



Jutta Huotari

**TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA ELÄMÄNTAPA-
OHJAUKSESTA TYYPIN 2 DIABETEKSEN
ENNALTAEHKÄISYSSÄ**

**TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA ELÄMÄNTAPA-
OHJAUKSESTA TYYPIN 2 DIABETEKSEN
ENNALTAEHKÄISYSSÄ**

Jutta Huotari
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma

*Anna muutokselle aikaa.
Eihän mikään voi kasvaa pellossa,
jota jatkuvasti kynnetään.*
Sananlasku

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Jutta Huotari

Opinnäytetyön nimi: Terveydenhoitajien kokemuksia elämäntapaohjauksesta tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä

Työn ohjaajat: Kaisa Koivisto ja Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013

Sivumäärä: 40+3

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla terveysasemilla työskentelevien terveydenhoitajien kokemuksia elämäntapaohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada kokemuksellista tietoa terveydenhoitajien näkemyksistä omista valmiuksistaan antaa yksilöohjausta tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville asiakkaille.

Keräsin tutkimusaineiston sähköisellä teemoitetulla kyselylomakkeella lähettämällä sen Oulun kaupungin satunnaisesti valittujen terveysasemien esimiehille, joiden kautta terveydenhoitajat saivat lomakkeet käyttöönsä ja lähettivät vastauksensa sähköpostiini. Sain yhteensä viisi kyselylomakevastausta opinnäytteeseeni. Analysoin kyselyistä saadun aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella terveydenhoitajat kokivat koulutuksensa myötä saadun ammattitaitonsa elämäntapaohjauksessa pääosin hyviksi ja päteviksi. Ohjauksessa näyttäytyi monia käsitteellisiä lähtökohtia, kuten asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys, onnistunut hoitaja-asiakassuhde sekä hoidon jatkuvuus. Asiakaslähtöisyys käsitti asiakkaan motivaation, omat valmiudet ja toiveet, jotka olivat pohjana terveydenhoitajan ohjaukselle. Lisäksi ohjauksen olosuhteet, neuvonta ja tiedon anto, konkreettiset tavoitteet elämäntapamuutoksessa ja repsahdustilanteet painottuivat tuloksissa. Monet terveydenhoitajat käyttivät elintapatestejä työvälineinä muutosvalmiuden arvioinnissa sekä puheeksi ottamisessa. Muutosvaihemallin hyödyntäminen näyttäytyi ohjauksen kulkua opastavana taustatekijänä. Terveydenhoitajan työnkuva nähtiin seulovana.

Jatkotutkimusmahdollisuuksiksi esitän terveydenhoitajien vastaanottotilanteisiin kehitettävän tukitaulun transteoreettisesta muutosprosessimallista, eri vaiheiden ominaispiirteistä ja ohjauksessa käytettävistä menetelmistä. Lisäksi mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi selvittää terveydenhoitajien käytössä olevia motivoinnin keinoja ja heidän spesifisiä tiedontarpeita eri elämäntapoihin liittyen. Myös asiakaslähtöisiä motivaatiotekijöitä pysyvän muutoksen saamiseksi sekä asiakkaiden kokemuksia voimavarakeskeisyydestä voitaisiin tutkia. Elämäntapaohjaukseen liittyvä koulutuspäivä sairaan- ja terveydenhoitajille voisi myös olla aihe tuleville opinnäytetöille.

Asiasanat: elämäntapa, elämäntapaohjaus, tyyppin 2 diabetes, transteoreettinen muutosvaihemalli.

ABSTRACT

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

Author: Jutta Huotari

Title of thesis: Public Health Nurses' Experiences of Lifestyle Counselling in Preventing Type 2 Diabetes

Supervisors: Kaisa Koivisto and Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013

Number of pages: 43

BACKGROUND. The increase of type 2 diabetes is a serious challenge to public health both in Finland and abroad. According to WHO type 2 diabetes is up to 90 per cent preventable through healthy lifestyles. The decision to make lifestyle changes must come from the client. A public health nurse has a big role in giving advice and encouragement concerning the process of lifestyle change.

AIM. The study tasks of this qualitative study was to search for experiential knowledge about public health nurses' experiences of lifestyle counseling in preventing type 2 diabetes and about their capabilities to counsel clients at risks for type 2 diabetes.

METHOD. Data were collected by theme-based questionnaires. A total of five public health nurses working in health centers in Oulu were involved in the study. The research material was analyzed by the method of inductive content analysis.

RESULTS. The study revealed four main categories: 1) public health nurses' counseling capabilities 2) conceptual basis of counseling 3) content and implementation of counseling 4) screenings in public health nurses' work. Public health nurses experienced that their capabilities to give life style counseling were mostly good. The client-oriented approach, concrete targets and small steps towards the lifestyle change were the basis for lifestyle counseling executed by public health nurses. Information and methods change continually, and working in health center requires extensive know-how of a nurse, and clients' permanent lifestyle changes were also regarded as development challenges.

CONCLUSION. Based on the results, the further study subjects could be for example, clients' experiences of resource-centricity and public health nurses' needs for further information about different lifestyles and their ways to motivate clients. It could be also useful to develop a brochure that includes facts of transtheoretical change model, counseling and methodological tips for nurses' practical work.

Keywords: Lifestyle, lifestyle counselling, type 2 diabetes mellitus, transtheoretical stages of change model.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	TERVEYDENHOITAJA DIABETESASIAKKAAN ELÄMÄNTAPAOHJAAJANA	9
2.1	Elämäntapojen merkitys diabeteksen ennaltaehkäisyssä	9
2.1.1	Elämäntapamuutosprosessin vaiheet.....	11
2.1.2	Muutosvaihemallin mukainen terveydenhoitajan rooli.....	13
2.1.3	Motivoiva haastattelu terveydenhoitajan työmenetelmänä elintapamuutoksen mahdollistamisessa	14
2.2	Tyypin 2 diabetes sairautena	14
2.2.1	Tyypin 2 diabeteksen insuliinituotannon häiriö	15
2.2.2	Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät	16
2.2.3	Diabeteksen mahdolliset lisäsairaudet	16
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
4	TUTKIMUSMETODOLOGIA	19
4.1	Laadullinen tutkimus.....	19
4.2	Tutkimukseen osallistuneet ja aineiston keruu	19
4.3	Aineiston analysointi.....	20
5	TUTKIMUSTULOKSET	23
5.1	Terveydenhoitajien ohjausvalmiudet	24
5.2	Ohjauksen käsitteelliset lähtökohdat.....	25
5.3	Ohjaustilanteen sisältö ja toteutus	27
5.4	Terveydenhoitajan seulova työnkuva.....	29
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	31
7	POHDINTA	33
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	33
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	34
7.3	Omat oppimiskokemukset.....	35
7.4	Jatkotutkimusmahdollisuudet.....	36
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetes ja sen lisääntyminen on osoittautunut vakavaksi kansanterveyden ongelmaksi sekä Suomessa että maailmalla. Suomessa vuonna 2000 tyypin 2 diabeetikoita oli arviolta noin 130 000 ja vuonna 2010 heitä oli jo yli 250 000. Lisäksi tiedetään olevan oireettomia, tietämättään 2.tyypin diabetesta sairastavia ihmisiä lähes saman verran kuin sairastuneita. (Saraheimo & Sane 2011, hakupäivä 21.5.2011.)

WHO:n (World Health Organization) mukaan tyypin 2 diabetes on jopa 90 prosenttisesti ehkäistävissä terveellisten elintapojen avulla (WHO 2003, hakupäivä 5.5.2011). Aikuisiän diabetesta ei aiheetta pidetä elämäntapasairautena, sillä sen syntyyn vaikuttavat olennaisesti henkilön omat valinnat elintavoissa, kuten runsaasti energiaa sisältävä, erityisesti liian rasvainen ja sokeripitoinen ruokavalio, arkiliikunnan vähäisyys ja edellämainittujen tekijöiden aiheuttama painonnousu ja keskivartalolihavuus. Väestön ikääntyminen vaikuttaa myös osaltaan tyypin 2 diabeteksen yleistymiseen. (Saraheimo & Sane 2011, hakupäivä 21.5.2011.) Lisäksi tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus. (Saraheimo 2011, hakupäivä 13.5.2013).

Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn on ryhdytty panostamaan erityisesti Diabetesliiton koordinoiman, vuosina 2000-2010 käynnissä olleen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman Dehkon myötä. Yleisesti sairauksien ennaltaehkäisy on tärkeää toimintaa myös yhteiskuntamme terveydenhuollon kustannusten vähenemisen näkökulmasta. (Suomen Diabetesliitto 2004, hakupäivä 17.5.2012.) Lisäsairauksien vuoksi tyypin 2 diabeteksestä puhutaan myös sydän- ja verisuonisairaudesta, mikä asettaa tyypin 2 diabeteksen entistä suuremmaksi kansanterveyden haasteeksi. (Saraheimo & Sane 2011, hakupäivä 21.5.2011.)

Diabeteksen ehkäisy kuuluu olennaisesti perusterveydenhuollon toimintaan, sillä samanaikaisesti ehkäistään muitakin kansansairauksia. Tiedetään, että nimenomaan elintapamuutoksen aikaansaaminen on haasteellisin vaihe tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. (Saaristo 2012, 7.) Dehkon osahanke D2D on antanut näyttöä siitä,

että aikuistyyppisen diabetesriskin alentaminen onnistuu vankan erityisosaamisen omaavien perusterveydenhuollon terveydenhoitajien antamalla elintapaneuvonnalla (Saaristo 2012, 6).

Tulevassa terveydenhoitajan ammatissani tulen toimimaan hoitotyön ja erityisesti terveydenhoitajatyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntijana (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22). Vaikka elämäntapamuutos lähtee ensisijaisesti asiakkaan omasta halustaan ja toiminnastaan, terveydenhoitaja on keskeisessä roolissa tuomassa asiakkaan ja hoitajan väliseen vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen voimavarakeskeisyyttä ja kannustusta. Elämäntapamuutosprosessi kuvataan usein spiraalimaiseksi kokonaisuudeksi, jossa monien muutosyritysten jälkeen asiakas saavuttaa pysyvän vaiheen. (Haarala ym. 2008, 115, 155.)

Opinnäytetyön aihe sai alkunsa terveyden edistämisen opinnoista sekä kiinnostuksestani muutosprosessimalliin ja diabetekseen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla terveysasemilla työskentelevien terveydenhoitajien kokemuksia elämäntapaohjauksesta ja näkemyksiä omista valmiuksistaan antaa yksilöohjausta tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville asiakkaille.

Tyypin 2 diabeteksestä ja ennen kaikkea sen ennaltaehkäisystä ja riskiryhmään kuuluvista ihmisistä on tehty paljon erilaista tutkimusta pro graduina ja opinnäytteinä. Elintapamuutosta ja siihen liittyviä tekijöitä on myös tutkittu. Erityisesti haluan nostaa esille Oulun yliopiston terveydenhuollon maisterin Maija Alahuhdan väitöskirjan (2010) Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteistä. Lisäksi Riikka Turku on kirjoittanut oppaan Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus elämäntapaohjausta antavien ammattiryhmien käyttöön.

