

Diabetesta sairastavan ohjaaminen työterveyshoitajan työssä

Opinnäytetyö

Essi Ahonen
Anu Laukkanen
Anni-Liina Voutilainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Essi Ahonen, Anu Laukkanen ja Anni-Liina Voutilainen	
Työn nimi Diabetesta sairastavan ohjaaminen työterveyshoitajan työssä	
Päiväys 26.11.2012	Sivumäärä/Liitteet 56/9
Ohjaaja(t) Lehtori Ingrid Antikainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Suomen Terveystalo Oy	
Tiivistelmä	
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajien diabetesohjauksen osaamista. Tutkimuksessa selvitettiin Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajien tietoperustaa diabeteksestä sairautena sekä diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaamisessa. Tutkimuksessa selvitettiin myös käytävätkö työterveyshoitajat motivoivaa haastattelua sekä muutosvaihemallia diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Tutkimus toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena, jossa oli lisäksi avoimia kysymyksiä. Kysely lähetettiin syyskuussa 2012 kaikille Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajille (N=340). Kyselyyn vastasi 87 työterveyshoitajaa. Aineisto käsiteltiin SPSS-ohjelman avulla ja analysoitiin tilastollisia menetelmiä käyttäen. Avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysiiä hyödyntäen. Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina, mutta niitä ei voi yleistää pienen vastaajajoukon vuoksi (n=87).</p> <p>Tutkimuksen mukaan työterveyshoitajat arvioivat oman tietoperustansa sekä diabeteksestä sairautena että asiakkaanohjausmenetelmistä huonommaksi kuin se todellisuudessa oli. Vaikka vastaajien tietoperusta diabeteksestä oli hyvä, oli kuitenkin havaittavissa joitakin perustietoon liittyviä puutteita. Suurin osa työterveyshoitajista oli osallistunut diabetesta käsittelevään koulutukseen viimeisten viiden vuoden aikana, mutta siitä huolimatta lisäkoulutus koettiin tarpeelliseksi.</p> <p>Diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaus koettiin pääasiassa melko vaikeaksi. Ohjausta pidettiin vaikeana, koska oma tietoperusta diabeteksestä ei ollut ajan tasalla ja asiakkaiden huono motivaatio vaikeutti ohjaamista. Lisäksi vastaajat olisivat toivoneet vastaanotolle ohjauksen tueksi materiaalia. Tutkimuksen mukaan työterveyshoitajat tarvitsisivat lisäkoulutusta asiakkaanohjausmenetelmistä, sillä etenkin muutosvaihemalli oli vastaajille melko vieras. Suurin osa vastaajista oli viimeisten viiden vuoden aikana osallistunut asiakkaanohjausta käsittelevään koulutukseen, ja siitä koettiin olleen hyötyä.</p> <p>Tulevaisuudessa olisi hyvä pohtia, miten työterveyshoitajille voitaisiin järjestää koulutusta diabeteksestä sekä asiakkaanohjausmenetelmistä. Tärkeintä koulutuksissa olisi työterveyshoitajien diabetesosaamisen päivittäminen ajan tasalle sekä asiakkaanohjausmenetelmät ja niiden soveltaminen käytännön työssä.</p>	
Avainsanat diabetes, asiakkaanohjaus, työterveyshoitaja	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Essi Ahonen, Anu Laukkanen and Anni-Liina Voutilainen			
Title of Thesis Counseling a diabetic client at the work of an occupational health nurse			
Date	26.11.2012	Pages/Appendices	56/9
Supervisor(s) Senior lecturer Ingrid Antikainen			
Client Organisation/Partners Suomen Terveystalo Oy			
Abstract			
<p>The purpose of this research was to describe the knowledge of occupational Health Nurses when counseling a diabetic client. This research looked into the knowledge of diabetes and client counseling of the occupational health nurses in the Suomen Terveystalo Oy. This research also looked into whether the occupational health nurses used the model of motivating interview and the model of client's willingness to change when counseling a diabetic client. The survey was implemented as a quantitative research with open questions. The questionnaire was sent to all the occupational health nurses in the Suomen Terveystalo Oy (N=340) in September 2012. 87 occupational health nurses answered the questionnaire. The data was processed by using the SPSS program and the results were analyzed using statistical methods. The results of the open questions were analyzed using the model of analysis of the content. The results of the research can be considered as indicative but cannot be generalized because of the small amount of the respondents (n=87).</p> <p>According to this research the occupational health nurses estimated their knowledge of diabetes and client counseling worse than it was in the reality. Despite the fact that the knowledge of diabetes of occupational health nurses was good, there were some deficiencies in the basic knowledge. Most of the occupational health nurses had participated in training about diabetes during the past five years. Despite that the occupational health nurses felt that they still needed more training.</p> <p>The occupational health nurses felt that the counseling of a diabetic client was quite difficult. The counseling was considered difficult because of the occupational health nurses' own knowledge of diabetes was not up to date. Also the clients' poor motivation made the counseling difficult. The respondents also wished to have more supportive material for client counseling at the practices. According to the research the occupational health nurses would need even more training about methods of counseling because especially the model of client's willingness to change was quite unfamiliar to the respondents. Most of the respondents had participated in training about counseling during the past five years and it was considered to be useful.</p> <p>In the future it would be useful to discuss how to organize training for the occupational health nurses about diabetes and the methods of counseling. The most important thing in training would be to update occupational health nurses knowledge of diabetes and organize training about counseling methods and how to use and adjust them in practice.</p>			
Keywords diabetes mellitus, counseling, occupational health nurse			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	TYÖTERVEYSHOITAJA TYÖTERVEYSHUOLLON OSAAJANA	8
	2.1 Työterveyspalveluntuottajat.....	9
	2.2 Työterveyshoitaja työterveyshuollossa.....	10
	2.3 Ohjaus työterveyshoitajan työssä.....	11
3	TYÖTERVEYSHOITAJAN DIABETESOSAAMINEN.....	15
	3.1 Tyypin 1 diabetes	15
	3.2 Tyypin 2 diabetes	17
	3.3 Metabolinen oireyhtymä ja insuliiniresistenssi.....	19
	3.4 Muut liitännäissairaudet	20
	3.5 Diabetesta sairastavan ohjaaminen työterveyshoitajan työssä	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
	5.1 Tutkimusmenetelmä	24
	5.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	25
	5.3 Aineiston käsittely ja analyysi	26
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
	6.1 Vastaajien taustatiedot.....	27
	6.2 Työterveyshoitajien tietoperusta tyypin 1 ja 2 diabeteksestä	29
	6.3 Asiakkaanohjaukseen liittyvä tietoperusta	32
7	POHDINTA.....	40
	7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	40
	7.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä.....	42
	7.3 Opinnäytetyön prosessin eteneminen ja oma ammatillinen kasvu.....	47
	LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) mukaan terveydenhuollon täytyy olla laadukasta ja turvallista. Laissa määrätään myös, että kunnan on järjestettävä asukkailleen työterveyshuoltopalvelut. Työterveyshuollon tulee sisältää muun muassa neuvontaa ja ohjausta työterveyteen liittyvissä asioissa sekä toimenpide-ehdotuksia työn tai työterveyden parantamiseksi (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383).

Suomessa diabetes on todettu noin 300 000 ihmisellä, kuitenkin on paljon myös oireettomia diabeetikoita. Onkin arvioitu, että diabetesta sairastaa maassamme noin 500 000 henkilöä. (Saraheimo & Sane 2011, 13; Suomen Diabetesliitto 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Suuri osa diabetesta sairastavista on työssä käyviä aikuisia. Työterveyshuollolla onkin tärkeä merkitys sairauden lisääntymisen hidastamisessa sekä jo sairastuneiden laadukkaassa hoidossa. Työterveyshoitajalla on merkittävä rooli asiakkaan ohjauksessa ja motivoinnissa elintapojen muutokseen sekä jatkuvaan diabeteksen omahoitoon. (Viitasalo ym. 2011, 18–19; Ekola, 2009.)

Diabetes aiheuttaa yhteiskunnalle vuosittain huomattavia lisäkustannuksia. Diabeteksen aiheuttamat sairaanhoidon lisäkustannukset ovat yli 800 miljoonaa euroa ja tuotavuuskustannukset noin miljardi euroa. Erityisesti kustannuksia aiheuttaa diabeteksen komplikaatioiden hoito. (Valle, Eriksson, Peltonen, Aarne & Koski 2010, 4; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Hyvä työssä jaksaminen on merkityksellistä, sillä nykypäivänä Suomessa tarvitaan työurien pidentämistä sekä hyväkuntoisia työntekijöitä. Tulevina vuosina työurien pidentäminen onkin terveydenhuollon keskeinen tehtävä, joka liittyy koko hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitoon (Seuri, Iloranta & Räsänen 2011, 18, 46).

Työikäisten diabetesta on tutkittu paljon. Tutkimuksessa Työterveyshuolto tunnistaa diabetesriskin (Viitasalo ym. 2010) pyrittiin uudella terveystarkastusmallilla löytämään henkilöt, joilla oli suuri riski sairastua diabetekseen ja valtimotauteihin. Dehko 2D -hankkeen tutkimus taas osoittaa, että elämäntapaneuvonnalla voidaan vähentää merkittäväksi henkilöiden painoa, ja näin pienentää riskiä sairastua diabetekseen (Saaristo ym. 2010). Vaikka diabetesta koskevia tutkimuksia on paljon, lähestytään aihetta lähes aina asiakkaan näkökulmasta.

Tutkimusta terveydenhoitajan ammatillisesta osaamisesta diabetesta sairastavan ohjauksessa on tehty vähän. Tämän vuoksi on tärkeää tutkia työterveyshuollossa työskentelevien terveydenhoitajien asiakkaanohjaustaitoja ja pyrkiä kehittämään heidän antamansa terveydenhuollon laatua. Koska erityisesti tyyppi 2 diabetes lisääntyy työikäisten keskuudessa, on tärkeää tutkia terveydenhuollon hoitohenkilöstön osaamista. Hyvällä asiakkaanohjauksella voidaan vähentää muun muassa sairauspoissaoloja, hoitokustannuksia sekä erilaisia liitännäissairauksia. Asiakkaan kannalta on ensiarvoista, että sairaus havaitaan ajoissa ja hän saa hyvää ohjausta. Tämä motivoi asiakasta hoitamaan sairauttaan, ja pyrkimään elintapojen muutokseen. Tällä tavoin elämänlaatu ja työssä jaksaminen paranevat.

Tämä opinnäytetyö on määrällinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajien diabetesohjauksen osaamista. Tutkimuksessa selvitettiin Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajien tietoperustaa diabeteksestä sairautena sekä diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaamisessa. Tutkimuksessa selvitettiin myös käyttävätkö työterveyshoitajat motivoivaa haastattelua sekä muutosvaihemallia diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä työterveyshoitajien tietoutta diabetesta sairastavan ohjauksesta sekä kehittää työterveyshoitajien valmiuksia ohjata ja motivoida diabetesta sairastavaa asiakasta. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää työterveyshoitajien osaamista sekä heidän antamaansa ohjausta. Lisäksi voidaan miettiä, olisiko työterveyshoitajille hyötyä mahdollisesta lisäkoulutuksesta.

2 TYÖTERVEYSHOITAJA TYÖTERVEYSHUOLLON OSAAJANA

Suomessa toimii työterveyshuollon järjestelmä, jonka tarkoituksena on edistää työntekijöiden terveyttä ja ehkäistä työperäisiä sairauksia. Jokaisella työnantajalla on velvollisuus järjestää työntekijöilleen työterveyshuollon palvelut (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383). Suomessa työterveyshuoltojärjestelmä on hyvin kattava ja siellä hoidetaan paljon myös sairautta, eikä vain ehkäistä työperäisiä riskejä. Tällainen järjestelmä onkin ainoa laatuaan, eikä sellaista löydy muualta maailmassa. (Seuri ym. 2011,18.)

Suomessa työterveyshuolto lasketaan osaksi perusterveydenhuoltoa, koska se hoitaa lähes puolet työikäisten tarvitsemista perusterveydenhuollon tyyppisistä lääkärinvastaanotoista. (Seuri ym. 2011,18.) Tämä helpottaa paljon terveystieteiden työmäärää. Perusterveydenhuollon tarkoituksena on, että asiakas voi hakea sieltä palveluita ilman lähetettä. Tämä toteutuukin työterveyshuollossa, sillä suurella osalla työssäkäyvistä on mahdollisuus mennä hakemaan perusterveydenhuollon sairaanhoitopalveluita työterveyshuollosta. (Seuri ym. 2011, 18–22.)

Sairaanhoidolliset palvelut työterveyshuollossa eivät kuitenkaan ole itsestään selvyyttä, sillä Työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) mukaan, työnantajan velvollisuutena on järjestää vain terveydenhuolto, jossa turvataan työntekijöiden turvallisuus työssä ja ehkäistään erilaisia työperäisiä sairastumisen vaaroja. Työnantajalle on siis valinnaista, saavatko työntekijät hoitaa muita sairauksiaan työterveyshuollossa. Moni työnantaja kuitenkin sallii tämän, koska sairaanhoidon järjestäminen on yleensä etu myös työnantajalle. Tällöin työntekijät pääsevät hoitoon terveystieteiden nopeammin ja pysyvät näin työkyntoisinä. (Seuri ym. 2011, 22.)

Työterveyspalveluja tuottaa Suomessa joukko erilaisia toimijoita. Nämä toimijat voidaan jaotella kunnallisiin palveluntuottajiin, voittoa tuottamattomiin työterveysyhteisöihin, yritysten omiin työterveysasemiin, ja yksityisiin palveluntuottajiin, joita on sekä valtakunnallisia sekä paikallisia yrityksiä. Palveluntarjoajien lukumäärä saattaa vaihdella suurestikin alueesta riippuen. Suurissa kaupungeissa palveluntarjoajia on paljon, mutta haja-asutusalueilla saattaa olla vain kunnallinen palveluntuottaja. (Seuri ym. 2011,100–101.)

2.1 Työterveyspalveluntuottajat

Kunnalliset työterveyspalvelujen tuottajat olivat ensimmäisiä työterveyshuollon toimijoita, mutta nykyään suuret yritykset ovat ottaneet niiltä asiakkaita. Nykyään kunnallisia työterveyspalveluita käyttävät lähinnä vain julkisen sektorin toimijat sekä ne yksityiset työnantajat, jotka ostavat vain velvoitetun lakisääteisen työterveyshuollon, eikä lainkaan sairaanhoitoa. (Seuri ym. 2011,103.) Kunnallisia palveluntarjoajia tulee kuitenkin olla saatavissa kaikilla paikkakunnilla, sillä Terveystieteiden tutkimuskeskus (30.12.2010/1326) mukaan kunnan on tarjottava sen alueella sijaitseville yrityksille ja niiden työntekijöille työterveyshuollon palveluita.

Voittoa tuottamattomat työterveysyhteisöt tarjoavat työterveyspalveluita, mutta eivät tuota voittoa. Nämä työterveysyhteisöt ovat usein ry- tai oy-muotoisia yhteisöjä, joiden kattojärjestönä toimii Suomen Työterveys Ry. Palveluntarjoajien koko vaihtelee suuresti, eikä heillä ole yhteisiä toimintamalleja, vaikka yhteinen kattojärjestö onkin olemassa. Tällaiset yhteisöt pystyvät yleensä pitämään työterveyspalvelujensa hinnat kohtuullisina, sillä he eivät tavoittele taloudellista voittoa työstään. (Seuri ym. 2011,105.)

Yrityksillä on mahdollisuus myös järjestää itse omat työterveyspalvelunsa, ja näin tekevätkin monet suuret yritykset, vaikka 2000-luvulla tällaiset omat palvelut ovatkin vähentyneet. Yritysten omat terveysasemat ovat pieniä, ja ne yleensä tarjoavat palveluitaan vain oman yrityksen työntekijöille. Palveluja voi kuitenkin myydä myös ulkopuolisille työnantajille, jolloin voidaan esimerkiksi palvella saman alan yhteistyökumppaniyrityksiä tai pitää oman terveysaseman asiakaskunta tarpeeksi suurena monipuolisen palvelun takaamiseksi. (Seuri ym. 2011,106–107.)

Valtakunnalliset yksityiset palveluntuottajat tarjoavat monipuolisia ja kattavia lääkärikeskuspalveluja koko Suomessa. Tällaisia suuria yrityksiä on maassamme tällä hetkellä kaksi, ja niillä molemmilla on hyvin laaja työterveyshuollon verkosto. Lisäksi on suuria paikallisia yrityksiä, jotka pyrkivät kasvamaan valtakunnallisiksi. (Seuri ym. 2011,108–111.) Tällaisilla suurilla yrityksillä on vahvuutenaan yhteiset toimintamallit, joita noudatetaan kaikissa toimipisteissä.

Pieniä paikallisia työterveyspalvelujen tuottajia oli aikaisemmin enemmän, mutta nykyään ne ovat sulautuneet suuriin valtakunnallisiin yrityksiin. Joillakin paikkakunnilla on kuitenkin vahvoja paikallisia palveluntuottajia. Näiden vahvuutena on yleensä hyvä

paikallistuntemus, kohtuullinen hintataso sekä kestävät asiakassuhteet. Heidän vahvuutenaan on myös asiakaslähtöisyys ja joustavuus. (Seuri ym. 2011, 113–114.)

2.2 Työterveyshoitaja työterveyshuollossa

Työterveyshoitaja on työterveyshuollon ammattihenkilö, jolla tulee olla terveydenhoitajan pätevyys ja ammattikorkeakoulussa suoritettut erikoisopinnot (Juutilainen 2004, 43–44). Työterveyshuollon erikoistumisopinnot voi suorittaa myös Työterveyslaitoksen järjestämässä koulutuksessa (Työterveyslaitos 2012). Työterveyshoitajan rooli on keskeinen työterveyshuollossa. Työterveyshoitajan työ on itsenäistä ja siinä vaaditaan monipuolista osaamista sekä kykyä vastuullisuuteen ja itsenäisyyteen. Työ on usein tiimityöskentelyä, mutta se on myös yksin tekemistä. Työterveyshoitajan työnkuva vaihtelee sen mukaan millaisella alalla työskenteleviä asiakkaita hänellä on. Työterveyshoitajan työhön kuuluu työntekijään ja työpaikkaan kohdistuvia tehtäviä sekä lisäksi muita tehtäviä. (Juutilainen 2004, 43–44, 57–58.)

Työntekijään kohdistuvia tehtäviä ovat muun muassa terveystarkastusten suorittaminen, sairausvastaanotto toiminta, kuntoutukseen liittyvät tehtävät, asiakkaan jatkohoidon järjestäminen ja kriisityö. Työterveyshoitajan työssä keskeistä on asiakkaan ohjaaminen ja neuvonta erilaisissa tilanteissa. Tämä työ on terveydenedistämistyötä, joka voi tapahtua ryhmässä tai henkilökohtaisesti asiakkaan kanssa kasvotusten tai puhelimen välityksellä. (Juutilainen 2004, 57.)

