

**DISKURSSIANALYTTINEN NÄKÖKULMA TYYPIN 2  
DIABEETIKOIDEN PUHEESEEN ELINTAVOISTA  
DIABETESNEUVONNASSA**

**Carita Lepikonmäki**  
**Jyväskylän yliopisto**  
**Terveystieteiden laitos**  
**Gerontologia ja kansanterveys**  
**Pro gradu-tutkielma**  
**Syksy 2007**

## TIIVISTELMÄ

Diskurssianalyttinen näkökulma tyypin 2 diabeetikoiden puheeseen elintavoista diabetesneuvonnassa

Carita Lepikonmäki

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

Gerontologia ja kansanterveys

Pro gradu-tutkielma

Sivuja 40

Syksy 2007

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten vasta todettua tyypin 2 diabetesta sairastavat puhuvat omista elintavoistaan ja niiden muutostarpeista ensimmäisellä diabetesneuvontakäynnillä hoitajan vastaanotolla. Keskeisenä tavoitteena oli etsiä, mitä merkityksiä elintapojen muuttamisella on.

Tutkimusaineisto oli osa Jyväskylän yliopiston tyypin 2 diabetesneuvonnan tutkimusaineistoa. Aineisto koostuu autenttisista videoneuvotteluista ja litteroidusta tekstiaineistosta. Tähän tutkimukseen valittiin yhdeksän 57–69-vuotiaista vapaaehtoista tutkittavaa, jotka olivat ensimmäisellä hoitajan terveysneuvontavastaanotolla. Tutkittavilla henkilöillä oli vasta todettu tyypin 2 diabetes tai heikentynyt sokerinsieto. Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin laadullisella diskursiivisella menetelmällä.

Tutkittavat henkilöt halusivat lisätä liikuntaa, vähentää ruokamääriä ja rasvaa sekä pudottaa painoa. Myös perheen rooli elintapamuutostarpeisiin liittyen korostui. Puheesta oli löydettävissä erilaisia tulkintarepertuaareja elintapamuutoksista: ei koske minua-puhe, aloitekyvyttömyyspuhe, mukavuudenhalun säilyttämispuhe, sairaudet ja vaivat esteenä-puhe, sisäinen motiivi-puhe ja perheen merkitys-puhe. Nämä repertuaarit jakaantuivat vielä edistäviin ja estäviin diskursseihin. Tutkittavat puhuivat erilaisista estävistä tekijöistä, joiden mukaan elintapamuutoksia saattoi olla tekemättä. He mainitsivat keskusteluissa myös edistäviä tekijöitä, jotka auttoivat muutosten tekemisessä. Negatiivisia esteitä elintapamuutosten toteuttamiselle ilmeni enemmän.

Tyypin 2 diabeetikoiden elintapamuutosten esteisiin tulisi kiinnittää huomiota diabetesneuvonnassa. Esteet ovat neuvonnan haasteita. Terveystieteiden ammattilaisilla on suuri vastuu neuvoa ja ohjata asiakasta oikeilla menetelmillä. Diabeetikon oma motivaatio muutokseen on keskeinen. Perheen ja puolison rooli korostuu elintapojen muutoksessa. Tulevaisuudessa diabeetikoiden on tärkeä saada yhä perhekeskeisempää neuvontaa.

Avainsanat: tyypin 2 diabetesneuvonta, elintapamuutos, puhe, diskurssianalyysi, tulkintarepertuaari

## TIIVISTELMÄ

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 TYPIN 2 DIABETESNEUVONTA.....	<b>3</b>
2.1 Neuvonnan taustaa ja hoitoonohjausta.....	3
2.2 Elintapamuutokset estävien ja edistävien tekijöiden näkökulmasta.....	5
2.3 Diabeetikoiden ja hoitajien näkökulmia.....	8
3 SAIRASTUMINEN JA KOKEMUKSET.....	10
4 DISKURSIIVINEN YMPÄRISTÖ.....	12
4.1 Sosiaalisen todellisuuden kokoaminen kielenkäytön avulla.....	14
4.2 Diskurssianalyysi tutkimuksen näkökulmana.....	15
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSASETELMA.....	16
5.1 Tutkimuksen tarkoitus.....	16
5.2 Aineisto.....	16
5.3 Analyysi.....	17
5.4 Tulosten luotettavuus.....	19
6 TULOKSET.....	20
6.1 Elintapamuutostarpeet.....	20
6.2 Tulkintarepertuaareja elintavoista.....	26
6.2.1 Estävät diskurssit.....	27
6.2.2 Edistävät diskurssit.....	31
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	32
LÄHTEET.....	36

## 1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden määrä kasvaa maailmanlaajuisesti. Suomessa diabetesdiagnoosi on noin 265 000 ihmisellä, joista tyypin 2 diabetesta sairastavia on valtaosa, eli 233 000 (Saraheimo ja Kangas 2006). Vuonna 2030 ennustetaan olevan jo noin puoli miljoonaa tyypin 2 diabeetikkoa, jos sairastavuuden kasvuvauhti jatkuu samana. Tämä määrä voi vielä jopa kaksinkertaistua, jos seulontoja lisätään nykyisestä. (Reunanen 2004) Yli 65-vuotiaiden määrä tulee nousemaan 800 000:sta jopa 1,4 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä, joka aiheuttaa myös sairaustilastojen kasvua. Ikääntyvillä tyypillisiä sairauksia on muun muassa verenkiertoelinten sairaudet ja tyypin 2 diabetes. (Aromaa ym. 2005)

Terveys 2015-kansanterveysohjelman mukaan jokaisen kansalaisen tulisi olla itse kiinnostunut terveytensä edistämisestä sekä tarvittavat mallit tähän toimintaan. Ohjelma korostaa, että ikääntyvien ihmisten sairauksien ehkäisy ja hoito ovat tärkeitä tulevaisuuden tekoja. Ikääntyvien ihmisten tulisi saada elää mielekäs ja laadukas elämä. (STM 2001)

Ikääntyneiden henkilöiden tyypin 2 diabetesta on tutkittu vähän. Moni sairastaa tätä tautia tietämättään, koska tyypin 2 diabetes on usein oireeton ja salakavalasti aiheuttaa lisäsairauksia, joita ei sairastunut itse havaitse diabeteksen aiheuttamiksi. Suomen Diabetesliiton ja Kansanterveyslaitoksen kehittämä tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake on tarkoitettu 25–65-vuotiaiden henkilöiden riskitestaukseen. Yli 65-vuotiaiden vasta todetut diabetestapaukset ovat tärkeä tutkimuskohde. Amerikkalaisen diabetesprojektin (DPP) tulokset osoittavat, että tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn elintapamuutosinterventiot ovat tehokkaita myös yli 65-vuotiailla (Crandall ym. 2006)

Elintapahoito on diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kulmakivi. Siihen kuuluu tupakoinnin vähentämiseen, päihteiden kohtuukäyttöön, terveelliseen ravintoon sekä liikuntaan ja painonhallintaan kohdistuvat toimenpiteet. Näiden toimenpiteiden tarkoituksena on ehkäisyn ja hoidon lisäksi diabeteksen lisäsairauksien estäminen. Elintapamuutosten saavuttaminen on kokonaisvaltainen prosessi. Terveysneuvonta on tärkeä muutoksen väline (Wadden ym. 2005, Kasila ym. 2003, Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2004, Morrato ym. 2006). Elintapamuutosten tekeminen on helpompaa, jos henkilö ymmärtää olevansa itse päävastuussa muutosten aikaansaamisessa (Parry ym. 2006)

Diskurssianalyysi on työkalu tai väylä ihmisen elämänlaadun, sosiaalisten ongelmien ja yhteiskunnallisten samanarvoisuuden puutteen huomiointiin. Ihminen voi tuoda puheessaan esille tärkeitä uusia asioita. Analyysissa käsitellään myös kielellisiä tekoja, joiden perusteella ihmiset vuorovaikutuksessa toistensa kanssa tuottavat jaettua sosiaalista todellisuutta. (Juhila ja Suoninen 1999) Diskursiivista tutkimusta on tehty Skotlannissa tyypin 2 diabeetikoiden terveysvaikutteisista elintapamuutoskokemuksista (Parry ym. 2006).

Tämän Pro gradu-tutkielman aineisto on osa Jyväskylän yliopiston tyypin 2 perusterveydenhuollon diabetesneuvonnan tutkimusaineistoa. Aineisto koostuu autenttisista videoneuvotteluista ja litteroidusta tekstiaineistosta. Tähän tutkimukseen valittiin aineistosta yhdeksän 57–69-vuotiaista vapaaehtoista tutkittavaa, jotka olivat ensimmäisellä hoitajan terveysneuvontavastaanotolla. Tutkittavilla oli muutamia viikkoja / kuukausia sitten todettu tyypin 2 diabetes tai heikentynyt sokerinsieto.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää diskurssianalyttisin keinoin, miten vasta todettua tyypin 2 diabetesta sairastavat puhuvat omista elintavoistaan ja niiden muutostarpeistaan ensimmäisellä diabetesneuvontakäynnillä hoitajan vastaanotolla. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2004) on enemmän kiinnitetty huomiota terveydenhuollon ammattilaisen antamaan ohjaukseen ja neuvontaan sekä sen määrään elintapakysymyksissä kuin asiakkaan kokemuksiin, näkemyksiin ja tarpeisiin.

## **2 TYYPIN 2 DIABETESNEUVONTA**

### **2.1 Neuvonnan taustaa ja hoitoonohjausta**

Terveysneuvontaa toteutetaan neuvontaa tarvitsevalle henkilölle alan asiantuntijan toimesta. Se voi olla esimerkiksi kyselyyn, haastatteluun tai tutkimukseen perustuva tieto neuvonnan tarpeesta henkilön jollain terveyden osa-alueella. Henkilöllä voi olla jokin terveysuhka tai sairauteen liittyvä asia. (Vertio 2003) Diabeteksen terveysneuvonnassa korostuu sairauden alkuvaiheessa terveydenhuollon ammattilaisten antamat hoito-ohjeet ja uusien asioiden kokeileminen käytännössä, diabeetikon omassa arkipäivässä. Kannustava ja kokemuksellinen ote diabeetikon hoidossa on tärkeä osa hoitajien ja lääkäreiden neuvontatyötä. (Himanen 2006)

Diabetesliiton johtama diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon perustuva ohjelma (DEHKO) on maailmanlaajuisesti ensimmäinen valtakunnallinen pyrkimys saada koko Suomen yhteiskunta toimimaan diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon toteuttamiseksi. Kyseinen kehittämisohjelma toteutetaan perusterveydenhuollossa vuosina 2000–2010. (Diabetesliitto 2000) DEHKO:n päätavoitteena on Diabetesliiton mukaan ehkäistä tyypin 2 diabetesta. Toisena tavoitteena on vähentää tyypin 2 diabeetikoiden riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Dehkon tavoitteet liittyvät pääosin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn, mutta myös tyypin 1 hoitoa halutaan tehostaa. Merkittävänä seikkoina Dehkon tavoitteissa nousevat esiin valtimotautien riskin kartoitus, elintapojen vaikutuksen huomiointi ja lisäsairauksien väheneminen sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabeetikoilla. Diabeetikoiden kohdalla ohjelmassa panostetaan omahoidon ja hoidonohjauksen parantamiseen sekä hoitoketjujen toimivuuteen asiakkaan tukena. (Diabetesliitto 2002)

Ehkäisyohjelman yhdeksi tavoitteeksi on asetettu diabeteksen varhainen diagnosointi ja seuranta diagnosoinnin jälkeen. Laatukriteerit auttavat diagnosoinnin oikeassa ajoituksessa. Diagnosoinnin jälkeen aloitetaan yksilöllinen ja asiakaslähtöinen elintapahoito. Tämä parantaa hyvän hoitotasapainon saavuttamista ja auttaa lisäsairauksien ehkäisemisessä. Omahoitoa korostetaan, jotta henkilö ymmärtää oman vastuunsa sairauden hoidossa. Hoitoon kuuluu systemaattinen ravitsemus- ja liikuntaohjaus, tarkoituksenmukaiset tutkimukset,

lääkehoidon arvio ja aloitus, hoidonohjaus, seuranta ja hoitovälineet. Asiantuntijoina toimii perusterveydenhuollon henkilöstö. Elintapahoito voidaan toteuttaa yksilö- ja /tai ryhmäohjauksessa moniammatillisen diabetesasiantuntijatiimin voimin. Asiakkaan kanssa käydään läpi muun muassa nykytilanne, ruoka- ja liikuntatottumukset ja annetaan hänelle tietoa sairaudesta, sen kulusta ja ohjauksesta. Tehostetun elintapahoidon tarkoituksena on saada diabeetikolle systemaattisesti tehdyn mallin mukainen ohjaus, joka alkaa diabeteksen diagnosointivaiheen jälkeen. (Diabetesliitto 2003)