2 TERVEYDENHOITAJA DIABETESASIAKKAAN ELÄMÄNTAPOHJAAJANA

Opinnäytetyössäni kohderyhmänä toimivat terveyskeskuksissa työskentelevät terveydenhoitajat. Vuonna 1972 säädetyin kansanterveyslain myötä perustettiin terveyskeskukset, jotka vastaavat kuntien perusterveydenhuollosta. Kansanterveyslaki mahdollisti keskittymään sairauksien hoitamisen sijasta sairauksien ehkäisemiseen ja terveyden edistämiseen. Terveyskeskusten tehtävinä on järjestää muun muassa kuntalaisten sairaanhoito, kunnassa oleskelevien kiireellinen ensiapu, hammashuolto, neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työpaikkojen työterveyspalvelut, seulonnat sekä terveysneuvonta ja –tarkastukset. (Kannas, Eskola, Räsänen & Mustajoki, 2005, 226-7). Lisäksi 1970-luvulla terveyskeskukset saivat uudistetun ammattinimikkeen; terveydenhoitaja. (Haarala ym. 18, 22.)

Terveyskeskuksissa työskentelevän terveydenhoitajan antama ohjaus ja neuvonta voidaan ajatella olevan sekä preventiivistä eli ennaltaehkäisevää että promotiivista eli terveyttä edistävää toimintaa, jossa luodaan ihmisille mahdollisuuksia hallita ja parantaa omaa terveyttä aktivoimalla heitä ja korostamalla heidän positiivisia voimavarojaan. Preventiivisen toiminnan kolmesta tasosta sairautta ennaltaehkäisevä elämäntapaohjaus ja sitä kautta tapahtuva muutos ovat nimenomaan primaarista preventiota, joissa ehkäistään terveysongelmia jo ennen niiden ilmaantumista. (Haarala ym. 2008, 22, 54.)

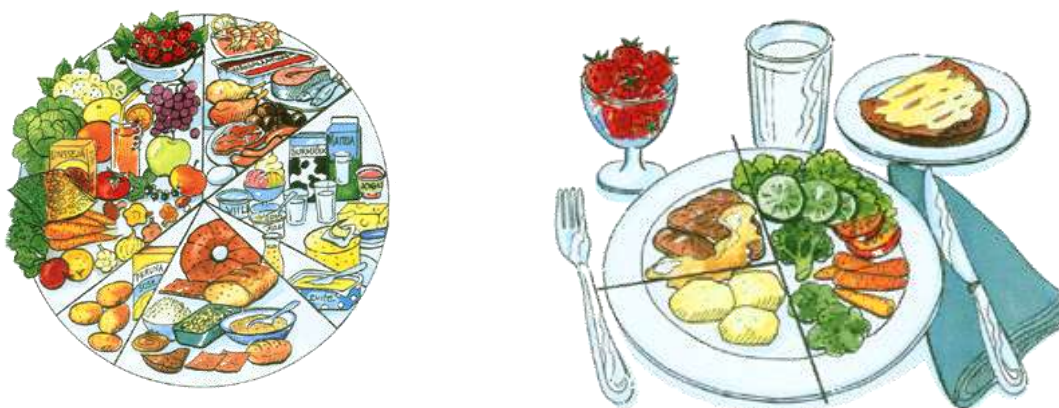
2.1 Elämäntapojen merkitys diabeteksen ennaltaehkäisyssä

Tyypin 2 diabeteksestä käytetään nimeä elintapasairaus, sillä huonolaatuinen ruokavalio, vähäinen liikkuminen, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö lisäävät riskiä sairastua siihen. (Saraheimo & Sane 2011, hakupäivä 5.9.2011.) Tästä syystä edellä mainitut elintavat ja niihin liittyvä painonhallinta ovat sisältöjä, jotka voidaan nähdä avainasemassa tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvilla asiakkaille annettussa elämäntapaohjauksessa.

Elintavoista erityisesti liikunta edistää painonhallintaa, lisää insuliiniherkkyyttä, alentaa veren glukoosipitoisuuden paastoarvoa, vähentää vatsaontelon sisäisen rasvan määrää sekä alentaa verenpainetta ja plasman triglyseridipitoisuutta. Liikunta vaikuttaa insuliiniherkkyyteen vain muutaman päivän ajan, joten liikunnan säännöllisyys on avainasemassa. Liikunnan säännöllisyyden voidaan ajatella olevan yhteydessä liikunnan mielekkyyteen. Liikunta tehoaa parhaiten asiakkailta, joiden diabeteksen riskitekijöihin on puututtu ajoissa eikä diabetekseen liittyviä lisäsairauksia ole vielä ilmaantunut. (Packalén 2010, 40-41.)

Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville suositellaan samaa ruokavaliota kuin koko väestölle. Terveellinen ruokavalio edistää sopivan painon ja hyvän glukoosi- ja rasvatasapainon saavuttamista ja tasoittaa myös verenpainetta. Diabeteksen ehkäisyn kannalta keskeistä on normaalipainon säilyttäminen ja lihomisen estäminen. Ruokavalion säännöllisyys on tärkeää – sillä tarkoitetaan, että päivittäin syödään suunnilleen yhtä monta kertaa ja jokseenkin samoihin aikoihin välttämällä nykypäivänä yleistynyttä välipalaläpänöistä ruokailua. Rasvoissa tulisi kiinnittää huomiota tyydyttymättömien rasvahappojen saantiin käyttämällä kasviöljyjä. Runsasta suolansaantia tulisi välttää sen verenpainetta nostavan vaikutuksen vuoksi. (Suomen Diabetesliitto ry. 2008, hakupäivä 5.9.2012.)

Hyvä ravitsemusohjaus on nimenomaan ennaltaehkäisevää toimintaa. On monia tapoja koota terveellinen ruokavalio, ja tästä syystä ohjaajan on otettava huomioon asiakkaan elämäntilanne ja henkilökohtaiset mieltymykset. (Suomen Diabetesliitto ry. 2008, hakupäivä 5.9.2012.) Ohjaustilanteessa terveydenhoitaja voi hyödyntää lautasmallia ja ruokaympyrää havainnollistamaan ruokavalion terveellisyyttä ja monipuolisuutta.



KUVA 1. Ruokaympyrä ja lautasmalli (Nutricia Baby 2013, hakupäivä 5.9.2012).

Monimuotoisuutensa vuoksi tyyppin 2 diabetesta pidetään myös sydän- ja verisuonisairautena ja tupakointi lisää merkittävästi sairastuvuutta niihin. Tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvilla henkilöillä painonpudotuksen tärkeyttä ei voida korostaa liikaa, mutta lisäksi tupakoinnin lopettaminen on olennainen osa ennaltaehkäisevää toimintaa valtimotaudin riskitekijöiden minimoimiseksi. (Duodecim 2001, hakupäivä 6.9.2012.)

Tutkimusten myötä tiedetään, että alkoholia runsaasti käyttävillä on verenpaine korkeampi kuin vähemmän juovilla henkilöillä. Kohonnut verenpaine on myös tiittävästi tyyppin 2 diabetekseen yhteydessä olevan metabolisen oireyhtymän yksi tunnuspiirteistä. Alkoholin suurkulutukseen käsitetään mahdollinen terveystriki, kuten fyysisiä tai psyykkisiä oireita tai jo olemassaolevien sairauksien paheneminen. Suurkuluttaja on mies, joka nauttii kerralla vähintään 7 alkoholiannosta tai nauttii yli 24 alkoholiannosta viikossa. Nainen alkoholin suurkuluttajana nauttii kerralla vähintään 5 alkoholiannosta tai yli 16 alkoholiannosta viikossa. Lisäksi alkoholilla on lihottava vaikutus – lähes yhtä lihottava kuin rasvalla. Nautituista juomista voi kertyä suurikin määrä ylimääräistä energiaa. Useimmiten myös runsaan alkoholinkäytön yhteydessä tupakointi on tavallista. (Tillonen & Niemi-Turkama 2001, hakupäivä 6.9.2012.)

Huolen herätessä terveydenhoitaja voi kartoittaa asiakkaan alkoholinkäyttöä riskikäytön seulontaan tarkoitettulla *Audit-kyselyllä*, joka on osa mini-intervention sisältöä. Mini-interventio käsittää alkoholinkäytön puheeksioton, riskikulutuksen tunnistamisen ja neuvonnan, joka tähtää siihen, että asiakas itse pysähtyy ajattelemaan alkoholikäyttämistään ja vähentää sitä kohtuukäytön tasolle. Käytännössä vähintään kahdeksan Audit-pistettä saanut asiakas nähdään tietyn asteen riskikuluttajana. (Haarala ym. 2008, 186.)

2.1.1 Elämäntapamuutosprosessin vaiheet

Elämäntapamuutosten etenemistä kuvaa Prochaskan, Norcrossin ja Diclementen (2006) kehittämä transteoreettinen, kuusivaiheinen muutosprosessimalli. Itse asiassa muutosprosessi voidaan kuvata spiraalimaiseksi kokonaisuudeksi, jossa useiden muutosyritysten jälkeen saavutetaan pysyvä vaihe. (Haarala ym. 2008, 155.)

Elämäntapamuutosmallin ensimmäistä vaihetta kutsutaan *esiharkintavaiheeksi*, jossa asiakas ei ole vielä valmis muutokseen. Tyypillistä hänelle on ongelman vähättely ja kieltäminen. Toisaalta hän voi tiedostaa muutoksen tarpeellisuuden, mutta hänellä ei ole tarpeeksi itseluottamusta. Lisäksi elintapamuutosta voidaan pitää liian haastavana eikä asiakas usko omiin mahdollisuuksiinsa. (Prochaska ym. 2006, 40-41; Haarala ym. 2008, 159.)

Seuraavassa vaiheessa eli *harkintavaiheessa* asiakas tiedostaa muutoksen tarpeellisuuden ja on valmis vastaanottamaan terveysneuvontaa vallalla olevien elintapojensa ja niistä aiheutuvien riskien minimoimiseksi. Asiakkaalla ei ole motivaatiota tarpeeksi varsinaisen muutoksen aloittamiselle. Harkintavaiheelle tyypillistä on hyöty-haitta-suhteiden pohtiminen: mitä hyviä puolia on liikunnan harrastamisella, entä huonoja? Harkintavaihe voi kestää pitkään. (Prochaska ym. 2006, 42.)

Valmistautumisvaiheessa asiakas kokee elintapamuutoksen tärkeäksi ja hänellä on halu ja valmius muuttaa tottumuksiaan. Tässä vaiheessa asiakas myös uudelleenarvioi itsensä ja muutokseen tarvittavat voimavaransa. Tietoisuus elintapamuutoksen tarpeellisuudesta on korkealla. Asiakas on valmis tekemään muutoksia omissa elämäntavoissaan ja osallistuu terveyttä edistävään toimintaan, sillä muutosta puoltavat tekijät ovat tärkeämpiä. Tällöin hän tarvitsee tietoa tarjolla olevista keinoista muuttaa terveystottumuksiaan. Läheisten ihmisten tuki ja itsensä palkitseminen pienistä askelista kohti muutosta ovat tärkeitä voimaannuttavia elementtejä. (Prochaska ym. 2006, 43; Haarala ym. 2008, 160.)

