

Jenni Lähteenmäki ja Laura Mäenpää

**Tyypin 2 diabeetikoille suunnattujen kirjallisten
potilasohjeiden sisältö ja opetuksellisuus**

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Jenni Lähteenmäki ja Laura Mäenpää

Työn nimi: Tyypin 2 diabeetikoille suunnattujen kirjallisten potilasohjeiden sisältö ja opetuksellisuus

Ohjaajat: Hilikka Majasaari, THM, lehtori
Katri Mäki-Kala, THM, lehtori

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 27

Liitteiden lukumäärä: 1

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabetespotilaille suunnattujen kirjallisten ohjeiden sisältöä ja opetuksellisuutta. Tavoitteena oli tuottaa kirjallisista potilasohjeista tietoa, jota hoitohenkilökunta voi käyttää kehittäessään diabetespotilaiden ohjausta.

Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli: Millaista on tyypin 2 diabeetikoille suunnattujen kirjallisten ohjeiden sisältö? ja Millaista on tyypin 2 diabeetikoille suunnattujen kirjallisten ohjeiden opetuksellisuus?

Opinnäytetyössä kuvattiin neljän diabetespotilaille suunnatun kirjallisen ohjeen sisältöä ja opetuksellisuutta. Aineisto hankittiin konservatiivisilta vuodeosastoilta. Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä.

Kirjallisten potilasohjeiden sisältö oli potilaan fyysistä ja sosiaalista selviytymistä tukevaa. Kirjallisten potilasohjeiden opetuksellisuus oli kontrolloivaa, ymmärrystä tukevaa ja oma-aloitteisuutta tukevaa.

Opinnäytetyössä havaittiin puutteita kirjallisten ohjeiden sisällössä ja opetuksellisuudessa. Jatkossa diabetespotilaan ohjausta voisi tutkia potilaan näkökulmasta. Kirjallisia ohjeita ja diabetespotilaan suullista ohjausta voisi kehittää opinnäytetyön tulosten perusteella enemmän potilaan tarpeita vastaavaksi.

Avainsanat: Kirjalliset potilasohjeet, tyypin 2 diabetes, potilasohjeiden sisältö, potilasohjeiden opetuksellisuus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of health care
Nursing
Registered Nurse

Authors: Jenni Lähteenmäki and Laura Mäenpää

Title of thesis: Content and instructiveness of written patient instructions

Supervisors: Hilikka Majasaari, MNSc, lecturer
Katri Mäki-Kala, MNSc, lecturer

Year: 2011 Number of pages: 27 Number of appendices: 1

The number of people with type 2 diabetes is increasing. Patients diagnosed with type 2 diabetes spend less time in hospital and they have to take responsibility for their own care. Therefore it is important to instruct them properly. Written patient instructions are also needed.

The purpose of this thesis is to describe content and instructiveness of written patient instructions. Instructions are used in education of diabetic patients. The aim is to compile information about written patient instructions. Content and instructiveness of four written patient instructions were described. Instructions were analyzed by using quantitative content analysis. Analytic framework was used.

It was found that content of written instructions supported the patients' physical and social health. Instructiveness of written instructions was based on control, cognition and activation.

Content and instructiveness were inadequate. Education of diabetic patients should be studied from patients' point of view. This study could offer new information for patient education in internal disease wards.

This thesis can also be used for producing new patient instructions.

Keywords: written patient instructions, type 2 diabetes, content of patient instructions, instructiveness of patient instructions

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	5
2 TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN POTILAAN OMAHOIDON TUKEMINEN KIRJALLISILLA POTILASOHJEILLA	6
2.1 Tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan omahoito.....	6
2.2 Potilaan ohjaus	7
2.3 Kirjalliset potilasohjeet.....	8
2.3.1 Kirjallisten ohjeiden sisältö.....	8
2.3.2 Kirjallisten ohjeiden opetuksellisuus.....	9
3 TAVOITE JA TARKOITUS	12
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	13
5 TULOKSET	15
5.1 Kirjallisten potilasohjeiden sisältö.....	15
5.2 Kirjallisten potilasohjeiden opetuksellisuus	20
6 POHDINTA	22
6.1 Tulosten tarkastelu.....	22
6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	24
6.3 Suositukset hoitotyön käytäntöön ja jatkotutkimushaasteet	25
LÄHTEET	26
LIITTEET	28

1 JOHDANTO

Suomessa on noin 500 000 diabeetikkoa ja diabetes on edelleen kasvava kansanterveysongelma. Noin 75 prosenttia diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta. Jopa 15 prosenttia terveydenhuollon menoista kuluu diabeteksen hoitoon. (Groop 2009, 2.)

Potilaan tiedonsaantioikeuksia määritellään Suomen laissa. Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. (L 17.08.1992/785.) Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi ohjaus on entistä tärkeämpää, jotta potilas pärjää sairautensa kanssa kotona. Suullinen ohjaus ei tavallisesti riitä vaan tueksi tarvitaan kirjoitettuja ohjeita. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 24–25.)

Kirjallista ohjausmateriaalia on tutkittu vähän. Suomessa tehdyissä kirjallisen ohjausmateriaalin tutkimuksissa havaittiin puutteita erityisesti kirjallisen materiaalin sisällössä ja opetuksellisuudessa. Sen sijaan ulkoasu, kieli ja rakenne olivat pääosin hyviä. (Salanterä ym. 2005, 221–224; Laiho ym. 2008, 87–88.)

Tämän opinnäytetyön aihealueena on tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan kirjallisten ohjeiden sisällön ja opetuksellisuuden kuvaaminen Seinäjoen keskussairaalan konservatiivisilla vuodeosastoilla. Konservatiivisilla vuodeosastoilla jaetaan runsaasti kirjallisia ohjeita diabetespotilaille.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisista potilasohjeista tietoa, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää kehittäessään diabetespotilaan ohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Seinäjoen keskussairaalan konservatiivisten vuodeosastojen tyypin 2 diabetespotilaille suunnattujen kirjallisten ohjeiden sisältöä ja opetuksellisuutta.

2 TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN POTILAAN OMAHOIDON TUKEMINEN KIRJALLISILLA POTILASOHJEILLA

2.1 Tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan omahoito

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille yhteistä on energia-aineenvaihdunnan häiriöstä johtuva verensokeriarvojen nousu. Diabetes jaetaan kahteen eri päämuotoon: tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen. (Saraheimo 2009, 9.)

Tyypin 2 diabetekseen sairastumisen taustalla ovat perimä ja elintavat. Se kehittyy vähitellen ja vähin oirein usein osana metabolista oireyhtymää. Tyypin 2 diabetes todetaan usein muita sairauksia tutkittaessa tai terveystarkastuksessa. Tyypin 2 diabetes voi olla täysin oireeton tai vähäoireinen. Kohonnut verensokeri voi aiheuttaa väsymystä, janoa ja lisääntynyttä virtsaamisen tarvetta. Myös herkkyys sairastua tulehdustauteihin lisääntyy. Sairastuminen ei liity tiukasti ikään, mutta yleisimmin tyypin 2 diabetes puhkeaa aikuisilla. Ikääntyvillä diabetes todetaan usein muiden sairauksien yhteydessä. (Heinonen ym. 2009, 10–11.)