Työterveyshoitajan työ ei kuitenkaan koostu vain vastaanotosta ja potilastyöstä, vaan hänen tehtäviinsä kuuluu hoitaa myös erilaisia asioita yritysten ja työnantajien kanssa. Tällaisia työpaikkaan kohdistuvia tehtäviä ovat muun muassa vastaaminen yritysten tarjouspyyntöihin, työpaikkakäynnit tai -selvitykset sekä erilaiset neuvottelutilaisuudet työnantajien kanssa. Työterveyshoitaja voi myös kouluttaa työntekijöitä esimerkiksi ensiaputoiminnassa. Hän osallistuu työpaikan työkyvyn edistämiseen ja laatii erilaisia toimintasuunnitelmia. Tärkeää on, että työterveyshoitaja tukee työntekijöiden jaksamista työssään ja tekee työtään työntekijöitä varten. Työterveyshoitajan työhön liittyy myös paljon muita tehtäviä, kuten laskutusta ja raporttien laadintaa. Työterveyshoitaja hoitaa myös siis erilaisia hallinnollisia tehtäviä ja osallistuu työyksikönsä ja työnsä kehittämiseen. Tärkeää työterveyshoitajan työssä on lisäksi opiskelijoiden ohjaaminen sekä välineiden kunnossapito ja hankinta. (Juutilainen 2004, 57–58.)

Koska työterveyshoitajan työ on osa hoitotyötä, on siinä keskeistä asiakkaan asioiden hyvä hoito. Tässä työssä hoitajan tulee käyttäytyä tasavertaisesti kaikkia asiakkaitaan kohtaan. Hänen täytyy kunnioittaa asiakkaan itsenäisyyttä ja vapautta päättää hoidostaan. Työterveyshoitajan tulee toimia asiakkaiden kanssa yksilöllisesti ja aktiivisesti. Myös hoidon jatkuvuus sekä turvallisuus ovat tärkeässä asemassa. Asiakaspalvelu on työterveyshoitajan työssä keskeisimmällä sijalla. Työterveyshoitajan asiakkaana voi olla yritys tai joku henkilö, jolla on kytkös johonkin asiakasorganisaatioon. Koska asiakaspalvelulla tarkoitetaan toisen auttamista tai opastamista, on tärkeää että sitä työtä tekevällä on viestintä- ja tunnekykyjä. Asiakaspalvelu edellyttää vastavuoroisuutta ja sitä tehdessä asiantuntija hyödyntää omia teoreettisia tietojaan asiakkaan hyväksi. Työterveyshoitajan työskennellessä asiakkaansa kanssa, on hänen hyvä muistaa edustavansa jotakin organisaatiota ja toimittava asiallisesti ja perustellen toimintaansa. Asiakassuhteessa työterveyshoitajan tulisi olla aloitteellinen ja ystävällinen, sillä asenteella on suuri vaikutus jatkuvien asiakassuhteiden luomisessa. (Juutilainen 2004, 61, 65–67.)

2.3 Ohjaus työterveyshoitajan työssä

Työterveyshoitajan työssä keskeistä on asiakkaan ohjaaminen ja neuvonta erilaisissa tilanteissa. Jallinojan ym. (2007, 246) tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista on sitä mieltä, että asiakas itse on vastuussa elämäntapamuutoksiin liittyvissä päätöksissä. Esteenä hoidolle on yleensä asiakkaan haluttomuus muutokseen. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista kokee tiedonantamisen, motivoinnin ja asiakkaan tukemisen elämäntapamuutokseen osaksi työtään. Kuitenkin vain noin puolet kokee omaavansa riittävästi ohjaustaitoja elämäntapamuutoksen ohjaukseen. Puolet hoitajista oli myös sitä mieltä, että työskentelyaikataulu on liian kiireinen asiakkaan elämäntilanteen perusteelliseen selvittelyyn. Hoitajat, joilla on vähemmän työkokemusta kokevat omaavansa riittävät valmiudet elämäntapaohjaukseen useammin kuin enemmän työkokemusta omaavat hoitajat.

Asiakkaan ohjaamiseen on kehitetty erilaisia teoreettisia malleja, joista muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu ovat keskeisimpiä. Toteutettaessa laadukasta asiakkaanohjausta on ohjaajan, esimerkiksi työterveyshoitajan, ensin hyvä kartoittaa ja tiedostaa, missä muutosvaihemallin kuvaamassa vaiheessa asiakas on. Tämän avulla asiakkaalle voidaan tarjota mahdollisimman yksilöllistä ja kannustavaa tukea. Muu-

tosvaihemallia voi käyttää erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi tupakkavieroitustilanteissa sekä elintapojen muutoksessa. Muutosvaihemallissa (Kuvio 1) kuvataan viisi erilaista vaihetta, jotka asiakas käy läpi omassa muutosprosessissaan, esimerkiksi elintapojen muutoksessa. Muutosvaihemallia voi käyttää apuna asiakkaan muutosmotivaation arvioinnissa ja siten ohjaaja voi motivoivaa haastattelua apuna käyttäen antaa asiakkaalleen juuri hänen tilanteeseensa sopivaa, yksilöllistä ja motivoivaa ohjausta. (Winell ym. 2006.)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Harkintaa edeltävä vaihe (esiharkintavaihe) 2. Harkintavaihe 3. Valmistelu- tai päätöksentekovaihe 4. Toimintavaihe 5. Ylläpitovaihe |
|---|

Kuvio 1. Muutosvaihemallin vaiheet (Winell ym. 2006.)

Ensimmäisessä vaiheessa eli harkintaa edeltävässä vaiheessa asiakas on vielä välinpitämätön tai haluton muuttamaan mitään elämässään (Winell ym. 2006). Tällöin asiakkaalla ei siis vielä ole aikomusta muutokseen, eikä hän usko mahdollisuuksiinsa. Harkintavaiheessa asiakas alkaa jo tiedostaa syitä elintapamuutoksen tarpeellisuuteen ja on kiinnostunut siitä, mutta ei vielä kuitenkaan ole valmis aloittamaan sitä (Hengitysliitto Heli ry 2011b). Kolmas vaihe on valmistelu- ja päätöksentekovaihe, jossa asiakas on tehnyt päätöksen muutoksesta ja alkaa nyt valmistella sen toteutusta. Toimintavaihe on toteutuksen aikaa, eli asiakas on sitoutunut muutospäätökseen ja aloittanut sen toteuttamisen. Asiakas on laatinut suunnitelman, jota hän nyt aktiivisesti toteuttaa. (Hengitysliitto Heli ry 2011c.) Viimeinen vaihe on ylläpitovaihe, jossa asiakas on omaksunut uudet elintavat osaksi elämäänsä ja arkeansa. Nyt tavoitteena on säilyttää tämä uusi elämäntapa. (Hengitysliitto Heli ry 2011a.)

Muutosvaihemallia voi käyttää suuntaa antavana lähtökohtana erilaisissa muutostilanteissa, mutta aina on kuitenkin huomioitava repsahdukset, jotka ovat luonnollinen osa muutosprosessia. Repsahduksesta entisiin tapoihin ei asiakkaan kannata lannistua, sillä on hyvä muistaa, että lipsahdus on vain yksi virhe ja siitä voi silti palata takaisin muutoksen tielle. Tällöin on tärkeää, että asiakas jatkaa yrittämistä ja saa jälleen positiivisia kokemuksia ja onnistumisen tunteita. (Hengitysliitto Heli ry 2011d.)

Motivoiva haastattelu on asiakkaan motivaatiota lisäävä kommunikointitapa asiakkaan ja ohjaajan, esimerkiksi työterveyshoitajan, välillä. Motivoivaa haastattelua tulisi käyttää erityisesti sellaisissa tilanteissa, jossa asiakkaan tulisi muuttaa jotakin elämässään. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi tupakoinnin tai alkoholinkäytön lopettaminen sekä liikunta- tai ruokailutottumusten muuttaminen. Näissä tilanteissa voidaan käyttää lisäksi apuna ja asiakkaalle tarjottavan ohjauksen lähtökohtana muutosvaihemallia, joka kertoo asiakkaan asenteesta muutosta kohtaan. Motivoivassa haastattelussa on tärkeää luoda tunnelma, jossa asiakasta ei syytetä tai kehoiteta tekemään jotakin. Keskustelussa ohjaaja, esimerkiksi työterveyshoitaja tuo esiin asiantuntemuksensa aiheesta, mutta asiakas on ainoa oman elämänsä asiantuntija. Motivoivassa haastattelussa asiakas saa siis tehdä omia päätöksiä, eikä kukaan anna hänelle käskyjä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivan haastattelun tavoitteena on saada asiakas aidosti ajattelemaan tilannettaan, ja tekemään omia päätelmiä. Asiakkaan tilannetta ei siis edistä ohjaajan antamat suorat ohjeistukset. Päinvastoin, asiakkaan on helpompi ottaa kapinoiva, jääräpäinen asenne ohjeita kuin omia päätelmiään vastaan. Motivoivan haastattelun tekniikan ydin on ohjaajan esittämät avoimet kysymykset, joihin asiakkaan on mahdollista vastata nopeasti, yhdellä sanalla. Avointen kysymysten ansiosta asiakas joutuu miettimään tilannettaan, ennen vastauksen antamista. Hyvät avoimet kysymykset voivat alkaa vaikkapa sanoilla mitä tai miten. Onnistuneessa motivoivassa haastattelussa asiakas puhuu ohjaajaa enemmän, sillä ohjaaja vain tuo keskusteluun erilaisia teemoja kysymysten avulla ja asiakas sitten pohtii niitä vastatessaan esitettyihin kysymyksiin. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivan tilanteen luomisessa ohjaajan käyttäytymisellä on suuri merkitys. Tämän vuoksi on tärkeää, että ohjaaja pystyy tarkastelemaan omaa käyttäytymistään ohjaus-tilanteessa ja pyrkii jatkuvasti kehittämään ohjaustaitojaan (Absetz 2010, 9). Keskeisintä on, että ohjaaja osoittaa myötätuntoa asiakastaan kohtaan, jolloin asiakas huomaa ohjaajan olevan aidosti kiinnostunut hänen tilanteestaan. Myötätuntoa voi esittää esimerkiksi katsekontaktilla, kuuntelemalla aktiivisesti ja esittämällä pieniä välikommentteja. Väittelyä ja oman mielipiteen todistelua sen sijaan tulisi välttää. Asiakkaalla on siis oikeus eriävään mielipiteeseen. Asiakkaan itseluottamuksen säilyminen on tärkeää motivoivan haastattelun onnistumisessa. Tämä onnistuu tuomalla aina ensin keskusteluun hyviä ja positiivisia asioita. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivassa keskustelussa ohjaaja ohjailee keskustelua sopivaan suuntaan, jolloin tavoitteena on, että keskustelun lopussa asiakkaalla on jonkinlainen suunnitelma muutokseen ryhtymisestä. Tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista, sillä etenkin muutosvaihemallin alkuvaiheissa olevat asiakkaat eivät ole halukkaita muutoksen toteuttamiseen. Motivoivan haastattelun tekniikka on asiakkaan asenteista riippumatta aina sama, mutta mitä enemmän asiakas on muutoshaluinen, sitä enemmän hänelle voi antaa tietoa ja käytännöllisiä neuvoja. Jos asiakas taas on helposti vastakoisuuteen ja kapinointiin taipuvainen, on ohjaajan tällöin puhuttava hyvin neutraalisti, eikä kertoa aiheesta kovin yksityiskohtaisesti. Tällöin jo pienikin asenteen muuttuminen on tärkeä askel kohti muutoksen toteutumista. Muutoksen toteutuksessa kaikki ei kuitenkaan aina etene suoraviivaisesti, repsahduksia tapahtuu. Tällöin ohjaajan on hyvä muistuttaa asiakkaalleen, että repsahduksesta huolimatta on mahdollista palata muutoksen tielle. Tällöin ohjaajan on hyvä myös korostaa asiakkaan saavutuksia ja hänen kyvykkyyttään muutokseen. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

3 TYÖTERVEYSHOITAJAN DIABETESOSAAMINEN

Suomessa työterveyshuollossa työskentelevät tapaavat diabetesta sairastavia asiakkaita, jolloin terveydenhuollon ammattilaisen täytyy pystyä tunnistamaan erilaiset diabeteksen muodot ja pystyä auttamaan jokaista asiakasta yksilöllisesti. Koska diabetesta on erilaisia muotoja, on terveydenhuollon ammattilaisen tärkeää pystyä yksilölliseen asiakkaanohjaukseen ja tuntea hyvin jokaisen erilaisen diabetestyyppin erilaiset hoitomuodot. Sairastipa asiakas mitä diabeteksen muodoista tahansa, on sairauden hoidossa asiakkaan oma motivaatio keskeisessä osassa. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että terveydenhuollon ammattilainen osaa hyvän, yksilöllisen asiakkaanohjaustavan ja pystyy sitä hyödyntämällä auttamaan asiakastaan hänen elämäntilanteessaan.

3.1 Tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabetes on energia-aineenvaihdunnan häiriö, jonka aiheuttaa autoimmuunitulehduksen seurauksena haiman Langerhansin saarekkeiden beetasolujen tuhoutuminen. Tästä seuraa vähitellen täydellinen insuliinin puutos elimistössä. (Ilvesmäki 2006, 253–254; Käypä hoito 2011.) Insuliini on hormoni, jonka tehtävänä on alentaa elimistön verensokeripitoisuutta. Insuliini erittyy haimasta verenkierron kautta maksaan, jossa se säätelee maksan sokerintuotantoa. Verenkierron kautta insuliini kulkeutuu myös lihas- ja rasvasoluihin, joihin sokeri ei ilman insuliinia pääse. Normaalisti elimistö tuottaa insuliinia eniten aterioiden aikaan ja säätely tapahtuu verensokeriarvon perusteella. Insuliinia erittyy kuitenkin myös muuna aikana ja tätä kutsutaan peruseritykseksi. Perusinsuliinin tarpeeseen vaikuttavat muun muassa elimistön stressireaktiot sekä henkilön fyysisen aktiivisuus. Ateriainsuliinin tarpeeseen vaikuttavat lähinnä ravinnon hiilihydraattien ja valkuaisaineiden määrä. Insuliinin vuorokausitarve voi vaihdella huomattavasti. (Kangas & Virkamäki 2009, 14–16.)

Tyypin 1 diabetesta ei voida ehkäistä (Käypä hoito 2011). Diabeteksen syntymiseen vaikuttavat ympäristötekijät ja osittain myös perimä (Ballard 2009). Yleensä tyypin 1 diabetes puhkeaa alle 40-vuotiaana ja sitä kutsutaan myös nimellä nuoruustyyppin diabetes (Ilvesmäki 2006, 254–256). Vaikka tyypin 1 diabetekseen sairastuvat henkilöt ovat yleensä lapsia tai nuoria, iän perusteella ei voida kuitenkaan määritellä asiakkaan diabetestyyppiä. Tyypin 1 diabetes saatetaan todeta myös iäkkäällä asiakkaalla. (Ballard 2011) Diabeteksen oireet kehittyvät yleensä nopeasti. Tyypillisiä oireita ovat lisääntyneet janontunne sekä virtsaneritys. Myös paino saattaa laskea. Potilas saat-

taa olla väsynyt, koska sokeri ei muutu energiaksi soluissa. Joskus elimistössä ehtii kehittyä myös happomyrkytys eli ketoasidoosi ennen kuin potilas hakeutuu hoitoon. Diagnoosivaiheessa plasman glukoosipitoisuus on tyypillisesti vähintään 15–20 mmol/l. Normaalisti plasman glukoosipitoisuus on 3–6 mmol/l. Hoito aloitetaan yleensä sairaalan vuodeosastolla tai joissain tapauksissa poliklinisesti. (Ilvesmäki 2006, 254–256.)

Tyypin 1 diabetesta sairastava seuraa verensokeriarvojaan säännöllisillä verensokerin mittauksilla. Joissakin tapauksissa saattaa riittää verensokerin mittaaminen muutamana kerran viikossa kun hoitotasapaino on hyvä, mutta esimerkiksi kuumeisten tulehdustautien yhteydessä saatetaan tarvita jopa yli 10 mittausta vuorokaudessa. Omaseuranta varten otettava verinäyte otetaan sormenpäältä ja vältetään ottamista sitä peukalosta tai etusormesta, koska niissä on eniten tuntohermopäätteitä, jotka välittävät kipua. Verensokerimittareilla saadut arvot vastaavat plasman glukoositasoa. Omaseuranta on tärkeä osa diabeteksen hoitoa. (Rönnemaa & Leppiniemi 2009, 61–70.) Esimerkiksi liikuntaa harrastava diabetesta sairastava pystyy omaseurannan avulla säätelemään insuliiniannoksiaan ja lisäämään tarvittaessa hiilihydraattien saantiaan. Diabetesta sairastava henkilö voi harrastaa liikuntaa kuten kaikki muutkin ihmiset ja jopa maratonin juokseminen on mahdollista. (Niskanen 2009, 170–171.) Verensokeriarvoihin vaikuttaa myös muun muassa alkoholi. Alkoholin käyttö ei ole kuitenkaan kokonaan kielletty diabetesta sairastavalta, kunhan käyttö on kohtuullista. Humaltuminen lisää riskiä hoidon laiminlyöntiin ja alhaisiin verensokeriarvoihin. (Ilanne-Parikka 2009, 206–207.) Tavoitteena olisi, että omaseurannassa verensokerin paastoarvo olisi 4–6 mmol/l ja noin kaksi tuntia aterian jälkeen alle 8 mmol/l (Käypä hoito 2011).

Tyypin 1 diabetesta sairastava vaatii aina insuliinihoidon, koska hänen oma elimistönsä ei enää tuota insuliinia. Tyypillisesti käytössä on monipistoshoido, joka koostuu pitkävaikutteisesta perusinsuliinista sekä pika- tai lyhytvaikutteisista ateriainsuliineista. Perusinsuliinit ovat ihmisinsuliineja tai insuliinijohdoksia, joita pistetään yleensä 1–2 kertaa vuorokaudessa. Perusinsuliinien vaikutus vaihtelee 12–24 tunnin välillä. (Ilvesmäki 2006, 257–259.) Perusinsuliinin annostelua ei tulisi tauottaa koskaan, joskin annoksen kokoa voidaan muuttaa esimerkiksi vatsataudin yhteydessä. Yleisin syy tyypin 1 diabetesta sairastavan vakavaan happomyrkytykseen on perusinsuliinin tauottaminen vatsataudin yhteydessä. (Virkamäki 2009, 106.) Ateriainsuliinit pistetään yleensä ennen ateriaa ja ne vaikuttavat nopeasti. Ateriainsuliinit pistetään yleensä vatsan alueelle, koska imeytyminen siitä on nopeampaa. Perusinsuliinia voidaan pis-

tää myös reisien ja pakaroiden alueelle. (Ilvesmäki 2006, 257–259.) Insuliinin imeytymiseen vaikuttavat pistospaikan lisäksi muun muassa kehon lämpötila sekä pistospaikan turvotukset. Tupakointi supistaa verisuonia ja hidastaa verenkiertoa ihonalaisessa kudoksessa, joten sillä on insuliinin imeytymistä hidastava vaikutus. (Kangas 2009, 102–103.)

Insuliinihoito on siis ensisijainen hoitomuoto tyypin 1 diabetesta sairastavalla, mutta myös ruokavaliolla ja liikunnalla on vaikutusta verensokeriin. Tyypin 1 diabetesta sairastavan ruokavalion tulisi olla normaali, terveellinen ruokavalio, joka sisältää runsaasti kuitua, paljon kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä vain vähän kovia rasvoja. Tavoitteena hoidossa on kuitenkin se, että insuliinihoito sovitetaan vastaamaan ravinnosta saatuja hiilihydraatteja sekä diabetesta sairastavan omaa elintapaa. Liikunnalla on muiden hyvien vaikutusten lisäksi vaikutusta elimistön insuliiniherkkyyteen, joten se on suositeltavaa myös tyypin 1 diabetesta sairastavalla. Hoidossa on kuitenkin huomioitava mahdollinen insuliinin tarpeen pieneneminen ja liikuntatilanteissa on hyvä olla aina mukana jotain runsashiilihydraattista syötävää tai juotavaa jos verensokeri pääsee laskemaan. (Ilvesmäki 2006, 260–261.)