Toimintavaihe on aktiivista työskentelyä ja terveystottumisten muuttamista. Asiakas työskentelee aktiivisesti mennäkseen kohti muutosta, jota hän on saattanut suunnitella jo pitkään. Ulkopuolinen ihminen voi havaita muutostoiminnan. Toimintasuunnitelmaan kirjataan konkreettisia pieniä tavoitteita pienten askelten periaatteen mukaisesti. Repsahdukset ja epäonnistumisen vaiheet kuuluvat toimintavaiheeseen, ja voivat herättää asiakkaassa huonoa omaatuntoa. (Prochaska ym. 2006, 44; Haarala ym. 2008, 160.)

Ylläpitovaiheessa henkilö työskentelee vakiinnuttaakseen ja vahvistaakseen elämäntapamuutoksen. Tässä vaiheessa repsahduksia saattuu enää harvemmin. Asiakkaan on hyödyllistä oppia tunnistamaan repsahduksiin johtavat tekijät ja ennakoimaan riskitilanteet, jolloin myös asiakkaan itsearviointin merkitys korostuu. Ylläpitovaiheessa elämäntapamuutos alkaa olla pysyvämpi ja vahvempi kuin entinen käyttäytyminen. (Prochaska ym. 2006, 45.)

Päätösvaihe on pysyvän elintapamuutoksen vaihe, johon mennessä asiakkaan ei tarvitse työskennellä repsahdusten välttämiseksi. Asiakas kykenee säilyttämään uuden terveellisen elämäntavan olosuhteidenkin muuttuessa. (Prochaska ym. 2006, 46.)

2.1.2 Muutosvaihemallin mukainen terveydenhoitajan rooli

Muutosvaihemallia on hyvä hyödyntää terveyden edistämisen työmenetelmänä asiakkaan elämäntapaohjauksessa. Terveydenhoitajan on tärkeää tiedostaa asiakkaan muutosprosessissa käynnissä oleva vaihe, koska se ohjaa häntä antamaan asiakkaalle oikeanlaista neuvontaa. Keskeistä on keskustelu asiakkaan terveystottumuksista. Terveydenhoitaja on asiantuntija, joka ohjaa asiakasta itse näkemään muutosmahdollisuudet ja auttaa etsimään ratkaisuja. (Haarala ym. 2008, 156-157.)

Ensimmäisissä muutosprosessin vaiheissa terveydenhoitajan tehtävä on erityisesti herätellä asiakasta ajattelemaan riskikäyttäytymistään, rohkaista ja antaa tietoa neutraalisti sekä kartoittaa asiakkaan tilannetta hyödyntämällä elintapatestejä. Onnistunut testin tekeminen auttaa niin asiakasta kuin ohjaajaakin havaitsemaan ongelman. Lisäksi on hyvä keskustella aiemmista muutosyrityksistä sekä arvioida muutoksen etuja ja haittoja. Tulee myös korostaa pienten askelten ja sitä kautta tapahtuvien muutosten merkitystä, kuten 5-10 prosentin painonpudotusta. Mahdollisimman konkreettiset muutostavoitteet pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa tilanteeseen sopiviksi – ei kuitenkaan liian montaa tavoitetta kerralla. Tiedetään, että terveydenhoitajan antama rohkaiseva palaute ja käytännön esimerkit kasvattavat asiakkaan motivaatiota. (Prochaska ym. 2006, 42; Haarala ym. 2008, 157, 159, 160.)

Repsahdukset ja epäonnistumisen vaiheet kuuluvat toimintavaiheeseen, jolloin ohjaajan tuki ja rohkaisu ovat merkityksellisiä. Taantumatilanteet tulee kääntää neuvoksi ja

oppimistilanteiksi ja pohtia uusia toimintasuunnitelmia ja -vaihtoehtoja. (Prochaska ym. 2006, 44.) Tällöin asiakasta tulee rohkaista itsearviointiin. Pysyvän muutoksen vaiheessa olevaa asiakasta tuetaan edelleen aktiivisuuteen ja tarkoituksenmukaisten valintojen tekemiseen. (Haarala ym. 2008, 161-162.)

2.1.3 Motivoiva haastattelu terveydenhoitajan työmenetelmänä elintapamuutoksen mahdollistamisessa

Motivoiva haastattelu on yksi vuorovaikutuksen tekniikoista, jolla terveydenhoitaja voi asiakaskeskeisesti herätellä henkilön muutosmotivaatiota. Se, että asiakas itse havainnoi ja tunnistaa motivaatiotekijöitään, on usein edellytys muutokselle. Terveydenhoitajan tulee jättää tilaa potilaan pohdinnoille ja pyrkiä aktiivisesti kuuntelemaan asioita, joilla potilas motivoi itseään. Pyrkimyksenä on vahvistaa yksilön halua muuttaa käyttäytymistään muun muassa selvittämällä ongelmakäyttäytymisen ja tavoitteen välistä ristiriitaa. (Haarala ym. 2008, 141-142; Duodecim 2008, hakupäivä 7.9.2012.)

Periaatteena on, että terveydenhoitaja on empaattinen ja kunnioittaa yksilön kykyä asettaa omat tavoitteensa. Tavoitteiden tulee olla pieniä ja konkreettisia. Terveydenhoitaja välttää esiintymistä asiantuntijana. Tavoitteena on saada itse asiakas puhumaan muutoksen puolesta sen sijaan, että terveydenhoitaja perustelisi asiakkaalle muutoksen tarpeellisuutta. (Duodecim 2008, hakupäivä 7.9.2012.)

Motivoivan haastattelun periaatteita ovat yksilön vahvistaminen ja tukeminen muutoksessa, reflektiivinen kuunteleminen, avoimien kysymysten käyttäminen, terveydenhoitajan vahvistavat toteamukset ja yhteenvedojen tekeminen käytyjen keskustelujen pohjalta. Yhteenvedossa terveydenhoitaja ei anna neuvoja ratkaisuun, vaan pyritään siihen, että potilas itse kuvaa ratkaisun. (Duodecim 2008, hakupäivä 7.9.2012.)

2.2 Tyypin 2 diabetes sairautena

Tyypin 2 diabeteksessa on kyse elimistömme verensokeripitoisuutta alentavan hormonin, insuliinin erityksen vähentymisestä, sillä haiman beetasolujen Lagerhansin saarekkeissa on etenevä toimintahäiriö. Lisäksi elimistön soluilla lihaksissa ja muissa

elimissä on heikentynyt kyky hyödyntää insuliinia, ja tätä tyyppin 2 diabetekselle ominaista tilaa kutsutaan *insuliiniresistenssiksi*. Insuliiniresistenssissä, jossa elimistö tulee vastustuskykyiseksi insuliinille, haima tuottaa insuliinia, mutta sen teho on heikentynyt. Koska keho ei saa energiaa toimintoihinsa, maksa luulee virheellisesti elimistön tarvitsevan lisää sokeria ja tuottaa ylimääräistä glukoosia eli sokeria eikä insuliini ole tarpeeksi tehokasta jarruttamaan sitä. (Tohtori Tolonen 2010, hakupäivä 21.5.2011.)

2.2.1 Tyyppin 2 diabeteksen insuliinituotannon häiriö

Insuliini siirtää veressä olevan sokerin elimistön soluille polttoaineeksi ja estää siten verensokeritasoa nousemasta liian korkeaksi. Insuliini on energiavarastoja täydentävä hormoni, joka säätelee sokeriaineenvaihdunnan lisäksi myös valkuaisaineiden ja rasvojen aineenvaihduntaa. (Kangas & Virkamäki 2011, hakupäivä 21.5.2011.)

Diabeteksen yleisenä määritelmänä voidaan pitää sitä, että verensokeri eli veriplasman glukoosipitoisuus on yön 8-10 tunnin paaston jälkeen 7,0 mmol/l tai sitä suurempi kahdessa paastoplasman kokeessa, jotka on otettu kahtena eri päivänä. 6,0 mmol/l on normaalin paastoverensokerin yläraja. Jos paastoverensokeri on välillä 6,1–6,9 mmol/l, tilaa kutsutaan heikentyneeksi paastosokeriksi (IFG = impaired fasting glucose). Plasman glukoosin voi mitata myös satunnaisesti mihin aikaan päivästä tahansa. Jos tulos on yli 11 mmol/l ja testattavalla on diabeteksen oireita, kysymyksessä voi olla diabetes. (Laliberte 2011, 54; Mustajoki 2010, hakupäivä 21.5.2011.)

Tyyppin 2 diabetes kehittyy hitaasti jopa vuosien kuluessa eikä aiheuta aluksi voimakkaita oireita. Tyyppin 2 diabeteksen salakavalaa oireettomuutta kuvastaa vuonna 2010 Suomessa 4500 keski-ikäiselle ja sitä vanhemmille tehty väestötutkimus, jossa selvisi, että 7–8:lla henkilöllä sadasta löytyi diabetes, josta siihen mennessä ei ollut mitään tietoa. Pitkään kehittyneen tyyppin 2 diabeteksen oireina voi olla väsymystä varsinkin aterian jälkeen, ärtyneisyyttä ja kihelmöintiä käsissä tai jaloissa, haavojen hidas paraneminen sekä herkkyys erilaisille tulehduksille. On tyyppillistä, että tyyppin 2 diabetes todetaan usein sattumalta, kun tehdään verikokeita muista syistä tai vasta lisäsairauksien ilmaantumisen yhteydessä. (Mustajoki 2010, hakupäivä 21.5.2011.)

2.2.2 Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät

Tyypin 2 diabetes johtuu usein monista tekijöistä, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Tyypin 2 diabeteksessa perinnöllinen yhteys on paljon vahvempi kuin tyypissä 1. (Laliberte 2011, 46.) Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on 40 prosenttia, jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes. Jos molemmilla vanhemmilla on kyseinen sairaus, riski on 70 prosenttia. Tiedetään, että tyypin 2 diabeteksen kehittymiseen liittyy ylipainoisuus, etenkin keskivartalolihavuus ja vähäinen liikunta. Tutkimukset osoittavat, että viskeraalinen eli vatsaonteloon pakkautunut rasva vaikuttaa tyypin 2 diabeteksen kehittymiseen enemmän kuin esimerkiksi lantiolla tai reisissä oleva rasva. Lisäksi huonolaatuinen ruokavalio, stressi, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, raskausajan diabetes sekä yli 45 vuoden ikä lisäävät diabetesriskiä. (Laliberte 2011, 48; Saraheimo 2011, hakupäivä 21.5.2011.)

Tyypin 2 diabeteksella on usein yhteys metaboliseen eli aineenvaihdunnalliseen oireyhtymään (MBO), jossa henkilöllä on useita terveyttä uhkaavia häiriöitä samanaikaisesti. Insuliiniresistenssi selittää vaaratekijöiden kertymistä samalle henkilölle (Tohtori Tolonen 2010, hakupäivä 21.5.2011). Metabolinen oireyhtymä diagnosoidaan, jos vyötärönympäry miehellä ylittää 94 cm ja naisilla 80 cm ja lisäksi henkilöllä tulee olla vähintään kaksi seuraavista ilmenemismuodoista: verenpaine vähintään 130/85 mmHg, HDL- eli hyvä kolesteroli miehillä alle 2,2 mmol/l ja naisilla alle 2,7 mmol/l, lisääntynyt veren hyytymistäipumus, triglyseridit vähintään 8,3 mmol/l, kohonnut veren uraatti, glukoosi-intoleranssi eli heikentynyt sokerinsieto tai paastoplasman glukoosi vähintään 6,1 mmol/l. (Laliberte 2011, 44.)

