

Opinnäytetyö YAMK

Kliininen asiantuntija

2019

Sari Sirkelä

DIABETESASIAKKAIDEN TERVEYSTARKASTUKSEN MERKITYS JA KEHITTÄMINEN SALON TERVEYSPALVELUISSA

— Asiakkaan näkökulma

OPINNÄYTETYÖ YAMK| TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Kliininen asiantuntija

2019 | 65 sivua, 5 liitesivua

Sari Sirkelä

DIABETESASIAKKAIDEN TERVEYSTARKASTUKSEN MERKITYS JA KEHITTÄMINEN SALON TERVEYSPALVELUISSA– Asiakkaan näkökulma

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli parantaa ja yhtenäistää aikuisvastaanotolla toteutettavaa diabetesasiakkaiden omahoidon tukea. Projekti oli työn tilaajan toive, koska diabetesasiakkaiden määrä on kasvanut ja on löydettävä uusia toimintatapoja heidän hoitonsa tukemiseksi. Projektin tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden näkökulmasta terveystarkastuksen merkitykset, sekä niistä tuloksista jatkaa terveystarkastuksien ohjaustavan kehittämistä omassa organisaatiossa. Projekti eteni suunnitelman mukaisesti.

Projektiin liittyvän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää diabetesasiakkaiden näkökulmasta terveystarkastuksien merkitys Salon terveyspalveluissa eli se, onko Salon terveyskeskuksen diabeteshoitajan vastaanotolla tehtävä terveystarkastus asiakkaan hoitoa ja omahoitoa tukeva. Tutkimus toteutettiin keväällä 2018. Aineiston keruu tapahtui strukturoidulla kyselylomakkeella, joka jaettiin Salon terveyskeskuksessa diabeteshoitajan vastaanotolla käyneille tyypin 2 diabetesasiakkaille jokaisella terveysasemalla (N=150). Kyselyyn vastasi 96 asiakasta vastausprosentin ollessa 70%. Tutkimustulosten mukaan lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä diabeteshoitajan vastaanottokäynteihin ja tämän antamaan ohjantaa. Tutkimuksen perusteella kuitenkin ilmeni, että tarvittaisiin lisää tukea elintapojen muuttamiseen, kuten vertaistukiryhmät sekä sähköinen yhteydenpitokanava hoitajille.

Tutkimustulosten pohjalta kehitettiin terveystarkastuskäynnin toteutustapaa muun muassa siten, että projektiryhmän ensin tekemän pilotointijakson jälkeen otettiin Terveyskylän Diabetestalo mukaan asiakkaalle annettavaan ohjaukseen. Kehittämistoimenpiteet jatkuvat vielä osittain tämän projektin päättymisen jälkeenkin ja kaikki kehitetyt asiat on tarkoitus ottaa käyttöön Salon kaikissa aikuisvastaanoton toimipisteissä.

ASIASANAT:

Diabetes, terveystarkastus, ohjaustapa

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care / Advanced Nursing Practise Degree programme

2019 | 65 number of pages, 5 number of pages in appendices

Sari Sirkelä

THE IMPORTANCE AND DEVELOPMENT OF DIABETES CUSTOMER HEALTH INSPECTION IN SALO HEALTH CARE SERVICES – Customer perspective

The aim of the development project was to improve and harmonize the support of diabetes clients in adult education. The project was the wish of the job subscriber because the number of diabetes clients has increased, and new approaches must be found to support their care. The purpose of the project was to determine the meanings of the health check from the customer's point of view and to continue to develop the health control approach within its own organization.

The project progressed according to plan. The purpose of the project-related study was to investigate the importance of health controls for diabetes clients in Salo Health Services, i.e. whether a health check is carried out at the Health Centre of the Salo in the diabetes customer care and self-care support. The study was conducted in spring 2018. The data collection took place in a structured questionnaire, which was distributed at the Salon Health Centre for type 2 diabetes clients at each health clinic (N = 150). The survey replied 96 customers with a response rate of 70%. According to the survey results, almost all respondents were satisfied with the reception visits of the diabetes nurse and his control. However, the investigation showed that there was a need for further support for changing lifestyles, such as peer-group groups and electronic contact channel for medical staff.

Based on the results of the study, the implementation of the health inspection visit was developed, inter alia by the inclusion of the Terveyskylä Diabetestalo in the guidance for the customer after the pilot phase of the project team. Development measures are still in part after the completion of this project and all the issues developed are to be deployed at the Salo in all adult reception locations.

KEYWORDS:

Diabetes, health check, control mode

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	9
2.1 Kehittämisprojektin organisaatio ja toimintaympäristö	9
2.2 Projektin tavoite ja tarkoitus	10
2.3 Projektin toteutus	10
3 DIABETESASIAKKAIDEN SEURANTA JA OMAHOIDON TUKEMINEN	12
3.1 Tyypin 2 diabeteksen hoidon kulmakivet	12
3.2 Omahoidon sisältö ja haasteet	13
3.3 Sairaanhoidajan rooli omahoidon tukemisessa	15
4 DIABETESASIAKKAIDEN TERVEYSTARKASTUKSET	23
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO	26
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	26
5.2 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto	27
5.3 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus	27
6 TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1 Tutkittavien taustatiedot	28
6.2 Diabetesasiakkaiden kokemus hoitajan ohjaustavasta ja terveystarkastusten merkityksestä omahoidon tukemisen näkökulmasta	29
6.3 Diabetesasiakkaiden sitoutuminen omahoitoon	39
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	49
7.1 Tulosten tarkastelua	49
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	53
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	56
8.1 Kehittämisprojektissa käynnistetyt toimenpiteet	56
8.2 Kehittämisprojektin sujuminen	58
8.3 Jatkokehittämisaikeita	59

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Saatekirje

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Lyhenne	Lyhenteen selitys
DM II	Tyypin II diabetes
PYLL	Menetetyt elinvuodet indeksi
Webropol-kysely	Kysely- ja raportointityökalu

1 JOHDANTO

Diabetesasiakkaiden omahoitoa voitaisiin tukea terveystarkastusten avulla entistä paremmin. Tähän onkin tärkeää saada myös asiakasnäkökulma, miten he kokevat diabeteshoitajan terveystarkastukset Salon terveystarkastuskeskuksissa.

Terveystarkastusten järjestelmä on Salon terveystarkastuskeskuksissa kunnossa, laatu ja prosessit on kuvattu ja tarkistettu organisaatiossa. Terveystarkastukset on kehitetty pitkälle, ja tarpeena olisi nyt saada nähtäväksi terveystarkastusten vaikuttavuus omahoitoon sekä asiakkaan sitoutuminen siihen nykyisessä Salon terveystarkastuskeskusten avohuollossa. Tarpeena on myös tarkistaa, olisiko diabetesasiakkaiden terveystarkastuksissa jotain kehitettävää, sekä muodostaa yhteneväiset käytännöt terveystarkastuksissa koko Salon aikuisvastaanotolla, yhteneväisesti eri toimipisteissä, joita Salossa on 10. Tämä projekti pyrkii vastaamaan näihin tarpeisiin.

Salossa on runsaasti DM II -asiakkaita. Menetetty elinvuodet -indeksiä (PYLL) laskettiin Salossa vuonna 2017 jo neljättä kertaa. Tarkastelemalla PYLL -indeksiä kuolinsyistä voidaan tehdä päätelmiä väestön hyvin voinnin ja terveyden esittämiseksi tarvittavista tärkeimmistä kohdealueista. (THL 2017) Salon PYLL -seminaarissa 2017 yllättävänä havaintona todettiin umpieritys- ja aineenvaihduntasairauksien muodostavan nyt 5 % koko Salon PYLL-menetyksistä. Diabeteksen osuus tästä oli n. 75 %. Diabeteksen osalta tilanne oli samanlainen sekä miehillä että naisilla ja poikkesi koko maasta selvästi korkeammilla arvoilla. Aineenvaihduntasairauksien (diabetes) tilannetta sekä miehillä että naisilla tulisi selvittää, sekä niiden havaitsemista ja hoitoa tehostaa, unohtamatta ylipainoa ja lihavuutta.

Salossa jo nyt panostetaan DM 2:n varhaiseen toteamiseen ja hoitoon. Lääkärit pyrkivät ohjaamaan asiakkaita diabeteshoitajalle jo ennen varsinaista dm-diagnoosia, elintapaneuvontaan. Sairauteen altistuneiden arvioiminen on haastavaa, sillä monet diabetesta sairastavista eivät ole tietoisia taudistaan. Diabeetikoiden määrän ennustetaan kaksinkertaistuvan Suomessa seuraavien 10–15 vuoden aikana. (Saraheimo & Sane 2015, 10.)

Diabeteksen ehkäisytyötä voidaan tehdä vaikuttavasti myös perusterveydenhuollossa. Toiminnasta on kansanterveyshyötyä, kun kohdejoukko kyetään tavoittamaan kattavasti, ja sillä on jatkuvuutta, kun järjestelmä takaa asiakkaan valinnan mahdollisuudet ja huolehtii laadun varmennuksesta (Marttila 2015,47.)

Pitkäaikaissairaat henkilöt pyritään siis pitämään mahdollisimman terveinä ja ehkäisemään ongelmat. Terveystarkastusten 12 § velvoittaa kunnat seuraamaan väestön terveydentilaa ja palvelujen tarvetta. Diabetesasiakkaille järjestetään Salossa terveystarkastuksia tämän lain pohjalta, ja terveystarkastusten jatkokehittäminen on tämän projektin tavoitteena

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

2.1 Kehittämiprojektin organisaatio ja toimintaympäristö

Kohdeorganisaatio oli Salon terveysterveyspalvelut avoterveydenhuolto, joka jakautuu Itäiseen ja Läntiseen avoterveydenhuoltoon. Salon aikuisvastaanoton toimipisteitä Salossa on 10. Lääkärit tekevät väestövastuumallilla töitä, Salossa ei tällä hetkellä ole erikseen diabeteslääkäriä dm 2 -asiakkaille. Terveysterveystarhojia, jotka tekevät pääsääntöisesti töitä aikuisvastaanotolla on 10, osa-aikaisesti aikuisvastaanottoa tekeviä hoitajia Salossa on 7. Kaikki aikuisvastaanotolla työskentelevät terveystarhoijat hoitavat diabeetikoita. He ovat myös käyneet diabetesliiton koulutukset.

Johdon tuki kehittämisprojektille saatiin heti, kun projektin aihe selkeni. Toimeksiantosopimus kirjoitettiin joulukuussa 2018. Henkilökunnan keskuudessa oli motivaatiota osallistua diabetesasiakkaiden terveystarkastusten kehittämiseen. Oma työroolini diabeteshoitajana tuki projektipäällikkönä toimimista. Tiedostan kentän laajuuden ja eri toimipisteet ja tunnen henkilökunnan. Projektiin saattaa liittyä myös riskejä. Projektissa korostui diabetesasiakkaille tehtävä kyselytutkimus. Silloin haasteena oli, miten heidät ja erityisesti eri lailla hoitoonsa sitoutuneet henkilöt, saadaan osallistumaan tutkimukseen ja sitä kautta mukaan terveystarkastusten kehittämiseen. Tutkimussuunnitelma pyrittiin miettimään tarkkaan tästä näkökulmasta.

Ohjausryhmään kuuluivat johtava hoitaja (mentor), tuutor-opettaja ja YAMK-opiskelija projektipäällikkönä. Ohjausryhmä myönsi luvat ja hyväksyi suunnitelmat, sekä valvoi hankkeen edistymistä ja tuki projektipäällikköä suunnittelussa (Silfverberg 2005,50). Projektiryhmään kuului 4 terveystarhoijaa ja projektipäällikkö. Projektiryhmään kuuluvat jakoivat asiakkaille tutkimuskysymyslomakkeet vastaanottokäynnin yhteydessä. Lisäksi he osallistuivat myös terveystarkastusten kehittämiseen. Projektipäällikkö vastaa projektin aikatauluista, tiedottamisesta ja projektin etenemisestä sekä tiedottaa ohjausryhmää projektin etenemisestä (Silfverberg 2005, 51). Mentorisuunnitelma laadittiin ja allekirjoitettiin lokakuun lopussa 2017.

2.2 Projektin tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden näkökulmasta terveystarkastuksen merkitykset, sekä niistä tuloksista jatkaa terveystarkastuksien ohjaustavan kehittämistä omassa organisaatiossa. Tutkimustulosten pohjalta oli tarkoitus kehittää terveystarkastuskäynnin toteutustapaa siten, että se tukisi asiakasta entistä paremmin. Tämä edelleen kehitetty terveystarkastuksen toimintamalli oli tarkoitus ottaa käyttöön projektin lopussa Salon kaikissa aikuisvastaanoton toimipisteissä.

Projektin tavoitteena oli parantaa ja yhtenäistää aikuisvastaanotolla toteutettavaa diabetesasiakkaiden omahoidon tukea. Tämä projekti oli työn tilaajan toive, koska dm asiakkaiden määrä on kasvanut ja on löydettävä uusia toimintatapoja heidän hoitonsa tukemiseksi.

2.3 Projektin toteutus

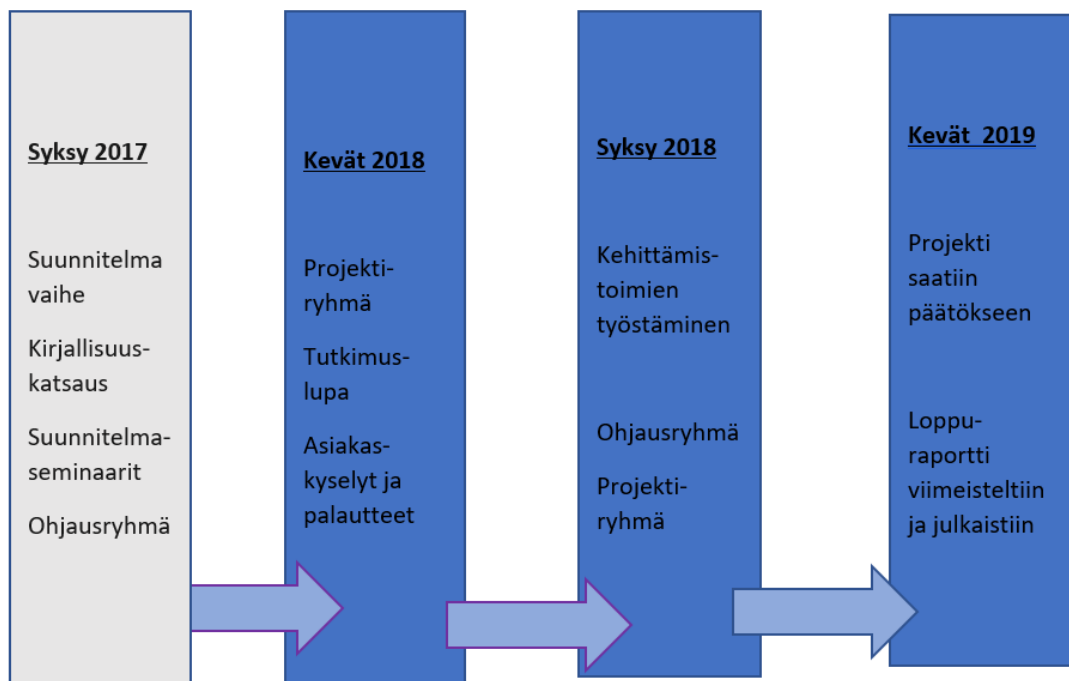
Syksyllä 2017 projektipäällikkö keskusteli mentorin kanssa työelämän tarpeesta, jolloin todettiin, että Salossa on diabetesasiakkaita, joita hoidetaan hyvin, mutta myös niitä, jotka ovat pudonneet hoidon piiristä. Yhdessä työelämän edustajien kanssa tehtiin aihevalinta. Projektin alussa selvitettiin kirjallisuuden pohjalta aikaisempia tutkimuksia ja kirjoituksia aiheesta. Tiedonhaku tehtiin syksyllä 2017 ja jatkettiin projektin edetessä Finna-, PubMed-, Terveysportti-, Cochrane- ja Cinahl -tietokannoista.

Ideavaiheeseen haettiin kirjallisuutta ja suunnitelmaseminaariin vietiin kirjallinen suunnitelma joulukuussa 2017, oman ryhmän aikataulussa. Ohjausryhmä kokoontui 13.12.17. sekä loppukevästä 2018 väliraportoinnin yhteydessä sekä valmiin projektin esittelyyn keväällä 2019.

Projektissa tehtävän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää diabetesasiakkaiden näkökulmasta terveystarkastuksien merkitys Salon terveystarkastuspalveluissa eli se, onko Salon terveystarkastuksen diabeteshoitajan vastaanotolla tehtävä terveystarkastus asiakkaan hoitoa ja omahoitoa tukeva. Tutkimustulosten pohjalta kehitettiin terveystarkastuksen käynnin toteutustapaa siten, että se tukisi asiakasta entistä paremmin.

Keväällä 2018 projektiryhmän jäsenet esittivät ideoita kyselylomakkeeseen. Tutkimus toteutettiin keväällä 2018, ja projektiryhmään kuuluvat jakoivat asiakkaille tutkimuskysymyslomakkeet. Myöhemmin he osallistuivat kehittämisprojektin tuotoksen kehittämistyöhön.

Syksyllä 2018 käynnistyivät kehittämistoimet projektiryhmässä ja ne jatkuivat keväällä 2019. Keväällä 2019 projekti saatiin päätökseen ja loppuraportti viimeisteltiin. Se julkaistiin Salon terveyskeskuksessa ja Theseus-tietokannassa keväällä 2019. Koko projekti on kuvattuna kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämisprojektin ajallinen eteneminen.

3 DIABETESASIAKKAIDEN SEURANTA JA OMAHOIDON TUKEMINEN

3.1 Tyypin 2 diabeteksen hoidon kulmakivet

Diabeteksen toteaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää. Suomessa kehitetty diabeteksen riskitesti on kohdejoukon tunnistukseen helppo ja riittävän luotettava menetelmä, jota on levitetty kiitettävästi kotimaassa ja kansainvälisesti. Mitä lähempänä riskitestaus ja riskin toteaminen sekä tämän jälkeinen hoitoonohjaus ovat toisiaan myös ajallisesti, sitä paremmin ihmiset saadaan mukaan omahoitoonsa. (Absetz 2010, 2390.)

Tyypin 2 diabeteksen hoito perustuu diabeetikon omaan aktiiviseen hoito-otteeseen sekä haluun sitoutua terveyttä edistäviin elintapoihin sekä tarvittaessa lääkehoitoihin. Hoidon perustana on riittävän tiedon ja taitojen hankinta, verensokerin ja painon sekä tarvittaessa verenpaineen omaseuranta, säännölliset käynnit hoitajalla ja lääkärillä sekä seurantatutkimukset omassa hoitopaikassa. (Ilanne-Parikka 2015, 344.) Suurin osa tyypin 2 diabetesta kärsivistä on ylipainoisia tai liikalihavia, ja laihtuminen on suositeltava hoitostrategia (Franz ym. 2015).

Tyypin 2 diabeteksen aineenvaihduntahäiriötä hallitaan laihtuttamisella ja painonhallinnalla, ruokavaliolla, arkiaktiivisuuden lisäämisellä ja liikunnalla sekä lääkehoidoilla. Hoidon tavoitteita ovat päivittäinen hyvinvointi ja hyvä elämä diabeteksestä huolimatta sekä valtimotaudin ja muiden lisäsairauksien ehkäisy ja hyvä hoito. Riittämättömästi hoidettuna tyypin 2 diabetes johtaa hankaliin ja vakaviinkin elämänlaatua ja pituutta vähentäviin lisäsairauksiin. Pelkkä verensokerin hoitaminen ei riitä, vaan myös kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt tulee hoitaa. (Ilanne-Parikka 2015, 344.) Diabetes aiheuttaa myös merkittäviä ja kustannuksiltaan suuria lisäsairauksia, kuten sepelvaltimotautia, aivohalvausriskin kasvua, nefropatiaa eli munaisairautta, retinopatiaa eli silmien verkkokalvosairautta ja ääreishermoston sairauksia kuten neuropatiaa. Tyypin 2 diabetes on suurin sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisin kuolinsyy tyypin 2 diabeteksessä. Sopiva elämäntyyli ja sydän- ja verisuonitautien

riskitekijöiden hallinta voivat vähentää merkittävästi valtimotautien taakkaa potilailla, joilla on tyyppin 2 diabetes. (Newman ym. 2017.)

Heti diabeteksen toteamisen jälkeen on tärkeää, että vastasairastunut saa hoitopaikastaan riittävästi neuvontaa ja tukea. Diabetesta sairastavalla on oikeus asiamukaiseen hoidonohjaukseen. Siinä käydään läpi hoidon eri osa-alueet sekä hoidon seuranta. Lisäksi pohditaan yhdessä hoitotavoitteita lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä. Asiakkaan kanssa tehdään myös yksilöllinen hoito- ja seurantasuunnitelma. (Ilanne-Parikka 2015, 348; Baptista ym 2016).

Nykyisin ymmärretään ja tunnustetaan diabeetikon oma keskeinen asema hyvien hoitotulosten saavuttamisessa. Diabeteksen omahoidossa tarvitaan tietoja, taitoja, motivaatiota ja pitkäjänteisyyttä. Hoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja ei omaksuta kertaheitolla, vaan hoidon opettelu ja taitojen harjoittelu vievät aikaa. Tiedostetaan myös, miten tärkeä merkitys diabetekseen sopeutumisella ja omaan hoitoon sitoutumisella on hoitotulosten saavuttamisessa. (Parkkamäki 2013, 28.) On myös tärkeää, että diabeetikon omahoitoa tukee tuttu hoitaja, joka jo tuntee asiakkaan. Asiakkaalle tulee pitkä hoitosuhde hoitopaikkaan. (Meriranta 2009, 60 -75.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimiva terveyskeskus -toimeenpano-ohjelmassa pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallilla tavoitellaan entistä suunnitelmallisempaa ja yksilöllisempää hoidon järjestämistä pitkäaikaisia sairauksia sairastaville henkilöille. Tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja tuloksia sekä hillitä kustannusten nousua. Asiakas on itsenäinen oman elämänsä subjekti, jolla on vastuu omasta terveydestään ja elintaivoistaan omien edellytystensä mukaisesti. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 4-5.)

