

Diabetes Keskustelut -ryhmäohjaus tyypin 2 diabeetikoiden kokemana

Leila Paukkonen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä Leila Paukkonen	
Työn nimi Diabetes Keskustelut -ryhmäohjaus tyyppin 2 diabeetikoiden kokemana	
Päiväys	28.11.2012
Sivumäärä/Liitteet	78/5
Ohjaaja(t) Lehtori Marja-Anneli Hynynen (TtM) ja Lehtori Pirjo Kinnunen (TtT)	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Savonia-ammattikorkeakoulu	
Tiivistelmä	
<p>Diabeteksen hoito perustuu diabeetikon toteuttamaan omahoitoon. Onnistuakseen omahoidossa diabeetikko tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisten hoidonohjausta. Hoidonohjaus voidaan yksilöohjauksen ohella toteuttaa ryhmäohjauksena. Diabetes Keskustelut -ryhmäohjausmalli on kehitetty erityisesti tyyppin 2 diabeetikkojen ohjaukseen. Se on vuorovaikutteinen, yhdysvaltalaisen Healthy Interactionin kehittämä ja Kansainvälisen Diabetesliiton tukema ryhmätyömalli. Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata Diabetes Keskustelut -ryhmäohjausta tyyppin 2 diabeetikoiden kokemana. Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Kysely suoritettiin maaliskuun ja toukokuun 2012 välisenä aikana. Aineisto analysoitiin pääosin kuvailevan tilastotieteen menetelmin ja avoimet kysymykset analysoitiin laadullisesti sisällönanalyysin periaatteita mukaillen.</p> <p>Vastaajien kokemukset ryhmäohjauksesta olivat pääosin positiivisia. Vastausten mukaan ohjaukseen sai hakeutumaan tiedon tarve sairaudesta ja halu saada vertaistukea. Ohjaukseen osallistumista suositteli useimmiten oma diabeteshoitaja. Tulosten mukaan ohjauksesta saatiin omahoitoa tukevaa tietoa ja ymmärrystä sairaudesta. Ryhmäohjaus tarjosi myös vertaistukea. Ryhmään osallistuminen koettiin tarpeelliseksi ja myönteiseksi kokemukseksi. Vastausten mukaan ohjauksesta saadun tiedon ja tuen avulla tehtiin myös myönteisiä muutoksia elintapoihin ja omahoitoon.</p> <p>Työn tavoitteena on, että työstä saatua tietoa voidaan käyttää diabeetikkojen ryhmäohjausten ohjaamisessa ja kehittämisessä. Jatkotutkimus tarpeena on ryhmiin osallistuneille suunnattu seuranta tutkimus ryhmäohjauksen aikana tehtyjen elintapamuutosten pysyvyydestä. Tärkeää olisi myös selvittää ohjaajien kokemuksia Diabetes keskustelut -ryhmäohjauksesta sekä tutkia laajemmin ryhmäohjauksen toimintaedellytysten toteutumisen diabeteksenhoitotyössä.</p>	
Avainsanat aikuistyyppin diabetes, ryhmätoiminta, ryhmät, ohjaus, itsehoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author Leila Paukkonen			
Title of Thesis The Diabetes Conversations –program experienced by the diabetics of type 2			
Date	28.11.2012	Pages/Appendices	78/5
Supervisor(s) Senior lecturer Marja-Anneli Hynynen and Senior lecturer Pirjo Kinnunen			
Client Organisation/Partner Savonia University of Applied Sciences			
<p>Abstract</p> <p>Diabetes care is based on self-care. In order to manage in self-care diabetic need patient education provided by professionals in the treatment of diabetes. Patient education can be carried out by individual counseling or group counseling. The Diabetes Conversations –program has been developed especially for control of the diabetics of type 2. It is group-based, interactive model developed by the Healthy Interactions and supported by the International Diabetes Federation. The purpose of this study is to describe The Diabetes Conversations –program experienced by the diabetics of type 2. The material was collected with a questionnaire that was developed for this study between the March and the May of 2012. The material was analysed mainly with the methods of the describing statistics but the open questions were analysed adapting the principles of the content analysis qualitatively.</p> <p>The participants´ experiences of group counseling were mainly positive. Resulted in the participants´ answers the reason apply for group was the information needs of type 2 diabetes and the need for peer support. The recommendation to participate in group was usually directed by diabetes nurse. According to the results the group counseling offered diabetic´s self-care support information and understanding of type 2 diabetes. Also peer support was received from the group. The participation in the group was regarded as a necessary and positive experience. According to respondents they also made good changes in their self-care by information and support provided by group counseling.</p> <p>The aim of this study is that the results can be exploited for the use and development of group counseling for type 2 diabetics. The further study as a need is a directed follow-up study from the permanence of the good lifestyle changes that have been done during the group counselling. In the future it is important to research the experiences of the counsellors of The Diabetes Conversations –program. It is important also to study more widely how the operational preconditions of the group counseling in the basic health care actualize.</p>			
<p>Keywords Diabetes Mellitus, Type 2, Group Processes, Peer Group, Self Care, Health education.</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	OHJAUS DIABETEKSEN HOITOTYÖSSÄ.....	11
2.1	Ohjaus omahoidon tukena.....	11
2.2	Diabeetikon hoidonohjaus	14
2.3	Ryhmäohjaus	17
2.3.1	Ryhmäohjaus ohjausmuotona	17
2.3.2	Ryhmäohjaus diabeteksen hoidonohjauksessa	18
3	TYYPIN 2 DIABETES.....	21
3.1	Mitä diabetes on.....	21
3.2	Hoidon keskeiset tavoitteet ja lähtökohdat.....	22
3.3	Omahoidon keskeiset osa-alueet.....	25
3.3.1	Ruokavalio hoitona.....	25
3.3.2	Painonhallinta on tärkeää.....	28
3.3.3	Liikunta on keskeinen osa hoitoa	29
3.3.4	Lääkitys osana kokonaisvaltaista hoitoa.....	31
3.3.5	Tupakointi ja alkoholi	32
3.3.6	Diabeteksen omaseuranta.....	33
4	TUTKIMUKSIA TYYPIN 2 DIABEETIKKOJEN RYHMÄOHJAUKSESTA	35
5	DIABETES Keskustelut -OHJAUS	38
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	40
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	41
7.1	Tutkimusmenetelmä	41
7.2	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu	41
7.3	Käytetty mittari	43
7.4	Aineiston analysointi	44
8	TULOKSET.....	47
8.1	Taustamuuttujien kuvailu	47
8.2	Osallistujien kokemukset ryhmäohjauksesta.....	49
8.3	Mikä tekijä oli saanut osallistumaan ryhmäohjaukseen	51
8.4	Miten Diabetes keskustelut -ryhmäohjaukseen osallistuminen tuki tyypin 2..	52
	diabeteksen omahoitoa.....	52
8.4.1	Tiedonsaanti ja ymmärrys sairaudesta	52
8.4.2	Vertaistuki	57
8.5	Omahoitoon tehdyt muutokset.....	58

9	POHDINTA.....	61
9.1	Tulosten tarkastelua.....	62
9.2	Tutkimuksen eettisyys.....	67
9.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	68
9.4	Jatkotutkimushaasteet.....	69
	LÄHTEET	70

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuksia tyypin 2 diabetesta sairastavien ryhmäohjauksesta

Liite 2 Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Liite 3 Kyselylomake

Liite 4 Saatekirje esitutkimukseen osallistuville

Liite 5 Keskiarvomuuttajat

1 JOHDANTO

Potilaiden ohjaus on keskeinen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa. Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Ohjauksen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia ja tukea häntä oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien sekä hoidon hallinnassa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a.) Ohjauksen on todettu tukevan hoitoon sitoutumista ja selviytymistä sairauden kanssa. Täten ohjauksella voidaan parantaa ohjattavan hyvinvointia ja myös edistää kotihoitoa ja vähentää terveydenhuoltopalvelujen käyttöä. (Kyngäs 2009, 27.) Ohjaukseen panostaminen on siten kansantaloudellisestikin tärkeää (Kääriäinen 2008, 10). Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytettävistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjauksen avulla on toisinaan mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmässä oleminen voi olla osallistujille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. (Kyngäs ym. 2007,104.)

Ohjaus nähdään nykyisin hoitotyössä keskeisenä osana hoitoa, mutta ohjaaminen perustuu myös lainsäädäntöön. Potilaalla on oikeus ohjaukseen. Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada hyvää hoitoa, saada tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan ja oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tästä säädetään Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992). Myös uusi Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) painottaa terveydenedistämistyön keskeisyyttä ja ohjauksen merkitystä terveydenhuoltotyössä. Terveydenhuollon toimintojen on oltava sellaisia, että ne mahdollistavat ohjattavan osallistumisen omaa terveyttään ja hyvinvointiaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitoaikojen lyhentyessä ja kotihoidon lisääntyessä potilaiden ohjauksen merkitys korostuu entisestään.

Suomen terveystieteissä linjauksissa on noussut esille käsite omahoito. Vastuu omasta terveydestä ja sairauenhoidosta on siirtymässä yhä enemmän ihmiselle itselleen. Pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, hoidon painopiste onkin muuttumassa yhä enemmän potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. (Routasalo ym. 2010,1917.) Diabeteksen hoidon onnistumisen perusta on diabeetikon omahoito. Päävastuu hoidosta on aina diabeetikolla itsellään, koska diabetes sairautena vaatii potilaalta hoitoa ja huomioimista jokapäiväisessä elämässä. Hoitoon kuuluvat terveyttä edistävät elintavat sekä tarvittavasta lääkityksestä ja omaseurannasta huolehtiminen. Potilaan tietoja, taitoja ja halua hoitaa itseään voidaan tukea ja lisätä hoidonohjauksen avulla. Hoidonohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista omahoidon ohjausta ja

tukemista ja se on olennainen osa terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamaa diabeteksen hoitoa. Hoidonohjauksen keskeiset menetelmät ovat yksilö- ja ryhmäohjaus. Suomalaisen diabeteksen käypä hoito- suosituksen mukaan ryhmäohjaus sopii osaksi hoitoa, mutta se ei korvaa yksilöohjausta. Ryhmäohjaus on tehokkaampaa hoitotasapainon ja elämänlaadun kannalta. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.)

Diabetes on yleinen sairaus sekä Suomessa että koko maailmassa. Diabetes on joukko eriasteisia ja erilaisia sairauksia, joille yhteistä on kohonneena veren sokeripitoisuutena ilmenevä energia-aineenvaihdunnan häiriö. Tautiin voi liittyä äkillisiä ja kroonisia komplikaatioita, jotka oleellisesti vaikuttavat potilaan elämänlaatuun ja ennusteeseen. Suomessa arvioidaan olevan lähes 500 000 diabeetikkoa, joista valtaosa sairastaa tyypin 2 tautia. Tämän potilasryhmän hoidon järjestäminen on tärkeää, koska heidän lukumääränsä on rajusti kasvamassa väestön ikääntymisen ja lihavuuden lisääntymisen myötä. Yleensä tyypin 2 diabetes alkaa aikuisiässä, mutta elämäntapojen muuttumisen seurauksena se on yleistymässä yhä nuorempien taudiksi. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Saraheimo 2011a, 9.) Tutkimukset osoittavat, että jos terveydenhuollossa voitaisiin tehokkaammin parantaa diabeteksen hoitoa ja omaseurantaa, inhimilliset, sosiaaliset ja taloudelliset hyödyt olisivat mittavat (Pitkääikäisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 71 – 84). Diabeteksen hoidon suorat kustannukset vievät nykyään 15 % Suomen terveydenhuollon menoista, ja suuri osa kustannuksista, vähintään kaksi kolmannesta, tästä koituu hyvällä hoidolla vältettävissä olevien lisäsairauksien hoidosta (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011).

Diabetesliitto käynnisti Suomessa vuonna 2000 laajan Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishankkeen, Dehkon. Se käynnistettiin edistämään diabeteksen hoidon järjestämistä Suomessa tavoitteenaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, diabeteksen ja lisäsairauksien hoito sekä diabeetikon omahoito ja hoidonohjaus. Yksilöohjausta täydentämään haluttiin nostaa ryhmäohjaus, joka tukisi hoidon resurssien hyvää hyödyntämistä, mutta toisaalta tukisi myös pitkäaikaissairauden vaatimaa sopeutumisprosessia vertaistuen avulla. Dehko-hankkeet ovat tuottaneet paljon tietoa ja julkaisuja. Paljon kehitystä on jo kymmenessä vuodessa tapahtunut, mutta haasteet jatkuvat. (DEHKO 2000–2010, 9-13.) Dehkon tehtäviä jatkaa valtakunnallinen Yksi elämä -hanke. Sen diabeteshankkeissa pyritään myös siihen, että kuntoutus ja vertaistuki saataisiin luontevaksi osaksi hoitoa. (Diabetesliitto 2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishankkeiden ohjelma 2012–2015, Kaste, linjaa suomalaisia terveystavoitteita. Sen tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terve-

yserot kaventuvat ja että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti. Painopistettä tulee siirtää ongelmien hoidosta hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Suomen erityisenä haasteena on nopea väestön ikääntyminen, jonka seurauksena pitkäaikais-sairaudet yleistyvät ja monisairaiden lukumäärä kasvaa. Se merkitsee sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua ja henkilöstön lisätarvetta, ellei palvelujen tuottavuus ja vaikuttavuus parane. On tärkeää, että kehitetään uusia asiakaslähtöisiä, kustannusvaikuttavia hoito-, kuntoutus- ja palvelukokonaisuuksia ja otetaan käyttöön omahoitoa tukevia menetelmiä ja toimintamalleja. (KASTE 2012–2015) Ryhmäohjauksen kehittämisen tavoitteena on pyrkiä parantamaan hoidonohjauksen vaikuttavuutta ja laatua ja siten parantaa diabeetikon kykyä osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa ja vaikuttaa omaan terveyteensä. Diabeteksen ryhmäohjausta on perusteltu myös kustannussäästöillä ja ajankäytöllisillä seikoilla, jotta ohjauksen saatavuus voitaisiin terveydenhuollossa turvata jatkossakin kaikille sitä tarvitseville (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka, & Hiltunen 2004, 5).

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa linjataan tutkimuksen painopisteitä prioriteettilistojen avulla. Tutkimuksen painopisteiden tunnistamisen tarkoitus on suunnata sekä tutkijoiden että tiedonkäyttäjien huomiota tärkeisiin ilmiöihin. Pohjoismaissa hoitotieteellisen tutkimuksen prioriteettina ensimmäisenä on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen elämänkaaren eri vaiheissa. Toisena on pitkäaikaissairauksiin liittyvien ja yleisesti esiintyvien oireiden hallinta. Seuraavaksi tulevat ikääntyvien hoito ja hoidon laadun ja tulosten tasapaino. Edelleen kuudenneksi tärkeimpänä on terveyden ja sairauden itsehoito. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 37.)

Suomessa ollaan ottamassa käyttöön uutta Diabetes Keskustelut -ryhmäohjausmallia. Se on ohjattu ryhmätyömalli erityisesti tyypin 2 diabeetikkojen ohjaukseen. Mallin on kehittänyt Healthy Interactions yhteistyössä kansainvälisen diabetesjärjestön IDF Euroopan kanssa. Ohjelman tavoitteena on lisätä diabetesta sairastavien ihmisten tietoa ja ymmärrystä omasta sairaudestaan ja tukea heitä elintapamuutosten tekemisessä. (Diabetes keskustelut -ohjelma).

Tämän työn tarkoitus on kuvata Diabetes keskustelut -ryhmäohjausta tyypin 2 diabeetikoiden kokemana ja kartoittaa, mikä tekijä sai heidät alun perin osallistumaan ryhmään. Tarkoitus on myös kuvata, miten ryhmään osallistuminen tuki tyypin 2 diabeteksen omahoitoa sairauteen liittyvien tietojen, taitojen ja ymmärryksen lisääntymisenä kuin vertaistuenkin avulla. Lisäksi on tarkoitus kuvata muuttivatko ohjaukseen

osallistuneet potilaat oman näkemyksensä mukaan jotakin osa-aluetta omahoidossaan ja elintavoissaan osallistuttuaan ryhmäohjaukseen. Tavoitteena on, että työstä saatua tietoa voidaan hyödyntää diabeetikoiden ryhmäohjausten ohjaamisessa ja kehittämisessä.

2 OHJAUS DIABETEKSEN HOITOTYÖSSÄ

2.1 Ohjaus omahoidon tukena

Ohjaus on keskeinen osa hoitotyötä. Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohta on potilaslähtöisyys. Hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjaus voidaan määritellä asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjauksuhteessa ja on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250–258). Potilaslähtöinen ohjaus perustuu potilaan yksilöllisten taustatekijöiden selvittämiseen. Potilaan taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin (ikä, sairauden laatu, terveydentila, koulutustausta jne.), psyykkisiin (motivaatio, mieltymykset, terveysuskomukset jne.) ja sosiaalisiin taustatekijöihin, kuten elinympäristö ja kulttuurista. Potilaan taustatekijät muodostavat sen todellisuuden, jossa hän elää jokapäiväistä elämäänsä. Myös hoitajan on ymmärrettävä omat taustatekijänsä ja niiden mahdollinen vaikutus ohjaukseen. (Kyngäs 2008, 30–37.)

Ohjaustilannetta ohjaavat ja ohjauksen lähtökohdan muodostavat hoitajaa ohjaavat lait ja asetukset sekä terveydenhuollon eettiset periaatteet (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6–9). Lainsäädäntö, joka ohjaa hoitotyötä on laaja. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) määrittää potilaan oikeudet saada hyvää hoitoa, tietoa hoidostaan ja oikeuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaalla on itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeus voi toteutua vain, jos potilas saa riittävästi tietoa valintojensa tueksi. Potilaalla on oikeus ohjaukseen, mutta hänellä on myös oikeus päättää haluaako hän ohjausta ja miten saamansa ohjauksen pohjalta toimii. Myös vuonna 2011 voimaan tulleessa uudessa Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) painotetaan potilaan valinnanvapautta ja sitä, että terveydenhuollontointojen on oltava sellaisia, että potilas voi osallistua omaa terveyttään ja hyvinvointiaan koskevaan päätöksentekoon. Laki painottaa yhä suunnitellumman terveydenedistämistyön ja ohjauksen merkitystä. Myös terveydenhuollon eettisillä ohjeilla on perusta lainsäädännössä. Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeet perustuvat yhteisiin arvoihin. Niistä keskeisiä ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (ETENE 2001.) Lakiin ja ammattietiikan lisäksi ohjaavaa hoitotyötä linjaavat erilaiset terveys- ja hyvinvointiohjelmat ja hoitosuositukset, kuten esimerkiksi Terveys 2015-

kansanterveysohjelma ja Käypä hoito -suositukset. On myös laadittu sairauskohtaisia suosituksia, joilla pyritään laadukkaaseen ohjaustoimintaan, esimerkkinä diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit (DEHKO-raportti 2003:3).

Potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia ja tukea häntä oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien sekä hoidon hallinnassa. Toisin sanoen ohjauksen tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi ja selviytyväksi. Ohjauksella pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja, häntä tuetaan ottamaan vastuu terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Onnistuneella ohjauksella voidaan lisätä potilaan edellytyksiä vaikuttaa omaan elämäänsä, osallistua omaan hoitoonsa ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana yhdeksi ohjauksen ja myös koko hoitotyön tavoitteeksi on noussut asiakkaan voimaantumisen edistäminen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 28.) Voimaantuminen tulee englanninkielisestä sanasta *empowerment*, jolla tarkoitetaan sisäistä voimantunnetta, oman hallinnan ja kontrollin tunnetta, joka syntyy ihmisen omien oivallusten ja kokemusten kautta. Voimaantuminen voi näkyä tunteiden tasolla esimerkiksi ahdistuksen helpottumisena tai käyttäytymisen tasolla muun muassa vastuunottamisena. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 23–25.) Potilaan voimaantumisen tukeminen tarkoittaa terveydenedistämistyötä, jonka tavoitteena on lisätä ihmisten voimavaroja ja mahdollisuuksia tietoisiin valintoihin ja jossa keskeistä on asiakkaan kannustaminen omaan aktiivisuuteen (Laine ym. 2009, 127; Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen 2008).

Vaikuttava ohjaus lähtee potilaan tarpeista ja huomioi potilaan lähtökohdat (Kyngäs 2009, 27). Kääriäisen ja kyngäksen (2005b) kirjallisuuskatsauksena toteutetussa, 96 artikkelia sisältävässä, tutkimuksessa kuvattiin potilaiden ohjausta. Sen mukaan potilaiden kokemat ohjaustarpeet liittyivät tietoon ja tukeen. Tiedontarpeet kohdistuivat pääosin sairauteen ja sen hoitoon, näiden vaikutuksiin ja niistä selviytymiseen. Tukea potilaat tarvitsivat psykososiaalisiin tekijöihin, kuten omien ja omaistensa tunteiden käsittelyyn. Potilaat odottivat myös rohkaisua sekä mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteita ohjauksen aikana. Ohjauksesta huolimatta potilaat eivät aina saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Ongelman taustalla oli joko potilaisiin tai hoitohenkilökuntaan tai molempiin liittyvät tekijät. Esimerkiksi potilaat välttivät ohjausta, unohtivat ja kielsivät asioita tai eivät ymmärtäneet annettua tietoa. Onnistuakseen ohjaus edellyttää myös ohjattavalta aktiivisuutta, vastuullisuutta, motivaatiota ja tavoitteellisuutta (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27–30). Toisaalta hoitohenkilökunta ei aina huomioinut potilaiden ohjaustarpeita. Myös potilaiden ja hoito-

henkilökunnan ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä ja hoitohenkilökunnan kiire ja tiedonpuute vaikeuttivat ohjausta ja potilaiden ohjauksen saantia. (Kääriäinen ja kyngäs 2005b.) Myös sosiaalisen tuen osalta ohjaus on ollut puutteellista, vaikka potilaat ovat pitäneet merkityksellisenä vertaistuen saamista ja kokemusten jakamista (Kääriäinen 2008, 13). Tärkeää ohjauksessa on myös se, että ohjaus tulee potilaan kannalta oikeaan aikaan. Ohjauksen ajoituksessa olennaista on myös sen jaksottaminen. Uuden tiedon vastaanottokyky on kaikilla lähtökohtaisesti erilainen, ja myös uuden asian sisäistäminen edellyttää asian käsittelyä useamman kerran. Yleisellä tasolla toteutettu rutiinomainen ohjaus, joka ei ota huomioon potilaan elämäntilannetta ja ongelmia, ei tue potilaan selviytymistä. Ohjauksen yhdeksi keskeiseksi kehittämishaasteeksi nouseekin eri tutkimuksissa ohjattavalähtöinen ohjaus, sillä potilaan taustatekijät huomioiva ja riittävä ohjaus mahdollistaa ohjauksen vaikutukset. (Väskä 2012, 29.)

Ohjauksessa olennaista on motivoiminen. Ohjaustilanne liittyy usein tilanteeseen, johon sisältyy muutos, kuten potilaan sopeutuminen pitkäaikaiseen sairauteen tai elintapamuutokseen. Valintojen tekeminen ja toiminnan muuttaminen edellyttävät motivaatiota. Muutokseen tarvittava motivaatio vaihtelee yksilöllisesti ja eri vaiheissa. Motivaatio ratkaisee haluaako potilas omaksua hoitoonsa tarvitsemiaan asioita. (Eloranta & Virkki 2011, 32.) Motivaatioon on todettu vaikuttavan muun muassa sen, miten merkittäväksi henkilö kokee asian, ja miten tärkeänä hän näkee asetettujen tavoitteiden saavuttamisen elämässään sekä arvioiko hän pystyvänsä saavuttamaan tämän tavoitteen. Kun henkilö uskoo omaan kykyynsä suoriutua tietystä toiminnasta, ja hän myös uskoo tämän toiminnan johtavan toivottuun lopputulokseen, hän motivoituu ja sitoutuu toimimaan saavuttaakseen tavoitteensa. (Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola 2008, 13; Kyngäs & Hentinen 2008, 29.) Tapojen muuttaminen ei kuitenkaan ole helppoa. Käyttäytymisen tietoisesta muuttamisesta ensimmäinen edellytys on, että tunnistamme käyttäytymämme tietyllä tavalla ja muutoksen tarve on olemassa. Tarvitaan myös tekijä, esimerkiksi sairaus tai sen uhka, joka kiinnittää huomionne muutoksen tarpeellisuuteen. Tiedostamisen jälkeenkään pelkkä myönteinen asenne muutokseen ei vielä riitä, vaan muutoksen pitää myös olla käytännössä mahdollinen ja siihen täytyy löytyä riittävät voimavarat. Tuloksellisen intervention täytyy pystyä tukemaan ihmisiä tavoitteiden, keinojen ja resurssien tunnistamisessa ja löytämisessä ja altistaa heidät pohtimaan omaa suhtautumistaan esimerkiksi syömisen muuttamiseen tai liikunnan aloittamiseen. (Marttila 2007, 18–22.)

Laadukas ohjaus on vaikuttavaa. Onnistuneella ohjauksella voidaan vaikuttaa ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin myönteisellä tavalla. Ohjauksella voidaan vähentää sairauteen ja erilaisiin muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa ja toisaalta edistää potilaan turvallisuuden tunnetta ja tyytyväisyyttä hoitoon. Ohjauksen on todettu mm. tukevan hoitoon sitoutumista ja selviytymistä sairauden kanssa ja siten edistävän potilaan mahdollisuuksia selviytyä itsenäisesti kotona. Täten ohjauksella voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia sekä vähentää terveydenhuoltopalvelujen käyttöä ja edistää kotihoitoa. (Kyngäs 2009, 27.) Ohjaukseen panostaminen on siten myös kansantaloudellisesti tärkeää (Kääriäinen 2008, 10).

