

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2012

Kaisu Rautanen, Johanna Sihvonen & Silja Tolvanen

HYVÄT PAHAT ELÄMÄNTAVAT

– Tietoa tyypin 2 diabeteksestä ikääntyneille
virtuaalivälitteisten lähetysten avulla



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

2012 | 66+15

Sari Asteljoki

Kaisu Rautanen, Johanna Sihvonen & Silja Tolvanen

HYVÄT PAHAT ELÄMÄNTAVAT – Tietoa tyypin 2 diabeteksestä ikääntyneille virtuaalivälitteisten lähetysten avulla

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli hyvän ja laadukkaan ohjelmasisällön tuottaminen sekä tiedon jakaminen VIRTU-kanavan välityksellä. Tavoitteena oli antaa ajantasaista tietoa lähetyksiin osallistuville ikääntyneille tyypin 2 diabeteksestä ja sen ennaltaehkäisystä sekä hoidosta elämäntavoilla. Tässä työssä elämäntavoilla tarkoitetaan ravitsemusta ja liikuntaa. Yksinasuville ikääntyneille sekä omaishoitajille ja kuntoutujille suunniteltiin ja toteutettiin neljä vuorovaikutuksellista lähetystä. Kahden ensimmäisen lähetysten aiheena oli tyypin 2 diabetes ja kahden viimeisen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito elämäntavoilla. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli VIRTU-projekti, ja työ toteutettiin yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun hyvinvointipalvelujen ja Naantalin kaupungin kanssa.

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta: VIRTU-kanavalla pidetyistä neljästä lähetyksestä ja niiden raportoinnista. Lähetystyö varten laadittiin teoriapohja tyypin 2 diabeteksestä, sen ennaltaehkäisystä ja hoidosta elämäntavoilla, ikääntyneistä ja ohjauksesta. Tiedon jakaminen lähetyksissä tapahtui virtuaalivälitteisen ohjauksen avulla. Toiminnallisessa osuudessa onnistuttiin tuottamaan hyvää ja laadukasta ohjelmasisältöä lähetyksiin. Ohjelmasisällön laatuun ja luotettavuuteen panostettiin käyttämällä mahdollisimman uutta, luotettavista lähteistä peräisin olevaa tietoa lähteenä.

Lähetysten perusteella VIRTU-projektissa käytettävä teknologia on hyödyllistä muun muassa sen mahdollistaman sosiaalisen vuorovaikutuksen takia. Tiedon jakaminen ja asiakasohjaus soveltuvat hyvin VIRTU-kanavalle. VIRTU-kanava voi myös tarjota yksinäisille ikääntyneille mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen esimerkiksi muiden ikääntyneiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa pitkistä välimatkoista ja fyysisistä rajoituksista huolimatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voisivat hyödyntää tällaista teknologiaa tarjoamalla erilaisia vuorovaikutuksellisia hyvinvointipalveluita, jotka eivät korvaa, vaan täydentävät aikaisempia palvelumuotoja.

ASIASANAT:

Tyypin 2 diabetes, ennaltaehkäisy, ravitsemus, liikunta, ikääntyneet, verkko-ohjaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nurse

2012| 66+15

Sari Asteljoki

Kaisu Rautanen, Johanna Sihvonen & Silja Tolvanen

GOOD BAD LIFESTYLE HABITS - Information about type 2 diabetes for aged people by live video broadcasts

The purpose of this practice-based thesis was to make good and high-quality content of programs and to give information by VIRTU-channel. The aim of this thesis was to give current information of type 2 diabetes and its prevention and care by lifestyle habits to the aged who participate our broadcasts. In this work lifestyle habits mean nutrition and exercise. We sent four interactive live video broadcasts for the aged who live alone and those who care for close relatives. The subject of the first two live video broadcasts was type 2 diabetes and the subject of the last two live video broadcasts was prevention of type 2 diabetes. This thesis is commissioned by the order of the VIRTU-project which was carried out in co-operation with the welfare cares of Turku University of Applied Sciences and the city of Naantali.

This practice-based thesis consists of two parts: the four live video broadcasts sent by the VIRTU-channel and report of those. Theoretical base consisted of type 2 diabetes and its prevention and care by lifestyle habits, aged and customer based guidance for the live video broadcasts. The information in the broadcasts was shared by interactive virtual counseling. Good and high-quality information was given successfully in the live video broadcasts. For the content of programs was invested by using the newest information and the information was collected from reliable sources.

Based on the live video broadcasts the technology used by the VIRTU-project is useful because it enables social interactions, for example. Sharing information and giving customer based counseling would be suitable for the VIRTU-channel. The VIRTU-channel could also provide interaction with other aged people and the health care professionals for the aged despite of long distances and physiological restrictions. The health care professionals could take advantage of this kind of technology by providing different kinds of interactive welfare cares which are not to replace, but to complete old forms of services.

KEYWORDS:

Type 2 diabetes, prevention, nutrition, exercise, aged, network guidance

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS	8
3 IKÄÄNTYMISEN TUOMAT MUUTOKSET	12
3.1 Ikääntymisen fysiologiset muutokset ja vaikutukset ravitsemukseen	12
3.2 Energiatasapainon häiriöt ikääntyneillä	14
3.3 Liikunnan vaikutukset ikääntyessä	15
3.4 Ikääntyneiden viestintävalmiudet	16
4 TYYPIN 2 DIABETES	19
4.1 Taudinkuva	19
4.2 Taudin syntyyn vaikuttavat tekijät ja diagnosointi	20
5 TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISY IKÄÄNTYNEILLÄ	23
5.1 Ravitsemus	23
5.1.1 Ravitsemussuositukset	24
5.1.2 Ennaltaehkäisy ravitsemuksen avulla	26
5.2 Liikunta	28
5.2.1 Ikääntyneiden liikuntasuositukset	28
5.2.2 Ennaltaehkäisy liikunnan avulla	30
5.3 Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyprojekteja	31
6 ASIAKASOHJAUKSEN TOTEUTUS TERVEYDENHUOLLOSSA	35
6.1 Fyysiset ja psyykkiset taustatekijät	36
6.2 Sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät	38
6.3 Vuorovaikutus ja viestintä ohjaustilanteessa	38
6.4 Ryhmäohjaus	40
6.5 Demonstraatio	43
6.6 Asiakasohjauksen haasteet	44
6.7 Virtuaalivälitteinen ohjaus	45
7 LÄHETYSTEN RAPORTOINTI	47
7.1 Suunnittelu	48
7.2 Tavoitteet ja toteutus	50

7.2.1 Lähetykset tyypin 2 diabeteksestä	51
7.2.2 Tyypin 2 diabetesta käsittelevien lähetysten arviointi	52
7.2.3 Lähetykset tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä ja hoidosta elämätavoilla	53
7.2.4 Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä ja hoitoa elämätavoilla käsittelevien lähetysten arviointi	54
7.3 Yhteenveto	56
8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	57
9 POHDINTA	59
LÄHTEET	63

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimukset.

Liite 2. Tyypin 2 diabetes -lähetysten power point -esitys.

Liite 3. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito elämätavoilla -lähetysten power point -esitys.

Liite 4. Lähetysten ohjelmarungot.

1 JOHDANTO

Elinikä Suomessa on kasvussa lähivuosina, mikä asettaa uusia haasteita vastata hoidon ja hoivan tarpeisiin (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 5). Vanhuspalveluiden tarpeen ja ikääntyneiden määrän lisääntyessä, sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee uusia keinoja luoda palveluita. Haasteellisuutta lisäävät maantieteelliset rajoitteet, pitkät välimatkat ja henkilökunnan saatavuus alati muuttuvien tarpeiden mukaisesti. (VIRTU-projekti 2011.)

VIRTU-projektin tavoitteena on virtuaalisten teknologioiden hyödyntäminen luoden saaristoalueille toimivan sosiaali- ja terveystalouden mallin, joka tukee saaristossa asuvien vanhusten kotona asumista, sosiaalista vuorovaikutusta, parantaa elämänlaatua ja lisää turvallisuutta. (VIRTU-projekti 2011.) Tukiverkoston ja erityisesti omaishoitajien tuki on erittäin tärkeä kotona asuvan ikääntyneen hyvinvoinnin kannalta. Omaishoitajan turvin ikääntynyt pystyy elämään kotona pidempään. Omaishoitaminen on henkisesti ja fyysisesti rankkaa, jolloin tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten apua ja neuvoja. (ETENE 2008, 11.)

Vanhusten hoitoon kehitetään jatkuvasti uusia teknisiä apuvälineitä paremman turvallisuuden ja hoidon takaamiseksi. Tällaisia apuvälineitä ovat esimerkiksi kulunvalvonta, kuunteluyhteydet ja elektroninen seuranta. Tekniikka voi parantaa ja helpottaa vanhuksen hoitoa, mutta se ei kuitenkaan korvaa inhimillistä hoivaa ja huolenpitoa. Tekniikan sopivuus tulee arvioida ensisijaisesti vanhuksen näkökulmasta, mutta se vaikuttaa myös hoitotyöntekijöiden työhön. (ETENE 2008, 8.)

Tyypin 2 diabetes on alati kasvava kansansairaus niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa (Käypähoito 2011). Sen vaikean todentamisen, hitaan etenemisen ja mahdollisten selvien oireiden puuttumisen johdosta se todetaan yleensä vasta myöhäisessä aikuisiässä tai eläkeiässä (Aro ym. 2007, 8). Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus on osoittanut ensimmäisenä

maailmassa, että tyypin 2 diabetes voidaan ennaltaehkäistä elintapamuutoksilla (Diabetesliitto 2011, 24).

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on hyvän ja laadukkaan ohjelmasisällön tuottaminen sekä tiedon jakaminen lähetyksissä VIRTU-kanavan välityksellä. Tavoitteenamme on ajantasaisen tiedon antaminen lähetyksiimme osallistuville ikääntyneille tyypin 2 diabeteksestä ja sen ennaltaehkäisystä sekä hoidosta elämäntavoilla. Pohdimme näiden tavoitteiden saavuttamista työn lopussa.

Opinnäytetyössämme käsittelemme tyypin 2 diabetesta yleisesti, sen ennaltaehkäisykeinoja ja hoitoa ravitsemuksen ja liikunnan avulla, koska nämä olivat lähetystemme aiheet. Lisäksi kerromme ikääntymisen tuomista fyysisistä muutoksista ja niiden vaikutuksesta ravitsemukseen ja liikuntaan, jotta ymmärtäisimme paremmin ikääntyneiden tarpeita. Perehdymme myös asiakasohjaukseen ja sen vuorovaikutuksellisuuteen huomioiden virtuaalisen ohjauksen erityispiirteet. Työssämme tuomme lisäksi esille lyhyesti, miten yhteiskunta on vastannut tyypin 2 diabeteksen yleistymisen mukana tuomiin haasteisiin ja tarpeisiin. Olemme käyttäneet teoretietoa hyväksemme laatiessamme toiminnallista osuutta. Raportointiosuudessa kerromme opinnäytetyöprosessista sekä lähetysten suunnittelusta, tavoitteista, toteutuksesta ja arvioinnista. Käsittelemme myös työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi pohdimme työn onnistumista, esille tulleita ongelmakohtia sekä hyödynnettävyyttä tulevaisuudessa käytännön hoitotyössä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on hyvän ja laadukkaan ohjelmasisällön tuottaminen sekä tiedon jakaminen VIRTU-kanavan välityksellä. Tavoitteenamme on antaa ajantasaista tietoa lähetyksiin osallistuville ikääntyneille tyypin 2 diabeteksestä ja sen ennaltaehkäisystä sekä hoidosta elämäntavoilla. Tässä työssä tarkoitamme elämäntavoilla ravitsemusta ja liikuntaa. Suunnittelemme ja toteutamme yksinasuville ikääntyneille sekä omaishoitajille ja kuntoutujille neljä vuorovaikutuksellista lähetystä. Kahden ensimmäisen lähetyksen aiheena on tyypin 2 diabetes ja kahden viimeisen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito elämäntavoilla.

Toiminnallinen opinnäytetyö poikkeaa ammattikorkeakoulun perinteisestä tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on luoda esimerkiksi ohjeistamista, opastamista tai järjestää toimintaa käytäntöön. Toteutustapa voi olla muun muassa perehdyttämisopas, kirja, kansio tai jokin tapahtuma. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta: tuotoksesta eli produktista ja sen raportoinnista. Tärkeää on, että käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnällisin keinoin yhdistyvät. Opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja tutkittuun tietoon perustuva. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 65.) Tässä työssä toiminnallinen osuus koostuu VIRTU-kanavalla pidetyistä vuorovaikutuksellisista lähetyksistä.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja oli Turun ammattikorkeakoulun hyvinvointipalveluihin kuuluva VIRTU-projekti. Toimeksiantosopimukset (Liite 1) tehtiin saadaksemme luvan opinnäytetyön tekemiseen. Projektin yhteyshenkilönä toimi lehtori Anu Kuikkaniemi ja ohjaavana opettajanamme terveystalon tulosalueelta lehtori Sari Asteljoki. Toiminnallinen opinnäytetyömme toteutetaan yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun hyvinvointipalveluiden, VIRTU-projektin ja Naantalın kaupungin kanssa.

Naantalien kaupungin yhteyshenkilöt, ohjaava opettajamme ja VIRTU-projektin yhteyshenkilö olivat sopineet keskenään ryhmämme kahdeksasta opinnäytetyöaiheesta, joista ryhmämme pitää 24 vuorovaikutuksellista lähetystä. Arvoimme aiheet ryhmämme kesken ja me saimme aiheeksemme diabeteksen. Rajasimme aiheen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn, koska se on yleistymässä oleva sairaus ja ajattelimme aiheen sisältävän mielenkiintoista ja hyödyllistä tietoa kohderyhmällemme. Aihe on tärkeä kohderyhmällemme, koska tyypin 2 diabetes todetaan yleensä vasta myöhäisessä aikuisiässä tai eläkeiässä (Aro ym. 2007, 8). Myöhemmin sisällytimme aiheeseemme myös tyypin 2 diabeteksen hoidon elämäntapamuutoksilla, koska terveellisillä elämäntavoilla voidaan sekä ennaltaehkäistä että hoitaa kyseistä sairautta (Käypähoito 2011).

Opinnäytetyöprosessin alussa saimme VIRTU-projektin yhteyshenkilöltä tietoa kohderyhmästämme, joka on jaettu Telkät- ja Tiirat-ryhmiin. Telkät-ryhmä koostuu kymmenestä yksinasuvasta ikääntyneestä ja Tiirat-ryhmä yhdeksästä omaishoitajasta ja kuntoutujasta. Kohderyhmämme tiedossa olevat iät ovat jakautuneet noin 60–91 vuoden välille.

Omaishoitaja on henkilö, joka hoitaa omaistaan tai hänelle läheistä henkilöä. Omaishoidettava voi olla vammainen, vanhus tai sairas ja häntä hoidetaan kotiloissa. (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.) Kuntoutuja on kuntoutuspalveluja hakeva, tarvitseva tai käyttävä henkilö (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 13.6.2003/497). Kuntoutuja voi olla esimerkiksi sairas, vammainen tai vajaatoimintakykyinen henkilö, jonka toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia pyritään edistämään kuntoutuksella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a).

“Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands” eli VIRTU on EU-projekti, jonka tarkoituksena on testata vuorovaikutteisen teknologian käyttöä yhdessä kuntien, ikääntyneiden ja ammattikorkeakoulujen kanssa vuosina 2010–2013. VIRTU-projekti kohdistuu Viron, Ahvenanmaan ja Suomen saaristoalueilla asuville ikääntyneille, paikallisille yrityksille, kolmannen sektorin toimijoille ja kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöille. Samalla hankkeeseen

pääsevät osallistumaan ikääntyneiden omaiset, teknologiatoimittajat, kuntapäättäjät ja sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat. VIRTU-projektissa palvelun käyttäjä voi samanaikaisesti olla yhteydessä yhteen tai useampaan henkilöön kuva- ja äänivälitteisesti. (VIRTU-projekti 2011.)

Aikaisemmin tällaista vuorovaikutteista ohjelmatuotantoa on toteutettu KOTIIN-hankkeessa vuosina 2006–2008. Kyseessä oli tutkimus- ja kehitystyön tuloksena syntynyt Laurea-ammattikorkeakoulun, TDC Songin, Videran ja Espoon kaupungin yhteinen ohjelmatuotantoa tarjoava HyvinvointiTV. KOTIIN-hankkeen tarkoituksena oli HyvinvointiTV:n välityksellä tuottaa, tutkia ja kehittää interaktiivista ohjelmatuotantoa yli 65-vuotiaille kotona tai palvelutalossa asuville ikääntyville, joilla oli korkea riski sairastua. KOTIIN-hankkeen tuloksena laadittiin virtuaalinen ohjaus- ja neuvontapalvelukonsepti. Lisäksi muodostettiin käsitteellinen malli HyvinvointiTV:n merkityksestä arkeen, sosiaalisuuteen, toimintaan, tietämiseen ja elämään. (Lehto 2008.)

Tiedonhaun avulla rakensimme teoriapohjan työllemme. Tiedonhakuja ohjaavia kysymyksiä olivat:

- Mitä tyypin 2 diabetes tarkoittaa?
- Minkälaisia ovat ikääntyneiden ravitsemus- ja liikuntasuositukset?
- Miten tyypin 2 diabetesta voidaan ennaltaehkäistä?
- Minkälaista on hyvä asiakasohjaus?
- Miten virtuaaliohjaus eroaa kasvokkain tapahtuvasta asiakasohjauksesta?

Haimme tietoa tietokannoista, joita olivat MEDIC, CINAHL, MEDLINE ja PubMed. Keskeisiä käyttämiämme suomalaisia hakusanoja olivat: tyypin 2 diabetes, ennaltaehkäisy, ikääntynyt, liikunta ja ravitsemus. Käytetyimpiä englanninkielisiä hakusanoja olivat: type 2 diabetes, prevention, elderly, aged, exercise ja nutrition. Rajasimme haut kokoteksteihin ja vuosiin 2002–2012. Käyttämämme tutkimusten mukaanottokriteerejä olivat luotettavuus, sisällön vastaaminen työmme tarpeisiin sekä mahdollisimman uusi, enintään kymmenen vuotta vanha tutkimustieto. Arvioimme tutkimusten luotettavuutta tutkimuksen

tekijöiden arvonimien ja tutkimuksen julkaisijan sekä julkaisuajankohdan perusteella. Muuta kirjallisuutta on haettu kirjastojen tiedonhakukannoista, Vaskista ja Aurasta. Muita tiedonhaussa käytettyjä sivustoja olivat muun muassa Terveysportti, Terveiden- ja hyvinvointilaitos, Sairaanhoidajaliitto, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Diabetesliiton julkaisut.

3 IKÄÄNTYMISEN TUOMAT MUUTOKSET

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (2008, 6) mukaan ikääntymisen vaikutukset ja niiden tuomat muutokset ovat yksilöllisiä ja siksi myös sen määrittäminen on vaikeaa. Ikääntyminen saa elimistössä aikaan pysyviä fysiologisia muutoksia. Ihmisen vanhetessa elintoiminnot muuttuvat ja krooniset sairaudet lisääntyvät. Toimintakyvyn heikentyessä ikääntyneet tarvitsevat enemmän toisten tukea. Toimintakyky on suoriutumista arkipäiväisistä askareista, joihin tarvitaan kykyä liikkua, nähdä, kuulla, muistaa, oppia ja kykyä tulla toimeen muiden ihmisten kanssa (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012). Kalenteri- ja eläkeikä ovat suuntaa antavia määrityksiä vanhoille ihmisille (ETENE 2008, 6). Suomessa 63–68-vuotias voi jäädä vanhuseläkkeelle (STM 2011b). Työssämme käytämme kohderyhmästä käsitteitä ikääntynyt ja ikääntyneet.

3.1 Ikääntymisen fysiologiset muutokset ja vaikutukset ravitsemukseen

Lihasmassan vähenemisen ja rasvakudoksen lisääntymisen vuoksi ikääntyneen energiantarve on alhaisempi kuin ennen. Ravintoaineiden imeytyminen heikkenee, jolloin niiden riittävään saantiin on kiinnitettävä huomiota puutostilojen ehkäisemiseksi. Ikääntyneiden ruokavalion haasteena on saada pienemmästä ruokamäärästä riittävästi ravintoaineita. (Aro ym. 2007, 29.) Ikääntyneillä on kehossaan 50–60 prosenttia vettä. Koska vettä on vähemmän kuin nuoremmilla, myös nestevajaus voi ikääntyneillä olla vakavampaa. Nestetarve vuorokaudessa on noin 30 millilitraa painokiloa kohti. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.Y. 2006, 46.)