Käypä hoito -suosituksessa on määritelty diabeteksen hoidon yleisiksi tavoitteiksi komplikaatioiden ehkäisy, potilaan oireettomuus ja hyvä elämän laatu (Groop 2009, 7–8). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman Kanerva–KASTE-hanke sekä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma Dehko D2 -hanke tavoittelevat diabeteksen hoidon kehittämistä (Kanerva–KASTE, [23.4.2010]; Etu-Seppälä ym. 2004). On myös tutkittu, että diabetespotilaiden hoidonohjaus parantaa potilaiden itsehoitotaitoja ja sairauden tasapainoa (Gallegos, Ovalle-Berúmen & Gomez-Meza 2006, 350).

Omahoito on ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa, mutta potilaan itsensä toteuttamaan ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa hoitoa (Routasalo & Pitkälä 2009, 5). Omahoito korostaa ihmisen autonomiaa sekä oikeutta tehdä elämäntapojaan ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Omahoito vaatii vastuunottamista omasta hoidosta ja elintavoista ja uskoa omiin voimavaroihin ja

pystyvyyteen. Lisäksi omahoitoon kuuluu tietoisuus hoitokeinoista ja tavoitteista. (Routasalo, Mäntyranta, Airaksinen & Pitkälä 2009, 2351–2357.)

2.2 Potilaan ohjaus

Sairastuessaan potilas ja hänen läheisensä kokevat usein epävarmuutta, avuttomuutta tai turvattomuutta. Tilanteesta on helpompi selvitä, kun potilas saa riittävästi ymmärrettävää tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja hoidosta. Tiedon saaminen myös rohkaisee potilasta osallistumaan omahoitoonsa ja päätöksentekoon. Potilaan tieto, taito ja motivaatio omahoitoon estävät sairauden pahenemista ja siten parantavat potilaan elämänlaatua sekä vähentävät sairaalassa käyntejä. Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi ohjaus on nykyään entistä tärkeämpää, jotta potilas pärjää sairautensa kanssa kotona. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 23–24.)

Potilaan ohjaus pyrkii edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on vuorovaikutteista, suunnitelmallista ja tasa-arvoista. Potilas on aktiivinen pulman ratkaisija ja hoitaja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Ellei potilas itse kykene ratkaisemaan ongelmaa, hoitaja antaa tietoa ja tukee potilasta päätöksenteossa. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Potilas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjauksessa tulee huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

Hyvä ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta. Se parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 27.) Hyvään ohjaukseen kuuluu myös empatian ilmaiseminen, väittelyn välttäminen ja vastarinnan myötäily. Motivoivassa ohjauksessa hoitaja luo ristiriidan potilaan nykytilan ja tavoitteen välille. (Kyngäs ym. 2007, 47–49.) Ohjauksessa tulisi käyttää useita eri ohjausmenetelmiä, sillä potilaiden oppimistyylit vaihtelevat. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Suomen laki määrittelee potilaan tiedonsaantioikeuksia:

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (L 17.08.1992/785.)

2.3 Kirjalliset potilasohjeet

2.3.1 Kirjallisten ohjeiden sisältö

Kirjallisten ohjeiden sisällön tulisi tukea potilaan tiedollista, toiminnallista, bio-fysiologista, ekonomista, sosiaalisyhteisöllistä, kokemuksellista ja eettistä selviytymistä. Tiedollisella alueella potilaat toivovat lisää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tietoa tarvitaan ammatti-ihmisiltä ja esimerkiksi potilasyhdistyksiltä. Tiedon lisäämisellä pyritään myös toisten ihmisten ja yhteiskunnan ymmärryksen lisääntymiseen sairaita kohtaa. Myös läheisille halutaan tietoa. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 102–103.)

Toiminnallista selviytymistä tukee tieto kuntoutusmahdollisuuksista, apuvälineistä ja asiointiavusta. Bio-fysiologisella alueella potilaat kaipaavat tietoa hoidon jatkuvuudesta ja seurannasta sekä lääkärikäynneistä. Ekonomiseen selviytymiseen potilaat tarvitsevat tietoa taloudellisesta tuesta. Taloudellista tukea tarvitaan hoidosta aiheutuviin kuluihin kuten lääkkeisiin, sekä sairaudesta aiheutuviin toiminnallisiin ongelmiin, esimerkiksi asiointiin. (Leino-Kilpi ym. 1999, 101–102, 108.)

Sosiaalisyhteisöllisen tuen alueella potilaat korostavat kotiavun tarvetta. Siivous-, ruuanlaitto- ja asiointiapu ovat pitkäaikaissairaalle usein välttämättömiä, mutta osalla niiden käyttö perustuu haluun säästää läheisiä. Sosiaalisyhteisöllisyyteen kuuluu myös hyvä lääkäri- ja ammattilaissuhde, mahdollisuus samaa sairautta

sairastavien vertaistukeen ja yhdistysten tuki sosiaalisten kontaktien hankkimiseen. (Leino-Kilpi ym. 1999, 104–107.)

Kirjallisen ohjeen tulisi auttaa potilasta sisäisesti hallitsemaan terveysongelmaansa. Kokemuksellisella alueella potilaat kaipaavat tukea hyödyntääkseen aikaisempia positiivisia kokemuksiaan terveysongelmistaan. Myös tieto vertaistuen mahdollisuudesta lisää kokemuksellista selviytymistä. Eettiseen selviytymiseen potilaat kaipaavat kokemuksia siitä, että heitä arvostetaan ja kunnioitetaan yksilöinä. (Leino-Kilpi ym. 1999, 107–108.)

Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa potilasohjeiden on todettu olevan sisällöltään pääasiassa potilaan tiedollista selviytymistä tukevia. Salanterän ym. tutkimusaineistosta 74 % sisälsi tiedollista selviytymistä tukevaa aineistoa, toiminnallista selviytymistä käsiteltiin 39 %:ssa ja bio-fysiologista selviytymistä 20%:ssa aineistosta kun taas eettistä, taloudellista, kokemuksellista ja sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä käsiteltiin alle 10 %:ssa ohjeista (Salanterä ym. 2005, 223–224). Myös Laihon ym. tutkimuksessa havaittiin kirjallisten ohjeiden olevan sisällöltään hyvin puutteellisia potilaan selviytymistä tukevilla alueilla, tiedollista aluetta lukuun ottamatta (Laiho ym. 2008, 87–88).

2.3.2 Kirjallisten ohjeiden opetuksellisuus

Oppiminen voidaan ymmärtää monin eri tavoin, joten siihen liittyviä teorioita on useita. Behavioristinen oppimiskäsitys on kiinnostunut oppimisesta ulkoisen käytöksen muutoksena, jota voidaan vahvistaa palkkioin ja rangaistuksin. Opetusoppimisprosessin keskeiset elementit ovat ärsyke ja reaktio. Oikean opetusmenetelmän valinta, tavoitteellisuus, sekä selkeys ja yksinkertaisuus ovat behaviorismin pääpiirteitä. Heikkoutena on oppijan passiivisuus. (Uusikylä & Atjonen 2005, 142–143.)

Behavioristisen oppimisajattelun mukaan käyttäytymistavoitteet ovat rationaalisen perusvireen hallitsemia: asetetaan tavoitteet tarkasti ennakolta, suunnitellaan

opetusjärjestelyt, toteutetaan opetus ja arvioidaan tuloksia. (Uusikylä & Atjonen 2005, 78.) Tavoitteiden asettamisen perustarkoitukset voidaan tiivistää kolmeen seikkaan: ne ohjaavat opetuksen suunnittelua ja toteutusta, luovat opetuksen ja tulosten arvioinnin perustan ja ohjaavat oppijan ponnisteluja (Uusikylä & Atjonen 2005, 72).

Kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen koostuu kokonaisuudesta, johon kuuluu havaitsemisen, muistamisen, ajattelemisen ja päätöksenteko. Oppija on aktiivinen ja tavoitteellinen informaation vastaanottaja, käsittelijä, tuottaja ja tulkitsija eli tiedon prosessointi on tulosta merkittävämpää. Perusajatuksena on, että oppija oppii uutta kun hän liittyy uuden tiedon aiemmin opittuun. (Uusikylä & Atjonen 2005, 143–145.) Aikuisilla on jo elämäkokemusta ja aiempaa tietoa, joka toimii pohjana oppimiselle. Aikuisten oppiminen edellyttääkin aiemmin opitun kriittistä arviointia. Omien tunteiden, ajatusten, asenteiden, toimintatapojen ja rutiinien kyseenalaistaminen voi merkitä minäkuvan romuttumista ja siksi oppiminen voi olla aikuiselle raskasta. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2009, 17.)

Konstruktivisessa oppimiskäsityksessä oppiminen liittyy aina johonkin toimintaan. Yksilö oppii toiminnan kautta, hän valikoi ja tulkitsee aktiivisesti tietoa toimintaa varten. Konstruktivismissa tieto ei koskaan voi olla tietäjästäan riippumatonta, vaan se on yksilön ja yhteisön rakentamaa. Oppiminen ei ole passiivista vastaanottamista, vaan uutta tietoa tulkitaan entisten tietojen ja kokemusten pohjalta. (Uusikylä & Atjonen 2005, 145–147.)

Ihmiset oppivat parhaiten, kun he voivat hankkia tietoa itselleen parhaiten sopivalla oppimistyyllillä. Tiedon vastaanotto voi tapahtua visuaalisesti, auditiivisesti, taktiilisesti tai kinesteettisesti. Nämä oppimistyyliä esiintyvät harvoin yksistään, mutta jokin tyyli saattaa olla hallitsevampi kuin toinen. Visuaalinen oppija käyttää mielellään silmiään ja oppii parhaiten katsomalla. Hän hyötyy kirjallisista ohjeista eniten, sillä hän hahmottaa tekstin, kuvat ja kaaviot parhaiten katsomalla. Auditiivinen oppija oppii parhaiten kuulemalla eikä niinkään välitä kuvista ja kaavioista. Taktiilisen oppimistyylin omaava kiinnittää huomiota ilmeisiin,

eleisiin, äänenpainoon ja tunnelmaan. Hän oppii parhaiten, kun hän samalla tekee käsillään. Kinesteettinen oppija kaipaa toimintaa koko keholleen ja oppii parhaiten tekemällä ja kokeilemalla. (Laine ym. 2009, 18–22.) On arvioitu, että potilaat muistavat vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat, 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät ja jopa 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä (Kyngäs ym. 2007, 73).

Suullisessa ohjaustilanteessa tietoa annetaan potilaalle yleensä niin paljon, että sitä on hetkessä vaikea sisäistää. Kirjallinen potilasohje jää kuitenkin potilaalle itselle ja toimii ikään kuin muistilistana. (Torkkola ym. 2002, 25.) Kirjalliset potilasohjeet auttavat myös hoitajaa yksilöllisen suullisen ohjauksen antamisessa, kun potilasohje toimii ohjauksen runkona (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66).

Kirjalliset potilasohjeet voivat olla lyhyitä sivun mittaisia ohjeita, lehtisiä, useampisivuisia pieniä kirjasia tai oppaita (Kyngäs ym. 2007, 124). Ohjeissa asiat ilmaistaan lyhyen ytimekkäästi, jopa luettelomaisesti, jotta tärkeät asiat saadaan esiin (Torkkola ym. 2002, 25). Hyvässä kirjallisessa ohjeessa kerrotaan kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Konkreettisin kuvauksin ja esimerkein voidaan kuvata, miten asiakkaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi ja miten hoidon onnistumista voidaan seurata. Ohjeissa tulee olla myös tieto, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 126)

Potilasohjeiden käyttö on tullut erityisen tarpeelliseksi tilanteissa, joissa suullinen ohjausaika on vähentynyt sairaalassaoloaikojen lyhetessä. Kirjallisten ohjeiden tulisi vastata yksilöllisesti potilaiden tiedon tarvetta. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

3 TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisista potilasohjeista tietoa, jota konservatiivisten vuodeosastojen henkilökunta voi käyttää kehittäessään diabetespotilaiden ohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Seinäjoen keskussairaalan konservatiivisten vuodeosastojen tyyppin 2 diabetespotilaille suunnattujen kirjallisten ohjeiden sisältöä ja opetuksellisuutta.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Millaista on tyyppin 2 diabeetikoille suunnattujen kirjallisten ohjeiden sisältö?
2. Millaista on tyyppin 2 diabeetikoille suunnattujen kirjallisten ohjeiden opetuksellisuus?

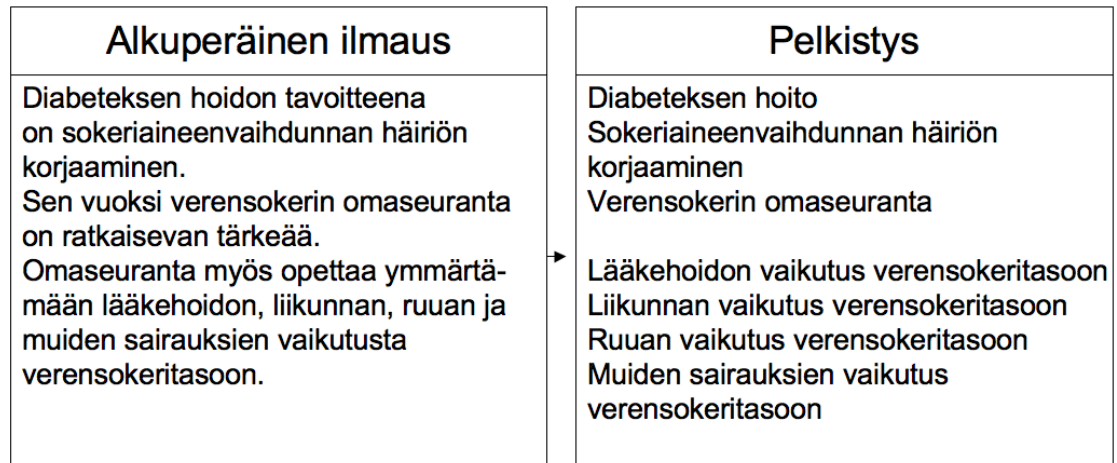
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisella tutkimuksella pientäkin aineistoa on mahdollista tarkastella laajemmin ja syvemmin. Myös aikaisemman tiedon vähäisyys puoltaa laadullisen tutkimuksen tekemistä. Laadullisella menetelmällä voidaan löytää myös uusia näkökulmia tutkittuun ilmiöön. (Kylmä & Juvakka 2007, 27–30.)

Lupa opinnäytetyön toteuttamiseen saatiin keskussairaalan hallintoylihoitajalta 27.1.2011. Aineisto hankittiin sisätautiosaston osastonhoitajalta. Aineistoksi saatiin neljä kirjallista ohjetta, joita tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden ohjauksessa käytetään kaikilla sisätautien vuodeosastoilla. Ohjeet nimettiin numerokoodin: O1, O2, O3 ja O4. Ohjeet olivat Diabetesliiton (O2) ja lääkeyritysten (O1, O3 ja O4) tuottamia painettuja ohjelehtisiä. O1:ssa oli 54 sivua, O2:ssa 2 sivua, O3:ssa 12 sivua ja O4:ssa 43 sivua. Kaikkien ohjeiden kirjoitettu teksti litteroitiin ja samalla tutustuttiin aineistoon. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 14 sivua rivivälillä 1,5.

