

ASIAKKAAN KOHTAAMINEN JA MOTIVOIMINEN TYYPIN 2 DIABETEKSEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Koulutus terveydenhoitajille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

Kevät, 2020

Satu Heinonen
Saila Korpihete

Sairaanhoidajakoulutus
Forssa

Tekijät	Satu Heinonen & Saila Korpihete	Vuosi 2020
Työn nimi	Asiakkaan kohtaaminen ja motivoiminen elämäntapamuutokseen tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä	
Työn ohjaaja	Katri Pärssinen	

TIIVISTELMÄ

Vuonna 2017 Suomessa oli 2,5 miljoonaa vähintään ylipainoista aikuista. Ylipaino on merkittävä riskitekijä sairastumisessa tyypin 2 diabetekseen, ja useat tutkimukset osoittavat elämäntapamuutoksen olevan tehokas tapa ennaltaehkäistä sairastumista tyypin 2 diabetekseen. Motivoiva haastattelu on myös todettu tehokkaaksi menetelmäksi terveyden edistämisen interventioissa, mutta menetelmän toteuttamisessa on hoitajilla todettu merkittäviä puutteita.

Opinnäytetyön tavoitteena oli terveydenhoitajien osaamisen lisääminen tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden motivoimisessa elämäntapamuutokseen ja siten tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy. Opinnäytetyö toteutettiin pitämällä koulutus motivoivasta haastattelusta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän terveyden edistämisen yksikön terveydenhoitajille. Koulutus toteutettiin luentona, jossa tukena käytettiin diaesitystä ja videoita. Koulutuksen tarpeellisuuden osoittaa se, että koulutus järjestettiin toistamiseen opinnäytetyön tilaajan pyynnöstä.

Tässä opinnäytetyössä kerrotaan, mitkä asiat liittyvät tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja miten sairauden puhkeamiseen voi vaikuttaa. Opinnäytetyössä tuodaan esille myös asiakkaan kohtaamisen merkitys motivoimisessa elämäntapamuutokseen. Opinnäytetyön kehittämisideana todetaan, että tulevaisuudessa tulisi suorittaa rinnakkaistutkimus hoitajien motivoivan haastattelun taidoista äänitteiden avulla ja asiakkaan kohtaamisesta asiakkaan näkökulmasta samalta vastaanotolta.

Avainsanat tyypin 2 diabetes, ennaltaehkäisy, elämäntapamuutos, asiakkaan kohtaaminen, motivoiva haastattelu.

Sivut 68 sivua, joista liitteitä 23 sivua

Degree Programme in Nursing
Forssa

Authors	Satu Heinonen and Saila Korpihete	Year 2020
Subject	Client Encounter and Motivation in Prevention of Type 2 Diabetes	
Supervisor	Katri Pärssinen	

ABSTRACT

In Finland, 2.5 million adults were documented at least overweight in 2017. One of the main risk factors in getting Type 2 Diabetes is overweight. According to several studies, the lifestyle change is a powerful way to prevent Type 2 Diabetes. The method of the so called motivational interviewing has been indicated to be effective from the perspective of health promotion, but many researches show that nurses have significant lack of skills in using the method in practice.

The aims of the thesis were to improve the knowledge of the public health nurses on the prevention of Type 2 Diabetes and how to motivate people with many risk factors of Type 2 Diabetes to lifestyle change. The thesis was enforced by providing education about using motivational interviewing in prevention of type 2 diabetes for the public health nurses who were working in the Health Promotion Unit in the Welfare District of Forssa. Education was carried out by lecturing using a slide show and videos. In addition, the request from the commissioner for a second time education proved the relevance of the subject.

The thesis included suggested lifestyle changes and issues that are effective in the prevention of Type 2 Diabetes. The thesis also discussed the importance of the client encounter when the goal of the meeting is to motivate and encourage the clients to make healthier lifestyle changes. In the future, it is recommended to study how nurses use the method of motivational interviewing by analyzing audio tapes that are recorded from the same nurse's appointment paying attention to the client's point of view.

Keywords Type 2 Diabetes, prevention, lifestyle change, client encounter, motivational interviewing

Pages 68 pages including appendices 23 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TARKOITUS, TAVOITE JA RAJAUS.....	2
3	TYYPIN 2 DIABETES	2
3.1	Raskausdiabetes.....	4
3.2	Esidiabetes	5
4	ELÄMÄNTAPAMUUTOKSET APUNA ENNALTAEHKÄISYSSÄ.....	6
4.1	Ravitsemus	7
4.2	Liikunta	9
4.3	Painonhallinta	10
4.4	Alkoholi ja tupakka	11
4.5	Uni ja stressi	12
5	ASIAKKAAN KOHTAAMINEN	14
5.1	Arvojen merkitys asiakkaan kohtaamisessa.....	15
5.2	Asiakkaan arvoja selventäviä työmenetelmiä.....	16
5.2.1	Terveyskäyttäytymisanalyysi.....	17
5.2.2	Aarrekartta	17
5.3	Ajatukset elämäntapamuutoksen esteenä	19
6	ASIAKKAAN MOTIVOIMINEN	20
6.1	Motivoiva haastattelu	20
6.2	Muutosvaihemalli.....	23
7	KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN	25
7.1	Aktivoiva luento	26
7.2	Esiintyminen luennoitsijana	26
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
9	KOULUTUS TERVEYDENHOITAJILLE	29
9.1	Koulutuksen luennon runko	30
9.2	Palaute.....	33
10	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	33
11	POHDINTA.....	34
	LÄHTEET	38

Liitteet

- Liite 1 Terveyskäyttäytymisanalyysi
- Liite 2 Muistisääntö motivoivaan kohtaamiseen
- Liite 3 DIA-esitys
- Liite 4 Palautekyselylomake
- Liite 5 Tutkimustaulukko
- Liite 6 Videoiden käsikirjoitus

1 JOHDANTO

Diabetes on kansansairaus, joka aiheuttaa suuria kustannuksia sekä sairaanhoidossa että tuottavuudessa. Diabetesta sairastaa noin 400 000 suomalaista. Tietämättään tyyppin 2 diabetesta sairastaa noin 100 000 suomalaista. Tyyppin 2 diabeetikoita on noin 350 000 ja tyyppin 1 diabeetikoita on noin 50 000. Diabetes on kansantaloudellinen ongelma, sillä suurin diabeteksen aiheuttama kustannus on tuottavuuskustannukset. (Diabetesliitto, 2018; Diabetesliitto, 2019)

Tyyppin 2 diabetes on ennaltaehkäistävässä 5–10 prosentin painonpudotuksella. Lievästi ylipainoisella saattaa riittää jo 3–5 prosentin painonpudotus. Lisäksi ennaltaehkäisyn keinoja ovat liikunnan lisääminen ja terveellinen ruokavalio. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane, 2015, s. 25)

Motivoinnin yksinkertaisin tarkoitus on vaikuttaa asiakkaan myöhempiin valintoihin. Motivaatio on muutoksen liikkeelle paneva ja ohjaava voima, sillä ilman motivaatiota ihminen ei sitoudu muutokseen. Motivoinnissa on tarkoitus selvittää asiakkaan omat arvot ja toiveet, joita hän haluaa elämäntapamuutoksella saada aikaan. Motivaatiota pystytään herättämään ja pitämään yllä kannustavalla asiakkaan omia arvoja kuuntelevalla asenteella. (Oksanen, 2014, s. 94; Motivoiva haastattelu: Käypä hoito -suositus, 2014)

Tutkimukset osoittavat, että asiakkaiden ja hoitajien kokemuksissa ohjaus-tilanteista on ristiriitoja. Asiakkaat kokevat, että elämäntapakeskusteluissa vuorovaikutuksen tulee olla vastavuoroista ja hoitajan tulisi kunnioittaa ja tukea asiakasta eikä tehdä oletuksia (Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh, 2014). Hoitajat taas arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin se todellisuudessa on ja antavat enemmän suoraa neuvontaa kuin ohjausta (Taipale, 2018; Östlund, 2015). Tärkein taito hoitajilla hoitosuhteessa on auttaa asiakasta ymmärtämään ongelma, koska ongelman ymmärtäminen auttaa ohjaamaan potilaan kohti tavoitetta (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh, 2011).

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää koulutus motivoivasta haastattelusta tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä terveydenhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on terveydenhoitajien osaamisen lisääminen tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien asiakkaiden motivoimisessa elämäntapamuutokseen. Opinnäytetyön aihe on rajattu tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Opinnäytetyön tilaaja on Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä.

Keskeiset käsitteet: Tyyppin 2 diabetes, ennaltaehkäisy ja motivointi.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA RAJAUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää koulutus motivoivasta haastattelusta tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän terveyden edistämisen yksikön terveydenhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on terveydenhoitajien osaamisen lisääminen tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden motivoimisessa elämäntapamuutokseen ja siten tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy.

Opinnäytetyön aiheena on tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja asiakkaan motivoiminen elämäntapamuutokseen. Opinnäytetyössä käsitellään myös esidiabetesta ja raskausdiabetesta, koska ne liittyvät läheisesti tyyppin 2 diabetekseen (Tarnanen, Tuomi & Meinander, 2018).

Opinnäytetyön tilaaja on Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä. Opinnäytetyön toiminta koostuu suunnittelu-, väli- ja loppuseminaarista sekä koulutuksen pitämisestä.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Miten motivoidaan asiakasta elämäntapamuutokseen?
2. Millaisilla elämäntapamuutoksilla voidaan ehkäistä sairastuminen tyyppin 2 diabetekseen?
3. Millainen on hyvä koulutus?

3 TYYPIN 2 DIABETES

Tyyppin 2 diabetes on maailmanlaajuisestikin yleisin diabeteksen muoto. On arvioitu, että koko maailmassa diabetesta sairastaa noin 380 miljoonaa ihmistä, joista 80–90 % sairastaa tyyppin 2 diabetesta. Vuonna 2035 arvioidaan diabeetikoita olevan 592 miljoonaa. Diabeteksen lisääntyminen on runsainta kehitysmaissa erityisesti paljon rasvaa ja sokeria sisältävän ravinnon ja vähentyvän arkiliikunnan vuoksi. Myös painonnousulla ja väestön ikääntymisellä sekä autoistumisella on vaikutusta tyyppin 2 diabeteksen lisääntymiseen niin kehitysmaissa kuin muualla maailmassa. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 10)

Tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetes ovat yleisimmät diabeteksen muodot, mutta tyyppin 1 diabetes eli insuliinipuutosdiabetes on perinnöllinen sairaus, jossa haiman Langerhansin saarekkeiden solut ovat vaurioituneet ja haima ei tuota enää insuliinia. Tästä syystä tyyppin 1 diabetes ei ole ennaltaehkäistävissä. Sairastumista edeltää autoimmunitulehdus, jossa insuliinia tuottavat B-solut ovat tulehtuneet tuntemattomasta syystä. Tyyppin 1 diabetesta edeltävä autoimmunitulehdus voi kestää jopa vuosia, vaikka itse sairaus puhkeaa äkillisesti ja nopeasti. Sairauden yleisyyden vuoksi puhkeamisyytiä tutkitaan maailmanlaajuisesti. Uusimman suomalaisen tutkimuksen

mukaan perinnöllisen alttiuden omaavilla lapsilla, jotka käyttävät runsaasti kauraa, vehnää ja ruista, on suurentunut riski sairastua tyyppin 1 diabetekseen. Lisätutkimuksia kuitenkin vielä tarvitaan ja laajaan tutkimusnäyttöön perustuvat suomalaiset ravitsemussuositukset ovat edelleen voimassa. Diabeteksen muita muotoja ovat Lada eli Latent Autoimmune Diabetes in Adults, MODY eli Maturity-Onset Diabetes of Young, mitokondriaalinen diabetes, neonataalidiabetes ja sekundaarinen diabetes. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 15; Terveyskylä, 2018; THL, 2019a)

Tyyppin 2 diabetes kehittyy hitaasti ja on sen vuoksi lähes oireeton, koska verensokerin nouseminen tapahtuu paljon hitaammin kuin tyyppin 1 diabeteksessa. Tyyppin 2 diabeteksen ensioire saattaa olla diabeteksen jo aiheuttama lisäsairaus kuten silmänpohjan verisuonimuutos, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti tai hermostomuutokset. Tunnistettavia oireita ovat väsymys, masennus, ärtyneisyys, jalkasäryt, näön heikentyminen, infektioherkkyys ja vetämättömyys etenkin ruokailun jälkeen. Tyyppillisesti diabetekseen liitettävät oireet kuten lisääntynyt janon tunne ja virtsaaminen sekä laihtuminen esiintyvät tyyppin 2 diabeteksessa vasta, kun verensokeri nousee tarpeeksi korkealle. Tyyppin 2 diabetes todetaan määrittämällä verensokeripitoisuus laskimoverinäytteestä. Jos plasman sokeripitoisuus on 7 mmol/l tai suurempi kahdeksan tunnin paaston jälkeen tai verensokeripitoisuus on yli 11 mmol joko satunnaisesti otettuna tai kaksi tuntia aterian jälkeen, asetetaan diabetes diagnoosi. Jos henkilöllä on selviä diabeteksen oireita niin diabeteksen diagnosoimiseksi riittää yksi raja-arvoylitys, muuten raja-arvon tulee ylittyä kahdesti. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 13, 18)

Tyyppin 2 diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista elämänhallintaa. Hoidossa tärkeää on painonhallinta, liikunnan ja arkiliikunnan lisääminen sekä oikeanlainen ravinto. Tärkeää on myös välttää tupakointia ja alkoholin käyttöä. Lääkehoito kuuluu myös tyyppin 2 diabeteksen hoitoon, mutta onnistuneella elämänhallinnalla voidaan siirtää lääkehoidon aloitusta tai lääkehoitoa ei tarvitse aloittaakaan. Tyyppin 2 diabeteksen lääkehoitoon kuuluu tablettihoito ja insuliinipistoshoido. (Ilanne-Parikka ym., 2015, ss. 345–349)

Koska tyyppin 2 diabetekseen liittyy voimakkaasti verenpainetauti ja korkea kolesteroli sekä lisääntynyt veren hyytymistäipumus, tulee diabeetikon huolehtia myös näiden sairauksien hoidosta. Hoitoon motivoituminen voi olla hankalaa, koska tyyppin 2 diabetes kehittyy hitaasti kuukausien ja vuosien aikana, jolloin tyyppin 2 diabeetikko ei välttämättä tunnista oireita eikä tunne itseään sairaaksi. On tärkeää, että diabeetikko saa hyvän hoidonohjauksen ja riittävät tiedot tyyppin 2 diabeteksestä. (Ilanne-Parikka ym., 2015, ss. 345–349)

Tavoitteena tyyppin 2 diabeteksen hoidossa on estää lisäsairauksien syntyminen ja pitää diabeetikko hyvässä kunnossa, sillä diabetes vähentää elinvuosia 10–15 vuotta, jos sairaus on huonosti hoidettu. Huono hoito tarkoittaa, ettei henkilö motivoitu tyyppin 2 diabeteksen hoitoon vaan jatkaa elämäntyyliään, jolloin korkea verensokeri pääsee vaikuttamaan verisuoniin

ja aiheuttaa sitä kautta sairauksia kuten retinopatiaa eli silmänpohjamuutosta, nefropatiaa eli munuaismuutosta ja neuropatiaa eli muutoksia hermoissa. Lisäsairauksien syntyminen voidaan estää pitämällä verensokeri aamuisin ja ennen aterioita alle 7 mmol/l ja aterioiden jälkeen alle 10 mmol/l. (Ilanne-Parikka ym., 2015, ss. 345–349)

3.1 Raskausdiabetes

Raskausdiabetes diagnosoidaan silloin, kun sokerirasituskokeessa odottavan äidin paastosokeri on yli 5,3 mmol/l tai kahden tunnin arvo on yli 7,8 mmol/l. Sokerirasituskoe tehdään raskausviikoilla 12–16, jos odottavan äidin painoindeksi on sama tai suurempi kuin 35 kg/m² tai hänellä on ollut aiemmin raskausdiabetes, raskauden alussa on ollut sokerivirtsaisuutta tai lähisuvussa on tyyppin 2 diabeetikoita. Pääsääntöisesti sokerirasituskoe tehdään raskausviikoilla 24–28. Samoilla viikoilla sokerirasituskoe uusitaan niillä odottavilla äideillä, joilla sokerirasituskokeen tulokset ovat olleet alle raja-arvojen ensimmäisessä kokeessa. Raskausdiabetekselle on tyypillistä, että sokeriarvot palautuvat normaaleiksi synnytyksen jälkeen. (Tarnanen, Kaaja, Kinnunen & Vuorela, 2013)

Pääasiallinen hoitomuoto on ruokavaliohoito ja liikunnan lisääminen, koska niiden avulla voidaan vähentää sikiön ja äidin painon nousua ja näin vähentää tarvetta insuliinin aloittamiselle. Raskausdiabeetikoille suositellaan ravitsemussuositusten mukaista ruokavaliota, jonka kaloripitoisuus tulisi ylipainoisella ja lihavalla olla 1 600–1 800 kilokaloria ja normaalipainoisella 1 800–2 000 kilokaloria päivässä. Kun raskausdiabetes todetaan, odottava äiti saa neuvolasta mukaansa sokerimittarin ja liuskoja, joilla hän mittaa verensokeria kaksi kertaa viikossa. Toinen mittaus on arkena ja toinen viikonloppuna. Mittauspäivänä mitataan paastoarvo ja ateria-arvo. Paastoarvon tulee olla alle 5,5 mmol/l ja ateria-arvon tulee olla tunti aterian jälkeen alle 7,8 mmol/l. Insuliinihoito aloitetaan, kun verensokeri on toistuvasti yli raja-arvojen. Insuliini on ensisijainen lääkehoitomuoto raskausdiabeteksessa, mutta joskus harkitaan myös metformiinilääkitystä joko yksinään tai insuliinin kanssa. (Tarnanen ym., 2013)

Raskausdiabetes vaikuttaa sekä äitiin että sikiöön. Sikiö voi kasvaa suuri-kokoiseksi, jolloin sikiöllä on suurentunut riski kärsiä hapenpuutteesta synnytyksessä. Vastasyntyneellä voi olla myös hypoglykemia, jolloin on vaarana, että vastasyntyneen aivot eivät saa tarpeeksi energiaa. Jos vastasyntyneen sokeriarvot ovat alhaiset, suositellaan ruokinnan tapahtuvan kahden tunnin välein. Raskausdiabeteksella on todettu olevan vaikutusta lapseen myös myöhemmällä iällä, koska tutkimuksissa on osoitettu raskausdiabeetikoiden lapsilla muita enemmän veren glukoositasapainon häiriötä, liikapainoa ja metabolista oireyhtymää. Raskausdiabeetikolla on suurentunut riski verenpaineen nousuun ja pre-eklampsiaan, joka tutummin tunnetaan nimellä raskausmyrkytys. (Tarnanen ym., 2013)

Synnytyksen jälkeen insuliinihoito lopetetaan ja äidin verensokeriarvoja seurataan 1–3 päivää, jotta nähdään palautuvatko sokeriarvot normaaleiksi. Jos insuliinihoitoa ei tarvitse jatkaa, tehdään seuraava glukoosirasituskoete 6–12 viikon kuluttua synnytyksestä. Muissa tapauksissa glukoosirasituskoete tehdään noin vuoden kuluttua synnytyksestä. Glukoosirasituskoete normaaliarvot ovat paastossa alle 6,1 mmol/l ja kahden tunnin arvo alle 7,8 mmol/l. Koska raskausdiabeteksen sairastaneella äidillä on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen, on glukoosirasituskoete suositeltavaa uusia 1 tai 3 vuoden välein riippuen koeteen tuloksesta. (Tarnanen ym., 2013) Raskauden jälkeen annettavilla elämäntapainterventioilla on suuri merkitys tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Interventioita tulisi jatkaa kymmenen vuoden ajan ja niiden tulisi ohjata perheenjäsenten mukaanottoon, koska sosiaalisella tuella on merkittävä vaikutus elämäntapamuutosten onnistumisessa. (Chasan-Taber, 2015)

3.2 Esidiabetes

Esidiabetekseksi kutsutaan tilaa, jossa paastosokeri on 6,1–6,9 mmol/l ja sokerinsieto on heikentynyt, jolloin sokerirasituskoeteessa verensokeri nousee tasolle 7,8–11,0 mmol/l. Toinen tapa määritellä esidiabetes, on sokerihemoglobiini HbA1c:n mittaaminen. Sokerihemoglobiinin ollessa 6,0–6,5 prosenttia puhutaan esidiabeteksestä tyypin 2 diabeteksen raja-arvon ollessa yli 6,5 prosenttia. Arvot aterioiden jälkeen ovat poikkeavat, mutta eivät kuitenkaan nouse niin ylös, että voitaisiin puhua diabeteksestä. Tilanetta tulee seurata ja asiaan puuttua mahdollisten elämäntapamuutosten avulla, sillä henkilöistä, joilla on todettu heikentynyt sokerinsieto 30–50 prosenttia sairastuu diabetekseen 5–10 vuoden kuluessa. (Ilanne-Parikka ym., 2015, ss. 25–26; Mustajoki, 2019a; Ilanne-Parikka, 2018)

Lihavuus vaikuttaa diabeteksen puhkeamiseen, sillä sen lisäksi että, rasvakudoksen tehtävänä on toimia kehon suojana, eristeenä ja iskun vaimentimena, se tuottaa myös erilaisia hormoneja ja on elimistön suurin hormoneja tuottava elin. Etenkin lihavuus keskivartalon alueella, joka määritellään naisilla vyötärön ympäröitynä ollessa yli 80 cm ja miehillä yli 94 cm, aiheuttaa sokeriaineenvaihdunnan häiriötä rasvakudoksen kertyessä maksaan ja vatsaonteloon. Tämän vuoksi ylipainoisella henkilöllä hormonien erityksessä tapahtuu muutoksia, kuten leptiinin erityksessä, joka säätelee kylläisyyden tunnetta ja andiponektiinin erityksessä. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 74, ss. 79–80)

Riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen lisää metabolinen oireyhtymä, joka tarkoittaa, että henkilöllä on keskivartalolihavuuden lisäksi kaksi muuta sellaista häiriötilaa, jotka aiheuttavat insuliiniresistenssiä. Elimistössä on tuolloin samanaikaisesti useita häiriöitä, joiden vuoksi insuliiniherkkyys on alentunut, jolloin kyseisen henkilön elimistön kyky reagoida insuliiniin on heikentynyt tai insuliinilla on odotettua heikompi vaikutus verensokerin alenemiseen. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 79, 588)

Pitkäaikaisessa tutkimuksessa todettiin, että insuliiniresistenssi ja insuliini-tuotannon väheneminen tapahtuvat samanaikaisesti. Jos haima ei pysty tuottamaan niin paljoa insuliinia, että se kumoaisi insuliiniresistenssin, nousee veren sokeripitoisuus, vaikka ihmisen paino ei nousisi. Diabetes prevention program (DPP) ja suomalainen diabeteksen ehkäisyohjelma osoittavat, että jokainen laihdutettu kilo vähentää riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen 15–16 %. Aikaisemmin on tiedetty sydän- ja verisuonisairauksilla ja tyyppin 2 diabeteksella olevan yhteys, mutta on ajateltu diabeteksen olevan aiheuttava tekijä. Nykyään on vahvistumassa tieto, että sydän- ja verisuonitautien riski edeltää sairastumista tyyppin 2 diabetekseen ja se on selvästi nähtävissä esidiabetes vaiheessa. Esidiabeteksen ja riskien tunnistaminen ja interventioiden toteuttaminen vaatii lisää kouluttamista, tietoisuutta, yhteistyötä, uudenlaista ajattelua ja koordinoimista monitahoisesti sekä yhteiskunnan, yksilön että terveydenhuollon tasolla. (Bran-nick & Dagogo-Jack, 2017) Motivoivat ryhmäinterventiot on todettu tehok-kaiksi painoa pudotettaessa ja ryhmäinterventiot alentavat riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Rodriguez-Cristobal ym., 2017).

