

**TAVOITTEENASETTELU TYYPIN 2 DIABEETIKON  
TERVEYSNEUVONNASSA**  
Tapaustutkimus kolmen potilaan neuvontaketjuista

**Peränen Nina ja Tonteri Soili**

**Terveyskasvatuksen  
Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2003**

## TIIVISTELMÄ

Tavoitteenasettelu tyypin 2 diabeetikon terveystieteiden neuvonnassa. Tapauksetutkimus kolmen potilaan neuvontaketjuista.

Nina Peränen ja Soili Tonteri

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos 2003

Pro gradu -tutkielma, 75 sivua, 4 liitettä

---

Tutkimuksemme tarkoitus oli selvittää tyypin 2 diabeetikon terveystieteiden neuvonnan tavoitteenasettelua. Tavoitteena oli selvittää (1) kenen toimesta tavoitteet asetetaan, (2) millaisista terveystieteiden neuvonnan sisältöalueista tavoitteita asetetaan ja (3) miten tavoitteen asettaminen vuorovaikutuksellisesti rakentuu.

Tutkimusaineisto on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella toteutettavaa seurantatutkimusta, jolla selvitetään tyypin 2 diabeteksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyvää terveystieteiden neuvontaa. Tämän pro gradu -tutkielman aineisto koostui kolmen potilaan videoiduista ja litteroiduista neuvontatilanteista kahden vuoden (2000-2002) seuranta-aikana.

Tutkimuksen lähestymistapana käytimme tapauksetutkimusta. Tapauksena työssämme ovat kolmen tyypin 2 diabeetikon kahden vuoden aikaiset neuvontaketjut (n=27). Videotallenteet sisälsivät käynnit lääkärin, hoitajan, ravitsemussuunnittelijan ja fysioterapeutin vastaanotolla. Aineiston olemme analysoineet sisällönanalyysillä.

Sisällönanalyysin avulla löysimme, että tavoitteita asettivat asiantuntija, potilas ja niitä muodostettiin yhdessä. Terveystieteiden neuvonnan sisältöalueista saimme 11 alakategoriaa, ja kolme yläkategoriaa. Näistä muodostui yhdistäväksi kategoriaksi tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteet. Elämäntapaan liittyvät tavoitteet muodostuivat viidestä alakategoriasta, jotka ovat *ruokavalio, tupakointi, liikunta, painonhallinta ja jalkojen hoito*. Lääketieteelliset tavoitteet tarkoittavat neljää alakategoriaa, jotka ovat *verenpaine, verensokeri, rasva-arvot ja muu lääkitys*. Elämänhallintaan liittyvät tavoitteet muodostuivat alakategorioista yhteiskunnalliset tekijät ja sairauteen sopeutuminen. Tavoitteenasettelun vuorovaikutuksellisinä keinoina löysimme viisi alakategoriaa, jotka ovat *ohje, kehoitus, muutoksen ilmaisu, vahvistaminen ja reflektio*.

Terveystieteiden neuvonnassa tavoitteita asetettiin melko paljon, mutta ne luotiin usein yleisellä tasolla. Tavoitteet olivat usein asiantuntijan asettamia. Potilaat itse asettivat vähän tavoitteita ja yhdessä niitä asetettiin viidesosa. Tavoitteenasettelussa olisi tärkeä sopia yhdessä keinoista niiden saavuttamiseksi ja edetä niihin välitavoitteiden kautta.

Avainsanat: Tyypin 2 diabetes, tavoite, terveystieteiden neuvonta, tavoitteenasettelu

## ABSTRACT

Goal setting in type 2 diabetic's health counselling. Three patients case study.

Nina Peränen and Soili Tonteri

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ  
Department of Health Sciences  
Program of Health Education  
Master's thesis, 75 pages, 4 appendices

---

The purpose of this study was to define the goal setting procedure in a diabetic's health counselling situation. The aim was to clarify (1) who sets the goals, (2) from which content areas of health counselling the goals are set and (3) how the goal setting is constructed in interaction between the counsellor and the patient.

The material used in this study is part of a follow-up study in progress at the Health Sciences Department of the University of Jyväskylä. The aim of that study is to find out how health counselling relates to the care and prevention of type 2 diabetes. The material of our study included videotaped and transcribed health counselling meetings of three patients during 2000-2002.

The research strategy used was case study. The study cases consist of three type 2 diabetics counseling chains (n=27) during a period of two years. The videotaped material included appointments with doctors, nurses, a nutritionist and a physiotherapist. Content analyze was used in analyzing the qualitative data.

The results of the content analysis showed that the goals are set by the expert and the patient, and that they set them together. Health counselling content area was divided into 11 subcategories and 3 upper categories. Of these, the goals of type 2 diabetes care were common to all. The goals related to lifestyle were formed from 5 subcategories: diet, smoking, physical activity, weight control and pedicure. The medical goals refer to 4 subcategories: blood pressure, blood sugar, lipids and medication. The goals related to life management were formed from 2 subcategories: social factors and the adaptation to illness. We found 5 interactive ways to set goals: instruction, encouragement, the expression of change, reinforcement and reflection.

Several goals were set during the health counselling, but often on a general level. Goals were usually set by the experts, rarely by the patients. The experts and the patients together set 20% of the total number of goals. The study showed that in goal setting it is important to find out together with the patient the means to achieve a goal and go towards it step by step.

Keywords: type 2 diabetes, goal, goal setting, health counselling

# SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| 1 JOHDANTO .....  | 1  |
| 2 TYYPIN 2 DIABETES .....   | 3  |
| 2.1 Tyypin 2 diabetes sairautena .....  | 3  |
| 2.2 Tyypin 2 diabetekselle altistavat tekijät .....                             | 4  |
| 3 TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN POTILAAN TERVEYSNEUVONTA .....                | 6  |
| 3.1 Terveys, sairaus ja elämänlaatu .....                                       | 6  |
| 3.2 Terveysneuvonta terveyskasvatuksen työvälineenä .....                       | 8  |
| 3.4 Terveystottumusten muuttaminen .....  | 12 |
| 3.5 Diabeetikon terveysneuvonnan tavoitteet .....                               | 14 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....   | 19 |
| 4.1 Tutkimustehtävät .....  | 19 |
| 4.2 Metodologiset lähtökohdat ja tutkimusaineisto .....                         | 19 |
| 4.3 Aineiston analysointi .....   | 21 |
| 5 TULOKSET .....  | 26 |
| 5.1 Elämäntapaan liittyvät tavoitteet .....                                     | 27 |
| 5.2 Lääketieteelliset tavoitteet .....  | 33 |
| 5.3 Elämänhallintaan liittyvät tavoitteet .....                                 | 37 |
| 5.4 Tavoitteenasettelu tapauskohtaisesti .....                                  | 38 |
| 5.4.1 Tavoitteenasettelun vuorovaikutuksellinen rakentuminen .....              | 38 |
| 5.4.2 Potilas 1 ”Ohjeet potilaan voimavarana” .....                             | 40 |
| 5.4.3 Potilas 2 ”Reflektiivisten kysymysten avulla elämäntapamuutoksiin” .....  | 44 |
| 5.4.4 Potilas 3 ”Ohjeet vihkoon - potilaan jämäkkä päätös” .....                | 48 |
| 6 POHDINTA .....  | 53 |
| 6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi .....                                  | 53 |
| 6.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....                                | 57 |
| 6.2.1 Kenen toimesta tavoitteet asetetaan? .....                                | 57 |
| 6.2.2 Millaisista terveysneuvonnan sisältöalueista tavoitteita asetetaan? ..... | 59 |
| 6.2.3 Miten tavoitteen asettaminen vuorovaikutuksellisesti rakentuu? .....      | 62 |
| 6.3 Jatkotutkimusehdotuksia .....   | 65 |
| LÄHTEET .....   | 67 |

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetes on Suomessa ja maailmalla kasvava kansanterveysongelma. Liikapainon yleistyminen, liikunnan puute ja väestön ikääntyminen ovat tärkeimmät syyt taudin esiintyvyyden kasvuun. Arvion mukaan Suomessa on noin 200 000 diabeetikkoa, joista suurimmalla osalla eli lähes 160 000:lla on tyypin 2 diabetes (Reunanen 2002). Määrän on arvioitu lisääntyvän noin 70 %:lla jo vuoteen 2010 mennessä, jolloin diabeetikoiden määrä ylittää 300 000. Lisäksi on arvioitu, että Suomessa on vähintään 50 000 henkilöä, joiden verensokeritaso ylittää diabeteksen rajan, eivätkä he ole tietoisia sairaudestaan. (Diabetesliitto 2000.)

Diabeteksen hoidon ja terveysneuvonnan päävastuu on perusterveydenhuollossa ja tämä sairaus kuormittaa sitä tulevaisuudessa yhä enemmän. Diabeteksen ja siihen liittyvien lisäsairauksien ehkäisy on yksi keino ehkäistä ongelman laajeneminen. Terveysneuvonnan avulla voidaan ennaltaehkäistä riskiryhmään kuuluvien sairastumista sekä tehostaa jo sairastuneiden hoitoa. Terveysneuvonnalla vahvistetaan diabeetikoiden omaa vastuuta hoidostaan, voidaan saavuttaa elämäntavoissa muutoksia ja lisätään hoitotyytyväisyyttä. Terveysneuvonnan ja elämäntapamuutosten merkitystä tukevat myös uusimmat diabetestutkimukset. Esimerkiksi Tuomilehdon ym. (2001) mukaan tyypin 2 diabetes on usein ehkäistävissä elämäntapamuutoksilla. Ruoka- ja liikuntatottumuksiin kohdistetun tehostetun neuvonnan on todettu pienentävän merkittävästi sairastumisriskiä.

Diabeetikon hoidonohjausta selvittävien tutkimusten määrä on lisääntynyt viime vuosina. Esimerkiksi Anderson ym. (1995) on verrannut empowerment- lähtöistä hoidonohjausta perinteiseen diabeetikon hoidonohjaukseen ja Lind ym. (1993) on puolestaan tutkinut hoidonohjaukskurssien vaikuttavuutta aikuisiän diabeetikoilla. Myös diabeetikoiden omia näkemyksiä on selvitetty, esimerkiksi Partanen (1994), joka on pro gradu työssään kartoittanut hyvää hoidonohjausta diabeetikoiden kokemana. Pyörälä (2000) on puolestaan selvittänyt nuorten diabetespotilaiden ja heidän vanhempiensa osallistumista vuorovaikutukseen ruokavalioneuvonnassa.

Vuorovaikutusprosessia diabeetikon ja asiantuntijan välillä on kuvattu yleensä tutkimuksissa vähän. Etenkin terveysneuvonnan tavoitteenasettelu on vähän tutkittu alue, vaikka se on eräs terveysneuvonnan lähtökohta. Terveysneuvonnassa tavoitteiden tulisi olla yksilöllisiä ja potilaiden tarpeista lähteviä (Parviainen 1992). Diabetesliitto (2000) korostaa, että tavoitteista sovitaan yhdessä diabeetikon kanssa ja niiden tulisi olla riittävän konkreettisia ja realistisia, jotta niiden saavuttaminen on mahdollista.

Tässä työssä tarkastelemme tavoitteenasettelua tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveysneuvonnassa tapahtuvaa tavoitteen määrittelyä. Tutkimuksessa selvitetään, kuka asettaa neuvonnan edetessä tavoitteita ja millaisista sisältöalueista. Lisäksi tarkastelemme tavoitteenasettelun vuorovaikutuksellisia keinoja kolmen potilaan neuvontaketjuista, joilla tarkoitamme potilaan käyntejä asiantuntijoiden vastaanotoilla. Tutkimuksen avulla pyrimme löytämään uutta tietoa ja keinoja terveysneuvonnan tavoitteenasettelun tehostamiseen. Aineistomme koostui kolmen potilaan videoituista ja litteroiduista neuvontatilanteista kahden vuoden aikana. Videotallenteet sisälsivät käynnit lääkärin, hoitajan, ravitsemussuunnittelijan ja fysioterapeutin vastaanotolla. Tutkimuksemme lähestymistapana oli tapaustutkimus ja analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysia.

## 2 TYYPIN 2 DIABETES

### 2.1 Tyypin 2 diabetes sairautena

Tyypin 2 diabetekselle on luonteenomaista insuliinin heikentynyt vaikutus kudoksissa eli insuliiniresistenssi ja eriateinen insuliinin erityksen häiriö haimasta. Diabeteksen toteaminen perustuu verensokeripitoisuuden määrittämiseen ja oireisiin, joita ovat esimerkiksi väsymys, janontunne, jalkasäryt ja masennus. Ennen taudin puhkeamista usein esiintyy heikentyneen glukoosinsiedon vaihe, jolloin verensokeriarvot ovat jo lievästi koholla. Tällöin oireet voivat olla myös lievät tai epätyypilliset. Tyypin 2 diabeteksessa verensokeri kohoaa usein hitaasti ja sairaus voi tulla ilmi sattumalta esimerkiksi tulehdustaudin yhteydessä. (Alberti & Zimmet 1998, Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999.)

Aikuisiässä puhkeava diabetes jakautuu useaan diabetestyyppiin. Diabeetikkojen sijoittaminen alaryhmiin on tärkeää hoidon sekä myös ennusteen ja lisäsairauksien vaaran arvioimiseksi. (Isomaa 2002.) Noin 80 % tyypin 2 diabeetikoista sairastaa metabolista oireyhtymää (MBO), johon liittyy useiden riskitekijöiden kasauma. Oireyhtymälle on tyypillistä kohonnut verenpaine, insuliiniresistenssi, veren häiriintynyt hyytyminen ja keskivartalolihavuus. MBO:n kuuluvat myös poikkeavat veren rasva-arvot, erityisesti matala hyvän kolesterolin (HDL) pitoisuus ja korkea triglyseridipitoisuus. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, Arola & Viikari 2000, Uusitupa 2001.)

Tyypin 2 diabeteksen tekevät vakavaksi siihen liittyvät lisäsairaudet eli elinmuutokset. Tärkein elinmuutos on ennenaikainen ateroskleroosi eli valtimoiden kovettuminen. Tämä voi aiheuttaa puolestaan sepelvaltimotautia ja ahtauttaa aivo- ja alaraajojen valtimoita. Näitä valtimotauteja esiintyy diabeetikolla tavallisemmin kuin muilla, ja jopa 75 % heistä kuolee näiden seurauksena. (Diabetesliitto 2000.) Yki - Järvisen (1999) mukaan tyypin 2 diabeetikon 2-4 -kertaisen ylikuolleisuuden tärkein syy on

sydäninfarkti. Korkea verensokeri ja verenpaine vaikuttavat pienten suonten vaurioita aiheuttavien elinmuutosten kehittymiseen. Pitkään kestäneen huonon hoitotasapainon seurauksena voi kehittyä silmien verkkokalvosairaus eli retinopatia, joka voi johtaa näön menetykseen. Diabeteksen aiheuttamia hermomuutoksia kutsutaan neuropatiaksi ja sen oireet voivat ilmetä esimerkiksi alaraajojen särkynä tai tuntohäiriöinä. Nefropatia on munuaisissa tapahtuva muutos, joka voi johtaa edetessään dialyysihoitoon tai munuaisensiirtoon. (Uusitupa ym. 1994, Rönnemaa 1999, Diabetesliitto 2000.)

## **2.2 Tyypin 2 diabetekselle altistavat tekijät**

Tyypin 2 diabeteksen ilmaantumiseen vaikuttavat sekä perinnöllisyys että ympäristötekijät. Perinnöllisyydestä kertoo se, että jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes, niin lapsella on noin 40 %:n sairastumisriski. Riski näyttäisi olevan hieman suurempi äidin kuin isän puolelta perittyinä. Jos diabetes on molemmilla vanhemmilla, lapsen riski sairastua on jopa 70 %. (Hales ym. 1997, Saraheimo & Iltanen-Parikka 1999.)

Diabetes on geneettisesti monimuotoinen sairaus. Diabeteksen geenitutkimukseen on panostettu pari viimeistä vuosikymmentä ja ihmisen perimän eli genomien järjestyksen selvittäminen avaa uusia mahdollisuuksia monitekijäisten sairauksien periytyvyyden ymmärtämiselle. Osa diabeetikoista sairastuu yhden geenin virheen seurauksena, mutta suurin osa tyypin 2 diabetekseen sairastuvista altistuu sairaudelle usean geenin - ja ympäristötekijän vaikutuksesta. (Orho-Melander 2002.)

Myös sikiö- ja varhaislapsuuden aikaisilla tekijöillä oletetaan olevan merkitystä sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden kehittymisessä. Hidastunut kasvu sikiökautena ja lapsuudessa saattaa muokata elimistön aineenvaihduntaa ja aiheuttaa esimerkiksi pysyviä muutoksia haiman rakenteeseen ja sen toimintaan. Puhutaan sairauksien varhaisesta ohjelmoitumisesta. Sikiöaikaisen kasvun häiriintymistä kuvaavat alhainen



syntymäpaino ja syntymäpituuteen nähden pieni paino. Kun lapsi syntyy oloihin, joissa ravintoa on runsaasti, geenit ohjaavat ravinnon varastoitumiseen eli lihomiseen ja aiheuttavat samalla diabetesriskin. (Hales ym. 1997, Forsen & Eriksson 2001.)

Vaikka tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen, usein ulkoiset tekijät vaikuttavat puhkeako sairaus vai ei. Elintapatekijöistä erityisesti lihavuus ja vähäinen liikunta lisäävät sairastumisriskiä. Nämä molemmat heikentävät insuliinin vaikutusta ja voivat johtaa insuliiniresistenssiin. Paitsi liikapaino sinänsä myös keskivartalolihavuus on diabeteksen riskitekijä. Rasvaa alkaa tuolloin kertyä myös sisäelimiin kuten maksaan ja haimaan, mihin se ei kuulu. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, Koivisto & Sipilä, 2000.)

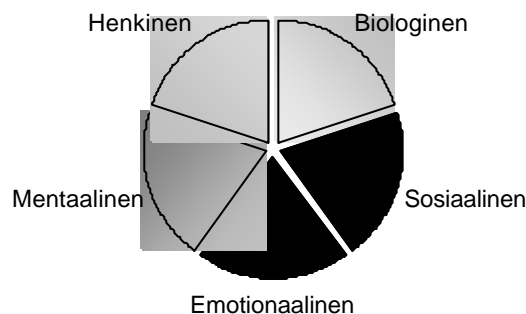
Tutkimuksissa on voitu osoittaa, että vähäinen liikunta altistaa tyypin 2 diabetekselle. Esimerkiksi Kainuun Elintavat ja Terveys -tutkimuksessa seurattiin yli kymmenen vuoden ajan aikuisten (N=5000) terveydentilaa ja vapaa-ajan liikuntaa. Tutkimuksessa todettiin, että 35-63 -vuotiailla naisilla vähäinen liikunta kaksinkertaisti suhteellisen sairastumisvaaran runsaimmin liikkuvaan ryhmään verrattuna. Myös liikunnan teho oli yhteydessä sairastumiseen. Henkilöillä, jotka eivät liikkuneet vähintään kerran viikossa hyvin kuormittavasti, oli kaksinkertainen sairastumisvaara niihin verrattuna, joilla oli kuormittavaa liikuntaa viikoittain. Sen sijaan miehillä ei todettu näin selvää suojaamisvaikutusta. (Haapanen ym. 1997.)

Muita tyypin 2 diabetekselle altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, raskauden aikainen diabetes ja kohonnut verenpaine sekä seerumin suuri triglyseridipitoisuus. Insuliiniherkkyttä vähentävät myös runsas rasvojen ja vähäinen kuitujen osuus ruokavaliossa. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, Koivisto & Sipilä, 2000.) Tupakointi lisää insuliiniresistenssiä ja tupakoivilla on todettu 2,5 -kertainen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen tupakoimattomiin verrattuna (Patja 2002). Lindahl on selvittänyt stressin yhteyttä sairastumiseen. Hänen mukaan myös stressi lisää insuliiniresistenssiä ja siten alttiutta diabeteksen kehittymiseen. (Lindahl 2002.)

### 3 TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVAN POTILAAN TERVEYSNEUVONTA

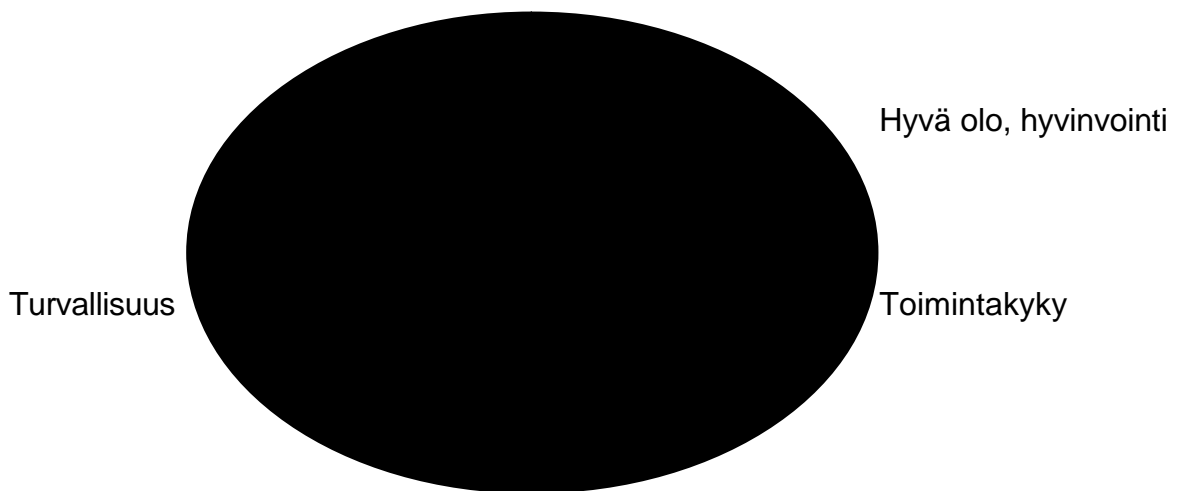
#### 3.1 Terveys, sairaus ja elämänlaatu

Tyypin 2 diabetes on krooninen sairaus, jolla on vaikutuksia monelle elämän alueelle. Itse sairaus sekä sen hoitomuodot vaikuttavat ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. (Aalto 1999.) Terveyttä on määritelty monin eri tavoin. Esimerkiksi Vertio (1992) kuvaa terveyttä ihmisen voimavarana, ominaisuutena, kykynä toimia tai sopeutumiskykynä. Greenberg (1992) jakaa terveyden biologiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen, mentaaliseen ja henkiseen ulottuvuuteen (kuvio 1). Biologinen terveys käsittää elimistön biologiset ja fysiologiset ilmiöt ja sosiaalinen terveys sisältää vuorovaikutukselliset sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tekijät. Emotionaalinen ulottuvuus sisältää kyvyn ilmaista tunteita ja kyvyn tulkita toisten tunnetiloja. Mentaalinen terveys voidaan puolestaan ymmärtää ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn liittyvinä ominaisuuksina, joita ovat mm. älylliset kyvyt ja minäkuvaan liittyvät tekijät. Henkinen terveys sisältää koherenssin, eli oman elämän mielekkääksi kokemisen tunteen. (Greenberg 1992.) Lisäksi Naidoo ja Wills (1998) nostavat yhdeksi terveyden ulottuvuudeksi seksuaalisuuden. He korostavat terveyden ulottuvuuksien jatkuvaa vuorovaikutusta ja sidonnaisuutta vallitsevan kulttuurin, yhteisön ja ympäristön kanssa.



**Kuvio 1** Terveyden ulottuvuudet (Greenberg 1992.)

Terveyspsykologian näkökulma korostaa terveyden kolmea osa-aluetta: hyvinvointi hyvänä olona, toimintakyky ja turvallisuus (kuvio 2). Hyvä olo kertoo millaiseksi tunnemme olemisemme ja vointimme. Hyvän- ja pahanolon tunteet vaikuttavat terveydentilan kokemukseen. Toimintakyky on selviytymistä jokapäiväisistä askareista ja se vaikuttaa ihmisen autonomiaan eli elämään itsenäisenä persoonana. Kokiessaan olonsa turvalliseksi ihminen luottaa oman olemassaolon jatkuvuuteen, persoonan eheyteen sekä psyykkiseen ja fyysiseen koskemattomuuteen. (Nupponen 1994.)