Suomalainen DPS -tutkimus (Diabetes Prevention Study) osoitti ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä tai sen alkamista voidaan siirtää myöhempään ikään vähäisilläkin elintapamuutoksilla. Muutokset kohdistuivat tutkimuksessa ravinto- ja liikuntatottumuksiin. Tutkittavia seurattiin keskimäärin kolme vuotta ja heidät oli satunnaistettu kahteen ryhmään, joista toisessa toteutettiin tehokasta elintapoihin liittyvää muutostyötä ja toisessa ryhmässä tutkittavat saivat kevyempää neuvontaa elintapamuutoksiin. Tässä huolella suunnitellussa ja organisoidussa monikeskustutkimuksessa (n=522) todettiin, että elämäntapamuutokset pienensivät diabetesriskiä 58% henkilöillä, joilla oli heikentynyt sokerinsieto ja ylipainoa. Tutkimuksen aikana diabetekseen ei sairastunut kukaan niistä, jotka kykenivät pudottamaan painoaan yli 5% (p=0,001), vähentämään rasvan osuuden koko energiamäärästä alle 30% (p=0.001) ja tyydyttyneen rasvan osuuden alle 10% (0,001), ja joilla kuidun määrä oli yli 15 g/ 1000 kcal (p=0,001) ja itsearvioinnilla saadun tiedon mukaan liikunnan määrä oli vähintään neljä tuntia viikossa (p= 0,001). Tutkimuksen mukaan painon muutos oli merkittävä tekijä diabeteksen puhkeamisessa, sillä laihtuminen vähensi diabetekseen sairastumista koehenkilöillä. (Tuomilehto ym. 2001)

Amerikkalaisessa tutkimusprojektissa (DPP) tutkittiin 3234 ei-diabeetikkoa, joilla oli tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä. Heidän jaettiin kolmeen interventioryhmään, joista yksi oli intensiivisesti elintapamuutoksia toteuttava ( $\geq 150$  min/viikko liikuntaa ja  $\geq 7\%$ :n painonpudotus), toinen metformiini-lääkitystä saava (850 mg/vrk) ja kolmas verrokkiryhmä (plasebo-lääkitys). Seuranta-aika oli 2,8 vuotta, jona aikana diabeteksen ilmaantuvuus väheni elintapamuutoksia toteuttavalla ryhmällä 58 % (95 % CI 48–66%) ja metformiini-lääkitystä saavalla ryhmällä 31 % (95 % CI 17–43%). Elintapamuutosryhmässä diabeteksen ilmaantuvuus oli 39 % (24–51%) pienempi kuin metformiinia saaneella ryhmällä (Knowler

ym. 2002) DPP-projektin asetelmaan perustuen Crandall ym. (2006) tutkivat ikäeroavaisuuksia elintapamuutoksissa ja metformiinin käytössä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Tutkittavat (N=3234) jaettiin kolmeen ikäryhmään [25-44v (n=1000), 45-59v (n=1586), 60-85v (n=648)]. Vanhimmassa ikäryhmässä elintapainterventio oli vaikuttavinta diabeteksen ilmaantuvuuden suhteen ryhmien välillä (p=0,007). Vanhimmat interventioryhmäläiset pudottivat painoaan (p=0,001) ja osallistuivat aktiivisimmin liikuntaan (p<0,001). Tämän tutkimustiedon mukaan ikääntyneen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy on tuloksellista. Vaikka ylipainoisella henkilöllä on jo todettu tyypin 2 diabetes, hän voi vielä parantua siitä laihduttamalla. Laihdutustuloksen säilyttämiseksi painonhallinta ja liikunta ovat keskeisiä sairauden ehkäisykeinoja (Mustajoki 2006).

## **2.2 Elintapamuutokset estävien ja edistävien tekijöiden näkökulmasta**

Terveeseen elämään kuuluu hyvä ravitsemus, liikunta, painonhallinta ja päihteiden (tupakka, alkoholi) välttäminen. Tutkimusten mukaan tyypin 2 diabeteksen syntyyn vaikuttaa tärkeimpinä riskitekijöinä ylipaino ja lihavuus (Hu ym. 2001, Tuomilehto ym. 2001) Elintapojen muutos on suorassa yhteydessä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn (Tuomilehto ym. 2001, Knowler ym. 2002)

Rasinahon ym. (2007) 2-vuotisen tutkimuksen (n=645) mukaan liikuntaharjoittelun esteitä voivat olla huono terveys, pelot, negatiiviset kokemukset, seuranpuute liikkussa ja epäsojivat välineet. Sydän- ja verisuonisairaus ja diabetes rajoittivat tutkittavien henkilöiden kävelyharrastusta. Kipu oli myös liikuntaa estävä tekijä. Tutkijat haastattelivat 75–81-vuotiaita suomalaisia ikääntyneitä henkilöitä ja halusivat kontrolloidulla, randomisoidulla tutkimuksella saada tietoa liikuntaneuvonnan kehitystyöhön. Tutkittavat henkilöt kertoivat sairastamisen olevan motivaatio liikkumiselle. He halusivat pitää yllä kuntoaan, ettei sairaus pahenisi. Yli kolme kertaa viikossa kävelyä harrastaneilla henkilöillä oli vähemmän liikkumisrajoituksia, kuin henkilöillä, jotka kävelivät vähemmän.

Diabeteksen itsehoidon esteitä tutkittiin haastattelemalla 65–95-vuotiaita ikääntyneitä henkilöitä (n=51). Heillä oli tyypin 2 diabetes, jota ei hoidettu insuliinilla ja sairaus oli kestänyt yli vuoden. Tutkittavat kokivat itsehoidon hankalaksi huonon taloudellisen tilanteen, puutteellisen sairaanhoidon, kipujen tai kyvyttömyyden takia. Itsehoito oli huonompaa



alemman koulutustason henkilöillä. Vähävaraiset tutkittavat diabeetikot eivät voineet ostaa halutessaan kaupasta hedelmiä ja vihanneksia, koska ne olivat liian kalliita. (Schoenberg ym. 2001)

Suomalaisten aikuisten (n=3287) terveystietäytymistä tutkittiin vuonna 2005 väestörekisteristä poimitun satunnaisotoksen perusteella. Tutkimuksen mukaan 15–64-vuotiailla suomalaisilla ruokatottumukset olivat muuttuneet terveellisempään suuntaan viime vuosikymmeninä. Alkoholinkäyttö oli lisääntynyt ja liikunnallisuus esimerkiksi hyötyliikunnan osalta oli vähentynyt. (Helakorpi ym. 2005) Kansanterveyslaitoksen toteuttamassa suomalaisten eläkeikäisten terveystietäytymistutkimuksessa (n=1863) vuosina 1993–2005 seurattiin muun muassa elintapojen muutoksia. Tutkittavat olivat 65–84-vuotiaita. Heidät satunnaistettiin iän ja sukupuolen mukaan väestörekisteritiedoista. Tulosten mukaan eläkeikäisten syömien kasvisten ja hedelmien käyttötottumukset olivat vähäisiä, mutta rasvattomien maitotuotteiden ja kevyempien leipärasvojen käyttö oli tutkimuksen mukaan lisääntynyt. Alkoholinkäyttö oli miehillä säilynyt samansuuruisena, mutta naisilla lisääntynyt. Eläkeikäisten kävelyharrastus oli säilynyt suosittuna lajina. (Sulander ym. 2006)

Tyypin 2 diabeetikoiden lähes 19 vuoden seuranta tutkimuksessa (n= 3708) kartoitettiin 25–74-vuotiaiden fyysistä aktiivisuutta ja sydän- ja verisuonisairauksien riskiä sekä kuolleisuutta. Sydän- ja verisuonisairailta henkilöillä, jotka olivat liikunnallisesti aktiivisempia, kuolleisuus oli matalampi kuin inaktiivisilla. Liikunnalla oli suojaava vaikutus kaikilla ryhmillä, joilta kartoitettiin BMI, verenpaine, kolesteroli ja tupakointi. (Hu ym. 2005).

Eläkeikäisten terveystietäytymistä tutkittaessa havaittiin, että eläkeikäisten verenpaineet olivat kohonneet viimeisen vuosikymmenen aikana ja heillä diagnosoitiin vuonna 2005 enemmän verenpainetautiä kuin 1990-luvun alussa. Eläkeläisten liikkuminen väheni noin 75-ikävuoden jälkeen, mutta silti miehistä reilu kolmannes ja naisista kolmannes arvioi oman kuntonsa melko hyväksi tai erittäin hyväksi. (Sulander ym. 2006) Keski-ikäisille naisille tehdyssä pitkittäistutkimuksessa todettiin, että terveellisemmät elintavat, joihin liittyi päivittäinen liikunta, terveellinen ravinto, tupakoimattomuus, alkoholin kohtuukäyttö ja normaalipaino, saattoivat vähentää sepelvaltimotaudin saannin riskiä jopa 80 % verrattuna tutkittaviin, jotka eivät täyttäneet terveellisten elintapojen kriteerejä. Tutkimustulokset

arvioitiin kuitenkin epätarkoiksi, sillä joillakin matalan riskin tutkittavilla ilmeni myös 14-vuoden aikana suoritetussa tutkimuksessa sairastumista kyseiseen tautiin. (Stampfer ym. 2000)

Komplikaatioiden etenemistä voidaan ehkäistä, jos alkavat elinmuutokset löydetään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Diabeetikon elämänlaatu ja omatoiminen selviytyminen iäkkäänä onnistuvat, jos hoitotoimenpiteet aloitetaan ajoissa. (Ilanne-Parikka 2006) Diabeetikko tuntee parhaiten oman hoitonsa, joten hänen arkipäivän ammattitaitoonsa luotetaan. Diabeteshoidon alan asiantuntijat ovat yhteistyössä diabeetikon kanssa. Yhteistyö koostuu hoitamisesta, eri vaihtoehtojen tarjoamisesta ja asiantuntijoiden kokemukseen perustuvien tietojen ja taitojen käyttämisestä diabeetikon hyväksi. (Himanen 2006)

Diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä elintapojen muutos vaatii asianomaiselta prosessointia ja mukautumista muuttuviin tilanteisiin sekä aktiivista toimintaa. Muutoksia voidaan teoreettisesti kuvata seuraavien muutosvaiheiden avulla. James Prochaska on laatinut yhdessä Carlo DiClementen kanssa kokemukseen perustuvan mallin (Transtheoretical model of change =TTM), joka on tarkoitettu ihmisen käyttäytymisen muutosten seuraamiseksi. Muutosvaiheet ovat keskeisiä tekijöitä muutoksen kulussa ja kuvaavat motivaationäkökulmaa tilanteessa, jossa muutos etenee asteittain. Ensimmäisenä vaiheena on *esiharkinta* (precontemplation), jossa muutostarve saatetaan kieltää tai ei olla edes tietoisia muutoksia vaativan pulman suuruudesta. Haluttomuus muutokseen on suuri, vaikka jossain määrin henkilö voi toivoa muutoksen toteutumista. Muutospaineet ovat ulkoapäin tulevia. Toimintaa ei kuitenkaan tässä vaiheessa vielä synny muutoksen osalta. Seuraava tapahtuma on *harkintavaihe* (contemplation), jossa henkilö jo ymmärtää pulman ja alkaa aktiivisesti miettiä muutosta sekä ottaa esille eri vaihtoehtoja hyötyjen ja haittojen näkökulmasta. Muutos ei tule vielä kysymykseen, mutta henkilö jo suunnittelee sen tulevaisuuteen. Tämä vaihe voi olla pitkäkestoinen ja riippuu siitä, kuinka vakavasti henkilö suhtautuu tilanteeseensa. (Prochaska ym. 1994)

*Valmistautumisvaihe* (preparation) on pienten käyttäytymismuutosten aikaa, jossa henkilö pohtii jo muutosta ja alkaa sitoutua seuraavan askeleen ottamiseen. *Toimintavaiheessa* (action) oleva henkilö aloittaa muutoksen käytännössä, jota on vauhdittanut edellisen vaiheen alkumuutokset. Pulmia käsitellään tässä vaiheessa sekä henkisellä että toiminnan tasolla, jotta

muutos saataisiin aikaiseksi. Sitoutuminen ja todellinen toiminnan muutos ovat keskeistä tämän vaiheen aikana. (Prochaska ym. 1994)

Transteoreettisen mallin mukaan toteutetuissa liikuntainterventioissa mallin käyttö on kirjavaa. Vähäsarjan ym (2004) katsauksen mukaan puolella tarkastelun kohteina olleista seitsemästä liikuntainterventiosta saatiin positiivisia tuloksia kontrolliryhmään verrattuna. Terveellisiin ravintotottumusmuutoksiin vaihteittain pyrkivän transteoreettisen mallin (TTM) mukaan ne tyypin 2 diabeetikot (n=474), jotka olivat käyneet terveysterveystieteissä, olivat tehneet ravitsemusmuutoksia useammin kuin neuvonnan vältäneet tutkittavat. Tutkittavien tyypin 2 diabeetikoiden elämänlaatu oli myös parempaa niillä, jotka olivat tehneet muutoksia terveellisempien ravintotottumusten suuntaan. (Vallis ym. 2003) Käyttäytymismuutoksia tutkineen ryhmän mukaan intensiivisen kävelyohjelman toteuttaminen motivoi tutkittavia (n=86) positiivisiin muutoksiin, verrattuna tavanomaista ohjelmaa suorittaneisiin kontrolliryhmän henkilöihin. Tutkittavat kävelivät vähintään 30 minuuttia, viitenä päivänä viikossa. Menetelmä perustui transteoreettiseen muutosvaihemalliin. Tutkittavien tuli olla yli 55-vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 75 vuotta. ( Cheung ym. 2006)

### **2.3 Diabeetikoiden ja hoitajien näkökulmia**

Terveysterveystieteissä kohtaavat terveydenhuollon asiantuntija ja oman elämänsä asiantuntija. Neuvonnassa on tärkeää kartoittaa asiakkaan elämän muutostarpeet, jossa hoitohenkilöstöllä on merkittävä rooli. Seuraavissa kappaleissa esitettyjen tutkimusten mukaan hyvä neuvonta auttaa muutosten tekemisessä. Yksilölliseen neuvontaan tulisi pyrkiä, mutta tutkimusten mukaan asiakkaan tarpeita ei riittävästi kuunnella. Hoitajat voivat kontrolloida neuvontatilannetta yksipuolisesti.

