

---

# DIABETESTA SAIRASTAVAN HENKILÖN HOITON SITOUTUMINEN

NUOTTA–hanke sitoutumisen tukena Nurmijärven terveystieteiden keskuksessa



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma/Ennaltaehkäisevän hyvinvointityön  
johtaminen ja kehittäminen (Laurea–AMK)  
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma (HAMK)

11.11.2011

*Anne Jantunen & Eija Pitkänen*

Anne Jantunen (Laurea–AMK Hyvinkää) & Eija Pitkänen (HAMK Visamäki)

---

## VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

---

<b>Tekijä</b>	Anne Jantunen & Eija Pitkänen	<b>Vuosi</b> 2011
<b>Työn nimi</b>	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutuminen – NUOTTA–hanke sitoutumisen tukena Nurmijärven terveyskeskuksessa	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Nurmijärven terveyskeskuksen toimeksiannosta. Nurmijärven terveyskeskus kuuluu Helsingin Yliopiston Akateeminen terveyskeskus–verkostoon, jonka yksi kehittämishanke oli NUOTTA–hanke, jolla pyrittiin tavoittamaan huonosti hoitoon sitoutuneita diabetesta sairastavia asiakkaita. Hanke toteutettiin alkuvuodesta 2008.

Tämän opinnäytetyön tavoite oli kaksiulotteinen: selvittää, mikä tekee diabetesta sairastavasta henkilöstä NUOTTA–hankkeen asiakkaan ja miten he ovat NUOTTA–hankkeen asiakkuuden kokeneet. Toiseksi opinnäytetyössä selvitettiin niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumiseen haittaavasti tai edistävasti. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että opinnäytetyössä esille tullutta tietoa Nurmijärven terveyskeskus ja muut samankaltaiset organisaatiot voivat jatkossa käyttää oman työnsä suunnittelun tukena.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena haastatteleamalla seitsemän nurmijärveläistä diabetesta sairastavaa henkilöä teemahaastattelun keinoin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä olivat hyvä hoitosuhde, tyytyväisyys omaan elämään, vastuullinen suhtautuminen sairauden hoitoon, omien laiminlyöntien tunnistaminen, osaamisen tunne, valmius vastuun kantamiseen, mahdollisuus diagnoosin ennakointiin ja tukeva ensitieto. Hoitoon sitoutumista haittaavia tekijöitä olivat hoidon järjestymisen vaikeus, väärin kohdelluksi tulemisen tunne, heikko ohjaus, tympääntyminen diabeetikkona olemiseen, vähäinen tahto omahoitoon, epävarmuus hoitamisen hyödyistä, sairauden hoitaminen vaikeaa ja huoli selviytymisestä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että perusterveydenhuollon merkitys diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumiseen on merkittävä.

**Avainsanat** hoitoon sitoutuminen, pitkäaikaissairaus, omahoito, diabetes

**Sivut** 83 s. + liitteet 19 s.

VISAMÄKI

Degree programme of development and management of social and health care

---

**Authors** Anne Jantunen & Eija Pitkänen **Year** 2011

**Subject of Master's thesis** Commitment to treatment by a person who has diabetes – NUOTTA–project as a support of commitment in Health care center of Nurmijärvi

---

ABSTRACT

This thesis was done as a task from Nurmijärvi health centre, which is a part of Helsinki University Academic Public Health Centre network. One of the projects of this network was called NUOTTA, which was meant to improve the commitment to treatments when there are patients with diabetes involved. NUOTTA–project was carried out from January to April 2008.

The aim of this thesis is two-dimensional: to find out the reasons which make the person as a client in NUOTTA–project and how they felt to take part of such a project. Secondly, to clear out those factors that effect the person's commitment to treatments and self care either making it stronger or diluting it. The purpose of this thesis is to find out knowledge that can be used in the future as assistance when health care professionals work with long term patients.

This thesis was carried out as a qualitative research. Seven diabetic patients from Nurmijärvi were interviewed by using theme interviewing techniques. The material was analysed by using content analysis. The factors that made a person more capable to commit to treatments and self care were: good relationship with health carers, contentment with their lives as it is, having responsibility of their self care, recognising their own neglects, having a feeling of knowing, readiness to carry out responsibility, capability to foresee the diagnoses and supporting information in the first-hand. The factors that did complicate person's commitment to treatments and self care were: the difficulty to make the care to work out, a feeling of being misunderstood, poor guidance, being fed up having diabetes, minor will to self care, suspicions of benefits that the treatment brings out, troubles to carry out the treatments and self care and being worried how the life turns out to be. The conclusion in this thesis is that public healthcare has a very important role when there is an aim to make the commitment to treatment and self care by long term patient stronger.

**Keywords** commitment to treatments, long term patient, self care, diabetes

**Pages** 83 p. + appendices 19 p.

---

*”Kun olemme sairaita, työnteko on vaikeaa ja oppiminen on vielä vaikeampaa. Sairaus turruttaa luovuutemme ja vähentää mahdollisuuksiamme. Jos sairauden seuraamuksia ei estetä tai ainakin minimoida, sairaus heikentää ihmisiä ja aiheuttaa kärsimystä, epätoivoa ja köyhyyttä.”*

*Kofi Annan*



## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	HOITOON SITOUTUMISEN MÄÄRITTELY JA MERKITYKSELLISYYDEN TARKASTELUA .....	3
2.1	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät .....	6
2.2	Hoitoon sitoutumista voidaan parantaa .....	7
2.3	Hoitoon sitoutumisen moniulotteisuus ilmiönä .....	8
2.3.1	Sosiaaliset ja taloudelliset tekijät .....	9
2.3.2	Terveystieteiden järjestelmiin liittyviä tekijöitä .....	11
2.3.3	Sairauteen, hoitoon ja asiakkaaseen liittyvät tekijät .....	12
2.3.4	Sitoutuminen muutokseen toteutetaan vaiheittain .....	12
2.4	Hoitoon sitoutumisen aikaisemmat tutkimukset ja laadun arviointi .....	14
3	PITKÄAIKAISSAIRAUTTA SAIRASTAVAN KOKEMUKSELLINEN ELÄMÄNHALLINTA .....	15
3.1	Omahoito nykykäsityksen mukaan .....	18
3.2	Onnistunut ohjaus edistää hoitoon sitoutumista .....	21
4	DIABETES MELLITUS SAIRAUTENA .....	23
4.1	Diabeteksen käypä hoito -suositus .....	24
4.1.1	Hoidon yleiset tavoitteet .....	25
4.1.2	Diabeteksen alkuhoito .....	26
4.1.3	Seuranta .....	26
4.1.4	Hoidonohjaus .....	27
4.2	Tyypin 1 diabetes ja asiakkaan hoitoon sitoutuminen .....	27
4.3	Tyypin 2 diabetes ja asiakkaan hoitoon sitoutuminen .....	29
4.4	Diabeteksen ominaispiirteiden merkitys hoitoon sitoutumiselle .....	31
4.5	Diabetesta sairastavan hoitopolku Nurmijärven terveyskeskuksessa .....	34
5	AKATEEMINEN TERVEYSKESKUS JA NUOTTA–KEHITTÄMISHANKE ....	35
5.1	NUOTTA–hanke .....	35
5.2	Nurmijärven terveyskeskus .....	36
5.3	NUOTTA–hankkeen toteutus Nurmijärven terveyskeskuksessa .....	37
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	38
7	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET VALINNAT .....	38
7.1	Aineiston keruu .....	42
7.2	Teemahaastattelujen toteutus .....	43
7.3	Aineiston analyysi .....	46
8	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS .....	49
9	EETTINEN TARKASTELU .....	51
10	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	52
10.1	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä .....	53

10.1.1	Hyvä hoitosuhde .....	54
10.1.2	Tyytyväisyys omaan elämään.....	55
10.1.3	Diabetes osana minäkuva .....	55
10.1.4	Vastuullinen suhtautuminen sairauden hoitoon.....	56
10.1.5	Omien laiminlyöntien tunnistaminen.....	57
10.1.6	Osaamisen tunne .....	58
10.1.7	Valmius vastuun kantamiseen .....	59
10.1.8	Mahdollisuus diagnoosin ennakkointiin .....	59
10.1.9	Tukeva ensitieto.....	60
10.2	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista haittaavia tekijöitä .....	61
10.2.1	Hoidon järjestymisen vaikeus.....	61
10.2.2	Väärin kohdelluksi tulemisen tunne .....	63
10.2.3	Heikko ohjaus .....	64
10.2.4	Tympääntyminen diabeetikkona olemiseen .....	64
10.2.5	Vähäinen tahto hoitaa .....	65
10.2.6	Epävarmuus hoitamisen hyödyistä .....	66
10.2.7	Sairauden hoitamisen vaikeus .....	67
10.2.8	Huoli selviytymisestä.....	68
10.3	NUOTTA–hankkeen asiakkuus .....	69
10.3.1	NUOTTA–hankkeen asiakkuus edisti oman sairauden hoitoa.....	69
10.3.2	NUOTTA–hankkeen asiakkuus ei edistänyt oman sairauden hoitoa ....	70
11	POHDINTA.....	70
11.1	Tulosten pohdintaa.....	71
11.2	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset .....	76
	LÄHTEET .....	78
Liite 1	Tutkimustaulukko	
Liite 2	Tutkimuslupa-anomus	
Liite 3	Tutkimuslupapäätös	
Liite 4	Kirje haastateltaville	
Liite 5	Haastattelurunko	
Liite 6	Pelkistykset – Alakategoriat (2 esimerkkiä)	
Liite 7	Alakategoriat – Yläkategoriat	
Liite 8	Yläkategoriat – Kokoavat käsitteet	

## 1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairauksien ja varsinkin diabeteksen lisääntyminen on viime aikoina noussut yhteiskunnalliseksi ja globaaliksi tarkastelun kohteeksi. Osittain varmasti siksi, että nämä sairaudet ovat yleisiä alati kasvavassa väestön osassa eli ikäihmisillä. Toisekseen näiden sairauksien merkitys on kansantaloudellisesti suuri varsinkin silloin, jos niiden hoitoa laiminlyödään. Mikään yksittäinen toimenpide tai toimenpidepaketti ei ole tehokas kaikissa tilanteissa jokaisen asiakkaan ja taudin kohdalla. Tarvitaan asiakkaalle yksilöllisesti räätälöityjä toiminnallisia menetelmiä. Hoitoon sitoutumisen lisäämiseen tähtäävät toimet täytyy muokata asiakkaan kokemuksellisuuden ja sairauden aiheuttamien tarpeiden mukaan. Toteutukseen nämä tavoitteet vaativat terveydenhoitojärjestelmältä ja sen toimijoilta sellaisten keinojen kehittämistä, joilla arvioida hoitoon sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 16.)

Pitkäaikaisesti sairaan henkilön näkökulmasta hoitoon sitoutumisessa on kysymys hoito-ohjeiden noudattamisen ohella myös laajemmin terveyttä tukevista ja sairauden pahenemista ehkäisevistä elämäntavoista. Vastuu hoitoon sitoutumisesta on viime kädessä asiakkaalla itsellään, mutta hoitohenkilökunnalla on ammatillinen vastuu tukea ja motivoida asiakasta päätöksenteossa ja itsensä hoitamisessa. Sovitun hoidon toteutumiseen vaikuttavat kuitenkin myös monet ympäristöön, kulttuuriin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin liittyvät asiat. (Kyngäs 2007a.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan toimiston julkaisema Gaining Health -strategia painottaa kroonisten eli pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, merkityksen korostamista. Näillä pitkäaikaissairauksilla on yhteisiä riskitekijöitä ja niihin vaikuttamalla voidaan vaikuttaa ennakko-aikaisten kuolemien määrään, hoidolla aikaansaatuihin tuottavuuksiin ja sairaanhoidon kustannuksiin. Riskitekijöiksi Gaining Health Strategy mainitsee korkean verenpaineen ja veren kolesterolin, alkoholinkäytön ja tupakoinnin, liikapainon ja vähäisen liikunnan sekä epäterveellisen ruokavalion. Katsotaankin, että näiden riskitekijöiden ennaltaehkäisy olisi tärkein lähestymistapa aikuistyyppin diabeteksen hallinnassa. Julkaisun mukaan kuitenkin terveystalvija suunnataan jatkuvasti pikemminkin hoidon suuntaan kuin tautien ennaltaehkäisyyn. Samaan aikaan monissa teollisuusmaissa terveydenhuollon kustannukset kasvavat jatkuvasti. Yksi syy on väestön ikääntyminen, mutta rinnalla näkyy myös kalliiden lääkitysten sekä kalliiden hoitomenetelmien yleistymisen. Edelleen keskitytään hoitamaan akuutteja sairauksia pitkäaikaissairauksien jäädessä vähemmälle huomiolle. Arvioidaankin, että noin 50 % aikuistyyppin diabetekseen sairastuneista on kokonaan ilman diagnoosia. Terveysterot eivät ole kaventu-neet vaan pikemminkin kasvaneet, vaikka hyvinvoinnin katsotaan lisääntyneen ja elinajanodote on pidentynyt. (World Health Organization 2006, 4–9.)

Hyvässä hoidossa lievästä sairaudesta aiheutuu vain vähän haittaa ja vaikeastakin selviää paljon paremmin. Usein on osattava erottaa tärkeimmät seikat vähemmän tärkeistä. On vaiheita, jolloin elintapojen muutokset ovat tärkeintä, mitä ihminen voi puolestaan tehdä. Oman tilanteen arviointi on tärkeää: mihin pyrin ja mitä keinoja minulla on? Sairauden aiheuttama haitta tuo elämäntavoitteiden asettelun uuteen valoon. Siinä valossa voi näkyä uusia hienoja asioita. (Linkola 2008.)

Opinnäytetyömme teoriakatsauksen keskeisiä käsitteitä ovat diabetes, NUOTTA–hanke, hoitoon sitoutuminen, pitkäaikaissairaus ja itsehoidon ohjaus. Pyrimme löytämämme teorian tekstin avulla perustelemaan ja tarkentamaan valittuja tutkimuskysymyksiä ja tekemään luotettavia yleistyksiä tutkittavasta asiasta. Uutta tietoa tuottavan tutkimuksen edellytyksenä on tutkitun tiedon kriittinen ja systemaattinen arviointi ja yhdistely. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–45.)

Lähtökohta tässä opinnäytetyössä on, että jokainen diabetesta sairastava on ollut hoitavaan tahoon yhteydessä ainakin diagnosointivaiheessa. Hoitotyön ammattilainen; lääkäri tai hoitaja, on ollut kosketuksissa asiakkaaseen, jolloin kosketuspinta hoidonohjaukseen on syntynyt. Tämän jälkeen jokin tekijä asiakkaassa, häntä koskevissa ulkoisissa tai sisäisissä ominaisuuksissa on muokannut tilannetta niin, ettei aktiivista hoitoon sitoutumista ole päässyt syntymään. Tästä syystä katsomme tärkeäksi avata myös itsehoidon ja hoitoonohjauksen käsitteitä sekä tarkastella niiden merkitystä asiakkaan hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. Tärkeimmät hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ovat käsitykset sairaudesta ja sen hoidosta ja niiden merkityksestä sekä motivaatio. Asiakkaita voidaan tukea hoitoon sitoutumisessa auttamalla heitä lisäämään positiivista asennetta ja motivaatiota. (Kynäs 2007a.)

Nurmijärven terveyskeskuksessa toteutettiin alkuvuodesta 2008 Helsingin Yliopiston Akateemisen terveyskeskuksen NUOTTA–hanke, jolla pyritään tavoittamaan ja motivoimaan huonosti hoitoon sitoutuneita diabetesta sairastavia perusterveydenhuollon asiakkaita. Opinnäytetyön tavoite on kaksiuolotteinen. Työelämän kiinnostus kohdistuu siihen, mikä tekee diabetesta sairastavasta henkilöstä NUOTTA–hankkeen asiakkaan. Opinnäytetyössä tuodaan esille NUOTTA–hankkeessa mukana olleiden asiakkaiden kuvauksia ja kokemuksia. Näin tavoitellaan tietoa siitä, miten he kokivat NUOTTA–hankkeen asiakkuuden ja kuinka asiakkuus vaikutti heidän sitoutumiseensa kontrollikäynteihin. Lisäksi opinnäytetyö selvittää hoitoon sitoutumattoman asiakkaan näkemyksiä siitä, mitä hän terveydenhuoltohenkilöstöltä odottaa.

Toiseksi opinnäytetyössä selvitetään niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat diabetesta sairastavan asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Samalla pyritään avaamaan sitä, kuinka asiakas saadaan olemaan myös jatkossa hoitoon sitoutunut ja toteuttamaan omahoitoisuutta.



## 2 HOITOON SITOUTUMISEN MÄÄRITTELY JA MERKITYKSELLISYYDEN TARKASTELUA

Tässä luvussa on tarkoitus tuoda esille hoitoon sitoutumisen näkökulmasta sen taloudellinen, inhimillinen ja laadullinen merkityksellisyys. Lähtökohteisesti tutkijoiden oli tehtävä valinta kahden käsitteen välillä: hoitoon kiinnittyminen tai hoitoon sitoutuminen. NUOTTA–hanke puhuu asiakkaiden hoitoon kiinnittymisestä, kun taas opinnäytetyön tilaaja Nurmijärven terveyskeskus käyttää omassa hoitotyön kielessään aktiivisesti termiä hoitoon sitoutuminen. Tällä perusteella tässä opinnäytetyössä käytetään samaa käsitteistöä kuin se organisaatio, joka jatkossa käyttää opinnäytetyömme tuloksia oman työnsä tukena.

Hoitoon sitoutumista ilmiönä on tutkittu ja määritelty 1950-luvulta saakka. Käsitys siitä, mitä hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan, on muuttunut ajan kuluessa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 16.) On esitetty, että sitoutuminen mihin tahansa hoito-ohjeisiin kuvastaa tietyn tyyppistä käyttäytymistä. Terveysteen vaikuttavia käyttäytymismalleja ovat esimerkiksi lääkäriin hakeutuminen, reseptilääkkeen noutaminen apteekista, annostusohjeiden noudattaminen, rokotusten ottaminen ja seurantakäyntien muistaminen. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 21.)

Hoitoon sitoutumisen määritelmänä tässä opinnäytetyössä päädyttiin seuraavaan: hoitoon sitoutuminen on sitä, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 21). Se on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17).

Kliinisessä kielenkäytössä hoitoon sitoutuminen määritellään usein kaksiluokkaisesti hyvänä tai huonona sitoutumisena. Tarkkoja ohjeita tai sääntöjä siitä, milloin on kyse hyvästä tai huonosta hoitoon sitoutumisesta, ei ole olemassa. Kirjallisuudessa hoitoon sitoutuminen mielletään yleensä kolmi- tai useampiluokkaisena. Usein sitoutuminen luokitellaan siten, että on hyvä eli täydellinen sitoutuminen, osittainen eli puutteellinen sitoutuminen ja hoidon laiminlyönti eli hoitoon sitoutumattomuus. Hyvä hoitoon sitoutuminen tarkoittaa tilannetta, jossa henkilö elää terveydentilansa tai tilanteen edellyttämällä tavalla. Osittain sitoutuneella on puutteita yhdellä tai useammalla hoidon osa-alueella. Hoidon laiminlyönti tarkoittaa välinpitämättömyyttä hoitoa kohtaan ja hoidon laiminlyömistä kokonaan tai lähes kokonaan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 40.)

Viime vuosikymmeninä on tapahtunut muutosta lähestymistavoissa, joilla pyritään varmistamaan, että kroonisia tauteja sairastavat asiakkaat sitoutuisivat paremmin omahoitoonsa, lääkitykseensä sekä tarjottuihin kontrollikäynteihin terveydenhuollon piirissä. On tarkoituksenmukaista kiinnittää huomiota myös terveydenhoidon ammattilaisten osuuteen sairastuneiden

ohjauksessa ja motivoimisessa. Hoitosuhteen laatu on erittäin merkittävä hoitoon sitoutumista määräävä tekijä. Nyt tiedetään, että tarvitaan laaja-alaista lähestymistapaa. Asiakkaan tulee aktiivisena kumppanina sopia hoidostaan yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 21–22.)

Aikaisemmin ajateltiin, että asiakas on hoitomyöntyvyyteen liittyvien ongelmien syy; asiakas oli itse syyllinen, jos hän ei noudattanut annettuja hoito-ohjeita. Nykyään korostetaan sitä, että hoitoon sitoutuminen täytyy erottaa hoitomyöntyvyydestä ja osataan tarkastella asioita monipuolisemmin. Hoitomyöntyvyys käsitteenä yhdistyy liian läheisesti joko asiakkaiden tai terveydenhoitohenkilökunnan syyllistämiseen. Hoitoon sitoutuminen on parempi käsite kuvaamaan niitä dynaamisia ja monimutkaisia muutoksia, joita vaaditaan kaikilta hoitoon osallistujilta kroonisia tauteja sairastavan asiakkaan optimaalisen terveyden säilyttämiseksi. On havaittu (Kyngäs & Hentinen 2009, 41), että lyhytkestoisessa hoidossa niin kutsuttu hoitokuuliaisuus saattaa riittää, mutta pitkäkestoisessa hoidossa se ei johda toivottuun lopputulokseen. Tästä osoituksena on sekin, että kuukausia tai vuosia kestävässä hoidossa hoitoon sitoutuneiden määrä yleensä laskee. Todennäköisesti silloin ainakin osan kohdalla on kyse siitä, että he eivät olleet sitoutuneet hoitoonsa vaan noudattivat hoidon alkuvaiheessa annettuja ohjeita kuuliaisesti. Omaehtoinen hoitoon sitoutuminen vaatii terveydentilan ja sen vaatimusten ymmärtämistä ja hyväksymistä sekä riittäviä tietoja ja taitoja. (Yach 2003; Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 21–22; Kyngäs & Hentinen 2009, 17–20, 41.)

Terveydenhuollon hyvistä tuloksista huolimatta väestöllä on edelleen elintapoihin liittyviä terveysuhkia (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2351). Vastuun hoidosta ja hoidon onnistumisesta katsotaan olevan yhtä hyvin hoitavilla henkilöillä ja koko terveydenhuollolla kuin asiakkaallakin. Yhteiskunnasta ja muusta ympäristöstä johtuvat tekijät on alettu ottaa huomioon entistä paremmin. Varsinkaan pitkäaikaisissa ja pysyvissä tilanteissa hoito ei ole kaavamaisista tai annettujen ohjeiden noudattamista vaan mielekästä ja joustavaa päätöksentekoa ja toimintaa, jossa tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus. Muutoksen tarvetta aiheuttavat monet tekijät kuten työ- ja vapaa-ajan käyttö, oma tai läheisen terveydentila ja erilaiset muuta elämäntapahtumat. Asiakkaallekin joustavan toiminnan sisäistäminen vie aikaa, joten hänen hoitopolkunsaa saattaa kulkea alun hoito-ohjeiden noudattamisen kautta sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17–20.)

Routasalon ym. (2009, 2351) mukaan tutkimukset osoittavat, että vain noin puolet pitkäaikaisia sairauksia potevista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti, jolloin hyöty jää ainakin osittain saavuttamatta ja hoito tulee tuloksiin nähden yhteiskunnalle kalliiksi. Vain noin kolmasosa asiakkaista pystyy sitoutumaan terveelliseen ruokavalioon ja suositusten mukaiseen liikuntaan ja arviolta alle 10 % onnistuu pysyvässä laihutumisessa. Samansuuntaista tietoa antaa raportti pitkäaikaissairaiden hoitoihin sitoutumisesta (2004, 15), jossa kerrotaan kroonisten tautien hoidossa olevan huono

hoitoon sitoutuminen maailmanlaajuisesti. Raportin pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen (2004, 25) mukaan useissa hyvin tehdyissä katsauksissa on osoitettu, että kehittyneissä maissa pitkäaikaisia sairauksia sairastavista asiakkaista vain noin 50 % sitoutuu hoitoon. Monet pitävät tätäkin lukua liian suurena suhteessa todellisuuteen. Kehitysmaissa hoidon laiminlyönnin yleisyys ja sen vaikutus on todennäköisesti vielä suurempi terveydenhuollon resurssien niukkuuden ja hoitoon pääsemisen vaikeuden vuoksi. Nämä hoidon onnistumista osoittavat luvut ovat huolestuttavia, ja niiden muodostama kuva on epätäydellinen. Olisi välttämätöntä hahmottaa ongelman suuruus, jotta voidaan kehittää tehokkaita toimintatapoja tukemaan kaikkia niitä keinoja, joilla pyritään parantamaan hoitoon sitoutumista. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 15; Kyngäs & Hentinen 2009, 22–23.)

Huonosta hoitoon sitoutumisesta on tullut kasvava ongelma terveydenhuollossa. On osittain turhaa hoitaa pitkäaikaissairaita, jos heidän sitoutumisensa hoitoon on huono, eivätkä he elä terveellisesti. Terveellisten elämäntapojen tai sovitun hoidon laiminlyönti rajoittaa terveydenhuollon mahdollisuuksia vaikuttaa ihmisten terveyteen. Hoitoon sitoutumisen hyötyjä voi tarkastella sekä asiakkaan että yhteiskunnan näkökulmasta. Sitoutumalla terveellisiin elämäntapoihin tai hoitoon asiakas voi edistää hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. Samalla saavutetaan taloudellisia säästöjä, koska tarvitaan esimerkiksi vähemmän hoitopäiviä sairaalassa tai sairauslomapäiviä. On esitetty, että hoitoon sitoutumista parantavat toiminnot vaikuttavat kansanterveyteen enemmän kuin mikään muu yksittäinen hoidon kehittyminen. Monet asiantuntijat ovat sitä mieltä, ettei nykytilanteesta selvitä, ellei asiakkaita saada hoitamaan paremmin itseään ja sitoutumaan hoitoonsa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 11, 22–23.)

Sitoutuminen terveellisiin elämäntapoihin ja asianmukaiseen hoitoon merkitsevät asiakkaan kannalta entistä parempaa terveyttä ja toimintakykyä ja sitä kautta parempaa elämänlaatua, lisääntyviä elinvoimaisia vuosia sekä turvallisuutta. Toisaalta hoito saattaa edellyttää elämän uudelleen jäsentämistä, uuden oppimista, elämäntapojen muuttamista, vaivannäköä, aikaa ja jopa taloudellisia uhrauksia. Nykyinen kiireinen ja stressaava elämä ei ole omiaan edistämään hoitoon sitoutumista. Levon ja rentoutumisen merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille onkin alettu mieltämään entistä tärkeämmäksi. Huomioitava on myös, että terveysvaikutukset eivät välttämättä ilmene välittömästi vaan usein vasta vuosien kuluttua. Sen sijaan elintapojen muuttaminen ja uusiin haasteisiin vastaaminen ovat välitön jokapäiväinen haaste, johon on vastattava. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–23, 207.)

Terveydenhuoltojärjestelmien täytyy kehittyä vastaamaan haasteisiin. Kehittyneissä maissa viimeisten 50 vuoden aikana tapahtunut epidemiologinen siirtymä akuuteista taudeista kroonisiin on johtanut siihen, että terveyspalveluiden akuuttiin hoitoon keskittyneet hoitomallit eivät pysty nyt optimaalisesti vastaamaan väestön terveystarpeisiin. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 15.) Samalla huono hoitoon sitoutuminen haittaa

yrityksiä parantaa köyhien terveydentilaa ja johtaa ennestäänkin rajallisten hoitoresurssien alikäyttöön ja tuhlaamiseen (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 27). Hyvä hoitoon sitoutuminen synnyttää suoria säästöjä sen ansiosta, että kalliiden ja kehittyneiden terveyspalvelujen tarve vähenee taudin pahenemisvaiheiden tai sekundaarisairauksien vähetessä. Hoitoonsa sitoutumalla sairastunut mahdollistaa myös niin sanottujen epäsuorien säästöjen kertymisen elämänlaadun paranemisen tai säilymisen myötä sekä sosiaalisten ja ammatillisten roolien säilymisen myötä. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 38.) Useimmissa tapauksissa ne kustannukset, jotka käytetään hoitoon sitoutumisen parantamiseen, palautuvat terveydenhuoltoon säästöinä, ja toisissa tapauksissa hoitotulosten paraneminen oikeuttaa kustannukset (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 40).

## 2.1 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Raportti pitkäaikaissairaiden hoitoihin sitoutumisesta (2004, 16) määrittelee asiakkaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Edellä on jo käsitelty toimintamallin painottamista asiakkaan tukemiseen, ei syyttämiseen ja syyllistämiseen. Tästä huolimatta hoidon epäonnistumisesta on edelleen tapana syyttää mieluummin asiakasta kuin terveydenhuollon ammattilaisiin ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyviä tekijöitä. Terveydenhuollon ammattilaiset ja terveydenhuoltojärjestelmä luovat ympäristön, jossa asiakasta hoidetaan. Siten terveydenhuollon ammattilaisten ja terveydenhuoltojärjestelmän vaikutus asiakkaan hoitoon sitoutumiseen on suuri. Lisäksi useat erilaiset tekijät haittaavat asiakkaan kykyä seurata hoito-ohjeita optimaalisesti. Näitä ovat sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, terveydenhuollon ja terveydenhoitotiimien rakenne, taudin ominaispiirteet, taudin hoito ja asiakkaaseen liittyvät tekijät. Kuhunkin tekijään liittyvien ongelmien selvittely on tarpeen, jos tavoitteena on parantaa asiakkaan sitoutumista hoitoon. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 16.)

Kehittämällä terveydenhuollon ammattilaisten kykyä arvioida hoidon laiminlyönnin riskiä ja tukemalla heidän tietoisuuttaan edistetään hoitoon sitoutumisen mahdollisuuksia. Koulutuksen tulisi kohdistua samanaikaisesti kolmeen alueeseen: tietoon, joka toimii hoitoon sitoutumisesta edistävänä, ajatteluun, joka auttaa kliinisessä päätöksentekoprosessissa ja toimintaan, joka tuo käyttäytymistieteelliset työvälineet terveydenhuollon henkilöstön käyttöön. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi ei voida käyttää yhtä ainoaa lähestymistapaa. Nyt edellytetään terveydenhuollon ammattilaisten, tutkijoiden ja terveydenhuollon politiikkaa suunnittelevien yhteistyötä. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 16.)

Perhe, yhteisö ja potilasjärjestöt katsotaan myös tärkeiksi hoitoon sitoutumista kannustaviksi tekijöiksi. Pitkäaikaisten sairauksien hoidon onnistumiseksi on tarpeen, että asiakas, hänen perheensä ja häntä tukeva yhteisö osallistuvat aktiivisesti hoitoon. Sosiaalisen tuen, eli muiden yhteisön jäsenten antaman tuen, on toistuvasti osoitettu olevan tärkeä hoidon onnistumiseen ja hoitokäyttäytymiseen vaikuttava tekijä. Vertaisten tuki voi

edistää asiakkaan sitoutumista hoitoon ja samalla vähentää aikaa, jonka terveydenhoidon ammattilaiset käyttävät pitkäaikaisen sairauden hoitoon. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 16; Heikkinen, Kallioniemi, Kekäläinen, Koski, Koski, Laine, Lax, Nuutinen, Pietarinen, Puranen, Ris-sanen, Salonen & Tulokas 2008, 23.)

Voimaantuminen on asiakkaan sisäinen valmius, joka edesauttaa terveys-palvelujen käyttäjien asiakkuustaitojen kehittymistä. Tällöin asiakas kyke-nee hankkimaan oma-aloitteisesti tietoa, tekemään päätöksiä ja valintoja, ajattelemaan kriittisesti sekä oppimaan kokemuksistaan. Voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään eikä sitä voi toinen ihminen tuottaa. Näin tapah-tuu luontevimmin sellaisessa ympäristössä, jossa ihminen kokee ilmapiirin turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi. Voimaan-tuminen on moniulotteinen sosiaalinen prosessi, joka auttaa ihmisiä saa-maan oman elämän haltuunsa. Se edustaa asiakkaille tilannetta, jossa pää-tösvalta niin sairauteen liittyvissä asioissa kuin omassa elämässä on heillä itsellään. Voimaantunut asiakas tunnistaa terveydellisestä ongelmasta pa-ranemisessa tai siihen sopeutumisessa tarvittavat henkilökohtaiset voima-varansa. Yksittäisen asiakkaan tapauksessa ikä, koulutus, sosioekonomi-nen asema, taloudelliset resurssit sekä terveydellisen ongelman laatu vai-kuttavat voimaantumiseen. Mitä paremmat tiedot asiakkaalla on oikeuksis-taan, velvollisuuksistaan sekä terveydellisestä ongelmastaan ja mitä vä-hemmän terveydellinen ongelma vaikuttaa toimintakykyyn, sitä voimaan-tuneempi asiakas on. Tällainen asiakas kykenee hyödyntämään maallikko-asiantuntemustaan ja osallistumaan omaan hoitoonsa. (Tuorila 2009, 104–105.)

## 2.2 Hoitoon sitoutumista voidaan parantaa

Terveydenhuoltohenkilöstöllä ja -järjestelmällä on huomattava vaikutus hoitoon sitoutumiseen. Hoitotyön ammattilaisen tulisi ymmärtää, että asi-akkaat voivat turhautua, jos heidän toivomuksiaan ei oteta huomioon hoi-topäätöksiä tehtäessä. Asiakkaiden kokiessa, että heitä ei kuultu hoitoa suunniteltaessa, he suhtautuvat lääkitykseensä negatiivisemmin ja laimin-lyövät hoitoa useammin. Hoitoon sitoutuminen liittyy esimerkiksi siihen, kuinka tarpeelliseksi henkilö kokee lääkityksen suhteessa tuntemaansa pelkoon lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista. Terveydenhuollon ammattilainen voi keskittyä tärkeimpiin huolenaiheisiin ja saada näin esiin asiakkaan hoitoon vaikuttavia uskomuksia. Tärkeimmät uskomukset ja pe-lot voivat osoittaa sen, minkälaiseksi ihminen mieltää hoidon mahdolliset hyödyt ja haitat. Tarvitaan siis interventioita, jotka kohdistuvat terveyden-huollon ympäristön avaintekijöihin. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 37–38.)

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseenkin. Terveys määrite-täänkin jokapäiväisen elämän voimavaraksi, ei elämisen tavoitteeksi. Ter-veys on positiivinen käsite, jossa painottuu yhteiskunnalliset ja henkilö-kohtaiset voimavarat, samoin kuin fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset toi-

mintamahdollisuudet. Terveyttä edistävä toiminta on terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, yhteisön toiminnan tehostamista, henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveyspalveluiden uudistamista. Kestävän kehityksen politiikassa sosiaaliselle ulottuvuuteen liittyvät monet terveyden edistämisen kannalta tärkeät asiat, kuten toimintakyky, tasa-arvo ja köyhyys. Terveiden edistämistarpeen käynnistää usein jo todettu sairaus. Arvioitaessa ihmisen terveyden edistämisen tarvetta, ei arviota voi tehdä ilman ihmisen itsensä osallistumista. Lähtökohtana arviolle voitaisiin esittää kysymys: Mitä tämä ihminen tarvitsee voidakseen itse vaikuttaa nykyistä paremmin omaan terveyteensä? Olennaista on suhteuttaa arvio ihmisen omaan arkeen, jotta muutokset olisivat ihmisen itsensä kannalta mahdollisia. On luotava ihmiselle käsitys siitä, miten juuri heidän terveyteensä vaikuttaviin tekijöihin on mahdollista vaikuttaa ja nimenomaan heidän omassa elämäntilanteessaan. Ihminen voi erilaisten interventoiden, pientenkin, tuloksena siirtyä vaiheesta toiseen, vaikkei laboratoriomittausten tasolla tulosta näkyisikään. (Vertio 2004, 197–205.)

Yhtenä länsimaisen myöhäismodernin ajan piirteenä on sosiaalitieteissä pidetty asiantuntijuuden ja siten myös lääketieteen arvoisan osittaista ja vähittäistä kyseenalaistumista. Terveys sosiologisen kritiikin kohteena on ollut sairaan asema länsimaisessa lääketieteessä ja terveydenhuollossa. Jos sairas nähdään asiakkaana ja sairaus tautina, sairaan elämän kutistuu tautikertomukseksi, sairaan oma todellisuus ja kertomus tulevat syrjäytetyksi, eikä häntä kuunnella. Toisaalta kuitenkin lääketieteen kehitys ja teknologia on luonut uskoa mahdollisuuksiin ja saaneet ihmiset odottamaan apua ja paranemista yhä enemmän. Ihminen toivoo terveydenhuollosta kiinnostusta mahdollisen taudin ohella myös häntä itseään kohtaan. (Kangas 2003, 73–77.)

Sairaana näkökulma sairauteensa on toisenlainen kuin lääketieteen ja terveydenhuollon näkökulma. Sairaalle sairaus on omakohtainen, itse koettu ja eletty. Eläessään sairauden kanssa ja oppiessaan hoitamaan sitä sekä tulemaan toimeen sen kanssa sairastunut kerää havaintoja ja niihin pohjautuvaa kokemuksellista tietoa ja asiantuntemusta sairaudesta. Toisin kuin lääkäri ja hoitaja, sairastunut tuntee tarkasti ne elämän käytännöt, tilanteet ja olosuhteet, joissa hän sairauden kanssa tasapainoilee. Yhä useampi yksilö huolehtii omasta terveydestään kantamalla siitä itse vastuuta ja hankkimalla tietoa ja ymmärrystä itselleen. Sairaana asiantuntijuuden muodostavat kokemuksellisen sairaustiedon rinnalla ja siihen yhdistettynä lääketieteestä ja muualta löydetty ja saatu tieto sairaudesta. Tällainen toiminta on osa laajempaa kulutus- ja yksilöllistymiskulttuurin vahvistumista yhteiskunnan ja elämäntavan muotoina. (Kangas 2003, 73–77.)

### 2.3 Hoitoon sitoutumisen moniulotteisuus ilmiönä

Tässä luvussa ja sen alaluvuissa tarkastellaan hoitoon sitoutumisen moniulotteisuutta. Hoitoon sitoutuminen jaetaan eri ulottuvuuksiin ja niistä vain yksi on asiakkaaseen liittyvät tekijät. Usein useampi kuin yksi este haittaa

asiakkaan kykyä seurata hoito-ohjeita ja terveydenhoidon ammattilaisilla tulee olla kyky arvioida järjestelmällisesti kaikkia mahdollisia esteitä. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 46–49.)

Raportissa pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen (2004, 49) kysytään: jos hoidon onnistumista parantavia toimenpiteitä on olemassa, miksi hoitoon sitoutuminen on edelleen ongelma? Samainen raportti esittää kysymykseen joitain hyviä vastauksia. Yksi vastaus liittyy interventioiden toteuttamiseen ja siihen, kuinka on tapana kohdistaa huomio vain yhden ulottuvuuden tekijöihin. Useiden interventioiden (esimerkiksi itsehoidon opettaminen, farmaseuttisen hoidon ohjelmat, sairaanhoitajiin, apteekkihenkilökuntaan ja muuhun terveydenhuoltohenkilökuntaan kohdistuvat interventiot, neuvonta, käyttäytymiseen kohdistuvat interventiot, seuranta ja muistutukset) on osoitettu parantavan hoidon täsmällistä toteutumista, mutta niitä on yleensä käytetty yksittäisinä toimenpiteinä. Yhteen tekijään keskittymisen voi olettaa tehoavan vain osittain, jos hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät vaikuttavat toisiinsa ja voimistavat toistensa vaikutuksia. Tehokkaimmat toimenpiteet ovat olleet monitasoisia, useampaan kuin yhteen tekijään kohdistuvia interventioita. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 49–50.)

### 2.3.1 Sosiaaliset ja taloudelliset tekijät

Sosioekonomisten terveyserojen syitä pohtineet tutkijat eivät aina ole täysin yksimielisiä siitä, mikä merkitys terveyskäyttäytymisellä on terveyserojen syynä. Kuitenkin viime vuosina eriarvoisuuden tutkijat ovat kiinnittäneet huomiota terveyskäyttäytymiseen, sillä sen merkityksestä terveyserojen aiheuttajana on tutkimuksellista näyttöä. Terveyskäyttäytymisen erilaiset muodot eivät synny tyhjästä, vaan niillä on yhteiskunnallinen ja kulttuurinen kasvualustansa kuten terveyseroilla ja niiden syytekijöillä yleisimminkin. Missä määrin hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat käyttäytyvät muita terveellisemmin? Onko tällaisilla eroilla merkitystä sosioekonomisten kuolleisuus- ja sairastavuuserojen synnyssä ja voidaanko terveyskäyttäytymisen kautta syntyvien erojen odottaa tulevaisuudessa muuttuvan? Koulutus lisää ihmisten mahdollisuuksia hankkia ja kykyä omaksua tietoa. Hyvätuloisen on helpompi ostaa palveluja ja harrastaa, hyvässä ammatissa olevalla toimii työpaikkaruokailu, työterveyshuolto ja työnantaja saattaa kustantaa liikuntaseteleitä sekä muita palveluita. Eri ammatti- ja asuinalueilla on myös erilaisia terveyskulttuureja. Koulutus, tulot ja ammattiasema kuvaavat sosioekonomista asemaa eri tavoin eri elämänvaiheissa. (Prättälä 2007, 130–132.)

Tulevaisuudessa sosioekonomisia eroja tulisi pyrkiä kaventamaan sekä valtakunnallisella politiikalla, kuntatason toimenpiteillä että kansalaisjärjestöjen toiminnalla. Valtio on keskeisessä asemassa kun vaikutetaan elintarvikkeiden hintaan ja saatavuuteen sekä annettaessa kansallisia ravintosuosituksia. Kunta on tärkeä toimija suunniteltaessa ateriapalveluita ja terveyden edistämishjelmia sekä toteutettaessa niitä. (Roos, Ovaskainen, Raulio, Pietikäinen, Sulander & Prättälä 2007, 149–158.)