3.2 Omahoidon sisältö ja haasteet

Tyyppin 2 diabetespotilaan omahoito on Käypä-hoito -suositukseen perustuvaa ja potilaan terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa hoitoa, jota potilas itse toteuttaa (Routasalo & Pitkälä 2009, 14). Kansalliseen Käypä hoito- suositukseen perustuvan ohjauksen tavoitteena on ehkäistä lisäsairauksia, turvata potilaan oireettomuus, tukea potilaan fyysistä ja psyykkistä jaksamista sekä tukea potilasta saavuttamaan hyvä elämänlaatu (Järvinen 2017, 21).

Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan diabeteksen hoidon tärkeitä elementtejä ovat terveellinen ravitsemus ja säännöllinen liikunta, joilla voidaan vaikuttaa painonhallintaan yhdessä lääkehoidon kanssa. Diabetekseen liittyviä elinmuutoksia voidaan ehkäistä ja niiden kehittymistä hidastaa hyvällä omahoidolla, terveyttä edistävillä elintavoilla ja lääkehoidolla. Diabeteksen hyvä ja pitkäjänteinen hoito sekä monialainen, ammattitaitoinen ohjaus ja tuki heti diabeteksen toteamisesta lähtien vähentävät oheissairauksien vaaraa. (Rönnemaa 2015, 468.)

Ruokavalioon ja liikuntaan liittyvät muutokset saattavat estää tai viivästyttää diabeteksen esiintymistä suuressa vaarassa olevilla henkilöillä (Orazco ym. 2008). Raynor kumppaneineen totesivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että Medline-hakukannassa tehdyissä ulkomaisissa tutkimuksissa terveydenhuollon ravitsemusohjauksella ja laihtumisen ohjauksella on osoitettu olevan merkitystä. Kirjallisuuskatsauksessa löytyi useita ulkomaisia systemoituja katsauksia tai satunnaistettuja hoitokokeita, joissa käytettiin laadukkaita tutkimusasetelmia. Järjestelmälliset tarkastelut osoittivat voimakkaasti, että ravitsemusterapia ja neuvonta ja laihtuminen muuttavat kliinisiä tilastoja tavalla, joiden pitäisi vähentää tyyppin 2 diabeteksen kehittymisen riskiä. (Raynor ym. 2017).

Säännöllisen syömisen ja kontrolloidun annoskoon on todettu olevan yhteydessä matalampaan energiansaantiin ja edistävän siten laihtumista ja painonhallintaa. Niillä on myös edullisia vaikutuksia paaston jälkeisiin rasva-arvoihin sekä paaston ja aterian jälkeisiin insuliiniarvoihin. Kuitupitoista ruokaa syöville on todettu olevan matalampi paino ja pienempi vyötärönympäryys kuin vähän kuitupitoista ruokaa syöville. Kuitupitoinen ruoka auttaa siten painonhallinnassa. (Alahuhta 2010, 23.)

Liikunta yhdessä ruokavaliohoidon kanssa auttaa laihtuttamisessa ja painonhallinnassa. Kestävyysliikunnalla on yhteyttä laihtumiseen, erityisesti rasvakudoksen vähenemiseen. Voimaharjoittelun sen sijaan on todettu kasvattavan lihaksia. Liikunta vähentää erityisesti vyötäröalueen viskeraalisen rasvan määrää ruokavaliota paremmin. (Alahuhta 2010, 24.) Jokapäiväinen liikunta on hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Liikunnan ilo ja mielekkyys löytyvät oman kehon kuuntelusta, oikeasta lajivalinnasta ja liikunnan sopivasta annostelusta. Oikein annosteltu liikunta lisää voimia arkeen (Diabetesliitto 2017). Liikunta auttaa säilyttämään lihaskudosta, joka kuluttaa rasvakudosta enemmän energiaa ja näin ollen lihaskudoksen säilyminen edistää laihtumista ja painonhallintaa. Liikunnalla

on myös positiivinen vaikutus verenpaineeseen sekä veren rasva- ja glukoosiarvoihin. (Alahuhta 2010, 24.)

Elintapamuutoksen, sekä terveellisten elintapojen valinnan positiivisina puolina nähdään terveyden ja toimintakyvyn säilyminen. Elintapamuutoksen onnistumisen, terveellisten ruokatottumusten ja aktiivisen liikkumisen edellytys on henkilön oma toiminta. Se tarkoittaa omien elintapojen tiedostamista omaseurannan avulla. (Alahuhta 2010, 69.) Jokainen diabeetikko on yksilöllinen, ja omaseurannan avulla hän oppii tuntemaan, miten oma keho käyttäytyy eri tilanteissa.

Omaseurantaa tulee toteuttaa koko elintapamuutosprosessin ajan; sen avulla saa kuvan sen hetken elintavoista eri elintapamuutosprosessin vaiheissa. Sen lisäksi omaseuranta auttaa realististen tavoitteiden laatimisessa valmistautumisvaiheessa ja sen avulla saa palautetta onnistumisesta toiminta- ja ylläpitovaiheessa. Oman toiminnan ja motivaation lisäksi asiakas tarvitsee voimavaroja, joita ovat sosiaalinen tuki, positiivinen mieliala ja sopiva elämäntilanne elintapamuutoksen toteuttamiseksi. (Alahuhta 2010, 69.)

3.3 Sairaanhoidajan rooli omahoidon tukemisessa

Kun potilas tulee terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle, hänellä on yleensä syy tai vaiva, johon hän hakee apua, tai hän tulee lääkärin tai puolison kehotuksesta. Terveystarkastusten ja seulontojen yhteydessä mahdollinen sairaus tai riskitekijä pyritään löytämään mahdollisimman varhain. (Routasalo & Pitkälä 2009,14.)

Potilaslähtöisessä omahoidossa ammattihenkilö, esimerkkinä diabeteshoitaja, tuo hoitoon ja sen suunnitteluun oman ammatillisen tietonsa ja osaamisensa. Diabeteshoitaja sovittaa omat tietonsa ja osaamisensa sekä potilaan tiedot, toiveet, odotukset, arkielämän tilanteet ja valmiudet huomioon ottaen hänen omahoitonsa ja sen hetkiseen elämäntilanteeseen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 9.)

Potilaalle on kerrottava hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Laki 785 / 1992). Hoitoon sitoutuminen on osa terveystietämystä ja vaikuttaa ohjattavan kykyyn muuttaa elämäntyyliään (Joanna Briggs Instituutti 2010). Ohjauksella on aina tavoite ja päämäärä, jota ei voida saavuttaa ilman ohjattavan omaa tahtoa sekä osallistumista. Erilaisten menetelmien

avulla ohjaaja voi ohjata ja motivoida asiakasta erilaisiin muutoksiin. (Turku 2007, 33-34.) Toimintaa ohjaava liikkeellepaneva voima on motivaatio (Kyngäs & Henttinen 2008, 28). On myös tärkeää, että diabeetikon omahoitoa tukee tuttu hoitaja, joka jo tuntee asiakkaan. Asiakkaalle tulee pitkä hoitosuhde hoitopaikkaan. Pitkäaikaisten tai kroonisten terveysongelmien hoidossa suunnitelmallisesti toistuvat käynnit vastaanotolla kuuluvat keskeisenä osana hoitoon. (Meriranta 2009, 60 -75.)

Muutosvaiheen tunnistaminen ja muutoksessa tukeminen

Elintapojen muutos on yksilön terveystietoisuuden muuttumista. Terveystietoisuudella tarkoitetaan sellaista yksilön toimintaa ja käyttäytymistä sekä senkaltaisia valintoja, joilla on joko negatiivisia tai positiivisia vaikutuksia hänen terveyteensä. (Prochaska & Prochaska 2011.) Prochaskan transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992) on yksi eniten hyödynnettyistä elintapamuutoksen yhteydessä käytetyistä teorioista. Muutosprosessi on usein spiraalimainen, jolloin henkilö voi palata muutosprosessissa myös takaisin aiempiin vaiheisiin. Muutos etenee esiharkinta-, harkinta- ja valmistautumisvaiheeseen. Valmistautumisvaiheesta toiminta ja ylläpitovaiheeseen sekä edelleen päätösvaiheeseen. (Prochaska ym. 1992.)

Tietoisuuden muutosprosessin eteneminen riippuu siitä, onko potilas jo vahvasti motivoitunut elämäntapamuutokseen ja siten kaipaa tukea konkreettiseen toimintaan vai pitääkö motivaatiota vielä herätellä tai vahvistaa. Harkittu, tietoinen motivaatio koostuu toimintaa ja sen tuloksia koskevista odotuksista ja omaa itseä koskevista käsityksistä. (Absetz & Hankonen 2017,1016.)

Alahuhtanen (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Ohjausprosessin alussa tutkittavista 68 % oli harkintavaiheessa, 9 % valmistautumis- ja 14 % toimintavaiheessa ja ohjausprosessin lopussa 24 % oli harkinta-, 33 % valmistautumis- ja 40 % toimintavaiheessa. Tutkittavista 40 edistyi elintapamuutoksensa suhteen, 18 pysyi ennallaan ja 5 taantui. Puolentoista vuoden kuluttua ohjausprosessin päättymisestä noin puolet tutkittavista oli ylläpitovaiheessa jonkun elintavan suhteen (kuidun ja rasvan käyttö, ruokamäärä, ateriarytmi, liikunta, alkoholin käyttö). Repsahduksesta raportoi 21 henkilöä. Niitä oli tapahtunut eniten ruokamäärän rajoittamisen suhteen. (Alahuhta, 2010, 51-55.) Elintapamuutos vaatii vaivannäköä ja voimavaroja. Elintapamuutoksen hyötynä nähtiin terveyden ja toimintakyvyn paraneminen. Painonhallinnan

onnistumisen edellytyksiä olivat oma toiminta, motivaatio ja voimavarat. Sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute vaikeuttivat painonhallintaa. (Alahuhta, 2010, 56-59.)

Omaehtoinen motivaatio johtaa pitkäaikaiseen muutokseen, joten elämäntapaohjauksen tulisi tukea sitä esimerkiksi motivoivalla haastattelulla. Keskeistä menetelmässä on asiantuntijalähtöisen neuvonnan sijasta yhteistyöorientaatio potilaan ongelmien ratkaisemiseksi. Potilaassa pyritään herättämään muutospuhetta sen sijaan, että ammattilainen perustelisi muutostarvetta potilaan puolustellessa vanhojen elämäntapojensa säilyttämistä. Motivoivan haastattelun vaikuttavuudesta on useita systemaattisia katsauksia ja meta-analyyssejä. (Absetz & Hankonen 2017, 1016.) Salon terveystalveissa terveydenhoitajat käyttävät motivoivaa haastattelua.

Tanskalasten tutkijoiden meta-analyysissä oli mukana 72 satunnaistettua tutkimusta. Kolmessa neljästä tutkimuksesta motivoiva haastattelu johti tavoiteltuun muutokseen paremmin kuin tavanomainen ohjaus ja neuvonta. (Rubak ym. 2005.) Sairastumisvaarassa olevien tai jo sairastuneiden keskuudessa merkittäviä vaikutuksia voidaan saada aikaan suhteellisen vähäisillä toimilla. Motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä vaatimaansa pieneen panostukseen nähden. Se sopii useimmille potilaille ja kaikkiin elämäntapoihin. Perusterveydenhuollossa toteutetulla ohjauksella ja neuvonnalla voidaan vaikuttaa useimpiin elämäntapoihin. Seuranta osana rutiinikäyntejä näyttäisi lisäävän vaikuttavuutta. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.)

Omahoitoon ohjaaminen

Hoidon ja omahoidon ohjauksen tavoitteena on ehkäistä diabeteksen komplikaatioita ja tukea oireettomuutta ja elämänlaatua. Hoidonohjauksen tavoitteena on antaa diabeetikolle riittävät tiedot ja taidot oman hoitonsa toteuttamiseen ja omaa hoitoaan koskevien päivittäisten valintojen ja päätösten tekemiseen sekä tukea hoidossa jaksamista, ylläpitää ja parantaa elämänlaatua sekä estää diabeteksen akuutteja komplikaatioita. (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2018.) Ilkka Vuoren (2015) mukaan terveydenhuollon tulisi lisätä näyttöön perustuvaa tietoa elintapojen merkityksestä terveydelle sekä lisätä mahdollisuuksia ja voimavaroja edistää terveitä elintapoja sekä ehkäistä sairauksia (Vuori 2015, 736).

Parkkamäen (2013) tutkimuksen mukaan keskusteleva, potilaskeskeinen syventyminen omahoitoon tuki diabeetikon voimaantumista ja sitoutumista vaikuttavammin kuin perinteinen toiminta. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että nykyisestä terveydenhuollosta puuttuu voimaantumista tukeva ohjaus, jonka avulla asiakas kykenee kohentamaan omahoitoaan ja sitoutumaan siihen. (Parkkamäki 2013,141.) Elintapaohjaukseen saatu tuki voi edistää korkeariskisen potilaan muutosprosessia (Salmela 2012, 29). Tyyppin 2 diabeetikot tekevät päivittäin elämäntavoissaan valintoja (Bartol 2012). Sairauden hoitamiseen tarvitaan tietoa, motivaatiota ja osaamista. Sairaanhoidossa on avainasemassa auttamaan potilasta ymmärtämään sairautta. Ohjaamisen ja rohkaisun avulla helpotetaan potilasta sisäistämään erilaisia hoitovaihtoehtoja. (Bartol 2012.)

Diabetespotilaan ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan tunnetta ja kokemusta omahoidon mielekkyydestä ja siitä selviämisestä, sillä potilaat, jotka kokevat edes pienintä tunnetta omahoidon kanssa selviämisestä, pystyvät tekemään haastavampiakin elintapamuutoksia (Järvinen 2017, 21). Omahoito-opastuksen ominaispiirteitä ovat tasa-vertainen kumppanuus, itse säädely hoito, autonomia sekä voimaantumisen, pystyvyyden tunteen ja motivaation tukeminen (Routasalo ym. 2010, 1917).

Asiakkaiden sitoutuminen hoitoonsa tukee osallistumista. Asiakkaat haluavat hoitoaan koskevaa ohjausta ja tietoa. Asiakkaan osallisuuden turvaaminen hoidossa on tärkeää. Osallisuus sekä osallistuminen omahoitoon voidaan nähdä myös parempana hoidon laaduna. (Kyngäs ym. 2007, 34-42.) Luottamuksellinen hoitosuhde sekä hyvä diabeteksen hoito aloitetaan usein keskustelulla, miten diabeteksen hoito toteutuu. Ohjaustilanteen eteneminen perustuu asiakkaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaat odottavat hoitajan käynneiltä ja vuorovaikutukselta turvallista ja luotettavaa hoitosuhdetta, vaikka ei aina oltaisikaan samaa mieltä hoidosta. Kun asiakkaalla ja hoitajalla on samoja odotuksia ja tavoitteita hoidon suhteen, päästään paremmin tavoitteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 38.) Lääkäri tai hoitaja tuo keskusteluun mukaan asiantuntemuksensa, jota potilas tarvitsee omien ratkaisujensa tekemiseen. Potilas on oman elämänsä asiantuntija. Hän on ainoa, joka tietää, millä tavalla erilaiset ratkaisut voivat toimia hänen elämässään. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Palautteen antaminen diabetesta sairastavan suorituksesta, toimintasuunnitelman laatiminen sekä ongelmien ratkaiseminen olivat yhteydessä huomattavaan HbA1c-tason alenemiseen. Diabetesta sairastavien tieto diabeteksesta tai siihen liittyvästä ravitsemuksesta parani omahoidon ohjauksen jälkeen. (Cheng ym.2017.)

Ikääntyneiden hoidonohjauksessa on myös tärkeä ottaa huomioon ikääntyneen tapa oppia uusia asioita. Ohjaustilanteen tulee olla rauhallinen. Ohjauksessa kiirettä ja stressiä pyritään välttämään. Lisäksi oppimista edistää rauhallinen eteneminen, opittavan materiaalin jakaminen sekä jo aiemman opitun kertaaminen. (Sampolahti 2016, 14-18.)

Salmelan 2012 tutkimuksessa diabetesriskisen henkilön kokema elintapaohjauksen tarve lähtee asiakkaasta itsestään. Jos henkilöllä ei ole aikomusta muuttaa elintapojaan tai hänen asenteensa on negatiivinen hän ei todennäköisesti koe ohjaustarvetta. (Salmela 2012, 29.) Salossakin kutsutaan vastaanotolle jo varhaisvaiheessa elintapaohjaukseen saamaan, esimerkiksi lääkärin ohjaamana. Osa asiakkaista ei koe tarvetta tähän ja peruuttaa hoitajan käynnin. Yleisesti kuitenkin todetaan, että ohjaustarvetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu kansainvälisesti ja Suomessa vähän (Salmela 2012,30).

Suomessa käynnistettiin vuonna 2000 kansallinen Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämishjelma eli DEHKO 2000-2010, jossa oli tavoitteena diabeteksen ehkäisyyn tähtäävien toimenpiteiden tuleminen osaksi perusterveydenhuollon pysyvää toimintaa. (Salmela 2012,38.) Diabeetikon omahoitoon tukemisella oli keskeinen merkitys kansallisen diabetesohjelman toiminnassa. Asiakas pääsee parempiin hoitotuloksiin, kun hän pääsee osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Joskus omahoitoon voi myös väsyä, muut asiat ja elämäntilanne voivat viedä voimavarat. Yksi hoitajan tärkeä tehtävä hoidon ohjauksessa on vierellä kulkeminen, henkisenä tukena oleminen. (Winell 2008, 156.)

Vuosina 2004-2007 toteutettiin perusterveydenhuollossa Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke, D2D. Se oli suunnattu erityisesti niille, joiden riski sairastua tyypin 2 diabetekseen oli suuri. Väestötasolla haluttiin lisäksi seurata sekä lisätä tietoisuutta tyypin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä. Tutkimus osoitti, että 52 % suuririskistä naisista ja 36 % miehistä kaipasi ohjausta. Valtaosa (80%) sopi ohjatusta interventioista, joka oli yksilö- tai ryhmäohjaus ja 12 % valitsi kokonaan intervention ulkopuolelle jäämisen. (Salmela 2013, 34.)

Salmelan (2013) tutkimuksessa naiset ohjautuvat odotetusti ohjattuun interventioon miehiä todennäköisemmin. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että miehet eivät ohjautu naisia todennäköisemmin myöskään omatoimiseen muutokseen. Tarvitaan miehille räätälöityjä, monipuolisia interventioita jatkossakin. Ohjaukselle otollisimpia tässä tutkimuksessa

vaikuttivat olevan avio- tai avoliitossa asuvat, ohjaustarvetta kokevat tai lihavat naiset tai keskivartalolihavat miehet. Omatoimiselle muutokselle otollisimpia olivat normaalipainoiset ja ohjaustarvetta kokemattomat naiset. (Salmela 2013, 36.) Yksinasuvat naiset ja miehet näyttivät helpommin jäävän tai jättäytyvän sekä ohjatun, että omatoimisen intervention ulkopuolelle. Muita ulkopuolelle jääviä ryhmiä olivat ohjaustarvetta kokemattomat naiset sekä yli 65-vuotiaat ja normaalivytäröiset miehet. Hieman yllättäen myös korkea koulutus oli syy jäädä ohjatun intervention ulkopuolelle. Lisäksi lopuilta noin 30 % omatoimisen muutoksen valinneista kaipasikin ohjausta. (Salmela 2013, 36.)

Perusterveydenhuollossa ollaan puun ja kuoren välissä, koska sen odotetaan ehkäisevän diabetesta elintapaohjauksella. Kuitenkin iso osa suuririskistä asiakkaista ei kaipaa ohjausta. (Salmela 2013, 36.) Diabeteksen hoito on ennen kaikkea omahoitoa, diabeetikko tekee päivittäin käytännön ratkaisuja, jotka vaikuttavat hoidon etenemiseen. Diabetes sairautena muuttuu koko ajan, myös diabeetikoiden elämässä tapahtuu monenlaisia muutoksia, joiden vuoksi he tarvitsevat terveydenhuollon neuvoja ja tukea jatkuvasti.

Cochrane-katsauksessa (2009) kuudessa satunnaistetussa, kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin diabetesasiakkaiden yksilöllisiä, tehostettuja omahoito-ohjelmia tavallisiin hoito-ohjelmiin. Niissä interventio-ohjelmilla ei ollut vaikutusta hoitotasapainoon. Mutta niiden asiakkaiden, joiden pitkäaikainen hoitotasapaino oli heikko ja pitkäaikaisokeri yli 8 %, omahoidon yksilöllinen opastus paransi merkittävästi hoitotasapainoa verrattuna perinteisen hoitoon. Kolmessa muussa tutkimuksessa, jossa verrattiin yksilöllistä potilasohjausta ryhmäohjaukseen, ei ollut vaikuttavuudessa eroja. (Duke, Colagiuri, & Colagiuri. 2009; Routasalo ym. 2010.)

Aikaisempien tutkimustulosten mukaan potilaat ovat sitoutuneet hoitoonsa. Lorigin tutkimuksessa (2008) yhteensä 567 espanjalaista aikuista, joilla oli tyyppin 2 diabetes, satunnaistettiin tavanomaiseen hoitoon tai 6 viikon yhteisöpohjaiseen vertaisohjaukseen. 6 kuukauden jälkeen huomattiin jo pitkäaikaisokeritasapainossa vertaisohjattavilla paranemista ja 18 kuukauden kohdalla kaikki parannukset jatkuivat. Osanottajat osoittivat parannuksia omahoidossa ja voimaantumisessa, päivystyskäynnit olivat vähentyneet. (Lorig ym. 2008). Parkkamäen (2013) tutkimuksessa todetaan, että hoitohenkilökunnalta saatu tuki kannusti omahoitoon tehokkaammin kuin itsenäinen omahoito (PARKKAMÄKI 2013,141).

Vuonna 2017 julkaistiin (Cheng ym.2017) laaja satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista tehty meta-analyysi (RCT), johon hyväksyttiin mukaan yhteensä 16 tutkimusta. Kohderyhmänä olivat huonossa hoitotasapainossa olevat tyypin 2 diabetesta sairastavat henkilöt (n=3545). Kaikki meta-analyysiin sisältyvät tutkimukset (n=16) tarkastelivat omahoidon ohjauksen vaikutusta tyypin 2 diabetesta sairastavan henkilön sokeritasapainoon. Tutkimusten tulokset yhdistettiin ja todettiin tilastollisesti merkittävä pitkäaikais-sokeriarvoissa paraneminen niillä henkilöillä, jotka osallistuivat omahoidon ohjaukseen. Lisäksi tässä tutkimuksessa todettiin omahoidon ohjaukseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat pitkäaikaisen verensokeritason alenemiseen. Omahoitoon sitoutumista mitattiin mm fyysisellä aktiivisuuden määrällä sekä lääkehoitoon sitoutumisella. Diabetesta sairastavien ymmärrys diabeteksestä tai siihen liittyvästä ravitsemuksesta parani omahoidon ohjauksen jälkeen. (Cheng ym 2017.)

Suomalaisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman seurantatutkimus osoitti myös, että asiakkaat tarvitsevat tukea ja ohjeita elämäntapojen muutokseen. Tellervo Seppälä toteaa tutkimuksessaan, että väestötasolla annettavat sairauksia ehkäisevät elämäntapojen muutosohjeet eivät saavuta kaikkia. Kaikki asiakkaat eivät myöskään ole motivoituneita ottamaan ohjausta vastaan. Pelkkä sairauden riskin lisääntyminen tai muutosvaiheen kehittyminen eivät tunnu riittävän motivoitumiseksi elämäntapamuutoksiin. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi osata kiinnittää huomiota vastaanotolle tulevien potilaiden elämäntilanteeseen, ennen kuin terveyden kannalta merkityksellisiä muutosohjeita aletaan antaa. (Seppälä 2017.)

Ihmisten on helpompaa tehdä päätöksiä terveytensä suhteen, jos heitä rohkaistaan terveyden kannalta myönteisissä ratkaisuissa eikä moralisoida elämäntapojen perusteella. Hyvinkin vähäisen neuvonnan on todettu vaikuttavan ihmisen käyttäytymiseen. Oman diabeteksen ja hoidon tunteminen auttaa löytämään toimivia ratkaisuja eri tilanteisiin. (Marttila 2015,47.)

Diabeteksen ehkäisytyötä voidaan tehdä laadukkaasti myös perusterveydenhuollossa. Toiminnasta on kansanterveyshyötyä, kun kohdejoukko kyetään tavoittamaan kattavasti, ja sillä on jatkuvuutta, kun järjestelmä takaa asiakkaan valinnan mahdollisuudet ja huolehtii laadun varmennuksesta (Absetz 2010, 2390). Potilaalle on merkityksellistä tietoa, että hänellä on mahdollisuus ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön tarpeen vaatiessa. Tämä lisää myös potilaan kokemaa turvallisuudentunnetta. (Järvinen 2017, 30.)

Teknologian hyödyntäminen ohjauksessa

Moni asiakas saattaa hakea tietoa sairaudestaan myös itsenäisesti. Onkin tärkeää, että asiakasta ohjataan luotettavan tiedon lähteelle ohjaustilanteessa. Asiakkailta on myös mahdollista saada ajantasaista, tutkittuun tietoon perustuvaa omahoidon ohjausta Virtuaalisairaalan Terveyskylästä. Virtuaalisairaala 2,0 -hankkeen näkyvänä osana rakennetaan asiakkaille avointa Terveyskylä.fi-palvelua. Terveyskylä-palvelun lisäksi asiakkaille on mahdollisuus päästä ammattilaisen ohjaukseen digihoitopolun kautta. Digihoitopolut ovat suljettuja palveluita, joihin vaaditaan vahva tunnistautuminen ja joihin vaaditaan lääkärin lähete. Ammattilaisille on oma ammattilaisten osio, jossa on tarjolla työkaluja ja tietoa sekä ohjausmateriaaleja. (Terveyskylä.fi.)

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee ymmärtää, kuinka potilaat käyttävät sosiaalista mediaa omahoitoonsa liittyvissä asioissa ja miten se tulee ottaa hoitotyössä huomioon. Vuonna 2016 julkaistussa järjestelmällisessä katsauksessa oli yhteensä 22 tutkimusta, jotka käsittelivät sosiaalisen median käyttöä terveydenhuollossa. Potilaat käyttävät sosiaalista mediaa täydentääkseen terveydenhuollon palveluita ja saadakseen sosiaalista tukea. Lisäksi todettiin, että voimaantuminen sosiaalisen tuen ansiosta muuttaa hoitosuhdetta tasa-arvoisemmaksi. (Smailhodzic ym. 2016.)

4 DIABETESASIAKKAIDEN TERVEYSTARKASTUKSET

Pitkäaikaissairaat henkilöt pyritään siis pitämään mahdollisimman terveisinä ja ehkäisemään ongelmat. Terveystarkastuslain 12 § velvoittaa kunnat seuraamaan väestön terveydentilaa ja palvelujen tarvetta (Kokko ym. 2015). Diabetesasiakkaille järjestetään Suomessa terveystarkastuksia tämän lain pohjalta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimushankkeen tarkoituksena oli selvittää terveyden edistämisen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta dokumentoidun tutkimustiedon pohjalta. Tutkimuksessa tarkasteltiin monia terveydenedistämisen toimia, joilla periaatteessa voitaisiin ehkäistä mm myös tyypin 2 diabetesta, verenkiertoelinten sairauksia. Valitut toimenpiteet olivat sellaisia, joiden tavoitteena oli vähentää riskitekijöitä, jotka lisäisivät aiemmin mainittuja sairauksia. Näistä tärkeimpiä ovat liikunta, ravitsemus, ylipaino, tupakointi, alkoholin liikakäyttö, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Tutkimuksessa esitetty näyttö vaikuttavuudesta perustuu terveyden edistämistä koskeviin katsauksiin, joista osa on ns. Cochrane-katsauksia. Katsausten perusteella tunnistettiin keinot, joiden avulla voidaan vaikuttaa elintapoihin joko suoraan yksilöön kohdistuvien tai yhteisötason toimin. Samalla olisi luotava yleiset periaatteet ja mallien perusrakenteet, mikä selkeyttäisi arviointeja ja parantaisi niiden vertailukelpoisuutta. Suomessa kansantautien määrittäjiin liittyvä epidemiologinen tutkimustieto ja menetelmällinen osaaminen ovat maailman huippuluokkaa. Meillä on myös erinomaista osaamista ehkäisevien toimien toteuttamisesta. Siten myös edellytykset mallintamiselle ovat hyvät. (Kiiskinen ym 2008, 122.) Yksi tapa mallintaa tyypin 2 diabetesta sairastavien / sen riskissä olevien hoidon seuranta ovat säännölliset terveystarkastukset.

Terveystarkastuksilla tarkoitetaan diabeetikon/pre-diabeetikon käyntejä sairaanhoitajan/lääkärin vastaanotolla sairauden ja sen omahoidon seuraamiseksi. Terveystarkastuskäynneistä ensimmäinen on niin kutsuttu ensikäynti, jonne asiakas ohjataan lääkäriltä melko pian diabetesdiagnoosin saatuaan tai muussa terveystarkastuksessa ilmi tulleissa tarpeista. Ensimmäinen on ensikäynti, ja seurantakäynnit tapahtuvat 1-2 kertaa vuodessa asiakkaan tilanteesta riippuen. Ensikäynti sisältää kokonaisvaltaisen alkukartoituksen haastatteluineen ja kliinisine tutkimuksineen. Opetetaan myös omaseuranta ja sovitaan omat hoitotavoitteet.

Ensikäyntien jälkeen on seurantakäyntejä. Hyvässä hoitotasapainossa olevia ja alkuvaiheen diabetesta sairastavia voidaan seurata 6–12 kuukauden välein (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2018.) Ensikäynnin jälkeen diabeetikko ohjataan Salossa myös diabetes-ensitietoryhmään, joka on tiivis viiden käyntikerran paketti, jossa luennoitsijoina ovat muun muassa terveydenhoitaja, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, jalkaterapeutti, psykologi, ja sosiaalityöntekijä. Seurantakäynnit sovitaan yksilöllisesti siten, että otetaan huomioon muun muassa diabeteksen kesto ja potilaan ikä. Ellei hoitotavoitteita ole vielä saavutettu tai diabeetikolla on elämäntilanteeseen, hoidon toteuttamiseen tai hoidossa jaksamiseen liittyviä haasteita, suositellaan vastaanottokäyntejä 2–4 kuukauden välein tai tarvittaessa vielä tiheämmin. (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2018.)

Ensietoluentojen lisäksi jatkohoito tapahtuu terveydenhoitajan vastaanotolla. Kaikki eivät edes halua osallistua ensitietoryhmään. Seurantakäynneillä toteutuvat ohjelmoidut kliiniset ja laboratoriotutkimukset hoitosuunnitelman mukaisesti. Neuvontaa ja ohjausta sekä asiakkaan motivointia tapahtuu jokaisella käynnillä. Terveydenhoitajan perustyöhön kuuluvat terveystarkastukset ja terveydenedistäminen. Terveydenhoitajan terveystarkastus on pitkälti samankaltainen, oli sitten kyseessä pre-diabeetikko tai jo tyypin 2 diabeetikko. Muutos joka ihmisen tulee tehdä omahoitoon, on aivan sama.

Hoidon ja omahoidon ohjauksen tavoitteena on ehkäistä diabeteksen komplikaatioita ja tukea oireettomuutta ja elämänlaatua. Diabetesdiagnoosin tekemisen yhteydessä tehtävällä käynnillä diabeteksen hoitoon perehtynyt lääkäri ja hoitaja keskustelevat asiakkaan kanssa laajasti. Huomioidaan muun muassa diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien sukurasitteet, muut sairaudet, verenpaineet ja kolesteroliarvot. Lisäksi haastatellaan tämänhetkinen elämäntilanne, työ, harrastukset ja voimavarat. Elintavoista otetaan huomioon laajasti ruokailutottumukset, liikuntatottumukset, uni, alkoholin ja muiden päihteiden käyttö, tupakointi. Haastatellaan diabeteksen liittyvät oireet, väsymys, laihtuminen. (Diabetes: Käypä hoito -suositus 2018.)

Diabetes-käsikirja ohjaa Salon terveystalveissa, avoterveydenhuollossa dm-hoitajan vastaanotolla läpi käytävät asiat. Asiakkaalle tehdään kliininen tutkimus, dm-riskitesti, finnriski, lasketaan painoindeksi, mitataan vyötärön ympäryys sekä esimerkiksi pitkäaikaissokeet, verensokerit ja verenpaineet. Näiden tuloksista keskustellaan asiakkaan kanssa. Huomioidaan myös asiakkaan elämäntilanne ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Suun ja hampaiden kunnosta ja hoidosta muistutetaan. Vastaanotolla asiakkaalle opetetaan omamittari ja verensokereiden omaseuranta sekä sovitaan seuraava käyntikerta,

hoitotavoitteet ja ohjataan jo valmiiksi laboratorioskäynnit. (Diabetes: Käypä hoito- suositus 2018.)

Seuraavilla seurantakäynneillä asiakkaan kanssa käydään läpi jalkojen tarkistus, neuropatiaan viittaavat löydökset sekä silmänpohjakuvaukset retinopatian pois sulkemiseksi. Yhdessä asiakkaan kanssa käydään läpi tutkimustulokset (laboratorioarvot, RR, paino) ja kotimittaukset sekä uudelleen kysellään, onko tehnyt muutoksia esimerkiksi ruokavalioon ja liikuntatottumuksiin. Laboratoriotutkimukset on hyvä käydä yhdessä asiakkaan kanssa vastaanotolla läpi, jotta hän ymmärtää niiden tulokset ja omahoidon vaikutukset niihin. Keskeisimpiä laboratoriotutkimuksia ovat paasto- ja HbA1c-pitkäaikainen sokeri, lipidit, ALAT (usein koholla ja heijastaa maksan rasvoittumista) sekä munuaisten toimintaa kuvaavat arvot (Salon terveyskeskus, Diabetes-käsikirja)

Asiakkaalle tehdään myös hoitosuunnitelma. Se on hyvä työkalu diabeteksen hoidossa sekä terveydenhuollon ammattilaisille, että diabetesta sairastavalle itselleen. Hoitosuunnitelma kokoaa ja tiivistää hoitoon liittyvät linjaukset, hoidon järjestämisen ja seurannan. Hoitosuunnitelma liitetään erillisenä asiakirjana potilaan terveystietomukseen. (Ilanne-Parikka 2015, 41.) Hoitosuunnitelma takaa potilaille suunnitelmallisen hoidon, vaikka hoitava lääkäri tai hoitaja välillä vaihtuisikin (Meriranta 2009, 60 -75).

Tavoitteet terveystarkastuksille ovat tietysti asiakaskohtaiset. Mikäli omahoito ja terveystilanne sallivat, säännölliset terveystarkastukset ohjelmoidaan hoitosuunnitelman mukaisesti 1-2 kertaa vuodessa hoitajalle ja 1 x vuodessa lääkärille vuosikontrolliin, tarpeen mukaan useammin. Pitkäaikaisten tai kroonisten terveysongelmien hoidossa suunnitelmallisesti toistuvat käynnit vastaanotolla kuuluvat keskeisenä osana hoitoon. Terveyskeskukset Suomessa tukevat potilaita elintapamuutoksessa yksilö- ja ryhmäohjauksin. Kroonisten kansansairauksien hyvä ja vaikuttava hoito on tärkeää, ja hyviin tuloksiin voidaan ja niihin pitää kannustaa (Meriranta 2009, 60 -75).

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä. Tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. (Hirsjärvi ym. 2008, 133.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä, että tutkija tutustuu aiempaan teoriaan tarkasti, ja löytää johtopäätökset aiemmista tutkimuksista. Tutkijan tulee tehdä aineiston keruun suunnitelma, jossa todetaan, että tutkimus perustuu määrälliseen tutkimukseen. Lisäksi on hyvä tehdä otantasuunnitelma sekä koehenkilöiden valinta, määritellään perusjoukko, johon tulosten tulee päteä. (Hirsjärvi ym 2008, 136.) Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää diabetesiakkaiden näkökulmasta terveystarkastuksien merkitys Salon terveystarveluissa eli se, onko Salon terveystarkastuksen diabeteshoitajan vastaanotolla tehtävä terveystarkastus asiakkaan hoitoa ja omahoitoa tukeva. Tavoitteena on, että tutkimustulosten pohjalta kehitetään terveystarkastuskäynnillä toteutettavaa ohjaustapaa siten, että se tukisi asiakasta entistä paremmin.

Tutkimusongelmat:

1. Miten diabetesiakkaat kokevat hoitajan ohjaustavan ja terveystarkastusten merkityksen omahoidon tukemisen näkökulmasta?
2. Miten hyvin diabetesiakkaat ovat sitoutuneet omahoitoonsa?

5.2 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto

Tämä tutkimus oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Määrällisiä aineistoja saadaan esimerkiksi kyselylomakkeella, suorittamalla mittauksia mittalaitteilla ja käyttämällä olemassa olevia tietokannoista löytyviä tietoja. Laadullisia aineistoja saadaan esimerkiksi haastattelemalla, havainnoimalla ja käyttämällä olemassa olevia dokumentteja (Taanila 2011, 2.) Aineistonkeruumenetelmä oli strukturoitu kysely ja aineisto kerättiin diabetesasiakkailta. Kyselylomake perustui kirjallisuuskatsaukseen ja se tarkistettiin diabeteshoitajilla. Esitestaajiksi pyydettiin diabetesasiakkaita.

Tutkimusjoukon muodostivat ne tyypin 2 diabeetikot Salon terveystalouksissa, jotka kävivät diabeteshoitajan vastaanotolla sen 3 viikon aikana, jolloin tutkimusaineisto kerättiin (n = noin 150). Kysely oli harkinnanvarainen näyte. Kyselylomake koostui eri osa-alueista. Kyselylomakkeessa oli 6 taustakysymystä ja varsinaisia kysymyksiä oli 30, vastausasteikko oli 1-5, kysymykset 7- 21 vastasivat tutkimusongelmaan 1 ja kysymykset 22-37 vastasivat tutkimusongelmaan 2. (Liite 1.)

5.3 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus

Kysely jaettiin Salon terveyskeskuksessa diabeteshoitajan vastaanotolla käyneille dm II -asiakkaille, jokaisella terveystalouksella yhteensä 150 kappaletta. Tutkittavia lähestyttiin saatekirjeellä (Liite 2), joka oli kyselylomakkeen ensimmäisenä sivuna. Asiakkailta oli mahdollisuus vastata joko paperiselle kyselylomakkeelle tai sähköiseen kyselylomakkeeseen. Lisäksi asiakkaat saivat ohjeet lomakkeen täyttämiseen sekä vastaamiseen, ja milloin lomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa terveystaloukselle. He saivat postimerkillä varustetun kirjekuoren, jonka sai terveyskeskuksen laskuun. Tutkimus täytettiin nimettömänä. Toisena vaihtoehtona oli vastata sähköiseen kyselyyn Webropol-alustalla. Myös kotisivuille laitettiin linkki Webropol-kyselyyn.

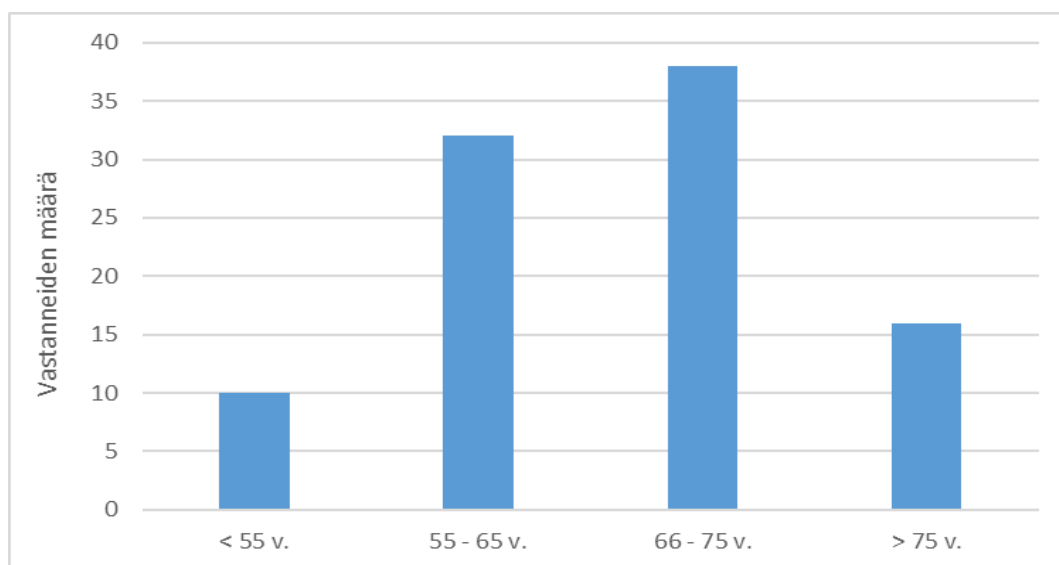
Aineiston keruu tapahtui ajalla 1.3.18-30.3.18, jonka jälkeen sähköinen Webropol-alusta sulkeutui. Aineisto analysoitiin Webropolissa olevalla Excel-ohjelmalla. Aineistosta laskettiin prosenttijakaumat, joita havainnollistetaan pylväskuvioilla. Avokysymyksiin annetut vastaukset luokiteltiin. Tutkimus julkaistiin keväällä 2019 Theseus-tietokannassa kehittämishankkeen yhteydessä ja esiteltiin Salon terveyskeskuksessa.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkittavien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 96 diabetesasiakasta, koko Salon alueelta, joista paperisia 77 kappaletta. Vastausprosentti oli 70 %. Tutkimuksen taustatiedoilla selvitettiin vastaajien sukupuoli, ikä, pituus, paino. Lisäksi tiedusteltiin, kokivatko vastaajat ongelmaa vastaanotolle hakeutumisessa sekä minkälainen vastaanottomuoto koettiin parhaiten sopivaksi. 51 % vastaajista oli miehiä ja 49 % vastaajista naisia.

Vastaajien ikä jaettiin neljään ikäryhmään. Eniten (38 %) vastaajia kuului ikäryhmään 66-75-vuotiaat, ja toiseksi suurin ryhmä oli 55-65-vuotiaat. (Kuvio 1) Vastaajien keski-ikä on 68 vuotta.



Kuvio 1. Vastaajien ikä (n= 96)

Naisten pituus vaihteli välillä 147-171 cm keskipituuden ollessa 162 cm. Miesten pituus vaihteli välillä 168 - 191 cm keskipituuden ollessa 177 cm. Naisten paino vaihteli välillä 60 – 146 kg ollen keskiarvoltaan 88 kg. Miesten paino vaihteli välillä 68-153 kg ollen keskiarvoltaan 96 kg. Vastaajien BMI:n keskiarvo oli miehillä 30 ja naisilla 33.

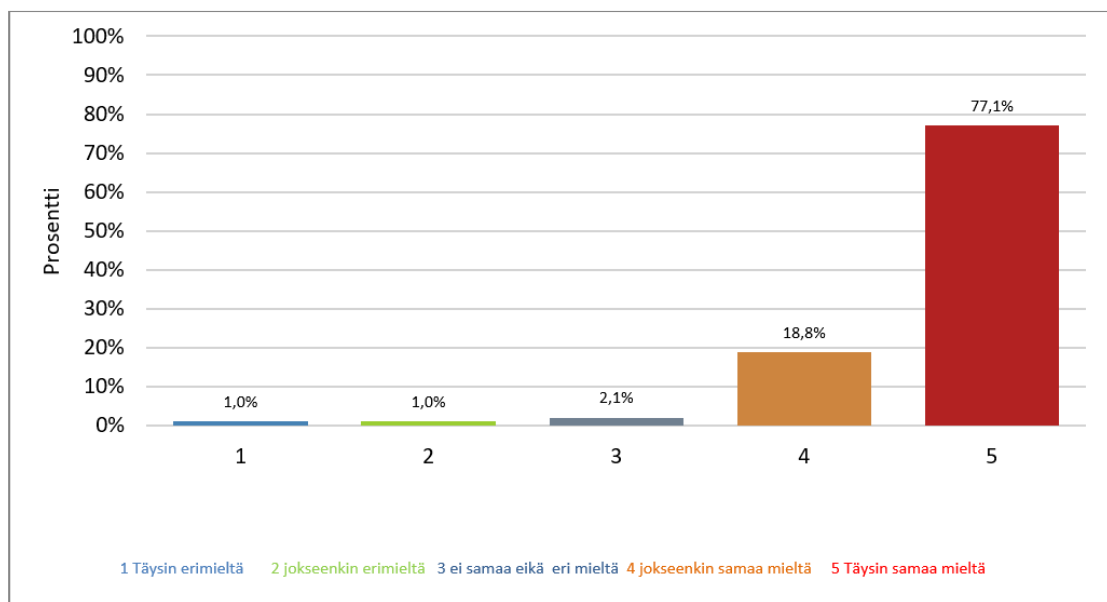
Lähes kaikki vastaajista (99 %) kokivat, että ei ole ollut ongelmia vastaanotolle hakeutumisessa. Vain 1 % vastaajista ilmoitti, että ongelmana on ollut vastaanotolle hakeutumisessa oma henkilökohtainen motivaation puute.