Sisällönanalyysissä pyritään luomaan aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 117.) Aineiston pelkistämässä merkitykselliset ilmaisut tiivistetään niin, että niiden olennainen sisältö säilyy. Joskus on syytä käyttää myös samoja sanoja kuin alkuperäisissä ilmaisuissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Analyysi aloitettiin lukemalla aineistoa läpi ja tekemällä ohjeiden marginaaleihin alustavia merkintöjä ohjeiden sisällöstä ja opetuksellisuudesta. Analyysiyksiköiksi valittiin ajatuskokonaisuuksia, lauseita, lauseen osia tai yksittäisiä sanoja. Aineiston pelkistämässä informaatio tiivistettiin ja pilkottiin osiin ja siitä karsittiin tutkimukselle epäolennainen pois. Kuviossa 1 on esimerkki pelkistämisestä.



Kuvio 1. Esimerkki pelkistyksestä sisällön kuvaamisessa

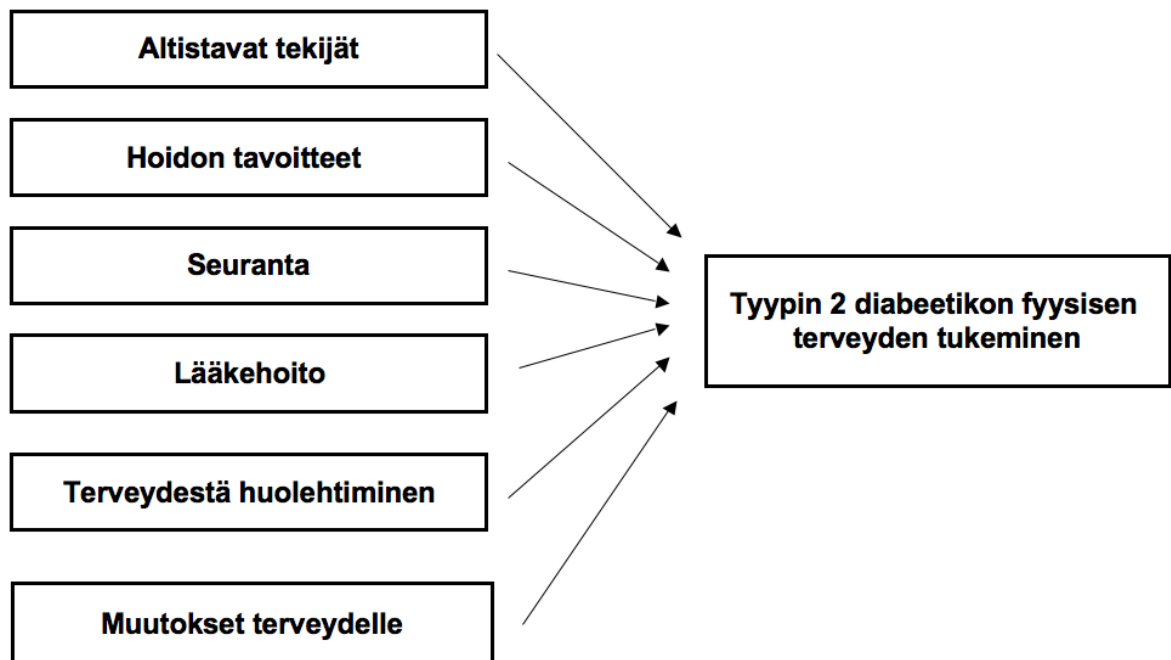
Teoriaohjaavassa analyysissä edetään aineistolähtöisesti, mutta abstrahointivaiheessa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Tutkittavan ilmiön määrittely on vapaata suhteessa teoriaosaan ja jo tiedettyyn tietoon tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.)

Opinnäytetyön aineiston ryhmittelyssä aineisto käytiin läpi tarkasti ja siitä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Alaluokat synnytettiin aineistolähtöisesti, mutta analyysin pääluokkien luomista ohjasi löyhä teoreettinen kehys (Leino-Kilpi ym. 1999). Luokat nimettiin aineistoa kuvaavasti. Nimeämisessä käytettiin apuna synonyymisanakirjaa. Analyysin päättelyprosessista on esimerkki liitteessä 1.

5 TULOKSET

5.1 Kirjallisten potilasohjeiden sisältö

Tyypin 2 diabeetikon fyysisen terveyden tukeminen. Tyypin 2 diabeetikon fyysisen terveyden tukeminen muodostui diabetekselle altistavista tekijöistä, diabeteksen hoidon tavoitteista, diabeteksen seurannasta, lääkehoidosta, terveydestä huolehtimisesta ja diabeteksen aiheuttamista muutoksista. Fyysisen terveyden tukemisen osa-alueet esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2. Tyypin 2 diabeetikon fyysisen terveyden tukeminen

Diabetekselle altistaviin tekijöihin kuuluu elimistössä tapahtuvat muutokset, elintavat ja perimä. Elimistössä tapahtuvat muutokset, kuten insuliinin erityksen vähentyminen tai loppuminen ja insuliinin vaikutuksen heikentyminen vaikuttavat diabeteksen kehittymiseen. ”*Sairauden kehittymiseen vaikuttavat merkittävästi riittämätön insuliinin määrä ja insuliiniresistenssi*” (O4). Aiemmin sairastettu raskausdiabetes altistaa tyypin 2 diabeteksen kehittymiselle.

Elintavoilla voi vaikuttaa diabeteksen kehittymiseen. Ylipaino, vyötärölihavuus, vähäinen liikunta ja tupakointi altistavat diabetekselle. Diabetes on myös vahvasti periytyvä, vaikkei se suoraan siirry sukupolvelta toiselle. Pikemminkin alttius sairastua periytyy. Ohjeissa kerrottiin lapsen todennäköisyydestä sairastua diabetekseen, kun toisella tai molemmilla vanhemmilla on diabetes. ”*Jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes, lapsen todennäköisyys sairastua elämänsä aikana on 40 %*” (O4).

Diabeteksen hoidon tavoitteita ovat hyvinvoinnin lisääminen, elämänlaadun parantaminen, hyvä hoitotasapaino ja lisäsairauksien ehkäisy. ”*Hyvä hoitotasapaino mahdollistaa diabeteksen liitännäissairauksien ehkäisyn*” (O1). ”*Diabeteksen hoidon tavoitteena ovat oireettomuus, elämänlaadun parantaminen ja lisäsairauksien ehkäisy*” (O4).

Diabeteksen seurantaan kuuluu verensokerin seuranta, vastaanottokäynnit, liitännäissairauksien seuranta ja diabeteksen tilastollinen seuranta. Verensokerin seurantaan kuuluu verensokerin omaseuranta, verensokerimittausten määrät, verensokeriarvot ja verensokerin vaihteluiden vaikutukset. Ohjeissa kerrottiin mitä vastaanottokäynneille pitää ottaa mukaan, mitä siellä tehdään ja kuinka usein vastaanottokäynntejä on. ”*Vastaanottokäynneillä arvioidaan yhdessä, miten hoidon tavoitteet ovat toteutuneet ja autetaan sinua saamaan tarpeellisia tietoja ja taitoja. Yleinen seurantaväli on 3–6 kuukautta*” (O4).