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen terveystalouden keskeisistä tavoitteista. Tiedot terveyspalvelujen käytön sosioekonomisista eroista Suomessa ovat puutteelliset. Suurin osa tiedosta perustuu yksittäistutkimuksiin, eikä pysyviä seurantajärjestelmiä ole. Terveyden tasa-arvon näkökulmasta terveydenhuollolla on useita haasteita, jotka liittyvät muun muassa huonossa sosiaalisessa asemassa olevien tarpeiden parempaan huomioimiseen terveyspalvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä sekä hoito- ja toimintakäytännöissä. (Manderbacka, Häkkinen, Nguyen, Pirkola, Ostamo & Keskimäki 2007, 179–196.)

Vaikka taloudellinen asema ei aina ennusta hoitoon sitoutumista, matala sosioekonominen asema voi pakottaa asiakkaan valitsemaan kilpailevien asioiden välillä. Näihin kuuluu usein tarve käyttää rajalliset taloudelliset resurssit muuhun tai muista kuin itsestä huolehtimiseen. Tekijöitä, joilla on osoitettu olevan merkittävä vaikutus hoitoon sitoutumiseen, ovat muun muassa huono sosioekonominen asema, köyhyys, vähäinen koulutus, työttömyys, tehokkaan sosiaalisen tukiverkoston puute, epävakaat elämänotot, pitkät matkat hoitopaikkaan, kalliit matkakulut, kalliit lääkkeet sekä oman kulttuurin ja maallikoiden uskomukset taudista ja sen hoidosta. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 46.)

Huono hoitoon sitoutuminen koskettaa kaikkia ikäryhmiä. Ikä on tekijä, joka vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen, mutta ei aina samalla tavoin. Iän vaikutus tulisi arvioida erikseen jokaisessa tilanteessa, ja jos mahdollista, asiakkaan ominaisuuksien ja kehitysvaiheen mukaan, kuten vanhemmista riippuvaiset lapset, nuoret, aikuiset ja vanhukset. Raportissa pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen (2004, 46) todetaan, että monien tutkimusten mukaan nuoret sitoutuvat hoitoon heikommin kuin lapset. Pienten lasten ja leikki-ikäisten hoidon onnistuminen ohjeiden mukaisesti riippuu pääasiassa vanhempien tai huoltajien kyvystä ymmärtää ja seurata hoito-ohjeita. Iän myötä lasten tiedolliset mahdollisuudet toteuttaa itse omaa hoitoaan kasvavat, mutta he tarvitsevat edelleen vanhempien seurantaa. Kouluikäiset lapset oppivat säätelemään omaa käytöstään ja kontrolloimaan ympärillään olevaa maailmaa. Kun lapset menevät kouluun, he kuluttavat vähemmän aikaa kotona vanhempien kanssa ja ystävien ja sosiaalisen ympäristön paineet vaikuttavat heihin yhä enemmän. Samalla vanhemmat siirtävät entistä enemmän vastuuta lapselle itselleen. Tässä vaiheessa liian suuren vastuun siirtäminen lapselle voi johtaa hoitoon sitoutumisen heikkenemiseen. Vanhempien valvonnan ja ohjauksen tarve lasten terveyskäyttäytymisessä on merkittävä, tässä voivat olla apuna lasten käyttäytymistä tukevat keinot, kuten päämäärien asettaminen, ohjeiden antaminen ja palkitseminen. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 46.)

Vanhuksista on tullut väestön nopeimmin kasvava ryhmä useissa kehittyneissä maissa. Tämä muutos on johtanut niiden kroonisten tautien lisääntymiseen, jotka ovat erityisen yleisiä vanhusväestössä. Tällainen tauti on myös diabetes. Monilla iäkkäillä asiakkailla on useita kroonisia sairauksia, mikä vaatii monimutkaista pitkäaikaishoitoa toimintakyvyn alenemisen es-



tämiseksi. Hoitoon sitoutuminen on olennaista myös iäkkäiden asiakkaiden hyvinvoinnille, joten se on olennainen osa hoitoa. Hoito-ohjeiden ja suositusten noudattamatta jättämisen on osoitettu lisäävän iäkkäillä hoidon epäonnistumisen riskiä, aiheuttavan tarpeettomia komplikaatioita, lisääntyneitä terveydenhuollon kuluja sekä toimintakyvyttömyyttä ja ennenai-kaista kuolemaa. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 46.)

### 2.3.2 Terveydenhuollon järjestelmiin liittyviä tekijöitä

Työ terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi tapahtuu sekä yksilö- että väestötasolla. Yksilötasolla niin sanottu korkean riskin strategia on erityisesti perusterveydenhuollon työtä. Se on riskitekijöiden mitaamista, riskin arviointia sekä korkeariskisten tekijöiden alentamista ohjeiden ja usein lääkkeidenkin avulla. Väestötasolla ehkäisy taas ulottuu terveysvalistuksesta terveystalouteen. Molempia lähestymistapoja tarvitaan ja ne tukevat toisiaan. Elintapojen muuttamisesta puhuttaessa nousee esiin kysymys siitä, onko vastuu yksilöllä vai yhteiskunnalla. Yksilön vastuuta ei voida kieltää ja sitä on korostettukin. Samaan aikaan on kuitenkin selvää, että ihmisen elintavat ovat voimakkaasti sidoksissa hänen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä. ”Make the healthy choose the easy one” -julistus osoittaa sen, että poliittisilla päätöksillä ja elinkeinoelämän toiminnalla on erittäin merkittävä rooli kroonisten tautien ehkäisyssä. Menestyksellinen toiminta jatkossa tarvitsee toimijoikseen niin julkisen vallan kuin kansalaisjärjestöt ja elinkeinoelämän. Terveydenhuollolla, erityisesti perusterveydenhuollolla, on tärkeä rooli. (Puska 2010, 59–66.)

Hoitotyön menetelmien ja päätöksenteon odotetaan perustuvan näyttöön, jolloin se on parhaan ajan tasalla olevan tiedon huolellista arviointia ja harkittua käyttöä yksittäisen asiakkaan, asiakasryhmien tai koko väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa (Leino-Kilpi 2000, 9–20). Hoitotyön menetelmillä tarkoitetaan kaikkia niitä menetelmiä, joita hoitotyön henkilöstö pääasiassa käyttää ja joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman läheisyydessä. Hoitotyön menetelmät vaihtelevat ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön mukaan. (Partanen & Perälä 2000, 41–42.)

Hyvä asiakas–terveydenhuollon ammattilainen -suhde voi parantaa hoitoon sitoutumista, mutta monilla tekijöillä voi olla negatiivinen vaikutus. Niitä ovat huonosti kehittyneet terveydenhuoltopalvelut, huono tai olematon sairausvakuutusjärjestelmä, huonot lääkkeiden jakelujärjestelmät, pitkäaikaisia sairauksia hoitavien henkilöiden puutteelliset tiedot tai koulutus, terveydenhoitohenkilöiden liiallinen työmäärä, kannustimien ja palautteen puuttuminen, lyhyet konsultaatiot, järjestelmän kyvyttömyys kouluttaa asiakkaita ja tarjota hoidon seuranta, kyvyttömyys järjestää ympäristön tukea ja auttaa asiakasta seuraamaan omaa hoitoaan, tiedon puute hoitoon sitoutumisen tärkeydestä ja hoidon parantamiseen tähtäävien interventioiden puute. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 47.)

Asiakkaan hoitoon sitoutumisen edistäminen osana terveydenhuollon ammattilaisen työtä merkitsee yhteistyötä ja vastuunottamista koko hoitoprosessista yhdessä hoidettavan kanssa. Vastuu ei ulotu vain asiakkaan välittömään hoitoon vaan kotona tapahtuvaan hoitoon ja pitkäaikaissairauksissa mahdollisesti koko loppuelämään. Tämä voi edellyttää uudenlaista näkökulmaa ja suhtautumista omaan työhön, mahdollisesti uusia tietoja ja taitoja sekä lisää aikaa asiakkaalle. (Kynäs & Hentinen 2009, 24.)

### 2.3.3 Sairauteen, hoitoon ja asiakkaaseen liittyvät tekijät

Sairauteen liittyvät tekijät ovat niitä keskeisiä tautiin liittyviä ongelmia, jotka asiakas kohtaa. Ongelmien vaikuttavuus riippuu siitä, kuinka ne integroituvat asiakkaan käsitykseen riskistä ja hoito-ohjeiden noudattamisen sekä hoitoon sitoutumisen tärkeydestä. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat voimakkaasti muun muassa oireiden voimakkuus, fyysisen, psykologisen, sosiaalisen tai ammatillisen toimintaesteisyyden määrä, taudin vakavuus ja etenemisnopeus sekä tehokkaiden hoitojen saatavuus. Muut samanaikaiset sairaudet, kuten masennus esimerkiksi diabeteksen yhteydessä sekä lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttö, ovat tärkeitä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tärkeimpiä hoidosta johtuvia hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat hoidon monimutkaisuus, hoidon kesto, aikaisemmat hoidon epäonnistumiset, useat hoidon muutokset, hyödyllisten vaikutusten odottaminen, haittavaikutukset ja se, kuinka niiden kanssa selviämistä tuetaan. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 47–48.)

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ovat lääkkeen sivuvaikutukset, lääkkeen koettu vaikutus, lääkkeen ottamiseen vaikuttavat seikat sekä muut hoidot, joihin on sitouduttava. Iän myötä unohtelu lisääntyy; myös kokemuksellisuus lääkkeen tarpeettomuudesta lisääntyy ihmisen ikääntyessä. Lääkehoitoon vaikuttavat myös uskomukset ja tuttavien kokemukset sekä asiakkaan oma suhtautuminen lääkehoitoon yleensä. (Kynäs & Hentinen 2009, 198.)

Onnistunut elintapamuutos vaatii sitoutumista. Sitoutuminen sisältää henkilökohtaisen valinnan ja valintoihin suunnatun henkilökohtaisen panostuksen. Sitoutunut pyrkii aktiivisesti kohti valittua tavoitetta. Ennen muutoksen toteuttamista henkilö käy läpi monia muutoksen tekemiseen liittyviä asioita. Ihminen miettii mitä hyötyä muutoksesta on, onko omalla toiminnalla merkitystä ja mitä uhrauksia hänen on tehtävä muutoksen saamiseksi. On inhimillistä, että odotetaan tapahtuvan liian paljon liian lyhyessä ajassa. (Kynäs & Hentinen 2009, 209.)

### 2.3.4 Sitoutuminen muutokseen toteutetaan vaiheittain

Elintapojen muutos on prosessi, joka etenee vaiheittain. Muutosvaiheet jaetaan esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta- ja ylläpitovaiheeseen. Elintapamuutokseen sitoutumiseen vaikuttaa se, missä vaiheessa

muutostaan asiakas on. Etenemisaika voi vaihdella, ja muutoksen tekijä voi jäädä johonkin vaiheeseen useaksi vuodeksi, ennen kuin on valmis seuraavaan vaiheeseen. On myös mahdollista, että muutoksen etenemisessä otetaan takapakkia. (Kyngäs & Hentinen 2009, 210.)

Esiharkintavaiheessa oleva asiakas ei ehkä ole ajatellut tai kokenut lainkaan tarvitsevansa muutosta elintavoissaan. Piittaamattomuus on yleistä tässä muutosvaiheessa olevalle. Muutoksen tarpeen on usein määritellyt joku muu, esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstö. Aikaisemmat epäonnistumisen kokemukset eivät lisää halua tai motivaatiota muutoksen aloittamiseen uudelleen. Esiharkintavaiheeseen kuuluvat nekin asiakkaat, jotka eivät koe pystyvänsä tekemään muutosta ja sitoutumaan siihen. Tällaisia asiakkaita ovat muun muassa he, joilla työ vie kaiken ajan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 211.)

Harkintavaihe tekee sitoutumisen muutokseen jo jonkin verran helpommaksi. Tarpeellisuus muutoksesta tulee tietoiseksi ja asiakas myöntää sen itselle ja muille. Usein terveysongelma käynnistää harkintavaiheen, jokaan harkintavaiheessa asiakas ei vielä kuitenkaan ole aivan valmis tekemään muutosta. Vasta valmistautumis- eli suunnitteluvaiheessa asiakas on vakaasti tiellä kohti muutosta. Muutoksen tekeminen katsotaan mahdolliseksi toteuttaa jo lyhyellä aikavälillä, keinoja muutoksen tekemiseen on paljon ja asiakas vain punnitsee niistä parhaita. Nyt aikaisemmat positiiviset kokemukset toimintatavoista muutoksen toteuttamisesta auttavat eteenpäin. Selvät ja konkreettiset tavoitteet sekä omaan arkeen sopivat toimintatavat edistävät sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 211–212.)

Toimintavaiheessa suunnittelu ja puhe muuttuvat teoiksi, sopivat toimintatavat ovat löytyneet. Positiiviset kokemukset kannustavat eteenpäin ja lujuuttavat sitoutumista. Ylläpitovaiheessa asiakas on ylläpitänyt uusia toimintatapojaan jo vähintään puoli vuotta. Muutos on tullut osaksi arkea ja koetaan, että paluuta vanhaan ei ole. Sitoutuminen on vahvaa ja siihen kannustavat muutokset omassa elimistössä ja sosiaalisesta ympäristöstä tulevat palautteet. On hyvä, jos asiakas tunnistaa jokaisesta vaiheesta jonkun eteenpäin vievän tekijän, jonka avulla hän pystyy siirtymään eteenpäin, kohti pysyvää muutosta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 212–213.)

Monilla suomalaisilla on yksilöllisiä elintapojen muutostarpeita, jotka liittyvät ravitsemukseen, liikuntaan, alkoholin käyttöön, tupakointiin ja kii-reiseen elämänrytmiin. Elintapamuutosten toteuttaminen ja niiden ylläpitäminen on arjen keskellä haastava tehtävä. Näin on myös silloin, jos asiakas kokee, että esimerkiksi hänen sairastamastaan tyyppin 2 diabeteksestä ei ole konkreettista haittaa. Uuden käyttäytymisen omaksuminen vaatii tietoa, oppimista, motivaatiota ja toimintaa. (Kyngäs 2007b, 90.)

Sairastuminen aiheuttaa yksilön tai yhteisön tasapainon järkkymiseen, mikä käynnistää muutostarpeen. Selviytymisen tavoitteena on sopeutuminen ja sopeutuminen tähtäävät mahdollisimman hyvään selviytymiseen. Sopeutumiskäsitteen mieltämisessä painottuu nykyään näkökulma, jossa

huomioidaan sopeutumisen ja sen prosessin aikaisen tuen tarpeen ennakointi, sopeutumisen yhteisöllisyys ja sosiaalisen tuen merkitys sopeutumisprosessissa. (Olli 2008, 17.)

#### 2.4 Hoitoon sitoutumisen aikaisemmat tutkimukset ja laadun arviointi

Hoitoon sitoutumisen mittaamiseen ei ole käytettävissä kiistatonta standardimittaria. Kirjallisuudessa on esitetty laaja valikoima erilaisia menetelmiä. Tarkka hoitoon sitoutumisen arviointi on kuitenkin välttämätöntä tehokkaan hoidon suunnittelua varten ja sen varmistamiseksi, että mitattavien terveydentilan muutosten voidaan katsoa johtuvan juuri suositelluista hoitokeinoista. Tarvitaan myös luotettavaa tietoa niistä tekijöistä, jotka tukevat hoitoon sitoutumista. Ammattihenkilöstö tarvitsee tietoa hoitoon sitoutumisen merkityksellisyydestä, jotta se tukisi heitä heidän päätöksissään hoitosuosituksen, lääkityksen tai kommunikaatiotapojen muuttamisesta. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 22.)

Hoitoon sitoutumista on yritetty kuvailla, selittää ja ennustaa lukuisien eri teorioiden ja mallien avulla. Osa niistä perustuu tunnettuihin käyttäytymistieteellisiin teorioihin ja osa saatu tutkimalla hoitoon sitoutumista käytännössä. Kyseessä on kuitenkin moniulotteinen ilmiö, jota on vaikea teoreettisesti kuvata ja hallita. (Kynäs & Hentinen 2009, 56.)

Hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu useiden tieteiden näkökulmasta. Hoitomotivaatio on merkittävä hoitoon sitoutumista edistävä tekijä. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa asiakkaan sosiaalinen asema ja psykologiset ominaisuudet tarkoittamatta kuitenkaan persoonallisuutta tai älykkyyttä. Lisäksi asiakkaan tieto ja ymmärrys hoidosta vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Usko siihen, että terveydentila paranee ja sairauden haittavaikutukset vähenevät, edistää hoitoon sitoutumista samoin kuin tunne omasta elämän hallinnasta. Keskeistä on asiakkaan käsitys kyvystään selviytyä ja hallita omaa sairauttaan sekä tukeva, kannustava, rohkaiseva ja selviytymisestä positiivista palautetta antava vuorovaikutussuhde asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Kemi, Kääriäinen & Kynäs 2009, 174–184.)

Yksi tapa arvioida hoitoon sitoutumista on kysyä hoidon tarjoajilta ja asiakailta heidän omia arvioitaan hoitoon sitoutumiseen liittyvästä käyttäytymisestä. Asiakkaiden omien arvioiden analysointi on ongelmallista. Asiakkaat, jotka myöntävät laiminlyöneensä ohjeita, kuvaavat yleensä käyttäytymistään tarkasti, mutta asiakkaat, jotka kieltävät epäonnistuneensa ohjeiden seuraamisessa, kuvaavat käyttäytymistään suurpiirteisesti. Subjektiiivisissa hoitoon sitoutumisen mittaustavoissa käytetään standardoituja kyselykaavakkeita, jotka asiakkaat täyttävät. Tyypillisesti on arvioitu yleisiä asiakkaan ominaisuuksia tai persoonallisuuden piirteitä, mutta ne ovat osoittautuneet huonoiksi ennustamaan hoitoon sitoutumiseen liittyvää käyttäytymistä. Ei ole olemassa pysyviä, henkilökohtaisiin piirteisiin liittyviä tekijöitä, jotka luotettavasti ennustavat hoitoon sitoutumista. Kysymyskaavakkeet, joilla arvioidaan tarkoin määrättyä, tiettyyn lääketieteelli-

seen suositukseen liittyvää käytöstä saattavat ennustaa hoitoon sitoutumista paremmin. Huonon hoitoon sitoutumisen taloudellisten vaikutusten arviointi vaatii siihen liittyvien kulujen ja seurausten tunnistamista. (Pitkääikäisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 22.)

Helpompaa on arvioida terveysohjelmien onnistumista mittaamalla resursien käyttöä ja interventioiden tehokkuutta kuin toivottuja hoitotuloksia. Liiallinen niihin luottaminen voi johtaa kuitenkin siihen, että tutkitaan terveydenhuollon tarjontaa, mutta jätetään huomioimatta terveydenhuollon todellinen käyttö, mikä tekisi mahdolliseksi terveydellisten päätetapahtumien tarkan arvioinnin. Väestön terveydentilan päätetapahtumia voidaan ennustaa hoidon tehoa kuvaavilla mittareilla vain silloin, kun hoitoon sitoutuminen huomioidaan sekä suunniteltaessa projekteja että arvioitaessa niiden toteutumista. Hoitojen todellista tuloksellisuutta ei voida arvioida tarkasti, jos sitä mitataan lähinnä vain resurssien hyödyntämistä mittaavilla indikaattoreilla ja interventioiden tehokkuudella. (Pitkääikäisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 40.)

Hoitoon sitoutumista on vaikea selvittää siksikin, että käytännössä voi olla vaikea lähestyä kysymystä, jossa asian käsittely saattaa vaikuttaa asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen suhteeseen. Yleensä ammattilainen epäilee omista asiakkaistaan noin 10 %:n olevan hoitoon sitoutumattomia, vaikka todellinen luku on noin 50 %. Tapaamisajoista kiinnipitäminen ei aina kerro koko totuutta, sillä näistäkin asiakkaista vain noin 40 % on hyvin hoitoon sitoutuneita. Toisaalta vastaanottoaikansa laiminlyövästä asiakkaista noin 95 % sitoutuu hoitoon heikosti. (Savikko & Pitkälä 2006, 4–7.)

### 3 PITKÄAIKAISSAIRAUTTA SAIRASTAVAN KOKEMUKSELLI- NEN ELÄMÄNHALLINTA

Seuraavassa luvussa pohditaan ja läpikäydään pitkäaikaisen sairauden tuomaa muutosta yksilön arkeen ja identiteettiin. Identiteetti muuttuu läpi elämän: se syventyy, vahvistuu, ja löytää uusia ulottuvuuksia. Ihminen määrittelee itseään työn kautta, ammattinsa perusteella, puolisoina ja vanhempina. Minäkuva voi horjua pahasti, kun sairastuu pitkäaikaisairauteen; aiemmin terveestä tuleekin äkkiä pysyvästi sairas. (Holopainen 2010, 14–16.)

Pitkäaikaisairautta voidaan määritellä eri tavoin. Usein määrittely liittyy sairauden kestoon, säännölliseen lääkkeiden käyttöön ja hoitoon tai sairauden vaikutukseen sairastuneen jokapäiväisessä elämässä (Kyngäs 2007b, 120). Yleisin määritelmä pitkäaikaisairaudesta on se, että kyseessä on tauti, jolla on yksi tai useampi seuraavista ominaisuuksista: ne ovat pysyviä, aiheuttavat pysyvää vammautumista, aiheutuvat palautumattomista patologisista muutoksista, vaativat asiakkaalta erityistä koulutusta kuntoutumista varten tai voivat vaatia pitkäaikaista ohjausta, tarkkailua tai hoitoa. (Pitkääikäisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 22.) Luvut pitkäai-

kaissairauksien esiintyvyydestä vaihtelevat määrittelyn mukaan, mutta määrä on kuitenkin kasvanut viime vuosikymmenten aikana (Kyngäs 2007b, 120).

Yksi vaihtoehto on tarkastella pitkäaikaissairautta pitkäaikaisen terveysongelman näkökulmasta. Pitkäaikaisella terveysongelmalla tarkoitetaan elimistössä olevaa pitkäaikaista, palautumatonta muutosta, jonka hoitamisen voidaan olettaa vaativan asiakkaalta itseltään pitkäaikaista erityistä harjoitusta ja sen voidaan olettaa vaativan pitkäaikaista ammatillista ohjausta, tarkkailua tai hoitoa. Pitkäaikaiseen terveysongelmaan liittyy erilaisen oireiden tai hoitojen jokapäiväisyys ja tunnetilaan liittyy monenlaista epävarmuutta. Samalla tilanteeseen liittyy kokemus aikaisemman minäkuvan muuttumisesta. Muistettava on, että sairauden merkitys ihmiselle on yksilöllinen. Jos käytetään termiä pitkäaikainen terveysongelma, niin silloin korostetaan sitä, että pitkäaikainen elimistön muutos ei välttämättä tuhoa kokonaan ihmisen terveysvoimavaraa. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Kattajisto 1999, 19–23.)

Teoreettisesti pitkäaikaista terveysongelmaa lähestytään kirjallisuudessa kahdesta eri näkökulmasta. Pitkäaikaisen terveysongelman etenemisessä voidaan havaita etenemisvaiheita, jotka voivat erota sisällöltään ja ajalliselta kestoltaan. Ensisijaisesti pitkäaikaisen terveysongelman etenemiseen voidaan vaikuttaa elämänlaadun näkökulmasta, vaikkei tautia voitaisikaan parantaa. Tieto ongelman etenemisen vaiheista auttaa elämänlaadun tukemisessa. Kuitenkin pitkäaikaisen terveysongelman eteneminen on väistämättä asiakkaan kuntoa alaspäin vievä spiraali. Toinen teoreettinen käsite on terveysongelman sisäinen hallinta. Hallinnalla tarkoitetaan ajattelu- ja toimintakokonaisuutta, jonka avulla ihminen saavuttaa hallinnan ja kontrollin elämäänsä sekä siihen liittyviin asioihin. Hän myös kokee elämänsä tasapainoiseksi sekä itsensä kyvykkääksi ongelmatilanteissa. (Leino-Kilpi ym. 1999, 19–23.)

Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puutetta. Terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. Jokainen ihminen määrittää terveytensä omalla tavallaan, ja tämä määritelmä on lopulta se tärkein. Oma koettu terveys saattaa poiketa paljonkin lääkärin arviosta ja muiden ihmisten käsityksestä. Ihminen voi tuntea itsensä terveeksi, vaikka hänellä on vaikeitakin vammoja tai sairauksia, joihin hän saa hoitoa. Omakohtaiseen arvioon vaikuttavat voimakkaasti henkilön tavoitteet ja se, millaisessa ympäristössä hän elää. Sairaus kuvataan usein poikkeavuudeksi normaalista, tunnistettavaksi häiriöksi elimistön toiminnassa. (World Health Organization 2006.)

Huttusen (2010) mukaan on tärkeää ymmärtää terveyden kokonaisvaltainen merkitys. Ihminen toimii aina, sairaana tai terveenä, suhteessa ympäristönsä kanssa. Ei ole yksin pitkäaikaissairaudesta kärsivän, lääkärin tai

hoitotyöntekijänkään vastuulla ymmärtää, hoitaa tai jäsentää sairauden ilmaantumisen merkityksellisyyttä sairastuneen elämässä. Elämän kokemuksellisuus on kokonaisuksiensa summa. (Huttunen 2010.) Sopeutuminen tarkoittaa muuntautumista kulloistenkin olosuhteiden mukaan, kykyä suhtautua ja käyttäytyä muuttuvissa olosuhteissa. Sopeutumisen synonyymiksi mainitaan mukautuminen. (Olli 2008.)

Suomalaisilla on mahdollisuus entistä parempiin elämäntapoihin ja turvalliseen ympäristöön, parantuneeseen sosioekonomiseen asemaan ja koulutukseen sekä lääketieteen kehitykseen. Tästä syystä suomalaiset elävät terveempinä, toimintakykyisempinä ja pidempään kuin koskaan aiemmin. Silti monien kansansairauksien ja niiden riskitekijöiden ehkäisyssä ja hoidossa on edelleen parantamisen varaa. Muun muassa juuri diabeteksen ilmaantuvuus jatkaa kasvuaan eikä diabeteksen riskitekijöiden hoito onnistu optimaalisesti. Kuitenkin on nähty, että diabeteksen hoito- ja ehkäisyohjelmat ovat parantaneet asiakkaiden hoitotasapainoa ja vähentäneet diabeteksen ilmaantuvuutta. (Routasalo & Pitkälä 2009, johdanto.)

Sairastuminen voi aiheuttaa epämiellyttäviä tunteita, kuten syyllisyyttä, epäonnistumisen ja toivottomuuden tunnetta. Lähiympäristöllä voi olla tunne omasta kyvyttömyydestä tukea sairastunutta. Yksilöllisten voimavarojen arvioiminen ja tunnistaminen on tärkeää. Lähiympäristön ulkopuolelta tulevan tuki on sopeutumisessa yksi keskeinen voimavara. (Olli 2008.)

Ollin (2008) Diabetes elämänkumppanina -tutkimuksessa on saatu tulokset sairauden ensikohtaamisen vaiheessa nuorten diabetekseen sairastuneiden mielikuvia diabeteksestä. Mielikuvia ilmaisevia sanoja olivat elinikäinen, parantumaton, vakava, lisäsairauksia aiheuttava, hoidettavissa oleva, päivittäin itse hoidettava, hoidon sitovuus, hoidosta aiheutuvat rajoitukset ja ympäristön painostava asennoituminen. Tällaiset mielikuvat aiheuttivat tunteiden, joita olivat järkytys, sokki, yllätys, epäusko, epävarmuus, huoli, epätoivo, luopuminen, suru, sääli, helpotus ja toivon virittyminen, myllerryksen. Sairastuneet etsivät tilaansa syitä ja syyllistä. Heidän reaktioikseen nousivat selityksen tarvitseminen, järjeistäminen, syyllisyyden tunteminen, omasta tekemisestä syyn etsiminen, sukutaustan ja perinnöllisyyden epäileminen, syyllistäminen, epäoikeudenmukaisuuden kokeminen, vaihtokaupan tekeminen ja hyvittäminen. (Olli 2008.)

Ollin (2008) tutkimuksessa ilmeni nuorten suru sairauden vakavuudesta ja taudin elinikäisyydestä, suru huolettomuudesta luopumisesta, huoli sairastuneen jaksamisesta kohdata sairautensa päivittäinen hoito läpi elämän sekä huoli mahdollisista lisäsairauksista, joille diabetes altistaa. Hyvät hoitomahdollisuudet lohduttivat ja antoivat turvaa, mutta hoitoa pidettiin vaativana ja sitovana. (Olli 2008.) Kun sairauteen ajan myötä tutustui, nousivat esille arjen uudelleen järjestäminen, hoitosysteemin opetteleminen ja varuillaan oleminen (Olli 2008). Arjen sujuminen koettiin tapahtuvaksi kun arki oli turvattu esimerkiksi ateriat- ja päivärytmin luomisella ja hoidon tekninen puoli oli saatu hallintaan (Olli 2008). Ristiriitoja sopeutumi-

sen kokemukseen toi muun muassa arjen muuttuminen esimerkiksi päivärhythmin tai hoitorutiinien rikkoutumisen kautta ja omahoidon vaikeutuminen, jos hoitotasapaino syystä tai toisesta huononi (Olli 2008). Tulevaisuuteen luotiin luottavaisesti katse esimerkiksi hoitojen kehittymisen tukemana (Olli 2008). Kun tutkimukseen osallistuneiden nuorten omahoitoon kiinnostusta kuvattiin, tulivat esille seuraavat toimintatavat: joustava, tunnollinen, hapuilija, pakertaja ja kapinallinen (Olli 2008).

Olli (2008) sai tutkimuksessaan mielenkiintoisia tuloksia juuri pitkäaikaisairauteen ja sen kokemuksellisuuteen liittyen. Hoidon opettamisen kannalta keskeisiksi ominaisuuksiksi nousivat diabetesta koskevan tiedon saaminen sekä hoitotoimenpiteiden neuvominen ja opettaminen. Avattuina nämä asiat näyttäytyvät saadun tiedon tarpeellisena ja hyödyllisenä kokemisena, sairauteen liittyvien pelkojen lieventymisenä. Tiedon tulviminen mainittiin ja esille tuotiin myös oman pohdinnan tärkeys tiedon omaksumisessa. Merkitystä saivat neuvonnan ja opetuksen suunnitelmallinen toteutuminen ja hoitotoimenpiteiden harjoittelu, johon kuuluivat: välineiden ja tekniikan harjoittelu, mallin näyttäminen, tekemiseen opastaminen sekä oikean suorituksen varmistaminen. (Olli 2008.)

### 3.1 Omahoito nykykäsityksen mukaan

Hoitoon sitoutuminen ja hoitoon sitouttaminen ovat yhteistyötä asiakkaan ja ammattihenkilöstön välillä. Diabetesta sairastavan hoitopolku alkaa ensikohtaamisesta taudin diagnosointivaiheessa. Kaikki, mitä silloin ja sen jälkeen tapahtuu, on merkityksellistä. Tärkeää on selvittää omahoito käsitteenä, omahoidon merkitys hoitoon sitoutumisen kannalta ja ne asetelmat, jotka kuvastavat asiakkaan omahoitoisuutta terveydenhoidon ammattilaisen näkökulmasta.

Omahoito merkitsee sitä, että asiakas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa ja elintapamuutoksensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Siinä painottuvat asiakkaan oman arjen asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut ja asiakkaan omien hoitopäätösten hyväksyminen. Pitkäaikaissairautta sairastava kokee hyväksi omahoidon mahdollisuuden ja toteutuessaan omahoito vaikuttaa myönteisesti asiakkaan sairastamiseen ja elämänlaatuun sekä vähentää terveydenhuollon palvelutarvetta ja sairaalahoitoja. Ammattihenkilö ottaa selvää asiakkaan toiveista ja arkielämästä ja sovittelee yhdessä asiakkaan kanssa hoidon juuri hänelle sopivaksi. Näin pyritään tukemaan asiakasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. (Routasalo ym. 2009, johdanto, 2352.)

Asiakaslähtöisessä omahoidossa ammattihenkilö tuo hoidon suunnitteluun oman ammatillisen tietonsa ja osaamisensa. Hän sovittaa ne asiakkaan tiedot, toiveet, odotukset, arkielämän tilanteet ja valmiudet huomioon ottaen hänen elämäntilanteeseensa. Ammattihenkilö on rinnalla kulkija, joka tukee, kannustaa ja rohkaisee asiakasta. Repsahdusten sattuessa hän luo uutta uskoa asiakkaalle. Sairauden tai riskitekijän asiantuntijana hän on asiakkaan luotsi ja tarvittaessa auttaja. Asiakas on oman tilanteensa ja elä-



mänsä asiantuntija, joka päättää ja ottaa vastuun toiminnastaan. Jos asiakas päättää jatkaa entistä elämäntapaansa sairaudesta ja riskeistä huolimatta, hänellä on siihen oikeus, vaikka päätös ei olisikaan toivottava ammattihenkilön näkökulmasta katsottuna. Sairauden ja sen aikaansaamasta kokemuksellisuudesta puhuminen saa monenlaisia muotoja riippuen keskustelutilanteen erityispiirteistä ja sille ominaisista institutionaalisista tehtävistä, osallistujien odotuksista ja esitettävän ongelman luonteesta. (Ruusu-vuori 2003, 286; Routasalo & Pitkälä 2009, 9.)

Uusien keinojen löytäminen väestön terveyden edistämiseen on avainkysymys terveydenhuollon vaikuttavuuden kehittämisessä. Suomessa väestön omahoidon tukeminen on viime aikoina nostettu keskeisesti esille poliittisissa linjauksissa. Omahoidon parantamisella on mahdollista edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään, terveellisiä elintapoja ja siten sitoutumista näyttyön perustuviin hoitoihin. (Routasalo ym. 2009, 2351.)

Aikaisemmin on ollut vallalla malli hoitosuhteesta, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö suunnittelee asiakkaalle hoidon, jota hän edellyttää asiakkaan noudattavan. Tämä juontuu roolituksesta, jossa terveydenhuollossa lääkäreillä ja muilla ammattilaisilla oli vahva auktoriteetti suhteessa asiakkasiin. Totunnaisessa hoitosuhteessa ammattihenkilö on tehnyt hoitosuunnitelman, mutta asiakas on aina viime kädessä itse tehnyt päätökset hoidon toteuttamisesta. Asiakkaan toimintaa arvioitiin hoitomyöntyvyyden näkökulmasta, mikä tarkoitti asiakkaan kuuliaisuutta ja kykyä noudattaa lääkärin ja hoitohenkilökunnan ohjeita. Hoitomyöntyvyys ilmentää asiakkaan passiivista reagointia autoritaarisessa vuorovaikutuksessa. Jos asiakas kokee vastaanottokäynnillä syyllisyyttä epäonnistumisestaan, ammattihenkilön moittivan häntä tai pelottelevan hoidon laiminlyönnin seurauksilla, hän saattaa puolustautua valkoisilla valheilla säästyäkseen moitteilta. Ammattihenkilön ja asiakkaan autoritaarinen suhde voi näin ollen heikentää asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja siten kykyä hoitaa itseään. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7; Routasalo ym. 2009, 2351–2352.)

Uudempi näkökulma hoitosuhteesta on sen määrittelemisen joko kumppanuussuhteeksi tai valmentajasuhteeksi. Kumppanuussuhteessa lähestytään asiakaslähtöisyyttä. Siinä ammattihenkilö kertoo asiakkaalle erilaisista hoitovaihtoehdoista ja neuvottelee asiakkaan kanssa tälle sopivasta hoidosta. Hoitosuhde perustuu kumppanuuteen, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii asiantuntijana ja tiedon jakajana. Hoidon tulos riippuu asiakkaan sitoutumisesta neuvoteltuun hoitoon. Valmentajasuhteessa omahoidon tukeminen perustuu asiakkaan ja ammattihenkilön tasavertaisuuteen, jolloin terveydenhuollon ammattilainen toimii valmentajan roolissa. Hoidon suunnittelu lähtee asiakkaasta. Ammattihenkilö ottaa selvää asiakkaan toiveista, kokemuksista, peloista, uskomuksista ja arkielämästä ja sovittelee yhdessä asiakkaan kanssa yksilöllisen hoidon. Näin omahoidossa korostuu valmentajasuhde, jossa hoitosuunnitelma pohjautuu asiakkaan toiveisiin ja räätälöidään realistiseksi ja asiakkaan arkielämään sopivaksi. (Routasalo ym. 2009, 2351–2352.) Tässä yhteydessä on kuitenkin tärkeä tiedostaa, ettei asiakas kaikissa tilanteissa ole halukas tai kykenevä

tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä; esimerkiksi akuutissa tilanteessa useimmiten ammattihenkilön edellytetään tekevän hoitopäätöksen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7.)

Siirryttäessä asiantuntijalähtöisestä hoitomyöntävyysajattelusta korostamaan hoidosta sopimista syntyy ammattihenkilöille ja asiakkaille tulee uusia haasteellisia tehtäviä ja rooleja. Autoritäärinen asiantuntija muuttuu asiakkaan yhteistyökumppaniksi ja valmentajaksi, jonka kanssa asiakas neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Terveystieteiden ammattilainen vahvistaa omahoitoa tukemalla asiakkaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta tämän ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Asiakkaalta omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan samoin kuin uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen. (Routasalo ym. 2009, 2351.)

Kumppanuussuhteessa asiakas tuo suhteeseen oman arvo-, tieto- ja kokemusmaailmansa ja hoitotyön ammattilainen omat arvonsa, tietonsa ja taitonsa hoitaa sairautta. Hoitotyön ammattilaisen vuorovaikutustaidot vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, hoidon tuloksellisuuteen ja myös asiakkaan tyytyväisyyteen. Valmentajasuhteessa toiveiden ja arkielämän ymmärtäminen edellyttävät sairastuneen aitoa kuulemistä ja autonomian kunnioittamista. Pitkäaikaissairas kokee sairauden ja sairastumisen riskit omalla persoonallisella tavallaan ja tekee hoitopäätökset tietonsa ja elämäkokemustensa pohjalta. (Routasalo ym. 2009, 2354.) Tapahtuma ja sen vaikutus, ympäristö, yksilön muut voimavarat tai niiden hetkellinen kuormittuneisuus takaavat alati vaihtuvan ja muuttuvan vuorovaikutuksellisen tilanteen, jopa saman asiakkaan kanssa toimiessa. Riskiryhmässä olevan samoin kuin jo sairastuneen osallistuminen elintapamuutosta koskevaan päätöksentekoon ja vastuun ottaminen omasta terveystietäytymisestään ja hoidon toteutuksesta edellyttävät ammattihenkilöiltä jatkuvasti uudenlaista asennoitumista ja uusia tukemisen tapoja. (Routasalo ym. 2009, 2351–2352.)

Osa koetuista terveydellisistä ongelmista jää virallisen terveydenhuollon ulottumattomiin. Suomalaisessa yhteiskunnassa kuitenkin hyvin harva elää ilman henkilökohtaista kokemusta lääketieteellisestä tai terveydenhoidollisesta avusta. Terveystieteiden erilaisissa käytännöissä kohtaavat sairastunut ja hänen kokemustensa merkityksiä vastaanottava, institutionaalisiin merkityksiin enemmän tai vähemmän sitoutunut toimija tai hoitojärjestelmän kokonainen toimintayksikkö. Sairauden kokemisesta tulee tässä vuorovaikutuksessa syntyvä moniääninen tapahtumakulku, jonka merkitys rakentuu kokijan kautta. Yksittäisen kohtaamisen kokemus voi olla niin voimakas, että se muodostaa taustan asiakkaan myöhempien tuntemusten läpikäynnille. (Engeström 2003, 308–317.)

### 3.2 Onnistunut ohjaus edistää hoitoon sitoutumista

Ohjaus hoitotyössä on keskeinen osa asiakkaan hoitoa. Esimerkiksi diabetekseen sairastunut saa alussa niin kutsutun diagnosointivaiheen ohjauksen, joten kosketuspinta terveydenhuollon ammattilaiseen luodaan heti. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa osana asiakkaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. Asiakkaan ja hänen läheistensä ohjaus on täten erittäin tärkeä ja olennainen osa hoitotyötä. Ohjauksella tuetaan asiakasta löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska hoitoajat lyhenevät, jolloin ohjaamiselle jää yhä vähemmän aikaa. Ohjaustyön vaativuus on myös kasvanut, sillä asiakkaat ovat tietoisia oikeuksistaan ja heille kuuluvasta hoitotyön laadusta. Väestön koulutustaso on noussut, informaatiotekniikka mahdollistaa asiakkaiden tiedonhankinnan ja heidän kykynsä käyttää saamaansa tietoa on vahvistunut. Ohjaaminen hoitotyössä on sidoksissa laajaan lakien, ammattikäytänteiden sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkostoon. (Kyngäs 2007b, 5–12; Heikkinen ym. 2008, 12–13.)

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman (Rytkönen 2010, 81–85) mukaan merkittävimpiä ongelmia tyypin 1 diabeteksessa Suomessa ovat muun muassa huonot hoitotulokset ja riittämätön hoidon ohjaus. Asiakkaan ohjaus on olennainen osa diabeetikon hoitotyötä. Tavoitteena on lisätä tiedonsaantia ja tukea asiakasta omaan terveyteen, siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa. Kun diabetesasiakkaan hoidonohjaus onnistuu, lisääntyvät hänen edellytyksensä vaikuttaa omaan elämäänsä ja hoitoonsa. Tällöin onnistuneella ohjauksella on myös kansanterveydellisiä ja kansantaloudellisia vaikutuksia. (Rytkönen 2010, 81–85.)

Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta tuloksellinen ohjaus edellyttää, että asiakas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana, jonka avulla hän voi tarkastella omaa tilaansa ja toimintaansa. Asiakas arvioi omaa elämäntilannettaan, voimavarojaan ja mahdollisuuksiaan sitoutua hoitoonsa omasta perspektiivistään. Ohjausta arvioidaan jatkuvasti sekä ohjauksen että toivotun lopputuloksen eli hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. On selvitettävä, mikä ohjauksessa tuki ja edisti hoitoon sitoutumista. Mitä nopeammin asiakkaan hoitoon sitoutumista koskeviin ongelmiin puututaan, sitä helpompia ne ovat korjata. (Kyngäs & Hentinen 2009, 81–106.)

Olli (2008) sai merkityksellistä tietoa nuorten ohjaamisessa tapahtuvien kannustavien ja lannistavien tekijöiden olemassaolosta sekä kehittämistarpeista. Kannustavassa hoitosuhteessa tapahtui yksilöllistä huomioimista, kohtaaminen oli tasavertaista, kehuja ja kannustusta annettiin, tietoa annettiin syylisyyttä, henkilökemioiden kohtaaminen koettiin tärkeäksi, samoin samalla aaltopituudella oleminen. Lannistavina kokemuksina esille tuli rutiinitapauksena kohtelemisen, negatiivinen ja autoritaarinen suhtautuminen, parhaansa tekemiseen uskomisen puuttuminen, henkilökemioiden sopimattomuus sekä puuttumisen lykkääminen. (Olli 2008.) Kehitettävää jäi myös kiinnostuksen osoittamisessa, vastuullisuuteen kannustami-

sessä, muuttuvan elämäntilanteen huomioon ottamisessa, luotettavan hoitopaikan säilymisessä, vanhempien huomioon ottamisessa, diabetestiedon päivittämisessä ja kirjavaisuuden välttämässä (Olli 2008).

Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2005, 10–15) mukaan asiakaslähtöisen ohjauksen toteutuminen edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä valmiuksia, resursseja ja toimintaympäristön organisoimista. Asiakkaiden kontekstin huomioiva ohjaus lisää asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja edistää hoitoon sitoutumista. Ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö tukee asiakkaiden yksilöllisiä tapoja omaksua asioita. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10–15.)

Asiakkaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet asettavat terveydenhuoltohenkilöstölle suuria haasteita. Tätä erilaisuutta voidaan nimittää asiakkaan taustatekijöiksi, ja ne voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Hyvinä esimerkkeinä fyysisistä taustatekijöistä toimivat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja asiakkaan muu terveydellinen tila. Psyykkiset tekijät ovat muun muassa terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, motivaatio, oppimisvalmiudet. Sosiaalisista tekijöistä löytyy kulttuuritausta, uskonnollisuus ja etninen tausta. Ympäristötekijät itsessään voidaan jakaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä voimaannuttaviin tai kuormittaviin. Asiakkaan taustatekijöiden huomioiminen ja ohjaustavoitteisiin pääseminen vaatii hoitajalta omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. Hoitajan on ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä, jotta hänen toimintansa edistää asiakkaan tilanteen selkiytymistä. (Kyngäs 2007b, 26–31.)

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeä tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua uutta asiaa. Ohjaustarpeen selvittämiseksi asiakasta voi pyytää kertomaan terveysongelmistaan, niiden mahdollisista syistä ja vaikutuksista sekä siitä, mitä hän odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Jos asiakkaalle on annettu riittävästi tietoa, hän pystyy viime kädessä itse arvioimaan, mikä hänelle on hyväksi. Asiakkaat odottavat vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta sellaisissakin tilanteissa, joissa he tietävät ajattelewansa eri tavalla kuin hoitaja. Hoitajan kyky ymmärtää asiakasta ja rohkaista häntä tekemään kysymyksiä on tärkeä. (Kyngäs 2007b, 47–49.)

Omahoidon osaamista arvioitaessa selvitetään, mitä esimerkiksi diabeetikko on oppinut omasta sairaudestaan, omahoidosta ja kuntoutuksesta. On hyvä muistaa, että arvioinnissa ei ole kysymys kouluarvioinnista tai asioiden tenttaamisesta, vaan siitä, että saadaan tietoa missä asioissa diabetesta sairastava itse kokee sillä hetkellä pärjäävänsä hyvin ja missä hän tarvitsee vielä lisäohjausta. Omahoidon arviointi on tärkeää jatko-ohjauksen suunnittelua varten, jotta tiedetään yksilöllisesti kunkin diabetesta sairastavan kohdalla, miten ja millä aikataululla ohjauksessa edetään. Omahoidossa jaksaminen on asia, jota kannattaa aina vastaanottotilanteissa kysyä, koska se voi olla myös kuntoutustarpeeseen vaikuttava asia. Jaksamiseen vaikut-

taa diabetes pysyväissairautena sinänsä tai sitten jokin hoidollinen erityiskysymys, kuten vaikeudet hoitotasapainon saavuttamisessa ja diabeteksen hoidon toteutettavuuden pohtiminen. Hoidon toteutettavuutta suhteessa diabetesta sairastavan ihmisen elämään ja jaksamiseen on mietittävä. Mikä on kullekin diabetesta sairastavalle se paras eli parhaiten juuri hänen toteutettavissaan oleva hoito? Ongelmia jaksamiseen voivat aiheuttaa myös muut elämässä ilmenevät tekijät, kuten kiire, työstressi, muut sairaudet, perheongelmat jne. Jaksamiseen liittyvät asiat ovat usein yhteydessä mielialaan ja muun muassa masennukseen. Masennus puolestaan voi vaikuttaa omahoidon toteutumiseen ja siten myös verensokeritasapainoon. (Heikkinen ym. 2008,12–13.)

Asiakkaalle ei saa tulla sitä käsitystä, että hänen on täytettävä tietyt kriteerit ollakseen hyväksytty "oikea" asiakas. Hoitoväsymys heikentää diabetesta sairastavan hoitotasapainoa ja tekee elämän raskaaksi. Masennus, uupumus, kriisit töissä ja parisuhteessa tai esimerkiksi alkoholiongelmat johtavat helposti siihen, ettei diabetesta sairastava jaksakaan hoitaa itseään niin hyvin kuin haluaisi. Ihminen on kokonaisuus, jossa kaikki asiat vaikuttavat toisiinsa, hoitoväsymys voi syntyä stressaavien elämäntilanteiden kautta, kun ihmisellä on liikaa vastuita suhteessa omiin voimavaroihinsa. Diabeteksestä ei saa ikinä lomaa ja hoitoväsymys voi johtaa hoitoon sitoutumattomuuteen. (Palokari 2010, 8–10; Linkola 2008.)

#### 4 DIABETES MELLITUS SAIRAUTENA

”Diabetes on ihmeellinen ruumiin tila, joka ei kuitenkaan ole kovin yleinen. Se tarkoittaa lihan ja jäsenten sulamista virtsaksi. Se on luonoltaan kylmä ja kostea kuten vesipöhö. Tauti alkaa munuaisista ja virtsarakosta, koska potilaat eivät lakkaa erittämästä vettä, vaan sen virta on alituista samalla tavoin kuin veden virta avatuista akvedukteista. Tauti on luonteeltaan krooninen ja sen kehittyminen kestää pitkän ajan. Potilas on kuitenkin lyhytikäinen, jos tauti vakiintuu täysin ihmisen konstituutioksi. Tällöin näet mainittu sulaminen on hyvin nopeaa ja kuolema tapahtuu nopeasti.”

Näin karusti diabeteksen määritteli vuosien 100–200 taitteessa elänyt Aretaios Kappadokialainen; varhaisimmat kuvaukset taudista löytyvät jo antiikin lääketieteellisistä teksteistä. Nimen ”diabetes” taudille antoivat kreikkalaiset. Nimi on johdettu verbistä ”diabaino”, joka tarkoittaa ’kulkea lävitse’. (Hytönen & Joutsivuo 2005, 8, 13.)

Diabeteksen oireiden tuntemus lisääntyi vähitellen ja yhteys makeuteen tarkentui. Avicenna, arabialainen oppinut, huomasi 1000-luvun alussa, että diabetesta sairastavan virtsa on makeaa. Yli kuusisataa vuotta myöhemmin vuonna 1674 Thomas Willis esitteli taudin nykyisen nimen Diabetes mellitus, joka suoraan käännettynä tarkoittaa ’läpituokevan hunajanmakea’. (Hytönen & Joutsivuo 2005, 8.)

Runsas virtsan erityksen vuoksi taudin luultiin olevan munuaisperäinen 1800 -luvulle saakka, jolloin alkoi väittely siitä, onko tauti maksa- vai

haimaperäinen. Taudin tiedettiin aiheuttavan muutoksia haimassa, mutta toisaalta pystyttiin osoittamaan, että sokeria tuotettiin maksassa. Selvyys asiaan saatiin vuonna 1889, kun eräälle koiralle kehittyi diabetes haiman poistamisen jälkeen. Vasta vuonna 1909 saatiin selville, että diabetes aiheutuu haiman insuliinia tuottavien Langerhansin solusaarekkeiden, jotka saksalainen Paul Langerhans oli löytänyt vuonna 1869, toiminnan loppumisesta. Insuliinin kehittämistä jouduttiin odottamaan vuoteen 1921, jolloin kanadalaiset Frederick Banting ja Charles Best valmistivat haimauutetta erään koiran haiman Langerhansin solusaarekkeesta ja injektivat sen kuolemaisillaan olevaan koiraan, jolle oli aiheutettu diabetes poistamalla haima. Koe onnistui: koiran vointi parani ja sen verensokeri laski. Vuonna 1922 insuliinia annettiin ensimmäistä kertaa ihmiselle. Tämän jälkeen alettiin valmistaa alkuperäistä puhtaampaa nautaperäistä insuliinia. Diabeteksen hoito koki täydellisen mullistuksen, sillä nyt tautiin oli vaikuttava lääkehoito. Diabeteksen hoitoon paneutuminen alkoi kuitenkin vasta toisen maailmansodan jälkeen. (Hytönen & Joutsivuo 2005, 8–12.)

Sokeritauti eli diabetes mellitus on yleisnimitys joukolle sairauksia, joille on yhteistä suurentunut veren sokeripitoisuus eli hyperglykemia. Diabetes on eräs nopeimmin lisääntyvistä sairauksista niin Suomessa kuin muualla maailmassakin. Diabetesta sairastavia on Suomessa jo yli 500 000 ja tauti vie 15 % terveydenhuollon menoista. Ennusteen mukaan sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10–15 vuoden aikana. (Vauhkonen & Holmström 2005, 322; Diabetesliitto 2011, Käypä hoito -suositus 2009.)

Käytännössä diabetes jaetaan kahteen päätyyppiin ja useampaan hieman tuntemattomampaan alatyyppiin. Päätyypit ovat tyypin 1 eli ns. nuoruus-tyypin diabetes ja tyypin 2 eli aikuistyypin diabetes, joiden eron jo Aretaios Kappadokialainen oli huomannut erottamalla toisistaan diabeteksen nopeasti ja hitaasti etenevät muodot. Nopea, joka ilmeni lapsilla ja nuorilla, johti pikaiseen kuolemaan, kun taas hitaampaan, joka ilmeni ikääntyneemmässä väestössä, pystyi vaikuttamaan ruokavalion avulla. Todellisuudessa nämä tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseksi nimetyt tilat edustavat kirjon ääripäitä ja väliin mahtuu paljon asiakkaita, joilla on molempien alaryhmien piirteitä. (Hytönen & Joutsivuo 2005, 8; Käypä hoito -suositus 2009.)

#### 4.1 Diabeteksen käypä hoito -suositus

Käypä hoito -suositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon. Suositus on tarkoitettu tukemaan päätöksiä sekä kliinisissä tilanteissa että asiakasryhmien hoitoa suunniteltaessa. Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta, mutta niitä ei ole tarkoitettu korvaamaan lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön omaa arviota yksittäisen asiakkaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta tai hoidosta. Käypä hoito -suosituksen mukaan diabeteksen jako alaryhmiin on sen verran epätarkka, ettei sitä voida pitää hoidon valinnan perustana.

Samoin taudin edetessä sen luonne saattaa muuttua. Tämän takia käypä hoito -suositukset ovat yhteisiä molemmille tautityypeille lukuun ottamatta poikkeustapauksia, joihin on painavat kliiniset perusteet. Tarkkaa luokitusta eri tautityyppiin tärkeämpää on huomioida taudin vaikeusaste ja pyrkiä komplikaatioita tehokkaasti ehkäisevään hoitoon. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Suomessa diabeteksen hoito kuuluu julkisen terveydenhuollon tehtäviin ja se on porrastettu niin, että päävastuun kantaa perusterveydenhuolto. Erikoissairaanhoidon vastuulla ovat aikuisten tyyppin 1 diabeetikoiden alkuvaiheen hoito, diabetesta sairastavien lasten, nuorten ja raskaana olevien naisten hoito sekä vaikeimmat diabetekseen liittyvät oheissairaudet. Diabeteksen hoidon laatu ja saatavuus eivät ole kaikilta osin vastanneet tarvetta. Väestövastuujärjestelmä on joiltakin osin heikentänyt diabeteksen hoidon tilannetta; samoin alueelliset erot hoidon saatavuudessa, järjestämissessä ja laadussa ovat suurentuneet. (DEHKO 2000, 4.)

#### 4.1.1 Hoidon yleiset tavoitteet

Saraheimon (2009, 10) mukaan diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja yksilöllistä hoitoa, jonka keskeisin asia on, että diabetesta sairastava itse oppii kaiken sen, mitä hän tarvitsee omahoidossa onnistumiseen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on varmistaa, että diabetesta sairastavalla on käytettävissään nämä taidot ja tarvittavat välineet.

Hoidon perustavoitteena on aina ollut oireettomuus ja päivittäinen hyvinvointi sekä diabeteksen komplikaatioiden ehkäiseminen. Käytännössä hyvinvointiin vaikuttaa suuresti se, kuinka diabetesta sairastava osaa sovittaa yhteen erilaiset verensokeripitoisuuden vaikuttavat tekijät. Kun diabetesta sairastava hallitsee hoidon perusasiat ja arki sujuu, erityistilanteistakin selvitään ja hoitotavoitteet on mahdollista saavuttaa. (Saraheimo 2009, 11.) Kokonaisriskin arvioiminen on perustana yksilöllisten tavoitteiden asettamiselle. Hoidon tavoitteet määritetään aina yksilöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa ja ne voivat perustellusta syystä poiketa yleisistä tavoitteista. Tavoitteiden tulee olla selkeät ja numeeriset. Yleisten tavoitteiden mukaan pitkäaikaisverensokerin (HbA1C) tulee ruokavaliohoidossa olla alle 6,0 %, lääkehoidossa alle 6,5 % ja insuliinihoidossa alle 7,0 %. Lisäksi paastoglukoosin tulee omamittauksissa olla 4–6 mmol/l, aterian jälkeisen (2 tunnin kuluttua mitatun) glukoosin alle 8 mmol/l sekä verenpaineen alle 130/80 mmHg. LDL-kolesterolin pitäisi olla alle 2,5 mmol/l, mutta jos asiakas on sairastanut valtimotapahtuman, arvon tulisi olla alle 1,8 mmol/l. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Aikaisemmin (vielä toisen maailmansodan jälkeen) korostettiin, että diabetesta sairastavien ruokavaliossa sokeri tulisi korvata rasvalla (Hytönen & Joutsivuo 2005, 13). Nykysuositusten mukaan tavoitteena on ruokavalio, joka sisältää vähän kovaa rasvaa, kohtuullisesti pehmeää rasvaa, vähän suolaa ja runsaasti kuitua. Ruoan, lääkityksen ja liikunnan yhteen sovittaminen on keskeistä; myös painonhallinta on tärkeässä roolissa, sillä jo 5

%:n painonlasku vaikuttaa myönteisesti glukoositasapainoon. Tupakoinnin lopettaminen on osa diabeteksen hoitoa ja alkoholinkäytön tarkastelu on tarpeen, sillä alkoholi sisältää runsaasti energiaa, sen käyttö altistaa hypoglykemialle ja runsaasti käytettynä se nostaa verenpainetta. (Käypä hoito -suositus 2009.)

#### 4.1.2 Diabeteksen alkuhoito

Diabetes voidaan todeta monilla eri mittareilla, kuten esimerkiksi verensokerin eli plasman glukoosipitoisuuden suurentuneesta paastoarvosta (yli 7,0 mmol/l), glukoosirasituskokeen plasman glukoosin suurentuneesta kahden tunnin arvosta (yli 11,0 mmol/l) tai klassisiin diabeteksen oireisiin liittyvien oireiden (jano, suuret virtsamäärät, selittämätön laihtuminen) yhteydessä todettuun glukoosiarvoon yli 11,0 mmol/l. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Alkuvaiheessa arvioidaan insuliinipuutoksen mahdollisuus, johon viittaavat vahvat oireet (erityisesti laihtuminen) ja ketoaineiden esiintyminen. Suuri pitkäaikaisverensokeri- eli HbA1c-arvo viittaa pidempään kestäneeseen tautiin ja lisääntyneeseen insuliiniresistenssiin ja insuliinin tarpeeseen. Hyperglykemian eli verensokerin liian korkeiden arvojen korjaantumisessa insuliinin tarve vähenee huomattavasti ja jottei hypoglykemiaa eli verensokerin liiallista laskua pääsisi syntymään, verensokerin omaseuranta on erittäin tärkeä. Alkuvaiheen hypoglykemiakokemus voi aiheuttaa psyykkisen trauman, joka vaikeuttaa hoitoa hyvin pitkään. (Käypä hoito -suositus 2009.)

#### 4.1.3 Seuranta

Hyvässä hoitotasapainossa olevia diabetesta sairastavia tulee seurata 3–6 kuukauden välein. Ellei hoitotasapainoa ole saavutettu, suositellaan seuranta vähintään 2–4 kuukauden välein. Näillä käynneillä arvioidaan omahoidon toteutuminen ja ongelmat sekä mahdollinen hoitoväsymys, hypoglykemioiden ja ketoasidoosin ilmeneminen, mitataan HbA1c-arvo ja paino, keskustellaan liikunnasta ja elintavoista sekä tarkastetaan insuliinin pistospaikat. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Kerran vuodessa tulee tehdä kattavampi tarkastus, jolloin mitataan kreatiini, laskennallinen glomerulusten eli munuaisten hiussuonikerästen suodatusnopeus, mikroalbuminuria eli valkuaisen erittyminen virtsaan sekä tarkastetaan jalkojen ja hampaiden kunto. Tarpeen mukaan 1–3 vuoden välein mitataan maksa-arvot (ALAT), rasva-arvot (lipidit), tehdään silmänpohjakuvaus sekä tarkastetaan EKG eli sydänfilmi ja fyysisen suorituskyvyn muutokset. Mikäli todetaan merkkejä komplikaatioista tai ongelmista, seurantakäyntejä tulee tihentää yksilöllisesti. (Käypä hoito -suositus 2009.)



#### 4.1.4 Hoidonohjaus

Laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohta on asiakaslähtöisyys ja se perustuu asiakkaan ihmisarvon kunnioittamiseen ja hänestä ihmisenä välittämiseen. Ohjauksen haasteena on, että asiakkaat eroavat toisistaan monella eri tavalla ja näin myös heidän oppimistarpeensa ja oppimistapansa ovat erilaiset. (Kyngäs 2008, 27.)

Hoidonohjauksen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa elämänlaatua sekä estää diabeteksen komplikaatioita ja lisäsairauksia. Päävastuu hoidosta on diabetesta sairastavalla itsellään ja hoidon onnistumiseksi hänellä täytyy olla riittävästi tietoja, taitoja ja halua hoitaa itseään. Sen sijaan päävastuu hoidonohjauksesta on diabeteshoitajalla ja -lääkärillä, vaikka moniammatillista yhteistyötä jalkaterapeutin, ravitsemusterapeutin, sosiaalityöntekijän ja psykologin tai psykiatrin kanssa suositellaankin. Ryhmäohjaus sopii hyvin hoidon osaksi, sillä se tarjoaa vertaistukea ja mahdollisuuden yhdistää monen toimijan työpanos usealle asiakkaalle yhtä aikaa. Vaikka ryhmäohjaus on yksilöohjausta tehokkaampaa hoitotasapainon ja elämänlaadun kannalta, se ei kuitenkaan korvaa sitä. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Hoidonohjaus keskittyy alkuvaiheessa vain välttämättömän tiedon antamiseen, sillä pysyvään sairauteen sairastuminen aiheuttaa ihmiselle aina psyykkisen reaktion – jopa masennuksen. Jatkossa ohjaus on asiakaslähtöistä, suunnitelmallista ja jatkuvaa. Tärkeää on, että hoito-ohjeet sovitaan asiakkaan elämään ja asiakas itse päättää muutoksista, jotka hän ohjauksen perusteella näkee tarpeellisiksi. (Käypä hoito -suositus 2009.)

Oleellinen osa diabeteksen hoitoa on plasmanglukoosin eli verensokerin omamittaukset. Mittausten tarve, välit ja tavoitteet määritetään yhdessä asiakkaan kanssa. (Käypä hoito -suositus 2009.)

#### 4.2 Tyypin 1 diabetes ja asiakkaan hoitoon sitoutuminen

Suomessa tyypin 1 diabeteksen ilmaantuvuus on maailman suurin, noin 40 uutta sairastunutta 100 000 henkilöä kohti vuodessa. Tuntemattomasta syystä taudin ilmaantuvuus on yli kolminkertaistunut viimeisten 40 vuoden aikana ja ilmaantuvuus kasvaa edelleen. Kasvun takana on todennäköisesti jokin toistaiseksi tuntematon ympäristötekijä, jonka vaikutuksesta entistä suurempi osa geneettisesti alttiista väestöstä sairastuu. Yli 70 % on sairastuessaan alle 30-vuotiaita. Kaikista diabetesta sairastavista tyypin 1 diabetesta sairastavien osuus on noin 10 % ja heitä on Suomessa noin 40 000. (Diabetesliitto 2010; Käypä hoito -suositus 2009; Vauhkonen & Holmström 2005, 328–330.)

Tyypin 1 diabetes aiheutuu siitä, että insuliinia tuottavat haiman Langerhansin beetasolusaarekkeet tuhoutuvat autoimmuuniprosessin kautta. Taudin puhkeaminen edellyttää perinnöllisen tautialttiuden lisäksi ulkoisia tekijöitä, jotka käynnistävät ja ylläpitävät beetasolutuhoa. Näitä ulkoisia tekijöitä ei vielä täysin tunneta, mutta selkeä yhteys eräiden (entero)virusten

ja lehmänmaidon proteiineilla on osoitettu. Lapset perivät vanhemmiltaan muiden perintötekijöiden ohessa myös diabetekselle altistavia tekijöitä tai siltä suojaavia tekijöitä. Tyypin 1 diabetesta sairastavalla on selkeä insuliinipuutos, mutta insuliinin vaikutus on yleensä normaali. (Käypä hoito -suositus 2009; Vauhkonen & Holmström 2005, 328–330.)

Insuliinipuutos alkaa tyypillisesti aiheuttaa oireita vasta sitten, kun insuliinia tuottavista Langerhansin beetasolusarekkeista on tuhoutunut jo noin 90 %. Oireiden kehittymisnopeus on hyvin yksilöllinen, joskin yleensä ne kehittyvät sitä nopeammin mitä nuorempi henkilö on. Tyypilliset oireet ovat janon tunne, runsas virtsan erityys ja väsymys sekä pitkittyessään myös laihtuminen. Hoitamattomana tauti johtaa happomyrkytykseen, koomaan tai kuolemaan. (Käypä hoito -suositus 2009; Vauhkonen & Holmström 2005, 328–330.)

Tyypin 1 diabetesta sairastavilla on erilaisia haasteita hoitoon sitoutumisessa, kuin tyypin 2 diabetesta sairastavilla. Verensokerin omaseurantaan sitoutuminen vaihtelee suuresti riippuen siitä, mitä tutkimuksessa halutaan seurata ja arvioida. Karkashianin ja Schlundtin raportissa (2004, 91–92) esimerkkinä käytetyn tutkimuksen mukaan tyypin 1 diabetesta sairastavista lapsista ja nuorista vain 26 % tutkimukseen valituista ilmoitti seuraavansa verensokeria suosituksen mukaisesti eli 3–4 kertaa päivässä. Aikuisista näin teki noin 40 %. Samantyyppisiä tuloksia on saatu useista sekä Suomessa että muualla maailmassa toteutetuissa tutkimuksissa. Voi tutkia mitataanko verensokeri, mitataanko se oikeaan aikaan, kirjataanko tulokset oikein tai onko mittaustekniikka oikea. Myös sitoutuminen insuliinin annosteluohjeiden tarkkaan noudattamiseen vaihtelee suuresti. Samoin vaihtelua esiintyy esimerkiksi insuliini-injektion ottohygieniassa, tai insuliinia on jätetty tahallisesti ottamatta painonkontrollintimerkityksessä. (Karkashian & Schlundt 2004, 91–92.)

Myös ruokavalio-ohjeiden noudattamisesta on tehty tutkimuksia, joissa tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Suomalaisessa tutkimuksessa asiakkaat sitoutuivat hyvin dieettiohjeisiin: 70 % osallistujista ilmoitti aina nauttivansa säännöllisen pääaterian ja vain 8 %:lla ruokailu oli aina epäsäännöllistä. Kysyttäessä tarkemmin ruokailusta, yli puolet ilmoitti arvioivansa päivittäin syömänsä ruoan sekä laadun että määrän, kun taas 14 % ei arvioinut ruokaansa lainkaan. (Karkashian & Schlundt. 2004, 91–92.)

Tyypin 1 diabetesta sairastavien asiakkaiden sitoutumisesta liikuntasuosituksiin on vain vähän julkaistua tietoa. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen -raportin (2004, 92) mukaan Suomessa on tehty tutkimus, jossa kaksi kolmasosaa osallistuneista harrasti liikuntaa säännöllisesti päivittäin (35 %) tai lähes päivittäin (30 %), kun taas 10 % ei liikkunut lainkaan. Samassa tutkimuksessa vain 25 % ilmoitti huolehtivansa jaloistaan lähes päivittäin, kun taas 16 % ei koskaan noudattanut jalkojen hoito-ohjeita. (Karkashian & Schlundt 2004, 91–92.)

### 4.3 Tyypin 2 diabetes ja asiakkaan hoitoon sitoutuminen

Tyypin 2 diabetes on huomattavasti yleisempi kuin tyypin 1 diabetes. Sitä sairastaa jopa noin 90 % diabetesta sairastavista. Se lisääntyy räjähdysmäisesti, mikä johtuu yleisten elintapojen huononemisesta (mm. väestön lihomisesta, liikunnan puutteesta ja epäterveellisestä ruokavaliosta). Usein tyypin 2 diabetekseen sairastuva on ylipainoinen, jolla on kohonnut verenpaine tai kolesteroli tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä MBO. (Käypä hoito -suositus 2009; Vauhkonen & Holmström 2005, 355–374.)

Tyypin 2 eli aikuistyyppin diabetekselle ei ole olemassa hyvää yksiselitteistä määritelmää ja selkeät diagnostiset kriteerit puuttuvat. Kuitenkin sille on ominaista, että yleensä asiakkaat eivät ole riippuvaisia insuliinihoidosta toteamisvaiheessa. Lisäksi valtaosa sitä sairastavista on taudin toteamishetkellä yli 35-vuotiaita. Viime vuosina kaikissa länsimaissa tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys yhä nuoremmissa ikäluokissa on lisääntynyt. (Vauhkonen & Holmström 2005, 355–374.)

Tyypin 2 diabetekselle on tyypillistä insuliinin vaikutuksen häiriö (insuliiniresistenssi) sekä siihen ja verensokerin tasoon nähden heikentynyt insuliinin erityis. Tyypin 2 diabetes on monien syiden aiheuttama heterogeeninen tila, jossa sekä perinnölliset että ympäristötekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Taudissa on todettavissa erilaisia alaryhmiä, joista yleisin on insuliiniresistentti tautimuoto, jota sairastaa noin 70–80 % suomalaisista tyypin 2 diabetesta sairastavista. Tyypillisesti nämä asiakkaat ovat keskivartalopainotteisesti ylipainoisia, joista suurella osalla on MBO. Toinen kliinisesti merkittävä alaryhmä tyypin 2 diabetesta sairastavia ovat asiakkaat, jotka ovat yleensä normaalipainoisia eikä heillä ole todettu selkeää metabolista oireyhtymää ja heidän taudinkuvaansa luonnehtii parhaiten heikentynyt tai häiriintynyt insuliinin erityiskyky. (Vauhkonen & Holmström 2005, 355–374.)

Tyypin 2 diabetes on länsimaissa erittäin yleinen ja sen esiintyvyys lisääntyy koko ajan. Diabetesliiton tilastojen mukaan tyypin 2 diabetesta sairastavia on Suomessa noin 250 000 ja diagnosoimatonta diabetesta sairastavia arvioidaan olevan noin 200 000. (Diabetesliitto 2010.)

Tyypin 2 diabetekseen kiinteästi liittyvä metabolinen oireyhtymä eli MBO on niin sanottu elämäntapasairaus, mutta sen taustalla on yleensä kuitenkin perinnöllinen alttius. MBO:n keskeinen aineenvaihdunnallinen häiriö on insuliiniresistenssi, jolla tarkoitetaan insuliinin heikentynyttä biologista vaikutusta insuliiniherkissä kudoksissa (lihaksessa, maksassa ja rasvakudoksessa). MBO:n perinnöllistä taustaa ja perimmäistä syytä ei edelleenkään tarkoin tunneta, mutta monien, lähinnä elimistön energiankulutukseen ja rasvakudoksen aineenvaihduntaan vaikuttavien geenien tietyt rakennevaihtelut (polymorfismi) assosioituvat siihen. On ajateltu, että tällaiset geenit olisivat esi-isillämme toimineet selviytymisgeeneinä tehostaen satunnaisesti saadun ravinnon varastoitumista energiaksi, esimerkiksi perusaineenvaihduntaa hidastamalla. Nykyisessä länsimaaisessa yltäkylläisessä elinympäristössä nämä selviytymisgeenit ovat epäedullisia ja johtavat

sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden kasautumiseen sekä suurentuneeseen vaaraan sairastua näihin sairauksiin ja kuolla enneaikaisesti. (Vauhkonen & Holmström 2005, 349–354.)

Viime vuosina tehdyt tutkimukset ovat selkiyttäneet MBO:ään liittyviä mekanismeja. Rasvakudoksen määrän lisääntyminen ja rasvan poikkeava jakautuminen vatsanpeitteiden sisälle, lihaksiin ja maksaan johtavat aineenvaihdunnallisiin häiriöihin, jotka ilmenevät epädullisina veren rasvatarvoina, sokeriaineenvaihdunnan häiriönä ja verenpaineen kohoamisena. (Vauhkonen & Holmström 2005, 349–353.)

Viime vuosina on osoitettu, että rasvakudos on hormonaalisesti hyvin aktiivista kudosta, jonka osuus elimistön energia- ja ravintoaineiden aineenvaihdunnan säätelyssä on erittäin keskeinen. Rasvakudos keskustelee muiden kudosten kanssa ja säätelee sekä ohjailee aineenvaihduntaa erilaisten välittäjäaineiden avulla. MBO:ssa rasvakudoksen normaali toiminta on jostain syystä häiriintynyt. Näitä syitä voivat olla esim. rasvakudoksessa oleva insuliiniresistenssi, joka johtaa mm. rasvahappojen normaalia suurempaan vapautumiseen rasvakudoksesta eli kiihtyneeseen lipolyysiin. Varsinkin vatsanpeitteiden sisäinen rasva assosioituu voimakkaasti insuliiniresistenssiin, ja sen osuus MBO:ssa ja siihen liittyvissä aineenvaihdunnan häiriöissä on hyvin keskeinen. (Vauhkonen & Holmström 2005, 349–353.)

MBO ja insuliiniresistenssi ovat hyvin yleisiä tiloja länsimaisessa aikuisväestössä ja niiden esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Arvioidaan, että terveessä väestössäkin joka neljännellä olisi ainakin jonkinasteinen insuliiniresistenssi. MBO:n esiintyvyys riippuu siitä, minkälaisia kriteereitä tilasta käytetään. Suomessa on käytetty vuodesta 2002 lähtien amerikkalaisen National Cholesterol Education Program -työryhmän määritelmää, joka on kliinisessä työssä erittäin selkeä ja helppokäyttöinen. Sen mukaan kyseessä on metabolinen oireyhtymä, mikäli kolme seuraavista kriteereistä täyttyy: vyötärön ympärys yli 102 cm miehillä ja naisilla yli 88 cm, seerumin triglyseridipitoisuus 1,7 mmol/l tai enemmän, seerumin HDL-kolesteroli miehillä alle 1,0 mmol/l ja naisilla alle 1,3 mmol/l, verenpaine 130/85 mmHg tai enemmän ja paastoplasman glukoosi 6,1 mmol/l tai enemmän. Tutkimusten mukaan suomalaisista 42–60-vuotiaista miehistä 8,8 % potee tämän määritelmän mukaan MBO:ää. (Vauhkonen & Holmström 2005, 349–353.)

Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen -raportin (2004, 92) mukaan Yhdysvalloissa on tehty tutkimus, jossa arvioitiin verensokerin omaseurannan onnistumista Kalifornian pohjoisosissa. Tässä tutkimuksessa 67 % tyyppin 2 diabetesta sairastavista asiakkaista ilmoitti, että he eivät seuranneet verensokeria niin usein kuin oli suositeltu eli lääkehoidossa olevilla asiakkailla kerran päivässä. Samankaltaisia tuloksia saatiin intialaisessa tutkimuksessa, jossa vain 23 % tutkimukseen osallistuneista asiakkaista ilmoitti mittaavansa verensokeriarvoja kotonaan. (Karkashian & Schlundt 2004, 91–92.)

Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen -raportissa (2004, 92) käy ilmi myös, että apteekista lääkkeensä hakevista asiakkaista 75 % otti lääkkeen ohjeiden mukaisesti. Tässä yhteydessä ei ole selkeästi ilmaistu, onko kyseessä edelleen sama Yhdysvalloissa tehty tutkimus. Yleisin hoidon laiminlyönnin muoto oli annosten ottamatta jättäminen, mutta yli kolmasosa hoitoon huonosti sitoutuneista otti ylimääräisiä lääkeannoksia. Edellä esimerkkinä olleessa Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa 52 % seurasi ruokaohjeita. Ruokailua koskeviin ohjeisiin sitoutuminen voi riippua siitä, mihin ohjeilla pyritään – painon laskuun, ruoan rasvapitoisuuden vähentämiseen vai ravinnon kuitujen lisäämiseen. Raportissa kerrotaan myös, että useissa tutkimuksissa on selvitetty sitoutumista annettuihin liikuntaohjeisiin. Eräässä tutkimuksessa arvioitiin diabetesta koskevaan koulutukseen osallistuneiden asiakkaiden asenteita ja sitoutumista liikuntaan. Vain 52 % liikkui kolmena tai useampana päivänä viikossa koulutusohjelman jälkeen. (Karkashian & Schlundt 2004, 91–92.)

#### 4.4 Diabeteksen ominaispiirteiden merkitys hoitoon sitoutumiselle

Tässä luvussa on tarkoitus tehdä yhteenveto siitä, mitä hoitoon sitoutuminen juuri diabeteksen kohdalla merkitsee. Onko hoidossa joitain erityispiirteitä, jotka unohtuvat tai hoituvat helpommin kuin toiset? Onko diabeteksessä sairautena jotain sellaista, mikä antaa sille omintakeisen leimansa hoitoon sitoutumisen kannalta? Diabeteksestä on hiljalleen kehitymässä pandemia, sillä sen esiintyvyys on selkeässä nousussa maailmanlaajuisesti. Diagnosoitu diabetes on loppuelämän mittainen haaste, joka vaatii sairastuneelta muutosta monella elämän saralla. Näitä tärkeitä muutoksia sairastunut pyrkii toteuttamaan ammattihenkilöstön, läheisten ja kolmannen sektorin avulla. (Siguroadottir 2005, 14, 301–314.)

Diabetesta sairastavalle omahoitoisuus on tärkein tekijä, jotta tauti pysyisi tasapainossa, eikä aiheuttaisi sekundaariongelmia. Katsotaan, että omahoito tapahtuu selkeästi ainakin neljällä tasolla: verensokerin seuranta, ravinnon laatu, insuliinin määrät ja pistäminen sekä säännöllinen liikunta. Omahoitoisuuteen ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tieto sairaudesta, psyykkiset ominaisuudet ja tunnetilat. (Siguroadottir 2005, 14, 301–314.)

Taso, jolla sairastunut seuraa hoito-ohjeita, voi olla selkeästi liitännäinen hänen omaan käsitykseensä diabeteksen vakavuudesta sairautena. Samoin terveysuskomuksilla voi olla voimakas vaikutus. Diabetekseen sairastuneelle annetaan kerralla nippu uusia elämänohjeita. Heidän elämästään tulee ennen niinkin arkisten asioiden, kuten ruokailu, lepo, liikunta, tarkkailua ja kellokortittamista. Tällaisia haasteita on vaikea vastaanottaa, jos ymmärrys taudista ja sen luonteesta on puutteellinen. Tavoitteiden runsaus saattaa masentaa, joten helpompaa on hyväksyä muutokset pienin askelin. Voi jopa olla, että diabetes itsessään koetaan niin oireettomana, ettei sisäistä tarvetta elämäntapamuutoksille pääse syntymään. Ymmärrys elämäntapamuutoksen tärkeydestä ei voimistu ainakaan silloin, jos ainoa ohjaus terveydenhuoltohenkilöstön taholta on ollut sairauden diagnosointi-

vaiheessa. Luottamus omaan itseen ja auttaviin tahoihin ympärillä on ensiarvoisen tärkeää. (Harvey & Lawson 2008, 5–13; Koenigsberg & Bartlett 2004, 309–316.)

Tavoite on saada diabetesta sairastavat asiakkaat aktiivisiksi oman sairautensa asiantuntijoiksi ja itsenäisiksi omahoitoisuutensa suhteen. Sairastuneella on oikeutensa, mutta myös velvollisuutensa. Vaikka esimerkiksi HbA1c- taso on optimaalinen, kun se on alle 6–7, niin jonkun asiakkaan kohdalla jo HbA1c:n ollessa 8 on saavutettu hyvää tulosta. Samalla tavoin muutkin terapeutit optimaaliarvot voidaan kääntää yksilöllisiksi tavoite-tasoiksi. Tällöin mahdollistuu asiakkaan mukanaolo päätöksenteossa koko hänen sairautensa vaikuttavuussektorilla, jolloin puhutaan terapeuttisesta autonomiasta. (Mühlhauser & Bergert 2000, 823–829.)

Diabetesta sairastavien on todettu sitoutuvan paremmin insuliinihoitoon kuin liikunnan harrastamiseen tai ruokavalion noudattamiseen. Kuitenkin insuliinihoitoista diabetesta sairastavan on sitouduttava insuliinihoitoon ja ruokavalioon, omaseurantaan sekä terveelliseen elintapaan. Mitä tiheämmin omaseurantaa tulisi vuorokaudessa toteuttaa, sitä todennäköisempiä ovat puutteet hoitoon sitoutumisessa. Hoidon onnistuminen edellyttää asian ja niiden välisien yhteyksien ymmärtämistä, esimerkiksi infektiosairauksien aikana omahoidon toteuttaminen voi olla haasteellista. Hoitoon sitoutumista vaikeuttaa sekin, että hoidosta huolimatta hoitotasapaino ei ole aina hyvä. Merkityksellistä on, että pitkäaikaissairautta potevilla hoito ja hoitosuhteet ovat yleensä pitkiä ja hoitaminen vaatii heiltä toistuvasti ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja. (Kynge & Hentinen 2009, 42, 148–149; Routasalo ym. 2009, 2352.)

Diabeteksen myöhäiskomplikaatiot retinopatia eli silmänpohjien verkkokalvosairaus, nefropatia eli munuaissairaus, neuropatia eli ääreishermoston sairaus ja riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, ovat vakava uhka kansanterveydelle ja diabetesta sairastavien keskuudessa kuolleisuus on kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät, kuten lihavuus, ravinnon runsas tyydyttyneiden rasvojen osuus, tupakointi ja riittämätön liikunta, ovat yleisimpiä alemmissä kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. WHO:n mukaan noin 90 % tyypin 2 diabeteksestä voitaisiin välttää parantamalla ruokatottumuksia, lisäämällä liikuntaa ja lopettamalla tupakointi. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 25–26.)

Hoidon tarjonta voi vaihdella moniammatillisen diabeteksen hoitotiimin tarjoamasta intensiivisestä hoidosta perusterveydenhuollon avohoitoon. Hoitoon sitoutumiseen voi vaikuttaa ympäristö, jossa hoitoa saadaan. Diabetesasiakkaan kuntoutus- ja tukimahdollisuuksia ovat muun muassa yhteydenpidon tiivistäminen omaan hoitopaikkaan, nuorisoneuvolat, nuorisopsykiatrian klinikat ja muut vastaavat toimijat, sopeutumisvalmennuskurssit, Diabetesliiton toiminta ja Diabetesliiton Internet-sivut. (Karkashian & Schlundt 2004, 94; Heikkinen ym. 2008, 23.)