Tyypin 2 diabeteksen hoidosta on paljon tietoa. Vasta sairastunut diabeetikko saa kokemusta sairaudestaan ja sen kulusta. Diabeetikon omahoito on tärkeää diabetestasapainon säilyttämisessä. (Marttila 2006) Parry ym. (2006) tutkivat diskurssianalyysillä vasta sairastuneita tyypin 2 diabeetikoita (N=40). Tutkijat halusivat tietää, kuinka potilaat käsittelevät sairauttaan ja sairaudesta selviytymistään. Haastattelujen perusteella tuloksena saatiin kaksi keskeistä toisistaan eroavaa diskurssia ”itsestä lähtevä” (down to me) ja ”ulkoapäin tuleva” (up to them). Nämä diskurssit edustivat kahta eri positiota, joita tutkittavat

henkilöt toivat esille. He olivat joko itse vastuussa tilanteestaan ja selviytymisestään tai kontrolli oli tutkittavan ulkopuolella. Tutkimuksen mukaan tutkittava, joka ymmärsi pystyvänsä itse vaikuttamaan sairautensa kulkuun ja omaan kuntoonsa, oli motivoitunut hoitamaan itseään. Vastakohtana oli tutkittava, joka koki sairauden tulevan ja etenevän joka tapauksessa ja luotti muun muassa lääkkeiden hoitavaan vaikutukseen. Henkilöt, joiden mielestä vastuu sairaudesta ei ollut heidän, kokivat terveydenhuollon henkilöstön vastuun suureksi heidän hoidossaan, mutta aktiivisesti itseään hoitavat henkilöt kokivat vastuun olevan heillä itsellään. (Parry ym. 2006)

Terveysneuvonnalla oli vaikutusta tutkimuksessa, jossa kartoitettiin ylipainoisen aikuisen (BMI 30–45) elintapoja ja laihtumismuutoksia. Tutkimusryhmän mukaan 18–65-vuotiaista henkilöistä (n=224) pelkästään laihdutuslääkevalmistetta käyttäneet eivät laihtuneet niin paljon kuin henkilöt, joille annettiin sekä laihdutuslääkitys, että ryhmäneuvontaa terveellisistä elintavoista (p=0,001). (Wadden ym. 2005) Neuvonta ei ole aina tehokasta, sillä toisen tutkimuksen mukaan kaikilla terveysneuvonnassa olleilla potilailla oli tarvetta ruokailutottumusten muutokseen, mutta neuvontatilanteessa hoitajat eivät rohkaisseet potilaita asettamaan omia tavoitteitaan. Neuvontatilanteet olivat pääosin asiantuntijälähtöisiä, eikä yksilöllisiä potilaiden ruokailutottumuksia päästy käsittelemään. (Kasila ym. 2003)

Neuvontatilanteiden vuorovaikutustapahtumia, muutosprosessia ja neuvojen antamisen tyyliä on tutkittu tyyppin 2 diabeetikoiden elintavoista. Kettunen ym. (2004) kuvasivat diabeetikon elintapamuutospuhetta terveysneuvontatilanteessa, jossa tutkittiin hoitajan puheeksi ottamista ja diabeetikon reaktioita siihen. Poskiparta ym.(2004) analysoivat hoitohenkilöstön antaman liikuntaneuvonnan määrää neuvontatilanteissa. Kettusen ym. (2004) tapaustutkimuksen mukaan hoitajalla oli merkittävä asema elintapamuutosasioiden esille tuomisessa. Hoitaja saattoi käynnistää keskusteluja muutostarpeista tai lopettaa ne omalla toiminnallaan. Poskiparran (1997) vuonna 1993 toteutetussa hoitajien terveysneuvontaa ja vuorovaikutusta kuvaavassa tutkimuksessa (n=19) todettiin, että hoitajat eivät terveysneuvontatilanteissa tarpeeksi huomioineet asiakkaiden omia tarpeita tai osaamisen tasoa. Asiakkaila oli tietoa neuvonnan aiheisällöistä, mutta he tarvitsivat kannustusta ja ohjausta etsiessään tietomäärästä oman terveytensä kannalta oleellista asiaa. Kiurun ym. (2004) tutkimuksessa ravitsemusneuvontaa antavien hoitajien puheesta löydettiin

neuvontatilannetta tutkittaessa neljä erilaista tyyliä keskustella ja ohjata tyyppin 2 diabeetikkoja (n=18) vastaanotolla. Tutkimustieto analysoitiin tyyppittelyllä, jonka mukaan hoitajat käyttivät eniten kehotusta (52 %) neuvonnan työkaluna, seuraavaksi eniten he käyttivät asiakasta tukevaa (28 %) tai suvaitsevaa (28 %) neuvontatapaa. Vähiten hoitajat käyttivät vakuuttavaa, uskottavaa (7 %) neuvontatyyliä. Samalla vastaanotolla saattoi olla myös päällekkäin eri neuvontatyyppisiä.

### 3 SAIRASTUMINEN JA KOKEMUKSET

Henkilön sairastuminen sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tyyppin 2 diabetekseen on estettävissä vaikuttamalla henkilön metabolisen oireyhtymän (MBO) syntyyn. MBO :n voi välttää vähentämällä energiansaantia, mikä ylittää kulutuksen. Metabolinen oireyhtymä on valtimosairauksien esiaste, johon kuuluu keskivartalolihavuus. Sairastumisriskissä olevilla henkilöillä on usein sekä kolesteroli että verenpaine koholla ja he tupakoivat. (Sydänliitto 2005) WHO:n kriteeristön mukaan heikentynyt sokerinsieto määritellään plasman 2 tunnin glukoosiarvosta ja plasman paastoarvosta. Henkilöllä on aineenvaihdunnallinen häiriö ja heikentynyt sokerinsieto (glukoosinsieto), jos 2 tunnin glukoosiarvo on  $\geq 7,8$  mmol /l , mutta  $< 11,1$  mmol /l tai plasman paastoarvo on  $< 7,0$  mmol /l. (WHO 2006)

Yli 45-vuotiailta henkilöiltä kysyttiin heidän itsearvioitua riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin tai diabetekseen. Tutkittavien painoindeksin keskiarvo oli 34,9 kg/m<sup>2</sup>. American Diabetes Association (ADA)-riskitestin mukaan kaikilla osallistuneilla (n=582) oli lisääntynyt riski sairastua, mutta ainoastaan vajaa kolmannes (157/582) vastaajista arvioi oman riskinsä kohonneeksi. Yli puolet henkilöistä, joilla oli lisääntynyt riski sairastua, eivät olleet koskaan saaneet terveydenhuollon ammattilaisilta tietoa kohonneesta riskistään. (Johnson ym. 2006) Amerikkalaisessa (MEPS, Medical Expenditure Panel Survey) tutkimuksessa kartoitettiin itsearvioinnilla tutkittavien (n=26 878) liikuntaneuvonnan saantia. Diabeetikot olivat saaneet terveystalon asiantuntijoilta liikuntaneuvontaa puolet enemmän kuin ei-diabeetikot, vaikka ei-diabeetikoilla oli enemmän kuin kolme riskitekijää sairastua diabetekseen. (Morrato ym. 2006)

Terveydellisiä aiheuttaa lihavuuden, epäterveellisen ravitsemuksen ja tupakoinnin lisäksi

myös alkoholin käyttö. Sulanderin ym. (2006) mukaan alkoholinkulutus oli lisääntynyt suomalaisten eläkeikäisten keskuudessa 1990-luvulta vuoteen 2005 saavuttaessa. Varsinkin miesten alkoholinkäyttö oli tutkimustulosten mukaan lisääntynyt. Neljännes miehistä käytti alkoholia päivittäin tai viikoittain vuonna 2003, mutta käyttö oli seurannan aikana lisääntynyt siten, että kolmannes eläkeläismiehistä käytti alkoholia usein vuonna 2005. Miesten alkoholin kulutustottumukset olivat naisten vastaavia suuremmat.

Terveydellä on yhteiskunnallisesti merkittäviä taloudellisia haittoja. Kankaan (2002) ansiokas tutkimus (n=13 738) diabeetikoiden hoidon kokonaiskustannuksista, laskettuna vuoden 1997 kustannusten mukaan, on ollut paljon käytetty arviointimittari terveydenhuoltokustannuksia laskettaessa. Tutkimuksen mukaan ainoastaan diabeteksen hoito oli noin 11 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista ja diabeteksen aiheuttamien lisäkustannuksien suuruus oli noin 6 %. Väestötasolla kustannukset ovat suuria, sillä ainoastaan 4 % Suomessa asuvista ihmisistä sairastaa diabetesta.

Diabeetikoilla (n=236), joilla sairaus oli vasta todettu, havaittiin selkeä yhteys HbA1C-arvojen laskemisen ja sairauden kulkuun vaikuttamisen välillä. HbA1C kertoo verestä pitkäaikaisverensokeritasoa. Näillä diabeetikoilla oli kolmen kuukauden seuruun aikana verensokeritasapaino parempi ja he kokivat voivansa itse vaikuttaa sairauden kulkuun ( $p < 0,005$ ). (Skinner ym. 2006) Tutkimuksessa, jossa syvähaastateltiin 21–77-vuotiaita (n=49) tyypin 2 diabeetikoita heidän saamansa sairastumistiedon aiheuttamista tunnereaktioista, todettiin tutkittavilla olevan kolme erilaista tapaa saada tietää sairaudestaan. Ensimmäisessä tavassa tutkittavilla (n=10) oli epäily sairaudesta, jonka jälkeen he ottivat yhteyttä terveydenhuoltoon ja sairaus diagnosoitiin. Toisessa tavassa heille (n=14) tuli fyysisiä oireita, jonka jälkeen he myös ottivat yhteyttä terveydenhuoltoon ja saivat tiedon sairaudesta. Kolmannessa tavassa tutkittavat (n=15) olivat menneet rutiinitarkastukseen, jossa oli lääketieteellisten tutkimusten avulla havaittu diabetes. Jälkimmäinen tapa aiheutti tutkimuksen mukaan eniten tunnereaktioita ja kaikissa diagnosointitavoissa tutkittavat halusivat lisäinformaatiota sairauden toteamisen alkuvaiheessa. (Peel ym. 2004)

Vasta sairastuneilla, intensiivistä hoitoa saaneilla diabeetikoilla oli sairauden ensimmäisen vuoden aikana henkistä ahdistusta enemmän kuin potilailla, joilla oli tavanomainen

diabeteshoito-ohjelma. Useimmilla tutkimukseen osallistuneilla (n=196) oli jonkin asteista ahdistusta diabeteksestaan. Tutkittavat olivat sairastaneet diabetesta 3-33 kuukautta ja sairaus oli todettu seulonnassa. HADS-lomakkeen (the Hospital Anxiety and Depression Scale) avulla kysyttyä ahdistusta raportoi 27 % ja depressiota 22 % tutkittavista henkilöistä. (Thoolen ym. 2006) Tutkimuksessa, jossa haluttiin selvittää diabeetikoiden (n= 300) halua keskustella diabetesammattilaisten kanssa pulmallisista asioista, olivat depressiosta kärsivät halukkaampia keskusteluun. Lisäksi tutkimukseen osallistuvista 50 %:lla oli ahmimistaipumusta, jota mitattiin syömistapakyselylomakkeella (BES). Kohtuullista ahmimistaipumusta oli tyypin 1 diabeetikoilla enemmän, mutta tyypin 2 diabeetikoilla oli ahmimista useammilla tasoilla mitattuna. (Davies ym. 2006)

#### 4 DISKURSIIVINEN YMPÄRISTÖ

*”Mikä tahansa on, se yksinkertaisesti on, mutta heti kun yritämme ilmaista mitä jossakin on, astumme diskurssien maailmaan.” Kenneth J. Gergen 1994*

Diskurssianalyttinen tutkimusperinne pohjautuu angloamerikkalaiseen diskurssiin eli puhetapaan, jota henkilöt tuottavat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Puheenaiheiden ja tilannekohtaisuuksien mukaan vaihteleva kielenkäyttö voi sisällöllisesti muuttua ja saada erilaisia uusia näkökulmia. Kaikella kielellisellä toiminnalla on oma merkityksensä. Mitään merkityksenantohetkiä ei synny itsestään, eivätkä ne pääty lopullisesti keskustelussa. (Jokinen ja Juhila 1999) Tässä tutkimuksessa asiakkaan ja hoitajan välisessä kommunikaatio on merkityksiä antava tilanne. Puheenaiheet ovat tiettyyn aiheeseen liittyviä ja molemmilla osapuolilla on oma kielenkäyttö.

Suomalainen yhteiskuntatieteellinen diskursiivinen tutkimuksen lähestymistapa (esim. Jokinen 1999, Suoninen 1997) on muokkaantunut yhdessä brittiläisen tutkimusperinteen kanssa (esim. Potter ja Wetherell 1987). Jokisen ja Juhilan (1993) mukaan tärkeää on saada merkityksiä tutkimuksesta ja analysoida yksityiskohtaisesti eri sosiaalisissa käytännöissä ilmenevää sosiaalista todellisuutta. He painottavat, että yksilöä ei tarkastella, vaan sosiaalisia käytäntöjä. Tässä tutkimuksessa sosiaalinen käytäntö on hoitajan neuvontavastaanotto ja keskustelutilanne, jossa käsitellään vasta sairastuneen tyypin 2 diabeetikon tilannetta.