Vastuu omasta terveydestä ja sairaudenhoidosta on siirtymässä yhä enemmän ihmiselle itselleen. Tätä kehitystä tukevat hoitoaikojen lyhentyminen, uusien hoitomenetelmien ja teknologian kehittyminen ja lääkehoidon toteuttamisen mahdollistaminen kotona. Suomen terveystaloudellisissa linjauksissa onkin noussut esille käsite omahoito. (Eloranta & Virkki 2011,15.) Omahoito, joka sisältää sekä elämäntavat että sairaudenhoidon, on potilaslähtöinen toimintatapa. Siinä potilas suunnittelee ammattihenkilön tuella hoitoaan, jota hän alkaa toteuttaa ja josta hän ottaa vastuun. Ammattihenkilö toimii ikään kuin valmentajan roolissa. (Routasalo ym. 2010,1917.). Pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, hoidon painopiste onkin muuttumassa yhä enemmän potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. Potilaalta omahoito vaatii tietoa hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista, valmiutta ottaa vastuu omasta hoidosta ja elintavoista sekä myös uskoa omaan voimavaraan ja kykyyn onnistua hoidossaan. Oleellinen osa hoitoa on se, miten potilasta tuetaan omahoidossa, koska pitkäaikaissairauksien sekä niiden riskien hoidossa keskeistä on potilaan jokapäiväisen elämän ratkaisut ja hänen itsensä toteuttama hoito. Omahoidon tukemisessa pyritään valmentamaan potilaita saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Onnistuessaan omahoito voimaannuttaa potilaan ja saa hänet tuntemaan itsensä pystyväksi hoidon jatkamiseen ja kykeneväksi selviytymään pitkäaikaissairautensa kanssa. Hän löytää tasapainon sairauden vaatimusten, elämäntapojen, hoidon ja jokapäiväisen elämänsä välillä. (Routasalo & Pitkälä 2009,5)

2.2 Diabeetikon hoidonohjaus

Hoidonohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista omahoidon ohjausta ja tukemista, jonka toteuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöt yhteistyössä diabetesta sairastavan kanssa. Hoidonohjauksen perimmäinen tavoite on omahoidonhallinta, sillä siten dia-

betesta sairastava henkilö voi toteuttaa omahoitoa elämänlaatuun edistävällä tavalla. (Marttila ym. 2004, 5.) Hoidonohjaus tukee diabeetikon oppimisprosessia, siinä diabeetikon tiedot ja taidot lisääntyvät sekä hoidosta vastuunottaminen vahvistuu. Hoidonohjaus sekä potilaan oma oppiminen ja hoitoon sopeutuminen ovat nousseet keskeiseen asemaan diabeteksen hoidossa, koska diabeetikon keskeisin asema hyvien hoitotulosten saavuttamisessa tiedostetaan. Jokapäiväinen diabeteksen hoito on kuitenkin diabeetikon omalla vastuulla. Diabeteksen hoidon lähtökohta on päivittäinen omahoito ja siten diabeetikon omat ratkaisut ja elämäntavat vaikuttavat hoitotulokseen ja sairauden etenemiseen. On tärkeää, että potilas tuntee sairautensa ja osallistuu aktiivisesti hoitoon. (DEHKO - raportti 2003:3.)

Tyypin 2 diabeteksen omahoito ei voi onnistua ilman hoitopaikan toteuttamaa hoidonohjausta. Tyypin 2 diabetes on sairaus, joka kestää taudin toteutumisesta koko loppuelämän ja joka vuosien varrella muuttaa muotoaan. Samoin diabeetikon elämäntilanteet muuttuvat. Diabeetikon ohjauksen täytyykin olla jatkuva, ohjattavan tilanteen mukaan kehittyvä prosessi, joka voi vaihdella intensiteetiltään. Hoidonohjauksen tavoitteena on diabeteksen hoidon hallinta ja elämänlaadun säilyttäminen ja optimaalinen diabetestasapaino. Hoidonohjauksesta päävastuu on diabeteshoitajalla ja lääkärillä ja myös moniammatillista yhteistyötä suositellaan. (Marttila ym. 2004, 5; Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.) Hyvä hoidonohjaus perustuu nykyaikaisiin oppimisen ja ohjaamisen periaatteisiin ja soveltaa eri yksilöille ja kohderyhmille sopivia menetelmiä ja lähestymistapoja. (DEHKO - raportti 2003:3).

Diabeetikon hoidonohjaus on haasteellista sen dynaamisen luonteen vuoksi. Eri vaiheissa painottuvat eri teemat ja erilaiset oppimistavoitteet. Sairauden alkuvaiheessa oppimistavoitteena voivat olla arjesta selviäminen ja tarpeellisen tietopohjan omaksuminen liittyen omahoitoon ja lääkkitykseen. Pidemmän päälle ei pelkkä tietojen muistaminen kuitenkaan riitä, vaan tietoja pitää pystyä soveltamaan osana muuta arjen toimintaa. (Turku 2008, 41–62.) Riittävä tieto sairaudesta on välttämätöntä, mutta se ei vielä riitä. Usein ongelmana onkin se, miten tieto muuttuu toiminnaksi. Tutkimuksissa asiakkaat ovatkin pitäneet ymmärrettävän tiedon puutetta ja puutteellisia ongelman ratkaisutaitojaan jopa suurimpana esteenä hoidon toteuttamiselle. (Kyngäs & Hentinen 2008, 29.) Omahoitoon liittyvien tekijöiden yksilöllinen soveltaminen ja eteen tulevien ongelmien ratkaiseminen edellyttää käsiteltävien asioiden omakohtaista ymmärtämistä ja syvempää käsittelyä henkilökohtaisten uskomusten ja merkitysten tasolla. Diabeetikon hoidonohjauksen tavoitteena on diabeetikon oman asiantuntijuuden kasvu, potilasta tuetaan omahoitoa koskevien arviointien ja päätös-

ten teossa. Keskeistä on tukea potilaan omaa ymmärrystä sairaudestaan ja oman aktiivisuuden merkitystä omassa hoidossaan. (Turku 2008, 41–62.)

Tärkeä osa hoidonohjausta on diabeetikon hoitomotivaation tukeminen, sillä diabeteksen omahoito vaatii ajoittain kovaa motivaatiota hoitotavoitteiden saavuttamiseksi (Turku 2008, 54). On luonnollista, että eri elämäntilanteissa motivaatio hoitoon vaihtelee, välillä hoitoon voi väsyä. Krooninen sairaus ja sen vaatima jatkuva hoito aiheuttavat psykososiaalista rasitusta diabetesta sairastavalle, etenkin silloin kun hoidon tuottamat tulokset ponnisteluista huolimatta eivät vastaa odotuksia. Hoidossa jaksamisen ja motivaation tueksi potilas tarvitsee tukea. Ammattilaisten ja läheisten lisäksi voimia voi saada myös vertaistuesta. (Marttila 2011, 56,57.) Esimerkiksi Elintapamuutoksen tekemisessä ryhmätoiminnasta on hyviä kokemuksia, saatu ymmärrys ja vertaistuki auttavat omahoitoon sitoutumisessa. Elintapojen muuttaminen ei ole useimmille helppoa. Elintapojen muutosta tekevän on kyettävä luopumaan vanhoista tavoista ja opittava uusia, mikä hankaloittaa muutosta. Emotionaalinen tuki, joka sisältää kaiken tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyn, on tärkeä osa hoidonohjausta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76, 207–221.)

Laadukas hoidonohjaus edistää hoitoon sitoutumista, sillä hyvä hoitoon sitoutuminen on tärkeää hoitotulosten saavuttamiseksi. Potilaan sisäistä motivaatiota tulee tukea korostamalla hoitoon sitoutumisen tärkeyttä ja itseluottamusta tulee vahvistaa vaikuttamalla omahoidon taitoihin. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 145.) Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa hänen terveytensä edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Arvion mukaan vain noin puolet pitkäaikaisairaista on hyvin hoitoonsa sitoutuneita. Tiedetään, että ihmiset sitoutuvat pitkäaikaisiin hoitoihin huomattavasti huonommin kuin lyhytaikaisiin, joten pitkäaikainen sairaus on aina asia, joka on erityisesti huomioitava hoidonohjauksessa. Diabeteksen tuloksellinen pitkäaikainen ja elinikäinen hoito edellyttääkin nimenomaan omaehtoista sitoutumista hoitoon, onhan diabetes krooninen sairaus, jonka hoito perustuu jokapäiväiseen omahoitoon, haluun sitoutua terveyttä edistäviin elintapoihin ja tarvittaessa lääkehoitoihin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17, 86.)

Tutkittaessa diabeteksen hoitoon sitoutumista on havaittu, että on tärkeää arvioida kunkin hoitoon liittyvän osa-alueen (ruokavalio, liikunta, lääkkeiden ottaminen, verensokerin seuranta, jalkojenhoito ja muita omahoidon tekijöitä) onnistumista erillisinä, sen sijaan että käytettäisiin yhden tekijän seurantaa yleisenä hoitoon sitoutumisen

mittarina. Hoitoon sitoutumisen ja erillisten omahoitoon liittyvien toimintojen välillä ei näytä olevan selvää korrelaatiota, mikä viittaa siihen, että hoitoon sitoutuminen ei ole yksiulotteinen käsite. Tiedetään että terveellisiin elintapoihin sitoutuminen on vielä vaikeampaa kuin sitoutuminen esimerkiksi pelkästään lääkehoitoon. Hoitoon sitoutuminen on kuitenkin tärkein hoidon tehoa määräävä asia, koska hoidon laiminlyöminen huonontaa kliinistä hoitotulosta. Pitkäaikaisen hoidon laiminlyönti johtaa huonoihin hoitotuloksiin ja lisääntyneisiin terveydenhuollon kuluihin. Hoitoon sitoutumisen lisääminen saattaa olla tehokkain tapa parantaa kroonisten sairauksien hoitoa. (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003,19–24, 73.)

Ohjaus prosessiin kuuluu aina arviointi. Suomen Education Study Group (DESG) on laatinut laatuksiteerit diabeetikoiden hoidonohjaukseen. Raportin mukaan Hoidonohjauksen arvioinnin tulisi tapahtua yhdessä diabeetikon ja hoidonohjaukseen osallistuvien kanssa. Hoidonohjauksen arviointia voidaan tehdä selvittämällä muun muassa potilaan lyhyen ja pitkän aikavälin hoitotavoitteiden toteutuminen, diabetestietous ja hoitotaidot, hoitokäytännöt, elintavat, hoitotyytyväisyys ja diabetekseen liittyvä elämänlaatu. (DEHKO - raportti 2003:3.)

2.3 Ryhmäohjaus

2.3.1 Ryhmäohjaus ohjausmuotona

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytettävistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjauksen avulla on toisinaan mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmässä oleminen voi olla osallistujille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. (Kyngäs ym. 2007,104.) Ryhmäohjausta puoltavat yksilöneuvontaa pienemmät kustannukset, ryhmän jäsenten toisiltaan saama tuki ja asiakkaiden omatoimisuuden vahvistuminen (Eloranta & Virkki 2011, 77). Ryhmäohjaukseen siirtymisen tarpeellisuudesta puhutaankin terveydenhuollossa yhä enemmän etenkin elämäntapaohjauksen kohdalla (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 87).

Ryhmiä on monenlaisia ja moneen tarkoitukseen. Tavoitteellinen ryhmä kokoaa yhteen ihmisiä, joilla on joku toiminnallinen tavoite. Ryhmässä toteutetaan joko yhteistä tavoitetta tai autetaan jokaista työstämään omia tavoitteitaan. Usein nämä tavoitteet yhdistyvät ryhmässä tai ainakin tukevat toisiaan. Tavoitteellisen ryhmän onnistumisen

edellytyksenä on, että osanottajat sitoutuvat tekemään työtä tavoitteiden saavuttamiseksi. Mm. omahoitoon ja elämäntapamuutokseen tähtäävät ryhmät ovat tavoitteellisia ryhmiä. Tavoitteellisiin ryhmiin sekoittuu myös elementtejä vertaistukea tarjoavista keskusteluryhmistä, kun osanottajat työstävät ongelmiaan toisiltaan vertaistukea hakien. (Vänskä ym.2011, 88,89.)

Ryhmä voi toimia vertaistuen tarjoajana. Vertaistuki on toimintaa, jossa henkilöt, joita yhdistää yhteinen elämäntilanne, tuen tarve, vamma tai sairaus, tukevat toisiaan tasavertaisesti ja luottamuksellisesti. Tuen antaminen ja saaminen perustuu kokemusten ja tunteiden jakamiseen ja hyödyntämiseen. Vertaistuen on todettu edistävän monissa tapauksissa potilaan hoitoonsa sitoutumista, varsinkin silloin kun asiakas on huonosti hoitoon sitoutunut. Myös pitkäaikaisesti sairaiden hoitoon sitoutumista vertaistuen tiedetään tukevan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 34, 112.) Kokemuksia jakamalla saadaan erilaisia näkökulmia ongelmaan ja samalla opitaan toisilta hyödyllisiä tapoja suhtautua ongelmaan tai toimia sen voittamiseksi. Jotta keskusteluryhmä voi toimia vertaistuen tarjoajana, on olennaista, että ryhmässä syntyy luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri. (Vänskä ym.2011, 88,89.)

Ryhmän toiminnan näkökulmasta on tärkeää huomioida ryhmän koko, sillä ryhmän koko vaikuttaa sekä ryhmän toimintaan että ryhmädynamiikkaan. Sopivan kokoisessa ryhmässä saadaan käsiteltävään asiaan riittävästi erilaisia näkökulmia, mutta jokaisella on myös mahdollisuus tulla kuulluksi. (Kääriäinen ym. 2007,105.) Jos sen sijaan ryhmän päämäärä on pelkkä tiedonjakaminen, halutaan tavoittaa mahdollisimman monta kuulijaa yhtä aikaa. Tällöin ryhmä on tiedottamisen kohteena, ja tiedon jakaminen ryhmälle ei ole kuitenkaan ryhmäohjausta, sillä siinä ei käytetä hyödyksi ryhmää ja ryhmäprosesseja. (Vänskä ym. 2011, 88.)

2.3.2 Ryhmäohjaus diabeteksen hoidonohjauksessa

Suomalainen diabeteksen käypähoito suositus on linjannut hoidonohjausta seuraavasti: Diabeteksen hoidonohjaus voi olla sekä yksilö- että ryhmäohjausta. Ryhmäohjaus sopii osaksi hoitoa, se ei kuitenkaan korvaa yksilöohjausta. Ohjausmuodot täydentävät toisiaan ja molemmilla on omat tehtävänsä ja etunsa. Ryhmäohjaus on yksilöohjausta tehokkaampaa hoitotasapainon ja elämänlaadun kannalta. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.) Oletettavasti ryhmä- ja yksilöohjauksen joustava yhdis-

täminen vähentää ohjauksen kokonaistarvetta ja lisää vaikuttavuutta (Marttila ym. 2004, 6).

Ryhmäohjausta on pidetty perusteltuna diabeteksen hoidossa kahdesta eri näkökulmasta, tehokkuusnäkökulmasta ja prosessinäkökulmasta. Tehokkuusnäkökulmasta tarkasteltuna ryhmäohjaus nähdään taloudellisena tapana toteuttaa hoidonohjausta, ja prosessinäkökulmasta tarkasteltaessa puolestaan pohditaan, mitä sellaista ryhmä tarjoaa diabetesta sairastavalle, jota yksilöohjauksessa ei voi saada. Diabetesliiton erikoispsykologina toimineen Jukka Marttilan mukaan ryhmä tarjoaa mahdollisuuden yhteiseen asiaan liittyvien kokemusten, tunteiden, ajatusten ja tietojen jakamiseen, pohtimiseen ja vertailuun. Ryhmä käsittelee myös uutta tietoa ja sitoo siihen merkityksiä jäsentensä kokemuksista. Kokemusten, ajatusten ja tunteiden liittäminen diabetesta ja omahoitoa koskevaan tietorakenteeseen edistää asian omaksumista osaksi omaa arkea. Ryhmä tukee tiedon prosessointia. (Marttila 2010, 28–32.)

Myös osallistujien toisilleen tarjoama vertaistuki on aina mielletty diabetesliitossa kurssien keskeiseksi vahvuudeksi. Kokemus ryhmään kuulumisesta ja siinä toimimisesta on useimmille osallistujille jo sinänsä myönteinen. Alun perin ryhmiä lähdettiinkin perustamaan, koska huomattiin, että ne edistävät diabeteksen omahoidon oppimista ja sopeutumista pitkäaikaissairauteen. Ryhmäohjausta Diabetesliitto on järjestänyt Suomessa jo vuodesta 1980 lähtien ja kokemukset ovat olleet myönteisiä. (Marttila 2010, 28 – 32). Erilaisten ryhmäohjausten, kuten sopeutumisvalmennuskurssien vaikuttavuutta on myös selvitetty, ja tutkimuksissa on havaittu myönteisiä tuloksia omahoidossa ja hoitotasapainossa (Vaalamo, Marttila & Ilanne-Parikka 2005, 24–28; Marttila & Ilanne-Parikka 2009, 19–25). Ryhmäohjaus nähdäänkin usein keinoa tukea pitkäaikaissairaiden vaatimaa sopeutumisprosessia vertaistuen avulla. (DEHKO 2000–2010, 13). Myös elintapamuutoksen aikaansaaminen yhdessä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa on usein helpompaa kuin yksin. Elintapamuutoksen tekemisessä ryhmätoiminnasta on hyviä kokemuksia, sillä saatu ymmärrys omaan tilanteeseen ja vertaistuki auttavat omahoitoon sitoutumisessa. (Absets ym. 2008, 9 – 29; Kurki ym. 2008; Kyngäs & Hentinen 2009, 221.)

Ryhmäohjauksella on selkeitä etuja, mutta sen järjestäminen on myös haasteellista. Ryhmäkeskustelujen valmisteleminen on vaativaa, ohjauksen räätälöiminen lähtökohteisesti erilaisille diabeetikoille on haastavaa ja hyvin organisoidun ohjaajatiimin kokoaminen voi olla hankalaa. Myös ryhmän jäsenten sitoutuminen voi olla vaihtelevaa, ja ryhmädynamiikan toimivuus ja ryhmän keskinäinen vuorovaikutus saattavat aiheut-

taa ongelmia. Suositeltava ohjausryhmän koko on myös melko pieni, kuudesta kahdeksaan osallistujaa. Ryhmäohjauskertojen kesto ja jaksotus voivat myös vaihdella, mutta yleisesti suositellaan 10–15 tunnin kokonaisuutta jaettuna vähintään viidelle päivälle. (Diabetesliitto 2002.)

Aikuisten diabeteksen hoidon laatua ja vaikuttavuutta selvittävässä DEHKO-raportissa todetaan, että diabeteksen hoidonohjausryhmiä toimii terveyskeskuksissa edelleen vähän. Vain harvoissa terveyskeskuksissa käytetään ryhmämuotoista ohjausta systemaattisena työvälineenä. Myös erikoissairaanhoidon toiminnassa diabeteksen hoidonohjausryhmät hakevat edelleen paikkaansa ja muotoaan. Toisaalta DEHKO eli Diabeteksen ja hoidon kehittämisohjelma ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaa toteuttanut D2D-hanke ovat korostaneet ryhmäohjauksen tarpeellisuutta ja merkitystä. (Winell 2008.) Myös Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportin mukaan ryhmäohjauksen tulisi olla terveyskeskuksen normaalia toimintaa potilaiden yksilöohjauksen rinnalla, erityisesti elintapamuutosten tukemisessa (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 37). Ryhmäohjauksen ja erilaisten vertaistukiryhmien käytöstä on myös hyviä kokemuksia sekä terveyttä edistävien elämäntapojen hallinnassa että monien sairauksien hoidossa. Tällaisia elintapamuutosta tukevia ryhmiä, jotka ovat löytäneet sijansa suomalaisessa terveydenhuollossa, ovat esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn suunnattu Ikihyvä-ryhmätoimintamalli, Diabetesliiton ja sydänliiton kehittämä painonhallintaa tukeva Pieni Päätös Päivässä -ryhmämalli ja Suomen Sydänliiton Tulppa-ryhmät. (ks. Ikihyvä; Pieni Päätös Päivässä & Tulppa-ryhmät)

3 TYYPIN 2 DIABETES

3.1 Mitä diabetes on

Diabetes on energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren glukosipitoisuutena. Siihen liittyy usein myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen. Diabetesta sairastavilla on lisääntynyt riski saada lisäsairauksia. Tautiin voi liittyä äkillisiä ja kroonisia komplikaatioita, jotka oleellisesti vaikuttavat potilaan elämänlaatuun ja ennusteeseen. Nykykäsityksen mukaan diabetes on joukko erilaisia ja eriasteisia sairauksia. Ne jaetaan oletetun etiologian mukaan, tyypin 1 diabetekseen, jossa oma insuliinituotanto on loppunut, ja tyypin 2 diabetekseen, jossa ongelmana on insuliinin heikentynyt biologinen vaste eli insuliiniresistenssi ja häiriintynyt, riittämätön erityis. Päätyyppien lisäksi on erilaisia harvinaisia alatyyppejä. Päätyyppien hoito ja hoitotarpeet eroavat toisistaan. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Saraheimo 2011a, 9.)

Suomessa diagnosoiduista diabeetikoista noin 75 % sairastaa tyypin 2 tautia. Tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus ja sen lisääntyminen liittyy ylipainoisuuteen, etenkin keskivartalolihavuuteen ja liikunnan vähentymiseen. Potilas on usein ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä. Tyypin 2 diabetes alkaa yleensä aikuisiässä, mutta elämäntapojen muuttumisen myötä se on kehittymässä ja yleistymässä myös yhä nuorempien taudiksi. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Saraheimo & Sane 2011,13; Saha, Keskinen, Veijola & Tapanainen 2003, 1419–1423.)

Lähes 500 000 suomalaisen arvioidaan sairastavan diabetesta. Ennusteen mukaan sairastuneiden määrä on nopeasti lisääntymässä. Osa potilaista sairastaa vielä tietämättään, sillä tyypin 2 diabetes on alidiagnosoitu sairaus ja arvioidaan että jopa puolet tyypin 2 diabetestapauksista on diagnosoimatta. Tyypin 2 diabetes kehittyy yleensä hitaasti. Veren sokeripitoisuuden kohoaminen tapahtuu vähitellen ja elimistö tottuu normaalia korkeampaan sokeritasoon ja siksi myös ihminen tottuu oireisiin pikkuhiljaa eikä huomaa niitä. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Saraheimo & Sane 2011,13.) Tavoitteena on löytää uudet diabeetikot varhaisessa vaiheessa seuloamalla riskiryhmiä systemaattisesti. Diabeteksen riskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi suositellaan Suomessa kehitettyä diabetesriskitestiä. Testi perustuu tietoon, että tyypin 2 diabetes on perinnöllinen sairaus, jonka puhkeamiseen elintavat

vaikuttavat merkittävästi. Liikapaino, etenkin vyötärölihavuus, vähäinen liikunta, väärät ruokatottumukset ja tupakointi lisäävät sairastumisriskiä. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Diabetesriskitesti 2012.)

Diabeteksen diagnostiikka perustuu sovittuihin verensokerin raja-arvoihin. Oireettomalla henkilöllä diagnoosi perustuu joko plasman glukoosipitoisuuden suurentuneeseen paastoarvoon (vähintään 7 mmol/l) tai glukoosirasituskokeen plasman glukoosin suurentuneeseen kahden tunnin arvoon (yli 11 mmol/l) tai HbA_{1c}-mittaukseen (yli 6.5 % eli ≥ 48 mmol/mol). HbA_{1c}-arvo, eli sokerihemoglobiini, kuvastaa keskimääräistä plasman glukoosipitoisuutta edeltävien 2–3 kuukauden ajalta, vaikkakin viimeisen kuukauden glukoositasapaino vaikuttaa tulokseen eniten. HbA_{1c}-arvon määrittäminen on vakiintunut käytäntö diabeetikon glukoositasapainon seurannassa, mutta viime vuosina sen käyttöaiheeksi on otettu myös diabeteksen diagnostiikka. Jos diabeteksen diagnoosi perustuu yksinomaan paastoglukoosiin tai yksinomaan suurentuneeseen kahden tunnin arvoon, on poikkeava tulos tarkistettava eri päivänä. Henkilöillä, joilla on klassiset diabetekseen liittyvät oireet (jano, suuret virtsamäärät, selittämätön laihtuminen), diagnoosi voi perustua myös satunnaiseen glukoosiarvoon yli 11 mmol/l. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Vehkavaara 2011, 1227–1234.)

Diabeteksen hoidon suorat kustannukset vievät nykyään 15 % Suomen terveydenhuollon menoista ja suuri osa kustannuksista, vähintään kaksi kolmannesta, tästä koituu hyvällä hoidolla vältettävissä olevien komplikaatioiden hoidosta. Kustannukset ovat kasvamassa nopeasti. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.) Tutkimukset osoittavat, että jos terveydenhuollossa voitaisiin tehokkaammin parantaa diabeteksen hoitoa ja omaseurantaa, sekä inhimilliset, sosiaaliset että taloudelliset hyödyt olisivat mittavia (Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen 2003, 71–84).

3.2 Hoidon keskeiset tavoitteet ja lähtökohdat

Diabeteksen hoidon tavoitteena on ehkäistä diabeteksen komplikaatioita ja taata hyvä elämänlaatu. Perustavoite on potilaan oireettomuus ja päivittäinen hyvinvointi, käytännössä tämä tarkoittaa liian korkeiden ja matalien verensokeri arvojen välttämistä. Diabeetikon jokapäiväiseen hyvinvointiin vaikuttaakin suuresti se, kuinka hän osaa sovittaa yhteen erilaiset verensokeripitoisuuteen vaikuttavat tekijät kuten ravinnon, liikunnan ja lääkityksen. Hoidon pitkän aikavälin tavoitteena ovat diabeteksen aiheuttamien lisäsairauksien ehkäisy ja niiden kehittymisen hidastaminen. (Himanen 2011a,

51, 52.) Tänä päivänä tavoitteiden mukaisella verensokerin hoidolla, siis pitämällä verensokeri mahdollisimman lähellä normaalialuetta, kyetään ehkäisemään ainakin puolet diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista eli silmänpohja-, munuais- ja hermo- muutoksista (Saraheimo 2011b, 12). Jos verensokeri on jatkuvasti liian korkea, niin haiman insuliinia tuottavat solut väsyvät ja oma insuliinieritys haimasta ehtyneenä myös nopeammin (Ilanne-Parikka 2011a, 238).

Käsitys tyypin 2 diabeteksestä vain ”lievästi koholla olevana verensokerina” on kahden viime vuosikymmenen aikana täysin muuttunut ja nykyisin se tiedetään myös yhdeksi tärkeimmistä sydän- ja verisuonitautien ja erityisesti sydäninfarktin riskitekijäksi. Siksi hoito onkin luonteeltaan myös kokonaisvaltaista valtimotautien riskitekijöiden hallintaa. (Saraheimo 2011b, 11.) Verensokerin lisäksi veren kolesterolin ja muiden rasva-arvojen ja verenpaineen tulee olla niin lähellä normaalia kuin mahdollista. Tyypin 2 diabetekseen liittyy myös lisääntynyt veren hyytymistäipumus ja siksi yleensä käytetään myös asetyylisalisyylihappoa verisuonitukosten ehkäisyyn. Diabeteksen huolellinen hoito estää ja hidastaa jo mahdollisesti syntyneiden verisuonivaurioiden kehittymistä. Hoitotavoitteisiin kuuluu myös tupakoimattomuus, sillä tupakointi on erittäin haitallista verisuonille ja sydämelle. (Ilanne-Parikka 2011b, 217–219.) Hoidossa huomiota on enenevässä määrin kiinnitettävä sydän- ja verisuonitautien vaaraan ja niiden ehkäisyyn, sillä yhä esiintyvä virheellinen käsitys ”lievästä sokeritaudista” on este hyvälle, kokonaisvaltaiselle hoidolle (Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010, 31).