Sukupuolen on osoitettu vaikuttavan hoitoon sitoutumiseen. Esimerkiksi tyypin 1 diabetesta sairastavat miehet liikkuvat enemmän kuin naiset, mutta he myös syövät enemmän ja noudattavat ruokavaliota huonommin. Hyvä itsetunto on merkityksellinen suhteessa hyvään liikuntaan sitoutumiseen, insuliiniannosten säätelyyn ja suuhygieniaan. Sekä tehokkuus että autonomia ennustavat tyytyväisyyttä elämään ja tyytyväisyydellä on positiivinen korrelaatio suhteessa hoitoon sitoutumiseen. Stressi ja tunne-elämän ongelmat vaikuttavat nekin hoitoon sitoutumiseen. Stressin on todettu olevan selvästi suhteessa ruokavalion kahteen ominaisuuteen, ruoan määrään ja laatuun, ja psykososiaalinen stressi on suhteessa huonoon hoitoon sitoutumiseen. Masennusta esiintyy diabetesta sairastavilla kaksi kertaa enemmän kuin muussa väestössä. Masentuneilla on diabeteksen komplikaatioita, huono verensokerin kontrolli ja he sitoutuivat omahoitoon todennäköisesti heikommin kuin ei-masentuneet. Asiakas voi myös pelätä insuliinipistoksia ja verensokerin mittauksia. (Karkashian & Schlundt 2004, 94.)

Asiakkaan ja hoidon tarjoajan välisen suhteen laatu ja asiakkaan saama sosiaalinen tuki korreloivat hoitoon sitoutumiseen. Sosiaalisen tuen merkitystä on tutkittu paljon. Sosiaalinen tuki lisää sitoutumista insuliinin käyttöön ja verensokerin seurantaan. Myös ympäristötekijöiden ja ympäristöön liittyvien vaaratilanteiden on osoitettu vaikuttavan diabetesasiakkaiden hoitoon sitoutumiseen. Diabetesta sairastavan täytyy omahoidon vaatimalla tavalla käyttäytyä jatkuvasti vaihtuvissa, erilaisia vaateita asettavissa tilanteissa kotona, töissä, julkisissa tiloissa ja niin edelleen. Muuttuvissa tilanteissa sairastuneen täytyy sopeutua ja ylläpitää omahoidon vaatimia käyttäytymistapoja. Sairastuneet joutuvat usein valitsemaan hoidon vaatimien toimenpiteiden ja muiden elämän prioriteettien välillä. Tilanteita, joihin liittyy huono hoitoon sitoutuminen, nimitetään vaaratilanteiksi. Tällaisia esimerkiksi ruokailuun liittyviä tilanteita ovat muun muassa muiden ihmisten läsnäoloon, paikkaan tai tunteisiin liittyvä ylensyöminen, tilanteet, joihin liittyy liian vähäinen syöminen, ja vaikeus sovittaa ruoan saanti sosiaaliseen tilanteeseen, vuorokaudenaikaan ja paikkaan. Voi olla sosiaalinen paine syödä, yksinäisyys ja ikävystyminen, henkilön sisäiset ristiriidat, ja syöminen koulussa, sosiaalisissa tapahtumissa tai lomilla. (Karkashian & Schlundt 2004, 95.)

Monet käyttäytymiseen vaikuttavat ympäristötekijät vaikuttavat laajemmalla alueella kuin yksilöä välittömästi koskettavassa tilanteessa. Näihin tekijöihin kuuluvat taloudelliset, agraariset, poliittiset, terveyden huoltoon liittyvät, maantieteelliset, ekologiset ja kulttuuriin liittyvät järjestelmät. Muutoksia ovat myös lisääntyneet edullisen, rasvaisen ja suolaisen pikaruoan saatavuus sekä kulkuvälineiden käyttö. Tämä on yhdistetty lasten ja aikuisten lihavuuteen ja tyypin 2 diabeteksen kehittymisen riskiin. Sairastuneen kykyyn hallita käyttäytymistään, saavuttaa hyvä sokeritasapaino ja estää diabeteksen komplikaatioita vaikuttaa joukko sisäisiä, henkilöiden välisiä ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, joiden välisiä vuorovaikutuksia ei vielä ymmärretä. (Karkashian & Schlundt 2004, 95.)

#### 4.5 Diabetesta sairastavan hoitopolku Nurmijärven terveyskeskuksessa

Nurmijärven terveyskeskuksella on päävastuu niin tyyppin 1 kuin tyyppin 2 diabetesta sairastavien aikuisten nurmijärveläisten hoidosta. Erikoissairaanhoidon konsultaatioon lähetetään asiakkaat, joilla on pitkälle edennyt diabeettinen munuaissairaus, laserhoitoa vaativa diabeettinen silmäsairaus, verisuonikirurgin arvioita tarvitseva jalkahaavaongelma, ortopedin tai käsikirurgin arvioita vaativa tilanne (esimerkiksi jäätynyt olkapää, rannekanavaoireyhtymä, napsusormet tai vasaravarpaat) sekä amputaatiota vaativa tilanne. (Honkasalo 2011.)

Diabeteksen hoitoon on kehitetty selkeä hoitopolku, jossa määritellään, kuinka usein diabetesta sairastava tapaa diabeteshoitajan ja lääkärin, mitä kullakin käyntikerralla huomioidaan sekä miten toimitaan poikkeavissa tilanteissa. Pääsääntöisesti insuliinihoitoista diabetesta sairastavat ovat diabeteslääkärin asiakkaita ja tabletti- tai ruokavaliohoitoista diabetesta sairastavat osoitteen mukaisen omalääkärin asiakkaita. Insuliinihoitoista diabetesta sairastava käy 2–4 kertaa vuodessa diabeteshoitajan ja 1–4 kertaa vuodessa diabeteslääkärin tai omalääkärin luona. (Nurmijärven terveyskeskus 2006.)

Kerran vuodessa on vuositarkastus, jossa diabeteshoitaja mittaa asiakkaalta verenpaineen ja painon sekä laskee painoindeksin (BMI). Lisäksi tarkistetaan glukoosin omamittausten mittaustiheys ja tulokset, insuliinin pistospaikat sekä jalat ja ohjataan asiakas tarvittaessa jalkojenhoitajalle. Lääkäri tarkastaa asiakkaan vuosikokeiden (paastoverensokeri, pitkäaikaisverensokeri, pieni verenkuvat, rasva-arvot, kreatiniini, virtsan albumiini sekä tarvittaessa natrium, kalium, sydänfilmi, kilpirauhas- ja maksa-arvot, C-peptidi, uraatti ja muut tarpeelliset kokeet) tulokset, silmänpohjakuvat, arvioi hoitotasapainoa sekä mahdollisten liitännäissairauksien tilanteen, tarkistaa ja tarvittaessa muuttaa lääkityksen sekä lisää asiakkaan tietoihin mahdolliset diagnoosimuutokset. Mikäli lääkitykseen tulee muutoksia, asiakas tapaa vielä uudelleen diabeteshoitajan, joka ohjaa lääkemuutoksien toteuttamisessa ja sopii seuraavan seurantakäyntiajan. (Nurmijärven terveyskeskus 2006.)

Vuositarkastuksen lisäksi diabetesta sairastava tapaa yksilöllisen aikataulun mukaan diabeteshoitajan ja tarvittaessa myös hoitavan lääkärin, mikäli hoitotasapaino on hoitosopimuksesta poikkeava, lääkitystä täytyy tarkistaa tai asiakkaalla on muita lääkärin huomiota vaativia asioita. Silmänpohjakuvauksessa tyyppin 1 diabetesta sairastava käy joka vuosi. Jos silmänpohjissa ei ole diabeteksen aiheuttamia muutoksia, kuvausväli pidennetään kahteen vuoteen. Tyyppin 2 diabetesta sairastava käy silmänpohjakuvauksessa, kun tauti diagnosoidaan ja sen jälkeen 2–3 vuoden välein, ellei silmänpohjissa ole muutoksia. (Nurmijärven terveyskeskus 2006.)

Tabletti- tai ruokavaliohoitoista diabetesta sairastavan seurantakäyntien tiheys on lähes samanlainen, mutta hänen hoidostaan päävastuun kantaa osoitteen mukainen omalääkäri, joka konsultoi tarvittaessa diabeteslääkärää. (Nurmijärven terveyskeskus 2010.)



## 5 AKATEEMINEN TERVEYSKESKUS JA NUOTTA–KEHITTÄMISHANKE

Akateeminen terveyskeskus on ensimmäinen suomalainen perusterveydenhuollon tutkijakoulutusohjelma. Sen tavoitteena on edistää tieteellisen tutkimustyön tekemistä ja tutkimukseen perustuvien toimintakäytäntöjen kehittämistä osana terveyskeskustyötä. Toiminta käynnistyi syksyllä 2002 osin Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamana. Tutkimusideat lähtevät päivittäisestä terveyskeskustyöstä. Tutkijakoulutus on Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja viiden terveyskeskuksen (Espoo, Jyväskylä, Kotka, Nurmijärvi ja Vantaa) yhteistyöhanke. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

Akateemisen terveyskeskuksen osat ovat perusterveydenhuollon tutkijakoulutusohjelma ja terveyskeskuksen kehittämishankkeet. Tutkijakoulutusohjelmassa on mukana 11 terveyskeskustyönsä ohessa väitöskirjaa tekevää tutkijaa, jotka toimivat toisilleen vertaisryhmänä. He kokoontuvat kuukausittain. Tutkijaryhmän kokoontuminen on akateeminen keskustelufoorumi, jossa seurataan tutkimusten etenemistä ja saadaan tarvittavaa teoriaopetusta ja käytännön neuvoja tutkimustyöhön. Kehittämishankkeita on tällä hetkellä kolme: kaksiosainen Vältä koukkua – Nuorten tupakan ja alkoholin käyttöön vaikuttaminen, KIELo – Lasten puhe- ja kielihäiriöiden tutkimus- ja hoitokäytäntöjen kartoitus ja puheterapiasopimuksen kehittäminen sekä NUOTTA – Vaikeasti hoitoon kiinnittyvien potilaiden tavoittaminen ja motivointi. Vältä koukkua–kehittämishankkeen osat ovat yhteistyö koulujen kanssa päihteiden käytön vähentämiseksi sekä suun terveydenhuollon tupakkainterventio; osallistuvat terveyskeskukset ovat Espoo, Jyväskylä, Kotka ja Nurmijärvi. KIELo–hankkeeseen osallistuvat Espoo, Kotka, Nurmijärvi ja Vantaa sekä NUOTTA–hankkeeseen Espoo, Jyväskylä, Kotka ja Nurmijärvi. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

Kehittämishankkeiden tavoitteena on perusterveydenhuollon kehittämistoiminnan kytkeminen tutkimukseen, uusien toiminta- ja hoitokäytäntöjen kehittäminen terveyskeskusten verkostoyhteistyössä, terveyskeskusten henkilökunnan tutkimus- ja kehittämisosaamisen vahvistaminen, uusien toiminta- ja hoitokäytäntöjen sekä tutkimus- ja kehittämistyön mallin välittäminen muille Suomen terveyskeskuksille ja terveyskeskusten kehittämistyön suunnittelu-, toteutus- ja arviointimallin luominen kansalliseen käyttöön. Nurmijärven terveyskeskus on yksi Akateemisen terveyskeskukseen viidestä sopimusterveyskeskuksesta. Nurmijärven terveyskeskuksen johtava ylilääkäri toimii Akateemisen terveyskeskuksen ohjausryhmän jäsenenä ja diabeteslääkäri on yksi 11:stä väitöskirjaa tekevästä tutkijasta. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

### 5.1 NUOTTA–hanke

NUOTTA–hankkeessa ovat mukana Jyväskylän, Kotkan ja Nurmijärven terveyskeskusten vastaanotot, Espoon terveyskeskuksen suun terveydenhuolto sekä Espoon vanhustenpalvelut ja Kotkan kotihoito. NUOTTA–

hankkeessa etsitään huonossa hoitotasapainossa olevia tai hoitamattomia iskeemistä sydänsairautta tai diabetesta sairastavia hoitotarvejakelusta, reseptien uusinoista, hammashuollosta tai muista terveydenhuollon kontakteista. NUOTTA–hankkeen tavoitteena on tunnistaa nämä asiakkaat, kehittää puuttumisen toimintamalli ja tarkoituksenmukainen työnjako, kehittää asiakkaan elämäntilanteen hallintaa ja vastuunottamista tukevia valmiuksia, kehittää koulutuksen avulla henkilökunnan osaamista ja sovituihin käytäntöihin sitoutumista, verkottaa alueen toimijoita asiakkaiden tukemiseksi sekä kartoittaa tietotekniikan hyödyntämismahdollisuudet. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

Heikosti hoitoon kiinnittyneille asiakkaille on kehitetty uusi puuttumisen toimintamalli. Mallissa asiakkaat kutsutaan säännöllisen hoidon piiriin, ensin omahoitajan tai diabeteshoitajan vastaanotolle tilannekartoitukseen. Kartoituskäynnillä kiinnitetään terveydentilan lisäksi erityistä huomiota hyvän hoidon esteisiin, kuten mahdolliseen masennukseen, päihteiden käyttöön tai asioihin tarttumattomuuteen. Samalla kartoitetaan asiakkaan voimavaroja ja kykyä hallita elämäntilannettaan ja siinä tapahtuvia muutoksia. Yhdessä asiakkaan kanssa laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma ja sovitaan hoidon tavoitteista sekä seurannasta. Hoidon tavoitesopimus myös allekirjoitetaan. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

Asiakkaan tukemiseksi terveydenhuollon ammattilaiset on koulutettu uusien voimavaralähtöisten työmenetelmien käyttöön. Mahdollisuuksien mukaan on hyödynnetty sähköistä potilastietojärjestelmää, jonne on sijoitettu tilanne- ja voimavarakartoituksen ja hoidon ohjeet sekä hoitosuunnitelmat ja tavoitesopimukset. ”Nuotattujen” asiakkaiden hoitosuunnitelman toteutusta seurataan. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

NUOTTA–mallia on sovellettu alkuperäisten asiakasryhmien lisäksi myös Espoon vanhustenhuollossa ja Kotkan kotihoidossa päihteitä käyttävien vanhusten hoidon tehostamisessa. Lisäksi Espoossa on tehostettu diabetesta sairastavien asiakkaiden suun terveydenhuoltoa. (Akateeminen terveyskeskus 2011.)

## 5.2 Nurmijärven terveyskeskus

Nurmijärven kunta sijaitsee Etelä-Suomen läänissä pohjoisella Uudellamaalla ja on asukasluvullaan 39 938 (31.12.2010) Suomen suurin maa-laiskunta. Kunnan pinta-ala on 367 km<sup>2</sup>, josta vesialuetta on vain 4,83 km<sup>2</sup>. Naapurikunnat ovat pohjoisessa Hyvinkää, idässä Tuusula, etelässä Vantaa ja Espoo sekä lännessä Vihti. Kunta kasvaa voimakkaasti ja väkiluvun arvioidaan nousevan vuoteen 2030 mennessä 50 tuhanteen. Kunnan väestö on keskimääräistä jonkin verran nuorempaa: yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on vain 11 % maan keskiarvon ollessa 17 %. Kunnassa on kolme päätaajamaa: Nurmijärven kirkonkylä, Klaukkala ja Rajamäki. Näistä Klaukkala on väestömäärältään suurin, siellä asuu noin 16 000 asukasta. Valtaosa (lähes 80 %) kunnan asukkaista asuu näissä kolmessa taa-jamassa. (Tilastokeskus 2010, Nurmijärvi 2010.)

Nurmijärven kunnalla on oma terveyskeskus, jolla on terveysasema kaikissa kolmessa päätaajamassa. Rajamäen terveysasemalla on kolme omalääkärivakanssia, Klaukkalassa omalääkärivakansseja on kymmenen ja kirkonkylän pääterveysasemalla kuusi. Lisäksi terveyskeskuksessa toimii diabeteslääkäri, joka on insuliinihoitoisten diabetesta sairastavien kunta-laisten omalääkäri.

Diabeteksen hoitotiimiin kuuluu diabeteslääkärin lisäksi kolme diabeteshoitajaa. Yksi diabeteshoitajista työskentelee kirkonkylän pääterveysasemalla, toinen Klaukkalan terveysasemalla ja kolmas on kaksi päivää viikossa kirkonkylän pääterveysasemalla ja kolme päivää viikossa Klaukkalan terveysasemalla. Diabetesta sairastavien hoitovastuu on jaettu siten, että Klaukkalan terveysaseman hoidon piiriin kuuluvat vain Klaukkalan terveysaseman alueen asukkaat ja kirkonkylän pääterveysaseman hoitovastuulle taas kunnan muiden alueiden asukkaiden diabeteksen hoito.

### 5.3 NUOTTA–hankkeen toteutus Nurmijärven terveyskeskuksessa

Nurmijärvellä asuu diagnosoitua diabetesta sairastavia henkilöitä kaikkiaan 2142 (8/2010). NUOTTA–hanke toteutettiin Nurmijärven terveyskeskuksessa ainoastaan Klaukkalan terveysaseman toiminta-alueella ja se alkoi tammikuussa 2008 kestäen neljä kuukautta. Tänä aikana ”nuotatuksi” tuli kahdeksan diabetesta sairastavaa. (Nurminen 2010.)

Omalääkäri lähetti sähköisen potilastietojärjestelmän (Effic) kautta diabeteshoitajalle viestin diabetesta sairastavasta asiakkaasta, joka on heikosti hoitoon sitoutunut. Diabeteshoitaja lähetti asiakkaalle kutsukirjeen, jossa hän pyysi asiakasta ottamaan yhteyttä ja varaamaan vastaanottoajan, minä kaikki kahdeksan tekivätkin. Vastaanotolla mitattiin asiakkaan verenpaine, paino ja painoindeksi (BMI) sekä kartoitettiin elintapoja mm. alkoholin kulutusta mittaavan audit -kyselyn, masennusta mittaavan BDI -kyselyn ja keskustelun avulla. Lisäksi sovittiin hoidon tavoitteista ja allekirjoitettiin hoitosopimus. Näistä kahdeksasta ”nuotatusta” asiakkaasta puolet on kiinnittynyt hoitoon paremmin kuin ennen NUOTTA–hanketta; toiset neljä kävivät vastaanotolla yhden kerran. (Nurminen 2010.)

Vaikka varsinainen NUOTTA–hanke ei kestänyt kuin neljän kuukauden ajan, on se jäänyt elämään Klaukkalan terveysaseman käytäntöihin. Omalääkärit lähettävät edelleen diabeteshoitajalle viestin heikosti hoitoon sitoutuneista diabetesta sairastavista ja diabeteshoitaja ottaa heihin yhteyttä joko puhelimitse tai kirjeitse ja kutsuu heidät vastaanottokäynnille. (Nurminen 2010.)

Lisäksi diabetestiimi pyytää laboratorion 2–3 kertaa vuodessa listauksen kaikista asiakkaista, joilta on mitattu pitkäaikaisverensokeri- eli HbA1c-arvo. Tältä listalta poimitaan ikä ja hoitomuoto huomioiden asiakkaat, joiden verensokeri on korkea (yli 7,5 %). Näiden asiakkaiden potilastiedoista tarkistetaan, milloin he ovat viimeksi käyneet diabeteksen seurantakäyn-

nilä ja jos käynnistä aikaa on kulunut enemmän kuin diabeteksen käypä hoito -suosituksen mukainen seurantaväli on, heidät kutsutaan vastaanotolle. (Nurminen 2010.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimuskysymyksissä näkyy se, mistä juuri tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita, mitä ollaan tutkimassa. Tässä opinnäytetyössä muodostui kolme tutkimuskysymystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91)

Tutkimuskysymyksinä pohditaan:

1. Mitkä ovat edistäviä tekijöitä diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumisessa?
2. Mitkä ovat haittaavia tekijöitä diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumisessa?
3. Miten diabetesta sairastava henkilö koki NUOTTA–hankkeen asiakkuuden?

Opinnäytetyön tavoite on kaksiulotteinen. Työelämän kiinnostus kohdistuu siihen, mikä tekee diabetesta sairastavasta henkilöstä huonosti hoitoon sitoutuneen ja näin myös NUOTTA–hankkeen asiakkaan. Opinnäytetyössä tuodaan esille NUOTTA–hankkeessa mukana olleiden asiakkaiden kuvauksia ja kokemuksia. Näin tavoitellaan tietoa siitä, miten he kokivat NUOTTA–hankkeen asiakkuuden. Opinnäytetyö selventää hoitoon sitoutumattoman henkilön näkemyksiä siitä, mitä hän perusterveydenhuolloilta odottaa.

Toiseksi opinnäytetyössä selvitetään niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumiseen haittaavasti tai edistävästi. Samalla pyritään selvittämään sitä, kuinka henkilö saadaan olemaan myös jatkossa hoitoon sitoutunut ja toteuttamaan omahoitoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että opinnäytetyössä esille tullutta tietoa Nurmijärven terveyskeskus ja muut samankaltaiset organisaatiot voivat jatkossa käyttää oman työnsä suunnittelun tukena. Ammattitaitoa tukevaa ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön omaa näkemyksellisyyttä laajentavaa tietoa tarvitaan varsinkin silloin kun asiakkaana on heikosti hoitoon sitoutunut henkilö.

## 7 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET VALINNAT

Lähdimme tähän osuuteen opinnäytetyömme toteutuksessa pohtimalla mitä laadullinen tutkimus on ja miksi se valintana sopii meille. Samalla selvennämme kirjoittamalla niin itsellemme kuin lukijallekin laadullisen tutkimuksen toteutuksessa käytettyjä käsitteitä.

Laadullinen tutkimus on terminä eräänlainen sateenvarjo, jonka alla on useita hyvin erilaisia laadullisia tutkimuksia. Laadullisessa tutkimuksessa on käytössä erilaisia nimityksiä, jaottelun perusteita ja jaottelun sisältämiä luokkia, jotka juontavat juurensa joko laadullisen tutkimuksen historiasta, sitä ohjaavasta filosofiasta tai ne viittaavat keskeisinä pidettyihin piirteisiin. Laadullisen tutkimuksen oppaat muodostavat laajan, toisistaan hyvinkin paljon poikkeavan kirjon. Laadullisen tutkimuksen metodioppaissa esiintyvät moninaiset ja usein ristiriitaiset käsitykset metodologiasta aiheuttavat ongelmia. On kyse opinnäytetyön valinnasta kun pohditaan, mitä tulisi tutkia, minkälaista aineistoa tulisi kerätä tai mitä lähestymistapaa opinnäytetyössä tulisi käyttää. Näihin kysymyksiin löytyy harvoin ”oikeita” vastauksia, mutta silti juuri nämä valinnat ja päätökset ovat opinnäytetyön kannalta hyvin tärkeitä. (Tuomi & Sajajärvi 2009, 9–12; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 123.)

Tässä opinnäytetyössä tavoittelemme metodologisen osuuden ymmärtämistä ja syvällistä tarkastelua oman opinnäytetyömme näkökulmasta. Opinnäytetyössä käytetty aineiston keruu- ja analyysimetodit ovat opinnäytetyön tulosten, eli syntyneen tiedon, perustelu ja oikeutus. Metodit ovat siis selitys sille, miksi tietynlaisia tietoja on tutkimuksessa saatu. metodi on käytännöllinen silloin, kun se kykenee yhdistämään teorian, tutkimuskysymykset ja metodologian. Metodologia tarkastelee käytetyn aineiston keruu- ja analyysimetodin järkeä, se on oppi tieteen järkevästä menettelmästä. Metodologia tarkoittaa sääntöjä siitä, miten joitain välineitä eli metodeja, käytetään asetetun päämäärän saavuttamiseksi. Opinnäytetyön metodologia sanoo aina jotain siitä, miten ja millaisia käsitteitä on käytetty todellisuuden hahmottamiseksi, jotta tulokseksi saadaan tieteellistä tietoa. Metodologia näyttäytyy yleisimmin kahden käsitteen, ontologian ja epistemologian, kautta. Ontologiassa on kyse olemisen tavasta, laadullisessa tutkimuksessa ihmiskäsityksestä. Ontologinen kysymys on, kuinka ymmärtää tutkittavan kohteen. Epistemologia havainnollistaa käsitettä tietämisen mahdollisuudesta. Epistemologinen kysymys on, kuinka ajattelen saavani tietoa. (Tuomi & Sajajärvi 2009, 13, 57; Hirsjärvi ym. 2009, 124; Metsämuuronen 2006, 207.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on olla ymmärtävä. Etsimme näkökulmia pitkäaikaissairautta sairastavan asiakkaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Tutustumme hyvin ajankohtaiseen ilmiöön, jonka vaikutusten tunnettavuus tämän työn myötä toivoaksemme paranee ja selkeytyy. Samalla myös selvitämme ilmiössä vaikuttavien tekijöiden välisiä vuorovaikutussuhteita; jokainen pääkäsitteemme vaikuttaa voimakkaasti muissa pääkäsitteissä ja niiden käsittelyssä. Lisäksi opinnäytetyömme tuo esille niitä tapahtumia, uskomuksia, asenteita ja toimintoja, jotka vaikuttavat työssämme käsiteltävään ilmiöön. (Hirsjärvi ym. 2009, 138)

Teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on ilmeinen ja sitä tarvitaan välttämättä. Tässä opinnäytetyössä teoria on tutkimuksen teoriaa, kerrontaa siitä, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään ja se edustaa osaltaan tutkimuksen viitekehystä. Lisäksi opinnäytetyössä on teoriolla perusteltu me-

todien valintaa, opinnäytetyön etiikan ja luotettavuuden hahmottumista ja huomioimista. Teoria auttaa myös mieltämään tutkimuskokonaisuutta. Teoreettisessa viitekehysessä kuvataan opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä merkityssuhteita. (Tuomi & Sajajärvi 2009, 18–19.)

Tutkimuksen tulokset eivät ole käytetystä havaintomenetelmästä tai käyttäjistä irrallisia. Kaikki tieto on siinä mielessä subjektiivista, että tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. Tutkimuksessa käytetyn teorian hyvyys tai huonous liittyy tutkimuksen laatuun tai laadukkuuteen. Myös lukija tulkitsee ja arvottaa lukemaansa oman kokemusmaailmansa ja omien merkityksiensä kautta. (Tuomi & Sajajärvi 2009, 20.)

Tässä opinnäytetyössä käsitämme tiedonantajamme oman elämänsä ja sairautensa asiantuntijana. Tunteilla ja kokemuksilla ei ole oikeata ja väärää, kun ne viedään yksilötasolle. Jokainen meistä mieltää maailman omalla tavallaan ja käsittelee kokemuksensa persoonallisesti ja subjektiivisesti. Halumme opinnäytetyön tekijöinä on selvittää vastauksia tutkimuskysymyksiin mahdollisimman objektiivisesti. Ihmistieteessä, varsinkin silloin kuin liikutaan yksityisyyden rajapinnalla terveyden ja sairauden kokemusmaailmassa, käsittelemme aineistoa ymmärryksen ja tulkinnan keinoin. Havainnoillemme haemme tukea tutkimuksen viitekehuksesta.

Laadullisen tutkimuksen kirjallisuudesta löytyy myös useita erilaisia tapoja eritellä, luokitella tai tyypitellä laadullisen tutkimuksen kokonaisuutta. Suomenkielisissä metodioppaissa ja tutkimusraporteissa käytetään synonyymeinä termejä ”laadullinen”, ”kvalitatiivinen”, ”pehmeä”, ”ymmärtävä” ja ”ihmistutkimus.” Englanninkielisissä julkaisuissa ainoa käytössä oleva termi näyttäisi olevan ”qualitative” (Tuomi & Sarajärvi 2009, 23–28.) Ymmärtävän tutkimuksen käsite on helppo mieltää osaksi tätä opinnäytetyötä, sillä tarkoitus on ymmärtää tutkittavana oleva ilmiö siten, että opinnäytetyöstä voi jatkossa hyötyä ammatillisesti.

Metodikirjallisuudessa on eräs äärimmäisen inhimillinen ja helposti mielletävissä oleva selitys laadullisen tutkimuksen olemassaolosta. Laadullisella tutkimuksella on omat traditionsa, kuten monella muullakin olemisen ilmiöllä. Nämä traditiot elävät, muuttuvat ja mukautuvat eri aikakausiin. Asiat painottuvat aikojen kuluessa eri tavoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 29–30.)

Ymmärrys tällaisesta hyvin maanläheisestä ominaisuudesta tekee laadullisen tutkimuksen käsitteestä ja tieteen hahmottamisesta pehmeämmän ja lähestyttävissä olevan. Koska laadullinen tutkimus on luonut oman historiansa, tapahtuu tässäkin opinnäytetyössä eksistentiaalista valintaa. Opinnäytetyötä ei synny ilman käsitteitä ja tapaa tietää. Kuten nytkin; huomaamme tulleemme kotiin, kun näemme opinnäytetyömme ymmärtävän tutkimuksen valossa.

Toisaalta tutkimme kokemuksellisuutta. Kuinka kokemusta voi tutkia? Kokemuksen voisi ymmärtää henkilön suhteeksi omaan elämäntodellisuuteensa. Tässä yhteydessä on syytä ymmärtää asioiden ja ilmiöiden näyttäytyminen tulkinnallisessa kontekstissa. Ihmisten kokemus muotoutuu merkitysten mukaan siinä maailmassa, jossa hän elää, eli kokemus syntyy vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa: ”Minä olen sairas, koska minulla on diabetes, mutta suhde diabetekseen kartuttaa minulle sairauden kokemusta sen eri merkityksissä.”. Samalla ihmisen suhde ympäristöönsä sekä toiminta on merkityksillä ladattua, ainakin suurelta osin tarkoitusten mukaisesti suuntautunutta. Kun kuulemme sanan tai lauseen, alamme vais-  
tomaisesti etsiä sille merkityksiä. On tilanteita, jolloin merkitystä ei voi johtaa suoraan, vaan kyseessä on metafora. Kuullun sanan tai lauseen ilmaisu ei välttämättä olekaan suoraan se, mitä kuulemme, vaan siinä piilee monimerkityksellisyys. Metafora pitää tunnistaa, kerrottua ja puhuttua voi haastattellessa tarkentaa, jotta viestin merkitys on sekä haastateltavalle että haastattelijalle sama. Tulkinnat pitää kyseenalaistaa ja niitä tulee tarkastella kriittisesti. Yritämme etsiä ymmärtämiselle ja tulkinnalle opinnäytetyössämme kanavaa, joka noudattaisi sovittuja teoreettisia sääntöjä siten, että työmme yhteydessä voitaisiin puhua hyvistä ja oikeista tulkinnoista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34–35; Laine 2007, 28–34.)

Lukkarinen (2001, 121) kertoo tekstissään seuraavaa: Fenomenologinen tutkimus hoitotieteessä tuottaa tietoa hoidettavina olevien arkielämään ja toimintaan liittyvistä kokemuksista ja kokemusten merkityksistä. Se tuottaa tietoa hoitamisesta myös hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja hoitamaan oppimisesta. Se, miten ihmiset itse kokevat elämänsä ja olemassaolonsa, tuottaa tärkeää tietoa hoitamisesta ja sen perusteista. Opinnäytetyössämme on fenomenologinen lähestymistapa.

Ihmistiede itsessään on armollista: se antaa mahdollisuuden nauttia tiedosta, tiedon ilmiöistä ja uuden tiedon etsimisestä. Opinnäytetyössä metoditeoriaan tutustuminen on tärkeää, sillä kyseisen teorian sisäistäminen auttaa aloittelevaa opinnäytetyön tekijää karistamaan pois turhat pelot ja hienon käsitteistön aiheuttamat paineet. Kun näkee opinnäytetyömme siten, että siinä hahmotetaan asiaa, jollaisena merkityksenä maailma juuri näille ihmisille tämän ilmiön yhteydessä on, aukeaa työn merkitys selkeämmin. Mieli rakentaa tätä maailmaa, sillä yhteiskunnalliset käytännöt ovat tutkimuskohteena olemassa vain ihmisen kautta. Käytännöt ovat aina toimijoille tarkoituksellisia ja merkityksellisiä, ja ne voidaan käsittää vain niiden tarkoitusten ja merkitysten kautta. Ihmistieteet, kuten terveys ja hyvinvointi, ovat inhimillisten arvojen sävyttämää. Puolin ja toisin, sillä tällaisen tutkimusperinteen erityispiirteenä on, että ihminen on sekä tutkimuksen kohteena ja tutkimuksen tekijänä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 31–34.)

Laadullinen tutkimus elää ja hengittää koko työstämisprosessin ajan. Tämänkin sisäistäminen on työn laadun kannalta merkityksellistä, eikä kyseinen ajatus avaudu ilman hyvää perehtymistä metodikirjallisuuteen. Laadullinen tutkimus on tutkijan tekemä valinta ja tämän valinnan kautta syntyy aineiston keruusta aihealueen teorian haltuunotto ja analyysin va-

linta. Perinteisesti metodioppaissa on korostettu sitä, että tutkimuksen ongelmat tulisi tarkkaan harkita ja muotoilla selkeästi ennen kuin ryhdytään varsinaiseen aineiston keruuseen. Tämä oppi elää kuitenkin murroksen ja muutoksen aikaa, sillä nyttemmin yhä useammin huomataan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa ongelma muokkautuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 126; 68–70; Eskola 2007, 163.)

Metodologisissa opaskirjoissa useassa todetaan laadullisen tutkimuksen aineiston osalta likipitään samoin kuin Eskola ja Suoranta (2001, 60–66) teoksessaan Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Siinä sanotaan, ettei laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ole välitöntä vaikutusta eikä merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. Ei ole olemassa mekaanisia sääntöjä aineiston koon määrittämiseksi; kysymys on aina tapauksesta. Aineiston tehtävä on toimia tutkijan apuna rakentamassa tieteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tarkoitus ei ole ainoastaan kertoa aineistosta, vaan pyrkiä rakentamaan siitä teoreettisesti kestäviä näkökulmia. Laadullisessa tutkimuksessa joutuu pohtimaan aineiston määrän yhteydessä kysymystä aineiston statuksesta, sen teoreettisesta merkityksestä tutkimusongelman suhteen. Aineisto valitaan harkinnanvaraisesti, teoreettisesta tai tarkoitukseenmukaisesta poiminnasta tai harkinnanvaraisesta näytteestä. Yleistyksiä ei ole tarkoitus tehdä suoraan aineistosta, vaan siitä tehdyistä tulkinnoista. (Eskola & Suoranta 2001, 60–66.)

## 7.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme aineisto on hankittu teemahaastattelun keinoin; se on yleisesti käytetty menetelmä tutkittaessa hoitoon sitoutumista (Lahdenperä 2002). Vuonna 2008 Nurmijärven terveyskeskuksessa oli meneillään NUOTTA–hanke, joka toteutettiin Klaukkalan terveysasemalla yhden diabeteshoitajan ja diabeteslääkärin yhteistyönä. ”Nuotattavia” diabetesta sairastavia oli tuolloin kahdeksan. Sittemmin terveyspalvelualueella on virinnyt uudelleen kiinnostus NUOTTA–hankkeeseen, lähinnä mahdollisuuden ”nuotata” pitkäaikaissairautta sairastavia hoitoonsa sitoutumattomia asiakkaita ja keinoihin lähestyä heitä. Tähän ajatukseen nojaten saimme Nurmijärven terveyskeskukselta pyynnön selvittää vuoden 2008 NUOTTA–hankkeeseen osallistuneiden diabetesta sairastavien kokemuksia silloisesta toiminnasta ja NUOTTA–hankkeen asiakkuuden vaikutusta pidemmällä aikavälillä.

Koimme, että tällaisen tutkimusaineiston käsittelyssä keskeisiksi käsitteiksi teoriaosuudessa nousivat hoitoon sitoutuminen, pitkäaikaissairauden merkitys ja itsehoito. Näiden käsitteiden selventäminen ja niiden merkityksellisyyden sisäistäminen niin yksilötasolla, kunnan kuin valtionkin näkökulmasta tukee aineistoa analysoitaessa tutkijan ymmärrystä niin diabetesta sairastavan kuin palvelun tarjoajan osalta.

Tuomi & Sarajärvi (2009,134) korostavat kysymystä totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Kananen (2008,121) sanoo objektiivisuudesta ”objektiivisuus syntyy subjektiivisuuden tiedostamisesta”. Objektiivisiä havaintoja



ei ole, sillä käytetyt käsitteet, menetelmät, tutkimusasetelma ja metodologinen osaaminen vaihtelevat tutkijoittain. Menetelmät ovat tutkijan valitsemia ja valitut menetelmät vaikuttavat aina tutkimustuloksiin. Haastattelussa haastattelija ja haastateltava yhdessä tuottavat tietoa, eikä niin, että haastatteluprosessin ulkopuolinen, neutraali henkilö ammentaisi haastateltavalla ennalta olevaa tietoa (Autonen-Vaaraniemi 2009). Tähän pohjasimme päätöksemme siitä, että valitsimme vain toisen meistä olemaan yhteydessä haastateltaviin. Olemme verbaalisesti hyvin erilaiset: toinen proosallinen ja puhelias, kun taas toinen pitää siitä, että asiat ilmaistaan selkeästi. Tämä asetelma haastattelutilanteessa olisi luonut haastattelun sisältöön ja etenemiseen eriarvoisen rakenteen. Sekä tästä että aikataulullisista syistä päädyimme siihen, että meistä puheliaampi teki kaikki haastattelut. Päädyimme myös siihen, että henkilö, joka teki haastattelut, oli sama kuin henkilö, joka otti haastateltaviin puhelimitse yhteyttä. Tämä oli myös haastateltavien kannalta yksiselitteisempää.

## 7.2 Teemahaastattelujen toteutus

Päädyimme teemahaastatteluun haastateltavien pienen määrän ja tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Teemahaastattelu on keino kysyä ihmiseltä itseltään mitä hän ajattelee ja miksi hän tekee jotain, niin kuin tekee. Halusimme nähdä ihmisen oman asiansa subjektina. Lähdimme siitä ajatuksesta, että meillä on yli kymmenen vuoden ammatillinen ja vankka poliklininen kokemus, joten teemahaastattelun yhteydessä meillä on kykyä ja kokemusta tarkentaa haastateltavan kerrontaa. Teimme teemahaastattelulle rungon (Liite 5), jota haastattelut tehnyt opinnäytetyön tekijä käytti ikään kuin punaisena lankana haastattelun edetessä. Haastattelurunko syntyi saatuaamme työstettyä teoreettista osuuttamme ja tutustuttuamme teemahaastatteluun metodimielessä. Molemmat opinnäytetyön tekijät tekivät ensin yhden koehaastattelun, jonka jälkeen valitsimme keskuudestamme sen henkilön, joka tekee kaikki varsinaiset haastattelut.

Tutkimukseen sopiville diabetesta sairastaville vuonna 2008 Klaukkalan terveysasemalla NUOTTA–hankkeen asiakkaina olleille lähetettiin kirje (Liite 4) viikolla 19; heti, kun olimme saaneet tutkimusluvan terveyskeskuksen johtoryhmältä. Kaksi viikkoa kirjeen lähettämisen jälkeen haastateltaville soitettiin viikolla 21 maanantain ja tiistain aikana ja tiedusteltiin halukkuutta osallistua tutkimukseen (vrt. Lunnela 2011). Jätimme tarkoituksella haastateltaville hetken aikaa ajatella ja pohtia omaa osallistumistaan tutkimukseen. Samalla heille jäi hiukan aikaa muistella menneitä, sillä vuodesta 2008 on jo jonkin verran kulunut aikaa. Kaikki tutkimukseen soveltuvat tavoitettiin. Kaksi kieltäytyi osallistumasta. Loput kuusi suostuivat joko suoraan tai aihetta ja tarkoitusta selvittävän keskustelun päätteeksi osallistumaan haastatteluun. Oman näkemyksemme mukaan saimme hyvän otannon: kuusi kahdeksasta eli 75 % tutkimukseen soveltuvista suostui haastatteluun. Myöhemmin yksi haastatteluun suostuneista ei vastannut enää yhteydenottoihin.

Koimme haastateltavien määrän pieneksi ja pohdimme syntyneitä ongelmia. Otimme uudelleen yhteyttä henkilöihin, joille teimme koehaastattelut. Heidän tutkimusprofiilinsa oli lähes oikea: he olivat molemmat diabetesta sairastavia, käyttivät Nurmijärven terveyskeskuksen palveluita ja kertoivat avoimesti hoitoon sitoutumisensa olevan heikkoa. Molemmilta koehaastatelluilta puuttui NUOTTA–hankkeeseen osallistuminen, mutta koehaastattelun yhteydessä kyseinen hanke oli heille selvitetty. Koehaastattelua tehdessä haastatteli kysyi kysymyksiä liittyen kuvitteelliseen kokemukseen kyseisen hankkeen asiakkuudesta ja koehaastateltavan mielipiteitä tämän kaltaisesta hankkeesta. Koehaastattelut tehtiin hyvän teemahaastatteluperiaatteen mukaisesti ja koehaastateltaville kerrottiin luottamuksellisuudesta ja muista tutkimuseettisistä asioista, joista haastateltavien tulee olla selvillä. Koehaastateltaville soitettiin ja pyydettiin lupaa saada käyttää heidän haastattelujaan mukana tutkimuksessa. Molemmat suostuivat siihen, jolloin luotettavuuden lisäämiseksi haastattelut tehnyt haastatteli uudelleen myös sen koehaastateltavan, jonka toinen opinnäytetyön tekijöistä oli alun perin koehaastatellut.

Hirsjärven ym. (2009, 205) mukaan haastattelun etu on joustavuus ja sen huomasi myös haastatteluja tehdessä. Haastattelijalla oli aina mahdollisuus kysyä uudelleen, oikaista väärinkäsitys tai tarkentaa kysyttyä. Teemahaastattelussa on mahdollisuus selventää ja syventää saatua tietoa (Hirsjärvi ym. 2009, 205). Tämän saman asian havaitsi opinnäytetyön tekijöistä myös hän, joka suoritti haastattelujen auki kirjoituksen eli litteroinnin. Haastattelut tehnyt opinnäytetyön tekijä huomasi, kuinka oma kyky haastatella ja viedä kerrontaa eteenpäin muuttui ja kehittyi teemahaastatteluiden edetessä. Haastatteluja varten tehty runko toimi lähinnä järjestyksen ylläpitäjänä ja muistiona, jotta haastattelussa ei sorruttu epäjohdonmukaisuuteen, eikä unohdettu kysyä keskeisiä asioita. Omaa soveltamista syntyi muun muassa, kun haastatteli havaitsi jonkin tärkeän ajatuksen syntyväksi, mutta haastateltava ei vielä osannut sanoittaa ajatustaan. Tällöin yhdessä etsittiin kokemuksen ydintä. Haastattelujen myötä tarkentui myös painotus kohti olemassa olevia tutkimuskysymyksiä. Näihin pyrittiin etsimällä keskeisten käsitteiden merkitystä haastateltavan elämässä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72).

