanen, L. 2009. Liikunta metabolisessa oireyhtymässä ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) *Diabetes*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172.

Patja, K. 2002. Tupakointi ja aikuistyyppin diabeteksen riski. *Suomen lääkärilehti* 39, 3855 – 3858.

Patja, K., Jousilahti, P., Hu, G., Valle, T., Qiao, Q & Tuomilehto, J. 2005. Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk on type 2 diabetes in middle-aged finnish men and women. *Journal of internal medicine* 4, 356 – 62.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 24 – 35.

Poskiparta, M. 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. *Terveystieteiden laitos* 6, 14 – 15.

Poskiparta, M. 2007. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. *Virkaan astujaisesitys* 17.10.2007 luonnos. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

- Rönnemaa, T. 2009. Liikunta tyypin 2diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 173.
- Saraheimo, M. 2009a. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 9 – 10.
- Saraheimo, M. 2009b. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30 - 32.
- Suomen diabetesliitto ry. Mikä nyt neuvoksi? Opas tyypin 2 diabetesriskin hallintaan.
- Suomen diabetesliitto ry 2003a. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma. Korkean riskin strategia 2003 – 2010. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.
- Suomen diabetesliitto ry 2003b. Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä. DEHKO – raportti 2003:3, Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit. Tampere.
- Suomen diabetesliitto ry 2004. DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 – 2010. Jyväskylä: Suomen diabetesliitto ry. Viitattu 14.12.2010.  
[http://www.diabetes.fi/files/282/Tyypin\\_2\\_diabeteksen\\_ehkaisyohjelma\\_2003\\_2010\\_toimenpideohjelmakirja\\_pdf\\_1\\_4\\_Mt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/282/Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelma_2003_2010_toimenpideohjelmakirja_pdf_1_4_Mt.pdf).
- Suomen diabetesliitto ry, 2005. Diabeteksen hoitoon ja hoidon seurantaan tarkoitettujen välineiden tarve. Suomen diabetesliiton lääkarineuvoston suositus. Viitattu 27.2.2010. Saatavissa [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=833](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=833).
- Suomen diabetesliitto ry 2008a. Kun diabetes kulkee suvussa: Elintavoilla voi vaikuttaa tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen. Diabetes 6, 26.
- Suomen diabetesliitto ry 2008b. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Viitattu 10.11.2010.  
[http://www.diabetes.fi/files/362/Diabeetikon\\_ruokavaliosuositus\\_2008.pdf](http://www.diabetes.fi/files/362/Diabeetikon_ruokavaliosuositus_2008.pdf)
- Suomen diabetesliitto ry 2009. Loppuraportti. Dehkon 2D-hanke (D2D) 2003 – 2007. Kirjapaino Hermes Oy. Viitattu 9.10.2009.  
[http://www.diabetes.fi/files/271/Dehkon\\_2D\\_hankkeen\\_D2D\\_loppuraportti\\_pdf\\_2\\_5\\_Mt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/271/Dehkon_2D_hankkeen_D2D_loppuraportti_pdf_2_5_Mt.pdf).
- Suomen Diabetesliitto ry 2010. Alkoholit. Viitattu 8.9.2010  
[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_1/paihteet/](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/paihteet/).
- Talvitie, T. & Valkonen, S. 2009. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen ohjauksessa. Asiakkaan ja hoitajan näkökulma. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- UKK-instituutti 2011. Liikuntapiirakka. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 206 – 214.

Will, JC., Galuska, DA., Ford, ES., Mokdad, A. & Calle, EE. 2001. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 30, 540 - 546.

World Health Organization 2003, Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus oy. Viitattu 6.3.2010  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf)

## TYYPIN 2 DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKIN ARVIOINTILOMAKE

Rengasta oikea vaihtoehto ja laske pisteet yhteen.

### 1. Ikä

- 0 p. Alle 45 v.  
2 p. 45 – 54 v.  
3 p. 55 – 64 v.  
4 p. Yli 64 v.