**Kuvio 2** Terveyden psykologiset peruspiirteet (Nupponen 1994.)

Yksilön terveyteen vaikuttavat elämäntyyliin ja omien voimavarojen lisäksi myös monet hänestä riippumattomat asiat, jotka on otettava terveysneuvonnassa huomioon (kuvio 3). Tällaisia ovat yksilön- ja perheen kulloinenkin kehitys- ja elämänvaihe ja ympäristö sekä kulttuuri jossa perhe elää. (Hirvonen ym. 2002.)

Yleiset yhteiskunnan, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet sekä muutokset  
 Elinolot ja työsuhteet ja muutokset  
 Perhe- ja sosiaaliset verkostot ja muutokset  
 Yksilön elämäntyyli ja voimavarat  
 Yksilö ja hänen elämäntilanne

**Kuvio 3** Yksilön terveyteen, terveyden edistämiseen ja sen työmenetelmiin vaikuttavia tekijöitä (Hirvonen ym. 2002.)

Tyypin 2 diabeetikkojen elämänlaatu on tutkimuksissa todettu huonommaksi kuin muulla väestöllä. Esimerkiksi Hännisen ym. (1998) tutkimuksessa tyypin 2 diabeetikot määrittelivät terveytensä huonommaksi kuin kontrolliryhmä. He myös kokivat terveytensä rajoittavan normaalia päivittäisiä toimintoja verrokkeja enemmän. Myös mielialansa he määrittelivät usein huonommaksi ja kärsivät muita enemmän masennuksesta. (Hänninen ym. 1999.) Lisäsairaudet vaikuttavat diabeetikon toimintakykyyn sekä lisäävät hoitopäiviä sairaalassa ja työstä poissaoloja (Hänninen 1998).

### **3.2 Terveysneuvonta terveyskasvatuksen työvälineenä**

Terveyskasvatus voidaan määritellä prosessiksi, jolla edistetään ja tuetaan ihmisen omia pyrkimyksiään hoitaa ja vaikuttaa omaan ja ympäristön terveyteen (Vertio 1992, Kannas 1994). Terveyskasvatuksen avulla pyritään vaikuttamaan yksilön tottumusten, tietojen tai asenteiden omaksumiseen, joilla on vaikutusta hänen terveyteensä. Tavoitteena on, että ihminen pystyy tietoisesti ottamaan kantaa omaan ja toisten terveyteen liittyviin kysymyksiin ja toimimaan terveyden hyväksi. (Vertio 1992.) Terveyskasvatuksen sisältöalueet voidaan jakaa terveystavoitteiseen ja häiriölähtöiseen näkökulmaan. Terveystavoitteinen terveyskasvatus keskittyy terveyttä vahvistavaan käyttäytymiseen ja terveydenhoitoon. Häiriölähtöinen terveyskasvatus puolestaan paneutuu kansanterveysongelmien ja riippuvuuskäyttäytymisen ehkäisyyn ja hoitoon. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995).

Terveysneuvonta on terveyskasvatuksen työkalu, joka sisältää asiakkaan ja asiantuntijan välisen vuorovaikutuksen sekä tietojen ja psykososiaalisen tuen antamisen. Sen avulla pyritään vahvistamaan asiakkaan itsetuntemusta, elämänlaatua sekä ongelmanratkaisukykyä. (Poskiparta 1997.) Terveysneuvontatilanne on molemminpuolista vuorovaikutusta, jossa molemmat osallistujat vaikuttavat sen sisältöön (Ballou 1992). Terveysneuvontaprosessin myötä asiantuntija vahvistaa asiakkaan omaa terveyttä edistäviä voimavaroja. Asiantuntija ja asiakas muodostavat

työparin, jossa kumpikin on asiantuntija. Asiakas on ainoa, joka tuntee elämänsä riittävän hyvin suunnitellakseen siihen muutoksia. (Mustajoki 1998.)

Perinteisesti tiedon jakaminen on terveysneuvonnassa mielletty asiantuntijan tärkeäksi tehtäväksi. Asiakkaiden rooli on ollut passiivinen. He ovat odottaneet saavansa tietoa ja ratkaisumallit ongelmiinsa. Diabeetikon hoidossa on kauan puhuttu termistä komplianssi (compliance), hoitomyöntyvyys. Termistä heijastuu kuva hoitoyksikön ohjeille alistuvasta kuuliaisesta asiakkaasta, joka noudattaa rutiininomaisesti hänelle annettuja ohjeita ymmärtämättä niitä sen tarkemmin. Tavoitteet ja ohjeet on tarkkaan ennalta hoitoyksikön määrittämiä. Jouston varaa ei hoidossa juurikaan ole ollut. Asiakkaan aktiivista roolia voi haitata esim. konkreettinen tiedon puute omasta sairaudesta tai sairauden akuutissa vaiheessa hämmennys ja sairauteen liittyvät pelot. Asiantuntijan auktoriteetti voi olla myös tekijä, joka hämmentää tai estää heitä osallistumasta keskusteluun. (Kettunen 2001.)

Asiantuntijajohtoinen terveyskasvatus korostaa fyysisen terveyden elementtejä ja pyrkii toiminnalla havaitsemaan sairauksien vähäoireisia varhaisvaiheita. Lääketieteen näkökulmasta pyritään sairauksien hoitamiseen sekä kansanterveysongelmien ehkäisemiseen. Terveyskasvatus on tiedonsiirtoa asiantuntijalta asiakkaalle. Keskeisellä sijalla ovat yksityiskohtaiset käyttäytymisohjeet. Yksilön toimintaan pyritään vaikuttamaan kieltojen, käskyjen ja ohjeiden avulla ja ongelmien odotetaan korjaantuvan asiantuntijan ansiosta. (Poskiparta 1997.)

Kettunen (2001) lähestyy terveysneuvontakeskusteluja vastavuoroisen ja ei-vastavuoroisen osallistumisen näkökulmasta. Ei-vastavuoroiseksi terveysneuvonta muodostuu silloin, kun asiantuntija toimii objektiivisena arvioijana, joka laatii keskustelua koskevat suunnitelmat ja esittää ne asiakkaalle. Asiakkaan rooli muotoutuu sivustakatsojaksi, joka vastaa kysymyksiin. Asiantuntijan puhetta hallitsee mm. tietotankkaus ja ammattisanaston käyttö. Neuvontatilanteet ovat yleensä huolellisesti etukäteen suunniteltuja ja ne etenevät esitteen tai kaavakkeen mukaan. Kaavamainen neuvontatilanteen rakenne sallii asiakkaalle yleensä puheenvuoron vasta asiantuntijan osuuden jälkeen tai asiakkaan puhe voi jäädä kokonaan toisarvoiseksi. (Kettunen 2001.)

Vastavuoroisuus tarkoittaa yhteistyötä, jossa keskustelun osapuolet täydentävät toisiaan. Vastavuoroisuus näkyy asiantuntijan ja asiakkaan välisessä neuvontatilanteessa siten, että he kehittelevät puheen sisällöllisen aineksen yhdessä. Neuvontakeskustelun ilmapiiri on läheistä ja keskustelu sisältää arkipäiväistä jutustelua sekä ns. tuntemuskysymyksiä, joilla asiakas saa mahdollisuuden puhua kokemuksistaan ja tunteistaan. (Kettunen 2001.) Nykyisin puhutaankin diabeetikon terveysneuvonnassa hoitoon sitoutumisesta (adherence), joka antaa asiakkaalle mahdollisuuden aktiivisempaan rooliin. Diabeetikko on oman elämänsä asiantuntija ja vain hän pystyy päättämään, minkälaiset hoito-ohjeet ovat soveltuvia ja toimivia hänen elämäntilanteessaan. Tavoitteena on, että diabeetikko on tasavertainen hoitotiimin jäsen suunnittelemassa, toteuttamassa ja arvioimassa omaa hoitoaan. (Anderson ym.1991, Anderson ym.1995.)

Potilaskeskeinen terveystkasvatus pyrkii sairauksien ennaltaehkäisyyn. Fyysisen terveyden rinnalla ovat sosiaalinen, psyykinen ja emotionaalinen terveysulottuvuus. Lähestymistapa korostaa asiakkaan rationaalisuutta sekä kykyä tehdä itse valintoja. Tärkeää on asiakkaan motivointi ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen. Asiantuntija pyrkii tukemaan asiakkaan oman elämänhallintaa ja tavoitteena on, että asiakas oppii hallitsemaan kokonaisuuksia ja soveltamaan oppimaansa käytännön tilanteissa. Lähestymistapa korostaa tiedon muovautumista ihmistenvälisessä vuorovaikutuksessa ja inhimillisessä toiminnassa. (Poskiparta 1997.)

Yhdessäoppiminen terveysneuvonnassa tähtää elämänhallintaan ja minän vahvistamiseen. Tavoitteena on oppia ihmissuhdetaitoja, vahvistaa itsetuntoa, positiivista minäkuvaa sekä parantaa terveyttä edistäviä päätöksentekotaitoja. Yhdessäoppiminen on vastavuoroista ja vuorovaikutuksellista yksilötoimintaa. Ongelmien ratkaisun sijaan pyritään oppimaan oppimiseen. Asiakas käyttää omia resurssejaan oman elämänhallintaan ja kehittämiseen. Tavoitteena on molemminpuolinen itsereflektio eli oman toiminnan arviointi. (Poskiparta 1997.)

Yksi terveysneuvonnan työväline on empowerment- lähestymistapa. Empowerment käsitettä on suomennettu termeillä valtaistaminen, voimavaraistaminen, voimavarakeskeisyys, ihmis- ja voimavarakeskeinen neuvontaprosessi ja oman

elämän haltuunotto. (Liimatainen ym. 1999, Poskiparta & Karhila 2000, Kettunen 2001.) Lähestymistavan avulla potilas kykenee tekemään tietoisia ratkaisuja ja valintoja sairautensa suhteen sekä hallitsee omaan elämään vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on myös tietoisuuden lisääminen asiakkaan arvoista, tarpeista ja tavoitteista diabeteksen hoidossa. (Anderson ym. 1991.)

Empowerment kuvataan kirjallisuudessa usein prosessiksi, jossa ovat yksilön lisäksi mukana myös yhteisöt ja asiakasta lähellä olevat organisaatiot. Empowerment on sosiaalinen prosessi tiedostamista ja terveyden edistämistä, jotka lisäävät yksilön kykyä tunnistaa omia tarpeita, ratkaista ongelmia ja hankkia resursseja oman elämän hallintaan. (Kendall 1998.) Empowerment- lähtöinen ohjaus eroaa perinteisestä ohjauksesta esimerkiksi demokraattisuuden, jaetun asiantuntijuuden ja vastuun suhteen (taulukko 1).

**Taulukko 1** Empowerment/ perinteinen ohjaus (Anderson & Funnell 2000.)

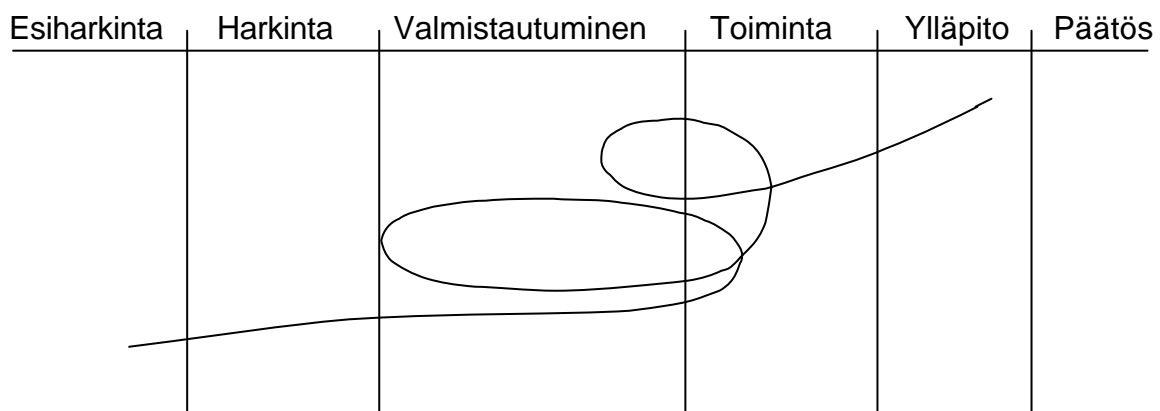
| <b><u>Perinteinen ohjaus</u></b> | <b><u>Empowermentiin perustuva ohjaus</u></b> |
|----------------------------------|---|
| Diabetes on somaattinen sairaus  | Diabetes on biopsykososiaalinen sairaus       |
| Autoritaarisuus                  | Demokraattisuus                               |
| Ammattilainen asiantuntija       | Jaettu asiantuntijuus                         |
| Vastuu hoitoyksiköllä            | Jaettu vastuu                                 |
| Tavoitteena komplianssi          | Tavoitteena tukea päätöksentekoa              |
| Ulkoinen motivaatio              | Sisäinen motivaatio                           |
| Potilaalla ei voimavaroja        | Potilaalla ja hoitajalla voimavaroja          |

Tyypin 2 diabeetikon kohdalla pyritään potilaiden säännöllisiin terveydenhuollon kontakteihin. Vastaanotolla ammattilaiset voivat neuvoa, ohjata, suostutella ja jopa pelotella asiakasta, mutta vastaanoton ovien sulkeuduttua vastuu hoidosta jää asiakkaalle. (Anderson & Funnell 2000.) Terveysneuvonta on usein ryhmätyötä, johon osallistuvat lääkäri, diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti ja jalkojenhoitaja. Liikunnan- tai muita asiantuntijoita käytetään mahdollisuuksien mukaan. (Diabetesliitto 2000). Asiakkaan liikkeessä ammattilaiselta toiselle tulisi jokaisella olla

selvillä, mitä muut ovat hänelle sanoneet ja mihin hoidolla ensisijaisesti pyritään (Klaukka ym. 2001).

### 3.4 Terveystottumusten muuttaminen

Tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa elämäntapamuutokset ovat keskeisessä asemassa. Asiantuntijoiden on neuvonnassaan tärkeä huomioida yksilön erilaiset muutosprosessit. Prochaskan ym. (1997) mukaan ihmiset muuttavat terveystottumuksiaan usein vaiheiden kautta (kuvio 4). Harvoin muutos tapahtuu suoraviivaisesti päätöksestä muutokseen, vaan väliin mahtuu erilaisia kehitysvaiheita. Transteoreettinen malli kuvaa yksilön terveystottumusten muuttumista kuuden eri vaiheen kautta ja perustuu siihen ajatukseen, että käyttäytymisen muutos on prosessi, jossa yksilöillä on erilaisia motivaation tasoja matkalla muutokseen. (Prochaska ym. 1997, Nutbeam & Harris 1998.)



**Kuvio 4** Muutosprosessin kulku (Prochaska ym. 1997.)

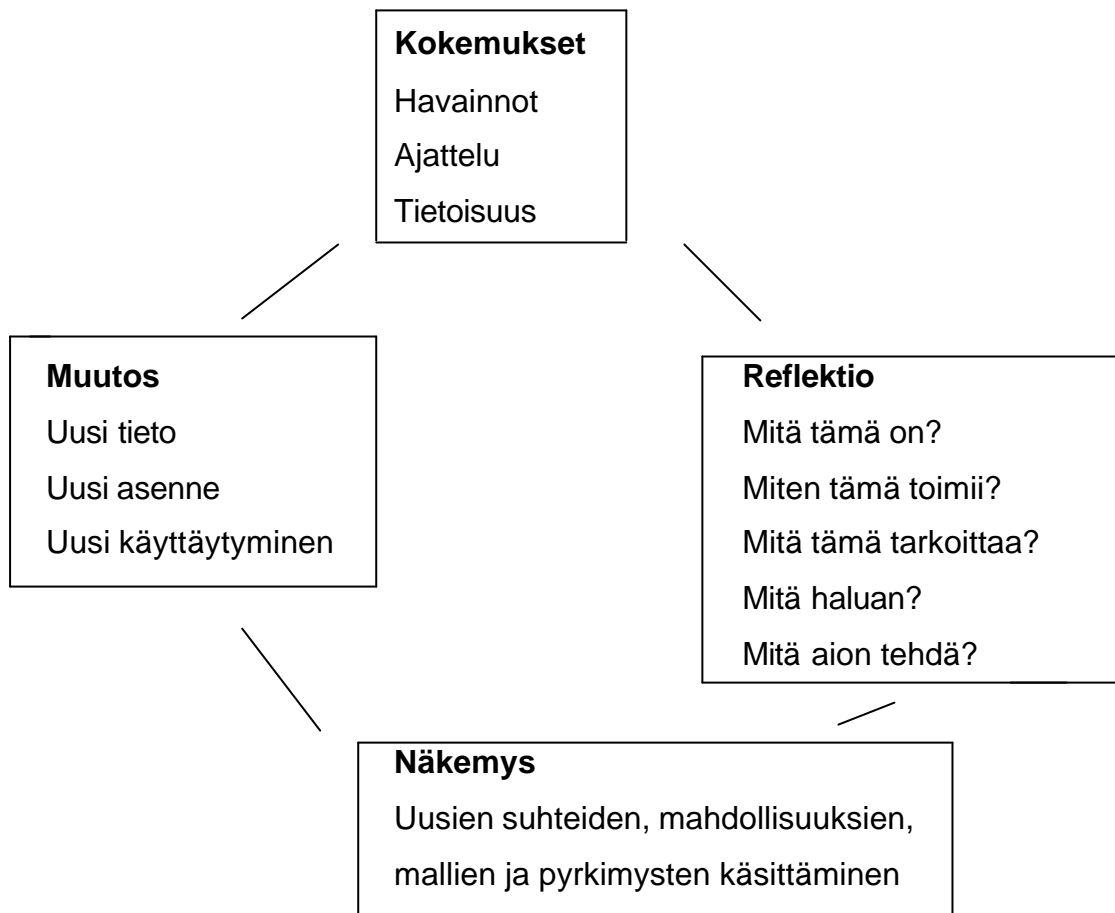
Pyrittäessä vaikuttamaan diabeetikon elämäntapojen muuttamiseen asiantuntijan tulee tunnistaa, missä muutosprosessin vaiheessa potilas juuri sillä hetkellä on. Muutoksen eri vaiheiden avulla voidaan selittää, miksi ohjaus epäonnistuu. Jos kehoitetaan elämäntapojen muutokseen henkilöä, joka ei vielä ole edes harkinnut asiaa, ei häneltä voida odottaa toimintaa, sillä muutoksen keskeisiä kehitysvaiheita jää väliin. (Mustajoki 1998.)



Ihmiset liikkuvat tasolta toiselle yksilöllisesti, toiset nopeammin kuin toiset (Prochaska ym. 1997). Elämäntapojen muuttaminen ei ole yksittäinen tapahtuma, vaan pitkään kestävä ja aikaa vievä prosessi, joka etenee asteittain. Muutokseen kuuluvat myös ns. repsahdusvaiheet. Ne eivät tarkoita epäonnistumista, vaan ovat normaali osa muutosprosessia. Muutoksen kaavamainen jako kuuteen vaiheeseen ei aina käytännön työssä ole mahdollista. Käytännössä muutos voidaan ajatella janaana, jonka toisessa päässä ovat ihmiset, jotka eivät edes harkitse muutosta ja toisessa päässä ne, jotka jo ovat toteuttaneet muutokset. (Mustajoki 1998.)

Andersonin ja Funnellin (2000) mukaan oppiminen ja muutos tapahtuvat neljän vaiheen kautta (kuvio 5). Oppimisen pohjalla ovat aistein, ajatellen ja pohtien hankitut kokemukset. Kokemukset muuttuvat oppimiskokemuksiksi reflektion kautta. Reflektio tarkoittaa omien kokemusten ja elämäntilanteiden tarkastelua suhteessa aiempiin ihmettelyn ja kysymisen avulla, jolloin tavoitteena on uudenlainen ymmärrys ja asioiden uudenlainen jäsentyminen. (Mezirow 1995, Ojanen 2000, Uusikylä & Atjonen 2000.)

Reflektiossa omia kokemuksia tarkastellaan aktiivisesti, jotta ymmärretään niiden viesti ja merkitys. Reflektio ei synny välttämättä itsestään, vaan työskentelyvaiheessa tarvitaan usein asiantuntijan apua. Ympäristöllä on suuri merkitys reflektion synnylle. Reflektio johtaa usein näkemykseen, jolloin ymmärretään kokemusten merkitykset ja yhteydet aikaisempiin kokemuksiin. Vanhoissa tilanteissa tai toimintatavoissa voidaan nähdä uusia mahdollisuuksia. Näkemys perustuu harvoin uuteen tietoon, vaan aikaisempien merkitysten oivaltamiseen. Oppiminen voi olla käyttäytymisen tai asenteen muutosta, joka johtaa uuteen toimintaan. Oppiminen ja muutos on syklinen ja jatkuva prosessi, joka stimuloi enemmän reflektiota ja uusia kokemuksia, jotka voivat käynnistää taas syklin uudelleen. (Anderson & Funnell 2000.)



**Kuvio 5** Oppimisen ja muutoksen prosessi (Anderson & Funnell 2000.)

### 3.5 Diabeetikon terveysneuvonnan tavoitteet

Tavoitteiden asettaminen perustuu potilaan tarpeiden ja ongelmien tunnistamiseen. Tavoitteet tulee asettaa tärkeysjärjestykseen yhdessä potilaan kanssa. Jokaisessa ohjaustilanteessa pitäisi arvioida potilaan yksilölliset tarpeet, oppimistapa ja itsehoitovalmiudet. Tavoitteeseen edetään osatavoitteiden kautta ja tämä vaatii hoitoon sitoutumista. (Diabetesliitto 1995). Diabetesta sairastavien potilaiden hoidon tavoitteena on päivittäinen hyvinvointi ja oireettomuus eli liian matalan ja korkean verensokerin välttäminen sekä laadultaan ja pituudeltaan normaali elämä. Pitkäaikaistavoitteena on diabetekseen liittyvien lisäsairauksien ehkäisy, niiden

varhainen toteaminen ja hyvä hoito. (Uusitupa ym. 1994, Ilanne-Parikka & Himanen 1999a.)

Anderson ja Funnell (2000) tarkastelevat diabeetikon terveysneuvontaa viisiportaisen ongelmanratkaisumallin kautta, jossa tavoitteen asettaminen nostetaan yhdeksi tärkeäksi vaiheeksi. Jokainen diabeetikko etenee yksilöllisesti omaa tahtia vaiheet läpi. Alkuvaiheessa tuore diabeetikko tarvitsee usein paljon asiantuntijajohtoista tiedon jakoa, jotta hän pääsee uuden sairauden hoidossa alkuun. Hän saa konkreettista neuvontaa mm. verensokerin mittaamisesta ja insuliinin pistämisestä. Tultuaan tutummaksi sairauden ja hoidon kanssa, asiantuntija pystyy vetäytymään sivuun ja antamaan enemmän hoitovastuuta potilaalle itselleen. Ongelmanratkaisumalli etenee seuraavasti:

### *1. Ongelman tunnistaminen*

Ongelmien nimeäminen ja tunnistaminen lähtee liikkeelle diabeetikon tunteiden kartoittamisesta. Tilanteessa pyritään kartoittamaan, miten potilas selviytyy diabeteksen kanssa elämisestä. Asiantuntija kutsuu diabeetikon kertomaan omaa tarinaansa ja hänen roolinsa on kuunnella ja esittää kysymyksiä, jotka auttavat diabeetikkoa nimeämään ja löytämään ongelmakohdat. Ongelmien nimeäminen ei välttämättä ole aina helppoa. Ongelma voi esiintyä myös tyytymättömyytenä tai negatiivisina tunteina.

### *2. Tunteiden tunnistaminen*

Tärkeää on, että diabeetikko tunnistaa tunteensa sairauttaan kohtaan. Ajatukset ja tunteet ovat tärkeitä, sillä käyttäytymisemme ilmentää sitä mitä tunnemme tai ajattelemme. Negatiiviset tunteet sairautta kohtaan voivat olla este itsehoidolle. Diabeetikon elämä saattaa olla taistelua sairautta vastaan. Asiantuntija voi kokea asiakkaan negatiiviset tunteet pelottavana tai turhauttavana ja ne helposti sivuutetaan. Tunteiden tunnistaminen lähtee tiedostamalla niiden vaikutukset käyttäytymiseen. Potilas saattaa kertoa vihaavansa jotakin oman hoitonsa osaa aluetta. Asian sivuuttaminen voi jättää ongelman ratkaisematta, mutta voimakkaisiin tunteisiin puuttuminen voi paljastaa selvän syyn niiden taustalta esim. huonot ruokavalio-ohjeet.