Haastateltaville painotettiin kirjeessä tietosuojaa ja luottamuksellisuutta. Haastatteli kertoi aina ennen haastattelua, että tutkimuksen tarkoitus on saada haastateltavilta mahdollisimman paljon kokemuksellista tietoa. Kyseessä ei ole haastattelu siitä, mitä diabetesta sairastava tietää sairaudestaan tai sen hoidosta. Kyse ei myöskään ole siitä, että haastateltavan pitäisi osata vastata oikein tai miellyttäväkseen terveydenhuoltohenkilökuntaa. Kerrottiin, että haastateltavan kannattaa ja häneltä toivotaankin tulevan esille ajatuksia ja kokemuksia juuri siten miten hän asioista ajattelee. Haastattelun tehnyt kirjoitti jokaisen haastattelun jälkeen ylös haastatteluun liittyvät tunnelmat, haastateltavan ennakkoajatukset ja odotukset haastattelulta. Näin jokaisen haastattelun elämysmaailmaan on helppo palata analyysin yhteydessä ja siitä voi johtaa selvennyksiä joillekin haastattelussa esiintyneille piirteille (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Teemahaastattelulle on tyypillistä, että siinä edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Näin teimme tässäkin opinnäytetyössä. Haastattelurunko (Liite 5) eteni pääteemoittain ja näiden teemojen ympärille oli koottu syventäviä apusanoja. Teemat syvennettiin pääkäsitteistä ja aukaistiin tutkimuksen viitekehityksen avulla keskeisiksi kysymyksiksi. Apusanat löytyivät, kun molemmat pohtivat tahoillaan pääkysymyksiä ja kertasivat jo kirjoitettua viitekehystä. Teemahaastattelu metodina sopi opinnäytetyöhömme haastattelun toteutukseksi, sillä haimme ensisijaisesti ihmisten tulkintoja heidän kokemuksistaan liittyen tutkimusongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75–76; Laine 2007, 37.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 75) sanovat, että on makukysymys esitetäänkö kaikki kysymykset kaikille haastateltaville, esitetäänkö ne samassa järjestyksessä ja ovatko sanamuodot samat kaikissa haastatteluissa. Lähdimme liikkeelle siitä oletuksesta, että diabetesta sairastava on oman sairautensa asiantuntija. Hän on myös oman elämänsä asiantuntija, mitä tulee esimerkiksi pitkäaikaissairauden kanssa elämiseen. Näimme asian siten, että haastattelua taustoittaa hyvin tehty viitekehys ja opinnäytetyön tekijän perehtyminen ilmiöstä saatavilla olevaan tietoon. Teemat ovat tuosta viitekehuksesta nostetut keskeiset käsitteet, jotka luovat oman viitekehityksensä tehtävälle haastattelulle. Teemoittelu on kokemattoman haastattelijan apuväline, jolla voi varmistaa, että saadulla aineistolla pyritään vastaamaan asetettuun tutkimuskysymykseen. Tämä ei poissulje haastateltavan mahdollisuutta tuoda esiin paljon sellaistaikin aihepiiriin liittyvää, jota ei ole suoraan teemoitettu kysymyksiin. Haastattelijalta kysytään taitoja, tulkin-taa ja ymmärrystä jo haastattelutilanteessa. Koimme, että oma historiamme terveydenhuollon ammattilaisina toi tähän näkökulmaan luotettavuutta. Olemme tehneet vuosia töitä lähellä ihmisiä, heidän hyvin yksityisiä asioita kuunnellen ja haastatellen. Tämä ammattitaito hyödynnettiin nyt näissä tutkimushaastattelutilanteissa. Haastattelijalla oli hyvin herkkä kuuntelemaan ja kuulemaan, jos haastateltava oli saamassa kerronnalleen suunnan, joka ei ollut ennakkoteemoissa, mutta joka selvästi aineistossa syventää tutkimuksen tuloksia.

Opinnäytetyömme teemahaastattelut tehtiin sinutellen, tähän kysyttiin kaikilta haastateltavilta lupa. Kokemus oli vahvasti sen kaltainen, että sinutteleminen toi haastatteluun keskustelemaan ja tuttavallisen tunnelman, jolloin haastateltavien oli helpompi rentoutua ja puhua vieraalle ihmiselle henkilökohtaisista asioistaan. Yleensäkin ennen haastattelun aloittamista pidettiin pieni rupatteluhetki, lähinnä säästä, asuinpaikasta, kesästä ja haastattelijan opinnoista ynnä muista yleisistä aiheista. Etukäteen oli sovittu vain siitä, että kysymykset pyritään esittämään samassa järjestyksessä siinä määrin kuin se haastattelun edetessä on luontevasti mahdollista, jotta työn eteneminen litteroinnin ja analyysin aikana olisi helpompaa. Tämä niin sanotuksi järjestykseksi kutsuttu toimi lähinnä punaisena lankana, sillä sen ympärille kukin haastattelu muodostui hyvin yksilölliseksi verkoksi. Haastattelukysymykset painottuivat antamaan tietoa ja etsimään vastauksia merkityksel-

lisiin kysymyksiin tutkimuskysymysten, -tavoitteiden ja -tarkoituksen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75–76). Haastatteluvaiheessa haastattelija piti tämän näkökulman tarkoin mielessään.

Otannan kokosimme ei-satunnaisesti tarkkaa harkintaa käyttäen. Pienemässä tutkimuksessa tutkijaa yleisimmin kiinnostaa tavat antaa merkityksiä asioille, niissä havaittavat mahdolliset yhteneväisyydet ja erot, sekä se mitä nämä yhteneväisyydet ja erot kertovat. Opinnäytetyömme tarkoitus on saada Nurmijärven kunnan terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön tietoa jo kertaalleen kunnassa meneillään olleesta hankkeesta, sen onnistumisesta asiakkaan kokemuksen kautta. Meitä sitoi asetelma siitä, miten hanke toteutettiin vuonna 2008 ja ketkä siihen osallistuivat. Opinnäyte on tekijänsä harjoitustyö, jonka tarkoitus on osoittaa oppineisuutta omalta alalta. Tässä valossa aineiston kokoa ei tule pitää opinnäytteen merkittävimpänä kriteerinä. On merkityksellistä pohtia etukäteen mahdollista aineiston kokoa, keskustella siitä ja kiinnittää siihen huomiota. Tämä on osa laadullisen tutkimuksen avoimuutta. Ratkaisevaa kuitenkin on syntyneiden tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86; Alasuu-tari 2001, 39; Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 17.)

Yksittäiset haastattelut toivat jokainen jotain merkityksellistä tietoa, mutta jokaisessa oli nähtävissä pääteemoittain samankaltaisuuksia kokemusmaailmassa. Ajatuksena on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, joka tutkimuskohteesta on mahdollista saada. Jopa yksittäistä tapausta kyllin tarkasti tutkimalla saadaan näkyviin se mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym., 2009, 181–182; Tuomi & Sarajärvi 2009, 87–89.)

Pohdimme myös sitä, kuinka paljon oma ammatillinen asiantuntijuutemme vaikuttaa siihen, miten loputtomiin löydämme uusia yksityiskohtia haastatteluaineistosta sairaus- ja terveyskäsitykseen liittyen. Samalla kun painotamme haastateltaviemme yksilöllisyyttä ja ainutlaatuisuutta, haluamme löytää saamastamme aineistosta tietyn merkin, joka kertoisi meille, että haastateltavia on haastateltu riittävästi. Jokainen haastattelu aukeaa meille teoreettisessa viitekehityksessämme siten, että voimme havaita kuinka yksityisessä toistuu yleinen. Ymmärrämme tämän siten, että aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota enää mitään tutkimuskysymysten kannalta uutta tietoa. Niiden tutkimuskysymysten valossa, jotka olimme määritelleet oleviksi haastatteluja tehdessämme, voimme sanoa, että tällainen samankaltaistuminen oli selkeästi havaittavissa. Kertaantumisen liittyy haastatteluun osallistuneiden koettujen merkitysten tavoittamiseen ja yhteisten kokemussisältöjen löytymiseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 182; Eskola & Suoranta 2001, 62; Lukkarinen 2001, 127.)

### 7.3 Aineiston analyysi

Päädymme opinnäytetyössämme laadulliseen tutkimukseen ja sen aineiston analyysiin sisällön analyysin keinoin. Sisällön analyysi on perusana-

lyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Siksi se tuntui meistä hyvältä metodivalinnalta. Toinen syy aineiston analyysiin sisällön analyysin keinoin oli menetelmän tuttuus ja yleisyys. Tämä mahdollisti opinnäytetyön etenemisen ja valmistumisen opintosuunnitelman aikataulun mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 126,179; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.)

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä seuraavasti: se opinnäytetyön tekijä, joka ei suorittanut haastatteluja, litteroi eli kirjoitti haastattelut auki. Ennen litterointia kirjoittaja kuunteli haastattelut läpi. Tämän jälkeen puhe kirjoitettiin tekstiksi lause kerrallaan kelaten haastattelutallennetta edestakaisin. Litterointimenetelmää voi kutsua ”karkeaksi litteroinniksi”, joka tarkoittaa, että kirjattiin kaikki sanat, pitkät tauot, yskäisyt, naurut ja itkut, mutta pienimmät huokaukset ja muminat jätettiin kirjaamatta. Lisäksi tekstiin lisättiin välimerkit ja isot kirjaimet luettavuuden parantamiseksi. (Mykkänen 2010.) Lopuksi haastattelut kuunneltiin vielä kerran läpi samalla tekstiä seuraten ja korjaten mahdolliset virheet. Auki kirjoitettuna haastattelumateriaalia kertyi 94 sivua (fontti Times New Roman koko 12 riviväli 1). Kaikkien haastattelujen litteroinnin valmistuttua kuuntelimme nauhoitukset yhdessä, haastattelujen litterointeja seuraten ja keskustelimme kunkin haastattelun tunnelmasta ja muista siihen liittyvistä asioista.

Tulostimme litteroinnit helpottaaksemme koodausta, samalla jokainen haastateltu sai nimikkonumeron. Koodit mietimme ja suunnittelimme yhdessä. Sovimme koodaavamme aineiston väreillä, jolloin jokainen pääteema saisi oman värinsä. Tämän jälkeen molemmat tahoillamme perhdyimme aineistoon ja etsimme haastatteluista niitä teemoja, jotka vastasivat parhaiten opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Päädyimme analyysisämme teemojen etsintään, sillä aineiston keruu tapahtui teemahaastattelun keinoin. Näin ollen aineiston pilkkominen teemoittain oli mielekästä, koska haastattelun teemat muodostivat jo itsessään jäsenyyksen aineistoon. Teemat toimivat edelleen kuin ostoskoreina. Aineistosta löytyi paljon irtolaisia yksityiskohtia tai keskustelussa syntyneitä ajatuksia, niitä kutsuimme ”vaeltajiksi.” Sijoitimme vaeltajat teemojen muodostamiin ”ostoskoreihin.” Silloin yksi ajatus saattoi esiintyä useammassakin teemakorissa. Pohdimme toistemme ajatuksia ja tulkintoja. Lopuksi saimme kokoon yhtenäisen värikartan eli jokainen esiin tullut asia löysi itselleen teemakorin. Työ jatkui siten, että haastatteluaineistosta etsittiin tutkimuskysymysten kannalta olennaisinta tietoa erilaisia lähestymisnäkökulmia kadottamatta. Tämä työvaihe oli pitkä ja vaati useita kertoja työstämisen aloittamista alusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87–89.)

Sisällön analyysin tekninen vaihe toteutettiin seuraavasti: ensin aineistosta etsittiin teemat ja niihin liittyvät alkuperäiset kommentit. Aineistoa koodattiin värein ja järjestettiin uudelleen. Siitä myös etsittiin kiinnostavilta ja merkityksellisiltä vaikuttavat kohdat, jotka saivat oman koodauksen. Yhdellä asialla saattoi siis olla useampi koodaus. Teemoissa ja mielenkiinto-

sisä ilmaisuihin esiintyneet alkuperäisilmaisut pelkistettiin (Liite 6). Aineistoon liitettiin omia huomioita, muistiinpanoja ja syntyneitä ideoita. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 101; Eskola 2007, 171–172; Berlin 2008.)

Koska oletamme analyysin olevan aineistolähtöistä, silloin tiedolla ja teorialla tutkittavasta ilmiöstä ei saisi olla tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteivätkö johdopäätöksissä nämä asiat yhdistyisi toimivaksi ja toisiaan tukevaksi kontekstiksi. Koimme, että on helppo sitoutua analysoimaan aineistoa aineistolähtöisesti, sillä se oli lähtökohtaisesti ajatuksemme toteuttaa tämä opinnäytetyö. On tekijälle selkeää valita analyysiyksiköt aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaan. Tulkinnoissamme logiikka kulkee yksittäisestä kohti yleistä. Etsimme kokemuksille ja niiltä edenneille valinnoille tai niistä johtuville seuraamuksille yhteistä ääntä. Tämä ääni on alakategoria (Liite 7), jonka tehtävä on olla selkeä ilmaisu, jonka alle sijoittuu saman ”äänistä” kerrontaa. Näin opimme mieltämään opinnäytetyömme tulosten yleistettävyyttä ja toistettavuutta.

Olimme tietoisia ongelmasta, joka käsittelee aineistolähtöistä tutkimustensa synnyttämien havaintojen teoretisoimisen oikeuttamiseksi. Ei ole olemassa objektiivisesti täysin puhtaita havaintoja, vaan esimerkiksi käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat aina tuloksiin. Taito painottuu siihen kuinka opinnäytetyön tekijä voi kontrolloida analyysin kulkua siten, että se tapahtuu tiedonantajien ehtojen eivätkä tutkijan omat ennakkoluulot vaikuta tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–100.) Keskustelimme paljon tutkimuskysymyksiimme liittyvistä ilmiöistä ja mietimme yhdessä mahdollisia ennakkokäsityksiämme ilmiöön liittyen.

Meille tieto siitä, että aineiston analyysissä on kyse oivaltamisen logiikasta, on mieluisa. Se koettelee meidän omia kykyjämme ja rajojamme opinnäytetyön tekijöinä. Yleistäen voidaan todeta, ettei ole olemassa sellaista tieteellistä metodologiaa, joka takaisi totuuden etsinnän menestyksen. Opinnäytetyö tekijän tulee löytää aineistosta teemoja oman ymmärryksensä avulla. Yksi asia, jota opinnäytetyön tekijän tulee tavoitella, on saada lukija luottamaan, että juuri tämä opinnäytetyö on uskottava. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 100.)

Eräänä ajatuksena mieleemme nousi tutkimuskysymysten asettamisen ajankohdan merkitys. On selvä, että opinnäytetyöllä on oltava tavoite ja tarkoitus, muuten opinnäytetyön tekijä ei itsekään tiedä mitä on tekemässä. Viitekehys muodostaa keskeisten käsitteiden ympärille joitain oletuksia. Saavatko nämä oletukset liian suuren subjektiivisen painotuksen, jos tutkimusongelmat ovat tässä vaiheessa päätettynä? Sisällön analyysin edetessä on tutkimuseettisesti tyydyttävää päätyä yhdistäviin kategorioihin (liite 8), joita vastaamaan tehtäisiin kysymysparit eli tutkimusongelmat. (Eskola 2007, 159–162, 173.) Tämänkin ajatuksen kulun todensimme omassa opinnäytetyössämme. Kaksi suurta tutkimusongelmaa oli hyvin asetettu ja tutkimusaineisto rakentui vastaamaan sille esitettyihin kysy-

myksiin. Kolmas tutkimusongelmamme ei löytänyt itselleen vastaavuuksia, sisältö jäi vaillinaiseksi ja ”ryöväsi” oleellista tietoa muilta tutkimusongelmilta. Päädyimme nimeämään ongelman uudelleen. Muutos alkupeiräiseen ei ollut suuri, teoriaosuus ja keskeiset käsitteet säilyivät ennallaan. Muutos oli kuitenkin merkittävä tutkimusten tulosten mielekkään muodostamisen kannalta.

Lähtökohta on se, ettei viitekehys saa luoda analyysille merkityksiä, vaan niiden täytyy löytyä haastateltavien kokemuksellisuudesta. Johtopäätöksissä tulee näkyä teoriakytkentä, mutta analyysi ei ”hengitä” itsenäisesti kokemuksellisuuden ja niiden tulkintojen kautta, jos kytkemme teemat teoriaan. Kategorioiden nousevat esiin aineistosta. Emme hakeneet vahvistusta jo olemassa olevalle teorialle, vaan tavoitteenamme oli mahdollisuuksien mukaan löytää jotain uutta. Keskityimme lukuisiin pelkistettyihin ilmaisuihin, jotka hakivat yhteisiä tarkoituksia ja omaa ääntään. Oli palkitsevaa huomata, miten kokoavien käsitteiden hahmo alkoi erottua jo pelkistysten takaa. Samalla kävimme hyvin antoisia keskusteluja siitä, mitä yleisiä ja yhteisiä havaintoja oli mahdollista tehdä kategorioiden syntyessä. Johtopäätöksissä lähdimme siitä, että niiden käsittelyyn liittyy kytkentä tutkimuksen teoreettiseen viitekehukseen sekä aikaisempiin tutkimuksiin

## 8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Laadullista tutkimusta tehdessä on perusteltua joka kerran erikseen määrittää, mitä on tekemässä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 67). Tämä lisää luotettavuutta, sillä silloin tulee selkeästi ilmi, että opinnäytetyön tekijä tietää koko ajan mitä tekee. Jokainen opinnäytetyö sisältää omat eettiset ongelman- sa, joten hyvin esille tuodut sekä perustellut valinnat osoittavat opinnäytetyön tekijän eettistä valveutuneisuutta. Tieteellisesti hyvän ilmaisun kannalta on asiaan kuuluvaa pyrkiä perustelevaan valintojaan. On myös hyväksyttävä se, että jossain kohden tulee vastaan perustelematon usko tai asenne, siis rationaalinen valintojen perustelu on hyvä ja riittävä.

Hoitoon sitoutuminen on tällä hetkellä voimakkaasti terveydenhuollon piirissä puheena oleva käsite. Lähteiden löytäminen sinällään ei ollut haasteellista, vaan haasteelliseksi muodostui tietyt aiheita käsittelevät pääteokset, jotka vaikuttivat kaikkialla. Yksi tällainen oli ”Raportti pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutumisesta”. Varsinkin hoitoon sitoutumista käsittelevissä suomalaisissa kirjoituksissa ja teoksissa kyseistä raporttia oli poikkeuksetta käytetty lähteenä. Toinen erinomainen lähdekirjallisuuden, artikkeleiden ja teosten tuottaja oli Helvi Kyngäs. Olemme käyttäneet useampaa hänen kirjoitustaan lähteenämme, joten hänen nimensä erottuu lähdeviitteissämme paljon käytettynä.

Tutkijalla on kolme erisuuntaista perusvelvollisuutta: velvollisuus tuottaa luotettavaa tietoa maailmasta, velvollisuus ylläpitää tieteellistä julkisuutta ja velvollisuus kunnioittaa tutkittavien oikeuksia. Velvollisuudet saattavat joutua ristiriitaan keskenään. Jotta ristiriitoja voitaisiin ratkoa, ne on ensin tunnustettava. Tutkittavien oikeuksia ei saa loukata, mutta tutkittavien var-

jeleminen ei liioin saa johtaa tulosten vääristelyyn eikä tieteen julkisuuden rikkomiseen. Tutkijan tai tutkimuksen ei tarvitse olla tutkittavalle hyödyksi. Ihmistutkimuksen periaate on, että tutkimusta ei tehdä salaa eikä vastoin tutkittavien tahtoa ja tutkittaville annetut lupaukset on pidettävä. Tutkittaville on myös syytä kertoa, miten aineisto tullaan arkistoimaan ja miten sen käyttöä valvotaan esimerkiksi jatkotutkimuksissa. Se, että tutkittavilta on pyydetty suostumus tutkimuksen tekoon ja haastatteluihin, ei kokonaan poista tutkijan vastuuta. Tutkittavat eivät aina voi hahmottaa prosesseja, joita tutkimus voi saada aikaan. Tutkijan perustehtävä on luotettavan informaation tuottaminen todellisuudesta. (Holmila 2005, 21–26; Mäkelä 2005, 9–17.)

Edellä olemme jo pohtineet tutkimuksen luotettavuutta saadun aineiston näkökulmasta. Tähdellistä on myös miettiä mitä muita luotettavuuden kriteereitä opinnäytetyön tulee saavuttaa. Tutkimuksen luotettavuuden lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen. Tutkija itse on tutkimuksessaan keskeinen tutkimusväline. Tästä syystä laadulliset tutkimusraportit ovat paljon tutkijan omaa pohdintaa sisältäviä, ne on ikään kuin läpivalaistu, jotta lukija voi nähdä tutkimukseen liittyvän koko kertomuksen. Luotettavuutta arvioitaessa täytyy huomioida myös päätelmien luotettavuus. (Eskola 2001, 208–213.) Tämän opinnäytetyön tulkintojen ja niistä juontuvien johtopäätösten uskottavuus nojaa työn tekijöiden pitkään ammattihistoriaan terveydenhuollossa. Tähän me itse luotamme eli katsoimme oman käsitteistömme ja tulkintojemme vastaavan haastateltavien omia käsityksiä pitkäaikaissairaudesta ja sen merkityksestä elämänhallinnassa. Tutkimusaineisto koostui pitkälle sellaisesta kerronnasta, jonka suuntaista teoreettisen viitekehyksen ja näyttöön perustuvan käytännönkokemuksemme pohjalta osasimme ennakoidakin.

Tutkimuksen luotettavuuden edistämiseksi on tärkeää se, että luotettavuuden tarkastelu voidaan liittää luontevasti omaan tutkimukseen ja sen lähestymistapaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134.) On myös huomioitava, että laadullisen tutkimuksen piirissä on vallalla useita käsityksiä luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä; painotus ja opastus voi olla lähteestä riippuen hyvinkin erilaista. Olemme työskennelleet samassa terveyskeskuksessa ja huomasimme jo useita vuosia sitten, että ammatillisesti osaamisen ja kiinnostuksemme painottuvat samoin. Oli iloinen asia, kun löysimme toisemme pohtimasta opinnäytetyön aihealueita ja keskustelun avauduttua päädyimme samaan kiinnostuksen kohteeseen. Keskinäinen ajatuksemme oli, että kaksi asiaansa perehtynyttä yksilöllistä hoitotyön ammattilaista lisää tämän kaltaisen tutkimuksen luotettavuutta. Pohdimme sitä, kuinka täydennämme toistemme näkökulmia, pystymme rehellisesti keskustelemaan ja perustelemaan mielipiteitämme ja aineiston analyysivaiheessa uskomme, että kaksin silmin ja korvin näemme ja kuulemme paremmin.

Haastateltaville kerroimme sen, miksi juuri he, heidän kokemuksensa ja suhde sairauteensa vastaavat mielestämme parhaiten tutkimusongelmiin. Selostamme tekemämme analyysiprosessin, jotta lukijalle jää mahdollisimman tarkka kuva siitä, kuinka olemme päätyneet tulkintoihimme. Teo-



reettiseen viitekehukseen etsimme mahdollisimman hyvän ja tuoreen tiedon; samoin metodologiseen osuuteen panostimme kattavasti. Pyrimme olemaan työssämme avoimia ja läpinäkyviä, jottei lukijalle jää epäselväksi tekemämme ratkaisut tai työnkulku. (Ruusuvuori ym. 2010, 26–27.)

Omalle aineistolle tuli työn edetessä ahneeksi. Oli vaikea löytää rajat sille tiedolle, mitä kaikkea aineistosta oli mahdollisuus löytää. Aina löytyi myös uutta teoretietoa, vielä parempi metodologinen opas tai mielenkiintoinen väitöskirja. Opinnäytetyö oppimisprosessina opetti sen, että omassa näkökulmassa, joka on yhdessä sovittu ja tarkoin harkittu, kannattaa pitäytyä. Jälleen kahden tekijän opinnäytetyö näyttäytyi kahdessa valossa. Toisaalta vierellä oli aina joku, joka kertoi, jos asia harhaili ja rönsyili liikaa. Toisaalta yhteisen näkökulman löytyminen ja sen ymmärtäminen samalla tavalla vaati pohdintaa. Vielä näkökulman sisälläkin me teimme tulkintoja, joissa painotus muutti asian ymmärrystä. Jouduimme usein pysähtymään ja keskustelemaan asioita ja käsitteitä auki. Tämän haluamme nähdä työssämme rikkautena ja luotettavuuden kannalta hyvänä asiana.

Työn edetessä huomasimme, miten hyvä oli, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi. Kummallakin tekijällä olivat selkeästi työskentelyssä ne alueet, jotka painottuivat omassa kiinnostuksessa ja mieltymyksissä. Näin työjako sujui vaivattomasti ja työvaiheella oli aina tekijä, joka oli motivoitunut ja innostunut asiasta. Opinnäytetyö työprosessina on pitkä ja monivaiheinen, on inhimillistä välillä kokea väsymystä tai tunnetta umpikujasta. Opinnäytetyön tekijöillä oli aina toisensa kannustamassa ja viemässä eteenpäin. Jos toinen koki otteensa herpaantuvan hetkeksi, niin oli hienoa huomata työn edenneen rivin tai kaksi toisen tekemänä. Myöskään ongelmat eivät näyttäytyneet niin isoina, kun tekijöitä oli aina kaksi niitä setvimässä ja selvittämässä.

## 9 EETTINEN TARKASTELU

Asetimme työllemme seuraavat eettiset kysymykset: tapahtuuko haastatteluvien lähestyminen eettisesti oikein? Toteutuvatko haastattelut hyvien haastattelutapojen mukaisesti? Lähetimme ensin kirjeen (Liite 4), jonka jälkeen soitimme haastateltaville. Haastattelutilanne oli viimeinen kontakti haastateltaviin. Jokaisessa vaiheessa painotimme haastateltaville tietosuoja, vapaaehtoisuutta sekä olimme opinnäytetyöstämme ja sen tarkoituksesta avoimia. Aineisto on kerätty hyvässä yhteistyössä tiedonantajien kanssa. Syy, miksi haastateltavat olivat päättäneet osallistua tutkimukseen, tuli haastattelun kulussa hyvin esille. Taustalla ei vaikuttanut pakko eikä velvollisuus, vaan aito halu olla mukana ja kertoa oma tarina. Olemme myös koonneet yhteen haastateltavien taustatiedot prosentuaalisina arvoina ja kertoneet, jos haastattelutilanteisiin liittyi jotain muuta informatiivista; tästä hyvänä esimerkkinä eräässä haastattelussa mukana ollut lähiomainen. Lisäksi analysointivaiheessa häivytimme vastauksista kaiken sen informaation, jonka perusteella tiedot antanut henkilö olisi tunnistettavissa. (Kuula & Tiitinen 2010, 446–453.) Tämä tapahtui muun muassa muuttamalla erisnimet yleisnimiksi; kuvitteellisina esimerkkeinä Matti muuttui

muotoon poika ja tyttärenpoika muotoon lapsenlapsi. Tärkeänä koimme myös mahdollisten jatkotutkimusaiheiden esiin tuomisen.

Haastateltaville kerrottiin selkeästi, ettei heidän ole tarkoitus pyrkiä vastauksillaan antamaan jonkinlaista toivottua kuvaa itsestään. Heille kerrottiin myös, että ei ole tarvetta miellyttää ketään. Tutkimuksen tarkoitus yritettiin selvittää haastateltaville siten, että he ymmärsivät selkeästi mitä heidän antamastaan aineistosta aiottiin tutkia. Tiedostimme, että kyseessä oli haastateltavien terveyttä, elintapoja sekä tapaa kohdata ja hoitaa omaa sairauttaan käsittelevän aineiston keruu. Avoimuus tällaisten asioiden äärellä ei välttämättä ole helppoa. Siksi haastattelutunnelman keventäminen mahdollisimman tuttavalliseksi ja tutustumishetki puolin ja toisin ennen varsinaisen haastattelun alkua oli paikallaan. Haastattelun edetessä usein haastateltava jutteli niitä näitä monesta muustakin asiasta – tämä kuului hyvänä osana avoimen ilmapiirin säilymiseen. Haastattelija ei myöskään havainnut haastateltavien vierastavan tallenninta, vaan päinvastoin sen pienuutta, ketteryyttä ja nykyteknologiaa kummasteltiin yhdessä.

## 10 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kuvaamme opinnäytetyön tulokset tutkimusongelmien mukaisesti. Koemme, että on selkeää etsiä tuloksista vastaavuuksia tutkimusongelmiin. Näin ollen tulokset aukeavat lukijalle johdonmukaisesti ja ymmärrettävästi esitettynä. Ensin käsittelemme diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä. Sen jälkeen tarkastelemme niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista haittaavasti. Viimeisenä pohdimme miten NUOTTA–hanke ja NUOTTA–hankkeen asiakkuus ovat vaikuttaneet haastattelemiemme diabetesta sairastavien omaan hoitokäyttäytymiseen. Tuloksia avatessamme käytämme aineistolainauksia havainnoimaan saatuja tuloksia ja elävöittämään tekstiä. Opinnäytetyön tilannut työelämän yhteistyökumppanimme pyysi, ettei opinnäytetyön tuloksissa käytettyjä aineistolainauksia numeroitaisi H1, H2 ja niin edelleen, koska otantamme on verraten pieni ja haastateltavat helposti tunnistettavissa. Kyseessä ovat pitkään perusterveydenhuollon piirissä olleet asiakkaat, joiden ajatukset ja puhetapa saattavat olla tunnistettavissa; varsinkin, jos eri lausumat ovat liitettävissä saman henkilön kerronaksi. Samasta syystä jätimme myös pelkistetyt ilmaiset pois liitteistä (esimerkkinä kaksi taulukkoa liitteessä 6).

Saimme haastateltaviksemme seitsemän henkilöä, joista viisi kuului NUOTTA–hankkeessa mukana olleisiin asiakkaisiin. Kaksi muuta haastateltavaa olivat pitkään diabetesta sairastaneita, hoitoonsa heikosti sitoutuneita vapaaehtoisia, jotka mielellään osallistuivat haastatteluun. Osa haastateltavista oli sairastunut jo lapsena ja osalla oli vuosien sairaushistoria. Joukossa oli pari varsin äskettäin diabetekseen sairastunutta henkilöä, vain muutaman vuoden sairaushistorialla. Suurimmalla osalla haastatelluista diabeteksen nykytilaan liittyi myös oheissairauksia. Yleisin ongelma oli kohonnut verenpaine, kohonneet kolesteroliarvot ja erilaiset sydänperäiset ongelmat, kuten rytmihäiriöt. Lisäksi heistä osa kärsi munuaisperäisistä

ongelmista, silmänpohjan muutoksista ja ylipainosta. Ikää haastateltavilla oli 30–80 vuotta ja vain yksi heistä oli nainen.

TAULUKKO 1 *Yhteenveto haastatteluista*

Haastateltavan sukupuoli	Haastattelun kesto	Haastattelun pituus litteroituna
Mies	17 min 18 s	9 sivua
Mies	29 min 12 s	12 sivua
Mies	21 min 53 s	14 sivua
Nainen	36 min 45 s	24 sivua
Mies	24 min 13 s	12 sivua
Mies	22 min 4 s	10 sivua
Mies	24 min 46 s	13 sivua
YHTEENSÄ Ikä 30–80 v	2 h 56 min 11 s	94 sivua 22501 sanaa
KESKIARVO 58,9 vuotta	25 min 10,1 s	13,4 sivua 3214,4 sanaa

### 10.1 Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä

Jokainen haastateltava toi omassa kerronnassaan esille runsaasti niitä tekijöitä, jotka vaikuttivat positiivisesti heidän hoitoon sitoutumiseensa. Oli monia asioita, joista haastateltavat saivat voimaa, uskoa huomiseen, iloa elämäänsä ja motivaatiota hoitaa itseään itselleen parhaaksi katsomallaan tavalla. Kokosimme nämä tekijät yläkategorioiksi ja nimesimme nämä yläkategoriat seuraavasti: hyvä hoitosuhde, tyytyväisyys omaan elämään, vastuullinen suhtautuminen sairauden hoitoon, omien laiminlyöntien tunnistaminen, osaamisen tunne, valmius vastuun kantamiseen, mahdollisuus diagnoosin ennakkointiin ja tukeva ensitieto. Käsittelemme nämä teemat omia alaotsikoinaan.

TAULUKKO 2 *Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä*

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hyvä hoitosuhde</li> <li>▪ tyytyväisyys omaan elämään</li> <li>▪ diabetes osana minäkuvaa</li> <li>▪ vastuullinen suhtautuminen sairauden hoitoon</li> <li>▪ omien laiminlyöntien tunnistaminen</li> <li>▪ osaamisen tunne</li> <li>▪ valmius vastuun kantamiseen</li> <li>▪ mahdollisuus diagnoosin ennakkointiin</li> <li>▪ tukeva ensitieto</li> </ul>	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä
--	--

### 10.1.1 Hyvä hoitosuhde

Hoitosuhteen laatu on erittäin merkittävä hoitoon sitoutumista määräävä tekijä. Haastatteluissa tuli esiin mielihyvän tunne siitä, kun hoitohenkilökunta huolehtii, silloinkin kun ei käy. Perään kyselemistä ei pidetty pahana, tosin päätös siitä, miten se vaikutti omaan toimintaan, pidätettiin itselle.

*”Kävin pumpun (= sydämen) takia, niin lääkäri patisti ... kun sä et käy.”*

Tässä taustalla oli ilo siitä, että huomioidaan. Huono omatunto käymättömyydestä ja jännitys siitä, että heitä torutaan, sai haastateltavat ilmaisemaan itseään seuraavasti:

*”Mä aattelen, ett jos mä saan kuinka paljon risuja.”*

Totuus oli kuitenkin käytännössä se, ettei risuja tullut. Aina pyydettiin käymään ja ohjattiin kuten ennenkin. Hyvässä hoitosuhteessa asiakkaan syylistämistä pyritään välttämään.

Monesti toivotaan terveydenhuollolta taudin ohella kiinnostusta myös asiakasta itseään kohtaan. Kaikkein merkittävin tässä olikin huomio siitä, miten tärkeää on, että hoitohenkilökunta tekee iloiseksi, antaa voimaa ja motivoi. Omille elintapavalinnoille haettiin hyväksyntää, haluttiin tulla huomatuksi omana itsenä, ei vain diabetesta sairastavana asiakkaana. Oltiin tyytyväisiä saatuihin selkeisiin ohjeisiin. Koettiin, että kontrollikäynneillä on mukava käydä ja hoito on hyvää. Näissä ilmaisuissa korostui myös pysyvyyden tärkeys. Odotettiin aina kohdattavaksi se tuttu lääkäri tai hoitaja, joka kohtelee reilusti ja sanoo asiat niin kuin ne ovat. Tämä hoitosuhde oli sitä, että *”ne muistaa mut”*. Hoitohenkilökunnasta puhuttiin tuttavallisesti ja etunimillä.

*”No kyllä tääl on se mun mielest hyvää, ett siel on se sama hoitaja ja sama lääkäri joka kerta ku käy. Ett sul on oikeesti se hoitosuhde siihen ihmiseen eikä siihen terveyskeskukseen.”*

Toinen hoitosuhteen onnistumista ja omaa motivoitumista sairauden hoidossa kannatteleva tekijä oli vastuun jakaminen. Sitoutuminen oli helppompaa, kun kannustettiin uskaltamaan, ottamaan kantaa ja vaikuttamaan itse tehtyihin valintoihin. Ymmärrys siitä, ettei siellä kotona ole *”se hoitaja jatkuvasti mun kanssa kattomassa”* antaa asiakkaalle itselle aktiivisen toimijan roolin. Diabetesta sairastavan asiakkaan tunnustettu asiantuntijuus sekä hänen omassa elämässään että hänen sairautessaan opettaa sairastunutta tulemaan toimeen sairauden kanssa. Samalla havainto siitä, että *”ei ne insuliinit mitään avaruustekniikkaa ole”* madaltaa kynnystä osallistua hoitopäätösten tekoon. Kuitenkaan herkästi ei lähdetä yksin päättämään liian isoista asioista, vaan *”... keskustellut muutoksista lääkärin kanssa”*.

### 10.1.2 Tyytyväisyys omaan elämään

Tyytyväisyys omaan elämään antaa voimaa kestää elämän mukanaan tuomia kolhuja. Kun ei tarvitse taistella hyvinvoinnista usealla elämän saralla, jää enemmän voimia kamppailla tämän yhden asian, diabeteksen, kanssa. Perhe, työ, lapset, uskonto ja elämässä pärjääminen vievät huomion hyvällä tavalla muualle, niistä saa elämään sisältöä, niiden takia jaksaa ponnistella ja niiden tukemana saa välillä väsyä.

*”En ole yhtään yksin”* on pieni lausahdus, joka käsittää suuren osan ihmisen sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia. Aikuinenkin kaipaa lähelleen ihmistä, joka välillä ottaa vastuun, kannustaa ja työntää eteenpäin, kun itse ei jaksaisi. Läheinen on helposti juuri se henkilö, joka kulkee rinnalla ja näkee, jos asiat eivät suju ja hoidossa on ongelmia: *”vaimo patistaa mittaa sokereita”*, *”mulla on mahtava hoitaja(vaimo) kotona”* ja *”kyllä me vaimon kanssa”*.

Vertaistuki antaa uskoa omaan selviytymiseen. Samaa sairautta sairastaneen äidin kanssa oli hyvä puhua, mutta samalla lailla omaan sairastamiseen tuo näkökulmaa diabetesta sairastava lapsenlapsi. Nuoren tapa hoitaa itseään, ottaa asioista selvää ja kokeilla jotain uutta pysähdyttää iäkkäämmän diabetesta sairastavan henkilön pohtimaan omaa sairauskäsitystään ja -käyttäytymistään. Kuullut tarinat naapureista ja työtovereista, jotka sairastuivat, joiden tauti oli paljon pahempi ja jotka kuitenkin pärjäävät, tuovat helpotusta ja vähentävät pelkoja.

Elämän realiteetit rakentuvat uudella lailla diagnoosin jälkeen. Jokaiseen päivään tulee sellaista sisältöä, jota ei terveenä tarvinnut ajatella. *”Pysyis kunto ees tämmösenä”*, niin henkilö olisi tyytyväinen ja jaksaisi taas uuteen päivään ja sen mukanaan tuomiin hoidollisiin haasteisiin. Olo on lohdullinen, *”kun ei ole mitään oheissairauksia”*. Se viestittää, että kun jaksaa hoitaa itseään, niin kaikki sujuu hyvin.

*”Mulla on vaan klukopal ja sit on semmonen ku amaryl. ... Olin siitä mielissäni kyllä, ettei mun tarvinnu mennä sinne piikille.”*

### 10.1.3 Diabetes osana minäkuva

Diabetesta sairastava ei halua tulla kohdatuksi sairautensa kautta, vaan siten, että sairaus ja sen hallinta nähdään yhtenä osana hänen elämänsä. Joistain haastateltavien kommentaista huokui henkinen tasapaino, tietoisuus siitä, että diabetes kulkee rinnalla lopun elämää. Kapinoinnin ja katkeruuden sijasta oli valittu toinen tie.

*”Diabetes kuuluu elämään.”*

*”Sen kanssa pystyy elämään normaalia elämää.”*

*”Kyllähän se mukava olis, jos ei lapsille sitä periytyis sitä sairautta, mutta jos se tulee, niin ei sille sit mitään voi.”* Tässä toteamus ei kuvasta alistu-

mista tai epätoivoa, vaan elämän vastaanottamista sellaisena kuin se kohdalle tulee. Vanhemmalla on sairaus ja jo nyt omalla esimerkillään hän voi vaikuttaa lastensa mielikuviin sairaudesta, jonka he saattavat vanhemmaltaan periä.

Näkökulma voi olla myös: *”kyllä mä sen kanssa koko aika tuun toimeen”* tai *”ei se oo haitannut mua millään tavalla”*. Katsotaan sairautta pärjäämisen kannalta. Tulen sen kanssa toimeen, ei siinä sen enempää. Ei se haittaa minun menoani ja elämäni suunnittelua, en elä elämääni sairauteni kautta, eikä sairaus määritä minua.

*”Eihän tää kun osaa hoitaa ja syödä”* ja *”Olen aika hyvin sentään pärjännyt”* kuvastavat ajatusta siitä, että ehkä alkuun sairastuminen ja diabeteksen hoito tuntuivatkin kuormittavilta. Ajan kuluessa hoito ja vaaditut elämän tavat ovat tulleet tutuiksi ja totutuiksi. Niistä ei aiheudu enää suurempaa kohua, vaan ne hoituvat muun elämän ohessa.

Sairauden äärellä ollaan usein elämän perusasioiden edessä melko nöyrinä. Kuinka kohdata kaikki tuleva ja sopeutua siihen? Myönteinen vaikutus oman sairauden kokemiseen ja kykyyn hoitaa itseä tuntui löytyvän diabetesta sairastavan tavasta suhtautua sairauden aiheuttamaan epä tietoisuuteen. Ei kuitenkaan tunnettu pelkoa tulevasta. *”En mä tunne siinä mitään”* kertoo ajatuksesta hoitaa mitä hoidetaan ja kaikki muu jää sikseen. Ei kuohahdella kaiken tiedon perässä ja säikytää erilaisten tulevaisuuden uhkakuvien edessä. Eletään päivä kerrallaan ja tehdään se mikä voidaan.

