

[http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/ 166 /](http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/166/)

**'JOS EI JOTENKI NAKSAHDA NI EI'
- HOITAJIEN JA DIABEETIKOIDEN NÄKEMYKSIÄ
INSULIINIDIABEETIKON OPPAASTA**

Sirpa Kähönen, Merja Perälä ja Mirva Torvinen

Terveyskasvatuksen
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteen laitos
Kevät 1997

TIIVISTELMÄ

Kähönen Sirpa, Perälä Merja ja Torvinen Mirva

'Jos ei jotenki naksahda, ni ei' - Hoitajien ja diabeetikoiden näkemyksiä

Insuliinidiabeetikon oppaasta.

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 57 sivua, 6 liitettä.

Jyväskylän yliopisto, Terveystieteen laitos

Kevät 1997

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuoruustyyppin diabeetikoiden ja diabeteshoitajien näkemyksiä Insuliinidiabeetikon oppaan käytöstä ja sisällöstä sekä oppaan osuudesta sairastumisen prosessissa ja hoidossa. Tutkimuksessa haastateltiin neljää diabeteshoitajaa sekä 12 insuliinidiabeetikkoa kolmelta eri paikkakunnalta. Potilaat olivat sairastaneet diabetesta kolmesta kuukaudesta 22 vuoteen. Diabeteshoitajat valitsivat haastateltavat potilaat ennalta sovittujen kriteerien mukaan.

Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin teemoittain. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistoa tarkasteltiin deduktiivisesti teemojen ja alateemojen mukaan ja etsittiin mielipiteiden yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien frekvenssejä. Toisessa vaiheessa aineistoa tarkasteltiin syvällisemmin ja siitä nousi kriisin ja sosiaalisen tuen näkökulmat.

Tutkimuksen tuloksissa korostui oppaan merkitys sairastumisvaiheessa ja hoidon oppimisessa. Oppaan antamalla tietotuella oli suuri merkitys vastasairastuneelle diabeetikolle. Oppaan ulkoasu, sisällön kuvitus ja väritys kannustivat lukemaan ja motivoivat sen käyttöön. Sisällön kehittämisen kannalta hoidon tasapainottamiseen liittyvät asiat olivat keskeisimpiä. Pidempään sairastaneet ratkaisivat hoito-ongelmansa lähinnä omien ja muiden diabeetikoiden aikaisempien kokemusten avulla sekä hankkimalla tietoa muista lähteistä.

Oppaan käyttöön liittyen hoitajien ja diabeetikoiden päämäärä oli yhteinen, toimiva itsehoito. Opasta käytettiin neuvonnan tukena ja sen merkitys oli auttaa diabeetikkoja sairautensa hyväksymisessä ja optimaalisen hyvinvoinnin saavuttamisessa itsehoidon avulla. Opasta käytettiin pääasiassa sokki- ja reaktiovaiheessa. Opasta käyttivät lisäksi sairastuneiden perheenjäsenet, joilta diabeetikot saivat eniten sosiaalista tukea. Myös diabeteshoitajat antoivat potilaille tietotukea ja pyrkivät tarvittaessa olemaan heidän henkisenä tukenaan.

Avainsanoja: nuoruustyyppin diabetes, kriisi, opas, kirjallinen terveystieteen materiaali.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	4
2 NUORUUSTYYPIN DIABETES JA SEN HOITO	6
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	8
4 TUTKIMUSAINEISTO	9
4.1 Aineiston keruu	9
4.2 Aineiston analysointi	11
5 TULOKSIEN, TEORIAN JA AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN VUOROPUHELUA	13
5.1 Kirjallinen terveystieteiden materiaali	13
5.1.1 Oppaan ominaisuudet	15
5.1.1.1 Kuvitus ja värit	15
5.1.1.2 Luettavuus	16
5.1.1.3 Sisällölliset ominaisuudet	18
5.1.2 Potilaiden ja hoitajien oppaan käyttö	20
5.2 Diabetekseen sairastumisen aiheuttama elämänmuutos	23
5.2.1 Sairastuminen kriisinä	25
5.2.2 Potilaiden saama sosiaalinen tuki	29
5.3 Potilaiden ja hoitajien näkemyksiä oppaan merkityksestä diabeetikon hoidossa	32
6 POHDINTA	37
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	37
6.2 Tulosten pohdinta	40
6.2.1 Oppaan ominaisuuksien pohdintaa	40
6.2.2 Oppaan käytön pohdintaa	41
6.2.3 Kehittämisehdotuksia	42
6.3 Jatkotutkimusaiheita	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Diabetesta sairastavien määrä on lisääntynyt Suomessa viimeisten vuosikymmenien aikana. Valtaosalla diabeetikoista on aikuistyyppin diabetes, jonka määrä on lisääntynyt ylipainoisuuden ja eliniän pidentymisen myötä. Nuoruustyyppin diabetesta sairastavia oli vuonna 1994 noin 28 000, syytä sairastumiseen ei toistaiseksi tunneta. Yhteensä dieetti- tai lääkehoitoisia diabeetikoita on arvioitu olevan meillä 160 000, kyse on siis kansanterveydellisesti merkittävästä sairaudesta. (Suomen Lääketilasto 1995.)

Sairastuminen diabetekseen muuttaa koko elämän ja saattaa aiheuttaa psyykkisen kriisin, jonka vuoksi hoidon oppiminen vie aikaa. Diabeetikoiden hoito perustuu vastuulliseen itsehoitoon, jossa olennaista on verensokeriarvojen säännöllinen seuranta sekä aterioiden, liikunnan ja insuliinihoidon yhteen sovittaminen päivittäin. Hoito vaatii myös henkisiä voimavaroja.

Itsehoito määritellään toimenpiteiksi, joita ihmiset suorittavat lisätäkseen terveyttään ja hyvinvointiaan jokapäiväisessä elämässä siinä sosiaalisessa kontekstissa, jossa he pyrkivät asettamiinsa päämääriin. Potilaan elämä koostuu monista tekijöistä ja tavoitteista, joista hoito-ohjeet ja niiden noudattaminen sekä itsehoito on toisinaan hyvinkin pieni osa. (Kickbusch 1989, Kuusinen 1993.) Meriläinen (1986) liittää pitkäaikaissairauden aiheuttamien ongelmien lieventämisen sekä sairauteen sopeutumisen itsehoitoon. Käsitettä omahoito käytetään synonyymina itsehoidolle. Tässä työssä käytämme käsitettä itsehoito.

Viimeaikaiset diabetesta sairastavien itsehoitoa koskevat tutkimukset Suomessa ovat keskittyneet hoitoon sitoutumiseen, hoitomotivaatioon ja itsehoito-orientaatioihin (esim. Kuusinen 1994, Kyngäs 1993, 1995, Toljamo & Hentinen 1995, Toljamo 1996). Sen sijaan julkaistua diabetesmateriaaliin liittyvää tutkimusta on tehty niukasti. Mikä osuus tällä materiaalilla on diabetekseen sairastuvan potilaan elämässä ja sairauteen sopeutumisessa tai hänen hoidon oppimisessaan?

Terveyskasvatusmateriaalia on runsaasti, sitä tuotetaan jatkuvasti lisää ja käytetään väestön tai väestöryhmien terveyskasvatuksen tukena. Kirjallinen terveyskasvatusmateriaali välittää uutta tietoa, auttaa muuttamaan asenteita ja käyttäytymistä sekä tukee itsehoitoa (U.S. Department of Health and Human Service 1989.) Terveyskasvatusmateriaalia koskevat tutkimukset keskittyvät materiaalin luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen sekä sisältöön (esim. Albert & Chadwick 1992, Reid ym. 1994, 1995, Vahabi & Ferris 1995). Kun otetaan huomioon saatavilla oleva kirjallisen materiaalin määrä, tutkimuksia kirjallisen materiaalin käytöstä potilasneuvonnassa on verrattain vähän (Arthur 1995).

Suomessa on julkaistu tutkimuksia terveyskasvatusmateriaalista, sen käytöstä, käyttäjistä, sisällöllisistä ominaisuuksista, vaikuttavuudesta sekä virittävyyydestä (Lääkintöhallitus 1980, Valsta 1983, Björkman & Cedercreutz 1986, Aarva 1991). Myös oppimateriaalina käytettävää terveyskasvatusmateriaalia on tutkittu (Iitiä & Lehtinen 1993, Mantere & Varamäki 1995). Yleensä terveyskasvatusmateriaalin käyttötutkimuksissa ei ole kysytty riittävästi käyttäjien mielipiteitä (Reid ym. 1995, Barlow ym. 1996, Beeney ym. 1996). Suomessa Diabetesliitto vastaa pääasiallisesti diabeetikoille jaettavasta terveyskasvatusmateriaalista tuottamalla mm. kirjallista materiaalia ja kehittämällä sitä uusimpien hoitosuosituksen mukaisesti.

Tässä tutkimuksessa selvitämme haastatteluaineistolla nuoruustyypin diabeetikoiden ja diabeteshoitajien näkemyksiä Insuliinidiabeetikon oppaan (kuudes painos) käytöstä, oppaan ominaisuuksista sekä kirjallisen materiaalin merkityksestä sairastumisvaiheen kriisissä ja myöhemmässä itsehoidossa. Tutkimuksen tulosten perusteella on tarkoitus kehittää Insuliinidiabeetikon opasta ja sen käyttöä. Tämä on osa Diabetesliiton Diabetesoppaiden kehittämisprojektia.

2 NUORUUSTYYPIN DIABETES JA SEN HOITO

Diabetes on syntyavaltaan ja kehityskulultaan heterogeeninen sairaus. Se ilmenee pääasiassa kahtena toisistaan kohtalaisen selvästi erotettavana tyyppinä: nuoruustyyppin ja aikuistyyppin diabeteksena. Nuoruustyyppin diabetes on autoimmuunisairaus, jonka seurauksena haiman saarekkeiden insuliinia tuottavat beetasolut vaurioituvat ja vähitellen tuhoutuvat. Diabetes aiheuttaa oireita, kun beetasoluista on 80-90% vaurioitunut, ja tällöin ilmenevä insuliininpuute aiheuttaa nuoruustyyppin diabeteksen (tyyppi 1, IDDM eli insulin dependent diabetes mellitus). Insuliiniresistenssi eli heikentynyt insuliinin teho ja suhteellinen insuliinin puute aiheuttavat aikuistyyppin diabeteksen (tyyppi 2, NIDDM eli non-insulin dependent diabetes mellitus). (Reunanen 1990, Koivisto ym.1995.)

Nuoruustyyppin diabetekseen sairastumiseen liittyy perinnöllinen taipumus, mutta perinnölliset tekijät selittävät enintään puolet diabeteksen ilmaantuvuudesta; suurin osa sairastumisista jää selittämättä. Diabeteksen puhkeaminen edellyttää perinnöllisen tautialttiuden lisäksi joitakin ulkoisia tekijöitä, jotka käynnistävät ja ylläpitävät beetasolujen vaurioitumisprosessia. Eräinä tällaisina tekijöinä saattavat olla virusinfektiot, joita on Reunasan (1990) mukaan jo pitkään tutkittu.

Diabeetikon hoidossa on tavoitteena hyvä hoitotasapaino eli lähes normaali verensokeriarvo ilman liian matalaa verensokeria. Tämä ei sinänsä ole itseisarvo, vaan keino edistää diabetesta sairastavan jaksamista arkielämässä. Lisäksi hyvän hoitotasapainon avulla voi välttyä liitännäissairauksilta, joita ovat hermosto-, munuais- ja silmänpohjamuutosten ilmaantuminen taudin kestätyä useita vuosia sekä sydän- ja verisuonisairaudet. (Koivisto 1990, DCCT Research Group 1995.) Tavoitteen saavuttaminen edellyttää yhteistyötä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Diabeetikon itsehoidon asianmukaisen toteutumisen edellytyksenä on potilaan motivoituminen hoitoonsa ja onnistunut neuvonta, jota kirjallinen materiaali tukee. (Koivisto ym. 1995.)

Diabetes edellyttää jatkuvaa hoitoa ja seurantaa sekä henkistä jaksamista. Diabeteksen hoito vaatii myös yhteiskunnalta huomattavia voimavaroja ja aiheuttaa suuria kustannuksia. Insuliinihoito on aina välttämätöntä nuoruustyypin diabeteksen hoidossa. Olennaista hoidossa on lisäksi verensokeriarvojen säännöllinen seuranta ja virtsan ketoaineiden tarkkailu sekä aterioiden, liikunnan ja insuliinihoidon yhteen sovittaminen päivittäin. (Reunanen 1990, Kangas 1993, Koivisto ym. 1995.)

Hoidossa pyritään ottamaan huomioon kunkin diabeetikon henkilökohtaiset tarpeet. Yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa diabetesta sairastava voi soveltaa hoito-ohjeita omaan vointiinsa ja päivittäiseen ohjelmaansa (Glasgow 1991, Kuusinen 1994). Diabetesta sairastavan oma vastuu painottuu hoidon toteuttamisessa ja hoidon joustavuudessa, jotka edellyttävät diabeetikon omaseurantaa. Verensokerin omaseurannan perusteella diabeetikko voi tehdä muutoksia päivittäiseen hoitoonsa. (Kyngäs 1995, Coates & Boore 1996.)

Glasgow (1991) tarkastelee kokonaisvaltaista hoitoon sitoutumista ns. hoitokehän avulla, joka pohjautuu muutamiin aihetta käsitteleviin aikaisempiin tutkimuksiin (Glasgow ym. 1985, McCaul ym. 1987). Kehään kuuluu kolme ydinaluetta: hoitoon sitoutuminen eli selviytyminen itsehoidossa hoidon eri osa-alueilla, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja terveyteen liittyvät tulokset. Potilaan näkökulmasta vuorovaikutuksessa on tärkeää hoito-ohjeiden sopivuus, selkeys ja tarkoituksenmukaisuus. Näihin edellä mainittuihin kolmeen keskeiseen alueeseen vaikuttavat psykologiset tekijät eli henkilökohtainen "diabetesmalli", johon sisältyy mielikuva diabeteksesta, luottamus itseensä, mieliala ja kyky selviytyä; ympäristöön liittyvät tekijät eli hoitoon sitoutumisen esteet, ympäristö, taloudelliset resurssit ja sosiaalinen tuki; ja biologiset tekijät mm. diabetestyyppi sekä sairauden kesto ja kulku.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Insuliinidiabeetikon oppaan käyttöä ja sitä, miten opasta tulisi kehittää. Tutkimuksessa tuodaan esiin käyttäjien mielipiteitä ja kokemuksia kirjallisesta terveystasvatusmateriaalista. Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia käsityksiä hoitajilla ja potilailla on oppaan luettavuudesta ja sisällöstä sekä niiden yhteydestä oppaan käyttöön?
2. Mikä merkitys on Insuliinidiabeetikon oppaalla sairastumisen prosessissa diabeteshoitajien ja diabeetikoiden näkökulmasta?
3. Mikä on Insuliinidiabeetikon oppaan osuus diabeteshoitajien ja potilaiden mielestä diabeetikon hoidossa?