Hoitotasapainoa voidaan seurata esimerkiksi HbA_{1c}-arvon perusteella. HbA_{1c} eli veren glykohemoglobiiniipitoisuus tulisi diabetesta sairastavalla olla alle 7 %. (Ilvesmäki 2006, 262; Käypä hoito 2011.) Mitä suurempi HbA_{1c}-arvo on, sitä enemmän hemoglobiiniin on kiinnittynyt sokeria eli verensokeripitoisuus on korkea. HbA_{1c}-arvoa kutsutaan myös nimellä ”pitkäsokeri”, koska se kertoo veren sokeripitoisuudesta edellisten 6-8 viikon ajalta. (Ilanne-Parikka 2009, 86–87.)

3.2 Tyypin 2 diabetes

Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttavat perinnölliset tekijät ja sitä ilmeneekin suvuittain. Tyypin 2 diabetekseen sairastuneet ovat yleensä yli 35-vuotiaita, mutta suurin osa diabeetikoista on yli 65-vuotiaita. (Ilvesmäki 2006, 267.) Tyypin 2 diabetes johtuu insuliinin vaikutuksen heikkenemisestä maksassa, rasva ja lihaskudoksissa, sekä häiriintyneestä tai muuten riittämättömästä haiman insuliinin tuotannosta. (Ilvesmäki 2006, 267; Saraheimo 2011b, 9; Käypä hoito 2011). Koska tyypin 2 diabeetikoilla on edelleen jäljellä hieman omaa insuliinineritystä, ei heille yleensä kehity happomyrkytystä. Tyypin 2 diabetes on alussa pitkään oireeton, ja se havaitaan tutkimuksissa, kun sairautta on podettu jo vuosikausia. Oireet eivät ilmaannu nopeasti, koska verensokerin hidas nousu ei aiheuta potilaassa oireita. Tyypillisimpiä tyypin

2 diabeteksen oireita ovat väsymys, ärtyneisyys, masentuneisuus, jalkasäryt, näön heikkeneminen sekä herkkyys tulehduksille. Potilaan hakeutuessa tutkimuksiin, jopa 20 %:lla voidaan todeta jo diabeteksesta johtuvia liitännäissairauksia, kuten retinopatiaa, neuropatiaa tai sepelvaltimotautia. (Rönnemaa 2011, 431; Rönnemaa & Summanen 2011, 420; Saraheimo 2011a, 24.)

Tyypin 2 diabeteksessa hoidon ensisijaisena tavoitteena on sepelvaltimotaudin ehkäisy. Riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin lisääntyy jo ennen kuin verensokeriarvot saavuttavat diabeettiset arvot. Hieman koholla olevat verensokeriarvot, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt yhdessä vaikuttavat valtimoihin ja siten edelleen haitallisesti jalkojen, aivojen ja sydämen verenkiertoon. Tästä syystä verenpaine sekä sokeriarvot yhdessä kolesterolin ja muiden rasva-arvojen kanssa tulisi olla mahdollisimman lähellä normaaleja arvoja. Tyypin 2 diabetes aiheuttaa myös riskin saada verenhiyymiseen liittyviä ongelmia ja siten myös riski saada veritulppa kasvaa. Diabeteksen hyvä hoito hidastaa jo syntyneiden verisuonivaurioiden etenemistä sekä kolesterolin alentaminen vähentää verisuoniahtaumia. Useamman vuoden liian korkealla olleet verensokeriarvot lisäävät riskiä silmänpohja-, hermo-, sekä munuaismuutoksille. Nykyään yhä useammalla keinomunuais- eli dialyysihoitoa saavalla potilaalla on tyypin 2 diabetes. (Ilanne-Parikka 2011a, 217–218.)

Hoitona ja tärkeänä osana liitännäissairauksien ehkäisyä on hyvä hoitotasapaino. Verensokeriarvot tulee pitää aamuisin ja ennen aterioita alle 6 mmol/l ja aterioiden jälkeen alle 8 mmol/l. Pitkäaikainen sokeritasapaino eli sokerihemoglobiini, HbA_{1c} alle 6,5 %. Myös tupakoinnin lopettaminen ja verenpaineen alentaminen ehkäisevät ja hidastavat verisuonisairauksien syntyä. (Ilanne-Parikka 2011a, 217–218.) Perusta hoidolle ja hyvälle hoitotasapainolle on potilaan oma aktiivisuus omassa hoidossaan, painonhallinta, terveellinen ja monipuolinen ruokavalio, liikunnan lisääminen sekä mahdollinen lääkehoito. Nämä kaikki tekijät täydentävät toisiaan pyrittäessä hyvään hoitotasoon. (Ilanne-Parikka 2011d, 220.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa tärkeintä on asiakkaan motivoituminen elintapamuutoksiin ja oma aktiivisuus verensokerin, painon ja verenpaineen seurannassa. Tyypin 2 diabetesta sairastavalle suositellaan jo diagnoosivaiheessa aloitettavan Metformin -lääkityksen. Metformiinilla on todettu olevan hyvä verensokeria alentava teho ja pitkäaikaisessa käytössä se on todettu turvalliseksi. Metformiinia suositellaan myös ylipainoisille tyypin 2 diabetesta sairastaville, koska sen on todettu edistävän painonhallintaa. (Groop ym. 2012; Ilvesmäki 2006, 271; Käypä hoito 2009.) Kuitenkin suurin osa

tyypin 2 diabetesta sairastavista tulee tarvitsemaan insuliinihoitoa, koska oma insuliinituotanto vähenee. Tyypin 2 diabeteksessa insuliinihoito aloitetaan, mikäli HbA_{1c}-arvo taudin toteamishetkellä on yli 10 % tai arvo on muusta tablettilääkityksestä huolimatta yli 7-7,5%. (Ilvesmäki 2006, 273.) Insuliinihoito aloitetaan pitkävaikutteisella insuliinilla tai insuliinianalogilla yhdessä tablettihoidon kanssa. Myöhemmässä vaiheessa saatetaan joutua aloittamaan ateriainsuliinit yhdessä metformiinin kanssa. (Saraheimo & Vadén 2011.) Insuliinihoitoa aloittavan on syytä kiinnittää huomiota syömiinsä ruokamääriin ehkäisemällä verensokerin liiallista nousua. (Ilanne-Parikka 2011b, 239).

Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttavat sekä perintötekijät että ulkoiset tekijät kuten elintapoihin liittyvät tekijät. On tärkeää pyrkiä tunnistamaan riskiryhmiin kuuluvat henkilöt, joilla on suuri sairastumisvaara. Näitä ovat raskausajan diabetesta sairastaneet, metabolista oireyhtymää tai valtimotautia sairastavat henkilöt, sekä diabeetikon lähisukulaiset. Elintapoihin liittyviin tekijöihin on myös kiinnitettävä huomiota. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä tulee pyrkiä painon hallintaa, kovien rasvojen välttämiseen, kuidun saannin lisäämiseen, tupakoinnin lopettamiseen, alkoholin kohtuulliseen käyttämiseen, nopeasti sokeriksi muuttuvien hiilihydraattien välttämiseen, liikunnan lisäämiseen sekä riittävään unen ja levon määrään. (Ilanne-Parikka 2011c, 247-248; Käypä hoito 2011.)

3.3 Metabolinen oireyhtymä ja insuliiniresistenssi

Metaboliseen oireyhtymään (MBO) liittyvät oleellisesti sekä insuliiniresistenssi että keskivartalolihavuus. Insuliiniresistenssillä tarkoitetaan heikentynyttä insuliinin vaikutusta maksassa, lihaksissa ja rasvakudoksessa. Maksassa insuliini ei pysty tarpeeksi estämään sokerintuotantoa, jolloin maksa tuottaa liikaa sokeria, lihakset eivät pysty käyttämään sokeria polttoaineenaan eivätkä varastoimaan sitä ja rasvakudoksesta vapautuu liikaa rasvahappoja. Tämä lisää myös maksan sokeri- ja rasvatuotantoa. (Virkamäki 2011, 35.)

Metabolisen oireyhtymän määritelmät perustuvat insuliiniresistenssin vaikutuksille. Metabolisessa oireyhtymässä keskeisin kriteeri on vyötärölihavuus, jolla tarkoitetaan vatsaontelon sisään kertynyttä rasvan määrää. Miehillä vyötärön ympärysmittan raja-arvona pidetään 94 cm ja naisilla 80 cm. Jotta henkilöllä voidaan todeta olevan MBO, tulee myös kahden muun alla esitetyn kriteerin täyttyä. Nämä ovat

1. veren kohonnut triglyseridiarvo > 1,7 mmol/l tai potilaalla on käytössä tähän lääkitys
2. HDL-kolesterolipitoisuus miehillä < 1,0 mmol/l ja naisilla < 1,3 mmol/l tai potilaalla tähän lääkitys
3. kohonnut verenpaine: systolinen > 130 mmHg tai diastolinen > 85 mmHg tai potilaalla tähän lääkitys
4. diabetes tai heikentynyt sokeriaineenvaihdunta: paastoglukoosi (IFG) > 5,6 mmol/l.

Diabetesta sairastavilla metabolisen oireyhtymän toteamiseksi riittää, että verenpaine on hieman koholla tai on lievä rasva-aineenvaihdunnan häiriö. (Hall 2011; Ilvesmäki 2006, 268; Virkamäki 2011, 35–36.)

3.4 Muut liitännäissairaudet

Diabetes aiheuttaa useita eri liitännäissairauksia, joita ovat muun muassa retinopatia, neuropatia ja diabeettinen nefropatia (Käypä hoito 2011). *Retinopatialla* tarkoitetaan verkkokalvosairautta. Silmän hiussuonissa todetaan pieniä paikallisia pullistumia sekä verkkokalvolla verenvuotoja ja turvotuksia. Muutokset heikentävät näkökykyä sekä aiheuttavat vaikeuksia erottaa värejä. Näistä voi olla haittaa esimerkiksi joissakin ammateissa. Pitkään edennyt retinopatia voi aiheuttaa vaikean silmänpainetaudin ja johtaa sokeutumiseen. (Rönnemaa & Summanen 2011a, 420–422.) Retinopatian ehkäisyssä ensiarvoisen tärkeää on hyvä sokeritasapaino. On huolehdittava myös verenpaineen ja veren rasva-arvojen pitämisestä normaalilla tasolla, joita hoidetaan yleensä lääkkeillä. (Rönnemaa & Summanen 2011b, 423.)

Neuropatialla tarkoitetaan hermomuutoksia, jotka voivat olla sekä somaattisia eli tahdosta riippuvan hermoston että autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston vaurioita. Somaattinen neuropatia aiheuttaa tunto- tai liikehermojen vioittumista. Autonomisen hermoston vioittuminen aiheuttaa oireita muun muassa suoliston toiminnassa, verenpaineessa tai sydämen sykkeessä. (Rönnemaa 2011b, 431.) Neuropatian oireita ovat esimerkiksi jalkaterien puutuminen, pistely, lihassäryt ja kouristukset, ihon liiallinen kuivuminen ja kuumotus, korkea leposyke, ripuli, ummetus sekä virtsaamisvaikeudet. Pahimmillaan oireina voi esiintyä kasvohermo- tai pohjehermon halvausta. (Rönnemaa 2011c, 432–433; Käypä hoito 2011.) Miehillä neuropatian oireina voivat olla myös erektiohäiriöt. (Käypä hoito 2011; Hall 2011.) Neuropatian hoidossa ja taudin etenemisen estämiseksi on tärkeää huolehtia verensokerin hyvä-

tä hoitotasapainosta. Tupakoinnin lopettamisella, alkoholinkäytön vähentämisellä, fysioterapialla ja lääkehoidolla voidaan neuropatian oireita lievittää. (Käypä hoito 2011.)

Diabeettisella nefropatialla tarkoitetaan munuaiskerästen vioittumista ja siitä johtuvaa valkuaisen erittymistä virtsaan. Pitkälle edenneessä nefropatiassa munuaisten kyky puhdistaa verestä kuona-aineita heikkenee ja lopulta munuaisten toiminta lakkaa kokonaan. Tärkein syy nefropatian syntyyn on pitkään jatkunut huono hoitotasapaino. Neuropatia ehkäisyssä tärkeintä on huolehtia verensokerin, verenpaineen ja veren rasva-arvojen hyvästä hoitotasapainosta. Näihin päästään elintapamuutoksilla, tupakoimattomuudella ja tarvittaessa lääkehoidolla. (Käypä hoito 2011; Rönnemaa 2011a, 426–429.)

3.5 Diabetesta sairastavan ohjaaminen työterveyshoitajan työssä

Hoidon suunnittelun kannalta on tärkeää tunnistaa, mikä diabetestyyppi on kyseessä. Tyypin 1 diabetes on niin kutsuttu nuoruustyyppin diabetes, mutta sen määrittelystä on tullut haasteellisempaa, koska pelkästään iän perusteella ei voida enää määritellä diabeteksen alaryhmää. LADA (late-onset autoimmune diabetes of adults) on yksi tyypin 1 diabeteksen muodoista. Tauti alkaa yleensä vasta yli 35-vuotiaana eikä sen hoitoon tarvita alkuvaiheessa insuliinia, joten se muistuttaa tyypin 2 diabetesta. LADA:an sairastuneilla ei normaalisti ole yhtä paljon metabolisen oireyhtymän merkkejä kuin tyypin 2 diabeetikolla ja yleensä vuoden kuluessa aloitetaan insuliinihoito. Tyypin 2 diabetes on yleisin diabeteksen muoto, suomalaisista diabeetikoista kolme neljäsosaa sairastaa sitä. Nykyään myös lapset ja nuoret sairastuvat enenevässä määrin tyypin 2 diabetekseen. MODY (maturity-onset diabetes in the young) on perinnöllinen, harvinaisempi diabeteksen muoto, jota esiintyy erityisesti Länsi-Suomessa. MODY alkaa yleensä nuorena, kuten tyypin 1 diabetes, mutta sen hoitona käytetään tyypin 2 diabetekselle tyyppillisiä ruokavalion muutosta ja tablettihoitoa. Raskausdiabetes on raskauden aikana ilmenevä sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Jos raskaana olevalla naisella on perinnöllinen taipumus insuliinin erityshäiriöön, saattaa sokeriaineenvaihdunta häiriintyä herkästi. Raskausdiabetes kuitenkin häviää kun lapsi syntyy. Sekundaaridiabetes on jonkin toisen sairauden seurauksena ilmenevä diabeteksen muoto. Sekundaaridiabetes voi seurata esimerkiksi haimatulehduksesta. (Kaisanlahti 2008.)

Koskinen (2007) kuvasi pro gradu-tutkielmassaan miten perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle tarkoitettu koulutus vaikutti heidän valmiuksiinsa diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon. Tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilökunnan osaamista ennen ja jälkeen koulutuksen hoitajien omien arvioiden ja tietotestiosioiden avulla. Koskisen (2007, 30–50) mukaan ennen koulutusta sairaanhoitajat arvioivat omaksi diabetesosaamisen tasokseen keskinkertaisen. Todellista tietoa arvioitaessa osaaminen oli kuitenkin hyvällä tasolla. Esimerkiksi tyyppin 1 ja 2 diabeteksen esiintyvyyden yleisyyttä koskevaan väittämään vastasi oikein 95 % sairaanhoitajista. Myös paastoverensokeriin (95 % oikein) ja sokerihemoglobiiniin (100 % oikein) liittyviin kysymyksiin sairaanhoitajat vastasivat hyvin. Diabetesosaaminen taso kehittyi koulutuksen aikana hyväksi. Eniten kehitystä tapahtui diabetesta sairastavan asiakkaan jalkojen perushoidon ohjaamisessa, riskijalan tunnistamisessa sekä tietämyksessä hyvän hoidon tavoitteista. Myös elämäntapa- ja hoidonohjausmenetelmät kehittyivät sairaanhoitajien oman arvion mukaan. Tietotasoa mitattaessa eniten kehitystä tapahtui hiilihydraattien laskentaa ja insuliinihoitoa koskevissa väittämissä. Koulutuksen jälkeen lisäkoulutusta toivottiin vielä esimerkiksi diabetekseen liittyvään yleistietoon, hoidonohjaukseen, lääkehoitoon ja liitännäissairauksiin liittyen.

Myös valtakunnallisessa Dehko-kehittämisohjelmassa todettiin suuri diabetekseen liittyvä koulutustarve. Koulutukselle oli tarvetta etenkin tietoon ja osaamiseen liittyen, mutta sitä tarvittiin myös moniammatillisen yhteistyön ja toimintamallien kehittämiseen. Koulutuksella haluttiin herättää mielenkiintoa diabetestyötä kohtaan ja saada ihmiset huomaamaan diabetestyön tärkeys diabetesta sairastavan ihmisen kannalta, mutta myös yhteiskunnan kannalta esimerkiksi kustannusten muodossa. (Dehko 2011,31.) Koska erityisesti tyyppin 2 diabetes lisääntyy työikäisten keskuudessa, on tärkeää lisätä terveydenhuollon hoitohenkilöstön osaamista diabetesta sairastavien ohjaamisessa. Hyvällä asiakkaanohjauksella voidaan vähentää muun muassa sairauspoissaoloja, hoitokustannuksia sekä erilaisia liitännäissairauksia. Asiakkaan kannalta on ensiarvoista, että sairaus havaitaan ajoissa ja hän saa hyvää ohjausta. Tämä motivoi asiakasta hoitamaan sairauttaan, ja pyrkimään elintapojen muutokseen. Tällä tavoin elämänlaatu ja työssä jaksaminen paranevat.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajien diabetesohjauksen osaamista. Tutkimuksessa selvitettiin Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajien tietoperustaa diabeteksestä sairautena sekä diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaamisessa. Tutkimuksessa selvitettiin myös käyttävätkö työterveyshoitajat motivoivaa haastattelua sekä muutosvaihemallia diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa.

Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä työterveyshoitajien tietoutta diabetesta sairastavan ohjauksesta sekä kehittää työterveyshoitajien valmiuksia ohjata ja motivoida diabetesta sairastavaa asiakasta. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää työterveyshoitajien osaamista sekä heidän antamaansa ohjausta. Lisäksi voidaan miettiä, olisiko työterveyshoitajille hyötyä mahdollisesta lisäkoulutuksesta.