#### 10.1.4 Vastuullinen suhtautuminen sairauden hoitoon

Diagnoosin saatuaan diabetekseen sairastunut henkilö käy tunnetasolla läpi tietyt vaiheet. Merkityksetöntä ei ole se, minkälaisia ovat alkutunnelmat, mutta merkityksellisemmäksi hoidollisen jatkoon kannalta muodostuu hyväksyntä: *”Olen diabetesta sairastava henkilö, hoidan sairauteni hyvin, niin voin jatkossa olla paljon muutakin. Sairaudesta ei pääse syntymään minuuttani määrittävä tekijä.”*

*”Onhan se vakava, jos ei sitä hoida yhtään. Tai sit ei huolehdi ittestään niinku vaik en mäkää mitään ylimäärästä tee niinku, mut äkkii kai siihen kupsahtaa jos ei tee mitää.”*

Ylimääräisen tekeminen elämässä on monelle meistä iso ja liian vaativa asia. Kaiken kiireen keskellä vähempikin riittää; ei tarvitse olla supersuoriutuja. On tarpeeksi, että hoitaa sairauttaan riittävän hyvin. Toisaalta näkökulma *”... kyllähän se jossain vaiheessa ku elämänrytmi ei ehkä ollu niin säännöllinen tossa ku muutti pois kotoo ja pääsi tonne suureen maailmaan yksinään, niin se ehkä vähän rajoitti sitten jossain vaiheessa sitä meininkiä, että. Mutta tota, ehkä se oli ihan hyväki, että rajotti sitä.”* on mielenkiintoinen ja avaa uudenlaisen tarkastelusuunnan sairastuneen kokemusmaailmaan.

Lääkkeiden ottaminen ja lääkityksen välttämättömyyden ymmärtäminen nousi yhdeksi keskeiseksi alueeksi tässä yläkategoriassa. Lääkkeitä ei voi olla ottamatta, jos haluaa, että voi hyvin. Lääkkeet on pakko ottaa säännöllisesti. Nopea palaute omassa voinnissa on riittävä syy sitoutua määrättyyn lääkehoitoon. Toisaalta puheissa läpikuultaa vielä keskeneräinen työstäminen, puhutaan ”piikistä” ja ”niistä pillereistä”.

Haastatelluilta tiedusteltiin halukkuutta ja kykyä muutokseen, jos sellaiseen on tarvetta. Oli helppo myöntää, että monessakin kohtaa tarvetta olisi, kun vain löytyisi se keino, joka motivoisi. Yrityksiä muutokseen oli ollut, mutta syystä tai toisesta nämä yritykset olivat jääneet hyvin lyhytketoisiksi. Tulkitsimme kuitenkin hoitoon sitoutumista edistäväksi tekijäksi sen, kun elämästä osattiin etsiä syy, jonka vuoksi muutokseen oltaisiin valmiita ja siihen sitouduttaisiin. Tällaisia omasta elämästä löytyneitä esimerkkejä olivat ”jos pitäis olla mallina toiselle”, ”jos paino ei enää pyysis” ja ”jos alkais tulla oheissairauksia”.

#### 10.1.5 Omien laiminlyöntien tunnistaminen

Jos ei tiedä, mitä ei tiedä, niin sellaisesta lähtökohdasta on vaikea lähteä tekemään korjaavia toimintoja. Pelkästään se, että ymmärtää ja muistaa miksi tai miten diabetesta pitäisi hoitaa, vie jo pitkälle. Samalla huono omatunto osoittaa sen, että ihminen tiedostaa laiminlyöntinsä ja ne häiritsevät häntä. Mahdollisuus suunnan muutokseen ja toisenlaisiin valintoihin on tarjolla, kun vain tulisi eteen se riittävän hyvä syy tarttua niihin.

Kun ihminen itse katsoo itseään ja toimintaansa arvioiden sitä rehellisesti, hän voi päätyä kommentoimaan toimintaansa toteamalla olevansa huolimaton ja myöntämällä olevansa laiska. Silloin hoidon esteenä oleva ongelma on jo nimetty ja tunnistettu. Tarvitaan diabetesta sairastavaa itseään, hänen läheisiään ja terveydenhuollon ammattilaisia miettimään, kuinka tuo totuttu käyttäytyminen saataisiin kääntymään diabeteksen hyväksi hoidoksi.

Verensokerin mittaaminen oli yksi niistä asioista, jossa tiedostettiin olevan puutteita: ”*Että silloin ku se näis arvoissa, mä ite mittailen niitä silloin tällön, ni ne on ihan ihan kohdallaan. ... No saattaa olla joskus pari kolme kertaa kuukaudessa ja välillä harvemminkin.*”

Kyse ei siis ole tiedon puutteesta ainakaan sen suhteen, että verensokeria tulisi seurata säännöllisesti. Ehkäpä kyse on ennemminkin uskosta siihen, että tuntee olossaan, jos jotain muutoksia on. Kun olo on hyvä ja mittaa verensokerin, niin silloin mittaustulokseksi tulee kohdallaan olevia arvoja. Voiko tällaiseen tulkintaan luottaa ja sen varaan rakentaa oman sairautensa hoidon, onkin sitten toinen asia.

Tietoisuus kontrollikäyntien laiminlyönnistä olikin suuri, oma työstämisalueensa. Kontrollikäyntien suositeltu frekvenssi oli kaikkien tiedossa. Ajatuksen työstäminen teoksi olikin sitten vaikeampaa. Katsomme kuitenkin

kin, että jälleen lähtökohta on suotuisa toisenlaiselle hoitokäyttötymiselle ja toisenlaisille valinnoille. Diabetesta sairastavat henkilöt tietävät, että kontrollikäyneille pitäisi mennä. He tuntevat heitä hoitavan organisaation ja henkilön siellä. Heillä on hallussaan yhteystiedot ja tukeaan tieto siitä, että heidän käyntiään odotetaan. Toisaalta, kun kontrollikäyntien välille alkoi karttua aikaa enemmän kuin suotavaa, kasvoi haastateltavien kynnys ottaa yhteyttä ja varata uutta aikaa.

#### 10.1.6 Osaamisen tunne

Miltä tuntuu silloin, kun jonkin vaikean asian äärellä huomaakin ymmärtävänsä mistä on kyse? Huomaa, että voi vaikuttaa tapahtumiin omien toimintojensa kautta. Entäpä tunne, kun toisetkin huomaavat juuri minun osaamiseni? Tai kyky nähdä asioita niin syvältä, että voi itsekin ottaa kantaa ja arvioida yleisiä käytäntöjä. Kokemus siitä, että ”Minä osaan, joten kyllä tämä tästä”. Kutsuimme tätä elämänhallinnan tunteeksi, joka mahdollistuu oman osaamisen kautta. Tähän liittyi suuri määrä haastateltavien omia ilmaisuja: ”*katon arvot ensin, ennen kun pistän*”, ”*sitten pitää opetella itte tietämään*”, ”*jos koholla, mietin, ett mitä söin*” ja ”*vähentää tai lisää, kokeilee millon rupee arvot pysymään*”.

Mielenkiintoisina kommentteina nousivat esiin myös: ”*siitä me kyl protestoidaan yhen rouvan kans aina, ett se pannaan liian matalaks se sokerin*” ja ”*se sais olla vähän korkeempi se prosentti, kun se kumminkin hyppii.*”. Oman olon ollessa hyvä ei mielletä hitusen koholla olevien arvojen olevan merkityksellisiä. Uskalletaan kyseenalaistaa viitearvojen rajoja ja mielekkyyttä (vrt. luku 4.4) ja samalla halutaan lisää kannustusta omalle yritykselle ja vaivannäölle. Jos teen niin kuin ohjataan ja minulla on hyvä omatunto valintojeni suhteen, niin en tahdo, että ainoa asia, joka minussa huomataan, on vähän ylittynyt viitearvon yläraja. Oman pohdinnan ja yhteisen keskustelun ansiosta diabetesta sairastavalla viriää ajatuksia, hän löytää itsestään uusia voimavaroja ja uudenlaisen diabetesta sairastavan henkilön.

Samalla tavalla kannustimena toimii tietoisuus omien fyysisten tuntemusten merkityksestä. Vaikka sairaus ehkä alkujaan olisikin ollut tuntematon, ovat oma keho, aistimukset ja tunnetilat käyneet ajan kuluessa tutuiksi. Osataan yhdistää poikkeama omassa olotilassa diabetekseen ja sen mahdollisesti aiheuttamiin tuntemuksiin. Ei ole tavoiteltavaa, että henkilö mittaa verensokerinsa muutamia kertoja kuukaudessa. Kuitenkin on merkittävää, että hän tuntee sairautensa ja havahtuu mittaamaan verensokerinsa edes silloin, kun se on todella välttämätöntä.

*”Jos sokerit korkeella, niin sit väsyttää ja potuttaa.”*

*”Me tiedetään kyllä kun sokerit heittää.”*

*”Kyllä aikuinen ihminen tietää, kun on näin kauan ollu.”*

*”Jos sokerit on alhaalla, niin sit pinnaa kiristää.”*



Ei pelätä, eikä koeta ylitsepääsemätöntä epävarmuutta. Tiedetään, miten asiat toisiinsa vaikuttavat, tunnistetaan olotilat omassa itsessä ja osataan toimia korjaavasti.

#### 10.1.7 Valmius vastuun kantamiseen

Täytyy haluta hoitaa hyvin, jos aikoo hoitaa hyvin. Työssä itsensä hyväksi on oltava mukana aidosti, eikä keskittyä etsimään paikkoja, missä aita olisi matalin ylittää. Tämän kaltaista haastatteluista esille noussutta aineistoa nimitimme ymmärrykseksi omien valintojen merkityksellisyydestä omalle hyvinvoinnille. Sanottiin, että on oltava aktiivinen ja otettava vastuu itselle.

Hyvään omahoitoon pyrittiin monestakin syystä: ”... *rakentaminen on mukavampaa, kun on hyvä olo*”, ”*No se, ett voi ite paljo paremmin ku sitä hoitaa*” ja ”*Kyl se on se oma olo, mikä siihen motivoi.*”.

Toisaalta vastuuta oli otettu itselle ja todettiin ”*Mä oon siihen tottunu ... ett ite pitää hoitaa se homma*”.

Terveellisten elämäntapojen valitseminen katsottiin osaksi halua hoitaa sairautta ja itseä hyvin. Terveellisiin elämäntapavalintoihin pyrittiin liikuntaharrastusten, parempien ruokailutottumusten, vähäisen alkoholin käytön ja tupakoimattomuuden kautta. Oli niitäkin, jotka pudottivat aktiivisesti panoaan ja niitä, jotka mittasivat verensokerin annettujen ohjeiden mukaisesti. Omien elintapavalintojen tunnistettiin parantavan hoitotasapainoa ja saavutetuista eduista nautittiin. Haastattelutilanteessa tämän keskusteluaiheen ollessa esillä, oli haastateltavissa havaittavissa hyväntahtoisuutta ylpeyttä omista saavutuksista ja iloa omista onnistumisista.

Kysyttäessä haastateltavien mielipidettä saatavilla olevasta tiedosta, saimme seuraavan kaltaisia vastauksia: ”*Ei sitä kukaan tuu sulle taskuun laittamaan sitä paperia, jos et sä ite sitä halua.*”, ”*kyllä niitä ohjeita tarjottiin*”, ”*No, kyl se informaatio on kaikille saatavilla.*” ja ”*apua saa herkästi*”. Diabetesta sairastavan hoitoon sitoutumista edistäväksi tekijäksi muodostui tietoisuus siitä, että vastuu tiedon vastaanottamisesta hyväksytään itselle.

#### 10.1.8 Mahdollisuus diagnoosin ennakointiin

Haastatteluun osallistuneilla diabetesta sairastavilla henkilöillä sairaushistoria oli suhteellisen heterogeeninen. Ikävaihtelu 30 ja 80 vuoden välillä enteili suuriakin eroja sairastamisen kestossa; siitä kun diagnoosi saatiin, oli joillain jo yli 20 vuotta aikaa. Taustalla oli kohtaamisia sairauden kanssa jo ennen omaa sairastumista. Lapsuudessa diabetekseen sairastunut kertoi diagnoosin saamisvaiheessa helpottavana tekijänä olleen äidin aktiivisuuden, äiti oli etsinyt tietoa sairaudesta etukäteen. Oma tarinansa oli haastateltavalla, jonka iäkäs äiti sairasti itse diabetesta, jolloin he olivat

osanneet ennakoida aikuisen lapsen alkaessa oireilla, että samasta sairaudesta on kyse. Diabetes oli käynyt äidin sairauden myötä niin tutuksi, että diagnoosivaiheen tunnelmista aikuisena sairastunut lapsi totesi *”totta kai tiesin, kun äitini poti sitä varmaan kolkytviis vuotta.”* Eräs haastateltavista kuvasi tunnelmiaan *”Ei mulle oikeestaan itelleni siit sen kummempia fiiliksiä tullu, ku (sisaruksella) oli jo neljä vuotta ollu se, ni se oli niin arkeejo”* ja sellainenkin seikka kuin *”Oon, joo, kyllä tuttavissa on ollu piikitystä ja sillä tavalla, että tuota nin tiesin kyllä, ettei mikään yllätyksenä tullu”* auttoi sairauden omakohtaisessa kohtaamisessa.

Tuttuuden lisäksi voimavaraksi nousi oma rauhallisuus diagnoosin vastaanottamisessa. Kun sanat oli osattu asetella taiten, niin sairastuneelle ei tullut pelon tai säikähdysten tunnetta.

*”No kyllä se vähän sikä-, emmä ny säikähtäny mitää, mutta sillä tavalla ajatutti, että, että mitähän tää oikeen ny on.”*

Oli helpompi jatkaa arkeen ja ottaa diabetes osaksi elämää, kun diagnoosivaiheessa suhtautuminen asioihin oli rauhallinen ja vastaanottavainen. Diabetes käsitettiin omalla tavallaan tutuksi sairaudeksi, varsinkin sen oireet ovat kansan suussa tuttuja. Omien oireiden perusteella osa haastatelluista pystyi päättelemään, taudin mahdollisesti olevan diabetesta. Joku oli niinkin varma, että meni hakemaan lääkäristä lähinnä vahvistusta omalle tiedolleen. Kun diagnoosin tulemiseen oli osattu varautua henkisesti, oli ensi kohtaaminen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa voimaannuttavampi. Saatu tieto ei peittynyt säikähdysten alle, vaan kyettiin kuuntelemaan ja vastaanottamaan annettuja ohjeita.

#### 10.1.9 Tukeva ensitieto

Diagnoosi ja sen yhteydessä annettava ensitieto voivat olla hyvinkin hajanainen ja kaoottinen kokemus asiakkaalle, joka on juuri saanut kuulla sairastavansa parantumaton sairautta. Kuitenkin heti alkuvaiheessa omaksettua riittävä tieto helpottaa alun suhtautumista ja auttaa alkuun omalla hoitopolulla. Tieto pitäisi sisäistää myös oikein, ettei pääsisi syntymään vääränlaisia hoitokäytänteitä, joiden muuttaminen jatkossa voi olla hyvinkin haasteellista.

Koettiin tärkeäksi, että ensikokemus terveydenhuoltoon on hyvä. Toisilla tilanne oli lähtökohtaisestikin helpompi: *”seurattiin ensin kolme vuotta, että tuleeko”* tai *”oli jo henkilökunta tuttua, kun (isompi sisarus) oli sairastunut”*. Kun jokin sairaus on seurannassa ja epäilyksen alla, ehtii henkilö tehdä omaa kaupankäyntiään elämänsä rajallisuuden kanssa. Sairauden nimeen on totuttu, siitä on ehkä otettu ennalta selvää ja usein ennaltaehkäisevä hoito noudattelee omahoidon osalta samaa linjaa, kun varsinainen sairauden hoito sitten aikanaan. Toisessa esimerkissä koko sairaala sairastamisympäristönä oli vasta sairastuneelle tuttu sisaruksen sairastamishistorian kautta. Hän oli kohdannut hoitohenkilökunnan ja tunsivat heidät entuu-

destaan. Kaikki odotettavissa oleva oli ikään kuin kertausta, nyt omakoh-  
taisena tosin.

Ensikohtaamisen jälkeen tulee alkuvaiheen ohjaus. Onnistumisen kannalta nyt oleellista on se, minkälaiseksi orastava yhteistyö on päässyt syntymään ja mitkä ovat sairastuneen omat ajatukset. Monenlaisia asioita oli jäänyt mieleen. Tällaisia olivat muun muassa; sokeria ja makeita tulisi välttää, pistopaikkoja käytiin läpi, verensokerin mittausta opetettiin ja tietoa tuli paljon. Jonkinlaista kevennyksenkin varaa tietopakettiin jäi, sillä ”*olisin tiennyt sanomattakin, että se on ja pysyy*” kertoo tavallaan riittävästä tiedon määrästä, mutta jättää ilmoille ajatuksen, että olisiko jotakin pitänyt karsia.

## 10.2 Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista haittaavia tekijöitä

Haastatteluun osallistuneet diabetesta sairastavat henkilöt toivat esille myös runsaasti niitä tekijöitä, jotka olivat esteenä heidän hyvään hoitoon sitoutumiseensa. Tämä osa opinnäytetyömme tuloksista on ensisijaisesti se, joka kiinnosti työelämän yhteistyökumppaniamme. Tämä siksi, että he olivat koettaneet pureutua ongelmaan mm. lähtemällä mukaan NUOTTA–hankkeeseen. He kaipasivat tarkennettua raporttia siitä, mikä diabetesta sairastavien hoitoon sitoutumista jarruttaa, mahdollisesti vastauksia kysymyksiin: miksi näin on ja mitä voisimme tehdä. Näitä diabetesta sairastavien hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä kuvasimme kappaleen alaotsikoissa seuraavien yläkategorioiden mukaisesti: hoidon järjestymisen vaikeus, väärin kohdelluksi tulemisen tunne, heikko ohjaus, tympääntyminen diabeetikkona olemiseen, vähäinen tahto hoitaa, epävarmuus hoitamisen hyödyistä, sairauden hoitaminen vaikeaa ja huoli selviytymisestä.

TAULUKKO 3 *Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista haittaavia tekijöitä*

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ hoidon järjestymisen vaikeus</li><li>▪ väärin kohdelluksi tulemisen tunne</li><li>▪ heikko ohjaus</li><li>▪ tympääntyminen diabeetikkona olemiseen</li><li>▪ vähäinen tahto hoitaa</li><li>▪ epävarmuus hoitamisen hyödyistä</li><li>▪ sairauden hoitamisen vaikeus</li><li>▪ huoli selviytymisestä</li></ul>	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista haittaavia tekijöitä.
---	--

### 10.2.1 Hoidon järjestymisen vaikeus

Tuki terveydenhuollon puolelta koettiin hyvin tärkeäksi. Tukitoimina ymmärrettiin niin kontrolliaikojen järjestymisen vaivattomuus, ajanvarausjärjestelmän helppous kuin henkilökunnan kanssa hyvin toimiva yhteistyö.

Kun jollain näistä osa-alueista oli ongelmia, niin kontrollikäynneille ha-  
keutuminen vaikeutui. Jos ongelmia oli useammalla osa-alueella, oli huo-  
mattavissa, että kontrollikäynnit harvenivat lähelle vuotta tai jäivät koko-  
naan.

Osa haastateltavista koki ajanvarausjärjestelmän monimutkaiseksi. Haas-  
tattelujen aikana terveyskeskuksen ajanvarauskäytäntö oli sellainen, että  
ensin oli varattava aika laboratorioon; ajanvaraus tapahtui puhelimitse tiet-  
tynä kellonaikana. Sen jälkeen varattiin aika – taas puhelimitse tiettyyn  
kellonaikaan – varsinaiselle kontrollikäynnille, jonne voi mennä vasta  
noin viikko laboratoriokäynnin jälkeen, kun laboratoriovastaukset olivat  
diabeteshoitajan ja lääkärin käytettävissä.

*”Ennen (erikoissairaanhoidon yksiköissä) kun kävelin laboratorion hoitajan huoneeseen, niin tulokset oli jo siellä.”*

*”Yleensä joku vaihe unohtuu.”*

Tähän toivottiin selkeämpää ja vaivattomampaa käytäntöä. Edes siten, että yhdellä soitolla hoituisi ajanvaraus ja sitten olisi enää oman muistin varassa laboratoriokäynti sekä kontrollikäynti. Toinen helpottava tekijä, jota toivottiin oli *”yksi käynti ja kaikki samalla kertaa.”* Selkeästi sekä soittaminen että se vaikeus, että pitää muistaa soittajat ja joutuu odottamaan puhelimesta, koettiin kontrollikäyntien kannalta hankaloittavaksi tekijäksi.

*”Ilman, että pitäis aina soittaa.”*

*”Pitäisi olla yksinkertaisempaa.”*

Haastateltavilla oli runsaasti hyviä ehdotuksia, joilla heidän arkeaan saisi helpommaksi, muistaminen ei olisi este ja kontrollikäynneille hakeutumisen kynnyksen madaltuisi. Tällaisia ehdotuksia olivat muun muassa: joku voisi muistuttaa, laitettaisiin viesti, muistutussoitto- tai kirje, terveyskeskuksesta soitettaisiin ja tarjottaisiin aikaa, diabeteshoitajan kotikäynnit sekä enemmän ilta-aikoja.

Helpottaisi sekin, *”... ett kun sä käyt siellä, niin sä saat varaa sen seuraavan ajan”*.

*”Ei pysty samalla käynnillä varaamaan seuraavaa lääkärikäyntiä.”*

*”Kontrollikäyntien väli on kolme kuukautta, eikä listoja ole niin pitkälle”*

*”Tavallaa vaik töist pystyis olla pois, nii ainahan se on sellast virittely ja järjestely sit se meneminen, ett se jää sit monesti tekemättä.”*

*”Verikokeissa kun jää käymättä, niin tarvii siirtää lääkäriaikaa.”*

Koettiin, että perusterveydenhuollossa on kontrollikäyntejä estäviä tekijöitä. Varsinkin ne haastateltavat, jotka olivat vielä työelämässä, toivat esille työn ja ajanvarauskäytännön yhteensovittamisen vaikeuden. *”On eri asia tehdä näin kerran, mutta kun teet tämän kolmen kuukauden välein vuodesta toiseen.”*

Koettiin myös, että perusterveydenhuolto voisi toiminnallaan helpottaa säännöllisten kontrollikäyntien toteutumista. Laboratoriokäytännön helpottumisen suhteen esitettiin toivomuksia. Toivottiin myös, että diabeteslääkärin ajanvarauskirjassa olisi pidemmälle kiinteät kontrollikäyntiajat, jolloin käydessään voisi jo varata seuraavan käyntiajan.

### 10.2.2 Väärin kohdelluksi tulemisen tunne

Toimivan yhteistyön lisäksi koettiin tärkeäksi saada olla yksilö ja tulla huomioiduksi juuri minuna. Monella haastatelluista oli kokemusta useammasta hoitotahosta, kuten erikoissairaanhoidon lastenyksikkö ja aikuisten yksikkö sekä perusterveydenhuolto. Monet kohtaamiset ja kokemukset muistettiin. Hyvät kokemukset jäivät kantavaksi voimaksi, mutta huonot kokemukset vaikeuttivat tulevia hoitosuhteita. Huonot kokemukset myös jäivät jotenkin selkeämmin mieleen ja taustalle vaikuttamaan. Hyvä kokemus unohtui helpommin ja painui huonojen kokemusten alle.

Yhden esimerkin mukaan hyvin erikoissairaanhoidon lastenyksikössä alkanut hoitosuhde koki ison muutoksen siirryttäessä erikoissairaanhoidon aikuisten yksikköön: *”Tuli sellainen pudotus, joka kerta eri ihminen vastassa.”* Siirryttäessä perusterveydenhuollon asiakkaaksi kuvaa samainen haastateltava tilannettaan nyt näin: *”Käymättömyys ei nyt johdu henkilökunnasta.”* Kun hyvin alkanut yhteistyö muuttuu ja asiakas kiinnittyy käymättömyyteen, on uuden yhteistyön löytäminen ja asiakkaan uudelleen motivoiminen todellinen haaste: *”Kun totutettiin siihen, ettei siellä käy. ... Ei se ainakaan motivaatiota nostanut.”*

Haastateltavat kuvaavat kokemuksiaan muun muassa: *”luki sieltä papereista”, ”ei minkäänlaista hoitosuhdetta ollu”* ja *”se oli pelkkää reseptien uusimista”*. Toisaalta samaisten haastateltavien lausumana nyt hoidosta vastaavat diabeteshoitaja ja -lääkäri olivat pidettyjä ja heidän lähestymisensä koettiin yksilöllisenä. Näin ollen ne kokemukset, jotka ovat joskus olleet, vaikuttavat edelleen voimakkaasti, vaikeuttavat olemassa olevaa hoitosuhdetta ja toimivat vieläkin esteenä asiakkaan hoitoon sitoutumiselle.

Huonoa tuuriakin on joskus matkassa: vaikka sattumaa, niin silti jättää jälkensä yksittäiseen asiakkaaseen tämäkin: *”... mä oon soittanu sille muutamana kerran, mutta siel vastaa kuka vastaa silloin tällön (naurahtaa), se on joko lomalla tai jossain muussa.”*

Hoitoalalla kohdataan monta samaa sairautta sairastavaa asiakasta päivittäin, mutta tilanne on silti aina yksilöllinen. Hoitaja on juuri hän ja asiakas on yksilö, omanlaisine historioineen ja kokemuksineen ja kohtaaminen tapahtuu juuri tässä ja nyt, kaikki on aina uniikkia. Kun asiakas miettii: *”Ne kysyy, ett mitä kuuluu? – mitä siihen pitäis vastata?”*, niin pitäisikö silloin terveydenhuollon ammattilaisen miettiä: miksi kysyn, mitä minä haluan tietää, mitä minä haluan kuulla?

Yhdeksi tekijäksi tässä muodostui myös havainto siitä, kun käynti ei vastaa odotuksia. Kontrollikäyntien sisällöltä odotetaan jotakin. Jos odotukset eivät täyty, syntyy kielteisiä toimintoja.

*”... mä sitten hänelle (diabeteshoitajalle) sanoin tai etten mä täällä juokse, että siitäki ressiä tulee ku jää työt tekemättä.”*

### 10.2.3 Heikko ohjaus

Joskus annettu tieto ja tarpeet eivät kohta. Näin käy usein sairauden alkuvaiheessa, kun diagnoosi vielä hämmentää, eikä henkilöllä ole valmiuksia vastaanottaa annettua tietoa. Toisaalta pitkään diabetesta sairastanut haluaa tunnustusta omille taidoilleen, joten hän odottaa ohjaukseensa valmentavaa otetta, kehuja ja kannustusta. Tässä raja on hiuksenhieno, sillä liian vastuuttava rinnalla kulkeminen voi aiheuttaa hylkäämisen tunteen. Suullinen informaatio on usein riittävää, mutta varsinkin alussa kaivataan kirjallisia ohjeita ja tietoa sairaudesta. Samoin kaivattiin kirjallista ohjeistusta kotiin vietäväksi, jotta läheiset tietävät mistä on kyse ja osaavat tarvittaessa myös hoitaa.

*”Suullista se oli.”*

*”... aika huonosti esimerkiksi mitään kirjallista, ikinä ei oo annettu mitään kirjallista, että että syö näin, tee näin.”*

Heikoksi aluksi voitaneen kutsua myös seuraavia:

*”En yhtään kuule todellakaan muista enää (diagnoosivaiheen ohjausta).”*

*”En muista yhtään.”*

*”En muista kirjallista olleen.”*

Kontrollikäynneistäkin on odotuksia. Jos pitkään on tuntunut siltä, etteivät käynnit yllätä mitenkään, saattaa vastaanotolle hakeutuminen vaikeutua. Osa haastateltavista luetteli ulkoa kontrollikäyntien sisällön ja tuotiin esille, että olisi hyvä kuulla aika ajoin jotain uutta, oppia uutta tai saada vaikka kotiin uudenlaisia ohjeita.

*”Se käyttää vaa’alla.”*

*”Kerrotaan hoobeaaykkösen (HBA1c:n) tulokset, mitataan verenpaine ja paino.”*

*”Kysyy pistospaikkojen kunnon.”*

### 10.2.4 Tympääntyminen diabeetikkona olemiseen

Joskus terveinkin ihmisen elämässä on kausia, kun mikään ei oikein innosta, ei jaksa kiinnostua tai yrittää. Ei ole oletettavaa, että pitkäaikaissairautta sairastavan ihmisen tunne tai kokemusmaailma edellä mainituissa asioissa poikkeaisi kovastikaan niin kutsutun terveen kokemusmaailmasta. Eli tulee hetkiä, jolloin oma hoitaminen ei huvita ja kuormittaa jaksamista arjessa. Kutsumme tätä ajaksi, jolloin itsensä motivoiminen pieneenkin

muutokseen on vaikeaa. Toivo siitä, että ”... kuukaudenki ku jaksais mitata, ni tulis tapa sit, ni sitä rupeis niinku mittaamaan” tuntuu kovin inhimilliseltä ajatukselta. Tiedetään, että pitäisi ennakoida, mutta nyt tuo tieto ei ole voimaannuttava, vaan se kuormittaa ajatuksen tasolla päivästä toiseen. Tieto on painostava ja velvoite, se aiheuttaa huonon omatunnon: ”Mä oon liian laiska, mut kyl mä teorias tiedän, mitä mun pitäis tehdä niinku, ett se paranis se tasapaino. Ett kylhän mä niinku tiään ne eväät, millä sen sais niinku kohalleen noi kaikki.”

Samaan aikaan jatkuva itsensä tarkkaileminen ja hoitaminen vievät voimia ja väsyttää. Täytyisi osata tehdä huomioita niin laajalti ja olla koko ajan hitusen varuillaan. Pää on pyörällä annettujen ohjeiden määrästä, kun yhdenkin asian hallitseminen on riittävän haastavaa.

*”Semmonen turhautuma tulee.”*

*”Mitä mä siellä juoksen, kun ei mitään.”*

*”Hoito välillä tuntuu siltä (epäselvältä).”*

Toisaalta, kun jokin asia opitaan todella hyvin, sitä tehdään päivästä ja vuodesta toiseen, niin tuloksena on toisenlainen, hämmentävä ongelma. Yksi haastateltavista kertoo: ”Ku se on niinku niin semmone automaattinen juttu, ett sit joudut käydä tuolt kynästä kattoo, ett oonks mä sekottanut insuliinin, mut muuten et pysty niinku tietää sitä.” Jatkuva tietous taustalla olevasta sairaudesta määrittää päiviä ja niiden rytmiä. Joskus tulee väsymys.

#### 10.2.5 Vähäinen tahto hoitaa

Epäterveelliset elämäntavat ovat tahtotila ja valinta, johon ajaudutaan monen tekijän vaikuttamana. Epäterveelliset elämäntavat ovat kuitenkin valintana sellaiset, että ne tavalla tai toisella heikentävät tai saattavat heikentää diabeteksen hoitotasapainoa. Esimerkkeinä epäterveellisistä valinnoista omassa elämässään haastateltavat itse toivat esille roskaruokien, karkkien, suklaan ja einesruokien syömisestä, tavan syödä paljon ruokaa kerralla, vähäisen liikunnan, tupakoinnin, alkoholin runsaan käytön, vihannesten tai ”muun vihreän” puuttumisen ruokavaliosta ja epäsäännöllisen ruokailurytmin.

Kun sitoutuminen omahoitoon on vain osittaista ja oma motivaatio on haettava jokaisen kiusauksen kohdalla uudestaan, silloin on vaarassa sortua houkutusille.

*”Kyllä mä myönnän, että välillä tekee mieli, ostin mä nytki jäätelöä ku teki niin mieli.”*

*”En oo pitäny minkäänlaista (ruokavaliota).”*

*”... että minä en paskaa (kaikki nää vihreet) suuhuni paa.”*

Kysyttäessä halua tai kykenemistä mahdolliseen muutokseen, siihen vastaan epäillen omaa tahtoa ja motivaatiota. Osa haastateltavista on käynyt itsensä kanssa tämän keskustelun ja tulleet omalta kohdaltaan lopputulok-

seen: ”Mikään ei sais tekemään muutosta” tai ”Mä en ole muuttanut elintapoja.” Jos tätä ajatusta peilaa hoitoon sitoutumisen monimuotoisuuteen, tietävät sekä diabetesta sairastava että hoitotyönammattilainen olevansa aikamoisen haasteen äärellä.

*”No minä oon toivonu, että lääkäri panis minut nukutukseen pariks kuukautta. ... Lääkkeet vaan tähä. Nii, ja sitä suolavettä. Ei mittää muuta. Ni eiköhän lähtis.”* Samalla tavalla itse kukin välillä toivoo utopioita, mutta kuitenkin puoliksi tosissaan. Eräs haastateltavista puhui tästä useaan otteeseen haastattelunsa aikana: illalla nukkumaan käydessä toivoo ihmettä ja aamulla kun herää, se ihme on tapahtunut. Taustalla oli ymmärrys, että ei tämä käytännössä ole toteutettavissa. Kuitenkin katseessa ja tavassa, kuinka asia puhuttiin ja kuinka useasti se toistettiin, oli tulkittavissa todellinen toive.

Lääkkeiden varaan laitettiin suuria odotuksia ja toiveita. Uskottiin, että itse ei tarvitse panostaa, kun lääkkeet on keksitty – kyllä lääkkeet hoitavat.

*”Uskon insuliiniin.”*

*”Mä mieluummin syön hyvää ja korvaan sen sitten kolesterolilääkkeellä ja insuliinilla.”*

Tähän kategoriaan luimme myös tunteen siitä, että vertaistukitoimintaa ei koettu tarpeelliseksi. Yksikään haastateltavista ei kuulunut diabetesliittoon, ei käynyt ryhmissä tai leireillä; yhdelle tuli diabeteslehti, mutta sekin lähiomaisen tilaamana. Diabetesleirillä kerran ollut koki, että *”Se ehkä oli vähä liian semmost diabeteksen hoitoon keskittyvää se leiri siellä. ... Kyl mä mieluummin lähin tonne (harrastukseen liittyvälle) nuorten leirille, kun sinne diabeetikkonuorten leirille.”* Tästä leiristä tosin on jo aikaa, joten leirien sisällössä voi olla tapahtunut paljon muutoksia, ja kuitenkin kokemus oli, että *”... mun mielest ihan kiva viikko olla siellä samanikästen ihmisten kans.”*

#### 10.2.6 Epävarmuus hoitamisen hyödyistä

Haastateltavat toivat esille useita kokemuksellisia kerrontoja siitä, miltä tuntuu kun mielen valtaa tunne siitä, että mikään ei hyödytä. Välillä on raskasta motivoitua hoitoon ja saada itseään niskasta kiinni esimerkiksi mielihalujen äärellä. Jos elämän ainoaksi merkittäväksi sisällöksi muodostuu jokapäiväinen itsensä hoitaminen ja diabeteksen kanssa eläminen, voi käydä niin, että sekin lakkaa kiinnostamasta.

*”Ku ei enää jaksa kävellä eikä mittään. ... Ja ku mä en pella sen viinan kans enkä mittää, ni ei enää mikkää kiinnostakkaa minuukaa.”*

*”Mitä mä sinne, kuolen mä kumminki.”*

*”Vähä semmonen, ettei sit (puolison kuoltua) enää välittänyt.”*

Joku ajautuu sen äärelle, ettei hoitaminen kiinnosta eikä hoitamiseen jaksa panostaa, kun muutoksia ei tapahdu. Pitkäaikaissairaus ei parane, se pysyy. Joskus yrityksistä huolimatta sairastuneen kokonaistilanne saattaa



heiketä, jolloin tilalle astuu huoli ja epävarmuus. Miksi tehdä mitään, kun mikään ei hyödytä? Toisaalta lähtökohdiltamme olemme kaikki yksilöitä, silloin sairastuneenakin tilanne voi olla hyvin erilainen. Joku voi tehdä periaatepäätöksen jo sairauden alkumetreillä:

*”No emmiä, mä en periaattest tee semmosii päätöksii, mitä mä en pysty pitämään kuitenkaa.”*

Entä mitä tapahtuu silloin, kun lääkkeitä on pakko käyttää, mutta ajatuksissa pyörii jatkuva epäluulo lääkkeitä kohtaan?

*” No mä oon aatellu vaa, ett mitä paskaa mä näitä tökin turhaa itteeni ku ei mittää tapahu.”*

*”Eikä ne (lääkkeet) kyllä parannakkaa.”*

*”... eihän niitä oookaa oikein ihmelääkkeitä.”*

*”No, kato, ku se nytteki se piikki ei. Tänä aamunaki oli yheksän (verensokeri).”*

Kun flunssaan sairastunut saa jälkitautina poskiontelotulehduksen ja siihen hoidoksi antibioottikuurin, hän tietää ja uskoo, että vaiva on pian voitettu. Tyypin 2 diabetesta sairastava käyttää ensin lääkkeitä tabletteina, sitten lääkitykseen ehkä lisätään insuliini ja vähitellen insuliinimäärät kasvavat. Lääkkeet eivät ole tarkoitettukaan parantamaan, vaan mahdollistamaan elämän ja elämänlaadun säilymisen. Silti olemme taipuvaisia turhautumaan, ”kun mitään ei tapahdu” ja odottamaan ihmelääkettä, joka hoitaa sairauden pois.

### 10.2.7 Sairauden hoitamisen vaikeus

Eteen tulee välillä sellaisia tilanteita, ettei sairauden hoitaminen parhaalla mahdollisella tavalla onnistu, vaikka tietoa ja tahtoa ehkä olisikin. Koskimme tällaisiksi sairauden omahoitoa heikentäviksi, suurelta osin itsensä riippumattomiksi elämäntilanteiksi seuraavia esimerkkejä: puoliso kuoli, yksinäisyys, omaishoitajana oleminen, työnteko ja talonrakennusprojekti.

Elämässä on tilanteita, joiden ylittäminen on haasteellista ilman pitkäaikaissairauttakin. Diabetesta sairastavan henkilön on kuitenkin löydettävä jokaisesta päivästä sen verran puhtia, että oman sairauden jaksaa hoitaa.

Joskus taloudellinen tilanne muodostuu esteeksi. Eräs haastatelluista kävi aikaisemmin liikuntaryhmässä, mutta sitten siitä tuli maksullinen myös diabetesta sairastaville: *”Mähän kävin jumpalla. ... No ku rupesivat rahat ottamaan.”* Aikaisemmin tämä henkilö kävi aktiivisesti liikuntaharrastuksen parissa, näki muita ihmisiä ja voi paremmin. Nyt *”ei anna kävellä nää mun jalat”* ja samainen haastateltava kertoo, ettei käy missään.

Taloudellinen niukkuus on muutoinkin huomioitava tekijä, kun mietitään hoitoon sitoutumista.

*”Ku se lenkki(makkara) on halvin.”*

*”No se (muutos) jää justiin siihen, ku ei oo rahaa mitään ostaa.”*

*”No tulis varmaan liikuttua ku ois... reilusti ostaa sitä polttoainetta autoon.”* Tässä henkilö tarkoittaa liikkumisella oman kodin ulkopuolelle lähtemistä, ystävien tapaamista ja paikasta toiseen siirtymistä.

#### 10.2.8 Huoli selviytymisestä

Alkuun pääseminen voi olla joskus hankalaa. Lähtötilanne saattaa olla jatkoa ajatellen hoitoon sitoutumista heikentävä tekijä. Edellä jo pohdimme, kuinka kokemukset karttuvat ja kuinka huonoilla kokemuksilla saattaa ihmisen mielessä olla painavimmat muistijäljet kuin hyvillä kokemuksilla. Jotkut haastateltavista olivat tutustuneet diabetekseen sairautena ennakolta ja osasivat päätellä oireistaan jotakin. Usealle haastatellulle diabetes tuli kuitenkin täytenä yllätyksenä. On vaikea ennakoida, jos *”ei ollu viel mitään näit klassisii oireita kerenny tulla”* tai *”ei tullu mitään (oireita)”*. Parin haastateltavan kohdalla tapahtui siten, että he kävivät aivan muun syyn takia verikokeissa, jolloin löytyikin kohonnut verensokeriarvo.

Yllätysdiagnoosin lisäksi taustalla saattoi olla täydellinen tunne tietämättömyydestä.

*”... siis en ainakaan muista, ett ois ainakaan mitään (tietoa ollut).”*

*”... se oli aivan vieras sairaus.”*

*”En mä ollut koskaan kuullu (diabeteksesta).”*

Kukin haastatelluista oman diagnoosinsa saatuaan suhtautui asiaan yksilöllisesti omalla tavallaan. Siinä missä joidenkin suhtautuminen oli hyvin rauhallista, ottivat toiset tiedon vastaan myllertävin tuntein.

*”... kiukuttaa suunnattomasti ku sä paat ton ikäsen muksun kaheks viikoks johki sairaalaan sisälle.”*

*”... kaikist pahin ajatus diabeteksesta oli se, että pitää pistää itteensä joka päivä.”*

*”... se on ollu vähä ku ei saa saa syörä makeeta kovin, täytyy aina aina karttaa sitä.”*

*”... kyllä mä nyt huomasin heidän (vanhempien) järkytyksensä siitä, että molemmille pojille on tullu se sama tauti.”*

Voimavarat käytettiin omien tunteiden valjastamiseen raiteilleen. Pidettiin itselle puhuttelua, jotta ajatukset pysyvät kasassa. Joillakin olisi ollut tarve puhua, mutta *”(sairastumisesta) ei o puhuttu oikeestaan koskaan sillee.”* Toinen tiesi äidin sairastavan, mutta *”eihän siitä koskaan mitään puhuttu.”* Puhumattomuuteen totuttiin, eikä sitä haastattelun yhteydessäkään kummasteltu. Ehkäpä tällöin on nähtävissä ymmärrys siitä, miksi kontrollikäynteihin sitoutuminen saattaa olla hankalaa, kun omassa arjessa sairaudesta puhuminen on vierasta.