Ikääntyessä ruokahalu usein heikkenee ja syöminen vähenee. Tällöin ikääntyneille suositellaan kevyttuotteiden sijaan valmisteita, jotka sisältävät kohtalaisesti tai hieman runsaammin rasvaa. Ruokien energia- ja ravintoainetiheyttä voidaan kasvattaa lisäämällä ruokiin öljyä, jolloin hyvän

rasvan ja välttämättömien rasvahappojen saanti tulee taattua. (RTY 2006, 17, 21.) Ikääntyessä makunystyröiden määrä vähenee, kyky maistaa hapanta, makeaa ja suolaista heikkenee ja hajuaisti huononee. Myös näkö- ja kuuloaistit usein heikkenevät. Aistien huonontuminen vaikuttaa oleellisesti ruoan maun aistimiseen ja siitä saatavan nautinnon vähenemiseen. (Aro ym. 2007, 29.) Heikentynyt näkökyky hankaloittaa ruokailua, kaupassakäyntiä, ruoanlaittoa ja ruoan ulkonäön aistimista (Aro ym. 2007, 29; RTY 2006, 11).

Ruokailutilanne on sosiaalinen tapahtuma, mihin muun muassa ympäristö ja tunnelma vaikuttavat (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33). Yksinjääminen voi vaikuttaa ikääntyneen ruokailuun ja ruoan valmistaminen vain itselle voi tuntua turhauttavalta. Ruokaseura voi motivoida terveellisen ja täyspainoisen ravitsemuksen toteuttamiseen. Omaiset ja kotihoidon työntekijät voivat auttaa ravitsemuksen suunnittelussa ja motivoinnissa. (RTY 2006, 20.) Ruoan hyvä tuoksu ja ulkonäkö tuottavat mielihyvää (VRN 2010, 33). Ruokailussa tulee kiinnittää huomiota ruokailutilan koristeluun, siisteyteen ja rauhallisuuteen sekä siihen tulee varata riittävästi aikaa. Ruokailu mahdollistaa ikääntyneiden aktivoimisen ja kuntoutuksen. (RTY 2006, 16.)

Edellytykset hyvälle terveydentilalle ja ravitsemukselle luodaan terveellisellä ruokavaliolla. Ikääntyneen toimintakykyä vahvistaa monipuolinen ruokavalio, josta saa riittävästi tarvittavia ravintoaineita. Ruoan laatuun tulee kiinnittää huomiota, koska veren sokeri- ja rasva-arvot riippuvat syödyistä ruuista. Ruoan tarkoitus ei ole ainoastaan energiansaannin turvaaminen, vaan se vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin. Myönteinen asenne syömiseen on olennainen osa ruokailua, erityisesti silloin kun ruokavalioon tehdään muutoksia. (Aro ym. 2007, 28.) Ikääntyneiden ravitsemusneuvonnassa tulee ottaa huomioon mahdolliset suuretkin terveyserot. Ravitsemusneuvonnan tulisi olla kannustavaa ja myönteistä, jotta neuvot menisivät perille. Myös ikääntyneiden omia kokemuksia tulee kuunnella ja arvostaa. (RTY 2006, 51.)

3.2 Energiatasapainon häiriöt ikääntyneillä

Yli 80-vuotiailla aliravitsemuksen riski kasvaa laihutumisen ja liian vähäisen energiansaannin myötä. Normaali- tai ylipainoisilla ikääntyneillä voi myös olla heikentynyt ravitsemustila, mikä voi johtua esimerkiksi yksipuolisesta ruokavaliosta tai runsaasta alkoholin käytöstä. Ylipaino ei merkitse hyvää ravitsemustilaa. Ikääntyneille ihmisille ei voi suositella laihduttamista, mutta painonhallinta ja lihomisen ehkäisy on tärkeää. (VRN 2010, 12–17, 25.)

Lihavuus johtuu energian kulutusta suuremmasta energiansaannista, jolloin elimistöön kertyy rasvaa. Kehon painoindeksi, Body Mass Index (BMI), mittaa painon sopivuutta. Suositeltu painoindeksi aikuisille on 18,5-25kg/m². (VRN 2005.) Ikääntyneiden ihmisten lihavuus ei ole niin yleistä kuin nuoremmalla väestöllä. Ikääntyessä kehon koostumuksen muuttuminen vaikeuttaa painoindeksin laskemista. Pituus lyhenee ja kehon rasvan suhteellinen osuus lisääntyy. (VRN 2010, 39.) BMI ei kuitenkaan osoita eroa sijaitseeko rasva ihonalaiskudoksessa vai sisäelinten ympärillä. Juuri sisäelinten ympärille kertyvä rasva on vaarallista, ja tätä kutsutaan keskivartalolihavuudeksi. (Heikkilä 2008, 27.)

Keski-ikäisen ylipaino ennakoii pitkällä aikavälillä toiminnanvajeita, riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen ja ennen aikaista kuolemaa. Ikääntyneillä ylipaino ja jopa lievä lihavuus saattavat olla ennen aikaisen kuoleman riskiltä suojaavia tekijöitä. Suurimmassa riskissä kuolla ennen aikaisesti ovat alipainoiset ja hyvin lihavat, kun taas lievästi lihavilla on parhain elinajanennuste. Alipainoiset vanhukset ovat usein sairaimpia ja hauraimpia ja siksi heidän elinajanennusteensa on huono. Keski-ikäiset, joilla ylipaino altistaa sairauksille, ovat jo ehtineet kuolla ennen vanhuusikää. Ihmiset, jotka lihovat vasta ikääntyneinä, eivät ehdi sairastua elintapasairauksiin. Pelkällä painoindeksillä ja lihavuudella ei voida määritellä elinajanennustetta, vaan tarkastelun kohteeksi on otettava myös fyysinen kunto ja liikuntatottumukset. (VRN 2010, 40.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että toiminnanvajeet ovat voimakkaampia heillä, joilla lihavuus on kestänyt pitkään. Laihtuneilla ennenaikaisen kuoleman riski säilyy ennallaan, mutta heidän fyysiset toimintakykynsä ovat paremmat kuin niillä, jotka eivät ole laihtuneet. Sen sijaan ihmiset, jotka ovat keski-iässä olleet lihavia ja laihtuneet ennen vanhuusikää, sairastuvat todennäköisemmin sydän- ja verisuonitauteihin sekä kuolevat aikaisemmin kuin ne, jotka ovat pysyneet lihavana. Tämä saattaa johtua sairauksien aiheuttamasta tahattomasta laihtumisesta. Pitkäaikainen lihavuus ylläpitää ihmisen elimistössä tulehdustilaa, joka aikaansaa lihaskatoa. Keski-ikäisen lihavuus aiheuttaa toiminnanvajeita vanhuudessa muun muassa tyypin 2 diabeteksen kautta. (VRN 2010, 40.)

3.3 Liikunnan vaikutukset ikääntyessä

Hyvän ravitsemuksen tavoitteita ikääntyneillä ovat haurastumisen ja toiminnanvajauksien välttäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Vuodelepoa ja lihasten käyttämättömyyttä tulisi välttää. Liikunta edistää toimintakyvyn säilymistä ja lisää energiankulutusta, minkä seurauksena ravintoaineiden riittävä saanti tulee turvattua paremmin. Lisäksi liikunta kiihdyttää aineenvaihduntaa, parantaa ravinnon hyväksikäyttöä lihaksissa ja vähentää sairauksien epäsuotuisia vaikutuksia ravitsemustilaan ja toimintakykyyn. (VRN 2010, 54.)

Liikunnasta on hyötyä ikääntyneiden haurastumisen ja monien sairauksien ehkäisyssä. Voimaharjoittelun vaikutukset näkyvät sekä lihasvoiman että kävelynopeuden paranemisena. Ihmisen lihasmassasta ja -voimasta katoaa noin puolet keski-ikästä 80 ikävuoteen mennessä. Tämä johtuu lihassäikeiden surkastumisesta, proteiinisynteesin vähenemisestä ja sen vuoksi lihasvoiman heikkenemisestä. Lihaskato on osittain luonnollinen osa ikääntymistä, mutta sen etenemiseen vaikuttavat koko elämänaikaiset elämäntavat. (VRN 2010, 55.)

Lihassoiman ja lihaskadon etenemistä voi hidastaa koko elämän jatkuneilla liikunnallisilla ja terveellisillä elämäntavoilla. Lihaskatoa kiihdyttävät vanhenemiseen liittyvät hormonaaliset muutokset, jotkin sairaudet,

elämäntapahtumat, liikkumattomuus ja puutteellinen ravitsemus. Erityisesti vuodelepo ja lihasten käyttämättömyys edistävät lihaskatoa. Mikäli ikääntyneiden ruokavalio ei sisällä riittävästi proteiineja, ei lihasvoimaharjoittelusta ole hyötyä lihaskadon ehkäisyssä. Tämän vuoksi riittävästä proteiinsaannista on huolehdittava. Myös riittävästä energiansaannista on fyysisen aktiivisuuden harjoittamisen yhteydessä huolehdittava, sillä elimistö käyttää energialähteenään proteiinia, mikäli kokonaisenergiansaanti ruokavaliosta on riittämätöntä. (VRN 2010, 55.)

3.4 Ikääntyneiden viestintävalmiudet

Vesa Mäensivu (2002, 11, 144, 146) halusi tutkimuksessaan selvittää ikääntyvien ihmisten viestintävalmiuksia kehittyvässä informaatioyhteiskunnassa. Ikääntyvillä hän tarkoittaa 45–51-vuotiaita, ikääntyneillä 52–67-vuotiaita ja seniorikansalaisilla yli 65-vuotiaita. Tutkimustuloksista ilmeni, että ikääntyneet olivat kaikilla viestintävalmiuksien osa-alueilla nuorempia heikommassa asemassa. Välineiden omistaminen ja niiden käyttömahdollisuus olivat ikääntyneillä nuorempia vähäisempää.

Viestintävalmiuksiin vaikuttavia tekijöitä olivat ikä, koulutus ja työmarkkina-asema. Vanhimmalla ikäryhmällä oli nuorempia selvästi vähemmän koulutusta. Heillä sukupuoli ei ollut yhteydessä koulutustasoon. Ikääntyneistä noin puolet oli työssäkäyviä. Heikko koulutustaso ja ikääntyminen ovat riskitekijöitä työmarkkinoiden ulkopuolelle jäämiselle. Ikääntyneet ja seniorikansalaiset voivat syrjäytyä yhteiskunnan ulkopuolelle puutteellisten viestintävalmiuksien vuoksi. (Mäensivu 2002, 65–67, 144.)

Alle puolella ammatillista koulutusta vailla olevilla ikääntyneillä ei ollut mahdollisuutta käyttää Internetiä tai matkapuhelinta. Erot ikääntyneiden ja nuorempien ikäryhmien välillä kuitenkin kapenivat koulutustason noustessa. Korkeakoulututkinnon suorittaneilla ei ollut merkitseviä eroja ikäryhmien välillä. (Mäensivu 2002, 146.) Ikääntyneillä oli vähemmän mahdollisuuksia käyttää Internetiä kuin nuoremmalla väestöllä. Ikääntyneet saattoivat olla myös

tietämättömiä siitä, missä Internetiä on mahdollista käyttää. Heikommassa asemassa välineiden saatavuudessa olivat maaseudulla ja suurien kaupunkien ulkopuolella asuvat. (Mäensivu 2002, 69, 72.)

Käyttökokemukset ja työmarkkina-asema vaikuttivat asenteisiin viestintävälineitä kohtaan. Työelämässä on mahdollisuus saada konkreettista tuntumaa tietotekniikkaan, mikä vaikuttaa tietotekniikan mieltämiseen myönteisenä asiana. Tietotekniikka koettiin vaikeaksi, mikäli sen käyttömahdollisuudet olivat vähäiset. Ikääntyneillä, joilla oli matala koulutustaso, omistivat vähemmän digitaalisen viestinnän laitteita ja heillä oli vähemmän mahdollisuuksia käyttää niitä. Heillä asenne ja kiinnostus tietotekniikkaa ja sen tarjoamia mahdollisuuksia kohtaan oli kielteisempi kuin enemmän koulutettujen ja nuorempien keskuudessa. Syynä tähän voi olla vähemmän koulutettujen ikääntyneiden vähäisemmät mahdollisuudet tutustua teknologiaan esimerkiksi työelämässä. Tilannetta voisi muuttaa tarjoamalla heille teknologian käyttöön liittyvää koulutusta ja kursseja. (Mäensivu 2002, 146–147.)

Seniorikansalaiset tiesivät Internetistä yllättävän paljon, vaikka heillä ei ollut sen käytöstä juuri aiempaa kokemusta tai ei ollenkaan. He olivat saaneet tietoa muun muassa televisiosta, lehdistä ja nuoremmilta sukulaisilta. Internetiä kuvattiin tiedon lähteenä, mutta sen kokonaisuutta ei hahmotettu. Tutkimukseen osallistuneet perustelivat Internetin käytön mahdollista aloittamista sen hyödyllisyyden ja tiedon hankinnan vuoksi. (Mäensivu 2002, 148.)

Internetin käytön aloittamisen esteet jakoutuivat teknisiin ja inhimillisiin tekijöihin. Teknisiä tekijöitä olivat Internet-sivujen vaikeaselkoisuus, epäkäytännöllisyys ja sisällön monimutkaisuus. Internet-sivujen väriyty ja pienikokoinen teksti saattoivat hankaloittaa lukemista, palveluihin sisäänkirjautumisessa oli esteitä ja hiiren käyttö koettiin vaikeana. Inhimillisiä tekijöitä olivat epävarmuus omasta oppimiskyvystä, tietotekniikkaan liittyvät pelot ja kielitaidon puute. Kiinnostuksen puute nousi tärkeimmäksi esteeksi. Internetiä ei nähty tarpeelliseksi, kun vanhoillakin menetelmillä vielä pärjää. Internetin käytön estäväksi tekijäksi nousivat myös rahalliset kustannukset. (Mäensivu 2002, 148-149.)

Seniorikansalaisten asenteet Internet-asiointia kohtaan olivat melko myönteisiä. He kokivat tärkeänä, että perinteiset asiointimahdollisuudet tulisi säilyä Internet-asioinnin rinnalla. Enemmistö ikääntyneistä asioi mieluummin henkilökohtaisesti viranomaisen kanssa kuin Internetin välityksellä. Myönteinen asenne Internetiä kohtaan ei silti tarkoittanut, että Internet koettiin itselle tarpeelliseksi. Poikkeuksena esiin nousi tilanne, jossa oma fyysinen toimintakyky olisi alentunut, jolloin Internet-asointimahdollisuuksia voisi hyödyntää. Digitaalinen televisio saattaisi olla helpoin tapa Internetin käyttöön liittyvien esteiden poistamisessa. Käytön kynnystä alentaisi jo ennestään tuttu väline. (Mäensivu 2002, 150.)

4 TYYPIN 2 DIABETES

Diabetesta sairastaa yli 500 000 suomalaista ja heidän määränsä on ennustettu jopa kaksinkertaistuvan 10–15 vuoden aikana. Diabetes on sairaus, jossa haima ei tuota insuliinia tarpeeksi tai ollenkaan tai se vaikuttaa elimistössä puutteellisesti. Tämän seurauksena plasman glukoosipitoisuus on kroonisesti suurentunut. Diabetes voidaan jakaa taudinkuvan ja etiologian mukaan alatyyppeihin, mutta tyypillisesti diabetes jaetaan tyypin 1 ja tyypin 2 muotoon. Tyypin 1 diabetes aiheutuu autoimmuuniprosessista, jolloin haiman insuliinia tuottavat solut tuhoutuvat. Tyypin 2 diabetes johtuu perintötekijöiden ja elämäntapojen aiheuttamasta sokerinsiedon alentumasta, jolloin haiman kyky tuottaa insuliinia heikkenee tai elimistö ei pysty hyödyntämään insuliinia normaalilla tavalla. (Käypähoito 2011.) Tässä osuudessa käsittelemme tyypin 2 diabeteksen taudinkuvaa ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä sekä diagnosointia.

4.1 Taudinkuva

Haima on tärkeä elin, joka sijaitsee vatsaontelossa poikittain mahalaukun takana. Haima erittää useita hormoneja, joista tärkeimpiä ovat insuliini ja glukagoni. (Bjälle ym. 2008, 342.) Aminohapot ja veren glukoosi säätelevät insuliinin tuotantoa haimassa. Aminohapot ovat proteiinin rakennusaineita ja glukoosi on sokeria, jota saadaan ravinnon mukana hiilihydraateista. Aminohapot ja glukoosi huolehtivat siitä, että insuliinia erittyy enemmän aterioiden yhteydessä. Insuliini tehostaa solujen kykyä vastaanottaa ravintoaineita, jolloin solut saavat energiavarastonsa täydennettyä. Insuliini vaikuttaa solunsisäisiin entsyymeihin ja solukalvon läpäisevyyteen. (Bjälle ym. 2008, 162–163.)

Kun haiman kyky tuottaa insuliinia tai kehon solujen kyky hyödyntää insuliinia laskee, elimistön aineenvaihdunta heikkenee pikkuhiljaa. Tätä elimistön häiriötä kutsutaan insuliiniresistenssiksi ja tämä altistaa tyypin 2 diabetekselle. Tyypin 2

diabetes on koko elimistön sairaus, jolloin solujen aineenvaihdunta on heikentynyt. (Aro ym. 2007, 8; Käypähoito 2011.) Insuliinin heikentyneen vaikutuksen vuoksi veren sokeripitoisuus kohoaa aiheuttaen valkuaisaineiden rakenteeseen ja toimintaan muutoksia. Heikentynyt insuliinin tuotanto vaikuttaa myös rasva-aineenvaihduntaan, joka altistaa sydän- ja verisuonisairauksille. (Saraheimo 2011.) Kohonnut verensokeri aiheuttaa pitkällä aikavälillä vaurioita moniin elimiin ja saa aikaan toimintahäiriöitä esimerkiksi hermoissa, munuaisissa, verisuonissa, sydämessä ja silmissä (Ilanne-Parikka 2006).

Insuliiniresistenssi on osa metabolista oireyhtymää, jossa on kyse laajemmasta aineenvaihdunnan häiriöstä. Metaboliseen oireyhtymään kuuluu sokeriaineenvaihdunnan häiriön lisäksi keskivartalolihavuus, korkea verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriö sekä veren hyytymistäipumuksen lisääntyminen. Osa metabolista oireyhtymää on myös valkuaisen erittyminen virtsaan, veren virtsahappopitoisuus ja siihen kuuluva kihti. Kyseistä oireyhtymää sairastava henkilö on suuressa riskissä sairastua sydän- ja verisuonisairauksille. Usein tyypin 2 diabetes löydetään vanhempana valtimosairauksien ilmaantuessa. (Saraheimo & Kangas 2006a, 15; Saraheimo & Kangas 2006b, 20.)

4.2 Taudin syntyyn vaikuttavat tekijät ja diagnosointi

Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttavat sekä perintö- että ympäristötekijät (Käypähoito 2011). Tutkijat ovat onnistuneet löytämään tyypin 2 diabetekseen altistavia riskigeenejä (Laakso 2012). Huonot elämäntavat, kuten vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio hidastavat aineenvaihduntaa ja heikentävät solujen energianvastaanottokykyä. Epäterveellinen ruokavalio sisältää vähän kuituja ja runsaasti tyydyttyneitä rasvoja. Tällaiset elämäntavat edistävät insuliiniresistenssiä ja yhdessä perintötekijöiden kanssa aiheuttavat tyypin 2 diabetesta. (Laakso 2012.)

Tyypin 2 diabetes on hyvin alidiagnosoitu (Käypähoito 2011). Sairaus on vaikea todentaa sen hitaan etenemisen ja mahdollisten selvien oireiden puuttumisen vuoksi, jolloin se todetaan yleensä vasta myöhäisessä aikuisiässä tai

eläkeiässä (Aro ym. 2007, 8). Ikääntyneen diabetesoireita voivat olla muun muassa hidas painon lasku, lisääntynyt tulehdusalttius, väsymys, alakuloisuus, virtsan karkailu, suun kuivuminen tai muistamattomuus (Aro ym. 2007, 9; Ilanne-Parikka 2006).