Tyypin 2 diabeteksen hoito on aina kokonaisvaltaista sisältäen verensokeriarvojen, verenpaineen, veren rasva-arvojen ja hyytymistäipumuksen hoidon. Kokonaisvaltaisen hoidon keinoja ovat lääkkeetön hoito eli elintavat sekä lääkehoito. Elintapahoito on aina keskeistä diabeteksen kokonaihoitossa. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.) Tavoitteena on ruokavalion ja liikunnan avulla hallita painoa, alentaa kohonnutta verenglukoosia ja verenpainetta ja niiden avulla korjata myös rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Avainasioita tyypin 2 diabeteksen hoidossa ovat siis painonhallinta, varsinkin vyötärölihavuuden laihduttaminen, sopiva ruokavalio, päivittäinen liikunta ja tarvittaessa lääkehoidot. Nämä osa-alueet ovat toisiaan täydentäviä ja muodostavat kokonaisuuden. Esimerkiksi laihduttamalla voidaan vähentää huomattavasti lääkityksen tarvetta. Jos taas syöminen on mielivaltaista, on hoitotasapainon löytäminen vaikeaa lääkityksestä huolimatta. (Saraheimo 2011b, 11.)

Diabetes sairautena vaatii potilailta hoitoa ja huomioimista jokapäiväisessä elämässä, ja siten päävastuu hoidosta on potilaalla itsellään. Diabeteksen hoidon onnistumisen perusta on diabeetikon omahoito. Omahoidon toteuttaminen vaatii diabeetikolta tietoa, taitoa, jaksamista ja motivaatiota ja päätöksentekokykyä. (DEHKO -raportti 2003:3.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tehtävänä puolestaan on potilaan omahoidon edellytysten turvaaminen. Diabetesta sairastavan ja terveydenhuollon välillä vallitseekin työnjako. (Kuvio 1) Diabeetikko itse vastaa päivittäisestä omahoidostaan, johon kuuluvat terveyttä edistävät elintavat, päivittäiset hoitoratkaisut, tarvittavasta lääkityksestä huolehtiminen sekä tarvittava omaseuranta: verensokeri, verenpaine, paino, jalkojen kunto ja suunterveys. Hoidon keskeisin asia on se, että diabeetikko itse hallitsee kaiken sen, mitä hän tarvitsee päivittäisessä omahoidossa onnistumiseen ja osaa myös käyttää tietoa hyväkseen arkielämässä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on varmistaa, että diabeetikolla on nämä taidot ja välineet. Siihen kuuluvat hoidonohjaus ja neuvonta, hoitovälineet, lääketieteellinen hoito ja sen arviointi sekä määräämiskäytännöt ja seurantaikäytännöt yksilöllisen tarpeen mukaan. (Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000–2010, 22; Himanen 2011b, 50.)

Potilas	Terveydenhuolto
Päivittäinen omahoito <ul style="list-style-type: none"> ○ terveyttä edistävät elintavat ○ päivittäiset hoitoratkaisut, ○ lääkityksestä ja ○ omaseurannasta huolehtiminen 	Omahoidon edellytysten turvaaminen <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>hoidonohjaus</u> ○ hoitovälineet ○ lääketieteellinen hoito ○ määräämiskäytännöt ja seurantaikäytännöt

KUVIO 1. Diabetesta sairastavan ja terveydenhuollon välinen työnjako

Aikuisten diabeetikoiden hoidon laatua ja vaikuttavuutta selvittävän tutkimuksen mukaan Tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino ja välilliset hoitotuloksen avainindikaattorit ovat kehittyneet 2000-luvulla pääsääntöisesti hyvään suuntaan. Verensokeritasapaino on parantunut ja veren rasvat alentuneet erittäin merkittävästi. Verenpaineessa on tapahtunut vähäistä, jatkuvaa kehitystä parempaan suuntaan. Riskitekijät, joihin voidaan lääkkeillä vaikuttaa, ovat edenneet parempaan suuntaan. Kehitys on ollut huonointa riskitekijöissä, jotka edellyttävät elintapojen muuttamista. Tupakoin-

nissa ei ole tapahtunut muutosta, ja tyypin 2 diabeetikoiden paino on ollut hitaassa, mutta jatkuvassa nousussa. Diabeetikoiden valtimotautiriski tulisi arvioida vuosittain esimerkiksi Finriski-laskurilla ja pyrkiä kaikkien riskitekijöiden aktiiviseen hoitoon. Hoidon pääpainon tulee kohdistua riskikuorman vähentämiseen yksittäisten tulosten (esim. pelkän verensokerin) tuijottamisen sijaan. Terveysthuollon toimintatapoja tulee kehittää niiden riskien vaikuttamisen osalta, joissa kehitys on ollut hidasta tai jopa negatiivista, kuten verenpaineen hoidon tehostamisessa, tupakasta vieroituksessa ja painonhallinnassa. Elintapoihin vaikuttamisen toimintatapoja pitää erityisesti uudistaa tai tehostaa. (Winell 2008.)

3.3 Omahoidon keskeiset osa-alueet

3.3.1 Ruokavalio hoitona

Ravitsemushoito on oleellinen osa diabeteksen hoitoa, se on keskeinen tekijä hyvän hoitotasapainon ja elämänlaadun saavuttamisessa ja ylläpitämisessä. Diabeetikon ruokavaliohoidon tavoitteena on edistää terveyttä sekä pitää verenglukoosipitoisuus mahdollisimman normaalina ja näin ehkäistä lisäsairauksia tai niiden etenemistä. Ruokavaliohoidon avulla voidaan vaikuttaa myös verenrasva-arvoihin ja verenpaineeseen siten, että diabeetikon lisääntynyt valtimotautien ja muiden verisuonisairauksien riski pienenee. (Aro 2009, 15.) Tyypin 2 diabeetikoiden kohdalla ruokavaliohoidossa keskeistä on painonhallinta. Useimmille tyypin 2 diabeetikoille tärkein ruokamuutosten tavoite on ruoan päivittäisen energiamäärän vähentäminen, jotta painonhallinta toteutuisi. Toinen keskeinen ruokavaliohoidon tavoite on kohonneen verenpaineen ja verisuonisairauksien ehkäisy ja hoito, sillä kohonnut verenpaine on ongelmana suurella osalla tyypin 2 diabeetikoista. (Mustajoki, 2011a.)

Suomen Diabetesliitto on vuonna 2008 julkaissut asiantuntijatyöryhmän laatiman suosituksen diabeetikon ruokavaliosta. Suositus on edelleen ajantasainen. Suositus pohjautuu eurooppalaiseen, näyttöön perustuvaan suositukseen. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011). Diabeetikon ruokavaliosuosituksessa painotetaan sitä, että diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon parhaiten sopiva ruokavalio noudattaa pääpiirteittäin koko väestölle suositeltavan terveellisen ruokavalion periaatteita. Siten diabeetikon ruokavalio sopii koko perheelle ja edistää kaikkien terveyttä. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.) Tyypin 2 diabetesta sairastavilla ruokavalion perustana ovat siis samat terveellistä syömistä koskevat suositukset kuin muullakin väestöllä ja nykyisin

diabeetikoille suositeltava ruokavalio ei siis enää oleellisesti poikkea muun väestön ruokavaliosuosituksesta. Tämä ruokavaliosuositus painottaa, että ruokavalion on hyvä sisältää runsaasti kuitupitoisia ruokia eli kasviksia, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljaa sekä niukasti kovaa rasvaa, sokeria ja suolaa. Terveellinen ruokavalio voidaan koostaa joustavasti, yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. (Aro 2009,46; Heinonen 2011, 122.)

Diabeetikoille suositellaan kohtalaisesti hiilihydraatteja sisältävää ruokavaliota, jossa rasvojen ja proteiinin osuus on kohtuullinen. Suositeltavaa on saada 45 – 60 prosenttia päivän energiantarpeesta hiilihydraattipitoisesta ruuasta, kuten viljatuotteista, perunasta, juureksista, kasviksista ja hedelmistä. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.) Voi tuntua oudolta, että diabeetikoille suositellaan kohtuullisesti hiilihydraatteja sisältävää ruokavaliota, sillä hiilihydraattihan on juuri se aine josta verensokeri muodostuu. Kuitenkin tutkimusten mukaan kohtalaisesti hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio alentaa verensokeritasoa, kunhan se on päivittäiseltä kokonaismäärältään ja kerta-annoksiltaan sopiva kulutukseen nähden ja sisältää runsaasti ravintokuitua. Hiilihydraattipitoisen ruoan, kuten kasvien hedelmien ja viljan, mukana saatavan kuidun ja veden ansiosta energiasisältö jää pieneksi, mutta ruoan tilavuus ja määrä tulevat suureksi aiheuttaen mahalaukussa kylläisyyttä. Tällainen ravinto sisältää myös vähän rasvaa, mutta sisältää paljon vitamiineja ja kivennäisaineita. (Heinonen 2011, 126.)

Sillä, millaisia hiilihydraattipitoisia ruokia valitaan, on suuri merkitys. Kasviksia, hedelmiä ja marjoja suositellaan syötävän runsaasti, 400–500 grammaa päivässä. Niiden runsaalla käytöllä voi helposti keventää ruokavaliota ja tukea painonhallintaa. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.) Kannattaa valita kuitupitoisia ruokia, sillä kuidun on todettu vaikuttavan edullisesti sekä verenglukoosiin että veren rasvatasapainoon. Vesiliukoista kuitua sisältävä ruoka tasoittaa verensokerin nousua aterian jälkeen. Jos ruoka sisältää runsaasti vesiliukoista kuitua, se myös pienentää veren haitallisen LDL -kolesterolin määrää. Kuidunsaantitavoite on 35–40 grammaa vuorokaudessa. Kuitua saa riittävästi, kun syö täysjyväviljaa ja kasviksia runsaasti ja monipuolisesti. Kokojyväviljatuotteet ovat tärkein ruokaryhmä kuidunsaannin kannalta. Hiilihydraateista kannattaa rajoittaa lisättyä sokeria ja muita puhdistettuja hiilihydraatteja. Suositus niukasta sokerin käytöstä koskee koko väestöä, mutta diabeetikonkin ruoka voi sisältää myös kohtuullisesti sokeria. Tyypin 2 diabeetikolla kokonaisuus ratkaisee ja keskeistä on, että makeiden herkkujen käyttö pysyy kohtuullisena. Silloin verensokeri ei nouse turhaan ja energiansaanti pysyy kohtuullisena. (Aro 2009, 17, 30.)

Rasvojen käytössä tulee muistaa kaksi asiaa, määrä ja laatu. Rasvoja suositellaan käytettäväksi kohtuudella, koska ne sisältävät paljon energiaa ja siis laadusta riippumatta lihottavat liiallisesti käytettynä. Rasvan laatu puolestaan vaikuttaa sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Tyydyttymättömät, eli pehmeät rasvat, ovat suositeltavia ja tyydyttyneen eli kovan rasvan käyttöä suositellaan rajoitettavaksi enintään 30 %:iin rasvojen kokonaismäärästä. Rasvan saannin vähentämisessä kannattaa keskittyä erityisesti kovan rasvan osuuden vähentämiseen. Myös maitovalmisteiden ja lihan ja kalan valinnassa huomio kiinnitetään niiden rasvapitoisuuden ja -koostumuksen. (Heinonen 2011, 139.) On suositeltavaa, ettei ravinnon rasvamäärä ylittäisi 35 prosenttia kokonaisenergiasta, koska runsas rasva näyttää heikentävän insuliiniherkkyyttä riippumatta rasvan laadusta (Aro 2009, 18).

Runsas suolan (natriumin) saanti nostaa verenpainetta ja lisää siten diabeteksen lisäsairauksien vaaraa. Suolan saantia voi vähentää valitsemalla vähän suolaa sisältäviä tuotteita, vähentämällä suolan käyttöä ruuanvalmistuksessa ja vaihtamalla suolaan, jossa osa natriumista on korvattu kaliumilla ja magnesiumilla. Diabeetikon suolan saannin olisi hyvä jäädä 5–6 grammaan päivässä. (Diabeetikon ruokavalio suositus 2008.) Kohonnut verenpaine on ongelmana suurella osalla tyypin 2 diabeetikoista ja verenpaineen kannalta on tärkeää, että ruoan suolamäärää ei ole liian suuri. Mahdollisesti käytössä oleva verenpaineen lääkehoito ei myöskään vähennä suolan käytön rajoittamisen tärkeyttä. Päinvastoin, jotkin verenpainelääkkeet tehoavat parhaiten, kun ruokavalio on vähäsuolainen. (Aro 2009, 47; Mustajoki, 2011a.)

Väestömme tavanomainen proteiinin saanti on 10–20 prosenttia kokonaisenergiasta. Tämä on sopiva myös diabeetikoille. Proteiinia saadaan lihasta ja lihavalmisteista, kalasta, juustoista ja muista maitovalmisteista ja palkokasveista. Monet tämän ryhmän tuotteista sisältävät myös paljon suolaa ja kovaa rasvaa, joten tämän ruokaineryhmän kohdalla kannattaa kiinnittää huomio laatuun ja määrään. Varsinkin kun halutaan pudottaa painoa, on erityisen tärkeä huomioida tämän ryhmän ruoka-aineiden laatu ja kokonaismäärä ruokavaliossa. (Aro 2009, 17, 26.)

Diabeetikon ruokavaliossa on kolme keskeistä, merkityksellistä tekijää, joihin on tarpeellista kiinnittää huomiota: ruuan laatu, ruuan kokonaismäärä ja ruokarytmi. Ruokavalion laatu määritellään suosituksissa melko tarkoin energiaravintoaineiden prosenttiosuuksien perusteella, mutta käytännössä ruuan laatusuositus yleensä kuitenkin toteutuu, kun pidetään yksittäisten aterioiden koostamisessa apuna yleisesti tunnettua lautasmallia ja valinnoissa muistetaan ruokavalion kokonaisuuden laatuun

vaikuttaviin tekijät: runsaskuituisuus, vähärasvaisuus, öljymäisten ja pehmeiden rasvojen suosiminen ja vähäsokerisuus ja vähäsuolaisuus. Näillä laatutekijöillä pyritään tasaamaan verensokeria, parantamaan verenrasvoja, alentamaan verenpainetta ja antamaan kylläisyyden tunnetta ja tällöin ruokavalio on edullinen myös painonhallinnan kannalta. Mitään kiellettyjen tai sallittujen ruokien listaa ei siis tarvita, mutta diabetes on hyvä syy ottaa ruokavaliosuositus keskimääräistä vakavammin. Ruuan määrän pitäminen sopivana on näistä kolmesta periaatteesta haasteellisin ja tärkein. Normaali-painoisen tavoitteena on, että kuluttaa mitä syö ja ylipainoisen tulee syödä kulutustaan vähemmän. Kiistatta voidaan sanoa, että ruokamäärien hallitseminen on diabeteksen hoidossa tärkeintä. On tärkeää ymmärtää, että energiasisällöltään pieni ruokamäärä voi olla tilavuudeltaan runsas ja kylläisyyden tunteen antava, kuten kasvikset. Jakamalla syötävä ruoka sopivan kokoisiin aterioihin pitkin päivää tasoitetaan puolestaan verensokerin vaihtelua. (Heinonen 2011, 137–139.) Säännöllinen ateriarytmi auttaa myös lääkityksen ja ruuan yhteensovittamisessa sekä painonhallinnassa, sillä liian pitkän ateriavälin jälkeen ruokamäärän hallinta voi olla hankalaa. Turhia välipaloja ei kuitenkaan tarvita. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.)

Diabeetikon tavoitteeksi tulee asettaa mahdollisimman terveelliset ruokailutavat, jotka hän on kykenevä toteuttamaan ja joiden avulla diabeteksen tasapaino on mahdollisimman hyvä. Näin ne estävät diabeteksen lisäsairauksien ilmaantumista tai etene- mistä ja samalla turvataan tasapainoinen ravintoaineiden saanti. Muutokset voivat tapahtua pienin askelin, mutta kannattaa asettaa lyhyen- ja pitkän aikavälin tavoitteita. Diabeetikkoa tulee ohjata tasapainoisiin ruokatottumuksiin ja tavoitteena on että ruokavalio on käytännössä helposti toteutettavissa ja ruuasta voidaan nauttia. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.)

3.3.2 Painonhallinta on tärkeää

Diabetes on perusteltu syy pitää paino hallinnassa. Painonhallinta tarkoittaa sekä laihduttamista että laihdutustuloksen pitämistä laihdutuksen jälkeen ja myös lihomisen estämistä. Painonhallinta on siis pitkäjänteistä pyrkimystä pitää paino sellaisella tasolla, että elimistö toimii mahdollisimman normaalisti. Terveellisen painon määrittämiseksi käytetään nykyisin suhteellista painoa kuvaavaa painoindeksiä. BMI eli Body Mass Index, saadaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Ihanteellisena tavoitteena pidetään painoindeksiä 20–25. Laihduttamisen tarpeellisuutta arvioidaan painon lisäksi vyötärön ympäryksellä. Terveysten kannalta suositeltava vyötärön ympäry-

on miehillä alle 90 cm ja naisilla alle 80 cm. Kun vyötärönympäryys on miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm on kyseessä vyötärölihavuus ja tällöin lihavuuteen liittyvien sairauksien vaara lisääntyy huomattavasti. Laihduttaminen on erityisen tärkeää vyötärölihavuudessa, koska vatsan alueella rasvakudos kertyy pääosin vatsaontelon sisälle. Se on aktiivista rasvaa, joka kertyy myös maksaan, ja se heikentää insuliinin tehoa ja kohottaa veren rasva-arvoja. (Heinonen 2011, 152,153.)

Painonhallinnan merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa on tärkeä. Ylipainon laihduttaminen korjaa aineenvaihdunnan häiriöitä ja vähentää lääkityksen tarvetta. Laihduttamalla ja lisäämällä liikuntaa voi parantaa kudostensa insuliiniherkkyyttä ja saada siten insuliini tehokkaampaan käyttöön. Laihduttamalla saadaan parannusta veren rasva-arvoihin ja voidaan alentaa verenpainetta. Jos laihduttaminen ei onnistu, niin joutuu yleensä käyttämään enemmän lääkkeitä, jotta aineenvaihdunnan häiriöt saadaan hallintaan. (Heinonen 2011, 152,153.) Jos henkilö on ylipainoinen, usein jo maltillisella laihduttamisella, 5–10 prosentilla lähtöpainosta, on myönteisiä vaikutuksia terveyteen, kuten sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan ja verenpaineeseen (Aro 2009, 15).

Laihdutettaessa on keskeistä kokonaisenergian saannin vähentäminen. Ruokavalion laadulliset muutokset vähentävät energian saantia, mutta usein tarvitaan myös ruuan määrän vähentämistä. Ruokavalion keventäminen on usein vuosia kestävä oppimisprosessi. Tavoitteena on saada paino pysyvästi hallintaan. Laihduttamisvaiheessa on mahdollista ja usein tarpeellista olla dieetillä, jossa energiansaantia on hyvinkin tarkasti rajoitettu. Mikään dieetti ei kuitenkaan toimi elinikäisessä painonhallinnassa, koska kukaan ei voi olla koko ajan dieetillä. Painonhallinnassa onkin tärkeää omaksua oikeanlaiset, pysyvät ruokailu- ja liikuntatottumukset, jotta tavoiteltu paino voidaan myös säilyttää. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus tukee painonhallintaa. (Mustajoki 2011b)

3.3.3 Liikunta on keskeinen osa hoitoa

Liikunnalla on erittäin suuri merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Sillä on monia edullisia vaikutuksia aineenvaihduntaan. Liikunta lisää solujen insuliiniherkkyyttä, minkä seurauksena lihakset pystyvät helpommin käyttämään glukoosia energiaksi ja sitä kautta verensokeritaso laskee. Insuliiniherkkyyden koheneminen kestää kuitenkin vain 1–2 vuorokautta, joten liikunnan tulee olla säännöllistä, mieluiten päivittäistä.

Koska lihakset polttavat energianaan verensokeria, liikuntasuoritus myös sinällään lisää elimistön energian käyttöä ja alentaa verensokeria. Liikunta tukee myös painonhallintaa ja edistää laihtumista, ylipainon laihduttaminen puolestaan parantaa huomattavasti sokeriaineenvaihduntaa. Liikunta vaikuttaa myönteisesti kehon koostumukseen: lihasmassa lisääntyy ja rasvan osuus vähenee, mikä tämäkin osaltaan tervehdyttää sokeriaineenvaihduntaa. Liikunnalla voi tehokkaasti vaikuttaa myös valtimosairausriskiin, koska liikunta vaikuttaa edullisesti veren rasva-arvoihin, lisää valtimotautien ehkäisyn kannalta edullisesti vaikuttavan HDL- kolesterolin pitoisuutta ja sillä on tärkeä merkitys myös verenpaineen hoidossa. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa liikunta auttaa siis joko suoraan, oman itsenäisen vaikutuksensa ansiosta, tai epäsuorasti helpottamalla painonhallintaa. (Rönnemaa 2011,174, 175; Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.)

Liikunnasta on julkaistu käypä hoito -suositus. Sen tavoitteena on edistää liikunnan käyttöä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Suosituksen mukaan liikunta on keskeinen elintapamuutos myös tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Suosituksen mukaan 18–64-vuotiaille suositellaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa (aerobista liikuntaa), kuten reipasta kävelyä, ainakin 2.5 tuntia viikossa (esimerkiksi 30 minuuttia kerrallaan viitenä päivänä viikossa) tai raskasta liikuntaa, kuten hölkkää, 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa (esimerkiksi jaettuna kolmeen liikuntakertaan). 65 vuotta täyttäneille suositellaan kestävyysliikunnan ohella nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Kaikille aikuisille liikuntasuositukseen kuuluu lisäksi luustolihasvoimaa ja kestävyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa vähintään kahtena päivänä viikossa esimerkiksi kuntosaliharjoitteluna. Päivän 30 minuutin kohtuukuormitteinen liikunta voidaan toteuttaa myös useampina vähintään kymmenen minuutin jaksoina. Tämän vähimmäissuosituksen ylittävällä liikunnalla on mahdollista lisätä saavutettavia terveyshyötyjä. Liikunta Käypä hoito -suosituksesta löytyy myös sähköisenä tausta-aineistona tyypin 2 diabeetikoille suunniteltu liikuntaohjelma. (Liikunta Käypä hoito -suositus 2010.)

Vuonna 2010 julkaistun liikuntatutkimuksen mukaan tehokkain liikuntamuoto tyypin 2 diabeteksen hoidon kannalta oli kestävyystyyppinen liikunta yhdistettynä voimaharjoitteluun eli kuntosalityyppiseen liikuntaan. Tämä liikuntamuoto vaikutti edullisesti sokeritasapainoon, hapenottokykyyn ja kehon koostumukseen. Kuntosaliliikunnan avulla on mahdollista vaikuttaa edullisesti lihasmassaan. Sokeriaineenvaihdunnan kannalta lihaskudos on erittäin merkitsevä kudos, koska siellä poltetaan ja varastoidaan sokeria. Lihaskudoksen määrä vähenee noin 40 ikävuoden jälkeen, ja nimen-

omaan kuntosalityyppisellä voimaharjoittelulla voidaan tähän vaikuttaa. (Eriksson 2011.) Painonhallinnassa liikunta on tärkeää, jotta painonlasku ei tapahtuisi lihasten kustannuksella, vaan tippuvat kilot alentaisivat rasvakudoksen määrää eivätkä lihasta. Liikunnan avulla laihdutettaessa liikunta vähentää rasvakudoksen määrää eli muuttaa kehon koostumusta terveellisempään suuntaan, myös siinäkin tilanteessa, jossa paino ei alene lainkaan. (Fogelholm 2011, 119.)

Liikuntamuoto voidaan valita omien mieltymysten mukaan, kunhan huomioidaan mahdolliset yksilölliset, esimerkiksi muiden sairauksien aiheuttamat, rajoitteet (Rönnemaa 2011, 174, 175). On tärkeää löytää itselle sopiva laji, josta nauttii, koska silloin liikunnan harrastamisesta tulee helpommin säännöllistä. Liikuntaharrastuksen jatkuvuutta ja ylläpitoa auttaa se, että liikunnan kokee itselle tärkeäksi. Tämän takia on tärkeää, että diabeetikko on tietoinen liikunnan hyödyistä diabeteksen hoidossa. Tulee muistaa, että kaikenlaisella fyysisellä aktiivisuudella on merkitystä. Liikuntaa voi lisätä tekemällä pieniäkin muutoksia elämäntyyliinsä ja lisätä tätä niin sanottua arki- eli hyötyliikuntaa, kuten kulkea työ- tai kauppamatkoja jalan tai polkupyörällä. Liikunta vaikuttaa positiivisesti myös mielialaan. (Heinonen 2011, 182, 183.)

3.3.4 Lääkitys osana kokonaisvaltaista hoitoa

Diabeetikon lääkitys arvioidaan aina yksilöllisesti ja tulee muistaa, että lääkehoito ei korvaa elintapahoitoa vaan on sitä täydentävä. Koska tyypin 2 diabetes on etenevä tauti, usein myös tarvittavan lääkityksen laatu ja määrä muuttuvat taudin eri vaiheissa. Vaikka jokin lääkitys toimii hyvin nyt, voi muutamien vuosien kuluttua olla tarve erilaiseen lääkitykseen. Valtaosa tyypin 2 diabeetikoista tarvitsee jossain vaiheessa lääkkeitä, ja ajan myötä insuliinin erityksen heikentyessä noin puolet myös insuliinihoitoa. Insuliinihoidossa insuliinivalmisteella korvataan oma insuliinihormonin tuotannon osittainen tai täydellinen puuttuminen. Insuliini pistetään ihonalaiseen rasvakudokseen ja sitä voidaan annostella usealla eri tavalla. Potilaan tulee itse opetella pistostekniikka ja hoidontoteutus osana muuta omahoitoa. (Ilanne-Parikka 2011c, 224–226.)