Metabolista oireyhtymää sairastavalla henkilöllä on 2-3-kertainen sydän- ja verisuonisairauksien riski. Painonpudotus ja myös liikunta yksinään ilman laihtumista ovat ensisijaista lääkettä metabolisen oireyhtymän häiriötiloihin. (Mustajoki 2010, hakupäivä 2.8.2012.)

2.2.3 Diabeteksen mahdolliset lisäsairaudet

Ehkäistäessä salakavalaa, usein oireetonta tyypin 2 diabetesta ennaltaehkäistään myös mahdollisia komplikaatioita, sillä mitä kauemmin ja mitä korkeammalla verensokeri on,

sitä suurempi riski henkilöllä on diabeteksen liitännäissairauksiin. Pitkäaikainen kohonnut verensokeri voi johtaa rasvojen ja valkuaisaineiden sokeroitumiseen ja vaurioittaa elimistöä muun muassa muodostamalla verihyytymiä ja tuhoamalla hiussuonia kehon eri osissa. Tämä aiheuttaa elämänlaatua huonontavia vaarallisia muutoksia erityisesti munuaisissa, sydämessä, valtimoissa, silmissä ja hermostossa. (Laliberte 2011, 36.)

Diabeteksen yleisiä lisäsairauksia ovat munuaissairaus eli diabeettinen nefropatia, hermovaurio eli diabeettinen neuropatia, retinopatia eli diabeettinen verkkokalvosairaus, verenpainetauti sekä valtimonrasvoittumistauti. Pahimmassa tapauksessa nämä voivat johtaa näön menettämiseen, raaja-amputaatioon, munuaistoiminnan heikkenemiseen ja sydäninfarktiin. Lisäksi tyyppin 2 diabetes altistaa masennukselle. (Laliberte 2011, 67, 184.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimukseni tarkoituksena on tuottaa laadullisesti tutkittua tietoa terveyskeskuksissa työskentelevien terveydenhoitajien kokemuksista ja näkemyksistä omista *valmiuksistaan* tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville asiakkaille annettavasta elämäntapaohjauksesta. Tässä tutkimuksessa valmiuksilla tarkoitetaan tietotaitoa, kykyjä ja asenteita, joita kaikkia elämäntapaohjaus edellyttää. Terveydenhoitajan toteuttama elämäntapaohjaus liittyy olennaisesti tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn.

Tutkimustehtävänä on:

Millaisiksi terveydenhoitajat arvioivat omat elämäntapaohjausvalmiutensa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä kokemustensa perusteella?

Opinnäytetyöni välittömiä tavoitteita aikaulottuvuudella arvioitaessa ovat elämäntapaohjauksessa toimivien terveydenhoitajien toiminnan kehittäminen kehittämistarpeiden ja -haasteiden tunnistamisen sekä nykykäytäntöjen arvioimisen myötä. Keskipitkän aikavälin tavoite on se, että terveydenhoitajat muuttavat käytäntöjään tutkitusti toimivimmiksi ja paremmiksi. Pitkän aikavälin tavoitteena elämäntapaohjausta saavat asiakkaat tulevat hyötymään käytäntöjen muuttamisesta.

Tämän tutkimuksen myötä omana oppimistavoitteenani on kasvattaa ammatillisuuttani tulevana terveydenhoitajana sekä saada aiheesta tietoa sekä itselleni että muille terveydenhoitoalan opiskelijoille ja ammattilaisille. Lisäksi tavoitteenani on saada kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä.

4 TUTKIMUSMETODOLOGIA

4.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ymmärtää ilmiöiden merkityksiä ja tiettyä toimintaa osallistujien näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 23). Opinnäytetyöni tarkoitus oli tuottaa kokemuksellista tietoa ennaltaehkäisevästä elämäntapaohjauksesta ohjausta antavien *terveydenhoitajien näkökulmasta*. Lisäksi aineistolähtöinen päättely on keskeisessä asemassa opinnäytetyössäni. Tämä päättely pohjautuu ideaan, jonka mukaan tutkijan keräämästä aineistosta tehdään yksittäisiä havaintoja ja päätelmiä, jotka laajentuvat suuremmaksi kokonaisuudeksi kohti näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

4.2 Tutkimukseen osallistuneet ja aineiston keruu

Opinnäytetyöhöni osallistui Oulun kaupungin kuudessa eri terveyskeskuksessa työskenteleviä terveydenhoitajia, joiden työnkuvaan kuuluu vastaanottoiminta ja elämäntapaohjaus. Kyseiset terveysasemat valitsin satunnaisesti. Keräsin tutkimusaineiston teemoitetulla, sähköisellä kyselylomakkeella, joka antoi osallistujille mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan omin sanoin. Kysymykset ovat avoimia, jolloin osallistujat saivat vapaasti kertoa, millaisia kokemuksia heillä oli tutkittavasta aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007, 131). Kyselylomake koostui tutkimustehtävien asettamista teemoista, jotka olivat terveydenhoitajan ohjausvalmiudet, työmenetelmien käyttö, ohjauksen kehittämishaasteet sekä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy.

Tutkimuslupa opinnäytetyölleni myönnettiin Oulun kaupungilta joulukuussa 2012 palvelujohtaja Tuula Tähtisen toimesta. Tammikuun alussa 2013 lähetin kyselylomakkeen viiden eri terveyskeskuksen esimiehelle ja terveydenhoitajat saivat kyselylomakkeet sähköposteihinsa esimiehiensä kautta. Sain ensimmäiseen määräaikaan mennessä vastauksia kolme kappaletta. Muutamaa päivää ennen määräajan päättymistä lähetin kuitenkin muistutusviestin terveysasemien esimiehille sekä aiempien valitsemieni terveysasemien lisäksi erään kuudennen terveysaseman esimiehelle.

Tällöin päätin jatkaa vastausaikaa vielä viikolla ja annoin esimiehille luvan lähettää kyselylomakkeen myös terveysasemilla työskenteleville sairaanhoitajille, sillä terveyden- ja sairaanhoitajien työnkuva terveysasemilla on hyvin samanlainen. Lisättyäni terveysasemilla työskentelevien terveyden- ja sairaanhoitajien vastausaikaa osallistujien määrä nousi vielä kahdella kappaleella.

Tammikuun loppupuolella lähetin kyselylomakkeen myös keskusäitiysneuvolan vastaavalle terveydenhoitajalle lisävastauksien toivossa, sillä tyypin 2 diabeteksen riskitekijänä pidetään myös raskausajan diabetesta, ja neuvolat, erityisesti keskusäitiysneuvola on suuressa roolissa odottavan äidin ja koko perheen elämäntapaohjauksessa. Neuvolasta en kuitenkaan saanut yhtään vastausta opinnäytetyöni aineistoon.

Aineistonkeruu osoittautui haasteelliseksi, sillä teemoitettuun kyselyyn oli aluksi vaikeaa saada vastauksia. Eräs terveysaseman esimies kertoi minulle, että terveysasemien työntekijöille oli kohdentunut samanaikaisesti useampi sähköinen kysely eri tarkoituksiin, mikä saattoi olla syynä tarvitsemieni vastausten niukkuuteen. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöhön osallistujia ja siten kyselylomakevastauksia kertyi viisi kappaletta. Kyselylomakkeiden käsittelyn jälkeen niistä muotoutui yhteensä seitsemän A4-paperia pistekoolla 12 kirjoitettuna. Kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet olivat terveydenhoitajia. Tuomen ja Sarajärven (2009, 85) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa päämielenkiinto on kokemuksellisen ilmiön kuvaamisessa, jolloin pienelläkin aineistonkeruuseen osallistuvien määrällä voi saada tarpeellista aineistoa riittävästi.

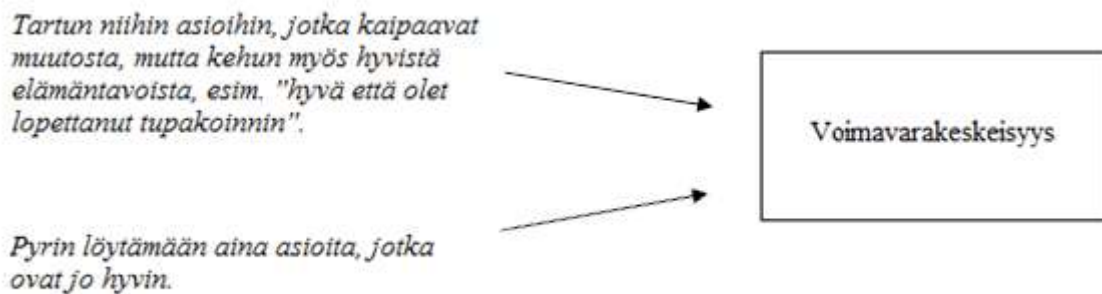
4.3 Aineiston analysointi

Analysoin vastaukset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Valitsin tämän menetelmän siksi, että saisin tavoitteitteni ja tutkimustehtävien mukaisesti luotua hajanaisesta tutkimusaineistosta yhtenäisen ja tiivistetyn kuvauksen nimenomaan aineistosta lähtien teorialähtöisen analysoinnin sijaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103).

Analyysiyksikkö voi tavallisimmin olla yksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Käytin tutkimuksessani analyysiyksikkönä kaikkia edellä

mainittuja, mikä edesauttoi minua saamaan vastauksia tutkimustehtäviini. Luin aineistoa läpi aluksi moneen kertaan ja analyysin edetessä jouduin tutkijana myös ottamaan aineistoon etäisyyttä ajatuksenkulun kirkastamiseksi. Pidin tutkimustehtävät eli kysymykset, joihin haluan vastaukset mielessäni koko prosessin ajan. Tutkimusaineiston läpikäymisessä onkin tarkoituksena nostaa olennaiset asiat esiin tutkimuskysymysten avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

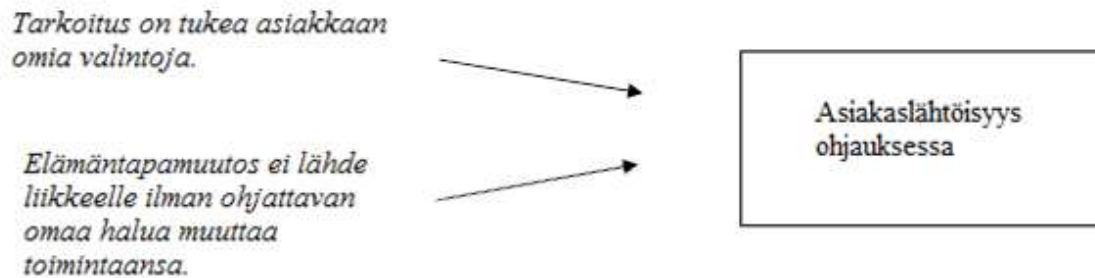
Analyysin ensimmäistä vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi eli redusoinniksi, jossa pilkoin aineistoa osiin tiivistäen sitä ja kirjasin kyselylomakkeeseen vastanneiden alkuperäisilmaukset. Toisessa vaiheessa eli klusteroinnissa ryhmittelin aineiston, jossa etsin pelkistettyjen ilmauksien eroja ja samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 109.) Aloittaessani aineistolähtöistä sisällönanalyysiä sain tarpeellista ohjausta opinnäytteeni ohjaavalta opettajalta. Muodostin yhdeksästä A4-paperista suuremman kokoisen suorakulmion mallisen paperipohjan, jolle mahtui kirjata aineistosta esiin nousseet asiat ja käsitteet pelkistämisen, ryhmittelyn ja yhdistämisen myötä.