Suonisen (1992) mukaan kulttuurillinen rakenne on olennainen osa ihmisten toiminnan muokkautumiseen ja kielestä voidaan muodostaa vastakkaisia käsityksiä. Esimerkkinä ”vapaus” ja ”tasa-arvo” ihanteina voivat saada arvostirittaisuuden piirteitä, sillä täydellinen vapaus on este tasa-arvolle ja täydellinen tasa-arvo este vapaudelle. Tässä tutkimuksessa keskustelevat osapuolet voivat ajatella hyviä elintapoja eri tavalla. Miellyttävä olo ja mukavuudenhalu voi tulla asiakkaalle sellaisista elintavoista, jotka hoitaja jyrkästi kieltää. Terveys ja nautinto voivat olla ristiriidassa samalla tavalla, kuin vapaus ja tasa-arvo.

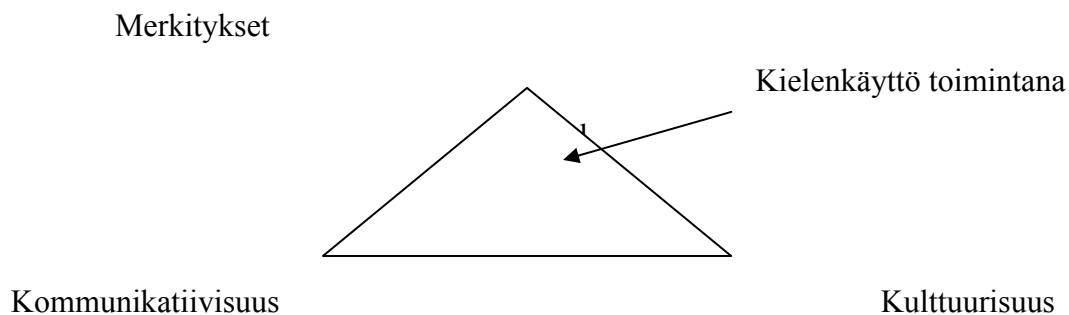
Potter ja Wetherell käsittää kulttuurisen rakennemalliston ristiriidat *repertuaareiksi*, jotka tarkoittavat näkökulmia, joiden mukaan sama aihe saa eri merkityksen eri kontekstissa tarkastellessa. Vaihtoehtoisia repertuaareja käytetään toiminnan kuvaamisessa ja kieli antaa toisaalta tietyt vaihtoehdot, kuinka asioita tehdään ymmärrettäväksi. (Suoninen 1992) Tässä tutkimuksessa vasta sairastuneiden tyyppin 2 diabeetikoiden puheesta oli löydettävissä erilaisia tapoja puhua, tulkintarepertuaareja. Nämä ovat olleet tutkijan työkaluina analysoinnissa.

Diskurssit ovat käytännöllistä puhetta ja puheen seurauksena syntyvää maailman hahmottamista (Alasuutari 1996). Diskursseja voi olla hankala havaita tekstistä, sillä ne voidaan ymmärtää arkipuheena, jossa ei ole mitään kiinnostavaa. Puhetta ja sanomaa luullaan itsestään selväksi, eikä diskurssin merkitystä havaita. (Jokinen ja Juhila 1993) Hoitotyön asiakkaiden ja ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa voi olla ammatillista puhetta ja arkipuhetta.

Diskurssianalyttisen tutkimuksen perusidean voi sisäistää kolmiona, jonka osa-alueet ovat merkitykset, kommunikatiivisuus ja kulttuurisuus (ks. kuvio 1). Kolmion kärkien on tarkoitus olla yhteydessä toisiinsa, jolla tarkoitetaan esimerkiksi merkitysten muodostumista kulttuuriset tekijät huomioiden ja kulttuuristen merkitysten yhteys ihmisten vuorovaikutukseen toistensa kanssa (kommunikatiivisuus). (Jokinen ja Juhila 1999) Tässä tutkimuksessa asiakas ja hoitaja tuovat keskusteluun omat kulttuuriset taustansa ja kommunikoidessaan tuottavat sosiaalista todellisuutta. Asiakas saattaa hyvin eri tavalla ilmaista tarpeitaan. Hän voi esimerkiksi kertoa fyysisistä rajoituksista, jotka estävät elintapamuutosten tekemisen ja pitää tätä ehdottomana esteenä. Hoitaja voi ottaa asian käsittelyyn monella eri tavalla. Hoitajalla on mahdollisuus oman ammattitaitonsa puitteissa ohjata asiakasta rajoitteen korjaamiseen tai tyytyä asiakkaan tilanteeseen. Tähän asiaan



vaikuttaa myös kulttuurisuus. Se pitää sisällään asiakkaan asenteet, tavat, tottumukset ja ympäristötekijät, kuten läheisten vaikutuksen. Asiakas yleensä kuuluu johonkin yhteisöön ja usein perheeseen. Hänen toimintaansa vaikuttaa perhetausta. Perhe voi olla tukemassa muutokseen tai aiheuttamassa rajoituksia. Asiakas voi kokea perheenjäsenen vaativan häneltä liikaa, jotta hän kykenisi keskittymään omiin muutoksiin. Muutostarpeessa oleva henkilö voi myös keskustelussa tuoda esiin seikkoja, jotka eivät liity hänen elintapamuutoksiin, vaan keskustelee toisen osapuolen (läheisensä) asioista. Jokisen ja Juhilan kolmion merkitykset voivat tarkoittaa sitä, mitä sairaus merkitsee asiakkaalle ja miten hän toimii sen pohjalta esimerkiksi elintapojen suhteen. Hän voi pitää asiaa tarpeeksi tärkeänä, jolloin hän voi tehdä muutoksia oma-aloitteisesti. Asiakas ei välttämättä koe elintapamuutoksia merkityksellisinä, joten hänellä ei silloin ole halua muutokseen. Diskurssianalyysissä suunnataan huomio kielenkäyttöön tekoina ja toimintana (Suoninen 1999). Tämä tarkoittaa sitä, että diabetesneuvontatilanteessa ei ainoastaan kuvata toimintaa ja puhetta, vaan otetaan tutkimuskohteeksi myös se, millä tavoin asiakas ilmiöitä kuvaa ja todentaa.



**Kuvio 1.** Diskurssianalyysin kolmio (Jokinen ja Juhila 1999)

#### 4.1 Sosiaalisen todellisuuden kokoaminen kielenkäytön avulla

*Sosiaalinen todellisuus* muodostuu sosiaalisen vuorovaikutuksen ja asioille annettujen merkitysten yhteissummuna. *Merkitykset* ovat puolestaan erilaisia kielenkäytön muotoja, joihin on lisäksi linkittynyt muitakin osa-alueita, kuten eleet, ilmeet, teot. (Jokinen ym. 1993b) Tätä merkitysten moninaisuutta kutsutaan merkityssysteemiksi. Elämässä on monia merkityssysteemejä, joiden kautta hahmotetaan ja eletään sosiaalista todellisuutta. (Jokinen ym. 1993b)

Kaikki merkitykset eivät ole diskursiivisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena, vaan nimenomaan kulttuuriset merkitykset sosiaalisen todellisuuden todentajana. Erilaiset merkitykset, joita rakennetaan puheen, kirjoituksen tai elekielen avulla, ovat lähtökohtaisesti ihmisten toiminnan tuotosta. Näitä merkityksiä kehitetään, ylläpidetään ja uudistetaan ihmisten vuorovaikutuksen piirissä. (Jokinen ja Juhila 1999) Tutkijan tehtävänä on näiden merkitysten rakennuspalikoiden avulla analysoida ja tutkia esiin tulevia puhetapoja tiiviimmiksi koosteiksi. (Jokinen ym. 1993b)

Merkityksiä ei voida sanoa syntyvän suoraan kielestä, vaan merkitykset ovat tulkinnan pohjalta saavutettuja. Tulkinnat voivat olla myös ristiriitaisia keskenään. Tulkinnan tekemisen konteksti on oltava tiedossa, jotta voidaan käyttää kieltä oikein ja tarkoituksenmukaisesti. Puhe ja konteksti ovat toiminnallisia sekä vastavuoroisia. Eri organisaatiot sekä niiden kulttuuriset tulkintaperinteet ovat tulkinnan muodostumisen kannalta olennaisia kehikkoja. (Jokinen ym. 1995)

Tutkimuksen institutionaalinen konteksti on sairaalaympäristö ja vastaanottohuone, mikä asettaa tietyt vuorovaikutukselliset rajoitukset hoitajalle ja asiakkaalle. Hoitajan auktoriteettiasema voi vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen. Lisäksi asiakas on tullut kuulemaan uutta tietoa liittyen tuoreeseen tyypin 2 diabetesdiagnoosiin, joten hän on siinä asemassa vastaanottajan roolissa ja uudessa tilanteessa.

#### **4.2 Diskurssianalyysi tutkimuksen näkökulmana**

Diskurssianalyysi ei ole selkeästi rajattu tutkimusmenetelmä, vaan sitä on kuvattu *väljäksi teoreettiseksi ja metodologiseksi viitekehyykseksi*. Kielen käyttö on keskeisessä asemassa diskurssianalyysissä, sillä sen avulla voidaan antaa merkityksiä sekä järjestää, rakentaa, muuttaa ja uusintaa elämismailmamme sosiaalista todellisuutta. (Jokinen ym.1993) Diskurssianalyysissä tarkastellaan sitä, miten tutkittavat tekevät asioita ymmärrettäväksi puheensa avulla. Tutkimuskohteina ovat ilmiöiden kuvaamistavat, eivät ilmiöt sinänsä. Samalle ilmiölle eri kielenkäyttäjä/puhuja tekee ymmärrettäväksi asioita eri tavoin. (Suoninen 1999)

Diskurssianalyysissa keskeistä on kieli ja sen käyttö moninaisuudessaan. Puheesta tai kirjoituksesta ymmärretty viesti voidaan tulkita monella eri tavalla ja tähän vaikuttaa hyvin paljon asiayhteys ja tilannekohtaisuus. Yhtä totuutta pidetään vaillinaisena, sillä sama asia, joka on monin eri merkityksin ymmärrettynä, on diskurssianalyysin perusta. Tekojen ja ilmiöiden kuvaustavat ovat tutkimuksen kohteena, eivät ilmiöt sinänsä. (Suoninen 1999) Tässä tutkimuksessa on tarkoitus tarkastella tyypin 2 diabeetikoiden tuottamaa puhetta diabetesneuvontatilanteessa ja tuoda näkyväksi kyseisessä vuorovaikutustilanteessa ilmeneviä merkityksiä. Siihen vaikuttaa asiakkaan oma ymmärrys sairaudesta, siihen liittyvistä tuntemuksista, empiirisestä tiedosta ja tilannetekijät. Tilannetekijöitä voi olla esimerkiksi hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutus, hoitajan ammatillisuus ja toiminta tilanteessa sekä sairaalaympäristö tietynlaisen tunnelman ja mielikuvan luojana. Asioita, jotka eivät ole havaittavissa, voidaan saada diskurssianalyysin avulla näkyviin (Suoninen 1992).

## 5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSASETELMA

### 5.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten vasta todettua tyypin 2 diabetesta sairastavat puhuvat omista elintavoistaan ja niiden muutostarpeestaan ensimmäisellä neuvontakäynnillä hoitajan vastaanotolla. Tavoitteena on diskurssianalyysin avulla tutkia tyypin 2 diabeetikoiden puhetta ja puhumisen tapoja neuvontatilanteissa:

#### *Pääkysymys*

*Mitä ja miten he puhuvat neuvontakäynnillä elintavoistaan?*

- *Millaisia elintapamuutostarpeita heidän puheestaan saadaan selville?*
- *Millaisia tulkintarepertuaareja heidän puheestaan on löydettävissä?*

### 5.2 Aineisto

Tämän tutkimuksen aineisto on osa tyypin 2 diabetesneuvontatutkimuksen aineistoa. Neuvonnat toteutettiin perusterveydenhuollon neljässä väestövastuuperiaatteella toimivassa terveyskeskuksessa vuosina 2000–2002. Aineisto koostuu autenttisista videoneuvotteluista ja

litteroiduista teksteistä. Tähän tutkimukseen valittiin aineistosta yhdeksän 57–69-vuotiasta vapaaehtoista tutkittavaa, jotka olivat ensimmäisellä hoitajan diabetesneuvontakäynnillä. Tutkittavilla oli heikentynyt sokerinsieto tai vasta todettu tyypin 2 diabetes. Suurin osa tutkittavista oli myös ylipainoisia 7/9.