Tutkimuksella saatiin vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä työterveyshoitajat tietävät diabeteksestä sairautena?
2. Millainen on työterveyshoitajien tietoperusta asiakkaanohjauksesta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö oli määrällinen tutkimus. Määrällisellä tutkimuksella voidaan etsiä vastauksia esimerkiksi siihen, kuinka paljon jotakin ominaisuutta esiintyy tutkimusjoukossa ja miksi sitä esiintyy kyseisessä joukossa, minkälaiset tekijät voivat selittää tiettyä ilmiötä tai minkälaisia riippuvuuksia on tutkittavien ilmiöiden välillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 45.) Tutkimuksessa käytettiin myös avoimia kysymyksiä, joiden avulla saatiin selville vastaajien omia mielipiteitä. Avoimet vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysejä hyödyntäen.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Määrällisen tutkimustyön prosessiin liittyvät aiemmasta tutkimustiedosta tehdyt johtopäätökset ja aiemmat teoriat, keskeisten käsitteiden määrittely, hypoteesien laatiminen sekä aineiston keräämiseen liittyvät suunnitelmat. Aineisto saatetaan sellaiseen muotoon, että se voidaan käsitellä tilastollisesti, ja muuttujista muodostetaan erilaisia taulukoita. Tuloksia analysoidaan muun muassa testaamalla niiden tilastollisia merkitsevyyksiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.) Määrällistä tutkimusta voidaan tehdä joko pitkittäis- tai poikittaistutkimuksena. Pitkittäistutkimuksen tarkoituksena on kerätä aineistoa vähintään kahdesti pitemmän aikajakson aikana. Poikittaistutkimuksessa tarkastellaan tiettyä ilmiötä tietyllä hetkellä ja aineisto kerätään vain kerran. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) Tämä tutkimus tehtiin poikittaistutkimuksena.

Teoriaosaan haettiin aineistoa Nelli-portaalin kautta hoitotyön aihealueelta. Aineistoina olivat Medic- ja Cinahl-tietokannat. Lisäksi toteutimme hakuja myös PubMed-, Linda- ja Aapeli-tietokannoista. Aineiston hakukielenä käytimme sekä suomen- että englanninkielisiä lähteitä. Aikarajana käytimme vuotta 2005. Käytimme kuitenkin joitakin tätä vanhempia kirjallisuuskäsitteitä, sillä niiden sisältö oli edelleen ajankohtaista eikä aiheista ollut uudempaa tietoa saatavilla. Hakusanoina käytimme sanoja 'diabetes', 'terveydenhoitaja', 'työterveys', 'osaaminen', 'ammattitaito', 'Diabetes Mellitus' ja 'nursing' erilaisina sanayhdistelminä. Lähteinä käytettiin alan kirjallisuutta, erilaisia lääkettä ja hoitotieteellisiä tutkimuksia ja julkaisuja sekä hoitosuosituksia.

5.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Opinnäytetyömme toteutettiin kyselytutkimuksena työterveyshoitajille. Suomen Terveystalo Oy oli tutkimuksemme kannalta hyvä yhteistyökumppani, sillä se on valtakunnallinen yritys ja työllistää monia terveydenhoitajia. Tämä mahdollisti määrällisen tutkimuksen vaatiman, riittävän vastaajajoukon. Tutkimukseen osallistui 87 työterveyshoitajaa. Vastausprosentti oli 25,6.

Kysely tehtiin Webropol kyselytyökalu -ohjelman (Webropol Oy 2010) avulla internetissä. Tällöin vastaaminen oli mahdollisimman helppoa ja nopeaa, kustannuksia ei aiheutunut ja vastaajat pysyivät nimettöminä. Kysely toteutettiin pääasiassa määrällisenä kyselynä, mutta tutkimuksessa hyödynnettiin myös triangulaatiota eli käytettiin laadullista tutkimusta avoimien kysymysten muodossa. Avointen kysymysten tarkoituksena oli tuoda esiin vastaajien omia kokemuksia ja näkemyksiä asiakkaan ohjauksesta. (Heikkilä, 2004, 49.)

Kyselytutkimuksen olennainen tekijä on huolellisesti suunniteltu kyselylomake. Ennen kyselylomakkeen suunnittelua tulee tutustua huolellisesti tutkimusaiheeseen sekä pohtia ja täsmentää tutkimuskysymyksiä. Tutkijan tulee selvittää itselleen ennen lomakkeen laatimista, mikä on tutkimuksen tavoite ja mihin kysymyksiin haetaan vastauksia. Tutkimuskysymykset tulee laatia siten, että tutkittavat asiat selviävät tutkimuskysymysten avulla. Hyvä tutkimuslomake on laadittu siten, että se on vastaajasta houkuttelevan näköinen ja herättää vastaajan mielenkiinnon tutkimusta kohtaan. Tutkimuskysymykset on laadittu selkeästi, vastausohjeet ovat selkeät, kysymykset etenevät loogisesti ja ne on ryhmitelty selkeiksi kokonaisuuksiksi. Lomake ei saa olla myöskään liian pitkä, jotta vastaajan mielenkiinto säilyy. Kysymysten tulee olla selkeitä ja kohteliaasti esitettyjä. Ne eivät saa olla liian pitkiä, johdattelevia tai sisältää sivistys- tai erikoissanoja. (Heikkilä 2008, 47–49.) Kyselylomake (Liite 2) tätä tutkimusta varten suunniteltiin itse ja kysymykset pohjautuivat käytettyyn lähdekirjallisuuteen. Kyselylomake lähetettiin Webropol-ohjelmalla 340 työterveyshoitajalle. Kysely oli avoinna 27.8. – 16.9.2012 välisen ajan. Vastaajille lähetettiin myös yksi sähköpostiviesti, jossa heitä muistutettiin avoinna olevasta kyselystä ja pyydettiin vastaamaan kyselyyn.

Heikkilän (2008, 61) mukaan kyselylomake tulee esitellä ennen varsinaiselle vastaajajoukolle lähettämistä. Testaamiseen tarvitaan noin 5-10 henkilöä, jotka pyrkivät selvittämään onko kysymysten vastausohjeet ja -vaihtoehdot riittävät, onko kysely

liian pitkä ja ovatko kaikki kysymykset tärkeitä tutkimuksen kannalta vai onko jotain oleellista jäänyt kysymättä. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehdään tarvittavat korjaukset ja lomake vielä tarkistetaan ennen lähettämistä vastaajille. Tämän tutkimuksen kyselylomake lähetettiin esitestattavaksi viidelle opiskelijakollegalle, joista kaksi antoi palautetta. He arvioivat kysymysten ymmärrettävyyttä, vastausohjeiden selkeyttä sekä kyselyn pituutta. Saadun palautteen ja korjausehdotusten perusteella korjattiin kyselylomakkeen kielellisiä virheitä, jotta kyselylomake oli ymmärrettävä vastata.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston käsittelyn tarkoitus on saada aineisto analysoitavaan muotoon. Ennen aineiston käsittelyä tiedot tallennetaan tilasto-ohjelmaan ja tarkistetaan mahdollisten tallennusvirheiden varalta. Muuttujille valitaan niiden välisiä yhteyksiä kuvaavia arvoja, joiden avulla havaintoyksiköt luokitellaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100–101.)

Aineiston käsittelyn tarkoituksena oli, että siitä oli mahdollisuus saada vastaukset esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Saatu aineisto syötettiin SPSS – ohjelmaan, jossa tutkimustuloksia tarkasteltiin ja käytiin läpi. Ohjelma näytti, että saatuja vastauksia oli yksi enemmän kuin Webropol:ssa, joten ylimääräinen vastaus jouduttiin käsin etsimään ja poistamaan. Lisäksi kaikki vastaamatta jätetyt tyhjät kohdat tarkastettiin yksitellen kyseisten vastaajien kyselylomakkeista. Kun tutkimusaineisto oli tarkastettu, koodattiin väittämät ja avoimet vastaukset, joissa kysyttiin vastaajien työkokemusta.

Aineiston luokittelun jälkeen päästiin analysoimaan aineistoa ja muodostamaan frekvenssitaulukoita ja kuvioita. Aineistosta analysoitiin taustamuuttujia, muun muassa vastaajien koulutustasoa ja ikää. Ristiintaulukoimalla voitiin selvittää kahden muuttujan välisiä yhteyksiä, sekä niiden vaikutuksia toisiinsa (Heikkilä 2008, 210). Tutkimuksemme selvitettiin esimerkiksi, miten vastaajien koulutustaso tai työkokemus vaikutti heidän valmiuksiinsa antaa potilaalle diabetesohjausta. Kyselylomakkeessa oli muutamia avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat saivat vapaasti kertoa muun muassa potilaan ohjaukseen liittyvistä asioista. Avoimet kysymykset eroteltiin kyselylomakkeesta omaksi tiedostokseen ja sisällönanalyysia käyttäen vastauksista poimittiin tutkimuksen kannalta tärkeimmät ja oleellisimmat asiat, jotka antoivat tutkimuksen kannalta tärkeää lisätietoa.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulokset on eritelty tutkimuskysymysten mukaisesti. Ensin on esitelty tutkimukseen osallistuneiden työterveyshoitajien taustatiedot ja tämän jälkeen tutkimuskysymykset 1 ja 2. Avoimista kysymyksistä saatuja vastauksia on käsitelty kyseisten tutkimuskysymysten kohdalla ja vastaajien omia mielipiteitä on tuotu esille alkuperäisten ilmaustenmuodossa. Määrällisiä tuloksia on havainnollistettu kuvioiden ja taulukoiden avulla.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimus lähetettiin 340 Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajalle ja tutkimukseen osallistui 87 hoitajaa, eli vastausprosentti oli 25,6. Taustatiedoista (Taulukko 1) tulee esille, että vastaajista lähes kaikki olivat naisia. Suurin osa vastaajista (83 %) sijoittui ikäryhmään 30–59 vuotta. Vastaajista yli kolmannes (36 %) oli alun perin koulutukseltaan sairaanhoitajia, mutta olivat myöhemmin suorittaneet jatko-opinnot terveydenhoitajan tutkintoon. Terveysdenhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut yli puolet (57 %) vastaajista. Lähes kaikki vastaajat olivat suorittaneet työterveyshoitajan erikoistumisopinnot. Lisäksi neljä vastaajaa oli parhaillaan suorittamassa erikoistumisopintoja ja kaksi vastaajaa suunnitteli suorittavansa ne.

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (n=87)

Taustamuuttuja	n	%
Sukupuoli	86	98,9
Nainen	1	1,1
Mies		
Ikä		
20–29 vuotta	4	4,6
30–39 vuotta	25	28,7
40–49 vuotta	24	27,6
50–59 vuotta	23	26,4
≥60 vuotta	11	12,6
Tutkinto		
Sairaanhoitaja 2,5v+1v erikoistumisopinnot	28	32,2
Sairaanhoitaja 3,5v+1v erikoistumisopinnot	3	3,4
Terveystenhoitaja 4v	21	24,1
Terveystenhoitaja 4v+1v erikoistumisopinnot	29	33,3
Jokin muu	6	6,9
Erikoistumisopinnot		
On suorittanut	78	89,7
Ei ole suorittanut	3	3,4
Aikoo suorittaa	2	2,3
Suorittaa parhaillaan	4	4,6

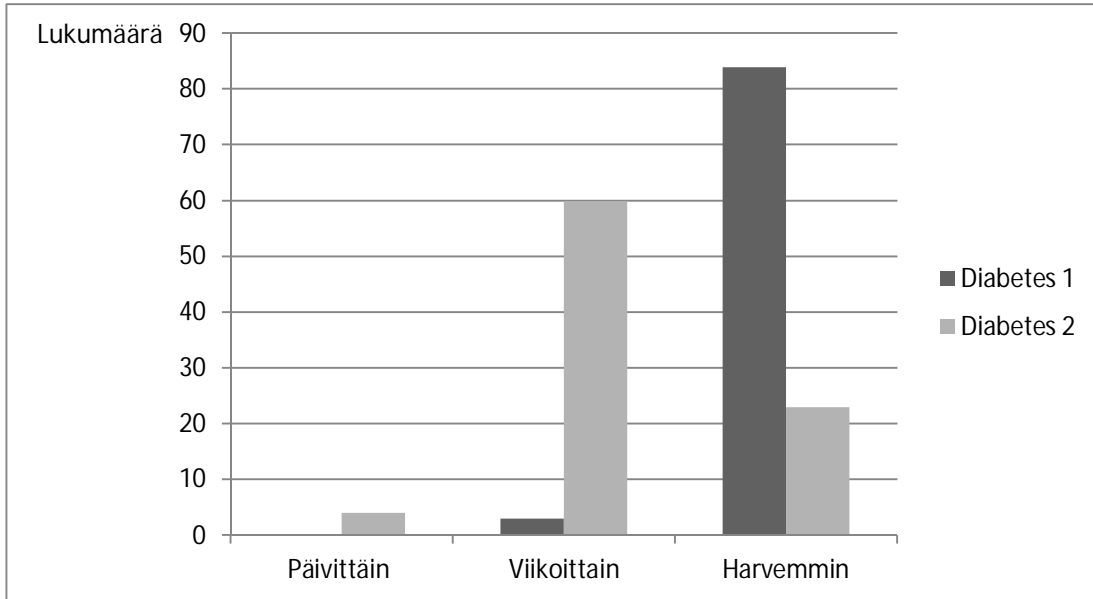
Suurin osa vastaajista (95 %) työskenteli työterveyshoitajina (Taulukko 2). Vastaajista 70 % oli työskennellyt terveydenhoitajana enintään 15 vuotta. Yli 15 vuoden työkokemus terveydenhoitajan työstä oli noin kolmasosalla vastaajista. Lähes 74 % oli työskennellyt työterveyshuollossa alle 16 vuotta.

Taulukko 2. Vastaajien työkokemus ja työnkuva (n=87)

Taustamuuttuja	n	%
Työkokemus hoitotyössä	8	9,2
0-5 vuotta	35	40,2
6-15 vuotta	30	34,5
16–30 vuotta	14	16,1
Yli 30 vuotta		
Työkokemus terveydenhoitajana		
0-5 vuotta	21	24,1
6-15 vuotta	38	43,7
16–30 vuotta	23	26,4
Yli 30 vuotta	5	5,7
Työkokemus työterveyshuollossa		
0-5 vuotta	28	32,2
6-15 vuotta	36	41,4
16–30 vuotta	17	19,5
Yli 30 vuotta	6	6,9
Työnkuva		
Työterveyshoitaja	83	95,4
Diabeteshoitaja	0	0,0
Työterveyshoitaja ja diabeteshoitaja	4	4,6

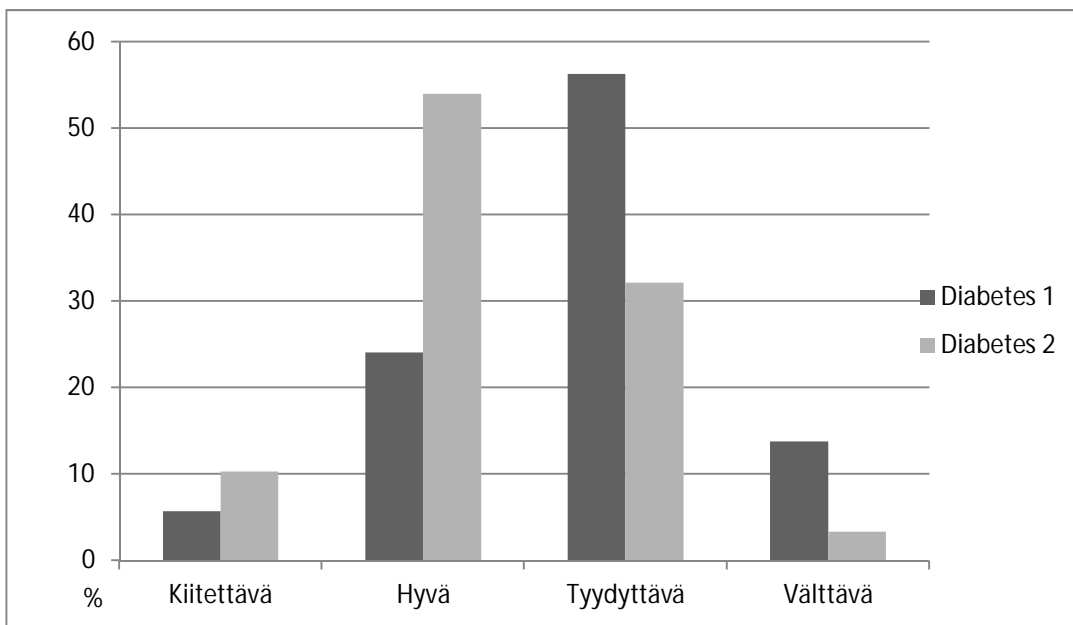
6.2 Työterveyshoitajien tietoperusta tyyppin 1 ja 2 diabeteksestä

Tyyppin 1 diabetesta sairastavia asiakkaita kohdattiin (Kuvio 2) työterveyshuollossa harvemmin kuin tyyppin 2 diabetesta sairastavia asiakkaita. Lähes kaikki vastaajat kertoivat kohtaavansa tyyppin 1 diabetesta sairastavan asiakkaan harvemmin kuin kerran viikossa; kukaan vastaajista ei kohdannut kyseisiä asiakkaita päivittäin. Tyyppin 2 diabetesta sairastavia asiakkaita sen sijaan noin 70 % terveydenhoitajista kohtasi enimmäkseen viikoittain, neljä vastaajaa kertoi tapaavansa heitä päivittäin.



Kuvio 2. Tyypin 1 tai 2 diabetesta sairastavan asiakkaan kohtaaminen työterveyshoitajan työssä (n=87)

Vastaajista pieni osa (6 %) koki tyypin 1 diabetekseen liittyvän tietoperustansa (Kuvio 3) kiitettäväksi, neljännes (24 %) hyväksi, yli puolet (56 %) tyydyttäväksi ja lähes viides (14 %) välttäväksi. Tyypin 2 diabetekseen liittyvä osaaminen koettiin hieman paremmaksi; kiitettäväksi tietoperustansa koki noin 10 %, hyväksi yli puolet (54 %), tyydyttäväksi kolmannes (32 %) ja välttäväksi noin 3 %.



Kuvio 3. Työterveyshoitajien oma arvio tietoperustastaan tyypin 1 ja 2 diabeteksestä prosentteina (n=87)

Diabetesta koskevilla väittämillä selvitettiin kyselyyn vastanneiden työterveyshoitajien todellista tietämystä tyypin 1 ja 2 diabeteksestä. Yhteensä väittämiä oli 30, ja ne liittyivät esimerkiksi hoitomenetelmiin, liitännäissairauksiin sekä lääkehoitoon. Tuloksissa ”en osaa sanoa”-vastaukset on tulkittu vääriksi vastauksiksi. Vastaajien todellinen tietämys osoittautui paremmaksi kuin heidän oma arvionsa tietämyksestään diabetekseen liittyen. Väittämiin vastasi kiitettävästi 7 % vastaajista saaden pisteet 25–30. Suurin osa (68 %) vastaajista vastasi oikein 19–24 väittämään, mikä tarkoittaisi tasoa hyvä. Tyydyttävästi väittämiin vastasi neljännes (24 %) saaden 13–18 oikeaa vastausta. Vaikka vastaajien tietoperusta väittämien perusteella oli hyvä, oli selvästi havaittavissa puutteita joissakin väittämissä, joissa kysyttiin diabetekseen liittyvää perustietoa. Esimerkiksi väittämään: ”Tyypin 1 diabetes johtuu haiman heikentyneestä insuliinin erityksestä”, oli suurin osa (78 %) vastannut väärin. Myös väittämään: ”Tyypin 1 diabeetikon pitäisi noudattaa vähähiilihydraattista ruokavaliota”, oli puolet (51 %) vastaajista vastannut väärin.

Vastaajista yli kolmannes (34 %) ei ollut osallistunut lainkaan diabetekseen liittyvään lisäkoulutukseen. Yli puolet vastaajista oli osallistunut diabeteskoulutuksiin 1–3 kertaa. Yli neljä kertaa diabetekseen liittyviin koulutuksiin oli osallistunut yhteensä kahdeksan vastaajaa.