KUVIO 1. Esimerkki 1. alakategorian muodostumisesta.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin viimeinen vaihe on abstrahointi, jossa yhdistin sisällöltään samankaltaiset alaluokat yläluokiksi, ja samalla erotin tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon, jonka perusteella teoreettinen käsitteistö tutkimuksessa muodostui. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 109.) Tutkimusaineiston läpikäymisessä ja jäsentelyssä käytin apuvälineinä muun muassa erilaisia erivärisiä muistilappuja ja värikyniä, mikä Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) mukaan voi helpottaa aineistonanalyysiä.

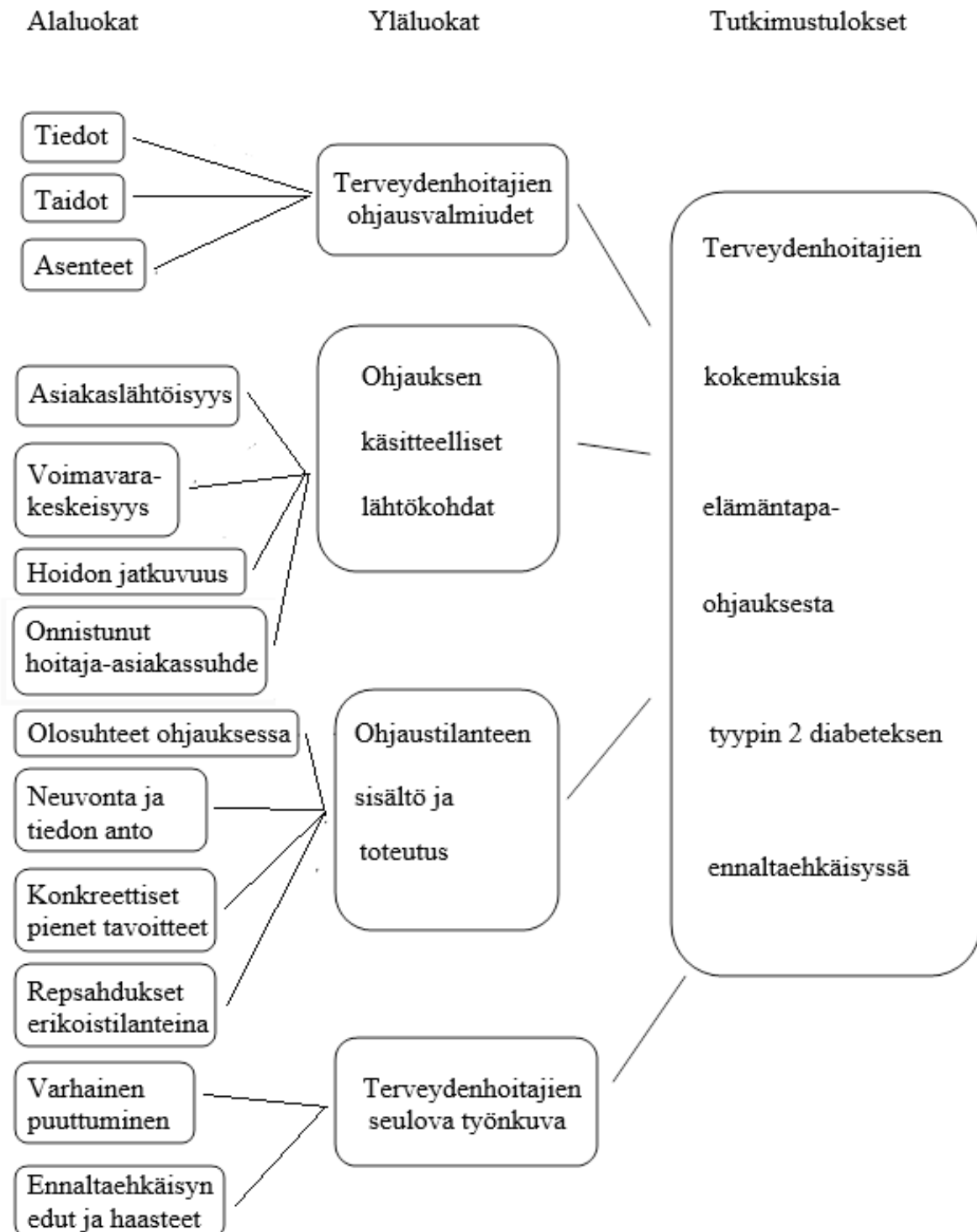
Tutkimustulosten tueksi kirjoitin sanatarkasti lainauksia mukaan kyselylomakkeiden vastauksista.



KUVIO 2. Esimerkki 2. alakategorian muodostumisesta.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla muodostin neljä pääkategoriaa: terveydenhoitajan ohjausvalmiudet, ohjauksen käsitteelliset lähtökohdat, ohjaustilanteen sisältö ja toteutus sekä terveydenhoitajan seulova työnkuva.

5 TUTKIMUSTULOKSET



KUVIO 3. Terveystenhoitajien kokemuksia elämäntapaohjauksesta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä.

5.1 Terveydenhoitajien ohjausvalmiudet

Yhtenä tutkimustehtävänä on kuvata, millaisiksi terveydenhoitajat arvioivat omat valmiutensa antaa elämäntapaohjausta. Valmiudet voidaan ajatella **tietoina, taitoina ja asenteina**. Tämän vuoksi otin tutkimustuloksiksi kyseiset valmiuksiin liittyvät osa-alueet suoraan kyselylomakkeesta, sillä niihin halusin nimenomaan saada vastaukset tutkimuskysymyksen mukaisesti.

Terveydenhoitajan koulutuksen myötä saatu ammattitaito nähtiin yhtenä tärkeimmistä asioista elämäntapaohjauksen onnistumisessa. Tutkimustuloksissa näyttäytyi suurimmaksi osaksi terveydenhoitajien kokonaisvaltainen tyytyväisyys omaan ammatilliseen tietotaitoon ja asenteisiin. Käytännön työssä käytettävien tietojen lähteenä pidettiin hyvää koulutus pohjaa ja omaa kiinnostusta ottaa asioista selvää. Asiakkaan motivoimiseen kaivattiin tietotaidollista tehokkuutta siten, että elämäntapamuutoksesta tulisi mielummin pysyvä kuin lyhytaikainen. Tulokset osoittivat myös lisäkoulutuksien jatkuvan tarpeen ja haasteiksi terveydenhoitajan osaamisen suhteen esitettiin seuraavanlaiset seikat:

Nykyisen terveydenhuollon työtapaperusterveydenhuollossa on, että kaikki tekevät kaikkea ja siten koen, että tiedän monista asioista vain pintaraapaisua.

Enemmän fakta- ja vertailutietoa esim. ruokavaliosta, karppi vs. yleinen ravitsemussuositus -- harmittelen, että hiilihydraattien vaaroista (vrt. rasvat) ei puhuta enempää.

Asiat ja tavat muuttuvat usein nopeallakin ajanjaksolla.

Erityisenä ohjausosaamisena nähtiin taito kysyä oikeanlaisia asiakaslähtöisiä kysymyksiä oikealla hetkellä asiakaslähtöisen pohdinnan käynnistämiseksi ja mahdollisten ristiriitojen ratkaisemiseksi. Myöhemmin tutkimustuloksissa kerron asiakaslähtöisyydestä yhtenä ohjauksen käsitteellisenä lähtökohtana. Terveydenhoitajat myös kuvailivat ohjauksissa käyttämiään asiakaslähtöisiä kysymyksiä seuraavasti:

--mitä haluaisit, että asiassa tapahtuisi? -- mitä pitäisi tehdä, että pääsisit tavoitteeseesi? Mitä siitä seuraisi --

Lisäksi tulosten mukaan terveydenhoitajalta vaaditaan taitoa tarkastella asiakkaan tilannetta kriittisesti ja arvointikykyä elämäntapaohjauksen ajankohtaisuuteen liittyen, sillä asiakas itse tekee päätöksen muutokseen ryhtymisestä ja sen toteuttamisesta.

-- jos potilasta itseään ei kiinnosta koko juttu, niin sitten annan periksi ja sanon ”mieti asiaa ja jos päätät tehdä elämäntapamuutoksia, niin varaa uusi aika, niin katotaan sitten asiaa uudestaan --

Asenteissa heijastuivat hoitajan kannustava ja motivoiva ote ohjaustyöhön sekä luontainen halu edistää hyvinvointia ja terveellisiä elämäntapoja. Tutkimustuloksissa myös ilmeni terveydenhoitajien halu hankkia tietotaidollista erityisosaamista mahdollisten lisäkoulutuksien kautta.

Pidän elämäntapaohjausta todella tärkeänä.

Päivitetty tieto on aina tervetullutta.

5.2 Ohjauksen käsitteelliset lähtökohdat

Elämäntapaohjaukseen liittyy monia käsitteellisiä periaatteita, jotka nousivat esille tutkimusaineistosta. **Asiakaslähtöisyys** on yksi tärkeä lähtökohta. Jos asiakas ei ole valmis muutokseen, hänen motivaatiotason nousemista on syytä ensin odottaa. Usein asiakas itse voi ehdottaa muutosta tai hoitaja antaa vaihtoehtoja, joista voisi aloittaa. Asiakaslähtöisyydessä olennaisina osina ovat myös asiakkaan omat toiveet, valmiudet ja motivaatio muutokseen, joita ilman elämäntapamuutos ei olisi mahdollista.

Keskustelemme asiakkaan kanssa siitä, mistä hän haluaa lähteä liikkeelle -- mistä herkuista hänen olisi helpointa alussa luopua --

-- itse kullekin sopivin askelin etenevää ohjausta motivoinnin, kannustuksen ja seurantakäyntien keinoin.

-- ja sanon, että "sun omasta terveydestähän tässä on kyse, enkä mä voi tehdä sun puolesta muutoksia, vaan sun on ne ite tehtävä".

Tutkimustulokset osoittivat, että **voimavarakeskeisyys** liittyy olennaisesti asiakaslähtöisyyteen, mutta joka nähdään kuitenkin omana keskeisenä tekijänä elämäntapaohjauksen onnistumisessa. Jokaisella asiakkaalla on omat positiiviset voimavaransa, joita terveydenhoitaja ei voi asiakkaalle liikaa ohjauksessa korostaa.