Verensokeria alentavat lääkkeet kuuluvat tyypin 2 diabeetikon peruslääkehoitoon. Hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi enemmistö potilaista tarvitsee useita samanaikaisesti käytettäviä, mutta eri vaikutusmekanismilla toimivia lääkevalmisteita. Ensimmäinen lääkevalmiste on metformiini, joka vähentää maksan sokerin tuotantoa. Muita

yleisesti käytettäviä lääkeaineryhmiä ovat insuliiniherkkyyttä lisäävä glitasonit ja insuliinieritystä haimasta lisäävät sulfonyyliureat ja glinidit. Guarkumikasvikuituvalmisteella voidaan hidastaa hiilihydraattien imeytymistä suolistosta. Inkreetiinien eli suolisto-hormonien vaikutusta voimistavat lääkevalmisteet lisäävät haiman insuliinin eritystä ja näitä on saatavana sekä tabletteina että pistoksina. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Ilanne-Parikka 2011c, 224–226.)

Useimmat tyypin 2 diabeetikot tarvitsevat lääkitystä myös verenpaineen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin. Diabeteksen käypä hoito -suosituksen mukaan verenpaineen ylittäessä 140/90 tulisi aloittaa lääkehoito. Kohonneen verenpaineen lääkehoidossa on käytössä useita eri vaikutusmekanismeilla verenpainetta alentavia valmisteita. Samoin hyperlipidemioiden hoidossa on käytössä useita, eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä. Veren hyytymistäipumusta ehkäisemään suositellaan kaikille tyypin 2 diabeetikoille pienellä annoksella asetyylisalisyylihappoa, ellei heillä ole vasta-aiheita sen käytölle. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011.)

3.3.5 Tupakointi ja alkoholi

Tupakoinnin lopettaminen on osa diabeteksen hoitoa. Tupakoinnilla on pieniä verisuonia supistava vaikutus. Siksi se voi edistää diabetekseen liittyviä verisuonivaurioita munuaisissa, silmänpohjissa ja hermoissa. Koska diabeetikon riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on muutenkin muita suurempi, on tupakointi erityisen haitallista diabeetikolle. (Ilanne-Parikka 2011b, 217–219.)

Diabeetikko voi yleensä käyttää alkoholia kohtuullisesti. Tämä tarkoittaa, että käyttö ei ylitä miehellä kahta ja naisella yhtä ravintola-annosta päivässä. Diabeetikon tulee kuitenkin tietää perusasiat alkoholin vaikutuksesta diabeteksen hoitoon. (Aro 2009, 131.) Alkoholinkäyttö saattaa altistaa hypoglykemialle ja voi komplisoida insuliinihoidon toteuttamista. Rungas alkoholinkäyttö nostaa myös verenpainetta. Koska alkoholijuomat sisältävät paljon energiaa, ne voivat olla painonhallinnassa keskeisiä tekijöitä. (Diabetes käypä hoito 2011.)

3.3.6 Diabeteksen omaseuranta

Diabetes on sairaus, joka vaatii jatkuvaa ja säännöllistä seurantaa. Omaseurannasta on suuri hyöty kun pyritään hyvään hoitotasapainoon. Omaseurannan avulla diabeetikko oppii tuntemaan diabeteksen vaikutuksen ja oman elimistönsä toiminnan erilaisissa tilanteissa. On myös motivoivaa huomata, että omilla valinnoillaan pystyy vaikuttamaan. (Ruuskanen 2008, 71.)

Verensokerin seuraaminen erilaisilla mittausmenetelmillä on oleellista, jotta diabeteksen hoito olisi optimaalista. Toistuvat verensokerin mittaukset ovat tarpeen, jotta erilaisten päivittäiseen elämään liittyvien asioiden, kuten ravinnon ja liikunnan, vaikutukset verensokeriin voidaan arvioida. Useimmat diabeetikot mittaavatkin verensokeriaan itse, ja tekniikan kehittyessä verensokerin mittaaminen on tullut suhteellisen helppoksi. Mittauksen onnistuminen edellyttää kuitenkin oikeaa mittaustekniikkaa ja huolellista asianmukaisten laitteiden käyttöä. Mittauksen tulokseen tulee myös osata reagoida ja hoitoa tarvittaessa muuttaa. Verensokerin mittaus pikamittarilla kertoo mittaushetken verensokeritason. Hoidon pitkäaikaisseurannassa puolestaan käytetään laboratoriotekniikalla tehtävää sokerihemoglobiinin eli HbA_{1c}-arvon määrittämistä, joka kuvastaa keskimääräistä veren glukoosipitoisuutta mittauksesta edeltäneeltä 6–8 viikolta. (Linko ym. 2005, 16,17.)

Verenpaineen tavoitearvo diabeetikolla on alle 130/80 mmHg. Verenpainetta alentava lääkehoito aloitetaan, jos diabeetikon verenpainetaso elintapahoidosta huolimatta ylittää 140/90 mmHg. Diabeetikoille yleisesti suositetut elintapaohjeet ovat myös kohonneen verenpaineen ehkäisyyn ja hoidon kulmakiviä. Erityinen merkitys on suolan käytön välttämällä, ravinnon rasvahappokoostumuksella, liikunnalla, painonhallinnalla, tupakoimattomuudella ja enintään kohtuullisella alkoholinkäytöllä. Jos verenpaine todetaan koholla olevaksi ja tarkempaa seurantaa tai hoitoa vaativaksi, kannattaa hankkia oma kotimittari. Kotona itse mitattu verenpaine kuvaa verenpaineen tasoa paremmin kuin vastaanotto-olosuhteissa mitattu, sillä vastaanotolla verenpaine saattaa nousta pelkästä jännityksestä tai oudosta tilanteesta johtuen. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011; Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositus 2009.)

Jalkojen omaseuranta on yksi keskeisiä diabeteksen omahoitoon kuuluvia asioita, sillä diabeetikoilla on muita suurempi riski saada vakavia jalkaongelmia kuin muilla. Diabeetikkojen tulisi tutkia jalat päivittäin ja huolehtia itse jalkojen perushoidosta, kuten rasvauksesta ja kynsien leikkauksesta. Jalkineiden sopivuus on tärkeää, sillä

hiertävät kengät altistavat haavojen synnylle. Jalkaongelmat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle, ja ne ovat suurelta osin ehkäistävissä. On hyvä muistaa että diabeteksen kokonaisvaltainen hyvä hoito on erittäin tärkeää myös jalkaongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. (Diabeetikon jalkaongelmat Käypä hoito -suositus 2009.)

Painon omaseuranta on painonhallinnassa keskeistä. Myös normaali painoisen kannattaa seurata painoaan, koska lihomisen ehkäisy on helpompaa kuin laihduttaminen. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008.) Vyötärön ympärysmitta on myös tärkeä ja yksinkertainen seurantaväline painonhallinnan seuraamiseen. Vyötärön ympärysmittaan mitataan mittanauhalla. (Aro 2009,154.)

4 TUTKIMUKSIA TYYPIN 2 DIABEETIKKOJEN RYHMÄOHJAUksesta

Tein haun tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksesta. Hakuun käytin seuraavia tietokantoja: Medic, CINAHL, Cochrane Library, EBM Guidelines ja Pub Med. Hakusanoina käytettiin MeSH hakusanoja ”*Diabetes Mellitus, Type 2*”, *Group Processes*, *Peer Group*, *Self Care*, *Health education*. YSA hakusanoja olivat aikuistyyppin diabetes, ryhmät, ryhmätoiminta, ohjaus, itsehoito ja Cinahlissa myös *Diabetes Mellitus, non-insulin-Dependent ja Patient Education*. Tein haun käyttäen hakusanoja ja niiden erilaisia yhdistelmiä ja käyttämällä sanojen katkaisua merkein kunkin tietokannan mukaan. Hakua täydensin hakemalla lisäksi omin sanayhdistelmin, tekijän mukaan tai manuaalisesti. Mukaanottokriteerinä oli, että artikkelin tuli olla tieteellinen artikkeli 2000-luvulta ja käsitellä sekä tyypin 2 diabetesta että ryhmätoimintaa. Artikkelin tuli olla myös suomen- tai englanninkielinen. Kriteerien täytyessä valitsin artikkeleita esikatseluun. Tässä vaiheessa luin tiivistelmät. Tullakseen edelleen valituksi tarkempaan tarkasteluun, tutkimuksen tiivistelmästä tuli käydä ilmi, että artikkeli käsittelee sekä tyypin 2 diabetesta että ryhmäohjausta jossain muodossa. Tarkasteluvaiheessa kävi myös ilmi, että melko suuressa osassa artikkeleita taustalla olikin sama alkupe- räisjulkaisu. Tästä syystä artikkeleita hylättiin siten, että vain yksi julkaisu kustakin tutkimuksesta hyväksyttiin. Mukaan valittiin alkuperäinen julkaisu, mikäli se oli saata- vissa tai vaihtoehtoisesti siitä tehty kattavin löytyvä artikkeli. Osa tutkimuksista karsiui myös saatavuusongelmaan. Lopulliseen tarkasteluun valitut kymmenen artikkelia on kuvattu liitteessä 1.

Näiden tutkimusten mukaan ryhmäohjaus näyttäisi sopivan tyypin 2 diabeteksen hoi- donohjauksen menetelmäksi. Vuonna 2009 tehdyn systemaattisen katsauksen mu- kaan tutkimuksissa oli saatu näyttöä siitä, että ryhmäohjauksella saatiin hyviä tulok- sia. Ryhmäohjaus oli vaikuttavaa ja se paransi verensokeritasapainoa, alensi painoa ja vähensi lääkityksen tarvetta. Omahoitoon suunnattu ryhmäohjaus myös paransi diabetestietämystä sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Myös hoitomyöntyvyys ja sairauden kanssa selviytyminen paranivat. (Deakin, MCS Shane, Cade & Williams 2009.) Useassa muussakin tutkimuksessa ryhmäohjausta saaneilla hoitotasapaino, mitattuna lääketieteellisillä mittareilla, parani (Clancy, Cope, Magruder, Huang & Wolfman 2003; Trento ym. 2002). Osassa tutkimuksissa ryhmäohjauksen teho osoit- tautui yksilöhoidon veroiseksi. (Riley & Marshall 2010; Dove, Morrison, Reimer & Wi- ce 2009; Rickheim, Weaver, Flander & Kendall 2002.) Myös suomalainen tutkijaryh- mä vertasi yksilö- ja ryhmäneuvontaa tyypin 2 diabetesta sairastavien hoidonohjauk-

sessä. Yksilö- ja ryhmäneuvonta osoittautuivat yhtä tehokkaiksi ja tutkijat korostavat, etteivät nämä eri ohjausmuodot ole toisiaan poissulkevia vaan täydentäviä ja molempia tarvitaan pitkäjänteisenä ja toistuvana toimintana. (Tuominen ym. 2001) Myös Dove työryhmineen (2009) painottaa pitkäkestoisen ohjauksen tärkeyttä. Tutkimuksessa selvitettiin myös potilaiden asennetta ja tyytyväisyyttä ryhmätoimintaan, ja tulosten mukaan potilaat suhtautuivat ryhmään joko myönteisesti tai neutraalisti.

Ryhmäohjauksella voidaan saavuttaa myös sellaisia ryhmätoimintaan liittyviä positiivisia puolia, joita yksilöohjaus ei tarjoa. Useassa tutkimuksessa tulee ilmi ryhmän tarjoama vertaiskokemusten tärkeys ja sen tarjoama psykososiaalinen tuki. Karlsen ym. (2004) tutkivat ryhmäohjauksen vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ja metaboliiseen kontrolliin. Tutkimusryhmä raportoi ryhmään osallistumisen vähentävän stressiä ja itsesyytöksiä ja totesi ryhmän auttavan sairauteen liittyvässä sopeutumisprosessissa. Sarkadin ja Rosenqvistin (2004) tutkimuksessa todetaan, että hyväksi koettu tyytyväisyys ja tieto diabeteksestä ovat suorassa yhteydessä hyvään glykeemiseen kontrolliin. Trento ym. 2002 tutkivat ryhmävastaanoton avulla toteutettavan elintapaohjauksen vaikuttavuutta ei-insuliinihoitoisille, tyypin 2 diabeetikoille, verrattuna yksilöohjaukseen. Diabetestietous, elämänlaatu ja terveystyötyminen paranivat ryhmäohjauksella saaneilla. Ryhmäohjauksella onkin saatu hyviä tuloksia diabetestietouden ja terveellisempien elintapojen lisääntymisessä ja sen on myös todettu lisäävän koettua elämänlaatua ja hoitotyytyväisyyttä. (Deakin ym. 2009; Trento ym. 2002). Tyypin 2 diabeteksen hoidossa on keskeistä oma ymmärrys sairaudesta ja motivaatio hoitoon, joten näiden seikkojen parantuminen vaikuttaa myönteisesti omahoitoon. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa verrattiin Diabetes Keskustelut -menetelmällä toteutettua ryhmäohjausta yksilöohjaukseen. Tämän tutkimuksen mukaan saatu ohjaus näytti parantavan potilaiden omia kykyjä selvittää; tutkimus antoi viitteitä omahoidon kykyjen parantumisesta, positiivisesta muutoksesta potilaan asenteessa diabetesta kohtaan ja uskossa omiin kykyihin (*self-efficacy*). (Fernandes ym. 2010.) Ryhmäohjauksella on perusteltu myös kustannustehokkuudella, ryhmäohjauksen on todettu alentavan terveydenhuollon kuluja yksilöohjaukseen verrattuna (Rickheim ym. 2002; Riley & Marshall 2010).

Kansainvälisten tutkimusten tuloksia pohtiessa täytyy huolella punnita niiden sovellettavuutta Suomen hoitokäytäntöihin; esimerkiksi tutkimuksissa esiintyvää group visits -toimintaa ei sellaisenaan Suomessa ole. Tutkimuksien keskinäistä vertailua vaikeuttavat myös niiden erilaiset tutkimusasetelmat. Deakin ym. (2009) toteavatkin systemaattisessa katsauksessaan, että interventioden monimuotoisuus on keskeinen on-

gelma arvioitaessa ryhmäohjauksen vaikuttavuutta. Diabeteksen omahoitoa käsittelevissä tutkimuksissa on myös paljon hoidontasoa kuvaavia muuttujia, jotka perustuvat toisaalta laboratoriokokeisiin ja fyysisiin mittauksiin, toisaalta erilaisiin laadullisiin testeihin ja kyselyiden tuloksiin, jotka kuvaavat mielipiteitä, asennetta, kokemuksia jne. Käytetyt muuttujat vaihtelevat eri tutkimuksissa. Osassa tutkimuksia on myös melko suuri kato tutkimuksen kuluessa. (ks. Rickheim ym. 2002). Lisäksi tuloksia tarkastellessa on ehkä hyvä muistaa esimerkiksi Malmivaaran (2002, 878) esiin tuoma julkaisuharha: hoidon vaikuttavuutta tukevat tutkimukset julkaistaan helpommin kuin sellaiset, joiden tulokset eivät tue hoidon vaikuttavuutta. Tutkimustulokset ovat kuitenkin kaikissa melko yhteneväiset, joten näiden valossa ryhmäohjaus tukee tyyppin 2 diabeteksen omahoitoa. Tämä päätelmä on myös yhdenmukainen diabeteksen käypähoito -suosituksen 2011 kanssa.

5 DIABETES KESKUSTELUT -OHJAUS

Diabetes Keskustelut on vuorovaikutteinen, tyypin 2 diabeteksen hoidon tueksi kehitetty ryhmätyöskentelyohjelma. Se on kehitetty tukemaan hyvää hoidonohjausta. Tavoitteena on lisätä diabetesta sairastavien ihmisten tietoa omasta sairaudestaan ja tukea heitä elintapamuutosten tekemisessä. Diabetes Keskustelut -ryhmäohjausmalli on yhdysvaltalaisen Healthy Interactionin kehittämä ja Kansainvälisen Diabetesliiton tukema ohjattu ryhmätyömalli, jossa käytetään oppimisprosessia tukevana työkaluina keskustelukarttoja, kysymyskortteja ja muuta oheismateriaalia. Keskustelukartat ovat isoja, pöydälle levitettäviä piirroskuvia, jotka käsittelevät diabetekseen liittyviä asiakokonaisuuksia. Oheismateriaalien suunnittelun ja käytön periaatteena on tieto siitä, että oppiminen tehostuu, jos kuuntelemisen lisäksi on mahdollista nähdä, keskustella ja tehdä. (Diabetes Keskustelut -ohjaus)

Diabetes keskustelu -ohjelmaan kuuluu seitsemän erilaista keskustelukartta työkalua. (Kuvio 2) Diabetes osana elämää osio kertoo mitä diabetes on. Miten diabetes vaikuttaa -kartta kuvaa diabeteksen vaikutusta elimistöön ja liitännäissairauksia. Terveellinen syöminen ja liikunta -osio keskittyy elämäntapamuutoksiin, joiden avulla tyypin 2 diabetesta sairastavat voivat parantaa elämänlaatuaan ja ehkäistä tai viivyttää liitännäissairauksia. Liitännäissairauksista on myös erillinen kartta Liitännäissairauksien ehkäisy. Insuliinihoidon aloittaminen -kartta käsittelee insuliinihoidon aloittamiseen liittyviä asioita ja Diabetes ja jalkojenhoito -osio keskittyy jalkojen hoidon periaatteisiin. Lisäksi on yksi, tyypin 1 diabetesta sairastaville tarkoitettu kartta, nimeltään Perheessä on tyypin 1 diabetesta sairastava lapsi. (Diabetes keskustelut -ohjaus.)

Keskustelukartat

- Diabetes osana elämää
- Miten diabetes vaikuttaa
- Terveellinen syöminen ja liikunta
- Insuliinihoidon aloittaminen
- Diabetes ja jalkojenhoito
- Liitännäissairauksien ehkäisy
- Perheessä on tyypin 1 diabetesta sairastava lapsi

KUVIO 2. Diabetes Keskustelut -ryhmäohjaukseen Kuuluvat keskustelukartat

Diabetes keskustelu -ryhmäohjauksen tarkoituksena on koota yhteen pieniä, noin 3 – 10 potilaan ryhmiä, joissa diabetesta sairastavat voivat keskustella avoimesti kokemuksistaan diabeteksestä. Yksi ryhmän tarkoituksista on antaa osallistujille tietoa diabetekseen liittyvistä asioista, mutta tilaisuuksien aikana osallistujilla on myös mahdollisuus kysyä kysymyksiä asioista, jotka heitä diabeteksessä askarruttavat. Ryhmäohjauksen tavoitteena on ymmärtää diabetesta paremmin. Tilaisuuksissa osallistujat voivat keskustella ja jakaa kokemuksia toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja näin he saavat mahdollisuuden vertaistukeen. Tilaisuuksissa osallistujat voivat myös oppia toistensa kokemuksista. Tämä voi olla aikuisille arvokas tapa oppia ja lopulta muuttaa käyttäytymistään pystyäkseen hoitamaan diabetesta entistä paremmin. Ohjelma korostaa potilaan oman käyttäytymisen muutoksen tärkeyttä, vastuun ottamista ja tavoitteiden asettamista keinoina tulokseen pääsemiseksi. (Diabetes keskustelut ohjaajan opas 2008.)

Ryhmää ohjaa aina Diabetes Keskustelut -ohjaajakoulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen, jonka tehtävänä on auttaa osallistujia oppimaan, osallistumaan, keskustelemaan ja pohtimaan diabetekseen liittyviä asioita ja tekemään omia johtopäätöksiä. Suomessa Diabetesliitto kouluttaa hoitajia ryhmäkeskustelujen ohjaajiksi. Diabetes Keskustelut on kansainvälinen ohjelma, joka toteutetaan jo 105 maassa ja yli 35 kielellä. (Diabetes Keskustelut -ohjaus)

Julkaistuja tutkimuksia tästä ryhmäohjausmenetelmästä on vielä vähän. Saatavissa olevien tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet hyvin tyytyväisiä menetelmään ja pitäneet sitä tehokkaana tapana oppia (Ciardullo ym. 2010; Greci 2010). Menetelmän etuna on nähty ennen kaikkea sen mahdollisuus lisätä potilaiden osallistumista oppimisprosessiin ja elämäntapojen ja käyttäytymisen muutokseen, mikä puolestaan näkyy potilaan hyvinä hoitotuloksina (Fernandes ym. 2010).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata Diabetes keskustelut -ryhmäohjausta tyypin 2 diabeetikoiden kokemana. Työn tarkoitus on kuvata ryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja kartoittaa, mikä tekijä sai heidät alun perin osallistumaan ryhmään. Tarkoitus on myös kuvata, miten ryhmään osallistuminen tuki tyypin 2 diabeteksen omahoitoa sairauteen liittyvien tietojen, taitojen ja ymmärryksen lisääntymisenä kuin vertaistuenkin avulla. Lisäksi tarkoitus on kuvata muuttivatko ohjaukseen osallistuneet potilaat oman näkemyksensä mukaan jotakin osa-aluetta omahoidossaan ja elintavoissaan osallistuttuaan ryhmäohjaukseen hoitaakseen itseään entistä paremmin. Tavoitteena on, että työstä saatua tietoa voidaan hyödyntää diabeetikoiden ryhmäohjausten ohjaamisessa ja kehittämisessä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia kokemuksia tyypin 2 diabeetikoilla on Diabetes Keskustelut -ryhmäohjauksesta?
2. Mikä tekijä sai osallistumaan ryhmäohjaukseen?
3. Miten Diabetes keskustelut -ryhmäohjaukseen osallistuminen tukee tyypin 2 diabeteksen omahoitoa.?
4. Millaisia omahoitoon liittyviä muutoksia potilaat kuvasivat tehneensä osallistuttuaan Diabetes Keskustelut -ryhmäohjaukseen?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus toteutettiin pääosin määrällisenä tutkimuksena, mutta tutkimukseen haluttiin sisällyttää myös laadullinen osuus. Tämä tutkimus on kuvaileva. Kuvailevan tutkimuksen lähestymistapa voi olla sekä määrällinen että laadullinen ja samassa tutkimuksessa voidaan myös käyttää molempia tutkimustapoja toistensa täydentämiseksi tutkimusongelmasta riippuen. Varsinkin sanallisia vastauksia voi olla antoisampaa analysoida laadullisin menetelmin (Vehkalahti 2008,13). Määrällinen tutkimus on puolestaan menetelmä, jossa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Määrällinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista, ja sen avulla voidaankin kuvata ihmisiä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Kuvaileva tutkimus dokumentoi ilmiöstä keskeisiä piirteitä ja sitä käytetään, jos tarkoitus on kuvailla miten erilaiset ominaisuudet, mielipiteet yms. ovat jakautuneet tutkittavassa joukossa. Kuvailevan tutkimuksen tarkoitus on esittää kuvauksia toiminnasta, tilanteesta ja henkilöistä. (Vilkka 2007, 13, 18–26.)

7.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohteena olivat aikuiset tyypin 2 diabetesta sairastavat henkilöt, jotka olivat osallistuneet Diabetes keskustelut -ryhmäohjaukseen tietyissä, tutkimukseen valituissa perusterveydenhuollon toimipisteissä. Tutkimuksen yhdyshenkilöinä toimivat ryhmäohjausten ohjaajina toimivat diabeteshoitajat. Yhdyshenkilöiden käytöllä saavutettiin osallistujien tavoittaminen siten, että potilaiden tietosuoja tutkijaan päin säilyi. Tutkimus toteutettiin kyselylomaketutkimuksena. Kuvailevan määrällisen tutkimuksen aineistonkeruu menetelmäksi kysely sopii hyvin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193 – 197). Kyselylomaketta käytetään esimerkiksi silloin, kun tutkittavat ovat hajallaan, ja se sopii hyvin myös henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen. Henkilökohtaisia asioita ovat esimerkiksi ihmisen koettu terveys, terveystyötyminen, itsehoito ja ruokatottumukset. (Vilkka 2007, 28.) Yhdyshenkilöt jakoivat saatekirjeet (Liite 2) ja kyselylomakkeet (Liite 3) potilaille ryhmätapaamisessa, ja tällöin kaikilla ohjaukseen osallistuvilla potilailla oli tasavertainen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Osallistujat palauttivat kyselyt suljetuissa vastauskuorissa yhdyshenkilölle ja näin ne tulivat vain tutkijan luettaviksi. Tämä oli tärkeää, sillä ryhmiä ohjasivat potilai-

den omat diabeteshoitajat, joihin potilailla on pitkäaikainen ja jatkuva hoitosuhde, ja mainittu järjestely lisäsi myös potilaiden uskallusta vastata mahdollisemman rehellisesti.

Tutkimus toteutettiin usealla paikkakunnalla eri puolilla Suomea. Koska tutkimus kohdistui melko uuteen ryhmäohjauksen menetelmään, oli tutkimuksen ensimmäinen vaihe kartoittaa tilanne ryhmien toiminnan osalta. Tutkimuksen lähtökohtana oli tieto, että jo vuoden 2009 loppuun mennessä Suomessa oli koulutettu noin 500 ammattilaista ryhmän ohjaajiksi ja että koulutusta järjestettiin edelleen jatkuvasti. Suomessa Diabetesliitto tukee Diabetes Keskustelut -ryhmäohjausmallin levittämistä myymällä kouluttaja- ja asiantuntijapalvelujaan ohjelmalle. (Diabetesliitto 2010.) Koska tutkimuksen toteuttaminen edellyttää toimivia ryhmiä, mukaan tutkimukseen valikoituisivat ne toimipisteet, joissa ohjausmuoto olisi jo otettu käyttöön. Kartoittamistyö käynnistyi runsailla puhelinkontakteilla diabeteshoitajiin ja osastonhoitajiin loppuvuodesta 2011. Osoittautui, että ryhmiä oli alettu pitää niukalti. Kaikkiaan vain viisi hoitajaa löytyi yhdyshenkilöksi. Koska mukaan tarvittiin lisää osallistujia, päätin ottaa yhteyttä Diabeteshoitajat Ry:n kutsuakseni hoitajia mukaan tutkimuksen yhdyshenkilöksi. Diabeteshoitajat ry on valtakunnallinen yhdistys, jonka jäsenenä on noin 1900 diabetestyötä tekevää hoitoalan henkilöä. Ilmoitukseni tuli luettavaksi yhdistyksen verkkosivuille joulukuussa 2011 ja se julkaistiin Diabeteshoitajat Ry:n jäsenkirjeessä 1/2012. Ilmoitukseni johdosta sain yhden yhteydenoton ja hän toimikin yhtenä tutkimuksen yhdyshenkilönä. Valitettavasti yksi aiemmin mukaan tutkimukseen ilmoittautunut hoitaja perui osallistumisensa työolosuhteissa tapahtuneiden muutosten johdosta. Näin mukana oli viisi ryhmäohjaajana toimivaa hoitajaa viidestä eri perusterveydenhuollon toimipisteestä; yksi toimipiste oli Pohjois-Savosta, yksi Pohjois-Karjalasta, yksi Pohjois-Pohjanmaalta ja kaksi Varsinais-Suomesta. Luvat haettiin kohdeorganisaatioiden ylilääkäreiltä/ tulosaluejohtajilta 16.2.2012. Tutkimuslupa myönnettiin kaikille haetuille toimialueille.