4 ELÄMÄNTAPAMUUTOKSET APUNA ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Tyyppin 2 diabetes on ennaltaehkäistävissä elämäntapamuutoksilla. Vaikka diabetes on voimakkaasti perintötekijöihin liittyvä sairaus, elintavat eli ulkoiset asiat aiheuttavat sairastumisen. Ennaltaehkäiseminen tarkoittaa sairauksien ehkäisyä ja sairauksien seurausten pienentämistä. Ehkäisemisestä käytetään myös sanaa preventio. Tyyppin 2 diabeteksen preventiivisiä keinoja ovat painon pudotus, ravintomuutokset, liikunnan lisääminen, tupakoinnin lopettaminen, alkoholin käyttäminen kohtuullisesti sekä riittävä uni ja lepo. (THL, 2019b; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 25) Liikunta- ja ravitsemusinterventiot ovat tehokkaita, jos henkilö saavuttaa merkittäviä muutoksia elintavoissa. Tärkeintä tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä on elämäntapainterventiot, mutta lääkehoitoa kannattaa harkita, jos henkilöllä on taipumusta hyperglykemiaan elämäntapamuutoksesta huolimatta. Lääkehoidolla ei tule kuitenkaan korvata elämäntapainterventioita. (Stevens ym., 2015) Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisemisessä on tärkeää tunnistaa riskiryhmään kuuluvat henkilöt, joita ovat raskausdiabeetikot, metabolisen oireyhtymän omaavat henkilöt ja henkilöt, joiden lähisukulaisella on tyyppin 2 diabetes sekä henkilöt, joilla on valtimotauti. (THL, 2019b; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 25)

FINRISKI-tutkimuksissa on voitu todentaa ylipainon ja lihavuuden merkitys henkilön sairastuessa kansansairauksiin. 10 vuoden seuranta-aikana vain alle 2 prosenttia normaalipainoisista 35–54 -vuotiaista sairastui tyyppin 2 diabetekseen, kun ylipainoisissa sairastumisprosentti on yli 5 ja lihavilla eli henkilöillä, joiden painoindeksi on vähintään 30 kg/m² sairastumisprosentti on jo 15 prosentin luokkaa. Tutkimusten mukaan yleisin seuraus yli-painosta on tyyppin 2 diabetes. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan

Suomessa oli vuonna 2017 2,5 miljoonaa vähintään ylipainoista aikuista. Ylipainon kehittymisen syiksi nimetään istuva elämäntapa, vähäinen liikunta sekä jatkuvasti saatavilla oleva epäterveellinen ruoka. Tutkimustuloksissa korostuu painonhallinnan merkitys sairastumisen ehkäisyssä ja ensisijaisiksi preventiivisiksi keinoiksi ylipainon kehittymistä vastaan mainitaan terveellinen ruoka ja liikunta. (Mäki, Harald, Lindström & Laatikainen, 2019, s. 1, 5)

Kansainvälisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan, jossa on mukana tutkimuksia vuodesta 1980 asti, elämäntapamuutosinterventiot, jotka sisältävät ohjausta ruokavaliosta ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä ehkäisevät tai siirtävät tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista. Lisäksi elämäntapamuutosinterventiot auttavat painonpudotuksessa ja mahdollistavat paremman elämänlaadun. Kirjallisuuskatsauksessa todetaan elämäntapamuutosinterventiot tehokkaiksi, turvallisiksi ja matalakustanteisiksi. (Glechner ym., 2018, ss. 394–404) Vanhemmille suunnatuilla elämäntapainterventioilla on positiivinen vaikutus myös ylipainoisiin ja lihaviin lapsiin (Venkataramani, Cheng, Yeh & Maruthur, 2019).

Suomessa on tutkittu tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä, jossa 500 henkilöä arvottiin kahteen ryhmään, joista toinen ryhmä sai yksilöllistä neuvontaa liikunnan ja ruokavalion suhteen. Tavoitteena heillä oli vähintään 5 prosentin painonpudotus. Ensimmäisen vuoden aikana ohjattuun ryhmään osallistuvat laihtuivat keskimäärin viisi kiloa ja samalla heidän sairastumisensa tyyppin 2 diabetekseen neljän vuoden säteellä oli vähäisempää kuin toisen ryhmän, jolla ei ollut yksilöllistä ohjausta. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 26)

Diabeteksen riskitestillä saadaan viitteitä siitä, kuinka suuri riski ihmisellä on sairastua diabetekseen ja sitä käytetään seulonta menetelmänä, jolla pystytään tunnistamaan ihmiset, joilla on riski sairastua. Samalla sen avulla voidaan herätellä ihmistä ajattelemaan mahdollisia elämäntapamuutoksia, joilla hän pystyisi ehkäisemään sairastumisen diabetekseen. (Ilanne-Parikka ym., 2015, ss. 26–28) Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy tulisi alkaa mieluummin aiemmin kuin myöhemmin, koska aiemmassa tilanteessa on mahdollista valita laajasti interventioista yksilölle parhaiten sopiva muutostavoite tai -tapa. Interventioiden laadun ja intensiivisyyden tulisi olla eritasoisia ja niiden tulisi mukautua riskin suuruutta sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Mitä myöhemmin riski todetaan, sitä intensiivisempi interventio on oltava. (Tuomilehto & Schwarz, 2016)

4.1 Ravitsemus

Terveellinen ruokavalio koostuu monipuolisista valinnoista, jolloin elimistö saa tarvitsemiaan vitamiineja ja hivenaineita sekä sopivasti energiaa, joka vastaa kulutusta. Ihminen ei tarvitse ravintolisää, kun ruokavalio on suositusten mukainen. Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio on kattava ravintoaineiden saantisuositusten osalta. Ravintoaineiden

saantisuosituksset täyttyvät viikkojen tai kuukausien aikana elimistön varastoidessa ravintoaineita aina kun elimistö saa niitä ruoasta. Elimistön varastointikyky vaihtelee ravintoaineiden mukaan. Vesiliukoiset vitamiinit riittävät muutamiksi viikoiksi ja rasvaliukoiset vitamiinit riittävät muutamaksi kuukaussiksi tai jopa vuosiksi. Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2014 on koko väestölle sopiva suositus. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ravintosuosituksissa korostetaan pehmeän rasvan ja hyvien hiilihydraattilähteiden suosimista. Terveyttä edistävässä ja tyypin 2 diabetesta ehkäisevässä ruokavaliossa tulee kiinnittää huomiota rasvan, suolan, sokerin ja alkoholin määrään. Itämeren ruokakolmio (Pohjolan ruokakolmio) ja suomalaisten ravitsemussuositusten käyttämä ruokakolmio havainnollistavat miten ja mistä ravintoaineista terveyttä edistävä ruokavalio koostuu. Kolmion ala- ja keskiosien ruokia tulee syödä paljon ja usein ja yläosien ruokia kohtuudella ja aivan kolmion kärjessä olevia ruokia tulee syödä niukasti ja harvoin. Mikään ruoka ei ole siis kiellettyä, mutta joidenkin ruokien kohdalla on hyvä käyttää harkintaa. (Suomalaiset ravintosuositukset 2014; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 25, 130)

Suomalaisten ravintosuositusten 2014 mukaan juureksia, vihanneksia, marjoja ja hedelmiä tulisi nauttia sellaisenaan tai ruokien raaka-aineina vähintään 500 grammaa päivässä, joka vastaa noin 5–6 annosta. Yksi annos on esimerkiksi yksi keskikokoinen hedelmä, yksi desilitra marjoja tai 1,5 desilitraa salaattia tai raastetta. Palkokasvit eli herneet, pavut ja linsit sisältävät paljon proteiinia, joten ne sopivat hyvin proteiinin lähteeksi. Sopiva annoskoko per ateria on yksi desilitra. Kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät runsaasti kuitua, vitamiineja, kivennäisaineita ja antioksidantteja ja ne keventävät ruokavaliota. (Suomalaiset ravintosuositukset 2014; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 131)

Täysjyväviljatuotteet ovat myös hyviä kuidun, vitamiinien ja kivennäisainelähteitä. Viljavalmisteteita tulee naisten käyttää kuusi annosta ja miesten yhdeksän annosta päivässä. Lautasellinen puuroa vastaa kahta annosta, leipäviipale vastaa yhtä annosta ja yksi desilitra keitettyä täysjyväpastaa, ohraa tai riisiä vastaa yhtä annosta. Leivän valinnassa on hyvä tarkistaa tuoteseloste, sillä esimerkiksi ruisleiväksi saa kutsua leipää, jonka jauhomäärästä vain puolet on ruisjauhoa ja leivän kuitupitoisuuden tulee olla 6 g/100 g, jotta sitä luetaan kuuluvaksi täysjyväviljatuotteeksi. Täysjyväviljaa suositellaan, koska täysjyväviljatuotteissa on tallella jyvän kaikki osat, kuitu, vitamiinit ja kivennäisaineet. Grahamjauho on täysjyvävehnäjauhoa. (Suomalaiset ravintosuositukset 2014; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 135)

Kala, liha ja kanamuna ovat hyviä proteiinin lähteitä, joita tarvitaan elimistön solujen uudistumista varten rakennusaineiksi. Kypsennettyä lihaa ei tule nauttia enempää kuin 500 grammaa päivässä. Kala on hyvien rasvojen ja D-vitamiinin lähde ja sitä tulisi syödä 2–3 kertaa viikossa eri kalalajeja vaihdellen. Koska kananmunan keltuaisessa on runsaasti kolesterolia, tulee keltuaisten nauttimista rajoittaa 3–4 kappaleeseen viikossa, jos

henkilön kolesteroliarvot ovat koholla tai hänellä on valtimotauti. (Suomalaiset ravintosuositukset 2014)

Tyyppin 2 diabetesta ehkäisevässä ruokavaliossa on kiinnitettävä huomioita rasvan laatuun, koska kova rasva on haitallista sydämelle ja tyyppin 2 diabetes on yhteydessä sydän- ja verisuonisairauksiin. Leivän päälle tulisi laittaa vähintään 60 prosenttia rasvaa sisältävää kasviöljypohjaista rasvalevitettä. Lukuun ottamatta kookos-, palmu- ja palmuydinöljyjä sisältävät kasviöljyt runsaasti tyydyttymätöntä rasvaa sekä E- ja D-vitamiinia. Rypsiöljy on sydämen terveyden kannalta erityisen suositeltava vaihtoehto yhdessä rapsiöljyn kanssa, koska ne sisältävät terveydelle välttämättömiä vain ruoasta saatavia omega-3 ja omega-6 rasvahappoja. Myös pähkinät, mantelit ja siemenet ovat hyviä tyydyttymättömän rasvan lähteitä ja niitä tulisi nauttia 200–250 grammaa viikossa eli noin kaksi ruokalusikallista päivässä. (Suomalaiset ravintosuositukset 2014; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 138)

Paras janojuoma on vesi, mutta kalsiumin, jodin, proteiinin ja D- sekä muiden vitamiinien takia myös maitovalmisteet ovat suositeltavia. Elimistön kalsiumin määrän turvaa 5–6 desilitraa nestemäistä maitovalmistetta ja 2–3 viipaletta juustoa päivittäin nautittuna. Koska maidon rasvasta 2/3 on tyydyttynyttä rasvaa, on suositeltavaa valita enintään 1,5 grammaa rasvaa sisältävä nestemäinen maitotuote ja enintään 17 prosenttia rasvaa sisältävä juusto. Kasvipiperäisillä elintarvikkeilla kuten soija- tai kaurajuomilla voidaan korvata nestemäiset maitovalmisteet, jos niihin on lisätty D-vitamiinia ja kalsiumia. Päivittäinen nesteen tarve on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa muun muassa aktiivisuus ja lämpötila, mutta ohjeellinen nestemäärä on 1–1,5 desilitraa ruoan sisältämän nesteen lisäksi. Nestemäärään lasketaan kaikki päivän aikana juotu neste. Täysmehua suositellaan yksi lasillinen päivässä aterian yhteydessä. (Suomalaiset ravintosuositukset 2014)

4.2 Liikunta

Liikunnalla on monia positiivisia vaikutuksia terveyteen. Terveysliikunnalla voidaan parantaa jo heikentynyttä sokeriaineenvaihduntaa, se helpottaa stressin hallinnassa, vahvistaa luustoa, sekä laskee verenpainetta ja kohonnutta kolesterolia. Näiden lisäksi se auttaa painon hallinnassa tai mahdollisessa painon pudotuksessa. Liikunnalla pystytään myös ehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksia ja tyyppin 2 diabetesta. Fyysisten hyötyjen lisäksi liikunnalla on positiivinen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin, kuten mielen terveyteen ja henkiseen hyvinvointiin. Liikunta myös edesauttaa nukkumisessa ja on yhteydessä ihmisen unenlaatuun. (Huttunen, 2018a)

Suosittelavaa terveystoiminnan näkökulmasta olisi liikkua 2 tuntia 30 minuuttia viikossa reippaasti esimerkiksi kävellen tai rasittavalla tasolla 1 tunti 15 minuuttia viikossa esimerkiksi hölkäten. Lihaskuntoharjoittelua tulisi harjoittaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Kuitenkin tärkeintä on liikkuminen ja päivän liikunnan voi myös koota lyhyemmillä jo muutaman

minuutin liikuntajaksoilla kerrallaan. Kaikille terveysliikunta ei sovi, jolloin kevyempi vaihtoehto on niin kutsuttu arkiliikunta, jolla tarkoitetaan aktiivista elämäntapaa ja hyötyliikuntaa. Tähän ihminen pääsee pienillä muutoksilla, kuten pyöräilemällä kauppaan, käyttämällä hissien sijaan rappuja sekä kotiaskarein, kuten haravoimalla ja imuroimalla. (Rariden, 2019; UKK-instituutti, 2019)

Sokeriaineenvaihdunnan tehostuessa myös insuliiniherkkyys paranee, jolloin ihmisen verensokeri luontaisesti myös laskee. Diabetekseen jo sairastuneiden tulee olla huolellinen siitä, että syövät ennen liikuntaharjoitusta. Ennaltaehkäisyyn kannalta liikunta on hyvä tapa saada hieman koholla oleva verensokeri laskemaan. (Diabetesliitto, 2017)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa, johon osallistui tupakoimattomia 45–75 -vuotiaita aikuisia, joilla sokerinsieto oli heikentynyt eikä heillä ollut muita sairauksia, tutkittiin liikunnan vaikutusta heikentyneeseen sokerinsietokykyyn. Tutkimuksessa todetaan, että jo vähäiselläkin liikunnalla on sokerinsietokykyä parantava vaikutus, vaikka paino ei putoaisikaan. Tutkimuksessa vähäiseksi liikunnaksi määriteltiin testiryhmän kävelemä kilometrimäärä, joka oli 18,2 km viikossa. Liikunnan vaikutus sokerinsietokykyyn on mahdollista havaita jo kuudessa kuukaudessa. (Slentz ym., 2017)

4.3 Painonhallinta

Ylipainoisella on 2–4 -kertainen riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen, kun lihavalla riski on 7–20 -kertainen normaalipainoisiin verrattuna. Painoa arvioidaan painoindeksin avulla. Painoindeksin lyhenne BMI tulee sanoista Body Mass Index. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden (pituus metreinä) neliöllä. Painoindeksi luokat ovat normaalipaino (BMI 18,5–25), ylipaino/lievä lihavuus (BMI 25–30), merkittävä lihavuus (BMI 30–35), vaikea lihavuus (BMI 35–40) ja sairaallosainen lihavuus (BMI yli 40). Ylipainoisella liikapainoa on 2–15 kiloa, merkittävästi lihavalla 15–30 kiloa, vaikeasti lihavalla 30–45 kiloa ja sairaallosisesti lihavalla liikapainoa on yli 45 kiloa. Lihavuutta voidaan arvioida myös mittaamalla vyötärön ympäryys. Vyötärölihavuudesta puhutaan, kun vyötärön ympäryys on miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm. Vyötärölihavuus on erityisen haitallista, koska vatsan alueella oleva rasvakudos kertyy pääasiallisesti sisäelinten ympärille ja vatsanonteloon heikentäen insuliinin tehoa ja kohottaen veren rasva-arvoja. (Mustajoki, 2019b; Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 164; Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2013)

Paras tapa hoitaa lihavuutta on ennaltaehkäisy, koska painon nousun ehkäiseminen on paljon helpompaa kuin painon pudottaminen ja laihdutus-tuloksen ylläpitäminen. On vanhanaikaista syyttää ylipainoisia itsekurin tai tahdonvoiman puutteesta, sillä lihomiseen taipuvaisten ihmisten kohdalla on todettu aivojen toiminnassa biologista poikkeavuutta normaalipainoisiin nähden. Johtuen aivojen poikkeavasta biologiasta lihavuuteen taipuvaiset ihmiset ovat heikompia vastustamaan nykyajan liikatarjontaa ruoan

suhteen. Lihavuus johtuu ruoasta saatavan energiamäärän ja kulutuksen epäsuhdasta. Ihminen lihoo, koska hän saa liikaa energiaa. (Mustajoki, 2019b)

Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisemisessä riittää 5–10 prosentin painonpudotus. Painonpudotuksen tavoitteena ei siis tarvitse olla normaali-paino. 120 kilogrammaa painavan henkilön kohdalla tavoite on 6–12 kilogramman painonpudotus ja 80 kilogrammaa painavalla henkilöllä tavoitteena on 4–8 kilogramman painonpudotus. Laihduttamisessa suositellaan pienten muutosten tekemistä kerralla ja tavoitteena on, että tehdyt muutokset jäävät pysyväksi tavaksi. Siksi muotidieettejä ei suositella vaan kannattavampaa on opetella suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio ja lisätä liikuntaa. Koska tyypin 2 diabetekseen liittyy erittäin vahvasti sydän ja verisuonisairaudet, ei esimerkiksi erittäin niukkahiilihydraattinen ruokavalio (ENE -dieetti) ole suositeltavaa, sillä usein hiilihydraattipitoisten ruokien välttäminen johtaa liialliseen proteiinin ja rasvan saantiin. On kuitenkin tilanteita, jolloin painonpudotus aloitetaan dieetillä. Tällöin on tärkeää seurata kolesteroliarvoja sekä munuaisten toimintaa. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 133, ss. 166 – 167; Mustajoki, 2019b)

Sopivan hitaana laihtumisvauhtina pidetään 0,5–1 kg painonpudotusta viikossa, joka tarkoittaa 500–1000 kilokalorin vajausta päivittäisessä energiansaannissa. On tärkeää ottaa huomioon laihduttajan mieltymykset ja tottumukset ja suunnitella yhdessä laihduttajan kanssa uutta terveellisempää ruokavaliota. Päivittäisen syömisen tulisi koostua aamupalasta, lounaasta ja päivällisestä sekä tarvittaessa 1–2 välipalasta, koska ruokailun säännöllisyys hillitsee näläntunnetta pitäen veren glukoosipitoisuuden tasaisempana ehkäisten siten napostelua tai ruoan ahmimista. (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2013)

4.4 Alkoholi ja tupakka

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä suositellaan alkoholia nautittavan kohtuullisesti. Kohtuus tarkoittaa dosentti Pia Mäkelän mukaan 0,5–1 alkoholiannosta päivässä. Yksi annos tarkoittaa 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. Alkoholikäytön kohtuullistamista suositellaan, koska alkoholi kohottaa verenpainetta ja runsas juominen lisää sydämen rytmihäiriöitä. Koska alkoholi sisältää runsaasti energiaa sokeroimattomanakin, on alkoholilla lihottava vaikutus. Esimerkiksi 12 cl kuivaa viiniä sisältää kaksi kertaa enemmän energiaa kuin 1 dl sokeripitoista virvoitusjuomaa tai täysmehua. Alkoholin lihottava vaikutus selittyy myös siten, että alkoholi lisää ruokahalua ja runsas juominen saa henkilön syömään epäterveellisesti ja epäsuotuisina kellonaikoina. Alkoholi aiheuttaa myös metabolista oireyhtymää, joka on tyypin 2 diabeteksen riskitekijä. Alkoholi lyhentää yönien pituutta, heikentää unen laatua, aiheuttaa unen katkonaisuutta ja uniapneaa. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 52, 145; Mäkelä, 2019; Seppä, 2015)

Tupakka ja muut tupakkatuotteet vahingoittavat koko elimistöä ja tupakan on todettu aiheuttavan joka viidennen kuoleman Suomessa aikuisväestön keskuudessa ja joka kolmannen syöpäkuoleman on todettu olevan tupakan aiheuttava sekä sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista jopa joka viides on todettu olevan tupakan aiheuttamaa. (Patja, 2016)

Tupakointi supistaa verisuonia ja on yksi iso tekijä verisuonten kalkkeutumisessa. Nikotiini taas kiihdyttää sydämen sykettä ja nostaa verenpainetta ja yhdessä nämä ovat erittäin vaarallisia sydämelle ja verisuonille. (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 53) Kohonneen verenpaineen on katsottu olevan yhteydessä sydän- ja verisuoni sairauksien syntyyn, jonka vuoksi tupakoivalla ihmisellä on myös katsottu olevan suurempi riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen, koska hänen verenpaineensa saattaa kohota liiallisesti ja syketaso nousta. Tupakoinnin lopettaminen alentaa systolisen verenpaineen tasoa. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus, 2014)

Tupakoinnin lopettaminen voi onnistua motivoivan haastattelun avulla. Motivoivan haastattelun avulla on saatu etenkin painonpudotuksessa tuloksia aikaisiksi, mutta on huomattu, että sillä, kuka motivoivan haastattelun menetelmää käyttää ei ole vaikuttavuuden kannalta merkitystä muissa ryhmissä kuin tupakoivien asiakkaiden keskuudessa. Tupakoinnin lopetuksen yhteydessä vaikuttavin tulos on todettu olevan lääkärin pitämällä motivoivalla haastattelulla. (Barnes & Ivezaj, 2015; Douglas, Cahill, Qin & Tang, 2010)

4.5 Uni ja stressi

Aikuinen ihminen tarvitsee unta noin 6–9 tuntia vuorokaudessa. Jos unen laatu on hyvää ja uni on kestänyt tarpeeksi pitkään, on ihminen levännyt ja herätessään virkeä. Unen aikana elimistö ja aivot lepäävät, vaikka aivoissa tapahtuukin päivän aikana tapahtuneiden asioiden oppimista ja arkistointia. Myös verenpaine laskee ja immuunijärjestelmä tasaantuu. Huonolaatuinen ja liian lyhyt uni aiheuttaa univajetta ja pitkään jatkuessaan univaje aiheuttaa univelkaa. Univaje ja univelka ovat haitallista tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä, koska ne nostavat stressihormonin eli kortisolin eritystä. Illan aikaisesta kortisolin erityksestä johtuen elimistö ei saa lepoa, sillä kilpirauhasen toiminta vilkastuu ja sydämen syke nousee. Myös kylläisyyden tunnetta säätelevien hormonien määrät muuttuvat aiheuttaen näin tunnetta. Univaje ja univelka ovat yksi syy lihomiselle, koska ne aiheuttavat halun syödä nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja. Kortisoli ja väsymys heikentävät sokeritasapainoa. Myös liikaunisuuden on todettu aiheuttavan tyyppin 2 diabetesta. Liikaunisuuden oireena on liiallinen väsymys, vaikka liikauninen nukkuu normaalia pitempään. Liikaunisuus tarkoittaa poikkeavaa uneliaisuutta sekä yö että päiväaikaan. (Huttunen, 2018b; Huu-toniemi, 2017; Hällfors, 2018, s. 29)

Laajan korealaisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yönien keston ja tyyppin 2 diabetekseen sairastumisen yhteys ihmisillä, joilla on

esidiabetes diagnosoituna pitkäsokerin mukaan. Tutkimuksessa verrattiin 5, 6 ja 8 tuntia nukkuvia 7 tuntia nukkuviin. Tutkimus osoittaa, että riittävän pitkä uni ehkäisee tai myöhentää sairastumista tyyppin 2 diabetekseen esidiabetesvaiheessa. Unen lyhyys lisää riskiä sairastua DM2:een kaikissa sosioekonomisissa luokissa. Liian lyhyen yön vaikutusta todennettiin tutkimuksessa rasvaprosentilla, rasvamaksalla ja insuliiniresistenssillä. (Kim, Chang, Sung & Ryu, 2017)

Tyyppin 2 diabeetikoista noin 50 prosentilla on uniapnea, joista suurella osalla uniapnea on diagnosoimatta. Uniapnea tarkoittaa vähintään 10 sekunnin mittaisia hengityskatkoja. Uniapneaan liittyy ylipaino, lyhyt kaula, pieni alaleuka, suuri kieli ja kookkaat kitarisat. Uniapnean oireita ovat, yöhikoilu, levoton yöuni, närästys, suun kuivuminen ja herääminen tukehtumisen tunteeseen. Päiväaikaisia oireita ovat nukahtelu, päänsärky, muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet ja mielialahäiriöt. Uniapneasta kärsivä ei useinkaan koe unettomuutta vaan hän hakeutuu vastaanotolle väsymyksen vuoksi. (Ilanne-Parikka ym., 2015, ss. 517–518)

Säännöllinen unirytm, rauhoittuminen ennen nukkumaanmenoa ja makuuhuoneen viileys sekä hyvä sänky edistävät nukahtamista. Rauhoittuminen voi olla esimerkiksi lukemista, musiikin kuuntelua, rentoutusharjoittelua tai joogaa. Myös päiväkirjan pitäminen voi auttaa, koska silloin päivän aikana koetut asiat voi käsitellä ennen nukkumaanmenoa. Päiväkirjan sijaan voi kirjoittaa myös huolipäiväkirjaa. Iltapalalla kannattaa suosia hitaasti imeytyviä hiilihydraatteja, koska nopeasti imeytyvät hiilihydraatit nostavat vireystilaa ja iltapalan tulisi olla sopivan kevyt. Myös alkoholia kannattaa välttää ennen nukkumaanmenoa, sillä alkoholi tekee unesta katkonaista ja levotonta, vaikka se voi auttaa nukahtamisessa. Kahvia ja teetä ei kannata juoda kello 14 jälkeen tai kuusi tuntia ennen nukkumaanmenoa, jos niissä on kofeiinia. Säännöllinen liikuntaa rentouttaa, mutta raskasta liikuntaa on hyvä välttää ennen nukkumaanmenoa. Vaikka päivänunilla saa korjattua yön aikana tullutta univajetta, ei päivänunien tule olla 30 minuuttia pidempiä ja ne tulisi nukkua ennen kello kolmea. (Huutoniemi, 2017)

Stressiä ihmiselle aiheutuu, kun häneen kohdistuu liiaksi vaatimuksia ja haasteita, jolloin hänen voimavaransa ylittyvät tai ovat tiukoilla. Stressin aiheuttajina toimivat työ, työttömyys, kiire, perheongelmat ja mahdolliset äkilliset elämänmuutokset. Myös erilaiset traumat saattavat aiheuttaa akuutin stressihäiriön tai traumaperäisen stressihäiriön. Kaikki stressi ei ole pahasta, vaan kyse on siitä, onko stressi tilapäistä ja ohimenevää vai jatkuvaa, jolloin se uuvuttaa ihmistä ja voi olla vaarallinen. Kun kyse taas on ohimenevästä, lyhytaikaisesta stressistä, ihminen kestää sitä yleensä paremmin ja luontaisesti pyrkii tuolloin tekemään parhaansa. (Mattila, 2018a)

Stressi ilmenee yksilöllisesti ja on yhteydessä ihmisen omaan paineensietokykyyn. Pääasiallisesti stressi on psykologinen, mutta yksilöllisesti sen

oireet saattavat näkyä myös fyysisinä ongelmina, kuten esimerkiksi hui-mauksena, päänsärkynä, sydämentykytyksenä, vatsavaivoina, pahoinvoin-tina, hikoiluna tai flunssakierteenä. (Mattila, 2018a) Stressi on yhdistetty myös ylensyönttiin, joka osittain on yhteydessä painonnousuun (Mattila, 2018b). Tunteet ja mielialat, kuten jännitys, ilo, stressi ja suru vaikuttavat verensokeriin. Lyhyellä aikavälillä tila korjaantuu itsessään, mutta pitkään stressaantuneella ihmisellä saattaa verensokerit pysyä koholla. (Diabetes-liitto, 2009).