-- hyvä, että juot vettä ruokajuomana, etkä lihottavia sokerisia mehuja.

Osoitan arvostusta jo olemassa oleviin hyviin elintapoihin.

Onnistunut hoitaja-asiakassuhde muodostuu käsitteenä aineistosta esille nousseiden asioiden mukaan hoitajan ja asiakkaan välisestä kohtaamisesta, luottamuksesta, hoitajan aidosta kuuntelutaidosta sekä kannustavasta ilmapiiristä. Sujuva kohtaaminen ja sen seurauksena syntynyt keskinäinen vuorovaikutus ajateltiin luottamuksellisen hoitaja-asiakassuhteen peruspilarina.

Yritän haistella millainen asiakas on, millainen ohjaus häneen puree ja asetun hänen kanssaan samalle aaltopituudelle.

Kuuntelen asiakasta, mihin muutokseen hän on valmis ja kannustan muutokseen.

Ohjaan mielestäni kannustavalla otteella.

Hoidon jatkuvuus mainittiin myös yhtenä olennaisena lähtökohtana ohjauksen onnistumisessa, sillä elämäntapamuutos ei tapahdu hetkessä. Muutoksen toteuttaminen vaatii aikaa ja useita tapaamiskertoja terveydenhoitajan ja asiakkaan kesken. Kyselyyn osallistuneet terveydenhoitajat kuvailivat näkemyksiään esimerkein, jotka olivat peräisin käytännön asiakastyöstä:

-- ja asiakas kokee tarvitsevansa säännölliset tapaamiset laihduttamisensa tueksi.

Seurantakäynneillä annan positiivista palautetta onnistumisista, ja pohdimme, mitä tehdään, jos suunnitelma ei toimi.

Sovitaan uusi aika, että nähdään miten on mennyt, onko saanut tehtyä muutosta/muutoksia. Kannustetaan eteenpäin.

5.3 Ohjaustilanteen sisältö ja toteutus

Ohjaustilanteen toteuttamiseen ja sisältöön liittyvät tutkimustulokset osoittavat, että **ohjauksen olosuhteet** tulee olla tietyntaiset. Paikka, jossa asiakkaan ohjaaminen tapahtuu olisi suotavaa olla rauhallinen. Käytettävissä oleva aika tulisi olla riittävää, jotta terveydenhoitaja kykenee paneutumaan asiakkaan asioihin. Aikaa kuluu varsinaisen konkreettisen elämäntapaohjauksen lisäksi esimerkiksi luottamuksen syntymiseen hoitosuhteessa. Tämän vuoksi myös aiemmin tuloksissa esille nousut hoidon jatkuvuus on suuressa roolissa.

Työtä tehdään sairaanhoitajan vastaanotoilla ja aika on rajallinen.

Kiireessä annettu elämäntapaohjaus on yhtä tyhjän kanssa.

Tutkimustuloksista nousi esille **neuvonta ja tiedon anto** terveydenhoitajien keskeisenä työvälineenä. Terveydenhoitajan on kuitenkin arvioitava asiakkaan muutosvalmius ennen neuvontaa ja tiedon antamista. Monille terveydenhoitajille elämäntapatestit ovat osoittautuneet hyväksi työvälineiksi muutosvalmiuden arvioinnissa sekä puheeksi ottamisen apuvälineinä yksilöllisesti käytettyinä. Tuloksissa nousi esille monia erilaisia terveydenhoitajien käytössä olevia elämäntapatestejä, kuten suolan ja kuitujen saantitesti, rasvojen laatu -testi, Audit, tupakointitesti sekä tyypin 2 diabeteksen riskitesti (liite 2.).

Lisäksi tuloksissa korostui asiakkaan itseohjautuvuus tiedon hankkimisessa. Internetistä löytyy nykyään tietoa asiasta kuin asiasta ja joskus terveydenhoitaja saattaa myös suositella asiakasta itse tekemään testejä netissä. Sähköistä netissä toimivaa, omahoitoon kannustavaa palvelujärjestelmää on kehitetty Oulussa entisestään ja tämä näkyy tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajan käytännön työssä.

Mielestäni testit ovat hyviä elämäntapojen kartoituksessa -- antavat potilaalle tietoa hänen tilanteestaan ja vihjaavat sopivasti terveellisempään suuntaan.

Moni aktiivinen asiakas tietää asioista enemmän kuin ohjaaja.

-- ja esim. Oulussa pystyy sähköisessä muodossa arvioimaan riskiä sairastua diabetekseen riskitestin avulla.

Korkeaa verenpainetta ja/tai hyperkolesterolemiaa sairastavilla käyn aina aluksi läpi elämäntapatestit.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajilla on halu toteuttaa elämäntapaohjausta **pienten askelten periaatteen** mukaisesti. Terveydenhoitajien toteuttamassa ohjauksessa transteoreettinen muutosvaihemalli ja sen mukaiset asiakaslähtöiset ohjauksen erityispiirteet, kuten asiakkaan herättely muutokseen ja tiedon antaminen otettiin huomioon, ja muutosvaihemalli oli terveydenhoitajien kokemusten mukaan elämäntapaohjauksen kulkua opastava taustatekijä. Usein asiakkaan tilanne kartoitettiin karkealla kokonaisarviolla asiakaslähtöisten kysymysten ja vuorovaikutteisen keskustelun avulla.

Myös asiakkaalla on usein halu edetä varovasti pienin muutoksin totaalirepsahdusten välttämiseksi. Tuloksissa ilmeni, että usein elämäntapaohjauksiin säännöllisesti osallistuvat asiakkaat toivovat ja kaipaavat konkreettisia käytännön ohjeita ja tietoja esimerkiksi terveellisen ruokavalion toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä mielihalujen hallitsemiseksi.

Päätösvaihe on, kun asiakas on saavuttanut tavoitteensa ja ymmärtää, ettei entiseen ole paluuta.

Jos minusta vaikuttaa siltä, että asiakas ei ole valmis muuttamaan jotain toimintatapaansa, tai ilmaisee suoraan, ettei halua muutosta, niin saatan

esim. antaa kirjallista luettavaa asiasta, mutta en lähde sitten enää jankkaamaan asiaa.

Muutoksiin ohjaan tarttumaan vähitellen niin, että ehtii sisäistää muutoksen ennen kuin jatkaa seuraavaan -- ei kertarysäyksellä jääkaappia tyhjäksi eikä kevyttuotteita kerralla käyttöön.

Asiakkaan **repsahdukset elämäntapamuutosprosessissa** ovat normaaleja tilanteita, mutta terveydenhoitajan ohjauksen kannalta erityisiä. Asiakkaan suunnittelemattomat repsahdukset elämäntapamuutoksessa lisäävät tulosten mukaan terveydenhoitajan toteuttamaa asiakkaan kannustusta ja motivointia. Aineistosta ilmeni erityisesti mieltymys ohjata asiakas hallittuihin repsahduksiin.

-- miten toteutuisivat hallitut repsahdukset. Lisäksi asiakas päättää siitä, mitä suunnitelma tarkoittaa käytännössä -- milloin esim. kokeilee repsahdusta ensimmäisen kerran ja mitä silloin tapahtuu.

Myös tieto siitä, että liikkumalla voi korjata syömällä tapahtuneen repsahduksen helpottaa omatuntoa.

5.4 Terveydenhoitajan seuloiva työnkuva

Tutkimustuloksissa ilmeni tosiasia, jonka mukaan terveydenhoitotyötä tehdään kansansairauksien ehkäisemiseksi eri-ikäisten asiakkaiden parissa muun muassa terveysasemilla, neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja työttömien terveystarkastuksissa. Kyseisessä toiminnassa mahdollistuu asiakkaan elintapamuutosvalmiuden arvioiminen käytettävissä olevien menetelmien, kuten vuorovaikutteisen keskustelun avulla. Tulosten mukaan terveydenhoitotyössä myös osataan vaivattomasti hyödyntää kunkin hoitajan ammatillista erityisosaamista.

Varhainen puuttuminen korostuu tutkimustulosten mukaan kokonaisuudessaan terveydenhoitotyössä, myös elämäntapaohjauksen tiimoilla tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä.

Kun potilas soittaa ja kysyy laboratoriovastauksiaan, niin puutun asiaan heti, jos niissä on korkeita lukemia.

Korkean verensokerin vuoksi ohjaan diabeteshoitajalle ja varaan mielelläni ajan jo heti samassa yhteydessä.

Tutkimustulokset osoittivat terveydenhoitajien kokemuksen myötä, että yhä nykyään kallista erikoissairaanhoitoa suositaan ennaltaehkäisevän hoitotyön sijaan. Sairauksien ennaltaehkäisy nähdään erityisesti inhimillisenä ja taloudellisena toimintatapana, johon tulisi yhteiskunnassamme panostaa enemmän. Tehokas sairauksien ennaltaehkäisy vaatii usein asiakkaalta pysyvän elämäntapamuutoksen riskien minimoimiseksi. Tutkimustuloksissa ilmenikin, että elämäntapamuutokset jäävät usein asiakkailla lyhytaikaisiksi eli pysyvän elämäntapamuutoksen ylläpitäminen on osoittautunut erityiseksi haasteeksi kansanterveydellisten riskien kannalta. Tulosten mukaan paljon hyvääkin on saatu aikaan ennaltaehkäisevän työtöteen myötä.

-- tuoreita 2.tyypin diabeetikoita on haaviin jäänyt -- hoito päästy aloittamaan ennen kuin sairaus hoitamattomana saa aikaan kohde-elinvaurioita.

Yleensäkin ennaltaehkäisevälle toiminnalle ei ole riittävästi aikaa eikä resursseja.

-- pysyvyys muutoksen jälkeen loppuelämän ajan olisikin mahtava asia, miten siihen tsemppattaisiin?

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat arvioivat valmiutensa pääosin hyviksi ja päteviksi antaessaan elämäntapaohjausta tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville asiakkaille. Koulutuksen kautta saatua ammattitaitoa, osaamista ja tietotaitoa arvostettiin. Asenteina heijastuivat oma kiinnostus ja halu edistää hyvinvointia. Haasteina nähtiin terveyskeskustyön laajan tietotaidon hallitseminen, jatkuva tiedon ja tapojen muuttuminen sekä asiakkaan pysyvän elintapamuutoksen mahdollistaminen, mikä lisää lisäkoulutusten tarvetta ohjaussisältöjen ja –menetelmien osalta. Turku (2007, 78) kirjoittaa, että muutoksen jatkuvuuden ylläpitämiseksi on oltava edelleen suunnitelmallisia ja säännöllisiä ohjaustapaamisia pysyvän muutoksen tueksi. Asiakkaalle asetetut pitemmän aikavälin tavoitteet ylläpitovaiheessa puhuvat myös uusien opittujen elämäntapojen ylläpitämisen puolesta. Nämä Turun havainnot myös vahvistavat tutkimukseni tuloksissa ilmennyttä hoidon jatkuvuuden käsitettä.