4 TUTKIMUSAINEISTO

4.1 Aineiston keruu

Tutkimus on osa Diabetesliiton Diabetesoppaiden kehittämisprojektia (liite 1). Keräsimme aineistoa kolmesta eri sairaanhoitopiiristä (Pirkanmaa, Päijät-Häme ja Keski-Suomi). Haastateltavat valittiin yhdessä Diabetesliiton kanssa sovittujen kriteerien perusteella (liite 2). Tutkimusluvut anoimme kunkin yksikön käytäntöjä noudattaen.

Tutkimuksen alkuvaiheessa tehtiin esihaastattelut, joiden perusteella yhdenmukaistimme haastattelutekniikkamme tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi. Esihaastattelujen avulla saimme selville haastattelujen keskimääräisen pituuden. Esihaastattelujen tarkoituksena oli myös testata teema-alueita ja kysymysten muotoilua. Karsimme liian tarkkoja kysymyksiä ja annoimme haastateltaville mahdollisuuden kertoa vapaammin teema-alueisiin sisältyvistä ajatuksistaan. (Hirsjärvi & Hurme 1985.)

Valitsimme tutkimusaineiston keruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska näin saimme haastateltavien omia mielipiteitä luonnollisessa vuorovaikutustilanteessa ja meillä oli mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin (vrt. Alasuutari 1993, Grönfors 1985). Teemahaastattelu on osoittautunut menetelmäksi, joka sallii tutkimuksen kohteeksi valittujen henkilöiden mahdollisimman luontevan ja vapaan reagoinnin. Vapaamuotoiset keskustelut paljastavat asioita, joita tuskin voitaisiin saada selville muilla keinoin. (Hirsjärvi & Hurme 1985.)

Tutkimusaineisto kerättiin tammi-kesäkuun aikana 1996. Tutkimukseen osallistui 12 potilasta ja neljä diabeteshoitajaa. Diabeteshoitajat valitsivat haastateltavat joustavasti sovittujen kriteerien mukaan (liite 2). Potilaista oli naisia 6 (24 - 43 v.) ja miehiä 6 (28 -

54 v.). He olivat sairastaneet diabetesta 1 - 21 vuotta. Hoitajat olivat erikoissairaanhoitajia ja heillä oli työkokemusta diabeteshoitajana 9 - 16 vuotta. He toimivat päätoimisesti diabeteshoitajina. Kaikki haastateltavat tiesivät, että tutkimus liittyi Insuliinidiabeetikon oppaaseen ja sen kehittämiseen. Oppaan oli saanut omaksi sairaalasta yhdeksän potilasta, lainaksi sen oli saanut kaksi potilasta ja yksi potilas oli itse hankkinut oppaan. (liite 3)

Haastattelutilanteen ilmapiiri sekä haastattelupaikka ja -ajankohta ovat tärkeitä tekijöitä haastattelun onnistumisen kannalta (Syrjälä ym. 1994), siksi annoimme haastateltavillemme mahdollisuuden päättää, missä ne tullaan tekemään. Haastateltaviin otettiin yhteyttä kirjeitse ja aikatauluista sovittiin puhelimitse. Diabeteshoitajat haastateltiin (liite 4) työaikana työpaikoilla. Tilanteet oli pyritty rauhoittamaan, mutta keskeytyksiäkin oli, ovisummeri tai puhelin saattoi soida kesken haastattelua tai huoneessa asioitiin. Muuten haastattelut sujuivat hyvin, koska hoitajat olivat motivoituneita ja kiinnostuneita aiheesta.

Potilaita haastateltiin (liite 5) heidän kodeissaan, paitsi yhtä terveystieteiden keskuksessa, potilaiden toiveiden mukaisesti. Tilanteet olivat rauhallisia, mahdolliset häiriötekijät (mm. lasten läsnäolo, puhelin) eivät haitanneet haastatteluja. Potilaat olivat motivoituneita ja he olivat valmistautuneet hyvin. Haastattelut kestivät 30 - 75 minuuttia ja ne nauhoitettiin. Tutkijat kirjoittivat päiväkirjaa haastattelutilanteista heti haastattelujen jälkeen, jotta myöhemmin tilanne oli helpompi palauttaa mieleen.

Haastateltaville kerrottiin, että tiedot käsitellään luottamuksellisina ja että heidän henkilöllisyytensä ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. He saivat ennen haastattelua myös kirjallisen selvityksen tutkimuksesta (liite 6).

4.2 Aineiston analysointi

Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus tehdä kartoitusta potilaiden ja hoitajien käsityksistä Insuliinidiabeetikon oppaasta ja selvittää kehittämisehdotuksia sisällöstä ja ulkoasusta. Hämäläinen (1987) ja Alasuutari (1993) ovat todenneet, että tutkimuksen tarkoitus on analyysiä ohjaava. Sen vuoksi tutkimusaineistoa tarkasteltiin deduktiivisesti teemojen mukaan. Deduktiivisen tarkastelun myötä havaitsimme asioita, joita analysoimme induktiivisesti. Aineiston analysointi eteni kahdessa eri vaiheessa.

Aluksi äänitetyt haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi sanatarkasti teemojen mukaan. Jokainen haastattelija kirjoitti itse haastattelunsa. Havaitsimme, että tämäntyyppinen litterointi ei ole tarpeellinen tutkimuksessa, jossa kysellään mielipiteitä oppaasta ja sen käytöstä (vrt. Alasuutari 1993), joten litteroimme nauhat suorittamalla samalla analyysia teemojen perusteella. Grönforsin (1985) mukaan aineiston järjestäminen on varsin huomattava osa analyysiä. Jo puhtaaksikirjoitusvaiheessa teimme alustavaa analyysiä materiaalin pohjalta.

Teemahaastattelulla kerätty aineisto purettiin deduktiivisesti teemojen mukaan eli aineisto hajotettiin käsitteellisiksi osiksi (Grönfors 1985). Tällä tavalla etsimme mielipiteiden yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien frekvenssejä. Samalla palautimme mieleen haastattelutilanteet päiväkirjojen avulla ja tutustuimme perusteellisesti toistemme aineistoihin. Teemoittain löydetyt mielipiteiden erot ja yhtäläisyydet kirjattiin ja eriteltiin positiivisiin ja negatiivisiin lausumiin, joita kuvaamaan valittiin sopivia kommentteja. Lukiessamme tekstejä useampaan kertaan merkitsimme marginaaliin alustavasti tutkimuksessa mahdollisesti käytettäviä autenttisia lainauksia. Näin saimme kaikkien kolmen haastattelijan aineistot kootuksi pelkistetympään muotoon, jolloin syntyi käsitys siitä, mitä mieltä haastateltavat olivat oppaasta.

Analyysiä tehdessämme meille selvisi, että haastatteluista nousee myös teemojen ulkopuolista asiaa. Tarkastelimme aineistoa syvällisemmin ja muodostimme induktiivisesti

sisältöalueita, jotka jäsensivät tutkimusaineistoa. Tätä tutkimuksen vaihetta Grönfors (1985) kutsuu abstrahoinniksi, joka tarkoittaa tutkimusaineiston järjestämistä siihen muotoon, että johtopäätösten tekeminen on mahdollista. Tutkimustuloksia havainnollistamme taulukoiden avulla sekä haastateltujen autenttisilla lainauksilla. Taulukoissa esitetyt ilmaisut on luokiteltu tiettyjen teemojen mukaan. Ne eivät ole määrällisessä eivätkä tärkeysjärjestyksessä. Kirjainnumeroyhdistelmät p1 - p12 tarkoittavat haastateltuja potilaita ja h1 - h4 hoitajia. Diabeteshoitajien ja potilaiden haastatteluaineisto ja tulokset esitetään imperfektissä, jotta ne erottuvat selkeästi teoriasta ja aikaisemmista tutkimuksista.

5 TULOKSIEN, TEORIAN JA AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN VUOROPUHELUA

5.1 Kirjallinen terveystasvatusmateriaali

Kirjallisen terveystasvatusaineiston tehtävänä on vahvistaa ja täsmentää tai havainnollistaa käsiteltävää aihetta, toimia muistin tukena ja aktivoida terveystasvatuksen kohdetta tai kohderyhmää osallistumaan terveystensä tai sairautensa hoitoon. Aineistolta edellytetään, että se on sisällöllisesti ja teknisesti hyvätasoisista ja kasvatuksellisesti vaikuttavaa. Sen tulisi olla tavoitteiltaan ja sisällöltään terveystasvatuksellista ja vaikuttaa myönteisesti kohderyhmän asenteisiin ja käyttäytymiseen sekä tietoihin terveystestä. Lisäksi sen tulisi sisältää viestinnällisesti tehokkaita ominaisuuksia. (Terveystasvatuksen keskus 1979.)

Kirjallisen viestin täytyy selkeästi välittää informaatiota. Mahdollisuudet väärinymmärtämiseen tai siitä johtuvaan epätarkoituksenmukaiseen käyttäytymiseen tulisi minimoida. Luettavuustestit voivat auttaa määrittämään kohderyhmän kieltä ja auttaa sanojen ja termien huolellisessa valinnassa. Toisaalta luettavuustestejä on kritisoitu, koska niissä lähtökohtana on usein keskiarvolukija. Todellisuudessa lukijoiden henkilökohtaiset ominaisuudet, kokemus, tausta ja lukemistilanne vaihtelevat suuresti. (U.S. Department of Health and Human Services 1989, Meade & Smith 1991, Wiio 1992, Sainio 1995 ym.)

Kirjallisessa terveystasvatusmateriaalissa sisällön tulee olla tiedollisesti täsmällistä. Sen pääkohtia tulee painottaa sijoittamalla ne tekstin alkuun sekä toistamalla niitä. Ne tulisi tuoda selvästi esille ja varoa, etteivät ne huku vähäpätöisemmän informaation joukkoon. Viestin sävy riippuu siitä, millaiseen kohderyhmään halutaan vaikuttaa ja millaiseen vaikutukseen pyritään. Se voi olla esimerkiksi vakuuttava, haastava, suora tai herättävä. Viestin tulee olla tosi ja rehellinen. Myös viestin lähteiden ja sen esittäjien tulee olla

uskottavia. Lisäksi viestin tulee perustua kohderyhmän tärkeäksi kokemiin tarpeisiin. (Williams ym. 1987, U.S. Department of Health and Human Services 1989, Meade & Smith 1991, Beeney ym. 1996.)

Kirjallista terveystasvatusmateriaalia voidaan arvioida samoin kriteerein kuin muuta kirjallista oppi- ja opetusmateriaalia. Erona muuhun materiaaliin on se, että terveystasvatusmateriaalin käyttö tapahtuu usein erilaisissa tilanteissa kuin muun oppimateriaalin käyttö. Sen avulla pyritään välittämään uutta tietoa, muuttamaan asenteita ja käyttäytymistä sekä tukemaan päätöksentekoa ja itsehoitoa. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi kohdejoukon tulee ymmärtää tieto, uskoa siihen ja toimia sen mukaisesti. Terveystasvatusmateriaalin kehittämisvaiheessa tulisi aina ottaa huomioon suunniteltu tulos, visuaalisen ulkoasun miellyttävyys sekä kulttuuriset ja kokemukselliset tekijät. (U.S. Department of Health and Human Services 1989, Meade & Smith 1991.)

Kirjallisen terveystasvatusmateriaalin tulisi havainnollistaa neuvontaa kuvin ja käytännön esimerkein. Se voidaan antaa oheismateriaalina etukäteen tutustuttavaksi tai neuvonnan päätteeksi. Potilasta ohjataan käyttämään sitä käsikirjan tapaan. (Diabetesliitto 1995.) Potilaille jaettavalla kirjallisella materiaalilla pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus ja antamaan selkeitä ohjeita neuvonnan tueksi. Materiaali jaetaan kuitenkin usein ilman neuvontaa, eikä sanoman lukemista tai sen ymmärtämistä varmisteta. Kirjallisen materiaalin käyttö on kuitenkin halpaa ja helppoa ja materiaalista on todettu olevan hyötyä potilaille. (Williams ym. 1987, Estey ym. 1994, Barlow ym. 1996, Coates & Boore 1996) Tässä tutkimuksessa kirjallisella terveystasvatusmateriaalilla tarkoitetaan Insuliinidiabeetikon opasta.

5.1.1 Oppaan ominaisuudet

5.1.1.1 Kuvitus ja väritys

Oppaasta voidaan tarkastella ulkoasuun liittyen kuvitusta ja väritystä, luettavuutta sekä sisällöllisiä ominaisuuksia. Kuvat ovat selkeästi viestintävälineitä. Niillä laajennetaan lukijan käsityksiä asioista ja ilmiöistä, koska ne täydentävät ja luovat merkityksiä. Kuvat konkretisoivat ja havainnollistavat tekstin osia, varsinkin paljon tietoa sisältävissä teksteissä. Kuvat voivat suoda lukijalle myös rentouttavia taukoja ja elämyksiä, jotka lisäävät lukuinnostusta. (Perttunen 1995, Vahabi & Ferris 1995.)

Kuvat selventävät vaikeita sanoja ja käsitteitä. Niitä käytettäessä tulisi muistaa selkeät, yksinkertaiset muodot, kirkkaat ja puhtaat värit sekä värikontrastien käyttö. (Perttunen 1995, Vahabi & Ferris 1995.) Oppikirjan kuvien osuutta tekstin ymmärtämisessä ja sisällön oppimisessa tutkinut Hannus (1996) on todennut, että kuvitus ei lisää oppimista, koska oppilaat eivät katsele kuvia oppimistarkoituksessa. Kuitenkin myös hänen mielestään kuvat havainnollistavat ja selventävät vaikeaa tekstiä. (vrt. Meade & Smith 1991.)

Tutkimuksessamme haastateltujen potilaiden ja hoitajien mielestä oppaan kuvitus ja väritys olivat makuasioita, mutta ne saattoivat auttaa tiedon omaksumisessa, herättää kiinnostusta ja kannustaa oppaan lukemiseen. Selkeät kuvat ja kaaviot helpottivat ymmärtämistä. Oppaan kokoa (A5) pidettiin hyvänä. Taulukossa 1 (sivulla 20) selvitetään hoitajien ja potilaiden mielipiteitä oppaan ulkoasusta.

Potilaat korostivat selkeästi tiedon merkitystä jopa kuvien kustannuksella. Tässä tutkimuksessa haastatellut potilaat olivat saaneet oppaan yleensä heti diabetekseen sairastuttuaan. Siinä vaiheessa tieto oli tärkeintä ja oppaan kuvituksen ja väriytyksen merkitys aika vähäinen.