Diabeteksen lisäsairauksia seurataan erilaisilla laboratorionkokeilla, silmänpohjien kuvauksella ja jalkojen tarkistuksella. ”*Silmänpohjien kuntoa tulee seurata säännöllisesti silmänpohjien valokuvauksella, jotta mahdolliset muutokset voidaan*

todeta ja hoitaa ajoissa” (O4). Diabeteksen tilastollisessa seurannassa kerrotaan diabeteksen yleisyydestä ja diabeetikoiden määrästä. ”Tyypin 1 diabetes on noin 40 000 suomalaisella. Tyypin 2 diabetes on todettu yli 250 000 suomalaisella. Lisäksi arvioidaan, että lähes sama määrä suomalaisia sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään. Diabetes on yksi nopeimmin yleistyvistä sairauksista Suomessa ja maailmalla” (O4).

Diabeteksen lääkehoito koostuu insuliinihoidosta, suun kautta otettavista diabeteslääkkeistä ja muusta lääkityksestä. Ohjeissa kerrottiin insuliinin annostelusta ja pistämisestä, insuliinin vaikutuksista elimistössä sekä insuliinityypeistä. *”Tyypin 2 diabeetikot ovat erilaisia, ja jokainen tarvitsee juuri hänelle sopivan insuliinihoidon” (O3).*

Ohjeissa esiteltiin diabeteksen hoitoon käytettäviä suun kautta otettavia lääkeaineryhmiä. Metformiini, sulfonyyliureat, glinidit, gliptiinit ja GLP-1-johdokset ovat diabeteksen hoitoon käytettäviä tablettilääkkeitä. Lääkkeiden vaikutusmekanismeista ja mahdollisista haittavaikutuksista kerrottiin. Myös muihin sairauksiin käytettävistä lääkkeistä kerrottiin. Verenpaineen, veren rasva-arvojen ja suurentuneen veren hyytymistaipumuksen lääkehoidosta oli ohjeissa mainintoja. *”Terveellisen ruokavalion ja liikunnan lisäksi monet tyypin 2 diabeetikot tarvitsevat verensokeria alentavia lääkkeitä tai insuliinipistoksia sekä lääkityksen verenpaineen ja veren rasva-arvojen korjaamiseen” (O2).* Myös hypoglykemian hoitoon käytettävästä glukagoni-pistoksesta kerrottiin.

Ohjeissa kerrottiin elämäntapojen, ruuan, painonhallinnan, liikunnan ja tupakoimattomuuden vaikutuksista diabeetikon terveyteen. *”Jos lääkkeetön hoito (sopiva ruoka, liikunta, painonhallinta, tupakoimattomuus) onnistuu, lääkityksen aloittaminen voi siirtyä merkittävästi” (O2).* Elintapojen säätäminen voi vaikuttaa diabeetikon hoidon tavoitteiden saavuttamiseen.

Diabeetikon tulee kiinnittää huomiota aterian kokoon, koostumukseen, lautasmallin käyttöön ja ateriarytmiin. Hiilihydraattimäärien arvioinnista ja hiilihydraattien vaikutuksesta verensokeriin kerrottiin. Ohjeissa kerrottiin diabeetikolle suositeltavia

ruokia ja ruoka-aineita joita tulisi syödä kohtuullisesti. Sydänmerkki auttaa kuluttajaa valitsemaan tuoteryhmässään terveydelle edullisimman tuotteen. Diabetesliiton ruokavaliosuosituksesta diabeetikko voi hakea lisätietoa ruokasuosituksista.

Painonhallinta tehostaa insuliinin vaikutusta elimistössä ja parantaa verensokeritasapainoa. Ylipaino ja vyötärölihavuus lisäävät diabeetikon riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Painonpudotuksen ja vyötärön ympäröityksen tavoitearvoja kerrottiin.

Liikunta lisää lihasten insuliiniherkkyyttä ja vaikuttaa verensokeritasapainoon. Säännöllinen kestävyysliikunta lisää HDL-kolesterolin määrää. Liikunta myös vähentää vatsaonteloon kertynyttä rasvaa. Liikunnan tulisi olla säännöllistä ja päivittäistä. Myös hyötyliikunnasta kerrottiin.

Tupakoinnin lopettaminen kuuluu diabeetikon terveydestä huolehtimiseen. Tupakoinnin lopettamisen tukena voidaan käyttää nikotiinivalmisteita. Tupakointi nopeuttaa sykettä ja nostaa verenpainetta sekä lisää sydäninfarktin, aivohalvauksen, nefropatian ja jalkojen amputaation riskiä. Alkoholien käyttöön diabeetikolla pätevät samat suositukset kuin muillakin.

Myös jalkojen- ja hampaidenhoidosta kerrottiin. Jalkojen hoito on osa diabeteksen itsehoitoa. Jalkojen pesu, rasvaaminen ja kynsien leikkaaminen edesauttavat jalkojen terveyttä. Myös sopivat sukat ja kengät vähentävät jalkaongelmia. *”Käytä kenkiä, jotka ovat sopivan väljät ja kärjistä hieman jalkateriäsi pidemmät. Kengät eivät saa puristaa tai painaa mistään kohtaa”* (O4).

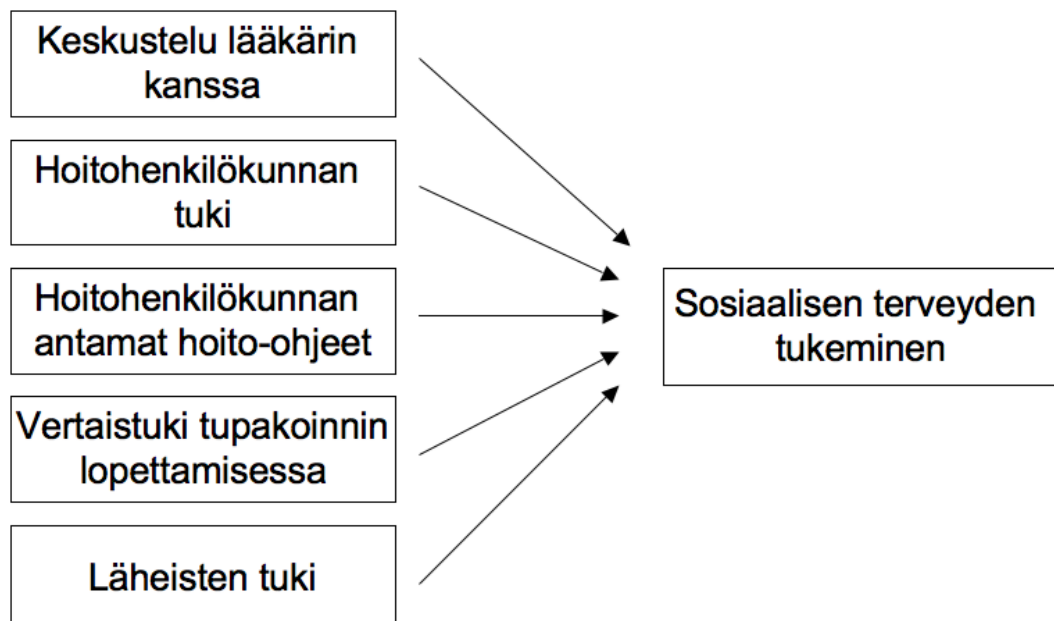
Tyypin 2 diabetes aiheuttaa muutoksia, joita ohjeiden mukaan ovat sydän- ja verisuonisairaudet, munuaismuutokset, verkkokalvomutokset, hermostomuutokset ja metabolinen oireyhtymä. *”Pitkään koholla ollut verensokeri on oireeton vaaratekijä, jonka seurauksena voi kehittyä varsinaisia elämää lyhentäviä ja rajoittavia lisäsairauksia, kuten sydäninfarkti, aivohalvaus, muutoksia*

näkökyvyssä, hermoston toiminnan häiriöitä, jalkaongelmia tai munuaisten vajaatoimintaa” (O4).