### 2. Painoindeksi

(katso taulukosta kääntöpuolelta)

- 0 p. Alle 25 kg/m<sup>2</sup>  
1 p. 25 – 30 kg/m<sup>2</sup>  
3 p. Yli 30 kg/m<sup>2</sup>

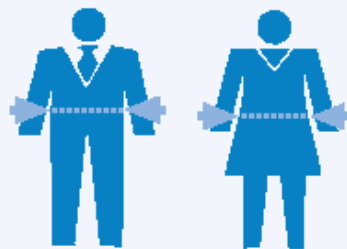
### 3. Vyötärön ympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

#### MIEHET

- 0 p. Alle 94 cm  
3 p. 94 – 102 cm  
4 p. Yli 102 cm

#### NAISET

- Alle 80 cm  
80 – 88 cm  
Yli 88 cm



### 4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?

- 0 p. Kyllä  
2 p. Ei

### 5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

- 0 p. Päivittäin  
1 p. Harvemmin kuin joka päivä

### 6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?

- 0 p. En  
2 p. Kyllä

### 7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?

- 0 p. Ei  
5 p. Kyllä

### 8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?

- 0 p. Ei  
3 p. Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla)  
5 p. Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla

### Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

- alle 7 Pienin arviolta yksi sadasta sairastuu  
7 – 11 Jonkin verran lisääntynyt arviolta yksi 25:stä sairastuu  
12 – 14 Kohtalainen arviolta joka kuudes sairastuu  
15 – 20 Suuri arviolta joka kolmas sairastuu  
yli 20 Hyvin suuri arviolta puolet sairastuu



## TYYPIN 2 DIABETEKSEN RISKIPOTILAIDEN HOIDONOHJAUS SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA

Kyselylomake on jaettu kolmeen eri kokonaisuuteen:

OSIO 1: Hoidonohjauksen suunnittelu

OSIO 2: Hoidonohjauksen toteutus

OSIO 3: Hoidonohjauksen arviointi

**Tämä kyselylomake käsittelee hoidonohjausta sairaanhoitajan vastaanotolla.**

Tässä kyselylomakkeessa **hoidonohjauksella** tarkoitetaan kaikkea neuvontaa, ohjausta ja tietoa, jota olette saaneet sairaanhoitajan vastaanotolla liittyen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn.

**Omahoidolla** tarkoitetaan niitä elämäntapamuutoksia, joilla tyypin 2 diabeteksen puhkeamista yritetään ehkäistä tai hidastaa.

---

### OSIO 1. HOIDONOHJAUKSEN SUUNNITTELU

Vastatkaa ympyröimällä sopiva vaihtoehto "kyllä" tai "ei".

Hoidon tarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa huomioitiin:	<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>
1 Pituus	(n=26)	(n=0)
2 Paino	(n=27)	(n=0)
3 Vyötärön ympäryys	(n=24)	(n=1)
4 Ikä	(n=26)	(n=1)
5 Verenpaine	(n=26)	(n=1)
6 Sokeriarvot	(n=27)	(n=0)
7 Kolesterolin- ja rasva-arvot	(n=24)	(n=1)
8 Ruokailutottumukset	(n=27)	(n=0)
9 Liikuntatottumukset	(n=26)	(n=1)
10 Alkoholin käyttö	(n=21)	(n=2)
11 Tupakointi	(n=21)	(n=2)
12 Sukurasite	(n=23)	(n=3)
13 Oma käsitys elämäntapamuutoksen tarpeesta	(n=27)	(n=0)
14 Halu muuttaa elämäntapoja	(n=24)	(n=2)
15 Oma motivaatio diabeteksen ehkäisyyn	(n=26)	(n=0)
16 Omat voimavarat omahoidon toteuttamiseen	(n=22)	(n=3)
17 Omat tiedot diabeteksestä	(n=20)	(n=5)
18 Omat odotukset hoidonohjaukselta	(n=23)	(n=2)
19 Asiat, joista en ole valmis luopumaan diabeteksen ehkäisyn vuoksi	(n=14)	(n=11)