Hoitajien mielestä opasta voisi parantaa lisäämällä väriä ja kuvia esimerkiksi injektiopaikoista, kuitenkin hillitysti ja asiallisesti laajentamatta oppaan kokoa. Insuliinin

vaikutustaulukot koettiin tärkeiksi ja ymmärtämistä helpottaviksi, mutta niihin toivottiin useampia värejä, jotta asia hahmottuisi paremmin. (vrt. Perttunen 1995, Vahabi & Ferris 1995, Hannus 1996.) Lisäksi hoitajat pitivät hyvänä oppaan positiivista henkilökohtaiseen hoitoon kannustavaa tyyliä.

-- että vois olla enemmän väriä tota täällä tekstissäkin, et se tulisi niinku mielekkäämmäksi lukee et sehän tässä tärkeintä ois, et tää ei jäisi ihan kirjahyllyyn ja piirongin laatikkoon-- h4

Kyl ne kuvatkii kyl toisaalta kertoo hirveesti, et vaikka nää pintoalueet on tärkeitä. Nää on aika tyyliteltyjä nää kuvat, hieman epäselviä. Ihan kuvaton teksti on tylsä lukea. p11

-- kun oli kovasti tiedonhalunen ja otti mistä vaan sitä tietoo halus repiä, ettei se ulkoasu sillain haitannut. Kyllähän se mielenkiintoo lisää julkasua kohtaan, jos se on upee. p8

5.1.1.2 Luettavuus

Selkeä teksti ja sitä hyvin palvelevat kuvat eivät yksin riitä tekemään materiaalista helppolukuista ja ymmärrettävää. Taitollisilla ratkaisuilla voidaan huomattavasti vaikuttaa sanoman kiinnostavuuteen ja ymmärrettävyyteen. Tällaisia tekijöitä ovat ulkoasutekijät, kirjasintyyppi ja -koko, palstan leveys, tehostukset, otsikot ja kappaleiden pituus. (Wiio 1992, Estey ym. 1994, Virtanen 1995.)

Must pitää olla otsikoita usein, ettei siit tule liian pitkä jakso. Koska jos on liian pitkä jakso, ni sä et välttämättä jaksa kokonaa lukea sitä. p1

Tää on sillä tavalla ryhmitelty, ettei o hirvittävän pitkiä kappaleita. Et tää on jaoteltu musta ihan kivasti. Laatikointi selkeennyttää ja niissä toi violettiväri ei sillä tavalla häiritse, vaan siinä kun on mustalla noi otsikoinnit, ni se erottuu. h2

Tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden henkilökohtaiset lukutottumukset vaikuttivat oppaan ulkoasuun liittyviin toiveisiin. Tekstityyppiä pidettiin sopivana ja hyvän kokoisena, väliotsikoiden koettiin lisäävän luettavuutta ja ymmärtämistä. Myös

aikaisemmissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samansuuntaisia (Meade & Smith 1991, Arthur 1995, Vahabi & Ferris 1995). Tässä tutkimuksessa oppaan selkeys ja luettavuus lisäsivät ja helpottivat oppaan käyttöä. Kuitenkaan oppaan otsikointiin, tekstien ydinkohtiin, taustoihin, taulukoihin ja tiivistelmiin käytettyä lila väriä ei pidetty hyvänä, vaan pikemminkin lukemista haittaavana.

-- et ois sisäkuvat värikuvia, siitä tulis enemmän sellasta raikkautta-- Se on pikkusen haaleahko tuo mikskä sitä sanos lila tai-- esimerkiks jos on huononäkönen tai on huono valo, se pikkusen häiritsee jopa luettavuutta. Että otsikon pitäis kai olla vahvimmin esiin tuleva. Tässä ehkä tää väri ei o niin onnistunu ollu, että se pikkusen syö sitä. Sitä jossakin valossa esimerkiks se saattaa heijastella jopa. p3

Teksti on luettavampaa, jos siinä ei ole käytetty kursiiivia, vahvennusta tai harvennusta, muuhun kuin yksityisten sanojen korostamiseen. Aktiivimuodon käyttö passiivin sijasta tekee tekstistä henkilökohtaisemman ja motivoi lukemaan. (Meade & Smith 1991, Wiio 1992, Reid ym. 1994.) Sanoman vastaanottajan samaistuminen aiheeseen helpottaa ymmärtämistä. Myös se, mitä lähempänä asia on kosketeltavaa todellisuutta tai mitä mielenkiintoisempi se on, helpottaa omaksumista. (Albert & Chadwick 1992, Wiio 1992, Reid ym. 1995, Vahabi & Ferris 1995.) Tässäkin tutkimuksessa potilaat etsivät tietoa heille ajankohtaisista asioista.

Sit jos sä tarviit perhesuunnittelua tai sul on elinmuutoksia, niit sä lähet hakemaa. Kyllähän sä luet ne läpi, mutta ne on erikoistilanteita, niitä sä hakemalla haet sillon ku sulla on ajankohtasta se. p1

Pitkät ja monimutkaiset lauseet, jotka sisältävät outoja ja vierasperäisiä sanoja, estävät ajatuskokonaisuuksien syntymistä. Teknistä, lääketieteellistä tai hallinnollista termistöä tulisi oppaissa välttää. (Meade & Smith 1991, Sainio 1995.) Tässä tutkimuksessa oppaan kieltä pidettiin helposti ymmärrettävänä, koska se *'ei ole liian lääketieteellistä eikä viljellä liikaa latinaa.*' p8. Oppaan lopussa oli diabetesta koskeva lääketieteellinen sanasto, joka koettiin hyvänä ja ymmärtämistä helpottavana.

Laboratoriotermejä on pitänyt tarkistaa sanastosta, ne ei ollu kauheen selkeitä, kaikki see peptidit ja tämmöset. Se on hyvä, että ne jostakin löytyy, koska yleensä tää diabetestieto on niin hajanaisesti ja sitä on hyvin suppeasti muuten jossakin yleisteoksessa. p3

5.1.1.3 Sisällölliset ominaisuudet

Haastateltujen potilaiden ja hoitajien mielestä oppaasta löytyi hyvin diabeteksen hoitoon kuuluvat perusasiat. Osa pidempään sairastaneista halusi syvällisempää tietoa, jotkut haastatellut toivoivat erillisiä pieniä oppaita heitä kiinnostavista asioista, joita mm. Diabetesliitto ja eri lääketeollisuuden yritykset ovat tuottaneet runsaasti. Toisaalta oltiin tyytyväisiä siihen, että Insuliinidiabeetikon oppaaseen oli koottu tietoa eri asioista 'yksiin kansiin'.

Sisällön järjestys koettiin yleensä hyvänä. Ainoastaan yksi potilaista oli sitä mieltä, että omaseuranta sopisi oppaan alkuosaan, koska se on niin tärkeä. Kuitenkin kaikki potilaat ja hoitajat toivat esiin oppaan tiedollisen puolen riittämättömyyden silloin, kun hoidossa tuli vastaan erityistilanteita, esimerkiksi matkustettaessa eri aikavyöhykkeille. Lisäksi toivottiin sisällöllisesti laajempaa opasta pitkään sairastaneille.

Kaipaisin sellasta kun on pitkään sairastanut niin tavallaan sellasen toisen oppaan, että mitä sitten kun on pitkään sairastanut ja tulee komplikaatioita ja pitäis soveltaa, tai väsyy hoitoonsa, tai tulee muita ongelmia, niin sellasta opasta kaipais ja potilaatkin on kysellyt. h3

Reid ym. (1994) toteavat, että diabeetikko haluaa tietää ruokavaliosta, liikunnasta ja itsehoidosta. Tässä tutkimuksessa näiden tietojen lisäksi haluttiin tietää myös muista hoitoon liittyvistä asioista. Potilaat toivoivat sisältöalueiden laajentamista yksilöllisten harrastusten ja ominaisuuksien mukaan, paljon liikuntaa harrastava toivoi enemmän tietoa liikunnasta ja ylipainoinen laihduttamisesta. Tietoa mielialan vaikutuksesta hoitomotivaatioon ja diabeteksen vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin saisi heidän mielestään olla enemmän. Varsinkin vastasairastuneet olisivat kaivanneet tarkempia ohjeita toiminnasta ongelmatilanteissa. Hoitajat kokivat oppaan sisällöllisesti hyväksi eikä heidän

mielestään siinä tarvitse olla kaikkea mahdollista tietoa diabeteksestä, koska opas on osa potilasneuvontaa. Hoitajien ja potilaiden mielipiteet oppaan sisällöstä olivat samanlaisia. Lisäksi hoitajat toivoivat tietoa enemmän hampaiden hoidosta ja 'raketti-insuliinista'.

Esimerkiks semmonen asia kun miten elimistössä vaikuttaa, sehän on tietysti yksilöllistä, jos nauttii 10 grammaa hiilihydraattia, että paljonko se nostaa verensokeria. Ja vastaavasti sitten, että kuinka monta yksikköä insuliinia tarvitaan se ruokamäärä niinku alentamaan taas sille perustasolle. Sitä täällä ei itse asiassa selkeesti sanota missään. --tässä puhuttiin muistaakseni tunteista ja siihen sopeutumisesta, joka ainakin mulla oli hyvin tärkeä että siinä oli sitä. Sitä vois olla vaa ehkä enemmänki tässä, koska alkuvaiheessa sillä on aika suuri merkitys. p3

Aika hyvin oli osattu ottaa sellasia asioita, jotka itselläki pyöri päässä. Siinä mielessä oli aika monta kohtaa, jotka naksahi kohalleen esimerkiks toi psykologinen puoli. Mutta just näitä tuntemuksia, siis semmosia, mitä pään sisällä liikkuu siinä alku vaiheessa, ni nää oli semmosia, jotka tosi hyvin jelppas siinä. p4

Just ku tulee yllättäviä tilanteita niitä ei täällä käsitellä, et jos työ muuttuu, elämäntilanne muuttuu-- p12

Taulukko 1 Hoitajien ja potilaiden mielipiteitä oppaan ulkoasusta.

MIELIPITEITÄ ULKOASUSTA	POTILAAT	HOITAJAT
MERKITYS KÄYTÖLLE	<ul style="list-style-type: none"> - kuvat ja värit tekevät lukemisen mielekkäämmäksi - taulukot helpottavat ymmärtämistä ja lukemista - miellyttävä ulkoasu lisää käyttöä 	<ul style="list-style-type: none"> - mielenkiintoinen ulkoasu lisää kiinnostusta ja motivoi - kuvitus ja väritys ovat lähinnä makuasioita - vähän lukeville väritys on tärkeää
KEHITTÄMISESSÄ HUOMIOITAVIA ASIOITA	<ul style="list-style-type: none"> - sopiva koko helpottaa käyttöä - tekstityyppi sopiva - tieto on tärkeintä, sisältöä ei saa supistaa kuvituksen ja värityksen kustannuksella - lila väri ei paras mahdollinen 	<ul style="list-style-type: none"> - sopiva koko - tekstityyppi hyvä - positiivinen ja kannustava esitystapa - lila väri ei paras mahdollinen - väriä ja kuvia saisi lisätä laajentamatta oppaan kokoa

5.1.2 Potilaiden ja hoitajien oppaan käyttö

Terveyskasvatusmateriaalin käyttäjiltä ei ole tutkimusten mukaan kysytty riittävästi mielipiteitä materiaalin käytöstä ja sen kehittämisestä (Arthur 1995, Reid ym. 1995, Barlow 1996, Beeney ym. 1996). Tässä tutkimuksessa opasta käytettiin potilasneuvonnassa varsinkin sairastumisvaiheessa, pitkään sairastaneet potilaat käyttivät opasta vähemmän. Myöhemmin opasta käytettiin sairauden, hoitotavan tai elämäntilanteiden muutosten yhteydessä. Tyypillisimpiä käyttötilanteita tutkimuksessamme olivat diabeteshoitajien ja potilaiden mukaan tavallisen potilasneuvonnan lisäksi potilaiden sairaspäiviin liittyvät kysymykset, kuten insuliinin annosteluasiat. Muissa erityistilanteissa tarvittiin oppaan lisäksi myös muuta materiaalia.

Potilaat kokivat, että opas sopii työikäisille aikuisille. Oppaan käyttöön vaikuttivat potilaiden henkilökohtaiset elämäntilanteet, omat sekä toisten aikaisemmat kokemukset diabeteksestä ja sen hoidosta. Näihin asioihin opas antoi vastauksia, mutta silti lisätietoa kaivattiin. Tietoa saatiin myös diabeteshoitajalta, lääkäriltä, toisilta diabeetikoilta tai muista tietolähteistä. Taulukossa 2 (sivulla 22) esitetään hoitajien ja potilaiden oppaan käyttötilanteita ja oppaasta etsittyjä asioita.

Kyllä tällä siinä alkuvaiheessa pärjää, mutta sitten tulee paljon niitä kysymyksiä, ja niihin ei löydy vastauksia, kun niihin löytyy kokemuksen kautta ja muilta diabeetikoilta. p12

Et useimmiten kun alkuvaiheessa, kun jotakin kysymyksiä heräs, niin kun mulla ei ole kovin hyvää mahdollisuutta turvautua lääkäriin tai hoitajaan. niin sen vastauksen olen ensi sijaisesti hakenut tästä. (opas) p3

Ja siitä mä olen aika vähän löytäny tästä ja aikasemmista oppaista tietoo, mikä liittyy siihen liikuntaan. Missään ei sanota, et kuinka paljon, kuinka kovaa, mitä voi tehdä ja-- Mä oon nyt tehny sillälail ku ennenkii. p5

Silloin kun on korkeet sokerit tulee käytettyä. Samoin hapot kun on poikkeavat. Sillo kun sairastuin niin tää on tosi hyvä, ja sit näin kymmenvuoden välein tää ois hyvä lukee jokaisen. Et kyl mä ennen raskautta tästä kattelin et mitä siihen kuuluu. p10

Opas jäseni neuvontatilannetta ja auttoi tarvittaessa säästämään aikaa. Vaikka hoitajalla olisi kiire, hän voi antaa oppaan potilaalle ensitiedoksi, mutta pääsääntöisesti sisältö käytiin läpi yhdessä potilaan kanssa oleellisilta osiltaan. Kaikki haastattelemamme hoitajat olivat sitä mieltä, että potilas ei saa oppaasta kaikkia asioita irti, ellei sitä käydä läpi yhdessä. Tämä on todettu myös muissa tutkimuksissa (esim. Rimpelä ym. 1973, Williams ym. 1987, Estey ym. 1994, Barlow 1996, Coates & Boore 1996). Hoitajat käyttivät opasta myös henkilökunnan ja sijaisten koulutuksessa sekä sairaanhoidon opiskelijoiden ohjauksessa. He suosittelivat opasta perustietopakettina.

Toivottavasti useimmat palais tähän, mutta tiedän, että monet ei halua, että tätä ei käytetä hyväksi tarpeeksi. Se on ihan persoonallisuuskysymys ja riippuu siis ihan ihmistyyppistä. h3

Alkuun diabeetikko on aika ahdistunut ja kaikki on vierasta, että enemmän se avautuu, kun sitä käydään yhdessä läpi. hl

Taulukko 2 Potilaiden ja hoitajien oppaasta etsimät asiat ja käyttötilanteet.