### *3. Tavoitteen asettaminen*

Neuvonnassa törmää usein tilanteeseen, että asiantuntijalla ja potilaalla on aivan erilaiset tavoitteet. Tilanne tuntuu molemmista osapuolista turhauttavalta ja herättää tunteen, että yhteistyö tai hoito ei etene mihinkään. Epäselvät tavoitteet voivat olla yksi syy, miksi asiakas ei sitoudu omaan hoitoonsa. Tavoitteiden tulisi olla diabeetikoiden omia ja nousta heidän kertomasta tarinasta tai ongelmista. Toisen asettama tavoite voi aikaansaada vastustusta, varsinkin jos tavoite on kaukana omasta ajatuksesta. Tavoitteenasettelu ei ole ongelmaton. Joskus potilas voi asettaa itselleen tavoitteen, joka on aivan epärealistinen (esim. 30 kilon painonpudotus kahdessa kuukaudessa). Asiantuntija ei tällöin täysin voi tyrmätä potilaan omaa tavoitetta, vaan kertoa hänelle turvallisesta painonpudotuksesta ja ehdottaa vaikka pienempiä välitavoitteita. Muutokset ja tavoitteenasettelun tulisi olla seurausta asioiden hyötyjen ja haittojen puntaroinnista. Potilaan pohdittua molemmat puolet muutoksesta, hän ymmärtää edut ja menetykset paremmin ja näin sitoutuu ehkä tavoitteeseen.

### *4. Suunnitelman teko*

Tavoitteen asettamisen jälkeen potilasta voi pyytää tekemään listaa keinoista, joilla hän pyrkii tavoitteeseen. Asiantuntija voi myös lisätä listaan omia keinojaan, mikä on tarpeen varsinkin silloin, kun asiakkaan omat keinot tuntuvat olevan vähissä. Listasta asiakas voi valita mieluisimmat ja häntä itseään parhaiten palvelevat toimintatavat. Keinojen toteuttamiskelpoisuutta voidaan vielä yhdessä pohtia. Vaikein tilanne on silloin, kun asiakas on jo yrittänyt ratkaista ongelmaa aikaisemmin esim. yrittänyt pudottaa painoa. Tällöin on vain yhdessä mietittävä ratkaisuja, joita asiakas ei ole aiemmin kokeillut tai tiedostanut.

### *5. Arviointi*

Arviointivaiheessa arvioidaan käytetyt keinot ja saavutukset. Tärkeää on pohtia myös mahdollisia repsahdusvaiheita, niiden syitä ja keinoja, joilla tilannetta voitaisiin muuttaa. Tavoitteen saavuttamattomuus ei tarkoita epäonnistumista, vaan silloin on syytä miettiä toista keinoa edetä eteenpäin. Arvioinnin tulisi olla diabeetikolle oppimiskokemus. Se auttaa näkemään omia vahvuuksia ja samalla myös kehittämisalueita. Arvioinnin lisäksi on palautteen antaminen puolin ja toisin tärkeää.

Kroonisen sairauden kohdalla, missä on kyse elämäntapatekijöistä, olisi hyvä, että asiakas itse oppisi myös antamaan itselleen palautetta ja kiitosta. Tavoitteiden saavuttamisen jälkeen tarvitaan usein vielä suunnitelmaa siitä, miten tavoitteessa pysytään.

Parviaisen (1992) mukaan tavoitteesta voidaan löytää seuraavanlaisia tunnusmerkkejä:

- Tarvelähtöinen, lähtökohtana inhimilliset tarpeet
- Dokumentoitu, hoitosuunnitelmaan kirjattu
- Yksilöllinen, jokainen potilas on persoona
- Potilaskeskeinen, tavoite kuvaa potilaassa tapahtuvaa muutosta
- Konkreettinen, selkeästi ilmaistu ei liian epämääräinen
- Realistinen, mikä on juuri tämän potilaan kohdalla mahdollista
- Aikaan sidottu, lyhyen- ja pitkänaikavälin tavoitteet, joita arvioidaan ja tarkennetaan
- Potilaan käyttäytymistä ilmaiseva, tilanteen jatkuvaa seuraamista

Konkreettista tavoitteenasettelua tukee suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS (Diabetes Prevention Study), jossa interventioryhmän tavoitteena oli vähintään 5 % painonpudotus, rasvan käytön vähentäminen alle 30 % kokonaisenergian saannista, eläinrasvan käytön vähentäminen alle 10 % päivän energiatarpeesta, kuidun lisääminen vähintään 15g/1000 kcal sekä liikunnan harrastaminen ainakin 4 tuntia viikossa. Aineisto koostui keski-ikäisistä ylipainoisista henkilöistä (N=522), joilla oli todettu jo heikentynyt glukoosinsieto. Tutkittavat jaettiin satunnaisesti tehostettuun elämäntapamuutoksiin tähtäävään interventioryhmään tai tavanomaiseen neuvontaryhmään. Kontrolliryhmä sai tavallista ravinto- ja liikuntaneuvontaa alkutilanteessa sekä vuosittain seurantakäynnillä lääkärissä. Interventioryhmä sai yksityiskohtaista neuvontaa siitä, miten saavuttaa tavoitteet. (Tuomilehto ym. 2001.)

Tuomilehdon ym. (2001) tulosten mukaan elämäntapamuutokset vaikuttavat erittäin tehokkaasti silloin, kun sekä ruokavalio- että liikuntatottumuksiin kiinnitetään samanaikaisesti huomiota. Tehostettu neuvonta pienensi diabetesriskiä 58 % verrokkeihin nähden. Diabetekseen ei sairastunut kukaan niistä, jotka saavuttivat

edellä mainitut viisi tavoitetta. Vastaavasti 35 % sairastui diabetekseen niistä, jotka eivät päässeet yhteenkään tavoitteista. (Tuomilehto ym. 2001.) Samantapaisiin tuloksiin ovat interventiotutkimuksissaan päätyneet myös Olivarius ym. (2001), jotka tuloksissaan korostavat yksilöllisiä tavoitteita ja neuvontaa diabeteskomplikaatioiden vähentämiseksi. Clark ja Hampson (2001) tuovat tutkimuksessaan esille, että elämäntapojen muuttamiseksi on tärkeää yhdessä asettaa realistiset tavoitteet, joiden saavuttamista seurataan säännöllisesti.

Diabeetikot arvostavat hoidossaan sen yksilöllisyyttä ja omia vaikutusmahdollisuuksiaan hoitoon (Pitkonen & Puputti 2000, Partanen 2002). Hoitotyytyväisyyttä lisäsivät Partanen (2002) tutkimuksen mukaan ystävällinen ja hyvä kohtelu, palvelualltius, asiallinen ja ihmisläheinen suhtautuminen sekä hoitohenkilökunnan ammattitaito. Tyytymättömyyttä hoitoon aiheuttivat henkilökunnan suhtautuminen diabeetikoon. Osa diabeetikoista oli sitä mieltä, ettei heitä hoidettu kokonaisvaltaisesti, eikä heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Kritiikkiä esiintyi myös rutiinikäynneistä, joissa katsottiin vain esim. verikoetuloksia, mutta ei kohdattu diabeetikkoja ihmisenä. (Partanen 2002.)

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa tapahtuvaa tavoitteen määrittelyä. Tutkimuksessa selvitetään, miten ja millaisia tavoitteita asetetaan. Tutkimuksessa vastataan seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Kenen toimesta tavoitteet asetetaan?
2. Millaisista terveysneuvonnan sisältöalueista tavoitteita asetetaan?
3. Miten tavoitteen asettaminen vuorovaikutuksellisesti rakentuu?

### 4.2 Metodologiset lähtökohdat ja tutkimusaineisto

Tutkimuksen lähestymistavan valintaan vaikuttavat tutkittava ilmiö sekä aikaisemman tutkimustiedon määrä ja laatu. Laadullisen tutkimuksen menetelmin voidaan tutkia sellaisia ilmiöitä, joita ei ole aiemmin tutkittu ja joista halutaan saada uudenlaista näkökulmaa. (Morse 1996.) Laadullisessa lähestymistavassa tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma elää tutkimushankkeen aikana. Usein tutkimuksen eri vaiheet kuten aineiston analyysi, tulkinta ja raportointi kietoutuvat toisiinsa. (Eskola & Suoranta 1998.) Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi ja tulkinta sekä kirjallisuuteen perehtyminen tapahtuivat usein yhtäaikaaisesti tutkimusprosessin aikana. Aineisto ohjasi myös tutkimuskysymysten tarkentamista prosessin edetessä.

Työmme metodologisena lähtökohtana on tapaustutkimus. Siihen liittyvät käsitteet luonnollisuus, kokonaisvaltaisuus ja yksilöllistäminen. Tutkimuskohde nähdään ainutlaatuisena, tutkija ei pyri etsimään yleisiä säännönmukaisuuksia, vaan ymmärtämään tapausta syvällisesti niiden omassa ainutkertaisessa ympäristössään. Tapauksena voi olla esimerkiksi ihminen, yhteisö, laitos tai jokin laajempi ilmiö. (Stake 1994, Syrjälä ym. 1995.) Tapaus eli tutkimuskohde voidaan valita joko teoreettisen tai käytännöllisen intressin ohjaamana (Laitinen 1998). Se voi olla mahdollisimman tyypillinen ja ainutkertainen, toisaalta se voi olla rajatapaus tai poikkeuksellinen (Syrjälä ym. 1995, Eskola & Suoranta 1998). Tutkimuskohde voi olla määritelty myös käsitteenä tai käsitteiden välisenä suhteena, se voi olla myös sosiaalinen tilanne tai tapahtumasarja (Laitinen 1998). Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein melko pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman syvällisesti (Eskola & Suoranta 1998).

Tämän pro gradu tutkielman aineisto koostui kolmen potilaan videoiduista ja litteroiduista neuvontatilanteista kahden vuoden (2000-2002) seuranta-aikana. Aineistomme on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella toteutettavaa seurantatutkimusta, jonka tarkoituksena on selvittää tyypin 2 diabeteksen hoitoon ja ehkäisyyn liittyvää terveysneuvontaa. Tapauksena työssämme on tyypin 2 diabeetikon kahden vuoden aikainen neuvontaketju (n=27). Potilaista kaksi oli naisia ja yksi mies. Materiaalin kokonaismääräksi muodostui noin 12 tuntia videomateriaalia. Videotallenteet sisälsivät käynnit lääkärin, hoitajan, ravitsemussuunnittelijan ja fysioterapeutin vastaanotolla (taulukko 2). Hoitajat, ravitsemussuunnittelija ja fysioterapeutti olivat naisia, lääkäreistä yksi oli mies. Neuvontatilanteiden kestot vaihtelivat 14 minuutista 52 minuuttiin. Kuvanauhoituksen aikana ei potilaan ja asiantuntijan lisäksi ollut läsnä muita henkilöitä.

**Taulukko 2** Potilaiden käynnit eri asiantuntijoilla neuvontaketjujen aikana

| Asiantuntija            | Potilas 1 | Potilas 2 | Potilas 3 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Hoitaja                 | 6         | 6         | 4         |
| Lääkäri                 | 5         | 2         | -         |
| Fysioterapeutti         | 1         | 1         | -         |
| Ravitsemussuunnittelija | 2         | -         | -         |



Pyrimme saamaan mahdollisimman paljon käyntejä erilaisten ammattilaisten vastaanotoilla. Valintaperusteena valituille tapauksille aineistosta oli se, että kahden vuoden seuranta-aika oli täyttymässä ja hoitajat olivat eri henkilöitä. Päädyimme valitsemaan potilaat eri paikkakunnilta ja näin ollen saimme eri henkilöt jokaiseen ammattiryhmään. Tällä tavoin halusimme saada myös laajemman kuvan tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnasta. Potilaskuvaukset esitellään tarkemmin analyysin yhteydessä.

### **4.3 Aineiston analysointi**

Kaikki neuvontaketjujen neuvontatilanteet analysoitiin sisällönanalyysillä. Sen avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin avulla tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ja lopputuloksena voi olla ilmiötä kuvaava kategoria (sisältöluokka), käsite tai malli. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tässä tutkimuksessa analyysin avulla kuvattiin tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnan tavoitteita.

Sisällönanalyysiprosessin etenemisessä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Analyysiprosessi voi olla induktiivinen tai deduktiivinen, aineistosta tai teoriasta lähtevä analyysi (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Tuomen & Sarajärven (2002) mukaan voidaan puhua myös teoriasidonnaisesta analyysistä, jossa aikaisempi tieto tai teoria ohjaa analyysin etenemistä.

Tutustuimme aineistoon aluksi lukemalla litterointeja läpi. Pyrimme lukemaan tekstejä ilman mitään ennakko-oletuksia ja tässä vaiheessa emme tietoisesti käyttäneet mitään analyysimenetelmää, mikä on mahdollista laadullisessa tutkimuksessa Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan. Havaitimme, että tietyt teemat painottuivat eri neuvontatilanteissa. Alkuvaiheessa kiinnostuimme, mitkä ovat hoitajan keinot

neuvontatilanteessa lisätä potilaan voimavaroja ja terveystyöskäytymisen muutoshalukkuutta. Havaitimme kuitenkin muutoksen mittaamisen vaikeaksi, koska siihen vaikuttavat useat tekijät myös neuvontatilanteen ulkopuolella. Ihmettelimme myös, miten vähän muutoshalukkuudesta keskusteltiin ja kuinka yleisellä tasolla tavoitteita määriteltiin. Samanaikainen kirjallisuuteen tutustuminen painotti yhteistä tavoitteenasettelua, mutta sitä näytti tapahtuvan aineistossa suhteellisen harvoin. Tutkimusongelmaksi hahmottui vähitellen tavoitteenasettelu neuvontatilanteessa. Havaitimme myös, että tavoitteita asettivat asiantuntija, potilas tai molemmat yhdessä. Käytämme tutkimustuloksissa tästä jaosta termiä tavoitteenasettajat.

Analyysiprosessi eteni induktiivisesti. Ennen analyysivaihetta tutkijan on päätettävä analysoiko hän vain selkeästi ilmaistavat viestit vai myös vaikeammin tulkittavat piiloviestit. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Päätimme pitäytyä siinä, mikä tulee selkeästi esiin videotallenteista. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan analyysiyksikön määrittäminen on sisällönanalyysin ensimmäisiä vaiheita, johon vaikuttavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkönä voi olla sana, lause, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Se voi myös olla useamman lauseen kokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tässä työssä analyysiyksiköksi muodostui lausuma tavoitteenasettelusta. Tavoitteen asettaminen liittyi kiinteästi kaikkeen hoidonohjaukseen ja sen rajaaminen oli toisinaan ongelmallista. Tavoitteeksi valitsimme ne lausumat, joista selkeästi löytyi numeraalinen tavoitearvo tai suunnitelma toiminnan/ elämäntapojen muuttamiseksi. Mukaan tuli myös lausumia, joita ei aivan näin konkreettisesti pystytty määrittelemään. Tulkitsimme ne tavoitteiksi luettuamme tekstejä yhdistettynä kuvaan osittain tukeutuen omaan ammattitaitoon käytännön hoitotyöntekijöinä. Esimerkiksi lausuma *"...mä kirjoitan tähän sulle, että tasanen syöminen. Eli muutaman tunnin välein, otat semmosta ruokaa missä on hiilihydraattia ja silleen tasaisesti..."* on paljon hoito-ohjeen kaltainen, mutta luokittelimme sen tavoitteeksi juuri suunnitelmana muuttaa toimintaa. *"Joo, että diabeetikolla tuo verenpaine mihin sitten pyritään niin on 130 ja 85, ja sen alle..."* oli helppo luokitella tavoitteeksi juuri numeraalisten tavoitearvojen takia. Luokittelimme potilaan asettamiksi tavoitteiksi potilaan sanomat lausumat ja vastaavasti lääkärin, hoitajan, fysio- ja ravitsemusterapeutin lausumat asiantuntijan

asettamiksi tavoitteiksi. Yhdessä asetetut tavoitteet olivat hankalammin rajattavia. Määrittelimme ne yhdeksi asetetuiksi tavoitteiksi, kun tavoitetta keskustelussa rakennettiin yhdessä.

Luimme litterointeja läpi useampaan kertaan. Merkitsimme tekstiin löytämämme tavoitteita kuvaavat lausumat. Luotettavuuden lisäämiseksi luimme tekstit sekä yhdessä että erikseen. Suurelta osin olimme samaa mieltä lausumista. Joistakin jouduimme yhdessä keskustelemaan, oliko kyse tavoitteesta vai hoito-ohjeesta. Pelkistämisvaiheessa aineistosta koodataan tutkimustehtävään liittyvät ilmaisut esittämällä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Saadut vastaukset ovat pelkistettyjä ilmauksia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä työssä pelkistämistä ohjasivat tutkimusongelmat tavoitteenasettelusta. Etsimme litteroinneista alkuperäisilmaisuja ja muodostimme niistä pelkistettyjä ilmaisuja eli ns. pesulistoja (liitteet 1-3.) Etsimme ensimmäisessä vaiheessa tavoitteita teemoittain. Kaikkien ammattiryhmien tavoitteet kerättiin tiettyjen teemojen (esim. verenpaine, painonhallinta, liikunta) alle. Lisäulottuvuutta haimme videonauhojen katselemisen avulla. Tämä selkeytti tekstin sisältöä, sen avulla korjasimme muutaman väärin ymmärretyin kohdan, esimerkiksi kumpi todella tilanteessa puhui, asiantuntija vai potilas.

Aineiston ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Ensimmäisessä vaiheessa analysoimme käynneittäin neuvontatilanteita, jolloin pelkistetyistä ilmaisuista ryhmittelemme alakategoriat eli neuvonnan sisältöalueet. Alakategorioiden nimet ovat muodostuneet ryhmittelystä, mutta apuna olemme myös käyttäneet diabeetikon hoidonohjauksen ja hoitoalan käsitteistöä, joten mukana on myös deduktiivisia elementtejä (liite 4).

Aineiston abstrahointi- eli käsitteellistämisvaiheessa yhdistetään samansisältöiset kategoriat, jolloin saadaan muodostetuksi yläkategoriat. Yläkategorialle annetaan nimi, joka kuvaa sen sisältöä eli niitä kategorioita mistä se on muodostunut. (Kyngäs

& Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Työssämme yläkategorian nimet muotoutuivat deduktiivisesti, eli aiemmin tunnetuista käsitteistä, esim. elämäntapa. Yläkategorioista saimme muodostettua kategorioita yhdistävän luokan eli tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteet (kuvio 7.)

Haimme tavoitteita myös sisältöalueittain. Kaikkien ammattiryhmien tavoitteet kerättiin sisältöalueiden (esim. verenpaine, tupakointi) alle. Sisällönanalyysiä voidaan jatkaa kategorioiden muodostamisen jälkeen kvantifioimalla aineistoa. Tällöin lasketaan kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Laskimme tavoitteiden määrät ammattiryhmittäin sekä sisältöalueittain. Tämä auttoi analyysin etenemistä ja selkeytti tapauskohtaisesti, miten eri sisältöalueet painottuivat kunkin potilaan neuvontaketjussa.

Toisessa vaiheessa analysoimme neuvontakeskustelujen tavoitteita tapauksittain. Aluksi tutkimme, miten terveysneuvonnan sisältöalueet painottuvat eri tapauksissa. Esitämme tuloksissa kvantifioidut tavoitteet sisältöalueittain tavoitteenasettajan mukaan. Lisäksi tarkastelimme, miten tavoitteen määrittelyä koskeva vuorovaikutus tapauskohtaisesti rakentuu. Alkuperäisilmaisuista löysimme 10 erilaista pelkistettyä ilmaisua, joiden avulla muodostimme 5 tavoitteenasettelun keinoa eli alakategoriaa (kuvio 8).

Laadimme jokaiselle pelkistetylle ilmaukselle luokitteluperusteet ja näin alakategorioiksi muodostui ohje, kehotus, muutoksen ilmaisu, vahvistaminen ja reflektio. *Ohjeilla* tarkoitimme suosituksiin, hoito-ohjeisiin tai esimerkiksi paikallisiin soveltuihin hoitokäytäntöihin liittyviä tavoitteita. Jaoimme ohjeet ei-personoituihin ja personoituihin ohjeisiin. *Kehotus* tarkoitti toimintaan tai käyttäytymiseen liittyvää tavoitetta. Kehotuksen tulkitsimme astetta lievemmäksi kuin määräyksen ja usein nämä esiintyivät konditionaalimuodossa kuten ”*voisit...ottaisit*”. Jaoimme kehotukset personoituihin ja ei-personoituihin kehotuksiin. Lisäksi *yhteisyyttä rakentava kehotus* liittyi ”me” -muodon käyttöön kuten ”*me laitetaan* ” jolloin korostetaan yhteistyötä. *Määräys* esiintyi imperatiivimuodossa esimerkiksi ”*et syö*”. Määräys oli usein ehdoton, eikä antanut potilaalle valinnanmahdollisuuksia. *Aikomus* oli potilaan oma suunnitelma toiminnan tai käyttäytymisen muuttamiseksi. Se saattoi sisältää

tavoitteellisen suunnitelman kuten aikataulun tai tavoitemäärän saavuttamiseksi. *Jämäkkä päätös* oli aikomusta vahvempi, ehdoton ilmaisu tavoitteen saavuttamiseksi. *Tukemisella* tarkoitimme asiantuntijan antamaa vahvistusta potilaan toiminnan tai päätöksen tukemiseksi. *Asteittain etenevä reflektion herättely* liittyi yleensä yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. Reflektion avulla potilasta heräteltiin tunnistamaan ongelmia ja miettimään mahdollisia tavoitteita.

## 5 TULOKSET

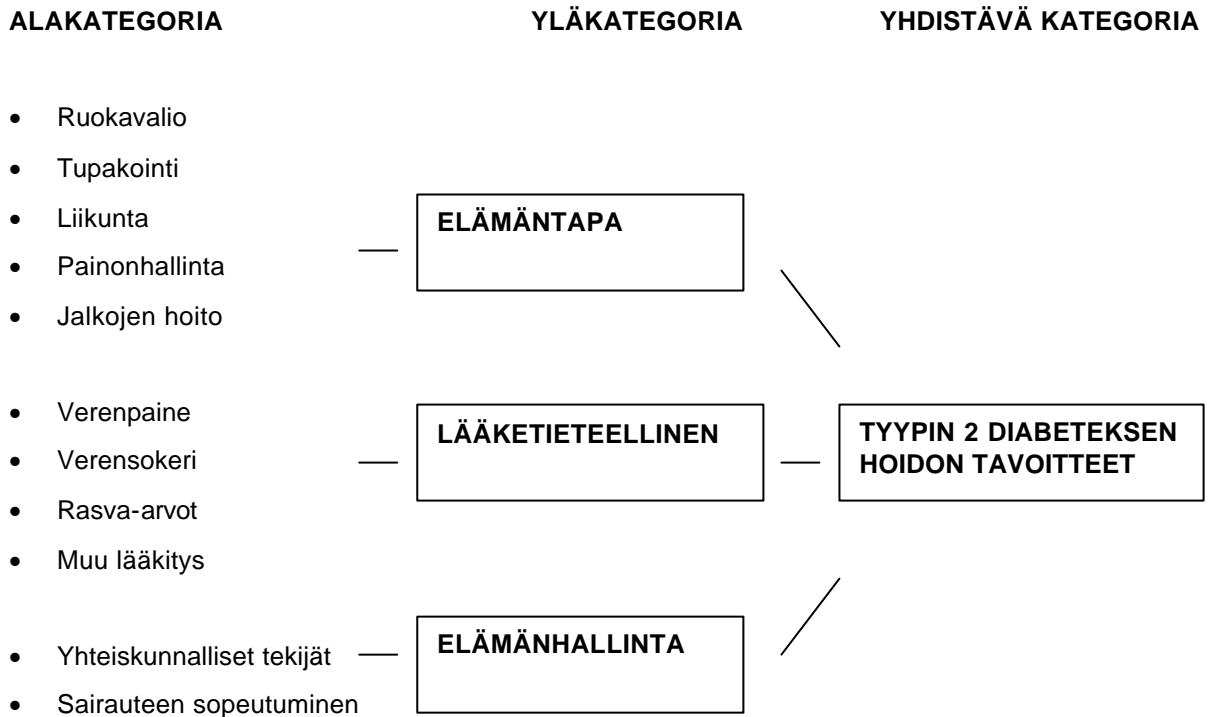
Ensimmäisen vaiheen tulokset kuvaavat sitä, kenen toimesta tavoitteenasettelu tapahtuu ja millaisista terveysneuvonnan sisältöalueista. Asiantuntijan asettamiksi tavoitteiksi luokittelimme hoitajan, lääkärin ja ravitsemussuunnittelijan aloitteesta lähtevät tavoitteet. Potilaat asettivat itse tavoitteita sekä yhdessä asiantuntijan kanssa. Kuviossa 6 esitämme terveysneuvonnan sisältöalueet tavoitteenasettajan mukaan ja niiden määrällinen esiintyminen aineistossa. Tuomme työssämme esille tavoitteenasettelun esimerkkejä suorilla lainauksilla.

| TAVOITTEET            |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ASiantuntija          | POTILAS               | YHDESSÄ               |
| Ruokavalio (19)       | Ruokavalio (4)        | Ruokavalio (11)       |
| Liikunta (3)          | Liikunta (1)          | Tupakointi (4)        |
| Painonhallinta (11)   | Painonhallinta (4)    | Liikunta (1)          |
| Jalkojen hoito (5)    |                       | Painonhallinta (11)   |
| Verenpaine (24)       |                       |                       |
| Verensokeri (33)      |                       |                       |
| Rasva-arvot (2)       |                       |                       |
|                       | Muu lääkitys (1)      | Muu lääkitys (1)      |
| Yhteiskunnallinen (2) |                       |                       |
| Sair.sopeutuminen (1) | Sair.sopeutuminen (1) | Sair.sopeutuminen (3) |
| yht.100               | yht. 11               | yht. 31               |

**Kuvio 6** Kaikki tavoitteet sisältöalueittain ja asettajan mukaan

Tulokset esitämme sisällönanalyysin avulla muodostuneiden ala- ja yläkategorioiden kautta (kuvio 7). Terveysneuvontakeskusteluista muodostui 11 erilaista alakategoriaa ja 3 yläkategoriaa. Olemme valinneet lainaukset sattumanvaraisesti kuvaten

sisällöltään esitettävää alakategoriaa. Esimerkit on valittu kaikista 27 neuvontatilanteesta.