Verensokeri mitataan laboratorio-olosuhteissa verinäytteen plasmasta, joka otetaan laskimosta. Normaalin verensokerin eli glukoosin paastoviitearvot ovat 4,0–6,1 millimoolia litrassa (mmol/l). Paastolla tarkoitetaan, ettei henkilö ole syönyt eikä juonut kahdeksan tuntia ennen näytteen ottoa muuta kuin vettä. (Mustajoki & Kaukua 2008.) Toistuvasti kohonnut verensokerin aamun paastoarvo on merkki diabeteksestä, mutta selvien oireiden ilmaantuessa taudin toteamiseen riittää raja-arvot ylittävä tulos ilman paastoarvoa (Saraheimo & Kangas 2006c, 21). Tällöin tuloksessa veren glukoosipitoisuus tulee olla suurempi kuin 11 mmol/l. Laskimosta otettava veren plasman glukoosiarvo on luotettavin keino mitata henkilön sokerinsietokykyä, mutta sormenpäältä otettava pikamittaus kokoverestä toimii suuntaa antavana omaseurannassa. (Käypähoito 2011.)

Laskimoveren plasmasta mitattuna veren glukoosipitoisuuden ollessa 6.1–6.9 mmol/l puhutaan suurentuneesta paastoarvosta. Jos arvot ovat paastomittauksessa alle 7 mmol/l ja glukoosirasitustestin kahden tunnin arvo on 7.8–11 mmol/l, puhutaan heikentyneestä glukoosinsietokyvystä. Kun arvot ovat paastomittauksessa yli 7 mmol/l ja glukoosirasitustestin kahden tunnin arvo ylittää 11.1 mmol/l, on kyseessä diabetes. (Saraheimo & Kangas 2006c, 21, 22; Käypähoito 2011.) Glukoosirasitustestissä henkilö juo liuoksen, joka sisältää 75 grammaa sokeria. Ennen testin aloitusta tulee paastota 10–12 tuntia, jolloin saadaan veren plasmasta paastoarvo. Kaksi tuntia sokeriliuoksen juomisen jälkeen mitataan plasman glukoosipitoisuus. (Pekkonen & Nikkanen 2010.)

Taudinkuvan hitaan etenemisen vuoksi olisi hyvä myös testata verensokerin paastoarvoja henkilöiltä, joilla on suvussa diabetesta, taipumusta keskivartalolihavuuteen ja jotka ovat iältään yli 45-vuotiaita (Shu-Fen & Chiu-Chu 2010). Vain osa diabetestapauksista löydetään pelkän plasman glukoosipitoisuuden paastoarvon mittauksella, jolloin kahden tunnin

glukoosirasituskoe on luotettavampi tapa diagnosoida tyypin 2 diabetes. Tällainen tulee tehdä esimerkiksi suuren diabetesriskin omaavalle henkilölle. (Käypähoito 2011; Ilanne-Parikka 2006.) Diabetesriskiä voidaan arvioida esimerkiksi arviointilomakkeella. Jos tyypin 2 diabeteksen riskitestistä saa yli 15 pistettä, kuuluu kyseinen henkilö riskiryhmään. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvat myös muun muassa naiset, joilla on ollut raskaudenajan diabetes, henkilöt joilla on metabolinen oireyhtymä ja aikaisemmin todettu heikentynyt sokerinsieto. (Ilanne-Parikka 2006.)

5 TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISY IKÄÄNTYNEILLÄ

Elämäntapaohjaus on aina tärkeässä osassa niin taudin hoidossa kuin ehkäisyssäkin. Tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä elämäntapamuutoksilla, joita ovat muun muassa painonlasku, liikunnan lisääminen, runsaskuituinen ruokavalio sekä vähän kovaa rasvaa ja kohtuudella pehmeää rasvaa sisältävä ruokavalio. (Käypä hoito 2011.) Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus on osoittanut ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetes voidaan ennaltaehkäistä elintapamuutoksilla (Diabetesliitto 2011, 24). Tutkimuksen tuloksien mukaan osallistujien riski sairastua diabetekseen aleni jopa 58 prosenttia (Tuomilehto ym. 2001). Myös Mooren ym. (2011) ja Knowler ym. (2002) tutkimukset ovat osoittaneet, että elämäntapamuutoksilla voidaan ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta.

5.1 Ravitseminen

Yleisten suositusten mukaista ruokavaliota noudattamalla pystytään vähentämään riskiä sairastua diabetekseen (Käypähoito 2011). Kansalliset ravitsemussuositukset sopivat sellaisenaan myös hyväkuntoisille ikääntyneille, tyypin 2 diabeetikoille ja henkilöille, joilla on kohonneet verenpaine arvot tai veren rasva-arvot (VRN 2010, 20). Ravitsemussuositukset on laadittu parantamaan suomalaisten ruokavaliota ja edistämään terveyttä. Tavoitteiden toteutumiseksi suomalaisten energian saannin ja kulutuksen tulisi olla tasapainossa, ravintoaineita tulisi saada riittävästi, kuitupitoisia hiilihydraatteja tulisi lisätä, puhdistettujen sokerien ja suolan saantia vähentää sekä kovien rasvojen saantia tulisi vähentää ja korvata osittain pehmeillä rasvoilla. Lisäksi alkoholin kulutus tulisi pitää kohtuullisena. (VRN 2005, 7.)

5.1.1 Ravitsemussuositukset

Rasvan osuudeksi suositellaan 25–35 prosenttia energiansaannista. Tyydyttyneiden ja transrasvahappojen eli kovan rasvan yhteenlasketuksi osuudeksi suositellaan 10 prosenttia. Monitydyttymättömien rasvahappojen osuudeksi suositellaan 5-10 prosenttia kokonaisenergiansaannista, josta kalan rasvoista saatavien n-3 –rasvahappojen osuus on 1 prosentti. Runsas kalan ja kalaöljyn käytön on todettu alentavan verenpainetta, seerumin triglyseridipitoisuutta ja vähentävän veren hyytymistäipumusta. Rasvan saannin rajoittaminen suosituksia vähäisemmäksi voi aiheuttaa puutteita välttämättömien rasvahappojen saannissa. (VRN 2005, 14-16.)

LDL eli low density lipoprotein on lipoproteiini, joka kuljettaa kolesterolia veressä kudoksille. Tätä kutsutaan niin sanotuksi pahaksi kolesteroliksi. HDL eli high density lipoprotein on niin sanottu hyvä kolesteroli. Tämä lipoproteiini kuljettaa kolesterolia veressä maksaan eritettäväksi. Tyydyttyneiden ja transrasvahappojen määrää on syytä vähentää, sillä ne nostavat veren LDL-kolesteroliarvoa, joka taas lisää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin sekä tyypin 2 diabetekseen. Rasvan saannin suositusta noudatettaessa myös kolesterolin määrä ravinnossa pysyy kurissa. Seerumin LDL-kolesterolipitoisuus laskee, kun kerta- ja monitydyttymättömillä rasvahapoilla korvataan tyydyttyneitä ja transrasvahappoja. Tämä parantaa terveiden ihmisten insuliiniherkkyyttä. Ihmisillä, joilla on alentunut glukoosinsietokyky, riski sairastua diabetekseen laskee, kun liikunta yhdistetään tyydyttyneiden ja transrasvahappojen korvaamiseen kerta- ja monitydyttymättömillä rasvahapoilla. Ainoastaan rasvan kokonaismäärän vähentäminen ei ole suotavaa, sillä se alentaa HDL kolesteripitoisuutta. (VRN 2005, 14–15.)

Hiilihydraatteja tulisi saada 50–60 prosenttia energiansaannista. Ravintokuidun suositus aikuiselle on 25–35 grammaa päivässä. Puhdistetuilla sokereilla tarkoitetaan sakkaroosia, fruktoosia, tärkkelysperäisiä makeuttajia, kuten glukoosi-fruktoosisiirappeja, ja muita niiden kaltaisia sokerivalmisteita. Niitä

suositellaan saatavan enintään 10 prosenttia kokonaisenergiansaannista. Rungas sokerin nauttiminen huonontaa ruoan ravintoainetiheyttä. Paljon kuitupitoisia hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio, jossa rasvojen ja hiilihydraattien saannit ovat tasapainossa, vaikuttaa myönteisesti elimistön sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan pienentäen muun muassa lihavuuden ja siihen liittyvien sairauksien vaaraa. Hyviä kuitupitoisten hiilihydraattien lähteitä ovat muun muassa täysjyvävalmisteet, erityisesti ruisleipä, juurekset, vihannekset, hedelmät ja marjat. Vastaavasti sokeria ja paljon sokeria sisältävien elintarvikkeita tulisi käyttää kohtuudella. (VRN 2005, 17–18.)

Ravintokuidut ovat ravinnon imeytymättömät hiilihydraatit, kuten veteen liukenemattomat kuidut selluloosa, hemiselluloosa ja ligniini sekä veteen liukenevat kuidut glukaani, kasvikumit ja pektiini. Liukenemattomia kuituja on eniten viljassa ja liukenevia kuituja marjoissa, hedelmissä sekä palkokasveissa. Glukaania on eniten kaurassa. Hidastamalla mahalaukun tyhjenemistä ravintokuidut tasaavat verensokerin nousua ja insuliinivastetta aterian jälkeen. Kuidut vähentävät myös sappihappojen ja kolesterolin imeytymistä ja edistävät niiden poistumista ulosteen mukana, mikä alentaa veren kokonais- ja LDL-kolesterolin määrää. (VRN 2005, 18.)

Elimistö käyttää pääasiallisena energialähteenään glukoosia. Elimistö muuttaa ruoan imeytyvät hiilihydraatit glukoosiksi eli verensokeriksi. Niin sanotut glykeemiset hiilihydraatit nostavat veren sokeripitoisuutta. Elintarvikkeen glykeeminen indeksi (GI) kuvaa sen vaikutusta verensokeriin. Suuri GI nostaa verensokeria nopeasti ja vereen vapautuu paljon insuliinia. Tällaisia elintarvikkeita ovat muun muassa sokeri, peruna ja valkoiset vehnäjauhot. Vastaavasti pieni GI vaikuttaa verensokeriin ja insuliinivasteeseen hitaammin ja tasaisemmin. Esimerkiksi täysjyväleivällä ja -pastalla, tummalla riisillä ja pavuilla on pieni GI. Elintarvikkeen aikaansaamaan glukoosivasteeseen vaikuttavat kuitenkin hiilihydraattien lisäksi myös monet muut tekijät. Esimerkiksi perunaa suositellaan syötävän edelleen sen suuresta GI:sta huolimatta, sillä muut aterian ainekset tasoittavat sen verensokeria kohottavaa vaikutusta. Diabeetikoille veren sokeritasapainon hallinnalle saattaa olla suotuisaa käyttää

alhaisen GI:n omaavia elintarvikkeita. Terveelle väestölle GI arvojen tarkkailulla ei liene merkitystä terveyden kannalta. (VRN 2005, 19).

Proteiinien määräksi suositellaan 10–20 prosenttia kokonaisenergiansaannista. Proteiini lisää kylläisyydentunnetta ja sen vuoksi suosituksia hieman runsaammasta saannista, 20–25 prosenttia kokonaisenergiansaannista, voi olla hyötyä ylipainoisille painonhallinnassa. Aikuisten proteiininsaannin ei kuitenkaan suositella ylittävän 20 prosenttia, jotta ravitsemus pysyisi tasapainossa myös muiden ravintoaineiden osalta. Riittämätöntä proteiinin saanti voi olla huonosti syöville vanhuksilla ja pitkäaikaissairailta. (VRN 2005, 20.) Ikääntyneet tarvitsevat proteiineja nuorempia enemmän, noin 1–1,2 grammaa painokiloa kohden vuorokaudessa, sillä heillä proteiinin hyväksikäyttö on heikentynyt ja energiansaanti vähentynyt. Riittävä proteiininsaanti on tärkeää myös lihaskadon ehkäisyssä. (VRN 2010, 36, 55.) Proteiinin lähteitä ovat muun muassa liharuoat ja -tuotteet, kananmuna ja maitotuotteet (VRN 2005, 21).

Ruokailun säännöllisyys on tärkeää, sillä se auttaa pitämään aterianjälkeisen verensokerin tasaisena, jolloin sekä väsymys että nälkä pysyvät loitolla. Ruokarytmiin kuuluu aamupalan lisäksi kaksi pääateriaa, lounas ja päivällinen, sekä väli- ja iltapala. (Aro ym. 2007, 29.) Lautasmallin avulla voidaan koota hyvä ateriat. Puolet lautasesta tulisi täyttää kasviksilla, kuten raasteilla, salaateilla tai lämpimillä kasvislisäkkeillä. Neljännes täytetään perunalla, riisillä tai pastalla. Toinen neljännes täytetään kala-, liha- tai munaruoalla. Kasvisruokavaliossa liharuoka voidaan korvata kasvisruoalla, mikä sisältää palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä. Ruokajuomana vesi, rasvaton maito tai piimä ovat suositeltavia. Ateriat täydentää leipä, jonka päällä on pehmeää kasvirasvavalevitettä. Jälkiruokana voi syödä esimerkiksi marjoja tai hedelmiä. (VRN 2005, 35.)

5.1.2 Ennaltaehkäisy ravitsemuksen avulla

Suomalaisen diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tulosten mukaan vähentämällä kokonaisrasvan saantia alle 30 prosenttiin ja kovan rasvan saantia alle 10 prosenttiin kokonaisenergiämäärästä, lisäämällä kuitujen saantia vähintään 15

grammaan 1000 kcal kohden yhdistettynä vähintään 5 prosentin painonpudotukseen ja liikunnan lisäämiseen pystytään vähentämään riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Suositeltavia ruoka-aineita ovat täysjyvätuotteet, vihannekset, hedelmät, vähärasvainen maito ja lihatuotteet, pehmeät margariinit ja monitydyttyneitä rasvahappoja sisältävä kasviöljy. Tutkimukseen osallistujien paino, vyötärönympäryys, paastoglukoosiarvo, paastoglukoosiarvo kahden tunnin rasituskokeen jälkeen ja seerumin insuliinipitoisuus kahden tunnin glukoosirasituskokeen jälkeen laskivat merkittävästi. (Tuomilehto ym. 2001.)

Absetz ym. (2008) ovat tutkineet, miten hyvin terveydenhuolto pystyy saavuttamaan samat tulokset kuin tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimuksissa, joiden perusteella tehtiin kansallinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma, Dehko. Tutkimuksessa pyrittiin ryhmäneuvonnan avulla antamaan elämäntapaohjausta ja kannustamaan elämäntapamuutoksiin. Ryhmäneuvonta sisälsi lyhyitä tietoisuuksia, ryhmäkeskusteluja, käyttäytymisen omaseurantaa, tavoitteiden asettelua ja keinojen etsimistä tavoitteiden saavuttamiseksi. Tuloksista ilmeni, että ruokavalion muutoksia voidaan saada aikaiseksi ryhmäneuvonnan avulla yhtä hyvin kuin intensiivisellä yksilöohjauksella, mutta liikuntaan ja riskitekijöihin ei pystytty vaikuttamaan samalla tavalla. Intensiivisellä elämäntapaohjauksella on huomattava merkitys tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin alentamisessa korkean riskin omaavilla henkilöillä (Lindström ym. 2006).

Runsaasti hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio voi vähentää diabetekseen sairastumisen vaaraa. Ruokavaliossa on tärkeää kiinnittää huomiota hyviin hiilihydraattilähteisiin, joiden glykemiaindeksi on pieni. (vrt. VRN 2005.) Ravintoineen suuri glykemiaindeksi, esimerkiksi vaalea leipä, oli yhteydessä tyypin 2 diabeteksen suurentuneeseen sairastumisriskiin. Vaalean leivän vaihtaminen leipään, jonka glykemiaindeksi on pienempi yhdessä runsashiilihydraattisen ruokavalion kanssa voi alentaa riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Leipätyypin vaihtaminen voi olla helpompaa kuin koko ravitsemustottumusten muuttaminen. Ravinnosta saatavien suuren

glykemiaindeksin omaavien ravintoaineiden vähentämisellä voi olla hyötyä myös painon pudotuksessa. (Hodge ym. 2004.)

5.2 Liikunta

Liian vähäisellä fyysisellä aktiivisuudella on yhteys moniin elintapoihin liittyviin sairauksiin, kuten tyypin 2 diabetekseen, kun taas riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella pystytään ehkäisemään monia näistä sairauksista. Liikkumattomilla ihmisillä on suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin kuin aktiivisesti liikkuvilla ihmisillä. Tupakointia, seerumin korkea kolesterolipitoisuutta ja verenpainetta pidetään yhtä suurena riskitekijänä elintapoihin liittyviin sairauksiin sairastumiseen kuin liikkumattomuutta. (VRN 2005, 42.)

Liikunnalla on monia samoja vaikutuksia elimistöön kuin terveellisellä ruokavaliolla ja molempien terveysvaikutukset täydentävät toisiaan. Säännöllinen liikunta alentaa verenpainetta, seerumin LDL-kolesteroli- ja triglyseridipitoisuutta sekä nostaa HDL-kolesterolipitoisuutta. Se myös vaikuttaa suotuisasti elimistön insuliiniherkkyyteen ja laskee riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Liikunta lisää energian kulutusta, perusaineenvaihduntaa ja rasvanpolttokykyä sekä liikunnan että levon aikana. Tämän seurauksena ravinnon tarve lisääntyy. (VRN 2005, 42–43.) Liikunta on hyödyllistä myös ilman painonpudotusta (VRN 2005, 46; Tuomilehto ym. 2002).

5.2.1 Ikääntyneiden liikuntasuositukset

Suomalaiset ravitsemussuositukset suosittelevat aikuisille päivittäistä vähintään 30 minuuttia kestävää kohtuullisen kuormittavaa tai raskasta liikuntaa. Liikuntaa voidaan jakaa myös pienempiin jaksoihin. Painonnousun välttämiseksi tarvitaan vähintään 60 minuuttia kohtuullisesti kuormittavaa liikuntasuoritusta päivittäin. Tasapainoharjoittelulla ylläpidetään tasapainoa ja vähennetään kaatumisia. Liikunnan tulisi sisältää sekä lihasvoimaa lisäävää että sykettä nostavaa

liikkumista. (VRN 2010, 54.) Terveysliikunta on terveyttä ylläpitävää liikuntaa. Sen tulee olla säännöllistä, kohtuullisesti kuormittavaa ja jatkuvaa. Kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla tarkoitetaan mitä tahansa liikuntaa tai fyysistä aktiivisuutta, joka hengästyttää, mutta jonka aikana pystyy kuitenkin puhumaan. (UKK-instituutti, 2010.)

Liikkumisen voi aloittaa missä iässä tahansa. Jopa laitoshoidossa olevien lihasmassaa ja voimaa voidaan harjoittelulla kehittää. (VRN 2010, 54.) Kestävyys- ja kuntoliikunta sopivat kaikenikäisille. Jokaisen tulisi valita itselleen mieluisa liikuntalaji, jotta liikkuminen tulisi tavaksi. (UKK-instituutti, 2010.) Ikääntyneille soveltuvassa liikuntapiirakassa vaativimmat liikuntamuodot on vaihdettu hieman helpompiin, jotta ne soveltuisivat myös henkilöille, joilla on alentunut toimintakyky (UKK-instituutti 2011b). Liikuntapiirakka kehottaa aloittelijoita tai terveystaiteilijia harjoittamaan kestävyyskuntoa useana päivänä viikossa yhteensä kaksi tuntia ja 30 minuuttia reippaasti. Tottuneille ja hyväkuntoisille liikkujille riittää yksi tunti ja 15 minuuttia rasittavaa liikuntaa viikossa. Lihaskuntaa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Liikuntaharjoittelu tulisi jakaa useammalle päivälle viikossa. Vähäinenkin liikunta on parempi kuin ei ollenkaan. Liikuntasuorituksen tulisi kestää kuitenkin vähintään 10 minuuttia, sillä muutaman minuutin kestävä liikunta ei riitä terveystaiteilijaksi. Terveystaiteilijoiden on todettu lisääntyvän, mikäli harrastaa liikuntaa suosituksia pidempään ja rasittavammin. (UKK-instituutti 2011a.)

Kestävyysliikunnan kuormittavuuden ja lajin voi valita oman peruskunnon ja tavoitteen mukaan. Kestävyysliikuntamuotoja ovat esimerkiksi arki-, hyöty-, työ- ja asiointimatkaliikunta, kävely, raskaat koti- ja pihatyöt sekä marjastus. Tällainen liikkuminen kohottaa kuntoa huonokuntoisilla henkilöillä. Rasittavampia liikuntamuotoja ovat muun muassa vesiliikunta, kuntojummat, sauvakävely ja hiihto. Lihaskuntaa kehittäviä lajeja ovat esimerkiksi kuntosaliharjoittelu ja kuntopiiri. Kutakin suurta lihasryhmää vahvistavia liikkeitä suositellaan tehtäväksi 8–10 toistoa 8–12 sarjoissa. Venyttely, jooga, pallopelit ja tasapainoharjoittelu ylläpitävät liikehallintaa, liikkuvuutta ja tasapainoa.