Stressi aiheuttaa elimistössä muutoksia hormonitoiminnassa. Tutkimusten mukaan erityisesti kortisoli, on näkyvä tekijä stressin aiheuttamassa hor-monitoiminnassa, joka vaikuttaa laajimmin ja pitkäkestoisimmin kehon ta-sapainoon. Lisäksi sillä on merkitys ihmiselle kognitiivisella ja emotionaali-sella tasolla. Kortisolin lisäksi stressihormoneita ovat adrenaliini ja norad-renaliini, joiden määrä veressä lisääntyy silloin, kun ihmisellä on stressi. Adrenaliini kiihdyttää aineenvaihduntaa ja samalla glykogeenin vapautu-mista, jolloin veren glukoositaso kohoaa. (Mattila, 2018b)

5 ASIAKKAAN KOHTAAMINEN

Elämäntapojen muuttaminen saattaa olla osalle ihmisistä helppoa, mutta elämäntapamuutoksen pitäminen pidemmällä aikavälillä saattaa aiheut-taa ongelmia. Tämän vuoksi kokonaisvaltainen lähestymistapa on tärkeää, silloin kun tarkoituksena on saada ihminen motivoitumaan pysyvään elä-mäntapamuutokseen. Hoitajan tulee kulkea asiakkaan mukana muuttu-misen matkalla tasavertaisena kulkijana ja tukea häntä saavuttamaan asi-akkaan itselleen valitseman tärkeän päämäärän. (Kangasniemi & Kaura-vaara, 2016, s.7; Absetz, 2010)

Kun hoitaja kohtaa asiakkaan, hän kohtaa myös itsensä. Jotta hoitaja voi ymmärtää asiakasta ja hänen tilannettaan, pitää hoitajan asettua hänen kanssaan samalle puolelle eli osoittaa empatiaa. Motivoivan kohtaamisen ensimmäinen askel on asiakkaan kuunteleminen ja käsityksen muodosta-minen hänen elämäntilanteestaan sekä siitä, miten asiakas kokee elämän-tilanteensa. Asiakas on saattanut jo pohtia mahdollista sairastumista tai uhkaa ja hän on saattanut tehdä joitakin suunnitelmia. Asiakaskohtaami-ssa tämä on hyvä hoitajan tiedostaa, jotta asiakas tulee kohdattua kun-nioittavasti ja hän pääsee tasavertaisesti osalliseksi keskusteluun. Asiakas on kohdattava itsenäisenä yksilönä, joka on oman elämänsä edustaja. Hoi-tajan tulee tiedostaa, että vaikka asiakas on voinut itse tulla hakemaan apua tilanteeseensa, hän haluaa itse ohjata asioiden kulkua. Vääränlainen kohtaaminen johtaa asiakkaan puolustuskannalle ja silloin hoitajan on lä-hes mahdotonta edetä kohti asiakkaan motivoimista. (Oksanen, 2014, ss. 13–14, 37, 45; Clifford & Curtis, 2016, s. 20; Brobeck ym., 2014)

Asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää luoda kiireettömyyden tunne ja asiakas tulee ottaa vastaan rauhallisesti. Oksanen, (2014), mainitsee neljän minuutin säännön. Ensimmäisten minuuttien aikana hoitaja ns. istuu käsiensä päällä. Tämä tarkoittaa, että ensimmäisten minuuttien aikana ei pidetä sylissä lehtiötä eikä katsella tietokonetta. Tarkoituksena on luoda kiireessäkin kiireettömyyden tunne ja herättää asiakkaassa luottamuksen tunteita. Tapaaminen aloitetaan avoimella kysymyksellä tai kerrotaan, miksi asiakas on kutsuttu tapaamiseen. Tämän jälkeen asiakas alkaa useimmiten kertoa ongelmastaan tai ainakin hänelle on annettava siihen tilaisuus. Hoitajan tärkein tehtävä on kuunnella asiakasta erittäin tarkasti. Tärkeimpien kysymysten esittäminen ja kehottaminen kerronnan jatkamiseen osoittavat myötätuntoa ja hoitajan olevan kiinnostunut asiakkaan tarinasta. Tämän rauhallisen aloituksen jälkeen hoitaja voi alkaa tekemään muistiinpanoja tai työskentelemään tilanteen tai työtehtävän vaatimalla tavalla. (Oksanen, 2014, ss. 92–96; Clifford & Curtis, 2016, s. 50)

Neljän minuutin sääntö palvelee sekä hoitajaa että asiakasta, koska rauhallinen kohtaaminen mahdollistaa hoitajan orientoitumisen asiakkaaseen ja asiakas saa aikaa tottua tilanteeseen ja hoitajaan sekä asiakas saa omin sanoin kertoa tilanteestaan juuri niin kuin hän sen kokee. Hoitajan on tässä tilanteessa tiedostettava, että asiakkaan tarinassa olevia väärinkäsityksiä ei korjata heti, vaan annetaan asiakkaalle liikkumavaraa omien tuntemusten kertomisessa, koska kaikista kohtaamisista jää ihmiselle tunnejälki. Jos tunne kohtaamisen jälkeen on positiivinen, asiakas on valmiimpi ottamaan vastaan muutosehdotuksia. Hyvin onnistuneen keskustelun lopputuloksena on, että hoitaja on osannut esittää asiansa siten, että asiakkaalla on tapahtunut myönteistä oppimista. (Oksanen, 2014, ss. 92–96; Clifford & Curtis, 2016, s. 50)

Hoitajan kompastuskivet kohtaamisen aikana ovat liialliset kysymykset, liian nopeat kannanotot, liian innokas neuvominen, huomaamaton leimaaminen, keskustelun kiirehtiminen ja syyllisen tai syyn etsiminen. Hoitajan tulee myös välttää ennakkoluulojen luomista, koska stereotyyppit ovat tehokas keino menettää asiakassuhteen luottamus ja toimintakyky. Jotta hoitaja voi muuttaa toimintaansa, pitää hänen kohdata itsensä ja tiedostaa toimintatapansa. (Oksanen, 2014, s. 79, 137, 139) Jos hoitaja huomaa, että asiakas on loukkaantunut tai asiakas vaikuttaa etäännyneeltä, kannattaa tilanne selvittää, koska muuten hyvin alkanut kohtaaminen epäonnistuu eikä motivoitumista tapahdu (Clifford & Curtis, 2016, s. 51). Hoitajan ja asiakkaan henkilökemioiden kohtaaminen nähdään myös tärkeänä osana onnistunutta asiakassuhdetta (Nymberg & Drevenhorn, 2016).

5.1 Arvojen merkitys asiakkaan kohtaamisessa

Hoitajan on hyvä pohtia, mikä on hyvää ammattietiikkaa silloin, kun pyritään vaikuttamaan toisen ihmisen käyttäytymiseen ja elämäntapoihin. Hoitajan on myös hyvä pohtia ja tiedostaa oman elämänsä arvot, jotta pystyy toimimaan ammattieettisesti kunnioittaen asiakkaan arvoja. Asiakasta

kunnioitava ja arvostava tapaaminen ja ohjaustilanne saadaan aikaan, kun lähtökohdista on halu ymmärtää toista, silloin ohjaaminen lähtee asiakkaan lähtökohdista eikä hoitajan omista lähtökohdista. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 14–15) Ruotsalaisessa tutkimuksessa miesten kokemuksista asiakaskohtamisesta terveydenhuollossa käy ilmi, että hoitajat olivat epäluuloisia sekä asiakasta että oirekuvaa kohtaan ja antoivat puutteellista tietoa ja hoitajat eivät kunnioittaneet asiakasta ihmisenä. Tutkimuksessa mukana olleet miehet pitivät tärkeänä henkilökohtaista anteeksipyyntöä silloin, kun kokivat tulleen huonosti kohdelluiksi ja tehneensä valituksen, koska muussa tapauksessa valituksen teosta seurasi syyllisyyden ja huonommuuden tunnetta. Miehet toivoivat yksilöllistä ja kunnioitettavaa kohtaamista sekä sensitiivisyyttä. Lisäksi he toivoivat tulewansa kuulukuksi ja saavansa aikaa keskustelulle. Myös informaation saaminen ymmärrettävästi ja rauhallisesti koettiin tärkeäksi. (Skär & Söderberg, 2012)

Ihmisen on hyvä selvittää omat arvonsa, sillä jokainen pyrkii toimimaan omien arvojensa mukaisesti ja niitä kohden. Kun omat arvot havainnollistetaan ja niitä tutkitaan, on asiakkaan mahdollista huomata ristiriita oman toimintansa ja arvojensa välissä. Tämä saattaa aiheuttaa asiakkaassa häpeän tunteita ja asiakas voi olla herkässä tilassa, jolloin on tärkeää, miten hoitaja ottaa ristiriidan puheeksi. Itselleen tärkeät arvot toimivatkin suunnan antajana. Ihmisen aika ei kuitenkaan riitä kaikkeen, jolloin arvoja on hyvä tavoitella muutama kerrallaan. Arvojen selkiyttäminen ja pohtiminen luo työskentelylle hyvän motivaatiopohjan. Hoitajan ja asiakkaan arvot saattavat erota toisistaan paljon, jolloin hoitajan on hyvä muistaa kunnioittaa asiakkaan arvoja, sillä motivaatio muutokseen ja elämäntapamuutos ovat mahdollisia vain silloin, kun ne ovat asiakkaalle itselleen tärkeitä ja merkityksellisiä. Arvot voivat myös matkan varrella muuttua ajamaan entistä enemmän muutosta terveelliseen elämään. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 43–45; Clifford & Curtis, 2016, s. 20)

Ihmisen arvoja voidaan selvittää erilaisten harjoitusten avulla, joiden pohjalta voi keskustella asioista, jotka nousevat esille. Arvot voidaan myös asettaa tavoitteineen sellaiseen tärkeysjärjestykseen, jossa asiakas haluaa työstää muutosta. Käytettävät harjoitukset auttavat oppimaan asioita omien kokemusten kautta, jonka vuoksi myös hoitajan on hyvä kokeilla käytännössä millaisia tunteita harjoitukset herättävät. Tämän avulla hoitaja pystyy myös kehittymään ja kasvamaan ammatissaan. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 13–14, ss. 43–45) Hoitajan on tarkoituksenmukaista ymmärtää asiakkaan edellytykset muuttaa elämäntapojaan (Johansson & Skarp, 2013).

5.2 Asiakkaan arvoja selventäviä työmenetelmiä

Terveyskäyttäytymisanalyysi ja aarrekartta ovat hyviä tapoja selvittää asiakkaan arvoja ja hänen sen hetkistä tilannetta ja missä tilanteissa ongelmia ilmenee. Näiden avulla saadaan kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta ja

samalla pystytään lisäämään asiakkaan omaa motivaatioita muutosta kohtaan. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 38–39; Harju, 1999, ss. 14–15)

Analyysin ja aarrekartan jälkeen hoitajan on hyvä tehdä vielä yhteenveto asiakkaalle siitä, millaisen kuvan hän asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta on saanut. Yhteenvedon avulla asiakkaalla on vielä mahdollisuus korjata tai tarkentaa asioita, jos jokin asia on käsitetty väärin tai hänelle tulee mieleen jotain lisättävää. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 38–39; Harju, 1999, ss. 14–15)

5.2.1 Terveyskäyttäytymisanalyysi

Terveyskäyttäytymisanalyysillä (liite 1) pystytään luomaan yleinen kuva asiakkaasta ja hänen tilanteestaan. Analyysissa pyritään löytämään ne keskeiset tekijät, jotka asiakas kokee vaikuttavan epäsuotuisasti elämäänsä. Ennen terveyskäyttäytymisanalyysin tekoa asiakasta pyydetään listaamaan ylös kaikki ne asiat, jotka hän kokee ongelmallisiksi elämässään ja häntä kannustetaan samalla myös kuvaamaan omia tunteitaan ja ajatuksiaan, joita hän listattujen asioiden suhteen kokee. Listan pohjalta on helppo lähteä rakentamaan terveyskäyttäytymisanalyysia. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 35–37)

Analyysi aloitetaan kirjaamalla kuvion keskelle suorakaiteen sisään sellaiset keskeiset tekijät, jotka asiakas kokee vaikuttavan hänen sen hetkiseen hyvinvointiin. Tämän jälkeen pohditaan, millaisia tekijöitä on niiden asioiden taustalla, joilla on vaikutusta kirjattuihin keskeisiin tekijöihin. Pysyvät ja muuttumattomat taustatekijät voidaan kirjoittaa kuusikulmion (liite 1) sisään ja tekijät, jotka ovat muutettavissa voidaan kirjoittaa soikion sisään. Viivoilla ja nuolilla yhdistämällä voidaan havainnollistaa tekijöiden yhteyttä toisiinsa. Yksisuuntaisella nuoliviivalla havainnollistetaan asian vaikuttavuutta vain yhteen suuntaan, kun taas kaksisuuntaisella nuoliviivalla voidaan ilmentää asioiden riippuvuus toisiinsa. Asiakasta pyydetään kuvaamaan, mitä hän jollakin tekijällä terveyskäyttäytymisanalyysissa tarkoittaa ja millaisia tunteita se hänessä herättää. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 35–37) Asiakkaan ohjaaminen huomaamaan ja seuraamaan omaa terveyskäyttäytymistään on yksi tehokas keino motivoivan haastattelun rinnalle (Absetz & Hankonen, 2011).

5.2.2 Aarrekartta

Aarrekartta työskentelyssä on tarkoitus, että ihminen pysähtyy hetkeksi ja kuuntelee itseään selvittääkseen mitä todella haluaa elämältään ja millaiset asiat hänet tekevät onnellisiksi. Aarrekartta työskentelyssä ihmisen on lupa unelmoida, sillä tuodessaan unelmansa näkyviin hänen on helpompaa kulkea niitä kohti. Aarrekartan tarkoitus on opettaa ja mahdollistaa ihmistä ajattelemaan uudella tavalla. (Harju, 1999, ss. 12–16, 52–53)

Jotta aarrekartta toimii, ihminen tarvitsee sellaisia unelmia, jotka todella ovat hänelle tärkeitä. Usein ihminen luulee haluavansa jotain asiaa, mutta hetken miettiessään hän saattaa huomatakin, että ensimmäisen unelman takana onkin jokin toinen unelma, joka todellisuudessa saa hänet voimaan hyvin ja tuntemaan itsensä onnelliseksi. Omia unelmiaan ei kannata kritisoida tai analysoida, vaan kulkea tunteen suuntaan ja miettiä, miten voin saavuttaa tämän unelman ja miksi juuri se tekee olon hyväksi. Unelmien ja aarrekartan teossa esteenä saattaa olla ihmisen heikko oman arvontunto, joka saattaa aiheuttaa sen, että ihminen tämän vuoksi tyytyy vähempään, kuin mitä oikeasti haluaa tai mihin hänellä on mahdollisuuksia. Unelmien toteutumisen esteenä hyvin usein on ihminen itse. Ihminen muodostaa järkiajatuksella itselleen sellaisen kuvitelman, jonka mukaan kuuluu olla ja elää. (Harju, 1999, ss. 23–30)

Aarrekartan ei ole tarkoitus toteuttaa ihmisen unelmia taikaiskusta, vaan nimensä mukaisesti se toimii karttana saavuttamaan ja löytämään päämäärän, jonka ihminen toivoo saavuttavansa (Harju, 1999, s. 53). Unelmaa muodostettaessa tulisi ajatella kaikki hetket matkan varrella unelmaa tavoiteltaessa, jolloin unelmasta tulee todellisemmin tavoiteltava. Esimerkiksi jos unelma on olla kokki, unelmointi on hyvä aloittaa siitä hetkestä, kun hakee raaka-aineet, kävelee kauppaan, kuvitellen ruokakaupan eri tuoksut. Jokaisen unelman kohdalla tulee toimia samalla tavalla. Jos unelmassa kohtaa esteitä tulee ne kohdata, jotta tie unelmaan avautuu. Aarrekarttaa voi myös verrata urheilijoiden mielikuvaharjoituksiin, joita urheilopsykologian alalla on käytetty parantamaan urheilijoiden suorituksia. (Feldman, 2017) Aarrekarttaan on hyvä kirjoittaa tarkistuspäivämäärä, jolloin ihminen työskentelee aktiivisemmin kohti unelmaansa, kun unelman toteutumiselle on asetettu niin kutsuttu aikaraja (Harju, 1999, s. 84). Aarrekartta kannattaa ajatella toimintakarttana, jonka mukaan kulkea kohti unelmia. Matkan varrelle kohti päämäärää kannattaa ajatella mahdollisia esteitä, jotta unelmasta tulisi realistisempi ja tuleviin haasteisiin voi valmistautua henkisesti ja käytännön tasolla. (Feldman, 2017; Farber, 2012)

Aarrekartan voi tehdä erilaisilla tavoilla, riippuen siitä, minkälainen tapa sopii kenellekin ihmiselle. Aarrekartta voi olla visuaalinen (kuvallinen), jossa henkilö valitsee itselleen merkityksellisiä kuvia ja asettelee ne paperille sellaiseen järjestykseen, mikä on itselle ominainen ja silmää miellyttävä tapa. Visuaalinen kartta voi muodostua myös piirroksista tai maalauksista, jos ihminen kokee sen itselleen mieluisaksi. Tämänlaisessa aarrekartassa lopputuloksena on kuvakooste, josta ihminen voi katsoa, millaiselta hän toivoo oman elämänsä näyttävän. Auditiivinen (sanallinen/ äänellinen) aarrekartta on hyvä tapa koota aarrekartta, kun kyseessä on ihminen, jolle on luontaista ilmaista itseään sanoilla. Tässä versiossa ihminen kirjoittaa unelmansa. Kirjoitus pohjana voi toimia kalenteri tai kirjoitusarkki, mikä tuntuu ihmisestä itsestään sopivalta ja toimivalta pohjalta. Tekstin määrällä ei sinänsä ole väliä, kunhan unelma on avattu niin, että se on ihmiselle itselleen riittävä. Kinesteettisessä aarrekartassa tarkoitus on tuottaa kehoon tuntemuksia siitä, millainen tulevaisuus on. Tällainen aarrekartta

luodaan rauhoittumalla, jolloin ihmisen tulee tyhjentää mielensä kaikelta muulta, jonka jälkeen hän ajattelee sitä unelmaa, jonka haluaa saavuttaa. Ajatus siitä, miltä unelman saavutus tuntuu, näyttää tai ehkä kuulostaa ankkuroidaan muistijäljeksi jonnekin kohtaa kehoa. Unelma tulee ajatella niin, että kaikki tapahtuu nyt muodossa. (Harju, 1999, ss. 69–78)

5.3 Ajatukset elämäntapamuutoksen esteenä

Esteenä asiakkaan elämäntapamuutokselle saattaa olla jokin asia tai ajatus, jonka hän on aiemmin elämässään kokenut epämiellyttävänä. Tällainen tilanne saattaa jäädä ihmisen mieleen pysyvästi, jolloin se voi myöhemmin aiheuttaa ahdistusta. Ihmisen luonnollinen pyrkimys on päästä eroon niistä asioista, jotka tuovat hänelle epämiellyttävää oloa tai hän alkaa välttelemään tilannetta, joka aiheuttaa hänelle ahdistuneisuuden tunnetta tai palauttaa mieleen epämiellyttävät muistot. Ihminen on usein totunut ratkaisemaan tilanteita kontrolloimalla, kuten painonpudotuksessa ihminen usein kontrolloi tarkasti syömistään erilaisten dieettien avulla, sekä punnitsemalla ja mittaamalla itseään. Oman käyttäytymisen kontrollointi saattaa tuoda tuloksia lyhyellä aikavälillä, mutta pysyvässä elämäntapamuutoksessa pakonomainen kontrollointi ei tuota tulosta. Kontrolloinnilla ei pystytä vaikuttamaan omiin ajatuksiin ja tunteisiin. Toisaalta mitä enemmän ihminen yrittää olla ajattelematta jotain asiaa, sitä useammin ja suurempana se tulee mieleen. Tällainen on esimerkiksi makeanhimo, jonka ihminen kieltää itseltään kerta toisensa jälkeen, mutta himo ei katoa minnekään vaan tarve syödä makeisia kasvaa entisestään, joka puolestaan vaikeuttaa painonpudotusta. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 2–23, 26–28, 30–31; Farber, 2012)

Ajatuksen ja huolen kasvaessa ihminen saattaa alkaa välttää tilanteita, joihin mahdolliset ajatukset ja tuntemukset liittyvät, jolloin ihmisen elämäntilaatu huononee ja mahdollisesti estää häntä tekemästä asioita, jotka ovat hänelle merkityksellisiä. Tämän vuoksi omien tunteiden ja ajatusten tunnistaminen ja hyväksyminen on tärkeämpää ja toimivampaa, kuin koettujen asioiden, tunteiden ja ajatusten kontrolloiminen. Hoitajan on hyvä tuoda asiakkaalle ilmi se, että aina haluttuun lopputulokseen pääseminen ei ole helppoa ja mielikuva esimerkiksi siitä, että liikunta tuo hyvää oloa, saattaa alussa aiheuttaa enemmänkin kärsimystä ja epämiellyttäviä tuntemuksia. Kun asiakas tiedostaa myös nämä epämiellyttävät tuntemukset, on hänen helpompi jatkaa liikunnan harrastamista myös niinä hetkinä, kun luovuttaminen tuntuisi helpommalle kuin jatkaminen. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, s. 26–28, 57–58; Clifford & Curtis, 2016, s. 86)

6 ASIAKKAAN MOTIVOIMINEN

Hoitajat ja lääkärit ovat alkaneet pitämään 2000-luvulla elämäntapamuutokseen ohjaamista keskeisenä tehtävänä. Ohjauksessa kuitenkin koetaan taidollisia puutteita, sillä vain puolet lääkäreistä ja hoitajista kokevat, että heillä on riittävät taidot ohjata asiakasta elämäntapamuutokseen. Ammattilaiset pitävät suurimpana esteenä asiakkaan muutoshaluttomuutta. (Absetz, 2010)

Motivoiminen muutokseen on haastavaa tilanteessa, jossa henkilöllä on uhka sairastua. Terveystutkimuksessa on todettu, että vakavasti sairastuneista henkilöistä 75 prosenttia muuttaa toimintaansa heti saatuaan ohjausta ja 20 prosenttia aloittaa muutoksen hitaammin. Kun henkilöllä on uhka sairastua vakavasti, muutokseen ohjauksen jälkeen ryhtyy vain kolmasosa. (Oksanen, 2014, ss. 14–15)

Tyypin 2 diabetesta sairastavan ja siihen riskissä sairastumassa olevaa ihmistä on hyvä motivoida kertomalla hänelle asiasta. Näiden ihmisten on usein hankala sitoutua hoitoon ja muutokseen, koska heille ei välttämättä ole annettu tarpeeksi tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä ennaltaehkäisevistä muutoksista elämässä. Jo pelkästään muutaman kilon painonpudotus saattaa auttaa pääsemään toivottuun lopputulokseen sairauden ennaltaehkäisyn kannalta. (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 15, ss. 148–149)

Elämäntapamuutoksessa tulisi muutoksista tehdä mahdollisimman yksinkertaisia, jolloin asiakkaan on helpompi muuttaa omaa käyttäytymistään. Tarkoituksena ei ole ratkaista ongelmaa vaan tunnistaa ongelmien lähteet. Asiakastiedoista löytyy asiakkaasta aina tietoja, mutta arvokkaimpia tietoja saa keskustelemalla asiakkaan kanssa. Elämäntapamuutoksessa hoitaja voi kertoa mitä tehdään, mutta todennäköisemmin parempiin tuloksiin päästään motivoivan haastattelun keinoin, joiden avulla voidaan ohjata asiakas itseohjautuvasti muutokseen auttamalla asiakasta tiedostamaan hänen nykyinen käyttäytymismallinsa. Ihminen haluaa elää terveellisesti ja käyttäytymisen tarkastelu ja suunnittelu auttaa ihmisiä löytämään hyödyllisiä työkaluja ja taktiikoita elämäntapamuutokseen ja huomaamaan muutoksen yhteyden terveyteen. Tämän avulla voidaan myös määrittää sitä, kuinka valmis ihminen on muutokseen ja millaiset asiat häntä motivoivat ja vievät eteenpäin. (Young, 2014)

6.1 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on hyvä tapa lähestyä asiakasta. Motivoivan haastattelun keinoin asiakkaalle osoitetaan empatiaa olemalla kiinnostuneita juuri hänestä ja hänen omista tavoitteistaan. Haastattelussa hänen omia kykyjään tulee vahvistaa sekä pyrkiä kohentamaan ja tukemaan hänen itseluottamustaan. (Motivoiva haastattelu: Käypä hoito -suositus, 2014) Motivoivalla haastattelulla saadaan aikaan merkittäviä ja kestäviä tuloksia,

vaikka joissakin tapauksissa vaikuttavuus on ollut heikkoa (Lundahl ym., 2010).