Kyselyssä haluttiin selvittää, minkälaisen vastaanottomuodon asiakkaat kokivat itselleen parhaiten sopivaksi. 100 % vastaajista koki itselleen parhaiten sopivan vastaanottomuodon olevan yksilöohjaus vastaanotolla.

6.2 Diabetesasiakkaiden kokemus hoitajan ohjaustavasta ja terveystarkastusten merkityksestä omahoidon tukemisen näkökulmasta

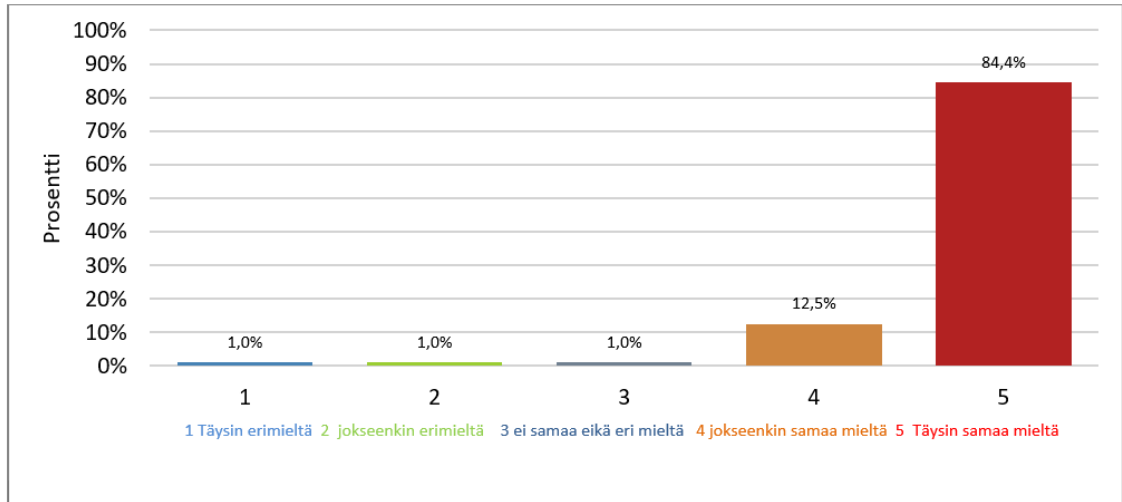
Diabetesasiakkaiden kokemusta terveystarkastuksen merkityksestä mittasivat kyselylomakkeen kysymykset 7, 10, 11, 16, 18 ja 19. Vastaajat saivat valita itselleen sopivan vaihtoehdon asteikolla 1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 4 jokseenkin samaa mieltä, 5 täysin samaa mieltä.

Vastauksien mukaan lähes kaikki (97 %) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että diabeteshoitajan antama ohjaus on ollut hyödyllistä omahoidon kannalta (Kuvio 2)



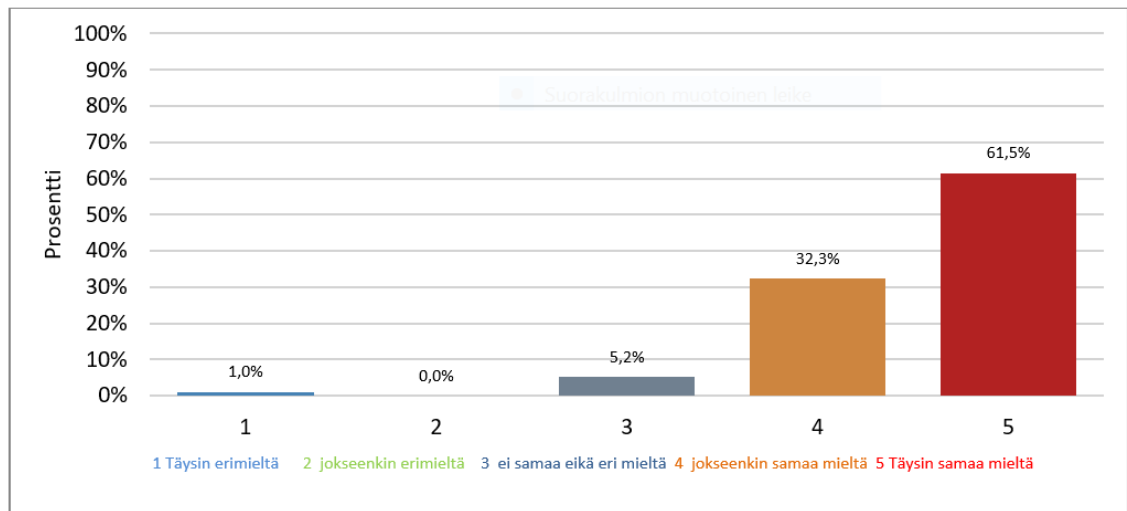
Kuvio 2. Diabeteshoitajan antaman ohjauksen hyödyllisyys omahoidon kannalta (n=96)

Suurin osa (96 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kokivat terveystarkastuskäynnit tarpeellisiksi. (Kuvio 3.)



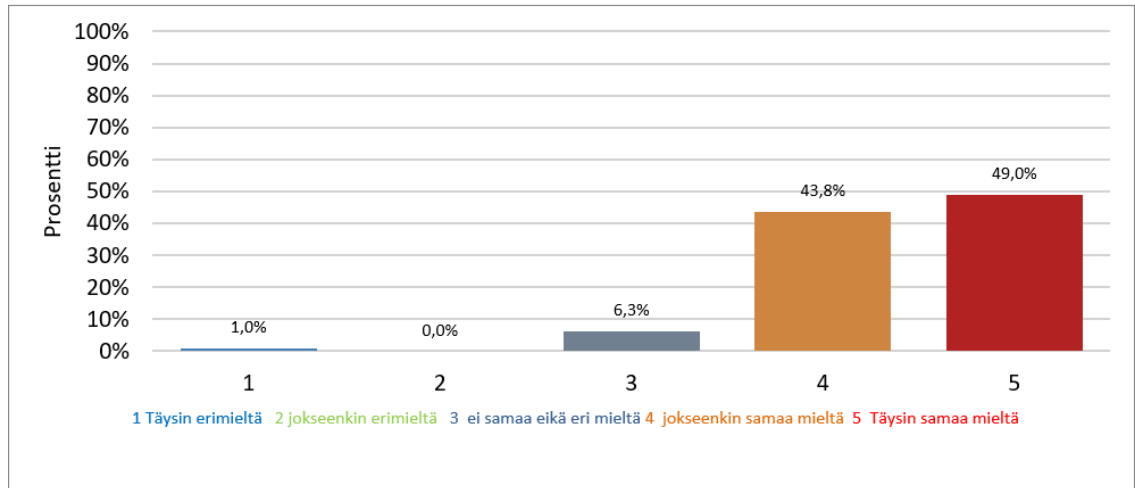
Kuvio 3. Omahoidon kannalta terveystarkastukset koki tarpeellisiksi (n=96)

Suurin osa (94 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitaja on saanut motivoitua omahoitoon, silloinkin, kun itse on ollut siihen väsynyt. 5 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 4)



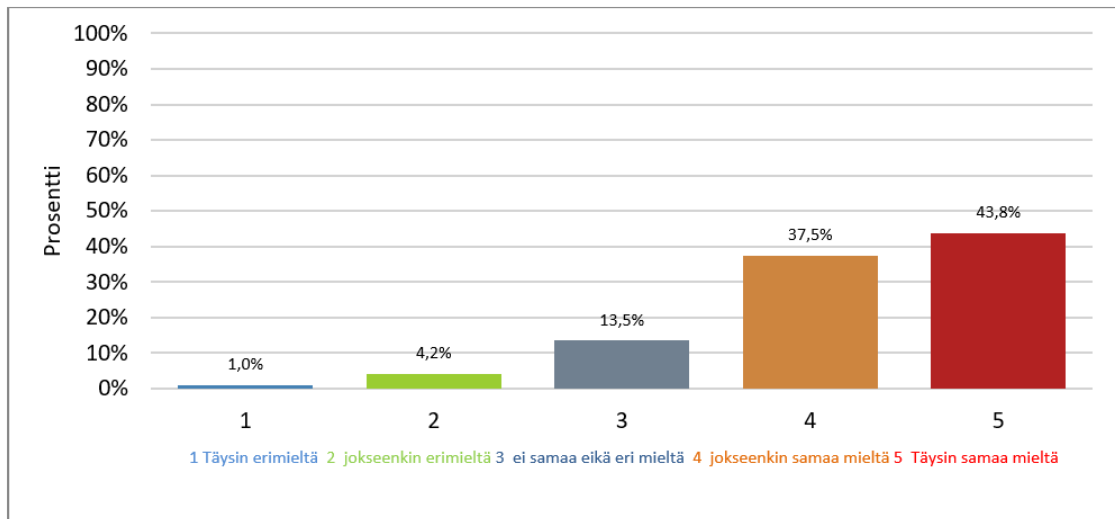
Kuvio 4. Hoitaja motivoi asiakkaan omahoitoonsa (n=96)

Vastaajista lähes kaikki (93 %) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitaja on saanut ajattelemaan elämäntapoja ja niiden muuttamisen tarvetta. 6 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 5.)



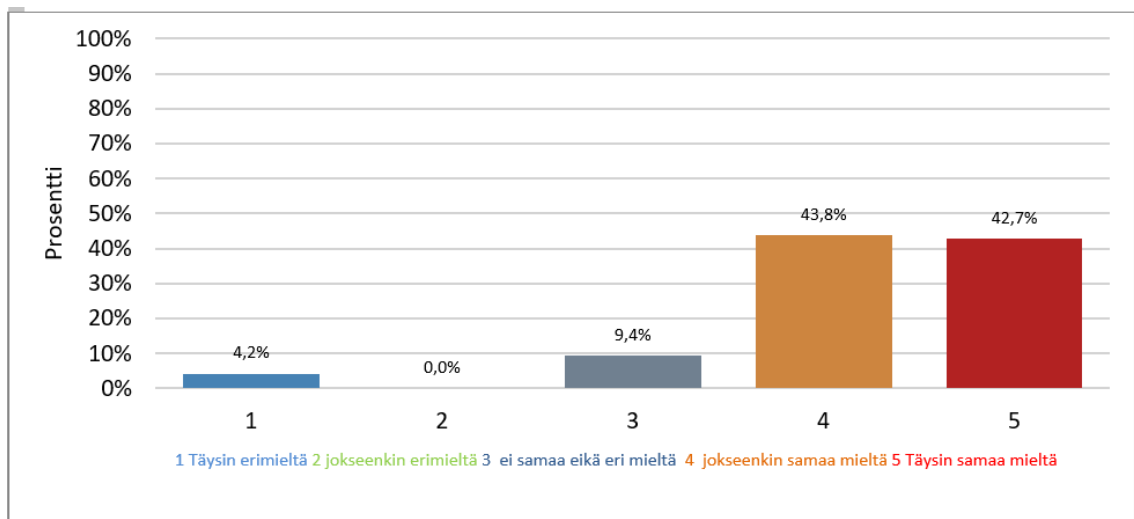
Kuvio 5. Hoitaja on saanut asiakkaan ajattelemaan elämäntapoja ja niiden muuttamisen tarvetta (n= 96)

Suurin osa (82 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitajan vastaanotolla käyntien ansiosta hän motivoitui lisäämään liikuntaa. 14 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 4 % oli jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Motivoituminen liikunnan lisäämiseen hoitajan vastaanottokäyntien ansiosta (n=96)

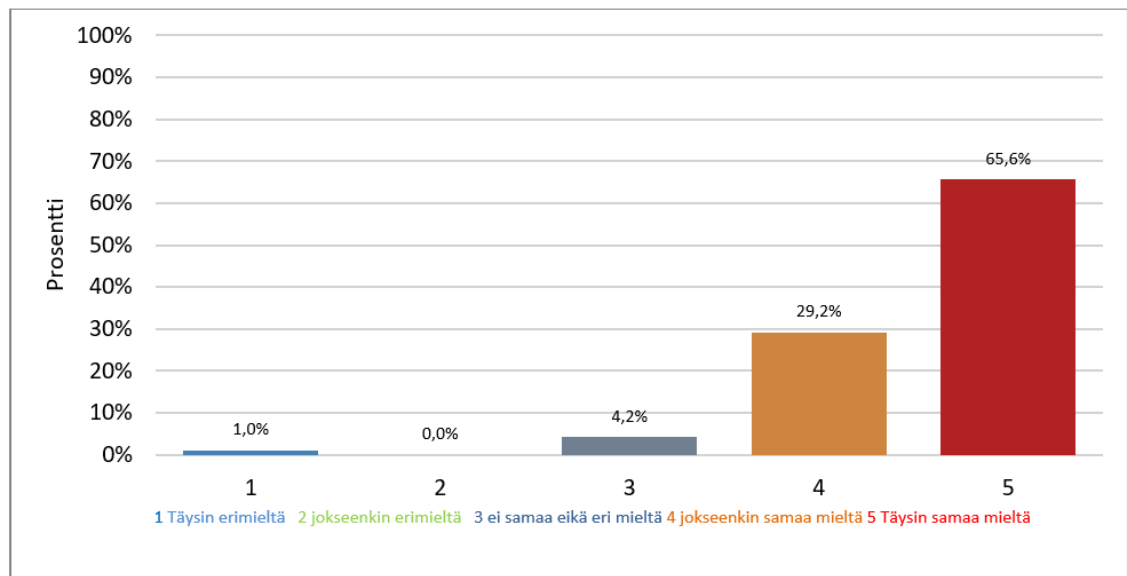
Suurin osa (87 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitajan vastaanotolla käyntien ansiosta hän motivoitui muuttamaan ruokavaliotaan. 9 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 4 % vastaajista oli täysin eri mieltä. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Motivoituminen muuttamaan ruokavaliotansa hoitajan vastaanottokäyntien ansiosta (n=96)

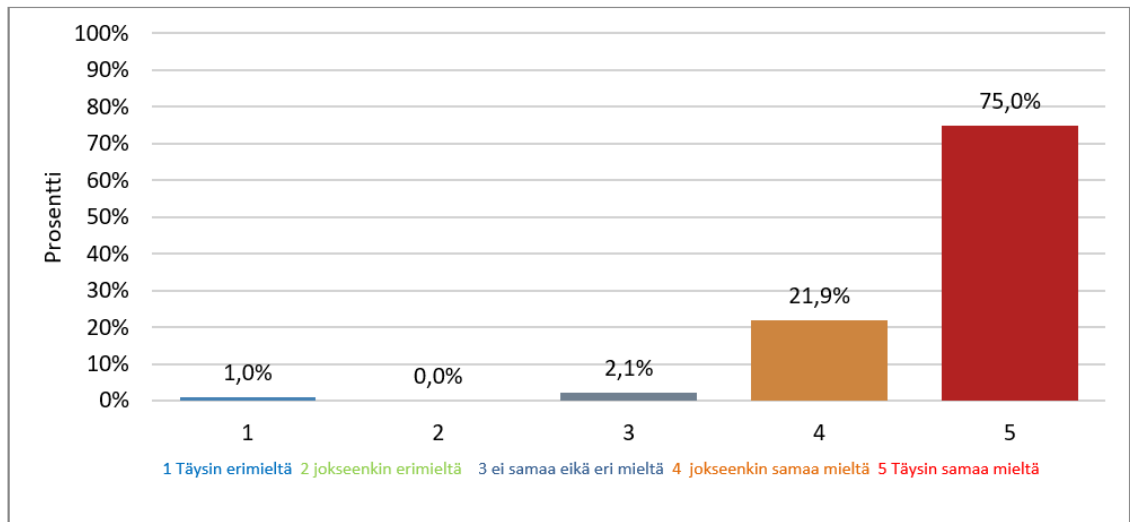
Diabetesasiakkaiden kokemusta hoitajan ohjaustavasta mittasivat kyselylomakkeen kysymykset 8–9, 12–15, 17 ja 20.

Lähes kaikki (94 %) vastaajista olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että diabeteshoitajan antamat ohjausmateriaalit ovat olleet selkeät. 4 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 8.)



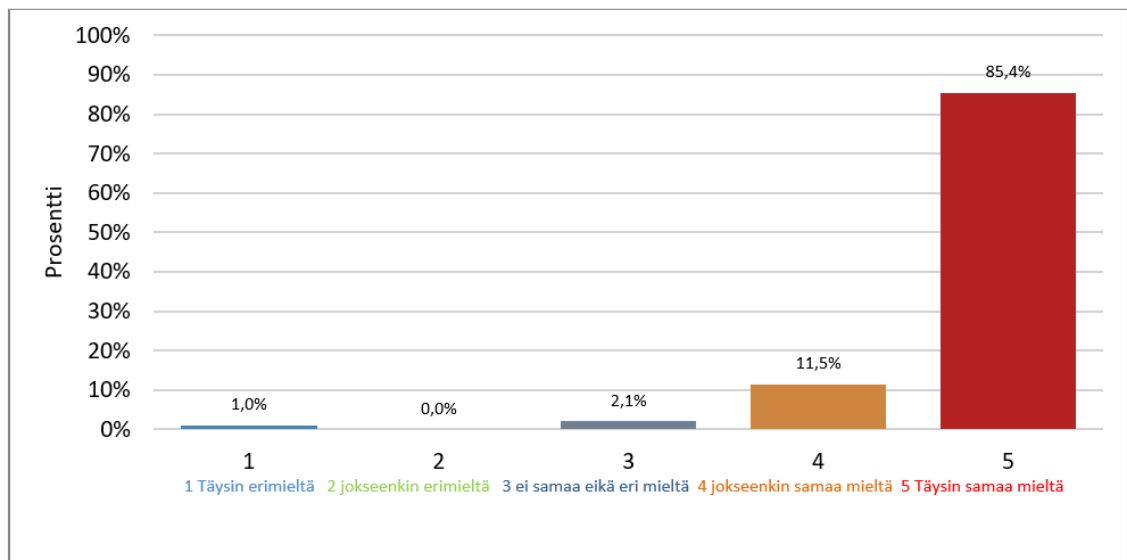
Kuvio 8. Diabeteshoitaja on antanut selkeät ohjausmateriaalit (esim. kuvat, ohjelehtiset) (n=96)

Lähes kaikki (97 %) vastaajista olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitajan antamat kotihoito-ohjeet ovat olleet selkeät. (Kuvio 9.)



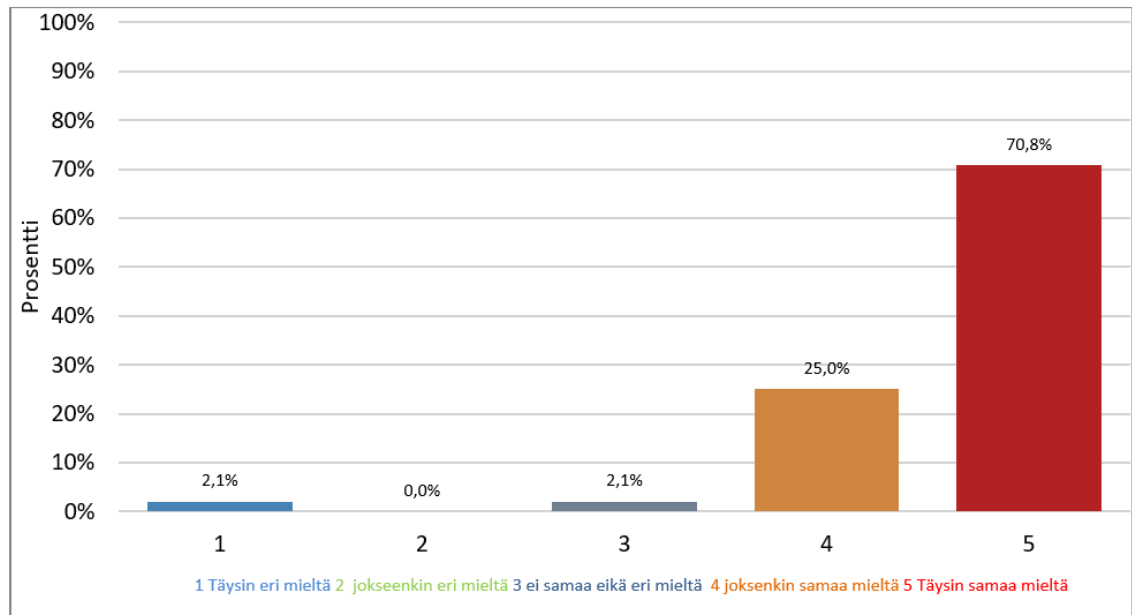
Kuvio 9. Hoitaja antanut selkeät kotihoito-ohjeet (n=96)

Vastaajista lähes kaikki (97 %) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitaja oli kuunnellut vastaajien huolia ja ajatuksia. 2 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 10.)



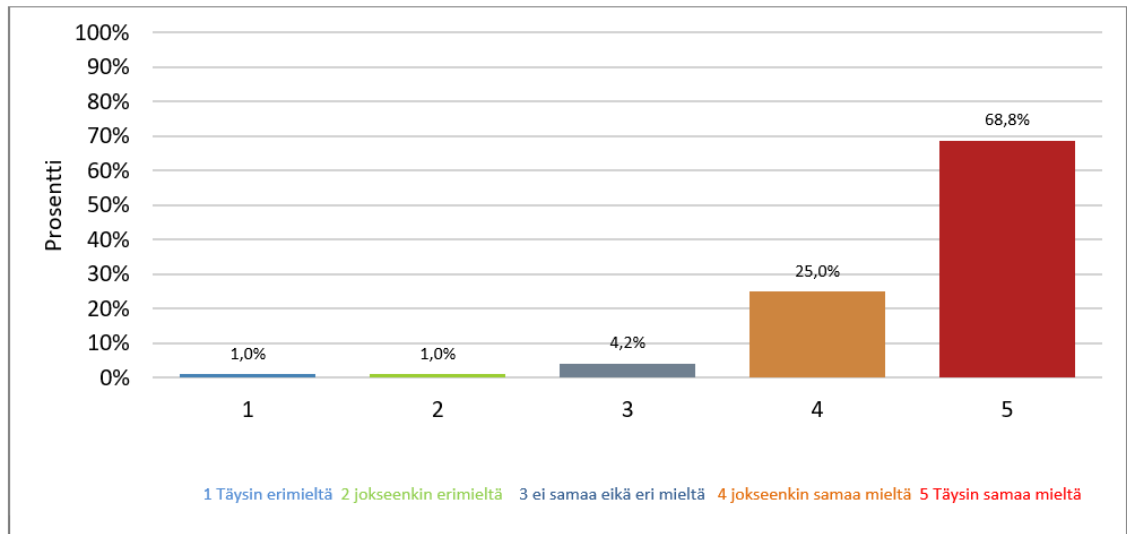
Kuvio 10. Hoitaja kuunnellut ajatuksia/huolia (n=96)

Lähes kaikki (96 %) vastaajista olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitaja on ottanut ohjauksessa huomioon vastaajan elämäntilanteen. 2 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 2 % oli täysin eri mieltä. (Kuvio 11.)