**Kuvio 7** Terveysneuvonnan tavoitteiden sisältöalueet

### 5.1 Elämäntapaan liittyvät tavoitteet

Elämäntapaan liittyvät tavoitteet muodostuvat viidestä alakategoriasta, jotka ovat ruokavalio, tupakointi, liikunta, painonhallinta ja jalkojen hoito (kuvio 7). Ruokavalioon liittyvät asiat olivat esillä kaikkien ammattiryhmien vastaanotoilla. **Asiantuntijat** asettivat konkreettisia tavoitteita hiilihydraattien määrästä, proteiinin saannista ja tasaisesta ateriarytmistä sekä monipuolisesta ruokavaliosta. Rajoitteita laitettiin mm. sokerien käytölle. Konkreettisia tavoitteita perusteltiin lääketieteellisillä faktoilla, jotta potilas ymmärtää ravinnon ja terveyden yhteyden.

Tyypin 2 diabeetikolle ylipaino on usein keskeisin ongelma, joten heillä ruokavaliossa tärkeintä on ruokamäärän sopiva rajoittaminen ja painonhallinta. Ruokavaliolla

pyritään hyvään verensokeritasoon ja samalla voidaan vaikuttaa useimpiin aineenvaihdunnan poikkeavuuksiin kuten kohonneisiin veren rasva-arvoihin. Ruokavalio koostuu tavallisista ruoka-aineista ja on samanlainen kuin koko väestölle suositeltava terveellinen ruokavalio. (Diabetesliitto 2000.) Hiilihydraatit ovat ruokavaliossa tärkein energianlähde, suositus on 50-55 E % eli prosenttiosuutta vuorokauden energiansaannista. Hiilihydraattipitoinen ruoka tasoittaa verensokerin vaihtelua ja ehkäisee myös liian matalia verensokereita. Diabeetikolle suositellaan päivittäisen ruokamäärän jakamista tasaisesti 3-5 aterialle päivässä. (Uusitupa ym. 1994, Heinonen 1999.)

*Hoitaja: ...mä laitan sulle tänne, että 200 grammaa päivässä hiilihydraatteja täytyis saada. Yhessä voileivässä on se 10-15 grammaa, sämpylässä on 30... Perunassa on 10 gramma, yhdessä perunassa, eli yhdelle isolle aterialle 50-60 grammaa hiilihydraatteja voit laskea sen, että jos otat pari leipää, pari perunaa, lasi maitoa, sitten joku hedelmä.*

Kasviksia, juureksia ja viljatuotteita suositellaan käytettävän runsaasti ja nämä ovat myös hyviä ravintokuidun lähteitä. Proteiinien osuus päivän energiansaannista on 15-20 E %. Rasvojen osuus suositus on korkeintaan 30 E %, joista tyydyttyneiden osuus saisi olla enintään 10 E %. Rasvaisia ruokia tulisi syödä niukasti, koska ne sisältävät runsaasti energiaa ja lihottavat. Erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota rasvojen määrään ja laatuun. Sepelvaltimotaudin vaaran vähentämiseksi tyydyttyneen eli kovan eläinrasvan sekä ravinnon kolesterolin vähentäminen on diabeetikoille oleellista. Rasvojen vähentämisen ohella on tärkeää rajoittaa sokeripitoisten tuotteiden käyttöä ja suosia energiattomia makeutusaineita. Suolan käytön vähentäminen on myös tärkeää, koska diabeetikot ovat herkempiä natriumin haittavaikutuksille. (Heinonen 1999.)

*Hoitaja: Verenpainepotilashan saa syödä vaan viis grammaa suolaa.../teelusikallisen korkeintaan päivässä suolaa.../*

...

*Hoitaja: Ja se juuston syöminenkin semmosena muutamana siivuna päivässä, että sillä voi olla merkitystä että se korjaa sitten vähän sitä munuaistoimintaa.*

**Potilaat** asettivat tavoitteita omiin ruokavalintoihin kuten suolan ja juuston vähentämisen. **Yhdessä** tavoitteita asetettiin monipuolisesta, säännöllisestä ruokailusta, rasvojen valinnasta ja riittävästä juomisesta.



*Potilas: Joo ja mä oon aina ollut semmoinen joka on syönyt suruun ja iloon ja.../ ...kai se täytyy itelleen myöntää, että... täytys varmaan joku toinen palkkio löytää.*

...

*Potilas: No, valitaas nyt mulle semmonen sopiva leivänpäällysrasva, jota mä hipaisen...*

*Hoitaja: Sulla oli tuo punainen tuolla.*

*Potilas: Joo, se kaikkein huonoin.*

*Hoitaja: Ei mitään, ei se Flora nyt laadultaan niin, mut sieltä tulee sitä suolaa ja sitte jos me ajatellaan tota...*

*Potilas: Ja onhan se rasvaisuudeltaan kaikkein rasvaisinta.*

Tupakointiin liittyvät asiat olivat esillä vain yhden potilaan kohdalla. Tavoitteita asetettiin **yhdessä** teemaa ja tavoitetta kehitellen. Diabeetikon neuvonnassa katsotaan tärkeäksi muistuttaa tupakoinnin haitallisuudesta terveydelle ja kannustaa sen lopettamiseen. Tupakointi supistaa verisuonia ja altistaa sepelvaltimotaudille sekä aivojen ja jalkojen verenkiertohäiriöille. Tupakointi on erityisen haitallista diabeetikoille, koska heillä riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on noin 2-4 -kertainen muihin verrattuna. Tupakointi lisää myös sairastuvuutta erilaisiin diabeteskomplikaatioihin. Tupakoivalla diabeetikolla esimerkiksi muutokset munuaisissa etenevät nopeammin kuin tupakoimattomalla. (Haire-Joshu ym. 1999, Ilanne- Parikka & Himanen 1999a, Diabetesliitto 2000.)

*Lääkäri: Mitenkäs sitten tupakoinnin hyvät ja huonot puolet on ajatuksissa, että?*

*Potilas: No, kyllä se yskittää jo ihan tarpeeks, mutta en mä siitä eroon oo päässy, että...*

*Lääkäri: Täähän ei... tän sokeritaudin kanssa tää tupakka sopii silleen huonosti yhteen, kun se käy verisuonten päälle.*

Hoitajan vastaanotolla kartoitettiin melko tarkasti mm. tupakoinnin määrää, riippuvuuden astetta ja tupakointitilanteet. Tietoa korvaushoidosta ja muodoista annettiin runsaasti. Tupakoinnin lopettamisen hyödyt tulevat esille nopeasti. 2-12 viikossa elimistön verenkierto paranee ja 5 vuoden kuluttua lopettamisesta sydänkohtauksen vaara on vähentynyt puoleen tupakoitsijoihin verrattuna. Vastaavasti 10 vuoden kuluttua sydänkohtauksen riski on koskaan tupakoimattoman tasolla. (Diabetesliitto 2001.)

*Hoitaja: Viimeks sää sanoit, että sää oot vähentänyt sitä?*

*Potilas: Vähentänyt mää oon kyllä, mutta kumminkin menee sitä vielä.*

*Hoitaja: Joo. Se on semmonen pisemmän valmistelun tulos sitten siitä tupakasta luopuminen, että se ei välttämättä ihan hetkessä käy.*

*Potilas: Ei tunnu käyvän, vaikka kuinka aattelee, että en polta niin se, menee vaan.*

*Hoitaja: Toisaalta kun se on siellä taka-ajatuksena ja ajatuksena, että siitä ois hyvä päästä eroon, niin ehkä se päivä sitten joskus tuleekin, et siitä haluaa luopua.*

Liikunnan merkityksestä osana tyypin 2 diabeteksen hoitoa annettiin melko vähän tietoa, vaikka se on yksi oleellinen osa diabeteksen hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Liikunta vaikuttaa hyödyllisesti aineenvaihduntaan ja elintoimintoihin. Se lisää energian kulutusta ja edistää laihtumista sekä painonhallintaa. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa myös psyykkiseen terveyteen lisäämällä vireyttä. Sokeriaineenvaihdunnan lisäksi sillä on edullinen vaikutus veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen. Säännöllinen liikunta lisää insuliiniherkkyyttä ja auttaa diabeetikkoa pääsemään parempaan hoitotasapainoon. (Eriksson & Lindgärde 1991, Haapanen ym. 1997.)

**Asiantuntijat** yhdistivät liikunnan lähes pelkästään osaksi painonhallintaa. Ainoastaan yhden potilaan kohdalla asetettiin asiantuntijan vastaanotolla neuvon kaltainen tavoite. Liikunnan myönteiset vaikutukset liittyvät säännöllisesti toistettuun liikuntaan. Liikkumista tulisi harrastaa 3-4 kertaa viikossa 20-60 minuuttia kerrallaan niin, että hikoilee ja kaikki suuret lihasryhmät ovat käytössä. Liikunnan tehoon vaikuttavat ikä, perimä, sukupuoli ja liikuntamuoto. Päivittäisen liikunnan voi koota lyhyemmistä jaksoista, vaikka hyötyliikunnassa. (Koivisto & Sipilä 2000.) Diabeetikon kanssa tulisi keskustella liikunnan positiivisista vaikutuksista ja suunnitella yhdessä sopiva liikuntamuodon löytyminen. Liikuntapäiväkirjan pitäminen ja kannustava asenne voivat myös lisätä asiakaan motivaatiota säännölliseen liikuntaan. (Uusitupa ym. 1994.)

*Hoitaja: Semmonen puolesta tunnista tuntiin sitä suositellaan yhteen tuntiin, että.../ Joo, ei varmasti, että semmonen nykyisin on neuvottu, että ihan sen puolen tunnin päivän liikunnat tai tunnin liikunnat niin vois semmosista vaikka kymmenen minuutin jaksoista tehdä, että kävelee portaat ylös ja kaikkee, että sitä on./*

**Potilaat** myös itse pohtivat omaa liikuntaharrastustaan ja useimmat harrastivat jonkinasteista hyötyliikuntaa. Yksi potilas oli erittäin innokas liikkuja. Mitään konkreettista liikunnan lisäystä tai liikuntamuodon aloittamispäätöstä ei kukaan tuonut esille. Yksi potilas asetti ylimalkaisen tavoitteen, että liikuntaa pitäisi lisätä enemmän. Yhden potilaan kanssa asetettiin **yhdessä** liikuntaan liittyvä tavoite.

*Potilas: ...mut en mä tiedä, että voiko sitä ihminen ihan niin kauheesti liikkua, että eikä se ilmeisesti se liikkuminen sillälailla sitten auta.*

*Rav.suunn: Toki se on tärkeää...*

*Potilas: On tärkeää...*

*Rav.suunn: Se, että päivittäin jotain liikuntaa tulee säännöllisesti.*

*Potilas: Kyllä joo, mut että esimerkiksi mä olen uinut koko elämäni, oikeestaan koko aikuisuuteni.*

Painonhallinnasta tavoitteita asetettiin asiantuntijan ja potilaan aloitteista sekä yhdessä. Painonhallinta oli esillä kaikkien **asiantuntijoiden** vastaanotoilla, mutta selkeitä kilomääriä, aikataulua tai välitavoitteita ei asetettu kovinkaan usein. Painonpudotuksen tärkeyttä perusteltiin lääketieteellisin faktoin. Laihtumisen myötä insuliinin teho elimistössä paranee ja verensokeriarvot sekä rasva-arvo yleensä korjaantuvat. Tyypin 2 diabeetikolla pitkäaikaistavoitteena on pyrkiä normaalipainoon. (Uusitupa ym. 1994.)

*Hoitaja: ...että kun sä saisit pysyvästi nyt sitä painoo pois, kaks kiloo auttaa jo insuliinin pelaamiseen, viis kiloo auttaa jo ihan merkittävästi ja alkuvaiheessa varsinkin niin kymmenellä kilolla jo normalisoituis varmasti sokerit.*

...

*Lääkäri:..pitää nyt sitten pitää, yrittää painoa tiputtaa.../*

Tuomilehdon ym. (2001) tulosten mukaan painon muutoksen vaikutus oli erittäin merkittävä. Jos ylipainoisen henkilön paino nousi 2-3 kiloa, hänen diabetesriskinsä kaksinkertaistui. Toisaalta jos tällainen henkilö onnistui vähentämään painoaan keskimäärin kymmenen kiloa, hänen diabetesriskinsä pieneni 83 %. Huomattavaa on myös se, että jo vähäisempi keskimäärin 5 % painon alentaminen pienensi diabetesriskiä 61 %. (Tuomilehto ym. 2001.) Jos tyypin 2 diabeetikko on normaalipainoinen, neuvonnassa painotetaan terveellistä ruokavaliota ja liikunnan lisäämistä. Lievästi ylipainoisen ja ylipainoisen neuvonnassa oleellista on ruoan energiamäärän pudottaminen vähentämällä rasvan ja ruoan määrää sekä alkoholinkäyttöä. Merkittävästi ylipainoisen hoidossa voidaan lisäksi käyttää niukkaenergisiä laihdutusvalmisteita nopeamman painon pudotuksen aikaansaamiseksi. (Heinonen 1999, Diabetesliitto 2000.)

**Yhdessä** tavoitteita asetettiin painonhallinnan pysyvyydestä, painonpudotuksen nopeudesta ja laihduttajan ruokavaliosta. Laihduttaminen ja painonpudotuksen ylläpitäminen voi olla vaikeaa. Diabeetikolta vaaditaan pysyviä elämäntapamuutoksia painonhallinnan onnistumisessa (Heinonen 1999). Motivaatiota lisäävät yleensä myönteiset muutokset kuten painon lasku ja verensokerin, verenpaineen sekä rasva-arvojen parantuminen. Onnistuessaan laihdutus voi parantaa elämänlaatua ja diabeetikon päivittäistä hyvinvointia. Laihdutus vähentää usein myös lääkehoidon

tarvetta. Laihduttamisen tueksi kannattaa laatia realistisia välitavoitteita. Säännöllinen seuranta ja kannustaminen voivat lisätä motivaatiota. (Uusitupa ym.1994.)

*Hoitaja: Mikä se on nyt sun tarpeeks?*

*Potilas: No... semmonen 85 kiloo. Semmonen, kaheksaankymppiin putoo, niin sitten mä tota, oon tyytyväinen.*

*Hoitaja: Mihinkähäs mennessä tää tavote on?*

...

*Rav.suunn: Onks minkäänlaista tavoitetta ton painon suhteen nyt mietitty..!*

*Potilas: ...viistoista kiloo... /*

*Rav.suunn: Viistoista kiloo on aika kova tavoite.*

*Potilas: Niin mut pakkohan se on. Aatteles nyt vähän.*

*Rav.suunn: Tota...*

*Potilas: No, kymmenen kiloo nyt ainakin.*

*Rav.suunn: Niin oisko se helpompi tavotella?*

**Potilaan** asettamia tavoitteita oli melko vähän. Ne liittyivät laihduttajan ruokavalioon ja painonpudotuksen määrään. Toisinaan tavoitteet olivat aika epärealistisia varsinkin painonpudotuksen nopeutta koskevat. Muutamassa tapauksessa potilas esti tavoitteen asettamisen kieltämällä teemasta keskustelun tai kieltäytymällä menemästä puntarin. Potilas asetti tavoitteeksi esimerkiksi ruuan määrän vähentämisen.

*Potilas: No nyt mä oon sitte taas kerran... mä en nyt kuitenkaan mitään ihmediettejä enää ikänänsä ota, että tota mä yritän syödä vähemmän, ei kai siinä mitään.*

...

*Potilas: Mä päätin, että mä rupeen laihtumaan*

*Hoitaja: Aha*

*Potilas: Taas kerran päätin niin*

Jalkojen hoidosta potilaat eivät itse asettaneet tavoitteita eikä niitä tehty myöskään yhdessä. **Asiantuntija** asetti tavoitteita omahoidolle ja komplikaatioiden ennaltaehkäisylle. Potilaalle opetettiin konkreettisesti jalkojenhoitoa, oikeanlaisten kenkien valintaa sekä jalkojen kunnon tarkkailua. Jalkojen hoidon tärkeyttä korostettiin ja selkeästi keskityttiin hoito-ohjeiden ja informaation jakamiseen tavoitteiden asettamisen sijaan.

*Hoitaja: .. eli jalkojen perushoidosta tuossa puhuinkin, että pesu on tärkeä. Varpaitten välien kuivaus, ajoittain vois niitä jalkojen alusia katsoa peilillä tai sitten kurkkia muuten. Tunnustella jos siellä känsiä on, niin tuota, ite älä lähde repimään pois vaan sitten jalkojenhoitajalle varaat ajan.*

Diabeetikoille voi ilmaantua jalkaongelmia, koska heidän jalkojensa verenkierto on heikentynyt tai heillä voi olla neuropatiaa. Tulehdusherkkyyys voi olla lisääntynyt huonon sokeritasapainon vuoksi. Näiden altistavien tekijöiden lisäksi tietyt ulkoiset tekijät kuten huonot kengät tai vääränlainen kynsienleikkuu voivat lisätä riskiä saada jalkaan ongelmia. Mahdolliset ongelmat, kuten haavaumat, pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhain. Tämä edellyttää diabeetikon jalkojen säännöllistä tutkimista, ns. riskijalan tunnistamista, asiantuntevaa neuvontaa ja hoitoa. Jalkojen hyvän kunnon edellytyksenä on normaali verenkierto ja hermojen toiminta. (Rönnemaa 1999, Diabetesliitto 2000.) Jalkojen kunto tutkittiin yhden potilaan kohdalla huolellisesti.

## 5.2 Lääketieteelliset tavoitteet

Lääketieteelliset tavoitteet tarkoittavat neljää alakategoriaa, jotka ovat verenpaine, verensokeri, rasva-arvot ja muu lääkitys (kuvio 6). Verenpaineesta asetti tavoitteita ainoastaan **asiantuntija**. Tyypin 2 diabeetikolla on usein kohonnut verenpaine jo taudin diagnoosivaiheessa. Verenpaineen hoito vähentää huomattavasti riskiä sairastua valtimosairauksiin. Ensisijaisesti verenpaine pyritään hoitamaan lääkkeettömästi elämäntapamuutoksilla, kuten laihduttamisella, liikunnan lisäämisellä ja suolan käytön vähentämisellä. Usein tehokkaan hoidon onnistumiseksi tarvitaan lisäksi lääkehoitoa. (Uusitupa 1994, Diabetesliitto 2000.) Verenpaineen yleinen tavoitetaso on 130/85 mmHg (Ilanne-Parikka & Himanen 1999a, Diabetesliitto 2000).

*Lääkäri:..Ja, aikuistyyppin diabeetikollahan pyritään verenpaine lukemiin 135/80 ja alle. Eliikkä vähän siihen on matkaa.*

Mittaustiheyden ja seurannan tärkeydestä ei aina esitetty potilaalle perusteluita ja konkreettisia arvoja. Verenpaineen mittaaminen kuuluu diabeteksen rutiinitarkastuksiin, mutta aina kohonneiden verenpaine arvojen hoitoon ei puututa riittävän tehokkaasti. Miettisen ym. (2001) mukaan väestövastuinen terveyskeskus ei pysty vastaamaan kaikin osin tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteisiin. Erityisesti havaittiin puutteita sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskin hoidossa; esimerkiksi verenpainetta ei

hoidettu riittävän tehokkaasti. Tutkimuksessamme asiantuntija asetti verenpaineen osalta tavoitteita myös mittaustiheyden suhteen. Tavoitteet pyrkivät olemaan yksilöllisiä.

*Hoitaja: Joo, kahen viikon välein käyt siellä verenpaineen mittauksessa.../*

...

*Lääkäri: Tuota...nyt kun tää lääkitys vähän muuttuu, niin sun pitäis mitata sitä verenpainetta vähän tiheemmin, näkee nyt kuinka se käyttäytyy nyt sitten jatkossa.*

Verensokerista tavoitteita asetettiin **asiantuntijakeskeisesti**, eniten hoitajan vastaanottokäynneillä. Tavoitteet koskivat yleensä verensokerin tavoitearvoja (paastoarvo, HbA1c, arvot ennen ateriaa ja sen jälkeen). Verensokeriarvoissa pyritään mahdollisimman lähelle normaaleja arvoja (taulukko 3), esimerkiksi paastoverensokeri hyvässä hoitotasapainossa on 4-6 mmol/l (Uusitupa 1994, Ilanne-Parikka & Himanen 1999a).

*Hoitaja:... elikkä... aamutavotearvot on neljästä kuuteen. Se aamun lähtöarvo. Ja ihanne olis, että ne ois siellä ennen aterioita päivälläkin siinä lukemissa. Ja aterioitten jälkeen sitten kaks tuntia, noin kaks tuntia aterian jälkeen pysyis siellä kaheksan-yhdeksän paikkeilla, et semmosia yli kymmenen arvoja ei, ei sais olla./*

**Taulukko 3** Tyypin 2 diabeteksen sokeritasapainon luokat (Uusitupa ym. 1994, Ilanne-Parikka & Himanen 1999a.)

| Veren sokeripitoisuus | Hyvä  | Tyydyttävä | Liian korkea |
|-----------------------|-------|------------|--------------|
| Ennen aamupalaa       | 4-6   | <8         | >8           |
| 2h aterian jälkeen    | 4-8   | <10        | >10          |
| HbA1c %               | 4-6 % | 6-8 %      | >8 %         |

Sokerihemoglobiini HbA1c kuvaa keskimääräistä verensokeritasoa mittausta edeltävältä 6-8 viikon ajalta. Terveellä ihmisellä arvot ovat 4-6 % välillä ja tyypin 2 diabeetikolla pyritään mahdollisimman lähelle näitä arvoja. HbA1c arvon noustessa riskit elinmuutoksiin lisääntyvät. Jos HbA1c arvo nousee 7 %:sta 8 %:iin on elinmuutosten riski lisääntynyt kaksinkertaiseksi. (Ilanne-Parikka & Himanen, 1999.) Vallen (1999) mukaan tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino oli Suomessa erittäin huono, sillä ainoastaan 10% saavutti hyvän tasapainon. Asiantuntija mainitsi yhden potilaan kohdalla verensokeriseurannan pitkäaikaistavoitteista.