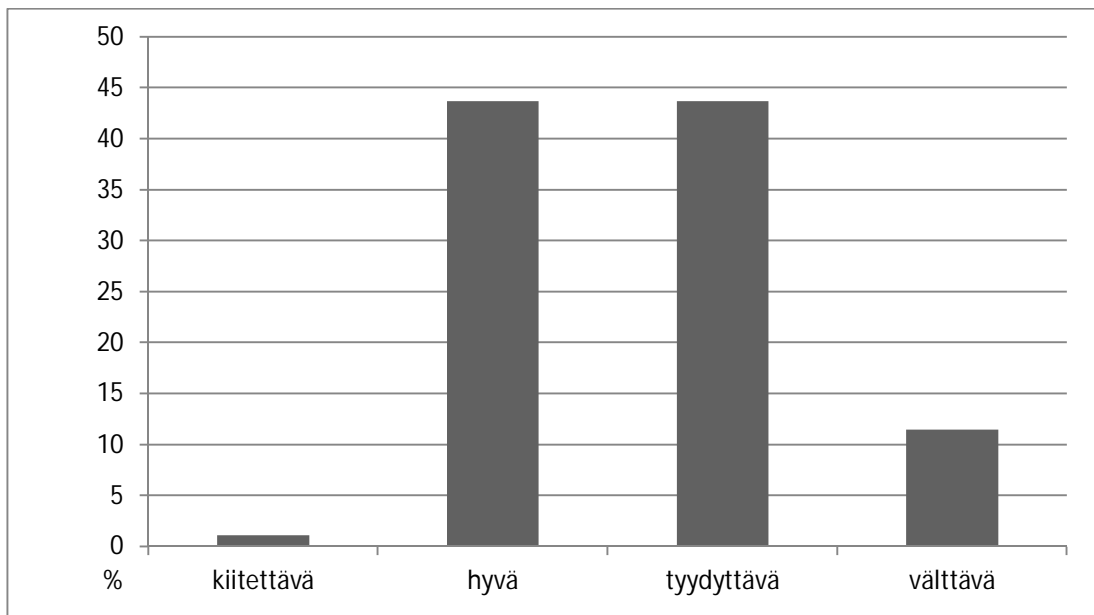
Vastaajat olivat koulutustaustaltaan erilaisia, toiset olivat opiskelleet suoraan terveydenhoitajan tutkinnon ja toisilla ensimmäisenä oli sairaanhoitajan koulutus. Verrattaessa koulutustaustaa ja oikeiden vastausten lukumäärää diabetesta koskevissa väittämissä selvisi, että koulutuksella ei ollut merkittävää vaikutusta työterveyshoitajien tietoperustaan. Suoraan terveydenhoitajan tutkinnon suorittaneista 72 % ja sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneista 81 % sai diabetesta koskevista väittämistä hyvän tai kiitettävän tuloksen.

Tutkimuksen mukaan diabetesta käsittelevään koulutukseen osallistumisella oli työterveyshoitajien tietoperustaan diabeteksestä parantava vaikutus. Suurin osa (79 %) koulutukseen osallistuneista sai väittämistä hyvän tai kiitettävän tuloksen. Kun taas niistä vastaajista, jotka eivät olleet osallistuneet koulutukseen viimeisten viiden vuoden aikana, vain 67 % sai hyvän tai kiitettävän tuloksen.

6.3 Asiakkaanohjaukseen liittyvä tietoperusta

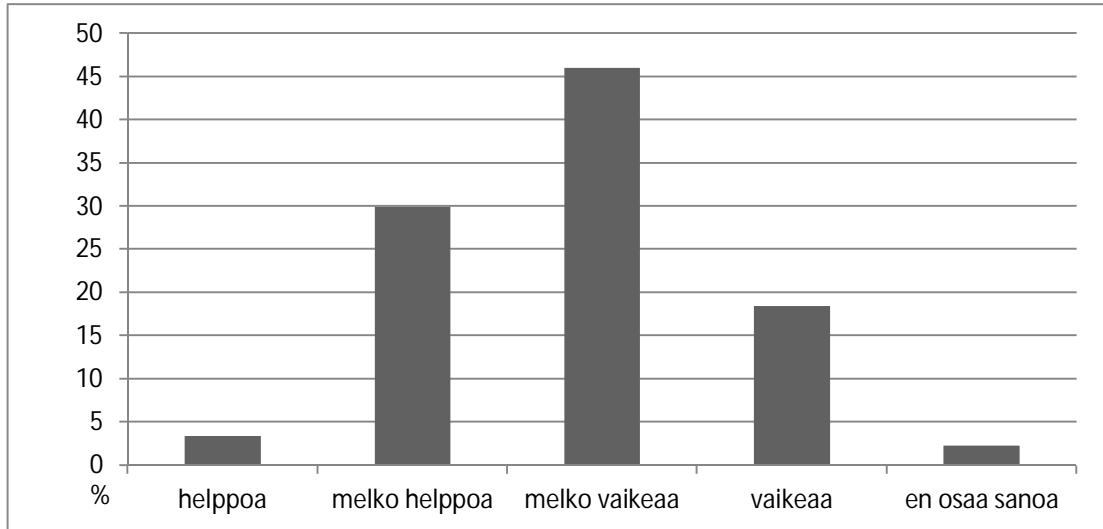
Suurin osa vastaajista (87 %) koki asiakkaan ohjaamisen tietoperustansa (Kuvio 4) hyväksi tai tyydyttäväksi. Yli 11 % koki tietoperustansa välttäväksi. Vain pieni osa vastaajista (4 %) koki diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksen helpoksi (Kuvio 5). Melko helpoksi sen koki kolmannes (30 %) ja melko vaikeaksi lähes puolet (46 %). Vastaajista viides osa (18 %) koki diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksen vaikeaksi. Iällä tai työkokemuksella ei ollut vaikutusta siihen, millaiseksi diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaus koettiin.

Suurin osa (70 %) niistä työterveyshoitajista, jotka kokivat diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksen vaikeaksi tai melko vaikeaksi olisi halunnut osallistua ohjaustaitoja käsittelevään koulutukseen, mutta sitä ei ollut ollut tarjolla. Asiakkaanohjaukseen liittyvään koulutukseen osallistuneista työterveyshoitajista lähes puolet oli edelleen sitä mieltä, että asiakkaan ohjaus on melko vaikeaa tai vaikeaa.



Kuvio 4. Työterveyshoitajien oma arvio tietoperustastaan asiakkaanohjauksesta (n=87)

Kyselyyn vastanneiden työterveyshoitajien mielestä diabetesohjausta helpottivat esimerkiksi se, että tietoa on runsaasti saatavilla ja ohjeistus on selkeää. He myös kuvasivat diabetesta sairastavan henkilön motivoituneeksi ja usein heidän oma tietämyksensä sairaudestaan oli hyvällä tasolla, näin ei kuitenkaan ollut kaikissa tapauksissa.



Kuvio 5. Diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaus työterveyshoitajien kokemana (n=87)

Asiakkaan mahdollinen motivaation puute teki diabetesohjauksesta osaltaan vaikeaa, motivointi koettiin haasteelliseksi. Ohjausta helpotti se, että varsinainen diabetekseen liittyvä ohjaus tapahtui terveyskeskuksen diabeteshoitajan vastaanotolla. Joissain yksiköissä toimi diabeteshoitaja, mikä koettiin hyväksi asiaksi. Toisaalta se aiheutti myös sen, että tavallisten työterveyshoitajien diabetesosaaminen saattoi ajan myötä heikentyä, koska diabetekseen liittyviä ohjaustilanteita tuli eteen vain harvoin. Vaikeiksi asioiksi koettiin myös asiakkaille jaettavan materiaalin puute sekä se, että vastaanotto aika ei ollut riittävä kaikkien asioiden käsittelyyn. Elämäntapamuutokset todettiin vaikeiksi ja motivointi niiden toteuttamiseen haasteelliseksi. Työterveyshoitajat kuvasivat asiaa näin:

”Heidän oma tietämyksensä sairaudestaan on erittäin laajaa ja pääsääntöisesti heillä on hyvä motivaatio itsensä hoitamiseen.”

”Sairaus, etenkin diabetes 2 on yleistynyt ja ihmiset ovat kiinnostuneita omasta terveydestään”

”... jokainen asiakas on yksilö, ja vaikeus tulee siitä että, usein elämäntapamuutokset eivät ole helppoja toteuttaa esim. painon pudotus ja liikunta. Asiaa ei myöskään oteta vakavasti”

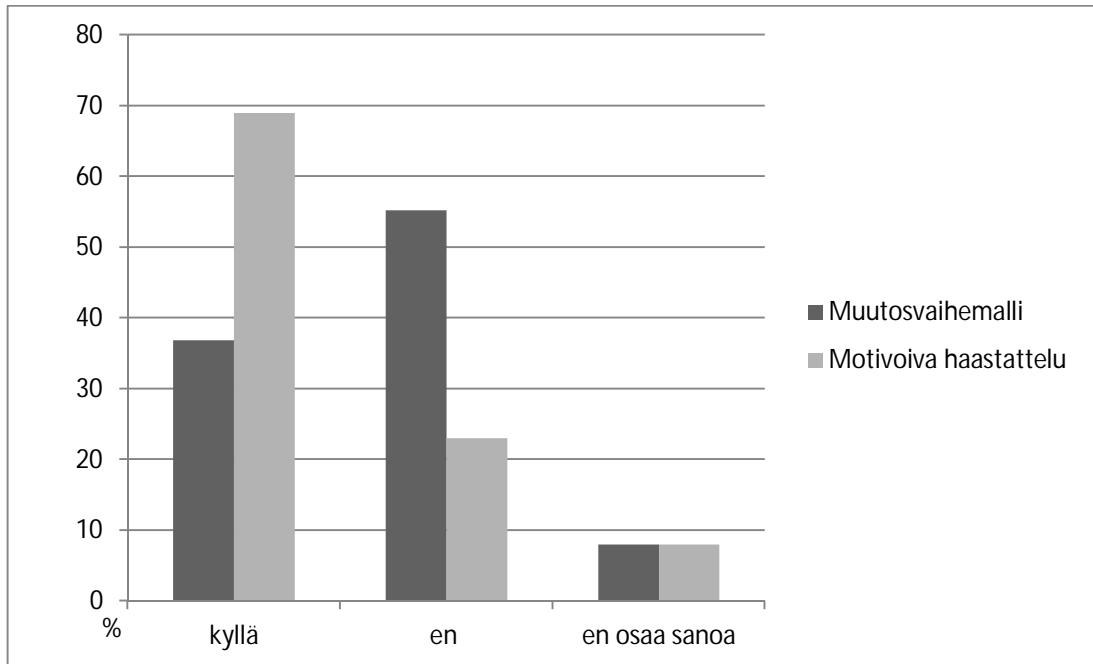
"Oman osaamisen riittämättömyys. Jokaisessa yksikössä tulisi olla asiaan perhetyntä sairaanhoitaja, "diabeteshoitaja", joka perhdytettäisiin kunnolla diabetesasioihin ja vastaisi asiakkaiden ohjauksesta."

"Elämäntapamuutokset eivät tapahdu hetkessä. On vaikea saada toinen OIKEASTI ymmärtämään, että omilla valinnoilla voi vaikuttaa oleellisesti omaan terveydentilaan (DM II kohdalla). Arjen käytännön vinkkejä syömiseen ja liikuntaan voi olla hankala antaa lyhyessä ajassa. Liiallisen syömisen taustalla voi olla paljon erilaisia asioita."

Vastaajien todellista tietämystä asiakkaanohjausmenetelmistä tutkittiin väittämien avulla. Väittämiä oli yhteensä 12 ja ne liittyivät muutosvaihemalliin sekä motivoivaan haastatteluun. "En osaa sanoa"-vastaukset tulkittiin vääriksi vastauksiksi. Suurin osa (66 %) kyselyyn vastanneista työterveyshoitajista vastasi oikein 10–12 väittämään. Loput (34 %) vastasi oikein 7-9 väittämään. Tutkimuksen mukaan työterveyshoitajien tietoperusta asiakkaanohjausmenetelmistä osoittautui paremmaksi kuin mitä he olivat itse arvioineet.

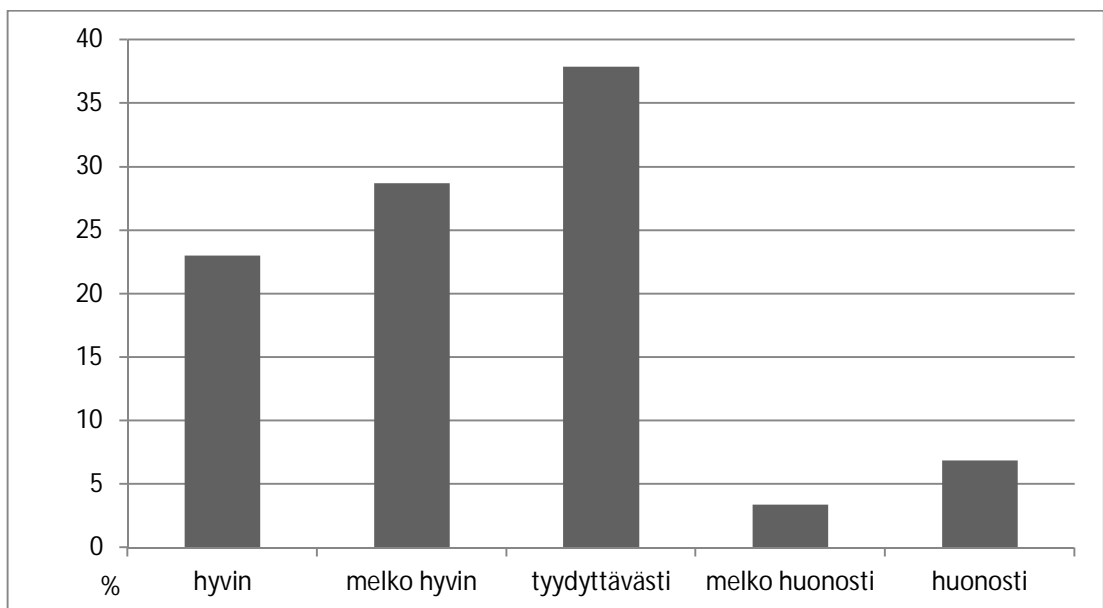
Ohjaamiseen liittyvää koulutusta oli saanut lähes puolet (46 %) vastaajista. Heistä lähes puolet (44 %) oli osallistunut ohjaamiseen liittyvään koulutukseen 1–3 kertaa ja loput kolme kertaa. Yli puolet (54 %) vastaajista ei siis ollut saanut lainkaan ohjausmenetelmiin liittyvää lisäkoulutusta. Vastaajista yli kolmannes kertoi, että ohjaukseen liittyvää koulutusta olisi ollut tarjolla. Heistä taas yli kolmannes ei ollut kuitenkaan osallistunut tarjolla olleeseen koulutukseen. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että koulutusta ei ollut ollut tarjolla, mutta he olisivat halunneet sellaiseen osallistua. Yli puolet koulutukseen osallistuneista koki koulutuksen palvelevan hyvin tai melko hyvin diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Tutkimuksessa selvisi, että työterveyshoitajista, jotka olivat viimeisten viiden vuoden aikana osallistuneet asiakkaanohjaamiseen liittyvään koulutukseen, suurin osa (70 %) sai väittämistä kiitettävän tuloksen. Niistä työterveyshoitajista, jotka eivät olleet osallistuneet koulutukseen, kiitettävän tuloksen sai 62 %.

Tutkimuksessa selvitettiin myös muutosvaihemalliin ja motivoivan haastattelun hyödyntämistä diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Vain vähän yli kolmannes kyselyyn vastanneista työterveyshoitajista tunsivat (Kuvio 6) muutosvaihemalliin ja hyödynsivät muutosvaihemallia diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa aina tai satunnaisesti. Yli puolet vastaajista ei käyttänyt muutosvaihemallia ja lähes viidennes (18 %) ei osannut sanoa.



Kuvio 6. Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun tunnettuus (n=87)

Vastaajista yli puolet (52 %) oli kuitenkin sitä mieltä, että muutosvaihemalli sopii (Kuvio 7) hyvin tai melko hyvin diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen. Vain noin 10 % oli sitä mieltä, että muutosvaihemalli soveltuu diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen melko huonosti tai huonosti.



Kuvio 7. Muutosvaihemallin soveltuvuus diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen (n=87)

Vaikka muutosvaihemallia ei tunnettukaan hyvin, sen arveltiin soveltuvan hyvin diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen. Muutosvaihemallista haluttiin myös lisätietoa. Muutosvaihemallin tuntemisen tarpeellisuutta perusteltiin muun muassa sillä, että ohjausresursseja voidaan käyttää tehokkaasti.

”En osaa sanoa miten muutosvaihemalli vaikuttaa asiakkaan ohjaukseen, kun en tunne kyseistä mallia. Nimestä voin vain päätellä mistä kysymys. Asiakasvastaanotto diabeetikon kanssa muotoutuu asiakkaan tarpeiden ja tilanteiden mukaan. Asiakkaan tilannetta elämäntapamuutosten kanssa tulee pohdittua yhdessä asiakkaan kanssa.”

”Voi räätälöidä ohjauksen kulkua. Ei laita panoksia sellaisen ohjaukseen niin paljon jolla vaihe on alussa tai antaa erilaista ohjausta.”

”Turha tyrkyttää tietoa tai muuta, jos vastaanotin on kiinni...”

Työterveyshoitajista yli kolmannes (38 %) koki, että asiakkaan muutosvaihe vaikutti heidän käyttäytymiseensä ohjaustilanteissa ja sama määrä (40 %) kertoi sen vaikuttavan ohjauksessa läpikäytäviin teemoihin. Suurin osa vastaajista ei osannut sanoa vaikuttaako asiakkaan muutosvaihe hoitajan käyttäytymiseen tai vaikuttaako se ohjaustilanteen teemoihin.