OPPAAN KÄYTTÖ	POTILAAT	HOITAJAT
KÄYTTÖ- TILANTEET	<ul style="list-style-type: none"> - sairastumisvaihe - erityistilanteet - tietotuki - itsehoito - tiedon kertaaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - neuvontatilanteet - henkilökunnan ja opiskelijoiden koulutus - oman tiedon kertaaminen
ETSITYT ASIAT	<ul style="list-style-type: none"> - insuliiniasiat - sairaspäivät - liikunta - perhesuunnittelu - matkustaminen - laihduttaminen - jalkojenhoito - ruokavalio - psykologiset asiat - omaseuranta - elinmuutokset - sosiaaliturva - perinnöllisyys - lisäsairauksien ehkäisy 	<ul style="list-style-type: none"> - insuliiniasiat - sairaspäivät - liikunta - perhesuunnittelu - matkustaminen - elinmuutokset - jalkojenhoito - ruokavalio - psykologiset asiat - omaseuranta - lisäsairauksien ehkäisy

5.2 Diabetekseen sairastumisen aiheuttama elämänmuutos

Tässä luvussa tulosten esittäminen perustuu tutkimusaineistosta nousseisiin potilaiden kokemuksiin sairastumisen aiheuttamasta kriisistä ja heidän tarvitsemastaan sosiaalisesta tuesta. Diabetekseen sairastuminen on aina suuri muutos elämässä ja voi aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, erityisesti depressiivisyyttä, ahdistuneisuutta ja pelkoja tulevaisuudesta. Psyykkinen oireilu tai elämän muut ongelmat merkitsevät usein sitä, että oman identiteetin koossapitäminen nousee keskeiseksi eikä voimavaroja jää fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Osa potilaista helpottuu kuullessaan diagnoosin, joka selvittää syyn epämääräisille oireille. (Cullberg 1978, Ellonen 1985, Beeney ym. 1996. Coates & Boore 1996.)

Hoidon onnistuminen perustuu siihen, että pystyy hyväksymään diabeteksen ja sen aiheuttamat elämänmuutokset. Varsinkin sairauden alussa tiedon omaksuminen voi olla vaikeaa, mutta kun ensijärkytys on mennyt ohi, voi hoidon oppimisprosessi alkaa. Tiedon soveltaminen vie kuitenkin aikaa, mutta kokemuksen lisääntyessä itsehoitovarmuuskin lisääntyy. (Cullberg 1978, Beeney ym. 1996, Coates & Boore 1996.)

Tässä tutkimuksessa potilaat kertoivat sairastumisvaiheesta ja tällöin syntyneestä tiedon tarpeesta. Moni potilas toi esiin kykenemättömyytensä tiedon omaksumiseen sairastumisen alkuvaiheessa. Sairastumista diabetekseen ja sen vaikutusta tulevaan elämään ei vielä hahmotettu.

-- Ei kukaa jaksa muistaa, miten joku vaikutti, varsinkaa silloin. kun on just sairastunu. p4

Kyllä silti mullakin tulee aikoja, jolloin tuntuu, että mä en jaksa, enkä mittaa kuukauteen sokeria. p9

Hoitamisesta on tultava elämäntapa. Toisinaan diabetekseen on vaikea suhtautua myönteisesti ja hoito-ohjeiden noudattaminen tuntuu raskaalta. Epävakaa hoitotasapaino

voi aiheuttaa itsesyytöksiä ja stressiä, jolloin henkinen rasitus nostaa verensokeria osalla potilaista. Stressiä saattaa aiheuttaa pyrkimys liian pikkutarkkaan hoitamiseen tai pelko verensokerin laskemisesta liian alas. (Brannon & Feist 1992, Kuusinen 1993.) Suuret verensokerivaihtelut voivat altistaa komplikaatioille myöhäisemmässä sairastamisvaiheessa, mutta komplikaatioita ehkäistään hyvällä hoidolla. On todettu, että tieto lisäsairauksien ehkäisemisestä vaikuttaa vasta, jos potilaalla on tarpeeksi motivaatiota hoitaa itseään. (Friedman & DiMatteo 1989, Kuusinen 1993, Beeney ym. 1996.)

Potilaan sairastuttua diabetekseen hän tarvitsee tietoa ja sosiaalista tukea tässä elämänmuutoksessa. Kriittiset tapahtumat palvelevat potilaan henkistä kasvua ja kehitystä. Diabeetikko tarvitsee toimivia käytännön ratkaisuja ja asenteita selviytyäkseen itsensä ja sairautensa kanssa. Niitä voidaan lisätä interventioiden avulla, joiden päämääränä on itseluottamuksen lisääntyminen ja elämänsuunnitelmien tekeminen. Mitä enemmän on resursseja käytettävissä, sitä paremmin selviydytään elämäntapahtumista ja hyödytään kokemuksista. Resursseja ovat vuorovaikutustaidot, ihmisen henkilökohtaiset taidot kuten päämäärän asettaminen, tiedon hankinta, päätöksenteko, riskinotto, itsekontrolli ja itsensä ymmärtäminen sekä sosiaaliset tukiverkot. (Niven 1989, Beeney ym. 1996, Coates & Boore 1996.)

Terveysalan ammattilaisen tehtävänä on toimia neuvonantajana ja asiantuntijana. Työssään hän hyödyntää kirjallista terveystieteellistä materiaalia. Itsehoidon oppimisen esteinä voivat olla tiedon, päätöksentekotaitojen, riskiottokyvyn ja sosiaalisen tuen puutteet. Näiden esteiden poistaminen ja taitojen kehittäminen on tärkeää. (Niven 1989.)

Beeney ym. (1996) ovat tutkimuksessaan tulleet tulokseen, että vastasairastuneet potilaat olivat huolissaan sairauden aiheuttamista elämänmuutoksista ja rajoituksista enemmän kuin mahdollisista sairauden aiheuttamista komplikaatioista. Lääkärit sitä vastoin olettivat potilaiden olevan enemmänkin huolissaan diabetekseen liittyvistä lääketieteellisistä asioista eivätkä huomioineet potilaiden tiedon tarvetta ja epävarmuuden tunnetta.

Diabetekseen sairastuminen on suuri elämänmuutos, jonka jokainen haastateltava - sekä hoitaja että potilas - toi esiin. Sairastumisen aiheuttamia reaktioita ja sairauteen sopeutumista voidaan tarkastella kriisin näkökulmasta.

Sitä on vähän niinku hämmennyksissään sen oman tautinsa kanssa. Ja jos sitä ei tässä puhuttais siitä sopeutumisesta, ni se vois aiheuttaa aikamoista ahdistusta, koska sitä helposti luulee, et minä oon ainoa, joka koen asian tällä tavalla. p3

5.2.1 Sairastuminen kriisinä

Diabetekseen sairastuminen on useimmille kriisitilanne. Cullberg (1978) luokittelee kriisireaktion sokki-, reaktio-, korjaamis- ja uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Hopson (1981) esittää seitsemänkohtaisen mallin: hetken pysähdys (immobilisation), reaktio (reaction), itseluottamuksen puute (self-doubt), antaa mennä -vaihe (letting go), testaaminen (testing), merkitysten etsiminen (search for meaning) ja integraatio (integration). Tässä tutkimuksessa Hopsonin jaottelua on tarkasteltu Cullbergin kriisiluokittelun käsittein. Sokkivaihetta vastaa hetken pysähdys, reaktiovaihetta reaktio ja itseluottamuksen puute, korjaamisvaihetta antaa mennä -vaihe ja testaaminen sekä uudelleen suuntautumisen vaihetta merkitysten etsiminen ja integraatio.

Ihmisten kokemusten luokittelu puhtaasti erilaisiin toisiaan seuraaviin vaiheisiin ei ole helppoa, sillä vaiheet seuraavat harvoin toisiaan todellisuudessa niin selvästi kuin mitä teorioissa esitetään. Teorioiden esittäjätkin tuovat tämän seikan esiin. Jotkut yksilöt tarvitsevat myös erilaisen ajan prosessin läpikäymiseen tai jotkut voivat juuttua yhteen kehitysvaiheeseen ja näin ollen prosessi ei välttämättä etene ilman ammattiauttajien apua. (Hopson 1981, Moos 1986).

Sokkivaihe kestää silmänräpäyksestä muutamiin vuorokausiin. Tällöin ihminen pitää kaiken todellisuuden loitolla, koska ei vielä pysty omaksumaan eikä muokkaamaan tapahtunutta. Hän voi näyttää aivan tyyneltä, mutta pinnan alla kuohuu. Monet sairastuneet

tuntevat ahdistusta, vihaa tai kieltävät sairautensa. Beeneyn ym. (1996) mukaan yleensä nuoret sairastuneet reagoivat voimakkaasti. Sökkivaiheessa kerrottuja asioita ei useinkaan muisteta. Liian usein tärkeitä tietoja annetaan tässä vaiheessa, jolloin vaikutus jää vähäiseksi. Sairastuneen tietoisuus voi olla hämärtynyt. Regressio voi olla voimakas ja koko psyykkinen energia suunnataan muualle, pois todellisuudesta. (Cullberg 1978, Beeney ym. 1996.) Hopsonin (1981) mielestä tämän vaiheen yhteydessä ihmiselle tulee tunne, ettei tämä asia ole voinut tapahtua minulle.

Tässä aineistossa sökkivaihetta käsiteltiin sairauden alkuhetkistä puhumalla. Sairastumisvaihetta kuvattiin epäselvänä, hieman kaoottisena tilanteena. Vaikka potilaat olivat sairastaneet diabetesta jopa 22 vuotta, he tuottivat sökkivaihetta kuvaavia kommentteja. Muistot sairastumisen kipeydestä nousivat esiin. Myös Beeneyn ym. (1996) tutkimuksessa potilaat muistivat poikkeuksellisen selvästi kaikki tapahtumat, jotka liittyivät sairastumisvaiheeseen.

Kun ne sairastuu sehän on shokki. Sitten ne yleensä ottaa hirveen kuuliaisesti nämä hoito-ohjeet kaikki selville, mutta sitten sanotaan puolen vuoden päästä voi olla et ne on niin ahdistuneita et ne vaan itkee. Joku vaikka joulua saa sen aikaan, kun muut syö ja hän ei voikkaan syödä kuten muut niin tajuaa, et hyvä ihme hänellä on tää sokeritauti lopun ikää, et hän ei saa millonkaan enää jouluna syödä kuten ennen. h3

Mutta siinä vaiheessa, kun sairastuu, ni tietoa on hyvin vaikea hyödyntää, kaiken tiedon suhteen on ihan sama asia. p3

Cullbergin (1978) mukaan **reaktiovaiheen** kesto voi vaihdella. Suru on reaktiovaiheen olennainen osa. Tässä vaiheessa ihminen usein koettaa hahmottaa kaoottisen tilanteen, kysymällä loputtomasti "miksi". Toiset voivat kieltää sairauden ja vähätellä sitä (Friedman & DiMatteo 1989). Hopsonin (1981) esittämä reaktiovaihe sisältää nopeita mielialan vaihteluita tai tilanteen vähättelyä. Ajatus siitä, että asiat voisivat olla huonomminkin helpottaa selviytymistä. Lisäksi reaktiovaiheeseen voi liittyä tilapäinen itseluottamuksen puute, jolloin tunteet voivat vaihdella levottomuudesta vihaan ja surullisuuteen.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden tiedon tarve oli hyvin erilainen. Suurin osa potilaista kaipasi runsaasti tietoa sairaudestaan, jotta voisi ymmärtää sitä paremmin ja selvitä arkipäivästä. Tiedon etsimisen onkin todettu olevan selviytymiskeino kriisissä (Wilkinson ym. 1981, Friedman & DiMatteo 1989, Beeney ym. 1996, Coates & Boore 1996). Osa haastatelluista potilaista ei kyennyt ottamaan tietoa vastaan, vaan tiedon tarve heräsi myöhemmin. Tällöin oppaalla oli suuri merkitys tiedon antajana. Se auttoi osaltaan selviämään muuttuneessa elämäntilanteessa. Reaktiovaihetta kuvattiin puhumalla tunteista, mielialoista ja niiden vaihteluista.

Sillonkun sairastutaan niin se jos potilas on motivoitunut nii se lukee, se lukee ihan älyttömästi siellä osastolla ja tota kaikkee mahdollista-- h4

Tärkee musta ois nää mieliala jutut, et kuinka paljon diabeetikolla nää mielialat vaihtelee, et diabeetikko on herkempi niille ku muut, et sitä räjähtää helpommin tavallisesti ihan suotta ja sitä mää vaan raivoon ja huudan. Et niistä ois hyvä olla ja niin, että toisetkii sit ku lukee nii ymmärtää. p11

Joku toinen suorastaan vihaa ja kapinoi koko sairautta vastaan ja täällä käyntejä vastaan. Jos hänestä nyt tuntuu, et hän on aivan väsynyt ja hän inhoo tätä tautia ja miks se hänelle tuli, näitähän on näitä itsemurha ajatuksiakin, niin jotenkin antais sen luvan, että näitäkin tunteita saa tulla. Pitäis kannustaa kuitenkin pyrkimään eteenpäin ja pitäis rohkaista kertomaan näistä tunteista, et miten nyt tästä eteenpäin, semmosista tässä ei oo, siitä vois vähän enemmän olla. h3

Korjaamisvaiheen alkaminen ja kesto vaihtelee yksilöllisesti. Tässä vaiheessa henkilö suuntautuu tulevaisuuteen sen sijaan, että hän aikaisemmissa vaiheissa keskittyi traumaan ja menneisyyteen. Tällöin vanhat toiminnot palaavat ja uudet kokemukset integroituvat vanhoihin. Jos henkilö ei ole kohtuullisen ajan kuluessa pystynyt sopeutumaan tilanteeseen, hän tarvitsee asiantuntijan apua. Kroonisesti sairastunut voi kokea aikaisemman elämänsä täydelliseksi. (Cullberg 1978.) Hopsonin (1981) mallissa korjaamisvaihetta vastaa antaa mennä -vaihe, jossa menneisyyden taakat jätetään, jotta voidaan siirtyä eteenpäin. Tämä on käännekohta, jolloin yksilö voi muuttaa tilanteen elämäkokemukseksi.

Tässä tutkimuksessa potilaat koettivat hyväksyä hoitonsa ja toteuttaa sitä parhaalla, mahdollisesti luovallakin tavalla. Keskeistä oli hoito-ohjeiden toteuttaminen ja halu tulla toimeen sairauden kanssa. Osa potilaista onnistui itsehoidossaan, osalla kriisi ei ollut vielä edennyt tähän vaiheeseen, vaan he jatkoivat aikaisempien vaiheiden läpikäymistä. Oppaan merkitys ei ollut enää niin keskeinen kuin aikaisemmin.