Kestävyysliikunta edistää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, sekä sydämen, verisuonten ja keuhkojen terveyttä. Se auttaa myös painonhallinnassa sekä veren rasva- ja sokeritasapainon hallinnassa. (UKK-insituutti 2011a.)

5.2.2 Ennaltaehkäisy liikunnan avulla

Fyysisesti aktiivisilla ihmisillä on pienempi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kuin vähän liikkuvilla. Mitä enemmän aikaa käyttää kevyeen liikuntaan, esimerkiksi kotitöiden tekemiseen, sitä vähemmän aikaa jää esimerkiksi television katselamiseen. Fyysisellä passiivisuudella on epäsuotuisia vaikutuksia verensokeriarvoihin, kun taas liikunta vaikuttaa suotuisasti verensokeriarvojen lisäksi myös verenpaineeseen. Korvattaessa passiivinen elämäntyyli kevyelläkin liikunnalla, voidaan ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta. (Healy ym. 2007.) Liikunta vaikuttaa huomattavasti myös jo puhjenneen tyypin 2 diabeteksen hoitoon (Niskanen 2006, 160).

Vähäisen liikunnan onkin todettu olevan yhtenä syynä tyypin 2 diabeteksen, ylipainon ja verisuoni- ja aineenvaihduntasairauksien lisääntymisessä. Yli 20 vuoden kaksosten seurantalutkimuksesta selviää, että merkittävä riskitekijä tyypin 2 diabeteksessa on passiivinen elämäntapa. Liikunta ennaltaehkäisee useita kroonisia sairauksia ja vähentää ennenaikaisia kuolemia. Tutkimuksen mukaan painon pudotukseen pelkällä liikunnalla ei ole suurtakaan vaikutusta. Sen sijaan vyötärön ympäröityyn ja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja ennenaikaisten kuolemien vähentämiseen liikunnalla on merkittävämpi vaikutus. (Waller 2011.)

Wallerin (2011) tutkimuksen mukaan jo noin 30 minuutin reipas kävely tai muu vastaava fyysinen aktiivisuus joka toinen päivä pienentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen, mikä onkin ajallisesti alhaisempi kuin suositusten mukainen 150 minuutin viikoittainen liikunta (vrt. UKK-instituutti 2011a). Tutkimus osoittaa, että suuri riskitekijä tyypin 2 diabetekselle on passiivinen elämäntapa ja tätä riskiä pienentää jo vähäinen muutos liikuntatottumuksissa.

Voimaharjoittelulla on monia fyysisiä, psykologisia ja toiminnallisia hyötyjä ikääntyneille ihmisille. Sekä voima- että aerobinen harjoittelu on tärkeää erityisesti ikääntyneillä. Molemmat kehittävät kestävyyttä, sydämen ja verisuonten toimintaa, jotka voivat parantaa insuliinin hyväksikäyttöä ja painonhallintaa. Voimaharjoittelulla voidaan kehittää voimaa ja kestävyyttä, jota aerobisella harjoittelulla ei pystytä. Aerobisia liikuntamuotoja, kuten kävelyä, juoksua ja pyöräilyä voi olla helpompi toteuttaa, koska niihin ei tarvita erityisiä välineitä, toisin kuin voimaharjoitteluun. (Phillips 2007.)

Sekä aerobisella että voimaharjoittelulla on suotuisia vaikutuksia verensokeriarvoihin ja näiden liikuntamuotojen yhdistämisellä vieläkin parempia vaikutuksia kuin pelkästään toisella liikuntamuodolla yksinään (Sigal ym. 2007). Liikunnasta saataviin hyötyihin vaikuttaa kuormittavuuden sijaan enemmän kokonaisenergiankulutus (VRN 2005, 43). Todennäköisesti kaikenlainen fyysinen aktiivisuus, kuten urheilu, puutarhatyöt, siivoaminen ja työperäinen liikunta ovat kaikki yhtä hyödyllistä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä (Tuomilehto ym. 2001).

5.3 Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyprojekteja

Teoriapohjan perusteella tyypin 2 diabetes on yleistymässä ja sen ennaltaehkäisylle on tarvetta. Esittelemme, mitä yhteiskunta on tehnyt tämän asian eteen kertomalla lyhyesti suomalaisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhankkeen Dehkon ja eurooppalaisen IMAGE-hankkeen. Valitsimme Dehkon sen kotimaisuuden ja merkittävyyden vuoksi ja IMAGE-hankkeen, koska sen tarkoituksena oli luoda yhtenäinen linja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn Euroopassa.

Suomen diabetesliitto teki aloitteen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmasta, Dehkosta 2000–2010, ja se myös koordinoi ohjelman toteutusta sekä vastasi sen valtakunnallisista kehittämishankkeista. Dehkon tavoitteita olivat tyypin 2 diabeteksen järjestelmällinen ehkäisy, hoidon ja sen laadun kehittäminen ja diabeetikoiden omahoidon tukeminen Suomessa.

(Diabetesliitto 2011, 8.) Dehko kehitti 2D-hankkeen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä varten. Hanke koettiin kansallisesti tärkeäksi, sillä tyyppin 2 diabeetikoiden määrän lisääntymisen arvioitiin olevan niin suurta, että terveydenhuollon henkilöstöresurssit ja taloudelliset resurssit eivät sitä kestäisi. Hankkeen toimijoina olivat Pirkanmaan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit. Hanke toteutettiin käytännössä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, työterveyshuollossa, sairaanhoitopiireissä ja niiden diabetestyöryhmissä. Toimijoina olivat myös Diabetesliitto, diabetesyhdistykset ja diabeetikoita. 2D-hanke oli ensimmäinen valtakunnallinen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma koko maailmassa. (Diabetesliitto 2011, 8, 24, 27).

Kansainvälisessä vertailussa Suomen diabeteshoidon taso oli suhteellisen hyvä, mutta siitä huolimatta hoidolle asetettuja tavoitteita ei ollut saavutettu. Kehittämishojelman tietopohjana on käytetty kansainvälisiä ja suomalaisia tutkimuksia. Suomalaisten Diabetes Prevention Study –tutkimuksen tuottama tieto diabeteksen ennaltaehkäisystä toimi ehkäisyohjelman pohjana. (Diabetesliitto 2011, 9, 24.)

2D -hanke kehitti diabeteksen ehkäisyn keinoja käytännössä, levitti tuottamia työkaluja ja tietoja toimintamalleista käytäntöön sekä tuki ehkäisyohjelmaan liittyvää koulutusta. 2D -hanke on kehittänyt muun muassa tyyppin 2 diabeteksen sairastumisen riskitestin. Dehko toimitti materiaaleja apteekkeihin ja terveydenhuoltoon diabeteksen ehkäisyn tukemista varten. (Diabetesliitto 2011, 29.) Lisäksi Dehko valmisteli diabeteksen täydennyskoulutuksen muotoja ja kannusti lisäämään koulutuksia diabeteksestä, jotta koulutus vastaisi kasvavia diabeteksen hoidon haasteita. Diabetesliitto, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon ammattilaiset sekä Educa-Instituutti Oy kehittivät yhteistyössä Diabetesosaamiskartan, jonka tarkoituksena on arvioida ja kehittää perus- ja työterveyshuollon työyhteisöjen ja työntekijöiden diabetekseen liittyvää osaamista (Diabetesliitto 2011, 31.) Dehkon asiantuntijatyöryhmät laativat diabeteksen hoidon laatukriteerit, joiden tarkoituksena on arvioida ja seurata hoidon laatua (Diabetesliitto 2011, 34). Ehkäisyohjelman ansiosta tyyppin 2

diabeetikoiden hoitotulokset paranivat ja monia diabetekseen sairastumisia kyettiin ehkäisemään. (Diabetesliitto 2011, 60.)

Dehkon 2D -hankkeesta ja DE-PLAN (Diabetes in Europe-Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention) –projektista saatujen tulosten perusteella luotiin IMAGE-projekti (Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention). IMAGE -projektin tarkoituksena oli yhdenmukaistaa ja parantaa erinäisiä diabeteksen ehkäisymenetelmiä, joita oli käytössä ympäri Euroopan unionia. (Lindström ym. 2011.) IMAGE-projektin tavoitteena oli luoda yhtenäinen eurooppalainen näyttöön perustuva suositus tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä varten, eurooppalainen koulutusjakso ehkäisytöön toteuttamiseen ja koulutusportaali ehkäisytöön toimijoiden koulutusta varten. Lisäksi projektin tarkoituksena oli luoda diabeteksen ehkäisyn laatukriteerit. (Pajunen ym. 2010, 7.)

IMAGE-projektin yhtenä osana luotiin yhtenäinen eurooppalainen näyttöön perustuva suositus (Evidence-based guideline) tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä varten. Suositus ottaa huomioon sekä riskiryhmään kuuluvien että koko väestöön kohdistuvat ehkäisystrategiat tyypin 2 diabeteksestä kertyneen ennaltaehkäisyn tutkimustiedon perusteella. Lisäksi suositus ottaa huomioon riskiryhmään kuuluvien yksilöiden seulontamenetelmät ja diabeteksen ehkäisyn kohdeväestön määrittelyn. Tämä on ensimmäinen näin laaja, ainoastaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn, keskittyvä suositus. (Lindström ym. 2011.)

IMAGE-hanke kehitti myös diabeteksen ehkäisyn yhdenmukaiset eurooppalaiset laatuindikaattorit, jotka toimivat yksittäisten hankkeiden apuna, ja joiden avulla voidaan vertailla eri ohjelmien laatua sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Hankkeessa kehitettiin myös monikielinen Internet-pohjainen koulutusohjelma, jossa terveydenhuollon ammattilaiset voivat pätevoitää ennaltaehkäisyn ohjaajiksi. (Lindström ym. 2011.)

IMAGE-projektin tuloksien pohjalta luodusta *Take action to prevent diabetes – A toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe* –käsikirjasta on toimitettu Suomen oloihin soveltuva käsikirja. *Tartu toimeen – ehkäise diabetes* -käsikirja

antaa perustiedot diabeteksen ennaltaehkäisyn suunnitteluun ja toteutuksen erityisesti suuren sairastumisriskin omaavien henkilöiden kohdalla. Käsikirja on tarkoitettu terveydenhuollon ja järjestöjen päättäjille sekä käytännön toiminnan suunnittelijoille ja toimijoille. (THL 2011, 3.)

6 ASIAKASOHJAUKSEN TOTEUTUS TERVEYDENHUOLLOSSA

Ohjauksella on tärkeä rooli asiakkaan hoidossa, sillä ohjauksen avulla pyritään tukemaan ja kannustamaan asiakasta hoitamaan terveyttään sen hetkisessä elämäntilanteessa (Kyngäs ym. 2007, 5). Ohjaus on myös merkittävä osa hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Hoitoaikojen lyheneminen vaikuttaa ohjaukseen käytettävään aikaan, mikä toisaalta edellyttää tehostetumpaa ohjaamista, jotta asiakkaat saavuttaisivat ohjaukselle asetetut tavoitteet, esimerkiksi muuttavat elintapojaan terveellisemmiksi (Kyngäs ym. 2007, 5). Myös resurssien puutteet ohjauksessa luovat haasteita asiakkaiden ohjaamiselle. Onnistunut ohjaus vaikuttaa suotuisasti asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen, sen edistämiseen sekä kansantalouteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.)

Ohjauksen tulisi muodostua vuorovaikutteisesta ja tasa-arvoisesta ohjaussuhteesta asiakkaan ja hoitajan välillä (Kyngäs ym. 2007, 25). Tämän tulisi olla hyvin suunniteltua ja päämäärätietoista aktiivista ja tavoitteellista toimintaa (Kyngäs ym. 2007, 38; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7). Ohjauksessa on otettava huomioon asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä vuorovaikutteisen ohjaussuhteen luominen (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7). Tavoitteena on edistää asiakkaan kykyjä ja aloitteellisuutta tehdä muutoksia elämänlaatunsa parantamiseksi. Ohjauksessa asiakkaalla on ongelman ratkaisijan rooli hoitajan antaessa tietoa ja tukeessa asiakasta päätöksissä. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Asiakkaan esille nostamat tarpeet luovat perustan ohjaukselle. Ohjauksen tarpeen voivat luoda esimerkiksi asiakkaan terveysongelmat ja näitä tarpeita hoitaja ja asiakas tunnistavat ja arvioivat yhdessä. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Useat ohjauskerrat voivat olla tarpeen tulosten saavuttamiseksi (Kyngäs ym. 2007, 25). Asiakkaana voi olla muun muassa yksilö, perhe tai yhteisö. Yksilö

sen sijaan voi olla esimerkiksi elintapaohjausta tarvitseva terve henkilö, lapsi, ikääntynyt tai vakavasti sairas. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

6.1 Fyysiset ja psyykkiset taustatekijät

Asiakkaan ohjaustarpeisiin vaikuttavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Fyysisiä tekijöitä ovat esimerkiksi sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Ikääntyneitä ohjattaessa hoitaja kohtaa haasteita, jotka saattavat liittyä esimerkiksi fyysisiin rajoitteisiin, muistiongelmiin tai aistirajoitteisiin. Ydinasioiden painottaminen, lyhytkestoisuus ja toistuvuus voivat olla ikääntyneen asiakkaan ohjauksen tarpeita. (Kyngäs ym. 2007, 29.) Ikääntyneen taustatekijät ja niiden mahdollinen vaikutus ohjaukseen tulisi selvittää, jotta ohjaus onnistuisi mahdollisimman hyvin (Kyngäs ym. 2007, 29–30).

Asiakkaan kykyyn ottaa tietoa ja ohjausta vastaan vaikuttavat fyysiset taustatekijät. Asiakas voi esimerkiksi vältellä ohjausta, unohtaa tai kieltää ohjauksessa käsiteltäviä asioita, ja esteen ohjauksen onnistumiselle voi muodostaa vakava sairaus. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7; Kyngäs ym. 2007, 30.) Ohjaus on suunniteltava asettaen asiakkaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen ja mietittävä käsiteltävien asioiden prioriteetit ohjauksessa, esimerkiksi mitä käydään ensisijaisesti läpi ja mitä tulee jättää myöhemmille ohjauskerroille (Kyngäs ym. 2007, 30).

Psyykkisiä tekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, kokemukset, mieltymykset, odotukset, terveysuskomukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio (Kyngäs ym. 2007, 32; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8). Asiakkaan aikaisemmat kokemukset ja terveysuskomukset vaikuttavat tämän suhtautumiseen ohjaukseen. Ohjaus jää tehottomaksi, mikäli asiakkaalla on mieltymyksiä, joista ei suostu luopumaan, jolloin asiakas ei omaksu tai kuule annettua ohjausta. Keskusteleminen asiakkaan kanssa tämän mieltymyksistä sekä yleisistä odotuksista ja tarpeista ohjauksen suhteen auttavat löytämään

kompromissin hoitajan ja asiakkaan mahdollisesti erilaisista näkemyksistä ohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007, 33.)

Asiakkaan oppimistyylin, eli tavan miten asiakas omaksuu asioita, tunnistaminen on edellytyksenä sopivan ohjausmenetelmän valinnalle, mikä vaatii keskustelua asiakkaan kanssa ja perehtymistä tämän taustatekijöihin. Asioita voi omaksua visuaalisesti, kielellisesti, musiikin tai rytmin avulla, tekemällä, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien avulla tai muiden asiakkaiden kanssa yhteistyössä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8; Kyngäs ym. 2007, 34). Hoitajan ohjausvalmiudet vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs ym. 2007, 34). Oppijan aikaisempi tietotaito on merkityksellinen opittaessa uusia asioita. Opittavaa asiaa tarkastellaan vertaillen ja heijastaen sitä jo tiedossa olevaan tietoon. Siksi uuden tiedon sisäistäminen ei ole helppoa ja tästä syystä asiakaslähtöinen opettaminen on järkevää. (Järvelä ym. 2006, 15-16.)

Sekä asiakkaan että hoitajan asennoituminen ohjaukseen ja motivaatio vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Hoitajan toivotaan olevan aloitteellinen ja herkkä tiedon, ohjeiden ja eri vaihtoehtojen antamisen suhteen, koska tiedon puute vaikeuttaa asiakkaiden ratkaisuja ja päätöksentekoa. (Kyngäs ym. 2007, 32.) Hoitoon liittyvien asioiden omaksumiseen sekä ohjauksessa käsiteltävien asioiden kokemiseen merkittäviksi on asiakkaan motivaatiolla suuri rooli. Asiakkaan hoitomotivaatioon vaikuttavia tekijöitä voi selvittää avoimien kysymysten avulla. (Kyngäs ym. 2007, 32.) Ohjauksen onnistumisen kannalta merkitystä on myös hoitajan omalla motivaatiolla ja taidoilla tukea asiakasta (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8). Motivaatio voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Oppimisessa tavoitellaan sisäistä motivaatiota, jolloin henkilö haluaa itse oppia oppimisen takia, jolloin on intoa pohtia ja sisäistää uutta tietoa. Motivaatiolla on suuri merkitys oppimiseen ja opittavan asian kiinnostavuudella on merkitys oppimisen motivaatioon. (Järvelä ym. 2006, 61–62.)

6.2 Sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät

Sosiaalisia taustatekijöitä ovat asiakkaan toimintaan vaikuttavat sosiaaliset, etniset, kulttuuriset, eettiset ja uskonnolliset tekijät. Ohjauksessa käsiteltävien asioiden lähestymistapaan vaikuttavat asiakkaan ja hoitajan arvot osana heidän maailmankatsomustaan. (Kyngäs ym. 2007, 35.) Ohjauksessa tulisi ottaa huomioon myös kulttuuriin mahdollisesti liittyvät tabut, traditiot ja uskomukset. Samoin vieras äidinkieli saattaa lisätä turvattomuuden tunnetta asiakkaassa ja vaikeuttaa hänen aktiivista osallistumista ohjaukseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8.)

Ohjaustilanne ja siihen mahdollisesti liittyvät esteet ja häiriötekijät vaikuttavat ohjaukseen. Ympäristöön liittyvät tekijät, muun muassa hoitotyön kulttuuri, ihmissuhde- ja fyysinen ympäristö, voivat joko tukea tai heikentää ohjaustilannetta. Ohjaustilanteen fyysinen ja psyykinen ympäristö voivat vaihdella tilanteesta riippuen. Ihanteellinen on fyysinen ympäristö, joka ei aiheuta asiakkaassa negatiivisia tunteita ja pelkoja, ja jossa pystytään ilman häiriötekijöitä ja keskeytyksiä keskittymään ohjauksen sisältöön. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8; Kyngäs ym. 2007, 36–38.)

Kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja heikentää hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutussuhdetta. Asiakkaan huomatessa kiireisen ilmapiirin hän ei välttämättä luota ohjaukseen ja siihen, että häntä kuunnellaan ja kunnioitetaan. Vuorovaikutuksen avoimuus, luottamuksellisuus ja molemminpuolisuus luovat hyvän ohjauksen parantaen psyykkistä ympäristöä. Tavoitteellisen ja aktiivisen ohjauksen on oltava hyvin suunniteltua ja päämäärätietoista. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

6.3 Vuorovaikutus ja viestintä ohjaustilanteessa

Vuorovaikutustaidot ovat oleellinen osa hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa. Vuorovaikutus on kummankin osapuolen samanaikaista aktiivista ja jatkuvaa vastavuoroisuutta. Mikäli vain toisella osapuolella on puhumis- tai

vaikuttamismahdollisuus, vuorovaikutus ei toteudu. (Hankonen ym. 2006, 24.) Onnistunut vuorovaikutustilanne edellyttää molemminpuolista kunnioitusta ja kiinnostusta toista ihmistä ja tämän asiaa kohtaan sekä asiallisuutta, selkeää ajatustenilmaisutaitoa ja kysymystentekokykyä (Hankonen ym. 2006, 24; Kyngäs ym. 2007, 48).

Ohjaustilanne perustuu hoitajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen, jolta asiakkaat toivovat turvallisuutta ja luottamuksellisuutta (Kyngäs ym. 2007, 48). Luottamus luodaan rehellisyydellä, johdonmukaisuudella ja hoitajan luotettavuudella (Hankonen ym. 2006, 25). Hoitajan on kyettävä arvioimaan asiakkaan kyky omaksua asioita voidakseen valita tavan viestiä asiakkaan kanssa. Väärinymmärretyksi tuleminen on riskinä hoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. (Hankonen ym. 2006, 24.)