Motivoiva haastattelu on kehitetty 1980-luvulla alun perin päihderiippuvuoksien hoitoon. Myöhemmin on kuitenkin todettu, että henkilöt, jotka ovat saaneet motivoivaan haastatteluun perustuvaa ohjausta ovat kyenneet merkittäviin muutoksiin omissa liikuntatottumuksissa ja ruokavaliossa. Tosin Ekong ja Kavookjian (2015) toteavat tutkimuksessaan, ettei motivoivalla haastattelulla ole niin suurta vaikutusta liikunnan lisäämisessä kuin ruokailutapojen muuttamisessa. Motivoivan haastattelun hyviä puolia on, että se ei vaadi asiakkaalta muutosvalmiutta ennestään. Lisäksi motivoivaa haastattelua voi toteuttaa lyhyemmällä ajalla, jos aikaa ei ole riittävästi. On kuitenkin todettu, että motivoivaa haastattelua käytettäessä tehokasta on, kun tilanteeseen on varattu aikaa yli 20 minuuttia. (Airaksinen, 2016; Douglas ym., 2010; Absetz & Hankonen, 2011) Motivoivan haastattelun metodia käytettäessä tulisi hoitojakson alussa olla ainakin yksi kasvotusten tehtävä haastattelu, jonka jälkeen motivoivaa haastattelua tulisi toteuttaa ainakin neljä kertaa ensimmäisen kolmen kuukauden aikana. Motivoivaa haastattelua tulisi toteuttaa 12 kuukauden ajan 1–3 kuukauden välein joko puhelimen välityksellä tai muuta teknologiaa käyttäen. (Kivistö, Novoradovskaya, Chasandra & Sjögren, 2017, s. 34)

Motivoivan haastattelun menetelmällä pystytään luomaan perusrunko ohjaustilanteelle siten, että jokainen ohjauskerta pystytään luomaan yksilöllisesti. Kun jokaisella hoitajalla on käytössään samanlainen ohjaustekniikka luo se turvaa asiakkaalle, jolloin hänellä on ymmärrys siitä, kuinka tilanne etenee. Ohjaustilanteita usein hankaloittaa se, että hoitajilla on erilaisia ohjausmenetelmiä. (Absetz, 2010) Ruotsalaisessa tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajat käyttävät sekä asiakas- että hoitajakeskeisiä lähestymistapoja ristiriitaisin odotuksin, josta johtuen ohjaustilanteet ovat hoitajakeskeisiä mikä on vastoin motivoivan haastattelun periaatteita (Hörnsten, Lindahl, Persson & Edvardsson, 2014). Hoitajien lähestymistapojen ristiriita tuottaa myös pettymystä ja lisää tyytymättömyyttä ohjaustilannetta kohtaan (Nymberg & Drevenhorn, 2016).

Motivoiva haastattelu mahdollistaa sen, että asiakkaan on mahdollista itse arvioida ja sanoa ääneen muutoksen tekoon liittyviä asioita tai niitä asioita, jotka puoltavat nykyisen käytöksen jatkamista. Tämä motivoi asiakasta itseään muutoksen tekemiseen. Kun asiakas saa itse tuoda asioita ilmi, tuo se esille mahdollisen muutospuheen, jolloin hänelle syntyy oma kokemus toimintansa ja tavoitteidensa epäsuhdasta. Kun muutoksen tuomia hyötyjä verrataan haittoihin, ovat ne yhteydessä parempiin tuloksiin. Hoitajan motivoivan haastattelun periaatteista poikkeava tyyli, kuten vastaan väittäminen, varoittelu ja johtaminen ovat yhteydessä heikompiin tuloksiin. Motivoivaan haastatteluun voi yhdistää muita menetelmiä, kuten terveyskäyttäytymisen seuraamisen sekä testitulosten ja erilaisten asteikoiden käytön, jotka auttavat hahmottamaan tilannetta. (Absetz & Hankonen, 2011)

Motivoivassa haastattelussa voi keskustelun apuna käyttää 10 -portaista mitta-asteikkoa esimerkiksi tapaamisen alussa asiakkaan motivaation selvittämiseksi tai lopussa selvittämään asiakkaan uskoa tehdyn suunnitelman toteutumiseksi. Mitta-asteikolta asiakas voi valita valmiutensa muutokseen ja hoitaja voi pyytää asiakasta kuvaamaan miksi asiakas valitsi esimerkiksi numeron 4. Tämä voi auttaa asiakasta huomaamaan asioita, jotka ovat esteenä muutokselle. Asiakasta voi myös pyytää kuvaamaan, mitä se vaatii, että mitta-asteikolta valitsisi seuraavan numeron. (Hämäläinen ym., 2017, s. 185; Clifford & Curtis, 2016, s. 68)

Motivoiva haastattelu pitää sisällään neljä vaihetta, jotka kulkevat osittain lomittain tapaamisen aikana. Ensimmäinen vaihe on nimeltään engaging, jonka tarkoituksena on luoda asiakkaaseen hyvä suhde. Seuraavassa vaiheessa keskitytään valitsemaan muutosaihe tai muutosaiheeseen liittyvä asia, joka kaipaa syvempää tutkimista. Tätä vaihetta kutsutaan nimellä focusing. Kolmas vaihe on nimeltään evoking, jossa herätellään motivaation syntymistä muutosta kohtaan ja valmistellaan siirtymistä viimeiseen vaiheeseen, joka on planning eli suunnitelman laatimisvaihe. (Clifford & Curtis, 2016, s. 41; Young, 2014)

Motivoivan haastattelun keskeisiin periaatteisiin kuuluvat empatian osoittaminen, vahvistaminen, ristiriidan esille nostaminen ja vastarinnan myötäileminen sekä väittelyn välttäminen. Empatiaa osoitettaessa asiakkaalle tulee tunne, että hänestä ja hänen asioistaan ollaan kiinnostuneita. Kiinnostusta osoittaa katsekontaktin pitäminen asiakkaassa ja kuuntelemisen osoittaminen esimerkiksi nyökkäillen. Asiakkaan kykyjen ja itseluottamuksen vahvistaminen on tärkeää, jotta asiakas kykenee uskomaan kykyihinsä. Tarkoitus on aloittaa aina pohtimalla hyviä asioita ja käsitellä pienetkin edistysaskeleet. Ristiriita pyritään osoittamaan tuomalla asioiden epäsuhdetta esille samalla päästen tilanteeseen, jossa asiakas itse aloittaa puhumaan muutoksen puolesta. Hoitajan ja asiakkaan käsitykset asioista voivat olla poikkeavat toisistaan, jolloin hoitajan on ammattilaisena syytä välttää joutumista väittelyyn asiakkaan kanssa. Hoitajan saattaa olla joskus vaikea sietää ja ymmärtää asiakkaan muutoshaluttomia puheita ja syitä, koska hän itse näkee muutoksen tuomat hyödyt haittoja selvemmin. Tarkoitus kuitenkin on myötäillä ja kuunnella asiakasta, sillä syyt muutoksen esteenä tulee käsitellä, jotta päästään käsiksi hyötyihin. (Motivoiva haastattelu: Käypä hoito -suositus, 2014; Absetz, 2010)

Motivoivan haastattelun työmenetelminä käytetään avoimia kysymyksiä, joilla saadaan asiakas vastaamaan itse omien ajatuksien mukaan kysymyseen ja samalla hän on itse aktiivisesti keskustelussa mukana. Avointen kysymysten kysymyssanoja ovat muun muassa mitä, miten ja kuinka tai asiakasta voi myös kehottaa kertomaan asiansa. Avoimet kysymykset säästävät aikaa, jonka ansiosta hoitajan on mahdollista panostaa niihin asioihin, jotka todella kiinnostavat asiakasta ja uusiin asioihin, joista hän ei vielä tiedä. Heijastava kuuntelu eli refleктоiva kuuntelu antaa asiakkaalle käsitksen ja vahvistuksen siitä, että häntä kuunnellaan. Heijastavan

kuuntelun avulla hoitaja varmistaa ymmärtäneensä, mitä asiakas tarkoittaa. Tähän liittyy myös lyhyiden yhteenvetojen tekeminen, jolloin hoitaja toistaa keskeisimmän asian siitä, mitä asiakas on hänelle kertonut. Myös tämä luo tunteen siitä, että toinen osapuoli on tullut kuulluksi. Vahvistaminen tarkoittaa asiakkaan vahvuuksien ja saavutusten korostamista. Asiakkaan pystyvyyden vahvistaminen ja lisääminen on yksi keskeinen keino lopputuloksen ja motivaation syntymisen suhteen, sillä ihminen, joka uskoo kykyihinsä panostaa muutosyrityksiin sinnikkäämmin eikä helposti lanista vastoinkäymisissä ja mahdollisista repsahduksista. (Motivoiva haastattelu: Käypä hoito -suositus, 2014; Hämäläinen ym., 2017, s. 185; Turku, 2013; Absetz & Hankonen, 2011)

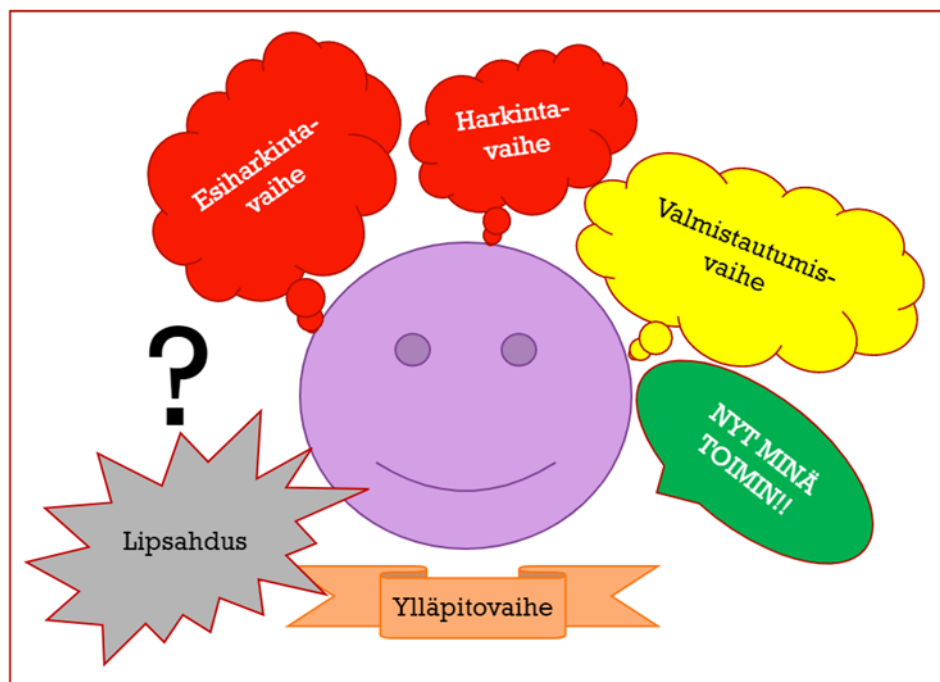
Avoimet kysymykset mahdollistavat asiakkaalle asioiden pohtimisen omasta näkökulmasta ja samalla hän pystyy tuomaan itselleen tärkeitä asioita esille. Hoitajan esittäessä suljettuja kysymyksiä hän päättää asiakkaan puolesta puheenaiheen ja rajaa tällä tavoin omilla olettamuksillaan keskustelua. Suljetut kysymykset saattavat aiheuttaa asiakkaassa muutosvastarintaa. Avointen kysymysten käytössä on todettu puutteita ja niiden käyttämistä tulisi harjoitella. Haastattelutilanteessa hoitaja saattaa aloittaa avoimella kysymyksellä, mutta päättää kysymyksen suljettuun kysymykseen. (Absetz, 2010; Johansson & Skarp, 2013; Östlund, 2015; Hörnsten ym., 2014)

6.2 Muutosvaihemalli

Muutosta voidaan tarkastella vaiheteorioiden avulla, kuten muutosvaihemallin avulla. Näissä teorioissa ajatellaan ihmisen siirtyvän vaiheesta toiseen järjestyksessä. Näin ei aina kuitenkaan ole, vaan ihminen saattaa liikkua muutosvaihemallin sisällä suunnasta toiseen. Tarkoituksena vaiheteorioissa on, että ne auttavat ammattilaista pohtimaan oikeita toimintamalleja eri vaiheissa oleville asiakkaille. (Absetz, 2010)

Ihmisen muutosprosessiin kuuluu kuusi vaihetta (kuva 1). Ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jolloin ihminen ei vielä tee muutoksen eteen mitään, eikä hänellä ole aikomusta aloittaa aktiivista toimintaa muutoksen eteen tai hän ei ole sitä ajatellutkaan. Tyypillistä tässä vaiheessa on ihmisen ”en aio ja en halua”- asenne. Esiharkintavaiheen jälkeen ihminen siirtyy harkintavaiheeseen, jolloin hän aikoo aloittaa muutoksen tekemisen lähitulevaisuudessa tai mahdollisesti on jo tehnyt jotain pieniä tekoja. Tässä vaiheessa ihmisen asenne siis muuttuu ”saatan”-ajatukseen. Harkintavaiheen jälkeen alkaa valmistautumisvaihe, jolloin ihminen alkaa miettimään niitä tapoja toimia, jolla saa aikaan muutoksen ja miten niitä toteuttaa. Valmistautumisvaiheen jälkeen tulee toimintavaihe, jolloin aloitetaan toteuttaa suunnitelmaa, joka on tehty tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä vaiheessa ihmisellä on vaarana palata takaisin vanhaan totuttuun elämäntapaan. Toimintavaihetta seuraa ylläpitovaihe, jolla tarkoitetaan, että ihminen on jo jonkin aikaa toiminut suunnitelmansa mukaan. Toimintavaiheessa kuitenkin on mahdollista repsahdus, jolloin ihminen saattaa

hetkellisesti tai pidemmäksikin aikaa palata entiseen elämäntyyliin. Tällöin ihminen palaa ensimmäiseen tai toiseen vaiheeseen. (Middelkamp, 2018, ss. 86–87; Absetz, 2010)



Kuva 1. Muutosvaihemalli

Ihminen vastustaa luonnostaan muutosta. Varsinkin silloin, jos muutettava asia on alkujaan aiheuttanut mielihyvää, on luontevaa, että ihminen kieltää ongelman olemassaolon, koska kieltämällä ihminen suojelee mieltään liialliselta kuormitukselta. Tällöin muutos tapahtuu hitaammin, koska ihminen käy ensin läpi kriisin kaikki vaiheet. Oksanen siteeraa kirjassaan Motivaatio työvälineenä Kubler-Rossia (1969) kriisin vaiheissa, jotka ovat kieltäminen, viha, kaupanteko, masennus ja tyhjiys sekä hyväksyminen. Ensimmäinen on helpompaa kieltää ongelman olemassaolo. Kun tieto koskettaa, se aiheuttaa vihaa varsinkin, jos saatu tieto on ollut kriittistä. Silloin kun ihminen ei ole vielä valmis muutoksen, mutta hän on saanut tietoisuutensa toimintansa haitat, hän aloittaa kaupankäynnin tosiasioiden kanssa. Ihminen siis pohtii, että kuinka kauan hän voi jatkaa elämäänsä samalla tavalla ennen kuin sairastuu. Tyhjiyden kokemus syntyy silloin, kun aiemmasta turvaa tuoneesta tavasta pitäisi luopua eikä henkilö ole vielä keksinyt korvaavaa tapaa tilalle. Tyhjiyden tunne voi olla niin voimakas, että se aiheuttaa masennusta. Kriisin viimeinen vaihe on hyväksyminen, joka voi tapahtua nopeastikin, jos ihminen on ehtinyt ajattelemaan tilaansa ennen kuin ulkopuolinen henkilö puuttuu hänen elämäänsä. (Oksanen, 2014, ss. 40–41)

Ihminen, joka on aloittamassa tekemään elämäntapamuutosta saattaa kokea ristiriitaisia tunteita nykyisen käyttäytymisen ja omien tavoitteidensa välillä. Tällöin ihmistä on tärkeä tukea niiden muutosten puolesta ja auttaa häntä muistamaan, miksi hän haluaa muutoksia elämäänsä. Hoitajan tulee

tunnistaa asiakkaan muutospuhe, joka voi olla sekä kielteistä tai myönteistä. Kielteinen muutospuhe tarkoittaa, että asiakas tiedostaa tarpeen muutokselle, mutta hänellä on syy miksi ei toteuta muutosta. Myönteisessä muutospuheessa tulee ilmi aie tehdä muutos. Muutoksen keskellä tai muutosta harkitsevan ihmisen kanssa ei tule joutua väittelyyn, vaan hänen kanssaan tulee myötäillä vastarintaa, joka kuuluu prosessiin (Motivoiva haastattelu: Käypä hoito - suositus, 2014; Clifford & Curtis, 2016, s. 59; Brobeck ym., 2014; Nymberg & Drevenhorn, 2016; Johansson & Skarp, 2013).

7 KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN

Koulutuksesta saatujen tietojen perusteella on tarkoitus siirtää uusia opittuja tietoja työelämän käytäntöön. Koulutustilaisuuden suunnittelu on tärkeää, vastualueet koulutuksen järjestämisen kannalta tulee selvittää ja yhdessä muiden koulutuksen järjestäjien kanssa on sovittava yhteisestä toimintamallista. Koulutukselle tulee myös määritellä tarve, tavoitteet, sisältö ja kohderyhmä. Myös palautteen kerääminen tulee suunnitella hyvin etukäteen ja miettiä, miten se on tarkoitus hyödyntää. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.)

Koulutuksessa on huomioitava kohderyhmän tarpeet ja millaisiin asioihin koulutuksessa tulee perehtyä, jonka vuoksi koulutuksen järjestäjän on hyvä kartoittaa koulutukseen osallistuvien tarpeet sille, mistä he kokevat tarvitsevansa lisää tietoa. Koulutus on parhaiten onnistunut silloin, kun sitä on suunniteltu yhdessä osallistujien kanssa. Koulutuksen tulee olla tavoitteellista, jolloin sen sisältö suunnitellaan siten, että koulutustilaisuutta varten asetetaan todettuihin tarpeisiin perustuvat tavoitteet ja tavoitteita tarkastetaan osallistujan näkökulmasta. Tällä tarkoitetaan sitä, että osallistuja saa tai kokee jotain sellaista, josta kokee olevan hänelle hyötyä tulevaisuudessa. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.)

Käytännön järjestelyissä tulee ottaa huomioon osallistujien määrä, tila ja mahdollinen budjetti. Paikkaa valittaessa on otettava huomioon se, millainen koulutuksen sisältö on, jotta toteutustapa olisi mahdollisimman sujuva. Esimerkiksi, jos kyseessä on pelkkä luento diasarjojen kanssa, on auditorio sopiva pitopaikka. Jos taas koulutus pitää sisällään toiminnallista osuutta, esimerkiksi ryhmätyöskentelyä, on sellainen tila hyvä, jossa on tasalattia. Koulutuksen koosta riippuen, on otettava huomioon myös mahdollinen taustatuki ja avustajat. Tiedottaminen ja mahdollinen markkinointi tulevasta koulutuksesta tulee suunnitella hyvin etukäteen ja sopia kuka on vastuussa koulutuksen informoinnista. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.)

Koulutuksen arviointi tuo arvokasta tietoa osallistujille sekä kouluttajalle. Osallistuja pystyy oman palautteensa perusteella oppimaan ja tiedostaan

sellaisia osa-alueita, jotka mahdollisesti olivat jo hallussa ja samalla antaa tietoa siitä, mihin asiaan jatkossa tulee perehtyä enemmän oppiakseen uutta. Kouluttaja vastaavasti saa tietoa palautteen pohjalta siitä, missä asioissa koulutuksessa oltiin asian ytimessä ja millaisiin asioihin tulee jatkossa perehtyä, jotta koulutuksen sisältöä saadaan rikastettua tai millaisista aiheista mahdollisesti on tarve pitää uusi koulutus. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.)

7.1 Aktivoiva luento

Koulutuksen yhtenä menetelmänä voi olla aktivoiva luento, joka eroaa perinteisestä luennosta siten, että kuulijoita aktivoidaan osallistumaan erilaisin keinoin luennon aikana. Tavoitteena on yhdistää erilaisia oppimistavoitteita ja laajentaa osallistujien tietämystä erilaisten havainnollistamiskeinojen avulla. Aktivoivan luennon osallistujia aktivoidaan osallistumaan jaetun tiedon käsittelemiseen. Aktivoiva luento voi koostua Powerpointesityksestä, videoklipeistä, kuvista tai esineistä. (Tevere, 2019; Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana, n.d.)

Luennon suunnitelmaa tehdessä tulee huomioida luennon tavoite, kohde-ryhmä, tiedottaminen, toteutus, palautekysely ja arviointi tavoitteiden saavuttamisesta. Ohjelman suunnittelun kannalta tärkeää on asiasisältö, menetelmät, kouluttajat ja koulutuspaikka. Luennon suunnitelman ollessa parhaimmillaan siinä on otettu huomioon käytännöllisyys, toteutuskelpoisuus, taloudellisuus ja sen tulee olla arvioitavissa. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.)

7.2 Esiintyminen luennoitsijana

Aluksi tulee esittäytyä. Esittäytyessä voi esimerkiksi kertoa hieman omista taustoistaan varsinkin silloin, jos se on merkittävää esityksen kannalta. Kun käytetään diaesitystä luennon tukena, on hyvä huomioida esityksen valmistelussa, että siinä on käytetty tarpeeksi suurta fonttikokoa. Yhdessä diassa ei tule olla liikaa tekstiä, vaan dioissa on hyvä tuoda esille vain pääkohdat asioista, jotka on tarkoitus esitellä. Diaesityksessä tulee huomioida aika, joka sille on varattu ja varatussa ajassa tulisi pystyä pitäytymään. Yhtä diaa kohden voi ajatella, että aikaa kuluu noin 2 minuuttia ja esityksen ajan varmistamiseksi on hyvä ennen esitystä pitää harjoitus esityksestä. Esiintymisessä tulee kiinnittää huomiota omaan äänenkäyttöön ja sen kuuluvuuteen. Puhuesssa on hyvä olla kasvot kuulijoihin päin. Kuulijoilta voi tarvittaessa myös kysyä, onko oma ääni riittävän kuuluva, jos epäilee oman äänensä kantavuutta. Esityksen aikana tulee välttää myös istumista, jolloin ääni kuuluu myös takana oleville paremmin. (Pirhonen, n.d.)