--kyllä mä luin tän läpi ja sitte muistan, kun sulkapalloo mentii pelaamaa ensimmäisii kertoja, ni kyl sit yritti palautella mieliä ja miten sit hoitoo pitäs siihen ympätä. p4

Mielialasta tarttis kertoo myönteisessä sävyssä. Suomi on semmonen maa, et tosi harva uskaltaa mennä hakeen apua se on vaikeeta. Mä en enää jaksanu tehdä yhtään mitään, mä menin diabetespolille. Mää vaan porasin siellä. Tähän oppaaseen tarttis tunkee tätä asiaa et tämmöset tunteet on sallittuja. Tässä kyllä puhutaan ammattiauttajista-- p9

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa ihminen kokee menneisyyden tapahtumat pysyvänä arpena. Tämä arpi ei estä hänen läheistä suhdettaan elämäänsä. Itsetunto, joka on horjunut, tasapainottuu ja pettymyksistä on selviydytty. Siitä huolimatta mennyt voidaan kokea joskus hetken kestäväksi tuskana. Kriisistä tulee osa elämää, sitä ei unohdeta eikä pidäkään unohtaa. Useimmilla on kokemuksia siitä, että tapahtumat jälkeensä ymmärretään uudella tavalla eri elämän vaiheissa. (Cullberg 1978.) Samalla kun yksilö katsoo takaisin kriisin aiheuttamiin muutoksiin, hän koettaa ymmärtää, mitä tapahtui. Ihminen yrittää oppia kokemuksistaan ja integroi uuden elämäntavan ja kriisin. Koko prosessin läpikäynti kohottaa itsetuntoa ja tekee kykeneväksi kohtaamaan tulevia kriisejä ja muutoksia, lisää itsevarmuutta ja tietoisuutta siitä, että kun on suoriutunut yhdestä suuresta koettelemuksesta, selviää myös muista. (Hopson 1981.)

Tämän aineiston uudelleen suuntautumisen vaiheessa hoito oli suurimmalle osalle diabeetikoista luonnollinen osa arkipäivän elämää. Opasta ei juurikaan tarvittu. Aikaisemmat tiedot ja kokemukset auttoivat uusissa ongelmatilanteissa. Joillakin potilaista tähän vaiheeseen pääseminen vaati enemmän aikaa kuin toisilla.

Must tuntuu, et se (opas) piirongin laatikkoon jää, kun siit hoidosta on tullu rutiini. Monien vuosien jälkeen jotkut kommentoi, et siinä oppaassa sanottii sillälail. Jotain on jääny mieleen tai sit se opas on kaivettu esiin ja luettu uudelleen. Mut se on kyl selvästi vähäsempää. h2

Joku päivä takaperin tuli mieleen, että meil on tää elämänmeno palannu sillee ihan alkuperäsille raiteille. Kauheita kauhukuviahan oli tietyst siitä, et mikskä tää elämä nyt muuttuu--p4

Hoitajat painottivat neuvontatyötä sairauden alussa, jolloin opasta käytettiin eniten. He toivat esille kirjallisen tiedon tärkeyden sokkivaiheessa olevalle diabeetikolle. Potilaat toivat sairastumisvaiheessa esille suurta tiedon tarvetta sekä epävarmuutta omasta selviytymisestään tulevaisuudessa. Oppaan osuus oli toimia tietolähteenä ja hoidon kannustimena. Opasta käytettiin pääasiassa sokki- ja reaktiovaiheessa. Kun sairauteen totuttiin ja se hyväksyttiin, tuli hoidosta rutiini. Poikkeavat tilanteet olivat jo kertaalleen tuttuja, kuitenkin joissakin tilanteissa, esimerkiksi sairaspäivinä opasta luettiin vielä korjaamisvaiheessa sekä uudelleen suuntautumisen vaiheessa. Sitä ei kuitenkaan tarvittu enää niin kiinteästi kuin aikaisemmin.

5.2.2 Potilaiden saama sosiaalinen tuki

Diabeetikot saavat erityyppistä sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen muodot voidaan jakaa seuraavasti:

1. Henkinen tai emotionaalinen tuki, jolloin ihmisellä on joku, jonka kanssa voi puhua itsetuntoa uhkaavista asioista. Tuki on toisen arvostamista ja huolehtimista sekä kuuntelua.
2. Tietotuki eli ihmisellä on toisten tuottamaa tietoa, neuvoja tai ohjausta, joka helpottaa ongelman ratkaisua tai auttaa arvioimaan ongelmallisena koetun tilanteen uudelleen.
3. Käytännön apu todellisissa tilanteissa
4. Sosiaalinen toveruus eli osallistuminen sosiaalisiin toimintoihin
5. Roolituki eli sosiaaliset suhteet itsessään
6. Arviointituki, joka on palautetukea ja mahdollisuutta sosiaaliseen vertailuun toisen samassa tilanteessa olevan ihmisen kanssa. (House 1983, Kumpusalo 1991, Vahtera 1993.)

Lähiyhteisöltä ihminen saa etupäässä emotionaalista tukea, mutta myös konkreettista apua. Se on merkittävää turvallisuuden ja stabiiliteetin tunteen antajana ja arkiongelmien ratkaisijana. Jotkut tutkijat ovatkin sitä mieltä, että vain perhe- ja lähiyhteisö voi tarjota emotionaalisen tuen, joka on välttämätön ihmisen hyvinvoinnille. Osa potilaista toivoo omaisten saavan suullista ja kirjallista tietoa heidän sairaudestaan. (Moos 1986, de Weerd ym. 1990, Kumpusalo 1991.) Beeneyn ym. (1996) tutkimuksessa joka neljäs sairastunut oli liittynyt tukiryhmään saadakseen lisää tietoa ja voidakseen keskustella sairauteen liittyvistä asioista toisten diabeetikoiden kanssa.

Diabetekseen sairastuminen koskee myös perheenjäseniä. Tällöin perheeltä vaaditaan sopeutumista uuteen tilanteeseen, esimerkiksi ruokailutottumusten muutoksiin. (Toljamo & Hentinen 1995.) Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat pitivät luonnollisena sitä, että perhe osallistui hoitoon ja tuki diabeetikkoa. Varsinkin jos suvussa oli muita diabeetikkoja, potilas ja muut perheenjäsenet tiesivät sairaudesta enemmän, ja näin sairauteen sopeutuminen oli helpompaa.

Hoitajien mielestä opas ei yksin tukenut potilasta sairauden hoidossa, vaan lisäksi tarvittiin ammattihenkilön neuvontaa ja tukea. Tarvittaessa potilas sai oppaasta vahvistusta ja varmuutta silloin, kun hän tunsi itsensä epävarmaksi, eikä saanut yhteyttä diabeteksen asiantuntijoihin.

Lääkäri ensimmäisellä tapaamisella selvittää asioita, samoin minä kysyn onko lääkäri puhunut ja kertaan vielä, niin sitten voi tästä saada irti enemmän. Sit ne, joilla on suvussa diabeetikoita ja aika usein on, heil on selkeesti parempi käsitys kuin näillä, joille se tulee sokkina eikä suvusta tu ketään mieleen, jolla olis diabetes. h1

Ensin sun oma diabeteshoitaja kertoo asian, no ensin sä luet sen täältä, sit sun diabeteshoitaja kertoo asian, puhuu siitä ja sit se näyttää viel videon. p4

Kotona ku tulee ongelma näistä oppaista tai muusta luettavasta asiasta ja sit soitan mun ystävälle jolla on ollut diabetes 10 vuotta. Se kyllä tietää ja on ollut paras vastausten antaja ku kukaa muu. p11

--mää oon kyllä joutunu aika paljon kyseleen. Jokaisen hoitohan on erilaista. Voi olla, että joku saa tästä kaiken, mutta mää kyselen ja soittelen sairaalaan, mutta kyllä mää täältäkin saan. p7

Et osa ihmisii on semmosii, että ne haluaa puhua toisen ihmisen kanssa eikä oppaan-- p10

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että perheeltä, läheisiltä ihmisiltä ja muilta diabeetikoilta odotettiin henkistä ja käytännön tukea. (Taulukko 3) Hoitajat olivat pääasiassa potilaan tietotuki, mutta he pyrkivät olemaan jossakin määrin myös henkisenä tukena, vaikka he totesivat, että nämä asiat kuuluvat enemmän sairastuneen perheelle. Poskiparran (1997) mukaan hoitajien antama tietotuki ei yksin riitä, vaan heiltä odotetaan lisäksi tunnetukea. Kaikki haastatellut potilaat toivat esiin perheen tärkeyden (vrt. Moos 1986. Kumpusalo 1991). Toisaalta liiallinen tukeutuminen toisiin voi olla potilaalle myös haitallista (Friedman & DiMatteo 1989). Oppaan merkitys oli toimia tukena, se oli ensisijainen kirjallisen tiedon lähde, johon varsinkin sairastumisen alkuvaiheessa luotettiin enemmän kuin omiin tuntemuksiin.

Taulukko 3 Potilaiden ja hoitajien näkemyksiä sosiaalisesta tuesta.

TUEN ANTAJAT	POTILAAT	HOITAJAT
PERHE/OMAISET	- kannustus itsehoitoon - henkinen tuki - käytännön tuki ja apu	- henkinen tuki, helpottaa sopeutumista sairauteen - käytännön tuki
TERVEYSALAN AMMATTILAISET	- tietotuki (opetus ja neuvonta) - tukea itsehoitoon - motivointi - apua ongelmatilanteisiin - yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa	- tietotuki - henkinen tuki - motivointi ja kannustus itsehoitoon - apu ongelmatilanteissa
MUUT DIABEETIKOT	- käytännön tuki ja tieto - kokemusten jakaminen - yhdistystoiminta - sopeutumisvalmennuskurssit	- yhdistystoiminta - sopeutumisvalmennuskurssit

5.3 Potilaiden ja hoitajien näkemyksiä oppaan merkityksestä diabeetikon hoidossa

Diabeetikon neuvonnan tavoitteena on, että diabeetikko oppisi mahdollisimman pian itse vastaamaan hoidostaan. Anderson (1985) on todennut diabeteksen olevan sairaus, jonka hoito koostuu 95 %:isesti itsehoidosta. Edellytys itsehoitoon on potilaan oppiminen ja motivoituminen itsensä hoitamiseen. De Weerd ym. (1990) havaitsivat, että sosiaalisella ympäristöllä on merkitystä diabetekseen sairastuneen itsehoidossa. Hyvä hoitoon sitoutuminen ja itsehoitoon motivoituminen riippuu siitä, miten paljon diabeetikko antaa olosuhteiden ja sosiaalisten paineiden säädellä toimintaansa (Kuusinen 1994).

Itsehoidon oppimisen lähtökohtana on oppijan tapa hahmottaa maailmaa ja sen tulkintaan käytettyjä käsitteitä, joiden varassa oppija konstruoi opetuksen sisältöä. Omaan elämänsä liittyvät haasteet koetaan tärkeiksi. Terveyskasvatusmateriaalia ei voida tehdä vain loogisin perustein ja yhdenmukaisesti kaikille. Sitä valmistettaessa tulisi huomioida, millaisia odotuksia ja ennako-oletuksia diabeetikolla on pyrkiessään itsehoitoon, miten hän hahmottaa tehtävänsä ja millaisin keinoin tai strategioin hän pyrkii sitä spontaanisti opettelemaan. Valikoiden ja tulkiten saamansa tiedon sisältöä hän jäsentää ja kokoaa sitä aikaisempien tietojensa ja kokemustensa pohjalta. Tiedon konstruointi on sidoksissa tilanteeseen ja kulttuuriin ankkuroituen aina sosiaalisiin vuorovaikutusprosesseihin. (vrt. Rauste-von Wright & von Wright 1994.) Konstruktiivinen oppimiskäsitys antaa hyvät valmiudet itsehoidon vastuulliseen toteuttamiseen.

Itsehoito ja vastuullinen päätöksenteko vaikeutuvat, jos tietoa ei saada riittävästi tai jos sitä ei ymmärretä. Kaksi haastattelemaamme potilasta toi esille epävarmuutensa itsehoidossa ja he kokivat, ettei opaskaan auttanut siinä. He eivät olleet saaneet riittävästi tietoa, eikä heillä ollut todennäköisesti riittävästi rohkeutta hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Tämän vuoksi nämä potilaat tukeutuivat muita enemmän ulkopuolisiin asiantuntijoihin. (vrt. Coates ym. 1996.)

Sairauksien ehkäisemisestä ei kerrota tarkasti. Kukaan ei sano, että ne vois parantua ne muutokset, jos tasapaino olis hyvä. Vai voisko ne? Tästä mä tosiaan tarvitsisin tietoo. Monesti tuntuu, että kaipaa jotain nippelitietoa, vaikka ite tietää hirveesti-- Kyllähän täälläkin opetetaan, ett jos verensokeri on sitä ja sitä niin pistetään sen verran yli, mutt ei oo otettu huomioon et jos on ylipainoo.-- Tää ohje sopii kait normaalipainoselle, joka tekee kaiken just niinku sanotaan oikeella kellon lyömällä. Ei tää siis mulle paljon varmuutta anna. p9

Jotenkin tarttis meidän diabeetikoiden pitää lääkäreitä sellaisina auktoriteetteina, jotka vastaa meidän hoidosta, eli ei me voida sanoa sille lääkärille, et asia on näin. Meidän täytyy uskoa niitä, et tietyt asiat on näin. p8

Itsehoidon onnistumiselle on keskeistä paitsi saada tietoa myös pyrkiä muuttamaan asenteita, koska asenne on paras käyttäytymistä ennustava tekijä. Useissa tutkimuksissa on havaittu yhteys käyttäytymisen muutoksen ja erilaisten oppaiden välillä. Oppaissa ollut tieto on tällöin omaksuttu ja ymmärretty hyvin. Tiedon puute voi johtaa joustamattomaan itsehoitoon, jolloin hoitoa ei uskalleta muuttaa. Kuitenkaan pelkkä tieto ei takaa parempaa itsehoitoa. (Kickbusch 1989, Meade & Smith 1996, Coates & Boore 1996.) Toisaalta de Weerd ym. (1990) ovat tutkimuksessaan todenneet, että potilaat, joilla on eniten tietoa, ovat onnistuneet itsehoidossaan. Varmuutta itsehoitoon antaa tieto siitä, että tarvittaessa saa tukea terveydenhuollon ammattilaisilta.

Oppaat ovat vain yksi osatekijä koko terveydenhuollossa. Niitä ei kyetä hyödyntämään riittävästi, ellei niitä kytketä sanalliseen ohjaukseen ja neuvontaan. Oppaiden tehtävänä on toimia tukimateriaalina ja tiedonlähteenä. On todettu, että potilaat, jotka lukevat saamansa oppaat, tietävät enemmän sairautensa taustoista, hoidosta ja sivuvaikutuksista. Näiden tietojen avulla he hoitavat itseään muita potilasryhmiä paremmin. Tiedon määrä ja sen soveltaminen itsehoidossa ei kuitenkaan ole suoraan verrannollinen sairauden keston. (Arthur 1995, Coates & Boore 1996.)