Tyypin 2 diabeetikon sosiaalisen terveyden tukeminen. Tyypin 2 diabeetikon sosiaalisen terveyden tukeminen muodostui keskustelusta lääkärin kanssa, hoitohenkilökunnan tuesta, hoitohenkilökunnan antamista hoito-ohjeista, vertaistuesta tupakoinnin lopettamisessa ja läheisten tuesta. Sosiaalisen terveyden tukemisen osa-alueet esitetään kuviossa 3.

Lääkärin kanssa keskustelussa sovitaan hoidon tavoitteista ja keskustellaan lääkeshoidosta. Lääkäristä ja diabeteshoitajasta kerrottiin hoito-ohjeiden antajana. Ohjeissa kerrottiin hoitohenkilökunnan antamasta tuesta *”Lääkäri ja diabeteshoitaja ovat tukenasi hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa” (O4).*

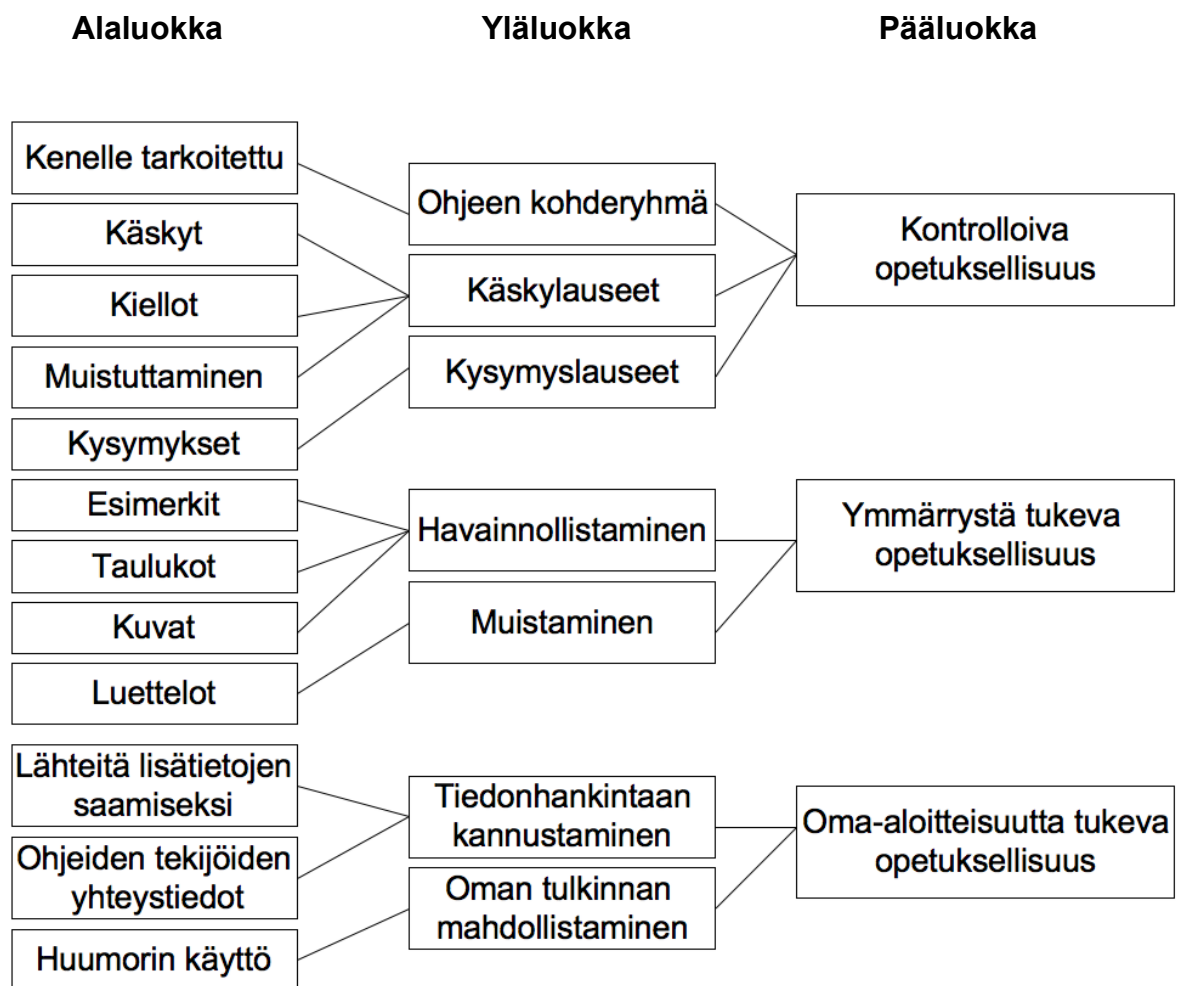
Vertaistuesta kerrottiin tupakoinnin lopettamisen yhteydessä. Läheisiä tuettiin antamalla konkreettisia tarjoiluehdotuksia, mitä tarjota diabeetikolle *”On huomaavaista tarjota diabeetikolle ja muille terveydestään huolehtiville kevyitä ja vähärasvaisia vaihtoehtoja” (O2).*



Kuvio 3. Sosiaalisen terveyden tukeminen

5.2 Kirjallisten potilasohjeiden opetuksellisuus

Kirjallisten potilasohjeiden opetuksellisuus oli kontrolloivaa, ymmärrystä tukevaa ja oma-aloitteisuutta tukevaa. Opetuksellisuuden pää-, ylä- ja alaluokat esitetään kuviossa 4.



Kuvio 4. Opetuksellisuuden abstrahointi

Kohderyhmän määrittäminen, käskylauseet ja kysymyslauseet olivat kontrolloivaa opetuksellisuutta. Kohderyhmän määrittämisessä kerrottiin kenelle ohje on tarkoitettu. ”*Tämä itsehoito-opas on tarkoitettu sinulle, tyypin 2 diabeetikko*” (O4). Käskylauseisiin kuuluvat käskyt, kiellot ja muistuttaminen. Käskyissä potilaille

kerrottiin, miten tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi” (O1), *”Käytä sokeria sisältäviä tuotteita harkiten”* (O4). Myös kontrolloivia muistutuksia käytettiin. *”Muistathan myös, että lääkitystä ei koskaan saa lopettaa omatoimisesti”* (O4). Kontrolloivaa opetusta oli myös kysymyslauseissa. *”Sekoititko samean insuliinisi hyvin?”* (O1).

Havainnollistaminen ja muistamisen tukeminen olivat ymmärrystä tukevaa opetuksellisuutta. Havainnollistavaa opetuksellisuutta olivat esimerkit, taulukot ja kuvat. Esimerkkejä annettiin insuliinin laskentakaavojen käytöstä, painoindeksin laskemisesta, omaseurantavihon täyttämisestä ja elintapamuutosten vaikutuksista. Havainnollistavia taulukkoja oli verensokeriarvoista, hoidon tavoitteista, lääkeannoksista, verenpaineen ja veren rasva-arvojen tavoitearvoista sekä vastaanottokäynneillä seurattavista asioista. Havainnollistavia kuvia oli insuliinikynistä, terveellisistä ruoka-annoksista ja ruokakolmiosta, sydänmerkistä sekä ohjeiden tekijöiden logoista.