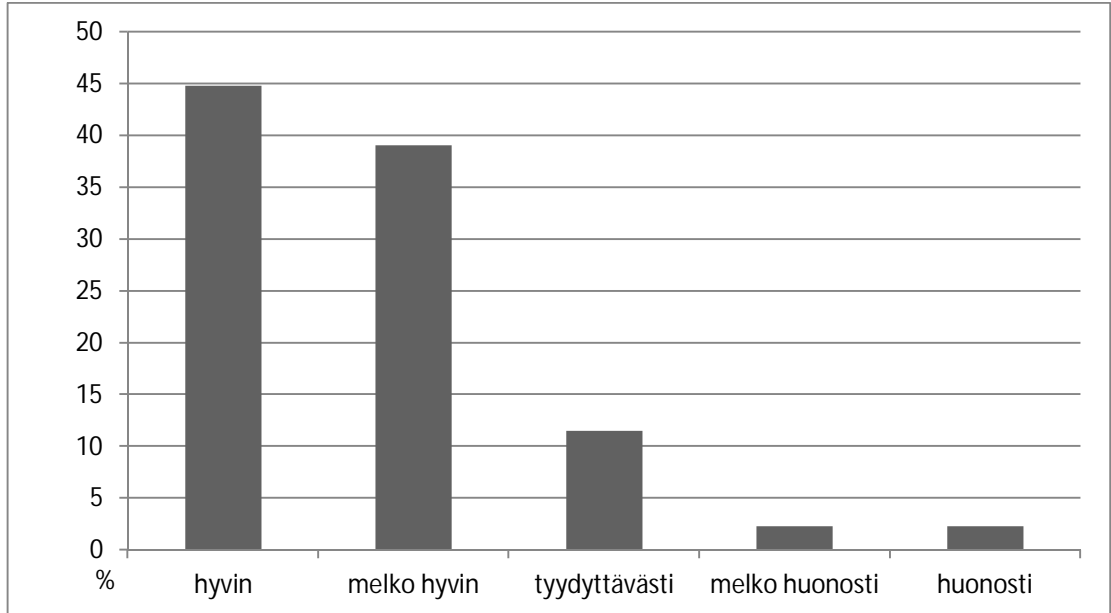
Motivoiva haastattelu oli tutkimukseen osallistuneiden työterveyshoitajien keskuudessa paremmin tunnettu kuin muutosvaihemalli. Vastaajista lähes suuri osa (70 %) ilmoitti tuntevansa motivoivan haastattelun (Kuvio 6) ja sama määrä ilmoitti käyttävänsä motivoivaa haastattelua diabetesta sairastavan ohjauksessa aina tai satunnaisesti. Motivoiva haastattelu sopi lähes kaikkien (84 %) mielestä hyvin tai melko hyvin diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen (Kuvio 8). Kyselyyn vastanneet työterveyshoitajat kuvasivat motivaation olevan diabetesta sairastavan asiakkaan omahoidon perusta. Motivoiva haastattelu koettiin hyväksi diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa myös siksi, että se oli asiakaslähtöinen menetelmä ja sen avulla saatiin aktivoitua asiakasta löytämään itse ratkaisut ongelmiinsa. Motivoivaa haastattelua työterveyshoitajat kuvasivat muun muassa seuraavilla tavoilla:

”Viisaus löytyy asiakkaasta itsestään. Ja jos ei löydy, niin vinoutuneita ajatuksia voi hienovaraisesti ohjalla oikeaan suuntaan.”

”Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen.”

"Saarna ja määrääminen "pomottaminen" eivät tue sisäistettyä elämäntapamuutosta."

"Vastuu ja valinnat ovat on viime kädessä potilaalla."

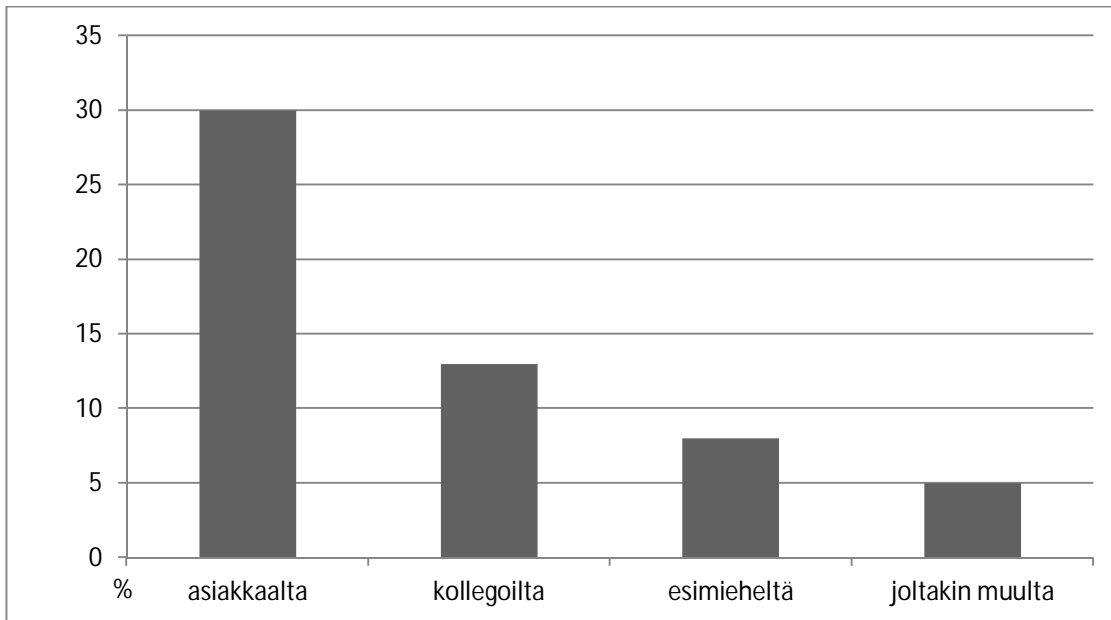


Kuvio 8. Motivoivan haastattelun soveltuvuus diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen (n=87)

Koulutustaustalla todettiin olevan vaikutusta motivoivan haastattelun tunnettavuuteen. Työterveyshoitajista, jotka olivat opiskelleet suoraan terveydenhoitajan tutkintoon, lähes kaikki (82 %) tunsivat motivoivan haastattelun – menetelmän. Vastaavasti sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneista puolet (52 %) tunsivat motivoivan haastattelun. Sama tulos näkyi myös siinä kuinka usein työterveyshoitajat käyttivät motivoivaa haastattelua diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Työterveyshoitajista jotka olivat opiskelleet suoraan terveydenhoitajan tutkintoon, suurin osa (82 %) kertoi käyttävänsä motivoivaa haastattelua diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa aina tai satunnaisesti. Vastaavasti yli puolet (55 %) ensin sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneista käytti motivoivaa haastattelua asiakkaan ohjauksessa aina tai satunnaisesti. Sillä, oliko työterveyshoitaja osallistunut asiakkaanohjausta käsittelevään koulutukseen viimeisten viiden vuoden aikana, ei ollut merkitystä siihen, tunsiko tai käyttikö hän motivoivaa haastattelua diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa.

Vastaajista yli puolet (65 %) ei ollut saanut ohjaustaidoistaan lainkaan palautetta (Kuvio 9). Heistä kuitenkin suurin osa toivoi saavansa palautetta. Palautetta ohjaustaidoistaan oli saanut noin kolmannes kyselyyn vastanneista työterveyshoitajista, heistä

lähies kaikki koki sen tarpeelliseksi. Palautetta oli saatu asiakkaalta, kollegoilta, esimieheltä ja joltakin muulta. Lähies kaikki palautetta saaneista työterveyshoitajista oli pyrkinyt kehittämään ohjaustaitojaan palautteen perusteella.



Kuvio 9. Työterveyshoitajien saama palaute ohjaustaidoistaan (n=26)

Työterveyshoitajan vastaanottoajan pituudessa oli suuria eroja. Keskimäärin asiakkaan vastaanottoajaksi oli varattu 42 minuuttia. Enimmäkseen vastaanoton pituus oli 41–60 minuuttia tai 21–40 minuuttia. Kaksi vastaajaa ilmoitti vastaanottoajan pituudeksi yli 60 minuuttia ja 17 alle 20 minuuttia. Suurin osa (62 %) koki, että vastaanottoaika oli riittävä, lähies kolmannes (28 %) vastaajista toivoi, että aikaa olisi ollut enemmän. Lähies kaikki kyselyyn osallistuneet työterveyshoitajat pystyivät mielestään vaikuttamaan vastaanottoajan pituuteen, vain viisi vastaajaa koki, ettei vastaanottoaikaan pystynyt itse vaikuttamaan.

Tutkimuksessa kysyttiin myös työterveyshoitajilta, miten he haluaisivat kehittää taitojaan diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Useat olivat sitä mieltä, että lisäkoulutukselle ja omien tietojen päivittämiselle oli tarvetta esimerkiksi lääkitykseen, ravitsemukseen ja itse sairauteen liittyen. Myös ohjausmenetelmissä haluttiin kehittyä. Osa toivoi parempaa materiaalia ohjauksen tueksi.

”Motivoivassa haastattelussa voi aina parantua, mutta sitä ei sitten ole kiva harjoitella ryhmässä.”

"Talon puolesta pitäisi saada aineistoa vastaanotolle ja verensokerimittari olisi äärimmäisen tärkeä."

"Aikaa ei ole osallistua koulutukseen, koska tarvitsen näitä tietoja vähän työssäni, pakko priorisoida. Netistä ajantasaiset ohjeet esin ruokavalioon on paras tapa."

"Kunnollinen tietokoulutus. Ennaltaehkäisystä puhun kyllä paljon, mutta varsinaisen sairauden ohjaaminen on heikkoja. Näitä on harvakseltaan, joten ei ole päässyt kehittymäänkään."

"Enemmän työkaluja itse ohjaukseen, jokin "runko" minkä avulla ohjausta voisi toteuttaa. Siinä voisi olla vaikka useammalle käynnille ohjeet millaisia asioita sillä käynnillä käydään läpi. Toki hoitaja voisi soveltaen käyttää sitä kunkin asiakkaan tarpeiden mukaan."

7 POHDINTA

Tutkimuksessa selvitettiin Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajien tietämystä diabeteksestä ja heidän valmiuksiaan ohjata diabetesta sairastavia asiakkaita. Tutkimuksen aihe oli mielenkiintoinen ja ajankohtainen diabeteksen yleistyessä. Työssä voitiin hyödyntää aiemmin opinnoissa esille tulleita asioita, mutta toisaalta työn edessä pystyttiin syventämään tietämystä diabeteksestä. Ilahduttavaa on huomata, että työterveyshoitajien tietämys diabeteksestä on tämän tutkimuksen perusteella hyvä. Toisaalta ohjaukseen kaivataan lisää keinoja ja tietämystä uusista ohjausmenetelmistä.

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Etiikalla tarkoitetaan oikean ja väärän pohtimista ottamalla huomioon sekä omat että yhteisön arvot. Erilaisia etiikan muotoja on useita, mutta tutkimusetiikan lähtökohtana on normatiivinen etiikka, joka pyrkii löytämään eettisesti hyväksyttävät säännöt. Eettisyys on osa koko tutkimusta ja eettiset kysymykset liittyvät kaikkiin tutkimusprosessin vaiheisiin. Eettisiä kysymyksiä on pohdittava kun valitaan tutkimusaihetta ja tutkimusmenetelmää, kerätään tutkimusaineistoa ja raportoidaan siitä. (Kuula 2006, 11, 21–23.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja otoksen tasa-arvoinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179). Tässä tutkimuksessa vastaajajoukkona olivat kaikki Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajat, joten opinnäytetyön tekijät eivät vaikuttaneet siihen, ketkä pääsivät osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen pyydettiin lupa toimeksiantajalta. Kaikkiaan kysely lähetettiin 340 työterveyshoitajalle. Kuula (2009, 60) toteaa, että eettisesti tärkeää on huomioida tutkimuksessa ihmisarvon kunnioittaminen. Tällä tarkoitetaan vastaajien yksityisyyden suojaamista, luottamuksellisuuden säilyttämistä sekä itsemääräämisoikeuden toteutumista. Tässä tutkimuksessa vastaajien anonymiteetti säilyi, koska tutkimus toteutettiin internet-kyselynä eikä vastaajaa pystytty tunnistamaan. Vastaajat pystyivät tästä syystä vastaamaan myös täysin luottamuksellisesti. Myös tulosten raportoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan. Esimerkiksi vastaajien sukupuolijakaumaa ei huomioitu analysoinnissa, koska miespuolisia vastaajia oli vain yksi.

Aineiston hankinnassa eettisyys ilmenee siten, ettei toisten kirjoittamaa tekstiä plagioida. Lainauksia tehdessä käytetään asianmukaisia lähdeviittauksia ja suorat lainaukset merkitään erikseen. (Hirsijärvi ym. 2007, 26.) Asianmukaisten lähdeviittausten avulla lukija löytää halutessaan alkuperäisteoksen (Kuula 2009, 69). Tulosten yleistäminen vastoin hyviä perusteluita on eettisesti väärin. Raportoinnin on oltava selkeää ja menetelmäosiossa on kuvattava tarkasti käytetyt menetelmät. (Hirsijärvi ym. 2007, 26.) Määrällisessä tutkimuksessa aineiston manipulointi on mahdollista esimerkiksi muuttujien uudelleenluokittelun avulla. Tämän takia luokittelu on perusteltava tutkimuksessa. Tulokset tulisi raportoida siten, että lukija saa todenmukaisen kuvan tutkimustuloksista. Pohdinta-osiossa on mahdollista esittää tulkintoja tutkimustuloksista. Myös kielteiset tulokset tulee raportoida. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182–183.)

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän tarkoituksenmukaisuutta. Validiteettia heikentää muun muassa se, jos mittarin kysymykset ymmärretään väärin. (Hirsijärvi ym. 2007, 226–228.) Tutkimuksessa käytetyn tutkimusmenetelmän tulee mitata juuri sitä asiaa, ilmiötä tai ominaisuutta, mitä on ollut tarkoitus mitata (Tilastokeskus 2012). Tämän vuoksi kyselylomakkeen huolelliseen suunnitteluun ja oikein valittuun tiedonkeruumenetelmään tulee kiinnittää huomioita. Kysymysten tulee vastata kattavasti ja tarkasti tutkimuskysymyksiin ja niiden tulee mitata tutkimuskysymyksissä määritellyjä aiheita. Validiteetin saavuttamiseksi on kiinnitettävä huomioita myös perusjoukon määrittelyyn, vastaajien lukumäärään sekä tarpeeksi korkeaan vastausprosenttiin. (Heikkilä 2008, 29–30.) Vastausprosentiksi tässä tutkimuksessa muodostui noin 25, mikä heikentää validiteettia. Toisaalta vastaajia oli kuitenkin yhteensä 87, joten aineistoa pystyttiin analysoimaan. Vastausprosenttia pyrittiin parantamaan lähettämällä työterveyshoitajille muistutus kyselyyn osallistumisesta. Tämä lisäsi hieman vastausaktiivisuutta, mutta vastaajien määrä jäi silti alhaiseksi. Toimeksiantajan mukaan vastausprosenttia saattoi alentaa se, että lyhyen ajan sisällä oli toteutettu myös toinen kyselytutkimus työterveyshoitajille.

Tässä tutkimuksessa mittarin kysymyksiä pohdittiin siten, että niiden avulla olisi mahdollista saada vastauksia tutkimusongelmiimme. Tutkimuskysymykset pohjautuivat teorian tietoon. Tämä tutkimus oli kaikkien tämän opinnäytetyön tekijöille ensimmäinen määrällinen tutkimus, mikä saattoi vaikuttaa esimerkiksi tutkimuskysymysten muodostamiseen ja kyselylomakkeen luomiseen. Tätä aihetta ei ollut juuri aiemmin tutkittu, joten valmista kyselylomaketta ei ollut saatavilla. Tulosten analyysivaiheessa

huomattiin joitakin asioita, joita olisi voinut lisäksi kysyä lomakkeella tai toisaalta kysymyksiä, joita olisi voinut esittää toisella tavalla. Avointen vastausten kautta saatiin myös palautetta, että kaikissa kysymyksissä ei ollut mahdollisuutta vastata ”en osaa sanoa”, mikä aiheutti hämmennystä. Webropol-ohjelmassa kaikki kyselylomakkeen kysymykset oli määritetty pakollisiksi, mutta silti joidenkin vastaajien kohdalla myös näistä pakollisista kohdista puuttui vastauksia. Tämä huomioitiin tulososiossa merkittävällä kunkin kysymyksen n taulukoiden ja kuvioiden alle. Pääosassa kysymyksiä n oli kuitenkin 87.

Tutkimuksen validiteettia voidaan parantaa käyttämällä triangulaatiota eli useampaa eri tutkimusmenetelmää (Hirsijärvi 2007, 228). Opinnäytetyömme oli pääasiassa määrällinen tutkimus, mutta avoimien kysymysten muodossa vastaajilla oli mahdollisuus kertoa omia mielipiteitään ja ajatuksiaan. Opinnäytetyömme laadullisen tutkimuksen osuuden luotettavuutta voidaan arvioida kuvaamalla tarkasti tutkimuksen toteutusta ja luokittelun tekemistä analyysivaiheessa (Hirsijärvi 2007, 227).

Reliabiliteetti kertoo tutkimuksen toistettavuudesta eli siitä, etteivät tulokset ole satumanvaraisia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittareiden luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla tilastollisilla menetelmillä. (Hirsijärvi ym. 2007, 226–228.) Kyselylomakkeen reliabiliteettia on mahdollista arvioida sisäisenä johdonmukaisuutena, vastaavuutena sekä pysyvyytenä. Sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa sitä, että kyselylomakkeen eri osiot mittaavat samaa asiaa. Kyselylomakkeen vastaavuus arvioi tuloksien samankaltaisuutta ja se ilmaistaan esimerkiksi korrelaatioiden avulla. Kyselylomakkeen pysyvyyttä voidaan arvioida esimerkiksi uusimalla kysely samalla mittarilla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–210.) Tätä tutkimusta ei ollut mahdollista aikataulullisista syistä suorittaa kahta kertaa. Luotettavuutta parannettiin kuitenkin esitestaamalla kysely. Esitestausvaiheessa kysely lähetettiin viidelle terveydenhoitajaopiskelijalle, joista kaksi vastasi kyselyyn ja antoi palautetta siitä. Tällä saatiin varmistettua, että kysymykset olivat helposti ja yksiselitteisesti ymmärrettäviä ja että kyselyn avulla olisi mahdollista saada selville haluttuja asioita. Kyselyä ei esitetä Suomen Terveystalo Oy:n työterveyshoitajilla, koska heidät kaikki haluttiin mukaan tutkimukseen.

7.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä

Tutkittaessa työterveyshoitajien tietoperustaa tyypin 1 diabeteksestä, suurin osa hoitajista ilmaisi tietoperustansa omasta mielestään olevan tyydyttävällä tasolla. Tyypin

2 diabetekseen liittyvän tietoperustan suurin osa työterveyshoitajista koki olevan hyvä. Väittämävastausten perusteella selvisi, että työterveyshoitajat olivat aliarvioineet omaa osaamistaan, sillä väittämätulosten perusteella suurin osa vastaajista sai hyvä-tasolla olevan tuloksen. Väittämien antamassa tuloksessa ei eritelty tyyppien 1 ja 2 diabetesta koskevaa tietoa, koska tutkimuksessa tärkeämpää oli selvittää työterveyshoitajien kokonaisvaltaista tietoperustaa diabeteksestä sairautena. Samankaltaisia tutkimustuloksia on saatu Koskisen (2007) Pro gradu -tutkielmassa, jossa tutkittiin hoitohenkilökunnan valmiuksia toteuttaa diabeteksen hoitoa ennen ja jälkeen diabeteskoulutuksen. Samoin kuin Koskisen tutkielmassa, myös tässä tutkimuksessa tuli esille, että vastaajat arvioivat oman tietoperustansa alhaisemmaksi kuin, mitä se todellisuudessa oli. Vastaajat myös toivoivat molemmissa tutkimuksissa lisäkoulutusta diabetekseen liittyvään yleistietoon, hoidonohjaukseen ja lääkehoitoon liittyen. Syynä omien taitojen aliarvioimiseen voisi olla esimerkiksi suomalaiseseen identiteettiin kuuluva vaatimattomuus, jolloin omaa osaamista ei haluta korostaa tai siihen suhtaudutaan liian kriittisesti.