*Hoitaja:.. että vuodesta toiseen niitä ei hyvä pitää korkeina niitä verensokereita sitten.*

Laihduttamisen ja elämäntapamuutosten avulla voivat sokeriaineenvaihdunnan häiriöt korjaantua täysin jopa vuosiksi (Diabetesliitto 2000). Mikäli ruokavaliolla ja liikunnalla ei kuitenkaan saavuteta 1/2-1 vuoden aikana toivottua verensokeritasoa, on hoitoon lisättävä lääkitys. Se voi olla joko suun kautta otettavia tabletteja, jotka lisäävät insuliinin tuotantoa tai tehoa, tai insuliinia pistoshoitona. (Koivisto & Uusitupa 1997.) Diabeteksen hoitoon kehitellään uusia lääkkeitä ja lääkkeenottotapoja. Esimerkiksi inhaloitavat eli keuhkojen kautta sisään hengitettävät (Nienstedt ym.1998) insuliinit ovat olleet jo koekäytössä (Lampe 2001).

Jokaisen potilaan olisi suositeltavaa mitata itse verensokeriaan, koska siten tulee tutuksi sairautensa kanssa. Omaseurannan avulla voidaan selvittää, miten ateriat, käytetyt insuliiniannokset tai tablettilääkitys ja liikunta vaikuttavat aineenvaihduntaan. (Ilanne-Parikka & Himanen 1999b.) Diabetesliiton (1995) mukaan omahoidon tavoitteena on, että potilas ymmärtää verensokereiden seurannan tarkoituksen sekä osaa käyttää hoidon välineitä kuten verensokerimittaria oikein. Mikäli tyyppin 2 diabeetikolla on aloitettu lääkitys, on huomioitava mahdollisten alhaisten verensokerien eli hypoglykemioiden mahdollisuus. Tavoitteena on, että matalia sokeriarvoja (<3,0 mmol/l) ei esiinny toistuvasti, potilas tunnistaa oireet ja osaa hoitaa ne. (Diabetesliitto 1995, Ilanne-Parikka & Himanen 1999a.)

**Asiantuntijan** tavoitteet omaseurannasta liittyivät lähinnä verensokereiden mittaustiheyteen ja tavoitearvoihin. Toisinaan omaseurannan merkitystä vähäteltiin tai sitä ei tuotu potilaalle selkeästi esille.

*Potilas: No, mä tossa toissa päivänä kun mä otin, niin mä ihmettelin kyllä, että miten se nousi niin kauheesti. Se oli noin korkea.*

*Hoitaja: No eihän, ei tää näistä voi, ei nää mitään meinaa tämmöset.*

*Potilas: Eikö?*

*Hoitaja: Ei. Vaikka se ois 20, niin ei se mitään haittaa joskus, mutta, eikä tosta voi mitään niinku sanoa.*

...

*Hoitaja:.. aamun ensimmäinen sokeri olis hyvä kattoo. Eli aamulla ihan ylösnousteissa ennen kun syöt ja juot mitään, niin tätä kannattaa kattoo.*

*Potilas: Mmm*

*Hoitaja: Esimerkiks kahtena aamuna viikossa.*

*Potilas: Joo.*

*Hoitaja: Ei sun useemmin tarvii kattoo. Ja sitten sen lisäksi voit ottaa täällä ennen ja jälkeen aterian, että sä voit täällä sitä sun pääateriaa ennen ja sitten puoltoista, kaks tuntia sen aterian jälkeen niin kattoa, että minkä verran se nousee se sun verensokeri siitä ateriasta.. Sitten jos tota... laitettaas tähän vielä ennen ja jälkeen ateria, puoltoista tuntia viiva kaks tuntia. Tää riittää varmaan yhtenäkin päivänä viikossa varmaan.*

Vain yhden potilaan kohdalla kiinnitettiin **asiantuntijan** taholta huomiota veren rasva-arvoihin. Tyypin 2 diabeetikoilla on usein epäedullisia rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, jotka pyritään ensisijaisesti hoitamaan ruokavalion ja liikunnan lisäämisen avulla. Kohonneiden rasva-arvojen hoitaminen on tärkeää, koska tyypin 2 diabetekseen liittyy 3-4 -kertainen sepelvaltimotaudin ja aivohalvausten riski (Rönnemaa & Viikari 1999).

*Lääkäri: Kolesteroli on kohdallaan, se on 3.7 ja munuaisten toimintakoe on ihan entinen. ja tuon huonon kolesterolin määrä on 3.3 kun se alle kolmen tavoitellaan diabeetikolla, että siinä on sen verran semmoista, niitten rasvojen vähentämisessä.*

Rasva-arvojen tavoitetason (taulukko 4) saavuttamiseksi lähes 70 % tarvitsee lääkettä ja se on hyvä aloittaa, vaikka valtimotautia ei vielä olisi todettukaan. Erityisesti LDL - kolesterolin alentamisella voidaan vähentää tyypin 2 diabeetikoiden kuolleisuutta. Tyypin 2 diabeetikoilla verihutaleet tarttuvat myös normaalia helpommin verisuonten seinämiin ja edesauttavat valtimotukosten syntyä. Asetosalisyylihapon (ASA) avulla voidaan estää verihutaleiden tarttumista toisiinsa ja sen käyttöä suositellaan valtimosairauksien ennaltaehkäisemiseksi. (Diabetesliitto 2000.)

#### **Taulukko 4** Rasva-arvojen tavoiteltavat viitearvot (Diabetesliitto 2000.)

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| HDL kolesteroli                      | > 1 mmol/l |
| Triglyseridit                        | < 2 mmol/l |
| LDL kolesteroli                      | < 3 mmol/l |
| Kokonaiskolesteroli/ HDL kolesteroli | < 4        |
| Kokonaiskolesteroli                  | < 5 mmol/l |

Tyypin 2 diabeetikolla voi olla myös muita sairauksia diabeteksen lisäksi, jotka vaativat säännöllistä hoitoa ja lääkitystä. Yksi **potilas** asetti tavoitteeksi oman psyyke lääkityksen vähentämisen.



*Potilas: Mulla on vielä sitten tässä nyt menossa vielä semmonenkin vaihe nyt kaiken lisäksi, että tässä nyt ei oo yksistään tämä painonpudotus, vaan on tuo lääkkeen vähentäminen, se XXX. (lääkkeen nimi)*

*Hoitaja: Joo*

*Potilas: Sitä nyt on jatkunut jo niin, vissiin kaks kuukautta, tällä hetkellä sitä nyt otetaan nappi päivässä...*

### 5.3 Elämänhallintaan liittyvät tavoitteet

Elämänhallintaan liittyvät tavoitteet tarkoittavat alakategorioita yhteiskunnalliset tekijät sekä sairauteen sopeutuminen (kuvio 6). **Asiantuntija** mainitsi yhden potilaan kohdalla hyvän hoidon laajemman merkityksen eli sairauden hoidon yhteiskunnalliset ja taloudelliset vaikutukset. Tyypin 2 diabeteksen lisääntyessä on hoidon vastuuta hajautettava tarkoituksenmukaisesti eri tahoille. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman (DEHKO) avulla pyritään luomaan yhtenäiset kriteerit ja tavoitteet hoitotyölle. Hoidon kustannuksia pyritään vähentämään ennaltaehkäisyn ja tehokkaan terveysterveystieteiden avulla. (Diabetesliitto 2000, Kangas 2001.)

*Hoitaja:.. niin musta teikäläiset on niinku semmonen tärkeä ryhmä, että pitäis olla just ne alkuvuodet ja sen on hirveen tarkka, hyvä seuranta, ettei se jää sitte.../*

*Hoitaja: Pidemmän päälle tulee säästöä jos hoidetaan tässä vaiheessa hyvin jo, niin siitähän se säästö tulee.*

Pitkäaikaissairauden kohdalla potilaan kokonaistilanne on tärkeää selvittää mahdollisimman varhain, jotta esimerkiksi lääkinnällinen tai ammatillinen kuntoutus voitaisiin järjestää hyvissä ajoin. Tällä tavoin säästetään eri tahojen, sekä sairastuneen että hänen omaistensa ja yhteiskunnan, resursseja. Tärkeää on antaa tietoa esimerkiksi hoitokorvauksista sairauden eri vaiheissa. Tyypin 2 diabeteksen aiheuttama haitta voi ilmetä yksilön elämässä erilailla ja siksi ongelmien ratkaisuihin tarvitaan yhteiskunnalta erilaisia keinoja. (Sundman & Hinkka 1999.)

**Asiantuntija** pyrki näkemään potilaan kokonaisuutena ja sairautteen sopeutuminen oli yksi tavoite. Diabetes on krooninen sairaus, jonka kanssa on eletävä loppuelämän ajan. Sairauden hyväksyminen voi viedä aikaa ja diabeetikko tarvitsee tukea sairauden eri vaiheissa. Varsinkin sairauden alkuvaiheessa diagnoosi ja tiedon

saaminen sairaudesta voivat aiheuttaa potilaalle ahdistusta. Diabeetikon on opittava huomioimaan sairaus ja sen hoito omien voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. Pelkkä tiedon antaminen ei aina riitä, vaan potilaan on itsensä saatava kokemuksia onnistuneesta sairauden kanssa pärjäämisestä ja elämänhallinnasta. (Pintilä 1999.)

*Hoitaja: Tästäkään ei tarte paineita ottaa. Mä en, mä mietin sun kohdallas varmaan jäi, mä aina kissankokosin kirjaimin jokaiselle uudelle asiakkalle mä terotan, että stressiä tästä ei saa ottaa tästä diabeteksen hoidosta. Et sillai mä yritän selittää, että vakavasti otettava juttuhan tää on, että omasta itsestä on kysymys.../*

Tavoitteita muodostettiin myös **yhdessä**. Ne olivat lähinnä sosiaalisen tuen antamista ja potilaan omien ajatusten vahvistamista. **Potilas** otti omaan jaksamiseen ja sairauden kanssa selviämiseen liittyvät tavoitteet esille. Pintilän (1999) mukaan jokaisen potilaan sairauteen ja hoitomotivaatioon vaikuttavat useat osatekijät. Jokin muutos elämäntilanteessa voi aikaansaada sen, että diabeetikko ei jaksakaan panostaa hoitoonsa. Hoitomotivaation ollessa huono voi tukea hakea vaikka perheeltä ja ystäviltä.

*Potilas: Mullon XXX,(ystävä) jonka kanssa mä oon päivittäin...*

*Lääkäri: Joo.*

*Potilas: ...kyllä mä pärjään, ei siinä, mä oon semmonen joka, en niinku säilö itteeni näitä asioita, että...*

*Lääkäri: No vaikka täältä nyt annetaan aikoja ja dhjeita, niin suhteuta ne siihen omaan elämäntilanteeseen...*

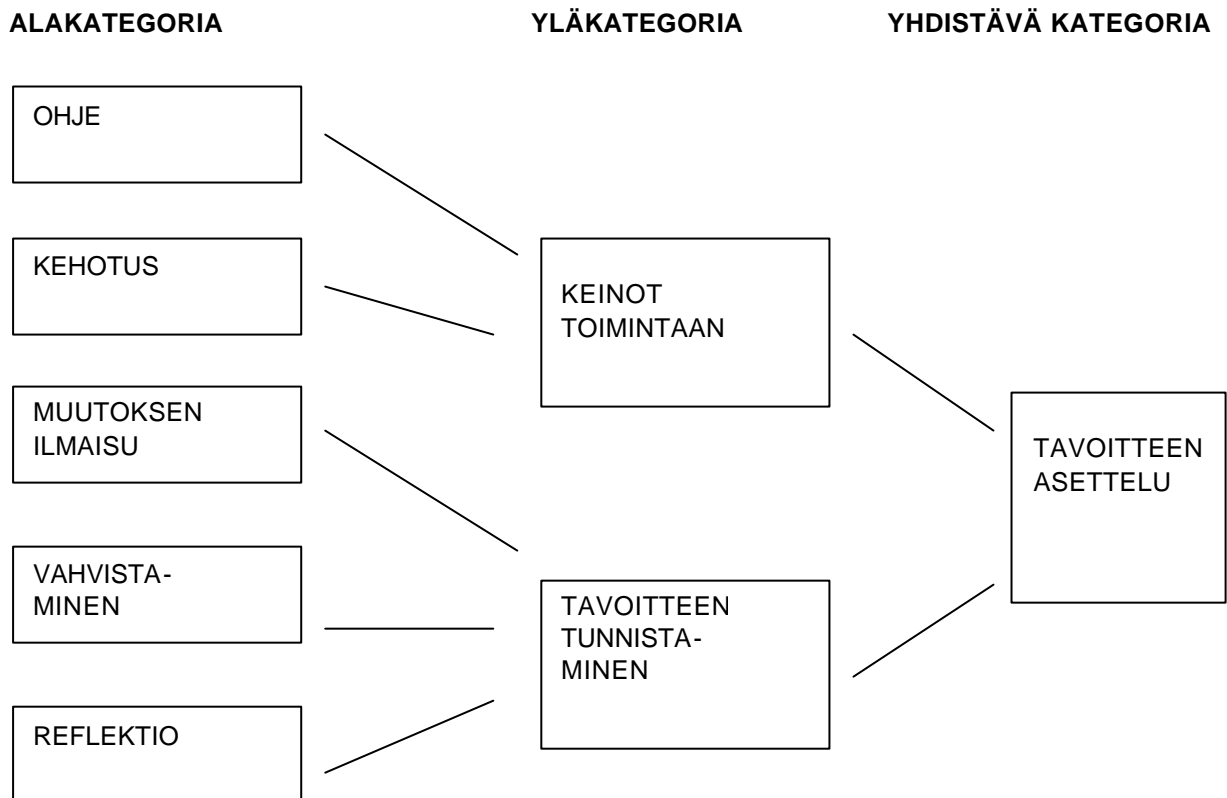
*Potilas: Niin, mä oon tehnytkin.*

## 5.4 Tavoitteenasettelu tapauskohtaisesti

### 5.4.1 Tavoitteenasettelun vuorovaikutuksellinen rakentuminen

Tapauskohtaisesti tarkastelemme terveysneuvonnan sisältöalueiden painottumista ja miten tavoitteenasettelu vuorovaikutuksellisesti rakentuu. Vuorovaikutuksellisia keinoja löysimme viisi alakategoriaa ja kaksi yläkategoriaa. Alakategorioita ovat ohje, kehoitus, muutoksen ilmaisu, vahvistaminen ja reflektio. Ohjeet käsittävät personoidut ja ei personoidut ohjeet. Kehotus koostui personoidusta ja ei personoidusta sekä yhteisyyttä rakentavasta kehoituksesta. Tähän ryhmään sisällytimme myös määräyksen. Potilaan jämääkö päätös ja aikomus kuvasivat muutoksen ilmaisua.

Asiantuntijan antamasta tuesta saimme vahvistamisen alakategorian. Pelkistetyt ilmaukset reflektion herättelystä muodostivat reflektion alakategorian. Yläkategorioita ovat keinot toimintaan ja tavoitteen tunnistaminen. Näistä saimme sisältöalueita yhdistävän kategorian eli tavoitteenasettelu. (kuvio 8.)



**Kuvio 8** Tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot

Balloun ym. (1992) mukaan terveysneuvonnan keskeisempiä elementtejä ovat verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän ymmärtäminen. Neuvontatilanteessa vuorovaikutuksen muotoja ovat haastattelu, kehotus, tukeminen, ohjaus, ja neuvonta. Leppänen (1998) on tutkinut hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, ja löytänyt hoitajan käyttämiä terveysneuvonnan keinoja. Esimerkiksi kysymykset ja imperatiivin eli käskymuodon käyttö ja suostuttelu olivat tyypillisiä keinoja. Suostuttelu voi tapahtua personoinnin ja neuvon toistamisen avulla. Neuvontatilanteissa vuorovaikutus voi lähteä hoitajan tai potilaan aloitteesta tai ilmenevästä ongelmasta. (Leppänen 1998.) Vuorovaikutus voi olla rakentunut Pyörälän (2000) mukaan esimerkiksi ongelman määrittämisen, tiedon jakamisen ja kertauksen kautta.

#### 5.4.2 Potilas 1 ”Ohjeet potilaan voimavarana”

Potilas 1 on juuri eläkkeelle jäänyt nainen, jolla on muutama vuosi sitten alettu seurata kohonneita verensokereita. Diabetekseen hänellä ei ole lääkettä. Perussairautena on ollut jo vuosia verenpainetauti, johon hänellä on lääkitys. Hän on ollut ylipainoinen lapsesta saakka ja kärsii nykyään nivelvaivoista. Painonhallinta on tuottanut hänelle ongelmia. Potilaalla on merkittävä ylipaino, painoindeksi (BMI) on 34. Takana hänellä on useita aiempia laihdutuskertoja, paino on tippunut, mutta tullut aina takaisin. Potilas tupakoi satunnaisesti ja alkoholin käytön hän kuvaili kohtuulliseksi. Hän liikkui melko paljon.

Potilaalla oli käyntejä hoitajan luona (6) kertaa, lääkärin (5), ravitsemussuunnittelijan (2) ja fysioterapeutin (1). Asiantuntijat olivat joka kerta samoja, paitsi lääkäri vaihtui kerran. Ajallisesti videomateriaalia kertyi käynneistä 6 h 56 min. Potilaan neuvontaketju on nähtävissä kuviossa 9.

| Ho             | Ft   | Ho   | Rs | Ho   | Rs | Ho   | Lä | Ho    | Lä | Ho   | Lä | Lä   | Lä    |
|----------------|------|------|----|------|----|------|----|-------|----|------|----|------|-------|
| Asiantuntija   |      |      |    |      |    |      |    |       |    |      |    |      |       |
|                |      |      |    | Hk   | Ph |      |    |       |    |      |    |      |       |
| 2/00           | 3/00 | 4/00 |    | 5/00 |    | 9/00 |    | 12/00 |    | 5/01 |    | 9/01 | 10/01 |
| Kuukausi/Vuosi |      |      |    |      |    |      |    |       |    |      |    |      |       |

Ho= Hoitaja, Lä= Lääkäri, Rs= Ravitsemussuunnittelija, Ft= Fysioterapeutti, Hk= Hoidonohjauskurssi  
Ph= Painonhallintaryhmä

#### **Kuvio 9** Potilaan 1 käynnit eri asiantuntijoilla neuvontaketjun aikana

Potilaan paino laski 3,5 kg ensimmäisen puolen vuoden aikana potilaan kertoman mukaan. Painosta ei viimeisillä käyntikerroilla keskusteltu, joten painon muutosta neuvontaketjun lopussa ei ole tiedossa. Pitkäaikaissokeri (HbA1c) vaihteli 6.2 %:sta 5.7 %:iin. Korkein arvo oli alkumittaus. Verenpainearvot vaihtelivat välillä 186-150/102-85 mmHg (taulukko 5). Verenpainelääkitystä vaihdettiin, koska arvot eivät olleet hoitotasolla. Potilas hankki oman verenpainemittarin ja verensokerimittari oli lainassa terveyskeskuksesta.

**Taulukko 5** Potilaan 1 neuvontaketjun aikaiset lääketieteelliset arvot

|            | 1/Ho   | 2/Ft   | 3/Ho    | 4/Rs   | 5/Ho   | 6/Rs   | 7/Ho    |
|------------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|
| Verenpaine | 150/90 | 174/93 | 170/95  | -      | 158/90 | -      | 175/90  |
| Paino      | 88,5   | -      | 88      | -      | -      | -      |         |
| HbA1c      | -      | -      | -       | -      | -      | -      | 6,2     |
|            | 8/Lä   | 9/Ho   | 10/Lä   | 11/Ho  | 12/Lä  | 13/lä  | 14/Lä   |
| Verenpaine | -      | 180/90 | 186/102 | 155/85 | 182/94 | 160/94 | 180/100 |
| Paino      | -      | -      | -       | 85     | -      | -      | -       |
| HbA1c      | -      | -      | -       | 5,7    | 5,8    | 5,9    | -       |

Ho= Hoitaja, Lä= Lääkäri, Rs= Ravitsemussuunnittelija, Ft= Fysioterapeutti

Neuvontakeskusteluissa asetettiin yhteensä 76 tavoitetta. Vahvimmin olivat esillä hoitajan asettamat tavoitteet (34/76), joita oli määrällisesti eniten ja joista suurin osa liittyi verensokeriin liittyviin tavoitteisiin. Lääkäri asetti eniten verenpaineeseen liittyviä tavoitteita lähinnä tavoitearvoista ja seurannoista (8/76). Ravitsemussuunnittelijan asettamia tavoitteita oli (9/76), ja niissä painottuivat ravintoon ja painonhallintaan liittyvät asiat. Yhdessä asetettiin tavoitteita (16/76) ravinnosta sekä painon- ja elämäntilanteesta, jotka olivat myös potilaan itsensä asettamien tavoitteiden sisältöalueet (taulukko 6).

**Taulukko 6** Asiantuntijan, potilaan ja yhdessä asettamat terveysneuvonnan tavoitteet sisältöalueittain

| Sisältöalue       | Lääkäri | Hoitaja | Rav.suunn | Potilas | Yhdessä |
|-------------------|---------|---------|-----------|---------|---------|
| Verenpaine        | 8       | 6       | -         | -       | -       |
| Jalkojen hoito    | -       | 1       | -         | -       | -       |
| Verensokeri       | 1       | 17      | -         | -       | -       |
| Ruokavalio        | 1       | -       | 7         | 2       | 6       |
| Painonhallinta    | 1       | 5       | 2         | 2       | 6       |
| Sair.sopeutuminen | -       | 1       | -         | 1       | 3       |
| Liikunta          | 1       | 2       | -         | -       | 1       |
| Yhteiskunnalliset | -       | 2       | -         | -       | -       |

Asiantuntijat käyttivät tavoitteenasettelussa kehotuksia, ohjeita ja vahvistamista (kuvio 10). Tavoitteenasettelussa korostuivat asiantuntijan käyttämät ei-personoidut ohjeet, joita oli määrällisesti eniten (33/76). Näin asetettiin esimerkiksi verensokerin ja verenpaineen tavoitearvot *"Diabeetikolla on nämä tavoitteet on että, tiukemmat vielä kun muilla, niin 130 ja 85 ja sen alle, pääsääntöisesti"*. Kehotukset olivat puolestaan suurimmaksi osaksi personoituja (13/76), kuten *"..käy mittauttelemassa sitä (verenpaine)...vaikka pari kertaa kuussa..."*.

Tämän potilaan kohdalla oli myös yhteisyyttä rakentavia kehotuksia. Hoitaja käytti tällöin puheessaan "me muotoa", jolla halusi korostaa tavoitteen yhteistä saavuttamista tai yhteistyön tärkeyttä. *"Eli toi tavote mihin me pyritään aamulla kun sä mittaat tai ennen aterialla..."* Ravitsemussuunnittelija käytti puolestaan eniten tavoitteenasettelussa asteittain etenevää reflektion herättelyä (13/76), jolloin tavoitetta kehiteltiin yhdessä. *"Mites aatellaan tästä eteenpäin?" "Mites koet että oot onnistunu siinä?"* Asiantuntijat käyttivät myös muutaman kerran määräyksiä (3/76), jotka olivat ehdottomia ohjeita. Lääkäri käytti vahvistamista potilaan päätöksen tukemisessa. Potilas itse ilmaisi tavoitteita aikomuksina (2/76) *"suolaa tarkkailen"* ja jämäkkänä päätöksenä *"mitään ihmediettejä enää ikänänsä ota"* (1/76).

| ALKUPERÄISILMAUS  | PELKISTETTY ILMAUS                           | ALAKATEGORIA      |
|---|--|-------------------|
| "pyritään näihin lähes normaaleihin sokereihin.."   | Ei personoitu ohje (33)                      | OHJE              |
| "merkkää kolmen päivän syömiset ylös"   | Personoitu ohje (5)                          |                   |
| "tärkein tässä ois liikkuminen ja sitten jos sais kiloja pois.."  | Ei personoitu kehotus (1)                    |                   |
| "sä voisit joskus ottaa tuon aterian jälkeisen arvon"   | Personoitu kehotus (13)                      | KEHOTUS           |
| "laitetaanpa muuten ennen ateriala niin nähdään"  | Yhteisyyttä rakentava kehotus (4)            |                   |
| "Pitää yrittää painoa tiputtaa..."  | Määräys (3)                                  |                   |
| Rt: "mikäs sulla niinku päällimmäinen tavote on?"<br>P: "saada jonkunlainen tasapaino tähän hommaan..." | Asteittain etenevä reflektion herättely (13) | REFLEKTIO         |
| "mä en kuitenkaan mitään ihmediettejä enää ikänänsä ota"  | Jämäkkä päätös (1)                           | MUUTOKSEN ILMAISU |
| "..täytyy varmaan joku toinen palkkio löytää..."  | Aikomus (2)                                  |                   |
| P: "Tää elämä vähän selviää.."<br>L: " uusin voimin taas..."  | Tukeminen (1)                                | VAHVISTAMINEN     |

### Kuvio 10 Potilaan 1 tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot

Andersonin ja Funnellin (2000) mukaan terveysneuvonnassa tulisi lähteä liikkeelle ongelmien tunnistamisesta. Potilas tunnisti omiksi ravitsemukselliseksi ongelmikseen liiallisen suolan käytön ja suuret ateriamäärät. Potilas pohti omaa suolankäyttöä ja mietti vaihtoehtoisia toimintatapoja sen vähentämiseksi. Hän asetti itse konkreettisen tavoitteen suolamäärien tarkkailuun ja rajoittamiseen. Potilas pohti usein omaa liiallista syömistä ja totesi, että oli syönyt jo vuosia liikaa. Tämän suhteen ei kuitenkaan käsitelty tarkemmin, minkälaisia tunteita potilaalla esiintyi. Negatiivisia tunteita potilaalla esiintyi painonhallintaa kohtaan. Hän saattoi kieltäytyä esim. menemästä puntariin. Potilas ilmoitti aina kotipuntarin arvot. Häntä ei kertaakaan

punnittu asiantuntijoiden vastaanotolla. Painonhallinta oli yleisenä tavoitteena eri asiantuntijoilla, mutta sen epäonnistuttua ei käyty läpi syitä tarkemmin tai minkäänlaisia välitavoitteita ei asetettu. Neuvontatilanteessa keskusteltiin sairauden herättämistä tuntemuksista. Potilas toi usein esille pelkonsa sairautta ja sen hallintaa kohtaan. Aina ei asiantuntija reagoinut potilaan viestittämään pelkoon. Muutaman kerran potilas joutui voimallisesti tuomaan oman asiansa esille, jotta ammattilainen muutti keskustelun suunnan. Anderson ja Funnell (2000) korostavat negatiivisten tunteiden käsittelyn ja tunnistamisen tarpeellisuutta. Käsittelemättömät negatiiviset tunteet voivat olla esteenä onnistuneelle tavoitteenasettelulle.