Ohjeissa käytettiin luetteloita, jotka helpottavat asioiden muistamista. Ohjeissa annettiin luettelomaisesti toimintaohjeita ailahtelevan verensokerin hoitamiseen ja äkillisen sairastumisen varalle. Diabeetikolle hyväksi olevista ruuista oli tehty lista, samoin rasva-arvojen suositusarvoista, sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöistä, jalkojen itsehoidon perusteista, verensokerin tavoitearvoista ja verenpainetta laskevista elintapamuutoksista.

Oppijan oma-aloitteisuutta tuettiin ohjeissa kannustamalla tiedonhankintaan ja mahdollistamalla oman tulkinnan käyttö. Tiedonhankintaan kannustettiin antamalla ohjeiden tekijöiden yhteystiedot ja lähteitä, joista saa lisää tietoa. *”Diabetesliiton ylläpitämä verkkosivusto on monipuolinen paikka tietoineen ja keskustelupalstoineen: www.diabetes.fi”* (O4). Ohjeissa käytettiin humoristisia kuvia ja tekstejä, joita oppija saa itse tulkita.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisten ohjeiden sisältö. Kirjallisten potilasohjeiden sisältö tuki potilaan fyysistä ja sosiaalista selviytymistä. Leino-Kilven ym. (1999, 100) mukaan potilaat kaipaavat tukea bio-fysiologisella, sosiaalis-yhteisöllisellä, tiedollisella, toiminnallisella, kokemuksellisella, eettisellä ja ekonomisella alueella. Tiedollisella alueella potilaat kaipaavat tuekseen lisää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (Leino-Kilpi ym. 1999, 102). Kaikki ohjeissa annettu tieto tukee potilaan tiedollista selviytymistä.

Biofysiologisella alueella potilaat kaipaavat tietoa hoidosta, hoidon jatkuvuudesta ja seurannasta sekä lääkärikäynneistä (Leino-Kilpi ym. 1999, 100, 118). Tutkituissa kirjallisissa ohjeissa biofysiologisia alueita käsiteltiin laajasti. Tietoa annettiin diabetekselle altistavista tekijöistä, hoidon tavoitteista, hoidon seurannasta, lääkehoidosta, terveydestä huolehtimisesta ja diabeteksen aiheuttamista muutoksista. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilasohjeiden biofysiologinen alue on todettu puutteelliseksi (Salanterä ym. 2005, 221–224; Laiho ym. 2008, 87–88).

Sosiaalisyhteisöllisellä alueella potilaat kaipaavat hyvää lääkäri- ja ammattilaissuhdetta, vertaistukea, yhdistysten tukea, kotiapua ja tukea läheisille (Leino-Kilpi ym. 1999, 104–107). Kirjallisissa ohjeissa käsiteltiin vain yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa ja vertaistukea sekä annettiin tukea läheisille. Aiemmin tutkituissa ohjeissa sosiaalisyhteisöllistä selviytymistä on myös käsitelty puutteellisesti (Salanterä ym. 2005, 221–224; Laiho ym. 2008, 87–88).

Toiminnallisen tuen alueella potilaat kaipaavat tietoa kuntoutusmahdollisuuksista, apuvälineistä ja asiointiavusta (Leino-Kilpi ym. 1999, 101). Aikaisemmissa

tutkimuksissa toiminnallista tukea oli käsitelty paljon. Laihon ym. (2008, 87-88) tutkimuksessa toiminnallinen alue oli vahvimmin esillä kirjallisten ohjeiden sisällössä. Salanterän ym. (2005, 221-224) tutkimuksessa toiminnallinen alue oli toiseksi suurin sisällön alue. Opinnäytetyössä tutkituissa kirjallisissa ohjeissa toiminnallista aluetta ei käsitelty lainkaan.

Kokemuksellisella alueella potilaat kaipaavat tukea ja ymmärrystä. Eettisesti potilaita tulisi tukea osoittamalla luottamusta ja kunnioittamalla heitä yksilöinä. Ekonomiseen selviytymiseen potilaat tarvitsevat tietoa taloudellisesta tuesta. (Leino-Kilpi ym. 1999, 101, 107–109.) Kirjallisissa ohjeissa näitä osa-alueita ei otettu huomioon. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Salanterä ym. 2005, 221–224; Laiho ym. 2008, 87–88) kokemuksellinen, eettinen ja ekonominen selviytyminen olivat heikoimmin käsiteltyjä.

Kirjallisten ohjeiden opetuksellisuus. Ohjeiden opetuksellisuus oli suurelta osin kontrolloivaa ja ymmärrystä tukevaa. Oma-aloitteisuutta tukevaa opetuksellisuutta oli vähän. Behavioristisen oppimiskäsityksen tapaan kontrolloivassa opetuksellisuudessa oppijalle annetaan käskyjä ja totuuksia, eikä oppijan omalle ajattelulle jätetä tilaa. Oppija on passiivinen tiedon vastaanottoja (Uusikylä & Atjonen 2005, 142–143). Tutkituista ohjeista löytyi virheellistä tietoa, jonka passiivinen oppija ottaa vastaan totuutena. Jos potilasohjeissa jatkossakin käytetään behavioristisen oppimiskäsityksen mukaista kontrolloivaa opetuksellisuutta, olisi tärkeää kiinnittää huomiota tiedon oikeellisuuteen.

Ymmärrystä tukeva opetuksellisuus on kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaista. Ymmärrystä tukeva opetuksellisuus mahdollistaa oppijan oman ajattelun. Oppija on aktiivinen pulman ratkaisija ja hän oppii liittämällä uuden tiedon aiemmin opittuun. (Uusikylä & Atjonen 2005, 143–145.)

Ihmiset oppivat parhaiten, kun he voivat hankkia tietoa itselleen parhaiten sopivalla oppimistyyllillä. Visuaalinen oppija käyttää mielellään silmiään ja oppii parhaiten katsomalla. Hän hahmottaa tekstin, kuvat ja kaaviot parhaiten

katsomalla. (Laine ym. 2009, 18–22.) Ohjeissa käytettiin paljon taulukoita ja listoja, joista erityisesti visuaalisen oppimistyylin omaava potilas hyötyy.

Omahoito korostaa ihmisen autonomiaa sekä oikeutta tehdä elämäntapojaan ja hoitojaan koskevia päätöksiä. Omahoito vaatii vastuunottamista omasta hoidosta ja elintavoista. (Routasalo ym. 2009, 2351–2357). Jotta omahoito onnistuisi, ohjauksen tulisi tukea potilaan ymmärrystä ja oma-aloitteisuutta.

Yksi ohjeista (O3) oli tarkoitettu hoitohenkilökunnan käyttöön eikä siinä siksi huomioinut riittävästi potilaan tarpeita. Kolme ohjetta (O1, O3 ja O4) oli lääkeyritysten tekemiä ja myös sillä saattoi olla vaikutusta opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kylmän ja Juvakan (2007, 114) mukaan aihevalinnassa on tärkeää pohtia sen eettisyyttä. Opinnäytetyön aihe ei valikoitunut vain opinnäytetyön tekijöiden uteliaisuuden perusteella, vaan tutkimus on perusteltu työelämän tarpeella, diabeteksen yleisyydellä ja aiemman tutkimustiedon vähäisyydellä.