**Taulukko 1.** Tutkittavien taustatiedot

Asiakas	Ikä	Sukupuoli	Diagnoosi	Hoito	BMI	Lihavuus
1	58	nainen	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	34	keskivart. lihavuus
2	57	nainen	T 2 diabetes	tabletti	25	
3	58	nainen	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	33	
4	58	nainen	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	-	keskivart. lihavuus
5	63	nainen	T2-diabetes	tabletti	31	
6	69	mies	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	27	
7	69	mies	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	22	
8	57	mies	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	28	
9	60	mies	heikent.gluk.sieto	ruokavalio	30	keskivart. lihavuus

Videoinnit suoritettiin hoitajien vastaanottohuoneissa ja tilassa oli ainoastaan asiakas eli tutkittava ja hoitaja. Keskustelu koostui kyseisen terveydenhuoltoalueen diabetesneuvonnan käytännön mukaan. Videokamera oli asetettu huomaamattomaan paikkaan huoneen nurkkaan ja kuvaruudulta näkyi vastaanottopöydän ympärillä istuvat henkilöt. Tähän tutkimukseen on käytetty aineiston valmiiksi litteroituja tekstejä. Tutkijalla koetaan olevan voimavarana ns. ”pysäytetty vuorovaikutus”. Litteroitu aineisto mahdollistaa tällöin ulkopuolisen tarkastelun (Suoninen 1997) Valmiiden aineistojen käyttö voi asettaa rajoituksia, sillä se ei välttämättä käy tutkimukseen sellaisenaan (Hirsjärvi ym. 2004).

### 5.3 Analyysi

Tutkimusmenetelmän valinta ei ollut aluksi selvillä, sillä analyysi olisi voitu tehdä myös sisällönanalyysillä. Lähestymistapa vaihtui diskursiiviseen tarkasteluun, sillä sen avulla voidaan tutkia henkilöiden puhetta. Diskursiivista lähestymistapaa käyttäen aineistoanalyysissä oli tarkoitus etsiä, mitä merkityksiä elintapojen muuttamisella on

diabetesneuvonnassa oleville henkilöille.

Aineiston analysointi alkoi tekstien lukemisella ja kertaalleen videoilta neuvontatilanteita katsomalla. Luin tekstejä analysoiden, mitä ja miten he puhuvat hoitajan vastaanotolla, ensimmäisellä neuvontakäynnillä elintapamuutostarpeistaan ja millaisia tulkintarepertuaareja heidän puheestaan on löydettävissä elintapoihin liittyen. Lopulta päädyin nostamaan heidän puheestaan eri tulkintarepertuaareja, joita tutkittavat käyttävät konstruoidessaan asioita ympäristöstään. Suonisen (1992) mukaan monien tulkintarepertuaarien löytäminen on tuottavaa silloin, kun niitä voidaan löytää aineistosta monen lukukerran jälkeen. Tällöin voidaan löytää eri tulkintojen joukosta vastakkaisia tai päällekkäin ilmeneviä repertuaareja. Tässä työssä tutkimuskysymykset ovat olleet koko ajan rajaavana ja ohjaavana elementtinä tekstien luvussa ja repertuaarien muodostamisessa. Tutkimuskysymykset muokkaantuivat analysoinnin aikana.

Laitoin tekstien marginaaleihin merkintöjä niihin kohtiin, joissa oli tutkittavan puhetta elintavoista ja niiden muutostarpeesta. Ympyröin keskeisiä ”sanontoja” ja ”lauseita”. Otin käsittelyyn dialogeja, joissa keskustellaan vuoropuheluna tutkimuskysymykseeni liittyviä argumentaatioita. Lopuksi tein tekstinipun etusivulle koosteen ranskalaisilla viivoilla tutkittavan puheen piirteistä esim. vähättelyä, asennevaikutus, vastarinta sekä laitoin myös elintapamuutoksiin negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä huomioksi, kuten liikuntarajoitteisuus, epämiellyttävyyden ja mukavuudenhaluisuuden ylläpitäminen nykyisessä tilanteessa. Tutkittavan positiiviset maininnat ja puheet käsitelin samalla tavalla. Numeroin litteroituihin teksteihin tutkittavat naiset numeroilla 1-5 ja miehet 6-9. Tulososiossa olen laittanut tekstinäytteissä tiedoksi tutkittavan sukupuolen ja iän sekä *kursivoiduin kirjaimin* erottanut näytteet muusta tulostekstistä.

Tulososion raakaversio kirjoittamisen jälkeen otin esiin eri diskursiiviset tutkimukset ja tyypin 2 diabetekseen liittyvät teoretiset tiedot, jotka saatoivat yhdistää oman tutkimuksen kehukseen ja vahvistaa tietämystäni sekä laajentaa katsantoani. Jokisen ym. (1993) mukaan analyysissä kiinnitetään huomiota siihen, mitä keskustelija kertoo, miten hän kertoo ja millaisia asiantiloja hän puheellaan mahdollistaa. Esimerkiksi tulosten tyypittelyssä voidaan löytää samalta tutkittavalla hyvinkin erilaisia tapoja käsitellä asioita. Eri roolit vaikuttavat

näihin tapoihin ja tarkoituksena ei ole verrata eri tyypittelyjen johdosta minkäänlaista paremmuutta tai hyvyttä, vaan voidaan ymmärtää tutkittavan asemoituvan eri rooleihin ja ottaa se tutkimuskohteeksi sellaisenaan.

#### **5.4 Tulosten luotettavuus**

Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen on pyritty eri tavoin. Aineisto on kerätty autenttisissa tilanteissa, joissa jokainen neuvontatilanne on kunkin terveysyksikön oman käytännön mukainen, ei tutkimuksellisesti muovautunut. Analysointivaiheessa kuvataan tarkoin, kuinka neuvontatilanteet on analysoitu ja miten tutkimuksen johtopäätöksiin on päädytty. Aikaisempiin tutkimuksiin vertaaminen lisää luotettavuutta. Työssä on raportoitu teoria ja tulkinta selkeästi erilleen suorista lainauksista, ettei lukijalle jää hajanaista ja epävarmaa kuvaa. Moilasan ja Rähän (2001) mukaan suorat lainaukset tutkittavien puheesta lisäävät luotettavuutta, sillä tutkijan tekemä tulkinta lainausten perusteella antaa lukijalle mahdollisuuden seurata tutkijan toimintaa ja analysointia. Lainaus on tärkeä tulkinnan tuki. Tutkimuksen luotettavuutta vähensi videointitilanne, joka saattoi vaikuttaa heidän puhekäyttäytymiseen. Vuorovaikutustilanne terveysalan ammattilaisen kanssa ja sairaalaympäristö saattoi myös vaikuttaa heikentävästi tutkittavan aitouteen tilanteessa.

Diskurssianalyysin teorian sanotaan olevan hyvin läheisessä kontaktissa *sosiaalisen konstruktionismin* perinteessä (Jokinen 1999). Sosiaalisen konstruktionismin tarkoituksena on tutkia kohdetta merkitysten kautta. Tutkittavat asiat, joita voi olla esimerkiksi asiat, tavarat, tuntemukset, tunteet ja roolit saavat tutkimuksellisesti tietyn näkökulman, josta niitä halutaan tarkastella. Kulttuuri ja tutkijan oma esiymmärrys ovat muun muassa vaikuttamassa eri merkitysten luomiseen ja tulkintoihin. Asioilla ja ilmiöillä on kulttuurin kautta selviä ihmisten vuorovaikutuksen kautta syntyneitä merkityksiä, jotka ovat melko vakiintuneita. Merkityksen anto asioille luo mahdollisuuden ihmisille elää ”normaalia” elämää esim. erottamalla eri sanojen vakiintuneen merkityksen ainakin omassa kulttuuriympäristössään. (Jokinen 1999) Henkilöt voivat antaa eri merkityksiä esimerkiksi sanalle aurinko, sillä joillekin se voi kertoa valosta ja lämmöstä, kun toisille se voi olla mielikuva tai tieto liiasta kuumuudesta ja epämiellyttävästä olost. Tässä tutkimuksessa tulokset on raportoitu siten, että lukija näkee miten tutkija on niihin päässyt. Taulukot selkeyttävät tulosten lukemista.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Elintapamuutostarpeet

Tutkittavat puhuivat elintapamuutostarpeistaan liikunnan lisäämisen, ruokamäärän ja rasvan määrän vähentämisen sekä painonpudotuksen osalta. Lisäksi tupakoinnin ja alkoholinkäytön vähentäminen tuli esille joillakin tutkittavilla. Pysyvien muutostarpeiden ja muiden sairauksien hoito on myös yhteydessä elintapamuutostarpeisiin joidenkin tämän aineiston tutkittavilla. Puolison ja perheen rooli elintapamuutoksiin liittyen korostui elämäntilanteen mukaan joko positiivisella tai negatiivisella tavalla. Yhdessä tekeminen tai säännöllinen yhteinen elämänrytmi antoi mahdollisuuden kannustaviin, hyviin muutoksiin. Toisaalta esimerkiksi puolison hoitaminen vei voimavaroja omien tarpeiden ajattelulta ja toteutukselta.

**Taulukko 2** Tutkittavien henkilöiden elintapamuutostarpeet

Elintapamuutostarpeet	Tapa	Esimerkkejä suorista lainauksista
Liikunnan lisääminen	pyöräily, puutyöt, vuodenaajat vaikuttavat	"kun pyöräillä kärsii paremmin"
Ruokamäärän vähentäminen	ruokailuhetkiä vähemmän, annoskoot pienemmiksi	"et silloin se määrä on liian suuri"
Rasvan vähentäminen	määrään ja laatuun huomio	"Joo, et rasva on niinku kaikista lihottavin"
Painonpudotus	tavoite-, ihannepaino	"muutaman kilon vois kyllä puottaakin.."
Tupakoinnin vähentäminen	vähentämisen / lopettamisen ajatukseen kypsyminen	"yhtä hyvin mä voin lopettaa sen kokonaan.."
Alkoholinkäytön vähentäminen	ruokaviinin liikakäytön rajoittaminen	"oisko se nyt sen merkki, että ei alkoholia.."

Vastauksista kävi ilmi, että **liikunnan lisäämiseen** vaikuttaa vuodenaajat.

*Nainen 58 v: ..kun pyöräillä kärsii paremmin, mutta sitä mä en talvella kyllä uskalla tehdä, pyöräilyä.*

*Mies 60 v: Ja siinä tulee liikunta nyt, ku tää keli tästä paranee, niin mökillä puunkaato,*

*halonhakkuuta*

*Mies 57 v: ..että kyllä määhän nyt sitten keväällä oon ajanut ja syksyllä kun on sulat kelit, niin pyörällä ajan.*

Edellä mainituissa keskusteluissa tuli esille Suomen kylmä talvi ja sen aiheuttamat muutokset liikkumiseen. Nimenomaan pyöräily olisi ollut heille kaikille hyvä tapa harrastaa liikuntaa. Vastauksissa oli mainintoja hyötyliikunnasta. Puutarhatoimista nauttivat molemmat sukupuolet ja metsätoimista miehet.

Ruokavaliota käsitellessä tutkittavat puhuivat **ruokamäärien vähentämisen** tarpeesta.

*Mies 69 v: Mutta siinähan se justin se virhe onkin ku syö monta kertaa päivässä, niin tulee sitä sitten liikaa.*

*Nainen 58 v: Et se on sit se lounas-päivällinen ja se on ilmeisesti se loukku siinä sitte, et sillon se määrä on liika suuri.*

*Mies 57 v:*

*Asiakas: Sielu lepää kun syö enemmän, ruumis kärsii..*

Puhe ruokamäärästä oli yhteydessä epäsäännölliseen elämänrytmiin, jonka mukaan heillä oli joko aikaa syödä usein tai kiire. Tutkittavien mukaan kiireessä tuli syötyä harvemmin, mutta liian suuria annoksia koko vuorokauden tarpeeseen ja kulutukseen nähden. Viimeisessä keskustelunäytteessä (mies 57 v) tutkittava tietää, että syö liikaa, mutta toivoo ulkopuolista apua, jotta voisi toteuttaa muutoksia käytännön tasolla. Hänellä on tietoa, mutta tuen tarvetta. Tutkittava oli tehnyt pieniä muutoksia ruokailutottumuksiinsa.

**Rasvan määrän vähentäminen** oli selvästi keskeinen asia varsinkin naisten muutostarpeissa.

*Nainen 57 v:*

*Hoitaja:..mut pikasesti katsoen sullon aika lailla tää rasvan määrä ja laatu ja..*

*Asiakas:Niin, mä just ajattelin, että määrä on varmaan vähän, että nyt määhän oon ollutkin tän, mitä oon tienny, niin vähentäny sitä entisestään. Et mäkin uskosin, että laatuasia on kunnossa mut tosiaan niin sitä ehkä tulee sitte, katottava enemmän vielä, että..*

*Hoitaja: Joo, et rasva on niinku kaikista lihottavin, jos määrää ajatellaan. Et sokerissakaan ei oo ku puolet rasvan kalorimäärästä.*



*Asiakas: Joo, et se rasva, nimenomaan leivän päällä se rasva, mitä mä tuota niin..*

Tässä keskustelussa tutkittava saa hoitajalta ensin ehkä myönteistä palautetta, sillä tutkittava on hyvin valveutunut ruokavalioasioissa. Tutkittavan puheesta käy kuitenkin ilmi, että hänen mielestään rasvan määrää voi vielä vähentää, vaikka hän on tehnyt myönteisiä muutoksia jo silloin, kun on saanut tietää sairaudestaan (*nyt mää oon ollutkin tän, mitä oon tienny, niin vähentäny sitä entisestään*).

**Painonpudotus** ilmeni tutkittavien elintapamuutostarpeena.

*Nainen 57 v: ..että muutaman kilon vois kyllä puottaakkin ihan hyvin.*

*Mies 60 v:*

*Hoitaja: Mikäs teistä itestä tuntus teille semmoselta sopivammalta painolta että?*

*Asiakas: No kymmenen kiloakin ku sais pois, niin oishan se hieno asia.*

Jokainen painonpudotuksesta puhuva tutkittava henkilö suhteutti laihdutustarpeensa omaan tilanteeseensa / kykyynsä. he eivät ottaneet painoindeksin mukaisia arvoja tärkeimmäksi mittariksi.