Tavoitteenasettelu tapahtui tämän potilaan kohdalla melko yleisellä tasolla. Potilaalla itsellä oli toisinaan melko epärealistisia tavoitteita painonhallinnan suhteen ja asiantuntijan täytyi niitä potilaalle selkeyttää. Liikunnan suhteen potilas ei asettanut selkeitä tavoitteita. Hän pohti omia mahdollisuuksiaan harrastaa erilaisia liikuntamuotoja eri vuodenaikoina. Potilaan kohdalla terveysneuvonnan tavoitteen asettelussa korostuivat ohjeiden antaminen. Niiden avulla pyrittiin tiedon lisäämiseen ja sitä kautta muutosten tekemiseen sekä onnistuneeseen itsehoitoon.

Tavoitteen asettamisessa suunnitelman teolla ja arvioinnilla on tärkeä asema (Anderson ja Funnell 2000). Suunnitelmat liittyivät usein lääketieteellisiin tavoitteisiin kuten tavoiteltaviin verenpainearvoihin. Arviointia tapahtui melko vähän neuvontaketjun aikana. Verenpaineen osalta arviointi johti lääkemutoksiin. Muita elämäntapaan liittyvien tavoitteiden onnistumisia tai epäonnistumisia ei tarkasteltu yleensä sen tarkemmin eikä välitavoitteita asetettu.

#### *5.4.3 Potilas 2 ”Reflektiivisten kysymysten avulla elämäntapamuutoksiin”*

Potilas 2 on eläkkeellä oleva nainen, jolla on todettu koholla olevia verensokeriarvoja. Hoitona on ollut ruokavalio. Hänellä on tuki- ja liikuntaelinongelmia. Verenpaineet ovat olleet lievästi koholla, lääkitystä ei kuitenkaan ole aloitettu. Potilas tupakoi ja riippuvuusaste todettiin testillä korkeaksi. Potilaan painonhallinta ja laihdutusyritykset



ovat olleet kuuriluontoisia. Innostus on usein loppunut ja paino vaihdellut. Potilas oli pudottanut painoaan viisi kiloa ennen ensimmäistä käyntiä.

Potilaalla oli käyntejä hoitajan luona (6) kertaa, lääkärin (2) ja fysioterapeutin (1). Asiantuntijat olivat joka kertaa samoja. Yhteensä videomateriaalia kertyi 2h 45min. Potilaan neuvontaketju näkyy kuviossa 11.

Ho Ft Lä Ho Ho Ho Ho Ho Ho Lä

Asiantuntija

5/00 7/00 9/00 11/00 12/00 4/01 10/01 2/02

Kuukausi/Vuosi

Ho= Hoitaja, Ft= Fysioterapeutti, Lä= Lääkäri

### Kuvio 11 Potilaan 2 käynnit eri asiantuntijoilla neuvontaketjun aikana

Potilaan paino vaihteli melko paljon ja jopa lisääntyi kahdeksan kiloa, kunnes taas kääntyi laskuun neuvontaketjun loppupuolella. HbA1c oli alussa 5.9 %, mutta neuvontaketjun viimeistä arvoa ei ilmennyt aineistosta. Potilas seurasi kotonaan satunnaisesti verensokereita omalla mittarillaan. Verenpainearvot vaihtelivat välillä 148-132/ 94-82 mmHg (taulukko 7). Niitä seurattiin, mutta lääkitystä ei tarvinnut aloittaa.

### Taulukko 7 Potilaan 2 neuvontaketjun aikaiset lääketieteelliset arvot

|       | 1/Ho | 2/Ft | 3/Lä   | 4/Ho   | 5/Ho   | 6/Ho   | 7/Ho   | 8/Ho   | 9/Lä   |
|-------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| RR    | -    | -    | 132/90 | 138/86 | 134/86 | 138/92 | 136/90 | 138/94 | 148/82 |
| Paino | 88,0 | -    | 90,6   | -      | 96,0   | 94,6   | 93,2   | -      | -      |
| HbA1c | -    | -    | 5,9%   | -      | -      | -      | -      | -      | -      |

Ho= Hoitaja, Lä= Lääkäri, Ft= Fysioterapeutti

Tämän potilaan neuvontaketjuissa tavoitteita asetettiin yhteensä 37. Myös hänen kohdallaan tavoitteita asetti eniten hoitaja (15/37) liittyen verensokeriin,

verenpaineeseen, jalkojen hoitoon ja ravintoon. Lääkärin asettamista tavoitteista korostuivat verensokeriin liittyvät tavoitearvot (5/37). Potilas asetti tavoitteita vähän koskien ravintoa, painonhallintaa ja liikuntaa (4/37). Yhdessä asetettiin tavoitteita painonhallinnasta sekä tupakoinnin lopettamisesta ja vähentämisestä (taulukko 8).

**Taulukko 8** Asiantuntijan, potilaan ja yhdessä asettamat terveysneuvonnan tavoitteet sisältöalueittain

| Sisältöalue       | Hoitaja | Lääkäri | Potilas | Yhdessä |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|
| Verenpaine        | 5       | 2       | -       | -       |
| Jalkojen hoito    | 2       | -       | -       | -       |
| Verensokeri       | 7       | 5       | -       | -       |
| Ruokavalio        | 1       | -       | 2       | -       |
| Painonhallinta    | -       | 2       | 1       | 3       |
| Veren rasva-arvot | -       | 2       | -       | -       |
| Liikunta          | -       | -       | 1       | -       |
| Tupakka           | -       | -       | -       | 4       |

Potilaan kohdalla käytetyt tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot esitetään kuviossa 12. Asiantuntijat käyttivät tavoitteenasettelussa eniten ei-personoituja ohjeita (13/37). Ohjeet liittyivät mm. jalkojen hoitoon ”*kenkien valintaan kannattaa kiinnittää huomiota...*” Asiantuntijat käyttivät myös paljon personoituja kehoituksia (11/37) kuten ”*Verenpainees voit kävästä mittuuttamassa tässä vielä kerran...*” Hoitajalle oli tyypillistä kysymysten käyttö reflektion herättelyssä (6/37). Erityisesti hän herätteli potilasta miettimään tupakointiin liittyviä tavoitteita.

*Hoitaja: ... kuis paljon tupakkaa?*

*Potilas: Menee sitä vielä aika monta.*

*Hoitaja: Mmm... se on vaikea paikka, niinkö?*

*Potilas: Se on vaikea paikka.*

*Hoitaja: Ootsä sitä koskaan yrittänyt, lopettaa?*

*Potilas: No en varmaan ihan tosissani oo yrittänyt.*

*Hoitaja: Mmm. Mitäs sä luulet, kestäskö sun henkinen puoli, jos sä yrittäisit sitä?*

Potilaan kohdalla tavoitteiden asettelua tuettiin vahvistamalla potilaan aikomusta. Aikomuksen lisäksi potilas asetti yhden jämään päätöksen liittyen painonhallintaan.

*”... päätin että rupeen laihtumaan...”*

| ALKUPERÄINEN ILMAUS   | PELKISTETTY ILMAUS                          | ALAKATEGORIA      |
|---|---|-------------------|
| "aamutavotearvot on neljästä kuuteen."  | Ei personoitu ohje (13)                     | OHJE              |
| "sen lisäksi voit ottaa täällä ennen ja jälkeen aterian, että sää voit täällä sitä sun pääateriaa ennen..." | Personoitu ohje (1)                         |                   |
| "niin sitten sitä voi kerta kuukaudessa käydä nyt mittuuttamassa..."  | Ei personoitu kehotus (1)                   | KEHOTUS           |
| "kerran viikossa jos otat aamusokeria.."  | Personoitu kehotus (11)                     |                   |
| "kuis paljo sitä tupakkaa.."  | Asteittain etenevä reflektion herättely (6) | REFLEKTIO         |
| "liikuntaa pitäis lisätä enemmän..."  | Aikomus (3)                                 | MUUTOKSEN ILMAISU |
| " päätin että rupeen laihtumaan"  | Jämäkkä päätös (1)                          |                   |
| P: "että koetan sitä syömistä kattoo..."<br>L: "no se on aika hyvin..."                                     | Tukeminen (1)                               | VAHVISTAMINEN     |

## Kuvio 12 Potilaan 2 tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot

Potilas itse tunnisti ongelmakseen painonhallinnan ja liiallisen juuston syönnin. Hän turhautui ajoittain painon vaihtelusta. Painon noustessa seuranta-aikana 7 kiloa asiantuntijat eivät kuitenkaan kartoittaneet lihomisen taustalla olleita syitä tai tunteita. Potilaalla muutokseen pyrkiminen ilmeni kuuriluonteisten dieettien pitämisellä, vaikka hän tiedosti ne huonoiksi vaihtoehtoiksi. Hoitaja vaikutti usein neuvottomalta potilaan kertoessa erilaisista kuureistaan. Hoitaja yritti muistuttaa kuitenkin potilasta terveellisestä ruokavaliosta ja pyrki reflektiivisillä kysymyksillä herätellä potilaan omaa käsitystä sopivasta painosta. Painonhallinnassa tavoitteita asetettiin pienin askelin, välitavoitteiden kautta. Tavoite saattoi olla myös painon pysyminen tietyssä lukemassa, eikä aina sen laskeminen.

*Hoitaja: Joo. Oot sä nyt sitten muuta syönyt kun niitä porkkanoita ja vettä?*

*Potilas: Omenoita ja, pellavarouhetta ja...*

*Hoitaja: Hmh.*

*Potilas: ... ja, mutta ruokaa en oo kyllä sitten syönyt.*

*Hoitaja: No, miten sä nyt semmosen kuurin taas oot ottanut?*

*Potilas: No kun mä oon niin lihava.*

Asiantuntijat korostivat tupakoinnin vähentämisen tärkeyttä. Potilas toisinaan kertoi, ettei hän pysty tupakoinnista luopumaan. Tällöin asiantuntija saattoi lopettaa aiheesta keskustelun, mutta teemaan palattiin seuraavalla kerralla. Tupakoinnin määrää ja riippuvuuden astetta kartoitettiin riippuvuustestin ja reflektiivisten kysymysten avulla. Hoitaja esitteli tupakan vieroitushoitovaihtoehtoja, mutta konkreettisia tavoitteita ei asetettu tupakoinnin lopettamiseksi. Hoitaja suositteli tupakoinnin lopettamista vähitellen pienten välitavoitteiden kautta, joihin potilas itse ei juuri sitoutunut. Hän ei itse asettanut yhtään tavoitetta tupakoinnin vähentämiseksi. Tunteiden käsittely jäi myös tämän asian suhteen vähälle.

Potilaalla itsellään oli tavoite liikunnan lisäämiseksi, mutta toisaalta hän ei käytännössä tehnyt mitään tavoitteen saavuttamiseksi. Hänellä oli aina selitykset valmiina, miksei hän ollut liikkunut yhtään. Asiantuntijat eivät kartoittaneet liikkumattomuuden tarkempia syitä tai esitelleet lenkkeilyn tilalle vaihtoehtoisia liikuntamuotoja.

Suunnitelman ja arvioinnin tekeminen myös tämän potilaan kohdalla jäi melko yleiselle tasolle. Suunnitelmat eivät useinkaan lähteneet potilaasta itsestään, vaan asiantuntijat saattoivat ehdottaa muutoksen kokeilemistä. Potilas ei itse joutunut työstämään eri vaihtoehtoja keinoista muutokseen. Arviointia tapahtui mm. lääketieteellisten mitattavien arvojen seurannassa.

#### *5.4.4 Potilas 3 ”Ohjeet vihkoon - potilaan jämäkkä päätös”*

**Potilas 3** on eläkkeellä oleva mies. Hän on reilusti ylipainoinen ja on aiemmin pudottanut painoaan, mutta lihonut uudelleen. Hänellä on verenpainetauti, johon on lääkahoito. Potilas on osallistunut aiemmin painonhallintaryhmään ja kokenut sen hyväksi. Nyt hän oli pudottanut painoaan jo 11 kg ennen ensimmäistä käyntiä hoitajalla. Aineistossamme olivat mukana vain käynnit hoitajan vastaanotolla, ajallisesti 1h 48 min. Potilaan neuvontaketjun käynnit näkyvät kuviossa 13.

|                |       |      |      |
|----------------|-------|------|------|
| Ho             | Ho    | Ho   | Ho   |
| Asiantuntija   |       |      |      |
| 10/00          | 12/00 | 3/01 | 4/01 |
| Kuukausi/Vuosi |       |      |      |
| Ho= Hoitaja    |       |      |      |

### Kuvio 13 Potilaan 3 käynnit asiantuntijalla neuvontaketjun aikana

Potilaan paino laski nopeasti ensimmäisen ja toisen käynnin välissä 13,6 kg. Kokonaispudotus neuvontaketjun aikana oli 18 kg ja laihduttamisen alusta 29 kg. Verensokeritaso oli erinomainen ja tiukan tasapainon vuoksi potilaalla esiintyi toisinaan myös liian alhaisia verensokereita. Hoitaja mittasi aterianjälkeisiä verensokeriarvoja (4,5 -6,5 mmol/l) vastaanotolla. HbA1c vaihteli ensimmäisen käynnin 5,0 %:sta 4,5 % :iin. Verenpaineissa ei ollut kovin suurta vaihtelua välillä 162-140/ 86-80 mmHg (taulukko 9). Verenpainelääkitys säilyi ennallaan käyntien aikana.

### Taulukko 9 Potilaan 3 neuvontaketjun aikaiset lääketieteelliset arvot

|                   | 1/Ho   | 2/Ho   | 3/Ho   | 4/Ho   |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Verenpaine</b> | 162/86 | 140/80 | 154/82 | 150/80 |
| <b>Paino</b>      | 122,2  | 108,6  | 104,5  | 104,2  |
| <b>HbA1c</b>      | 5,0%   | 4,8%   | 4,5%   | -      |

Ho= Hoitaja

Tavoitteita asetettiin yhteensä 29. Hoitaja asetti tavoitteita (19/29) monipuolisesti eri sisältöalueista. Tavoitteita asetettiin eniten ruokavaliosta, myös verenpaine ja verensokeri olivat merkittäviä alueita. Potilas asetti vain kaksi tavoitetta, painonhallinnasta ja lääkityksestä. Yhdessä asetettiin eniten tavoitteita (8/29) ruokavaliosta, sen lisäksi myös painonhallinnasta ja lääkityksestä (taulukko 10).

**Taulukko 10** Asiantuntijan, potilaan ja yhdessä asettamat terveysneuvonnan tavoitteet sisältöalueittain

| Sisältöalue    | Hoitaja | Potilas | Yhdessä |
|----------------|---------|---------|---------|
| Verenpaine     | 3       | -       | -       |
| Jalkojen hoito | 2       | -       | -       |
| Verensokeri    | 3       | -       | -       |
| Ruokavalio     | 10      | -       | 5       |
| Painonhallinta | 1       | 1       | 2       |
| Lääkitys       | -       | 1       | 1       |

Potilaan kohdalla käytetyt tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot esitetään kuviossa 14. Hoitaja asetti tavoitteita eniten ei-personoitujen ohjeiden muodossa (9/29) ”... korkeintaan kaks kertaa viikossa. Enempää ei sitä kananmunaa...” Potilas itse halusi selkeitä, konkreettisia ohjeita ja hoitaja kirjoitti ne usein vihkoon. ”Kato, mä kirjoitin sulle päivän ruokarytmiä nyt tähän...” Personoituja kehotuksia annettiin mm. verenpaineen seurannasta. ”... kahen viikon välein käyt siellä verenpainemittauksessa ja ...” Hoitaja tuki potilaan päätöksiä vahvistamalla hänen suunnitelmia ”Niin, niin sitten sitä monipuolisuutta sen takia, että jaksat jatkaa ku tarkoituksena ei oo pitää kuuria...” Potilas itse asetti jämäkän päätöksen painonpudotuksesta. ” ... vielä se sata tavoitteena...”

Potilas oli jo tehnyt päätöksen laihduttamisesta ennen ensimmäistä vastaanottokäyntiä ja paino oli jo pudonnut merkittävästi. Hän oli laihduttanut aiemminkin ja tiesi minkälainen laihdutustyyli ja -nopeus hänelle olisivat parasta. Asiantuntija kuunteli potilaan kertomaa tarinaa ja kunnioitti potilaan omia toivomuksia ja tavoitteita. Toisaalta, kun paino putosi aluksi nopeasti ja ruokavalio muuttui liian yksipuoliseksi, hoitaja joutui puuttumaan ruokavalioon. Hän antoi ohjeita monipuolisesta ruokavaliosta ja suositteli välillä energiamäärän lisäämistä. Hoitaja kirjoitti ohjeet usein potilaalle vihkoon. Ohjeet toimivat potilaalle kotona runkona ja laihdutuksen tukena. Potilas ei mitannut itse verensokereitaan, vaan hoitaja mittasi ne vastaanotolla. Verensokerit menivät toisinaan matalaksi, mutta potilas tunnisti nämä oireet.

| ALKUPERÄINEN ILMAUS   | PELKISTETTY ILMAUS                          | ALAKATEGORIA      |
|---|---|-------------------|
| "Vettä pitää juoda se puoltoista kaks litraa"                                     | Ei-personoitu ohje (9)                      | OHJE              |
| "Eli muutaman tunnin välein otat semmoista ruokaa missä..."                       | Personoitu ohje (1)                         |                   |
| "Että nyt ku kesäkuun lopulle laitan ajan, niin tuota pari kiloo siihen mennessä" | Personoitu kehotus (7)                      | KEHOTUS           |
| "...muuta ku niitä imeliä et syö..."  | Määräys (2)                                 |                   |
| H: "...pikkuisen monipuolistat tai lisäät niitä hiilihydraatteja"                 | Asteittain etenevä reflektion herättely (5) | REFLEKTIO         |
| "Vielä se sata tavoitteena..."  | Jämäkkä päätös (1)                          | MUUTOKSEN ILMAISU |
| "Nyt ei ole yksistään tämä painonpudotus, vaan tämän lääkkeen vähentäminen.."     | Aikomus (1)                                 |                   |
| "Perusrasva on se tärkeä joka ilta rasvata"                                       | Tukeminen (3)                               | VAHVISTAMINEN     |

#### Kuvio 14 Potilaan 3 tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot

Potilaalla ei juuri esiintynyt negatiivisia tunteita sairauden hoitoa kohtaan. Joskus hän ihmetteli oman psyykelaäkkeen tarpeellisuutta ja toivoikin sen annoksen vähentämistä. Toisinaan potilas koki syyllisyyttä, jos ruokavalio oli repsahnut. Hän suhtautui asiaan kuitenkin huumorilla, eikä hoitajakaan häntä tuominnut.

*Potilas: ... mutta baarin tytöt teki mulle oikein ison piimäkakun*

*Hoitaja: Elä, no voi vitsi.*

*Potilas: Ja tota, mähän söin sen, junttasin sen pääsiäisen aikaan, niin yölläkin piti käydä kuule, niin kauhea oli se himo...*

*Hoitaja: Niin kun se nyt on siinä, ei se siitä, siihen yhteen piimäkakkuun se elämä kaadu.*

Potilas asetti itse selkeät tavoitteet painon pudotukselle ja kilomäärälle. Tämä hänen jämäkkä päätös auttoi tavoitteeseen pyrkimiseen. Potilaan verenpaine ja verensokeriarvot pysyivät hyvinä seurantajakson aikana. Pitkäaikaissokeri laski jopa turhankin matalalle, johtuen tiukasta ruokavaliosta. Hoitajan tavoitteena oli antaa potilaalle tietoa monipuolisesta ruokailusta, jotta liian matalat verensokeriarvot vältettäisiin.

Painonhallinnan suhteen laadittiin lyhyen- ja pitkänaikavälin tavoitteita. Hoitaja muistutti potilasta painonpudotuksen vaihtelusta ja korosti painonhallinnan tärkeyttä. Paino ei aina putoa suoraviivaisesti ja tasannevaiheet kuuluvat asiaan. Potilaan kohdalla painottui tavoitteenasettelussa painonhallinta ja lääkityksen vähentäminen. Metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen hoito pohjautuu usein painonpudotukseen ja liikunnan lisäämiseen. Ehkä tästä syystä verensokerin seuranta ei potilaan kohdalla korostunut.

Tavoitteenasettelun arviointia tapahtui neuvontaketjun aikana esimerkiksi palautteen antamisen muodossa. Hoitaja kartoitti potilaan tekemiä valintoja muutoksen takana, esimerkiksi miten hän oli muuttanut ruokavaliota tai oliko liikuntaa lisätty. Arviointia tapahtui neuvontaketjun joka vaiheessa.



## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi käsittää koko tutkimusprosessin. Tutkimusprosessin tarkasteluun kuuluvat lähestymistavan, metodin valinnan, aineiston keruun ja analysoinnin ja tutkimusraportin luotettavuuden tarkastelu. Tärkeää on myös arvioida tutkijan subjektiivisuutta sekä tehtyjä ratkaisuja prosessin aikana. (Eskola & Suoranta 1998.) Parityöskentely lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska arviointia voitiin tehdä prosessin jokaisessa vaiheessa yhdessä.

Lähestymistapa työssämme on tapaustutkimus. Tapauksena työssämme on kolmen potilaan kahden vuoden aikaiset neuvontaketjut, joilla tarkoitamme potilaan käyntejä asiantuntijoiden luona. Tapaustutkimus soveltui tähän työhön, koska sen avulla saimme syvällisempää tietoa terveysneuvonnan tavoitteista. Kolmen potilaan neuvontaketjuista muodostui 27 tapausta, jotka kuvasivat terveysneuvonnassa tapahtuvaa tavoitteenmäärittelyä. Neuvontaketjun valinta tapaukseksi perustui teoreettiseen ja käytännölliseen mielenkiintoon.

Analyysimetodina käytimme sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin etenemisen olemme kuvanneet tarkasti kohdassa 4.3, jotta lukijan on mahdollista seurata tutkijoiden päättelyn etenemistä. Pyrimme analyysin avulla saamaan tavoitteenasettelusta kuvauksen tiivistetyssä muodossa. Ensimmäisessä vaiheessa analyysin avulla muodostimme terveysneuvonnan tavoitteita kuvaavat kategoriat. Toisessa vaiheessa tarkastelimme neuvontakeskusteluiden tavoitteita tapauksittain. Olemme tarkastelleet aineistoa useita kertoja lähestyen tavoitteenasettelua eri tutkimuskysymysten avulla.