Opinnäytetyön tuloksena laadittiin raportti, jossa pyrittiin avoimuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Tutkimustulosten raportointi on tutkimuksen tekijän eettinen velvoite (Kylmä ja Juvakka 2007, 154). Vaikka opinnäytetyön aineisto oli kirjallista materiaalia, sitä käsiteltiin eettisten periaatteiden mukaan. Ohjeiden nimeäminen numerokoodein parantaa opinnäytetyön eettisyyttä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Opinnäytetyöprosessin aikana työtä esiteltiin seminaareissa kollegoille, jotka tutustuivat työhön ja esittivät omia mielipiteitään. Tällainen tutkimusprosessin julkisuus parantaa tutkimuksen uskottavuutta (Tuomi & Sarajarvi 2009, 142; Kylmä & Juvakka 2001, 128). Opinnäytetyötä tehtiin yli vuosi,

jonka aikana tutkimuksen tausta-aineistoihin tutustuttiin hyvin. Analyysiprosessiin ja raportin kirjoittamiseen varattiin kuusi viikkoa aikaa.

Analyysivaihe toteutettiin kahden opinnäytetyön tekijän voimin. Kahdestaan tekeminen mahdollisti keskustelun tuntemuksista ja valintoja pohdittiin yhdessä. Aineiston analyysin luotettavuutta lisää, että aineiston analyysimenetelmä valittiin sopivasti suhteessa tutkimustehtäviin. Analyysin prosessi toteutettiin ja kuvattiin asianmukaisesti (Liite 1). Analyttisen prosessin kuvaaminen ja aineiston luokitteluperustan esittäminen lisää luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 132). Alkuperäislainauksia esitettiin analyysin tueksi.

Vahvistettavuutta lisää opinnäytetyöprosessista kirjoitettu opiskelijoiden oma päiväkirjamainen lista, jonka avulla tutkimusprosessi kuvattiin raportissa. Kirjalliset potilasohjeet ovat kirjallista aineistoa, joten esimerkiksi ympäristö ei vaikuta niiden tutkimiseen ja tutkimuksen siirrettävyys on hyvä. Opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus vaikutti luotettavuuteen heikentävästi.

6.3 Suositukset hoitotyön käytäntöön ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyössä havaittiin puutteita kirjallisten ohjeiden sisällössä ja opetuksellisuudessa. Jatkossa kirjallisia ohjeita voisi kehittää opinnäytetyön tulosten perusteella. Myös kokonaan uuden ohjeen luominen voisi olla aiheellista. Diabetespotilaiden omia ohjaustarpeita voisi tutkia ja hyödyntää tuloksia kirjallisten ohjeiden laatimisessa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä. Diabetespotilaiden suullisessa ohjauksessa voitaisiin huomioida kirjallisten ohjeiden sisältö ja opetuksellisuus. Hoitajien tulisi tiedostaa, mitä ohjeet sisältävät ja painottaa puutteellisia osioita suullisessa ohjauksessa.

LÄHTEET

- Etu-Seppälä, L., Ilanne-Parikka, P., Haapa, E., Marttila, J., Korkee, S. & Sampo, T. 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. [Verkkajulkaisu]. Jyväskylä: Suomen diabetesliitto ry. [Viitattu: 14.5.2010]. Saatavana: http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php/?dok_id=178
- Gallegos, E. C., Ovalle-Berúmen, F. & Gomez-Meza, M. V. 2006. Metabolic Control of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus Through Education and Counselling. *Journal of Nursing Scholarship* 38(4), 344–351.
- Groop, L. Päivitetty 15.9.2009. Käypähoito-suositus, diabetes. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu: 23.4.2010]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi/50056.pdf>
- Heinonen, K., Heinonen, L., Huhtala, J., Jylhä, A., Kallioniemi, V., Koivuneva, R., Kokkonen, L. & Turku, R. 2009. Tyypin 2 diabetes: Opas aikuistyyppin diabeetikolle. 5. uud. p. Tampere: Diabetesliitto.
- Kanerva-KASTE, Ei päiväystä. Kanerva-KASTE: Kroonisten kansansairauksien ehkäisy ja varhainen hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) erityisvastuualueella –hanke. [Verkkosivu]. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. [Viitattu: 23.4.2010]. Saatavana: <http://www.kanervakaste.fi/>
- Kylmä, J., & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- L 17.08.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- Laiho, R., Ryhänen, A-M., Eloranta, P., Johansson, K., Kaljonen, A., Salanterä, S., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2008. Diagnostisen radiografian kirjallisten potilasohjeiden arviointi. *Hoitotiede* 20(2), 82–91.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salvervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2009. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi.

- Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta: Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Helsinki: Stakes.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58–69.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125, 2351-2359.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen: opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. [Verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu: 10.6.2010]. Saatavana: http://www.laaketietokeskus.fi/tiedostot/Omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 17(4), 217–228.
- Saraheimo, M. 2009. Mitä diabetes on. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. Diabetes. Helsinki: Duodecim, 910.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Uusikylä, K. & Atjonen, P. 2005. Didaktiikan perusteet. 3. uud. p. Porvoo; Helsinki: WSOY.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisen ohjeiden sisällön abstrahointi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Elimistössä tapahtuvien muutosten vaikutus diabeteksen kehittymiseen (O2,O4) Elintapojen vaikutus diabeteksen kehittymiseen (O4) Diabeteksen periytyminen (O4)	Diabetekselle altistavat tekijät (O2,O4)	Tyypin 2 diabeetikon fyysisen terveyden tukeminen
Hyvinvoinnin lisääminen (O4) Elämänlaadun parantaminen (O4) Hoitotasapaino (O1) Lisäsairauksien ehkäisy (O1,O4)	Tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteet (O1,O4)	
Diabeteksen liitännäissairaudet (O1,O2,O4) Lääkärin ja diabeteshoitajan vastaanotto (O1) Diabeteksen ilmenevyys(O2,O4) Verensokerin seuranta ja hoito (O1,O2,O4)	Tyypin 2 diabeteksen seuranta (O1, O4)	
Insuliinihoito (O1,O2,O3,O4) Suun kautta otettavat diabeteslääkkeet (O4) Muu lääkehoito (O1,O2,O4)	Lääkehoito tyypin 2 diabeteksessa(O1,O2,O3,O4)	
Elämäntavat (O4) Ruoka (O1,O2,O4) Painonhallinta (O1,O2,O4) Liikunta (O1,O2,O4) Tupakoimattomuus (O2,O4) Alkoholisuosikset (O4) Jalkojen hoito (O4) Hampaiden hoito (O1)	Terveydestä huolehtiminen tyypin 2 diabeteksessa (O1,O2, O4)	
Sydän- ja verisuonisairaudet (O2,O4) Munuaismuutokset (O4) Verkkokalvomuutokset (O4) Hermostomuutokset (O4) Metabolinen oireyhtymä (O4)	Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamat muutokset (O2, O4)	

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Lääkehoidosta keskustelu lääkärin kanssa (O4) Tavoitteiden sopiminen lääkärin kanssa (O1, O4)	Diabetekselle altistavat tekijät (O2,O4)	Diabeetikon sosiaalinen tuki
Lääkärin ja diabeteshoitajan tuki (O4)	Hoitohenkilökunnan tuki (O4)	
Lääkärin ja hoitajan antamat hoito-ohjeet (O4)	Hoitohenkilökunnan antamat hoito-ohjeet (O4)	
Vertaistukiryhmä tupakoinnin lopettamisen tukena (O4)	Vertaistuki tupakoinnin lopettamisessa (O4)	
Konkreettiset tarjoilu ehdotukset diabeetikolle (O3)	Läheisten tuki (O3)	