Ohjaustilanteen on sisällettävä aikaa rauhalliselle ja vastavuoroiselle keskustelulle, mikä luo asiakkaalle kuvan kiireettömästä ja yksilöllisestä ohjaustilanteesta. Hoitaja ottaa huomioon asiakkaan iän ja vastaanottokyvyn ohjauksen sisällössä ja tavassaan puhua. Ohjaustilanteessa on käytettävä ymmärrettävää kieltä välttäen erikoissanoja ja ammattitermejä. Hoitajan valmistautuminen ohjaukseen sekä asiallinen ja ystävällinen käyttäytyminen osoittavat kunnioitusta asiakasta kohtaan. Puheen rytmittäminen ja tauottaminen antavat asiakkaalle tilaisuuden kysymysten ja omien mielipiteiden esittämiseen. (Hankonen ym. 2006, 28–29.)

Sujuva viestintä on osa onnistunutta vuorovaikutusta, minkä tavoitteena on, että hoitaja ja asiakas ymmärtävät keskustelun samalla tavalla ja puhuvat samaa kieltä saavuttaen yhteisymmärryksen (Hankonen ym. 2006, 25; Kyngäs ym. 2007, 38). Onnistunutta vuorovaikutusta edistävät myös havainnointikyky ja kuuntelutaito. Psykkiset taustatekijät, muun muassa aikaisemmat käsitykset, tunteet, ajatukset ja kokemukset, vaikuttavat vuorovaikutukseen ja voivat vääristää viestin sisältöä hankaloittaen vuorovaikutuksen sujuvuutta (Hankonen ym. 2006, 25).

Ohjauksen viestintätavat jaetaan sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Sanallisella viestinnällä on vain pieni rooli vuorovaikutuksessa, mikä vaatii huomion kiinnittämistä viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanattomalla viestinnällä eli eleillä, ilmeillä, kehon kielellä ja teoilla puolestaan täydennetään, painotetaan, tuetaan, kumotaan ja jopa korvataan sanallista viestintää. (Hankonen ym. 2006, 25–26; Kyngäs ym. 2007, 39.) Hoitaja ilmaisee asiakkaalle läsnäoloa ja kuuntelemista yhdenmukaisella sanallisella ja sanattomalla viestinnällä, joiden ristiriita voi kuitenkin aiheuttaa epäluuloa ohjauksen sisällöstä ja estää vuorovaikutusta onnistumasta (Hankonen ym. 2006, 26).

Dialogi on luova prosessi, jossa omien ajatusmallien ja käsitysten kyseenalaistaminen on mahdollista. Keskustelun eteneminen dialogiksi edellyttää vastavuoroisuutta, jossa kaikki ovat tasavertaisia. Ohjaajan tulee huolehtia siitä, että jokainen osallistuu keskusteluun ja kaikki tulevat kuulluksi. Tämä edellyttää ohjaajalta erilaisten ihmisten huomioon ottamista ja monologeihin puuttumista. (Nurmela & Suominen 2005, 19.)

Aikaisempien tietojen ja kokemusten aktivoiminen helpottaa uuden tiedon omaksumista. (Nurmela & Suominen 2005, 21). Ohjaustilanteessa tulee ottaa huomioon sekä kohderyhmä että toimintaympäristön ominaispiirteet. Kohderyhmän valmiudet ja toimintaympäristön tuntemus vaikuttavat ohjauksen toteutukseen. (Nurmela & Suominen 2005, 24.) Ohjaustilanteessa ei kuitenkaan voida tietää eri ihmisten valmiuksia ja siksi onkin tärkeää antaa heidän itse määrittellä, miten hahmottavat ongelmat. Näin aikaisemmin opitut asiat voivat ohjata sitä, mitä asioita pidetään kulloinkin tärkeinä. (Saariluoma 2005, 11.)

6.4 Ryhmäohjaus

Terveystieteidenhuollossa ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä yksilöohjauksen kanssa. Ryhmäohjausta toteutetaan ryhmissä, jotka eroavat toisistaan sekä koon, tarkoituksen että tavoitteiden puolesta. Tavoitteet vaihtelevat ryhmien ja ryhmäläisten omien

henkilökohtaisten tavoitteiden perusteella. (Kyngäs ym. 2007, 104.) Ryhmässä asiakkaat eivät koe olevansa yksin ja he voivat auttaa toisiaan jaksamaan sekä tukea tavoitteiden saavuttamista (Kyngäs ym. 2007, 104; Brotherus ym. 2006, 86). Ryhmäohjaus on tehokasta terveystieteiden näkökannalta tarkasteltuna, koska ryhmässä asiakkaat voivat keskustella muiden samassa tilanteessa olevien kanssa oppien samalla keinoja selviytyä sairauden, esimerkiksi diabeteksen, aiheuttamista elämänmuutoksista (Brotherus ym. 2006, 86). Yksilöohjaukseen verrattuna ryhmäohjaus on yksilön kannalta tehokkaampi oman kuntoutuksen tai terveyden edistämisen käynnistäjänä. Ryhmäohjauksella on mahdollista saavuttaa parempia tuloksia yksilöohjaukseen verrattuna. Ryhmäohjaus antaa hyvän tilaisuuden jakaa tietoa isommille ryhmille yleisesti esimerkiksi sairauteen ja terveyteen liittyvissä asioissa, mikä tekee ohjauksesta taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Ryhmäksi voidaan määritellä asiakasryhmä, jolla on yhteinen tavoite (Brotherus ym. 2006, 86). Ryhmä voi olla koottu yhteen ainoastaan yhtä tilaisuutta varten, ja saattaa muodostua löyhästä joukosta erilaisia ihmisiä. Yleensä ryhmä kuitenkin kokoontuu säännöllisesti ja sen jäsenet ovat toisilleen tuttuja. (Kyngäs ym. 2007, 105.) Ryhmän koolla on vaikutusta ryhmän luonteeseen, toimintaan ja ryhmädynamiikkaan (Brotherus ym. 2006, 86; Kyngäs ym. 2007, 105). Pienryhmäksi määritellään 5-12 henkilön joukko, jolle on ominaista henkilöiden aktiivinen ja yksimielinen osallistuminen ohjaukseen (Brotherus ym. 2006, 86). Ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus on sekä sanallista että sanatonta, ja se voi tapahtua joko kasvokkain tai verkon tai muun sähköisen viestimen välityksellä (Kyngäs ym. 2007, 105).

Hoitajan huolellinen valmistautuminen ryhmäohjaukseen on oleellista ohjauksen onnistumisen kannalta. Valmistautuessaan hoitaja perehtyy aiheeseen, rajaa aihesisällön ja mahdollisuuksien mukaan tutustuu asiakkaiden taustatietoihin. Hän laatii ryhmäohjaukselle sopivat tavoitteet ja valitsee käytettävän ohjausmenetelmän. Ohjauksessa käytettävä materiaali valmistellaan ja tarvittaessa päivitetään ohjattavalle asiakasryhmälle sopivaksi. Myös tila, jossa

ohjaus tapahtuu, on valmisteltava ennalta muun muassa varaamalla tarvittavat välineet ja materiaalit. (Brotherus ym. 2006, 87, 89.)

Ohjauksen aloittaminen vieraan ryhmän kanssa, jonka jäsenet eivät tunne toisiaan, voi osoittautua hoitajalle haastavaksi. Hoitajan avoimuus ja rentous sekä tapa, jolla hän toimii ryhmässä antaa ryhmälle mallin, jota seurata. Ryhmään liittyessään ihmisellä on tarve tulla esiin yksilönä, ja ryhmäohjauksen aluksi sen jäsenet kokevat tärkeäksi kertoa jotakin itsestään muille. Hoitajan tulee luoda ryhmälle tunne siitä, että heitä kunnioitetaan vahvistaakseen turvallisuuden tunnetta ryhmässä. Turvalliseksi koetussa ryhmässä ihmiset uskaltavat ilmaista omia mielipiteitään. (Kyngäs ym. 2007, 113.)

Ryhmäohjausta aloitettaessa hoitajan tulisi luoda kontaktia asiakkaisiin sekä yksilöinä että ryhmänä. Esimerkiksi katsekontaktin ottaminen jokaiseen ryhmänjäseneseen luo läheisyyttä, avoimuutta ja turvallisuuden tunnetta. Ryhmäohjaus voi alkaa tervetuloitotuksilla ja hoitajan ja ryhmäläisten esittäytymisellä. Esittäytymiseen käytettävä aika on hyvä suunnitella jo ryhmäohjauksen valmistautumisvaiheessa. Hoitaja kertoo asiakkaille kuinka kauan ryhmäohjaustilanne kestää. Hän pyrkii myös luomaan ohjaustilanteen ilmapiirin vastaanottavaiseksi, mikä edesauttaa myönteisen kiinnostuksen heräämistä. Outo tilanne voi kuitenkin aiheuttaa asiakkaisissa varauksellisuutta ja torjuntaa ryhmäohjauksen aloituksen yhteydessä. Hoitaja voi pyrkiä ratkaisemaan tilanteen esimerkiksi kyselemällä asiakkailta heidän odotuksistaan ja ryhmään tuloon syistä. (Brotherus ym. 2006, 87–89.)

Ryhmäohjausta toteuttavan hoitajan on hallittava sekä valitseman ohjausmenetelmä että ohjauksen sisältö. Kysymyksiä esittämällä hoitaja pystyy varmistamaan ovatko asiakkaat ymmärtäneet käsiteltävän asian, ja myös asiakkaiden tulee saada ohjauksen aikana mahdollisuus kysellä. Ohjauksen aikana on tärkeää korostaa ja kerrata ydinasioita niiden mielenjäämiseksi. Hoitajan on huolehdittava, että ohjaus pysyy asiassa ja aikataulussa. Ryhmäohjauksen lopuksi on hyvä pitää yhteenveto keskeisimmistä ohjauksen aikana käsitellyistä asioista. (Brotherus ym. 2006, 88–89.) Hoitajan tulisi myös käydä ryhmän kanssa keskustellen ja pohtien läpi, miten he voisivat hyödyntää

ohjauksessa oppimiaan asioita jokapäiväisessä elämässään (Kyngäs ym. 2007, 109).

6.5 Demonstraatio

Demonstrointi tarkoittaa näyttämällä opettamista ja havainnollista esittämistä. Demonstraatio on yhtenä potilasohjauksen osa-alueena havainnollistamisella tehtyä ohjausta selvittäen toimenpiteen asiakkaalle ja tukien tätä sitoutumaan hoitoon. (Heinola ym. 2006, 57; Kyngäs ym. 2007, 129.) Demonstraatio jaetaan havainnollistamiseen ja konkretisointiin. Havainnollistamisella korostetaan aistien avulla tehtyjen havaintojen merkityksiä, toisin sanoen käyttäen eri aistien oppimiskanavia ohjaus havainnollistuu. Ohjaus on konkreettista, kun se on todella lähellä todellisuutta, jolloin opitut asiat saavat kokemusten kautta ymmärrettäviä merkityksiä. (Heinola ym. 2006, 58; Kyngäs ym. 2007, 128.) Kokemuksen kertominen saattaa konkretisoida asiaa loistavasti, ja omakohtaisilla kokemuksilla ja esimerkeillä aloitetun ohjauksen vahvuus on hyvä motivaatiokyky ja teorian yhdistäminen kokemuksen kautta käytäntöön (Heinola ym. 2006, 58).

Demonstraatio sopii hyvin pienryhmäohjaukseen (Kyngäs ym. 2007, 129), ja se on suullisen ohjauksen ohella pelkkää kirjallista materiaalia tehokkaampaa (Heinola ym. 2006, 59). Ohjauksessa käytettävät havainnollistamiskeinot, esimerkiksi kuvat, parantavat oppimista ja elävöittävät tilannetta sekä ylläpitävät mielenkiintoa (Brotherus ym. 2006, 88–89). Havainnollistaminen on valmisteltava hyvin, ja demonstraation suunnittelu ja tekninen toteutus ovat hoitajan vastuulla (Heinola ym. 2006, 58; Kyngäs ym. 2007, 129). Ennen demonstraatiota ohjaustilanteessa tarvittavat välineet on kerättävä (Heinola ym. 2006, 59), ja kaikkien siinä käytettävien välineiden toimivuus on testattava. (Kyngäs ym. 2007, 129.)

6.6 Asiakasohjauksen haasteet

Haasteita ohjaukseen hoitajalle tuovat asiakkaiden erilaisuus ja sen myötä tietoon ja tukeen liittyvä tarpeiden vaihtelu. Asiakkaan tilanne ja sitoutumismahdollisuus omaa terveyttä koskevaan toimintaan on selvitettävä, sillä tällä tavoin asiakkaan tarpeet muodostavat yksilöllisen ohjaussuhteen. (Kyngäs ym. 2007, 26–27.) Yhtenä haasteena ryhmää ohjatessa on muun muassa ryhmän asiakkaiden erilaiset tarpeet ohjauksen suhteen, jolloin ryhmän tarpeiden samankaltaisuuden hyödyntäminen on erityisen tärkeää. Haasteena ovat myös ne asiakkaat, jotka kokevat oman terveydentilansa hyväksi, vaikka tarvitsisivatkin hoitoa. Esimerkiksi kohonneet verensokeriarvot ja ylipaino vaativat ensisijaiseksi hoidoksi elintapamuutoksia, jolloin motivointi muodostuu tärkeimmäksi asiaksi ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 31.)

Vuorovaikutuksessa on haastavaa tilanteiden vaihtuvuus ja se, että ihmisten välisissä suhteissa jonkin metodin toimivuudesta ei koskaan ole varmuutta. Asiakkaiden tilanteet ovat myös usein vaikeita, eikä asiakas välttämättä osallistu itse käytävään keskusteluun. Asiakas saattaa myös kohdistaa vihaa ja uhmaa työntekijää kohtaan, jolloin on yritettävä ymmärtää mitä asiakas pyrkii tällä viestimään. (Mönkkönen 2007, 28–29.)

On huomioitava myös vuorovaikutuksen uudet toimintaympäristöt, esimerkiksi sähköiset tietoverkot, joissa ihmisten välille luodaan lyhytaikaisia suhteita. Tällöin puhutaan niin sanotusta toisesta mediakaudesta, jolla tarkoitetaan, että passiivisen tiedon vastaanottajien sijaan ollaan myös itse aktiivisesti luomassa tietoja ja yhteyksiä. Asiakkaat osaavat hankkia vertaiskeskusteluista ja tietoverkosta asiantuntijatietoa myös itsenäisesti, mikä asettaa uusia haasteita ammattilaisille tuoda keskustelussa esille oma näkökulmansa. (Mönkkönen 2007, 29–30.)

6.7 Virtuaalivälitteinen ohjaus

Virtuaalisella tarkoitetaan usein fyysisen tai konkreettisen vastakohtaa. Se kuvaa ilmiötä, josta saadaan havaintoja ja aistimuksia työskennellessä verkon välityksellä tieto- ja viestintäteknisten välineiden kautta. Käsitteet videoneuvottelu, videovälitteinen opetus ja vuorovaikutteinen etäopetus tarkoittavat kaikki lähes samaa. Välitteisyydellä viitataan viestintään, joka tapahtuu välineiden kautta. (Tella ym. 2001, 31, 34, 77.) Verkossa toimittaessa korostetaan opettamisen sijaan ohjausta, sillä vastavuoroisuus on tärkeässä roolissa ja oppija on aktiivinen toimija. (Nurmela & Suominen 2005, 6.) Tässä työssä käytämme termiä virtuaalivälitteinen ohjaus kuvaamaan videoneuvottelun ominaisuuksia.

Virtuaalivälitteinen ohjaus, joka tapahtuu videoneuvottelun keinoin, on tosiajassa television tai tietokoneruudun ja mikrofonin välityksellä tapahtuva vuorovaikutustilanne. Se on ääntä, kuvaa ja dataa samanaikaisesti välittävä kommunikoinnin keino. Virtuaalivälitteinen ohjaus muistuttaa läheisesti kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta ja siksi se tukee yhteisöllisyyttä ja on erityisen vuorovaikutteinen. (Tella ym. 2001, 77–78.) Se soveltuu erityisen hyvin tilanteisiin, jossa maantieteellisesti eri seuduilla asuvien ihmisten väliset etäisyydet ovat pitkiä ja heidän on päästävä toimimaan yhdessä (Saariluoma 2005, 10; Tella ym. 2001, 77–78).

Virtuaalivälitteistä ohjaustilannetta suunnitellessa tulee kiinnittää huomiota aiheen valintaan ja sen rajaukseen sekä videoneuvottelun pedagogiseen ja tekniseen toteuttamiseen. Se poikkeaa tavanomaisesta kasvokkain tapahtuvasta viestinnästä muun muassa viestinnän hitaudessa. Nopeaa viestintää vaativat tilanteet, kuten spontaanit kannanotot, eivät aina sovi virtuaalivälitteiseen ohjaukseen. Viestin vastaanottamiseen tarvitaan enemmän aikaa kuin kasvokkain tapahtuvassa viestinnässä ja viestintä muuttuu peräkkäiseksi. (Tella ym. 2001, 80–81.)

Virtuaalivälitteistä ohjausta tehdessä vetäjien on hyvä pohtia neuvottelun sisällöllistä rytmitystä, viestinnän perillemenoja, havainnollisuutta ja

visuaalisuutta. Teknisessä toteuttamisessa on muistettava, että kamera rajaa ja korostaa tapahtumia. Lähikuvat välittyvät vastaanottajille paremmin kuin laajat ja epäselvät kuvat. Pelkkää puhuvaa päätä on raskasta kuunnella, varsinkin jos hitaan nettiyhteyden takia kuva on nykivä ja ääni pätkee. Virtuaalivälitteinen ohjaus ei välitä kaikkia sanattoman viestinnän piirteitä, kuten kulmakarvojen kohottamista, nopeasti välähtävää hymyä tai muita pieniä kasvonliikkeitä. (Tella ym. 2001, 81.)

Virtuaalivälitteisen ohjauksen aikana tulee muistaa liikkua ja puhua tavallista rauhallisemmin ja selkeämmin. Katsekontaktin avulla luodaan yhteisen ryhmän tuntua ja siksi kameraan tulisi katsoa suoraan ja puhua sille kuin toiselle ihmiselle. Laitteistoa kannattaa kokeilla ennen videoneuvottelun käymistä. (Tella ym. 2001, 83.) Ohjaukseen voi valmistautua teoreettisesti, esimerkiksi hyväksi koettujen menetelmien osalta. Ohjaajan tulee olla tietoinen, mihin ohjauksella pyritään ja miten siihen käytännössä päästään. (Koli 2008, 121.)

7 LÄHETYSTEN RAPORTOINTI

Opinnäytetyöprosessimme alkoi elokuussa 2011, jolloin saimme tietää opinnäytetyön aihevaihtoehdot, toimeksiantajan, ja että toteuttamistapa on toiminnallinen. Arvoimme aiheet ryhmämme kesken ja me saimme aiheeksemme diabeteksen. Rajasimme aiheen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn, koska se on tärkeää tyypin 2 diabeteksen yleistymisen vuoksi ja ajattelimme aiheen sisältävän mielenkiintoista ja hyödyllistä tietoa kohderyhmällemme. Myöhemmin sisällytimme aiheeseemme myös tyypin 2 diabeteksen hoidon elämäntapamuutoksilla, koska terveellisillä elämäntavoilla voidaan sekä ennaltaehkäistä että hoitaa kyseistä sairautta (Käypä hoito 2011).

Syksyn tavoitteena oli aiheeseen perehtyminen kattavan ja monipuolisen tiedonhaun avulla. Haimme tietoa kohderyhmämme huomioiden. Opinnäytetyöprosessia edistääksemme teimme esseen, jonka tarkoituksena oli luoda käsitys tulevasta opinnäytetyöstämme. Esseitä varten tutustuimme keskeisiin käsitteisiin, joita tulimme mahdollisesti käyttämään jatkossa. Määrittelimme muun muassa VIRTU-projektin, toiminnallisen opinnäytetyön, diabeteksen ja sen ennaltaehkäisyn sekä asiakasohjauksen. Toiminnallinen opinnäytetyö oli käsitteenä vieras ja teoritietoa löytyi niukasti, mikä tuotti hankaluuksia päästä alkuun työskentelyssä. Saimme palautetta ja kehittämisideoita esseestä koko ryhmältämme.