Käytössämme oli valmis aineisto, joten sen keruuseen emme voineet vaikuttaa. Aineistomme on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella toteutettavaa seurantatutkimusta. Tutkimuslupa oli hyväksytty asianmukaisesti ko.

sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa. Valmis aineisto alussa nopeutti tutkimusprosessin käynnistymistä ja pystyimme aloittamaan analyysin jo melko varhaisessa vaiheessa. Huomasimme kuitenkin, että valmis aineisto rajoitti tutkimuskysymysten määrittelyä, emmekä pystyneet analysoimaan esimerkiksi muutokseen vaikuttavia tekijöitä. Mikäli olisi ollut mahdollista haastatella potilaita seurantajakson aikana tai sen jälkeen, olisimme voineet arvioida terveysneuvonta prosessia eri näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan käyttäen Mäkelän (1990) esittämiä laadullisen analyysin arviointiperusteita. Kriteereinä ovat aineiston merkittävyys, aineiston riittävyys, analyysin kattavuus ja analyysin arvioitavuus. *Aineiston merkittävyyden* yhteydessä Mäkelä (1990) korostaa, että tutkijan on osattava puolustaa oman aineiston analysoimisen arvoa ja kulttuurista paikkaa. Aineisto kuvaa mielestämme hyvin terveysneuvonnan toteutumista ja hoitokulttuuria perusterveydenhuollossa.

*Aineiston riittävyyden* arvioimiseksi ei laadullisessa tutkimuksessa voida käyttää samanlaisia mittalukuja kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Yksi keino riittävyyden arvioimiseksi on saturaatio eli kylläntyminen; aineiston analysointi voidaan lopettaa, kun uudet tapaukset eivät tuo enää tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan aluksi analysoida pieni aineisto ja laajentaa sitä tarvittaessa. (Mäkelä 1990, Eskola & Suoranta 1998.) Omassa työssä etsimme tavoitteita aluksi kahden potilaan neuvontaketjuista, mutta lisäsimme vielä aineistoon yhden potilaan neuvontaketjut. Mielestämme emme saaneet aluksi riittävää kuvaa sisällöllisestä tavoitteenasettelusta, mutta kolmannen potilaan kohdalla tavoitteet vaikuttivat jo toistavan samoja sisältöalueita. Tämä on toki myös luonnollista, koska terveysneuvonnan ja hoidonohjauksen taustalla on olemassa valtakunnallisia suosituksia kuten DEHKO:n tavoitteet.

*Analyysin kattavuudella* tarkoitetaan, että tutkija ei perusta tulkintojaan satunnaisiin poimintoihin (Mäkelä 1990). Luimme kaikki tekstit useampaan kertaan, yhdessä ja erikseen, joten tavoitteiden havainnointi oli systemaattista. Pyrimme löytämään litteroinneista kaikki tavoitteet merkitsemällä ne tekstiin. Olimme tarkasti määritelleet

tavoitteen ja kuinka esimerkiksi erotamme ne ohjeista. Tavoitteiden määrittäminen on ollut osittain sidottu tutkijoiden näkökulmaan, toinen tutkija olisi ehkä joidenkin tavoitteiden kohdalla tulkinnut ne toisin.

*Analyysin arvioitavuudella* tarkoitetaan, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä koko analyysiprosessin ajan. Aineiston analyysin luotettavuuden arvioimiseksi tutkijan tulee kirjata ja perustella omat luokitteluperusteensa. Tutkijan tulee esittää analyysin tueksi riittävästi alkuperäisilmauksia esimerkiksi tutkittavien suoria lainauksia, sillä analyysin luotettavuus syntyy empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten yhteen sopivuudesta. (Mäkelä 1990.) Tässä työssä sisällönanalyysin tekeminen pyritään kuvaamaan yksityiskohtaisesti, jotta lukija voi seurata päättelyä. Lisäksi olemme halunneet suoraan lainauksin kuvata aineistosta löytyneitä tavoitteiden sisältöalueita. Luokitteluperusteet on pyritty kuvaamaan niin, että toinen tutkija voisi päätyä samoihin tuloksiin.

Tulkinta ei kuitenkaan täysin ole toistettavissa eikä siirrettävissä toiseen kontekstiin, koska laadullisesti tuotettuun tulkintaan vaikuttavat aina tutkijoiden omat näkemykset ilmiöstä (Denzin 1994). Tutkijoiden mielenkiinto tyyppin 2 diabetekseen ja terveysneuvontaan on peräisin työskentelystä terveydenhuollon ammattilaisina. Olemme työssämme havainneet, miten vaikeaa toisinaan on ohjata tai löytää keinoja terveysneuvontaan. Meillä on ollut mahdollisuus hyödyntää tutkimusta tehdessä omaa aikaisempaa tietämystä ja toisaalta kyseenalaistaa sitä.

Ennako-oletukset ovat aina mukana tulkintaprosessissa. Vaikka olemme pyrkineet lähtemään tutkimukseen aineistolähtöisesti, omat aikaisemmat tiedot ja kokemukset vaikuttavat taustalla tulkinnassa. Esimerkiksi sisältöalueiden muodostumiseen ovat vaikuttaneet hoidonohjauksen yleiset termit ja käsitteet. Toisaalta työskenneltyämme itse pitkään terveydenhuollossa diabetestyössä olemme joutuneet pohtimaan omaa objektiivisuutta tutkijoina. Olemme pyrkineet tietoisesti eroon omasta työkokemuksesta johtuvasta värityksestä näkemyksestä, mutta olemme myös ymmärtäneet tämän läsnäolon välttämättömyyden. Olemme mielestämme myös osanneet tulkita laajemmin neuvontatilanteita ja kontekstia juuri työkokemuksemme avulla.

Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen, teorioiden tai menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa. Samaa kohdetta voi olla tutkimassa myös useampi tutkija. (Eskola & Suoranta 1998, Janhonen & Nikkonen 2001.) Tässä tutkimuksessa on kyse aineistotriangulaatiosta, koska käytettävissä on ollut sekä litteroidut että videoidut neuvontakeskustelutilanteet. Videonauhat toivat lisäulottuvuutta litterointeihin, kuva selkeytti tekstin sisältöä ja sen avulla korjasimme myös muutaman väärin ymmärretyn kohdan. Pelkkä litterointi antoi toisinaan melko pelkistetyn kuvan terveysneuvontatilanteesta, kun videokuva pehmensi tilannetta. Nonverbaalisen viestinnän avulla saimme mm. tietoa neuvontatilanteen ilmapiiristä. Työssämme voidaan puhua myös tutkijatriangulaatiosta. Tutkijoita on kaksi, joten tutkimusprosessin eri vaiheissa neuvottelimme havainnoista ja tulkinnoista. Olemme myös saaneet kommentteja yliopiston tutkijaryhmän jäseniltä, jotka ovat perehtyneet aineistoon.

Laadullisessa tutkimuksessa ei aineistosta tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Tavoitteena on kuitenkin tutkimalla riittävän tarkasti yksittäistä tapausta saada näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2000.) Tässä tutkimuksessa pätevyysalue on rajoittunut näihin tapauksiin ja tilanteisiin, joten tuloksia ei voi yleistää kaikkeen terveysneuvonnan tavoitteenasetteluun. Tutkimustuloksista voidaan havaita kuitenkin terveysneuvonnan tavoitteenasettelun tyypillisiä piirteitä ja niitä voidaan hyödyntää monenlaisessa terveysneuvontatyössä.

Kvantifioidut määrät tavoitteista antoivat analyysin tulkinnalle merkittävää informaatiota. Saimme jokaiseen tutkimuskysymykseen syvyyttä tavoitteiden painottumisesta. Määrällistä analyysia ei voi verrata täysin potilaskohtaisesti, koska heillä oli eri määrät käyntejä asiantuntijoiden vastaanotoilla.

## 6.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa päätuloksiksi muodostuivat tavoitteenasettelun sisältöalueet, tavoitteenasettajat ja vuorovaikutukselliset keinot tyyppin 2 diabeetikon terveysterveystieteessä. Löysimme terveysterveystietokeskusteluista 11 alakategoriaa ja 3 yläkategoriaa. Yhdistäväksi kategoriaksi muodostui tyyppin 2 diabeteksen hoidon tavoitteet (kuviokuva 7).

### 6.2.1 Kenen toimesta tavoitteet asetetaan?

Havaitimme, että tavoitteita asettivat asiantuntija, potilas sekä molemmat yhdessä. Aineistossa painottui määrällisesti eniten asiantuntijan (hoitaja, lääkäri, ravitsemussuunnittelija) asettamat tavoitteet, joita oli lähes kymmenen kertaa enemmän kuin potilaan asettamia tavoitteita. Yhdessä asetettiin vain viidennes kaikista tavoitteista ja potilaat itse asettivat tavoitteita vähän. (kuviokuva 6.)

Terveysterveystietokeskustelun tavoitteenasettelu oli neuvontaketjun alussa *asiantuntija*-painotteista, koska tuolloin neuvontatilanne usein vaati sitä. Potilaat olivat vastasairastuneita ja tarvitsivat usein konkreettista tietoa tavoitearvoista ja hoidon seurannan merkityksestä. Sairauden alkuvaiheessa potilailla ei ehkä ollut mahdollisuuksia asettaa omalle hoidolle ja sairaudelle konkreettisia tavoitteita tuntematta sairauden hoitoa tai sen vaikutuksia elämäänsä. Asiantuntijapainotteinen terveysterveystietokeskus on usein tiedonsiirtoa asiakkaalle, jolloin yksilön toimintaan pyritään vaikuttamaan mm. kieltojen ja ohjeiden avulla. Ongelmien oletetaan korjaantuvan asiantuntijan avulla. (Poskiparta 1997.) Usein potilaat odottavat asiantuntijoilta ohjeita ja tavoitteita. He luottavat hoitohenkilökuntaan sairauden ja hoitamisen ammattilaisina. Tämä luo myös potilaille tilanteessa usein turvallisuuden tunteen. Neuvontaketjun edetessä asiantuntijan tulisi kuitenkin mielestämme antaa potilaalle mahdollisuus omien tavoitteiden asettamiseen. Asiantuntija siirtyy tällöin enemmän taustalle oppimisen mahdollistajaksi.

Tavoitteenasettelu *yhdessä* tarkoitti reflektiivistä keskustelua, jonka tuloksena syntyi konkreettinen tavoite. Nämä keskustelut lähtivät liikkeelle sekä potilaan että

asiantuntijan aloitteesta. Yksi ravitsemussuunnittelija käytti reflektion herättelyä muita ammattilaisia enemmän ja tämä kuvaa erilaisten ammattilaisten persoonallisia työskentelytapoja. Reflektiota käytettiin neuvontaketjujen aikana useammin, kuin mitä niistä syntyi tavoitteita. Usein kysymyksien avulla heräteltiin potilasta miettimään omaa käyttäytymistä tai tapaa toimia. Esimerkiksi tupakanpoltosta potilasta heräteltiin miettimään omia tunteita vähentämisen tai lopettamisen suhteen. Keskustelu saatettiin lopettaa sillä kertaa, jotta potilas jäisi harkitsemaan asiaa. Poskiparran (1997) mukaan yhdessä oppiminen on vastavuoroista, vuorovaikutuksellista toimintaa, jonka tavoitteena on itsereflektion herättely sekä oman toiminnan uudelleen arviointi. Ongelmien ja tunteiden tunnistaminen on prosessi, jonka seurauksena potilas voi myöhemmin määrittää tavoitteen elämäntapojen muuttamiseen.

*Potilaat* itse asettivat tavoitteita vähän. Ne koskivat lähinnä elämäntapoihin liittyviä asioita kuten ruokavaliota, liikuntaa ja painonhallintaa. Yksi potilas asetti lääketieteellisen tavoitteen, muun lääkityksen vähentämisen ja elämänhallintaan liittyvän tavoitteen sairauteen sopeutumisesta. Toisinaan potilaan asettamat tavoitteet eivät olleet realistisia tai saavutettavissa olevia, tällöin asiantuntija pyrki jakamaan tavoitteen pienempiin osiin, jotta se olisi helpompi saavuttaa. Potilaskeskeinen terveystieteellinen kasvatusta korostaa potilaan rationaalisuutta ja vapautta tehdä itsenäisiä valintoja. Terveystieteellisen kasvatuksen tavoitteena on tietojen välittäminen ja arvojen selkeyttäminen. Potilas on asiantuntijan avulla vastuussa ongelmien tunnistamisesta ja ratkaisusta. (Poskiparta 1997.) Potilaan asettaessa itse tavoitteita, kiinnostus lähtee tällöin omasta motivaatiosta, jolloin tavoitteisiin sitoutuminen on yleensä parempaa.

Jokaisella tavoitteenasettajalla on paikkansa neuvontaketjussa. Perinteisesti asiantuntijajohtoisella terveystieteellisellä neuvonnalla on ollut vahva asema hoitokulttuurissa. Muutos kohti potilaskeskeistä ja yhdessä tapahtuvaa terveystieteellistä neuvontaa ei tapahdu välttämättä nopeasti, vaan vaatii niin hoitohenkilökunnalta kuin potilailta uudenlaisia asennoitumista. Potilas pystyy itsenäiseen päätöksentekoon ja tavoitteenasetteluun vasta kun hänellä on riittävästi tietoa tai kokemusta päätösten tueksi. Asiantuntijoiden tulisi esittää potilaalle neutraalisti erilaisia hoitoon liittyviä vaihtoehtoja sekä niiden

vaikutuksia elämään, jotta potilas pystyisi vaikuttamaan omiin elämäntapoihinsa ja valita omien arvojensa mukaisen toiminnan (Kettunen 2001).

### *6.2.2 Millaisista terveysneuvonnan sisältöalueista tavoitteita asetetaan?*

Tavoitteenasettelussa löysimme 11 sisältöaluetta, jotka nimesimme alakategorioiksi. Näitä olivat ruokavalio, tupakointi, liikunta, painonhallinta ja jalkojenhoito, jotka muodostivat elämäntapa yläkategorian. Verenpaine, verensokeri, rasva-arvot ja muu lääkitys luokiteltiin lääketieteellinen yläkategorian alle. Yhteiskunnalliset tekijät ja sairauteen sopeutuminen muodostivat elämänhallinta yläkategorian. Näistä muodostimme yhdistävän kategorian, joka nimettiin tyypin 2 diabeteksen hoidon tavoitteet. (kuvio 7.)

*Elämäntapaan* liittyvät tavoitteet olivat usein hoito-ohjeiden kaltaisia, jolloin sisältöalueista keskusteltiin, mutta konkreettisia tavoitteita tai aikatauluja ei aina sovittu. Ruokavaliota koskevat tavoitteet olivat mm. hiilihydraattien ja rasvan määrä tai laatu, tasainen ateriarytmi ja monipuolinen ruokavalio. Ruokavalioon liittyvät asiat olivat esillä kaikkien asiantuntijoiden vastaanotolla ja konkreettisia tavoitteita perusteltiin usein lääketieteellisillä faktoilla.

Liikuntaan liittyviä tavoitteita asettivat kaikki asiantuntijat, mutta määrällisesti vähän, vaikka se on yksi tyypin 2 diabeteksen hoidon perusteista. Tavoitteet jäivät ylimalkaiselle tasolle, yhtään konkreettista tavoitetta esimerkiksi liikunnan määrästä tai muodosta ei sovittu. Potilaat asettivat itse vähän liikuntaan liittyviä tavoitteita ja antoivat liikkumattomuudelle selityksiä, kuten lenkkeilyn lopettamisen syyksi nivelkivut. Tällöin asiantuntija olisi voinut ehdottaa vaihtoehtoisia liikuntamuotoja.

Painonhallinnan tavoitteet olivat myös hyvin yleisellä tasolla. Tavoitteita asettivat asiantuntija, potilas ja molemmat yhdessä. Asiantuntijoiden vastaanotolla selkeitä kilomääriä, aikatauluja tai välitavoitteita ei asetettu kovinkaan usein. Kuitenkin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja komplikaatioiden ehkäisyssä on painonhallinnalla merkittävä osuus (Tuomilehto ym. 2001). Potilaan asettamia

tavoitteita oli melko vähän ja yksi potilas kieltäytyi jopa menemästä puntariin, vaikka toisaalta toi neuvontaketjun aikana esille toiveen laihtumisesta. Potilaan kieltäytyminen lopetti yleensä kaiken keskustelun painonhallinnasta. Negatiivisiin tunteisiin puuttuminen olisi saattanut mahdollistaa tavoitteenasettelun ja potilaan paremman sitoutumisen hoitoonsa. Elämäntapoihin liitetään myös alkoholin käyttö. Tutkimuksessa aihetta käsiteltiin vähän, ainoastaan yhden potilaan kohdalla sivuttiin tätä aihetta.

Jalkojen hoitoon liittyvät tavoitteet olivat usein hoito-ohjeen kaltaisia. Asiantuntija asetti tavoitteita omalle hoidolle ja komplikaatioiden ehkäisylle. Yksi potilas kävi hoidonohjauskurssilla jalkojenhoitajan luennolla, joten hoitaja ei käsitellyt aihetta vastaanotolla. Kahden muun potilaan kohdalla jalkojen hoito oli esillä vastaanottokäynneillä.

*Lääketieteellisiä* tavoitteita asetti pääasiassa asiantuntija koskien mm. tavoitearvoja ja seurannan tiheyttä. Verenpainearvoja seurattiin lähes joka käynnillä. Mittaustiheydestä asetettiin joskus selkeitä aikatavoitteita, mutta myös kehotuksia. Mittaustiheyden ja seurannan tärkeydestä ei potilaalle aina esitetty perusteluja. Korkeisiin arvoihin ei aina puututtu ja potilaat selittelivät niitä stressillä tai valvomisella. Verenpaineeseen vaikuttavia elämäntapatekijöitä ei kartoitettu tarkemmin, eikä potilaalle selvitetty millä tekijöillä hän itse voisi verenpainearvoihin vaikuttaa.

Verensokereista tavoitteita asetettiin asiantuntijakeskeisesti mm. mittaustiheydestä ja tavoitearvoista. Omaseuranta on eräs tärkeimmistä diabeteksen hoidon kulmakivistä. Potilaiden tulisi jo varhaisessa vaiheessa oppia mittaamisen avulla liikunnan, ruokavalion ja lääkityksen yhteys verensokereihin. Kahdelle potilaalle opetettiin verensokerimittarin käyttö. Verensokerin omaseurannan merkitystä ei perusteltu aina potilaille. Yksi potilas ei mitannut moneen viikkoon sokereitansa, mutta asiaan ei puututtu. Samoin korkeita verensokereita saatettiin vähätellä. Potilas sai jopa neuvon, että ei kannata mitata, jos arvo on yli 20 mmol/l. Potilailla pysyi HbA1c arvo hyvänä ja ehkä tämän vuoksi verensokerin mittaamiseen ei niin puututtu tehokkaasti.



Tyypin 2 diabeetikolla on 2-4 -kertainen riski kuolla sydän- ja verisuonitauteihin (Yki-Järvinen 1999). Tämän vuoksi sepelvaltimotaudin riskitekijöihin tulisi puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Veren rasva-arvoihin kiinnitettiin vain yhden potilaan kohdalla huomiota, mutta selkeitä tavoitearvoja ei asetettu. Ruokavalioneuvonnassa painotettiin sydänystävällisen ruuan merkitystä ja koostumusta, mutta konkreettista yhteyttä tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien välillä ei tuotu esille.

*Elämönhallintaan* liittyvät tavoitteet koskivat yhteiskunnallisia tekijöitä ja sairauteen sopeutumista. Näitä tavoitteita asetettiin määrällisesti vähän. Yhteiskunnallisiin tekijöihin otettiin kantaa yhden potilaan kohdalla. Hoitaja halusi painottaa hyvän hoidon merkitystä pidemmällä aikavälillä. Lisäsairauksien ehkäisyllä ja hyvällä hoitotasapainolla saavutetaan myös yhteiskunnallista säästöä. Tyypin 2 diabeetikoiden määrän lisääntyminen tulevaisuudessa vaatii yhteistyön tehostamista eri hoito-organisaatioiden ja sektoreiden välillä.

Sairauteen sopeutuminen voi olla potilaalle aikaa vievä prosessi. Sairastuminen voi aiheuttaa potilaalle toisinaan kriisin ja herättää erilaisia tunteita. Yhden potilaan kohdalla sairauden monimuotoisuuden tiedostaminen aiheutti ahdistusta. Häntä pelotti sairauden vakavuus ja sen pitkäaikaisuus. Potilas toi tunteitaan esille, mutta niihin ei aina puututtu. Potilaille tulisi antaa tilaa kertoa omaa tarinaansa ja samalla mahdollisuus tunnistaa ongelmia. Aina eivät asiantuntijat kuuntele tarinaa loppuun, vaan tekevät tulkintoja keskeneräisestä kertomuksesta. Näin potilaan oma reflektio saattaa jäädä kesken. Pitkäaikaissairaana kohdalla olisi tärkeä kiinnittää elämönhallintaan ja -laatuun huomiota. Hännisen ym. (1998) mukaan tyypin 2 diabeetikoiden elämänlaatu on toisinaan heikentynyt esimerkiksi lisäsairauksien vuoksi. Toisinaan diabetes voi vaikuttaa elämänlaatuun myös positiivisesti. Elämäntavat voivat muuttua terveellisemmiksi esim. liikunnan lisäämisellä ja uudenlaisilla ruokailutottumuksilla. Opittuaan elämään sairauden kanssa se voi muuttua osaksi elämäntapaa.

### *6.2.3 Miten tavoitteen asettaminen vuorovaikutuksellisesti rakentuu?*

Tavoitteenasettelun vuorovaikutukselliset keinot jakautuivat viiteen alakategoriaan, jotka ovat ohje, kehotus, muutoksen ilmaisu, vahvistaminen ja reflektio. Ohjeet käsittivät personoidut ja ei personoidut ohjeet. Ne perustuivat usein suosituksiin ja hoitokäytäntöihin. Kehotus koostui personoidusta ja ei personoidusta sekä yhteisyyttä rakentavasta kehotuksesta. Tähän sisältyi myös määräys. Kehotus tarkoitti toimintaan tai käyttäytymiseen liittyvää tavoitetta. Potilaan jämäkkä päätös ja aikomus kuvasivat muutoksen ilmaisuja. Asiantuntijan tuesta muodostui vahvistamisen alakategoria. Reflektion alakategoria muodostui pelkistetyistä ilmauksista reflektion herättelystä. Yläkategorioiksi muodostuivat keinot toimintaan ja tavoitteen tunnistaminen. (kuvio 8.)

Asiantuntijat käyttivät tavoitteenasettelussa eniten kehotuksia, ohjeita ja vahvistamista. Nämä kolme vuorovaikutuksellista keinoa painottuivat kaikkien kolmen potilaan kohdalla. Ei personoituja ohjeita oli kaikkien kohdalla selvästi personoituja ohjeita enemmän, tällöin ohjeet annettiin passiivimuodossa. Kehotuksissa oli puolestaan personoituja enemmän. Näiden molempien avulla pyrittiin antamaan keinoja toiminnan tai elämäntapojen muuttamiseksi. Ihmettelimme passiivimuodon yleistä käyttöä neuvonnassa ja tavoitteenasettelussa. Tuolloin ohjeet ja kehotukset eivät kohdistu suoraan potilaalle, vaan jäävät yleiselle tasolle. Tavoitteenasettelussa saatettaisiin saada parempia tuloksia, jos ne personoitaisiin.

Tukemista käytettiin tavoitteenasettelussa vähän. Potilaan ollessa epävarma omista ongelmanratkaisukeinoistaan asiantuntija voisi tukemisen avulla vahvistaa potilaan aikoja ja päätöksiä. Mielestämme tukemista ja vahvistamista tulisi käyttää enemmän, jotta mahdollistettaisiin potilaan omien voimavarojen hyödyntäminen ja tavoitteenasettelu. Empowerment -lähestymistapa korostaa potilaan omia ratkaisuja ja valintoja oman sairautensa sekä elämänhallinnan suhteen. Empowerment-lähtöinen ohjaus perustuu demokraattisuuteen, jaettuun vastuuseen ja sisäisen motivaation vahvistamiseen. (Anderson ym. 1991.)