Luennolla on tarkoitus toimia vastavuoroisesti, eli dialogisesti, jolloin pelkääjän luennoitsija (tässä tapauksessa opinnäytetyöntekijät) eivät yksin ole äänessä, vaan myös kuulijoilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun.

Tällä tavoin jokainen pystyy jakamaan omaa tietoaan myös muille työyhteisön jäsenille, jolloin ammattitaitoa ja toimintatapoja voidaan jakaa. Näin paikalla olijoilla on mahdollisuus jakaa muillekin hiljaista tietoa, jota jokaisella ihmisellä on, jolloin toimintatapoja, käytäntöjä ja oppeja organisaatiossa voidaan laajentaa, kehittää ja monipuolistaa. Oppimiseen liittyy vuorovaikutus, sitoutuminen ja osallistuminen. Onnistunut dialogi vaatii sellaisen ympäristön, jossa jokaisella on tunne, että voi puhua kehittämistarpeista ja jokaisella on mahdollisuus saada äänensä kuuluviin. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil, 2012)

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toteutustapa oli toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kehittämismenetelmiä sekä perehtyä tuoreimpiin tutkimuksiin, joihin pohjautuen tuotetaan uusia toimintamalleja. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi tapahtuma, esite, video tai muu visuaalinen tuotos. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 59)

Tiedonhaku toteutettiin systemaattisesti valituilla hakusanoilla ja AND sanaa käyttäen. Ensin valittiin tietokannat, josta haku toteutettiin, jonka jälkeen hakusana kenttään kirjoitettiin valitut hakusanat. Saadut osumat kirjoitettiin muistiin ja tehtiin alkuvalinta otsikoiden perusteella. Alkuvalinnan jälkeen luettiin tiivistelmät, joiden perusteella valittiin aiheeseen parhaiten sopivat artikkelit, hoitosuosituksot tai tutkimukset. Tässä vaiheessa kirjattiin ylös, kuinka monta tutkimusta valittiin luettavaksi tiivistelmien perusteella. Tämän jälkeen luettiin valitut teokset ja merkittiin opinnäytetyön lähteeksi sopivien osumien määrä. Taulukossa 1 on koottuna hakusanat, tietokannat ja osumat sekä otsikoiden mukaan valitut tiivistelmät, joiden pohjalta lopulliset valinnat tehtiin. Lisäksi tiedonhaussa huomioitiin sellaiset tutkimukset, jotka löytyivät vapaamuotoisella haulla googlesta ja google scholarista.

Taulukko 1. Tiedonhaku

Hakukanta	Hakusanat	Osumat	Otsikot	Tiivistelmät	Valitut
Pubmed	prediabetes and lifestyle changes and adults	102	15	14	9
	Motivation and experiences and lifestyle changes and adults	18	5	4	0
	Patient encounter and experience	314	16	4	2
	"Preventing diabetes"	126	20	12	4
	Motivation and lifestyles	476	19	6	3
	prevention and type 2 diabetes and prediabetes and adults	377	31	14	3
Ovid/ JBI	prediabetes and lifestyle changes and adults	2	2	2	0
	Motivation and experiences and lifestyle changes and adults	4	2	1	0
	Patient encounter and experience	3	3	3	0
	"preventing diabetes"	3	3	1	0
	Motivation and lifestyles	8	3	0	0
	Prevention and type 2 diabetes	157	5	0	0
Medic	Diabetes and ennaltaehkäisy esidiabetes and elämäntapamuutos and aikuiset.	281	8	3	0
	Motivaatio and kokemukset or elintapamuutos	0	0	0	0
	Potilaskohtaaminen and kokemus or terveydenhuolto	5	0	0	0
	Motivaatio and elämäntapa	121	3	3	0
		13	6	3	1

Opinnäytetyön aiheista löytyi hyvin tietoa sekä painetuista että sähköisistä julkaisuista. Lisäksi tietoa löytyi luotettavista verkkosivustoista, kuten diabetesliitto ja Käypä hoito- suositus. Kansainvälisissä lähteissä esidiabetes oli yleisesti käytössä oleva termi, mutta kotimaisessa kirjallisuudessa vähän käytetty. Tietoa motivoinnista tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä löytyi niukasti. Motivoivan haastattelun toimivuutta ja sen hyötyjä oli tutkittu muiden asiakasryhmien kohdalla. Tiedonhaku laajennettiin motivoivan haastattelun kohdalla, jotta lähteeksi löytyisi varsinkin hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia. Tietoa haettiin Cinahl -tietokannasta ja mukaanotokriteeriä laajennettiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhaan tutkimusmateriaaliin. Luennon pitämisessä lähteenä opinnäytetyössä käytettiin Opasta täydennyskoulutuksen pitäjälle. Opas on tarkoitettu lääkäreiden täydennyskoulutuksen pitoon, mutta asiasisällöllisesti koulutuksen suunnittelu ja tapahtuma runko toimivat opinnäytetyön koulutus pohjana tietolähteenä hyvin. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanotto kriteerit	Poissulkukriteerit	Poikkeukset
Korkeintaan 5 vuotta vanhaa tutkimusmateriaalia.	Yli 5 vuotta vanhat tutkimusmateriaalit.	Harmaat lähteet, joissa tieto enintään 10 vuotta vanhaa.
Tutkimus/tieto saatavilla ilman erillistä tilaamista.	Tutkimus/tieto erikseen tilattava/ maksullinen.	Tiivistelmän perusteella syntynyt kiinnostus artikkeliin/ tutkimukseen, jolloin poikkeuksellisesti materiaali voidaan tilata erikseen.
Kulttuuri vastaa pohjoismaista kulttuuria.	Pohjaismaisesta kulttuurista poikkeava väestö.	
Ikä 18-75 vuotta.	018 ja yli 75 vuotiaat.	
Suomen, ruotsin ja englanninkieliset lähteet.	Muun, kuin suomen, ruotsin ja englanninkieliset lähteet.	
Satunnaisesti löytynyt lähdemateriaali alle 10 vuotta.	Satunnaisesti löytynyt lähdemateriaali yli 10 vuotta.	
Kirjallisuudessa usein saatavilla oleva painos.	Vanhemman painoksen käyttö kirjallisuudessa, jos mahdollista saada uudempi painos.	
Tutkimus kysymyksiin vastaavat tutkimukset	Tutkimukset, jotka eivät vastaa tutkimuskysymyksiin.	

9 KOULUTUS TERVEYDENHOITAJILLE

Koulutus pidettiin 5.11.2019 opinnäytetyön tilaajatahon terveyden edistämisen yksikössä ja koulutusmuodoksi valittiin luento. Koulutukseen kutsuttiin kuntayhtymän terveydenhoitajia. Kutsut lähetti terveydenhoitajien esimies. Koulutuksen pitopaikkana oli kuntayhtymän kokoustila. Koulutusta varten kuultiin terveydenhoitajien omia toiveita siitä, millaisia asioita he kokivat tärkeiksi ja hyödyllisiksi aihealueen tiimoilta. Tapaaminen terveydenhoitajien kanssa oli 2.9.2019 samassa tilassa, jossa koulutus myöhemmin pidettiin. Tällä tavalla koulutukselle luotiin tavoitteet ja sisältö vastavuoroisella tavalla. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle n.d.; Koskimies ym., 2012) Ennen koulutuksen pitämistä selvitettiin tilan toiminnallisuus, jossa koulutus pidettiin, jolloin harjoittelua voitiin suunnitella tilan toiminnallisuuden mukaan. (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.). Tämän jälkeen suunniteltiin lopullinen luento terveydenhoitajille, joka esitettiin sovittuna päivänä. Lisäksi vielä perjantaina 1.11.2019 käytiin tutustumassa kokoustilan laitteisiin ja varmistettiin, että diat ja videot toimivat luentoa varten.

Koulutuksen tavoitteena oli tiedon lisääminen siitä (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle n.d.), miten motivoida riskiryhmään kuuluvia aikuisia elämäntapamuutokseen, koska elämäntapamuutoksen on todettu olevan

tehokas keino tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä (Ilanne-Parikka ym., 2015, s. 25). Motivoivassa hoitotyössä haasteena on se, että vakavasti sairastuminen motivoi tehokkaasti elämäntapamuutokseen, mutta sairastumisen uhka ei vielä motivoi kuin muutamaa prosenttia riskiryhmään kuuluvista (Oksanen, 2014, s. 14). Näin ollen luennon tarkoitus oli motivoivan haastattelun menetelmän kertaaminen ja terveydenhoitajien työmotivaation lisääminen. Luennon kesto oli 1,5 tuntia, josta 15 minuuttia käytettiin palautteen keräämiseen ja keskusteluun. (Opas täydennyskoulutuksen pi-täjälle, n.d.)

Opinnäytetyössä on avattuna diabeteksen eri muotoja sekä niiden hoitoa, mutta koska koulutus oli suunnattu alan ammattilaisille, joilla on tietoa diabeteksestä, opinnäytetyöntekijät eivät kokeneet tarpeelliseksi käydä näitä asioita läpi koulutuksessa. Esitykseen tuotiin uutta näkökulmaa kertomalla esimerkiksi tutkimustietoa siitä, kuinka asiakkaat ovat kokeneet tulleeensa kohdatuksi ja mitkä asiat ovat olleet motivoivassa haastattelussa onnistuneita ja epäonnistuneita (Skär & Söderberg, 2012). Tällä tavoin koulutuksessa huomioitiin kohderyhmä, jolle koulutus pidettiin (Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle, n.d.)

9.1 Koulutuksen luennon runko

Koulutus rakennettiin kulkemaan sen mukaan, missä järjestyksessä tapaa-miskerralla asiakkaan kanssa tulisi edetä (liite 3). Luento keskittyi vain motivoivan haastattelun menetelmiin ja muu vastaanotto työskentely jätettiin huomioimatta, koska työjärjestys on jokaisella hoitajalla omakohtainen ja vastaanoton kulku on asiakaskohtainen. Koulutukseen oli upotettu erilaisia harjoitteita tai esityksiä, joilla kuulijoille havainnollistettiin asiakaskohtaa-misia. Esitys pohjautui teoriaan, jota opinnäytetyössä on käytetty ja suunnitelman teoriatieto löytyy opinnäytetyöstä auki kirjoitettuna. (Oksanen, 2014, s. 274)

Luento aloitettiin esittäytymällä ja esittelemällä luennon runko, joka mukaili motivoivan haastattelun neljää lomittain kulkevaa osiota, jotka ovat engaging (kosiskelu), focusing (keskittäminen), evoking (havahtuminen) ja planning (suunnittelu) (Clifford & Curtis, 2016, s. 41). Englanninkielisille sanoille ei ollut suoraa käännöstä suomeksi, jonka vuoksi osioiden nimet käännettiin mukaillen osioiden sisältöä ja tarkoitusta. Suunnitelmasta poiketen luento jatkettiin yleisellä pohdinnalla aiheesta motivaatio ja moti-vointi. Tarkoituksena oli aikaansaada keskustelua siitä, millaisia ajatuksia motivaatio ja moti-vointi tuovat terveydenhoitajille mieleen, koska tällä tavoin kuulijoilla oli mahdollisuus jakaa omaa tietoaan keskenään (Koskimies ym., 2012). Luento eteni suunnitelman mukaisesti siitä, kuinka hoitajan tulee valmistautua asiakkaan kohtaamiseen jo ennen asiakkaan saapumista vastaanotolle. Tässä vaiheessa hoitajan tulee rauhoittua, jotta kiire ei välity asiakkaalle ja hoitajan on mahdollista antaa aidosti aikaa asiakkaalle. Hoi-tajan tulee myös välttää ennakkoluuloilta asiakasta kohtaan, koska

tarkoitus on tutustua asiakkaaseen ihmisenä, eikä omat ennakkoluulot saa olla esteenä asiakkaan aidolle kohtaamiselle. (Oksanen, 2014, s. 56)

Seuraavat diat luennossa käsittelivät kohtaamisen ensimmäisten minuuttien vaikutusta yhteistyösuhteen luomisessa ja millainen merkitys niillä on motivoitumisen ja asiakkaan innostamisen näkökulmasta. Antamalla asiakkaalle mahdollisuuden kertoa ajatuksistaan vapaasti saa hoitaja asiakkaasta tärkeää tietoa ja asiakas mahdollisuuden tottua tilanteeseen ja hoitajan tapaan työskennellä. Vapaamuotoisen keskustelun avulla hoitaja osoittaa inhimillisyyttä ja asiakkaan luottamus hoitajaan lisääntyy. Tässä vaiheessa tilaisuutta terveydenhoitajille esiteltiin neljän minuutin sääntö. (Oksanen, 2014, ss. 13–14, 37, 45, 79, 92–96, 137, 139)

Suunnitelman mukaan tässä vaiheessa oli tarkoitus näyttää opinnäyte-työntekijöiden kuvaama video. Ennen ensimmäisen videon näyttämistä esiteltiin focusing- dia, jotta terveydenhoitajien olisi helpompi erottaa videolle kuvatusta tilanteesta hoitajalähtöinen ja asiakaslähtöinen kohtaminen (Clifford & Curtis, 2016, s. 52). Aluksi tarkoituksena oli näyttää yksi video (liite 6), jossa näkyy kaksi erilaista asiakaskohtaamista. Lopulta päädyttiin kuitenkin kahteen eri videoon, koska se tuki luennon runkoa ja sisältöä. Tässä vaiheessa videosta ei keskusteltu kuulijoiden kanssa, vaan heitä pyydettiin tekemään muistiinpanoja, jotta videon sisällöstä voitiin keskustella myöhemmin luennon aikana. Videon jälkeisessä diassa perusteltiin sitä, millainen merkitys on sisäisellä motivaatiolla ja kiireettömyydellä asiakkaan motivoimisessa elämäntapamuutokseen. (Brobeck ym., 2014)

Seuraavassa diassa oli muutosvaihemalli, jonka avulla muistutettiin, että muutos on aina kriisi ja millaisia vaiheita ja rooleja eri vaiheisiin kuuluu. Kriisi saattaa aiheuttaa vakaviakin oireita asiakkaalle, jolloin hoitajan tulee tietää, mihin oma osaaminen riittää. Voi olla myös tarpeellista ohjata asiakas sellaisen hoidon piiriin, jossa hän saa apua kriisinsä käsittelyyn, kuten psykiatriselle sairaanhoitajalle. Hoitajan tulee myös huomioda asiakkaan elämäntilanne ja millaisesta tuesta ja avusta hän mahdollisesti hyötyy. (Oksanen, 2014, s. 40–41) Suunnitelman mukaan muutosvaihemalli olisi esitetty myöhemmin ja toteutus tapa olisi ollut tehtävänomainen, mutta luennon rajallisen ajan ja muun sisällön vuoksi tehtävää ei toteutettu.

Seuraava vaihe esityksessä oli evoking eli kuinka asiakasta voidaan vahvistaa ja saada hänet uskomaan itseensä (Clifford & Curtis, 2016, s. 58). Tässä vaiheessa motivoivaa haastattelua on tarkoitus selvittää millaiset asiat ovat asiakkaalle tärkeitä ja millaiset mahdollisuudet hänellä on saavuttamaan ne. Samalla hoitaja voi kartoittaa syitä, joita asiakkaalla on muutoksen esteenä ja hoitaja ja asiakas voivat yhdessä pohtia millaisilla teoilla ja muutoksilla on mahdollista päästä toivottuun lopputulokseen. Esteiden tunnistamiseksi ja voimavarojen kartoittamiseksi kerrottiin muutospuheen tunnistamisesta ja hyödyntämisestä motivoivan haastattelun keinoin ja 10-portaisesta asteikosta. Seuraavaksi esitettiin toinen kuvattu video, jonka

avulla havainnollistettiin tähän asti käsiteltyjen diojen asioita. Videon esittämisen jälkeen oli mahdollisuus keskustella molemmista videoista. Keskustelun jälkeen jatkettiin asiakkaan pystyvyyden vahvistamisella ja tässä vaiheessa esiteltiin terveydenhoitajille aarrekartta- menetelmä, jota käyttäen asiakas asettaa itselleen uusia tavoitteita unelmoinnin avulla. Suunnitelmasta poiketen opinnäytetyöntekijät eivät näytelleet tilannetta, jossa asiakas ja hoitaja ovat vastaanotolla käymässä läpi asiakkaan tekemää aarrekarttaa, jolloin aarrekartta työmenetelmänä on helppo hahmottaa. Näytelmän sijaan käytössä olleen ajan vuoksi aarrekartta-menetelmä esitettiin valmiina kuvana. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, s. 8, 19, 22–23, 26–28, 30–31, 69, 75–76; Harju, 1999)

Evoking-vaiheen tarkoitus on selvittää kokonaiskuva asiakkaan arjesta, arvoista, elämäntavoista ja unelmista. Tehty aarrekartta auttaa hahmottamaan niitä asioita, jotka ovat asiakkaalle tärkeitä. Asiakasta motivoitumisessa ja muutoksen teossa auttaa, kun hän toimii omien arvojensa mukaan ja niitä kohden. Asiakkaan kanssa on hyvä selvittää, mitkä asiat hän kokee tärkeimmiksi muutostavoitteiksi, jolloin muutos voi alkaa niistä. Liian suuria muutostavoitteita ei ole hyvä asettaa. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 14–15, 43–45)

Aarrekartan jälkeen esityksessä käytiin läpi terveystyötytymisanalyysi, joka helpottaa selvittämään asiakkaan ongelmia. Terveystyötytymisanalyysin avulla saadaan näkyväksi asiat, jotka ovat mahdollisesti yhteydessä toisiinsa ja, joille voidaan tehdä jotain sekä asiat, joille asiakas ei voi mitään. Esitelty malli terveystyötytymisanalyysistä (liite 2) mukaili Kangasniemen ja Kauravaaran alkuperäistä terveystyötytymisanalyysia. Mallin avulla havainnollistettiin terveystyötytymisanalyysin käyttämisestä. Analyysissa oli otettu mukaan kuvitteellisia ongelmia, jotka muodostuvat erilaisista tyyppin 2 diabeteksen oireista tai riskitekijöistä. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, ss. 38–39)

Kaksi seuraavaa diaa käsittelevät asiakkaan muutosaiheen muodostumista ja sitä, millaiseen toimintaan hän on valmis, jotta muutos on mahdollista saavuttaa. Muutokselle hoitaja ja asiakas yhdessä miettivät relevantin tavoitteen ja kun tavoite on mietittynä, asiakas ja hoitaja yhdessä pohtivat, millaiselle aikavälille tavoitteet on hyvä asettaa. Tarkoitus on, että alussa on pieniä tavoitteita, joita asiakkaan on mahdollista saavuttaa nopeasti, jotta motivaatio elämäntapamuutokseen säilyy. Tässä vaiheessa muistutettiin vielä 10 – portaisesta mitta-asteikosta, jota voi käyttää apuna arvioimaan, mikä arvoasteikko kuvaa juuri sillä hetkellä asiakkaan valmiutta muutokseen. Annetun arvon perusteella asiakkaan kanssa voidaan pohtia, millaisia mahdollisia esteitä on syynä hänen antamalleen numerolle asteikolla ja hoitajalle avautuu mahdollisuus pelkojen hälventämiseen. (Hämäläinen ym., 2017, s. 185; Kangasniemi & Kauravaara 2016, ss. 75–76; Clifford & Curtis, 2016, s. 68) Viimeiseksi esiteltiin opinnäytetyöntekijöiden ideoima muistisääntö motivoivasta kohtaamisesta, jonka teoria pohjautuu laajasti eri lähteisiin, joita on käytetty opinnäytetyön toteuttamisessa.

9.2 Palaute

Luennon jälkeen jätettiin aikaa keskustelulle ja palautteen keräämiselle, koska kerätyn palautteen avulla voitiin todentaa opinnäytetyön hyödyllisyys, ajankohtaisuus ja tarpeellisuus. Palautteet kerättiin nimettöminä, eikä niitä käsitelleet muut, kuin opinnäytetyöntekijät opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden turvaamiseksi. Palaute kerättiin paperisena. Palautelaput annettiin terveydenhoitajille ennen esityksen alkua, jotta he saivat mahdollisuuden kirjata mieleen tulevia asioita jo esityksen aikana. Palautteen keräämiseen valikoitui neliportainen Likert-asteikko, jolla mitattiin vastaajien käsityksiä kysyttävästä asiasta. Neliportaiseen likert-asteikkoon päädyttiin kuulijoiden vähyden vuoksi, jolloin poissuljettiin mahdollisuus antaa neutraali vastaus. (KvantiMOTV, 2018)

Palautelomakkeessa (liite 4) kysyttiin, kuinka kauan vastaaja on työskennellyt alalla. Vastaajista suurin osa oli työskennellyt alalla 10 vuotta tai yli. Palautteesta ilmeni, että luennon tavoite oli selkeä ja opinnäytetyöntekijät hallitsivat tilaisuuden sisällön hyvin. Tilaisuuden kestoa ja käytännön puitteita pidettiin sopivina. Terveydenhoitajat kokivat saaneensa tilaisuudesta uutta näkökulmaa ja ymmärrystä asiakkaan kohtaamiseen. Tilaisuus pidettiin hyödyllisenä ja aihe suurimmaksi osaksi ajankohtaisena sekä kertaamisen arvoisena. Eniten hajontaa oli terveydenhoitajien vastauksissa siitä, kuinka antoisaa ajatustenvaihto oli muiden osallistujien kanssa.

Terveydenhoitajien oli mahdollista kertoa omin sanoin mitä hyötyä heille tilaisuudesta oli ja miten he kehittäisivät tilaisuutta. Hyödyiksi kerrottiin kertaus, ajankohtaisuus ja uuden innon saaminen motivoimiseen. Tilaisuuden kehityksen kohteeksi mainittiin videoiden äänentoisto. Kouluarvosanaksi muodostui 9 asteikolla 4–10.

10 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyyttä ohjasi tekijöiden aito kiinnostus hakemaansa tietoa kohtaan sekä tunnollisuus perehtyä luotettavaan materiaaliin. Perehtyminen aineistoon laaja-alaisesti ja näyttöön perustuvan tiedon käyttäminen turvasi opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden. Opinnäytetyö tehtiin rehellisesti ilman plagiointia. Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmää, joka ei tuottanut vahinkoa mukana oleville tahoille ja se oli ihmisarvoa kunnioittavaa. Tieto, jota opinnäytetyössä käytettiin, oli eettisten vaatimusten mukaista ja vastuu tutkimusmateriaalin käyttämisestä oli opinnäytetyöntekijöillä. Lähdemateriaalia käytettiin avoimesti, jotta se tuki ja edisti kehittämistyötä. Opinnäytetyöntekijät olivat arvostavia ja kollegiaalisia toisiaan ja yhteistyökumppaneita kohtaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkuinen, 2013, ss. 211–212)

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla, jonka jälkeen suunnitelma toimitettiin tilaajalla. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen opinnäytetyöstä tehtiin kolmikantasopimus kaikkien osapuolien kanssa, opettaja, tilaaja ja opinnäytetyöntekijät. (Tenk, 2012, s. 6)

Opinnäytetyötä teki kaksi ihmistä, jolloin asioita tuli katsottua kahdesta näkökulmasta ja tiedon käsittely pysyi luotettavana. Opinnäytetyön tekemisessä noudatettiin tieteellisen tutkimuksen periaatteita, joita ovat kunnioitus, avoimuus ja vastuullisuus. Opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä ei ole sepitetty, vääristelty tai plagioitu eikä toisten henkilöiden tutkimustuloksia tai -aineistoja ole anastettu opinnäytetyöntekijöiden omiin nimiin. Tässä opinnäytetyössä ei ollut aiheellista anoa erikseen tutkimuslupia. (Tenk, 2012, ss. 6–9)

Videomateriaalissa, joka oli kuvattu luentoa varten, esiintyi henkilö, joka ei ollut kumpikaan opinnäytetyöntekijöistä. Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden turvaamiseksi opinnäytetyön ulkopuoliselta henkilöltä saatiin kirjallinen suostumus videon näyttämiseen koulutuksessa sekä mahdollisissa muissa tilaisuuksissa. Luennossa käytetyt diat lähetettiin myöhemmin yksikön esimiehelle PDF- muodossa. Dioista poistettiin videot.