		<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>
20	Ohjauksessa omahoidolle asetettiin tavoitteita ( jos vastasitte "ei", siirtykää kohtaan 42)	(n=23)	(n=3)

**Hoidon tavoitteita asetettiin:**

21	Laihduttamiselle	(n=19)	(n=2)
22	Verenpaine-arvoille	(n=15)	(n=6)
23	Sokeriarvoille	(n=23)	(n=0)
24	Kolesteroli- ja rasva-arvoille	(n=19)	(n=4)
25	Ruokailuväleille	(n=18)	(n=5)
26	Ruuan laadulle ja määrälle	(n=23)	(n=1)
27	Liikunnan lisäämiselle	(n=22)	(n=1)
28	Alkoholin käytölle vähentämiselle	(n=7)	(n=15)
29	Tupakoinnin vähentämiselle/lopettamiselle	(n=6)	(n=15)
30	Terveystilan paranemiselle	(n=16)	(n=5)
31	Elämänlaadun paranemiselle	(n=19)	(n=2)
32	Lyhyelle aikavälille (pieni muutos kerrallaan)	(n=18)	(n=3)
33	Pitkälle aikavälille (mihin pienillä muutoksilla pyritään)	(n=19)	(n=1)
34	Diabetestietoudelle	(n=19)	(n=3)
35	Diabeteksen ehkäisytaidoille	(n=21)	(n=4)
36	Omahoidon motivaatiolle	(n=20)	(n=2)
37	Tavoitteet laadittiin kirjallisena	(n=10)	(n=12)
38	Asetin itse omahoidolleni tavoitteita	(n=19)	(n=4)
39	Tavoitteet olivat enemmän hoitajan asettamia	(n=11)	(n=10)
40	Asetetut tavoitteet ovat/olivat mahdollisia saavuttaa	(n=21)	(n=1)
41	Tavoitteiden asettelu on mielestäni tärkeää	(n=21)	(n=0)
42	Hoidonohjauksen tarve arvioitiin mielestäni hyvin	(n=24)	(n=1)
43	Oma ja hoitajan käsitys hoidonohjauksen tarpeesta vastasivat toisiaan	(n=25)	(n=0)
44	Ohjauksen tarpeen arviointi on tärkeää	(n=23)	(n=0)
45	Hoidonohjaus suunniteltiin hyvin	(n=24)	(n=1)
46	Osallistuin itse hoidonohjauksen suunnitteluun	(n=16)	(n=6)
47	Hoidonohjauksen suunnittelu kiinnosti minua	(n=20)	(n=4)
48	Hoidonohjauksen suunnittelu on tärkeää	(n=23)	(n=1)

---

## OSIO 2. HOIDONOHJAUKSEN TOTEUTUS

Vastatkaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä "kyllä" tai "ei" -vaihtoehto.