Saamamme palautteen avulla teimme opinnäytetyön suunnitelman. Suunnitelman tarkoituksena oli selvittää toiminnallisen opinnäytetyömme prosessin rakennetta ja sisältöä. Työssä määrittelimme keskeiset käsitteet ja tiedonhakuja ohjaavat kysymykset. Lisäksi kerroimme opinnäytetyön toteutuksesta, tarkoituksesta ja tavoitteesta. Selvitimme myös opinnäytetyön aikataulun. Tässä vaiheessa olimme perehtyneet aiheeseemme syvällisemmin ja teoritietopohja oli laaja. Esittelimme opinnäytetyösuunnitelman ryhmällemme ja ohjaavalle opettajalle seminaarissa 20.12.2011. Seminaarissa

saimme palautetta sekä opponenteilta että muilta opiskelijoilta ja ohjaavalta opettajaltamme. Palautteen avulla kehittelimme ja parantelimme suunnitelmaa.

7.1 Suunnittelu

Aloitimme toiminnallisen osuuden eli VIRTU-lähetysten suunnittelun tammikuussa 2012. Olimme tutustuneet VIRTU-projektiin syksyllä 2011 tuottamalla ensiapua koskevan lähetysten yksinasuville ikääntyneille. Koimme tämän lähetysten hyödyllisenä opinnäytetyön kannalta, koska saimme käsityksen VIRTU-projektin toiminnasta ja sen toteuttamistavasta käytännössä. Keskustelun luominen lähetyksessä aiheesta oli haastavaa. Oivalsimme, että virtuaalisen lähetysten yhtenä etuna on konkreettinen havainnollistaminen keskustelun ja perinteisen luennoimisen ohella.

Käytännön toteutusta varten pohdimme mitä, miksi ja miten kerromme lähetyksissä (vrt. Brotherus ym. 2006, 87, 89). Havainnollistamiskeinoina päätimme käyttää power point -esityksiä (Liite 2, Liite 3), jotka sisälsivät pääasiat, keskeisimmät käsitteet ja kuvia lähetysten aiheista (vrt. Brotherus ym. 2006, 88–89). Käytimme esityksessä keltaista taustaväriä ja mustaa tekstiä, koska tumman värin ja keltaisen yhdistelmä näkyy parhaiten havainnollisuutta parantaen. Keltainen väri myös edistää oppimista. (Rihlama 1997, 107–108.) Halusimme pitää tekstin mahdollisimman helppolukuisena käyttämällä suurikokoista tekstiä ja valitsemalla vain muutamia tärkeimpiä sanoja dioille.

Valitsimme tietokilpailun tukemaan oppimista, koska osallistujat pääsisivät näin itse pohtimaan ja toimimaan sekä kertaamaan ohjauksen aikana käsiteltyjä asioita (vrt. Brotherus ym. 2006, 88–89). Tietokilpailu toteutettaisiin valmiiksi tekemillämme monivalinta- ja totta vai tarua -kysymyksillä. Valitsimme kysymyksiksi tärkeimmät ja oleellisimmat asiat ja oikeat vastaukset käytäisiin yhdessä läpi. Lisäksi halusimme demonstroida verensokerin mittauksen, minkä avulla havainnollistaisimme sen käytännössä (vrt. Kyngäs ym. 2007, 129; Heinola ym. 2006, 59).

Kuvien valintakriteerit olivat selkeys, yksinkertaisuus, esteettisyys ja niiden tuli sisältää ajankohtaista tietoa. Halusimme havainnollistaa haiman sijainnin kehossa mahdollisimman yksinkertaisella kuvalla. Sopivan ja luotettavasta lähteestä olevan kuvan löytäminen oli vaikeaa, mutta löysimme Duodecim – kirjasta (Saraheimo & Kangas 2006d, 23) tarkoitukseemme sopivan kuvan. Halusimme valita aitoja ruoka-aineita sisältävät kuvat ruokakolmioon ja lautasmalliin, jotta ne vastaisivat todellisuutta piirrettyjä kuvia paremmin. Päädyimme käyttämään Valtion ravitsemusneuvottelukunnan lautasmallia, koska se vastasi parhaiten haluamiamme ominaisuuksia. Lautasmalli on myös hyvä havainnollistamisen apuväline ruokavalio-ohjauksessa, ja sen avulla ruokavaliosuosituksen sisältö voidaan kokonaisuudessaan konkretisoida (Pekkonen 2008, 111). Valitsimme Leipätiedotuksen (2010) ruokakolmion, sillä se oli nykyisten ravitsemussuosituksen mukainen ja mielestämme esteettisesti kaunein. Hyödynsimme UKK-instituutin (2011b) soveltavaa liikuntapiirakkaa, joka soveltuu aikuisille, joilla sairaus tai toimintakyvyn aleneminen vaikeuttaa liikkumista jonkin verran sekä ikääntyneille.

Ennen VIRTU-lähetystyksiä teimme selkeät roolijaot selkeyttääksemme lähetystä. Nimesimme yhden lähetystyksen vetäjäksi, joka oli vastuussa ohjelman kulusta. Ohjelmasisältö luotiin yhdessä ja sovimme siitä jokaiselle oman aihealueen. Tällä tavoin varmistimme ohjelmien sisällön ja laadun säilyvyyden mahdollisten poissaolojen sattuessa. Kävimme läpi ohjelmasisällön kenraaliharjoituksen muodossa. Tapasimme VIRTU-projektin työntekijän kanssa power point-esityksen ja laitteiston toimivuuden kokeilua varten (vrt. Tella ym. 2001, 83). Päätimme jakaa televisioruudun puoliksi niin, että power point –esitys täyttäisi siitä toisen puolen ja toisella puolella näkyisi sekä meidän että osallistujien kuvat. Sovimme yhtenäisestä mustasta vaatetuksesta, koska musta on sekä siisti että asiallinen väri.

VIRTU-lähetysten suunnitteluun loi haasteita vähäinen tieto kohderyhmästä, kuten heidän mahdolliset muistisairaudet, heikentyneet kognitiiviset kyvyt, lähetystyksiin osallistuvien iät ja osallistujamäärä. Emme tienneet olisiko kohderyhmässä diabeetikoita, joten rajasimme lääkehoidon pois aiheesta.

Päätimme, että käsittelemme aiheessamme ehkäisyn lisäksi hoitoa elämäntapamuutoksilla, joten myös mahdolliset lähetykseen osallistuvat diabeetikot hyötyisivät aiheesta. Suunnittelimme lähetykset ja aiheiden sisällöt ryhmänohjaukseen soveltuvaksi (vrt. Brotherus ym. 2006, 87, 89). Yleisen tiedon diabeteksestä tuli soveltua sekä sitä sairastamattomille että sitä sairastaville henkilöille. Ohjauksessa käytimme lähteinä ikääntyneiden yleisiä liikunta- ja ravitsemussuosituksia. Poimimme keräämästämme teoriapohjasta tärkeimmät asiat ja yksinkertaistimme ne maallikolle ymmärrettävään muotoon. Muokkasimme tiedon kohderyhmämme huomioiden. (vrt. Hankonen ym. 2006, 28–29.)

7.2 Tavoitteet ja toteutus

Ennen lähetyksiä asetimme lähetyksillemme tavoitteet ja teimme ohjelmarungot (Liite 4), jotka lähetimme viikkoa ennen lähetyksiä ohjaavalle opettajalle ja kahdelle VIRTU-projektin työntekijälle. Tavoitteemme ensimmäiselle ja toiselle lähetykselle olivat täydentää osallistujien tietoja tyyppin 2 diabeteksestä, oikaista mahdollisia vääriä käsityksiä ja päivittää vanhoja tietoja. Lisäksi tavoitteena oli ottaa huomioon osallistujien mahdolliset omakohtaiset kokemukset sairaudesta ja pyrkiä luomaan vuorovaikutteinen ohjaustilanne (vrt. Hankonen ym. 2006, 24; Kyngäs ym. 2007, 48). Suunnittelimme, että luomme vuorovaikutuksellisen tilanteen avoimilla kysymyksillä (vrt. Kyngäs ym. 2007, 32) ja kertaisimme asioita tietokilpailun muodossa (vrt. Brotherus ym. 2006, 88–89).

Kolmannen ja neljännen lähetyksen ohjelmarungon lähettämisen jälkeen teimme muutoksen tavoitteisiin ja lähetysten sisältöön ottamalla mukaan myös tyyppin 2 diabeteksen hoidon elämäntavoilla. Näiden lähetysten tavoitteet ja ohjelmarunko olivat samantapaiset kuin ensimmäisen ja toisen lähetyksen. Tavoitteena oli täydentää osallistujien tietoja tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä ja elämäntapahoidosta, oikaista mahdollisia vääriä käsityksiä ja päivittää vanhoja tietoja. Tavoitteena oli lähetyksissä ottaa huomioon osallistujien mahdolliset omat kokemukset sairauden ennaltaehkäisystä ja

hoidosta elämäntavoilla ja pyrimme luomaan vuorovaikutteisen ohjaustilanteen. Lähetyksen yksi tärkeimmistä tavoitteista oli saada osallistujat pohtimaan omaa terveydentilaa ja elämäntapoja. Toivoimme pohdinnan johtavan tarvittaessa myönteisiin elämäntapamuutoksiin.

7.2.1 Lähetykset tyypin 2 diabeteksestä

VIRTU-lähetyksistä ensimmäinen ja toinen toteutuivat 30.1.2012 ja aiheena oli tyypin 2 diabetes. Päivän ensimmäinen lähetyksen pidettiin yksinasuvilla ikääntyneille kello 10–11 välillä, missä oli neljä osallistujaa. Päivän toinen lähetyksen pidettiin omaishoitajille ja kuntoutujille kello 13–14, missä osallistujia oli kaksi. Aloitimme lähetykset vetäjien ja osallistujien esittäytymisellä sekä kertomalla päivän aiheen. Johdattelimme osallistujia aiheeseen kysymällä heidän aikaisemmista tiedoistaan ja kokemuksistaan tyypin 2 diabeteksestä. Keskustelun myötä ilmeni, että joukossa oli tyypin 2 diabetesta sairastavia henkilöitä.

Kävimme aiheen keskustellen läpi power point -esityksen avulla (Liite 2). Esityksen ohella loimme keskustelua avoimilla kysymyksillä, jotka olimme ennalta suunnitelleet. Avoimet kysymykset olivat:

- Mitä teille tulee mieleen tyypin 2 diabeteksestä?
- Kuinka yleistä arvelette tyypin 2 diabeteksen olevan? Mistä ajattelette yleisyyden johtuvan?
- Mitkä tekijät altistavat tyypin 2 diabetekselle?
- Mitä tiedätte metabolisesta oireyhtymästä?

Kävimme läpi lähetyksissä diabeteksen yleisyyden Suomessa. Selvitimme, että tyypin 2 diabetes on koko elimistön aineenvaihduntasairaus, ja sille altistavia tekijöitä ovat geneettinen alttius ja elämäntavat. Lisäksi kerroimme metabolisesta oireyhtymästä ja insuliiniresistenssistä oleellisina tyypin 2 diabetekselle altistavina tekijöinä. Kävimme läpi myös haiman sijainnin kuvan avulla ja sen tehtävän insuliinin tuottajana. Kerroimme tyypin 2 diabeteksessä tyypillisimpiä oireita olevan muun muassa väsymys, janon tunne ja tihentynyt

virtsaamisen tarve. Tietokilpailussa kertosimme kysymysten avulla insuliinia tuottavan elimen, elämäntavat, tyypin 2 diabeteksen oireet, insuliiniresistenssin, insuliinin tehtävän ja metabolisen oireyhtymän. Kysymyksiksi valikoituivat tärkeimmät lähetyksessä läpikäytyt asiat.

7.2.2 Tyypin 2 diabetesta käsittelevien lähetysten arviointi

Ensimmäinen ja toinen lähetykset sujuivat hyvin ja olimme tyytyväisiä niihin. Ennakkotiedon määrä tyypin 2 diabeteksestä vaihteli osallistujien kesken, ja jonkin verran esiintyi myös virheellistä tietoa. Osa osallistujista tiesi ennalta liikunnan ja ruokavalion merkityksen sairauteen, mutta yleinen käsitys diabeteksestä oli sen mieltäminen vain sokeritautina. Kerroimme aiheesta samalla korjaten virheelliset käsitykset ja päivittäen osallistujien tiedot sairaudesta. Otimme huomioon osallistujien omat ajatukset ja kokemukset, joista he kertoivat mielellään. Saimme paljon keskustelua aikaiseksi ja pysyimme aikataulussa, vaikka keskustelu poikkesikin toisinaan aiheestamme. Roolijako oli toimiva ja jokainen suoriutui osuudestaan hienosti. Roolimme vetäjinä korostui, kun aihe harhautui sivuraiteille, jolloin palautimme keskustelun takaisin aiheeseen kuitenkin vähättelemättä osallistujan asiaa. Metabolinen oireyhtymä ja insuliiniresistenssi olivat käsitteinä vieraita. Ne koettiin vaikeiksi ymmärtää siitä huolimatta, että pyrimme selvittämään käsitteet maallikon sanoin ja kertosimme ne tietokilpailussa.

Tietokilpailua suunnitellessamme ajattelimme aliarvioivamme osallistujien oppimiskykyä ja tietoja tyypin 2 diabeteksestä, mutta havaitsimme kysymysten olleen joillekin vaikeita. Vaikeat kysymykset saivat osallistujat keskustelemaan keskenään vastausvaihtoehdoista ja pohtimaan oikeita vastauksia. Totesimme tietokilpailun olevan hyvä keino kerrata läpi käytyjä asioita, koska sen avulla huomasimme, mitkä asiat olivat jääneet osallistujien mieleen ja mitä olisi vielä syytä kerrata seuraavissa lähetyksissä.

Ensimmäistä lähetykstä olivat seuraamassa studioemäntä ja ohjaava opettajamme, toista lähetykstä vain studioemäntä. Saimme molemmilta

myönteistä palautetta onnistuneesta vuorovaikutuksesta ja rauhallisesta olemuksesta. Molemmissa lähetyksissä myös hiljaisemmat osanottajat osallistuivat aktiivisesti keskusteluun, josta saimme positiivista palautetta. Osallistujat pitivät lähetyksiä mielenkiintoisina ja hyödyllisinä. Saimme palautetta, että musta asu on surumielinen. Päätimme vaihtaa asumme seuraaviin lähetyksiin värikkäämmiksi pukeutumalla kuviollisiin paitoihin. Ajatuksena oli piristää tunnelmaa ja luoda rento ilmapiiri. Asusteen tuli olla siisti ja asiallinen. Paras palaute oli osallistujien kiinnostus, aktiivinen osallistuminen lähetyksiin ja lopuksi saatu kiitos.

7.2.3 Lähetykset tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä ja hoidosta elämäntavoilla

Kolmas ja neljäs lähetys pidettiin torstaina 2.2.2012 klo 10–11 yksinasuville ja klo 13–14 omaishoitajille ja kuntoutujille. Aiheena oli tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito elämäntavoilla. Kolmas lähetys alkoi meistä riippumattomista syistä kymmenen minuuttia myöhässä. Molempiin lähetyksiin osallistui kolme henkilöä. Esittäytymisen jälkeen kysyimme, mitä osallistujille oli jäänyt mieleen maanantain lähetyksestä ja kertosimme lyhyesti silloin läpi käytyjä asioita. Tämän jälkeen demonstroimme verensokerin mittauksen. Toteutimme tämän konkreettisesti mittaamalla yhdeltä vetäjältä verensokerin sormenpäältä. Kerroimme verensokerin viitearvot sekä demonstraation että power point –esityksen (Liite 3) yhteydessä. Keskustelimme tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä ja elämäntapahoidosta power point –esitystä sekä avoimia kysymyksiä hyväksi käyttäen. Ennalta suunnitellut avoimet kysymykset olivat:

- Mitä muistatte viime kerran lähetyksestä?
- Mitä terveelliseen ruokavalioon teidän mielestänne kuuluu?
- Minkälaiset ovat teidän omat ruokailutottumuksenne?
- Miten kokoatte ruokanne lautaselle? Syötekö lautasmallin mukaisesti?
- Millaiset ovat teidän liikuntatottumuksenne?

Lähetyksissä käsittelimme terveellistä ravitsemusta ja liikunnan suotuisia vaikutuksia sekä esittelimme ruokakolmion, lautasmallin ja liikuntapiirakan. Kerroimme terveellisen ja säännöllisen ruokavalion tärkeästä merkityksestä terveyden kannalta. Ruokakolmion kuvan avulla selvensimme sen sisältöä ja terveellisen ruokavalion rakennetta. Selvitimme, että sokeria ja muitakin hiilihydraatteja voi sisällyttää ruokavalioon kohtuudella. Korostimme ravintoaineiden laadun merkitystä määrän sijaan ja niiden saannin tasapainon tärkeyttä. Lautasmallilla kuvasimme, miten terveellinen ateria kootaan. Keskustelimme energian saannin ja kulutuksen tasapainon merkityksestä. (vrt. VRN 2005.) Emme varsinaisesti kehottaneet laihduttamaan vaan kerroimme painonhallinnan toteutuvan terveellisten elämäntapojen noudattamisen myötä.

Kyselimme osallistujien päivittäisestä liikkumisesta. Korostimme, että liikkumisen tulisi tapahtua omien voimavarojen mukaisesti ja vähäinenkin liikunta on parempi kuin ei ollenkaan. Keskustelimme liikunnan suotuisista vaikutuksista koko elimistöön, kuten aineenvaihduntaan, toimintakykyyn ja mielialaan. Soveltavan liikuntapiirakan avulla kävimme läpi liikuntamuotoja, jotka soveltuvat aikuisille, joilla on sairaus tai toimintakyvyn aleneminen vaikeuttaa liikkumista jonkin verran sekä ikääntyneille. (vrt. UKK 2011a; UKK 2011b) Lopuksi kerroimme lisätietoa diabeteksestä saavan muun muassa diabetesliiton sivuilta, heidän esitteistään ja omasta terveystieteisestä. Lisäksi pyysimme lyhyen palautteen osallistujilta lähetyksistä.

7.2.4 Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä ja hoitoa elämäntavoilla käsittävien lähetysten arviointi

Kolmas lähetys alkoi meistä riippumattomista syistä kymmenen minuuttia myöhässä. Kiire ja epätietoisuus tilanteesta aiheuttivat epävarmuuden tunteen lähetyksen onnistumisesta (vrt. Kyngäs ym. 2007, 37–38). Ennalta odottamaton tilanne vaikutti lähetyksen kulkuun, koska emme olleet varautuneet kyseiseen ongelmaan. Lähetyksen myöhästymisen seurauksena suunnittelemaamme aikataulua piti muokata, jotta ehtisimme käymään kaikki asiat läpi lyhyemmässä

ajassa. Koko lähetyksen ajan tunnelma oli hieman rauhaton, mutta studioemännän mukaan tämä ei kuitenkaan näkynyt ulospäin. Kaikesta huolimatta saimme käytyä lähetyksessä kaikki suunnitellut asiat läpi. Lähetyksen jälkeen totesimme, että sisällöstä olisi pitänyt karsia jotakin pois ja meidän olisi pitänyt rauhoittua, jotta tavoitteemme rauhallisesta ja vuorovaikutuksellisesta tilanteesta olisi toteutunut.

Neljäs lähetys sujui kaikista lähetyksistä parhaiten. Emme antaneet aamun lähetyksen vaikuttaa suoritukseemme negatiivisesti, vaan päinvastoin saimme motivaatiota suoriutua iltapäivän lähetyksessä paremmin. Otimme oppia aamun lähetyksestä selittäen asiat selkeämmin ja ymmärrettävämmin sekä huomioiden osallistujat paremmin. Vuorovaikutustilanne oli rauhallinen ja aikaa oli riittävästi myös keskustelun luomiseen. Keskustelua syntyi runsaasti ja ilmapiiri oli rento.

Tavoitteiden mukaisesti selvitimme osallistujien tietoja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä ja hoidosta elämäntapamuutoksilla. Heillä oli melko vähän tietoa tästä aiheesta. Osallistujilla oli käsitys hiilihydraateista, mutta sen laajuus oli epäselvä. Pyrimme täydentämään ja laajentamaan hiilihydraatin käsitettä ja kertomaan hiilihydraattien vaikutuksista elimistössä. Korjasimme virheelliset käsityksen siitä, että sokeria tulisi välttää. Osallistujat tiedostivat ruokavalion terveyttä edistävän merkityksen, mutta myönsivät, ettei tämä käytännössä täysin toteudu. Saimme osallistujat keskustelemaan omista ruokailutottumuksistaan ja annoimme heille keinoja parantaa niitä. Esimerkiksi lautasmallia läpikäydessä ilmeni, että suurin osa osallistujista ei täytä puolta lautasestaan kasviksilla ja vihanneksilla, joten kehotimme heitä lisäämään niitä. Yksi tärkeimmistä tavoitteista lähetyksissä oli saada osallistujat pohtimaan päivittäin omaa terveydentilaansa ja elämäntapojaan. Emme kuitenkaan pysty arvioimaan tämän tavoitteen todellista toteutumista, mutta toivomme että lähetyksemme herätti osallistujissa ajatuksia.