Tutkimukseen osallistuvien ryhmien ohjaus tapahtui osana hoitajien työtä ja ryhmille ei siis asetettu mitään tavallisuudesta poikkeavia rajoituksia. Diabetes Keskustelut -ryhmäohjauksessa ryhmän ohjaajat kokoavat ryhmät ja ohjaavat ryhmät oman suunnitelmansa ja ryhmän tarpeiden mukaan. Näin ryhmäkoot ja ohjauskertojen lukumäärät vaihtelevat eri ryhmissä. Ohjaajat käyttävät ohjauksessa myös apunaan niitä Diabetes Keskustelut -keskustelukarttoja, joiden he itse arvioivat sopivan ryhmän ohjaukseen kullakin tapaamiskerralla parhaiten. Näin myös tutkimukseen osallistuvien

ryhmien koot ja tapaamiskerrat sekä ohjauksen apuna käytetyt keskustelukartat ja karttojen lukumäärät saattoivat vaihdella eri ryhmissä.

Tutkimuksen yhdyshenkilöt ohjeistettiin jakamaan kyselylomakkeet saatekirjeineen potilaille ryhmäohjausten viimeisellä tapaamiskerralla. Tutkimuksen käynnistyessä yhdyshenkilöiksi lupautuneista hoitajista kolmella ei kuitenkaan ollutkaan toimivaa ryhmää tai vastaavasti ryhmää alkamassa siten, että ryhmäläisten ohjausjakso päättyisi niin, että osallistujat ehtisivät vastata kyselyyn tutkimuksen tiedonkeruun aikana. Heidän kanssaan päädyimme siihen, että he toimittavat kyselylomakkeet aiemmin ohjaamiensa ryhmien osallistujille. Alun perinhän toimivia ryhmiä haettiin nimenomaan siitä syystä, että yhdyshenkilöiden olisi ensinnäkin mahdollisimman vaivatonta saada kyselylomakkeet jaetuksi tutkittaville ja toiseksi siksi, että heillä olisi henkilökohtaisen tapaamisen yhteydessä mahdollisuus motivoida potilaita vastaamaan, mikä puolestaan jäisi postikyselyissä puuttumaan. Kyselyyn vastaamisen aktiivisuudessa oli mittavaa vaihtelua eri ryhmien välillä. Parhaimmillaan erään hoitajan potilailleen jakamat kaikki kuusi kyselylomaketta palautuivat tutkijalle, kun taas heikoimmillaan eräässä toimipaikassa jaetusta viidestä lomakkeesta ei palautunut ainoatakaan kyselyä. Vastauslomakkeita palautui lopulta yhteensä 19 kappaletta.

7.3 Käytetty mittari

Tutkimuksen aineisto hankittiin potilaille kohdistetun kyselylomakkeen avulla. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake eli mittari suunniteltiin tätä tutkimusta varten. Suunnittelu pohjautui perehtymiseen tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjausta, omahoitoa ja elintapamuutosta koskevaan kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. Mittari pyrittiin laatimaan kattavaksi ja käsitteiden operationalisointi muuttujiksi tehtiin huolellisesti, jotta tutkittava ilmiö olisi mahdollista mitata mahdollisimman luotettavasti.

Kyselylomake (liite 3) sisältää taustamuuttujista tietoa keräviä kysymyksiä ja tutkimusilmiötä mittaavia kysymyksiä. Kyselylomake sisältää strukturoituja kysymyksiä, eli monivalintakysymyksiä ja Likertin asteikollisia väittämiä, sekä myös avoimia kysymyksiä. Saadakseni selville potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä ryhmään osallistumisesta käytettiin kyselylomakkeessa viisiportaista Likert-asteikkoa, jossa toisena vastauksen ääripäänä on täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä. Valli (2010, 118–126.) toteaaakin, että kun kyse on asenteiden tai mielipiteiden mittaamisesta, yksi useimmin käytetyistä ja sopivimmista vaihtoehdoista on Likertin as-

teikko. Avointen kysymysten käytön etuna on puolestaan saada vastaajan mielipide selville perusteellisesti. Avointen kysymysten käytön perusteena on myös se, että vastausten joukossa voi olla uusia, hyviä ideoita.

Kyselylomakkeella kartoitettiin vastaajien kokemuksia Diabetes Keskustelut ryhmästä. Vastaajilta kysyttiin mielipidettä ryhmäkoosta, tapaamiskerojen määrästä ja kokemuksista ryhmän ilmapiiristä. Kyselyllä haluttiin saada tietoa myös siitä, mikä tekijä oli alun perin saanut vastaajan osallistumaan kyseiseen ryhmäohjaukseen. Sitä miten Diabetes keskustelut -ryhmäohjaukseen osallistuminen tuki tyypin 2 diabeteksen omahoitoa, selvitettiin sairaudesta saatua tietoa, ymmärrystä ja vertaistukea koskevilla kysymyksillä. Saatua tietoa kartoitettiin keskeisyyden ja käytettävyyden näkökulmasta. Tiedonsaantia ja ymmärrystä kysyttiin myös eri omahoidon osa-alueista. Kyselyllä haettiin tietoa myös siitä, millaisia omahoitoon liittyviä muutoksia potilaat kuvaivat tehneensä osallistuttuaan Diabetes Keskustelut -ohjaukseen.

Lomake esitettiin ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 154) mukaan esitestaaminen on erittäin tärkeää silloin, kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria. Esitestausta suoritettiin käyttäen mahdollisimman samanlaisia vastaajia kuin varsinaisessa aineistonkeruussa tulisi olemaan, eli kohderyhmänä oli täysin vastaava, Diabetes Keskustelut -ryhmäohjaukseen osallistunut potilasryhmä. Saatekirjeessä esitutkimukseen osallistujille (Liite 4) kerrottiin, että vastaajien antamat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tietoja käytetään vain tutkimusvaiheessa, jossa kyselylomaketta muokataan lopulliseen muotoonsa. Vastaajille kerrottiin myös, että he voivat antaa vapaasti palautetta kyselylomakkeesta ja sen toimivuudesta. Esitestauksen yhteydessä kyselylomakkeen loppuun lisättiin avoin kysymys, johon vastaaja saattoi vapaasti kertoa mielipiteensä kyselystä. Kyselylomake jaettiin viidelle potilaalle, joista kolme palautti kyselyn. Esitestauksen jälkeen kahta kysymystä muotoiltiin selkeämmäksi, jotta kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysymyksen samalla tavalla, ja että kukin vastaaja ymmärtäisi kysymyksen myös yksiselitteisesti.

7.4 Aineiston analysointi

Ennen varsinaista analysointia palautuneet lomakkeet tarkastettiin. Sen jälkeen tiedot syötettiin havaintomatriisiksi käyttäen SPSS for windows 19 -ohjelmaa. Aluksi luotiin uusia tarvittavia muuttujia eli ikä ja painoindeksi (BMI) sekä tehtiin useamman vasta-

usvaihtoehdon valinnan mahdollistavasta monivalintakysymyksestä tarvittavat uudet muuttujat. Sopivien tilastollisten menetelmien valinta perustuu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmaan. Aineistoa kuvaillaan yleensä käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100). Tämä tutkimus on kuvaileva, joten muuttujista laskettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia ja aineistosta laskettiin tilastollisia tunnuslukuja. Määrällisen aineiston analyysissä yksittäisistä muuttujista selvitetään useita muuttujaa kuvaavia tunnuslukuja; sijaintilukuja ja hajontalukuja. Kun tarkoitus on saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta, käytetään sijaintilukuja. Jos halutaan tietää, kuinka havaintoarvot poikkeavat toisistaan käytetään hajontalukuja. (Vehkalahti 2008, 54; Vilkka 2007, 119). Tässä tutkimuksessa tunnusluvuista selvitettiin keskiarvo, moodi ja mediaani, keskihajonta ja muuttujan saamat minimi ja maksimi arvot. Yksittäisistä muuttujista haettiin tietoa miten vastaajien antamat tiedot ja mielipiteet painottuvat eri muuttujien kohdalla. Tunnuksilla voidaankin helposti esittää numeraalista tietoa mielipiteistä, asenteista tai tyytyväisyydestä (Vilkka 2007, 120). Jotta saataisiin tiivistettyä tietoa ja että saataisiin kokonaiskäsitys samaa ilmiötä mittaavien muuttujien antamasta tiedosta, määritettiin keskiarvomuuttujia. Keskiarvomuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen kuhunkin muuttujaan kuuluvat vastausarvot ja jakamalla saatu summa kysymysten lukumäärällä. Näin saatu arvo vastaa alkuperäisen kysymyksen luokittelua. (Heikkilä 2008, 136; Vehkalahti 2008, 112.) Uusia keskiarvomuuttujia käytettiin avuksi myös ristiintaulukoinnissa. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan esittää tietoa siitä, miten eri muuttujat ovat riippuvaisia toisistaan. Kun kahta muuttujaa vertaillaan samanaikaisesti ristiintaulukoinnin avulla, etsitään joko eroja tai säännönmukaisuuksia riippuen muuttujan luonteesta. (Kananen 2010, 104–106; Vilkka 2007, 119) Ristiintaulukoinnilla verrattiin esimerkiksi mielipiteitä eripituisen ajan diabetesta sairastaneiden välillä. Vilkka (2007,120) kuitenkin painottaa, että vaikka ristiintaulukoinnin avulla voidaan esittää tietoa siitä, miten eri muuttujat ovat riippuvaisia toisistaan, mutta suoraa syy–seuraus-suhdetta ei kuitenkaan pidä vetää sen perusteella.

Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisesti sisällönanalyysin periaatteita mukaillen. Saatujen vastausten tekstit ryhmiteltiin ja luokiteltiin. Sisällönanalyysissä aineistosta muodostetaan kategorioita ja tutkitaan niiden esiintymistä ja tekstin merkityksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 55; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112,113). Vaikka avoimet kysymykset voidaan analysoida myös määrällisesti, näin ei siis haluttu tehdä, vaan haluttiin tarkastella mahdollisimman avoimesti mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Jokainen kysymys käsiteltiin omana, itsenäisenä kokonaisuutenaan. Kysymyslomakkeen kysymys numero 15, Mikä tekijä sai teidät osallistumaan

Diabetes Keskustelut -ryhmään, muodosti oman tutkimuskysymyksen, mutta muut avoimet kysymykset täydensivät tilastollisella menetelmällä aihepiiristä saatua tietoa.

8 TULOKSET

8.1 Taustamuuttujien kuvailu

Vastaajat olivat aikuisia tyypin 2 diabetesta sairastavia henkilöitä, jotka olivat osallistuneet Diabetes Keskustelut -ryhmäohjaukseen jossakin niistä viidestä perusterveydenhuollon toimipisteestä, jossa tutkimus toteutettiin. Näistä toimipisteistä yksi sijaitsi Pohjois-Savossa, yksi Pohjois-Karjalassa, yksi Pohjois-Pohjanmaalla ja kaksi Varsinais-Suomessa. Tutkimuksessa toimi yhdyshenkilönä viisi ryhmää ohjannutta hoitajaa ja he jakoivat kyselylomakkeet ryhmäohjaukseensa osallistuville, keskimäärin viidelle tai kuudelle potilaalle. Potilaiden osallistuminen tutkimukseen vastaamalla saamaansa kyselyyn oli eri ryhmissä hyvin vaihtelevaa, vaihteluväli oli 0–100 %. Kyselylomakkeita palautui 19 kappaletta. Vastaajista miehiä oli 8 ja naisia oli 11. Osallistujat olivat 54–81 vuoden ikäisiä. Miesten keski-ikä oli 69,5 vuotta ja naisten 65,8 vuotta. Vastaajat olivat sairastaneet tyypin 2 diabetesta hyvin erimittaisia aikoja. Taulukossa 1 kuvataan vastaajien taustatietoja.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot

	mies	nainen	yhteensä
Sukupuoli (n=19)	8	11	19
Ikä (n=18)			
54 – 65	2	4	6
66 – 75	2	6	8
75 – 81	3	1	4
Koulutus (n=18)			
Kansa-, Keski- tai peruskoulu	2	4	6
Ammattikoulu tai vastaava	6	2	8
Ylioppilas opistotutkinto		4	4
Ammattikorkeakoulututkinto Akateeminen tutkinto			
Tyypin 2 diabeteksen sairastamisen aika (n=18)			
Alle 1 vuotta	2	1	3
2 – 5 vuotta	3	1	4
5 – 10 vuotta		3	3
Yli 10 vuotta	3	5	8

Miesten paino vaihteli 69–147 kg:n välillä. Miehillä painoindeksin keskiarvo oli 31,3, mikä luokitellaan merkittäväksi lihavuudeksi. Naisten paino vaihteli 62–101 kg:n välillä. Naisten painoindeksin keskiarvo oli 30,4, mikä kuuluu myös luokkaan merkittävä lihavuus. Painoindeksin mediaani oli miehillä 29,5 ja naisilla 30, kaikilla yhteensä 30. Yksilölliset vaihtelut painoindeksissä olivat suuret, kaikilla painoindeksi vaihteli välillä 24–45. Vyötärönympäryys oli miehillä keskimäärin 109 cm ja naisilla 99 cm. Keskivartalolihavuudenraja vyötärönympäryksen mitalla määritettynä on Käypä hoito -suosituksen mukaan miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Näiden suositusten alle jäi kolme miestä ja kaksi naista, joten keskivartalolihavia oli 74 % vastanneista. Vastaa- jien terveystiedot on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Vastaajien terveystiedot

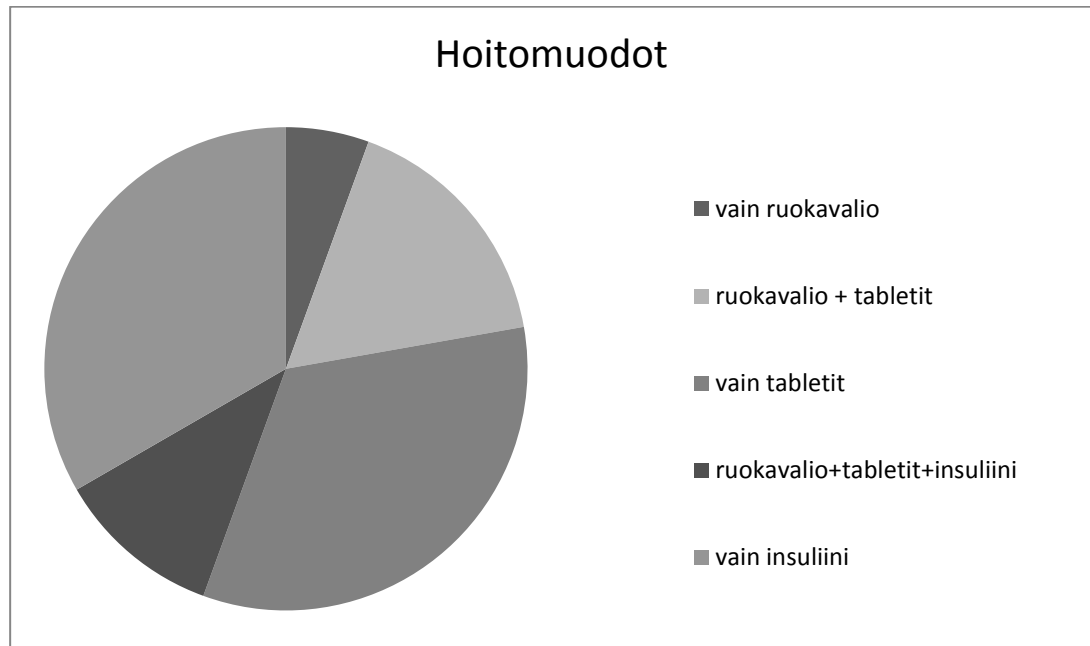
	Miehet					Naiset				
	Keski- arvo	std	Min.	Max.	n	Keski- arvo	std	Min.	Max.	n
Paino kg	97,5	23,3	69	147	8	80,5	12,4	62	101	11
BMI kg/m	31,3	6,3	26	45	8	30,4	5,1	24	40	11
Vyötärö cm	108,9	21	90	150	7	99	12,9	80	120	9

Kyselylomakkeella kartoitettiin potilaiden tyypin 2 diabeteksen hoitoon käytössä olevia hoitomuotoja. Vaihtoehtoina olivat ruokavalio, tabletit tai insuliini. Vastaajia pyydettiin valitsemaan kaikki heitä koskevat vaihtoehdot. Saadut vastaukset on kuvattu taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Vastaajien käytössä olevat hoitomuodot

Käytössä hoitomuotona (n=18)	vastausten lukumäärä	% vastanneista
ruokavalio	6	31,6
tabletit	11	58
insuliini	8	42

Vastausten mukaan vastaajilla oli käytössä seuraavia hoitomuotoja: Hoitona vastaajista oli 5 %:lla pelkkä ruokavaliohoito, 47 %:lla hoitona olivat tabletit (heistä kolmasosalla oli lisäksi hoitona ruokavalio), tablettien ja insuliinin yhdistelmähoidolla oli 11 % ja 32 %:lla hoitona oli insuliini. Yksi vastaaja ei ollut valinnut mitään vaihtoehtoista hoitomuodokseen. Vastaajien käytössä olevat hoitomuodot on esitetty kuviossa 3.



KUVIO 3. Vastaajien tyypin 2 diabeteksen hoito

Vastaajista 13 ilmoitti mittaavansa verensokerinsa itse. Heistä neljä mittasi kerran päivässä ja kuusi useamman kerran. Lopuilta vastaajilta kyseinen tieto puuttui. Noin kolmannes ei mitannut itse verensokeriaan, ja tästä ryhmästä kaikki yhtä lukuun ottamatta, ilmoittivat että heidän verensokerinsa mitataan laboratoriossa. Verenpaineensa kotimittarilla mittasi 15 vastaajaa. Kolme heistä, jotka eivät mitanneet verenpainettaan itse, ilmoitti että verenpainetta seuraa terveydenhuollon henkilöstö. Yksi vastaaja ilmoitti, ettei verenpainetta mitata lainkaan.

8.2 Osallistujien kokemukset ryhmäohjauksesta

Osallistujien ohjausryhmiin oli osallistunut pienimmässä ryhmässä 3 henkilöä ja enimmillään ryhmässä oli ollut 10 osallistujaa, keskimäärin osallistujia oli 4–6. Osa vastaajista myös ilmoitti osallistujien määrän liukuvasti minimistä maksimiin, koska

joissakin kokoontumisissa osa ryhmään kuuluvista ei ollut osallistunut tapaamiseen. Tällöin vastaajan ryhmän osallistujien määräksi kirjattiin suurempi luku, jossa on siis mukana kaikki ryhmään kuuluvat osallistujat. Tutkimukseen osallistujia pyydettiin arvioimaan ryhmäkokoasteikolla liian pieni, sopiva tai liian suuri. Enemmistö vastaajista arvioi ryhmän olleen kooltaan sopiva. Ainoastaan yhden vastaajan mielestä ryhmä oli ollut liian suuri. Liian pieneksi ryhmän arvioi puolestaan kaksi vastaajaa. Ryhmänsä liian pieneksi arvioineiden vastaajien ryhmässä osallistujia oli ollut toisessa 4 ja toisessa 5 osallistujaa. Tapaamiskertojen määrä vaihteli eri ryhmässä. Vaihteluväli oli kolmesta viiteen. Vastaajat arvioivat ryhmäohjaukseen liittyviä tapaamiskertojen määrää asteikolla liian vähän, sopiva määrä tai liian monta. Tapaamiskertoihin oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Tulokset on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Vastaajien kokemus ryhmäkoosta ja ryhmäohjauksetojen määrästä

Ryhmäohjaus	n
Ryhmäkoko	
sopiva	16
liian pieni	2
liian iso	1
Ryhmäohjaukset	
sopiva	14
liian vähän	4
liian monta	1

Vastaajia pyydettiin arvioimaan ryhmän ilmapiiriä ja toimivuutta vastaamalla niitä kuvaaviin väittämiin viisiportaisella Likertin asteikolla. Kaikki vastaajat olivat joko täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ilmapiiri oli ollut myönteinen. Myös luottamus toisiin ryhmäläisiin arvioitiin hyväksi, suurin osa vastaajista arvioi pystyneensä luottamaan muihin ryhmässä oleviin. Ryhmä koettiin myös pääsääntöisesti kannustavaksi. Suurin osa vastaajista koki myös että pystyi esittämään kysymyksiä ja puhumaan mieltään vaivaavista asioista omassa ryhmässään, mutta toisaalta yksi vastaaja oli täysin erimieltä näistä väitteistä. Tulokset siitä, millaisena ryhmä koettiin, on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Vastaajien arviointia ryhmän ilmapiiristä

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
ryhmätapaamisten ilmapiiri oli myönteinen (n=18)	16	2			
Pystyin luottamaan muihin ryhmässä oleviin (n=18)	14	3	1		
Koin ryhmän kannustavana (n=18)	9	8	1		
pystyin esittämään kysymyksiä (n=19)	11	5	1		1
Pystyin puhumaan mieltäni vaivaavista asioista (n=19)	11	5	1		1

Avoimissa kysymyksissä vastaajat kuvasivat ohjausta tarpeelliseksi ja tärkeäksi sekä hienoksi ja mukavaksi kokemukseksi. He toivat ilmi tyytyväisyytensä ryhmän ilmapiiriin. Vastausten mukaan ryhmissä oli voinut keskustella hyvin vapaasti ja saanut myös kysellä asioista. Eräs vastaaja kirjoitti seuraavasti: *"Ohjaus oli hieno kokemus. Ryhmäämme syntyi todella hieno henki, saatoimme keskustella hyvin vapaasti."* Myös ryhmän ohjaajat saivat kiitosta. Ohjaajat olivat vastaajien mukaan osanneet luotsata ryhmää hyvin ja myös asiallinen, ymmärrettävä asioiden kertominen sai kiitosta.

8.3 Mikä tekijä oli saanut osallistumaan ryhmäohjaukseen

Yhdeksi ohjaukseen hakeutumisen syyksi mainittiin saatu tieto tästä ryhmäohjauksesta ja suosittelu osallistua. Yleisimmin tieto ryhmäohjauksesta oli tullut omalta diabeteshoitajalta ja moni vastaaja ilmoitti hakeutuneensa ohjaukseen juuri diabeteshoitajan suosituksesta. Useasti ohjaukseen oli hakeuduttu myös lääkärin kehotuksesta. Mukaan lähdettiin myös muilta tuttavilta kuultujen hyvien kokemusten innoittamana ja yhdessä vastauksessa saatu tieto hyvistä ryhmän ohjaajista mainittiin innostaneen mukaan.

Vastauksista ilmeni, että useille ryhmäohjaukseen osallistumiseen kannustava tekijä oli mahdollisuus toisten diabeetikoiden tapaamiseen. Monet vastaajat olivat kirjoitta-

neet, että tekijä, joka oli saanut osallistumaan, oli *"Toisten tapaaminen"*. Myös vertaiskokemusten jakamisen halu tuli vastauksista selkeästi esille. Vastauksissa kirjoitettiin esimerkiksi seuraavasti: *"Halu kuulla muiden mielipiteitä."*, *"Mahdollisuus vertailla kokemuksia toisten ryhmäläisten kanssa."* ja *"Kokemusten ja tietojen vaihto."*

Halu saada tietoa omasta sairaudesta oli myös yksi selkeä syy osallistumiseen. Useissa vastauksissa kerrottiin, että osallistumaan sai selkeä tiedon puute diabeteksestä. Osa vastaajista puolestaan ilmoitti, että ryhmään sai hakeutumaan oma halu saada lisätietoa sairaudesta. Esimerkiksi mainittiin, että uudet hoitotoimet olivat synnyttäneet tiedon tarvetta. Sairaudesta haluttiin saada myös uusinta, ajanmukaista tietoa. Toisaalta mainittiin myös halu vahvistaa aiemmin opittua tietoa ja halu tiedon kertaamiseen tuotiinkin ilmi. Eräs vastaaja kirjoitti vastauksessaan osallistumisensa syistä seuraavasti: *"Perusasioiden kertaus, jolloin muistuu monet asiat uudelleen mieleen."*

8.4 Miten Diabetes keskustelut -ryhmäohjaukseen osallistuminen tuki tyypin 2 diabeteksen omahoitoa.

8.4.1 Tiedonsaanti ja ymmärrys sairaudesta

Ryhmäohjaukseen osallistuneet arvioivat saamaansa tietoa, sen tuttuutta ennestään ja sen keskeisyyttä ja käytettävyyttä oman hoitonsa kannalta. Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä, että ohjaus sisälsi heille uutta tietoa diabeteksestä. He, jotka olivat täysin eri mieltä siitä, että ohjaus sisälsi uutta tietoa, olivat sairastaneet diabetesta yli kymmenen vuotta, vastausten mukaan joukossa oli yli kolmekymmentäkin vuotta sairastaneita. Vastaavasti he, jotka arvioivat aiheet ennestään tutuiksi, painottuivat pidempään sairastaneiden ryhmään. Kokemus siitä, olivatko käsitellyt aihealueet ennestään tuttuja, jakoi siis vastaajien mielipiteet melko tasaisesti. Toisaalta avoimissa kysymyksissä jotkut vastaajat myös kertoivat, että kaipasivat tietojen kertaamista ja että asioiden kertaus oli ollut tarpeen, vaikka asiat sinällään olisivatkin olleet tuttuja. Ohjauksesta saatu tieto arvioitiin keskeiseksi oman hoidon kannalta. Vastaajat olivat myös hyvin yksimielisiä siitä, että ohjaus sisälsi sellaista käytännön tietoa, jota he voivat käyttää omassa hoidossaan. Taulukossa 6 kuvataan vastaajien kokemukset tiedon saannista, ryhmiteltynä sen mukaan kauanko vastaaja on sairastanut diabetesta.