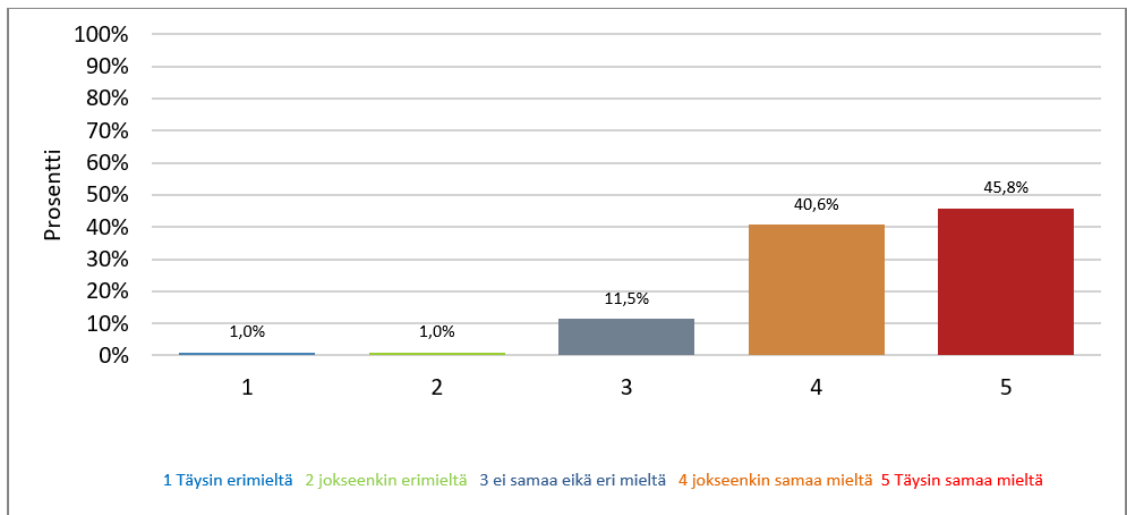
Kuvio 11. Hoitaja ottanut ohjauksessa huomioon elämäntilanteen(n=96)

Vastaajista suurin osa (69 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että on saanut hoitajalta myönteistä palautetta. Neljännes (25 %) oli tästä jokseenkin samaa mieltä. 4 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 12.)



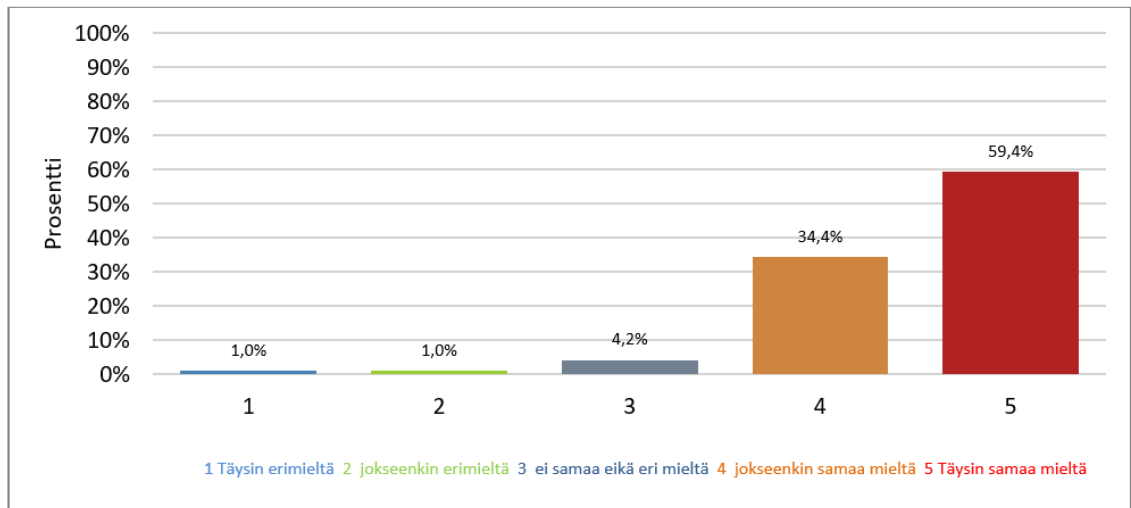
Kuvio 12. Myönteisen palautteen saaminen hoitajalta omahoidosta (n=96)

Suurin osa (86 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että osallistui aktiivisesti omahoitonsa tavoitteiden laadintaan. 11 % ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 13.)



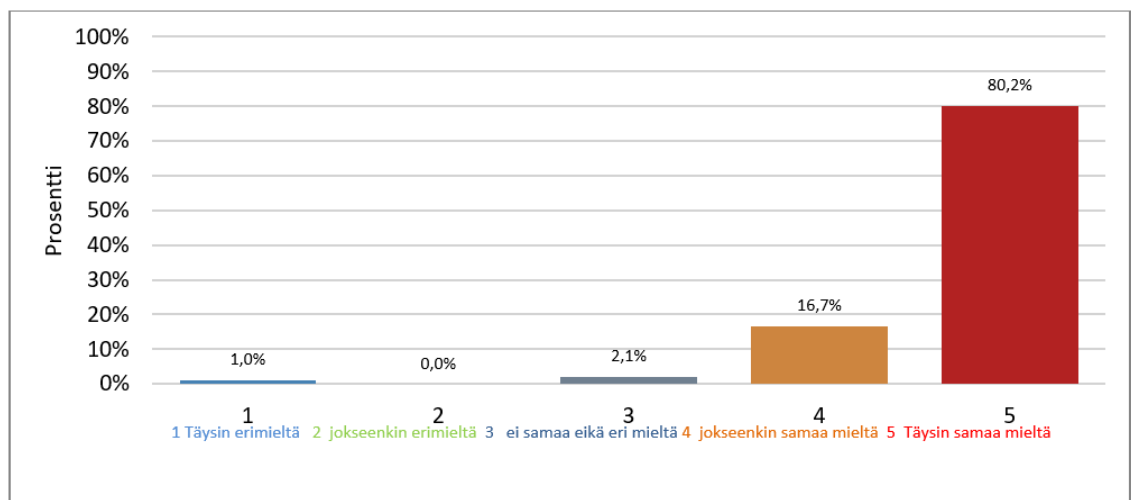
Kuvio 13. Aktiivinen osallistuminen omahoidon tavoitteiden laadintaan (n=96)

Yli puolet (59 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitaja on pyrkinyt motivoimaan asiakasta löytämään keinoja elämäntapamuutosten tekemiseksi. Runsas kolmannes (34 %) oli tästä jokseenkin samaa mieltä. 4 % vastaajista, ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Motivointi löytämään keinoja elämäntapamuutosten tekemiseksi (n=96)

Vastaajista lähes kaikki (97 %) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietävät, minne ottavat yhteyttä, jos heille tulee ongelmia omahoidossa. 2 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Omahoidon ongelmien ilmaantuessa tietää minne ottaa yhteyttä (n=96)

Lopuksi diabetesasiakkaille esitettiin avoin kysymys, **miten heidän mielestään hoitajan vastaanoton palveluja ja ohjantaa voitaisiin kehittää, jotta se tukisi entistä paremmin heidän omahoitoaan diabeteksen suhteen.** Kysymykseen vastasi 56 henkilöä.

Monet vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, eivätkä kokeneet mitään tarvetta muutoksille:

”En tiedä miten hyvää voi enää parantaa”

”Omahoitajan kanssa asiat ovat hoituneet hyvin”

”Olen tyytyväinen nykyiseen, hoitajani on erittäin tehokas.”

”Saamani ohjaus ja neuvonta ovat olleet sopivia ja riittäviä. Vain lääkitys on aiheuttanut kysymyksiä, joihin vastauksen saaminen tapahtuu viiveellä, koska välitöntä yhteyttä lääkäriin ei ole. Ruotsissa on tietämäni mukaan tapaamisissa aina d-hoitaja ja lääkäri.”

Vastauksista tuli esille myös toive mahdollisuudesta sähköiseen asiointiin:

”Sähköisesti toivon jatkossa pystyväni asioimaan, olisi helpompaa jatkaa yhteydenottoa oman hoitajan kanssa ja saada neuvoja ”

”Noiden kasvokkain tapaamisien antaman ohjeistuksen sekä koti seurannan tulosten purkamisen lisäksi kokisin, että nyky-yhteyksillä järjestettävissä oleva ”kasvokkain yhteys” kuvallisen pikaviestimen kautta olisi todella merkittävä askel eteenpäin. ”

”Sähköinen keskustelualue, jonne voi lähettää kysymyksiä ”

Lisäksi vastauksissa asiakkaat toivoivat, että dm-hoitaja olisi aina sama. Nyt on alueita, joilla lähes joka kerta terveydenhoitaja on vaihtunut viimeisen kolmen vuoden aikana.

Toive tuesta mittausarvojen seurantaan:

”Toiveena useammin verenpaineen seuranta ja punnitukseen”

Toive ohjaustuesta omahoitoon:

”vanhojen tuttujen asioiden kertausta”

”Ravitsemusterapeutin ohjaus ”

”Sellaiseen ryhmäyhteyteen olisi helppo ohjelmoida myös hoitajan (hoitoalaa opiskelevien) antamaa lyhytluentoa diabeetikon omahoidosta”

”Ajankohtaisia lehtisiä jakoon ”

”Kokonaisvaltainen toteutus, ravitsemus, liikunta, selkeät tavoitteet, seuranta”

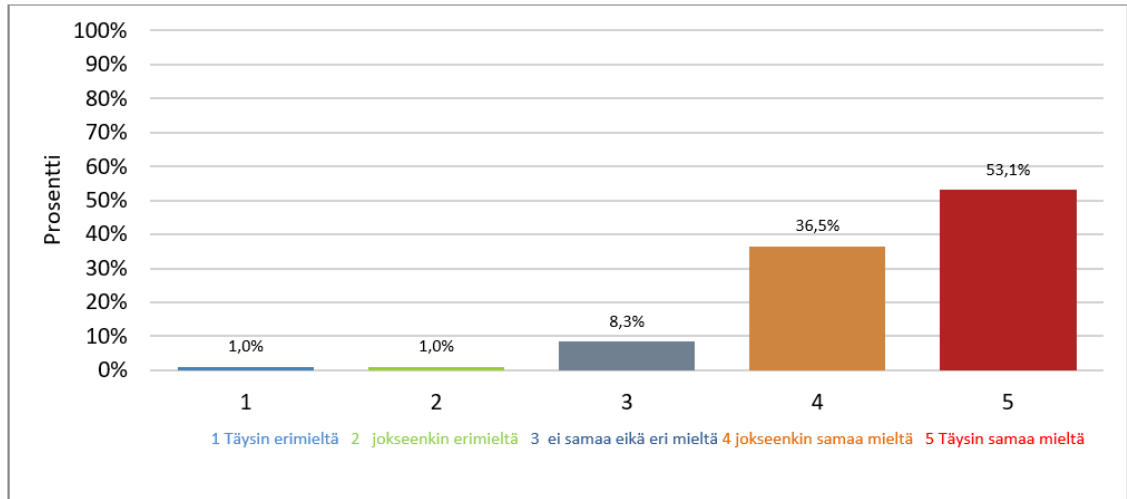
Vertaistukea kaivattiin:

”Joko määräaikainen ja varattavissa oleva taikka jopa samantapaisten ongelmien kanssa ”painivien” yhteinen yhteydenotto ryhmänä, jossa hoitajan ohjaillessa jaettaisiin vertaistuellisia kokemuksia.

6.3 Diabetesasiakkaiden sitoutuminen omahoitoon

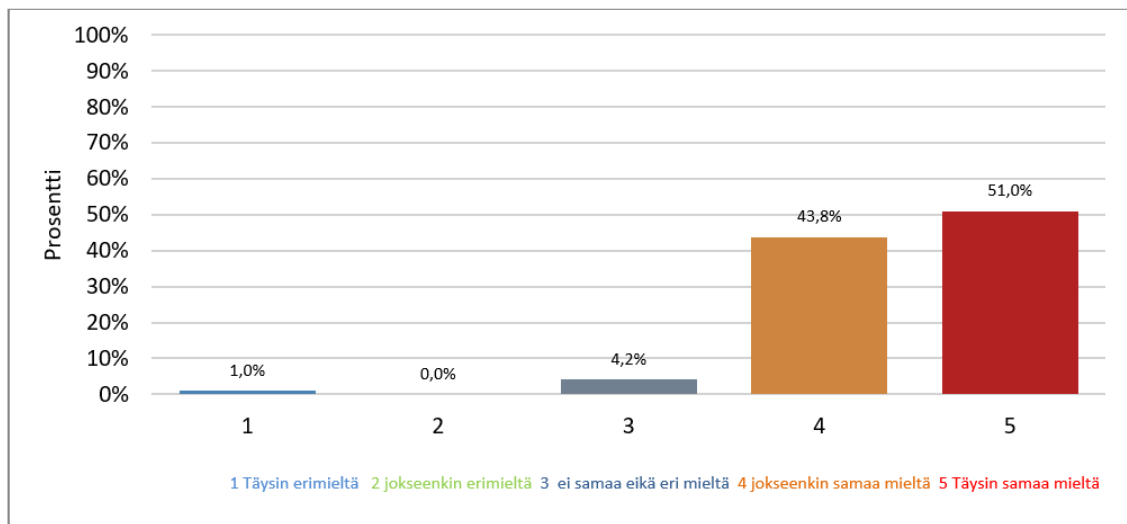
Omahoitoon sitoutumista mitattiin kysymyksillä, jotka kuvasivat asiakkaiden ymmärrystä hoidostaan (kysymykset 22–26), heidän käyttäytymistään omahoidon toteuttamisessa (kysymykset 27–33, 36) sekä heidän fysiologista tilaansa (kysymykset 34–35 sekä pituuden ja painon perusteella laskettu BMI).

Suurin osa (90 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät mielestään riittävästi diabeteksen ruokavalioon liittyvät asiat. 8 % vastaajista ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 16.)



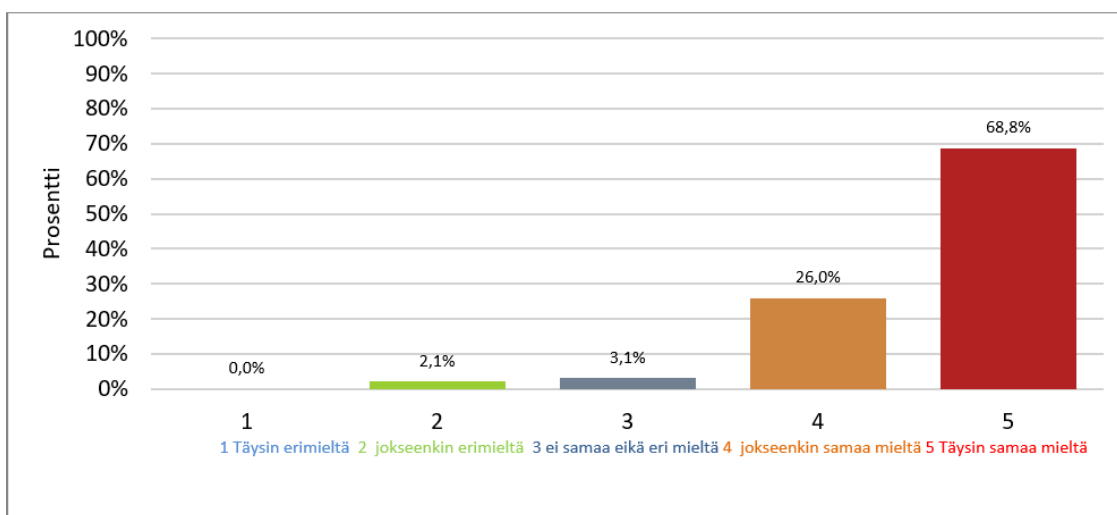
Kuvio 16. Riittävä ymmärrys diabeteksen ruokavaliohoitoon liittyvistä asioista (n=96)

Suurin osa (95 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät mielestään riittävästi diabeteksen lääkehoitoon liittyvät asiat. 4 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 17.)



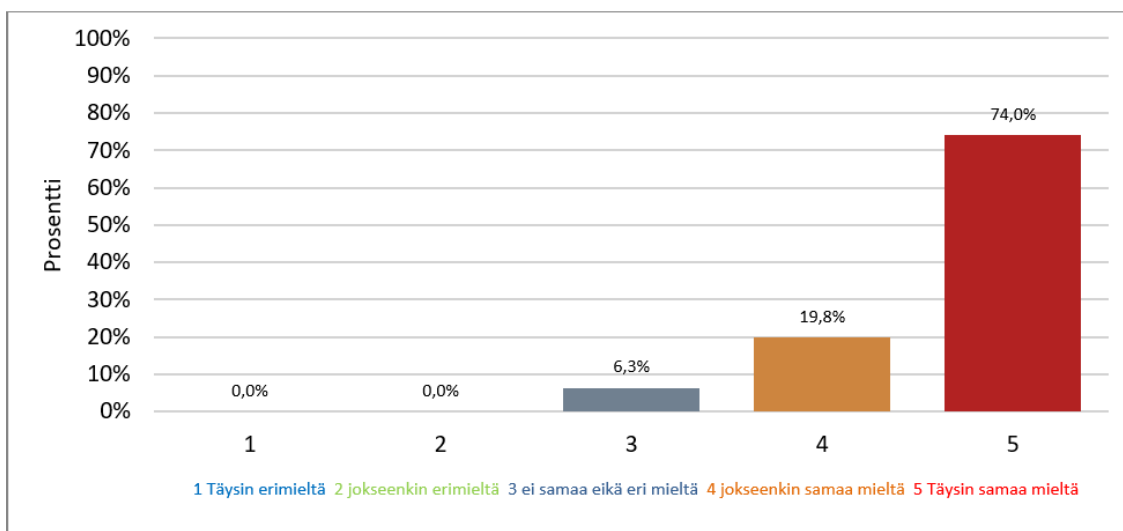
Kuvio 17. Riittävä ymmärrys diabeteksen lääkehoitoon liittyvistä asioista (n=96)

Suurin osa (95 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät, miten liikunta vaikuttaa diabeteksen hoito tasapainoon. 3 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 18.)



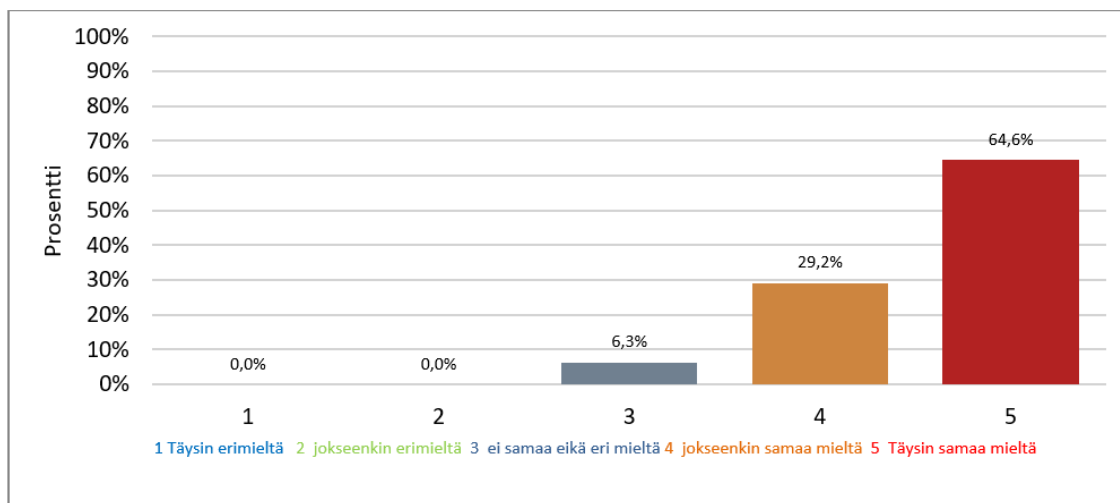
Kuvio 18. Riittävä ymmärtäminen liikunnan vaikutuksesta diabeteksen hoito tasapainoon (n=96)

Lähes kaikki (94 %) vastaajista olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät, miksi säännöllinen jalkojen omahoito on tärkeää. 6 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. (Kuvio 19.)



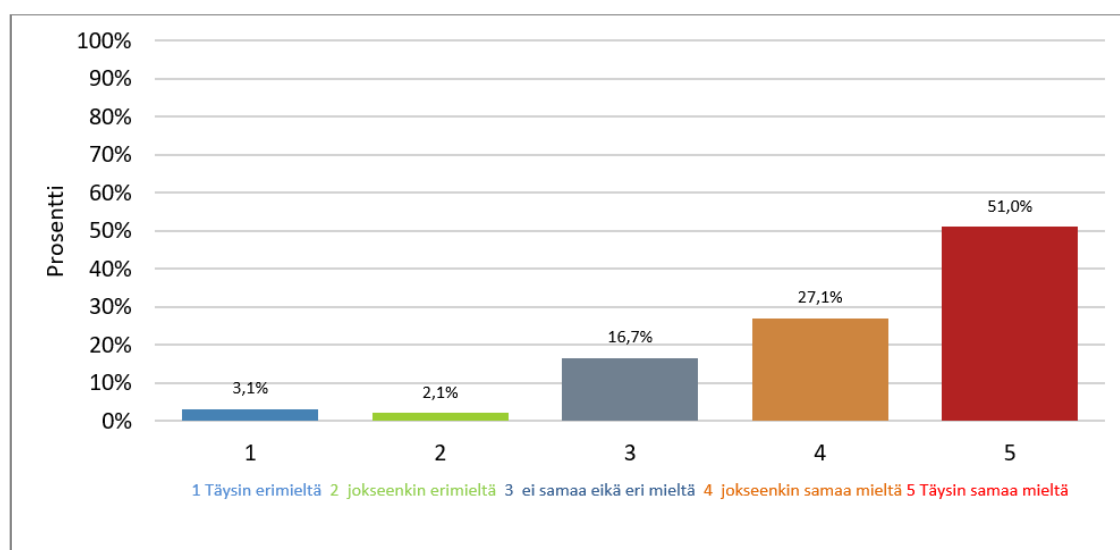
Kuvio 19. Ymmärrys jalkojen säännöllisen omahoidon tärkeydestä (n=96)

Suurin osa (94 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaan mieltä siitä, että he ymmärtävät, miten diabetes vaikuttaa silmöpohjiin. Vastaajista 6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 20.)