Reflektio tarkoittaa omien kokemusten tarkastelua suhteessa aikaisempiin ihmettelyyn ja kysymysten avulla. Tavoitteena on löytää uudenlainen ymmärrys ja asioiden jäsentyminen. (Mezirow 1995.) Reflektion avulla potilasta heräteltiin miettimään omia kokemuksia ja käsityksiä, jotta hän ymmärtäisi niiden merkityksen elämäntapamuutoksissa. Reflektiossa tarvitaan usein asiantuntijan apua, jotta potilas löytäisi uudenlaisia tapoja toimia tai keinoja muuttaa vanhoja toimintamalleja. Tällaista työskentelytapaa käytettiin neuvontaketjujen aikana ajoittain. Tässä havaitsimme persoonallisia eroja, toiset asiantuntijat käyttivät reflektion herättelyä neuvonnassaan selkeästi enemmän kuin muut.

Muutoksen ilmaisu oli potilaan oma aikomus tai jämäkkä päätös muutoshalukkuudesta. Potilaat ilmaisivat näitä melko vähän. Potilaiden omia aikomuksia tai tavoitteita olisi tärkeä huomioida aktiivisemmin ja työstää reflektiivisellä tavalla eteenpäin. Potilaan ilmaistessa aikomuksiaan hän on jo työstänyt elämäntapamuutoksia, ollen muutosprosessissa tuolloin lähellä valmistautumisvaihetta (kuviokuva 4). Toisinaan potilailla oli epärealistisia tavoitteita, jolloin asiantuntijat kyseenalaistivat niitä. Tässä saattaa olla vaarana, että potilaan muutoshalukkuus vaimennetaan.

Ongelmien ja tavoitteiden tunnistaminen ei ole aina yksinkertaista. Anderson ja Funnell (2000) korostavat ongelmanratkaisumallissaan, että ongelmien tunnistamiseen liittyy läheisesti myös omien sairauteen liittyvien tunteiden tarkastelu. Tunteiden sivuuttaminen voi jättää ongelmat ratkaisematta ja negatiiviset tunteet sairautta kohtaan voivat olla esteenä itsehoidolle. Asiantuntijan tulisi antaa potilaalle mahdollisuus ongelmien ja tunteiden tunnistamiseen. Usein asiantuntijalla voi olla vaikeuksia käsitellä potilaan ilmaisemia tunteita tai hänellä ei ole valmiuksia esim. negatiivisten tunteiden kohtaamiseen. Tunteita kartoitettiin tässä aineistossa melko vähän. Toisinaan asiantuntija muutti myös keskustelun suunnan potilaan ilmaistessa pahaa oloansa tai pelkoja.

Andersonin ja Funnellin (2000) mukaan tavoitteiden tulisi olla diabeetikoiden omia. Toisen asettama tavoite voi toisinaan aiheuttaa vastustusta. Terveysneuvontatyössä olisikin tärkeä löytää samansuuntaiset tavoitteet yhdessä potilaan kanssa.

Suunnitelman teon yhteydessä olisi tärkeää tarkastella eri vaihtoehtojen hyviä ja huonoja puolia sekä soveltuvuutta elämäntilanteeseen. Potilas voi itse esittää keinoja ja asiantuntija tarvittaessa täydentää omilla ehdotuksillaan. Suunnitelmia tavoitteen saavuttamiseksi tehtiin vähän ja eikä erilaisia vaihtoehtoja selkeästi puntaroitu. Usein esitettiin vain yksi keino tavoitteen saavuttamiseksi ja monesti välitavoitteet puuttuivat kokonaan. Elämäntapamuutosten kohdalla usein tavoitteet saavutetaan paremmin pienten muutosten ja välitavoitteiden kautta.

Yhteiset tavoitteet eri asiantuntijoiden välillä ja niiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan yhtenäistäisivät työtä ja antaisivat potilaalle tunteen hoidon jatkuvuudesta. Terveysneuvontaa voitaisiin kehittää huolellisella kirjaamisella ja yhtenäisellä hoitosuunnitelmalla, jonka toteutumista seurattaisiin. Perusedellytys saumattomille neuvontaketjuille ja tavoitteiden etenemisen seurantaan on myös se, että toisen asiantuntijan kirjaaminen luetaan. Tutkimuksessa havaitsimme, että toisinaan asiantuntijat eivät perehtyneet edelliskäyntien kirjauksiin. Potilaat joutuivat jopa kertomaan asiantuntijan vaihtuessa koko sairaushistoriansa ja lääkityksensä uudelleen. Sähköisten sairaskertomusjärjestelmien yleistymisen parantaa osaltaan tiedon kulkua esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Arviointivaiheessa tarkastellaan käytettyjä keinoja ja saavutuksia. Tavoitteen saavuttamattomuus ei tarkoita epäonnistumista, vaan se on tilaisuus miettiä toisenlaista toimintamallia. (Anderson & Funnell 2000.) Arviointia tapahtui melko vähän ja elämäntapamuutosten toteutumatta jäämisen syitä ei tarkasteltu lähemmin. Vaihtoehtoisia toimintakeinoja esimerkiksi repsahdusvaiheissa esiteltiin vähän. Arviointia tulisi tapahtua neuvontaketjun eri vaiheissa. Tutkimuksessa potilaalle annettiin positiivista palautetta hänen onnistuessaan esimerkiksi painonpudotuksessa.

Tyypin 2 diabetes lisääntyy tulevaisuudessa. Tällä hetkellä tyypin 2 diabeetikoita on ainakin 160 000 ja määrän on arvioitu lisääntyvän noin 70 %:lla jo vuoteen 2010. Määrän lisääntyminen voi myös olla arvioitua suurempaa. Samalla kun diabeetikoiden määrä lisääntyy, asiakkaan aktiivinen rooli neuvontaketjussa korostuu ja hoidon laatuvaatimukset kasvavat. Diabeetikon terveysneuvonta koetaan

haastavaksi työksi. Vuonna 2001 tehdyn tutkimusten mukaan diabetestyötä tekevällä hoitohenkilökunnalla on paljon koulutustarpeita koskien konkreettista tietoa, toimintamallien kehittämistä sekä jaksamista työssään. (Himanan & Ilanne-Parikka 2002.)

Tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa korostuvat elämäntapamuutoksiin tähtäävät tavoitteet. Potilaat eivät aina ymmärrä elämäntapamuutosten merkitystä ja motivaatio muutosten tekemiseen saattaa olla huono. Osittain myös hoitohenkilökunnalla voi olla heikko usko elämäntapamuutosten tehoon. Taustalla voivat olla tiedon puute, osaamattomuus ja koetut pettymykset. Aina myöskään potilaan neuvontaan ei ole valmiuksia. (Uusitupa 2001.) Terveysneuvonnan kehittäminen vaatiikin jatkuvaa uuden oppimista ja rohkeutta kokeilla uusia työskentelytapoja.

Tavoitteellisuus kuuluu inhimilliseen toimintaan. Tavoitteiden avulla rakennamme tulevaisuudensuunnitelmia ja ne antavat usein myös toiminnalle merkityksen. (Wallenius 1998.) Tavoitteisiin voidaan edetä pienillä askelilla. Elämässä kaikkia tavoitteita ei koskaan saavuteta, toisinaan hylkäämme ne matkan varrella tai valitsemme uusia. Osa tavoitteista säilyy tavoittamattomina haaveina läpi elämämme.

### **6.3 Jatkotutkimusehdotuksia**

Tulokset ovat kuvaus terveysneuvonnan tavoitteenasettelun sisältöalueista ja vuorovaikutuksellisista keinoista. Metodina tutkimuksessa käytimme sisällönanalyysia. Keskustelun- tai diskurssianalyysin avulla olisi vuorovaikutuksen rakentumista voitu selvittää syvällisemmin, esimerkiksi miten ja missä tilanteissa keskustelu tavoitteenasettelusta käynnistyi ja kuka avasi keskustelun.

Elämäntapamuutosten taustalla olevien tekijöiden selvittäminen aineistosta oli mahdotonta. Mikäli potilaita olisi voitu haastatella ennen ja jälkeen neuvontaketjun, olisi heiltä voinut kysyä syitä muutoksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen.

Teemahaastattelun avulla voitaisiin saada tarkempaa tietoa potilaan muutosvaiheista ja motivaation tasoista.

Tavoitteenasettelun tärkeyttä tulisi korostaa terveysneuvonnassa ja antaa aiheesta koulutusta terveydenhuoltohenkilöstölle. Interventiotutkimuksen avulla voitaisiin selvittää, miten perinteinen terveysneuvonta ja tehostettu tavoitteellinen neuvonta vaikuttavat potilaan elämäntapamuutosten onnistumiseen.

## LÄHTEET

Aalto, A-M. 1999. Diabetes cognitions and social support in the management of diabetes. A cross-sectional study on social psychological determinants of health-related quality of life and self-care among adults with type 1 diabetes. Stakes research report 100. Helsinki: Stakes.

Alberti, K. G. M. M. & Zimmet, P. Z. 1998. Definiton, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Medicine* 15, 539-553.

Anderson, R., Funnell, M., Barr, P.& Dedrick, R., Davis, W. 1991. Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes care*, vol. 14, 584-590.

Anderson, R., Funnell, M., Butler, P., Arnold, M., Fitzgerald, J., & Feste, C. 1995. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, vol.18, (7), 943-949.

Anderson, R. & Funnell, M. 2000. *The art of empowerment. Stories and strategies for diabetes educators.* Virginia. USA: American diabetes assosiation.

Arola, O. & Viikari, J. 2000. Metabolinen oireyhtymä ja koronaarit. Teoksessa A. Harjula (toim.) *Koronaaritaudin ehkäisy ja hoito.* Jyväskylä: Gummerus, 60-71.

Ballou, M.B. Fetter, M.P., Saleh, K.P & Litwack, L., 1992. *Health counselling.* USA: American school health assosiation.

Clark, M. & Hampson, S.E. 2001. Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient education and counseling* 42, 247-256.

Denzin, N.K. 1994. The art and politics of interpretation. In N.K Denzin & Y.S. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research*. California: Thousand Oaks, Sage publications, 500-515.

Diabetesliitto, 1995. *Diabeteshoitajan opas. Hoidonohjauksen käsikirja*. Tampere: Suomen Diabetesliitto.

Diabetesliitto, 2000. *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010*. Tampere: Diabetesliitto.

Diabetesliitto, 2001. *Mikä nyt neuvoksi? Opas tyyppin 2 diabetesriskin hallintaan*. Tampere: Diabetesliitto.

Eriksson, K. F. & Lindgärde, F. 1991. Prevention of Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. *Diabetologia* 34, 891-898.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Forsen, T. & Eriksson, J. 2001. Ohjelmoituvatko aikuisiän sairaudet sikiöaikana ja lapsuusiässä? *Suomen lääkärilehti* 10, 1145-1147.

Greenberg, J. S. 1992. *Health education: Learner- centered instructional strategies*. Boston (Mass): WCB/ McGraw- Hill, cop.

Haapanen, N., Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P. & Pasanen M. 1997. Association of leisure time physical activity with the risk of coronary heart disease, hypertension and diabetes in middle aged men and women. *International Journal of Epidemiology* 26, 739-747.



Haire-Joshu, D., Glasgow, R.E. & Tibbs, T.L. 1999. Smoking and diabetes. *Diabetes Care*, vol. 22, (11), 1887-1895.

Hales, C.N., Desai, M. & Ozanne S.E. 1997. The thrifty Phenotype hypothesis: How does it look after 5 years? *Diabetic medicine* 14,189-195.

Heinonen, L. 1999. Diabetes ja syöminen. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim, 58-78.

Himanen, O. & Ilanne-Parikka, P. 2002. Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen -vastaus Dehkon haasteisiin? *Diabetes ja lääkäri* 6, 33-37.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, S. 2000. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveyden edistämisen uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 36-61.

Hänninen, J., Takala, J. & Keinänen-Kuikaanniemi, S. 1998. Quality of life in NIDDM patients with the SF-20 questionnaire. *Diabetes research and clinical practice* 42, 17-27.

Hänninen, J., Takala, J. & Keinänen-Kuikaanniemi, S. 1999. Depression in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes care*, vol. 22, (6), 997-998.

Ilanne-Parikka, P. & Himanen, O. 1999a. Hoito osaksi elämää. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim, 25-34.

Ilanne- Parikka, P. & Himanen, O. 1999b. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) *Diabetes*. Helsinki: Duodecim, 50-57.

Isomaa, B. 2002. Monimuotoinen diabetes ja lisäsairaudet. *Diabetes ja lääkäri* 6, 16-19.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisessä tiedon tuottamisessa. Teoksessa S. Janhonen. & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 7-20.

Kangas, T. 2001. Diabeetikoiden ja verrokkien terveystieteiden käyttö ja kustannukset Helsingissä. *Suomen lääkäri* 13, 1525-1530.

Kannas, L. 1994. Terveyskasvatuksen tavoitteet ja opetussuunnitelma. Teoksessa H. Pelttonen (toim.) *Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa*. Helsinki: Opetushallitus, 48-64.

Kendall, S. 1998. *Health and empowerment. Research and practise*. London: Arnold.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän Yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 75.

Klaukka, T., Helin- Salmivaara, A. & Ilanne- Parikka, P. 2001. Missä vika, kun potilas ei ymmärrä omaa parastaan? *Suomen lääkäri* 21- 22, 2408- 2413.

Koivisto, V. & Uusitupa, M. 1997. *Diabeteksen lääkehoito*. Helsinki: Lääkelaitos.

Koivisto, V. & Sipilä, I. 2000. Sokeritauti. Teoksessa M. Välimäki, T. Sane & L. Dunkel (toim.) *Endokrinologia*. Helsinki: Duodecim, 562-619.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11, (1), 3-12.

Laitinen, H. 1998. Tapaustutkimuksen perusteet. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 55.

Lampe, K. 2001. Hyvästit insuliinipistoksille? *Impakti* 5, 14.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 21-47.

Leppänen, V. 1998. Structures of district nurse- patient interaction. Department of Sociology. Lund University. Lund dissertations in sociology 25.

Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjögren, A. 1999. Terveysten edistämisen näkökulmat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 36, 99-110.

Lind, J., Jula A., Rastas, M., Lahtela, K., Knuts, L-R., Tulokas, S. & Rönnemaa, T. 1993. Aikuisiän diabeetikoiden hoidonohjauskurssien vaikuttavuus. Turku: Kansaneläkelaitoksen tutkimus- ja kehitysyksikkö.

Lindahl, B. 2002. Workshop: stress, metabolic syndrome and health behaviour change. Seventh international congress of behavioural medicine. 28-31.8.2002 Helsinki, Finland.

Mezirow, J. 1995. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa J. Mezirow (toim.) *Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Lahti: Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Miettinen, J., Friman A. L. & Vanhala, M. 2001. Miten väestövastuinen terveyskeskus vastaa tyypin 2 diabeteksen hoidon haasteisiin? *Suomen lääkäri* 5, 515-518.

Morse, J. M. & Field, P. A. 1996. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. London : Chapman & Hall.

Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi - miten autan potilasta? *Duodecim* 114, 531- 538.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42-61.

Naidoo, J. & Wills, J. 1998. Health promotion. Foundations for practice. London: Bailliere Tindall.

Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Oppaita 21. Helsinki: Stakes.

Nutbeam, D. & Harris, E. 1998. Theory in a nutshell. A practitioners guide to commonly used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for health promotion department of public health and community medicine, university of Sydney, cop.

Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Helsinki: Palmenia.

Olivarius, N., Beck-Nielsen, H. Andreasen, A.H., Horder, M. & Pedersen, P. A. 2001. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. BMJ vol. 323 (27), 970-975.

Orho-Melander, M. 2002. Geneettiset tutkimusmenetelmät diabetestutkimuksessa. Diabetes ja lääkäri 4, 6-16.

Partanen, T-M. 1994. Hyvä hoidonohjaus diabeetikoiden kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen pro gradu -työ.

Partanen, T-M. 2002. Dehkon hoitotytytyväisyystutkimus: Eron turhista rutiineista, enemmän aikaa vuorovaikutukselle. Diabetes ja lääkäri 6, 10-15.

Parviainen, T. 1992. Johdonmukainen eteneminen terveen- ja sairaanhoidossa. Teoksessa T. Parviainen, A. Mölsä, I. Karpov & H. Kehä (toim.) Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Helsinki: Kirjayhtymä, 100-112.

Patja, K. 2002. Tupakointi ja aikuistyyppin diabeteksen riski. Suomen lääkärilehti 39, 3855-3858.

Pintilä, H. 1999. Diabeteksen puhkeaminen. Teoksessa P. Ilanne- Parikka, T. Kangas, E.A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 21-24.

Pitkonen, A. & Puputti, S. 2000. Diabeteshoitajan avainasema- tutkimus. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, julkaisusarja B 31.

Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylän Yliopisto. Studies in sport, physical education and health 46.

Poskiparta, M. & Karhila, P. 2000. Ihmis- ja voimavarakeskeinen lähestymistapa diabetesneuvonnassa. Miten valtuutan hoitamaan? Diabetes ja lääkäri 4, 24-27.

Prochaska, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. 1997. The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz (eds.) Health behavior and health education. Theory, research and practice. Second edition. San Fransisco: Jossey- Bass cop., 60-69.

Pyörälä, E. 2000. Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. University of Helsinki. Department of public health. Helsinki: University of Helsinki.

Reunanen, A. 2002. Diabeteksen esiintyvyys Suomessa. Diabetes ja lääkäri 2, 6-7.

Rönönenmaa, T. 1999. Diabetekseen liittyvät lisäsairaudet. Teoksessa P. Ilanne - Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 210-253.

Rönönenmaa, T. & Viikari, J. 1999. Aikuistyyppin diabeteksen lääkehoidon näkymiä. Suomen lääkärilehti. 6, 658-663.

Saraheimo, M. & Ilanne-Parikka, P. 1999. Mitä diabetes on? Teoksessa P. Ilanne - Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) Diabetes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9-20.

Stake, R. E. 1994. Case studies. In N.K Denzin & Y.S Lincoln (eds.) Handbook of qualitative research. California: Thousand Oaks, Sage publications, 236-247.

Sundman, E. & Hinkka, K. 1999. Diabetes ja yhteiskunta. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Kangas, E. A. Kaprio & T. Rönönenmaa (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 254-273.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. 1995. Terveyskasvatuksen vuosikirja 1994. A-M. Pietilä, I. Lepola & A. Rimpelä (toim.). Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti Supplementti 32, 143-158.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. The New England Journal of Medicine, vol.344 (18), 1343-1350.

Uusikylä, K. & Atjonen, P. 2000. Didaktiikan perusteet. Helsinki: WSOY.

Uusitupa, M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Duodecim 117, 621-630.

Uusitupa, M., Groop, L., Nissen, M., Salo, S.A. & Taskinen, M-R. 1994. Aikuistyyppin diabeteksen hoitosuositus 1994. Tampere: Suomen Diabetesliitto.

Valle, T., Koivisto V. A., Reunanen, A., Kangas, T. & Rissanen, A. 1999. A glycaemic control in patients with diabetes in Finland. *Diabetes Care* 22, 575-579.

Vertio, H. 1992. Terveyden edistäminen. Valintojen virta. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Wallenius, M. 1998. Elämä-tavoitteiden kudelma. *Gerontologia* 12 (3), 134-142.

Yki-Järvinen, H. 1999. Mitä aikuistyyppin diabeteksessa tulisi hoitaa? *Duodecim*, vol. 115 (10), 1119-1120.

| Alkuperäisiä ilmaisuja   | Pelkistettyjä ilmaisuja   | Alakategoria |
|--|---|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ”..aikuistyyppin diabeetikollahan pyritään verenpainelukemiin 135/80 ja alle..”</li> <li>- ”..kahden viikon välein käyt siellä verenpaineen mittauksessa..”</li> <li>- ”..seurataan tässä nyt vähän tarkemmin ja katotaan sitten..mietitään tota lääkitystä..”</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- tavoitearvot</li> <li>- mittausihteys</li> <li>- seuranta</li> </ul>           | Verenpaine   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ”..maitotaloustuotteiden pitämistä kohtuullisessa määrin. puolisen litraa päivässä”</li> <li>- ”..200 g päivässä hiilihydraatteja täytyis saada..”</li> <li>- ”..tasaa tätä rytmiä..”</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- maitotaloustuotteet</li> <li>- hiilihydraatit</li> <li>- ruokarytmi</li> </ul> | Ruokavalio   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ”.. tavoite mihin me pyritään aamulla tai ennen ateriaa 4-6 ja 7 on ihan hyvä aterian jälkeen pysyis tuolla 9-10.”</li> <li>- ”..joka toinen viikko kahtena päivänä noitten kokeiden tekeminen riittää..”</li> <li>- ”..vuodesta toiseen ei ole hyvä pitää korkeina näitä sokereita..”</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- tavoitearvot</li> <li>- mittausihteys</li> <li>- seuranta</li> </ul>           | Verensokeri  |

**Liite 1** Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä, asiantuntijan asettamat tavoitteet



## Alkuperäisiä ilmaisuja

## Pelkistettyjä ilmaisuja

## Alakategoria

- "...se on vielä se sata tavoitteena..."  
- "... mä päätin, että mä rupeen  
laihtumaan..."  
- "... mä yritän syödä vähemmän..."

- tavoitearvot  
- laihdutus päätös  
- ruokavalion muutos

Painonhallinta

- "... nyt ei ole yksistään tämä painon  
pudotus vaan on tuo lääkkeen X vähentäminen."

- lääkkeen vähentäminen

Lääkitys

"... se oli aina palkkio se ruoka.. tulis löytää  
uus suhe siihen ruokaan..."  
- "... juustoonhan mä vielä ihan, vähän  
liikaakin senkin vois jättää pois..."  
- "... suolaa tarkkailen..."

- suhde ruokaan  
- ravintoaineet  
- suola

Ruokavalio

**Liite 2** Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä, potilaan asettamat tavoitteet

| Alkuperäisiä ilmaisuja  | Pelkistettyjä ilmaisuja   | Alakategoria            |
|---|---------------------------|-------------------------|
| "... tulee tarpeeksi mietittyä nämä hyvät ja huonot puolet vastakkain sen tupakan kanssa..."        | - lopettaminen            | Tupakointi              |
| "... et asteittain pystyis ees vähentään aluks puoleen..."  | - vähentäminen            |                         |
| "... vaikka täällä annetaan aikoja ja ohjeita, niin suhteuta ne siihen omaan elämäntilanteeseen..." | - elämän selkiytyminen    | Sairauteen sopeutuminen |
| "... tavoitteena se, että se ei enää hirveesti jojottele..."  | - laihduttamisen pysyvyys | Painonhallinta          |
| " ... pikkuhiljaa laskee eihän sen tarvitse nopeasti puotakkaan..."                                 | - laihduttamisen nopeus   |                         |

**Liite 3** Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä, yhdessä asetetut tavoitteet

**PELKISTETTYJÄ ILMAISUJA****ALAKATEGORIA**

|   |       |                           |
|---|-------|---------------------------|
| Laihduttamisen määrä<br>Laihduttamisen nopeus<br>Laihduttamisen pysyvyys<br>Painon seuranta<br>Laihdutuspäätös<br>Ruokavalion muutos<br>Laihduttamisen merkitys<br>Ruokavalion seuranta | _____ | PAINONHALLINTA            |
| Tavoitearvot<br>Mittaustiheys<br>Omaseuranta<br>Hoidon merkitys<br>Lääkitys   | _____ | VERENPAINE                |
| Mittaustiheys<br>Mittausajankohta<br>Tavoitearvot<br>HbA1c tavoitearvot<br>Seurannan merkitys (lyhyt/pitkäaikaväli)<br>Omaseuranta  | _____ | VERENSOKERI               |
| Hoidon merkitys<br>Ennaltaehkäisy<br>Kenkien valinta<br>Hoito-ohjeet  | _____ | JALKOJEN HOITO            |
| Tavoitearvot (kol)  | _____ | VEREN RASVA-ARVOT         |
| Määrä<br>Tiheys<br>Merkitys<br>Laatu  | _____ | LIIKUNTA                  |
| Ravintoaineet (rasva, hiilihydr., maitotal.tuote)<br>Ruuan laatu<br>Suhde ruokaan<br>Suola<br>Juominen<br>Ruokarytmi<br>Sokeri  | _____ | RUOKAVALIO                |
| Lääkityksen vähentäminen  | _____ | LÄÄKITYS                  |
| Elämän selkeytyminen<br>Sairauden hyväksyminen  | _____ | SAIRAUTEEN SOPEUTUMINEN   |
| Taloudellinen<br>Hoidon merkitys  | _____ | YHTEISKUNNALLISET TEKIJÄT |
| Lopettaminen/vähentäminen tupakka   | _____ | TUPAKOINTI                |

**Liite 4** Ryhmittelyn eteneminen ja alakategorioiden muodostuminen