Vaikka työterveyshoitajien tietoperusta diabeteksestä osoittautui väittämien perusteella hyväksi, oli selvästi havaittavissa joitakin perustietoon liittyviä puutteita. Tiedoissa oli puutteita liittyen tyyppin 1 diabeteksen puhkeamisen syihin ja tyyppin 1 diabetesta sairastavan ruokavalioon. Näihin väittämiin suurin osa vastaajista oli vastannut virheellisesti. Vaikuttaisi siis siltä, että työterveyshoitajilla olisi tarvetta tietojen päivittämiseen tyyppin 1 diabetekseen liittyen. Toisaalta työterveyshoitajat kokivat tarvitsevana lisäkoulutusta myös tyyppin 2 diabeteksestä, koska sitä sairastavia asiakkaita on yhä enemmän.

Jokaisessa työyksikössä toivottiin olevan yksi diabetesasioihin perehdytetty työterveyshoitaja, joka hoitaisi kaikkien diabetesta sairastavien asiakkaiden ohjauksen. Diabetesta sairastavien asiakkaiden keskittäminen yhdelle työterveyshoitajalle todennäköisesti takaisi laadukkaan ohjauksen ja ajantasaiset tiedot diabeteksen hoidosta. Toisaalta tällöin muiden työterveyshoitajien diabetesosaaminen saattaisi ajan myötä heikentyä ja koulutuksiin voisi olla vaikeampaa päästä. Tärkeää olisi, että jokaisella työterveyshoitajalla olisi sellaiset ajantasaiset perustiedot diabeteksen hoitosuosituksista, että hän pystyisi antamaan asiakkaalle laadukasta ohjausta. Riittävä diabeteskoulutus takaisi laadukkaan diabetesohjauksen myös niissä toimipisteissä, joissa omaa diabeteshoitajaa ei ole.

Tämän tutkimuksen mukaan yli puolet vastaajista oli osallistunut diabetesta käsitteleviin koulutuksiin viimeisten viiden vuoden aikana 1-3 kertaa, ja siitä todettiin olevan hyötyä. Tästä huolimatta, moni työterveyshoitajista kuitenkin koki tarvitsevansa lisäkoulutusta diabetekseen liittyen. Erityisesti toivottiin perustietojen päivittämistä ajan tasalle ja koulutusta diabeteksen uusiin hoitolinjauksiin sekä lääkehoitoon liittyen. Osa vastaajista kertoi koulutustarpeen syyksi tyypin 2 diabetesta sairastavien asiakkaiden suuren määrän. Toisaalta jotkut vastaajista kertoivat diabetesta sairastavan ohjauksen olevan heidän työssään harvinaista, koska kunnan tai työterveyshuollon oma diabeteshoitaja teki tämän työn. Tämän vuoksi työterveyshoitajat kokivat, etteivät heidän tietonsa diabeteksen hoidosta pysy ajan tasalla. Myös Dehko – kehittämissuunnitelmassa painotettiin hoitohenkilöstön koulutuksen tarvetta, erityisesti tietoon ja osaamiseen liittyen. Lisäksi siinä painotettiin diabetestyön merkitystä sekä diabetesta sairastavan asiakkaan että yhteiskunnan kannalta. (Dehko, 2011.)

Suurin osa työterveyshoitajista koki oman tietoperustansa asiakkaanohjausmalleista hyväksi tai tyydyttäväksi, mutta moni koki sen myös vain välttäväksi. Väittämien avulla tutkittuna työterveyshoitajien todellinen tietoperusta osoittautui paremmaksi, kuin he itse olivat sitä arvioineet, sillä yli puolet vastaajista sai väittämistä kiitettävän tuloksen. Jallinojan ym. (2007) tutkimuksessa vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat kokivat elämäntapaohjaukseen liittyvät taitonsa paremmiksi. Tähän saattaisi vaikuttaa esimerkiksi asiakkaanohjaustaitojen painottaminen nykyaikaisessa hoitotyön koulutusohjelmassa. Työterveyshoitajille tehdyssä tutkimuksessa ei havaittu eroja eri ikäryhmien tai työkokemuksen perusteella.

Diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaus koettiin pääasiassa melko vaikeaksi tai vaikeaksi. Moni vastaajista kertoi ohjauksen olevan vaikeaa, koska omat tiedot diabeteksestä sairautena eivät ole ajan tasalla. Asiakkaan huono motivaatio sairautensa hoitoon vaikeutti ohjaamista, ja vastaajat kokivatkin asiakkaan motivaation kehittämisen ohjauksen avulla hankalaksi. Myös asiakkaalle jaettavan materiaalin puuttuminen sekä terveystarkastusvastaanotolla diabetesohjaukseen käytettävissä olevan ajan niukkuus koettiin ongelmaksi. Diabetesta sairastavan asiakkaan ohjausta saattaisi vaikeuttaa myös ihmisen luontainen halu vastustaa muutosta. Koska muutos aina edellyttää uuden oppimista ja vanhoista, tutuista tavoista luopumista, voidaan tilanne kokea liian haastavana tai uhkaavana.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa työterveyshoitajista koki vastaanottoajan pituuden olevan riittävä, mutta kolmannes vastaajista koki ajan kuitenkin riittämättö-

mäksi. Jallinojan ym. (2007) tutkimuksessa tulos oli erilainen, kun puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista kertoi vastaanottoajan olevan liian lyhyt asiakkaan elämäntilanteen perusteelliseen arvioimiseen. Tämä saattaisi johtua siitä, että vastaanottoon sisältyy yksittäisen sairauden hoidon lisäksi myös paljon muita terveystarkastukseen asioita. Yksityisellä sektorilla vastaanottoajat voivat olla pidempiä kuin julkisella sektorilla, joten hoitajilla saattaa olla enemmän resursseja asiakkaanohjaukseen. Toisaalta tutkimuksessa työterveyshoitajat kertoivat, että useimmiten diabetesasiakkaat ohjattiin diabeteshoitajan vastaanotolle, mikäli se oli mahdollista. Tällöin työterveyshoitajan ei tarvinnut käyttää niin paljon aikaa diabetesneuvontaan.

Työterveyshoitajista yli puolet ei ollut osallistunut viimeisten viiden vuoden aikana asiakkaanohjausmenetelmiä käsittelevään koulutukseen. Ne, jotka olivat koulutukseen osallistuneet, kokivat sen helpottavan diabetesta sairastavan asiakkaan ohjausta työssään. Niistä, jotka eivät olleet koulutukseen osallistuneet, yli puolet olisi kuitenkin halunnut osallistua, jos sellaista olisi ollut tarjolla. Tutkimuksen mukaan asiakkaanohjausta käsittelevää koulutusta tarvitaan ja työterveyshoitajat sitä myös toivoivat. Koulutusta suunniteltaessa olisi kuitenkin pohdittava kaikille sopivaa koulutusmuotoa. Osa hyötyy ohjaustilanteiden konkreettisesta harjoittelemisesta ryhmässä ja osa ei halua juuri tällaisiin tilanteisiin osallistua. Ryhmätilanteiden lisäksi olisi hyvä järjestää myös luentopohjaista koulutusta, jotta myös ujommat työterveyshoitajat saisivat koulutusta.

Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa työterveyshoitajista ei tuntenut muutosvaihemallia. Puolet vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että muutosvaihemalli sopi diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen, mutta vain kolmannes työterveyshoitajista hyödynsi sitä diabetesta sairastavaa asiakasta ohjattaessaan. Suurin osa vastaajista ei kuitenkaan osannut sanoa, vaikuttaako asiakkaan muutosvaihe käsiteltäviin aiheisiin tai käyttäytymiseen. Koska asiakkaanohjauksessa yksilöllisyys on keskeisessä asemassa, olisi ohjaajalle tärkeää tuntea muutosvaihemalli (Winell ym. 2006). Muutosvaihemallin avulla työterveyshoitaja pystyy tekemään asiakkaan tilanteesta kokonaisvaltaisen kartoituksen, jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaan ajatuksia tilanteestaan ja halukkuutta muutokseen (Absetz 2010, 11). Tämän selvityksen jälkeen työterveyshoitajan on hyväksyttävä asiakkaan muutoshalukkuus ja ohjattava häntä yksilöllisesti sen mukaan. Kun työterveyshoitaja osaisi perusteellisesti selvittää asiakkaan halukkuuden muutokseen, saataisiin resursseja suunnattua erityisesti niille asiakkaille, jotka hyötyisivät ohjauksesta ja ovat aidosti halukkaita muutokseen. Myös harkin-

tavaiheessa olevan asiakkaan kanssa on kuitenkin hyödyllistä käydä ajoittain ohjauskeskustelua, jotta hänen ajatuksensa muutoksesta alkaisivat kehittyä. Suurin huomio pitäisi kuitenkin kiinnittää muutoshaluisiin asiakkaisiin, jotka tarvitsevat aktiivista tukea elämäntapamuutoksen toteuttamisessa.

Muutosvaihemallia ei tunnettu kovinkaan hyvin. Kuitenkin ne, jotka muutosvaihemallin tunsivat, kertoivat, että se auttoi diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa. Sen avulla pystyi soveltamaan juuri kyseiselle asiakkaalle sopivaa ohjaustapaa ja valitsemaan tilanteeseen sopivia teemoja ja asioita. Muutosvaihemallin avulla työterveyshoitaja pystyy määrittelemään asiakkaan motivaatiota ja kiinnostusta muutokseen ja tarjoamaan tilanteeseen sopivaa, yksilöllistä ohjausta (Winell ym. 2006). Muutosvaihemalli sopii diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen, koska etenkin tyypin 2 diabeteksessa elintapojen muutos on keskeisessä osassa sairauden hoitoa. Tällaisessa elintapojenmuutostilanteessa diabetesta sairastava tarvitsee ohjausta, ja muutosvaihemalli on hyvä apuväline työterveyshoitajalle.

Työterveyshoitaja tarvitsee työssään tilannetajua ja hänen tulisikin kiinnittää huomiota asenteeseen, jolla kohtaa asiakkaita. Hänen tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta hoitopäätöksissä. Asiakassuhteessa työterveyshoitajan tulisi olla aloitteellinen ja pystyä ohjaamaan asiakkaitaan yksilöllisesti. (Juutilainen 2004, 61, 65–67.) Jotta työterveyshoitaja pystyisi toteuttamaan laadukasta ohjausta, on tärkeä tuntea erilaisia yksilöllisen asiakkaanohjauksen avuksi kehitettyjä malleja.

Motivoiva haastattelu oli muutosvaihemallia tunnetumpi vastaajien keskuudessa, sillä suurin osa kertoi tuntevansa sen ja käyttävänsä sitä diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaamiseen. Työterveyshoitajien mielestä motivoivan haastattelun hyviä ominaisuuksia olivat asiakaskeskeisyys ja asiakkaan oman vastuu päätöksenteossa. Suoraan terveydenhoitajatutkintoon opiskelleet vastaajat tunsivat ja käyttivät motivoivaa haastattelua kuitenkin useammin kuin ensin sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneet. Mustajoen ja Kunnamon (2009) mukaan motivoivassa haastattelussa tärkeimpänä tavoitteena on asiakkaan ymmärrys omasta terveydentilastaan ja kuinka hän itse voi siihen omilla valinnoillaan vaikuttaa. Motivoivassa haastattelussa työterveyshoitajalta vaaditaan asiantuntemusta käsiteltävästä aiheesta, mutta on tärkeää huomioida, etteivät ohjaajan antamat suorat ohjeistukset edistä asiakkaan tilannetta tai halukkuutta muutokseen. Lisäksi työterveyshoitajan on ymmärrettävä ja osattava motivoivan haastattelun periaatteet ja kuinka se toteutetaan käytännössä.

Tulevaisuudessa olisi hyvä pohtia, miten työterveyshoitajille voitaisiin järjestää koulutusta diabeteksestä sekä asiakkaanohjausmenetelmistä. Diabeteskoulutuksessa keskeisintä olisi käsitellä uusia hoitolinjauksia sekä lääkehoitoa. Työterveyshoitajien toiveena oli yleistietojen päivittäminen ajan tasalle. Asiakkaanohjausta käsittelevissä koulutuksissa olisi hyvä käsitellä ohjausmenetelmiä teoriassa, koska varsinkin muutostavahemalli oli vastaajille melko tuntematon. Lisäksi käytännötilanteiden harjoittelu olisi tärkeää menetelmien sisäistämisen kannalta. Tutkimuksen mukaan työterveyshoitajien tietoperusta diabeteksestä sekä asiakkaanohjauksesta oli hyvä, mutta tietojen soveltamisessa käytännön työssä olisi kehitettävää. Tämän vuoksi monipuolisten koulutusten tarjoaminen työterveyshoitajille olisi tärkeää.

7.3 Opinnäytetyön prosessin eteneminen ja oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö eteni opinnäytetyön prosessikuvauksen mukaisesti. Prosessi alkoi orientointivaiheella syksyllä 2011, jolloin opiskeltiin tutkimusmenetelmiä ja osallistuttiin tiedonhakuun liittyville tunneille. Jo näillä tiedonhakutunneilla kerättiin lähdemateriaalia opinnäytetyötä varten. Suunnitteluvaiheessa kirjoitettiin aihekuvaus ja aiheen hyväksymisen jälkeen aloitettiin työsuunnitelman laatiminen. Työsuunnitelma hyväksyttiin maaliskuussa. Huhtikuun atk-työpajassa kysely tehtiin Webropol-ohjelmaan. Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin toukokuussa 2012. Tutkimuslupa saatiin niin myöhään keväällä, että kyselyn toteuttaminen päätettiin siirtää elokuulle, jotta vastauksia olisi saatu mahdollisimman paljon. Kesälomien aikaan toteutettu kysely olisi saatanut omalta osaltaan rajoittaa vastaajien määrää. Kysely sulkeutui syyskuussa 2012, jonka jälkeen saatiin ohjausta tietojen siirtämiseen SPSS-ohjelmaan ja lokakuun aikana tuloksia analysoitiin.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastava, mutta hyvin mielenkiintoinen prosessi, joka vaati tekijöiltä sitoutumista ja hyviä ryhmätyötaitoja aikataulujen sekä erilaisten elämäntilanteiden hallitsemiseksi. Työn tekeminen on pysynyt suunnitellussa aikataulussa, koska työ on osattu jaksottaa tekijöiden voimavaroja tukevalla tavalla. Määrällinen tutkimusmenetelmä oli osalle opinnäytetyön tekijöistä kokonaan uusi oppimiskokemus. Myös kyselylomakkeen laatiminen ja verkkokyselyohjelman käyttäminen, sekä määrällisen tutkimusaineiston käsitteleminen oli vierasta.

Opinnäytetyöprosessin alussa työn aiheen löytäminen oli haasteellista, koska oli löydettävä kaikkia opiskelijoita kiinnostava, ajankohtainen aihe, josta olisi kaikille hyötyä myös tulevassa terveydenhoitajan työssä. Aiheeksi valittiin diabetes ja asiakkaanoh-

jaus, koska ne ovat ajankohtaisia aiheita terveydenhoitajan työssä. Koska diabetesta sairastavien asiakkaiden määrä lisääntyy tällä hetkellä merkittävästi, on terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen kannalta tärkeää pystyä tarjoamaan heille laadukasta ohjausta. Opinnäytetyön aihe ei tullut valmiina toimeksiantajalta, vaan sille etsittiin itse aiheesta kiinnostunut yhteistyökumppani. Tämän vuoksi prosessin alussa käytettiin paljon aikaa yhteyshenkilön etsimiseen ja työn toteutuksesta sopimiseen.

Opinnäytetyön teoriaosaa varten etsittiin mahdollisimman monipuolista lähdemateriaalia. Mutta, koska diabetesta sairastavan asiakkaanohjaukseen liittyvää tutkimusta ei ollut aiemmin juurikaan tehty terveydenhoitajan näkökulmasta, ei saatu käyttöön juurikaan aineistoa, johon tätä tutkimusta ja sen tuloksia voisi vertailla. Lähdemateriaaliin pohjautuen kirjoitettiin teoriaosa, mikä eteni sujuvasti ja aikataulun mukaisesti.

Koska tällaista tutkimusta ei ollut aiemmin tehty, ei voitu hyödyntää jo aiemmin laadittuja kyselylomakkeita, vaan kyselylomake jouduttiin laatimaan itse. Apuna tässä työssä käytettiin aiempia tutkimuksia, jotka sivusivat tämän tutkimuksen aihetta ja sisältöä. Koska opiskelijoilla ei ollut aiempaa kokemusta kyselytutkimuksen toteuttamisesta, oli kyselylomakkeen laatiminen haasteellista, eikä siitä ehkä pystytty tekemään aivan parhaalla tavalla tietoa antavaa. Tuloksia analysoitaessa huomattiin, että kyselylomaketta laadittaessa ei ollut osattu antaa joihinkin kysymyksiin riittävän monipuolisia vastausvaihtoehtoja. Esimerkiksi kysyttäessä muutosvaihemallin soveltuvuutta diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen, yhtenä vastausvaihtoehtona olisi pitänyt olla ”en osaa sanoa”. Tässä tapauksessa osa vastaajista joutui arvuuttelemaan muutosvaihemallin soveltuvuutta, koska he eivät kyseistä mallia tunteneet. Tämäkin kokemus oli opettava, ja se osataan ottaa huomioon laadittaessa seuraavia kyselylomakkeita.

Kysely toteutettiin kolmen viikon aikana, jolloin vastausten kertymistä seurattiin Webropol-ohjelman avulla. Oli yllättävää, että vastauksia kertyi niin vähän. Vastausaktiivisuuden parantamiseksi lähetimme vastaajille muistutuksen kyselystä sähköpostitse. Tämän viestin avulla saimme tutkimukseemme noin 30 uutta vastausta. Vaikka vastausprosentti jäi edelleenkin melko alhaiseksi, pystyttiin saatu aineisto käsittelemään määrällisen tutkimuksen keinoin. Analysointivaihe eteni sujuvasti, kun saatiin ohjausta SPSS-ohjelman käyttöön.

Tutkimustuloksia analysoitiin ja kirjoitettiin tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Tällöin huomattiin, että tutkimukseen suunniteltu kolmas tutkimuskysymys,

”Miten työterveyshoitajat huomioivat diabetesta sairastavan työikäisen yksilölliset tarpeet asiakkaanohjauksessa?” oli turha, sillä kahden edellisen tutkimuskysymyksen käsittelyssä saatiin riittävä vastaus myös tähän kysymykseen. Turhan toiston välttämiseksi päätettiin tämä tutkimuskysymys poistaa valmiista opinnäytetyöstä.

Oman opinnäytetyön tekeminen antoi ymmärryksen tutkimustyöstä prosessina. Se myös helpottaa työelämässä tutkimustiedon etsimistä ja tarkastelua kriittisesti arvioiden. Koska nykyään puhutaan paljon näyttöön perustuvasta hoitotyöstä, antaa kokemus tutkimusprosessista valmiuksia etsiä tutkittua tietoa oman työn perustaksi. Terveystenhoitajalla tulee myös olla valmiuksia toteuttaa pienimuotoista tilastointia ja tutkimustyötä omassa työssään, siksi tutkimukseen liittyvät taidot ovat tärkeitä.

Tulevaa terveydenhoitajan työtä ajatellen tutkimuksessa kävi hyvin ilmi se, miten haastavaa työ on ja miten haastavia asiakkaiden kohtaamiset voivat olla. Ongelmat voivat olla moninaisia ja erityisesti diabetesta sairastavan asiakkaan motivointi hoitoon ja elämäntapojen muutokseen voi olla vaikeaa. On tärkeää hallita erilaisia ohjausmenetelmiä, jotta osataan ohjata erilaisia asiakkaita yksilöllisesti, heidän tarpeensa huomioiden. Opinnoista saadut tiedot ja taidot on osattava siirtää työelämään ja niitä pitäisi pystyä hyödyntämään ohjaustilanteissa.