Luentotilaisuudessa otettiin huomioon kuulijoiden toiveet siitä, ettei luento sisältäisi harjoitteita. Luentotilaisuutta ei myöskään videoitu tai äänitetty, koska muussa tapauksessa olisi ollut mahdollista, että kuulijat eivät olisi osallistuneet keskusteluun avoimesti ja heidät olisi mahdollista tunnistaa.

Palaute kerättiin nimettömänä, jolloin jokaisen palautteen antajan oli mahdollista antaa palautetta rehellisesti ja avoimesti. Palautetta käsitelti opinnäytetyöntekijät. Palaute käsiteltiin tavalla, josta vastaaja tai muut osallistujat eivät kykene tunnistamaan itseään tai toisiaan. Käsittelyn jälkeen palautelomakkeet hävitettiin tietosuojalain edellyttämällä tavalla.

11 POHDINTA

Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy osoittautui opinnäytetyön aiheena kiinnostavaksi ja aiheelliseksi, koska tyypin 2 diabetesta sairastaa suuri osa suomalaisista ja sairastaneisuus on nousussa niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa (Diabetesliitto, 2018). Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy valikoitui opinnäytetyön aiheeksi terveyden edistämisen kurssin jälkeen. Kiinnostavaa aiheessa on, miksi tyypin 2 diabeetikoiden määrä on kasvussa, vaikka sairaus on ennaltaehkäistävissä pienillä elämäntapamuutoksilla. Sairaanhoidtaja tulee kohtaamaan paljon ihmisiä, jotka joko sairastavat diabetesta tai kuuluvat riskiryhmään tai mahdollisesti ovat esidiabetesvaiheessa. On tärkeää oppia aiheesta lisää ja tuottaa tietoa tilaavalle

taholle, jotta hoitajat osaisivat kohdata asiakkaat ja potilaat motivoivalla tavalla.

Opinnäytetyön toteutusmuoto haki muotoaan hetken ja muokkaantui keskittymään motivoivan haastattelun menetelmiin ja asiakkaan kohtaamiseen tilaajan toiveesta ja tarpeesta. Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää monien asiakasryhmien kanssa ja varsinkin terveydenhoitajat työskentelevät päivittäin asiakkaiden kanssa harjoittaen erilaisia ohjausmenetelmiä. Motivoiva haastattelu on jalkautumassa myös enenevässä määrin sairaanhoitajan työnkuvaksi terveyden edistämisen näkökulmasta, jonka vuoksi motivoivaan haastatteluun ja asiakkaan kohtaamiseen perehtyminen oli opettavaista ja hyödyllistä ajatellen tulevaa ammattia.

Opinnäytetyön tarpeellisuutta tukee tutkimukset hoitajien taidoista käyttää motivoivan haastattelun menetelmää. Ruotsissa sekä Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan hoitajat arvioivat taitonsa paremmiksi kuin ne todellisuudessa ovat. Tutkimuksissa tulee ilmi, että esimerkiksi avoimia kysymyksiä käytetään paljon vähemmän kuin hoitajat itse arvioivat. (Johansson & Skarp, 2013; Östlund, 2015)

Tiedonhaun toteutus systemaattisesti ei tuottanut kovin hyvää tulosta, johtuen osittain tiedonhaun taidosta, jonka vuoksi osa tiedonhausta suoritettiin vapaamuotoisella haulla saaden tuloksia. Motivoivaa haastattelua ja sen käyttöä oli tutkittu paljon mielenterveys- ja päihde hoitotyön puolella ja elämäntapamuutoksen yhteydessä. Tietoa siitä kuinka motivoida henkilöä, jolla on tyypin 2 diabeteksen ensiaste havaittavissa, löytyi vähän. Tiedonhaun kannalta päädyttiin käyttämään lähteitä, joita voi hyödyntää tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja joissa kohderyhmänä oli jokin sellainen ryhmä, joka on riskiryhmä sairastua tyypin 2 diabetekseen.

Pohdintaa herätti, onko toiminnallinen osuus luento vai koulutus, jossa päädyttiin koulutukseen, jonka menetelmänä oli luento. Koulutuksen järjestämiseen ja pitämiseen haluttiin perehtyä oman oppimisen kannalta ja luennon ja koulutuksen järjestämisessä tulee huomioida samanlaisia asioita. Oppimiskokemuksena huomattiin, kuinka paljon erilaisia asioita tulee ottaa huomioon, kun suunnitellaan luentoja tai koulutusta. Koska opinnäytetyön aihe oli laaja, luennon sisältö rajattiin asiakkaan kohtaamiseen ja pääpiirteisiin, jotka tulee ottaa huomioon asiakaskohtaamisessa sekä motivoivan haastattelun menetelmään.

Videoiden kohdalla pohdittiin eettistä näkökulmaa siltä kannalta, tarvitaanko erillistä suostumusta videolla esiintyvältä henkilöltä. Videoiden näytöstä sovittiin kirjallisesti kaikkien osapuolien kanssa ja videot eivät jää myöhempää näyttöä varten tilaajalle. Video kuvattiin puhelimella, jonka vuoksi kuvalaatu oli ajoittain sumea. Videon kuvaaminen asianmukaisella laitteella ja huolellisempi suunnittelu olisi mahdollistanut paremman lopputuloksen. Tilaisuudessa kuulijat huomauttivat videon äänenlaadusta,

joka olisi tullut ottaa huomioon suunnitteluvaiheessa. Luennon diat (liite 3) onnistuivat hyvin ja ne olivat selkeitä.

Opinnäytetyöntekijät pohtivat harjoitteiden sisällyttämistä luentoan, jotta terveydenhoitajat olisivat voineet turvallisessa ilmapiirissä harjoitella menetelmää ja keskustella motivoivan haastattelun menetelmästä avoimesti saaden tukea ja mahdollisuuden reflektoinnille. (Johansson & Skarp, 2013; Östlund, 2015) Tästä kuitenkin luovuttiin terveydenhoitajien toiveesta ja ajan rajallisuuden vuoksi, mutta luennolla kuitenkin tuotiin esille, että asiakas kohtaamisia kannattaa asiakkaan luvalla nauhoittaa, jotta voi havainnoida omia työskentelytapoja (Hörnsten ym., 2014).

Luento onnistui hyvin. Esiintyminen kokeneille terveydenhoidon ammattilaisille vaati rohkeutta ja loi suorituspainetta siitä, onko luennon sisältö riittävän hyvä ja antoisa. Ajatus siitä, mitkä asiat ovat kohderyhmälle päivänselviä asioita ja millaisista tiedoista he hyötyvät, nousi keskustelun aiheeksi usein. Päädyttiin luennon sisällössä kuitenkin siihen, että jos ajatellaan kaiken olevan tuttua kuulijoille, ei luennon sisällöksi jää mitään. Luennon tavoite saavutettiin. Onnistuimme tuomaan terveydenhoitajille uusia näkökulmia motivoimiseen sekä esittelemään uusia työmenetelmiä. Luennon jälkeen terveydenhoitajien esimiehen kanssa sovittiin uusi kerta luennolle, johon osallistuu muita kuntayhtymän terveydenhoitajia.

Omaa oppimistamme todentaa itse tehdyt tuotokset, joita ovat muutosvaihemalli ja muistisääntö (liite 2) motivoivaan kohtaamiseen. Terveyskäyttäytymisanalyysi (liite 1) on myös mukaillen tehty todentaen kakkostyyppin diabeteksen riskissä olevan henkilön riskitekijöitä. Tuotokset osoittavat, että olemme hyvin sisäistäneet opinnäytetyön aiheen ja olemme aidosti kiinnostuneita asiasta. Myös videoiden käsikirjoitus ja toteutus onnistuivat hyvin todentaen opinnäytetyön aiheen sisäistämistä.

Terveydenhoitajien motivoivan haastattelun taitoja on jonkin verran Suomessa ja muualla maailmassa tutkittu. Asiakkaiden ja potilaiden kokemuksia motivoivan haastattelun menetelmästä ja asiakas kohtaamisesta on vähän tutkimustietoa. Tämän vuoksi terveydenhuollon asiakkaiden kokemuksia siitä, kuinka heidät otetaan vastaan ja millaisia asioita he arvostavat hoitajan toiminnassa tulisi tutkia enemmän. Koska tutkimuksissa on tullut ilmi, että hoitajat arvioivat taitonsa motivoivassa haastattelussa todellisuutta paremmiksi ja toisaalta taidot ovat myös todettu puutteellisiksi ehdotamme, että tulevaisuudessa motivoivan haastattelun tutkimusten tulisi pohjautua asiakaskäynneistä tehtyihin äänitteisiin. Toiseksi ehdotamme rinnakkaistutkimusten tekemistä samalta vastaanotolta, jonka tarkoituksena on haastatella sekä hoitajia että asiakkaita. (Hörnsten ym., 2014; Östlund, 2015; Taipale, 2017; Campbell ym., 2018; Brobeck ym., 2014)

Asiakas tietää ja on luultavammin jo aiemmilla vastaanottokäynneillä kuulut asioita, joita hänen tulisi tehdä tai muuttaa elämässään. Asiakkaiden

näkökulmasta sellaisen asian läpikäynti, jonka he jo tietävät on turhauttavaa, sillä he haluavat tietää jotain uutta. (Halladay ym., 2015) Asiakkaan kuuntelu on tärkeää ja vahvistusta saatiin siitä, että avoimia kysymyksiä kannattaa käyttää.

Mielestämme esidiabetes termiä olisi hyvä käyttää systemaattisesti ja kriteereiden tulisi olla yhtenäiset kansainvälisesti. Tämän hetken tiedon mukaan esidiabetes määritellään eri arvojen perusteella eivätkä WHO ja NICE ole ottaneet termiä lainkaan käyttöön (Kerrison ym., 2017). Elämäntapamuutokseen motivoitumiseen ei useinkaan riitä pelkkä uhka sairastumisesta, vaan muutoksen tekoon herätään siinä vaiheessa, kun on sairastunut (Oksanen, 2014, s. 14). Mielestämme esidiabetes sanana ja diagnoosina saattaisi herättää ihmisen pohtimaan valintojaan, joiden avulla on mahdollista ennaltaehkäistä tai ainakin hidastaa tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista.

Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että aikuisuuden terveysongelmat, jotka johtavat tyyppin 2 diabetekseen juontavat jo lapsuuteen. Lapsuudessa opitut elämäntavat seuraavat aikuisuuteen ja opittujen tapojen muuttaminen on vaikeaa ja aikaa vievää. Toisaalta mitä aikaisemmin elämäntapainterventiot aloitetaan sitä yksilöllisempiä ja monimuotoisempia interventiot voivat olla. Aikuisille suunnatuilla elämäntapamuutoksilla on positiivinen vaikutus myös ylipainoisiin lapsiin mikä on hyvä asia, koska joka neljäs suomalainen lapsi ja nuori oli ylipainoinen vuonna 2018. Johtopäätöksenä toteamme, että elämäntapainterventioihin kannattaa sisällyttää asiakkaan lähipiiri mukaan, koska siten asiakas saa muutokselleen sosiaalisen tuen ja elämäntapamuutos parantaa myös ylipainoisten lasten tulevaisuuden näkymiä terveyden edistämisen näkökulmasta. (Vrt. Campbell ym., 2018; Chasan-Taber, 2015; Tuomilehto & Schwarz, 2016; Venkataramani ym., 2019; THL, 2019c)

LÄHTEET

Absetz, P. (2010). Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen. *Terveydenhoitaja - Hälsövarlden*. 1/2010, ss. 8–12.

Absetz, P. & Hankonen, N. (2011). Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Duodecim. Haettu 2.12.2019 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99873.pdf>

Airaksinen, R. (2016). Aikuisasiakkaan terveysvalintojen ohjaaminen avohoidossa. Pro- gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 1.12.2019 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20161186/urn_nbn_fi_uef-20161186.pdf

Barnes, R. D & Ivezaj, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491487/>

Brannic, B. & Dagogo-Jack, S. (2018). Prediabetes and Cardiovascular Disease: Pathophysiology and Interventions for Prevention and Risk Reduction. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 3/2018, ss. 33–50. Haettu 18.9.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806140/>

Brobeck, E., Bergh, H., Odenkrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10/2011. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>

Brobeck, E., Bergh, H., Odenkrants, S. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 5/2014. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4045965/>

Campbell, F., Lawton, J., Rankin, D., Clowes, M., Coates, E., Heller, S., De Zoysa, N., Elliot, J. & Breckenridge, J. P. (2018). Follow-Up Support for Effective type 1 Diabetes self-management (The FUSED Model): A self-management skills after attending a structures education programme. *BMC Health Services Research*, 11/2018. Haettu 24.9.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6258400/>

Chasan-Taber, L. (2015). Lifestyle interventions to reduce risk of diabetes among women with prior gestational diabetes mellitus. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 1/2015, ss. 110–122. Haettu

11.12.2019 osoitteesta <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414001618?via%3Dihub>

Clifford, D. & Curtis, L. (2015). *Motivational interviewing in Nutrition and Fitness*. New York: Guilford Publications. Haettu 10.10.2019 osoitteesta <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.hamk.fi/lib/hamk-ebooks/detail.action?docID=4000681>

Diabetesliitto. (2009). Miksi verensokeri heittelee. Haettu 5.8.2019 osoitteesta https://www.diabetes.fi/files/115/Miksi_verensokeri_heittelee.pdf

Diabetesliitto. (2017). Liikunta tekee hyvää diabeetikolle. Haettu 1.8.2019 osoitteesta <https://www.diabetes.fi/terveydeksi/liikunta#Liikuntajatyypin2diabetes>

Diabetesliitto. (2018). Diabetes lukuina. Haettu 2.7.2019 osoitteesta https://www.diabetes.fi/files/9736/Diabetes_lukuina_2018_1_kustannustutkimus_A4.pdf

Diabetesliitto. (2019). Tilastotietoa diabeteksestä. Haettu 18.12.2019 osoitteesta https://www.diabetes.fi/diabetes/yleista_diabeteksesta/tilastotietoa#Diabeetikoidenmr

Douglas, TC. L., Cahill, K., Qin, Y. & Tang J-L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. Haettu 2.12.2019 osoitteesta <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub2/full>

Ekong, G. & Kavookjian, J. (2015). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 5/2016, ss. 944–952. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399115301373?via%3Dihub>

Farber, N. (2012). Throw Away Your Vision Board. *Psychology Today*. Haettu 12.11.2019 osoitteesta <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-blame-game/201205/throw-away-your-vision-board-0>

Feldman, D.B. (2017). Why Daydreaming Is Good for Us. *Psychology Today*. Haettu 11.11.2019 osoitteesta <https://www.psychologytoday.com/us/blog/supersurvivors/201712/why-daydreaming-is-good-us>

Glechner, A., Keuchel, L., Affengruber, L., Titscher, V., Sommer, I., Matyas, N., Wagner, G., Kien, C., Klerings, I. & Gartlehner, G. (2018). Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes: A systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes* 12/2018, ss. 393–408. Haettu 18.9.2018

osoitteesta [https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918\(18\)30196-7/pdf](https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918(18)30196-7/pdf)

Halladay, J. R., Maihan, V., Ripley-Moffitt, C., Gupta, S. K., O'Meara, C. & Goldstein O. A. (2015). Patient Perspectives on Tobacco Use Treatment in Primary Care. *Preventing chronic diseases*, 12/2015. Haettu 10.11.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318687/>

Harju, K. (1999). *Valmiina muutokseen. Aarrekartan avulla kohti uutta*. Juva: WSOY Kirjapainoyksikkö.

Huttunen, J. (2018a). Duodecim terveyskirjasto. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Haettu 1.8.2010 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934

Huttunen, M. (2018b). Unettomuus. *Duodecim*. Haettu 2.8.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=unettomuus

Huutoniemi, A. (2017). Aikuisen unihäiriöt. Sairaanhoidajan käsikirja. Haettu 2.8.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=aikuisen%20unih%C3%A4iri%C3%B6t

Hällfors, S. (2018). Lääkkeetön hoito tehoaa pitkäaikaiseen uneen. *Diabetes ja lääkäri*, 04/2018. Haettu 2.8.2019 osoitteesta https://is-suu.com/diabetesjalaakarilehti/docs/diab_ja_laak_2_2018

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K. (2014). Strategies in health-promoting dialogues: primary healthcare nurses' perspectives: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2/2014. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23594185>

Ilanne-Parikka, P. (2018). Duodecimin terveyskirjasto. Diabetes ("sokeritauti"). Haettu 10.8.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (2015). *Diabetes*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Johansson, A. & Skarp, J. (2013). Motivation till livsstilsförändringar för patienter med diabetes type 2-Distriktsköterskans erfarenheter. Examensarbete. Specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktsköterska. Högskolan i Borås. Haettu 2.11.2019 osoitteesta <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1309568/FULLTEXT01.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kangasniemi A. & Kauravaara, K. (2016). *Kohti muutosta – Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämässä*. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia ry. Vantaa: Digipaino Kirjaksi.net.

Kerrison, G., Gillis, R. B., Jiwani, S. I., Alzahrani, Q., Kok, S., Harding, S. E., Shaw, I. & Adams, G. G. (2017). The Effectives of Lifestyles Adaptation for the Prevention of Prediabetes in Adults: A Systematic Review. *Journal of Diabetes Research*. Haettu 17.12.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439262/>

Kim, C-W., Chang, Y., Sung, E. & Ryu, S. (2017). Sleep duration and progression to diabetes in people with prediabetes defined by HbA_{1c} concentration. *Diabetic Medicine*, 11/2019. Haettu 18.9.2019 osoitteesta <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dme.13432>

Kivistö, H., Novoradovskaya, E., Chasandra, M. & Sjögren, T. (2017). Motivoivan haastattelun vaikuttavuus ylipainoisten fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. *Fysioterapia*, 01/2017, ss. 31–34.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. (2014). Haettu 31.7.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#readmore>

Koskimies, m., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T. E. (2012). Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Haettu 22.8.2019 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90856/URN_ISBN_978-952-245-638-0.pdf?sequence=1

Kyngäs, H. & Hentinen, M. (2009). *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Porvoo: WSOY oppimateriaalit.

KvantiMOTV. (2018). Kyselylomakkeen laatiminen. Haettu 20.10.2019 osoitteesta <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laattaminen.html>

Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. (2013). Haettu 6.8.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi24010#s5>

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 2/2010, ss.137–160. Haettu 8.12.2019 osoitteesta <http://people.oregon-state.edu/~flayb/MY%20COURSES/H676%20Meta-Analysis%20Fall2016/Examples%20of%20SRs%20&%20MAs%20of%20interventions/Lundahl%20etal10%20MA%20Motivational%20interviewing.pdf>

Mattila, A. S. (2018a). Duodecim terveyskirjasto. Stressi. Haettu 5.8.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976

Mattila, A-M. (2018b). *Stressin vaikutus hormonitoimintaan ja syömiskäyttäytymiseen*. Kandidaatin tutkielma. Lääketieteenlaitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 5.8.2019 osoitteesta <http://www.uef.fi/documents/250436/2016572/Mattila+Anne-Mari.pdf/9afb2723-c0aa-4d26-9444-6ae93a9ae943>

Middelkamp, J. (2018). *Motivointi ja käyttäytymisen muutos*. Fitra Oy.

Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus. (2014). Haettu 5.8.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>

Mustajoki, P. (2019a). Duodecim terveyskirjasto. Esidiabetes. Haettu 5.7.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01134

Mustajoki, P. (2019b). Lihavuus. *Duodecim*. Haettu 6.8.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042

Mäkelä, P. (2019). Alkoholi ja terveys. Duodecim. Haettu 2.8.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120

Mäki, P., Harald, K., Lindström, J. & Laatikainen, T. (2019). Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastuvuus. Tutkimuksesta tiiviisti, 14/2019. Haettu 31.7.2019 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138109/URN_ISBN_978-952-343-336-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nyberg, P. & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experiences of a nurseled lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 7/2015. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://portal.research.lu.se/portal/files/3782968/8838734.pdf>

Oksanen, J. (2014). *Motivointi työvälineenä*. Juva: Bookwell Oy.

Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. (n.d.). Haettu 5.12.2019 osoitteesta <http://www.oamk.fi/amok/oppi-mat/LO/Opetusmenetelmät/html/luento.html>

Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle. (n.d.). Haettu 22.8.2019 osoitteesta https://www.promedico.fi/media/materiaalit/oppaat/taydennyskoulutusopas_2014.pdf

Patja, K. (2016). Duodecim terveyskirjasto. Tupakka ja sairaudet. Haettu 1.8.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066

Pirhonen, J. (n.d.). Käytännön vihjeitä powerpoint-esityksen laatimiseen ja esittämiseen. Haettu 22.8.2019 osoitteesta <http://users.jyu.fi/~jpirhon/POWERPOINTvihjeet.html>

Rariden, C. (2019). Prediabetes: A wake-up call. *Nursing*, 05/2019, vol. 49, ss. 38–44. Haettu 18.9.2019 osoitteesta https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2019/04000/Prediabetes_A_wake_up_call.11.aspx

Rodriguez-Cristobal, J. J., Alonso-Villaverde, C., Panisello, J. M., Travé-Mercade, P., Rodriguez-Cortés, F., Marsal, J.R. & Peña, E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Family Practice*, 5/2017. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477747/>

Seppä, K. (2015). Juomisen riskirajat. Haettu 2.8.2019 osoitteesta <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>

Skär, L. & Söderberg, S. (2012). Complaints with encounters in healthcare – men´s experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26/2012, ss. 279–286. Haettu 21.10.2019 osoitteesta <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=55df31d2-7139-4ad0-a176-adfa941fce9f%40sdc-v-sessmgr02>

Slentz, C. A., Bateman, L. A., Willis, L. H., Granville, E. O., Piner, L. W., Samsa, G. P., Setji, T. L., Muehlbauer, M. J., Huffman, K. M., Bales C. W. & Kraus, W. E. (2017). Effects of exercise training alone vs a combined exercise and nutritional lifestyle on glucose homeostasis in prediabetic individuals: a randomized controlled trial. *Diabetologia* 10/2016, ss. 2088–2098. Haettu 18.9.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026926/>

Stevens, J. W., Khunti, K., Harvey, R., Johnson, M., Preston L., Woods, H. B., Davies, M. & Goyder. (2015). Preventing the progression to Type 2 diabetes mellitus in adults at high risk: A systematic review and network meta-analysis of lifestyle, pharmacological and surgical interventions. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 3/2015, ss. 320–331. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822715000431?via%3Dihub>

Suomalaiset ravintosuositukset 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Haettu 1.8.2019 osoitteesta

https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf

Taipale, A. (2018). *Neuvonantaminen terveydenhoitajien toteuttamissa terveystarkastuksissa ammatillisissa oppilaitoksissa*. Pro gradu- tutkielma. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59445/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201809074039.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tarnanen, K., Tuomi, T. & Meinander, T. (2018). Diabetes–sairastatko diabetesta tietämättäsi? *Duodecim*. Haettu 2.7.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/khp00066>

Tarnanen, K., Kaaja, R., Kinnunen, T. & Vuorela, P. (2013). Raskausdiabeteksen huolellinen hoito edistää sekä odottavan äidin että syntyvän lapsen hyvinvointia. *Duodecim*. Haettu 17.7.2019 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/khp00076>

Tenk. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Haettu 5.9.2019 osoitteesta https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyskylä. (2018). Tyypin 1 diabetes. Haettu 1.7.2019 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/tietoa/millainen-sairaus-diabetes-on/tyypin-1-diabetes>

Tevere. (2019). Aktivoiva luento. Haettu 5.12.2019 osoitteesta osoitteesta <https://tevere.fi/menetelmat/aktivoiva-luento/>

THL. (2019a). Viljojen käytöllä havaittu yhteys tyypin 1 diabeteksen esiasteen kehittymiseen perinnöllisesti alttiilla lapsilla. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Haettu 11.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/-/viljojen-kaytolla-havaittu-yhteys-tyypin-1-diabeteksen-esiasteen-kehittymiseen-perinnollisesti-alttiilla-lapsilla>

THL. (2019b). Keskeisiä käsitteitä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 23.9.2019. haettu 11.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

THL. (2019c). Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 17.12.2019 osoitteesta <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/lapset-nuoret-ja-perheet/lasten-ja-nuorten-ylipaino-ja-lihavuus>

Tuomilehto, J. & Schwarz, P. (2016). Preventing Diabetes: Early Versus Late Preventive Interventions. *Diabetes Care* 8/2016, ss. 115–120. Haettu

23.9.2019 osoitteesta https://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_2/S115.long

Turku, R. (2013). Onko motivoiva haastattelu vastaus elintapaohjauksen haasteisiin? *Työterveyslääkäri*, 1/2013, ss. 36–39. Haettu 25.11.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01075