**Tupakoinnin vähentäminen** tuli esille kahdessa keskustelussa. Tutkittavista 3/9 kertoi polttavansa säännöllisesti.

*Nainen 58 v: Yhtä hyvin mä voin lopettaa sen kokonaan, että mä en oo sillä lailla riippuvainen siitä.*

*Nainen (ei sama kuin ed) 58 v: Ei tunnu käyvän, vaikka kuinka aattelee, että en polta niin se, menee vain.*

Molemmissa tapauksissa tupakoinnin vähentämistä oli ajateltu. Tupakoiva tutkittava oli sitä mieltä, että lopettaminen ei tuottaisi hankaluuksia, sillä hän ei omasta mielestään ollut siitä riippuvainen. Toisella tupakoitsijalla toiminta oli vasta ajattelun tasolla, sillä hän ei ollut tehnyt mitään konkreettista tupakoinnin lopettamiseksi. Hänen mielestään se oli hänestä riippumaton asia (*ei tunnu käyvän*) ja tilanne eli polttaminen vain tapahtuu.

**Alkoholin käytön vähentäminen** tuli esille yhdellä tutkittavalla. Mies kertoi ensin heidän

(asuu vaimon kanssa) ruokatavoistaan ja puheeksi tulivat myös ruokaviinit. Keskustelussa päästiin päivällisen jälkeisen loppuillan syömisen kartoitukseen.

*Mies 60 v:*

*Hoitaja: Joo, mites sitte sen jälkeen, tuleeko sitte vielä illan päälle jotakin? Kahvia tai iltapalaa tai..?*

*Asiakas: Hmmm..ei taida pahemmin siinä sitte olla mitään.*

*Hoitaja: ettekö mitään syö illalla? Jaksako sitä?*

*Asiakas: No, viiniä ehkä voi tulla, ottaa sitte sitä ruokaviiniä siinä, mitä nyt on sitte ollu. Sitä ehkä siinä lipitelly sitte mahdollisesti.*

*Hoitaja: Ruokaviiniäkö noin vain pelkästään?*

*Asiakas: Pelkästään sitten.*

*Hoitaja: Tuleeks sitä viiniä paljon? Tuleeks sitä ihan päivittäin tai viikottain tai..?*

*Asiakas: No, se on nyt ihan sitte ollu tuota niin, sekä että.*

*Hoitaja: Joo.*

*Asiakas: Semmosta vaihtelevuutta.*

*Hoitaja: Joo.*

*Asiakas: Että se on, oisko se nyt sen merkki, että ei alkoholia.*

Keskustelun loppuvaiheessa selvisi, että illan energian tarvetta ei korjata ravinnolla, vaan viinillä. Tutkittavan mukaan se oli vaihtelevasti viikoittain tai päivittäin tapahtuvaa. Keskustelun kuluessa hoitajan tyyli tuoda asiaa esille ”*Ruokaviiniäkö noin vain pelkästään?*” sai asiakkaan miettimään tilannetta ja hän kysyvästi sanoo ”*oisko se nyt sen merkki, että ei alkoholia*”. Asiakkaalta muutostarvepuhetta muodosti vasta sitten, kun hoitaja on paheksuvalla tavalla tuonut esille ruokaviinin liikakäytön. Asiakas kertoi itse alkoholin vähentämistarpeestaan, jolloin hoitaja kertoi alkoholin energiamäärien faktoista. Hoitaja ei tyrmää alkoholin käyttöä kokonaan sairauden takia, vaan perustelee asiaa liialla energian saannilla.

Erilaiset **ravitsemusongelmat ja sairaudet** estivät elintapamuutosten tekemistä, jos tutkittavilla oli esimerkiksi ruoka-aineallergioita tai liikkumisrajoituksia aiheuttavia pulmia.

*Nainen 57 v: ..mutta ku mullon niitä laktoosi-intoleranssi, niin joskus syön niinku hyla-viilin, mutta nekään ei taho oikein käydä ne hyla-tuotteetkaan.*

*Nainen 58 v: ..tuo liikkuminen ja semmonen, niin mullon sikäli hankalaa sen asian kans, ku mullon hyvin pahat nivelrikot molemmissa polvissa. Että se niinku rajoittaa mun ulkoilua, silä lailla semmosta liikkumista*

*Nainen 63 v:..Siis nykyäänhän on semmosta mun elämä, että mun tulee paikat kippeeks kun mää niinku teen. Käsivarret ku haravoi ja ruumiillista työtä tekkee.*

Ensimmäisessä tilanteessa tutkittava (nainen 57 v) toi esiin ruokavalion keventämispulmia, sillä hyvät vaihtoehdot proteiinipitoisista maitotuotteista aiheuttivat vaivoja. Liikkumisrajoitukset vaivasivat naisia ja he kertovat fyysiset ongelmat liikkumista estäviksi tekijöiksi, joiden takia elintapamuutokset liikkumisen lisäämiseksi on hankalaa.

**Perhe ja ihmissuhteet** vaikuttivat tutkittavan elintapa-ajatteluun merkittävästi. Pääosin puolison rooli oli hyviä elintapoja edistävä, mutta joistakin puheista ilmeni, että puolison ”taakse” mennään vaikeiden asioiden selvittelyssä ja keskustellaan toisen ihmisen kautta, eli ei omista asioista.

*Nainen 63 v:*

*Asiakas: Että se vaihtelee ihan mulla ja nytki tänä aamuna keitin miehelle puuron niin se on se aamu mulla nii..joo, ja joskus keitetään iltasellaki..*

*Hoitaja: joo, nii ei kaksiki kertaa päivässä?*

*Asiakas: Kaks kertaaki, mies tykkää kauheesti puurosta.*

*Nainen 58 v: ..mun mies aina hoki mulle näin, että sulla on varmaan sokeritauti*

Puoliso saattoi olla positiivisella tavalla se asia, joka ohjasi ruokailukäytäntöjä ja sai tutkittavan (nainen 63 v) tekemään hyviä valintoja, molempien hyväksi. Yhdessä syöminen oli tärkeää ja tietyt rutiinit ja rytmit muodostuivat eläkeläisten arjessa keskeisiksi. Puolison huomioiminen oli esillä myös, kun tutkittava (nainen 58 v) mietti sairauden havaitsemista ja puolison roolia siinä.

Toisaalta tuli myös esille tilanteita, joissa tutkittavat vastasivat puolisonsa elintavoista, kun kysyttiin heidän omista käytänteistään. Esimerkkinä on aamupalasta tiedustelu.

*Nainen 63 v:*

*Hoitaja: Miten aamulla syötte?*

*Asiakas: No ei taho syyä, tänäki aamuna kolome korppua söi.*

Samalla tavalla puhuttiin hedelmien ja vihannesten käytöstä kehkeytyneessä keskustelussa.

*Nainen 63 v: Kyllä määhän puolikkaan (omenaa) voin joskus syyä, mutta se ei oo mitenkään säännöllistä, mutku mies syö joka päivä omenan.*

*..Tosiaan että kurkkujaki ku määhän ostan niin määhän saatan sitten syyä monena päivänä sen kurkun. Kyllä mieski sitä, mutta tomaattia se ei, se on aika vähä mitä se syö, mutta kyllä vanhainkodissa syö kaikki ku sehän siliputaan siellä.*

Tämän tutkittavan tilanne on sellainen, että hän elää hyvin pitkälle sairaan miehensä ehdoilla ja suuntaa keskusteluaan puheenvuoroissa miehen tapoihin ja tottumuksiin päin. Hänen miehensä on pari viikkoa kuukaudessa vanhainkodissa vuorohoidossa, joten muuna aikana tutkittavan rooli miehen hoidossa on hyvinkin intensiivistä. Tämä on aiheuttanut luultavammin ajattelumaailman mukautumisen miehen tarpeiden mukaan. Tällöin omat tarpeet tyypin 2 diabeteksen hoidossa on enemmänkin taka-alalla. Seuraavassa keskustelunäytteessä sama tutkittava kertoo miehensä hoidosta ja siihen liittyvistä asioista.

*Nainen 63 v:*

*Hoitaja: Että on niinku raskasta, että..*

*Asiakas: Niin, on. Se on ollu jo siis vuosia ennen tätä vähän semmosta. Ja se oli sillon aikaisemmin tällein, että kuus viikkoo kotona ja sillai, että..eihän sitä jaksu, ku omakotitalo on siinä hoiettavana niin, ei sitä jaksu. Mulla menee ihan siinä ku määhän käytän täällä sitä aika paljon.*

Tässä tilanteessa tutkittava nainen kokee miehensä hoidon hyvin raskaasti, niin henkisesti kuin fyysisestikin. Omakotitalon hoito on myös tutkittavalla työtaakkana, joten aikaa ei tahdo riittää itsestä huolehtimiseen tarpeeksi. Huolenaiheena on jaksaminen kokonaisvaltaisesti.

Toisessa keskustelussa tutkittava kertoi puolison liikuntatavoista.

*Nainen 58 v: Kotona kato ku, isäntä tilas ennen joulua kato sen, mikä helvetin häkkyrä se nyt*

*oli tai jota televisiossa mainostettiin kato..*

*Hoitaja: Joo.*

*Asiakas: ..sitä näin tässä jalkoja heilutellaan.*

*Hoitaja: Joo, hyvä.*

*Asiakas: Ja tämmönen kato, että kun jos sadeilma, niin ei hängkään pääse lenkille, kun mies tekee kymmenen kilometrin lenkkejä kuule, päivittäin, kaiken muun lisäksi.*

*Hoitaja: Joo.*

Tässä puheessa ilmeni selvästi tutkittavan halu tuoda esiin jotain positiivista liikunnasta ja se puhe liittyi hänen puolisonsa aktiiviseen liikkumiskäyttäytymiseen. Tutkittava itse ei ollut liikunnallinen ”kato ku tota, minä pidän liikuntana sen, että ku mä hoidan sen huushollin kuitenkin..” ja hänen liikkumisensa liittyi välttämättömiin päivittäisiin askareisiin. Tällä tavoin puhuessaan, hän tavallaan halusi kompensoida omaa liikkumattomuuttaan puolison yltiöpäisillä liikuntaharrastuksilla ja perusteli kotiaskareiden olevan hänelle tarpeeksi kuluttavaa.

Oma epäterveellisempi vaihtoehto saatettiin hyväksyttää sille, että puoliso käyttää terveellistä vaihtoehtoa, kuten seuraavassa keskustelunäytteessä.

*Mies 60 v: .*

*Asiakas: Voimariinia minä oon käyttäny. Vaimo ku ei käytä mitään.*

Tutkittava kertoo käyttävänsä voimariinia ja hoitajan mielestäni hän voisi vaihtaa vähärasvaisempaan vaihtoehtoon. Tutkittavan puheesta voidaan tulkita, että kun vaimo ei käytä mitään rasvaa leivän päällä, niin hän voi käyttää rasvaisempaa vaihtoehtoa. Tutkittava ikään kuin perustelee voipohjaisen levitteen käyttöä sillä.

## **6.2 Tulkintarepertuaareja elintavoista**

Tutkittavien puheesta yleisesti elintapoihin liittyen saattoi muodostaa eri tulkintarepertuaareja, joita löytyi samastakin vastauksesta erilaisia. Elintapapuhetta oli elintapamuutoksia estävät ja edistävät diskurssit, jotka olivat löydettävissä neuvontatilanteiden keskusteluissa asiakkaiden puheen tulkinnasta. Näiden kahden diskurssin alalajeiksi muodostuivat tulkintarepertuaarit. Seuraavassa taulukossa on yhteenvedona estävät ja edistävät diskurssit sekä niiden

tulkintarepertuaarien alalajit.

**Taulukko 3. Tulkintarepertuaarien jaottelu tutkittavien puhetapojen mukaan**

Estävät diskurssit	Edistävät diskurssit
”ei koske minua”-puhe	sisäinen motiivi-puhe
aloitekyvyttömyyspuhe	perheen merkitys-puhe
mukavuudenhalun säilyttämispuhe	
sairaudet/ vaivat esteenä-puhe	
Tulkintarepertuaarit	

### 6.2.1 Estävät diskurssit

Tutkittavien elintapoihin liittyvästä puheesta oli löydettävissä erilaisia elintapamuutoksia estäviä repertuaareja. Tutkittava saattoi käyttää ns. **”ei koske minua”-puhetta**, kun hän ohitti elintapakeskustelun ilman pohdintoja tai ajatuksia siitä, että asia koskee häntä itseään.

*Nainen 58 v: ..nehän ruokaterapeutit kato ku mun miehelle tehtiin se, niin eihän sieltä päässyt pois ennen ku nää kaikki ruokaterapeutit ja muut oli kato luennoi ja senkin jälkeen, mitä nyt uutta tietoo..*

Tässä näytteessä tutkittava kertoo tiedon määrästä, josta hänelle ja puolisolalle on kerrottu ravinnosta puolison toipuessa suuresta sydänleikkauksesta. Tutkittava ei kohdenna annettua elintapaohjeistosta omaan elämäänsä.

Puhe ruumiinrakenteesta korostui geeniperinteiden aiheuttamaksi, varsinkin jos oli kyse lihavuudesta, kuten seuraavassa näytteessä.