Hoidonohjauksessa <b>käsitellään/käsiteltiin:</b>		<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>	
49	Painon merkitystä diabeteksen ehkäisyssä	(n=26)	(n=1)	
50	Painonhallinnan keinoja	(n=24)	(n=2)	
51	Sopivaa ruokavaliota	(n=27)	(n=0)	
52	Ruuan laatua ja määrää	(n=27)	(n=0)	
53	Käytettävän rasvan laadun merkitystä	(n=27)	(n=0)	
54	"Nopeita" hiilihydraatteja	(n=20)	(n=4)	
55	"Hitaita" hiilihydraatteja	(n=20)	(n=5)	
56	Herkuttelua	(n=22)	(n=4)	
57	Liikunnan merkitystä sairauden ehkäisyssä	(n=26)	(n=1)	
58	Vaihtoehtoisia liikuntamuotoja	(n=19)	(n=5)	
59	Minulle sopivia liikuntamuotoja	(n=18)	(n=6)	
60	Riittävää liikunnan määrää	(n=24)	(n=2)	
61	Alkoholin merkitystä sairauteen ja ehkäisyyn	(n=15)	(n=8)	
62	Tupakoinnin merkitystä sairauteen ja sen ehkäisyyn	(n=15)	(n=8)	
63	Verensokerin seuraamista	(n=25)	(n=1)	
64	Verenpaineen seuraamista	(n=25)	(n=2)	
65	Painon seurantaa	(n=25)	(n=1)	
66	Mittaustulosten hyödyntämistä omahoidossa	(n=19)	(n=4)	
67	Sairaudesta johtuvia oireita ja niiden seurantaa (esim. väsymys)	(n=16)	(n=8)	
68	Ohjauksessa käytettiin erilaisia ohjausmateriaaleja <i>(jos vastasitte "ei", siirrykää kohtaan 73)</i>	(n=18)	(n=7)	
	Minulle hyötyä oli <i>(rastittakaa myös, mistä koitte <u>eniten</u> olevan hyötyä)</i>			
69	Suullisesta ohjauksesta	(n=21)	(n=0)	<input type="checkbox"/> n=12)
70	Kirjallisesta ohjausmateriaalista	(n=15)	(n=0)	<input type="checkbox"/> (n=4)
71	Internetistä saatavasta materiaalista	(n=2)	(n=3)	<input type="checkbox"/> (n=1)
72	Muusta, mistä?	(n=2)		<input type="checkbox"/> (n=1)
73	Ohjaus/-materiaalit olivat selkeitä	(n=24)	(n=0)	



74	Olen tyytyväinen saamani ohjauksen sisältöön	(n=26)	(n=0)
Haluaisin enemmän tietoa:		<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>
75	painonhallintaan liittyvistä asioista	(n=12)	(n=10)
76	ravitsemukseen liittyvistä asioista	(n=15)	(n=7)
77	liikuntaan liittyvistä asioista	(n=11)	(n=10)
78	tupakkaan liittyvistä asioista	(n=4)	(n=18)
79	verensokerin mittaamisesta	(n=11)	(n=11)
80	verenpaineen mittaamisesta	(n=8)	(n=13)
81	painon seurannasta	(n=13)	(n=8)
82	mittaustulosten hyödyntämisestä omahoidossa	(n=15)	(n=4)
83	jostain muusta, mistä?	(n=2)	

Hoidonohjauksessa:

84	Pohdin omaa senhetkistä terveydentilaani	(n=22)	(n=3)
85	Huomasin itselläni elämäntavoista johtuvia terveysongelmia	(n=15)	(n=9)
86	Ohjaus auttoi minua näkemään muutostarpeita elintavoissani	(n=22)	(n=3)
87	Pohdimme muutosta estäviä/edistäviä tekijöitä	(n=18)	(n=5)
88	Pohdimme muutoksesta koituvia hyötyjä	(n=22)	(n=2)
89	Ymmärsin, että pienellä elämäntapamuutoksella on positiivinen vaikutus terveyteeni	(n=25)	(n=0)
90	Minulle syntyi tunne, että pystyn vaikuttamaan omaan terveyteeni	(n=24)	(n=0)
91	Mietimme yhdessä konkreettisia muutoksia, joita voisin tehdä tyyppin 2 diabeteksen puhkeamisen ehkäisemiseksi	(n=24)	(n=1)
92	Muutoksissa otettiin huomioon omat voimavarani	(n=19)	(n=4)
93	Repsahdus nähtiin elämäntapamuutokseen kuuluvana vaiheena, josta voi oppia	(n=18)	(n=4)
94	Saan/sain ilmaista oman mielipiteeni	(n=24)	(n=0)
95	Saan/sain kannustusta omahoitoon	(n=24)	(n=0)
96	Saan/sain tukea tekemiini päätöksiin	(n=23)	(n=1)
97	Ohjaajan asenteella on merkitystä ohjauksen onnistumisen kannalta	(n=22)	(n=0)

Oma ohjaaja oli:

98	innostava	(n=22)	(n=0)
99	positiivinen	(n=24)	(n=0)
100	tietoa-antava	(n=24)	(n=0)
101	Olen tyytyväinen saamaani ohjaukseen	(n=)	(n=)

---

### OSIO 3. HOIDONOHJAUKSEN ARVIOINTI

Vastatkaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä "kyllä" tai "ei" -vaihtoehto.