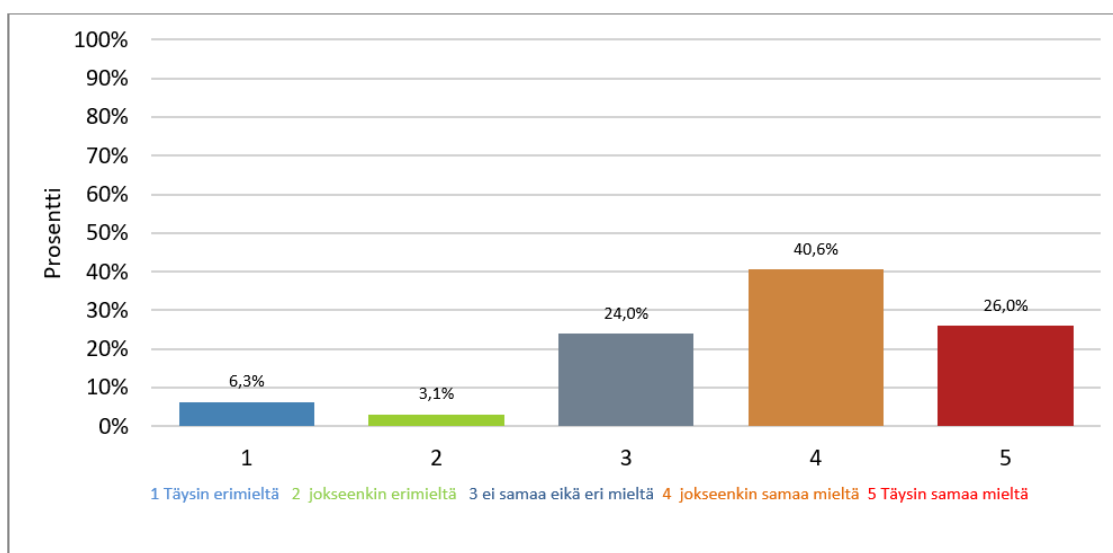
Kuvio 20. Ymmärrys diabeteksen vaikutuksesta silmöpohjiin. (n= 96)

Puolet (51 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he mittaavat verensokeriarvoaan säännöllisesti. Runsas neljännes (27 %) vastaajista oli tästä jokseenkin samaa mieltä. 17 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 5 % oli eri mieltä (Kuvio 21.)



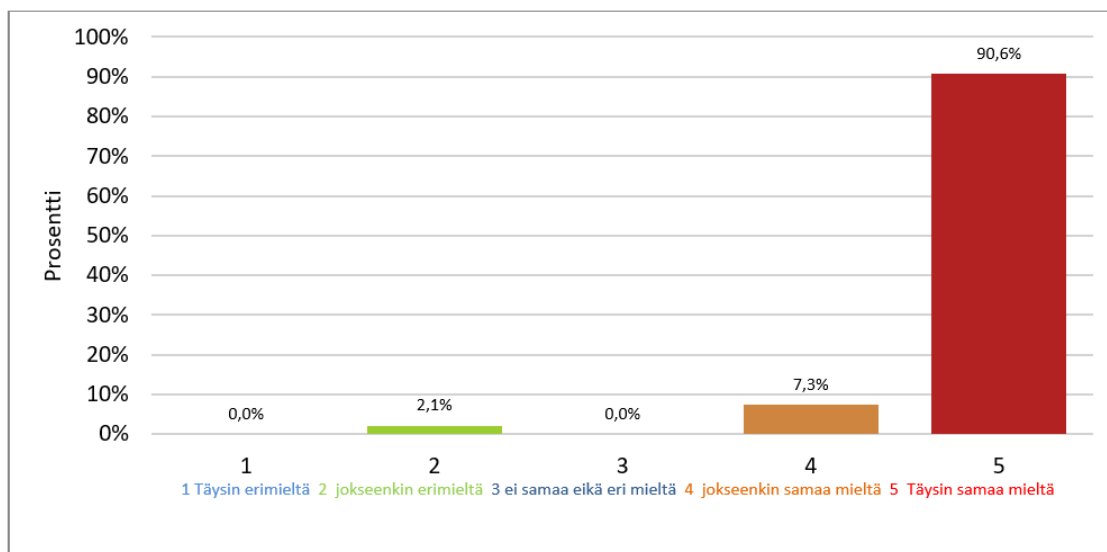
Kuvio 21. Verensokeriarvojen mittaaminen säännöllisesti (n=96)

Verenpaineen mittauksessa tulee vastaajien kohdalla hajontaa. Vastaajista noin neljännes (26 %) ilmoitti, että on täysin samaa mieltä siitä, että mittaa verenpaineitaan säännöllisesti. 41 % vastaajista oli tästä jokseenkin samaa mieltä. Noin neljännes (24 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 9 % oli eri mieltä (Kuvio 22.)



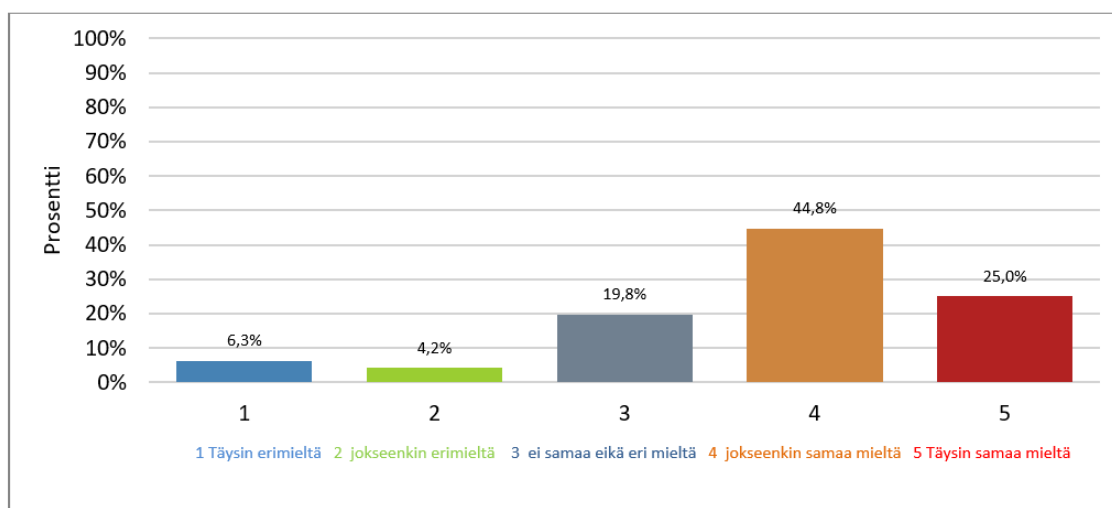
Kuvio 22. Verenpainearvojen mittaaminen säännöllisesti (n=96)

Lähes kaikki (98 %) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että osallistuu sovituille hoitajan vastaanottokäynneille säännöllisin väliajoin 2 % oli jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 23.)



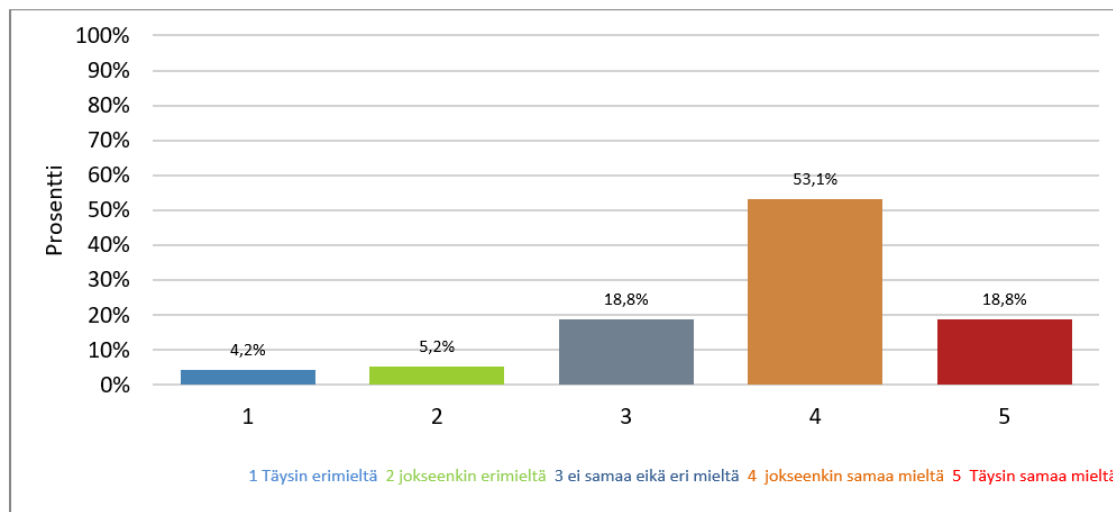
Kuvio 23. Säännöllisille hoitajan vastaanottokäynneille osallistuminen (n =96)

Liikunnan harrastamisessa on myös vastaajien kesken hajontaa. Noin neljännes vastaajista (24 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että harrastaa säännöllisesti liikuntaa. Vastaajista lähes puolet (45 %) oli tästä jokseenkin samaa mieltä ja viidennes (20 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 10 % oli eri mieltä. (Kuvio 24)



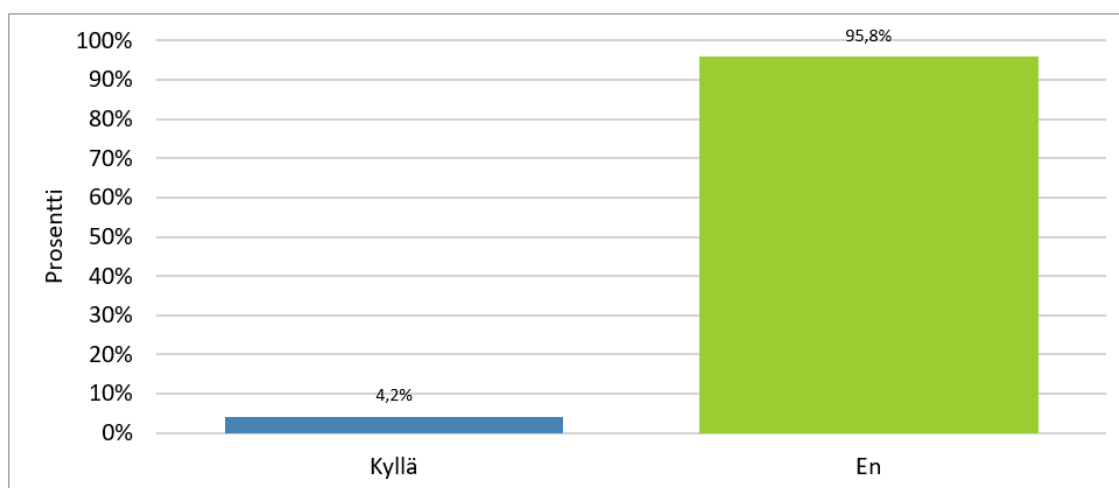
Kuvio 24. Säännöllinen liikunnan harrastaminen (n=96)

Noin viidennes (19 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että noudatti suositusten mukaista ruokavaliota. Rungas puolet (53 %) oli tästä jokseenkin samaa mieltä. Noin viidennes (19 %) ei ollut samaa, eikä eri mieltä. 9 % oli eri mieltä (Kuvio 25.)



Kuvio 25. Suositusten mukaisen ruokavalion noudattaminen (n=96)

Lähes kaikki (96 %) vastaajista ilmoittivat, etteivät tupakoi. 4 % tupakoi. (Kuvio 26.)

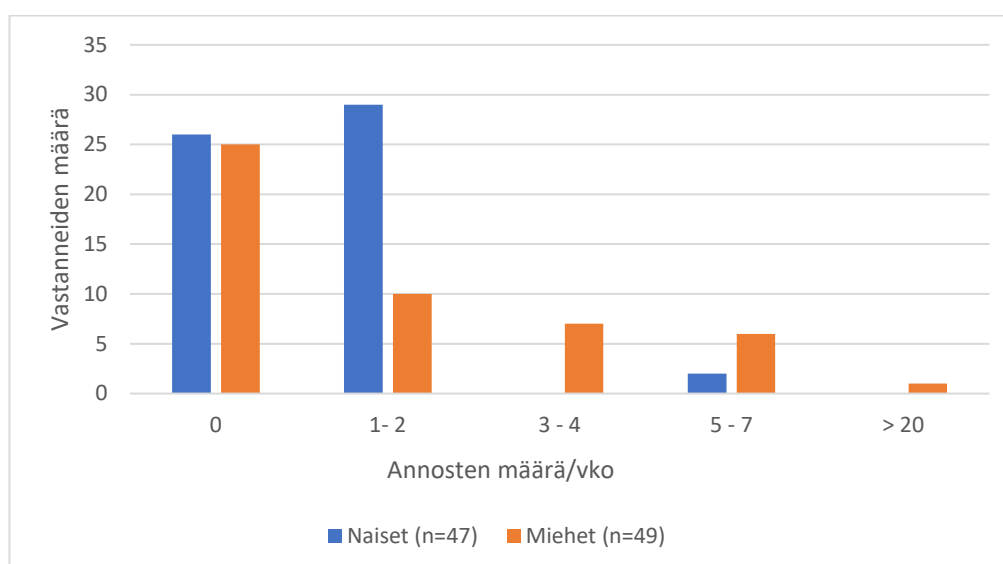


Kuvio 26. Tupakointi (n=96)

Vastaajilta kysyttiin **alkoholin käytöstä** kysymyksellä: Kuinka monta alkoholiannosta kuuluu viikossa (Yksi annos (= 12 g) = 1 pullo keskiolutta tai siideriä; 1 lasi mietoa viiniä; 1 pieni lasi väkevää viiniä tai 1 ravintola-annos väkeviä)

Vastaajien alkoholinkäyttö vaihteli. Naisten (n=47) vastauksissa 40 % käytti 1-2 annosta viikossa, 5 % vastaajista käytti 5-7 annosta viikossa, 55 % ilmoitti, ettei käytä alkoholia lainkaan.

Miesten (n=49) vastauksissa alkoholinkäyttöön suhtauduttiin saman suuntaisesti. 50% vastaajaa ilmoitti, ettei käytä lainkaan alkoholia. Noin 20 % käytti 1-2 annosta, 14 % käytti 3-4 annosta. 14 % ilmoitti, että alkoholiannoksia kuluu 5-7. Suurimmat annokset 2 %:lla vastaajista oli 20 annosta viikossa. (Kuvio 27)



Kuvio 27. Alkoholinkäyttö (n=96)

Vastaajilta (n=96) tiedusteltiin myös, **minä vuonna he ovat olleet viimeksi laboratoriossa diabeteksen vuosikokeissa**. Naisista 40 % oli käynyt viimeksi laboratoriossa vuonna 2017 ja 52 % vuonna 2018. 8 % ei ilmoittanut mitään vuotta. Miehistä 40 % oli käynyt viimeksi laboratoriossa vuonna 2017 ja 42 % vuonna 2018. 1% oli käynyt viimeksi laboratoriossa vuonna 2016. 17 % vastaajista ei ilmoittanut mitään vuotta. Mainittakoon,

että diabeteshoitajilla on vastaanotolla myös pitkäaikaissokerin vieritestauslaite, joten tähän kysymykseen on moni saattanut jättää vastaamatta, koska verensokeriarvoja on seurattu vastaanotolla.

Fysiologista tilaa mitattiin kysymyksillä viimeisimmistä kotona mitatuista verensokeriarvoista sekä verenpainearvoista. Viimeisin kotimittauksilla mitattu **verensokeriarvo** oli naisilla välillä 4,6-12,2 (keskiarvo 7.0), miehillä välillä 4,7-12,9 (keskiarvo 7,7).

Viimeisin kotimittauksilla mitattu **verenpainearvo** oli naisilla välillä 115 -157/58-84, keskiarvo 133/76 ja miehillä välillä 103-210/62-102, keskiarvo 135/76. Asiakkaiden BMI:n keskiarvo oli miehillä 30 ja naisilla 33.

Lopuksi diabetesasiakkaille esitettiin avoin kysymys siitä, **missä he kaipaavat apua diabeteksen omahoidossa**. Kysymykseen vastasi 43 henkilöä

Lääkärien ja hoitajien pysyvyyteen toivottiin parannusta:

”Omalääkäri ollut eri monta kertaa. Pysyvyyttä omalääkäri suhteessa.”

”Nyt on aina erilääkäri eikä hoitosuhdetta synny. Enemmän soittaa hoitajalle, joka tuntee ennestään”

”Pysyvä hoitosuhde parantaa tuloksia, nyt hoitaja vaihtunut monta kertaa.”

Lääkäriltä toteutus, seuranta ja tavoitteet:

Lääkärille vastaanotolle, arviointia esim. lääkkeiden annostusten ja määrien tarpeellisuudesta. Myös uudet lääkkeet huomioiden.

Asiakkaat olivat tyytyväisiä ja antoivat palautetta:

”Diabeteshoitajan tavoittaa yleensä puhelinaikana, jos tarvitsee extra-apua”

”Pärjään omillani, olen saanut hyvin neuvoja ”

”En kaipaa, ohjaus on ollut monipuolista”

”Kiitos, että Diabeteshoitajat ovat olemassa ja auttamassa motivaatiota neuvoineen arkeen ja ongelmiin!”

”Mielestäni saan aina apua ja tietoa tarvittaessa. Terveystenhoitaja ilmoittaa mihin tutkimuksiin pitää mennä milloinkin ja lääkärin tarkastus on säännöllisesti kerran vuodessa. En tiedä mitä apua pitäisi vielä saada. Näin on hyvä”

”Tällä hetkellä sensori on helpottanut elämää ja omahoitoa”

”Olen saanut hyvin apua. Käytännön toteutus omalta kohdaltani uupuu.

”Tarvittaessa kysyn neuvoa sähköpostitse”

Yleiseen diabeteksen hoitoon, ruokavalioon ja liikuntaan kaivattiin apuja:

”Painonhallintaan sekä ruoanlaitto-ohjeistuksia, miten minimiajankäytöllä ruoanlaittoon saataisiin suositeltavia aterioita.”

”Tietoa hiilihydraattipitoisuuksista uusissa ruoka-aineissa”

”Terveysasemalla sairaalanmäessä ja läntisellä kuntosaleja suurimman osan aikaa tyhjänä, miksei voi käyttää. Monella kuntosalit ja liikunta ovat hinta kysymys”

”Jaksamisessa, kun arvot välillä vaihtelevat rajustikin ja selvää syytä vaihteluihin ei ole”

Nykytekniikka:

”Sähköinen yhteys diabeteshoitajaan olisi toivottavaa, ei voi aina soittaa työssä ollessa hoitajalle”

” Sähköinen yhteydenotto tulevaisuudessa ”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä diabeteshoitajan antamaan ohjantaan ja yleensäkin diabeteshoitajan vastaanotokäynteihin. Yksilöohjauksen kokivat tässä tutkimuksessa kaikki vastaajat mielekkäimmäksi ohjausmuodoksi. Ohjausta annetaankin useimmiten suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä (Kyngäs ym. 2007,74). Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. (Kyngäs ym. 2007,74.)

Perusterveydenhuollossa toteutetulla ohjauksella ja neuvonnalla voidaan vaikuttaa useimpiin elämäntapoihin (Absetz & Hankonen 2011, 2271). Tässä tutkimuksessa muutama vastaaja peräänkuulutti tukea seurantaan, verenpaineen, painon hallinnan ja ruokavalion ja liikunnan suhteen. Seuranta osana rutiinikäyntejä näyttäisi lisäävän vaikuttavuutta (Absetz & Hankonen 2011, 2271).

Tutkimuksessa vastaajat toivoivat avovastauksissa vielä enemmän tukea elämäntapamuutoksien tekemiseen. Terveystieteiden ammattilaiselta saatu tuki elintapaohjauksen muodossa voi edistää korkeariskisen henkilön muutosprosessia. Tyypin 2 diabetesriskissä olevien henkilöiden elintapaohjauksen tiedetään usein olevan vaikuttavaa. (Salmela 2012, 29.)

Suomalaisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman seurantatutkimus osoitti, että asiakkaat tarvitsevat tukea ja ohjeita elämäntapojen muutokseen. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi osata kiinnittää huomiota vastaanotolle tulevien potilaiden elämäntilanteeseen, ennen kuin terveyden kannalta merkityksellisiä muutosohjeita aletaan antaa. (Sepälä 2017.) Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että hoitaja oli ottanut ohjauksessaan huomioon heidän elämäntilanteensa ja antanut heille myönteistä palautetta.

Ohjaustilanteen eteneminen perustuu asiakkaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen, joka tekee ohjaustilanteesta ja ohjaussuhteesta ainutlaatuisen. Kaikkiaan onnistunut

vuorovaikutus vaatii sekä asiakkaalta, että hoitajalta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007,48.) Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että hoitaja oli kuunnellut vastaajien ajatuksia ja huolia.

Materiaalien käyttäminen ohjauksessa on tavallista. Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että diabeteshoitajan antamat ohjausmateriaalit ovat olleet selkeät. Kirjallinen materiaali, kuten kirjalliset ohjeet ja ohjausmateriaalit on erityisen tarpeellista. Sen avulla voidaan esimerkiksi verensokerien mittaamista vielä kotona kerrata ja asiakas voi tukeutua ohjeisiin ja tarkistaa asioita niistä. (Kyngäs ym. 2007,124.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vastaajat tiesivät, minne tulee ottaa yhteyttä, mikäli omahoidossa tulee ongelmia. Potilaalle on merkityksellistä tietoa, että hänellä on mahdollisuus ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön tarpeen vaatiessa. Tämä lisää myös potilaan kokemaa turvallisuudentunnetta. (Järvinen 2017, 30.)