*Nainen 58 v: Meillä on suvussa justiin tämä, tämä vyötärölihavuus.*

*Hoitaja: Joo.*

*Asiakas: Niin mun veljillä on ..meidän siskoilla. Yks ainut oli, vanhin sisko on ku luuviulu.*

*Hoitaja: Niin, Mut se liikkuu aivan mahottomasti.*

*Hoitaja: Joo.*

*Asiakas: Eikä syö mitään. Joo. Että tämä on kyllä meillä kuule kaikilla kuule tämä.*

Tässä näytteessä tutkittava perustelee perinnöllisyyden olevan syy hänen lihavuudelleen. Hän kertoo hoikan sisarensa laihuudesta negatiiviseen sävyyn nimittelemällä ”luuviulu” ja perustelemalla hoikkuutta liiallisen liikkumisen ”mut se liikkuu aivan mahottomasti” ja syömättömyyden ”eikä syö mitään” aiheuttamaksi. Tutkittava käsittelee ravinto- ja liikunta-asiaa ääripään tasolla ja kokee, että se ei koske häntä, sillä siinä perimällä on vaikutusta niin paljon ja poikkeuksena on sisar, joka on tutkittavan mielestä väärällä tavalla saavuttanut laihuuden.

Puheesta saattoi löytää perusteluja omalle ulkomuodolle siitä, että ruuanlaittaja saa olla pyylevä.

*Mies 60 v: Ja minähän se yleensä kokkina, kokkina olen meidän huushollissa, niin se kokkihan on yleensä sen näkönen et oot kokki, kokin näkönenki, monissa tapauksissa.*

Tässä keskustelunäytteessä tutkittava halusi tuoda esiin yleisesti hyväksyttävän mallin, jossa kokki on ainakin hiukan ylipainoinen tai vyötärölihava. Hän laittaa kotona ruokaa sekä saa myös olla ja näyttää omasta mielestään pyylevältä.

**Aloitekyvyttömyys-puhe** oli tutkittavan puhetta siitä, ettei hän ole saanut aikaiseksi tehdä muutoksia. Usein löytyi jokin syy vanhojen tapojen säilyttämiselle.

*Mies 60 v:*

*Hoitaja: Niin. Olisko se sitte, että jättäs vaikka siitä aamupalasta sen leivän pois ja ottas joskus välillä sitte sitä leipää? Vähän tasais.*

*Asiakas: Jaa, missähän...*

*Hoitaja: Tuntusko mahdolliselta?*

*Asiakas: ..missähän välissä sitä, ku ei sitä olla kotona kumminkaan.*

*Hoitaja: Eikö? Aina menossa?*

*Asiakas: Jotenki ollaan, ettei siinä oo sitte sitä mahollisuutta, eikä mutta se on ihan...*

Tässä keskustelussa hoitaja selvittää asiakkaalle säännöllisen ruokailurytmin tekemistä. Asiakas ei ole kovin yhteistyökykyinen tässä asiassa ja muutoshaluttomuus näkyy

vastareaktion. Hän haluaa pitää ennallaan entiset tavat ja kertoo toiminnanmuutoksen olevan hankalaa, koska he eivät ole koskaan kotona. Hän tekee hankalaksi muutosten sovittamisen omaan elämänrytmiin.

Aloitekyvyttömyys-puhetta syntyi myös liikunta-aktiivisuuden osalta.

*Asiakas 57 v:*

*Hoitaja: Kävelet sä nuo työmatkat?*

*Asiakas: No en.*

*Hoitaja: (naurahdus)*

*Asiakas: Kun se kaks kilometriä on liian pitkä matka.*

Tässä tilanteessa hoitaja kartoittaa asiakkaan liikkumista ja asiakkaalla on asenne, että ”pitäisi, mutta kun”. Toisaalta ei ole varmaa, tarkoittiko asiakas vitsiksi sanoa kahden kilometrin matkaa pitkäksi. Hoitaja naurahti sille, ettei asiakas kulje jalan työmatkoja, joka saattoi aiheuttaa asiakkaan puheen muuttumisen leikilliseksi. Lisäksi tutkittava puhuu muutoinkin isi-muodossa toimintaansa: ”tekisin”, ”pitäisi”. Liikuntatottumusten tiedusteluun tutkittava vastasi: ”Laiskan sutjakka.” Hänellä oli selkeä asenne olla toteuttamatta mitään sen erikoisempaa muutosta ja hän kertoi rehellisesti

Omaa aloitekyvyttömyyttä korosti se, että tutkittava halusi ulkoa päin tulevan sysäyksen hyviin elintapoihin siirtymiseen ravitsemuksen osalta.

*Mies 57 v: Periaatteessa tienny ja koetan tietysti vähän, pitäis paljonkin ottaa huomioon...Jotenkin sitä niinku oottaa, että joku sanoo..*

Lisäksi asenne laihtumisyrittysten epäonnistumiseen tuli esiin keskusteluissa.

*Nainen 63 v: Se on aina jus nää. Mä en näistä laihtu ku roikkuu nämä. Tämä rasvahan se on.*

Keskustelussa käytiin läpi painoindeksiä ja tavoitetasoja. Asiakas on sitä mieltä, ettei voi saada aikaiseksi muutoksia kehossaan, kun rasvaa on niin paljon. Hän käyttää sanontaa ”iän kaiken”, joka antaa tilanteesta melko staattisen, muuttumattoman kuvan. Hänen mielestään aina on näin ollut ja näin tulee olemaan.



Toisaalta tutkittava vain totesi aloitekyvyttömyytensä.

*Mies 57 v: No ei siinä oo kyllä elämäntavoissa tapahtunu mitään.*

Hän tiesi, ettei ole tehnyt mitään asian eteen ja sanoi sen rehellisesti, ilman tekosyitä tai perusteluja.

**Mukavuudenhalun säilyttämispuhe** liittyi tutkittavien kertomaan nautintoon ja varsinkin ruokiin liittyen eri mauista saatuihin kokemuksiin.

*Mies 60 v:*

*Hoitaja: Eikä, sehän ei oo kovin iso hyppäys jos ykkösprosenttisesta muuttuu rasvattomaks...*

*Asiakas: Niin, no kyllä sitäkin saa tehdä. Kyllä mä vaimolle sanoin, että käyhän vaihtamassa tuo ?? Ku kävi ostamassa aina sitä nolla-prosenttista ottamassa, että minä kumminki ?? ykköstä.*

*Nainen 63 v: Mää en tietty sitä nautajauhelihaa nii, mää en tiä että mikä siinä, harvoin mää sitä, musta ei niinku käy se, musta tulee niinku maukkaampia sanotaan lihapullat sikä-nautajauheliha.*

*Mies 57 v:*

*Hoitaja: Täytyyks sinne laittaa aina sitä sianlihaa joukkoon, semmosta rasvasta sianlihaa? (puhuvat hirvenlihan laitosta)*

*Asiakas: No, kyllä se tulee parempi, maukkaampi tulee.*

*Nainen 58v: Ne oli niin, ne maistu ihan kengänpohjalle ne kevytjuustot (naurua).*

Edellä mainituissa keskustelunäytteissä tutkittavien mielestä ruuan/ juoman maku oli tärkeä tekijä, jonka perusteella oli vaikea lähteä muuttamaan totuttuja tapoja heidän näkökulmastaan negatiiviseen suuntaan. Rasvaa tai sokeria sisältävät tuotteet antavat hyvän maun, josta ei haluttaisi tinkiä.

**Sairaudet/vaivat esteenä-puhe** koostui liikkumisen rajoituksista ja pulmista, jotka estivät elintapojen muutokset. Tutkittavilta puuttui kompensointikeinoja, jotka olisi voinut auttaa

tilanteessa.

*Mies 69 v: Nyt kun ei pääse tosiaan noitten jalkojen takia, niin oikein pitkille lenkille eikä muutenkaan tietysti tuon...pumpun takia*

*Nainen 57 v: Sitte semmonen on, mikä aika ajoin vaikuttaa mun liikuntaan kans, vaikka mä tiän että se liikunta on hyväksi, ku mullon tää fibromyalgia kanssa...(muuta keskustelua välissä)..ku se vaeltaa se kipu, mut sillon ku se on tuolta ovlvissa tai nilkoissa, niin sillon se on niinku hankala siihen liikkumiseen.*

Tähän repertuaariin olen sisällyttänyt vaivapuheeksi negatiivisen asenteen, joka liittyy oman itsensä hyväksymiseen.

*Nainen 58 v: Et siellä miehen kanssa mennään kuule sinne, se käy kato tuolla uimahallilla ja kuntosalilla ja mä lähen siks aikaa tuonne kirppu-..*

*Hoitaja: Sä et lähe uimaan sinne mukaan?*

*Asiakas: En minä näine lihoineni lähe..niin tuota sitten..*

Positiivista on, että puoliso saa tutkittavan mukaan kävellen kirpputorille, mutta asenne oman kehon kuvaan on tutkittavalla hankala, sillä oman itsensä häpeily aiheuttaa liikunnasta kieltäytymistä.

## 6.2.2 Edistävät diskurssit

Tutkittavat keskustelivat omien päätösten ja vakaumusten vaikuttavan asenteeseen elintapa-asioissa. **Sisäistä motiivi-puhetta** elintapamuutoksiin löytyi tutkittavilta omaa käytökseen liittyen.

*Mies 57 v: Sehän on minusta kiini mitä minä panen suuhun.*

*Nainen 58 v: Ja, mun mieheni sitten sanoi, että kuule noilla arvoilla sää voit vielä syyvä jäätelö, että syö vaan. Mää sanon, että en syö, kun oon päättäny..*

*Mies 60 v: Pitää ottaa ittee niskasta niinku kiinni.*

Tutkittavat kertoivat omaehtoisesti toiminnasta elintapoihin liittyen, joilla oli merkitystä sille,

kuinka he toimivat käytännössä muutostilanteessa. Oma valinta, päätös ja tahdo olivat tärkeitä tekijöitä, joiden avulla tutkittavat eivät saattanut itseään kiusaukseen toimimalla itselleen epäedullisesti.

Lähiympäristö ja nimenomaan perhe olivat positiivisia elintapamuutoksia edistäviä tekijöitä tutkittavien arjessa ja toiminnoissa.

**Perheen merkitys puhe** liittyi liikuntaan ja ravintoon.

*Mies 69 v: ...monta kertaa tulee tai ihan viiteen kilometriin asti lenkkiä heitetään.*

*Vaimon kanssa. Sitten nitrosidiä laitetaan poskeen kun tuntuu, että lenkki on liian raskas.*

*Nainen 58 v: Voileviä meillä on, tyttökin käyttää sitä..*

*Nainen 63 v: Näissäkin on ollu nyt ongelmia, mutta ku mun mies on kulkenu tuolla vanhainkodissa, niin niinni myö on ruvettu syömään, ku meillä on siis vanhainkodin ajat.*

Perheen arki ja totutut hyvät tavat ovat silloin myönteisiä asioita elintapamuutoksissa, kun halutaan saada tukea ympäristöltä omille valinnoilleen. Keskusteluissa ilmeni, että yhdessä liikkuminen on mielekästä ja säännönmukaiset arkiset rutiinit voivat olla eduksi. Positiivinen asenne perheen antamaan tukeen ja toiminnan mahdollistamiseen helpottaa muutoksissa tai hyvien elintapojen ylläpitämisessä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkittavat puhuivat elintapamuutostarpeistaan liikunnan lisäämisen, ruokamäärän ja rasvan määrän vähentämisen sekä painonpudotuksen osalta. Myös perheen rooli elintapamuutostarpeisiin liittyen korostui elämäntilanteen mukaan. Heidän puheestaan oli löydettävissä erilaisia tulkintarepertuaareja elintapamuutoksista: ei koske minua-puhe, aloitekyvyttömyyspuhe, mukavuudenhalun säilyttämispuhe, sairaudet ja vaivat esteenä-puhe, sisäinen motiivi-puhe ja perheen merkitys-puhe. Nämä repertuaarit jakaantuivat vielä edistäviin ja estäviin diskursseihin. Parryn (2006) tutkimuksessa, jossa kysyttiin tyyppin 2 diabeetikoiden elintapamuutoksista, oli tutkittavilla myös vastakkaisia kokemuksia, kuten

tässäkin tutkimuksessa.

Tutkittavien puheesta elintapamuutosten osalta tuli esille kaikki tärkeimmät elintapoihin yleisesti liittyvät asiat, kuten ravinto, liikunta, painonhallinta, alkoholi ja tupakka. Heidän puheestaan välittyi estäviä tekijöitä, joiden mukaan elintapamuutoksia saattoi olla tekemättä. Toisaalta he mainitsivat keskusteluissa myös edistäviä tekijöitä, jotka auttoivat muutosten tekemisessä. Heidän muutostarpeitaan tukevia tekijöitä oli muun muassa perheeltä ja varsinkin puolisolta saatu tuki. Myös Goldsmithin ym. (2006) tutkimuksessa todettiin elintapamuutoksien saavuttamisen tueksi puolison rooli, kun kyseessä oli sydäntapahtuman jälkeen toteutettavat muutokset elintavoissa. Tutkimuksen mukaan välittäminen ja vastuu toisesta olivat merkityksellisiä sairastuneen muutostyölle. Samanlaisia kokemuksia on ollut myös Hepworthin (1999) laadullisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin ei-insuliinista riippuvaisia naisdiabeetikoita (non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) ja heidän saamaansa tukea läheisiltä sairaudesta selviytymiseen sekä voimavarojen karttumiseen.