Power point –esitykseen valitsemamme kuvat osoittautuivat selkeiksi ja toimiviksi ohjaamisen kannalta. Kuvat tukivat ja täydensivät teoretietoa ja niiden avulla pystyimme selittämään asiat havainnollisemmin. Kuvat olivat riittävän isoja ja värit tekivät niistä miellyttäviä katsoa. Osallistujat kehuivat kuvia

herkullisen näköisiksi. Kameran kohdentaminen verensokerin mittaustilanteessa osoittautui hankalaksi, koska emme olleet kokeilleet sitä ennalta. Yksi vetäjistä oli sekä kameran kohdentajana että demonstroimassa verensokerin mittausta, minkä huomasimme olleen huono ratkaisu. Totesimme, että jonkun ulkopuolisen olisi pitänyt hoitaa kameran kohdentaminen, mikä toteutui iltapäivän lähetyksessä. Tämä helpotti demonstraatiotilanteen toteuttamista.

7.3 Yhteenveto

Olemme tyytyväisiä lähetyksiin ja ryhmämme työskentelyyn niitä suunniteltaessa ja toteutettaessa. Tekniikka toimi lähes moitteettomasti. Sen kanssa ilmeni muutamia ongelmia, kuten huono yhteys, sen katkeaminen ja yksittäisen osallistujan kuvayhteyden pysähtyminen. Ongelmien ilmaantuessa VIRTU-projektin työntekijä neuvoi osallistujia asian ratkaisemiseksi. Äänen- ja kuvanlaatu olivat pääasiassa hyviä ja power point –esitykset näkyivät toivotulla tavalla. Viive äänessä hankaloitti ajoittain kommunikointia ja aiheutti päällekkäin puhumista.

Ennen power point –esityksen aloittamista, kuvamme näkyi ruudussa isompana kuin muiden esittäytymisen ja aiheeseen johdattelun aikana. Tällä tavoin osallistajat näkivät meidät paremmin ja pystyimme näin luomaan kontaktin heihin. Osallistujia oli riittävästi jokaisessa lähetyksessä keskustelun aikaansaamiseksi ja vuorovaikutus oli onnistunutta. Keskustelua syntyi runsaasti ja osallistajat olivat aktiivisia. Osallistajat toivat avoimesti omia ajatuksiaan esille ja sekä muut osallistajat että me vetäjinä reagoimme niihin. Huomasimme kuitenkin, etteivät osallistajat jaksaneet koko ajan keskittyä aiheeseen, vaan tarvitsivat välillä keskustelua muista aiheista. Lähetyksissä kohtelimme osallistujia tasapuolisesti huomioimalla jokaisen heistä. Kaikilla oli mahdollisuus sanoa vapaasti ajatuksiaan ja varmistimme, että jokainen tuli kuulluksi. (vrt. Nurmela & Suominen 2005, 19.)

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Lähdeaineistoa tulee arvioida lähdekritiikkiä noudattaen. Paljon tutkitusta aiheesta voi löytyä runsaasti aineistoa, jotka on saatu erilaisin menetelmin ja joissa voi olla hyvinkin erilaisia tuloksia. Löydettyä aineistoa tulee arvioida auktoriteetin, tunnettavuuden, lähteen iän, laadun ja uskottavuuden mukaisesti. Myös oman alan ajankohtaisen kirjallisuuden käyttäminen on suositeltavaa. Auktoriteetin toistuvuus useissa lähteissä osoittaa hänellä olevan alallaan auktoriteettia ja tunnettavuutta. Hänen julkaisuihinsa on tällöin suositeltavaa tutustua enemmän. Tuoreimpien lähteiden käyttö on tärkeää, sillä tutkimustietoa on nopeasti muuttuvaa. Lähteiden laatuun tulisi kiinnittää huomiota ja käyttää esimerkiksi alkuperäistutkimuksia ja ensisijaisia lähteitä. Toissijaisten lähteiden käyttö voi lisätä tiedon muuntumisen mahdollisuutta. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.)

Terveystieteiden ja käytössä oleva tekniikka kehittyvät nopeasti, mikä vaikuttaa myös käytännön hoitotyöhön. Työn luotettavuutta lisää kriittisyys käytettävää kirjallisuutta kohtaan. Tiedonhaku tehdessä on syytä rajata haku koskemaan mahdollisimman uutta, enintään kymmenen vuotta vanhaa, tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70–71.) Noudatimme edellä mainittuja ohjeita lisätäksemme työmme luotettavuutta ja käytimme työssämme mahdollisimman uusia lähteitä sekä tiedonhaussa rajasimme haun sisältämään tutkimuksia viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Kuvasimme tiedonhakuprosessin ja valittujen lähteiden mukaanottokriteerit. Arvioimme käyttämistämme tutkimuksista muun muassa tutkimustulosten yleistettävyyttä suomalaisen väestöön soveltuvaksi. Opinnäytetyön alussa allekirjoitetut toimeksiantosopimukset antoivat virallisen luvan tämän työn tekemiseen.

Plagioiminen on toisen tekijän ideoiden tai tutkimustulosten esittämistä omana. Tämä voi ilmetä esimerkiksi lähdeviitteen puuttuminen tai sen epämääräisenä merkitsemisenä. Plagiointi on vastoin hyviä tapoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 122.) Tässä työssä olemme käyttäneet mahdollisimman ajantasaista tietoa

lähdekritiikkiä noudattaen. Hyödynsimme oman alamme kirjallisuutta ja tutkimuksia, ja huomasimme samojen auktoriteettien toistuvuuden eri lähteissä, mikä osoitti heillä olevan arvostettavuutta alallaan. Etsimme heidän tekemiään julkaisuja enemmän ja hyödynsimme niitä työssämme.

Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet. Sairaanhoitajan tehtävänä on huolehtia väestön terveydentilan edistämisestä ja ylläpitämisestä, sairauksien ehkäisemisestä sekä kärsimyksen lievittämisestä. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu potilaiden ja omaisten kanssa yhdessä toimiminen ja omaisten roolin vahvistaminen potilaan hoidossa. Avoin vuorovaikutus ja molemminpuolinen luottamus ovat hyvän hoitosuhteen perusta. Sairaanhoitaja antaa valistusta terveydestä ihmisille lisäten heidän kykyjä hoitaa itseään. Sairaanhoitajan velvollisuuksiin kuuluu omien ammatillisten kykyjen ylläpitäminen ja kehittäminen. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Jokaista ihmistä on kohdeltava hänen yksityisyyttään, vakaumustaan, itsemääräämisoikeuttaan ja ihmisarvoaan kunnioittaen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Lakia kunnioittaen ihmisillä tulee olla mahdollisuus päättää haluavatko he osallistua esimerkiksi tutkimuksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tätä ajatusta soveltaen ikääntyneet osallistuivat opinnäytetyömme lähetyksiin vapaaehtoisesti ja päättivät itse, mitä asioita toivat ilmi lähetyksissä. Terveystieteiden ammattilaisella on salassapitovelvollisuus, mikä kieltää häntä antamasta potilaiden ja asiakkaiden asioita ulkopuolisille myös hoitosuhteen päätyttyä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559).

Lähetyksissä toimimme sairaanhoitajan ammattieettisten ja lakimääritteisten ohjeiden mukaisesti ja pidämme salassa asiakkaiden henkilöllisyydet. Lähetyksissä huomioimme hyvät käytöstavat ja arvokkaan sekä kunnioittavan kohtelun osallistujia kohtaan. Pyrimme avoimella ja kannustavalla ilmapiirillä sekä ammatillisella käyttäytymisellä luomaan luottamuksellisen suhteen meidän ja osallistujien välille, joka mahdollisti toimivan vuorovaikutuksen.

9 POHDINTA

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli hyvän ja laadukkaan ohjelmasisällön tuottaminen sekä tiedon jakaminen VIRTU-kanavan välityksellä. Tavoitteenamme oli antaa ajantasaista tietoa lähetyksiimme osallistuville ikääntyneille tyyppin 2 diabeteksestä ja sen ennaltaehkäisystä sekä hoidosta elämäntavoilla. Työssä käsitelimme tyyppin 2 diabeteksen yleisesti ja sen ennaltaehkäisykeinoja. Lisäksi kerroimme ikääntymisen tuomista fyysisistä muutoksista ja niiden vaikutuksesta ravitsemukseen ja liikuntaan. Pehdyimme myös asiakasohjaukseen ja sen vuorovaikutuksellisuuden huomioiden virtuaalisen ohjauksen erityispiirteet. Raportointiosuudessa esittelimme toiminnallisen osuuden vaiheet ja toteutuksen sekä arvioimme onnistumistamme.

Tietoa toiminnallisesta opinnäytetyöstä ja virtuaalivälitteisestä ohjauksesta löytyi niukasti, mikä hankaloitti työn alkuun pääsemistä ja työn tarkoituksen ymmärtämistä. Opinnäytetyöprosessin edetessä ymmärryksemme opinnäytetyön rakenteesta, tavoitteesta ja tarkoituksesta selkeytyivät, mikä helpotti työskentelyä. Haasteita ryhmäohjaukseen loi vähäinen tieto kohderyhmästä. Ideaalitulanteessa olisi hyvä tietää ohjattavien taustoista, kuten sairauksista, ohjauksen tarpeista ja yksilöllisistä kiinnostuksen kohteista (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs ym. 2007, 26, 32). Aiheen rajaamista vaikeutti epätietoisuus siitä, onko kohderyhmässä yhtäkään diabetesta sairastavaa henkilöä ja osallistuisivatko he lähetyksiimme. Tämän vuoksi tietomme tuli soveltua sekä diabetesta sairastaville että sitä sairastamattomille henkilöille.

Keräsimme kattavasti ja monipuolisesti teoriatietoa sekä tutkimuksista että muista kirjallisuuslähteistä lähetyksemme pohjaksi. Olemme tyytyväisiä teoriapohjaamme, koska se on laaja ja monipuolinen. Tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä löytyi paljon tutkittua tietoa. Lähetyksissä käytetty tieto oli tiivistetty keräämästämme teoriasta rajallisen ajan ja ikääntyneiden rajallisen

oppimiskyvyn vuoksi. Onnistuimme tuottamaan hyvää ja laadukasta ohjelmasisältöä lähetyksiimme. Panostimme ohjelmasisällön laatuun ja luotettavuuteen käyttämällä mahdollisimman uutta, luotettavista lähteistä peräisin olevaa tietoa lähteenämme. Ohjelmasisältö oli tarkkaan harkittu ulkonäöllisiä ja esteettisiä ominaisuuksia unohtamatta.

Lähetykset toteutuivat virtuaalivälitteisen ohjauksen avulla, mikä eroaa kasvokkain tapahtuvasta ohjauksesta, mutta muistuttaa sitä läheisesti (Tella ym. 2001, 78). Saimme kokemusta ohjauksesta hyödyntäen samalla uutta teknologiaa. Pääsimme toteuttamaan suunnitellut lähetykset käytännössä, mikä opetti meitä toimimaan ammatillisessa roolissa ohjaustilanteessa. Teoriatiedon antamisen lisäksi loimme vuorovaikutuksellisen ja keskustelun mahdollistavan ilmapiiriin. Saimme myös käsityksen siitä, miten ikääntyneitä ohjataan. Ikääntyneitä ohjattaessa on muistettava heidän rajalliset kykynsä vastaanottaa tietoa ja tarpeensa jutella myös muista asioista. Puheen on oltava selkeää ja ymmärrettävää sekä asioita on toistettava ja varmistettava, että asia on ymmärretty (vrt. Hankonen ym. 2006, 28–29). Terveystieteiden ammattilaisen on ohjaajana helppo antaa tietoa, koska hänelle asiantuntijana tieto on ennestään tuttua toisin kuin ohjattavalle, joka saattaa kuulla keskusteltavasta asiasta ensimmäistä kertaa. Pitämämme tietokilpailun tarkoituksena oli kerrata ja varmistaa tiedon ymmärrettävyyttä, mikä osoitti miten onnistuimme tiedon välittämisessä.

Lähetyksiin osallistuneet ikääntyneet saivat uuden ja hyödyllisen tiedon lisäksi mielekästä ajanvietettä. Uskomme heidän pitäneen lähetyksistämme, koska he osallistuivat aktiivisesti keskusteluun ja kertoivat avoimesti omista kokemuksistaan. Saimme osallistujilta myös kiitosta hyvistä ja mielenkiintoisista lähetyksistä. Lähetyksiä tehdessä ymmärsimme sosiaalisten suhteiden tärkeyden ikääntyneillä. Mielestämme tällainen teknologia on erittäin hyvä juuri sen sosiaalisen vuorovaikutuksen takia. Teknologia voi tarjota yksinäisille ikääntyneille mahdollisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden kanssa pitkästä välimatkoista ja fyysisistä rajoituksista huolimatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voisivat hyödyntää VIRTU-projektissa

käytettävää teknologiaa, esimerkiksi tarjoamalla erilaisia vuorovaikutuksellisia hyvinvointipalveluita (vrt. VIRTU-projekti 2011.)

Pohdimme myös, miksi tyypin 2 diabeteksen sairastavuus lisääntyy siitä huolimatta, että sairaus olisi ennaltaehkäistävässä. Sairauden diagnosointi on lisääntynyt, mutta se on edelleen alidiagnosoitu (Käypä hoito 2011). Yksi merkittävä syy saattaa olla muuttuneet elämäntavat, joihin kuuluvat muun muassa vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio ja kiireinen elämäntyyli. Moni sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään (Käypä hoito 2011). Tästä syystä lääkäriin saatetaan hakeutua vasta oireiden ilmestyttyä. Ennaltaehkäisyä ei ehkä tule ajatelleeksi, koska sille ei koeta olevan tarvetta.

Lähetysten perusteella huomasimme, että tyypin 2 diabetesta sairastavat ikääntyneet tietävät yllättävän vähän sairaudestaan, mikä sai meidät pohtimaan, mistä tämä voisi johtua. Pohdimme muun muassa onko heille kerrottu sairaudesta ymmärrettävästi ja ovatko he ymmärtäneet mistä on kyse. Ikääntyneillä saattaa olla vanhentunutta tietoa, joka kaipaisi päivitystä. Pohdimme myös olisivatko ikääntyneiden nuoria heikommat viestintävalmiudet yhtenä syynä vähäisen tiedon määrään (vrt. Mäensivu 2002). Tietoa on helposti saatavilla Internetistä, mutta sen hakemiseen tarvitaan tietynlaisia tietoteknisiä taitoja ja kiinnostusta, joita ikääntyneillä ei välttämättä ole. Mietimme myös vähättelevätkö terveydenhuollon ammattilaiset tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon elämäntapaohjausta ja turvaudutaanko liian helposti lääkehoitoon.

Ikääntyneiden voi olla vaikeuksia pysyä mukana teknologian nopeassa kehityksessä, koska heillä on jo ennestään heikommat valmiudet teknologian suhteen (vrt. Mäensivu 2002). Nuoremmilla ikäryhmillä on vastuu uusien palvelumallien mukaan viemisellä ikääntyneiden keskuuteen. Uusien teknologiamallien kehittämisen tulisikin vastata ikääntyvien tarpeita. (vrt. ETENE 2008, 8.) VIRTU-projektissa käytettävän teknologian hyödynnettävyyden kokeileminen käytännön toimivuuden kannalta on tärkeää, jotta pystytään arvioimaan teknologian soveltuvuutta ikääntyneiden käyttöön. Lähetystemme perusteella tällainen tekniikka soveltuu hyvin tiedon jakamiseen ja asiakasohjaukseen muun muassa ikääntyneille.

Meistä on hienoa, että saimme olla mukana kehittämässä uusia menetelmiä hoitotyön käytännön työhön. Kenties hyödyimme tällaisesta teknologiasta vielä joskus itsekin, mikäli se todetaan toimivaksi terveydenhuollossa. On hienoa, että tällaista projektia toteutetaan kokeiluna, koska sillä pystytään mahdollisesti tulevaisuudessa säästämään niin sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden voimavaroja kuin resurssejakin. Haasteena tulee luultavasti olemaan asiakkaiden mukaan saaminen tämän uuden teknologian pariin ja, että he huomaavat sen hyödyllisyyden. Virtuaalivälitteinen ohjaus, mikä tapahtuu tutun televisioruudun välityksellä, voisi alentaa ikääntyneiden kynnystä käyttää uusia teknologisia välineitä ja muuttaa kielteisiä ennakoasenteita niiden suhteen (vrt. Mäensivu 2002, 150). Näitä välineitä käytettäessä tulisi kuitenkin muistaa, että perinteisiä asiointitapoja ei tulisi korvata teknologialla, vaan niiden tulisi toimia rinnakkain.

Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä olemme kasvaneet ammatillisesti ja oppineet tuntemaan omat heikkouksemme ja vahvuuksemme niin ryhmätyöskentelyssä kuin henkilökohtaisellakin tasolla. Ammatillista kasvua on tukenut vastuu oman ohjelmasisällön luomisesta sekä ajantasaisen ja luotettavan tiedon antaminen lähetyksiin. Työtä varten laadittu laaja tiedonhaku on antanut syvemmän ymmärryksen tyypin 2 diabeteksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Olemme myös oivaltaneet ennaltaehkäisyn merkityksen ja sen tärkeyden sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Lähetyksissä huomioimme terveydenhuollon ammatillisen roolin tiedonantajana huomioiden kohderyhmämme vastaanottamiskyvyn. Tulevina hoitotyön ammattilaisina pyrimme ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen väestön tarpeiden ja kehittyvän yhteiskunnan mukaisesti, mikä kuuluu oleellisena osana sairaanhoitajan ammattiin. Tekemämme opinnäytetyö on kehittänyt tietoja ja taitoja, joita tulemme tarvitsemaan tulevassa ammatissamme sairaanhoitajina.

.

LÄHTEET

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2008. Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisyttökimoksen tuloksista. Suomen Lääkärilehti Vsk. 63, No. 22/2008, 2065–2070.

Aro, E., Huhtanen, J., Ilanne-Parikka, P. & Kokkonen, L. 2007. Ikäihmisen diabetes – hyvän hoidon opas. 2., korjattu painos. Jyväskylä: Suomen Diabetesliitto ry.

Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O. & Toverud, K. 2008. Ihminen -fysiologia ja anatomia. 1.–5. painos. Helsinki: WSOY

Brotherus, R., Hänninen, K., Illikainen, L., Kamula, J., Kerälä, K., Leinonen, R., Nisula-Tauriainen, M. & Teirikangas, T. 2006. Ohjausta ryhmässä. Julkaisussa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.

Diabetesliitto 2011. Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämishjelma DEHKO 2000–2010 -loppuraportti. Pori: Kehitys Oy.

ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE-julkaisuja 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa. Julkaisussa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.

Healy, G.N, Dunstan, D.W, Salmon, J., Cerin, E., Shaw, J.E., Zimmet, P.Z., Owen, N. 2007. Objectively Measured Light-Intensity Physical Activity Is Independently Associated With 2-h Plasma Glucose. Diabetes Care. Vol. 30, No 6/2007, 1384–1389.

Heikkilä, A. 2008. Diabeteksen hoito ruokavaliolla. Helsinki: Rasalas.

Heinola, K., Koivurova, T., Niskasaari, M., Rantala, A., Sulasalmi, S., Tokola, S. & Tähtinen, T. 2006. Taitojen oppiminen/demonstrointi. Julkaisussa Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.

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

Hodge, A.M., English, D.R., O’Dea, K. & Gilies, G.G. 2004. Glycemic Index and Dietary Fiber and the Risk of Type 2 Diabetes. Diabetes Care. Vol. 27, No. 11/2004, 2701–2706.

Ilanne-Parikka, P. 2006. Diabeteksen toteaminen aikuiselta ja toteamisen yhteydessä tehtävät tutkimukset. Diabetes ja lääkäri Vol. 35, No. 5/2006, 6–10. Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvelä, S., Häkkinen, P. & Lehtinen, E. 2006. Oppimisen teoria ja teknologian opetuskäyttö. Helsinki: WSOY.

Knowler, W.C., Barret-Connoe, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A. & Nathan, D.M. 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England Journal of Medicine. Vol. 346, No. 6/2002, 393–403.

Koli, H. 2008. Verkko-ohjauksen käsikirja. Helsinki: Oy FINN LECTURA Ab.

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

Käypä hoito -suositus 2011. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Viitattu 11.12.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja, Vol. 79, No. 10/2006, 6–9.