Hoidonohjausta <b>arvioitiin:</b>		<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>
102	Omahoidon onnistumisen perusteella	(n=17)	(n=2)
103	Omahoidon epäonnistumisen perusteella	(n=6)	(n=10)
104	Tavoitteiden saavuttamisen perusteella	(n=16)	(n=2)
105	Nykyisten elintapojen perusteella	(n=14)	(n=2)
106	Nykyisen elämänlaadun perusteella	(n=17)	(n=1)
107	Muutoksen vaikutuksen perusteella	(n=16)	(n=2)
108	Hoitotyytyväisyyden perusteella	(n=13)	(n=4)
109	Jokaisella ohjaukseralla	(n=11)	(n=4)
110	Viimeisellä ohjaukseralla	(n=9)	(n=3)
111	Hoidonohjaus jäi arvioimatta	(n=10)	(n=6)
<i>(jos vastasitte "kyllä", siirtykää kohtaan 128)</i>			

Arvioinnissa:

112	Sain positiivista palautetta omahoidon onnistumisesta	(n=11)	(n=0)
113	Keskustelimme mahdollisista omahoidossa epäonnistumisista	(n=3)	(n=4)
114	Keskustelimme omahoidon onnistumiseen/ epäonnistumiseen vaikuttaneista syistä	(n=5)	(n=4)
115	Sain itse antaa palautetta hoidonohjauksesta	(n=5)	(n=3)
116	Hoidonohjausta arvioitiin riittävästi	(n=7)	(n=1)
117	Omahoitoa arvioitiin riittävästi	(n=7)	(n=1)

Arvioinnin **vaikutus:**

118	Positiivinen palaute omahoidon onnistumisesta motivoi jatkamaan elämäntapamuutosta	(n=11)	(n=0)
119	Omahoidossa onnistumisen/epäonnistumisen läpikäynti auttoi näkemään asioita, joita minun pitää muuttaa omahoidon tavoitteiden saavuttamiseksi	(n=11)	(n=0)
120	Omahoidossa onnistumisen/epäonnistumisen pohtiminen motivoi omahoidon jatkamista	(n=11)	(n=0)

Hoidonohjauksen **arvioinnissa on** mielestäni **tärkeää:**

121	Onnistumisien arviointi	(n=12)	(n=0)
122	Epäonnistumisien arviointi	(n=8)	(n=2)
123	Tavoitteiden saavuttamisen arviointi	(n=12)	(n=0)
124	Nykyisten elintapojen arviointi	(n=13)	(n=0)
125	Nykyisen elämänlaadun arviointi	(n=11)	(n=0)
126	Hoitotyytyväisyyden arviointi	(n=12)	(n=0)
127	Elämäntapamuutoksen vaikutusten arviointi	(n=11)	(n=1)

		<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>
128	Hoidonohjauksen avulla sain tehtyä positiivisia muutoksia elämäntapoihin	(n=22)	(n=3)

Hoidonohjaus **auttoi** minua **muuttamaan elämäntapojani:**

129	Painonhallinnan suhteen	(n=21)	(n=3)
130	Liikunnan suhteen	(n=22)	(n=3)
131	Ravitsemuksen suhteen	(n=25)	(n=1)
132	Alkoholinkäytön suhteen	(n=6)	(n=10)
133	Tupakoinnin suhteen	(n=4)	(n=12)
134	Ohjaus on tärkeää elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä	(n=24)	(n=0)

---

## TAUSTATIEDOT

- 135 Sukupuoli:
- 1 Mies (n=9)
  - 2 Nainen (n=18)
- 136 Ikä \_\_\_\_\_ (n=26)
- 137 Pituus \_\_\_\_\_ (n=25)
- 138 Paino \_\_\_\_\_ (n=25)
- 139 Tupakoin:
- 1 Kyllä (n=1)
  - 2 En (n=22)
  - 3 Olen lopettanut (n=4)