Ihminen on tiedostava ja oman toimintansa aktiivinen ohjaaja, hän vaikuttaa päätöksillään ja käyttäytymisellään terveyteensä (de Weerd ym. 1990). Myös haastatellut potilaat korostivat omaseurannan tärkeyttä ja oman toimintansa merkitystä itsehoidossa. Eniten he

kertoivat insuliinituntemuksista ja verensokeriarvojen mittaamisesta. Potilaat olivat oivaltaneet hyvin itsehoidon merkityksen hyvinvoinnilleen. He ymmärsivät, että omalla hoidolla oli merkitystä lisäsairauksien ja elinmuutosten ilmaantumiseen.

Et sitä päättelykykyä tässä tarvii-- se oli hyvää et kun tässä ei sanella, että näin ja näin pitää tehdä vaan annetaan mahdollisuus oivaltaa, että mitä järkee siinä on kun tekee oikein-- tää on hyvä, että sitä saa ajatuksia et itteänsä sitä hoitaa eikä muita. p10

--mutta ku ne (elinmuutokset) tietää ni tarttuu kunnolla siihen hoitamiseen-- p12

Ja kun se (hoito) on yksinkertasi asioista kiinni, et sä jaksat jalkas pestä ja rasvata. p1

Hoitajat pitivät tärkeänä potilaan oman vastuun korostamista hoidossa (vrt. Kickbusch 1989, de Weerd ym. 1990). Heidän mielestään opas ei antanut itsehoitovarmuutta, mutta tuki itsehoitoa ja selviytymistä pulmatilanteissa, jos potilas oli aktiivinen ja kiinnostunut omasta hoidostaan ja hänen asenteensa oli positiivinen. Oppaan ei uskottu antavan itsehoitovarmuutta, ellei potilaalla itsellään ollut halua siihen.

Jotenkin tuntuu se jalkojenhoitoasia, et olipa meillä minkälainen opas tahansa, et jos ei jotenki naksahda, ni ei. h2

Tässä tutkimuksessa osalla potilaista oli epävarmuutta alussa etenkin insuliinin lisäannostelussa ja poikkeamisessa normaalista hoitorytmistä erityistilanteissa. Myös hoitajien mielestä omatoimista tiedon soveltamista pidettiin vaikeana etenkin sairastumisen alkuvaiheessa. Esimerkiksi hiilihydraattien arvioiminen, insuliinihoidon joustaminen ja tasapainottaminen olivat asioita, joissa tarvittiin ohjausta ja neuvontaa. Diabeetikot osasivat ja uskalsivat yleensä rohkeasti kääntyä hoitajien tai lääkärin puoleen tiedustellakseen neuvoja. Hoitajat kokivat, että heidän panoksensa oli tärkeä yhdessä oppaan kanssa hoidon oppimisessa ja että pelkästään oppaasta ei voinut oppia kaikkea. Opas antoi tukea ja vahvistusta potilaiden käsityksille epävarmoissa tilanteissa.

Voi olla, että joku saa tästä kaiken, mutta mä kyselen ja soittelen sairaalaan, mutta kyllä mä täältäkin saan. Kyllähän tää on varmuutta antanut mullekin, mä olin kakspistos hoidolla ja mä jouduin nelipistos hoitoon kaks viikkoo sitten. Mä oon yksistäni sen niinku käynnistänyt kotona koko projektin. p7

Tää opas auttaa ihmisiä selviämään nimenomaan huomiseen. Ei opas anna mitään itsehoitovarmuutta kyllä se tulee muulla lailla-- ei tätä voi pelkästään jakaa et siihen tarvitaan aina se ohjaaja mukaan tästä saa semmosta perustietoa joka helpottaa siinä ohjaamisessa ja illalla kotona voi sitten kerrata niitä asioita. h4

Tutkimuksissa on havaittu, että sairaanhoitajan toiminta vaihtelee ja muovautuu potilaan itsehoitoisuusasteen mukaan neuvontatilanteissa. Neuvonnan avulla pyritään vahvistamaan potilaan itsehoitotaitoja ja sitä kautta potilaan kykyä olla riippumaton. (Leino-Kilpi 1990.) Potilaan neuvonnan painopisteet ja tavoitteet erilaisissa itsehoito-orientaatioissa poikkeavat toisistaan. Kuusinen (1994) erottaa neljä itsehoito-orientaatiota: autonomisen, ulkoaohjautuvan, autonomiaa puolustavan ja horjuvan.

Autonomisen potilaan neuvonnassa keskitytään tiedon jakamiseen, hoitotasapainoon vaikuttavien syiden ja seurausten välisten suhteiden etsimiseen ja palautteen antamiseen. Autonominen potilas sietää hyvin epäonnistumisen tunteita eivätkä tilapäiset laiminlyönnit johda helposti repсахduksiin. Tämän vuoksi hän ei tarvitse neuvontatilanteita usein. (Kuusinen 1994, Diabetesliitto 1995.)

Ulkoaohjautuvan potilaan tarvitsemaa tuen määrää tulisi arvioida ja tarvittaessa lisätä, antaa tarkkoja ohjeita ja keskustella sosiaalisista tilanteista selviytymisestä. Ulkoaohjautuva potilas on riippuvainen toisten mielipiteistä ja muista ulkoisista tekijöistä. Neuvontatilanteissa hän on myötäilevä ja pyrkii periaatteessa hoitamaan itseään, joskin enemmän hoitajan hyväksynnän kuin itsensä vuoksi. Hän laiminlyö hoitoaan sosiaalisissa tilanteissa mieluummin kuin erottuu muista. Ulkoaohjautuva potilas tarvitseekin tiheästi neuvontakäyntejä. (Kuusinen 1994, Diabetesliitto 1995.)

Autonomiaa puolustavan potilaan neuvonta keskittyy autonomiaa tukevaksi. Se on yhteistyösuhteen työstämistä, pyrkimystä sairauteen suhtautumisen muutokseen, hoidon

hyötyjen ja haittojen arviointia sekä valintojen korostamista. Neuvontakäynnit ovat tiheydeltään potilaan toiveiden mukaisia. Autonomiata puolustava potilas on tarkka itsemääräämisoikeudestaan. Hän vastustaa kontrollia ja tiukkoja ohjeita joko kapinoimalla tai jättämällä ohjeet huomioimatta. (Kuusinen 1994, Diabetesliitto 1995.)

Potilaalla, jolla on heikko itsetunto ja joka tuntee syyllisyyttä epäonnistumisista, on horjuva itsehoito-orientaatio. Hänen neuvontansa tulisi olla kannustavaa ja minäpystyvyyttä tukevaa, emotioiden tiedostamiseen ohjaavaa, mielialojen vaikutuksia selvittävää, alhaisten verensokeriarvojen pelkoja käsittelevää sekä syyllisyyden tunteita helpottavaa. Hän tarvitsee mahdollisesti tiheästäkin neuvontatilanteita. Tilapäiset hyvästä hoidosta poikkeamiset johtavat helposti hoidon laiminlyömiseen. (Kuusinen 1994, Diabetesliitto 1995.) Kuusinen ei ole käsitellyt materiaalin merkitystä diabeetikon hoidossa muuten kuin tuomalla esiin sokkivaiheen huomioinnin ja tiedon tarpeen olemassaolon sokkivaiheessa. Tässä tutkimuksessa haastatellut hoitajat arvioivat potilaiden toimivan itsehoitoisuusasteensa mukaan.

Saa itse katsoa esimerkiksi sairaspäivänä, miten tässä sanotaan ja sitten soitella, jos ei itse osaa hoitaa tai on epävarma. --tarvitsevat opasta tueksensa ennen kuin pääsevät sinuiksi sairautensa kanssa. Mutta jos on kovin torjuva, niin saattaa olla, ettei avaa opasta kertaakaan. h1

Ihanne olis et kaikki olis itseohjautuvia ja autonomisia, silloinhan diabeetikot olis helppoja hoitaa. Mut toisaalta on ahdistavaa, kun jotkut ottaa kaiken niin kirjaimellisesti ja imee sen tiedon, tai et odottaa, että joku työntekijä on niin erinomainen, et se oma ajattelu jää syrjään, se itsehoito ei silloin etene. h3

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa oli tutkimusasetelma määritelty Diabetesliiton taholta melko tarkasti. Aineiston koosta ja haastateltavien valintakriteereistä neuvottelimme yhdessä Diabetesliiton Valistusmateriaalin toimitusneuvoston kanssa. Kohderyhmän valinnassa ja tutkimusasetelman teossa huomioimme, että tutkimusasetelma tätä kohderyhmää tutkimalla vastaa tutkimuksen kysymysten asetteluun. (vrt. Grönfors 1985.)

Tutkimuksessa kartoitettiin teemahaastattelun avulla insuliinidiabeetikoiden ja diabeteshoitajien mielipiteitä Insuliinidiabeetikon oppaasta ja sen käytöstä, koska he ovat oppaan käyttäjiä ja näin ollen sen asiantuntijoita. Haastatteluissa oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä ja syventää keskusteltavia asioita. Näin haastateltavat saivat tuottaa sellaista tietoa, joka oli heille tärkeää. Tiettyihin sisältöalueisiin keskittyvillä kyselylomakkeilla olisimme saaneet erilaista aineistoa, jota olisi ollut vaikea tarkentaa lisäkysymyksin. Menetelmien yhdistäminen olisi ehkä tuottanut parhaimman tuloksen. Tässä tutkimuksessa haastateltavien määrä oli 16, koska laadullisessa tutkimuksessa riittää usein melko pieni aineisto (vrt. Grönfors 1985, Hämäläinen 1987).

Ennen pilottihaastatteluja haastatelluille kerrottiin vain se, että haastattelut koskivat kirjallista diabetesmateriaalia. Pilottihaastatteluissa huomasimme, että haastateltavien oli vaikea arvioida opasta, koska he eivät tieneet, että haastatteluissa käsiteltiin yhtä opasta koskevia asioita melko tarkasti. Luotettavuuden kannalta olikin tärkeää, että haastateltavat saivat tietää etukäteen käsiteltävän oppaan ja voivat miettiä valmiiksi myös kehittämisideoita, koska tarkoitus ei ollut kontrolloida heidän tietojaan vaan kysellä mielipiteitä.

Näkemyksemme mukaan tutkimuksen luotettavuuteen ei vaikuttanut se, että haastatellut olivat lukeneet myös muuta diabetesta koskevaa terveystietämateriaalia, koska tässä tutkimuksessa arvioitiin Insuliinidiabeetikon opasta. Sen sijaan muu materiaali on voinut vaikuttaa kehittämistoiveiden niukkuuteen, koska esimerkiksi Diabetes-lehdestä saa ajankohtaista tietoa.

Haastateltavat voivat pyrkiä miellyttämään haastattelijaa (Grönfors 1985), mutta tutkimuksemme tarkoituksen huomioiden tätä tuskin tapahtui. Diabeteshoitajat valitsivat haastateltavat omista hiljattain vastaanotolla käyneistä potilaistaan joustavasti kriteerien mukaan (liite 2). Tässä saattoi tapahtua jonkinlaista valikoitumista. Potilaiden joukossa ei myöskään ollut alkoholisteja tai muita marginaaliryhmien edustajia. Koska jokaisen henkilökohtainen mielipide on ainutkertainen, valikoituminen ei vaikuttane luotettavuuteen.

Persoonallisuus ja haastattelutaito vaikuttavat tuloksiin (Grönfors 1985), siksi kuuntelimme toistemme pilottinauhoitukset ja sovimme tarkoista, yhteisistä toimintaohjeista. Tässä tutkimuksessa kolmen tutkijan muodostama tutkijatriangulaatio lisää tutkimuksen luotettavuutta. Terveystieteiden ammattilaisina diabetekseen liittyvä sanasto oli meille tuttu ja siksi haastattelutilanteet eivät tuntuneet vaikeilta (vrt. Tynjälä 1991).

Kukin haastattelija kirjoitti itse puhtaaksi haastattelunsa, ja näin palautettiin mieleen haastattelutilanteet. Käytimme apuna myös haastattelupäiväkirjoja. Olimme sopineet yhtenäisistä litterointitavoista ja suoritimme jo puhtaaksikirjoitusvaiheessa alustavaa analysointia. Pyrimme huomioimaan jokaisen haastateltavan mielipiteet, ettei tapahtuisi ns. valio-harhaa, jolloin aineistoa runsaasti tuottavan ajatukset muodostuisivat arvokkaammiksi kuin toisten. (Hämäläinen 1987.) Myös autenttiset lainaukset koostuvat useiden haastateltujen mielipiteistä.

Tutkimuksemme analyysi ja tulkinta perustuvat kotimaisiin ja kansainvälisiin lähteisiin. Kotimaisia terveystieteiden materiaaliin liittyviä käyttötutkimuksia on tehty vähän. Tässä tutkimuksessa käytetyt lähteet ovat pääosin ulkomaisia. Käytettäessä kansainvälisiä tutkimuksia on syytä suhtautua niihin kriittisesti ja huomioida kulttuuriset ja yhteiskunnalliset erot.

Kvalitatiivisen analyysin luotettavuuden arvioinnissa ei voida käyttää perinteisiä reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä, joiden perustana on tilastomatemattinen ajattelu. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on subjektiivisuudella tärkeä osuus luotettavuuden kannalta. (Hämäläinen 1987, Wahlström 1992.)

Tutkimustulosten vastaavuutta toteutimme perehtymällä myös itse tutkittavaan oppaaseen ja toistemme aineistoihin. Siirrettävyyttä varmistimme kuvaamalla haastateltavia ja tutkimuksen kulkua tarkasti, jotta muodostamamme johtopäätökset ovat lukijan arvioitavissa. Aineiston analysointi saattaa olla virheellistä, jos tutkija ymmärtää ja tulkitsee väärin saamansa informaation (Hämäläinen 1987). Analyysin käyttövarmuuteen pyrimme esittämällä runsaasti suoria lainauksia aineistosta, mikä mahdollistaa analyysiprosessin seuraamista. Vahvistettavuutta tukee ensimmäisen vaiheen tulosten raportointi Diabetesliiton Valistusmateriaalin toimitusneuvoston jäsenille. Tämän tutkimuksen tuloksia ei ole tarkoitus yleistää laajemmin. (vrt. Tynjälä 1991, Wahlström 1992.)

Tutkimusraportissa olemme pyrkineet tuomaan yksityiskohtaisesti ja rehellisesti esille kaikki tutkimuksen vaiheet. Mahdollisilla lisäkysymyksillä olisimme voineet saada lisää syvyyttä haastatteluihin, mutta oman kokemattomuutemme vuoksi ja välttääksemme haastateltavien johdattelua emme ehkä rohjenneet tehdä niitä tarpeeksi.