Laakso, M. 2012. Tyypin 2 diabetes ja geenitutkimuksen vallankumous. Diabetes ja lääkäri. Vsk. 41. No. 1/2012, 16–18.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 13.6.2003/497

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lehto, P. 2008. Kotiin-hanke. Asiakasvetoiset interaktiiviset ratkaisut ikääntyvän kotona selviytymisen tukena. InnoELLI Senior – ohjelma 2006–2008. Espoo: Redfina Oy.

Leipätiedotus 2010. Ravinto-opas – vihjeitä viisaisiin valintoihin. Viitattu 23.1.2012 http://www.leipätiedotus.fi/files/1126/Suomalainen_ravinto-opas_2010.pdf.

Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J.G., Hemiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall, J., Valle, T.T., Uusitupa, M., Tuomilehto, J. 2006. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Vol. 368, No. 11/2006, 1673–1679.

Lindström, J., Pajunen, P., Rissanen, A., Pölonen, A., Saaristo, T., Peltonen, M. & Tuomilehto, J. 2011. Eurooppalainen suositus diabeteksen ehkäisystä – IMAGE –hankkeen tulokset hyötykäyttöön myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti. Vsk. 66 No. 1–2/2011, 49–54.

Moore, S.M., Hardie, E.A., Hackworth, N.J., Critchley, C.R., Kyrios, M., Buzwell, S.A. & Crafti, N.A. 2011. Can the onset of type 2 diabetes be delayed by a group-based lifestyle intervention? A randomized control trial. Psychology and Health. Vol. 26, No. 4/2011, 485–499.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Glukoosi. Viitattu 28.4.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03091

Mäensivu, V. 2002. Ikääntyvien viestintävalmiudet ja digitaalinen epätasa-arvo. Helsinki: KELA Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 71.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Niskanen, L. 2006. Liikunta metabolisessa oireyhtymässä ja tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Diabetes. Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.

Nurmela, S. & Suominen, R. 2005. Verkko-opettajaksi viikossa. Turku: Turun yliopisto täydennyskoulutuskeskus.

Pajunen, P., Landgraf, R., Muylle, F., Neumann, A., Lindström, J., Schwarz, P. & Peltonen, M. 2010. Quality and Outcome Indicators for Prevention of Type 2 Diabetes in Europe – IMAGE - report. Helsinki: Helsinki University Printing House.

Pekkonen, L. & Nikkanen, P. 2010. Diabeteksen toteaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 1.5.2011.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=glukoosirasitustesti

Pekkonen, L. 2008. Työkäisen diabeetikon hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Phillips, S.M. 2007. Resistance exercise: good for more than just Grandma and Granpa's muscles. Applied Physiology, Nutrition and Metabolism. Vol. 32, No. 6/2007, 1198–1205.

Rihlama, S. 1997. Värioppi. 6., uusittu painos. Helsinki: Rakennustieto Oy.

RTY 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot – Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 6., uudistettu painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Saariluoma, P. 2005. Käyttäjäpsykologia ja ongelmapohjainen etäopetus. Teoksessa Marjomaa, E. & Marttunen, M. (toim.) Kognitiivisen verkkopedagogiikan erityiskysymyksiä. Joensuu: Joensuu University Press Oy.

Sairaanhoidajaliitto 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 4.5.2012 http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006a. Diabeteksen alamuodot . Teoksessa Diabetes. Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006b. Metabolinen oireyhtymä . Teoksessa Diabetes. Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006c. Miten diabetes todetaan. Teoksessa Diabetes. Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.

Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006d. Diabeteksen historiaa. Teoksessa Diabetes. Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry.

Saraheimo, M. 2011. Mitä diabetes on. Viitattu 28.4.2012 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/dia/koti>

Shu-Fen, C. & Chiu-Chu, L. 2010. The predictors of adopting a health-promoting lifestyle among work site adults with prediabetes. Journal of Clinical Nursing. No.19/2012, 2713–2719.

Sigal, R.J., Kenny G.P., Boulé, N.G., Wells, G.A., Prud'homme, D., Fortier, M., Reid, R.D., Tulloch, H., Coyle, D., Phillips, P., Jennings, A. & Jaffey, J. 2007. Annals of Internal Medicine. Effects of Aerobic Training, Resistance Training, or Both on Glycemic Control in Type 2 Diabetes. Vol. 147, No. 6/2007, 357–375.

STM 2011a. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Viitattu 15.5.2012 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus;jsessionid=0c90452bfcffdc2b53d805c74619.

STM 2011b. Työeläkettä työssäolon ja ansioiden mukaan. Viitattu 23.4.2012
http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/tyoelake

Tella, S., Vahtivuori, S., Vuorento, A., Wager, P. & Oksanen, U. 2001. Verkko opetuksessa – opettaja verkossa. Helsinki: Edita Oyj.

THL 2011. Tartu toimeen - ehkäise diabetes -opas. Tampere: Juvenes Print.

THL 2012. Mitä on eriarvoisuus toimintakyvyssä. Viitattu 15.5.2012
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/toimintakyky.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. The New England Journal of Medicine. Vol. 344, No. 18/2001, 1343–1350.

UKK-instituutti 2010. Ikääntyminen ja liikunta. Viitattu 23.1.2012
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/ikaantyminen_ja_liikunta.

UKK-instituutti 2011a. Liikuntapiirakka. Viitattu 23.1.2012
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>.

UKK-instituutti 2011b. Soveltavat viikoittaiset liikuntapiirakat. Viitattu 23.1.2012
http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/soveltavat_liikuntapiirakat.

Waller, K. 2011. Kaksostutkimus: Vapaa-ajan liikunta pitää vyötärön ympäryksen kurissa – ja ehkäisee tyypin 2 diabetesta. Liikunta & Tiede Vol. 48, No. 5/2011, 4–8.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

VIRTU-projekti 2011. Mikä VIRTU? Viitattu 24.11.2011. http://www.virtuproject.fi/fi/?page_id=25.

VRN 2005. Suomalaisten ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Prima Oy.

VRN 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

VRN Lautasmalli. Viitattu 23.1.2012
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/lautasmalli.vaaka.kelt._jpg__369_kt_.jpg.

Liite 1 Toimeksiantosopimukset

 TURUN AMMATTIKORKEAKOULU TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS	1
--	--	---

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Kaisu Rautanen

Osoite

Puhelin koti Puhelin työ

Sähköposti

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Virtu-kanavan ohjelmatuotanto: Diabetes kotona asuvien kuntoutujien ja yksinasuvien sekä omaishoitajien arjessa.

Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Turun ammattikorkeakoulu / Hyvinvointipalvelut / Virtu-projekti

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö (Helinä Yli-Knuutila) Anu Kuikkaniemi p.040-3558 520

Osoite Ruiskatu 8, 20720 Turku

Puhelin 044-9074566 Sähköposti helia.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Asteljoki

Puhelin 044-9075455 Sähköposti sai.asteljoki@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
 Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
 puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
 sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaisissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

17 / 11 20 11

15 / 1 20 12

Kaisu Rautanen

Opiskelija

Johanna Sihvonen

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Johanna Sihvonen
 Osoite _____
 Puhelin koti _____ Puhelin työ _____
 Sähköposti _____
 Koulutusohjelma hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Virtu-kanavan ohjelmatuotanto:
Diabetes kotona asuvien kuntouttujen ja
yksinasuvien sekä omaishoitajien ajassa.
(4 ohjelmaa)
 Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Turun ammattikorkeakoulu / Hyvinvointipalvelut / Virtu-projekti
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö (Helinä Yli-knuutila) Anu Kuikkaniemi p. 044-3550 520
 Osoite Ruiskatu 8, 20720 Turku
 Puhelin 044 9074506 Sähköposti helina.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Asteljoki
 Puhelin 044 9075455 Sähköposti sari.asteljoki@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
 Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
 puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
 sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

18 / 11 20 11

15 / 1 20 12

Opiskelija

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Silja Tolvanen

Osoite _____

Puhelin koti _____ Puhelin työ _____

Sähköposti _____

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Virtu-kanavan ohjelmatuotanto: Diabetes kotona asuvien kuntoutujien ja yksinasuvien sekä omaishoitajien arjessa. Neljä ohjelmaa.

Aikataulu 29.8.2011 - 31.5.2012

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Turun ammattikorkeakoulu / Hyvinvointipalvelut / Virtu-projekti

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö (Helinä Yli-Knuutila) Anu Kuikkaniemi p. 040 - 3550 520

Osoite Ruiskatu 8, 20720 Turku

Puhelin 044-9074566 Sähköposti helia.yli-knuutila@turkuamk.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sari Asteljoki

Puhelin 044-9075455 Sähköposti sari.asteljoki@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määritettyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

22 / 11 20 11

Silja Tolvanen

19 / 1 20 12

Opiskelija
Kati Juhani

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Liite 2 Tyypin 2 diabetes -lähetyksen power point -esitys

Tyypin 2 diabetes

Diabetes Suomessa

- Noin 500 000 sairastaa diabetesta
- 75% tyypin 2 diabetesta

Tyypin 2 diabetes

- Koko elimistön aineenvaihduntasairaus
- Proteiini-, rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriö

Altistavia tekijöitä

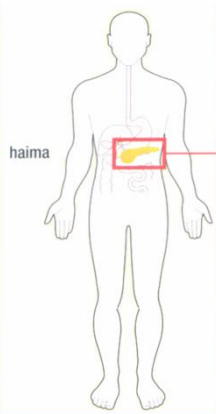
- Geneettinen alttius
- Elämäntavat
 - Ruokavalio
 - Liikunta

Metabolinen oireyhtymä

- Keskivartalolihavuus
- Korkea verenpaine
- Kohonneet veren rasva-arvot
- Sokeriaineenvaihdunnan häiriö
- Veren hyytymistäipumuksen lisääntyminen

Haima

- Tuottaa insuliinia
- Insuliini laskee verensokeria



haima

Lähde: Mukailen, Saraheimo, M. & Kangas, T. 2006

Insuliiniresistenssi

- Elimistön heikentynyt kyky hyödyntää insuliinia
- verensokeri pysyy koholla

Oireet

- Väsymys
- Runsaat virtsamäärät
- Tulehdusalttius
- Painonlasku
- Janontunne
- Muistin ja mielialan lasku
- Voi olla pitkään oireeton tai vähäoireinen

Tietokilpailu

1. Mikä elin tuottaa insuliinia?

- A) Maksa
- B) Haima
- C) Munuaiset

Totta vai tarua?

2. Elämäntavoilla ei ole vaikutusta tyypin 2 diabetekseen sairastumisessa.

Totta vai tarua?

3. Tyypin 2 diabetes voi olla pitkään oireeton.

4. Insuliiniresistenssi tarkoittaa

- A) Matalaa verensokeria
- B) Elimistön heikentyntä kykyä hyödyntää insuliinia
- C) Insuliinin tuotannon loppumista

Totta vai tarua?

5. Insuliini laskee verensokeria.

6. Metabolinen oireyhtymä

- A) On tyypin 2 diabeteksen riskitekijä
- B) Ennaltaehkäisee tyypin 2 diabetesta
- C) Ei ole vaikutusta tyypin 2 diabetekseen

Liite 3 Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito elämäntavoilla -lähetyksen power point -esitys

Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito elämäntavoilla

Verensokeriarvot

- Normaali arvo 4-6mmol/l

Tyypin 2 diabetes

- Lisääntyvä kansansairaus
- Ennaltaehkäisy ja hoito terveellisillä elämäntavoilla

Ravitsemus

- Ruoan laatu tärkeää
- Energian saanti ja kulutus tasapainossa

Ruokakolmio



Lautasmalli



Liikunta

- Liikkuminen omien voimavarojen mukaisesti
- Vähäinenkin liikunta on parempi kuin ei ollenkaan

Liikunta vaikuttaa suotuisasti

- Koko elimistön toimintaan:
 - Aineenvaihduntaan
 - Toimintakykyyn
 - Mielialaan

Liikuntapiirakka



Liite 4 Lähetyksen ohjelmarungot



Virtu kanava

19. tammikuuta 2012

VIRTU-lähetyks 30.1.2012. Aiheena tyyppin 2 diabetes

Vetäjät: Kaisu Rautanen, Johanna Sihvonen & Silja Tolvanen

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

Tavoitteena on täydentää osallistujien tietoja tyyppin 2 diabeteksestä, oikaista mahdollisia vääriä käsityksiä ja päivittää vanhoja tietoja. Otamme lähetyksessä huomioon osallistujien mahdolliset omat kokemukset sairaudesta ja pyrimme luomaan vuorovaikutteisen ohjaustilanteen.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

Diabetes on alati kasvava kansantauti. Sairaus on kuitenkin ennaltaehkäistävissä elämäntavoilla, kuten liikunnalla ja terveellisellä sekä monipuolisella ravinnolla. Etsimme aiheesta uusinta tutkittua tietoa kohderyhmämme huomioiden.

3. TOTEUTUS JA SISÄLTÖ (koko prosessi: suunnittelu, toteutus, aikataulu)

- Esittely 5min
 - esiintyjien esittely
 - aiheen esittely: ohjelmajaon kertominen (ma: mitä diabetes on? to: diabeteksen ennaltaehkäisy)
- Aiheeseen johdattelu 10min
 - osallistujien aikasempi tieto diabeteksestä (mitä tulee mieleen diabeteksestä tai mitä tietää siitä jo entuudestaan?, kuinka yleistä diabetes on?)
 - keskustelua osallistujien vastauksista lyhyin kommentein ja kirjoitetaan ne myös ylös (otetaan vastaukset mukaan myöhemmin ohjelmassa)
- Keskustelua diabeteksestä ja faktatieto 30min
- Kertaavat kysymykset 10min (tietokilpailu)
- Mahdollinen kotitehtävä/itsenäinen pohdinta omasta ruokavaliosta
- Lopuksi yleistä keskustelua/kysymyksiä/palaute 3min

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Luodaan keskustelua avoimilla kysymyksillä ja huomioidaan osallistujien omakohtaiset kokemukset. Käytämme havainnointikeinoina powerpoint –esitystä, joka sisältää sekä kuvia että tekstiä. Kertaamme opittuja asioita tietokilpailun keinoin, jolloin osallistujat pääsevät itse pohtimaan ja



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Virtu kanava

19. tammikuuta 2012

toimimaan. Toteutamme tietokilpailun tekemällä muutaman oleellisen kysymyksen aiheeseen liittyen. Kysymykset ovat esillä ruudussa powerpoint-esityksen kautta ja osallistujat valitsevat vastausvaihtoehdoista sopivan ja kirjaavat sen ylös. Lopuksi käymme läpi oikeat vastaukset.

5. LÄHETYKSEN TEKIJÄN / TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

Tavoitteenamme on oppia ohjaamaan ikäihmisiä virtuaalitekniologiaa hyödyntäen. Lisäksi haluanne kehittää sosiaalisia vuorovaikutustaitojamme. Tämän projektin myötä saamme tutustua uuden teknologian hyödyntämiseen terveydenhuollossa ja toivomme siitä olevan hyötyä tulevaisuudessa.

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

Osallistujat saavat tietoa ja ohjausta tyypin 2 diabeteksestä ja sen ennaltaehkäisystä. He saavat myös mahdollisuuden sosiaalisten kontaktien luomiseen ja mieluisaa ajanvietettä arkipäiväänsä.

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSESSÄ

Tekniset ongelmat ovat riskinä ohjelman toteutukselle, kuten häiriöt ääneessä ja kuvan laadussa. Keskustelun kannalta olisi suotavaa, että osallistujia olisi riittävästi jokaisessa ohjelmassa. Haasteena on myös saada osallistujat keskustelemaan. Lisäksi riskitekijöitä ovat mahdolliset äkilliset muutokset alkuperäisiin suunnitelmiin, kuten ohjelmavetäjän sairastuminen tai sähkökatkos.

8. LÄHETYSPROSESSIN ITSEARVIOINTI JA RAPORTOINTI

9. KEHITTÄMISIDEAT (esimerkiksi opiskelijoiden, käyttäjien ja hankkeen kannalta)





Virtu kanava

19. tammikuuta 2012

VIRTU-lähetys 2.2.2012. Aiheena tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy

Vetäjät: Kaisu Rautanen, Johanna Sihvonen & Silja Tolvanen

1. LÄHETYKSEN TAVOITE

Tavoitteena on täydentää osallistujien tietoja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä, oikaista mahdollisia vääriä käsityksiä ja päivittää vanhoja tietoja. Otamme lähetyksessä huomioon osallistujien mahdolliset omat kokemukset sairauden ennaltaehkäisystä ja pyrimme luomaan vuorovaikutteisen ohjaustilanteen. Lähetyksen yksi tärkeimmistä tavoitteista on saada osallistujat pohtimaan omaa terveydentilaa ja elämäntapoja. Toivomme pohdinnan johtavan tarvittaessa myönteisiin elämäntapamuutoksiin.

2. TAVOITTEEN TAUSTALLA OLEVAN TEORIAN PÄÄKOHDAT

Diabetes on alati kasvava kansantauti. Sairaus on kuitenkin ennaltaehkäistävissä elämäntavoilla, kuten liikunalla ja terveellisellä sekä monipuolisella ravinnolla. Etsimme aiheesta uusinta tutkittua tietoa kohderyhmämme huomioiden.

3. TOTEUTUS JA SISÄLTÖ (koko prosessi: suunnittelu, toteutus, aikataulu)

- Esittely 5min
 - o esiintyjien esittely
 - o aiheen esittely
- Lyhyt kertaus ensimmäisestä ohjelmasta 10min
- Verensokerin mittaus (Terveyskeskuskäynti) kerrotaan, että omassa tk:ssa voi käydä mittaauttamassa 5min
 - o Kerrotaan mitattu verensokeriarvo ja verensokerin viitearvot
- Keskustellaan osallistujien kanssa diabeteksen ennaltaehkäisystä 35min
 - o mitä eri keinoja he tietävät
 - o kerrotaan faktatietoa (liikuntapiirakka, ruokapyramidi ja lautasmalli kuvina)
- Lopuksi kerrotaan mistä saa lisää tietoa diabeteksestä ja missä voi käydä mittaauttamassa verensokerin + palaute 5min

4. KÄYTETTÄVÄT MENETELMÄT

Luodaan keskustelua avoimilla kysymyksillä ja huomioidaan osallistujien omakohtaiset kokemukset. Käytämme havainnointikeinoina powerpoint –esitystä, joka sisältää sekä kuvia (liikuntapiirakka,



CENTRAL BALTIC
INTERREG IV A
PROGRAMME
2007-2013



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Virtu kanava

19. tammikuuta 2012

ruokapyramidi ja lautasmalli) että keskeisimpiä käsitteitä. Havainnollistamme verensokerimittauksen case-tapauksen avulla. Kerromme saadun verensokeriarvon ja samalla näytämme verensokerin viitearvot powerpoint-esityksessä.

5. LÄHETYKSEN TEKIJÄN / TEKIJÖIDEN OPPIMISTAVOITTEET

Tavoitteenamme on oppia ohjaamaan ikäihmisiä virtuaalitekniologiaa hyödyntäen. Lisäksi haluamme kehittää sosiaalisia vuorovaikutustaitojamme. Tämän projektin myötä saamme tutustua uuden teknologian hyödyntämiseen terveydenhuollossa ja toivomme siitä olevan hyötyä tulevaisuudessa.

6. LÄHETYKSEEN OSALLISTUVIEN KÄYTTÄJIEN SAAMA HYÖTY

Osallistujat saavat tietoa ja ohjausta tyypin 2 diabeteksestä ja sen ennaltaehkäisystä. He saavat myös mahdollisuuden sosiaalisten kontaktien luomiseen ja mieluisaa ajanvietettä arkipäiväänsä. Tämän lisäksi he saavat käytännön ohjeistusta terveellisiin elämäntapoihin, joita he voivat omassa elämässään hyödyntää.

7. MAHDOLLISET RISKITEKIJÄT OHJELMALÄHETYKSESSÄ

Tekniset ongelmat ovat riskinä ohjelman toteutukselle, kuten häiriöt ääneessä ja kuvan laadussa. Keskustelun kannalta olisi suotavaa, että osallistujia olisi riittävästi jokaisessa ohjelmassa. Haasteena on myös saada osallistujat keskustelemaan. Lisäksi riskitekijöitä ovat mahdolliset äkilliset muutokset alkuperäisiin suunnitelmiin, kuten ohjelmavetäjän sairastuminen tai sähkökatkos.

8. LÄHETYSPROSESSIN ITSEARVIOINTI JA RAPORTOINTI

9. KEHITTÄMISIDEAT (esimerkiksi opiskelijoiden, käyttäjien ja hankkeen kannalta)