TAULUKKO 6. Vastaajien kokemuksia saadun tiedon laadusta

tieto sairastamisen ajasta n=18, puuttuvatieto 1	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseen- kin tai täysin eri mieltä
Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa diabe- teksestä n=18			
alle 1 vuotta sairastaneet n=3	3		
2 – 5 vuotta sairastaneet n=4	4		
5 – 10 vuotta sairastaneet n=3	2	1	
yli 10 vuotta sairastaneet n=8	5	1	2
kaikki	14	2	2
Käsitellyt aihealueet olivat minulle ennes- tään tuttuja n=17			
alle 1 vuotta sairastaneet n=3			2
2 – 5 vuotta sairastaneet n=4		2	2
5 – 10 vuotta sairastaneet n=3	2	1	
yli 10 vuotta sairastaneet n=8	5	1	2
kaikki	7	4	6
Käsitellyt asiat olivat keskeisiä oman hoi- toni kannalta n=18			
alle 1 vuotta sairastaneet n=3	3		
2 – 5 vuotta sairastaneet n=4	4		
5 – 10 vuotta sairastaneet n=3	3		
yli 10 vuotta sairastaneet n=8	7		1
kaikki	17		1
Koen, että ohjaus sisälsi sellaista käytän- nön tietoa, jota voin käyttää omassa hoi- dossani n=17			
alle 1 vuotta sairastaneet n=3	2		
2 – 5 vuotta sairastaneet n=4	3	1	
5 – 10 vuotta sairastaneet n=3	3		
yli 10 vuotta sairastaneet n=8	8		
kaikki	16	1	

Tiedon saantia keskeisistä omahoidon osa-alueista kartoitettiin esittämällä väitteitä ryhmäohjauksesta saadusta tiedosta. Kyselyssä väitteet esitettiin viisi portaisella Likert-asteikolla. Täysin eri mieltä olevia vastauksia ei ollut vastausten joukossa lain-

kaan, joten kyseinen sarake on vastauksia kuvaavasta taulukosta poistettu. Vastausten mukaan tietoa omahoidon eri osa-alueista oli saatu hyvin. Saadut vastaukset kuvataan taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Kokemukset ohjauksesta saadusta tiedosta

n=19	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä (1)
Sain riittävästi tietoa diabeetikoille terveellisestä ruokavaliosta.	12	6	1	
Sain tietoa ravinnon laadun vaikutuksesta verensokeriin.	14	4	1	
Sain tietoa ravinnon määrän vaikutuksesta verensokeriin.	12	5	1	1
Sain tietoa ruoka-aikojen säännöllisyyden vaikutuksesta verensokeriin	17	2		
Sain tietoa ravinnon vaikutuksesta painon-hallintaan.	15	3	1	
Sain tietoa painonhallinnan merkityksestä diabeteksen hoitotasapainossa.	18	1		
Sain tietoa liikunnan merkityksestä painon-hallinnassa.	17	2		
Sain tietoa liikunnan vaikutuksesta verensokeriin.	17	2		
Sain tietoa sopivasta liikunnan määrästä.	13	5	1	
Sain tietoa tupakoinnin haitoista.	16	2		1
Sain tietoa verensokerin omaseuranan hyödyllisyydestä diabetesta sairastavalle.	15	3	1	
Sain tietoa diabetekseen liittyvistä liitännäissairauksien riskeistä.	18	1		

(1 Täysin eri mieltä olevia vastauksia ei ollut lainkaan ja siksi kyseinen sarake on taulukosta poistettu

Diabetes Keskustelut ryhmäohjauksen yhtenä tavoitteena on tukea diabeetikon omaa vastuunottoa sairautensa hoitamisessa ja auttaa häntä ymmärtämään diabetesta paremmin. Kyselylomakkeella näitä tavoitteita kartoitettiin väittämien avulla. Alla olevassa taulukossa 10 kuvataan saatuja vastauksia. Väitteiden vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: 1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin eri mieltä ja 5= täysin eri mieltä. Taulukossa 8 on kuvattu saatujen vastausten keskiarvot. Mitä lähempänä lukua yksi keskiarvo on, sitä enemmän vastaajat ovat siis täysin samaa mieltä väitteen kanssa.

TAULUKKO 8. Vastaaajien kokemus ryhmäohjauksesta

	n	keski- arvo	vaihteluväli
Ohjaukseen osallistuminen auttoi ymmärtämään mitä diabetes sairautena on.	17	1,35	1 – 4
Keskustelu toisten kanssa auttoi ymmärtämään mitä terveellinen syöminen diabeetikoille tarkoittaa.	17	1,35	1 – 2
Keskustelu ryhmässä auttoi pohtimaan omien ruokattumusten terveellisyyttä.	17	1,35	1 – 2
Koen, että pystyn hyödyntämään ravitsemuksesta saamaani ohjausta omaan hoitooni.	16	1,5	1 – 3
Ryhmä auttoi pohtimaan liikunnan merkitystä omassa hoidossani.	17	1,82	1 – 5
Ryhmä motivoi pohtimaan oman päivittäisen liikunnan määrää.	17	1,59	1 – 3
Ohjaus auttoi huomaamaan muutostarpeita elintavoissani.	17	1,41	1 – 3
Ohjaus auttoi ymmärtämään omien valintojeni tärkeyden hoidossani.	17	1,24	1 – 2
Keskustelu toisten kanssa auttoi ymmärtämään lääkeshoidon merkityksen hoidossani.	17	1,47	1 – 3
Ryhmäohjaus auttoi ymmärtämään, että seurantarvojen (verensokeri, veren rasva-arvot, verenpaine, vyötärönympäryys) tunteminen on tärkeää.	17	1,18	1 – 2
Syntyi tunne, että pystyn itse vaikuttamaan omaan terveyteeni.	17	1,24	1 – 2
Halu hoitaa itseä lisääntyi.	16	1,25	1 – 3

Ryhmäohjauksesta saadusta tiedosta ja ymmärryksestä koostuvia vastauksia ryhmiteltiin ja yhdistettiin uudelleen keskiarvomuuttujiksi siten, että jokaiselle vastaajalle muodostui kolme uutta muuttujaa seuraavista aihepiireistä: ravitsemus, liikunta ja painonhallinta. Muuttujien sisällöt on kuvattu tarkemmin liitteessä 5. Keskiarvomuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen kuhunkin keskiarvomuuttujaan kuuluvat vastausarvot ja jakamalla saatu summa kysymysten lukumäärällä. Näin saatu arvo vastaa alkuperäisen kysymyksen luokittelua. Alkuperäisissä kysymyksissä käytettiin viisi portaista Likert-asteikkoa ja väitteet olivat seuraavat: 1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin eri mieltä ja 5= täysin eri mieltä. Taulukossa 9 on kuvattu uusien keskiarvomuuttujien kaikkien vastaajien arvoista laskettu keskiarvo ja ilmoitettu vaihteluväli. Mitä lähempänä lukua yksi keskiarvo on, sitä parempi ja myönteisempi on vastaajan kokemus kyseisestä aihealueesta ohjauksessa.

TAULUKKO 9. Keskiarvomuuttujien ravitsemus, liikunta ja painonhallinta keskiarvot

Muuttuja (n=19)	Keskiarvo	vaihteluväli
Ravitsemus	1,37	1 – 2
Liikunta	1,46	1 – 2,5
Painonhallinta	1,14	1 – 2

Vastaajilta kysyttiin myös avoimella kysymyksellä auttoiko kurssi heitä omahoitonsa toteuttamisessa ja jos auttoi, niin miten. Tähän kysymykseen vastasi kaksitoista henkilöä. Vastaajien mukaan ohjaus auttoi ruokavalion toteuttamisessa. Esimerkiksi ohjaus oli auttanut sopivien ruoka-aineiden valinnoissa ja kuinka oppia seuraamaan sopivaa ruuan määrää. Saatujen vastausten mukaan ohjaus motivoi etsimään itselle sopivaa liikuntaa ja auttoi ymmärtämään liikunnan tarpeellisuuden omassa hoidossa. Yksi vastaajista ilmoitti pystyneensä ohjauksen avulla pudottamaan painoaan 10 kiloa. Kaiken kaikkiaan ryhmäohjauksesta kerrottiin saadun vinkkejä ja tietoa sairaudesta. Eräs vastaaja kirjoittikin ryhmäohjaukseen osallistumisen auttaneen ymmärtämään, mitä hän voi itse tehdä edistääkseen omaa hyvinvointiaan. Ohjaus oli auttanut myös sopeutumisessa ja sairauden kanssa jaksamisessa. Vastauksissa kirjoitettiin mm. seuraavaa: *”Tämän sairauden kanssa voi elää.”*, *”Muiden kanssa juttelu auttoi asettamaan oman taudin oikeisiin mittasuhteisiin.”* ja *”Mieli piristyi ja sen mukana hoito.”* Vastauksissa toivottiin, että vastaavaa ryhmäohjausta olisi saatavilla useammin. Eräs vastaaja kirjoitti: *”Haluaisin ryhmätoimintaa terveyskeskukseen lisää, sillä*

näistä on selkeää hyötyä.” Ryhmätoiminnalle toivottiin myös jatkoa, esimerkiksi esitettiin toive, että ryhmät kokoontuisivat uudestaan muutaman vuoden välein. Vastauksissa tuotiin myös ilmi, että ohjauksen aikana omahoidossa koettiin onnistuttavan paremmin. Eräs vastaaja kirjoitti, että aluksi ohjaus auttoi omahoidossa, mutta ohjauksen loputtua alkoi taas mennä entiseen tapaan. Toinen vastaaja puolestaan kirjoitti kaipaavansa ryhmäohjaukselle jatkoa, koska ohjaus auttoi ylläpitämään asioiden tärkeyttä omassa hoidossa. Pidempään sairastaneet kommentoivat myös, että kunpa olisi saanut osallistua tällaiseen ohjaukseen myös jo diabetekseen sairastumisen jälkeen, ja heidän kokemuksensa mukaan ohjaukseen osallistuminen olisikin ollut sairauden alkuvaiheessa erittäin tarpeellista.

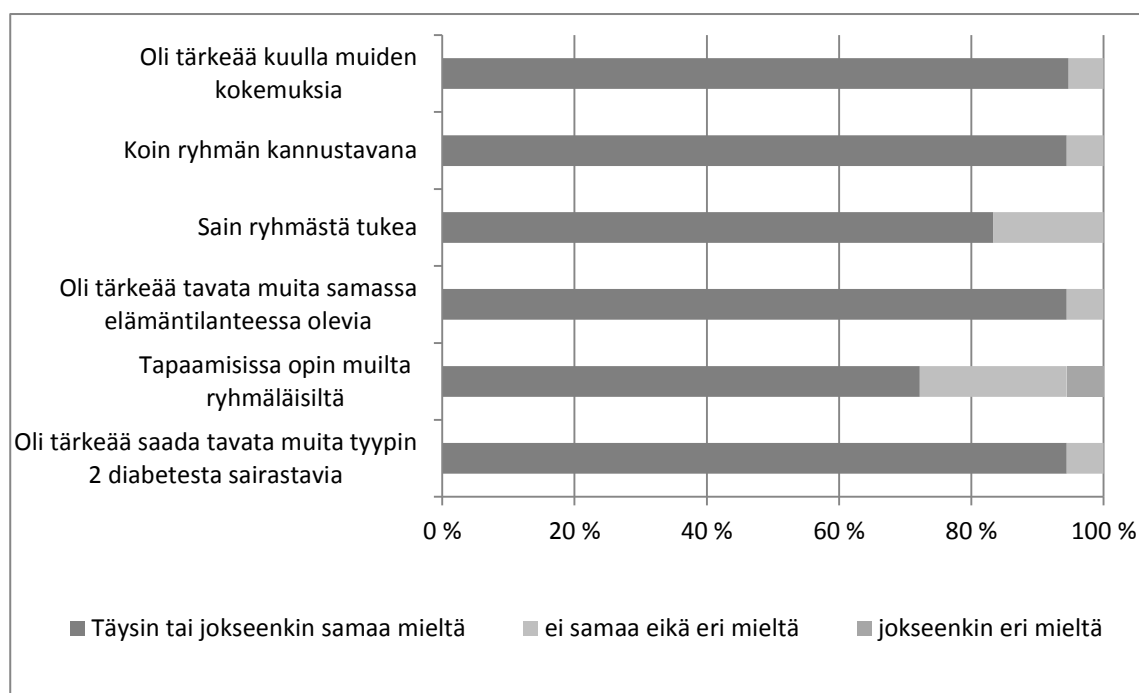
Vastaajia pyydettiin antamaan kurssille kokonaisarvosana kuvaamaan sitä, millainen kokemus Diabetes keskustelut ryhmäohjaus tyyppin 2 diabeetikon mielestä kokonaisuutena oli ollut. Asteikkona oli yleisesti opintasuoritustenkin arvioinnissa käytetty arvosana-asteikkona 1–5, ykkösen ollessa heikko ja viitosen erinomainen. Kurssi sai korkeat arvosanat. Annettujen arvosanojen keskiarvo oli 4,4 yhdentoista vastaajan (n=18) antaessa arvosanaksi 5. Alin annettu arvosana oli 2. Yhdeltä vastaajalta tieto puuttui.

8.4.2 Vertaistuki

Vertaistuen koettu tärkeys nousi esille jo, kun kartoitettiin tekijää, mikä sai alun perin osallistumaan tähän ryhmäohjaukseen. Moni vastaaja ilmoitti toisten vertaistensa tapaamisen syyksi, miksi oli alun perin hakeutunut ryhmäohjaukseen. Ohjaukseen oli tultu, koska haluttiin keskustella kokemuksista ja vertailla mielipiteitä muiden samaa sairautta sairastavien kanssa. Avointen kysymysten vastauksissa kerrottiin myös, että ryhmissä oli syntynyt hyvä ”me henki” ja ryhmissä oli voitu keskustella vapautuneesti. Toisten tapaaminen oli piristänyt mieltä ja toisten esimerkki oli auttanut hoidossa ja hoidossa jaksamisessa.

Tutkimukseen osallistujien kokemuksia vertaistuesta haluttiin selvittää myös sitä koskevilla, Likert-asteikkolisilla väittämillä. Kysymykset Minulle oli tärkeää saada tavata muita tyyppin 2 diabetesta sairastavia ja Minulle oli tärkeää tavata samassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä, mittaavat samaa asiaa. Oli tietoinen valinta kysyä samaa myös toisella, varmentavalla kysymyksellä. Kyselylomakkeella ne on kysytty eri osi-

oissa, mutta tuloksissa esitän ne vertaistukeen kuuluvana. Saatujen vastausten perusteella vastaajat kokivat, että heille oli tärkeää tavata muita tyyppin 2 diabetesta sairastavia ja samassa elämäntilanteessa olevia. Muiden kokemusten kuulemista pidettiin tärkeänä ja ryhmä koettiin tukevana ja kannustavana. Kaksi kolmasosaa oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että ohjauksessa oppi myös muilta ryhmäläisiltä, mutta väitteestä oltiin myös jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä ei tämän ryhmän väitteistä oltu. Kuviossa 4 kuvataan saadut vastaukset.



KUVIO 4. Vertaistukea kuvaaviin väittämiin saadut vastaukset

8.5 Omahoitoon tehdyt muutokset

Diabetes Keskustelut -ryhmäohjauksessa keskustellaan potilaiden omahoidolle asetamista tavoitteista ja mahdollisista muutostarpeista, jotta hoito olisi potilaan tilanteen huomioiden mahdollisimman hyvää. Kyselyssä vastaajia pyydettiin pohtimaan, mitä muutoksia potilaat ovat tehneet tai aikovat tehdä lähiaikoina ryhmäohjauksesta saamiensa ideoiden perusteella. Vastaajien mukaan he olivat tehneet runsaasti hyviä muutoksia ruokavalioon. Myös liikunnan ja laihtuksen osalta liki puolet vastasi jo muuttaneensa tottumuksiaan. Toisaalta väitteet, olen lisännyt liikuntaa ja olen laihtunut, saivat kyselyn väitteistä selvästi eniten vastauksia ” Olen yrittänyt muuttaa, mutta en ole onnistunut.”. Näin edellä mainittuihin kysymyksiin vastasi noin kolmas-

osa vastaajista. Suurin osa osallistujista ei tupakoinut. Taulukossa 10 kuvataan muutosta kuvaavat vastaukset.

TAULUKKO 10. Elintapamuutokset ja muutosaikeet vastaajien kuvaamina

	olen aina elänyt niin terveellisesti ettei tarvetta muutokseen ole	olen jo muuttanut tottumuksia	olen yrittänyt muuttaa, mutta en ole onnistunut	en vielä, mutta aion muuttaa lähiaikoina	en ole enkä ole ajatellut muuttaa lähiaikoina
vähentänyt rasvan määrää n=18	1	13	2	1	1
muuttanut rasvan laatua n=17	3	13			1
lisännyt kasvien käyttöä n=19	3	16			
lisännyt marjojen ja hedelmien käyttöä n=18	4	13	1		
vähentänyt sokerin käyttöä n=19	5	13			1
vähentänyt suolan käyttöä n=18	5	11	2		
lisännyt rukiin ja kokojyviviljatuotteiden käyttöä n=19	6	10	2	1	
lisännyt liikuntaa n=18	2	8	6		2
laihuttanut n=18	1	8	7	2	
vähentänyt tupakointia n=16	15	1			
lopettanut tupakoinnin n=17	16	1			
vähentänyt alkoholin käyttöä n=18	12	5	1		

Omahoitoon liittyviä muutoksia ja muutosaikeita kartoitettiin seuraavilla väitteillä: Olen lisännyt verensokerin omaseurantaa, olen huolehtinut lääkehoidostani paremmin ja olen tarkastanut jalkani säännöllisesti. Suuri osa vastaajista oli tehnyt myönteisiä muutoksia myös näihin osa-alueisiin. Vastaukset kuvataan taulukossa 11.

TAULUKKO 11. Muutokset ja muutosaikeet omahoidossa vastaajien kuvaamana

	olen aina elänyt niin terveellisesti ettei tarvetta muutokseen ole	olen jo muuttanut tottumuksia	olen yrittä- nyt muut- taa, mutta en ole onnis- tunut	en vielä, mutta aion muuttaa lähiaikoina	en ole en- kä ole aja- tellut muut- taa lähiai- koina
lisännyt veren- sokerin oma- seurantaa n=15	3	7		2	3
huolehtinut lääkehoidostani paremmin n=16	7	8			1
tarkastanut jalkani säännöl- lisesti n=17	8	7	1	1	

Vastaajia pyydettiin arvioimaan paljonko he omasta mielestään tällä hetkellä panostavat omaan hoitoonsa asteikolla 1 – 5, vastausarvo 1 oli ”en lainkaan” ja vastaus 5 tarkoitti ”niin paljon kuin mahdollista”. Kysymykseen vastasi 17 henkilöä. Vastausten jakauma oli seuraava: mean 3,71, median 4, mode 4, min 2 ja max 5.

9 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata Diabetes keskustelut -ryhmäohjausta aikuisten tyyppin 2 diabeetikoiden kokemana. Tutkimukseen vastaajina olivat perusterveydenhuollossa kyseiseen ryhmäohjaukseen osallistuneet potilaat. Tutkimukseen osallistuvia ryhmiä oli hankala löytää, joten osallistuvien lukumäärä jäi pienemmäksi, kuin tutkimussuunnitelmassa asetettiin tavoitteeksi. Myös potilaiden osallistuminen tutkimukseen kyselylomakkeen palauttamalla oli eri ryhmissä hyvin vaihtelevaa. Joidenkin tutkimuksen yhdyshenkilöinä toimivien ryhmäohjaajien ryhmäläisilleen jakamat kaikki kyselyt palautuivat, kun taas yhdestä ryhmästä yksikään potilas ei palauttanut kyselyä. Syitä tähän voi olla hyvin monia. Varsinkin kyselylomaketutkimuksissa henkilökohtainen motivointi vastaamiseen olisi kuitenkin tärkeää. Vastausprosentti koko tutkimuksen osalta jäi avoimeksi, sillä vain osalta yhdyshenkilöistä sain tiedon siitä, monelleko potilaalle hän oli kyselylomakkeen antanut ja montako vastauskuorta oli vastaavasti palautunut.

Koska tutkimukseen osallistuneiden lukumäärä oli pieni, oli tärkeää, että tutkimus sisälsi myös laadullisen osion, vaikka tutkimus toteutettiinkin pääosin määrällisenä tutkimuksena. Myös tutkimukseen vastaajat edustivat tutkimuksen perusjoukkoa hyvin. Vastaajat olivat neljän eri terveydenhuollon toimipisteen potilaita eripuolilta Suomessa. Vastaajista miehiä oli kahdeksan ja naisia oli yksitoista. Iältään vastaajat olivat 54 – 81 vuoden ikäisiä. Tyyppin 2 diabetesta he olivat sairastaneet hyvin erimittaisia aikoja, vastaajien joukossa oli alle vuoden sairastaneista yli kymmenen vuotta sairastaneisiin. Vastaajien koulutustausta oli hieman Suomen keskimääräistä koulutustasoa alhaisempi, sillä korkea-asteen suorittaneita ei vastaajien joukossa ollut. (ks. Väestön koulutus rakenne 2010.) Ainoastaan perusasteen (perus-, keski- ja kansakoulun käyneet) oli suorittanut kolmannes ja loppuilla vastaajista oli keskiasteen tutkinto. Hoitona tyyppin 2 diabeetikoista oli 5 %:lla pelkkä ruokavalio, 47 %:lla tabletit, 32 %:lla insuliini ja Tablettien ja insuliinin yhdistelmähoidolla oli 11 %. Diabeetikoiden hoitotasapainoa selvittävässä tutkimuksessa vastaavat luvut olivat seuraavat: 7 % oli hoidettu pelkällä ruokavaliohoidolla, 55 %:lla hoitona olivat tabletit, 14 %:lla insuliini ja tablettien ja insuliinin yhdistelmähoidolla oli 24 % tyyppin 2 diabeetikoista. (DEHKO -raportti 2010:5.) Kysymyksessä, jossa vastaajia pyydettiin valitsemaan kaikki heillä käytössä olevat hoitomuodot, vain kolmannes ilmoitti ruokavalion käytössä olevaksi hoitomuodokseen. Tämä herätti pohdintaa, oliko asia todellisuudessa näin, vai eikö kyselyyn vastaajat mieltäneet ruokavaliota hoitomuodoksi. Ravitsemushoito on kuitenkin oleellinen

osa tyypin 2 diabeteksen hoitoa ja perusteltu syy ottaa ruokavaliosuositus huomioon jokapäiväisessä elämässä. Painoindeksin mediaani oli tutkimuksessa 30,0 ja Diabeetikoiden hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009 – 2010 selvittäneessä tutkimuksessa se oli 30,2 (DEHKO -raportti 2010:5.)

Tutkimustulokset kuvaavat tutkimuksen kohteena olevan ryhmän kokemuksia. Aineiston pienuus vaikutti myös aineiston analysointiin, esimerkiksi sukupuolten välisten mielipide-erojen esittämistä en pitänyt mielekkäänä, sillä miesten ja naisten ryhmät eivät olleet taustatiedoiltaan yhteneväiset, naisten ryhmässä pitkään diabetesta sairastaneiden ja koulutetumpien osuus oli suurempi. Aineiston pienuuden vuoksi laajempien päätelmien esittäminen on mahdotonta. Tuloksia arvioitaessa pohdintaan tulee myös kysymys siitä, jättävätkö he, joiden kokemukset ohjauksesta olivat huomattavasti helpommin vastaamatta kyselyyn kuin he, jotka kokivat ryhmään osallistumisen positiivisemmin.

9.1 Tulosten tarkastelua

Tämän työn tarkoitus oli kuvata Diabetes keskustelut -ryhmäohjausta tyypin 2 diabeetikoiden kokemana ja kartoittaa mikä tekijä sai heidät alun perin osallistumaan ryhmään. Tarkoitus oli myös kuvata, miten ryhmään osallistuminen tuki tyypin 2 diabeteksen omahoitoa sairauteen liittyvien tietojen, taitojen ja ymmärryksen lisääntymisenä kuin vertaistuenkin avulla. Lisäksi tarkoitus oli kuvata muuttivatko ohjaukseen osallistuneet potilaat oman näkemyksensä mukaan jotakin osa-aluetta omahoidossaan ja elintavoissaan osallistuttuaan ryhmäohjaukseen.

Vastaajien kokemukset ryhmäohjauksesta olivat pääsääntöisesti erittäin myönteisiä. Ohjaus oli koettu tarpeelliseksi ja positiiviseksi kokemukseksi. Tutkimukseen osallistujat olivat pääosin tyytyväisiä ryhmänsä ryhmäkokoon, joka vaihteli kolmesta osallistujasta kymmeneen osallistujaan. Ryhmän toiminnan näkökulmasta ryhmän koko on tärkeää, sillä se vaikuttaa sekä ryhmän toimintaan että ryhmädynamiikkaan. Sopivan kokoisessa ryhmässä saadaan käsiteltävään asiaan riittävästi erilaisia näkökulmia, mutta jokaisella on myös mahdollisuus tulla kuulluksi. (Kääriäinen ym. 2007,105.) Diabetesliiton julkaiseman suosituksen mukaan ryhmäkoko tulisi olla kuudesta kahdeksaan, ja vieläkin pienempiä ryhmiä voidaan muodostaa käytännön harjoituksia varten. (Diabetesliitto 2002.) Diabetes keskustelu -ryhmäohjauksen suositus puolestaan on koota yhteen noin 3–10 potilaan ryhmiä. (Diabetes keskustelut ohjaajan opas

2008.) Ryhmäohjauskertojen määrä eri ryhmissä vaihteli kolmesta viiteen. Suurin osa vastaajista oli tyytyväinen ryhmäohjauskertojen lukumäärään, mutta toisaalta viidenes vastaajista koki saamansa ryhmäohjauskerrat liian vähäisiksi. Diabetesliiton julkaiseman suosituksen mukaan ohjauskertoja tulisi olla vähintään viisi (Diabetesliitto 2002).

Kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että ryhmän ilmapiiri oli ollut myönteinen. Myös luottamus toisiin ryhmäläisiin arvioitiin hyväksi, ja suurin osa vastaajista arvioikin pystyneensä luottamaan muihin ryhmässä oleviin. Ryhmä koettiin myös pääsääntöisesti kannustavaksi. Onkin tärkeää, että ryhmässä syntyy luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri. Se on myös keskeistä, jotta ryhmä voisi toimia vertaistuen tarjoajana. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 88,89). Suurin osa vastaajista koki, että pystyi esittämään kysymyksiä omassa ryhmässään ja puhumaan mieltään vaivaavista asioista. Toisaalta yksi vastaaja oli täysin erimieltä näistä väitteistä. Tämä herättää tietysti pohdintaa, syynä voi olla sekä ryhmään että osallistujan yksilönä liittyvät tekijät. Ryhmän avoin ja vapaa keskustelu sai kuitenkin paljon kiitosta. Diabetes Keskustelut -ohjauksen tavoitteena on ryhmätoiminta, jossa diabetesta sairastavat voivat keskustella avoimesti kokemuksistaan diabeteksestä, ja saatujen vastausten mukaan tässä tavoitteessa onnistuttiin. Ohjaajan rooliin liittyvät kysymykset oli rajattu tutkimuksesta pois, mutta vastauksissa tuotiin esille myös onnistunut ryhmän ohjaus, kiitosta sai myös ohjaajan asiallinen ja ymmärrettävä tiedonanto.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös sitä, mikä tekijä sai vastaajat alun perin osallistumaan ryhmään. Vastaajien mukaan useimmin kannustajana ryhmään osallistumiselle oli oma diabeteshoitaja, mutta myös lääkärit olivat suositelleet osallistumaan. Vastaajien mukaan syy osallistumiseen syntyi kuitenkin usein potilaan omista tarpeista. Näitä olivat selkeä tiedon puute sairaudesta tai tarve saada lisätietoa sekä vertaiskokemusten kaipuu. Mahdollisuus toisten diabeetikoiden tapaamiseen oli ollut monelle vastaajalle ryhmäohjaukseen osallistumiseen kannustava tekijä. Myös aiempien tutkimusten mukaan potilaiden kokemat ohjaustarpeet liittyivät tietoon ja tukeen. Tiedontarpeet kohdistuivat pääosin sairauteen ja sen hoitoon, näiden vaikutuksiin ja niistä selviytymiseen. Myös vertaistuen saamista ja kokemusten jakamista potilaat ovat pitäneet merkityksellisenä aiemmissä tutkimuksissa. (Kääriäinen & kyngäs 2005b.)

Diabeetikko tarvitsee paljon tietoa, taitoa ja ymmärrystä sairaudestaan toteuttaessaan päivittäistä omahoitoaan. Hoidonohjaus tukee diabeetikon oppimisprosessia,

siinä diabeetikon tiedot ja taidot lisääntyvät, sekä hoidosta vastuunottaminen vahvistuu. Hoidonohjauksen perimmäinen tavoite on hyvä omahoidonhallinta. (DEHKO-raportti 2003:3) Diabetes Keskustelut -ryhmäohjauksen tavoite onkin tukea potilaan hoidonohjausta. Tämän tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli myös kuvata miten ryhmään osallistuminen mahdollisesti tuki tyyppin 2 diabeteksen omahoitoa sairauteen liittyvien tietojen, taitojen ja ymmärryksen näkökulmasta kuin myös vertaistuen kautta. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ohjaus sisälsi uutta tietoa diabeteksestä. Vastaavasti ennestään tutuiksi käsitellyt aihealueet arvioi noin kolmannes vastaajista. Diabetesta kauemmin sairastaneet arvioivat herkemmin, että asiat olivat ennestään tuttuja. Toisaalta avoimissa kysymyksissä vastaajat toivat ilmi tietojen kertaamisen tärkeyden ja myös sen, että hoitomuotojen kehittyminen ja sairaudesta tullut uusi tieto synnyttivät diabetesta sairastavissa uusia tiedon tarpeita. Pidempään sairastaneet myös toivat ilmi, että olisi ollut erittäin tarpeellista päästä osallistumaan vastaavaan ohjaukseen myös aiemmin, melko pian heidän sairastumisensa jälkeen. Dove ym. 2009 julkaiseman tutkimuksen mukaan ryhmäohjaus hoidonohjauksena voi olla hyödyllistä sekä aiemmin että vasta diagnosoiduilla diabetes potilailla. Heidän mukaansa näyttäisi myös siltä, että näille potilas-ryhmille kannattaa kuitenkin järjestää erilliset ryhmät ja tutkimus korostaa pitkäkestoisen ohjauksen tärkeyttä. Tähän tutkimukseen osallistuvissa ryhmissä samaan ryhmään osallistui eripituisen ajan sairastaneita ja asiasta ei tullut negatiivista palautetta. Sen sijaan ryhmäohjaukselle toivottiin jatkuvuutta, sillä vastausten mukaan omahoitoon motivoituttiin ja siinä myös onnistuttiin paremmin ryhmien toiminnan aikana.

Saatu tieto arvioitiin keskeiseksi oman hoidon kannalta, ja arvioitiin, että ohjaus sisälsi sellaista tietoa, jota voi myös käyttää omassa hoidossa. Edellä kuvatut tulokset ovat tärkeitä, sillä diabeetikon omahoidon toteutumisen kannalta on keskeistä se, kuinka hyvin hän kykenee soveltamaan sairaudesta saatua tietoa omaan arkeensa. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilaat ovat kaivanneet käytännön läheistä tietoa. Potilaat ovatkin pitäneet ymmärrettävän tiedon puutetta ja puutteellisia ongelman ratkaisutaitojaan jopa suurimpana esteenä hoidon toteuttamiselle. (Kyngäs & Hentinen 2008, 29.) Tämän tutkimuksen vastausten mukaan ryhmäohjauksesta oli saatu tietoa ja tukea omahoitoon. Tulosten mukaan tietoa oli myös saatu eri omahoidon osa-alueista tasapuolisesti ja riittävästi, ja saatu ohjaus oli tukenut ymmärrystä sairaudesta. Kaikki vastaajat olivat kyselyn tulosten mukaan samaa mieltä siitä että, ohjaus auttoi ymmärtämään omien valintojen tärkeyden hoidossa, ja että ohjauksessa syntyi tunne, että pystyy itse vaikuttamaan omaan terveyteensä. Ryhmissä saatu ohjaus tuki näin potilaiden mahdollisuuksia toteuttaa omahoitoaan. Tärkeää onkin, että dia-

beetikko sisäistää sen, että omat ratkaisut ja elämäntavat vaikuttavat hoitotulokseen ja siten myös sairauden etenemiseen. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että ryhmäohjaus oli parantanut diabetestietoutta ja sitä kautta se oli parantanut myös hoitotuloksia ja sairauden kanssa selviytymistä, sekä lisännyt koettua hoitotyytyväisyyttä ja elämänlaatua. (Deakin ym. 2009; Trento ym. 2002.)

Vertaistuki koettiin ryhmissä positiivisena voimana. Vertaistuen mahdollisuus oli monelle tutkimukseen osallistujalle jo syynä hakeutua ryhmäohjaukseen. Saatujen vastausten perusteella osallistujat kokivat, että heille ryhmäohjauksessa tärkeää oli se, että voi tavata muita samassa elämäntilanteessa olevia. Muiden kokemusten kuulemista pidettiin tärkeänä. Ryhmä koettiin pääsääntöisesti tukevana ja kannustavana. Vastaajat kuvasivat, että ryhmissä syntyi ”me henki”. Ryhmässä oleminen auttoi asettamaan sairauden oikeisiin mittasuhteisiin ja piristi mieltä. Ryhmässä oleminen voikin olla osallistujille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. (Kynäs ym. 2007, 104.) Aiemmissa tutkimuksissa on tuotu ilmi ryhmän tarjoama vertaiskokemusten tärkeys ja sen tarjoama psykososiaalinen tuki. (Karlsen ym. 2004; Sarkadi ja Rosenqvist 2004.) Vertaistuen on todettu edistävän monissa tapauksissa potilaan hoitoonsa sitoutumista, varsinkin silloin kun asiakas on huonosti hoitoon sitoutunut. Myös pitkäaikaisesti sairaiden hoitoon sitoutumista vertaistuen tiedetään tukevan. (Kynäs & Hentinen 2009, 34, 112.)

Tyyppin 2 diabeetikkojen hoito perustuu henkilön itsensä toteuttamaan omahoitoon ja usein hoidossa on kyse myös elintapamuutosten toteuttamisesta, kuten painonhallinnasta, ravinnon laadullisista ja määrällisistä muutoksista ruokavaliossa, liikunnan lisäämisestä ja tupakoinnin lopettamisesta. Myös Diabetes Keskustelut -ohjelma korostaa potilaan oman käyttäytymisen muutoksen tärkeyttä, vastuun ottamista ja tavoitteiden asettamista keinoina tulokseen pääsemiseksi. Ohjauksen yhtenä tavoitteena on tukea heitä elintapamuutosten tekemisessä. Tässä tutkimuksessa haluttiin myös selvittää muuttivatko ohjaukseen osallistuneet potilaat oman näkemyksensä mukaan jotakin osa-aluetta omahoidossaan ja elintavoissaan osallistuttuaan ryhmäohjaukseen. Vastausten mukaan ryhmäohjaukseen osallistuminen oli kannustanut heitä tekemään muutoksia elintavoissa ja omassa päivittäisessä hoidossaan. Ryhmätoiminta onkin yksi hyvä keino tukea muutosta. Vertaiskokemukset voivat tarjota pystyvyys mallia muutokseen ja myös sosiaalisella tukemisella ja tiedolla voidaan vahvistaa henkilön kokemaa pystyvyyden tunnetta muutokseen. (Kurki ym. 2008.) Myös elintapamuutoksen aikaansaaminen yhdessä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa on usein helpompaa kuin yksin. Elintapamuutoksen tekemisessä ryhmätoi-

minnasta on hyviä kokemuksia, sillä saatu ymmärrys omaan tilanteeseen ja vertaistuki auttavat omahoitoon sitoutumisessa. (Absets ym. 2008, 9–29; Kurki ym. 2008; Kyngäs & Hentinen 2009, 221.) Elintapojen muutos on kuitenkin useimmille vaikeaa ja vaikka saavutettaisiin ensimmäinen askel muutokseen, eli tietoisuus muutoksen tärkeydestä, se ei vielä riitä, vaan muutoksen pitää myös olla käytännössä mahdollinen ja siihen täytyy löytyä riittävät voimavarat. (Marttila 2007, 18–22.) Tämän kyselyn tulosten mukaan liikunnan lisääminen ja laihduttaminen koettiin vaikeimmiksi muutoksiksi. Kolmannes vastaajista vastasi yrittäneensä niiden osalta muuttaa tottumuksiaan, muttei ollut onnistunut. Kaiken kaikkiaan vastaajat ilmoittivat tehneensä runsaasti muutoksia omaan hoitoonsa ohjauksesta saamiensa ideoiden perusteella. Vastauksia pohtiessa voi tietenkin miettiä, ovatko ryhmään hakeutuneet jo siten valikoituneita, että heillä on keskimääräistä suurempi motivaatio parantaa omaa hoitoaan.

Diabeteskeskus on selvittänyt ryhmäohjausten vaikuttavuutta, ja tutkimuksissa on havaittu myönteisiä tuloksia omahoidossa. Tuloksissa todettiin, että diabeteskurssit tukevat diabeteksen kanssa selviytymistä ja että kurssilaiset myös muuttivat omahoitoaan kurssin tavoitteiden suuntaisesti. (Marttila ym. 2005, 25; Marttila & Ilanne-Parikka 2009, 21.) Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset. Tämän tutkimuksen mukaan saatu ryhmäohjaus tuki hoidonohjausta ja paransi siten potilaiden edellytyksiä toteuttaa omahoitoaan. Ryhmäohjaus koettiin myös voimia antavana ja mukavana kokemuksena. Aikaisempien tutkimusten mukaan ryhmäohjauksella onkin saatu hyviä tuloksia diabetestietouden ja terveellisempien elintapojen lisääntymisessä ja sen on myös todettu lisäävän koettua elämänlaatua ja hoitotyytyväisyyttä. (Deakin ym. 2009; Trento ym. 2002). Julkaistuja tutkimuksia Diabetes Keskustelut -menetelmällä toteutetusta ryhmäohjauksesta on vielä vähän, mutta saatavissa olevien tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä menetelmään ja pitäneet sitä tehokkaana tapana oppia (Ciardullo ym. 2010; Greci 2010). Menetelmän etuna on nähty ennen kaikkea sen mahdollisuus lisätä potilaiden osallistumista oppimisprosessiin ja elämäntapojen ja käyttäytymisen muutokseen, mikä puolestaan näkyy potilaan hyvinä hoitotuloksina (Fernandes ym. 2010).

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aiheenvalinta on eettinen. Aihe kohdistuu terveyttä edistävään ja lisäsairauksia ennaltaehkäisevään toimintaan. Tutkimusaihe on ajankohtainen ja tärkeä, oli tarkastelu näkökulmana sitten tyypin 2 diabetesta sairautena, ryhmäohjauksen kehittäminen eli hoitotyön menetelmä, tai potilaan omahoito. Tutkimukseen osallistujallekin kyselyyn vastaaminen voi olla hyödyllinen kokemus, sillä se saattaa syventää omaa pohdintaa ryhmään osallistumisesta ja omahoidosta. Aihevalinnassa minulle terveydenhoitajana oli tärkeään se, että tutkimuksen aihe kohdistui terveyttä edistävään hoitotyöhön. Tutkimukselle haettiin tarvittavat luvat niiltä kohdeorganisaatioilta, joiden alueella tutkimus toteutettiin, ja kaikilta myös saatiin myönteinen päätös.

Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, osallistuminen ryhmäohjaukseen ei velvoittanut osallistumaan tutkimukseen ja vastaavasti kaikilla samaan ohjausryhmään osallistuvilla oli tasavertainen mahdollisuus halutessaan osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen. Tietoinen suostumus tarkoittaa sitä, että potilaille kerrotaan saatekirjeessä, mikä on tutkimuksen luonne ja miten saadut tiedot tullaan käsittelemään. Potilaille kerrottiin myös, että hän voi kieltäytyä ja keskeyttää tutkimukseen osallistumisen koska tahansa. Riittävän tiedonsaannin takaamiseksi, saatekirjeessä oli myös puhelinnumero, mistä saattoi kysyä lisätietoja. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 177; Länsimies-Antikainen 2008, 91–108.)

Kyselylomakkeet palautettiin suoraan tutkijalle, eikä ryhmää ohjannut potilaan oma hoitaja lukenut vastauksia. Tämä oli mielestäni tärkeää, jotta potilaiden ei tarvinnut pohtia osallistumisen vaikutuksia hoitosuhteeseensa. Yhdyshenkilön käytöllä ratkaistiin puolestaan potilaiden tietosuojaan liittyvät kysymykset tutkijaan päin vaiheessa, jossa etsittiin ryhmäohjaukseen osallistuneita potilaita. Tutkittavan henkilöllisyys ei näin paljastunut edes tutkijalle. Osallistuvien henkilöllisyydet eivät voi myöskään paljastua tutkimusraportista. Tämän varmistamiseksi jätettiin tutkimusraportista pois myös tarkemmat tiedot toimipisteistä, joissa tutkimus toteutettiin. Aineisto käsiteltiin ja kuvattiin pääosin tilastollisesti, mikä osaltaan estää henkilöllisyyden paljastumista.

Tutkimus toteutettiin huolellisesti ja rehellisesti ja lähteitä käytettäessä niihin viitattiin käyttäen raportissa asianmukaisia lähdeviitemerkintöjä. Tutkimuksen vaiheet ja tulokset raportoitiin tarkasti ja rehellisesti.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa arvioidaan tutkimuksen reliabelius ja validius. Yhdessä nämä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Vilkka 2007, 149 – 154.) Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sekä mittaamisen, aineistojen keruun että tulosten luotettavuuden kannalta. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen. (Kankkunen ja Vehviläinen- Julkunen 2009, 152)

Lähdekirjallisuuteen perehdyttiin huolella. Mittari laadittiin tätä tutkimusta varten. Mittari pyrittiin laatimaan kattavaksi ja käsitteiden operationalisointi muuttujiksi tehtiin huolellisesti pohjautuen alan tutkimuksiin. Kyselylomake esitettiin ennen varsinaista tutkimusta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 152) painottavatkin, että mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta, on pohdittava mittaako mittari sitä mitä sen pitikin mitata. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voi yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tässä tutkimuksessa otanta oli tutkimukselle perusteltu ja tällä tavoin tavoitettu tutkittavien joukko oli laadukas. Vastaaajien määrä jäi kuitenkin lukumäärältään pieneksi. Kadon laatua ei voitu myöskään arvioida, koska kyselyt jaettiin yhdyshenkilöiden välityksellä.

Tutkimusprosessi toteutettiin huolellisesti ja rehellisesti. Kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteetti vaatii että tutkimuksen kaikki vaiheet dokumentoidaan ja ratkaisut perustellaan (Kananen 2010, 131). Vilkan (2007, 149) mukaan reliabiliteettia eli tutkimuksen toistettavuutta arvioitaessa on hyvä muistaa, että mittaustuloksia ei tule yleistää tehdyn tutkimuksen ulkopuolelle. Tulokset kuvaavat vastaajien kokemusta.

Toisinaan useiden menetelmien käytöllä samassa tutkimuksessa luodaan luotettavuutta (triangulaatio). Tätä voidaan käyttää sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi, Sarajärvi 2009.) Tässä tutkimuksessa määrällisillä menetelmillä saatuja tuloksia täydennettiin laadullisilla menetelmillä saaduista tuloksista. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tuodaan julki yksityiskohtaisella kuvauksella. Tulosten osalta tutkijan tulee kertoa millä perusteella tutkija esittää tulkintoja. (Kankkunen ja Vehviläinen- Julkunen 2009, 160.) Luotettavuuden varmistamiseksi myös tässä tutkimusraportissa on esitetty autenttisia, suoria lainauksia saaduista vastauksista.

9.4 Jatkotutkimushaasteet

Mielestäni ohjauksen onnistumista on tärkeää kartoittaa potilaiden kokemana ja myös potilaiden ohjauksen seurauksena tekeminä elintapamuutoksina. Ohjauksen tulisikin olla potilaan tarpeista lähtevää. Kun potilaan voimavarat ja edellytykset toteuttaa omahoitoaan kasvavat, se todennäköisesti myös näkyy parempana omahoitona ja terveyttä edistävinä muutoksina elintavoissa. Parantuneen omahoidon hyödyt, eli terveyden ja toimintakyvyn paraneminen, voidaan puolestaan myöhemmin mitata itse omassa elämässä koettuina hyötyinä tai lääketieteellisesti mitattavina muutoksina. Mielestäni olisi tarpeellista kartoittaa ryhmäohjaukseen osallistumisen jälkeen seurantatutkimuksena, millaisia kokemuksia potilailla on oman terveytensä ja toimintakyvynsä parantumisesta. Potilaille suunnattu seurantatutkimus ohjauksen aikana tehtyjen elintapamuutosten pysyvyydestä olisi myös tärkeää.

Tässä tutkimuksessa potilaiden kokemukset ohjaajan roolista rajattiin pois. Ryhmäohjauksessa ohjaajalla on kuitenkin tärkeä rooli, ja ohjaajan roolia ryhmän onnistumisen kannalta kannattaisi tutkia. Myös ohjaajien kokemuksia Diabetes keskustelut -ryhmäohjauksesta olisi tärkeää selvittää. Miksi ohjausta ei ole otettu laajasti käyttöön, vaikka satsaus koulutukseen on ollut suuri? Koulutuksen oikea kohdentaminen terveydenhuollossa onkin tärkeää sekä taloudellisten resurssien käytön kannalta että työntekijöiden näkökulmasta. Mielestäni olisi tärkeää selvittää myös laajemmin ryhmäohjauksen toimintaedellytysten toteutuminen diabeteksen hoitotyössä.

LÄHTEET

Absetz P., Valve R., Jallinoja P., Päätaalo A., Hankonen N. 2008. Ikihyvän elintapa-neuvontatutkimus tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi. Julkaisussa Absetz P. & Patja K. (toim.) *Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanketta*. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän julkaisuja 68, 9–29.

Ciardullo, AV., Daghigho, MM., Fattori, G., Rosii, L. & Vagnini, C. 2010. Effectiveness of the kit Conversation Map in therapeutic education of diabetic people attending the Diabetes Unit in Carpi, Italy. *Recenti Prog Med* 101 (12), Abst.

Clancy D., Cope D., Magruder K., Huang P., Wolfman T. 2003. Evaluating concordance to American Diabetes Association standards of care for type 2 diabetes through group visits in an uninsured or inadequately insured patient population. *Diabetes Care* 26 (7), 2032–2036.

Deakin T, McShane C, Cade J& Williams R. 2009. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Library*.

DEHKO-raportti 2003:3. *Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit*. Suomen DESG ry:n laatuksiteerityöryhmä. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

DEHKO-raportti 2010:5. *Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009–2010*. Timo Valle ja työryhmä. Suomen Diabetesliitto ry.

DEHKO 2000–2010. *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishjelma*. Loppuraportti. Suomen Diabetesliitto ry.

Diabetesliitto 2002. *DESG Teaching letter 18. Hoidonohjauslehtinen 18* [verkkajulkaisu]. Suomen Diabetesliitto. [Viitattu 7.1.2012]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/jasenyhdistykset/piilosivut/teaching_letter_18/.

Diabetesliitto 2010. *Tavoiteohjelma 2011–2015* [verkkajulkaisu]. Suomen Diabetesliitto. [viitattu 10 9.2012]. Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/files/405/tavoiteohjelma.pdf>.

Diabetesliitto 2012. *Yksi elämä. Diabeteshankkeet 2012–2017* [verkkosivu]. Suomen Diabetesliitto. [viitattu 10.5.2012]. Saatavissa:

http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/yksi_elama/diabeteshankkeet.

Diabeetikon jalkaongelmat Käypä hoito -suositus 2009 [verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkarineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä 24.6.2009. [viitattu 7.1.2012.].

Saatavissa: <http://www.kaupahoito.fi>.

Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Suomen Diabetesliitto ry:n liittohallituksen nimeämä ruokavaliosuositustyöryhmä. 1 painos. Tampere: Suomen diabetesliitto ry.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. 2000. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2011 [verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkarineuvoston asettama työryhmä. 30.11.2011. [viitattu 7.1.2012]. Saatavissa: <http://www.kaupahoito.fi>.

Diabetes keskustelut ohjaajan opas 2008. Healthy Interactions Inc.

Diabetes Keskustelut -ohjaus [verkkosivu]. [viitattu 8.9.2011]. Saatavissa: <https://www.lilly.fi/hoitoalan-ammattilaiset/diabetes-keskustelut-ohjelma>.

Diabetesriskitesti 2012 [verkkosivu]. Suomen diabetesliitto [viitattu 25.3.2012]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ehkaisy/riskitesti/.

Dove A, Morrison N, Reimer D & Wice S. 2009. Group-Based Diabetes Education: Impact on indicators of health outcomes, access and satisfaction over 24 months. *Canadian Journal of Diabetes* 33 (4), 354–362.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.

Eriksson, J. 2011. *Liikunta ja tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes* [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto, Duodecim [viitattu 25.3.2012]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930.

ETENE 2001. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. [verkkojulkaisu]

ETENE -julkaisu 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 10.2.2012]. Saatavissa:

www.etene.fi/julkaisut/2001.

Fernandes O, Von Worley A, Sperl-Hillen J, Beaton S, Lavin-Tompkins J & Glasrud P. 2010 Educator experience with the U.S. Diabetes Conversation Map education program in the journey for control of diabetes: The IDEA Study. *Diabetes Spectrum*, 23 (3), 194–198.

Fogelholm, M. 2011. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta. 2.*, uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 112–123.

Grenci, A. 2010. Applying New Diabetes Teaching Tools in Health-Related Extension Programming. *Journal of extension* 1. Artikkelin 11AW5.

Heinonen, K. 2011. Liikuntamotivaation moninaisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim, 182,183.

Heinonen, L 2011. Laihduttamisen tarpeellisuus. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duodecim, 152,
153.

Himanen, O. 2011a. Hyvä hoito on tärkeää. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duodecim, 51, 52.

Himanen, O. 2011b. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa Ilanne-
Parikka, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duode-
cim, 49–51.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Ikihyvä. Ikihyvä-ryhmätoimintamalli tukee elintapojen muutosta [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, julkaisut [viitattu 7.1.2012]. Saatavissa

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_2_2006/iki_hyva-ryhma-toimintamalli_tukee_elintapojen_muutosta/.

Ilanne-Parikka, P. 2011a. Oman insuliinin erityksen ehtyminen tyypin 2 diabeetikolla. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duodecim, 238.

Ilanne-Parikka, P. 2011b. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duodecim, 217–219.

Ilanne-Parikka, P. 2011c. Kohonneen verensokerin lääkehoito tyypin 2 diabeetikolla. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duodecim, 224–226.

Kananen, J. 2010. *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012–2015 [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1 [viitattu 10.9.2012]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1578410>.

Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B. & Bru, E. 2004. Effects of a group-based counseling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling* 53, 299–308.

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suositus 2009 [verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. 23.11.2009. [viitattu 12.2.2012.] Saatavissa: <http://www.kaupahoito.fi>.

Kurki, M., Hemiö, K., Lindström, J. & Jaakkola, L. 2008. *Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa*. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:7. Helsinki: Miina Sillanpää Säätiö.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S., Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Tammi, 27–40.

Kyngäs, H., Hentinen, M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki, WSOY.

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17 (4), 208–216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Käsitemallin analyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 250 – 258.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti* 6 (4), 10–15.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2009. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla*. 8. uudistettu painos. Helsinki; WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/1992. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.1.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Linko, L., Lampe, K., Ihalainen, J., Mäkelä, M., Sintonen, H. & työryhmä. *Verensokerin omaseuranta diabeteksen hoidossa*. Finoha raportti 24/2005. Helsinki.

Liikunta Käypä hoito -suositus 2010 [verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. 8.11.2010. [viitattu 7.1.2012]. Saatavissa: <http://www.kaupahoito.fi>.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Oulun yliopistopaino.

Länsimies-Antikainen H. Ihmisen tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. Teoksessa Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. 2008, 91–108.

Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 9.2002, 877 – 879.

Marttila, J. 2007. Käyttäytyminen ei muutu käskystä. *Diabetes ja lääkäri* 4, 18–22.

Marttila, J. 2010. Matkalla - Näkökulmia ryhmäohjaukseen. *Diabetes ja lääkäri* 9, 28–32.

Marttila, J. 2011. Diabeteksen omahoidon tukiverkostot. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes*. Helsinki; Duodecim, 56, 57.

Marttila, J., Himanen, O., Ilanne-Parikka, P. & Hiltunen, L. 2004. *Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön*. DEHKO-raportti 2004:2. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Marttila, J. & Ilanne-Parikka 2009. Diabeteskurssit tukevat diabeteksen kanssa selviytymistä. *Diabetes ja lääkäri* 9, 19–25.

Mustajoki, P. 2011a. *Tyypin 2 diabeteksen hoito* [verkkójulkaisu]. Terveyskirjasto, Duodecim [viitattu 12.2.2012]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775.

Mustajoki, P. 2011b. *Painonhallinta ja ruoka* [verkkójulkaisu]. Terveyskirjasto, Duodecim [viitattu 12.2.2012]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864.

Pieni Päätös Päivässä. Pieni päätös päivässä -ohjaajat valmentavat painonhallintaan [verkkosivu]. Suomen Sydänliitto ry [viitattu 7.1.2012] Saatavissa:

<http://www.sydanliitto.fi/tiedote/-/view/76794>.

Pitkääkajisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. 2003. Lääketietokeskus.

Rickheim P, Weaver T, Flander J & Kendall D. 2002. Assessment of group versus individual diabetes education. *Diabetes Care* 2, 269–274.

Riley SB & Marshall ES. 2010. Group visits in diabetes care. *The Diabetes Educator* 36 (6) 936–944.

Routasalo, P., Pitkälä, K. 2009. *Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille.* Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Routasalo, P., Airaksinen, M. & Mäntyranta, T. 2010. Pitkääkajissaan omahoidon opastus. *Suomen Lääkärilehti* 65(21), 1919–1923.

Ruuskanen, S. 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S., Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus.* Helsinki: Tammi, 63–80.

Rönnemaa, T. 2011. Liikunta tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes.* Helsinki: Duodecim, 174, 175.

Saha, MT., Keskinen P., Veijola, R. & Tapanainen, P. 2003. Uhkaako tyypin 2 diabetes myös suomalaisia lapsia. *Duodecim* 119 (15), 1419–1423.

Saraheimo, M. 2011a. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T., (toim.) *Diabetes.* Helsinki: Duodecim, 9,10.

Saraheimo, M. 2011b. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes.* Helsinki: Duodecim, 10–12.

Saraheimo, M. & Sane, T. 2011. Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T & Sane, T., (toim.) *Diabetes.* Helsinki; Duodecim, 13, 14.

Sarkadi A, Rosenqvist U. 2004. Experience-based group education in type 2 diabetes a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 53, 291–298.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008.
Kansanterveys-laitoksen julkaisu B 2 / 2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Terveystenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen 2008 [verkkajulkaisu]. [viitattu 10.2.2012]. Saatavissa:

http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf.

Terveystenhoitolaki L 1326/2010. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 22.1.2012].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Tulppa-ryhmät. Tulppa-ohjelmasta tehtyjä arviointitutkimuksia [verkkosivu]. Suomen sydänliitto ry. [viitattu 7.1.2012]. Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/tulpan-arviointitutkimukset>.

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

Tuominen P, Rintamäki T, Jussila M, Kotisaari S, Sipilä A-L & Oksa H. 2001. Tehoaako ryhmäneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa. *Suomen Lääkäri-lehti* 56 (46), 4727–4732.

Turku, R. 2008. Mallin antajasta valmentajaksi ja oppimisen edistäjäksi. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S., Simonen, R. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*. Helsinki: Tammi, 41–62.

Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, Donnola C, Cavallo F, Bondonio P, Porta M. 2002. Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 6, 995–1000.

Vaalamo, I., Marttila, J. & Ilanne-Parikka, P. 2005. Diabeteskurssin jälkeen myönteisiä tuloksia omahoidossa ja hoitotasapainossa. *Diabetes ja Lääkäri* 4, 24–28.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 103–127.

Vehkalahti, K. 2008. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Tammi.

Vehkavaara, S. 2011. HbA_{1c}-mittauksen käyttöaiheet, tulkinta ja virhelähteet. *Duodecim* 127 (12), 1227 – 34.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. *Vuorovaikutuksellinen tukeminen*. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Helsinki: Tammi.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen T. & Mäkelä, J. 2011. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita.

Väestön koulutusrakenne 2010. Tilastokeskus 2011. Koulutus [verkkosivu] Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu 20.9.2012]. Saatavissa:

http://www.stat.fi/til/vkour/2010/vkour_2010_2011-12-02_tie_001.fi.html.

Vänskä, K. 2012. *Ohjauksen osaajat - miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen T. & Mäkelä, J. 2011. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita.

Winell Klas 2008. *Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008*. DEHKO-raportti 2009:3. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Tekijät, julkaisun nimi	Tutkimusaihe ja -menetelmä.	Kohderyhmä, aineistonkeruu	Keskeiset tulokset
<p>Clancy D, Cope D, Magruder K, Huang P, Wolfman T. 2003 Evaluating concordance to American Diabetes Association standards of care for type 2 diabetes through group visits in an uninsured or inadequately insured patient population. <i>Diabetes Care</i> vol.26 no.7, 2032 – 2036.</p>	<p>Ryhmäohjauksen vaikuttavuus American Diabetes Associationin asettamiin kymmeneen diabeteksen hoidon standardiin, joita ovat esim. sokerihemoglobiini ja libidit. Määrällinen tutkimus. Satunnaistettu ja kontrolloitu koe.</p>	<p>120 potilasta, joista osa osallistui ryhmäohjaukseen ja osa muodosti kontrolliryhmän saaden tavanomaista ohjausta. Seuranta aika 6 kuukautta, määräajoin otettiin laboratorio kokeita.</p>	<p>Ryhmään osallistuneilla tapahtui merkittävää parannusta näissä asetetuissa standardeissa.</p>
<p>Deakin T, McShane C, Cade J& Williams R. 2009. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. <i>Cochrane Library</i>.</p>	<p>Arvioidaan ryhmäohjauksen vaikutusta kliiniseen kuvaan, elämäntapaan ja psyykeen tyypin 2 diabeetikoilla. Systemaattinen katsaus.</p>	<p>Yksitoista tutkimusta, joissa mukana yhteensä 1532 potilasta.</p>	<p>Itsehoitoon suunnattu ryhmäohjaus osoittautui tehokkaaksi keinoksi parantaa tietämystä diabeteksestä ja parantaa verensokeritasapainoa. Se myös alensi systolista verenpainetta, painoa ja vähensi lääkityksen tarvetta.</p>
<p>Dove A, Morrison N, Reimer D & Wice S. 2009 Group-Based Diabetes Education: Impact on indicators of health outcomes, access and satisfaction over 24 months. <i>Canadian Journal of Diabetes</i> 33(4), 354 - 362</p>	<p>Tutkitaan tyypin 2 diabetes potilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. Määrällinen tutkimus</p>	<p>244 aikuista potilasta, 60 juuri diagnosoitua ja 184 aiemmin diagnosoitua. Mitattiin potilaiden potilastyytyväisyyttä ja hyväksyntää saamaansa ohjaukseen kyselyjen avulla. Mitattiin diabeteksen indikaattoreita 12 ja 24kuukauden kohdalla. Mitattavia asioita olivat esim sokerihemoglobiini BMI ja verenpaine.</p>	<p>Ryhmäohjaus hoidonohjauksena voi olla hyödyllistä sekä aiemmin että vasta diagnosoiduilla diabetes potilailla. Näyttäisi että näille potilasryhmille kannattaa järjestää erilliset ryhmät. Pitkäkestoinen ohjaus tärkeää.</p>

<p>Fernandes O, Von Worley A, Sperl-Hillen J, Beaton S, Lavin-Tompkins J & Glasrud P. 2010 Educator experience with the U.S.Diabetes Conversation Map education program in the journey for control of diabetes: The IDEA Study. Diabetes Spectrum, 23(3), 194 – 198.</p>	<p>Tutkimuksessa on verrattu yksilöllistä hoidonohjausta ryhmäohjaukseen, joka on toteutettu Conversation Map tekniikalla. Suomessa menetelmästä käytetään termiä Diabetes Keskusteluryhmäohjaus. Laadullinen tutkimus.</p>	<p>623 potilasta jaettiin kolmeen ryhmään; ryhmäopetus, yksilöllinen opetus ja tavanomaisen seurannan ryhmä, jossa ei opetuksellista ohjausta. Tiedot kerättiin haastattelemalla ryhmien ohjaajia.</p>	<p>Näytti parantavan potilaiden omia kykyjä selvittää, mutta lisää tutkimusta tarvitaan. Ryhmäohjauksella luodaan potilaalle mahdollisuuksia olla interaktiivinen, lisätään mahdollisuuksia käyttäytymistottumusten muutokseen ja siten parantaa kliinistä vointia.</p>
<p>Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad B & Bru E. 2004 Effects of groupbased counseling programme on diabetes-related stress,coping, psychological wellbeing and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. Patient Education and Counseling 53, 299 – 308.</p>	<p>Tutkitaan ryhmäohjauksena toteutetun neuvonnan vaikutuksia diabetekseen liittyvään stressiin, sopeutumiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä sokeritasapainoon. Määrällinen tutkimus.</p>	<p>63 norjalaista aikuisdiabeetikkoa, 31 ryhmäohjauksessa ja 32 kontrolliryhmässä. 6 kk seuranta. Psyykkistä sopeutumista selvitettiin erilaisin testein, esim. käytettiin 10-kysymyksen depressiotestiä. Lisäksi oli sokerihemoglobiinin seuranta</p>	<p>Ryhmäohjaus vähensi stressiä, itsesyytöksiä ja lisäsi psyykkistä hyvinvointia. Näytti parantavan myös sokeritasapainoa.</p>
<p>Rickheim P, Weaver T, Flander J & Kendall D. 2002 Assessment of group versus individual diabetes education. Diabetes Care 2, 269 – 274.</p>	<p>Verrataan ryhmä- ja yksilöohjauksen tehokkuutta. Määrällinen ja satunnaistettu.</p>	<p>170 tyypin 2 diabeetikkoa, joista 87 saa ryhmäohjausta ja 83 yksilöohjausta. Tutkitaan muutoksia tietämyksessä, selviytymiskäyttäytymistä ja asenteita sekä painoa, BMI, sokerihemoglobiinia ja lääkityksentarvetta.</p>	<p>Molemmat ohjaustavat tehokkaita, ryhmäohjaus hieman tehokkaampaa glykeemisessä kontrollissa. Ryhmäohjaus kustannustehokkaampi.</p>

<p>Riley SB & Marshall ES. 2010 Group visits in diabetes care. The Diabetes Educator 36(6), 936 – 944.</p>	<p>Etsitään näyttöä ryhmäkäyntien vaikutuksesta. Systemaattinen katsaus.</p>	<p>Tietokannoista 395 artikkelia, joista 14 artikkelia hyväksyttiin mukaan. Näistä 4 katsausartikkelia (käsittäen yhteensä 75 tutkimusta) ja 8 alkuperäistutkimusta.</p>	<p>Ryhmäkäynnit alentavat kuluja. Jotkut psykologiset tekijät saattavat parantua. Sekä potilaan että työtä tekevän klinikon tyytyväisyys saattaa parantua. Jatko tutkimuksia tarvitaan. Ei tilastollista näyttöä sokerihemoglobiinin, verenpaineen ja lipidien parantuneesta tasosta verrattuna vastaanotolla käynteihin</p>
<p>Sarkadi A, Rosenqvist U. 2004 Experience-based group education in type 2 diabetes a randomised controlled trial. Patient Education and Counseling 53, 291 – 298.</p>	<p>Selvitetään kokemukseen pohjautuvan ryhmäohjauksen vaikutusta glykeemiseen kontrolliin.</p>	<p>77 tyyppin 2 diabeetikkoa, jotka osallistuivat ryhmään. Kysely tutkimuksen alussa ja lopussa. Sokerihemoglobiini mittaus 0, 6, 12 ja 24 kuukauden kohdalla.</p>	<p>Tyytyväisyys omaan diabetestietouteen on suorassa yhteydessä glykeemiseen kontrolliin.</p>
<p>Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, Donnola C, Cavallo F, Bondonio P, Porta M. 2002. Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. Diabetes Care vol.24 no.6, 995 – 1000.</p>	<p>Tutkitaan ryhmävastaanoton avulla toteutettavaa elämäntapaohjausta tyyppin 2 diabeetikoilla, joilla ei insuliini hoitoa, verrattuna yksilöohjaukseen. Satunnaistettu ja kontrolloitu koe.</p>	<p>62 henkilöä interventio-ryhmässä ja 56 kontrolliryhmässä. Seuranta laajoin laboratoriotutkimuksin ja testein, jotka mittasivat diabetestietoutta ja terveystottumuksia. Seuranta aika 2 vuotta.</p>	<p>Diabetestietous, elämänlaatu ja terveyskäyttäytyminen paranivat ryhmäohjausta saaneilla. Samoin BMI ja glykeeminen kontrolli paraniivat.</p>

<p>Tuominen P, Rintamäki T, Jussila M, Kotisaari S, Sipilä A-L & Oksa H. 2001 Tehoaako ryhmä neuvonta tyypin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa. Suomen Lääkärilehti 46, 4727 – 4732.</p>	<p>Verrataan yksilö- ja ryhmäohjauksen tehoa sepelvaltimotaudin vaaratekijätasojen alentamisessa tyypin 2 diabeetikoilla. Satunnaistettu ja kontrolloitu.</p>	<p>Interventio kohdistettiin 1930 -69 syntyneisiin Kangasalan kansanterveystyön alueen tyypin 2 diabeetikoihin, yhteensä 706 potilasta. Osa sai yksilöohjausta ja osa ryhmäohjausta ja heille suoritettiin seurantamittaukset.</p>	<p>Tutkimuksessa yksilö- ja ryhmäneuvonta osoittautuivat yhtä tehokkaiksi diabeetikkojen hoidonohjauksessa sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden korjaamiseksi. Yksilö ja ryhmä neuvonta eivät ole toisiaan pois sulkevia vaan toisiaan täydentäviä.</p>
---	---	--	---

Hyvä Vastaanottaja,

Olen terveydenhoitaja ja päivitän omaa osaamistani Savonia -ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyönä tutkimusta tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksista Diabetes Keskustelut - ryhmäohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena on, että saadun tiedon avulla diabeetikoiden ryhmäohjaukseen voidaan edelleen kehittää.

Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset tullaan esittämään niin, ettei kenenkään henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Vastauslomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Osallistumisenne on vapaaehtoista. Teidän mielipiteenne ovat kuitenkin tutkimuksen onnistumisen kannalta erittäin tärkeitä.

Palauttakaa kyselylomake oheiseen, minulle osoitettuun vastauskuoreen suljettuna omalle diabeteshoitajallenne viikon sisällä sen vastaanottamisesta. Lämmin kiitos etukäteen antamastanne ajasta!

Vastaan mielelläni, mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja tutkimuksesta. Ystävällisin terveisin,

Leila Paukkonen

Savonia-ammattikorkeakoulu

Leila.K.Paukkonen@xxx.xxxxx

puh. xxx-xxxxxxx

Opinnäytetyön ohjaajat:

Marja-Anneli Hynynen

TtM, lehtori

Savonia-ammattikorkeakoulu

Pirjo Kinnunen

TtT, lehtori

Savonia-ammattikorkeakoulu

KYSELYLOMAKE

1. Sukupuolenne

1. mies
- 2.nainen

2. Minä vuonna olette syntyneet? _____

3. Mikä on koulutuksenne? Ympyröikää korkein vaihtoehto.

1. kansa-, keski- tai peruskoulu
2. ammattikoulu tai vastaava
3. ylioppilas
4. opistotutkinto
5. ammattikorkeakoulututkinto
6. akateeminen tutkinto

4. Kuinka kauan olette sairastaneet tyypin 2 diabetesta?

1. alle 1 vuotta
2. 2 – 5 vuotta
3. 5 – 10 vuotta
4. yli 10 vuotta

5. Mikä hoito teillä on diabeteksen hoidossa käytössä (valitkaa kaikki teitä koskevat vaihtoehdot)

1. ruokavalio
2. tabletit
3. insuliini
4. inkretiini

6. Kuinka pitkä olette? _____ cm

7. Kuinka paljon painatte? _____ kg

8. Mikä on vyötärön ympäryys mittanne? _____ cm

9. Mittaatteko itse verensokerianne?

1. kyllä. Mittaan verensokerini yleensä
 - a. kerran päivässä
 - b. kaksi kertaa päivässä
 - c. useamman kerran päivässä
2. en mittaa

Jos ette mittaa itse, niin kuka mittaa verensokerinne? _____

10. Mittaatteko verenpainettanne kotimittarilla?

1. kyllä
2. en

Jos ette mittaa itse, niin kuka mittaa verenpainettanne? _____

Kokemuksenne ryhmäkoosta ja tapaamiskertojen määrästä.

11. Montako henkilöä Diabetes keskustelut -ryhmäänne osallistui? _____

12. Ryhmäkoko oli mielestäni

1. liian pieni
2. sopiva
3. liian suuri

13. Montako tapaamiskertaa ohjaukseenne kuului? _____

14. Ryhmäohjaukseen kuuluvia tapaamiskertoja oli mielestäni

1. liian vähän
2. sopiva määrä
3. liian monta

15. Mikä tekijä sai teidät osallistumaan Diabetes Keskustelut -ryhmään?

16. **Seuraavaksi esitetään väittämiä ryhmäohjauksesta.** Ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla sen vaihtoehdon numero, joka parhaiten vastaa mielipidettänne.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Ohjaus sisälsi minulle uutta tietoa diabeteksestä.	1	2	3	4	5
Käsitellyt aihealueet olivat minulle ennestään tuttuja.	1	2	3	4	5
Käsitellyt asiat olivat keskeisiä oman hoitoni kannalta.	1	2	3	4	5
Koen, että ohjaus sisälsi sellaista käytännön tietoa, jota voin myös käyttää omassa hoidossani.	1	2	3	4	5
Tapaamisissa opin muilta ryhmäläisiltä.	1	2	3	4	5
Minulle oli tärkeää saada tavata muita tyyppin 2 diabetesta sairastavia.	1	2	3	4	5

17. Seuraavaksi esitetään väittämiä ryhmäohjauksesta saamastanne tiedosta. Ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla sen vaihtoehdon numero joka parhaiten vastaa mielipidettänne.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Sain riittävästi tietoa diabeetikoille terveellisestä ruokavaliosta.	1	2	3	4	5
Sain tietoa ravinnon laadun vaikutuksesta verensokeriin.	1	2	3	4	5
Sain tietoa ravinnon määrän vaikutuksesta verensokeriin.	1	2	3	4	5
Sain tietoa ruoka-aikojen säännöllisyyden vaikutuksesta verensokeriin.	1	2	3	4	5
Sain tietoa ravinnon vaikutuksesta painonhallintaan.	1	2	3	4	5
Sain tietoa painonhallinnan merkityksestä diabeteksen hoitotasapainossa.	1	2	3	4	5
Sain tietoa liikunnan merkityksestä painonhallinnassa.	1	2	3	4	5
Sain tietoa liikunnan vaikutuksesta verensokeriin.	1	2	3	4	5
Sain tietoa sopivasta liikunnan määrästä.	1	2	3	4	5
Sain tietoa tupakoinnin haitoista.	1	2	3	4	5
Sain tietoa verensokerin omaseurannan hyödyllisyydestä diabetesta sairastavalle.	1	2	3	4	5
Sain tietoa diabetekseen liittyvistä liitännäissairauksien riskeistä.	1	2	3	4	5

18. **Seuraavaksi esitetään väittämiä ryhmäohjauksesta.** Ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla sen vaihtoehdon numero, joka parhaiten vastaa mielipidettänne.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Ohjaukseen osallistuminen auttoi ymmärtämään mitä diabetes sairautena on.	1	2	3	4	5
Keskustelu toisten kanssa auttoi ymmärtämään mitä terveellinen syöminen diabeetikoille tarkoittaa.	1	2	3	4	5
Keskustelu ryhmässä auttoi pohtimaan omien ruokatu- tumusten terveellisyyttä.	1	2	3	4	5
Koen, että pystyn hyödyntämään ravitsemuksesta saa- maani ohjausta omaan hoitooni.	1	2	3	4	5
Ryhmä auttoi pohtimaan liikunnan merkitystä omassa hoidossani.	1	2	3	4	5
Ryhmä motivoi pohtimaan oman päivittäisen liikunnan määrää.	1	2	3	4	5
Ohjaus auttoi huomaamaan muutostarpeita elintavoissa- ni.	1	2	3	4	5
Ohjaus auttoi ymmärtämään omien valintojeni tärkeyden hoidossani.	1	2	3	4	5
Keskustelu toisten kanssa auttoi ymmärtämään lääkehoi- don merkityksen hoidossani.	1	2	3	4	5
Ryhmäohjaus auttoi ymmärtämään, että seuranta-arvojen (verensokeri, veren rasva-arvot, verenpaine, vyötä- rön ympärys) tunteminen on tärkeää	1	2	3	4	5
Syntyi tunne, että pystyn itse vaikuttamaan omaan ter- veyteeni.	1	2	3	4	5
Halu hoitaa itseä lisäänty.	1	2	3	4	5

19. Arvioi asteikolla 1 – 5 kuinka paljon panostatte mielestänne tällä hetkellä omahoitoon.
1= en lainkaan 5=niin paljon kuin mahdollista

Valitkaa itseänne parhaiten kuvaava vaihtoehto. 1 2 3 4 5

20. Auttoiko kurssi jotenkin omahoitonne toteuttamisessa, jos niin miten?

21. Diabetes keskustelut –ryhmässä olette keskustelleet omalle hoidollenne asettamianne tavoitteista ja muutostarpeista, jotta hoitaisitte diabetestanne mahdollisimman hyvin. Seuraavaksi pohtikaa oletteko muuttaneet tottumuksianne Diabetes keskustelut -ryhmäohjauksesta saamienne ideoiden perusteella.

Oletteko	olen aina elänyt niin terveellisesti ettei tarvetta muutokseen ole	olen jo muuttanut tottumuksia	olen yrittänyt muuttaa, mutta en ole onnistunut	en vielä, mutta aion muuttaa lähiaikoina	en ole enkä ole ajatellut muuttaa lähiaikoina
vähentänyt rasvan määrää	1	2	3	4	5
muuttanut rasvan laatua	1	2	3	4	5
lisännyt kasvisten käyttöä	1	2	3	4	5
lisännyt marjojen ja hedelmien käyttöä	1	2	3	4	5
vähentänyt sokerin käyttöä	1	2	3	4	5
vähentänyt suolan käyttöä	1	2	3	4	5
lisännyt rukiin ja kokojyväviljatuotteiden käyttöä	1	2	3	4	5
lisännyt liikuntaa	1	2	3	4	5
laihuttanut	1	2	3	4	5
vähentänyt tupakointia	1	2	3	4	5
lopettanut tupakoinnin	1	2	3	4	5
vähentänyt alkoholin käyttöä	1	2	3	4	5
lisännyt verensokerin oma-seuranta	1	2	3	4	5
huolehtinut lääkehoidostani paremmin	1	2	3	4	5
tarkastanut jalkani säännöllisesti	1	2	3	4	5

22. **Seuraavaksi esitetään väittämiä ryhmästä.** Ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla sen vaihtoehdon numero, joka parhaiten vastaa mielipidettänne.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Minulle oli tärkeää tavata samassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä.	1	2	3	4	5
Oli tärkeää kuulla muiden kokemuksia.	1	2	3	4	5
Pystyin esittämään kysymyksiä.	1	2	3	4	5
Ryhmätapaamisten ilmapiiri oli myönteinen.	1	2	3	4	5
Pystyin luottamaan muihin ryhmässä oleviin.	1	2	3	4	5
Pystyin puhumaan mieltäni vaivaavista asioista.	1	2	3	4	5
Sain ryhmästä tukea.	1	2	3	4	5
Koin ryhmän kannustavana.	1	2	3	4	5

23. Mikä olisi mielestänne kurssin kokonaisarvosana asteikolla 1 – 5?

Rengastakaa mielestänne sopivin arvosana 1 2 3 4 5

24. Mitä muuta haluaisitte sanoa Diabetes keskustelut -ryhmäohjauksesta?

Kiitos vastauksestanne.

Hyvä Vastaanottaja,

Olen terveydenhoitaja ja päivitän omaa osaamistani Savonia -ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyönä tutkimusta tyypin 2 diabeetikoiden kokemuksista Diabetes Keskustelut -ryhmäohjauksesta. Parhaillaan viimeistelen kyselylomaketta ja Teidän apunne ja kommenttinne olisivat ensiarvoisen tärkeitä. Toivon, että vastaisitte kyselyyni ja voisitte antaa palautetta myös vapaasti suunnittelemaani kyselylomakkeesta ja sen toimivuudesta.

Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja ne tulevat vain minun käyttöni. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tietoja käytetään vain tutkimusvaiheessa, jossa kyselylomaketta muokataan lopulliseen muotoonsa. Täyttämänne kysely ei siis ole mukana varsinaisessa tutkimuksessa ja se hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Osallistumisenne on vapaaehtoista. Teidän mielipiteenne ovat kuitenkin tutkimuksen onnistumisen kannalta erittäin tärkeitä.

Palauttakaa kyselylomake oheiseen, minulle osoitettuun vastauskuoreen suljettuna omalle diabeteshoitajallenne viikon sisällä sen vastaanottamisesta. Lämmin kiitos etukäteen antamastanne ajasta!

Ystävällisin terveisin,

Leila Paukkonen

Savonia-ammattikorkeakoulu

Leila.K.Paukkonen@xxx.xxxxx

puh.xxx-xxxxxxx

Opinnäytetyön ohjaajat:

Marja-Anneli Hynynen

TtM, lehtori

Savonia-ammattikorkeakoulu

Pirjo Kinnunen

TtT, lehtori

Savonia-ammattikorkeakoulu

Alla luetteloitu kuhunkin keskiarvomuuttujaan kuuluvat kyselylomakkeen väitteet.

Ravinto

Sain riittävästi tietoa diabeetikoille terveellisestä ruokavaliosta.

Sain tietoa ravinnon laadun vaikutuksesta verensokeriin.

Sain tietoa ravinnon määrän vaikutuksesta verensokeriin.

Sain tietoa ruoka-aikojen säännöllisyyden vaikutuksesta verensokeriin.

Keskustelu toisten kanssa auttoi ymmärtämään mitä terveellinen syöminen diabeetikoille tarkoittaa.

Keskustelu ryhmässä auttoi pohtimaan omien ruokatottumusten terveellisyyttä.

Koen, että pystyn hyödyntämään ravitsemuksesta saamaani ohjausta omaan hoitooni.

Painonhallinta

Sain tietoa ravinnon vaikutuksesta painon-hallintaan.

Sain tietoa liikunnan merkityksestä painon-hallinnassa.

Sain tietoa painonhallinnan merkityksestä diabeteksen hoitotasapainossa

Liikunta

Sain tietoa liikunnan vaikutuksesta verensokeriin.

Sain tietoa sopivasta liikunnan määrästä.

Ryhmä auttoi pohtimaan liikunnan merkitystä omassa hoidossani.

Ryhmä motivoi pohtimaan oman päivittäisen liikunnan määrää.

Vertaistuki

Tapaamisissa opin muilta ryhmäläisiltä.

Minulle oli tärkeää saada tavata muita tyypin 2 diabetesta sairastavia

Minulle oli tärkeää tavata samassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä.

Oli tärkeää kuulla muiden kokemuksia.

Sain ryhmästä tukea

Koin ryhmän kannustavana