UKK-instituutti. (2019). Aikuisten liikkumisen suositus. haettu 11.11.2019 osoitteesta <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/aikuisten-liikkumisen-suositus>

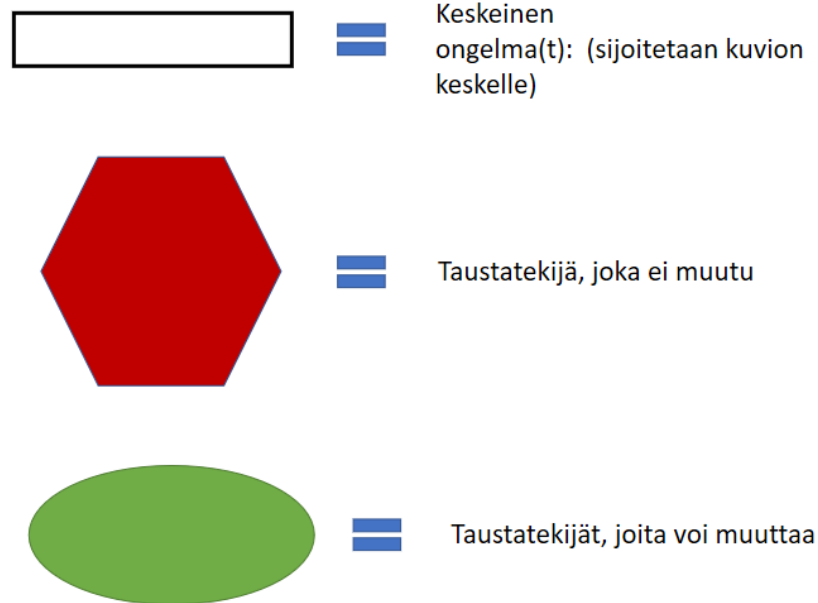
Venkataramani, M., Cheng, T., Yeh, H-C. & Maruthut, N. (2019). Lifestyle Intervention Programs for Adults at High-Risk for Type 2 Diabetes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 7-8/2019. Haettu 10.12.2019 osoitteesta <https://www.jabfm.org/content/32/4/596.long>

Young, S. (2014). Healthy Behavior Change in Practical Settings. *The Permanente Journal*, 4/2014, ss. 89–92. Haettu 11.11.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206177/>

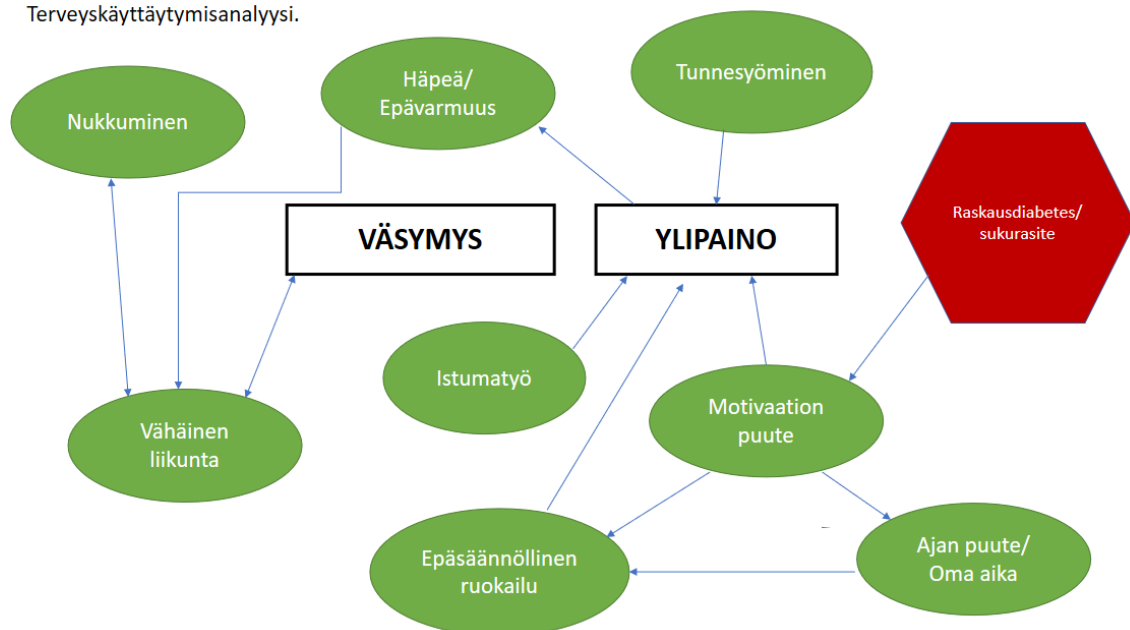
Östlund, A-S. (2015). Motivational Interviewing in Primary Care – Nurses' experiences and actual use of the method. Väitöskirja. Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 978-91-554-9365-3. Haettu 2.11.2019 osoitteesta <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:859622/FULLTEXT01.pdf>

TERVEYSKÄYTTÄYTYMISANALYYSI
Kangasniemi & Kauravaara, 2016)

Kuvioiden merkitys terveystyötytymisanalyysissä.



Terveystyötytymisanalyysi.



MUISTISÄÄNTÖ MOTIVOIVAAN KOHTAAMISEEN



DIA-ESITYS

DIA 1



DIA 2

The slide features a grey background with a white border. At the top, there are two yellow emojis: a "zany face" emoji on the left and a "grinning face with big eyes" emoji on the right. Between them is the text "Tilaisuuden sisältö". Below this is a numbered list of four items:

1. Engaging eli "kosiskelu"
2. Focusing eli "keskittäminen"
3. Evoking eli "havahtuminen"
4. Planning eli "suunnittelu"

DIA 3

MOTIVAATIO JA MOTIVOINTI



**MITÄ ON MOTIVAATIO?
MITÄ MOTIVOINTI TUO SINULLE MIELEEN?
OLETKO ITSE MOTIVOITUNUT MOTIVOIMISEEN?**

DIA 4



DIA 5

1. Engaging eli "kosiskelu"

1. Tavoitteena tasavertainen yhteistyösuhde ja asiakkaan luottamuksen ansaitseminen.
2. Motivoivan haastattelun työkaluista avoimet kysymykset ja heijastava kuuntelu.
3. Työntekijän kompastuskivet motivoivassa haastattelussa:

Liialliset perättäiset kysymykset

Huomaamaton leimaaminen

Nopeat kannanotot

Kiihittäminen

Innokas neuvominen

Syyllisen ja syyn etsiminen

DIA 6

Työntekijä istuu asiakkaan suuntaan.

Työntekijä kysyy avoimen kysymyksen ja keskittyy ainoastaan asiakkaan kuuntelemiseen.

Asiakkaalle annetaan mahdollisuus kertoa vapaasti ajatuksistaan.

Asiakkaan ajatuksista muodostuu keskustelun aihe.

Työntekijä voi siirtyä "normaaliin työskentelyyn"

Neljän minuutin sääntö

DIA 7

4 minuutin säännön hyödyt:

TYÖNTEKIJÄ	ASIAKAS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mahdollisuus tutustua asiakkaaseen. <input type="checkbox"/> Tärkeän tiedon saaminen asiakkaasta. <input type="checkbox"/> Mahdollisuus osoittaa inhimillisyyttä ja myötätuntoa. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aikaa ja tilaa rauhassa sopeutua tilanteeseen ja kertoa tarinansa. <input type="checkbox"/> Aikaa tutustua työntekijän tyyliin. <input type="checkbox"/> Lisää asiakkaan luottamuksen tunnetta uudessa tilanteessa.

DIA 8

2. Focusing eli "keskittäminen"

- Tapaamisen kulku on hyvä muodostaa niistä tarpeista, jotka asiakas sillä hetkellä tuntee itselleen tärkeiksi.
- Asiakkaan saadessa määritellä puheenaihe, vahvistaa se asiakkaan itseohjautuvuutta, jolloin hän saattaa olla valmis puhumaan muutosaiheista myöhemmin.
- Keskitytään kuuntelemiseen, jotta löydetään asiakkaan todellinen muutosaihe.
 - Asiakkaalta voidaan myös kysyä, onko hänellä muutosideoita.
 - Jos asiakkaalla on jo itsellään ajatus muutoksesta, mutta ei tiedä mistä aloittaa voidaan tarvittaessa esittää vaihtoehtoja, jos se asiakkaalle sopii.
 - Jos asiakkaalla ei ole muutoshaluja niin jatketaan "kosiskelua"

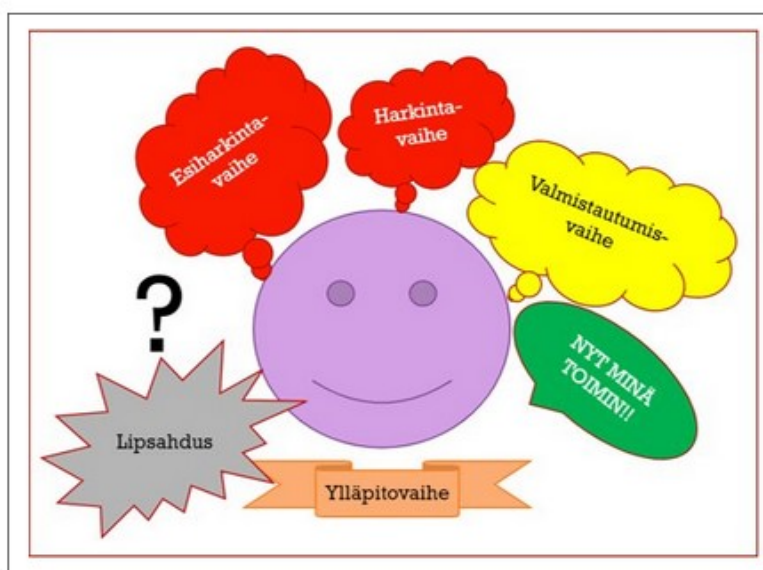


DIA 9

Malti on valttia

- On todettu, että kiireen vuoksi työntekijä ei anna asiakkaalle mahdollisuutta puhua itseään muutokseen, vaan asiakkaalle annetaan valmis suunnitelma.
- Jos motivaatio on vain ulkoista niin riskinä on, että muutos jää saavuttamatta. Itsestä lähtevä sisäinen motivaatio ajaa eteenpäin.
- Vaikka asiakas olisi hyvinkin luottavainen ja itsevarma, tulee muutospuheet ja ajatukset käydä asiakkaan kanssa huolella läpi.
- Kun asiakkaalla ei ole itsellään ajatusta muutossuunnitelmasta, tulee asiaa pohtia hänen kanssaan, eikä tarjota valmiita ratkaisua = ehkäistään motivoituminen ulkoisista tekijöistä.

DIA 10



MUUTOS- VAIHE- MALLI

- Muutos on kriisi.
- Muutos vie aikaa.
- Työntekijän rooli muuttuu vaiheen mukaan.

DIA 11

3. Evoking eli "havahtuminen"

- Asiakas tuo ilmi syitä, joiden vuoksi tekee tai on tekemättä asioita, joilla on vaikutus hänen elämäänsä/ terveyteensä.
- Tavoitellaan motivaation heräämistä muutokseen.
- Ei puhuta asiakkaan puolesta, miksi muuttua. Ohjataan asiakas orivaltamaan itse.
 - Avoimet kysymykset, vahvistaminen ja heijastava kuuntelu.
- Muutosajatusta ja sisäistä motivaatiota voidaan herättää esimerkiksi kysymällä:
 1. Mitä tämä muutos merkitsee sinulle?
 2. Miten tämä muutos parantaisi elämääsi?
 3. Miten tämä muutos muuttaisi elämääsi?



DIA 12

Muutospuhe

- Voi olla myönteistä, jolloin asiakas esimerkiksi ilmaisee haluavansa muutosta, mutta ei tiedä miten aloittaa.
- Voi olla vastaista, jolloin asiakkaan puheesta ilmenee tietoisuus muutostarpeesta, mutta myös muutosvastaiset syyt, jotka puoltavat vanhaa tapaa.
- Korostamalla myönteistä muutospuhetta vahvistetaan pystyvyyden tunnetta ja voidaan saada asiakas ajattelemaan muutosta aktiivisemmin.
- Asiakkaan verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä voi olla ristiriidassa.
 - Huomioi äänensävyt, ilmeet ja eleet.

DIA 13

Tunnista muutospuhe dialogista

Asiakas: Tiedän, että minun pitäisi liikkua enemmän terveydellisistä syistä, muttei ole tullut aloitetuksi, kun en kuitenkaan pysty ylläpitämään säännöllistä liikumista vuoro työn vuoksi.

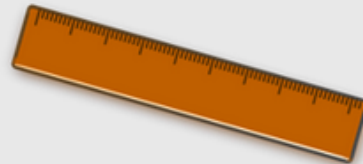
Työntekijä: Olet siis huomannut, että on vaikeaa harrastaa säännöllisesti liikuntaa epäsäännöllisen työn vuoksi ja olet tietoinen liikunnan hyödyistä.

Asiakas: Nuorempana juoksin säännöllisesti ja muistan voineeni hyvin ja tunsin oloni hyväksi.

Työntekijä: Ja nyt koet, että haluaisit saada tuon tunteen takaisin. Tiedät pystyväsi siihen.

DIA 14

10-portainen asteikko



- Työvälineenä muutosvalmiuden hahmottamisessa.
- Mitta-asteikolta asiakas valitsee numeron, joka kuvaa hänen sen hetkistä muutosvalmiutta.
- Asiakas ja työntekijä pohtivat yhdessä, millaisia tekoja asiakkaan tulee tehdä saavuttaakseen seuraavan luvun asteikolla --> Millaisia konkreettisia tekoja muutokseen tarvitaan.
 - Huomioitava asiakkaan voimavarat ja mihin hänellä itsellään on valmius.
 - Voidaan käyttää työvälineenä vastaanoton alussa motivaation selvittämiseksi ja lopussa asiakkaan itsevarmuuden arvioimiseksi tehtyä suunnitelmaa kohtaan.

DIA 15



Pystyvyyden vahvistaminen

- Motivoivan keskustelun keinot:
 - Heijastava kuuntelu ja vahvistaminen.
- Voimavarojen kartoitus:
 - Mitä asiakas haluaa saavuttaa ja miksi?
 - Millaisiin muutoksiin asiakas on valmis?
- Aarrekartta ja terveyskäyttäytymisanalyysi

DIA 16



Aarrekartta työskentely

- Voi olla auditivinen, kuvallinen tai tunteellinen.
- Tavoitteena parantaa itsetuntemusta.
- Tavoitellaan itselle tärkeitä asioita.
- Menetelmään uskomisen on tärkeää sen toimivuuden kannalta.
- Toimiminen tunteella -> rehellinen työstäminen itseä varten.
- Valmis aarrekartta toimii muistutuksena tavoitteista ja motivoi kohti muutosta. Pidetään nähtävissä.

DIA 17

Aarrekartan työstöohje



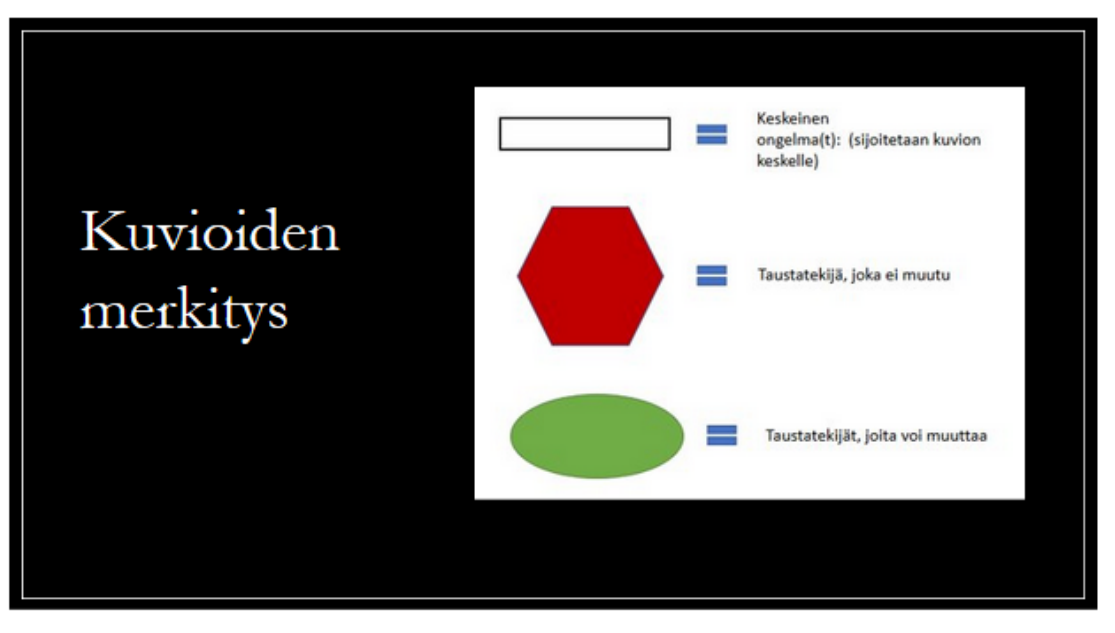
- **Auditiivinen aarrekartta** on kuin kirje itselle, jossa kuvaillaan tavoitteita ja elämää tavoitteiden toteutumisen jälkeen. Kirjeen lukeminen useasti aktivoi toiminaan tavoitteiden toteuttamiseksi.
- **Tuntemuksellinen aarrekartta** vaatii hyvää mielikuvitusta ja kehontuntemusta. Ajattelemalla toteutuneita tavoitteita saadaan kehoon aikaiseksi positiivinen muistijälki. Kohtaa koskemalla herätetään muutoksen tuomia positiivisia tunteita.
- **Kuvallinen aarrekartta** on kuin juliste, jossa on hyvämielen tuottavia kuvia ja tekstejä niistä asioista, jotka henkilö haluaa toteuttaa.

DIA 18

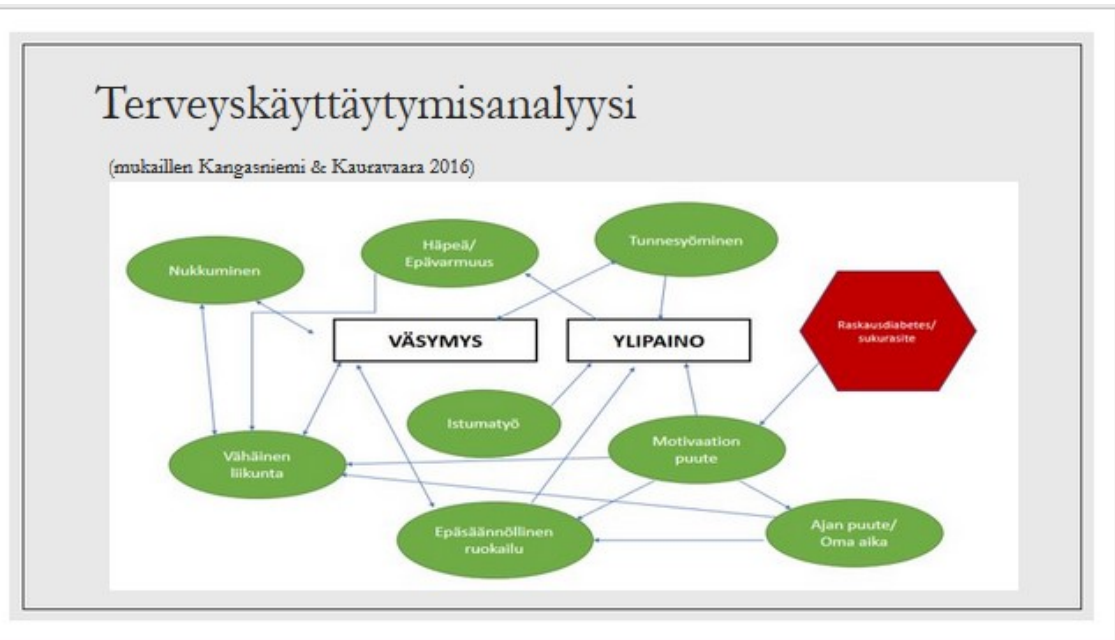
Terveyskäyttätymisanalyysi

- 1**
Luodaan yleinen käsitys asiakkaasta ja hänen tilanteestaan.
- 2**
Pyritään löytämään ne keskeiset tekijät, jotka asiakas kokee vaikuttavan epäsuotuisasti elämään.
- 3**
Pystytään lisäämään asiakkaan motivaatiota muutosta kohti.
- 4**
Yhteenvedon tekeminen -> asiakkaan on mahdollista muuttaa/tämentää kertomaansa.

DIA 19



DIA 20



DIA 21



4. Planning eli "suunnittelu"

- Annetaan vastuu asiakkaalle suunnitelmasta.
- Työntekijä tukee asiakkaan suunnitelmaa/ tavoitteita auttaen pitämään ne realistisena ja kehottamaan asiakasta pohtimaan erilaisia vaihtoehtoja.
- Asiakkaalta kysytään lupa, haluaako hän neuvoja.
- Varmistu, kuinka paljon asiakas tietää jo aiheesta -> mahdollistaa kommunikoinnin ymmärrettävyyden puolin ja toisin.
 - Pohditaan aiempia muutoksia -> suljetaan pois sellaiset tavat, jotka eivät ole toimineet.
 - Vaihtoehtoja monia, annetaan asiakkaan itse valita itselleen sopiva vaihtoehto.

DIA 22

Asiakkaan luottamuksen arviointi ja esteiden havaitseminen

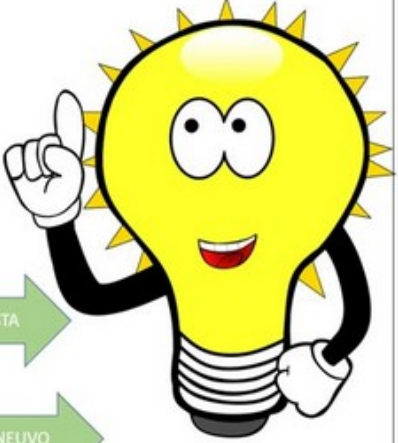


- Keskustellaan muutosajatuksen tuomista tunteista.
- Esteiden havaitseminen ja pelkojen hälventäminen.
- Lopuksi:
 - kerta tavoite
 - keskustelu
 - arviointi 10-asteikon kanssa
 - esteiden pohdinta.

DIA 23

MUISTISÄÄNTÖ MOTIVOIVAAN KOHTAAMISEEN

K	ESKITY KUUNTELEMISEEN
U	NOHDA OMA EGOSI
N	ÄYTÄ, ETTÄ VÄLITÄT
N	ÄE ASIAKAS ASIAANTUNTIJANA
I	DEOI YHDESSÄ ASIAKKAAN KANSSA
O	HJAA ASIAKAS LÄPI RISTIRIITOJEN
I	NNOSTA JA ILOITSE – VAHVISTA ASIAKKAAN ITSELUOTTAMUSTA
T	AVOITTELE ASIAKKAAN LUOTTAMUSTA
A	SIKAS ON KULJETTAJA JA SINÄ OLET MATKUSTAJA, JOKA EI NEUVO



Saila Korpihete, 2019

DIA 24



PALAUTEKYSELYLOMAKE

Palautelomake 5.11. 2019 pidetystä tilaisuudesta terveydenhoitajille

1. Työvuodet

 1–3 vuotta 6–10 vuotta 3–5 vuotta Yli 10 vuotta

2. Arvioi seuraavia tilaisuuteen liittyviä väittämiä asteikolla 1-4.

	1 = Eri mieltä	2=Jokseenkin eri mieltä	3=Jokseenkin samaa mieltä	4 = Samaa mieltä
Tilaisuuden tavoite oli selkeä.				
Opiskelijat hallitsivat tilaisuuden sisällön hyvin.				
Tilaisuuden kesto oli sopiva.				
Ajatustenvaihto muiden osallistujien kanssa oli antoisaa.				
Tilaisuuden käytännön puitteet olivat hyvät (esim. koulutustila, materiaali).				
Sain tilaisuudessa uutta näkökulmaa ja ymmärrystä motivoimiseen ja asiakkaan kohtaamiseen.				
Sain tilaisuudessa hyödyllistä tietoa, jota voin hyödyntää työssäni.				
Tilaisuudesta oli minulle hyötyä.				
Aihe oli ajankohtainen.				
Asian kertaaminen oli tärkeä.				

3. Kerro omin sanoin, mitä hyötyä koet saaneesi tilaisuudesta.

4. Miten kehittäisit tilaisuutta?

5. Minkä kouluarvosanan antaisit tilaisuudesta? Ympyröi sopiva numero.

4 5 6 7 8 9 10

KIITOS PALAUTTEESTA!