Lähes puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että oli mielestään osallistunut aktiivisesti omahoitonsa tavoitteiden laadintaan. Lähes yhtä suuri osa oli tästä jokseenkin samaa mieltä. Kuitenkin osa (11 %) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Salossa on aloitettu hoitosuunnitelmien tekeminen yhdessä asiakkaiden kanssa, jolloin myös omahoidon tavoitteet pohditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Näin myös hoitohenkilökunta tukee asiakkaan aktiivisuutta vastaanotolla. Hoitosuunnitelmia tehdään vuosikontrollien yhteydessä, joten jos vielä asiakas ei ole vuosikontrollissa ollut, hoitosuunnitelma tullaan hänelle tekemään ja asiakas pääsee vaikuttamaan myös omien tavoitteidensa laadintaan. Tyypin 2 diabetespotilaan omahoito on Käypä-hoito -suositukseen perustuvaa ja potilaan terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa hoitoa, jota potilas itse toteuttaa (Routasalo & Pitkälä 2009, 14).

Tässä tutkimuksessa omahoitoon sitoutumista mitattiin kysymyksillä, jotka kuvasivat asiakkaiden ymmärrystä hoidostaan ja heidän käyttäytymistään elintapojen osalta sekä fysiologisilla mittauksilla. Suurin osa vastaajista ymmärsi mielestään hyvin diabeteksen ruokavalioon ja liikuntaan sekä myös lääkehoitoon liittyvät asiat. Kuitenkin hajontaa näkyi vastaajien käyttäytymisessä heidän ruokailu- ja liikkumistottumuksissaan. Kuten Alahuhta (2010, 69) toteaa, elintapamuutoksen onnistumisen, terveellisten ruokatottumusten ja aktiivisen liikkumisen edellytys on henkilön oma toiminta. Se tarkoittaa omien elintapojen tiedostamista omaseurannan avulla.

Alkoholitottumuksissa naisista ilmoitti yli puolet ja miehistä puolet, ettei käytä alkoholia. Naisten osuus on suurempi kuin miesten 1-2 annoksen nauttimisessa. Miehet taas käyttävät suurempia annoksia, joita naisten vastauksissa ei tullut. Elintapaohjauksessa tulisi vielä tarkemmin kysyä alkoholiannosten määrää ja kulutusta. Alkoholijuomat sisältävät energiaa, joka vaikeuttaa painonhallintaa ja nostaa verensokerin tasoa. (Ilanne-Parikka 2015,52.) Haittavaikutuksista kerrotaan ohjauksessa. Alkoholin välttäminen parantaa hoitotasapainoa. Tupakkaa polttaa vastaajista 4 %. Tupakoinnin lopettaminen on osa diabeteksen hoitoa (Ilanne-Parikka 2015,54). Tämän tutkimuksen tulokset kertovat, että siinä on onnistuttu.

Vastaajat olivat käyneet hyvin laboratoriossa viimeisen kahden vuoden aikana. Lisäksi diabeteshoitajilla on vastaanotolla myös pitkäaikaissokerin vieritestauslaite, jolloin pitkäaikaissokereita seurattiin vastaanoton yhteydessä ja laboratorioskäyntiä ei tarvita. Fysiologisia mittaustuloksia tarkastellessa verensokeriarvo oli naisilla keskiarvollisesti 7,0 ja miehillä keskiarvollisesti 7,7. Viimeisimmän kotimittauksilla mitatun verenpaineen keskiarvo oli naisilla 133/76 ja miehillä 135/76. Pääsääntöisesti arvot antavat sen kuvan, että vastaajat ovat sitoutuneet omahoitoonsa hyvin. Tosin asiakkaiden BMI:n keskiarvo oli miehillä 30 ja naisilla 33. Naisten painoindeksi on tässä tutkimuksessa miehiä suurempi.

Tässä kyselyssä vastaajia kuului eniten ikäryhmään 66-75-vuotiaat, ja toiseksi suurin ryhmä oli 55-65-vuotiaat, joten vastaajat olivat melko iäkkäistä. THL:n FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan muutosta lihavuuden yleistymisessä myös naisilla on näkyvissä vuodesta 2011 vuoteen 2017 mennessä. Vuonna 2017 lähes kolme neljäsosaa miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista oli ylipainoisia, myös eläkeikäisten naisten keskuudessa vyötärölihavuus yleistyi. (Lundqvist ym. 2018, 45.)

Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaajat tiedostavat omahoidon merkityksen, mutta toteutus on joillekin haasteellista ja kaivataan vertaistukea. Toivottiin, että vertaistukiryhmässä voisi jakaa samantyyppisiä kokemuksia. Yhteisöpohjaisen vertaisohjauksen onkin osoitettu parantaneen pitkäaikaissokeritasapainoa, omahoitoa ja voimaantumista sekä vähentäneen päivystyskäyntejä (Lorig ym. 2008) Elintapoihin sitoutuminen on haastavaa, enemmän kaivataan ryhmiä, vertaistukea ja sähköistä yhteydenottomuo-

toa. Tietoisien muutosprosessin eteneminen riippuu siitä, onko potilas jo vahvasti motivoitunut elämäntapamuutokseen ja siten kaipaa tukea konkreettiseen toimintaan vai pitääkö motivaatiota vielä herätellä tai vahvistaa. Harkittu, tietoinen motivaatio koostuu toimintaa ja sen tuloksia koskevista odotuksista ja omaa itseä koskevista käsityksistä. (Absetz & Hankonen. 2017,1016.)

Salon kaupungilla on diabeetikoille suunnattuja ensitietoryhmiä, jotka kokoontuvat 5 kertaa alussa. Ravitsemusterapeutille pääsevät paino-ongelmaiset BMI:n ollessa yli 35. Painonhallintaryhmiin on mahdollisuus hakea, lisäksi kaupungilla on tarjota myös verkkopuntari, sähköinen painonhallintaryhmä. Liikuntareseptejä tekevät niin terveydenhoitajat kuin lääkäritkin ja asiakas ohjataan hänen halutessaan liikuntapalvelujen piiriin, jossa liikuntaohjaaja yhdessä asiakkaan kanssa valitsee ja kannustaa juuri hänen terveydentilansa huomioiden oikeanlaisen liikuntamuodon pariin. Asiakas voidaan ohjata myös diabetesyhdistyksen tai diabetesliiton järjestämille kursseille. (Salon terveystieteiden tutkimuskeskus Diabeteskäsikirja 2018)

Ryhmistä tiedotetaan vastaanotoilla ja ensitietoryhmissä. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan asu Salon keskustassa, voi olla hankalaa syrjäkulmilla päästä tulemaan kaupungissa oleviin ryhmiin. Tässä olisi kuitenkin hyvä jatkossa vielä terveydenhoitajien tehostaa vastaanotolla käyville asiakkaille tiedotusta eri ryhmistä ja jakaa materiaalia.

Lisäksi vastaajista moni kaipaisi sähköistä yhteydenottoakanavaa. Tulevaisuudessa sähköisten palveluiden tarve kasvaa, muun muassa ajanvaraus ja diabeteshoitajan konsultointi sähköisesti kasvaa. Olisikin tärkeää tuoda tätä palvelukanavaa jo jatkossa asiakkaille. Elina Talan 2017 opinnäytetyössä todetaan, että sähköisiin palveluihin liittyviä valtakunnallisia hankkeita on tänäkin päivänä käynnissä useita. Nykyään kansalainen etsii itse paljon terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa. Samalla hän haluaa osallistua hoitoonsa sekä hoitoaan koskeviin päätöksiin. (Tala 2017, 17-19.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti vuonna 2014 valtakunnallisen tutkimuksen koskien sähköisten asiointipalveluiden käyttöä, käyttäjäkokemuksia ja kehittämistarpeita sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Tutkimustulokset osoittivat, että suomalaisten valmiudet sähköisten palveluiden käyttämisessä olivat melko hyvät. (Hyppönen, Hyry, Valta, & Ahlgren, 2014.) Tulokset osoittavat, että nykyään valtakunnalliset sähköiset palvelut voivat osaltaan tukea uuden, kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen

toteuttamista sekä auttaa turvaamaan eri alueiden asukkaille yhdenvertaiset mahdollisuudet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Nämä tavoitteet voidaan kuitenkin saavuttaa vain, jos samalla uudistetaan palveluprosessit. Kehitystyössä on myös tärkeä muistaa, että osalla kansalaisista ei ole mahdollisuutta sähköiseen asiointiin ja aktiiviseen osallistumiseen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Sähköiset palvelut eivät jatkossakaan voi kokonaan korvata asiointia kasvokkain, vaan täydentävät olemassa olevia palveluita. (Hyppönen, Hyry, Valta, & Ahlgren 2014, 6.)

Soten peruspalveluihin ollaan luomassa uutta valtakunnallista mallia, josta tulee kansalaisille tarjottavien sähköisten hyvinvointipalvelujen runko. Suomalaiset voivat jatkossa tehdä terveystarkastuksensa, sairauksien oirearvioita ja palveluntarpeenarvionsa verkossa. Samalla asiakas- ja potilastiedot sekä ihmisten itse mittaamat terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tiedot kytketään entistä tiiviimmin sotejärjestelmän ja alan ammattilaisten käyttöön, asiakkaan suostumuksella. (Vahti 2016.) Tässä tutkimuksessa vastaajista osa toivoi sähköistä yhteydenottokanavaa hoitajalle, koska aina ei ole mahdollista soittaa puhelinaikana ja työssä ollessa.

Tiedonhallintaa ja -kulkua parantamalla sekä lisäämällä sähköisiä palveluita ja etäyhteyksiä voidaan edistää myös kansalaisten aktiivisuutta oman hyvinvointinsa ylläpidossa, omahoidossa ja hoitoon sitoutumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7/2018, 22.) Terveydenhuollon sähköiset valtakunnalliset palvelut ovat voimakkaasti kehittymässä, näistä mainittakoon muun muassa ODA (Omat digiajan hyvinvointipalvelut -projekti), Omaolo, Terveyskylä. (Sairaanhoitajaliitto 2018; Vahti 2016; Terveyskylä 2019; Tieto 2018) Terveyskylän Diabetestalo on mahdollinen uusi tuki, jota tarjotaan asiakkaille.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan merkitys on siinä, että se suojelee tutkittavia ja toisaalta varmistaa tutkijan oikeusturvaa. Se auttaa osaltaan ylläpitämään väestön luottamusta tieteelliseen tutkimukseen ja tutkijoihin. Tutkija on vastuussa siitä, että tutkimus tehdään hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja kunnioittaen tutkittavien ihmisarvoa ja oikeuksia. Tutkija ei saa tutkimuksesta rahallista korvausta tai muuta hyötyä. Lisäksi asiakas on antanut va-

paaehtoisesti suostumuksen ja vastannut tutkimukseen, tietoisena luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23-27.)

Tutkimuslupaa haettiin terveystalveluiden johtavalta lääkäriiltä. Asiakkaat saivat diabeteshoitajalta lomakkeen yhteydessä saatekirjeen (liite 2) Lisäksi asiakkaat saivat ohjeet lomakkeen täyttämiseen sekä vastaamiseen ja siihen, milloin lomake palautetaan. Tutkimus täytettiin nimettömänä, anonymiteetti säilyi ja tiedot olivat luottamuksellisia. Vastaukset jätettiin suljetussa kirjekuoressa, vastaanotonhoitajat eivät lukeneet vastauksia. Tutkimuksesta ei ollut haittaa asiakkaan dm-hoitosuhteeseen. Aineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Lisäksi tutkijan tulee olla avoin raportoidessaan tutkimustuloksia (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002,72).

Tämä tutkimus ei vahingoittanut tutkittavia ja tutkimuksen riskit koskivat lähinnä asiakkaiden sitoutumista ja kyselyyn vastaamista. Asiakkaat saivat itse päättää osallistuvatko tutkimukseen. Vastaamatta jättäminen ei vaikuttanut heidän jatkohoitoonsa millään lailla. Hyötyosuus tutkimuksessa on hyvä, mikäli asiakkaat kertovat rehellisesti oman näkemysensä siitä, miten diabeteshoitajakäyntiä voidaan kehittää.

Tutkimus perustuu määrälliseen tutkimusmenetelmään, tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään määrällisen tutkimuksen luottavuuskriteerejä reliabiliteettia ja validiteettia. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Pätevyydellä eli validiteetilla tarkoitetaan kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata, ja mitä sen on tarkoitus mitata tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti. (Hirsjärvi ym. 2008, 226.)

Tässä tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta voidaan käyttää uudelleen. Kyselylomakkeessa on pyritty noudattamaan Heikkilän (2014, 33) kuvausta hyvästä lomakkeesta: Lomake on selkeä, siisti. Teksti ja kysymykset on hyvin aseteltu. Kysymyslomakkeeseen pyrittiin saamaan selvät kysymykset, joihin diabetesasiakkaiden oli helppo vastata. Vastausohjeet ovat selkeät ja yksiselitteiset. Kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymykset etenevät loogisesti. Kysymykset on numeroitu juoksevasti. Samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi. Kyselylomake, oli kokonaisuutena tämän tutkimuksen mittari. Tutkittavat vastasivat lähes kaikkiin kysymyksiin. Tämä kyselylomake antoi hyvin vastukset haluttuihin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2008, 226.)

Vastausprosentti oli 70 %. Kyselyn palautti 96 henkilöä 150 diabetesasiakkaasta. Tutkimusjoukon muodostivat ne tyypin 2 diabeetikot Salon terveystalveluissa, jotka kävivät

diabeteshoitajan vastaanotolla sen 3 viikon aikana, jolloin tutkimusaineisto kerättiin. Tutkija oli tutkimuksen toimivuuden varmistamiseksi tarkastuttanut kyselylomaketta diabeteshoitajilla. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen (Heikkilä 2014. 8). Vastaajia oli laajasti eri ikäryhmistä ja eri terveysasemilta, joten voidaan todeta tässä tutkimuksessa saadun laajan ja hyvän kokonaiskuvan asiakkaiden kokemuksesta Salon terveystalouden diabetesasiakkaiden kokemana.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Laadullisen aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. (Hirsjärvi ym. 2008, 226.) Tässä tutkimuksessa laadullisissa kysymyksissä pyydettiin palautetta siitä, miten diabeteshoitajan vastaanottoa voidaan kehittää sekä missä diabetesasiakkaat kokevat tarvitsevansa apua. Tässä tutkimuksessa luokiteltiin vastausten perusteella luokat, joiden alle kirjoitettiin esimerkkejä siihen luokkaan kuuluvista asioista.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

8.1 Kehittämisprojektissa käynnistetyt toimenpiteet

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden näkökulmasta terveys-tarkastuksen merkitykset, sekä niistä tuloksista jatkaa terveystarkastuksien ohjaustavan kehittämistä omassa organisaatiossa. Tutkimustulosten pohjalta oli tarkoitus kehittää terveystarkastuskäynnin toteutustapaa siten, että se tukisi asiakasta entistä paremmin. Tämä edelleen kehitetty terveystarkastuksen toimintamalli oli tarkoitus ottaa käyttöön projektin lopussa Salon kaikissa aikuisvastaanoton toimipisteissä.

Projektin tavoitteena oli parantaa ja yhtenäistää aikuisvastaanotolla toteutettavaa diabetesasiakkaiden omahoidon tukea. Tämä projekti oli työn tilaajan toive, koska dm asiakkaiden määrä on kasvanut ja on löydettävä uusia toimintatapoja heidän hoitonsa tukemiseksi.

Tutkimuksen perusteella ilmeni, että lähinnä tarvittaisiin lisää tukea elintapojen muuttamiseen (esim. vertaistukiryhmät sekä sähköinen yhteydenpitokanava hoitajille). **Jälkimmäistä ei pystytty hankkimaan tämän projektin aikataulussa.**

Tutkimustulosten saamisen jälkeen projektissa mietittiin sähköistä omahoitoalustaa. Sähköisen omahoitoalustan käyttöön ottamista pohdittiin ensin työnantajan edustajan kanssa ja tämän jälkeen pienemmällä pilotointiryhmällä. Työryhmään kutsuttiin Salon terveystarkastuspalveluiden terveyden edistämisen koordinaattori, joka selvitti myös sähköisen omahoitoalustan käyttöönottoa, lisäksi työnantajan puolelta selvitettiin tietohallinnosta työntekijältä omahoitoalustan käyttöönottoa ja hintaluokkaa. Projektiryhmä kokoontui, ja halukkuus sen jäsenillä oli tehdä pilotointia asiakkaille, suunniteltiin noin 10-20 asiakkaan osallistumista pilotointiryhmään 2 kuukauden ajaksi. Mikäli pilotointi olisi onnistunut, kokemuksia laajennettaisiin koko aikuisneuvontaa koskevaksi. Projektipäällikkö tapasi terveystarkastuspalveluiden terveyden edistämisen koordinaattorin viikolla 42 sekä viikolla 46. Lopulta saatiin Tiedolta tarjous, joka olisi tämän hetkiseen pilotointiin ollut ajallisesti liian hankala toteuttaa. Asennustyöt ja henkilöstön koulutus olisi maksanut, eikä pilotoin-

nin tuloksia olisi ehtinyt tämän projektin yhteydessä toteuttaa. Terveyspalveluiden tavoitteena on kuitenkin lähitulevaisuudessa mahdollistaa sähköinen palvelu diabetesasiakkailla. Sähköisesti ajanvarusmahdollisuus on jo ollut muun muassa lastenneuvolassa ja työttömien terveystarkastuksissa.

Palveluita ei järjestetä pelkästään organisaation, vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien. Palvelun tarjoajalta sekä asiakkailta edellytetään yhteisymmärrystä, ja yhteisymmärryksen saavuttaminen edellyttää asiakasymmärrystä. Tämä tarkoittaa kattavaa tietoa asiakkaista ja heidän tarpeistaan ja sen hyödyntämistä palveluiden kehittämisen pohjana. (Virtanen ym. 2011,18.)

Dm:n ensitietoryhmissä jatkossa huomioidaan entistäkin tehokkaammin diabetesyhdistyksen yhteystietojen jakaminen, myös hoitajan vastaanotolla kautta koko talon. Vertaistuen tarpeesta kysyminen on tärkeää myös vastaanotolla. Vertaistukea löytyy varmasti yhdistysten luennoilta ja tapahtumista. Kolmannen sektorin hyödyntäminen vertaistukeen ohjaamisessa on tärkeää. Asiakkaiden toive ajantasaisesta materiaalista huomioidaan myös sähköisen materiaalin ohella. Talon oma materiaali on tarkoitus käydä läpi ja tarvittaessa tilataan uutta. Diabetesvastaanoton edelleen kehittämistä jatkettiin kevään 2019 aikana. Projektiryhmän ensin tekemän pilotointijakson jälkeen otettiin Terveyskylän Diabetestalo mukaan asiakkaalle annettavaan ohjaukseen. Terveyskylän Diabetestalon ottaminen mukaan ohjaukseen oli tärkeää ja pilotointiryhmä toteutti tätä 2 kuukauden ajan. Pilotointiryhmä sai ohjauksesta paljon myönteistä palautetta asiakkailta ja koki myös tämän hyväksi ohjausmuodoksi. Projektipäällikkö otti vielä yhteyttä Terveyskylän edustajaan ja sopi, että tämä esittää talon mahdollisuuksia terveydenhoitajien kokouksessa. Maaliskuussa avopalaverissa Terveyskylän edustaja kertoi Diabetestalosta ja sen käyttömahdollisuuksista ohjauksessa. Aikuisvastaanoton palaverissa maaliskuussa pilotointiryhmä toi kokemukset ohjauksesta ja tämän jälkeen sovittiin, että viedään tämä käyttöön kautta linjan, kaikkiin Salon aikuisvastaanoton toimipisteisiin. Asiasta keskusteltiin esimiesten ja mentorin kanssa. Projektipäällikkö on pitänyt ajan tasalla organisaation esimiehet ja johtajat tietoisina projektin tarpeista. Hän sopii esimiehensä kanssa resurssien riittävydestä. Hänen tulee myös varmistaa, että ihmiset ovat tietoisia kokonaisuudesta sekä heidän omasta roolistaan siinä. Lisäksi mahdollisiin muutostilanteisiin, riskeihin ja epäkohtiin tartutaan nopeasti. (Lohisto, 2012, 91.)

Tulosten levitys ja implementointi eli juurruttaminen on käytännössä yleensä juuri suurin haaste (Salonen ym. 2017, 66). Henkilökunta tarvitsee riittävästi koulutusta ja eri muotoista tukea muutostilanteessa (Kujala ym. 2018). Esimiehen tuki auttaa kehittämisessä sekä juurruttamisessa.

8.2 Kehittämisprojektin sujuminen

Projektisuunnitelman tekeminen eteni hyvin, samoin rinnalla kulki koko ajan tutkimussuunnitelman tekeminen. Työyhteisö on tukenut kehittämisprojektiani ja aikataulussa on pysytty.

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tietoa heti, kun aihe varmistui. Eri artikkeleja lukemalla on löytynyt uusia lähteitä laajalti. Tiedonhakua tehtiin syksyllä 2017 ja jatkettiin projektin edetessä Finna-, PubMed-, Terveysportti-, Cochrane- ja Cinahl-tietokannoista. Tutor-opettaja ja työpaikan mentor ovat olleet hyvänä tukena kehittämisprojektin tekemisessä ja eteenpäin viemisessä. Aikataulut ovat olleet tärkeitä tämän työn onnistumisessa. Täyden työajan ja perheen ja opiskelun yhteensovittaminen on ollut haastavaa, mutta palkitsevaa. Olen pyrkinyt etenemään projektin kanssa määrätietoisesti, ja työnantajani on hienosti mahdollistanut tämän kehittämisprojektin toteuttamisen. Nyt jatkossa aion yhdessä työnantajan ja työntilaaajan kanssa miettiä sähköisen yhteydenottokanavan mahdollisuutta, asiakkaiden omahoidon tukemiseksi.

Tämä kehittämisprojekti on opettanut minua projektipäällikkönä myös ymmärtämään, että kaikki ei suju aina suunnitelmien mukaan. Erilaisia odottamattomia vastoinkäymisiä, projektiryhmästä riippumatta, saattaa tulla vastaan. Sähköinen asiointialusta olisi ollut asiakkaiden toiveissa, mutta projektissa huomasin, että pitää odottaa, työ ei etene, koska jokin tietoteknillinen ongelma ei ratkea hetkessä pääkäyttäjän puolelta. Projektipäällikkönä vein asiaa talossa eteenpäin, mutta ongelmana esiintyi, että pikaisesti ei saada näin suurta pilotointia käynnistettyä, kustannukset tulee huomioida myös ohjelmaa hankkiessa. Joten pitää oppia luovimaan sekä etsimään uusia ratkaisuja, joilla päämäärään päästään.

Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, lisäksi tulee huomioida, että kaikki eivät halua käyttää internettiä ja normaalia vastaanottokäyntiä hoitajalla tai lääkäriellä ei

tule näin ollen ohittaa. Olen löytänyt uutta tietoa kehittämisprojektin kautta myös terveysteknologiasta ja aion jatkossa hyödyntää näitä tutkimuksia omassa työssäni. Tämän projektin lopputulemaksi otettiin kuitenkin sähköistä ohjantaa asiakkaille Terveyskylän Diabetestalon muodossa. Ja tätä ohjaustapaa viedään kaikkiin Salon aikuisvastaanoton toimipisteisiin diabeteshoitajan vastaanotoille. Ohjaustapa parantaa ja yhtenäistää diabetesasiakkaiden omahoidon tukea. Lisäksi heille jaetaan myös entistä tehokkaammin diabetesyhdistyksen yhteystietoja ja jäsenesitteitä, jolloin heillä on parempi mahdollisuus saada vertaistukea omahoidon tueksi.

Kehittäminen on suoritettu onnistuneesti, kun sille asetetut tavoitteet ja tulokset on saavutettu ja loppuraportti on kirjoitettu. Päätämismomenttiin liittyy erityisesti sen suunnittelu, mitä tuloksille tai tuotokselle tapahtuu jatkossa. Miten niitä aiotaan hyödyntää, sekä miten laajalle tuloksia aiotaan levittää ja implementoida. (Salonen ym. 2017, 66.)

8.3 Jatkokehittämisaikeita

Jatkossa sähköiseen asiointiin tulee panostaa, koska moni asiakas haluaa asioida sähköisesti hoitajan tai lääkärin kanssa. Sähköisten palvelujen kehitys on terveystaloudella huomattavan nopeaa. Uudet järjestelmät ja sovellukset yhdistävät alan eri toimijoiden tietokantoja toisiinsa ja julkisen sekä yksityisen terveydenhuollon välinen tiedonsiirto paranee. Terveydenhuollon asiakkaat voivat aiempaa paremmin seurata omaa terveyttään koskevia tietoja internetistä ja jopa osallistua henkilökohtaisten terveystietojensa tuottamiseen. (Reponen 2015.) Suomalaiset voivat jatkossa tehdä terveystarkastuksensa, sairauksien oirearvioita ja palveluntarpeenarvionsa verkossa. Samalla asiakas- ja potilastiedot sekä ihmisten itse mittaamat terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tiedot kytetään entistä tiiviimmin sotejärjestelmän ja alan ammattilaisten käyttöön, asiakkaan suostumuksella. (Vahti 2016.)

Terveydenhuolto tarjoaa uusia menetelmiä terveyteen liittyvien resurssien käyttöön. Internet tarjoaa myös uuden kanavan tiedon jakamiseen laitosten, organisaatioiden, terveydenhuoltohenkilöstön, palvelujen tuottajien sekä yleisön vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Terveydenhuollon ammattilaiset ja yhä useammat potilaat ovatkin vuorovaikutuksessa erilaisten tietojärjestelmien, sovelluksien ja palveluiden kanssa enenevässä määrin (Turner, Kushniruk & Nohr 2017, 84; WHO 2015).

Uusi toimintamalli saattaa edellyttää hallinnon tukea, lisäresursseja tai hoitohenkilökunnan täydennyskoulutusta. Ammattilaisten tiedonhallinnan osaamista vahvistetaan ja uusiin sovelluksiin annetaan hyvä työpaikkakoulutus sekä tietojärjestelmien että toimintamallien osalta. (Sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020). Organisaation tulee vastata tähän tarpeeseen. Tavoitteena on jatkossa saada ohjattua niiden asiakkaiden dm-hoitajan välikontrollit sähköisesti, jotka palvelua osaavat käyttää, ja joiden diabetes on hyvässä hoitotasapainossa. Uuden toimintatavan onnistunut käyttöönotto vaatii ennen kaikkea organisaation selvää sitoutumista ja tietoista, harkittua päätöstä käyttöönotosta.

Kun saadaan vapautettua potilaskontaktiaikoja, se tarjoaa uusia vastaanottoaikoja niille potilaille, jotka vastaanottoaika hoitajalle tarvitsevat. Vastaavasti sähköisesti tulee palveltua niitä asiakkaita, joilla voi olla hoidostaan kysyttävää mutta jotka eivät voi tai ehdi soittamaan hoitajalle puhelinaikana.

LÄHTEET

- Absetz, P. 2010. Mikä on diabeteksen ehkäisyhankkeiden todellinen vaikuttavuus? Suomen Lääkärilehti 26/2010 vsk 65, 2390-1. Viitattu 20.10.17
<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2010/SLL262010-2390.pdf>
- Absetz, P & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011.;127(21): 2265-72.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2017;133(10):1015-21. Viitattu 2.1.2018. <http://duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/duo13734>
- Alahuhta M.2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Lääketieteellinen tiedekunta.Oulu: Oulun Yliopisto.. viitattu 20.10.17. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514263552.pdf>
- Baptista, D.G.; Wiens, A.; Pontarolo, R.; Regis, L.; Torelli Reis, W.C. & Correr, C..J. 2016. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. Diabetology & Metabolic Syndrome 8:7. Open Access. Viitattu 10.11.17 <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13098-015-0119-z>
- Bartol, T., 2012. Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 24, 270-276. Viitattu 22.10.17. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c7851939-1db7-4e83-979b-2269c1515450%40sessionmgr102>
- Cheng L.; Sit JW.; Choi KC.; Chair SY.; Li X. & He XL.2017. Effectiveness of interactive self-management interventions in individuals with poorly controlled type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. Worldviews on Evidence Based Nursing 2017; 14:1, 65-73. viitattu 19.1.18 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12191/full>
- Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 viitattu 28.11.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056>
- Diabetesliitto. 2017. Liikunta. Viitattu 20.10.17. <https://www.diabetes.fi/terveydeksi/liikunta>
- Duke SAS.; Colagiuri S, & Colagiuri R.2009. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2009;1. Viitattu 3.1.18 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005268.pub2/abstract>
- Franz, MJ.; Boucher, JI.; Rutten-Ramos, S. ja Van Wormer, JJ. 2015 Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Acad Nutr Diet. 2015. Sep;115(9):1447-63. Viitattu 20.10.17 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25935570>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Kvantitatiivinen tutkimus. viitattu 28.8.18: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita, 13-14 painos Helsinki: Tammi

Hyppönen, H.; Hyry, J.; Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 33/2014. viitattu 26.9.18 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN_ISBN_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ilanne-Parikka, P. 2015. Alkoholinkäyttö ja diabetes. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Ilanne-Parikka, P. 2015. Diabeteksen hoitosuunnitelma. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Ilanne-Parikka, P. 2015. Diabetes ja tupakointi. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Ilanne-Parikka, P. 2015. Hoidon tavoitteet tyypin 2 diabeteksessa. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Joanna Briggs Institute. 2010. Sairaanhoidajavetoiset vastaanotot aikuisten sydän ja verisuonipotilaiden riskitekijöiden vähentämisessä. Viitattu 2.11.17. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_en_nakko_2010-2_0.pdf

Järvinen, S. 2017. Ohjauksen kirjaaminen. Tyypin 2 diabetespotilaiden omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa. Väitöskirja. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 20.10.17 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/54243/978-951-39-7079-6.pdf?sequence=4>

Kiiskinen, U.; Vehko, T.; Matikainen, K.; Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008. Helsinki. viitattu 25.11.17 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113053/Terveysterveysten_edistamisen_mahdollisuudet_vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf?sequence=1

Kokko, S.; Virta, L. & Vehko, T. 2015. Terveyskeskusten hoitovastuu tyypin 2 diabetesta ja verenpaineteutia sairastavista. Suomen lääkärilehti. 70(44), 2945-2949 Viitattu 10.11.17 <http://www.laakarilehti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/terveyskeskusten-hoitovastuutyypin-2-diabetesta-ja-verenpainetautia-sairastavista/>

Kujala, S.; Hörhammer, I.; Ervast, M.; Kolanen, H. & Rauhala, M. 2018. Johtamisen hyvät käytännöt sähköisten omahoitopalveluiden käyttöönotossa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 10(2-3), 221-235.

Kylmä, K.; Pietilä, A-M. & Vehviläinen -Julkunen, K. 2002. Terveyden edistäminen etiikan lähtökohdista. Teoksessa Terveyden edistäminen -Uudistuvat työmenetelmät. Toim. Pietilä, A-M, Hakulinen, T, Koponen, P, Salminen, E-M ja Sirola, K. Helsinki. WSOY.

Kyngäs, H. & Henttinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs H., Kääriäinen, M., Poskiparta M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Laki (785 / 1992) Potilaan asemasta ja oikeudesta. 17.8.1992/785. Viitattu 3.11.17. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lohisto, S. 2012. Terveydenhuollon asiakaspalveluprosessin kehittäminen Teoksessa Ahonen, P (toim.) 2012. Kliininen asiantuntija, Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Raportteja 130, Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.11.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf>.

Lorig, K.; Ritter, P.L.; Villa, F. & Piette, J.D. 2008. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement. *Diabetes Care* 2008b; 31:408–14. Viitattu 18.1.2018 <http://care.diabetesjournals.org/content/31/3/408.short>

Lundqvist, A.; Männistö, S.; Jousilahti, P.; Kaartinen, N.; Mäki, P. & Boroduli, K. 2018. Lihavuus. Kirjassa Koponen, P., Borodulin, K. Lundqvist, A. Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys2017-tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Marttila, J. 2015. Diabeteksen omahoidossa jaksaminen. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, M.T. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Meriranta, P. 2009. Kohonnan verenpaineen hoito. Hyvää hoitoa etsimässä. Treatment of Hypertension Looking for Good Treatment. Väitöskirja Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Yleislääketieteen yksikkö Kuopio. Kuopion Yliopisto. viitattu 7.11.17 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1388-2/urn_isbn_978-951-27-1388-2.pdf

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 3.1.18. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti>

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2008. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveys-hyötymallissa. STM-raportti. Viitattu 7.11.17 http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2

Newman, J.D.; Schwartzbard, A.Z.; Weintraub, H.S.; Goldberg, I.J. & Berger, J.S. 2017. Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus. *J Am Coll Cardiol* 2017 Aug 15;70(7):883-893. Viitattu 22.10.17: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28797359>

Orozco, L.J.; Buchleitner, A.M.; Gimenez-Perez, G.; Roque I.; Figuls, M.; Richter, B. & Mauricio, D. 2008. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. The Cochrane database of systematic reviews, (3), pp. CD003054. Viitattu 22.10.17. <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1002/14651858.CD003054.pub3/full>

Parkkamäki, S. 2013. Voimaantumiseen pohjautuva tyypin 2 diabeteksen omahoidon tuki apteekissa: Esimerkkinä Mäntyharjun Havu-apteekki. Väitöskirja. Farmasian tiedekunta. Sosiaalifarmasian osasto. Mikkeli: Helsingin Yliopisto viitattu 21.10.17 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/101.38/40695/parkkamaki_vaitoskirja.pdf?sequence=1

Prochaska, J.O.; DiClemente, C. & Norcross, J. 1992. In search of how people change Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992. 47(9):1102-1114.

Prochaska, J.J. & Prochaska, J.O. 2011. A review of multiple health behavior change intervention for primary prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5(3), 208-221. Viitattu 2.1.2018 <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1559827610391883>

Raynor, H.A.; Davidson, P.G.; Burns, H.; Nadelson, M.D.H.; Mesznik, S.; Uhley, V. & Moloney, L. 2017. Medical Nutrition Therapy and Weight Loss Questions for the Evidence Analysis Library Prevention of Type 2 Diabetes Project: Systematic Reviews. *J Acad Nutr Diet*. 2017 Oct;117(10):1578-1611 Viitattu 20.10.17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28958344>

Reponen, J. 2015. Terveystuon sähköt palvelut murroksessa. Duodecim. Helsinki. Viitattu 6.11.18. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12323>

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. *Suomen Lääkärilehti* 21/2010 vsk 65, 1917-22. Viitattu 21.10.17 <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2010/SLL212010-1917.pdf>

Routasalo, P. & Pitkälä K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Duodecim. Viitattu 24.11.17. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f196933532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Rubak S.; Sandbaek, A.; Lauritzen, T. & Christiansen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55(513):305-12. Viitattu 3.1.18 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826439>

Rönnemaa, T. 2015. Diabetekseen liittyvät elinmuutokset: ehkäisyn ja hoidon mahdollisuudet. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Salmela, S.M. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa. Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylä; Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 22.10.17. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3>

Salmela 2013, S.M., 3013. D2D-hankkeen tuloksia: Moni uskoo pärjäävänsä ilman elintapaohjasta suuresta sairastumisriskistään huolimatta. Diabetes ja lääkäri 2013, 33-37.

Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveystietopalvelujen strategia vuosille 2015–2020. Viitattu 6.11.18. saatavissa. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/01/eHealth_strategia_Final.pdf

Salon terveyskeskus, Diabetes-käsikirja 20.2.2018, viitattu 1.8.2018

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinon, S. 2017 Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Viitattu 21.10.2018 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Sampolahti E. 2016. Ikääntyneen diabeetikon hoidonohjauksen avainsanat: Yksilöllisyys ja yhteistyö. Diabetes ja lääkäri, 4/2016, 14-18.

Saraheimo, M. & Sane, T. 2015. Diabeteksen yleisyys. Kirjassa Ilanne-Parikka, P.; Rönnemaa, T.; Saha, MT. & Sane, T. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim.

Seppälä, T. 2017. Elämän laadun ja elämäntapojen huomioonottaminen perusterveydenhuollossa. Turun Yliopisto. Lääketieteellinen Tiedekunta. Viitattu 22.10.17 <http://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/134482/AnnalesC436Seppälä.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Silverger, P. 2005 Ideasta Projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 22.11.17 http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materuaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Smailhodzic E.; Hooijsma, W.; Boonstra, A. & Langley DJ. 2016. Social media use in healthcare: A systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. BMC Health Services Research 2016;16;442. Viitattu 11.11.18 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27562728>

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7/2018. Tutkimustieto hyötykäyttöön. Rationaalisen lääkehoidontutkimusstrategia 2018–2022. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2018. Viitattu 28.10.18 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160656/STM_rap_7_2018_Tutkimustieto_hyotykayttoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategia. STM. Helsinki. Viitattu 4.11.18 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Tala, E. 2017. Etävastaanoton toiminta mallin kehittäminen Linnainmaan terveysaseman aikuisneuvolaan. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Hyvinvointi teknologian koulutus Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.8.18 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133404/Tala_Elina.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Taanila, A. 2011. Määrällisen aineiston kerääminen. Helsinki: HAAGA-HELIA ammattikorkeakoulu. viitattu 9.12.17 <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>
- Terveyskylä.fi viitattu 2.12.18 www.terveyskyla.fi
- Terveyskylä. Palvelut. Omapolku palvelukanava ja digihoitopolut. Viitattu 25.1.2019. <https://www.terveyskyla.fi/palvelut/omapolku-palvelukanava-ja-digihoitopolut>
- THL. 2017. Hyvinvointi ja terveyserot. Seuranta ja vaikuttavuus Viitattu 27.11.17 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus>
- Tieto. 2018. Efficca LifeCare. Julkinen terveydenhuolto. Sähköinen asiointi terveydenhuollossa. viitattu 5.11.18 <https://www.tieto.fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/julkisen-terveydenhuollon-tietojarjestelmat/terveydenhuollon-sahkoinen-asiointi>
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Turner, P.; Kushniruk, A. & Nohr, C. 2017. Are We There Yet? Human Factors Knowledge and Health Information Technology – the Challenges of Implementation and Impact. IMIA Yearbook of Medical Informatics. 26(1), 84-91. Viitattu 3.11.2018. <http://dx.doi.org/10.15265/IY-2017-014>
- Vahti, J. 2016. ODA-päätös suuri mahdollisuus terveyskeskus jonojen purkamiseen. Sitra. Viitattu 29.9.18 <https://www.sitra.fi/uutiset/oda-paatos-suuri-mahdollisuus-terveyskeskusjonojen-purkamiseen/>
- Virtanen, P.; Suoheimo, M.; Lamminmäki, S.; Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekes – teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Helsinki. Viitattu 21.10.18 https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf? t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&
- Vuori, I. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Duodecim 2015, 131(8), 729-736.
- WHO 2015. Trade, foreign policy, diplomacy and health. eHealth. Viitattu 10.11.18 <http://www.who.int/trade/glossary/story021/e>
- Winell, K. 2008. Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. DEHKO-raportti 2009;3.

Kyselylomake

DIABETESASIAKKAIDEN TERVEYSTARKASTUSTEN MERKITYS JA KEHITTÄMINEN SALON TERVEYSPALVELUSSA, ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA

Taustatiedot

Rastita valitsemasi vaihtoehto tai kirjoita vastauksesi viivalle.

1. Sukupuoli
 - a) Mies _____
 - b) Nainen _____
2. Ikä _____
3. Pituus _____
4. Paino _____
5. Onko ollut ongelmia hakeutua hoitajan vastaanotolle?
 - a) Kyllä _____, minkälaisia? _____
 - b) Ei _____
6. Millaisen hoitajan ohjaustavan koet sopivan itsellesi parhaiten (valitse vain yksi):
 - a) yksilöohjaus vastaanotolla _____
 - b) puhelinohjaus _____
 - c) internetohjaus _____
 - d) ryhmäohjaus _____

Valitse seuraavien väittämien kohdalta vastausvaihtoehdoista 1–5 se, joka parhaiten vastaa mielipidettäsi.

(1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

	Täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Diabeteshoitajan antama ohjaus on ollut hyödyllistä omahoitoni kannalta	1	2	3	4	5
8. Diabeteshoitajan antamat ohjausmateriaalit (esim. kuvat, ohjelehtiset) ovat olleet selkeät	1	2	3	4	5
9. Hoitajan kotihoito-ohjeet ovat olleet selkeät	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
10. Koen terveystarkastuskäynnit tarpeellisiksi omahoitoni kannalta	1	2	3	4	5
11. Hoitaja on saanut motivoitua minut jatkamaan omahoitoani silloinkin, kun olen ollut siihen väsynyt	1	2	3	4	5
12. Hoitaja on kuunnellut ajatuksiani / huoliani	1	2	3	4	5
13. Hoitaja on ottanut elämäntilanteeni huomioon ohjauksessaan	1	2	3	4	5
14. Olen saanut hoitajalta myönteistä palautetta omahoidossani	1	2	3	4	5
15. Osallistuin aktiivisesti omahoitoni tavoitteiden laadintaan	1	2	3	4	5
16. Hoitaja on saanut minut ajattelemaan elämäntapojani ja niiden muuttamisen tarvetta	1	2	3	4	5
17. Hoitaja on pyrkinyt motivoimaan minua löytämään keinoja elämäntapamuutosten tekemiseksi	1	2	3	4	5
18. Hoitajan vastaanotolla käyntien ansiosta motivoiduin lisäämään liikuntaa	1	2	3	4	5
19. Hoitajan vastaanotolla käyntien ansiosta motivoiduin muuttamaan ruokavaliotani	1	2	3	4	5
20. Jos minulle tulee omahoidossa ongelmia, tiedän, minne otan yhteyttä	1	2	3	4	5
21. Miten hoitajan vastaanoton palveluja ja ohjantaa voitaisiin kehittää, jotta se tukisi entistä paremmin diabeteksen omahoitoa?					

	Täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
22. Ymmärrän mielestäni riittävästi diabeteksen ruokavalihoitoon liittyvät asiat	1	2	3	4	5
23. Ymmärrän mielestäni riittävästi diabeteksen läikehoitoon liittyvät asiat	1	2	3	4	5
24. Ymmärrän, miten liikunta vaikuttaa diabeteksen hoitotasapainoon	1	2	3	4	5
25. Ymmärrän, miksi säännöllinen jalkojen omahoito on tärkeää	1	2	3	4	5
26. Ymmärrän, miten diabetes vaikuttaa silmänpohjiin	1	2	3	4	5
27. Mittaan verensokeriarvoni säännöllisesti	1	2	3	4	5
28. Mittaan verenpainearvoni säännöllisesti	1	2	3	4	5
29. Osallistun sovitulle hoitajan vastaanotto- käynneille säännöllisin väliajoin	1	2	3	4	5
30. Harrastan säännöllisesti liikuntaa	1	2	3	4	5
31. Noudatan suositusten mukaista ruokavaliota	1	2	3	4	5
32. Tupakoin a) kyllä _____ b) en _____					
33. Kuinka monta alkoholiannosta kuuluu viikossa Yksi annos (= 12 g) = 1 pullo keskioletta tai siideriä; 1 lasi mietoa viiniä; 1 pieni lasi väkevää viiniä tai 1 ravintola-annos väkeviä _____					
34. Mikä on viimeisin kotimittauksilla todettu verensokeriarvo? _____					
35. Mikä on viimeisin kotimittauksilla todettu verenpainearvo? _____					
36. Minä vuonna olet ollut viimeksi laboratoriossa diabeteksen vuosikokeissa? _____					

37. Missä kaipaat apua diabeteksen omahoidossa?

Saatekirje

SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: Diabetesasiakkaiden terveystarkastuksen merkitys ja kehittäminen Salon terveystarveluissa asiakkaan näkökulmasta

Päiväys 8.2.18

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tutkimustulosten pohjalta kehitetään terveystarkastuksen käynnin toteutustapaa siten, että se tukisi asiakasta entistä paremmin.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää diabetesasiakkaiden näkökulmasta terveystarkastusten merkitys Salon terveystarveluissa eli se, onko Salon terveystarveluun diabeteshoitajan vastaanotolla tehtävä terveystarkastus asiakkaan hoitoa ja omahoitoa tukeva.

Lupa aineiston keruuseen on saatu terveystarveluiden johtavalta hoitajalta Pirjo Parviaiselta.

Vastaukset ovat arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa 30. 3. 2018 mennessä ja jätä vastauksesi joko Webropol nettikyselyssä tai suljetussa kirjekuoreessa, joka on tämän kyselyn mukana.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, yliopettaja Turun AMK /Terveys ja hyvinvointi

Vastauksista kiittäen

Sari Sirkelä

Terveydenhoitaja /kliininen omahoito- ja kansansairaudet yamk-opiskelija

Yhteystiedot

sari.sirkela@edu.turkuamk.fi