6.2 Tulosten pohdinta

6.2.1 Oppaan ominaisuuksien pohdintaa

Tässä tutkimuksessa selvitimme nuoruustyypin diabeetikoiden ja diabeteshoitajien näkemyksiä Insuliinidiabeetikon oppaan käytöstä ja sisällöstä. Oppaan ulkoasuun oltiin yleensä tyytyväisiä. Sitä pidettiin laadukkaana ja tasokkaana. Ulkoasun kehittämistoiveet koskivat yleisvärinä käytettyä lilaa sekä kuvituksen niukkaa väritystä ja epäselvyyttä. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa oppaan kiinnostavuuteen ja käyttöön. (vrt. Perttunen 1995, Vahabi & Ferris 1995.) Kaikki haastatellut halusivat oppaaseen enemmän kuvia, mutta tiedon määrän toivottiin kuitenkin pysyvän ennallaan tai jopa lisääntyvän. Toisaalta oppaan kokoon ei haluttu muutoksia. Opasta kehitettäessä tulisi mielestämme huomioida se, että kuvat ja värit havainnollistavat vaikeita asioita. Selkeät monivärikuvat helpottaisivat esimerkiksi insuliinin vaikutusaikojen ymmärtämistä. Oppaan yleisvärin valinta tulisi harkita huolellisesti.

Potilaan ominaisuudet, kokemukset ja tausta vaikuttavat oppaan ymmärtämiseen ja käyttöön. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu lukutaidon puutteen haittaavan lukemista ja oppimista (Reid ym. 1994, 1995, Vahabi & Ferris 1995, Arthur 1995). Suomessa lukutaidottomuus ei ole esteenä oppimiselle, sen sijaan motivaation puute tai sairauden kieltäminen voivat vaikeuttaa oppimista ja itsehoitoa. Luetun ymmärtämistä ei myöskään riittävästi arvioida (Reid ym. 1994).

Insuliinidiabeetikon opas todettiin sisällöltään riittäväksi perusoppaaksi. Diabetesta koskevaa terveystasvatusmateriaalia on runsaasti. Tämän vuoksi Insuliinidiabeetikon oppaan merkitys korostuu neuvonnan välineenä, emotionaalisena tukena ja osaltaan tietotukena. Oppaasta on mahdoton tehdä yksilöllistä, siksi olisi hyvä, että jokaisella diabeetikolla olisi oma diabeteshoitaja.

6.2.2 Oppaan käytön pohdintaa

Poskiparran (1997) mukaan terveysneuvonta on oppimaan oppimista, jolloin annetaan tunnetukea tiedon tankkauksen lisäksi. Opas on hoitajan ja potilaan yhteisen oppimisen väline. Hoitaja voi motivoida ja kannustaa oppaan käyttöön. Potilas itse kuitenkin päättää oppaan käyttötavoista. Hoitajat korostivat oppaan olevan osa neuvontatilannetta (vrt. Rimpelä 1973, Wilkinson ym. 1981, Koskinen-Ollonqvist 1985, Williams ym. 1987), potilaat puolestaan käyttivät opasta käsikirjana. Potilaat ja hoitajat katsovat asiaa eri näkökulmista, koska potilaalle diabetes on osa elämää ja hoitajalle neuvonta on työtä.

Tutkimuksessamme haastatellut toivat voimakkaasti esiin sairastumisen aiheuttamaa kriisiä. Kriisiluokituksen avulla tarkastelimme ilmiötä teoreettisesti. Kriisin tunnistaminen on mielestämme tärkeää monesta syystä. Sairastunut selviytyy muuttuneessa elämäntilanteessa, perhe pystyy tukemaan häntä ja terveydenhuoltoalan ammattilaiset ymmärtävät diabeetikon negatiivistakin käyttäytymistä. Toisaalta ihmisen käyttäytymisen luokittelu ei ole helppoa eikä tarpeellista. Oppaan merkitys kriisissä on lisäksi taata hoidon jatkuvuus kirjallisessa muodossa. Olisiko aiheellista kehittää erillinen opas sairastumisvaiheen aiheuttaman kriisin kohtaamiseen, kuten lapsiperheille on tehty?

Insuliinidiabeetikon opasta käytettiin ensisijaisesti sairastumisvaiheessa, jolloin tiedon tarvekin oli suurin. Tässä vaiheessa syntyy hoitosuhde diabeteshoitajaan ja -lääkäriin, joilta diabeetikko saa tietoa ja tukea. Sairaalasta tavallisesti annettava opas on osa tietotukea. Tutkimuksessamme diabeetikot korostivat oppaasta saatavan asiantiedon merkitystä, mutta toivovat enemmän emotionaalista tukea myös oppaalta. Toisaalta vaikka oppaassa olisi enemmän emotionaalista tukea, voiko opas kuitenkaan korvata toista ihmistä.

Oppaan merkitys korostuu lyhyiden sairaalassaoloaikojen vuoksi. Kaikkea tärkeää tietoa ei pysty omaksumaan lyhyessä ajassa. Lisäksi sairastumisvaiheessa sairaalassa saatu tieto on usein teknistä informaatiota, joka auttaa selviytymään huomispäivästä. Siksi oppaalla

on tärkeä osuus sairastumisen aiheuttamaan elämänmuutokseen sopeutumisessa, hoidon oppimisessa ja itsehoitoon kannustamisessa. (vrt. Beeney ym. 1996.)

Diabeteksen hoito koostuu 95 %:isesti itsehoidosta (Anderson 1985). Neuvonta yhdessä Insuliinidiabeetikon oppaan kanssa tähtää joustavaan itsehoitoon ja diabeetikon optimaaliseen hyvinvointiin sekä mahdollisimman normaaliin elämään. Jos hoitajat korostaisivat enemmän oppaan merkitystä käsikirjana, potilaat voisivat hyödyntää sitä paremmin ja pidempään itsehoidossaan. Oppaan kehittämisessä olisi hyvä ottaa huomioon vastasairastuneiden ja pidempään sairastaneiden erilainen tiedon tarve. Molemmille ryhmille voisi kehittää oman oppaan.

Hoitajien olisi hyvä tunnistaa erilaisia itsehoito-orientaatioita voidakseen toteuttaa neuvontaa yksilöllisesti niin, että se tukee diabeetikon hoitomotivaatiota. Tällöin neuvonnassa edetään potilaan ehdoilla huomioiden hänen yksilöllinen taustansa, tiedon tarpeensa, oppimisen esteensä ja elämäntilanteensa. (kts. Kuusinen 1994, Rauste von Wright & von Wright 1994.) Myös oppaan käyttö neuvonnan tukena on yksilöllistä.

Kirjallinen materiaali mahdollistaa sen, että potilas voi omaksua tiedon omassa tahdissaan. Barlow ym. (1996) tutkivat kirjallisen materiaalin ja sanallisen neuvonnan suhdetta. He antoivat potilaille tilaisuuden valita sanallisen neuvonnan, kirjallisen materiaalin tai molemmat, jolloin potilaat valitsivat yleensä molemmat. Myös tässä tutkimuksessa totesimme, että potilaat halusivat oppaan lisäksi neuvontaa ja neuvonnan lisäksi opasta. Opas on siis oleellinen osa neuvontatilannetta, joten se kuuluisi jokaiselle diabeetikolle ilmaiseksi.

6.2.3 Kehittämisehdotuksia

Terveyskasvatusmateriaalin valmistajien tulisi kysyä käyttäjien toiveita materiaalin suunnitteluvaiheessa (Reid ym. 1995). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella havaitaan, että oppaan käyttäjillä on kiinnostusta ja halua osallistua oppaan kehittämistyöhön.

Oppaan käyttäjät osoittautuivat luoviksi ja idearikkaiksi asiantuntijoiksi. Meaden ja Smithin (1992) mukaan terveyskasvatusmateriaalia ei tarkasteta riittävän usein. Tässä tutkimuksessa haastatellut eivät painottaneet oppaan pitämistä ajan tasalla lukuun ottamatta sosiaalisia etuuksia, joten voimme olettaa kyseistä opasta tarkastettavan ja uusittavan varsin tiheästi.

Terveyskasvatusmateriaalin käyttäjien mahdollisuudet vaikuttaa aineiston tuotantoon ja tuoteideoihin eivät ole riittävät (Terveyskasvatuksen keskus 1987, Barlow ym. 1996). Vaikutusmahdollisuuksia on enemmän, jos tuottajat ja käyttäjät toimivat saman järjestön puitteissa, kuten tapahtuu Diabetesliitossa. Esimerkiksi tämä työ on osa Diabetesliiton kirjallisen materiaalin kehittämisprojektia. Käyttäjien ja tuottajien edut ovat yhtenevät: käyttäjät tarvitsevat hyvää terveyskasvatusmateriaalia ja tuottajille on tärkeää tehdä tuotteita, joilla on kysyntää ja jotka palvelevat käyttäjien tarpeita mahdollisimman hyvin. (vrt. Barlow ym. 1996.)

Haastattelujen perusteella havaitsimme, että diabeteshoitajat ovat aktiivisia ja pitävät itsensä ajan tasalla. Kaikki hoitajat olivat osallistuneet Diabetesliiton järjestämille kursseille. Hoitajien koulutukseen olisi jatkossakin panostettava. Koulutuksessa ja työssä tulisi huomioida, että hoitajilla on paitsi asiantuntijan rooli tiedon jakajana, myös keinot ja voimavarat neuvonnan toteuttamiseen. Diabeteshoitajilla on keskeinen osuus myös oppaiden hankkijoina ja jakajina. Tähän tulisi kiinnittää huomiota hoitajien koulutuksessa.

Tutkimuksemme tuloksena voidaan todeta oppaiden olevan tärkeitä ja niitä käytetään paljon. Tämän vuoksi on oleellista, että asiantuntijat kehittävät niitä jatkuvasti konsultoiden käyttäjiä. Myös oppaiden saatavuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Toisaalta laadukkainkaan opas, kannustavinkaan neuvonta tai tukevinkaan perhe ei takaa diabeetikon optimaalista hyvinvointia, vaan 'jos ei jotenki naksahda ni ei'.

6.3 Jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa keskityttiin yhteen oppaaseen ja hoitajien sekä potilaiden mielipiteiden ja kokemusten esittämiseen. Jatkossa voisi selvittää hoitajien neuvontakäytäntöjä ja muun terveystasvatusmateriaalin käyttöä neuvontatilanteissa.

Oppaan osuutta neuvonnassa ei juurikaan tarkastella tässä tutkimuksessa. Laajempi selvitys oppaiden käytöstä ja merkityksestä neuvonnan osana olisikin mielenkiintoinen tehtävä, esimerkiksi miten neuvontatilanteissa huomioidaan ihmisten erilaiset oppimisstrategiat. Oppaiden käyttäjät ovat yksilöllisiä myös oppimistavoiltaan. Kuinka oppaiden laatijat huomioivat asian?

Jatkossa voisi syventää tutkimustehtäviämme kyselytutkimuksella, jota tarkennettaisiin haastattelujen tai tutkittavien tuottaman kirjoitetun tekstin avulla. Myös potilaiden kokemuksia ja ajatuksia terveystasvonnasta sekä siitä, miten oppaat tukevat neuvontaa voisi selvittää. Voisiko ratkaisukeskeisellä terveystasvonnalla motivoida potilaita entistä paremmin itsehoitoon?

Terveystasvatusmateriaalin ymmärtämistä ja tiedon vaikuttavuutta voisi selvittää tarkemmin pitkittäistutkimuksen avulla. Esimerkiksi muutaman vastasairastuneen diabeetikon oppaan käytön seuranta usean vuoden aikana olisi mielenkiintoista. Tärkeää olisi selvittää, kuinka ihmiset ymmärtävät lukemansa, jotta heitä voitaisiin tukea konkreettisissa käyttäytymisen muutoksissa ja itsehoidossa.

Terveystasvatusmateriaalin saatavuus on ratkaiseva tekijä sen käytössä. Materiaalin jakamisessa hoitajalla on keskeinen tehtävä, jota voisi tarkemmin tutkia. Tutkimustehtävänä voisi olla esimerkiksi, millä perusteilla ja miten materiaalia jaetaan.

Terveyskasvatusmateriaalin suunnittelua ja arviointia prosessina voitaisiin selvittää lisätutkimuksin, jotta entistä paremman ja monipuolisemman terveystasvatusmateriaalin kehittäminen olisi mahdollista.

LÄHTEET

- Aarva, P. 1991. Terveysvalistuksen kuvia ja mielikuvia. Tutkimus terveysjulistesten vastaanotosta. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis ser A 328.
- Alasuutari, P. 1993. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Albert, T. & Chadwick, S. 1992. How readable are practice leaflets? *British Medical Journal* 303, 1266-1268.
- Anderson, R. 1985. Is the problem of compliance all in our heads? *Diabetes Education* 11, 31-35.
- Arthur, V. 1995. Written patient information: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 21, 1081-1086.
- Barlow, J., Bishop, P. & Pennington, D. 1996. How are written patient education materials used in out-patient clinics? Insight from rheumatology. *Health Education Journal* 55, 275-284.
- Beeney, L., Bakry, A. & Dunn, S. 1996. Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Educational and Counseling* 29, 109-111.
- Björkman, P. & Cedercreutz, G. 1986. Selän terveystasvustusaineiston kartoitus ja käyttö työterveyshuollossa. Työterveyslaitos. Helsinki: Emanuelsson.
- Brannon, L. & Feist, J. 1992. *Health psychology: an introduction to behavior and health*. 2. painos. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Coates, V. & Boore, J. 1996. Knowledge and diabetes self-management. *Patient Education and Counseling* 29, 99-108.
- Cullberg, J. 1978. Psykkinen trauma. Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. A-klinikasäätiön julkaisu n:o 5. Kouvola: Lehtikanta Oy.
- DCCT research group (= Diabetes control and complications trial research group). 1995. Implementation of treatment protocols in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 18, 361-373.
- Diabetesliitto. 1995. *Diabeteshoitajan opas: hoidonohjauksen käsikirja*. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere: Hermes oy.

- Ellonen, E. 1985. Diabetes osaksi elämää. Insuliinihoitoisen diabeteksen hoitamisen psykologiaa. Suomen Diabetesliiton D-opas.
- Estey, A., Musseau, A. & Keehn, L. 1994. Patient's understanding of health information: a multihospital comparison. *Patient Education and Counseling* 24, 73-78.
- Friedman, H. & DiMatteo, M. 1989. *Health psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Glasgow, R., Wilson, W. & McCaul, K. 1985. Regimen adherence: a problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care* 8, 300-301.
- Glasgow, R. 1991. Compliance to diabetes regimens: conceptualization, complexity and determinants. Teoksessa: Cramer, J. & Spilker, B. (toim.) *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press, 209-224.
- Grönfors, M. 1985. *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät*. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Hannus, M. 1996. *Oppikirjan kuvitus - koriste vai ymmärtämisen apu*. Turku: Turun yliopisto. *Psykologian väitöskirja*.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. *Teemahaastattelu*. 3. painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Hopson, B. 1981. Response to papers by Schlossberg, Brammer and Abrego. *Counseling Psychology* 9, 36-39. Artikkeleihin viitattu teoksessa: N. Niven. 1989. *Health psychology: an introduction for nurses and other health care professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 150-191.
- House, J. 1983. *Work, stress and social support*. 2. painos. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Hämäläinen, J. 1987. *Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja. *Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset* 2.
- Iitiä, M. & Lehtinen, V-P. 1993. *Oppilaiden ja oppimateriaalin käyttäjien arvioinnit Urheilijan ravitsemus -kalvosarjasta. Ravitsemusaiheisen opetuskalvosarjan esitestaustutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. *Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma (terveyskasvatus)*.
- Kangas, T. 1993. *Diabeetikoiden hoito Suomessa: avohoito, sairaalahoito, hoitotasapaino*. STAKES tutkimuksia 29. Jyväskylä: Gummerus.