LÄHTEET

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveystoimittaja* 1, 8-12.

Ballard, E. 2009. Adult Onset Type 1 Diabetes Mellitus Versus Type 2 Diabetes Mellitus: A Case Study. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice* [verkkolehti] 10(1), 1-19. [viitattu 6.11.2012]. Saatavissa: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-advanced-nursing-practice/volume-10-number-1/adult-onset-type-1-diabetes-mellitus-versus-type-2-diabetes-mellitus-a-case-study.html#sthash.JjNYMhZS.dpbs>.

Dehko. 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma DEHKO 2000–2010 [verkkójulkaisu]. Loppuraportti. [viitattu 26.10.2012]. Saatavissa: www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf.

Ekola, K. 2009. Metabolinen oireyhtymä työterveyslääkärin haasteena [verkkójulkaisu]. *Duodecim*. [viitattu 1.3.2012]. Saatavissa: http://www.duodecim.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl00647.

Groop, L., Isomaa, B., Laakso, M., Laine, M., Lindström, J., Louheranta, A., Nikkanen, P., Puurunen, M., Saltevo, J., Syväne, M., Toivonen, J. & Tulokas, S. 2012. *Diabetes*. Lääketieteellinen Aikauskirja *Duodecim* 128(2), 180-2.

Hall, G. 2011. An introduction to diabetes. *Practice Nurse (PRACT NURCE)* [verkkójulkaisu] 41(8), 18-25 [viitattu 7.11.2012]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/ehost/detail?vid=3&hid=123&sid=55ab1791-8a87-4c06-9cd2-449eb7a3bf17%40sessionmgr113&bdata=Jmxhbmc9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2011064657>.

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hengitysliitto Heli ry. 2009. Ennen viimeistä tupakkaa [verkkajulkaisu]. Päivitetty 23.10.2009 [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa:

http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/lopettamisen_vaiheet/paatoksen_tekeminen/.

Hengitysliitto Heli ry. 2011a. En tupakoi enää [verkkajulkaisu]. Päivitetty 19.5.2011 [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa:

http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/lopettamisen_vaiheet/en_tupakoi_enaa/.

Hengitysliitto Heli ry. 2011b. Harkitseminen [verkkajulkaisu]. Päivitetty 19.5.2011 [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa:

http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/lopettamisen_vaiheet/harkitseminen/.

Hengitysliitto Heli ry. 2011c. Lopettaminen [verkkajulkaisu]. Päivitetty 19.5.2011 2009 [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa:

http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/lopettamisen_vaiheet/lopettaminen/

Hengitysliitto Heli ry. 2011d. Repsahdin- Vai lipsahdinko vain?.[verkkajulkaisu]. Päivitetty 1.11.2011 [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa:

http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/lopettamisen_vaiheet/lipsahdaminen/.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Sokerihemoglobiini, HbA_{1c}. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 86–89.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Alkoholien käyttö ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 206–207.

Ilanne-Parikka, P. 2011a. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 217–219.

Ilanne-Parikka, P. 2011b. Insuliinihoidon aloitus tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 239-241.

Ilanne-Parikka, P. 2011c. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja seulonta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 247–248.

Ilanne-Parikka, P. 2011d. Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoitaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 219–220.

Ilvesmäki, V. 2006. Diabetes ja endokrinologia. Teoksessa Kauppinen, R. (toim.) *Sisätautien ytimessä*. Helsinki: Edita, 251–302.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25(4), 244-249.

Juutilainen, I. 2004. *Työterveyshoitajan käsikirja*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kaisanlahti, A. 2008. Diabetestyyppin määrittely on monimutkaistunut. *Diabetes-lehden juttuarkisto* [verkkolehti] nro 5. Diabetesliitto [viitattu 7.12.2011]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/yleista_diabeteksesta/diabetestyyppin_maarittely_on_monimutkaistunut.html.

Kangas, T. 2009. Insuliinin imeytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 102–104.

Kangas, T. & Virkamäki, A. 2009. Insuliini ja sen tehtävät. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 14–16.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koskinen, A-M. 2007. *Hoitohenkilöstön osaaminen diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöille suunnatun koulutuksen arviointi*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Käypä hoito. 2011. Diabetes [verkkójulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. [viitattu 6.1.2012]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50056.pdf>.

Käypä hoito. 2009. Metformiini [verkkójulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. [viitattu 7.1.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix00780>.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta [verkkójulkaisu]. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147#s6.

Niskanen, L. 2009. Liikunnan ja muun hoidon yhteensovittaminen tyypin 1 diabeteksessä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 170–172.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.

Rönnemaa, T. 2011a. Miten, miksi ja milloin munuaisten toiminta voi häiriintyä? Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 426–429.

Rönnemaa, T. 2011b. Mitä on neuropatia? Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 431–432.

Rönnemaa, T. 2011c. Neuropatiaoireet Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 432–433.

Rönnemaa, T. & Leppiniemi, E. 2009. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 61–71.

Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2011a. Mitä tapahtuu verkkokalvosairaudessa eli retinopatiassa? Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 420–422.

Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2011b. Retinopatian ehkäisy. Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 423–424.

Saaristo, T., Moilanen, L., Jokelainen, J., Oksa, H., Korpi-Hyövälti, E., Saltevo, J., Vanhala, M., Niskanen, L., Peltonen, M., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin Taudin ilmaantuvuus pieneni D2D-hankkeessa. *Lääkärilehti* 26–31, 2369–2379.

Saraheimo, M. 2011a. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 24–26.

Saraheimo, M. 2011b. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 9.

Saraheimo, M. & Sane, T. 2011. Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 13–14.

Saraheimo, M. & Vadén, A. 2011. Tyypin 2 diabeteksen insuliinihoito. *Lääkärilehti* 37, 2667-2671.

Seuri, M., Iloranta, K. & Räsänen, K. 2011. *Kumppanina työterveyshuolto*. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Suomen Diabeteliitto ry. 2012. Tilastotietoa [verkkajulkaisu]. [viitattu 1.3.2012]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta/tilastotietoa.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Lainsäädäntö [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2012. Diabetes [verkkajulkaisu]. [viitattu 7.11.2012]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/diabetes.

Tilastokeskus. 2012. Validiteetti [verkkajulkaisu]. [viitattu 22.1.2012]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/meta/kas/validiteetti.html>.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6terveyshuoltolaki>.

Työterveyslaitos. 2012. Pätevytyminen [verkkajulkaisu]. [viitattu 7.11.2012]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/koulutus/patevoityminen/sivut/default.aspx>.

Valle, T., Eriksson, J., Peltonen, M., Aarne, M & Koski, S. 2010. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009–2010 [verkkajulkaisu]. [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/1488/DEHKO-raportti_2010_5_Diabeetikkojen_hoitotasapaino_Suomessa_vuosina_2009-2010.pdf.

Viitasalo, K., Hemiö, K., Härmä, M., Lindström, J., Peltonen, M., Puttonen, S., & Koho, A. ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Työterveyshuolto ehkäisee vuoro-työn ja elintapojen terveysriskejä. Tyypin 2 diabeteksen seulonta ja ehkäisy ilmailualan työterveyshuollossa [verkkajulkaisu]. [viitattu 1.3.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8e6d385b-c6e8-4133-9e78-516f1a6fc16f>.

Viitasalo, K., Lindström, J., Hemiö, K., Puttonen, S., Koho, A., Härmä, M. & Peltonen, M. 2010. Työterveyshuolto tunnistaa diabetesriskin. *Lääkärilehti* 1–2, 33–41.

Virkamäki, A. 2009. Perusinsuliinit. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 104–106.

Virkamäki, A. 2011. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. (toim.) *Diabetes*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 35–37.

Webropol Oy. 2010. Webropol Professional Statistics [verkkajulkaisu]. [viitattu 9.4.2012].

Saatavissa:

http://w3.webropol.com/images/uploads_new/finland/Webropol%20Professional%20Statistics.pdf.

Winell, K., Iivonen, K., Kauppi, P., Kentala, J., Koski, K., Patja, K., Pietilä, K., Rautalahti, M. & Rouhos, A. 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito [verkkajulkaisu]. Päivitetty 1.12.2006. [viitattu 1.12.2011]. Saatavissa:

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020?hakusan_a=muutosvaihemalli#s7.

Saatekirje**LIITE 1**

Hyvä Työterveyshoitaja

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulun Kuopion terveysalan yksiköstä. Opinnäytetyönämme tutkimme diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen liittyviä haasteita työterveyshoitajan näkökulmasta. Yhteistyökumppanimme toimii Suomen Terveystalo Oy ja kysely lähetetään kaikille työterveyshoitajille. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata työterveyshoitajien diabetesohjauksen osaamista ja asiakkaan yksilöllisten ohjaustarpeiden tunnistamista. Tavoitteena on lisätä työterveyshoitajien tietoutta diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksesta sekä kehittää valmiuksia ohjata ja motivoida diabetesta sairastavaa asiakasta. Savonia-ammattikorkeakoulusta ohjaavana opettajana toimii Ingrid Antikainen.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan tähän kyselyyn. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja se on ehdottoman luottamuksellista. Vastaukset käsitellään nimettöminä eikä vastaajan henkilöllisyys tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Pyydämme Teitä vastaamaan kaikkiin esitettyihin kysymyksiin rehellisesti. Vastauksenne on meille tärkeä sekä terveydenhoitajan asiakkaanohjauksen kehittämisen että opinnäytetyömme onnistumisen kannalta. Mikäli haluatte lisätietoja tutkimuksestamme, vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Yhteydenotot: (sähköpostiosoite).

Alla olevasta linkistä pääsette suoraan kyselyyn:

(LINKKI)

Kysely on avoinna vastaamista varten 16.9.2012 saakka.

Kiitos etukäteen vastauksestanne!

Essi Ahonen

Anu Laukkanen

Anni-Liina Voutilainen

LIITE 2

Kyselylomake

DIABEETIKKO TYÖTERVEYSHOITAJAN ASIAKKAANA

Valitkaa sopiva vaihtoehto tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan.

1 TAUSTATIEDOT

- | | |
|---------------------|---|
| Sukupuoli | 1. Nainen
2. Mies |
| Ikä | 1. 20 - 29
2. 30 - 39
3. 40 - 49
4. 50 - 59
5. 60 vuotta tai yli |
| Suoritettu tutkinto | 1. Sairaanhoidaja 2,5 vuotta + 1 v. (opistoaste), erikoistuminen
2. Sairaanhoidaja 3,5 vuotta + 1 v. erikoistumisala
3. Sairaanhoidaja 3,5 vuotta
4. Terveystenhoitaja 4 vuotta
5. Terveystenhoitaja 4 vuotta + 1 v. erikoistuminen
6. Jokin muu |

Oletteko suorittanut työterveyshuoltolain edellyttämät erikoistumisopinnot työterveys-
huoltoon?

1. Kyllä
2. En
3. Aion suorittaa
4. Suoritan parhaillaan

Työkokemuksenne hoitotyössä _____ vuotta.

Työkokemuksenne terveydenhoitajana _____ vuotta.

Työkokemuksenne työterveyshuollossa _____ vuotta.

Toimitteko toimipisteessänne

1. Työterveyshoitajana
2. Diabeteshoitajana

Kuinka monta kertaa olette osallistunut diabeteksen hoitoon liittyvään koulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana? _____ kertaa

Kuinka monta kertaa olette osallistunut asiakkaan ohjaukseen liittyvään koulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana? _____ kertaa

	Oikein	Väärin	En osaa sanoa
Tyypin 1 diabeetikon pitäisi noudattaa vähähiilihydraattista ruokavaliota.			
Liikunta vaikuttaa positiivisesti elimistön insuliiniherkkyyteen.			
HbA1c eli veren glykohemoglobiinipitoisuus tulisi olla tyypin 1 diabeetikolla alle 7 %.			
HbA1c-arvo kertoo veren sokeripitoisuudesta edellisen kuukauden ajalta.			
Erityistilanteissa, esimerkiksi kuumeisten tulehdustautien yhteydessä, diabeetikon voi olla tarpeellista mitata verensokeriaan jopa yli kymmenen kertaa vuorokaudessa.			
Verensokerimittarit ilmoittavat plasman glukoositason.			
Verensokerin mittausta varten tarvittava verinäyte olisi parasta ottaa peukalosta tai etusormesta, koska niissä on vähiten kipua välittäviä tuntohermopäätteitä.			
Tupakointi hidastaa ihonalaisen kudoksen verenkiertoa ja siten hidastaa insuliinin imeytymistä.			
Tyypin 1 diabeetikoilla vakavan happomyrkytyksen yleisin syy on perusinsuliinin annostelun keskeyttäminen mahataudin yhteydessä.			
Diabeetikko voi juosta maratonin.			
Alkoholi on kokonaan kielletty diabeetikoilta.			
Tyypin 2 diabetes on saattanut aiheuttaa jo muita sairauksia ennen taudin toteamista.			
Tyypin 2 diabetes on perinnöllinen sairaus.			
Tyypin 2 diabeetikoille ei yleensä kehity happomyrkytystä.			

	Oikein	Väärin	En osaa sanoa
Diabeteksen hoidon tavoitteena on sepelvaltimotaudin, verenhyytymiseen liittyvien riskien ja veritulpan ehkäisy.			
Tyypin 2 diabeetikon paastoarvo tulee olla alle 8 mmol/l.			
Liikunnalla, terveellisellä ruokavaliolla sekä tupakoinnin lopettamisella voidaan ehkäistä tyypin 2 diabetesta.			
Tyypin 2 diabeetikon tulisi välttää hitaasti sokeriksi muuttuvia hiilihydraatteja.			
Insuliiniresistenssillä tarkoitetaan kiihtynyttä insuliinin vaikutusta maksassa, lihaksissa ja rasvakudoksessa.			
Metabolisessa oireyhtymässä keskeisin kriteeri on vyötärölihavuus, jolla tarkoitetaan vatsaontelon sisään kertynyttä rasvan määrää.			
Retinopatiasta voi olla haittaa ammatinharjoittamisessa, koska se aiheuttaa sokeutta.			
Neuropatian oireita ovat ummetus, jalkojen puutuminen, pistely ja lihassäryt.			
Metformiini on yleensä ylipainoisen diabeetikon ensimmäinen lääkehoito.			
Tyypin 2 diabeetikon insuliinihoito aloitetaan kun HbA1C -arvo on muusta lääkityksestä huolimatta yli 7,5 %			
Tyypin 2 diabeetikon insuliinihoito aloitetaan kun HbA1C -arvo on taudin toteamishetkellä yli 10 %.			
Insuliinihoitoon siirryttäessä on syytä kiinnittää huomiota ruokamääriin.			

3 DIABETESTA SAIRASTAVAN ASIAKKAANOHAUS

Seuraavat kysymykset koskevat asiakkaanohjaukseen liittyvää tietoa ja kokemuksianne. Valitkaa mielestänne parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoit- takaa vastaus sille varattuun tilaan.

Kuinka kauan asiakkaan tapaamiseen on varattu keskimäärin aikaa? _____ min.

Tulisiko vastaanottoaikaa mielestänne olla

1. Enemmän
2. Vähemmän
3. Aikaa on riittävästi
4. En osaa sanoa

Voitteko itse vaikuttaa asiakkaalle varattuun vastaanottoajan pituuteen?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

Millainen on mielestänne oma tietoperustanne asiakkaanhjaus tavoista?

1. Kiitettävä
2. Hyvä
3. Tyydyttävä
4. Välttävä

Seuraavat väittämät koskevat asiakkaanhjausta. Valitkaa väittämille mielestänne oikea vaihtoehto.

Väittämä Oikein Väärin En osaa sanoa

Hoitaja puhuu paljon

Asiakas puhuu paljon

Hoitaja esittää kysymyksiä, joihin asiakas vastaa useammalla sanalla

Hoitaja esittää kysymyksiä, joihin asiakas voi vastata kyllä/ ei

Hoitajan kertomat asiat liittyvät asiakkaan omiin tarpeisiin

Hoitaja kertoo mahdollisimman paljon teoritietoa

Asiakkaalla on vastuu päätöksenteosta

Asiakkaalla on oikeus eriävään mielipiteeseen

Asiakkaan puhuessa hoitaja osoittaa kiinnostuksensa esimerkiksi katsomalla asiakasta silmiin sekä nyökkäilemällä

Ohjaaja ja ohjattava ovat tasavertaisia

Hoitaja ja asiakas voivat väitellä mielipiteistään

Oikein Väärin En osaa sanoa

Vastaanoton päättyessä asiakkaalla on toimintasuunnitelma jatkoa varten

Millaista mielestänne diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaus on?

1. Helppoa
2. Melko helppoa
3. Melko vaikeaa
4. Vaikeaa
5. En osaa sanoa

Mitkä asiat tekevät diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksesta helppoa tai vaikeaa?

Tunnetteko muutosvaihemallin?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

Käytättekö muutosvaihemallia diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa?

1. Kyllä, aina
2. Kyllä, satunnaisesti
3. En
4. En osaa sanoa

Vaikuttaako diabetesta sairastavan asiakkaan muutosvaihe käyttäytymiseen ohjaustilanteessa?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

Vaikuttaako diabetesta sairastavan asiakkaan muutosvaihe käsittelemiseen teemoihin ohjaustilanteessa?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

Miten mielestänne muutosvaihemalli sopii diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen?

1. Hyvin
2. Melko hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Melko huonosti
5. Huonosti

Miksi muutosvaihemalli sopii diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen edellä kuvaamallanne tavalla?

Tunnetteko motivoivan haastattelun?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

Käytättekö motivoivaa haastattelua diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa?

1. Kyllä, aina
2. Kyllä, satunnaisesti
3. En
4. En osaa sanoa

Miten mielestänne motivoiva haastattelu sopii diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen?

1. Hyvin
2. Melko hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Melko huonosti
5. Huonosti

Miksi motivoiva haastattelu sopii diabetesta sairastavan asiakkaan ohjaukseen edellä kuvaamallanne tavalla?

Oletteko saanut koulutusta ohjaustaitojenne kehittämiseen?

1. Kyllä, koulutusta on ollut tarjolla, ja olen osallistunut.
2. Kyllä, koulutusta on ollut tarjolla, mutta en ole osallistunut.
3. En, koulutusta ei ole ollut tarjolla, mutta olisin halunnut osallistua.
4. En, enkä koe sitä tarpeelliseksi.

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, palveliko koulutus diabetesta sairastavan asiakkaan ohjausta työssänne?

1. Hyvin
2. Melko hyvin
3. Tyydyttävästi
4. Melko huonosti
5. Huonosti

Oletteko saanut palautetta ohjaustaidoistanne?

1. Kyllä, ja koen sen tarpeelliseksi
2. Kyllä, mutta koen sen tarpeettomaksi
3. En, mutta haluaisin saada palautetta
4. En, enkä koe sitä tarpeelliseksi

Jos olette saaneet palautetta, niin keneltä sitä olette saaneet?

1. Asiakkaalta
2. Kollegoilta
3. Esimieheltä
4. Joltakin muulta

Jos olette saaneet palautetta, oletteko pyrkineet kehittämään osaamistanne sen perusteella?

1. Kyllä
2. En

Mitä ja millä tavoin haluaisitte kehittää valmiuksianne diabetesta sairastavan asiakkaan ohjauksessa?

Kiitos vastauksestanne!