Tutkimustaulukko

Kirjoittaja(t), tutkimus ja vuosi	Menetelmä	Tavoite	Tulokset
Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experiences of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre.	Ryhmähaastattelu	Asiakkaiden kokemusten tutkiminen käynneistä elämäntapaklinikalla.	Käynti elämäntapaklinikalla auttoi huomaamaan omat muutosta kaipaavat elintavat. Perusterveydenhoito koettiin turvallisena tahona. Pettymystä tuotti ristiriita hoitajien lähestymistavassa. Vuorovaikutussuhteen kehittämisessä ratkaisevan tärkeänä nähtiin henkilökemioiden kohtaaminen.
Brobeck E., Odencrants S., Bergh, H. & Hildingh. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing.	Laadullinen tutkimus potilashaastatteluista	Potilaiden kokemusten tutkiminen elämäntapakeskusteluista, jotka perustuivat motivoivaan haastatteluun.	Potilaat kokivat, että elämäntapakeskustelun pitää olla hoitajan ja potilaan keskinäistä vuorovaikutusta, jossa hoitajan tulee tehdä olettamuksia vaan rakentaa luottamusta potilaaseen ja tukea häntä. Empaattinen kohtaaminen ja potilasta tukeva keskustelu lisäsivät potilaiden tyytyväisyyttä. Keskustelun ollessa potilasta tukevaa ja empaattista, lisäsi se potilaiden tyytyväisyyttä. Elämäntapakeskustelun tärkeimmät onnistumiskriteerit ovat potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja potilaan rohkaiseminen oma-aloitteellisuuteen.
Ekong, G. & Kavookjian J. (2015). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes.	Kirjallisuuskatsaus	Etsiä näyttöjä ja aukkoja motivoivan haastattelun vaikuttavuudesta henkilöillä, joilla on tyypin 2 diabetes.	Motivoivalla haastattelulla ei ole merkittävää vaikutusta liikunnan lisäämisessä, alkoholin käytön ja tupakoimisen lopettamisessa, mutta motivoivasta haastattelusta on merkittävää näyttöä ruokailutapojen muuttamisessa.
Rodriguez-Cristobal, J J., ym. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare.	Kahden satunnaisryhmän tuloksia vertaileva tutkimus	Selvittää onko motivoivalla interventiolla ja 24 kuukauden seuranta-ajalla enemmän vaikutusta lihavuuteen/ylipainoon kuin perinteisellä ohjauksella ja vähentääkö motivoiva interventio riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin.	Ryhmässä, jossa toteutettiin motivoivaa interventiota, painonpudotus oli merkittävä ja riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin aleni merkittävästi.
Hörsten, Å., ym. (2014). Strategies in health-promoting dialogues-primary healthcare nurses' perspectives.	Laadullinen tutkimus hoitajahaastatteluista	Kuvailla sairaanhoitajien strategioita terveyden edistämiseen tähtäävissä dialogeissa.	Sairaanhoitajat käyttävät sekä potilas- että hoitajakeskeisiä strategioita ristiriitaisin odotuksin, mistä johtuen potilasohjaus on hoitajakeskeistä. Tutkimuksen tulokset antavat lisätietoa sekä potilasohjauksen haastavuudesta että mahdollisuuksista.

Liite 5/2

<p>Östlund, A-S. (2015). Motivational interviewing in primary health care.</p>	<p>Kysely ja haastattelut sekä potilaskäyntien nauhoittaminen ja arviointi.</p>	<p>Perusterveydenhuollon hoitajien itsearviointien kuvailu ja tutkiminen motivoivan haastattelun koulutuksesta ja käyttämisestä ja siinä suoriutumisesta.</p>	<p>Hoitajat ilmoittivat ja kokivat koulutuksen ja mahdollisuuksien toteuttua motivoivaa haastattelua esteiksi menetelmän käyttämiselle. Motivoiva haastattelu nähtiin työtä helpottava ja se lisäsi hoitajien kykyä motivoida ja olla empaattisia. Yksikään hoitaja ei nauhoitettujen potilaskäyntien perusteella saavuttanut hyväksyttävää tasoa motivoivan haastattelun taidoissa. Hoitajat arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin se todellisuudessa oli. Kysymykset ja reflektio, jotka kohdistuivat suoraan <u>muutokseen</u> saivat todennäköisemmin aikaan muutospuhetta.</p>
<p>Johansson, A. & Skarp, J. (2013). Motivation till livsstilsförändringar för patienter med diabetes typ 2 - Distriktsköterskans erfarenheter.</p>	<p>Laadullinen tutkimus terveydenhoitajille tehdystä kyselystä.</p>	<p>Kuvailla terveydenhoitajien kokemuksia diabeetikoiden motivoimisesta elämäntapamuutokseen.</p>	<p>Terveydenhoitajat kokevat, että asiakkaalla on oltava itsellään halu muuttua ja asiakkaan tulisi se ilmaista. Terveydenhoitajan on tarkoituksenmukaista ymmärtää asiakkaan edellytykset muuttua. Toimiva asiakassuhde perustuu luottamukseen ja kunnioitukseen.</p>
<p>Taipale, A. (2018). Neuvonantaminen terveydenhoitajien toteuttamissa terveystarkastuksissa ammatillisissa oppilaitoksissa.</p>	<p>Keskusteluanalyysi terveydenhoitajien ja asiakkaiden videoituista ja nauhoitetuista keskusteluista.</p>	<p>Selvittää neuvonantamisen toteutumista terveystarkastuksissa ammatillisissa oppilaitoksissa.</p>	<p>Terveydenhoitajat antoivat enemmän suoraa neuvontaa kuin ohjausta. Lisäksi terveydenhoitajat tarvitsevat enemmän tietoa teoriapohjaisesta ja näyttöön perustuvasta neuvonnasta.</p>
<p>Glechner, A., ym. (2018). Effects of lifestyle changes on adults with prediabetes.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Elämäntapaintervention vaikuttavuuden, turvallisuuden ja kustannustehokkuuden vertaaminen perinteiseen ohjaukseen henkilöillä, joilla on esidiabetes.</p>	<p>Elämäntapainterventio pienensi riskiä sairastua tyyppiin 2 diabetekseen ja sillä oli myös merkittävä vaikutus painonpudotukseen.</p>
<p>Kim, C-W., Chang, Y., Sung, E. & Ryu, S. (2017). Sleep duration and progression to diabetes in people with prediabetes defined by HbA1c concentration.</p>	<p>Seurantatutkimus terveystarkastuksissa käyneistä esidiabeetikoista.</p>	<p>Verrata unen pituuden yhteyttä sairastumiseen tyyppiin 2 diabetekseen, joilla on esidiabetes diagnosoituna pitkäsokerin mukaan.</p>	<p>Tutkimuksessa löydettiin yhteys lyhyillä yöunilla ja esidiabeteksen kehittymisellä tyyppiin 2 diabetekseksi.</p>
<p>Slentz, C.A., ym. (2016). Effects of exercise training alone vs a combined exercise and nutritional lifestyle on glucose homeostasis in prediabetic individuals.</p>	<p>Valituista osallistujista satunnaisesti muodostettujen Interventoryhmien vertailu.</p>	<p>Selvittää kuinka paljon vaikutusta ruokavaliolla ja liikunnan harrastamisella on tyyppiin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja millainen vaikutus on liikunnan tehokkuudella.</p>	<p>Vain liikunnan ja ravinnon yhdistämisellä todettiin olevan merkittävää vaikutusta sokeriarvoihin. Kevyesti rasittavalla liikunnalla oli merkittävämpi vaikutus sokeriarvoihin verrattuna saman kestoiseen rasittavampaan liikuntaan.</p>

Liite 5/3

<p>Stevens, J.W. ym. (2015). Preventing the progression to Type 2 diabetes mellitus in adults at high risk.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus elämäntapa-, lääkehoito- ja kirurgisista interventioista.</p>	<p>Määrittää interventioiden vaikuttavuutta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä henkilöillä, joilla on kohonnut paastosokeri ja heikentynyt sokerinsietokyky.</p>	<p>Liikunta- ja ravitsemusinterventiot ovat tehokkaita, jos henkilö saavuttaa merkittäviä muutoksia elintavoissa. Tärkeintä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä on elämäntapainterventiot, mutta lääkehoitoa kannattaa harkita, kun henkilöllä on taipumusta hyperglykemiaan elämäntapamuutoksesta huolimatta. Lääkehoidolla ei tule kuitenkaan korvata elämäntapainterventioita.</p>
<p>Chasan-Taber, L. (2015) Lifestyle interventions to reduce risk of diabetes among women with prior gestational diabetes mellitus.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Toimittaa yleiskatsaus tutkimuksista, joiden aiheena on tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn suunnatut elämäntapainterventiot raskausdiabeetikoille.</p>	<p>Raskauden jälkeen annettavilla interventioilla on suuri merkitys tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Interventioita kannattaa jatkaa 10 vuotta. Interventioiden tulisi ohjata perheenjäsenten mukaanottoa, koska sosiaalisella tuella on suuri merkitys elämäntapamuutosten onnistumisessa.</p>
<p>Venkataramani, M., Cheng, T., Yeh, H-C. & Maruthur, N. (2019). Lifestyle intervention programs for adults at high-risk for Type 2 diabetes: A platform to reach high-risk children?</p>	<p>10 vuoden ajalta kerätyn datan analysoiminen</p>	<p>Selvittää vanhemmille suunnattujen interventioiden vaikutus lapsiin.</p>	<p>Aikuisille suunnatuilla elämäntapainterventioilla on positiivinen vaikutus ylipainoisiin/lihavisiin lapsiin.</p>
<p>Brobeck, e., Bergh, H., Qdenscrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice.</p>	<p>Laadullinen tutkimus hoitajien kokemuksista motivoivasta haastattelusta perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Kuilla hoitajien kokemuksia motivoivasta haastattelusta terveyden edistämisen näkökulmasta.</p>	<p>Hoitajalla tulisi olla kokemusta hoitotyöstä, motivoivan haastattelun koulutus ja mahdollisuus harjoittaa motivoivaa haastattelua. Hoitajan pitää ehdottomasti olla kiinnostunut motivoivan haastattelun metodista, koska ilman kiinnostusta on helppo palata muiden metodien käyttämiseen. Koulutuksen lisäksi hoitajat pitävät tärkeänä säännöllistä jatkokoulutusta ja metodin harjoittamista sekä työskentelyn arvioimista ja palautteen saamista. Hoitajien tulee antaa asiakkaille aikaa ja hoitajien tulisi osata huomata tilanteet, jolloin hoitajan tulisi jarruttaa omaa innostustaan. Asiakkaisiin tulisi pitää yhteyttä jonkin aikaa sen jälkeen, kun tavoitteeseen on päästy. Hoitajat pitävät motivoivan haastattelun metodia itseään kehittävänä, tehokkaana ja helppokäyttöisenä, koska metodia voi käyttää joustavasti. Motivoiva haastattelu sopii käytettäväksi silloin, kun asiakas repsahtaa. Tärkein taito potilassuhteessa hoitajilla on auttaa potilasta ymmärtämään ongelma, koska ongelman ymmärtäminen auttaa ohjaamaan potilaan kohti tavoitetta.</p>

Absetz, P. & Hankonen, N. (2011). Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa.	Kirjallisuuskatsaus	Interventioiden vaikuttavuus ja tehokkaita keinoja elämäntapamuutoksen aikaansaamiseksi.	Toteutetulla neuvonnalla ja ohjauksella voidaan vaikuttaa elintapoihin. Seurannalla rutiinikäyntien lisäksi lisätään vaikuttavuutta. Menetelmien yhdistäminen edesauttaa muutosten saavuttamisessa.
Airaksinen, R. (2016). Aikuisasiakkaan terveysvalintojen ohjaaminen avohoidossa.	Pro gradu -tutkimus	Terveysvalintojen ohjauskyselyn kehittäminen ja esitestaus aikuisasiakkailta. Saada tietoa terveysvalintojen ohjauksesta terveydenhuoltohenkilöstöltä.	Suurin osa vastaajista kysyy asiakkaiden terveyteen liittyvistä elämäntavoista. Seksuaalisuudesta keskustelu koetaan hankalaksi. Vastaajat kokevat osaavansa valita ohjaustavan asiakaslähtöisesti. Myötätunnolla, asiakaslähtöisellä ohjauksella, ohjaajan ohjaustaidoilla on vaikutusta ohjaustilanteessa. Ohjaustaitoja vastaajat kokevat saaneensa kehitettyä täydennyskoulutuksissa.
Douglas, TC., L., Cahill, K., Qin, Y. & Tang, J-L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation.	Kirjallisuuskatsaus	Tutkia motivoivan haastattelun vaikuttavuutta tupakoinnin lopetuksessa.	Lääkärin toteuttama motivoiva haastattelu tehokkaampaa kuin sairaanhoitajien. Yli 20 min. kestävä tapaaminen tehokkaampi. Tutkimuksen perusteella ilman motivaatiota tupakoinnin lopetuksessa ei ole onnistuttu yhtä hyvin, kuin motivaation kanssa. Motivoivan haastattelun vaikuttavuus heikempi, kuin ryhmäterapialla. Motivoivan haastattelun vaikuttavuus tupakoinnin lopetukseen tarvitsee vielä lisää tutkimuksia.
Mattila, A-M. (2018). Stressin vaikutus hormonitoimintaan ja syömiskäyttäytymiseen.	Kirjallisuuskatsaus	Tarkoitus selvittää, kuinka stressin kesto vaikuttaa syömiskäyttäytymiseen ja millainen rooli hormonitoiminnalla on vaikuttavana tekijänä tässä.	Yhtenäisyyksiä nähtiin stressin keston ja syömiskäyttäytymisen suhteen, mutta kaikki tulokset eivät olleet yhteneväisiä, jonka vuoksi jatkossa tulisi yhtenäistää tutkimusmenetelmiä, jotta saadaan vertailukelpoisia tutkimustuloksia.
Cambell, F. ym. (2018). Follow-Up Support for Effective Type 1 Diabetes self-management (The FUSED Model): A Systematic review and meta-ethnography of the barriers, facilitators and recommendations for sustaining self-management skills after attending a structured education programme.	Laadullinen kirjallisuuskatsaus	Selvittää tyypin 1 diabeetikoiden kokemuksia ja näkemyksiä oppimis- ja itsehallintotaitojen ylläpitämisessä ohjatun interventioryhmän jälkeen.	Elämäntapamuutoksista ja uusista opituista tavoista on helppo pitää kiinni ryhmässä, myös motivaatio nousee. Ohjatun ryhmän jälkeen tuloksista ilmenee, että uudet opitut taidot unohtuvat helposti ja jatkotuella olisi suuri merkitys elämäntapamuutoksen pysyvyydessä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää muihinkin ryhmiin, kuin tyypin 1 diabetesta sairastaviin.
Skär, L. Söderberg, S. (2012). Complaints with Encounters in healthcare - men's experiences.	Haastattelu		Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kohdelleet miehiä epäkunnioittavasti ja epäillen. Tulokset osoittavat, että on tärkeää tavata potilaat ja heidän sukulaisensa kunnioittavasti, arvokkaasti, kuunnella heitä ja jatkaa hoitoa loukkaamatta ketään.

Liite 5/5

Ronkainen, P. (2011). Sepelvaltimotautipotilaan kokemuksia ohjauksesta.	Teemahaastattelu	Selvittää kokemuksia ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksia sepelvaltimotautiohjauksesta.	Ohjaus koettiin pääsääntöisesti riittäväksi, mutta kehittämistä tarvitaan vielä ammattilaisten vuorovaikutuksessa, oikea- aikaisuudessa, ohjaustilanteessa ja materiaalin antamisen kohdentamisessa.
Barnes, R. D. & Ivezaj, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care.	Kirjallisuuskatsaus	Selvittää motivoivan haastattelun vaikuttavuus painon pudotuksessa.	Motivoivalla haastattelulla on saatu tuloksia painon pudotuksen suhteen ja menetelmä on hyvä perusterveydenhuollon asiakkaiden kanssa. Johtopäätökset kuitenkin tehty varovasti, sillä puolet tutkimuksista eivät osoittaneet tuloksia painon pudotuksen suhteen.
Lundhal, B. W. (2010). A Meta- Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies.	Kirjallisuuskatsaus	Tutkia motivoivan haastattelun vaikuttavuutta.	Motivoiva haastattelu tuottaa merkittäviä, kestäviä tuloksia pienellä, vaikka joissain tapauksissa vaikuttavuus oli heikkoa.

VIDEOIDEN KÄSIKIRJOITUS

Asiakkaan esitiedot:

5- vuotias mies. Ammatiltaan taksikuski.

Anamneesissa väsymystä, jonka vuoksi hakeutunut lääkärin vastaanotolle. Potilaalle määrättiin labrakokeita.

Vastauksista selvisi, että paastoglukoosi arvo on ollut 6.8 mmol/l.

Ylipainoa on kertynyt ja verenpaine ollut pidempään koholla 145/95.

Tupakoi. Päivässä kuluu 1, 5 askia.

Ensimmäinen video:

Terveydenhoitaja Terhikki: *Hei, olen terveydenhoitaja Terhikki Reipas. Nyt kun tavataan ensimmäistä kertaa, haluaisin kuulla sinusta hieman enemmän. Mitä haluaisit Sakari kertoa itsestäsi?*

Sakari: *Hei, Ei tässä oikeastaan ole mitään erikoista. (Välinpitämätön tyyli).*

Terhikki: Kertoisitko kuitenkin miksi olet täällä?

Sakari: Tulin, kun lääkäri käski. En ihan ymmärrä, miksi tänne lähetettiin, kun lääkärin mukaan mitään vakavampaa ole ja tässä nyt olisi hieman muutakin tekemistä, monet taksiajot ja rahatulon menee tässä nyt ohi.

Terhikki: Aivan. Koet, että olet täällä turhaan ja sinua tuntuu harmittavan, että työkeikat menevät ohi suun. Hyvä, kun kuitenkin päätit tulla, mutta sopiiko, kun nyt olet tullut tänne, että käytetään pieni aika ja keskustellaan siitä, miksi olet täällä.

Sakari: (olkien kohautus) No olkoon sitten.

Terhikki: Sanoit käyneesi lääkärissä. Kertoisitko, miksi hakeuduit lääkärin vastaanotolle? Mitä lääkäri sanoi tai kertoiko hän, miksi hän on nähnyt tarpeelliseksi tulla tänne vastaanotolle?

Sakari: No, hiukan oli väsymystä ilmassa enenevin määrin. Välillä tuntui, ettei oikein jaksaa mitään tehdä. Ensimmäinen määrättiin verikokeita, joissa kävin. Niissä ei ollut mitään vikaa lääkärin mukaan. Jostain sokerista se sanoi. Vastaanotolla mitattiin verenpaine ja se kuulemma oli jonkun verran koholla. Kotimittauksia se käski tehdä, kun ne olivat vissiin vähän korkealla.

Terhikki: Kerrot, että tunnet väsymystä ja ymmärrätkö oikein, että koet sen vaikuttavan huonolla tavalla elämänlaatuusi. Jos ajatellaan väsymystä janalla, mihin kohtaan asettaisit väsymyksen 1-10 mitta-asteikolla, jos 1 tarkoittaa, ettei vaikuta ollenkaan ja 10 tarkoittaa, että se häiritsee kaikissa arkipäivän toimissa?

Sakari: Hmm. No ehkä kuusi. Joskus seitsemänkin, etenkin viikonloppuisin, kun on yöllä ajoja.

Terhikki: Vastasit kuusi, joskus seitsemän. Huomaatko väsymyksen lisääntyvän tai tuntuvaan voimakkaammin eri tilanteissa tai vuorokauden aikoina?

Sakari: Kokoaikahan sitä väsyttää, en sinänsä ole ajatellut miten se vaihtelee eri vuorokauden aikoihin, mutta tottahan toki makkaraperunoiden jälkeen maistuisi kunnan unet. (heheheh)

Terhikki: (Hymyilee ja on ymmärtäväinen). Et ole siis huomannut muuten vaihtelua, paitsi kun olet käynyt syömässä. Itsekin tykkään silloin tällöin grilliruuasta. Syötkö työpäivän aikana useasti ulkona, vai onko sinulla myös eväät?

Sakari: Eipä siinä mitään eväitä ole tullut kanniskeltua. Kahviakin kuitenkin tarvitsee ja ruuan tulee olla lämmintä. Hankalahan se on tuolla maailmalla lämmittää.

Terhikki: (Nyökkäys.)

Sakari: Silloin tuli kotona käytyä syömässä, kun puoliso oli lapsen kanssa kotona ja välillä oli eväätkin mukana, kun emäntä ne teki ja pakotti ottamaan mukaan. Ja olihan se rahallisestikin hyvä asia, kun toinen oli kotona. Ja nyt oikein asiaa miettii, tuolloin ei väsymykseen painanut.

Terhikki: Olenko nyt ymmärtänyt oikein, että koet väsymyksen suureksi harmiksi terveydentilassasi ja että se vaikuttaa elämänlaatuusi, kerroit myös käyneesi lääkäriä, jossa teillä oli ollut puhetta kohonneesta verenpaineesta ja hän oli myös maininnut jotain sokeri-arvoista. Sopiiko, jos katsotaan vielä, mitä ne labratulokset olivat olleet?

Sakari: Juu, jos sinä vaikka osaisit niistä minulle kertoa puhtaalla suomenkielellä.

Terhikki: Eiköhän ne saada selvitettyä. Ja jos sopii, voimme miettiä keinoja väsymyksen selättämiseen ja katsoa, voisivatko nämä tulokset jotenkin olla osatekijöitä oloosi?

Sakari: Hyvä juttu, sopii hyvin. Olenkin väsynyt olemaan aina vain väsynyt.

Video loppuu -> hoitaja kääntyy työskentelemään "normaalisti".

Toinen video:

Terhikki: Hei, olen terveydenhoitaja Terhikki Reipas. Nyt kun tavataan ensimmäistä kertaa, haluaisin kuulla sinusta hieman enemmän. Mitä haluaisit Sakari kertoa itsestäsi?

Sakari: Hei, Ei tässä oikeastaan ole mitään erikoista (hälläväliä-tyyli).

Terhikki: Jahas, katsotaanpas mitä täällä lukee.. (kääntyy koneelle). Oletkin siis käynyt lääkäriä ja sinusta on otettu verikokeita, joissa nyt ainakin näkyisi olevan hieman poikkeava sokeri-arvo. Verenpaineekin on näkynyt olevan koholla jonkun verran. Onko sinulla siihen lääkitys?

Sakari: Ei.

Terhikki: Onko sinulla ollut jonkinlaisia oireita liittyen näihin tuloksiin?

Sakari: En mä mistään tuloksista tiedä, mutta väsyttää aina vaan niin pirusti.

Liite 6/3

Terhikki: Sokeriarvot on sillä mallilla, että paastoarvo on ollut koholla ja verenpaineikin on ollut 145/95. Tämä on aika suuri riski terveydelle ja se saattaa ennakoida sitä, että sinulla on mahdollisuus sairastua tyyppin 2 diabetekseen.

Sakari: (hermotumista/ ärsyntymistä) Älä nyt, sehän on vanhojen ihmisten tauti. Eikä lääkärikään siitä mitään sanonut. Onko tässä nyt jotain oikein asiaakin, kun olisi vähän kiire. Raha ei tule täällä istumalla.

Terhikki: Kyllä se on ihan kaikenikäisten ihmisten tauti. Riskitekijöihinhän kuuluu tuo korkea verenpaine, korkea paastoarvo ja ylipaino, jotka tässä ovat jo tulleet esille ja lisäksi perintötekijät vaikuttavat. Onko suvussa ollut diabetesta?

Sakari: Ei ole ollut. Ja jos se nyt on jotain sokeritautia, niin miksi täällä olen, eikö se pillereillä kuriin saada. On tämä nyt ihmeellistä, kun yhtäkkiä ollaan sairastumassa diabetekseen, vaikka väsymys tässä elämään vaikuttaa.

Terhikki: Ei tässä nyt suoraan olla diagnoosia diabetekseen tekemässä, vaan sen puhkeamista on mahdollista ennaltaehkäistä ja hidastaa. Ruokavalio muutos, liikunnan lisääminen ja painonpudotus ovat nämä keinot. Eli nythän me tehdäänkin niin, että tehdäänkin sinulle suunnitelma elämäntapamuutokseen, eikö juu. Tässä sinulle nyt esite, josta voit kotona lukea mitä terveelliseen ruokavalioon sisältyy ja millaisia liikuntasuosituksia tulisi noudattaa.

Sakari: Aha.

Terhikki: Varataan tässä nyt vielä seuraava aika sinulle, jolloin voidaan keskustella niistä ajatuksista, joita sinulle on mahdollisesti herännyt tämän tapaamisen jälkeen ja kun olet ehtinyt tutustumaan annettuihin materiaaleihin.

Sakari: Juu, jos en ole nukahtanut rattiin.

Video päättyy.