- Kickbusch, I. 1989. Self-care in health promotion. *Social Science and Medicine* 29, 125-130.
- Koivisto, V., Knip, M., Nikkanen, P., Saltevo, J., Vähätalo, M. & Heinonen, L. 1995. Nuoruustyypin diabeetikon hoitosuositus. Suomen Diabetesliitto ry. Julkaisusarja 1.
- Koskinen-Ollonqvist, P. 1983. Tupakoinnin vähentämiseen tähtäävän terveysterveyshäiriöiden erittely. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M 41. Helsinki.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Paavilainen, S. & Vihervä, L. 1985. Terveysterveyshäiriöiden erittely. Julkaisu 4. Terveysterveyshäiriöiden keskus. Helsinki.
- Kumpusalo, O. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Kuusinen, K-L. 1993. Hoito-ohjeiden noudattaminen - yksilön ja ohjauksen ongelma. Teoksessa: Kuusinen, K-L. (toim.) Terveysterveyshäiriöiden erittely. Juva: WSOY, 98-126.
- Kuusinen, K-L. 1994. Psyykinen itsesääntely itsehoitajan perustana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Psykologian väitöskirja.
- Kyngäs, H. 1993. Itsensä hoitaminen, hengissä selviytymisen ehto vai merkityksetön asia. Tutkimus 13-17 -vuotiaiden diabeetikonhoitoon sitoutumisesta. STAKES raporteja 121. Helsinki: Gummerus.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkojen hoitoon sitoutuminen. Teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Oulu: Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis Medica D 352.
- Leino-Kilpi, H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163. Helsinki.
- Lääkintöhallitus. 1980. Tutkimus terveydenhoitajien käyttämästä terveysterveyshäiriöiden erittelystä. Tutkimukseen viitattu julkaisussa: Terveysterveyshäiriöiden keskus. 1987. Terveysterveyshäiriöiden erittely ja terveysterveyshäiriöiden erittely. Terveysterveyshäiriöiden erittely ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus Suomessa. Terveysterveyshäiriöiden erittely ja käytön nykytilanne.

- Mantere, T. & Varamäki, R. 1995. Allergia ja koulu - opetusmateriaali opettajien arvioimana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen pro gradu -työ.
- McCaul, K., Glasgow, R. & Schafer, L. 1987. Diabetes regimen behaviours: predicting adherence. *Medical Care* 25, 868-881.
- Meade, C. & Smith, C. 1991. Readability formulas: cautions and criteria. *Patient Education and Counseling* 17, 153-158.
- Meriläinen, P. 1986. Väestön terveydenhuollon kokonaisuus: itsehoito, virallisten ja epävirallisten terveystalvelujen käyttö sekä niitä määräävät tekijät. Alkuperäistutkimukset 1. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja.
- Moos, R. & Schaefer, J. 1986. Life transitions and crises: a conceptual overview. Teoksessa: Moos, R. (toim.) *Coping with life crises: an integrated approach*. New York: Plenum Press, 150-191.
- Niven, N. 1989. *Health psychology: an introduction for nurses and other health care professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Perttunen, M. 1995. Kerro kuvin. Teoksessa: Juvonen, J. & Fadjukoff, P. (toim.) *Selko - oppimateriaalin tekijän opas. Oppimateriaaleja 18*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Yliopistopaino, 51-52.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveyskasvatuksen väitöskirja.
- Rauste-von Wright, M-L. & von Wright, J. 1994. *Oppiminen ja koulutus*. Juva: WSOY.
- Reid, J., Kardash, C., Robinson, R. & Scholes, R. 1994. Comprehension in patient literature: the importance of text and reader characteristics. *Health Communication* 6, 327-335.
- Reid, J., Klachko, D., Kardash, C., Robinson, R., Scholes, R. & Howard, D. 1995. Why people don't learn from diabetes literature: influence of text and reader characteristics. *Patient Education and Counseling* 25, 31-38.
- Reunanen, A. 1990. Diabeteksen esiintyvyys. *Duodecim* 106, 653-660.
- Rimpelä, M. 1973. Ravitsemusvalistuslehtisten jakelukanavien esitestaus

- puhelinhaastattelulla. Kuopio: Kuopion korkeakoulu.
- Sainio, A. 1995. Selkokirjoittamisen prosessi. Teoksessa: Juvonen, J. & Fadjukoff, P. (toim.) Selko - oppimateriaalin tekijän opas. Oppimateriaaleja 18. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Yliopistopaino, 39-45.
- Suomen lääketilasto. 1995. Lääkelaitos ja kansaneläkelaitos. Helsinki: Lääkelaitos 1996.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Terveyskasvatuksen keskus. 1979. Terveyskasvatusaineisto. Helsinki.
- Terveyskasvatuksen keskus. 1987. Aineiston kehittämistyöryhmän muistio. Helsinki.
- Toljamo, M. & Hentinen, M. 1995. "Itestähän se on kaikki kiinni" - Aikuisten insuliinidiabeetikoiden hallintakäsityksiä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 32, 133-141.
- Toljamo, M. 1996. Insuliinihoitoisten diabeetikoiden hoitoon sitoutuminen, sosiaalinen tuki ja hallintakäsitykset. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen lisensiaattityö.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 22, 387-398.
- U.S. Department of Health and Human Services. 1989. Making health communication programs work. Planer's guide, public health service. National Institute of Health. Office of Cancer Communications National Cancer Institute. NIA publication no. 89.
- Vahabi, M. & Ferris, L. 1995. Improving written patient education materials: a review of the evidence. Health Education Journal 54, 99-106.
- Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Psykologian väitöskirja.
- Vahtera, J. 1993. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työterveyslaitos. Helsinki: Nykypaino oy.
- Valsta, L. 1983. Ravitsemuskasvatusaineiston tarve ja arviointi. Terveyskasvatuksen keskus ry:n julkaisuja 1. Kouvola: Lehtikanta.
- de Weerd, I., Visser, A., Kok, G. & van der Veen, E. 1990. Determinants of active self-

care behaviours of insulin treated patients with diabetes: implications for diabetes education. *Social Science and Medicine* 30, 605-615.

Wiio, A. 1992. Viestinnän tutkimussuuntia. Helsinki: Kirjapaino.

Wilkinson, P., Tylden-Pattenson, L., Gould, J. & Wood, P. 1981. Comparative assessment of two booklets about rheumatoid arthritis, intended for use by patients. *Health Education Journal* 40, 84-88.

Williams, S., Ashcroft, B., Carter, A. & Comyn, C. 1987. Using printed materials effectively in health promotion. *Health Education Journal* 46, 165-167.

Virtanen, H. 1995. Taida taitto. Teoksessa: Juvonen, J. & Fadjukoff, P. (toim.) Selko - oppimateriaalin tekijän opas. Oppimateriaaleja 18. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Yliopistopaino, 61-63.

DIABETESLIITON OPPAIDEN KEHITTÄMISTUTKIMUKSEN TAUSTAA

Tutkimus on osa Diabetesliiton Diabetesoppaiden kehittämisprojektia. Keräsimme aineistoa kolmesta eri sairaanhoitopiiristä (Pirkanmaa, Päijät-Häme ja Keski-Suomi) ja kolmen eri oppaan käyttäjiltä (Aikuistyyppin diabetes hoito-opas (6. painos), Insuliinidiabeetikon opas (6. painos) ja Diabetes meidän lapsellamme! - ensitietoa koko perheelle). Haastattelimme lapsiperheitä, joissa lapsella oli diabetes ja lasten diabeteshoitajia, aikuistyyppin diabeetikoita ja heidän hoitajiaan sekä insuliinidiabeetikoita ja heidän hoitajiaan (N=45). Haastateltavat valittiin yhdessä Diabetesliiton kanssa sovittujen kriteereiden perusteella (liite 2). Teemahaastattelut toteutettiin em. sairaanhoitopiirien yliopistosairaalassa, keskussairaaloissa sekä seuraavilla paikkakunnilla: Asikkala, Jyväskylä, Kangasala, Lahti, Laukaa, Orivesi ja Vaajakoski. Tutkimusluvut anoimme kunkin yksikön käytäntöjä noudattaen. Kaikki saadut tulokset raportoitiin Diabetesliiton Valistusmateriaalin toimitusneuvostolle. Opinnäytetyömme sisältää Insuliinidiabeetikon oppaasta saadut tiedot (N=16).

HAASTATELTAVIEN POTILAIDEN VALINTAKRITEERIT

TIETOA KIRJALLISEN TERVEYSKASVATUSMATERIAALIN KÄYTTÖTUTKIMUKSESTA DIABETESHOITAJALLE

Olemme kolme Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen opiskelijaa. Pääaineena opiskelemme terveystieteitä. Teemme tutkimusta Diabetesliitolle kirjallisen terveystieteen materiaalin käytöstä ja sen kehittämistä. Lisäksi käytämme aineistoa pro gradu -opinnäytetyöhömme.

Tavoitteemme on haastatella 4 diabeteshoitajaa sairaalasta, 12 nuoruustyypin diabeetikkoa. Diabetesliiton toivomuksesta rajaamme tutkimukseen osallistuvia diabeetikoita sairaushistorian ja iän perusteella seuraavasti:

Nuoruustyypin diabeetikko

- insuliinihoitoinen
- iältään yli 18-vuotias
- saanut Diabetesliiton Insuliinidiabeetikon oppaan viimeisen vuoden tai kahden aikana

Tavoitteenamme on haastatella tasapuolisesti sekä miehiä että naisia. Pyytäisimme teitä valitsemaan sopivat vapaaehtoiset diabeetikot.

Halutessasi lisätietoja ota yhteyttä.

Terveisin,

HAASTATELTUJEN POTILAIKIDEN TIEDOT

Sukupuoli	Ikä	Diabetekseen sairastumisvuosi	Miten saanut oppaan
Nainen	26 v.	1995	Saanut oman sairaalasta
Nainen	27 v.	1973	Saanut oman sairaalasta
Nainen	43 v.	1991	Ostanut oppaan
Nainen	33 v.	1983	Saanut oman sairaalasta
Nainen	24 v.	1988	Saanut oman sairaalasta
Nainen	25 v.	1974	Saanut oman sairaalasta
Mies	28 v.	1995	Saanut oman sairaalasta
Mies	45 v.	1995	Saanut oman sairaalasta
Mies	31 v.	1993	Saanut oman sairaalasta
Mies	44 v.	1992	Saanut oppaan lainaksi
Mies	34 v.	1993	Saanut oman sairaalasta
Mies	54 v.	1992	Saanut oppaan lainaksi

TEEMAHAASTATTELURUNKO, HOITAJAT

Taustatiedot

- aika diabeteshoitajana
- koulutus diabeteshoitajaksi
- toimenkuva

Oppaan ulkoasu ja rakenne

- kuvitus ja värit
- koko, laajuus, sivumäärä
- kielen ymmärrettävyys, selkeys
- ulkoasun ja rakenteen kehittämistoiveet

Oppaan käyttö

- antaminen (omaksi, lainaksi, ei lainkaan)
- kohdentaminen tietyille ikäryhmälle
- hyödyllisyys itselle / asiakkaalle
- potilaiden odotukset oppaan suhteen
- potilaan arvioitu oppaan käyttö
- lukujen lopussa olevien oppimistehtävien ja ohjeiden tarve
- arvio erityistilanteista selviämisestä
- valmiudet ja varmuus itsehoitoon
- tieto lisäsairauksien välttämistä
- kehittämistoiveet: käyttö, oppiminen, itsehoito

Oppaan asema

- muut käytössäsi olevat oppaat ja oppikirjat
- kustannus - hyöty -suhteen vaikutus oppaan käyttöön

Mitä mieltä olet oppaasta? Sen hyvät ja huonot puolet.

TEEMAHAASTATTELURUNKO, POTILAAT

Taustatiedot

- ikä, ammatti / koulutus
- diabetekseen sairastumisvuosi

Oppaan ulkoasu ja rakenne

- kuvitus ja väritys
- koko, laajuus ja sivumäärä
- kielen ymmärrettävyys, selkeys
- tiedon riittävyys
- ulkoasun ja rakenteen kehittämistoiveet

Oppaan käyttö

- käyttötilanteet
(hoitomuodon muuttuessa, tyyppi 2)
- etsityt asiat
- hyödyllisyys
- muut perheenjäsenet
- lukujen lopussa olevien oppimistehtävien ja ohjeiden tarve
- erityistilanteet
- valmiudet ja varmuus hoitoon
- kehittämistoiveet: käyttö, oppiminen, itsehoito
- lisäsairaudet

Oppaan asema

- muut kirjalliset tietolähteet
- arvio oppaan soveltuvuudesta eri ihmisille

Mitä mieltä olet oppaasta? Oppaan hyvät ja huonot puolet.

ESIMERKKI HAASTATELTAVILLE ANNETTAVASTA TIEDOTTEESTA

HYVÄ HAASTATTELUUN OSALLISTUJA

Meitä on kolme Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen opiskelijaa ja teemme tutkimusta Diabetesliitolle. Tutkimuksen tarkoitus on kehittää terveystieteiden materiaalia. Teidän mielipiteellänne on tärkeä merkitys tässä kehitystyössä.

Haastattelemme yhteensä 16 henkilöä. Tutkimus tehdään Keski-Suomen, Päijät-Hämeen ja Pirkanmaan alueilla. Tutkimusaineistoa käytämme myös opinnäytetyön tekemiseen Jyväskylän yliopistolle. Pro gradu -työtämme ohjaa THL Marita Poskiparta.

Toivoisin teiltä noin tunnin verran haastatteluaikaa. Haastattelun aiheena on diabetekseen liittyvä kirjallinen terveystieteiden materiaali. Teidän suostumuksellanne haastattelu nauhoitetaan, kirjoitetaan nauhalta paperille ja sen jälkeen nauha hävitetään. Keskustelussa saatuja tietoja käytämme tutkimuksenteossa. Henkilöllisyytenne ei tule ilmi missään tutkimuksen työvaiheessa. Kaikki saamamme tiedot käsittelemme luottamuksellisesti. Taustatiedoiksi riittävät ikä, ammatti sekä sairastumisvuosi.

Haastatteluajan- ja paikan voimme sopia myöhemmin.

Halutessanne tarkempia tietoja kerron mielelläni lisää.

Terveisin,