Tutkimustulosten mukaan asiakkaan ja terveydenhoitajan kohtaamista ja heidän välistä suhdetta pidettiin tärkeänä elämäntapaohjauksen rakentavana tekijänä. Turun (2007, 23, 42) mukaan ammattilaisen tehtävänä onkin luoda turvallinen, luottamusta herättävä, asiakasta arvostava sekä hänen positiivisia voimavarojaan korostava ilmapiiri elämäntapamuutoksen mahdollistamisessa. Tulokset osoittivat myös sen, että elämäntapamuutostarpeeseen liittyvä pohdiskelu ja motivaation käynnistäminen ovat asiakkaan tehtäviä, minkä myös Turku (2007, 42) toteaa tutkimuksessaan.

Opinnäytetyöhöni osallistuneet terveydenhoitajat kokivat asiakkaan repsahdus- eli taantumatilanteissa annettavan ohjauksen ja motivoinnin lisääntyvän. Toisin sanoen repsahdustilanteen ohjaus voi koostua ohjattavan hallinnan tunteen tukemisesta ja siitä, että repsahduksesta otetaan opiksi. Repsahduksia ei ole terveydenhoitajan toimesta tarkoitus estää, vaan ne kuuluvat kiinteänä osana muutosprosessiin. (Turku 2007, 74.) Myös Turku (2007, 76) näkee tutkimustuloksissa esille nousseen sallitun repsahduksen toimintamallin vaikutukset positiivisina sen joustavuuden ja realistisen suunnitelman vuoksi.

Tutkimustulokset osoittivat, että onnistuneeseen elämäntapaohjaukseen liittyy monenlaisia tekijöitä. Terveydenhoitajalta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja, jotka ovat olennainen osa terveydenhoitajan työmenetelmää, terveystalkustelua. Lisäksi terveydenhoitajan toiminnassa korostuva asiakkaan aktiivinen kuuntelu tukee muutosta. Asiantuntija-asiakassuhteeseen liittyy keskeisesti asiakkaan aktiivinen rooli päätöksenteossa sekä voimavarakeskeisyys, joka on yksi elämäntapaohjauksen kulmakivistä. Asiakkaan voimavaroja, olivat ne sisäisiä, ulkoisia tai henkisiä, hyödynnetään pulmien ratkaisemisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. (Haarala ym. 2008, 106, 109, 132.) Kuten Ikola, Mustafa ja Mäkynen (2011, 15) kirjoittavat, asiakkaan elämäntapamuutosta edistäviä voimavaroja ovat muun muassa vertaistuki, positiivinen mieliala, läheiset ihmiset, sopiva elämäntilanne sekä pystyvyyden tunne.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajilla on tahto toteuttaa elämäntapaohjausta pienten askelten periaatteen mukaisesti, mihin transteoreettinen muutosvaihemallikin perustuu. Opinnäytetyössäni esille nousseet tutkimustulokset saavat vahvistusta Maija Alahuhdan väitöskirjan (2010, 59) *Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä* tuloksista. Ennen kaikkea ohjauksen voimavarakeskeisyyden ja konkreettisten tavoitteiden merkitys korostui sekä Alahuhdan tutkimuksessa että opinnäytetyöni tuloksissa.

Opinnäytteeseeni osallistuneet terveydenhoitajat kokivat sairauksien ennaltaehkäisyn taloudellisena ja inhimillisenä toimintatapana. Dosentti Markku Peltonen Kansanterveyslaitokselta (2008, hakupäivä 25.3.2013) toteaa, että varhainen puuttuminen glukoosiaineenvaihdunnan häiriöihin kannattaa, sillä sen riskitekijät tunnetaan hyvin ja sen ennaltaehkäisyn vaikuttavuudesta on vahva näyttö.

7 POHDINTA

Alkuperäisten kyselylomakkeeseen perustuvien tutkimustehtävien tarkoituksena oli saada kokemuksellista tietoa transteoreettisen muutoprosessimallin ja elintapatestien hyödyntämisestä terveydenhoitajien ohjauksessa, tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn merkityksestä sekä terveydenhoitajien työn kehittämishaasteista ohjaukseen liittyen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ja induktiiviseen logiikkaan liittyvän tapahtuman jälkeen ainoaksi tutkimustehtäväksi muotoutui kysymys - *millaisiksi terveydenhoitajat arvioivat omat elämäntapaohjausvalmiutensa tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä kokemustensa perusteella?* Tämä tutkimustehtävä vastasi täten paremmin aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saatuja tutkimustuloksia.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuskysymyksiä selvitetään aina suhteessa tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen, mikä viittaa kokonaisuudessaan tutkielman luotettavuuteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittareita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys sekä siirrettävyys. Opinnäytetyöni tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä aiheesta, mikä on tutkimuksen uskottavuuden kannalta olennaista. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyöhöni osallistuneiden vastaukset säilyivät muuttumattomina koko prosessin ajan, sillä esimerkiksi kyselylomaketta käyttäessäni en tehnyt litterointia, jolloin virhemahdollisuus oli olematon.

Reflektiivisyyden mukaan tutkijan on arvioitava omia lähtökohtiaan tutkimuksen tekijänä sekä arvioida omien kokemustensa merkitystä tutkimuksen kannalta (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkijana minun tuli pyrkiä jatkuvasti siihen, etteivät omat kokemukseni ja näkemykseni heijastu tutkimustuloksiin, ja mielestäni onnistuin siinä. Annoin tutkimusaineiston puhua puolestaan ja tuoda esiin käsitteitä tutkittavasta ilmiöstä.

Jotta lukija voi arvioida tutkimuksen vahvistettavuutta, tutkijan on annettava tarpeeksi tietoa ympäristöstä ja tutkimukseen osallistujista. Myös tehdyt ratkaisut ja päätelmät tulee olla esitettynä seikkaperäisesti, jotta lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan toimintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Esimerkiksi piirtämieni havainnollistavien taulukoiden ja kaavioiden ja yksityiskohtaisen selostuksen avulla pyrin selventämään lukijoille ajatuksenkulkuani tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa.

Vertailutieto aiempiin vastaavanlaisiin tutkimuksiin osoitti, että tutkimuksessani esitetyt johtopäätökset ovat siirrettävissä ja saavat tukea toisesta vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 138). Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä oli resursseihin nähden sopiva, sillä tein opinnäytetyöni yksin. Kyselylomakkeen kysymysten asetteluun sain ohjausta opettajaltani. Käytin opinnäytetyöni lähteinä pääosin tuoreita 2000-luvulta lähtien painettuja lähteitä sekä kotimaisten lähteiden lisäksi myös englanninkielisiä.

Jälkeenpäin ajateltuna kyselylomakkeessa olisi voinut olla kyselyyn osallistuvien taustatietoja kuvaavia kysymyksiä, kuten ammattinimike ja kertynyt työkokemus vuosina. Terveystietojen ammattinimike oli sinänsä minulla tiedossa, mutta sallin myöhemmin myös sairaanhoitajien vastata kyselyyni, joten oli vaarana, etten olisi tiennyt, oliko osallistuja terveyden- vai sairaanhoitaja. Lopulta kuitenkin nimellä varustetuista sähköpostiviesteistä ilmeni, että sain kaikki vastaukset terveydenhoitajien vastaamina. Lisäksi kyselylomakkeen kysymykset 1., 6. ja 7. eivät osoittaneet vastaushalukkuutta kaikissa osallistujissa, eli tutkijana koen, että kysymykset eivät täysin onnistuneet tutkimuksen kannalta. Lisäksi kysymykseen 5. sain pääosin vastauksia elintapatestien käytöstä, jolloin sain vähän tietoa motivoivan haastattelun hyödyntämisestä käytännön työssä. Siitä huolimatta sain kokemuksesta tietoa kyseisistä teemoista vastaamaan tutkimustehtäviin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen uskottavuus ja eettisyys ovat verrattavissa keskenään ja ovat yhteydessä toisiinsa. Noudatin opinnäytetyöprosessissa hyvän tieteellisen käytännön toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta, luottamuksellisuutta ja vahingon aiheuttamisen välttämistä. Tutkimusaiheen valinta on itsessään eettinen kysymys

tutkimustyössä. Aiheen eettiseen pohdintaan tulee selkeyttää tiedot, joiden mukaan tutkimusaihe on valittu ja miksi tutkimukseen on alunperin ryhdytty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129, 131, 132.) Tutkimukseni tarkoitus ja näkökulma olivat alusta saakka selkeitä. Oma kiinnostukseni aiheeseen sekä opinnäytetyöstä saatava hyöty tulevaa terveydenhoitajan työtäni varten vaikuttivat aiheen valintaan.

Tutkimustoiminnassani korostin osallistujan vapaaehtoisuutta. Saatekirjeessä kerroin kaikille kyselylomakkeeseen vastaaville terveydenhoitajille tutkimuksen tarkoituksen ja kenen käyttöön tutkimuksesta saatavaa tietoa annetaan sekä faktan, että kyselylomakkeeseen vastaavien terveydenhoitajien anonymiteetti tulee säilymään. Säilytin aineistomateriaalia huolellisesti omassa siihen tarkoitettussa tiedostossaan ja hävitin sekä sähköisen että paperisen aineiston asianmukaisesti heti opinnäytteen valmistuttua. (Kylmä & Juvakka 2007, 141, 149.) Saadessani aineistomateriaalia sähköpostiini tutkimukseen osallistujien nimet ja usein myös ammattinimike tuli tietooni. Tällöin kopioin vastaustekstin aineistoa sisältävään omaan tiedostoon, poistin saapuneen sähköpostiviestin sekä tuhosin sen välittömästi roskakorista, jolloin henkilötiedot olivat tutkijan tiedossa mahdollisimman vähän aikaa.

7.3 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön toteuttaminen oli kokonaisuudessaan työläs, mutta opettavainen prosessi. Prosessin kahden vuoden kesto myös kertoo raskaasta opinnäytetyön valmistumisesta ja tutkijan motivaation uudelleenhakemisesta. Mielestäni osasin valita opinnäytetyölleni tarkoituksenmukaisen aiheen. Tutkimusaihe kiinnosti minua alusta lähtien ja tiedän sen olevan hyödyllinen tulevan terveydenhoitajan ammattini puolesta, erityisesti jos aion terveydenhoitajaksi terveystieteiden elämäntapaohjauksen pariin tai diabeteshoitajaksi. Joka tapauksessa elämäntapaohjaus tulee vastaan missä tahansa terveydenhoitajan työssä asiakkaan eri elämän vaiheissa.

Tämän tutkimuksen myötä kasvatin ammatillisuuttani tulevana terveydenhoitajana sekä sain kerättyä aiheesta tietoa sekä itselleni että muille terveydenhoitoalan opiskelijoille ja ammattilaisille. Lisäksi sain tavoitteiden mukaisesti kokemusta laadullisen tutkimuksen toteuttamisesta. Opin suunnitelmallisuutta ja keskeneräisyyden sietämistä opinnäytetyöprosessin aikana. Omasta aiheesta kirjoittamiseenalani asiantuntijana sain

varmuutta entisestään ja tiedonhakutaitoni kehittyivät. Yhteistyötaidot eri yhteistyötahojen kanssa, kuten tutkimusluvan selvittelyssä ja hakemisessa harjaantuivat tutkimustyön kannalta.