Käytän alkoholia:

*(Yksi annos alkoholia = viinilasi 12 cl, väkevä viini 8 cl, Kesiolut 33 cl, Siideri 33 cl, viina 4 cl.)*

### **Miehet:**

- 140 Viikossa alle 20 annosta
- 1 Kyllä (n=8)
  - 2 Ei, käytän viikossa enemmän kuin 20 annosta (n=0)
  - 3 En käytä alkoholia (*siirtykää kohtaan 144*) (n=1)
- 141 Kerralla 7 annosta tai vähemmän (n=7)
- 1 Kyllä (n=0)

### **Naiset:**

- 142 Viikossa alle 16 annosta
- 1 Kyllä (n=6)
  - 2 Ei, käytän viikossa enemmän kuin 16 annosta (n=0)
  - 3 En käytä alkoholia (*siirtykää kohtaan 144*) (n=8)
- 143 Kerralla 5 annosta vai vähemmän
- 1 Kyllä (n=8)
  - 2 Ei, käytän kerralla enemmän alkoholia kuin 5 annosta (n=1)

- 144 Suvussani esiintyy tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä:
- 1 Kyllä (n=17)
  - 2 Ei (n=6)

Vastatkaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä "kyllä" tai "ei" nykyisen tilanteen perusteella.  
Pistäkää väittämän kohdalle rasti, jos tilanne oli toinen ennen hoidonohjausten aloittamista.

		<u>Kyllä</u>	<u>Ei</u>		
145	Verenpaineeni on alle 140/85	(n=16)	(n=7)	<input type="checkbox"/>	(n=4)
146	Minulla on säännöllinen verenpainelääkitys	(n=15)	(n=9)	<input type="checkbox"/>	(n=2)
147	Kokonaiskolesterolini on alle 5	(n=13)	(n=10)	<input type="checkbox"/>	(n=0)
148	Minulla on säännöllinen kolesterolilääkitys	(n=16)	(n=9)	<input type="checkbox"/>	(n=0)
149	Paastosokerini on alle 6	(n=14)	(n=11)	<input type="checkbox"/>	(n=2)
150	Kahden tunnin sokeriarvoni on alle 8.8	(n=16)	(n=7)	<input type="checkbox"/>	(n=1)

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!!**

**HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA**

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Rauman toimipisteessä terveydenhoitajaksi ja tutkintooni kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aiheena on tyypin 2 diabeteksen riskipotilaiden hoidonohjaus sairaanhoitajan vastaanotolla. Työn tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskissä olevien kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvää hoidonohjausta voitaisiin kehittää entistäkin paremmaksi.

Tutkimuksen aineisto kerätään kyselylomakkeen avulla. Tutkimukseen **osallistuminen on täysin vapaaehtoista** ja kyselyyn **vastataan täysin nimettömästi**. Vastaukset käsitellään **luottamuksellisesti** ja tuloksia hyödynnetään vain tähän tutkimukseen. Kyselyn mukana tullessa vastauskuoressa osoite ja postimerkki ovat valmiina, joten **vastaamisesta ei aiheudu postikuluja**.

Osallistutthän tutkimukseen täyttämällä oheisen kyselylomakkeen ja postittamalla sen minulle **viikon sisällä**.

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori THM Elina Lahtinen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Rauman toimipisteestä. Tutkimustulokset on tarkoitus raportoida joulukuussa 2010.

**KIITOS JO ETUKÄTEEN VAIVANNÄÖSTÄNNE!!**

Ystävällisin terveisin,

Essi Mäkelä  
Keskuskatu [REDACTED]  
23800 Laitila  
puh. 050-[REDACTED]  
[essi.makela@student.samk.fi](mailto:essi.makela@student.samk.fi)

P.S. Jos Teillä heräsi kysymyksiä tutkimukseen liittyen, vastaan niihin mielelläni.