### 10.3 NUOTTA–hankkeen asiakkuus

NUOTTA–hanke oli käynnissä Nurmijärven terveyskeskuksessa yhdellä sen terveysasemista alkuvuonna 2008. Silloin ”nuotattiin” kahdeksan diabetesta sairastavaa henkilöä tiettyjen kriteerien mukaisesti. Työelämän yhteistyökumppani toivoi meiltä selvitystä siihen, kuinka nuo ”nuotatuksi” tulleet asiakkaat olivat toiminnan kokeneet ja oliko sillä mitään pitkäaikaisvaikutuksia heidän hoitokäyttäytymiseensä. Tästä yhdeksi ainoaksi yläkategoriaksi nousi NUOTTA–hankkeen asiakkuus. Tämän yläkategorian alakategorioiksi nimettiin ”NUOTTA–hankkeen asiakkuus edisti oman sairauden hoitoa” ja ”NUOTTA–hankkeen asiakkuus ei edistänyt oman sairauden hoitoa”. Seuraavaksi käsittelemme nämä alakategoriat alaotsikoina.

TAULUKKO 4 NUOTTA–hankkeen asiakkuus

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ NUOTTA–hankkeen asiakkuus edisti oman sairauden hoitoa</li><li>▪ NUOTTA–hankkeen asiakkuus ei edistänyt oman sairauden hoitoa</li></ul>	NUOTTA–hankkeen asiakkuus
---	---------------------------

#### 10.3.1 NUOTTA–hankkeen asiakkuus edisti oman sairauden hoitoa

Edellä on ollut paljon pohdintaa siitä, minkälaisia käytäntöjä diabetesta sairastavat asiakkaat toivoisivat perusterveydenhuollolta helpottamaan heidän omaa sairauden hoitoa. Haastateltavat kokivat, että olisi olemassa useitakin keinoja, joilla esimerkiksi kontrollikäyntien ajanvarausta tai ajanvarauksen muistamista voisi tukea. Haastateltavilta kysyttiin, miten he kokivat terveyskeskuksen yhteydenoton? Kokivatko he, että NUOTTA–hankkeen asiakkuudesta oli ollut heille konkreettista hyötyä?

Haastateltavat toivat esille seuraavaa: ”hyvä, kun hätyyteltiin”, ”ei siinä mitään pahaa oo”, ”kyllä se on aina hyvä, jos muistutetaan” ja ”ei millään tavalla negatiivista”. Nämä kommentit ja ajatukset viittaavat niihin toiveisiin ja epäkohtiin, joita haastateltavilla oli ajanvarausjärjestelmän toimivuudesta esittää. Siten voisi ajatella, että NUOTTA–hankkeen kaltainen käytäntö palvelisi ainakin osaa heikosti hoitoon sitoutuneista asiakkaista ja saisi heitä houkutelua takaisin säännöllisen seurannan piiriin.

Saimme tutkimusluvan saatuaamme tietoomme, että kahdeksasta NUOTTA–hankkeen asiakkaasta neljä oli jäänyt säännöllisten kontrollikäyntien piiriin. Koska yksi ”nuotatuista” oli muuttanut tässä välissä pois Nurmijärven kunnan alueelta, niin silloin alkuperäisistä NUOTTA–hankkeen asiakkaista kolme eivät olleet muuttaneet käytäntöään kontrollikäyntien suhteen.

”... itehän sen tekee sen päätöksen, että miten siihen suhtautuu...”

*” Sitte oon käyny nytte... Kolme vuotta täs oon asunu, koko ajan oon käyny.”*

### 10.3.2 NUOTTA–hankkeen asiakkuus ei edistänyt oman sairauden hoitoa

Hoitoon sitoutuminen on yksilön asia ja sen taustalla vaikuttavat lukematomat tekijät. Näin moniulotteiseen ongelmaan tuskin löytyy yhtä ja yksiselitteistä ratkaisua. NUOTTA–hanke on hyvä ja toimiva hanke, josta on odotettavissa positiivisia tuloksia. Kuitenkaan se ei saavuta tavoitettaan kaikkien kohdalla.

Aikuinen, vuosikausia tai vuosikymmeniä pitkäaikaissairautta sairastanut henkilö, joka on tottunut huolehtimaan asioistaan parhaaksi katsomallaan tavalla, ei aina ilahdu, jos perään kysellään. *”Koki, ett se on pakko mennä”* ei välttämättä ole jatkoa ajatellen hyvää lupaava ilmaisu. Jos on pakko, silloin mennään sen kerran, mutta ehkä toista kertaa ei ilman uutta kutsua tule. *”... jos kerran käsky käy, niin sillon mä tulen”* – saadaan asiakas käymään kontrollikäynnillä, vaan tapahtuma ja muutos ei lähde itsestä.

Elämässä on paljon asioita. Diabeteksen lisäksi on elettävänä arki ja muitakin asioita huolehdittavana. Jos omahoito ja terveyskeskuksessa tapahtuva seuranta eivät juuri siinä elämän vaiheessa ole niitä kaikkein tärkeimpiä asioita, niin kutsu saattaa unohtua. *”En muista mitään”* sanoi eräs haastateltavista. Hänelle kuvailtiin hyvinkin laajasti NUOTTA–hanketta, kirjettä ja mitä kontrollikäynnillä oli sisällöllisesti tapahtunut, mutta hän ei muistanut koko asiaa. Silloin voisi ajatella, että olisiko olemassa jokin ponsi, jolla saada NUOTTA–hankkeeseen lisää nostetta? Jokin, joka lisäisi lähetetyn kirjeen merkitystä ja tekisi siitä muistamisen arvoisen.

*”Ihmettelin, että kas kun näinkin tehrään”* kertoi eräs haastatelluista. Näin voisi kiteyttää pääajatuksen, joka haastatelluista jäi mieleen. Kysyttäessä kokemusta NUOTTA–hankkeesta, kysyttiin myös päällimmäisiä ajatuksia, muistoja ja tunnelmia, joita kirjettä seurannut kontrollikäynti herätti; oliko haastateltava kokenut lähentyneensä omahoidossa yhdessä hoitotyön ammattilaisen kanssa asetettuja tavoitteita? Yksikään haastatelluista ei oikein osannut vastata tähän mitään. Mitään erillisiä tavoitteita ei muistettu, tai muutenkaan osattu eritellä mitä kontrollikäynnillä oli tehty tai sovittu. Tosin tapahtuneesta oli haastatteluvaiheessa kulunut aikaa jo kolmisen vuotta. Kirje oli vaikuttavin tekijä ja se muistettiin kyllä. Käynti itsessään ja tehty tavoitesopimus eivät olleet jääneet mieleen. Mikä olisi se toiminto tai asia, joka jäisi mieleen ja saisi viriävän hoitosuhteen jälleen vahvaksi ja hyvinvoivaksi?

## 11 POHDINTA

Pitkäaikaissairauksia sairastavien hoitoon sitoutuminen on viime vuosien aikana noussut keskeiseksi puheenaiheeksi monilla eri foorumeilla. Sen merkitys yksilölle ja suuremmassa mittakaavassa kansanterveydelle, kan-

santaloudelle ja terveydenhuoltosektorin toiminnalle on alkanut hahmottumaan. Eri tahot ovat heränneet toimimaan ja pohtimaan ratkaisumalleja pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutumisen parantamiseksi. Tässä opinnäytetyössä keskityimme yhteen, suomalaisittain hyvin merkittävään pitkäaikaissairauteen, diabetekseen.

Opinnäytetyössämme asetettiin kolme tutkimuskysymystä. Niistä kaksi keskittyi löytämään kokemuksellisuuden ääntä kysymyksiin diabetesta sairastavan hoitoon sitoutumista estävistä ja edistävistä tekijöistä. Lähtökohteisesti otantamme käsitti kahdeksan NUOTTA–hankkeeseen osallistunutta diabetesta sairastavaa asiakasta. Heidät otettiin hankkeen asiakkaiksi, sillä heidän hoitohistoriassaan oli nähtävissä piirteitä heikosta hoitoon sitoutumisesta. Tämä luo tutkimukselle jo omanlaisensa oletusarvon, joka haastattelujen analyysin myötä näyttikin täyttyvän. Pääsääntöisesti haastatteluiden keskiöksi muodostui kerronta siitä, miksi hoitoon on vaikea sitoutua ja haastateltavat pohtivat asioita, joiden pitäisi olla toisin, jotta sitoutuminen helpottuisi. Voimavaroja hoitoon sitoutumiseen löytyi myös. Osa haastateltavista oli sairastanut diabetesta vuosikymmenet, joten heiltä löytyi taitoa hoitaa, kykyä tunnistaa ja tahtoa voida hyvin nyt ja tulevaisuudessa. Heidän keski-ikänsä oli 58,9 vuotta, jolloin on oletettavaakin, että tiettyjen sairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyys kasvaa. Oheissairauksien määrä ja niiden vakavuus oli tässä otannassa kuitenkin kohtuullista, joka kymmenien vuosien diabeteksen sairaushistorialla merkitsee jonkinlaista omahoidon toteutumista olleen.

Kolmas tutkimuskysymys koski kokemuksia NUOTTA–hankkeeseen osallistumisesta. Tämä oli se kysymys, jonka kautta opinnäytetyön idea alun perin syntyi ja josta lähdettiin liikkeelle. NUOTTA–hankkeeseen osallistuneiden määrä oli suhteellisen pieni, vain kahdeksan asiakasta. Tuosta määrästä haastateltavaksemme suostui 63 %. Lisäksi kaksi muuta haastatteluun suostunutta diabetesta sairastavaa henkilöä olivat pitkään diabetesta sairastaneita, Nurmijärven terveyskeskuksen palveluita kauan käyttäneitä ja hoitoon sitoutumisen kriteerien valossa tarkasteltuna heikosti hoitoonsa sitoutuneita. Heille kerrottiin NUOTTA–hankkeesta ja sen periaatteita ja heiltä tiedusteltiin NUOTTA–hankkeen heissä herättämiä ajatuksia. Tässä aika oli jokseenkin tehnyt tehtävänsä ja haastateltavat olivat ehtineet unohtaa kokemiaan asioita. Opinnäytetyön tekijöistä tuntui ensin vaikealta löytää haastatteluaineistosta sisältöä vastaamaan tähän tutkimuskysymykseen, vaikka teemahaastattelussa oli keskitytty selkein kysymyksen myös NUOTTA–hankkeeseen.

## 11.1 Tulosten pohdintaa

Jokainen ihminen on yksilö, jokainen sairaus koetaan ja eletään yksilöllisesti. Ei ole olemassa henkilökohtaisiin piirteisiin liittyviä tekijöitä, joista voitaisiin luotettavasti ennustaa hoitoon sitoutumista (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 22). Kohtaamisesta terveydenhuoltoon varmasti löytyy, vaan kuinka sen laatua ja onnistumista määritellään, on hyvin haasteellinen ja moninainen kysymys. Olemme miehiä ja naisia, olemme

eri-ikäisiä ja tulemme erilaisista tapakulttuureista. Meitä hoidetaan ja neuvotaan useiden eri mallien ja käytänteiden mukaisesti, niitä kunkin kunnan, hoitotahon ja terveydenhuollon ammattilaisen mukaan soveltaen. Nämä ajatukset laittavat työmme tulokset inhimillistävään valoon. Kuten teoriaosuudessa todettiin, ei ole yksiselitteistä tutkia hoitoon sitoutumista tai sitoutumattomuutta (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 22). Vaikutukset hoitokäyttäytymiseen ovat syvällä kulttuuri- ja henkilöhistoriassa.

Terveyteen vaikuttavista käyttäytymismalleista haastattelujen kautta selkeimmin tarkasteltaviksi nousivat seurantakäyntien muistaminen, lääkkeiden annosteluohjeiden noudattaminen ja käyttäytymistapojen muuttaminen sen mukaan, mitä diabeteksen itsehoito edellyttää. Kaikki edellä luetellut ovat voimakkaasti sidoksissa ihmisen ajattelu- ja arvomaailmaan. Rinnalla kulkevat kokemukset jaksamisesta, haluamisesta, väsymyksestä ja luovuttamisesta. Diabetesta sairastavan arjessa jokainen päivä on sairauden hoitoa, fyysistä ja psyykkistä. Sosiaalinen näkökulmakin tuli esiin, varsinkin silloin, jos ympärillä oli perhettä arkea jakamassa.

Määrittelemme hoitoon sitoutumista hyvänä tai huonona. Se on asetelma, johon kliinisessä kielenkäytössä helposti ajaudutaan. Vuorovaikutukselliset tilanteet, olivat ne sitten kahden terveydenhuollon ammattilaisen välillä tai ammattihenkilön ja asiakkaan välillä ovat kontekstiinsa sidoksissa. Tällä tarkoitamme käytännön työssä vallitsevaa kiirettä, resurssien vähäisyyttä, terveysneuvonnassa mahdollisesti vallitsevia puutteellisia taitoja ja niin edelleen. Kliininen määritelmä on kiireen keskellä kaksijakoinen ja siten ehkä turhan mustavalkoinen.

Kirjallisuudessa on aikaa pohtia ja tarkastella asiaa monesti usean tutkijan tai ammattilaisen voimin. Luodaan raportteja, jotka hyvinkin kuvaavat valalla olevia käsitteitä ja tuoreimpia tutkimustuloksia. Näistä parhaan mukaan haetaan pohjaa yhteneväisille, valtakunnallisille hoitosuosituksille ja kuntakohtaisille terveyden- ja sosiaalihuollon laatusuosituksille. Jalkauttaminen ei aina kuitenkaan ole helppoa. Hoitokulttuurit, tavat ja tottumukset istuvat tiukassa. Samoin asiakkaiden ja potilaiden uskomukset ja tavat sekä heidän keskuudessaan elävät tarinat erilaisista tapauksista. Uusi ja vanha, ammattilaiset ja asiakkaat kohtaavat päivittäin vaihtuvissa tilanteissa. Näissä tilanteissa pitäisi kyetä luomaan toimiva hoitosuhde, joka kannustaa ja kantaa asiakasta oman sairautensa hoidossa. Pehmeämmän asetelman tähän luo diabetesta sairastavan pitkäaikaissairaahan hoitosuhteessa käsite osittaisesta hoitoon sitoutumisesta (Kygäs & Hentinen 2009, 40). Ei ole hyvää tai huonoa, vaan hyvää ja huonoa. Aina löytyy jotain, joka menee hienosti, joka osataan ja joka tuo elämään voimavarallista sisältöä. Puhuttaessa niinkin isosta asiasta, kun elinikäinen sairaus, löytyy varmasti aina myös korjattavaa, kehitettävää ja uuden tiedon integroimista vanhaan ja opittuun.

Viime vuosikymmenet ovat olleet voimakkaiden muutosten aikaa. Potilas on muuttunut asiakkaaksi ja oman sairautensa asiantuntijaksi. Hoitotyön

ammattilaiselta on ainakin osittain karissut auktoriteetin rooli ja hänestä on tullut rinnalla kulkija, valmentaja, jolta vaaditaan todellisia vuorovaikutuksellisia taitoja antaa terveysneuvontaa ja painottaa elämäntapojen merkitystä. Puhumme aina siitä, minkälaisien muutosten myllerryksessä hoitotyön ammattilaiset työtään tekevät: uusia suosituksia, hoitomuotoja ja laatuvaatimuksia syntyy jatkuvasti. On asioita, joita olemme reilu vuosikymmen sitten opiskelleet koulutuksessamme tietyllä tavoin ja tämän päivän tiedon valossa ne tuleekin hoitaa aivan toisin. Meille tämä on työtä, mutta asiakkaillemme ja asiakkaillemme tämä on elämää. Meidän haastateltavistamme suurin osa oli henkilöitä, joilla oli pitkä diabeteksen sairaushistoria. 20–30 vuoden pitkäaikaissairauden sairastaminen näyttäytyy asiakkaalle muutoksina, tiedon lisääntymisenä, uusien toimintojen oppimisena. Samalla nämä ihmiset jatkuvasti ikääntyvät ja heidän arjen hallintansa muuttuu. Ei ole enää autoa, vaimoa tai työtä. Ei olekaan enää mahdollisuutta harrastaa, kun ikääntyvän terveys asettaa rajansa. Samalla diabetes itsessään muuttuu, siirrytään ruokavaliolta tableteille ja lopulta monipistohoitoon. Rinnalle tulee muita sairauksia, joiden syntyyn diabetes on osasy.

Ei ole yhdentekevää, onko sairaus tuore, lyhytkestoinen vai pitkäaikainen. Jonkun asian ollessa uusi, epämääräinen ja uhkaava, on helpompi seurata annettuja ohjeita. Silloin näitä ohjeita tarvitaan ja niihin tukeudutaan. Tästä syystä on merkityksellistä sekin, miten sairauden alkutaipaleella hoidon ohjausta on annettu. Sairauden jatkuessa tulee oma persoonallisuus, oman elämän hallinta ja taustalla vaikuttavat tekijät, kuten taloudelliset tekijät, esille. Opitaan tunnistamaan omia oloiloja, uskalletaan ottaa enemmän vastuuta ja uskalletaan vaikuttaa. Nähdään elämä monessa kohtaa valintoina, tehdään päätökset ja eletään niiden mukaan. Tässä vaiheessa hoitoon sitoutumiseen vaikuttaminen on jo haasteellisempaa. Hyvät kontaktit ja yhteistyö luodaan alkutaipaleella. Koetut vääryydet ja laiminlyönnit siirtyvät henkilöiden hoitokäytäntöihin esimerkiksi laiminlyönteinä tai heistä tulee autoritäärisiä oman hoitonsa suhteen. Kun kerran lähdetään vikaariteelle, niin sieltä on vaikea kääntyä takaisin. Mahdotonta se ei toki ole, mutta vaatii enemmän aikaa ja ponnisteluja, molemmilta osapuolilta.

Puskan (2010, 59–66) mukaan työ terveyden edistämiseksi tapahtuu sekä yksilö- että väestötasolla. Perusterveydenhuollon toteuttama yksilötason työskentely ja sen vaikutukset olivat kaikkein selkeimmin kuultavissa opinnäytetyömme tutkimusaineiston kerronnassa. Hyvät kokemukset kantoivat ja kertautuivat, mutta huonot kokemukset saivat aikaan emotionaalisesti voimakkaampia reaktioita ja peittivät helposti alleen koetun hyvän. Vaikka suurin osa haastatelluista oli valmis itse kantamaan ja kantoikin vastuun omasta hoidostaan, niin silti paljon odotuksia ja toiveita asetettiin perusterveydenhuollolle. Jälleen tilanteen voi nähdä kahdessa valossa. Kun kaikkialla kiristetään menoista ja kustannuksista, niin onko perusterveydenhuollolla resursseja lisätä panostusta pitkäaikaissairaiden hoitoon sitouttamisessa? Varsinkin, kun opinnäytetyössä esille tulleet hyödyt koskivat vain osaa haastatelluista. Toisaalta perusterveydenhuollolla on aivan ensiarvoisen läheinen ja voimallinen lähtöasetelma diabetesta sairastavan

asiakkaan rinnalla, yhteistoimijana. Suhde perusterveydenhuollon ja asiakkaan välillä muodostuu avaimeksi monella tasolla; ilo onnistumisista, motivoituminen, uskaltaminen, kehujen saanti, kannustaminen, luottamus, vastuun jakaminen ja kontrolliaikojen järjestäminen, ovat kaikki hoitoon sitoutumisen kannalta oleellisia tekijöitä.

Kyngäksen ja Hentisen (2009, 22–23) nykyinen kiireinen ja stressaava elämä on osasyynä heikkoon tai osittaiseen hoitoon sitoutumiseen. Ruuhkavuosiensa elävän, taloa rakentavan, uraansa panostavan ja pieniä lapsia kasvattavan diabetesta sairastavan henkilön sairauden omahoito ja hoitoon sitoutuminen jää pakosta elämän jalkoihin. Eläkeiässä tilanne muuttuu, muttei siinä määrin, kuin voisi kuvitella. Tulee muita sairauksia, lähiomaisten menetyksiä, on remonttia, matkoja ja lastenlapsia. Osa eläkeläisistä on aktiivisesti työ- ja harraste-elämässä. Perusterveydenhuollon ajanvarausjärjestelmä oli asia, joka sai eniten osakseen kritiikkiä, ajatuksia ja toiveita. Kerronnasta toistui ymmärryksen kaipaus. On eri asia varata aika kerran ja käydä samalla läpi laboratoriokäytäntö ajanvarauksineen. Diabetesta sairastavat asiakkaat käyvät kontrollikäynnillä parhaimmillaan neljästi vuodessa. Käytännössä kontrollikäynnin käytyään he alkavat miettiä, suunnitella ja varata aikaa seuraavaa kontrollikäyntiä varten. Aikaa täytyy varata myös työpaikalta, sillä ensin käydään laboratoriossa ja vasta sitten diabeteshoitajan ja -lääkärin vastaanotolla. Toivottiin mahdollisuutta ilta-aikoihin sekä soitteluun ja puhelinaikojen kärkkymisen sijaan käytäntöä, jossa asiakkaalle tarjottaisiin aikaa joko puhelimitse tai kirjeitse.

Muutos, päätöksen teko ja siinä pitäytyminen eivät ole nekään helppoja. Muutos etenee vaiheittain (Kyngäs & Hentinen 2009, 211) ja joskus elämän kiireen keskellä muutos jää toteutumatta. Joihinkin muutoksiin on helpompi sitoutua, kuin toisiin. Diabetesta sairastavan henkilön on aina jaksettava hoitaa itseään. Välillä hoitoon väsy, joku saattaa kieltää muutoksen tarpeen kokonaan. Kuitenkin tiedossa ovat kaikki ne asiat, joihin pitäisi kyetä. Mistä löytää motivaatio silloin, kun diabeteksen hoito tympii, sairaus etenee ja sokerit hyppivät? Diabeteksen moninaisuus ja raskashoitaisuus voi masentaa ja joskus onkin helpompi lähestyä maalia pienin askelein. Haastateltavat kertoivat tässä, että usko jaksamiseen löytyy omasta olostaan. Hyvä yleistila, hyvä olo ja iloinen mieli auttavat päivästä toiseen, silloin on helpompi toimia, jaksaa töissä, harrastuksissa ja perheen arjessa. Muutos voi olla vaikea, mutta suurin osa haastateltavista osasi kuitenkin nimetä asian, jonka äärellä muutokseen olisi viimeistään sitouduttava. Jotkut puolestaan olivat tottuneet diabeteksen olemassaoloon, ikään kuin pitkäaikaiseen elämänkumppaniin. Heillä ei ollut varsinaista sairauden tunnetta tai saattoi jopa olla, että diabetes jäi muiden, enemmän elämää häiritsevien sairauksien varjoon. Tällöin muutoksen tarvetta oli vaikea huomata ja jos tarvetta ei syntynyt, ei syntynyt ymmärrystä tai motivaatiota muutoksellekaan.

Savikko & Pitkälä (2006, 4-7) toteavat, että vastaanottoaikansa laiminlyövästä asiakkaista noin 95 % sitoutuu heikosti sairautensa hoitoon. Tässä aineistossa tällaista ei ollut havaittavissa. Oli kunnioitusta herättävää, mi-



ten syvästi diabetesta sairastavat henkilöt olivat pohtineet sairauttaan ja elämäänsä sairauden kanssa. Joitain valintoja omassa hoitokäyttäytymisessä oli tehty ja ne pystyttiin kysyttäessä perustelemaan. Joillain päätökset perustuivat vuosien sairaushistoriaan, jonka varrella riittävän hyvä sairaudenhoito oli opittu ja nyt haluttiin olla sen suhteen itsenäisiä. Osa koki, että sairautta hoidetaan siinä elämän sivussa hiljakseen, ei siitä tarvitse, eikä haluta tehdä sen suurempaa numeroa. Muutamalla elämä oli niin täynnä muuta aktiviteettia, ettei aikaa esimerkiksi säännöllisille kontrollikäynneille ollut, mutta se ei tarkoittanut hyvän omahoidon laiminlyömistä.

Vastuu oli yksi haastatteluissa esille tulleista avainsanoista. Vastuu hoidosta ja asioiden selville ottamisesta katsottiin kuuluvan itselle. Tässä perusterveydenhuollon tuki oli ollut enimmäkseen onnistunutta. Tämän hetken tilanne oli se, että jos ohjeita ja neuvoja tarvitsee, niin niitä saa tai asiat selvitetään kyllä. Vastuun käänttöpuoli oli omassa jaksamisessa, talouden niukkuudessa, yksinäisyydessä ja siinä, ettei olemassa oleviin hoitomuotoihin luotettu. Motivaatio romahtaa, jos vaikeuksia kasautuu liikaa; rahaa ei ole kuin makkaraan, jumppaan ei ole varaa, yksinäisyys painaa ja sokerit eivät pysy kurissa. Silloin vastuunotto valuu pois itseltä, toivotaan, että tulisi vain joku, joka hoitaisi asiat kuntoon. Hoitotasapainon parantamisessa, painon pudotuksessa ja hyvän olon tuntemusten lisääntyessä vastuunotto omasta terveydentilasta lisääntyy (Routasalo ym. 2009, 2351).

Yksi omahoidon toteutumistaso on verensokerin säännöllinen mittaus. Aineistossamme liki jokainen kertoi laiminlyövänsä verensokerin säännönmukaisen mittaamisen. Yleisin suositeltu verensokerin mittaustiheys oli neljä kertaa vuorokaudessa. Yleisin aineistossa toteutunut mittaustiheys oli kahdesta kolmeen kertaan kuukaudessa. Tätä toteumaa perusteltiin omalla kokemuksella, tiedolla suositeltavista ruoka-aineista ja kyvyllä tulkita omia tuntemuksia. Mitataan silloin kun tuntuu siltä ja yleensä tuntemukset ovat osoittautuneet paikkansa pitäviksi.

NUOTTA–hankkeen kannalta oleelliseksi tekijäksi nousi aika. Oli vaikea muistaa kolme vuotta aikaisemmin tapahtuneita asioita. Toisaalta jokainen NUOTTA–hankkeessa mukana ollut diabetesta sairastava henkilö muisti NUOTTA–hankkeen yhteydessä lähetetyn kirjeen. Kirjettä seurannut kontrollikäynti, siihen liittyvä tavoitesopimus ja muu sisältö olivat unohtuneet. Tästä on vaikea päätellä, mikä olisi se kannustin, jota voisi kontrollikäynnillä käyttää asiakkaan hoitoon sitouttamiseksi. Ainakaan sisällön lisääminen, yhteiset allekirjoitukset tai tarkoin harkittu sisältö eivät painuneet lähtemättöminä asiakkaan mieleen. Kutsuna kotiin lähetetty kirje oli voimakkaampi signaali. Se muistettiin ja siitä osattiin kertoa, muisteltiin miltä sen saaminen tuntui ja mikä oli oma suhtautuminen sellaiseen käytäntöön. Taustatietoina saimme tietoomme, että neljä kahdeksasta NUOTTA–hankkeen asiakkaasta oli NUOTTA–hankkeen jälkeen jäänyt säännöllisten kontrollikäyntien piiriin. Tässä valossa tarkasteltuna NUOTTA–hanke lyhyenä projektina onnistui kohtuullisen hyvin. 50 % hoidon piiriin kutsutuista jäi säännöllisten kontrollikäyntien käyttäjäksi, yksi kahdeksasta on muuttanut pois kunnasta, joten hänen hoitoon sitoutumistaan ei voida

kommentoida. Näin ollen jäljelle jää kolme asiakasta, joiden hoitoon sitoutumiseen ei NUOTTA–hankkeella saatu muutosta.

## 11.2 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme oli tilaustyö ja sen työelämätilaajana oli perusterveydenhuollon yksikkö. Olimme sopineet, että opinnäytetyön tulosten valmistuttua esitämme ne työelämän edustajalle ennen kuin esitämme niitä oppilaitoksissamme. Tämä olikin hyvä, sillä luotettavuuden kannalta syntyi tuossa tilaisuudessa erittäin tärkeä huomio koskien haastateltavien tunnistettavuutta. Muutoin saimme iloksemme kuulla löytäneemme opinnäytetyömme tuloksina tärkeitä ja merkityksellisiä asioita heidän työnsä tueksi. Käytimme yhdessä ilmaisua ”jäsenneily”; siten kuvasimme tulosten ensisijaista merkitystä heidän työmenetelmiensä kannalta. On helpompi lähteä pohtimaan hoitoon sitoutumista haittaavia ja edistäviä tekijöitä, kun ne on perustellen ja selkeästi listattu omiksi kategorioikseen.

Saamamme palaute oli kannustava. Oletettavaa on, että suurelta osin tuloksina syntyneet havainnot ovat tunnettuja, varsinkin nyt kun ne lausutaan ääneen ja kirjataan ylös. Perusterveydenhuollossa toimitaan ihmisten kanssa, ollaan rinnalla kulkijoita, lähellä ja läsnä. Opinnäytetyön tuloksina syntyneet havainnot eivät varmasti ole terveydenhuollon ammattilaisille yllätyksellisiä tai vieraita. Nämä havainnot kuitenkin kokoavat yhteen ammattilaisten itse tekemät havainnot ja tulkinnat diabetesta sairastavista asiakkaista. Ne antavat kokonaiskuvan siitä, miten moninaisista asioista hyvä hoito, hyvä hoitosuhde ja sen vaikuttavuus yksilötasolla punoutuvat yhteen.

Jatkotutkimusehdotuksina työmme pohjalta nousi muutamiakin mielenkiintoisia ajatuksia. Niistä yksi, jota olisi kiinnostava lähteä selvittämään, on kontrollikäyntien sisältö ja sisällön merkitys asiakkaan hoitoon sitoutumisessa. Hoitoon sitoutumisen näkökulmasta tuloksellinen ohjaus edellyttää, että asiakas pitää ohjausta merkityksellisenä asiana, jonka avulla hän voi tarkastella omaa tilaansa ja toimintaansa (Kyngäs & Hentinen 2009, 81). Kysymys ei siis ole huonosta hoitokontaktista, vaan tarjonnan ja tarpeen kohtaamisesta. Jokaisen pitkäaikaissairautta sairastavan henkilön oma elämäntilanne muuttuu, valinnat arvottuvat erilailta tänään kuin huomenna. Kuinka vastaanottotilanteessa terveydenhuollonammattilainen voisi pysyä tällaisen muuttuvan rytmin tahdissa. Onko olemassa jonkinlainen tuotetiski, josta kulloinkin asiakas voi valita sen hetkiseen tarpeeseen parhaiten vastaavan tarjonnan? NUOTTA–hanke oli kehitetty asiakkaan saamiseksi kontrollikäynnille ja siinä sen onnistumisprosentti oli tässä aineistossa hyvä. Kontrollikäyntien suhteen NUOTTA–hanke ei antanut mitään mieliin painuvaa tai voimaannuttavaa. Mitä sellainen olisi?

Toinen jatkotutkimusajatus on työelämälähtöinen ja nousee tämän opinnäytetyön tekijöiden kokemustaustasta. Mikä on terveydenhuollon ammattilaisen valmius ja kyky sitouttaa asiakasta annettuun hoitoon ja omahoidon toteuttamiseen? Perusterveydenhuollon rooli yksilötason hoidossa on

merkityksellinen. NUOTTA–hankkeen kaltaisten hankkeiden myötä hoitoon sitoutumisen käsite jalkautetaan osaksi terveydenhuollon ammattilaisten käyttämää käsitteistöä. Usein asiat ilman konkreettista ohjausta, johdon sitoutumista ja ammattihenkilökunnan koulutusta jäävät vain sanoiksi. Joku yrittää integroida tietoaan osaksi omaa työnkuvaansa, mutta yksinäinen yritys ei useinkaan kannu hedelmää. Terveystenhuollon ammattilaisten yhtenäinen toiminta, selkeät linjaukset ja riittävä koulutus antavat paremmat mahdollisuudet hankkeiden onnistumiselle.

Kiitämme työelämäkumppanimme yhteistyöstä ja saamastamme luottamuksesta.

## LÄHTEET

- Akateeminen terveyskeskus. 2011.  
[www.helsinki.fi/akateeminenterveyskeskus](http://www.helsinki.fi/akateeminenterveyskeskus). Viitattu 8.1.2011.
- Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Autonen-Vaaranieniemi, L. 2009. Eronneiden miesten kodit ja kotikäytännöt. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopiston Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Berlin, S. 2008. Innostava, lannistava, helpottava palaute – Alaisten kokemuksiä ja näkemyksiä esimiehen ja alaisen välisestä palautevuorovaikutuksesta. Akateeminen väitöskirja. Vaasan Yliopiston Johtamisen laitos. Vaasa: Vaasan yliopistopaino.
- DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000–2010. 2000. Julkaisija Suomen Diabetesliitto ry. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Diabetesliitto 2010. [www.diabetesliitto.fi](http://www.diabetesliitto.fi). Viitattu 6.1.2011.
- Engeström, R. 2003. Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa Honkasalo, M.-L., Kangas, I. & Seppälä, U. (toim.) 2003. Sairas, potilas, omainen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 308–331.
- Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: Bookwell Oy, 159–183.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Tampere: Vastapaino.
- Harvey, J. N. & Lawson, V. L. 2008. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *DIABETIC Medicine* 11/2008. Blackwell Publishing Ltd. 5–13.
- Heikkinen, T., Kallioniemi, V., Kekäläinen, P., Koski, P., Koski, S., Laine, M., Lax, U-R., Nuutinen, H., Pietarinen, M., Puranen, R., Rissanen, M-A., Salonen, K. & Tulokas, S. 2008. Diabeetikon hyvän hoidon toteuttamisen periaatteet: Suuntaviivoja nuorten ja aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden hoitoon ja kuntoutukseen. Suomen Diabetesliitto ry. Kirjapaino Hermes.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Holmila, M. 2005. Pienyhteisön tutkimisen eettiset ongelmat. Teoksessa Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Stakes Työpapereita 4/2005, s. 21–26. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp4-2005.pdf>. Viitattu 29.11.2010.
- Holopainen, K. 2010. Miten diabetes muokkaa minäkuva? Diabetes 6–7/2010: 14–16.
- Honkasalo, M. 2011. Sähköpostiviesti Mikko Honkasalolta 8.3.2011.
- Huttunen, J. 2010. Lääkärikirja Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903&p\\_haku=terveyden\\_määritelmä](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903&p_haku=terveyden_määritelmä). Viitattu 20.1.2011.
- Hytönen, Y. & Joutsivuo, T. 2005. Arjen asiantuntijat – Diabetesliiton viisi vuosikymmentä. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.
- Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kangas, I. 2003. Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo, M.-L., Kangas, I. & Seppälä, U. (toim.) 2003. Sairas, potilas, omainen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 73–95.
- Karkashian, C. & Schlundt, D. 2004. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen – Näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus. Alkuperäinen WHO:n (World Health Organization) julkaisu 2003. 89–104.
- Kemi, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus. *Hoitotiede* 3/2009, vol 21, 174–184.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet: Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008: 1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Koenigsberg, M. R. & Bartlett, D. 2004. Facilitating Treatment Adherence with Lifestyle Changes in Diabetes. *Am Fam Physician* Jan/2004; 69(2). 309–316. <http://www.aafp.org/afp/2004/0115/p309.html>. Viitattu 12.5.2011.
- Kuula, A. & Tiitinen, S. 2010. Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäytäntö. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 446–469.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T.-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kyngäs, H. 2007a. Hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät reumasairauksissa. Duodecim.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00320](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00320). Viitattu 10.4.2011.

Kyngäs, H. 2007b. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.

Käypä hoito -suositus. 2009.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056?hakusana=diabetes>. Viitattu 8.1.2011.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 1/2005: 10–15.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1/2006: 37–45.

Laine, T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia?: fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: Bookwell Oy, 28–47.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Bookwell Oy, 21–80.

Leino-Kilpi, H. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Teoksessa Voutilainen, P., Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peiponen, A. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2001 – näyttöön perustuva hoitotyö. Hygieia. Tampere: Tammerpaino Oy. 9–20.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999: Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta: Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperusta kehittyä. Stakes. Raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus.

Linkola, Antti 2008. Pitkäaikaissairausten haaste. Terveysportti.  
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/syd/koti>. Viitattu 16.4.2011.

Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Bookwell Oy, 116–164.

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Akateeminen väitöskirja. Oulun Yliopiston Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Juvenes Print.

Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A. & Keskimäki, I. 2007. Terveyspalvelut. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007: 23. Helsinki: Yliopistopaino. 179–196.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos, 2. korjattu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mühlhauser, I. & Bergert, M. 2000. Evidence-based patient information in diabetes. *Journal of Diabetic Medicine* 17/2000: 823–829.

Mykkänen, J. 2010. Isäksi tulon tarinat, tunteet ja toimijuus. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän Yliopiston Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Mäkelä, K. 2005. Sosiaalitutkimuksen eettinen säätely. Teoksessa: Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Stakes Työpapereita 4/2005, s. 9-17. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp4-2005.pdf>. Viitattu 29.11.2010.

Nurmijärven terveyskeskus 2006. Tyypin 1 ja tyypin 2 insuliinihoitoisen diabeetikon hoito Nurmijärven terveyskeskuksessa. Sähköpostitse Mikko Honkasalolta 8.3.2011.

Nurmijärven terveyskeskus 2010. T2DM hoitopolku Nurmijärven terveyskeskuksessa. Sähköpostitse Mikko Honkasalolta 8.3.2011.

Nurmijärvi 2010. [www.nurmijarvi.fi](http://www.nurmijarvi.fi) -> tietoa kunnasta -> tilastotietoa -> Taskutietoa Nurmijärveltä 2010. Viitattu 8.1.2011.

Nurminen, P. 2010. Keskustelu diabeteshoitaja Päivi Nurmisen kanssa Klaukkalan terveysasemalla 16.12.2010.

Olli, S. 2008. Diabetes elämäkumppanina – Nuoren ja perheen diabetekseen sopeutumista kuvaava substantiivinen teoria. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto Oy: Juvenes Print.

Palokari, P. 2010. Hoitoväsymys voi jäädä piiloon. *Diabetes* 10/2010. 8–10.

Partanen, P. & Perälä, M.-L., 2000. Hoitotyön menetelmien arviointi. Teoksessa Voutilainen, P., Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peiponen, A. (toim.) 2000. Hoitotyön vuosikirja 2001 – näyttöön perustuva hoitotyö. Hygieia. Tampere: Tammerpaino Oy. 41–42.

Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen – Näyttöä toiminnan tueksi 2004. Lääketietokeskus. Alkuperäinen WHO:n (World Health Organization) julkaisu vuodelta 2003.

Prättälä, R. 2007. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007: 23. Helsinki: Yliopistopaino. 130–132.

Puska, P. 2010. Kroonisten kansantautien ehkäisy 2010-luvulla. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. 55–66.

Roos, E., Ovaskainen, M.-L., Raulio, S., Pietikäinen, M., Sulander, T. & Prättälä, R. 2007. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavat tekijät ja niissä tapahtuneet muutokset: Ruokailutottumukset. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Julkaisuja 2007: 23. Helsinki: Yliopistopaino. 149–158.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen, *Duodecim* 2009; 125 (21): 2351–2359.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen – Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssan Kirjapaino.

Ruusuvuori, J. 2003. Sairaudesta puhumisen tilannesidonnaisuus. Teoksessa Honkasalo, M.-L., Kangas, I. & Seppälä, U. (toim.) 2003. Sairas, potilas, omainen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 256–289.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysivaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 9–36.



Rytkönen, K. 2010. Tyypin 1 diabetespotilaan ohjaus. Teoksessa Jauhainen, A. (toim.) 2010. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja D2/14/2010. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. 81–85.

Saraheimo, M. 2009. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.) 2009. Diabetes. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 10–12.

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Lääkelaitos. Tabu 5/ 2006: 4–7.

Siguroadottir, A. K. 2005. Self-care in diabetes: Model of factors affecting self-care. Blackwell Publishing 14/2005: 301–314.

Tilastokeskus 2010. [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi). Viitattu 8.1.2011.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuorila, Helena 2009: Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. <[http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04\\_tuorila\\_terveyspalvelut.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf)>. Viitattu 19.4.2011.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: Werner Söderström Oy. 322–391.

Vertio, H. 2004. Terveysten edistämisen tarpeen arviointi. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila J., Viitala J. (toim.) 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu, Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 197–205.

World Health Organization 2006. Gaining Health – The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/76526/E89306.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf). Viitattu 19.3.2011.

Yach, D. 2003. Esipuhe. Teoksessa Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen – Näyttöä toiminnan tueksi 2004. Lääketietokeskus. Alkuperäinen WHO:n (World Health Organization) julkaisu vuodelta 2003.

TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen nimi, tutkija ja vuosiluku	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Aineistot / Tiedonantajat	Keskeiset tulokset
Antikoagulaatiopotilaan hoitoon sitoutuminen, Paukamo M., 2008	Selvittää mil-laista on anti-koagulaatiopoti-laan sitoutu-minen hoi-toonsa, mitä ovat sitoutumi-seen ja INR-arvoihin yh-teydessä olevia tekijöitä.	Tutkimusai-neisto kerättiin käyttäen struk-turoitua, tätä tutkimusta varten muokat-tua kyselylo-maketta, joka perustui Kyn-gäksen (1995) malliin hoitoon sitoutumisesta ja siihen yh-teydessä ole-vista tekijöistä. Aineisto ana-lysoitiin SPSS-tilastojen käsit-telyohjelmalla.	Tutkimukseen otettiin satun-naisotannalla, vähintään 4 kuukautta an-tikoagulaatio-hoidolla ollei-ta, yli 20-vuotiaita poti-laita, jotka tulivat INR-kokeisiin ter-veyskeskuksen laboratorioon. Lomakkeita jaettiin 167. Kyselyn vasta-usprosentti oli 81 (139 vastaa-jaa).	51 % antikoagulaatiopoti-laista oli hyvin hoitoon sitoutuneita. Hyvin lääke-hoitoon sitoutuneita oli 74 %. Hyvin hoitoon sitoutu-neet potilaat kokevat, että hoitohenkilöstö tekee yh-teistyötä, tukee potilasta ja huomioi heidän elämänti-lanteensa hoitoa suunnitel-taessa. Hoitoon sitoutu-mista edistäviä tekijöitä ovat normaaliuden tunne ja motivaatio. Parhaiten hoitoon sitoutuneita ovat naiset, rytmihäiriöpotilaat, ne joiden hoito on kestä-nyt 1-3 vuotta tai INR-kokeiden väli oli 1-2 viik-koa. Huonoiten hoitoon sitoutuneita ovat vastaajat, jotka eivät osaa kertoa hoidon syytä tai hoito on kestänyt vähemmän kuin vuoden tai yli 3 vuotta.
Diabetes elämän-kumppanina – Nuoren ja per-heen diabetek-seen sopeutumista kuvaava sub-stantiivinen teo-ria, Olli S., 2008	Tuoda esiin nuorten ja per-heiden koke-mukset diabe-tekseen sopeu-tumisesta ja tuottaa sopeu-tumista kuvaava teoria. Tut-kittua tietoa voidaan hyö-dyntää nuorten ja perheiden ohjauksen ja tukemisen ke-hittämisessä.	Tutkimuksessa yhdistettiin nuorilta ja vanhemmilta useilla eri me-netelmillä ke-rättyä aineistoa (teemahaastat-telut, ryhmäoh-jaustilanteiden havainnointi, päiväkirjat, taustakyselyt, hoitotasapai-noarvot). Ai-neistojen ana-	Tarkoituksen-mukaisuuspe-riatteen TAYS:n nuori-sodiabetespo-liklinikan hoi-dettavan ole-vista 15–18-vuotiaista nuo-rista (n=15) ja nuorten van-hemmista (n=18).	Tulokseksi saadun teorian perusprosessi on nuoren, perheen ja diabeteksen elämänkumppanuus, joka muodostuu kuuden vai-heen kautta.

		lyysitapana oli grounded teorian straussilaisen sovelluksen mukainen jatkuvan vertailun menetelmä.		
Diabetesta sairastavan nuoren ja hoitajan välinen vuorovaikutus: nuorten ja hoitajien kokemuksia hoitoon sitoutumisen tukemisen vahvistamiseksi, Kärämänoja T., 2006	Kuvailla diabetesta sairastavan nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda kuvaus vuorovaikutuksesta, sen sisällöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä nuoren ja hoitajan kokeman hoitoon sitoutumisen tukemisen vahvistamiseksi.	Teemahaastattelut, jotka analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.	Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, johon osallistui diabetesta sairastavat nuoret (N=15) yhdestä keskussairaalarasta ja kahdelta Tampereen Diabeteskeskuksen sopeutumiskurssilta sekä hoitajat (N=16) kahden keskussairaalan nuoria hoitavista yksiköistä.	Vuorovaikutusta kuvaava käsitejärjestelmä, jonka sisällöksi muodostui 1) diabetesta sairastavan nuoren ja hoitajan välistä vuorovaikutusta määrittävät yleisistä tekijöistä hoitajan merkitys diabetesta sairastavan nuoren hoidossa, hoitajan ominaisuudet ja suhtautuminen nuoreen sekä yleisiä piirteitä diabetesta sairastavan nuoren hoitotyössä, 2) hoitoon sitoutumista tukeva vuorovaikutus, mikä on yksilöllisyyttä hoidossa, yhdessäoloa ja yhdessä tekemistä keskustelemalla ja kuuntelemalla, nuoren osallistumisena, ohjauksena omatoimisuuteen hoidossa ja viihtyvyyden edistämisenä sekä huonossa hoitotasapainossa olevan nuoren tukemista, 3) hoitajan jaksaminen vuorovaikutuksessa nuoren kanssa sekä 4) vuorovaikutuksen kehittäminen sisällöllisenä kehittämisenä ja toiminnan kehittämisenä vuorovaikutuksen tukena
Hoitoon sitoutumista arvioiva mittari lääkehoidon kokonaisarvioinnin työkaluna ikääntyvillä pitkäaikaissairail-	Pilottikokeilu hoitoon sitoutumista arvioivan mittarin soveltuvuudesta lääkehoidon kokonaisarvi-	Lääkehoidon kokonaisarviointiin liittyvän kotihaastattelun yhteydessä potilaan kanssa käytiin	Yhdeksälle omassa kodissaan asuvalle, kotisairaanhoidon palveluja käyttävälle muhoslaiselle	Mittariaineisto pisteytettiin ja laskettujen tulosten perusteella potilaat voitiin jakaa osa-alueittain oletusti hyvin ja huonosti hoitoon sitoutuneisiin. Lääkehoitoon sitoutumista

<p>la, Määttä E., 2009</p>	<p>oinnin työkaluna. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää ikääntyvien pitkäaikaissairaiden lääkehoitoon sitoutumista ja pohdita LHKA:n eri interventio-osa-alueiden merkitystä hoitoon sitoutumisen edistämässä.</p>	<p>haastatellen läpi kyselylomake, joka sisälsi 39 hoitoon sitoutumista arvioivaa väittämää 15 eri osa-alueelta. Tutkimushenkilöiden hoitoon sitoutumista mitattiin kaksi kertaa kolmen - viiden kuukauden väliajoin.</p>	<p>ikäihmiselle toteutettiin lääkehoidon kokonaisarviointi. Tutkimushenkilöt olivat 73–87-vuotiaita monisairaita ja he käyttivät useita eri lääkkeitä.</p>	<p>arvioiva mittari soveltui ikääntyvillä kohtalaisesti LHKA:n työkaluksi.</p>
<p>Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa, Lunnela J., 2011</p>	<p>Kolmivaiheisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuoltohenkilöstön tarjoaman Internet-perusteisen ohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutusta glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä uusia, potilaslähtöisiä ohjaus- ja tukimenetelmiä glaukoomapotilaille. Kolmannessa vaiheessa tutkittiin tehostetun Internet-perusteisen ja normaalin käy-</p>	<p>Ohjauksen vaikuttavuutta tutkittiin komplianssimittarilla (ACDI), joka lähetettiin molemmille ryhmille tutkimuksen alussa sekä kahden ja kuuden kuukauden kuluttua. Aineisto analysoitiin tilastollisin perusmenetelmin.</p>	<p>Aineisto kerättiin komplianssimittarilla (ACDI) glaukoomapotilailta (n = 249) ja analysoitiin tilastollisilla perus- ja monimuuttujamenetelmillä. Toisessa vaiheessa kuvailtiin hyvin hoitoonsa sitoutuneiden glaukoomapotilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta ja tuesta (n = 12). Koeryhmä (n = 34) sai tehostetun ohjauksen ja sosiaalisen tuen sähköpostin välityksellä. Kontrolliryhmä (n = 51) sai normaalin käytännön mukai-</p>	<p>Glaukoomapotilaat olivat hyvin sitoutuneita lääkehoitoonsa (97 %, n = 242) sekä kohtalaisen hyvän hoitoonsa kokonaisuudessaan (67 %, n = 166). Hoitajien ja lääkäreiden tarjoama ohjaus ja sosiaalinen tuki sekä hoidon seuraukset edistivät hoitoon sitoutumista. Hyvin hoitoonsa sitoutuneet kuvasivat saaneensa ohjausta ja tukea terveydenhuoltohenkilöstöltä ja läheisiltään. Keskeistä ohjauksessa olivat oikea sisältö, ajoitus ja ohjausmenetelmät. Sosiaalinen tuki ilmeni emotionaalisenä, tiedollisena ja konkreettisenä tukena tai tuen puutteena. Potilaiden hoitoon sitoutuminen edistyi tehostetun ohjaus- ja tukiintervention aikana sekä koettua kontrolliryhmässä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut.</p>

Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutuminen – NUOTTA–hanke sitoutumisen tukena Nurmijärven terveyskeskuksessa

	tännön mukaisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikuttavuutta glaukoomapotilaiden hoitoon sitoutumisessa.		sen ohjauksen ja sosiaalisen tuen vastaanotokäyntien yhteydessä.	
Nuoren anorektikon kokemuksia psykiatriseen avohoitoon sitoutumisesta, Haataja M.-L., 2009	Kuvata nuorten anorektikkojen kokemuksia psykiatriseen avohoitoon sitoutumisesta.	Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.	Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä 15 – 20 -vuotiasta tyttöä	Tutkimustulosten mukaan nuorten kokemukset anoreksian merkityksestä olivat yleisiä, kielteisiä ja myönteisiä. Yleisiä merkityksiä olivat vakava, psyykinen, kokonaisvaltaisesti elämään vaikuttava ja elämää muuttava sairaus. Myönteisiä merkityksiä olivat ihannoidun laihuuden ja kehon muodon saavuttaminen. Kielteisiä merkityksiä olivat uhka nuorten fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Näitä olivat esimerkiksi fyysinen heikkous ja jaksamattomuus, menetykset, pakot ja kontrollit sekä ristiriidat ihmissuhteissa ja eristäytyminen. Nuoret arvioivat hoitoon sitoutumistaan erittäin hyvästä sitoutumisesta sitoutumattomuuteen. Hoitoon sitoutuminen koettiin tärkeäksi, koska ilman sitä hoito oli hyödytöntä.
Päihdeongelmaisen hoitoon sitoutuminen, Fors R., 2008	Selvittää päihdeongelmaisen hoitoon sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä Oulun eteläisellä alueella.	Tulokset esitetään frekvenssi- ja prosenttijakaamina. Hoitoon sitoutumisen ja sitä selittävien tekijöiden yhte-	Aineisto kerättiin kyselylomakkeella seitsemän kaupungin ja viiden kunnan avohoitoyksiköiden sekä	Kyselyn mukaan valtaosa päihdeongelmaisista sitoutui hoitoonsa hyvin. Merkitsevä yhteys hoitoon sitoutumiseen oli päihdeongelman lääkehoidolla. Hyvä hoitomotivaatio paransi myös hoitoon si-

		<p>yksiä analysoitiin T-testillä ja Khiin neliö -testillä.</p>	<p>yhden päihdehoitolaitoksen asiakkailta. Vastauksia saatiin 125.</p>	<p>toutumista. Lähes merkitsevä yhteys oli hoitajien ja lääkärin tuella. Harrastusten puuttuminen näytti parantavan hoitoon sitoutumista, kun taas harrastaminen mies- tai naispu-rokoissa heikensi sitä. Päihteiden käyttöajan ja iän myötä hoitoon sitoutuminen heikkeni.</p>
<p>Verenpainepotilaan hoitoon sitoutumisen arviointi ja edistäminen multimediahjelman avulla, Lahdenpe- rä T. 2002</p>	<p>Arvioida inter-ventioryhmän potilaiden hoitoon sitoutumista ja hoito- tasapainoa sekä sitä, mi- ten kyseinen interventio edisti hoitoon sitoutumista. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää hoitoon sitoutumista arvioiva mittari ja testata sen luotettavuutta.</p>	<p>Tutkimus sisälsi neljä vai- hetta. <i>Ensimmäisessä vai- heessa</i> inter-ventioryhmän (n = 21) potilaat haastateltiin. <i>Toisessa vaiheessa</i> kehitettiin hoitoon sitoutumista arvioiva mittari, jonka luotettavuutta testattiin viiden eri terveystieteiden terveyskeskuksen verenpainepotilailla (n = 103). <i>Kolmannessa vaiheessa</i> arvioitiin ja verrattiin interventio- ja vertailuryhmän potilaiden hoitoon sitoutumista (n = 14, n = 21) kehitetyn mittarin avulla sekä hoitotasapainoa (n = 16, n = 18). <i>Neljännessä vaiheessa</i> arvioitiin haastattelujen</p>	<p><i>Ensimmäisessä vaiheessa</i> aineisto analysoitiin sisäl- lönanalyysillä. <i>Toisessa vaiheessa</i> luotettavuuden arvioinnissa käytettiin osioiden välisiä korrelaatiokertoimia, face-validiteettia, faktorianalyysiä, osioiden välisiä korjattuja korrelaatiokertoimia, theeta-arvoa ja Pearsonin tulomomentti-korrelaatiokerrointa. <i>Kolmannessa vaiheessa</i> aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia arvoja, Mann-Whitneyn U-testiä ja T-testiä. <i>Neljännessä vaiheessa</i> aineisto analysoitiin sisäl- lönanalyysillä.</p>	<p>Potilaiden suhtautuminen tietotekniikkaan ja sen käyttöön kohonneen verenpaineen hoidon tukena sekä suhtautuminen ko-honneeseen verenpaineeseen ja sen hoitoon oli intervention lopussa myönteisempää kuin sen alussa. Interventio edisti tutkittavien hoitoon sitoutumista.</p>

Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutuminen – NUOTTA–hanke sitoutumisen tukena Nurmijärven terveyskeskuksessa

---

		avulla sitä, miten interventio edisti potilaiden (n = 16) hoitoon sitoutumista.		
--	--	---	--	--

## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

### OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄT

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kahden ylempää ammattikorkeakoulututkintoa eri ammattikorkeakouluissa opiskelevan opiskelijan yhteistyönä. Anne Jantunen opiskelee Laurea–ammattikorkeakoulun Hyvinkään yksikössä Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtamista ja kehittämistä ja Eija Pitkänen Hämeen ammattikorkeakoulun Visamäen yksikössä sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Kummankin opinnäytetyön tekijän opiskelusuunnitelman mukaan valmistumisajankohta on joulukuussa 2011. Anne Jantunen on koulutukseltaan sairaanhoitaja/terveydenhoitaja AMK ja työskentelee Nurmijärven terveyskeskuksen Klaukkalan terveysaseman vastaanottotoiminnassa sairaanhoitajana. Eija Pitkänen on koulutukseltaan sairaanhoitaja AMK ja työskentelee tällä hetkellä vs. apulaisosastonhoitajana Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön päiväkirurgian osastolla. Hän on aikaisemmin työskennellyt Nurmijärven terveyskeskuksen Kirkonkylän pääterveysaseman vastaanottotoiminnassa sairaanhoitajana.

Ohjaavina opettajina toimivat Laurea–ammattikorkeakoulussa Anne Hartikainen ja Hämeen ammattikorkeakoulussa Hanna Maijala.

### KATSAUS OPINNÄYTETYÖN TEORIAAN

NUOTTA–hanke on alun alkaen osa Helsingin Yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan sekä Espoon, Vantaan, Nurmijärven, Kotkan ja Jyväskylän terveyskeskusten muodostaman kehittävien terveyskeskusten verkoston kehittämiskokonaisuutta. Hankkeessa etsittiin aktiivisesti hoitamattomia diabeetikoita. NUOTTA–hankkeen tavoitteena on tunnistaa diabetesta sairastavat heikosti hoitoon kiinnittyneet asiakkaat ja kehittää hoitoon puuttumisen toimintamalli sekä tarkoituksenmukainen työnjako. Tarkoitus on myös kehittää asiakkaiden elämäntilanteen hallintaa ja vastuunottamista tukevia valmiuksia. (Koski ym. 2009.)

Terveyspalvelujen kysyntä on lisääntymässä esimerkiksi erilaisten neuvonta- ja opastuspalvelujen kysynnän kautta. NUOTTA–hankkeen asema terveyspalveluiden ja asiakkaan kohtaamisen areenalla on tärkeä. NUOTTA–hanke edustaa tulevaisuutta ja se on jo lunastanut paikkansa Nurmijärven terveyskeskuksessa. NUOTTA–hankkeen edellyttämät resurssit ovat valmiiksi määritelty; opinnäytetyön tekijöiden osuus tulee edustamaan osaa hankkeen laadullisesta ja toimivasta kokonaisuudesta. Opinnäytetyön kautta opinnäytetyön tekijät pystyvät laajentamaan ymmärrystään terveyspalvelualueen laadullisista kriteereistä, kehityksestä ja niitä tukevasta toiminnasta.



Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan toimiston julkaisema Gaining Health Strategy kertoo kroonisten eli pitkäaikaissairauksien merkityksen korostumisesta. Näillä sairauksilla on yhteisiä riskitekijöitä ja niihin vaikuttamalla voidaan vaikuttaa ennen aikaisten kuolemien määrään, hoidolla aikaansaatuihin tuottavuuksiin ja sairaanhoidon kustannuksiin. Pitkäaikaissairauksien riskitekijöiksi Gaining Health Strategy mainitsee korkean verenpaineen ja veren kolesterolin, alkoholin käytön ja tupakoinnin, liikapainon ja vähäisen liikunnan sekä epäterveellisen ruokavalion. Tyypin 2 diabetes on yksi näistä Gaining Health strategyn esille tuomista pitkäaikaissairauksista. Katsotaankin, että ennaltaehkäisy olisi tärkein lähestymistapa tyypin 2 diabeteksen hallinnassa. Julkaisun mukaan kuitenkin terveyspalveluja suunnataan jatkuvasti pikemminkin hoidon suuntaan kuin tautien ennaltaehkäisyyn ja monissa teollisuusmaissa terveydenhuollon kustannukset kasvavat jatkuvasti. Yksi syy on väestön ikääntyminen, mutta rinnalla näkyy myös kalliiden lääkitysten sekä kalliiden hoitomenetelmien yleistyminen. Samaan aikaan, kun edelleen keskitytään hoitamaan akuutteja sairauksia kroonisten sairauksien jäädessä vähemmälle huomiolle, jää arviolta noin 50 % tyypin 2 diabetekseen sairastuneista ilman diagnoosia. Myöskään terveyserot eivät ole kaventuneet vaan pikemminkin kasvaneet, vaikka hyvinvoinnin katsotaan lisääntyneen ja elinajanodote on pidentynyt. (World Health Organization 2006, 4–9.)

Mikään yksittäinen toimenpide tai toimenpidepaketti ei ole tehokas kaikissa tilanteissa, jokaisen asiakkaan ja taudin kohdalla. Kosken ym. (2009) tutkimuksen mukaan NUOTTA–hankkeessa tunnistetut diabetesta sairastavat olivat hyvin heterogeeninen ryhmä ja heikon hoitotasapainon sekä hoitoon sitoutumattomuuden takana oli moninaisia tekijöitä. Tarvitaan asiakkaalle yksilöllisesti räätälöityjä toiminnallisia menetelmiä. Hoitoon sitoutumisen lisäämiseen tähtäävät toimet täytyy muokata asiakkaan kokemuksellisuuden ja sairauden aiheuttamien tarpeiden mukaan. Toteutuakseen nämä tavoitteet vaativat terveydenhoitojärjestelmältä ja sen toimijoilta sellaisten keinojen kehittämistä, joilla arvioida hoitoon sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Hoitoon sitoutumisen parantaminen vaatii jatkuvaa aktiivista toimintaa. Terveydenhoidon ammattilaisten tulisi pystyä arvioimaan asiakkaan valmiutta noudattaa ohjeita, antamaan neuvoja ohjeiden noudattamiseksi ja seuraamaan asiakkaan edistymistä jokaisella tapaamiskerralla. Terveydenhuollon ammattilaisia kouluttaminen asiakkaan hoitoon sitouttamisen keinoista ja potilaan hoitoon sitoutumisen merkityksellisyydestä on tärkeää. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2004, 16.)

## TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Opinnäytetyö on luonteeltaan laadullinen, joten tavoite on löytää jotakin uutta. Työ toteutetaan siis kvalitatiivisena tutkimuksena haastatteleamalla teemahaastattelun keinoin mielellään koko otanta eli kahdeksan ”nuotattua” asiakasta. Tarkoitus on lähestyä asiakkaita ensin kirjeitse kertomalla NUOTTA–hankkeesta, keitä opinnäytetyön tekijät ovat ja mitä he opiskelevat. Kirjeessä kerrotaan myös, että opinnäytetyön tekijät ottavat lähipäi-

vinä yhteyttä puhelimitse haastattelua varten ja puhelun yhteydessä kysytään lupaa/suostumusta haastatteluun. Tämän jälkeen haastattelu tapahtuu asiakkaalle parhaiten sopivana ajankohtana hänen toivomassaan ympäristössä. Teoriaosiossa käydään läpi keskeisiä käsitteitä: asiakkuutta avoterveydenhuollossa, hoitoon sitoutumista ja sitoutumattomuutta, diabetesta ja sen Käypä hoito -suosituksia, pitkäaikaissairauden merkitystä asiakkaan elämässä, diabetesta sairastavan hoitopolkua Nurmijärven terveyskeskuksessa, NUOTTA–hanketta ja NUOTTA–hankkeen merkitystä sekä toimintaa Nurmijärven terveyskeskuksessa. Teoriaosuudessa selvitetään myös aikaisempien tutkimusten teorian ja tutkimustulosten avulla asiakaslähtöistä työskentelymallia sekä tekijöitä, jotka asiakkaan sitoutumattomuuden taustalla vaikuttavat. Asiakkaiden yhteystiedot saadaan Nurmijärven terveyskeskuksesta. Tutkimussuunnitelmavaiheen jälkeen voidaan hakea Nurmijärven terveyskeskukselta lupaa haastatteluihin. Tämä opinnäytetyö on nyt tutkimusluvan hakemisvaiheessa; molemmissa oppilaitoksissa on hyväksytty opinnäytetyön tutkimussuunnitelma.

Tutkijan on selvitettävä ymmärrettävästi tutkimukseen osallistujalle tutkimuksen tarkoitus. On tärkeää, että osallistajat ovat mukana vapaaehtoisesti ja tietävät oikeutensa kieltäytyä. Vastaukset kerätään ja käsitellään nimettöminä sekä siten, ettei työssä mahdollisesti käytettävissä lainauksissa ole vastaajan henkilöllisyys tunnistettavissa. Opinnäytetyön valmistuttua saadut vastaukset hävitetään asianmukaisesti. Nurmijärven terveyskeskuksen (nykyisenä ja entisenä) työntekijöinä opinnäytetyön tekijät ovat työsopimuksen allekirjoittaessaan sitoutuneet salassapitoon, joka jatkuu myös työsuhteen päättymisen jälkeen.

Haastattelut analysoidaan induktiivisella sisällön analyysillä. Johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä tehdään haastattelujen perusteella eettisyys ja luotettavuus huomioiden. Haastateltava kertoo elämästään ja olettaa tai toivoo tulevansa kuulluksi. Se, mitä hän tällöin yrittää välittää, ovat asioiden merkitykset. Omaan hoitoon sitoutumattomuus ei siis välttämättä vähennä haastateltavan kiinnostusta vastata sairautensa hoitoon liittyviin kysymyksiin. Jopa niin, että haastattelutilanne toimii tai ei sen mukaan, missä määrin haastateltava kokee tulevansa kuulluksi. (Korteinen 2005.)

## TYÖELÄMÄLÄHTÖISYYS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Työelämän yhteistyökumppani on tätä tutkimusta toivonut Nurmijärven terveyskeskus. Haastateltavat asiakkaat ovat nurmijärveläisiä Klaukkalan alueen ”nuotattuja” diabetesta sairastavia asiakkaita. Työelämän tutorina opinnäytetyöprojektille toimii Nurmijärven terveyskeskuksen Klaukkalan terveysaseman vastaanoton hoitotyön johtaja Arja Puputti–Rantsi.

Tutkimuskysymyksinä pohditaan:

- 1) Miten seurantakäynneiltä pois jäänyt diabetesta sairastava asiakas kokee terveyskeskuksen puutumisen tilanteeseensa?
- 2) Mitkä ovat edistäviä tekijöitä diabetesta sairastavan hoitoonsa sitoutumisessa?

3) Mitkä ovat haittaavia tekijöitä diabetesta sairastavan hoitoonsa sitoutumisessa?

Työelämän kiinnostus kohdistuu siihen, mikä tekee diabetesta sairastavasta henkilöstä NUOTTA–hankkeen asiakkaana. Opinnäytetyön tavoite on kaksiulotteinen. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hoitoon sitoutumattoman toiveita ja tarpeita ennen hänen kohtaamistaan vastaanottotilanteessa, mitkä tekijät hänen hoitoon kiinnittymiseensä vaikuttavat.

Toiseksi opinnäytetyön tavoitteena on saada esille projektissa mukana olleiden asiakkaiden kuvauksia ja kokemuksia. Näin tavoitellaan tietoa siitä, miten NUOTTA–hanke toiminnan mallina on koettu ja onko asiakas NUOTTA–hankkeen myötä lähentynyt omahoidossaan yhdessä hoitotyön ammattilaisten kanssa asetettuja tavoitteita. Lisäksi pyritään selvittämään sitä, kuinka asiakas saadaan olemaan myös jatkossa hoitoon sitoutunut ja toteuttamaan omahoitoisuutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että opinnäytetyössä esille tullutta tietoa Nurmijärven terveyskeskus ja muut samankaltaiset organisaatiot voivat jatkossa käyttää oman työnsä suunnittelun tukena, varsinkin silloin kun asiakkaana on heikosti hoitoonsa kiinnittynyt henkilö.

#### AIKATAULUSUUNNITELMA

Teoriaosuutta koostetaan kevään 2011 aikana sekä kyselylomakkeet ja haastattelut toteutetaan huhti–toukokuussa 2011. Aineiston analyysi on tarkoitus tehdä kesän 2011 aikana. Pohdinta, johtopäätökset ja työn julkaisukuntoon saattaminen toteutetaan mahdollisimman pian syyslukukauden 2011 alettua, jotta opinnäytetyö voidaan esittää marraskuussa 2011, jolloin opinnäytetyön tekijät voivat valmistua opiskelusuunnitelman mukaisesti viimeistään jouluna 2011.

## TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

The screenshot shows an email in Internet Explorer. The email header includes the date 26.4.2011 11:25:28 and the subject 'Tutkimuslupa'. The main body of the email contains a research consent form for the NUOTTA project, signed by Arja Puputti-Rantsi, the head of the reception department at Nurmijärven kunta, Sosiaali- ja terveystoimen toimiala. The text of the consent form is as follows:

72 § Tutkimuslupa-anomus

Anne Jantunen (Laurea-AMK) ja Eija Pitkänen (HAMK) haavevat tutkimuslupaa "Diabetesta sairastavan hoitoon sitoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä" NUOTTA-hankkeen asiakkaan kokemana Nurmijärven terveyskeskuksessa.

NUOTTA-hanke on alun alkaen osa Helsingin Yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan sekä Espoon, Vantaan, Nurmijärven, Kotkan ja Jyväskylän terveyskeskusten muodostaman kehittävien terveyskeskusten verkoston kehittämiskokonaisuutta. Hankkeessa etsittiin aktiivisesti hoitamattomia diabeetikkoita. NUOTTA-hankkeen tavoitteena on tunnistaa diabetesta sairastavat heikosti hoitoon kiinnittyneet potilaat ja kehittää hoitoon puuttumisen toimintamalli sekä tarkoituksenmukainen työnjako. Tarkoituksena on myös kehittää potilaiden elämäntilanteen hallintaa ja vastuunottamista tukevia valmiuksia. (Koski ym. 2009.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että opinnäytetyössä esille tullutta tietoa Nurmijärven terveyskeskus ja muut samankaltaiset organisaatiot voivat jatkossa käyttää oman työnsä suunnittelun tukena, varsinkin silloin kun asiakkaana on heikosti hoitoonsa kiinnittynyt henkilö.

Lupa myönnetään, edellyttäen että opinnäytetyö toteutetaan avohoidon päällikkö Tarja Sainiolla valmistuttua.

Arja Puputti-Rantsi  
Vastaanoton hoitotyönjohtaja

Nurmijärven kunta, Sosiaali- ja terveystoimen toimiala  
Klaukkalan terveysasema  
Vaskomäentie 2  
01800 Klaukkala

KIRJE HAASTATELTAVILLE

ARVOISA VASTAANOTTAJA!

16.5.2011

Olemme kaksi sairaanhoitajaa ja opiskelemme ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja Laurea–ammattikorkeakoulussa ja Hämeen ammattikorkeakoulussa (HAMK). Opintoihimme kuuluu tärkeänä osana opinnäytetyö, jonka laajuus on 30 opintopistettä.

Opinnäytetyömme aihe on

**DIABETESTA SAIRASTAVAN HOITOON SITOUTUMISTA EDISTÄVIÄ JA ESTÄVIÄ TEKIJÖITÄ – NUOTTA–hankkeen asiakkaan kokemana Nurmijärven terveyskeskuksessa**

Opinnäytetyötämme varten haastattemme diabetesta sairastavia nurmijärveläisiä, jotka on kutsuttu Klaukkalan terveysaseman diabeteshoitajan vastaanotolle NUOTTA–hankkeen toteuttamisaikana tammi–huhtikuussa 2008. NUOTTA–hankkeessa etsittiin huonossa hoitotasapainossa olevaa tai hoitamatonta diabetesta sairastavia asiakkaita ja se on yksi kolmesta Helsingin Yliopiston Akateeminen terveyskeskus–verkoston kehittämishankkeesta.

Opinnäytetyön tavoitteena on selventää asiakkaan toiveita ja tarpeita sekä mitkä tekijät asiakkaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat. Toisena tavoitteena on saada esille asiakkaiden kuvausten ja kokemusten kautta tietoa siitä, miten NUOTTA–hanke on koettu ja onko asiakas sen myötä sisäistänyt diabeteksen hoidon tarpeellisuuden. Lisäksi pyritään selvittämään sitä, miten asiakas saadaan jatkossakin sitoutumaan diabeteksen hoitoon ja hoitamaan itseään hyvin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että esille tullutta tietoa Nurmijärven terveyskeskus ja muut terveyskeskukset voivat käyttää työtapojensa suunnittelussa, jotta diabetesta sairastavien hoitoa saataisiin parannettua.

Osallistumalla haastatteluun annatte meille korvaamatonta tietoa kokemuksistanne, joiden avulla hoitoa voidaan parantaa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti siten, että haastateltavan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa.

Soitamme Teille 23.–24.5.2011 tiedustellaksemme halukkuuttanne osallistua haastatteluun ja sovimme henkilökohtaisen haastatteluajan. Haastattelu voi tapahtua esimerkiksi kotonanne tai muussa sovittavassa paikassa.

Opinnäytetyömme on valmistuttuaan saatavana luettavaksi Klaukkalan terveysaseman vastaanoton hoitotyön johtajalta Arja Puputti-Rantsilta. Annamme myös mielellämme lisätietoja opinnäytetyöstämme!

Ystävällisin terveisin

Anne Jantunen  
Onnelantie 3 C  
05200 Rajamäki  
p. 041 469 8384  
[anne.jantunen@gmail.com](mailto:anne.jantunen@gmail.com)

Eija Pitkänen  
Astrakanintie 5 B  
05200 Rajamäki  
p. 044 566 1404  
[eija.a.pitkanen@student.hamk.fi](mailto:eija.a.pitkanen@student.hamk.fi)

## HAASTATTELURUNKO

Ikä? Sukupuoli? Koulutustaso? Ammatti? Mistäpäin Suomea olet kotoisin? Perhetilanne? Elintavat (ruokavalio, liikunta, alkoholi, tupakointi, BMI)? Muut (liitännäis)sairaudet?

Mitä tiesit diabeteksestä ennen sairastumistasi? Ennakkoluulot/-käsitykset sairaudesta? Oliko mikään tuttua (onko sukulaisilla, tuttavilla, työtovereilla diabetesta)? Miten vakavana pidät sairauttasi?

Elämäntyyli? Elämäntilanne? Sinulle tärkeät asiat ja elämän arvot? Keitä ovat sinulle tärkeät läheiset ihmiset arkielämässä? Voiko heihin turvautua, kun tarvitset apua?

Minkälainen oli ensikontaktisi terveydenhuoltohenkilöstöön diagnosointivaiheessa? Oliko ohjausta? Miten ohjaus sujui? Tunnelmat siitä? Onko yksilöllisiä terveysriskejäsi kartoitettu?

Minkälaisena näet perusterveydenhuollon (diabeteshoitaja + lääkäri) roolin oman sairautesi hoidossa ja hoidon tukemisessa? Mitä odotat saavasi? Minkälaista tukea ja tietoa haluat ja tarvitset terveydenhuollon ammattilaiselta? Millä tavoin terveyskeskus pystyisi kaikkein tehokkaimmin ylläpitämään hoitosuhdetta? (roolipelit, vertaistuki, ryhmät, ohjausmateriaali...)

Miten koit sen, että NUOTTA–hankkeen myötä terveyskeskuksesta otettiin sinuun yhteyttä? Oletko kokenut lähentyneesi omahoidossasi yhdessä hoitotyön ammattilaisten kanssa asetettuja tavoitteita?

Koetko, että kolmas sektori (järjestöt, liitot, yhdistykset), kunta tai poliittinen päätöksenteko tukevat tai estävät hoitoon sitoutumistasi?

Miten hyvin olet pystynyt hyödyntämään saamasi tiedon? Tunnetko voivasi vaikuttaa päivittäiseen hyvinvointiisi ja jaksamiseesi? Oletko löytänyt joitain omia ratkaisuja ja hyvin toimivia keinoja sovellettavaksi sairautesi hoidossa? Elämänhallinnan tunne?

Mikä juuri sinun mielestäsi on se asia, joka saisi sinut sitoutumaan hoitoosi?

Mikä juuri sinun mielestäsi on se asia, joka estää sinua sitoutumasta hoitoosi?

Itsehoidon toteuttamisen esteet tai toteuttamista tukevat tekijät nykyisessä elämäntilanteessa? Mitkä keinot ovat toimineet?

Onko sinulla ollut yrityksiä muuttaa elämää terveellisempään suuntaan? Miten yrityksessä kävi?

PELKISTYKSET – ALAKATEGORIAT ( 2 esimerkkiä)

PELKISTETYT ILMAISUT	ALAKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ne sanoo, että käy tiuhempaan</li><li>▪ hoitaja just valitti, etten osaa pitää tätä vakavana</li><li>▪ kävin pumpun (=sydämen) takia, niin lääkäri patisti ”kun sä et käy”</li><li>▪ mä aattelen, ett jos mä saan kuinka paljo risuja (käymättömyydestä)</li><li>▪ se (dm-hoit) haukkuu mut</li></ul>	hoitohenkilökunta huolehtii silloinkin kun ei käy
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ei pysty samalla käynnillä varaamaan seuraavaa lääkärikäyntiä</li><li>▪ kontrollikäyntien väli 3 kuukautta eikä listoja ole niin pitkälle</li><li>▪ aina sellaista virittelyä, ett pääsee vastaanotolle</li><li>▪ verikokeissa kun jää käymättä, niin tarvii siirtää lääkäriaika</li><li>▪ laboratorikäytäntö mietityttää</li><li>▪ ensin aika labraan</li><li>▪ ehtiä käydä siellä (laboratoriossa)</li><li>▪ sit pitää varata aika hoitajalle</li><li>▪ ei toimi täällä (lab + vo samalla käynnillä)</li><li>▪ ennen (lasten- ja aikuistenyksiköissä) kun kävelin laboratorion hoitajan huoneeseen, niin tulokset oli jo siellä</li></ul>	kokemus siitä, että perusterveydenhuollon yksikössä on säännöllisiä kontrollikäyntejä estäviä tekijöitä



ALAKATEGORIAT – YLÄKATEGORIAT

ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGORIAT
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ hoitohenkilökunta huolehtii silloinkin kun ei käy</li><li>▪ hoitava taho tekee iloiseksi, antaa voimaa ja motivoi</li><li>▪ vastuun jakaminen diabetesta sairastavan asiakkaan kanssa antaa uskallusta oman sairauden hoitoon</li></ul>	hyvä hoitosuhde
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ elämän tärkeistä asioista voimaa</li><li>▪ läheinen tukee ja kannustaa</li><li>▪ tyytyväisyys asioiden nykytilaan</li><li>▪ tyytyväisyys mahdollisuuteen jakaa kokemuksia</li></ul>	tyytyväisyys omaan elämään
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ diabetes ei pelota</li><li>▪ sairauden hyväksyminen osaksi omaa elämää</li></ul>	diabetes osana minäkuva
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ sairauden hoidon tärkeyden ymmärtäminen</li><li>▪ vastuullinen lääkkeiden ottaminen</li><li>▪ kykeneminen muutokseen, jos syy riittävän suuri</li></ul>	vastuullinen suhtautuminen sairauden hoitoon
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ tietoisuus omista laiminlyönneistä sairauden hoidossa</li><li>▪ tietoisuus kontrollikäyntien laiminlyönneistä</li></ul>	omien laiminlyöntien tunnistaminen
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ tietoisuus omien fyysisten tunteiden merkityksestä</li><li>▪ elämänhallinnan tunne oman osaamisen tunnistamisesta</li></ul>	osaamisen tunne
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ymmärrys omien valintojen merkityksestä omalle hyvinvoinnille</li><li>▪ terveelliset elämäntapavalinnat parantavat hoitotasapainoa</li><li>▪ vastuu tiedon vastaanottamisesta hyväksytään itselle</li></ul>	valmius vastuun kantamiseen
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ diagnoosivaiheessa oma tieto helpotti</li><li>▪ rauhallinen suhtautuminen diagnoosiin</li></ul>	mahdollisuus diagnoosin ennakointiin

Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutuminen – NUOTTA–hanke sitoutumisen tukena Nurmijärven terveyskeskuksessa

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ omien oireiden vuoksi itsellä epäily diabeteksestä</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ riittävä alkuvaiheen ohjaus</li> <li>▪ hyvä alku hoitavan tahon kanssa</li> </ul>	tukeva ensitieto
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kokemus siitä, että pth:n yksikössä on säännöllisiä kontrollikäyntejä estäviä tekijöitä</li> <li>▪ kokemus siitä, että pth:n yksikkö voisi toiminnallaan helpottaa säännöllisten kontrollikäyntien toteutumista</li> <li>▪ ajanvarausjärjestelmän monimutkaisuus aiheuttaa unohduksia</li> </ul>	hoidon järjestymisen vaikeus
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tunne siitä, ettei ole hoitavalle taholle ole tärkeä</li> <li>▪ kun käynti ei vastaa odotuksia, syntyy kielteisiä toimintoja</li> </ul>	väärin kohdelluksi tulemisen tunne
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ annettu tieto ja tarpeet eivät kohtaa</li> <li>▪ diagnoosivaiheen ohjauksesta ei jäänyt mitään mieleen</li> <li>▪ kontrollikäyntien sisältö ei yllätä</li> </ul>	heikko ohjaus
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ itsensä motivoiminen pieneenkin muutokseen vaikeaa</li> <li>▪ urautuminen hoitoon altistaa unohduksille</li> <li>▪ jatkuva itsensä hoitaminen väsyttää</li> </ul>	tympääntyminen diabeetikkona olemiseen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kyllä lääkkeet hoitavat, itse ei tarvitse</li> <li>▪ elämäntapamuutoksista kieltäytyminen</li> <li>▪ epäterveelliset elämäntapavalinnat heikentävät hoitotasapainoa</li> <li>▪ tunne siitä, ettei tarvitse toisten kokemuksellisuutta</li> </ul>	vähäinen tahto hoitaa
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tunne siitä, että mikään ei hyödytä</li> <li>▪ epäluulo lääkkeitä kohtaan</li> </ul>	epävarmuus hoitamisen hyödyistä
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sairauden itsehoitoa heikentäviä elämäntilanteita</li> <li>▪ taloudellinen niukkuus vaikuttaa elämäntapavalintoihin</li> </ul>	sairauden hoitamisen vaikeus
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sairastuminen herätti kielteisiä ajatuksia</li> <li>▪ diagnoosi diabeteksestä tuli täytenä yllätyksenä</li> <li>▪ tietämättömyyden tunne</li> </ul>	huoli selviytymisestä

Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutuminen – NUOTTA–hanke sitoutumisen tukena Nurmijärven terveyskeskuksessa

---

▪ puhumisen puuttuminen	
-------------------------	--

▪ NUOTTA–hankkeen asiakkuus edisti oman sairauden hoitoa ▪ NUOTTA–hankkeen asiakkuus ei edistänyt oman sairauden hoitoa	NUOTTA–hankkeen asiakkuus
--	---------------------------

YLÄKATEGORIAT – KOKOAVAT KÄSITTEET

<b>YLÄKATEGORIAT</b>	<b>KOKOAVA KÄSITE / PÄÄLUOKKA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ hyvä hoitosuhde</li><li>▪ tyytyväisyys omaan elämään</li><li>▪ diabetes osana minäkuvaa</li><li>▪ vastuullinen suhtautuminen sairau- den hoitoon</li><li>▪ omien laiminlyöntien tunnistami- nen</li><li>▪ osaamisen tunne</li><li>▪ valmius vastuun kantamiseen</li><li>▪ mahdollisuus diagnoosin ennakoin- tiin</li><li>▪ tukeva ensitieto</li></ul>	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ hoidon järjestymisen vaikeus</li><li>▪ väärin kohdelluksi tuleminen tunne</li><li>▪ heikko ohjaus</li><li>▪ tympääntyminen diabeetikkona olemiseen</li><li>▪ vähäinen tahto hoitaa</li><li>▪ epävarmuus hoitamisen hyödyistä</li><li>▪ sairauden hoitamisen vaikeus</li><li>▪ huoli selviytymisestä</li></ul>	Diabetesta sairastavan henkilön hoitoon sitoutumista haittaavia tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ NUOTTA–hankkeen asiakkuus</li></ul>	NUOTTA–hankkeen asiakkuus