Tutkittavien puheesta löytyi keskustelun aikana erilaisia puhetapoja jopa samalta henkilöltä. Pohdin asiaa siitä näkökulmasta, että tutkittava prosessoi myös keskustelun aikana omaa tilannettaan ja vasta todettua sairauttaan sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Hoitajan puhe (jota tässä tutkimuksessa en analysoinut) osaltaan vaikuttaa siihen, miten tutkittava puhuu diabetesneuvonnassa. Konteksti rajasi puhetta enimmäkseen diabetekseen, mutta he puhuivat myös muista asioista, jotka he ottivat esille hoitajan vastaanotolla. Tutkittavien puheesta löydetty tulkintarepertuaarit elintavoista olivat melko negatiivisia. Olen miettinyt, kuinka asiaan on vaikuttanut se, että aineistosta otettiin ensimmäisen neuvontakäynnin keskustelut. Tutkittavat eivät olleet vielä prosessoineet sairastumistaan tyyppin 2 diabetekseen ja kävivät vastarintakeskustelua muutoksia vastaan, joita sairauden myötä tulisi tehdä. Elintapojen tarkistus ja siihen kohdistuvat toimenpiteet saattoivat tuntua kaukaisilta ja omaan elämään kuulumattomilta. Ei koske minua-puhe oli selkeä osoitus siitä, että tutkittava henkilö ei ollut sisäistänyt muutostarvetta. Mukavuudenhalun säilyttämispuhe kuvastaa mielestäni yhteiskunnallista kulttuuria, jonka mukaan ihmisten ei tarvitse välttämättä olla aktiivisia osapuolia. Useat kehittämiskohteet yhteiskunnassamme tarjoaa helpotusta liikkumiseen ja ajankäyttöön, jotka eivät kansanterveydellisesti ole suotavia.

Transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheita (Prochaska ym. 1994) soveltaen voidaan sanoa, että pääosin tutkittavat olivat esiharkinta- tai harkintavaiheessa. Tämän tutkimuksen tulkintarepertuaareissa ”ei koske minua”-puhe oli selkeästi esiharkintavaihetta, jossa muutoksen tarve kiellettiin. Aloitekyvyttömyys-puhe oli myös TT-muutosvaihemallin mukaan harkinnan asteella olevaa pohdintaa. Muutamalla tutkittavalla muutosvaihe oli edennyt valmistautumisvaiheeseen, jossa oli jo tehty pieniä toimia esimerkiksi rasvan laadun valinnassa vähärasvaiseen valmistamiseen tai lieviä painonlaskuun johtaneita muita muutoksia. Tässä tilanteessa on huomioitava, että tutkittavat eivät olleet ajallisesti kauaa tienneet sairaudestaan tai heikentyneestä glukoosinsiedostaan, joten se on vaikuttanut heidän muutosvaiheen tasoon. Heillä ei ole ollut mahdollisuutta vielä prosessoida asiaa pidemmälle. Ulkopuolinen paine muutokselle on todellinen diabetesneuvontatilanteessa, jossa kartoitetaan elintapoja ja syitä sairauden alulle. Transteoreettinen malli kuvaa myös muutoksen teon motivaatiota, joka voi syntyä vain oman ajattelun pohjalta, vaikka ulkoapäin tuleva ärsyke on lisäksi tärkeä.

Tutkijalla on oma kulttuurinen esiymmärrys ja tietoa tutkimusaiheesta. Diabeteshoitajana kokee samanlaisia tilanteita, kuin tutkimusaineiston neuvontavastaanotoilla. Hoitajana voi katsoa kriittisesti kollegan työskentelyä videon ja litteroidun tekstin välityksellä. Mielestäni oli positiivista, kuinka helposti neuvontatilannetta saattoi käsitellä ulkopuolisena, kun neuvontatilanteita oli lukenut jonkun aikaa. Toisaalta hyvä asia oli myös se, etteivät työyhteisöt olleet tutkijalle tuttuja. Moilasan ja Rähän (2001) mukaan rajattu tutkimuskysymys ja siihen sitoutuminen vaikuttaa tilanteen objektiivisuuden lisääntymiseen, sillä tutkijana on erilainen asema tarkkaillessa ulkopuolisena opiskelijana ja tutkijana, eikä työyhteisöön kuuluvana hoitajana. Tutkimusongelmat saattavat muuttua ja tarkentua tutkijan esiymmärryksen vahvistuessa aiheen tullessa tutummaksi. Tutkija on tehnyt enemmän pohdintaa ja voi tarkentaa tutkimuskysymyksiään työn edetessä. Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset rajautuivat siinä vaiheessa, kun tekstien sisältöön oli perehdytty tarkemmin.

Tyyppin 2 diabeetikoiden elintapamuutosten esteisiin tulisi kiinnittää huomiota diabetesneuvonnassa. Muutoksen esteenä on erilaisia syitä, jotka ovat haasteita neuvonnan sisällölle. Terveysthuollon ammattilaisilla on suuri vastuu neuvoa ja ohjata asiakasta

oikeilla menetelmillä. Diabeetikon oma motivaatio muutokseen on keskeinen. Perheen ja puolison rooli korostuu elintapa-ajattelussa ja tulevaisuudessa on hyvä siirtyä yhä perhekeskeisempään neuvontaan.

Jatkotutkimushaasteina näkisin perheen merkityksen tutkimisen vasta todetun diabeetikon tukena ja esteenä. Lisäksi olisi tärkeää tietää miten diabeetikot kokevat esimerkiksi alkutilanteessa ja vuoden ja /tai kolmen vuoden seurannan jälkeen elintapamuutostarpeensa ja miten tarpeet ovat muuttuneet ajan myötä sekä millaisia muutoksia he ovat tehneet. Diabeetikoilta voisi myös kartoittaa sitä, mitkä tekijät ovat saaneet aikaan elintapamuutokset diabetekseen sairastumisen jälkeen. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan saada haastatteleamalla selville diabetekseen sairastuneen kokemuksia perheen merkityksestä, elintapamuutostarpeista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tässä tutkimuksessa ilmeni negatiivisia esteitä elintapamuutosten toteuttamiselle ja tähän voisi kiinnittää huomiota vasta todetun tyypin 2 diabeetikon diabetesneuvonnassa.

## LÄHTEET

Alasuutari P. Toinen tasavalta. Suomi 1946–1994. Tampere Vastapaino 1996: 18–20

Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.) Suomalaisien terveys. Duodecim, Stakes, KTL. Saarijärvi 2005:444–460

Cheung C, Wyman J, Gross C, Peters J, Findorff M, Stock H. Exercise behaviour in older adults: A test of the transtheoretical model. *Journal of Aging and Physical Activity* 2005;15:103-118

Crandall J, Schade D, Ma Y, Fujimoto WY, Barrett-Connor E, Fowler S, Dagogo-Jack S, Andres R. The influence of age on the effects of lifestyle modification and metformin in prevention of diabetes. *Journal of gerontology: medical sciences* 2006;61A(10):1075-1081

Davies M, Dempster, Malone A. Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Diabetic Medicine* 2006; 23:917-919

Diabetesliitto. Ohjelman tavoitteet, toteutus ja arviointi. Teoksessa Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. Suomen Diabetesliitto ry, 2000

Diabetesliitto. DEHKO 2000–2010, Tiivistelmä. Suomen Diabetesliitto ry, 2002

Diabetesliitto. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010, Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Suomen Diabetesliitto ry, 2003

Goldsmith D J, Lindholm K A, Bute J. Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Social Science & Medicine* 2006;63(8):2079-2090

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2005. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* 2005:18

Hepworth J. Gender and the capacity of women with NIDDM to implement medical advice. *Scand J Public Health* 1999; 27:260-266

Himanen O. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio EA, Rönnemaa T (toim.) Diabetes. 4. uudistettu painos, Hämeenlinna. Duodecim 2006: 36-42

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerrus Kirjapaino Oy 2004: 175

Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *N Engl J Med* 2001;345:790-797

Hu G, Jousilahti P, Barengo NC, Qiao Q, Lakka TA, Tuomilehto J. Physical activity,

cardiovascular risk factors, and mortality among Finnish adults with diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(4):799–805

Ilanne-Parikka P. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio EA, Rönnemaa T (toim.) *Diabetes*. 4. uudistettu painos, Hämeenlinna. Duodecim 2006:191–194

Jokinen A, Juhila K. Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen E *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere. Vastapaino 1993: 75–108

Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. Johdanto. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen E *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere. Vastapaino 1993a:9-14

Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. Diskursiivinen maailma. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen E *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere. Vastapaino 1993b:17-47

Jokinen A, Juhila K, Pösö, T. Tulkitseva sosiaalityö. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Pösö, T (toim.) *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma*. Jyväskylä. Gummerrus Kirjapaino Oy 1995: 9-31

Jokinen A. Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen E *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere. Vastapaino 1999:37–53

Jokinen A, Juhila K. Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen E *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere. Vastapaino:1999:54–97

Johnson F R, Manjunath R, Mansfield C A, Clayton L J, Hoerger T J, Zhang P. High-risk individuals' willingness to pay for diabetes risk-reduction programs. *Diabetes care* 2006; 29:1351-1356

Juhila K, Suoninen E. Kymmenen kysymystä diskurssianalyysista. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen, E *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Jyväskylä. Vastapaino 1999: 233-252

Kangas T. Diabeetikkojen terveystalvelut ja niiden kustannukset. Helsinkiläisten diabeetikkojen verrokkikontrolloitu poikkileikkaustutkimus. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 67. Kansaneläkelaitos 2002: 12, 88

Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Dietet* 2003;16: 159-166

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. Muutospuhe tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2004;41:452–365

Kiuru P, Poskiparta M, Kettunen T, Saltevo J, Liimatainen L. Advice-Giving styles by Finnish nurses in dietary counselling concerning type 2 diabetes care. *Journal of health communication* 2004; 9:337-354



Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Richard F, Hamman MD, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. Diabetes prevention program research group. N Engl J Med 2002;346:393-403

Marttila J. Diabeteksen puhkeaminen. Meneekö koko elämä uusiksi? Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio E A, Rönnemaa T (toim.) Diabetes. 4. uudistettu painos, Hämeenlinna. Duodecim 2006:29

Moilanen P, Räihä P. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola Juhani ja Valli Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001: 44-67

Morrato E H, Hill J O, Wyatt H R, Ghushchyan V, Sullivan P W. Are health care professional advising patients with diabetes or at risk for developing diabetes to exercise more? Diabetes care 2006; 29:543-548

Mustajoki P. Diabetes. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Tietokannassa Lääkärikirja Duodecim.2005. [www-dokumentti] Päivitetty 26.1.2006 [viitattu 24.10.2006]. [http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=Diabetes%20\(sokeritauti\)&p\\_artik\\_keli=dlk00011](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Diabetes%20(sokeritauti)&p_artik_keli=dlk00011)

Parry O, Peel E, Douglas M, Lawton J. Issues of cause and control in patient accounts of type 2 diabetes. Health education research. Theory & Practice 2006;21(1):97-107

Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. Patient education and counselling 2004;53:269-275

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical Education and health 1997: 46

Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru P. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen lääkärilehti 2004;14:1491-1495

Potter J, Wetherell M. Discourse and Sosial Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour. London. Sage:1987

Prochaska J, Norcross J, DiClemente C. Changing for good. New York: Morrow. 1994: 73,108–109,144-145,171–172,280

Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. Journal of Aging and Physical activity 2006; 15:90-102

Reunanen A. Suomalaisten diabetes: Harvinaisuudesta kansansairaudeksi. Diabetes ja lääkäri 2004;6:6–11

Saraheimo M, Kangas T. Diabetes lisääntyy Teoksessa Ilanne-Parikka P, Kangas T, Kaprio EA, Rönnemaa T (toim.) Diabetes. 4. uudistettu painos, Hämeenlinna. Duodecim 2006:11–12

Schoenberg N E, Drungle S C. Barriers to non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) self-care practices among older women. Journal of Aging and Health 2001;13:443-466

Skinner T C, Carey M E, Cradock S, Daly H, Davies M J, Doherty Y, Heller S, Khunti K, Oliver L. Diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modelling of pilot study. Patient Education and Counseling 2006;64:369-377

Stampfer M J, Hu F B, Manson J E, Rimm E B, Willet W C. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med 2000;343:16-22

STM. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- Kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4, 15, 25-26, 32

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 2006: B1, 5-7, 10

Suoninen E. Perheen kuvakulmat. Diskurssianalyysi perheenäidin puheesta. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. tutkimuksia Sarja A, Nro 42.1992:13-17, 126

Suoninen E. Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen A, Juhila K, Suoninen E Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere. Vastapaino 1999:17-36

Sydänliitto 2005. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Helsinki. Suomen Sydänliiton julkaisuja, 2005:1

Thoolen B J, de Ridder D T, Bensing J M, Gorter K J, Rutten G E. Psychological outcomes of patients with screen-detected type 2 diabetes. The influence of time since diagnosis and treatment intensity. Diabetes care 2006;29:2257-2262

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, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumäki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50

Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, Edwards L, Rossi J S, Prochaska J O. Stages of change for healthy eating in diabetes. Diabetes Care 2003;26:1468-1474

Vertio H. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa Koskenvuo K (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2.painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 2003:573-578

Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T, Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta ja tiede* 2004; 6:81-88

Wadden T A, Berkowitz R I, Womble L G, Sarwer D B, Phelan S, Cato R K, Hesson L A, Osei S Y, Kaplan R, Stunkard A J. Randomised trial on lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005;353:2111-2120

WHO, World Health Organisation: Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. WHO document production services, Geneva, Switzerland. 2006:3