## HYVÄ KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUKSEEN OSALLISTUJA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Rauman toimipisteessä terveydenhoitajaksi ja tutkintooni kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aiheena on tyypin 2 diabeteksen riskipotilaiden hoidonohjaus. Työn tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskissä olevien kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvää hoidonohjausta voitaisiin kehittää entistäkin paremmaksi.

Tutkimuksen aineisto kerätään kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake pitää aina esitellä ennen varsinaista aineiston keräämistä. Teidät on valittu tämän tutkimuksen esitestausryhmään. Tutkimukseen ja esitestaukseen **osallistuminen on täysin vapaaehtoista** ja kyselyyn **vastataan täysin nimettömästi**. Jos kyselylomakkeeseen ei esitestauksen jälkeen tule merkittäviä muutoksia, otetaan esitestaukseen vastanneiden kyselylomakkeet huomioon myös varsinaisessa aineistokeruussa.

Osallistutthän tutkimukseen ja esitestaukseen täyttämällä oheisen kyselylomakkeen ja kommentoimalla sitä. **Postittakaa lomake viikon sisällä minulle**. Kyselyn mukana tullessa vastauskuoressa osoite ja postimerkki ovat valmiina, joten **vastaamisesta ei aiheudu postikuluja**.

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori THM Elina Lahtinen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Rauman toimipisteestä. Tutkimustulokset on tarkoitus raportoida joulukuussa 2010.

KIITOS JO ETUKÄTEEN VAIVANÄÖSTÄNNE JA AURINKOISTA KESÄÄ

TEILLE!!

Ystävällisin terveisin,

Essi Mäkelä

Keskuskatu [REDACTED]

23800 Laitila

puh. 050- [REDACTED]

[essi.makela@student.samk.fi](mailto:essi.makela@student.samk.fi)

P.S. Jos Teillä heräsi kysymyksiä kyselyyn liittyen, vastaan niihin mielelläni.

**Ohjeita esitestaukseen:**

Kommentoikaa esimerkiksi

- kysymysten ymmärrettävyyttä
- vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyyttä ja sopivuutta
- ohjeiden ymmärrettävyyttä
- vastaamisen vaativuutta
- kuinka kauan aikaa Teillä meni lomakkeen täyttämiseen
- lomakkeen selkeyttä ja ulkoasua

**Kirjoittakaa kommenttinne kyselylomakkeeseen kommentoitavan asian kohdalle.**

**KIITOS OSALLISTUMISESTANNE!!**





RAUMAN TERVEYSKESKUS

1(2)

## OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN	TEKIJÄ
Sukunimi Mäkelä	Etunimet Essi-Leena Anneli
Osoite Keskuskatu [REDACTED] 23800 LAITILA	
Puhelin 050 [REDACTED]	Sähköpostiosoite essi.makela@student.samk.fi
<b>Muut tekijät</b> Suku- ja etunimi -	
Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö, nimi Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala Rauma	
Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma/terveydenhoitotyö	

## OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA

Nimi Elina Lahtinen	
Toimipaikka ja osoite Sosiaali- ja terveysala, Steniuksenkatu 8, 26100 RAUMA	Puhelin 02-6203555
Sähköpostiosoite elina.lahtinen@samk.fi	
Oppiarvo ja ammatti THM, Lehtori	


## YHTEYSHENKILÖ(T) TUTKIMUSORGANISAATIOSSA

Ammattikorkeakouluissa tehtävistä opinnäytetöistä tekijän tulee ottaa yhteys ennen varsinaisen luvan hakua kohteena olevan yksikön esimieheen tai muuhun vastaavaan henkilöön ja sopia alustavasti tutkimuslähtökohdat.	
Nimi ja yksikkö Anne Vertainen-Hiironen, Rauman kaupungin terveys- viraston lääkärin ja hoitajien vastaanotto	Puhelin ja sähköpostiosoite 02-8352675 anne.vertainen-hiironen@rauma.fi