Työskentelyssäni pyrin työskentelemään tavoitteisesti asetetun aikataulun ja resurssien puitteissa, mutta aikataulussa pysyminen oli minulle hankalinta koko prosessissa. Kynnys kirjoittamisen aloittamiseen oli jatkuvasti minulle liian suuri, vaikka asenteeni opinnäytetyötä kohtaan pysyi neutraalina ajatellessani sen olevan koulutehtävä muiden joukossa. Prosessin aikana oivalsin, kuinka tärkeää toiminnan suunnittelu onkaan – se on kaiken A ja O. Jos olisin voinut tehdä opinnäytetyöprosessissani jotain toisin, olisin päivittänyt tutkimuspäiväkirjaa tiheämmin, jolloin tutkimusprosessin kirjoittaminen raporttiosioon olisi voinut olla helpompaa.

Opinnäytetyöni tavoitteina olivat elämäntapaohjauksessa toimivien terveydenhoitajien toiminnan kehittäminen kehittämistarpeiden ja -haasteiden tunnistamisen sekä nykykäytäntöjen arvioimisen myötä. Tulen lähettämään opinnäytetyöni Oulun kaupungin terveydenasemien esimiehille, jotka toimittavat tutkimuksen käytännöntyötä tekevien terveydenhoitajien luettavaksi ja hyödynnettäväksi. Opinnäytetyöni tuotti jokseenkin uutta tietoa ja kokemusperäinen tieto muuttuu jatkuvasti, joten sitä on aina mahdollista tutkia lisää.

7.4 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Jatkotutkimusmahdollisuuksiksi esitän pienen oppaan tai taulun kehittämisen projektiluonteisesti terveydenhoitajien käyttöön transteoreettisesta muutosprosessimallista, sen eri vaiheiden ominaispiirteistä, ohjauksessa käytettävistä kysymyksistä ja asiakkaan motivointia lisäävistä menetelmistä. Lisäksi mielestäni mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi selvittää laadullisen tutkimuksen keinoin terveydenhoitajien käytössä olevia motivoinnin keinoja sekä spesifisiä tiedontarpeita eri elämäntapoihin liittyen.

Myös asiakaslähtöisiä motivaatiotekijöitä pysyvän muutoksen saamiseksi sekä tutkimustuloksissa esille tulleen, nykypäivänä yleistyneen karppiruokavalion vaikutuksia hyvinvointiin voitaisiin tutkia. Lisäksi ehdotan yhtenä uutena

tutkimusaiheena asiakkaiden kokemusten tarkastelua voimavarakeskeisyydestä ja sen merkityksestä elämän eri alueilla. Elämäntapaohjaukseen liittyvä koulutuspäivä sairaan- ja terveydenhoitajille voisi myös olla aihe tuleville opinnäytetöille.

LÄHTEET

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita.

Ikola, M., Mustafa, D. & Mäkyne, H. 2011. Elämäntapamuutosta ehkäisevät ja edistävät tekijät lihavilla II-DM riskiryhmään kuuluvilla. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kangas, T. & Virkamäki, A. 2011. Insuliini ja sen tehtävät. Terveyskirjasto. Hakupäivä 21.5.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01202.

Kannas, L., Eskola, K., Räsänen, P. & Mustajoki, P. 2005. Virtaa – uuden sukupolven terveystieto. Keuruu: Atena.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laliberte, R. 2011. Diabetes kuriin. Kaikki mitä on tiedettävä diabeteksestä. Suom. T. Hartikainen. Helsinki: Valitut palat.

Mustajoki, P. 2012. Metabolinen oireyhtymä. Terveyskirjasto. Hakupäivä 2.8.2012, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045.

Nutricia Baby Oy. 2013. Lautasmalli ja ruokaympyrä. Hakupäivä 5.9.2012, http://www.nutriciababy.fi/ruokatietoa/fi_FI/lautasmalli/ & http://www.nutriciababy.fi/ruokatietoa/fi_FI/ruokaympyra/.

Packalén, L. 2010. Rasva, sokeri ja kilot kuriin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Terveydenhoitaja 9 (10), 40-41.

- Peltonen, M. 2008. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy väestötasolla. Kansanterveyslaitos. Hakupäivä 25.3.2013, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0c0b85f4-5914-4764-bb49-65add7643a12>.
- Prochaska, J., Norcross, J. & Diclemente, C. 2006. Changing for Good – A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: HarperCollins Publishers.
- Saaristo, T. 2012. Terveystenhoitajilla tärkeä rooli tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Terveystenhoitaja 6 (12), 6-7.
- Saraheimo, M. 2011. Tyypin 2 diabetes. Terveystkirjasto. Hakupäivä 21.5.2011, http://www.terveystkirjasto.fi/terveystkirjasto/tk.koti?p_teos=dia&p_artikkeli=dia02049.
- Saraheimo, M. & Sane, T. 2011. Diabetes lisääntyy. Terveystkirjasto. Hakupäivä 21.5.2011, http://www.terveystkirjasto.fi/terveystkirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00103.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2001. Tupakka ja sokeritauti vaarallinen yhdistelmä. Hakupäivä 6.9.2012, http://www.terveystkirjasto.fi/terveystkirjasto/tk.koti?p_artikkeli=uut02048&p_teos=uut&p_osio=109&p_selaus=
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Motivoiva keskustelu (verkkokurssi). Hakupäivä 2.8.2012, http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=70048&p_sivu=67266.
- Suomen Diabetesliitto ry. 2004. Dehko - Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma. Hakupäivä 17.5.2011, http://www.diabetes.fi/files/282/Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelma_2003_2010_toimenpideohjelmakirja_pdf_1_4_Mt.pdf.

Suomen Diabetesliitto ry. 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus. Hakupäivä 5.9.2012, <http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>.

Tillonen, J. & Niemi-Turkama, K. (toim. Alko Oy) 2001. Alkoholinkäytön vaikutukset elimistöön ja terveyteen. Hakupäivä 6.9.2012, [http://www.alko.fi/fi/5FE6D65166FDCB64C22572B30048EF9E/\\$file/Alkoholin_vaikutukset_elimistoon_ja_terveyteen.pdf](http://www.alko.fi/fi/5FE6D65166FDCB64C22572B30048EF9E/$file/Alkoholin_vaikutukset_elimistoon_ja_terveyteen.pdf).

Tohtori Tolonen. 2010. Itsehoidon artikkeli - Insuliiniresistenssi. Hakupäivä 21.5.2011, <http://www.tritolonen.fi/index.php?page=articles&id=65>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turku, Riikka. 2007. Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita.

WHO. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO technical report series 916. Hakupäivä 5.5.2011, http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf.

LIITE 1.

Teemoitettu kyselylomake terveystieteissä työskenteleville terveydenhoitajille.

Hyvä terveydenhoitaja,

Oletko työssäsi kohdannut tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvia asiakkaita? Tyypin 2 diabetes ja sen lisääntyminen on osoittautunut merkittäväksi kansanterveyden ongelmaksi ja se on jopa 90 prosenttisesti ehkäistävissä terveellisten elintapojen avulla (lähde: World Health Organization 2003). On selvää, että yksilön oma motivaatio vaikuttaa olennaisesti muutoksessa onnistumiseen, mutta myös terveydenhoitajalla on tärkeä rooli elämäntapaohjauksen toteuttajana.

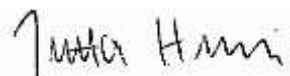
Olen viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelija. Tämä kysely liittyy opinnäytetyöni aineiston keräämiseen ja tarkoitukseni on tutkia terveydenhoitajien *kokemuksia* elämäntapaohjauksesta ja näkemyksiä omista *valmiuksistaan* antaa yksilöohjausta tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville asiakkaille elämäntapoihin liittyen.

Vastaukset tulevat ainoastaan minun käyttöni eikä osallistujien henkilöllisyys ole tunnistettavissa. Tutkimustyön alla tulen säilyttämään aineiston turvallisesti ja hävittämään materiaalit asianmukaisesti, kun en niitä enää tarvitse.

Korostan, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, mutta olisin kiitollinen vastauksistasi – jos ei jokaiseen kysymykseen, niin ainakin joihinkin! Voit vastata nimettömänä ja omin sanoin numeroituihin kysymyksiin sähköpostiini **18.1.2013** mennessä.

Lämmin kiitos vaivannäöstäsi!

Ystävällisin terveisin,



Jutta Huotari
Terveydenhoitotyön opiskelija
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

1. Mitä ymmärrät elämäntapaohjauksella? Kerro esimerkkejä.

2. Miten arvioisit omia *valmiuksiasi* antaa elämäntapaohjausta?

Tiedot

Taidot/kyvyt

Asenteet

3. Mitkä **kolme** asiaa koet tärkeimmiksi elämäntapaohjauksen onnistumisen kannalta?

4. Millaista on antamasi elämäntapaohjaus (esim. voimavarakeskeistä, motivoivaa) ja sen sisältämä vuorovaikutus asiakkaan kanssa? Tarkastele ja pohdi asiaa esimerkin kautta.

5. Arvioi *elintapatestien* käyttöä ja motivoivan keskustelun mallia elämäntapaohjauksessasi.

6. Arvioi, miten asiakkaan *muutosvalmiuden huomioiminen* toteutuu ohjauksessasi transteoreettisen muutosmallin mukaan? (esiharkinta – harkinta – valmistautuminen – toiminta – ylläpito – päätösvaihe)

7. Millaisia erityispiirteitä muutosvaihemallin huomioiminen tuo ohjaukseen? (esim. asiakkaan tuen tarve, ohjaukskeinot, kysymysten valinta ohjauksessa)

8. Millaisia *kehittämishaasteita* elämäntapaohjaukseen liittyy? (toisin sanoen mistä aiheesta kaipaat lisätietoa/koulutusta?)

9. Millaiseksi koet tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn käytännön työn ja yhteiskuntamme kannalta? Perustele vastauksesi.

10. Mitä muuta haluaisit kertoa aiheeseen liittyen?

Suurkiitokset vielä kerran ja kaikkea hyvää Sinulle!

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

● 1. Ikä

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

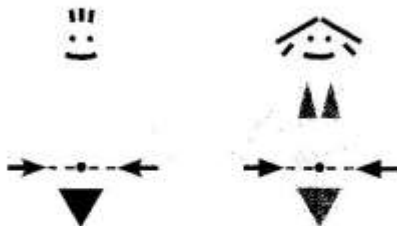
● 2. Painoindeksi

(Laske oma painoindeksisi.
Laskuohje seuraavalla sivulla)

Alle 25 kg/m ²	(0 p.)
25–30 kg/m ²	(1 p.)
Yli 30 kg/m ²	(3 p.)

● 3. Vyötärön ympärys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

MIEHET	NAISET	
Alle 94 cm	Alle 80 cm	(0 p.)
94–102 cm	80–88 cm	(3 p.)
Yli 102 cm	Yli 88 cm	(4 p.)



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

Kyllä	(0 p.)
Ei	(2 p.)

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

Päivittäin	(0 p.)
Harvemmin kuin joka päivä	(1 p.)

● 6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?

En	(0 p.)
Kyllä	(2 p.)

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

Ei	(0 p.)
Kyllä	(5 p.)

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

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

Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

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