**OPINNÄYTETYÖ/TUTKIMUS**

Opinnäytetyön/tutkimuksen nimi Tyypin 2 diabeteksen hoidonohjaus lääkärien ja hoitajien vastaanotolla	
Opinnäytetyön/tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____	
<p>Lyhyt yhteenveto (tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointitapa, tutkimuksen merkityksen arviointi, eettiset näkökohdat)</p> <p>Opinnäytetyön aiheena on tyypin 2 diabeteksen hoidonohjaus. Tarkoituksena on selvittää diabeetikoiden kokemuksia saamastaan hoidonohjauksesta. Tutkimuksessa kartoitetaan, miten diabeetikot ovat kokeneet hoidonohjauksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Tavoitteena on saada tietoa, jolla voitaisiin kehittää tyypin 2 diabetekseen liittyvää hoidonohjausta. Teoreettisena taustana on käytetty mm. kokoomateosta Diabetes(Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, T. &amp; Sane, T. (toim.) 2007), Ohjaaminen hoitotyössä -teosta(Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. &amp; Renfors T. 2007) sekä Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus -teosta (Turku, R. 2007). Aineistonkeruu toteutetaan strukturoidun kyselylomakkeen avulla, joka jaetaan kohdejoukolle hoidonohjauskertojen yhteydessä lääkärien ja hoitajien vastaanotolla. Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista ja kyselyyn vastataan nimettömästi. Saatua aineisto käsitellään tilastollisesti ja raportoidaan joulukuussa 2010.</p>	
<p>Hakemuksen liitteet (rastita):</p> <input checked="" type="checkbox"/> tutkimussuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> kyselylomake <input type="checkbox"/> muu _____	
Aineiston keruu-aika (alkaa/päätyy) Aloitetaan keväällä 2010	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika Joulukuu 2010

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIJAN SITOUMUS JA ALLEKIRJOITUS**

<p>Sitoudun noudattamaan ehdotonta vaihtoehtoisuutta ja luovuttamaan korvauksetta tutkimuksesta sen valmistuttua kaksi kappaletta (toinen kansittettuna ja toinen kansittamattomana) Rauman terveyskeskukselle. Ilmoitan tutkimuksen mahdollisesta keskeytymisestä kirjallisesti.</p> <p><b>Tutkimustulokset luovutetaan organisaation käyttöön.</b></p>	
Päiväys	Allekirjoitus ja nimen selvennys
15 / 04 2010	 Essi Mäkelä

**Hakemuksen ja valmistuneen opinnäytetyön/tutkimuksen palautus:**

**Rauman terveyskeskus  
Tutkimukset/Kristiina Kuusio  
Steniuksenkatu 2  
26100 Rauma  
puhelinvaihte 02 83511**



RAUMAN TERVEYSKESKUS

## PÄÄTÖS OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEEN

## OPINNÄYTETYÖ/TUTKIMUS

Nimi  
Tyypin 2 diabeteksen hoidonohjaus lääkärin ja hoitajien vastaanotolla

Tekijä  
Essi-Leena Mäkelä

## PÄÄTÖS

- Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin
- Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä.
  - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.
  - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä.
  - Mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan
- Muut ehdot
- Tutkimuslupaa ei myönnetä  
Perustelut
- Perustelut liitteenä

Päätätjä Allekirjoitus  
Johtava ylilääkäri *Essi-Leena Mäkelä*  
Päiväys 28.4.2010  
Raumalla

## LIITTEET

Opinnäytetyö/tutkimuslupahakemus ja siihen liittyvät asiakirjat

## PÄÄTÖKSEN JAKELU

1. Hakija Päiväys 29/4 2010  Lähetetty  Luovutettu  
2. Yhteyshenkilö tutkimusorganisaatiossa Anne Vertainen-Miironen  
3. Päätöspöytäkirjan kopio ja alkuperäiskappale opinnäytetyö-/tutkimuslupahakemuksesta hallintoon