

Ilona Teirikangas

”SAISI PITÄÄ JALAT ELÄMÄN LOPPUUN ASTI” –

Diabeetikoiden sitoutuminen jalkojen omahoitoon

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Syyskuu 2012

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 DIABETES	7
2.1 Diabetes sairautena	8
2.2 Diabeteksen liitännäissairaudet myöhäiskomplikaatioina	9
3 DIABEETIKON JALKOJEN OMAHOITO	11
3.1 Jalkojen omahoidon toteutus	11
3.2 Sitoutuminen jalkojen omahoitoon	12
3.3 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	13
4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	14
5 MENETELMÄT JA ANALYYSI	17
5.1 Määrällinen tutkimusote	17
5.2 Mittarin laatiminen ja aineiston keruu	17
5.3 Aineiston analysointi	18
5.4 Tutkimusetiikka ja luotettavuus	19
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA ONGELMAT	21
7 TUTKIMUSTULOKSET	22
7.1 Vastaajien taustatiedot	22
7.2 Diabeetikoiden sitoutuminen jalkojen omahoitoon	24
7.3 Diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	28
7.4 Diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumisen lisäämiskeinot	31
8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	32
8.1 Tulosten tarkastelu	32
8.2 Johtopäätökset	36
8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	36
8.4 Pohdinta	39
LÄHTEET	42
LIITTEET	

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö, Kokkola	Aika Syyskuu 2012	Tekijä Ilona Teirikangas
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi ”Saisi pitää jalat elämän loppuun asti” - Diabeetikoiden sitoutuminen jalkojen omahoitoon		
Työn ohjaaja Riitta Ala-Korpi, TtM	Sivumäärä 41+6	
Työelämäohjaaja Diabeteshoitajat Helinä Virkkala ja Erja Hietala		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää diabeetikoiden sitoutumista jalkojensa omahoitoon sekä sitoutumista edesauttavia tekijöitä. Tavoitteena oli, että tutkimustuloksilla voidaan lisätä sairaanhoitajien valmiuksia diabeetikoiden jalkojen omahoidon ohjaukseen ja omahoidossa tukemiseen Jokilaaksojen yhteistoiminta-alueen (Jyta) terveystieteissä.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jonka Toholammin sekä Kaustisen/Vetelin diabeteshoitajat jakoivat yhteensä 100 diabeetikolle. Aineistonkeruu tapahtui huhti-heinäkuun aikana 2012. Kyselylomakkeista palautui 37, joista 2 oli analysointiin kelpaamatonta. Vastausprosentiksi muodostui 35 %. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti ja siitä laskettiin frekvenssejä, ja sisällön analyysiä hyödynnettiin avoimien kysymysten analysoinnissa. Tulokset esitettiin sanallisesti sekä kaavioina ja taulukkoina.</p> <p>Tulosten mukaan diabeetikot ovat sitoutuneet jalkojen omahoitoon kohtalaisesti. Parhaiten jalkojen omahoidon alueista toteutuvat jalkojen pesu sekä sukkien vaihto. Ohjauksella ja tuen saannilla on suuri merkitys jalkojen omahoitoon sitoutumiseen. Sitoutumista jalkojen omahoitoon voidaan lisätä riittävällä tuella ja ohjauksella sekä säännöllisillä diabeteshoitajalla ja jalkahoitajalla käynneillä. Myös muiden sairauksien hoito ja kokonaisvaltainen terveyden edistäminen tukevat diabeetikon sitoutumista jalkojen omahoitoon.</p>		
Asiasanat Diabetes, jalkojen omahoito, omahoitoon sitoutuminen		

ABSTRACT

Department Department of Health Welfare and Culture, Kokkola	Date September 2012	Author Ilona Teirikangas
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis <i>"Wish I could retain the feet until the end of the life"</i> - Diabetic Patient's commitment to Foot Self-Care		
Instructor M.H.Sc, Riitta Ala-Korpi	Pages 41+6	
Supervisors Diabetic Nurses Helinä Virkkala ja Erja Hietala		
<p>The purpose of the thesis was to survey diabetics' commitment to foot self-care and the factors that support commitment. The aim was that the results can increase nurses' skills in foot care guidance of diabetics and supporting them in foot self-care in health centres', of Jyta region.</p> <p>In this survey the quantitative research method was used. The survey material was collected by using a structured questionnaire, which was delivered to 100 diabetics by diabetic nurses in Toholampi and Kaustinen/Veteli Municipalities. The material was collected during the time from April to July 2012. There were 37 returned questionnaires, of which 2 were not valid to be analyzed. The response percentage was 35. The survey material was analyzed statistically and frequencies were calculated from it. Content analysis was also utilized in analyzing the open questions. The results were presented both in writing and as tables and diagrams.</p> <p>According to the results diabetics are fairly committed to foot self-care. In the aspects of foot self-care foot washing and changing socks were carried out best. In commitment to foot self-care the education and support have great significance. By sufficient support and guidance and regular visits to diabetic nurse and pedicure the commitment can be increased. The treatment of other diseases and promoting overall health care also support diabetics' commitment to foot self-care.</p>		

Key words

Diabetes, foot self-care, commitment to self-care

1 JOHDANTO

Diabetes on yksi yleisimmistä pitkäaikaissairauksista Suomessa. Sen hoito aiheuttaa mairittavia kustannuksia yhteiskunnalle joka vuosi erityisesti sen aiheuttamien lisäsairauksien vuoksi. Asiantuntijat ovat arvioineet, että Suomessa kaikista diabeteksen hoitoon käytetyistä varoista kuluu noin 15 prosenttia diabeetikoiden jalkahaavojen ja amputaatioiden kustannuksiin (Käypä hoito -suositus 2009). Vuonna 2007 diabeetikkoja oli Suomen väestöstä noin 10 prosenttia (diagnosoimattomat diabeetikot mukaan lukien). Diabetesliitto käynnisti vuonna 2000 Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuohjelman, DEHKOn, joka on ohjelman vuonna 2010 päätyttyä tehdyn sisäisen arvion mukaan tehnyt diabetesta julkisuudessa näkyvämmäksi. DEHKOn alkaessa tyyppin 1 diabeteksen esiintyvyys oli maailman korkeinta. Yleisen tietoisuuden lisääntyminen auttaa diabeteksen riskitekijöiden tunnistamisessa, jolloin sen esiintymistä voidaan ehkäistä. DEHKO tuotti myös diabeetikon jalkojentutkimuslomakkeen, jonka avulla voitiin tehdä diabeetikon jalkaongelmiin liittyvä riskinarviointi ja valita oikeat hoitomenetelmät. (Diabetesliitto 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää diabeetikoiden sitoutumista jalkojensa omahoitoon sekä sitoutumista edesauttavia tekijöitä. Työn tavoitteena on, että tutkimustuloksilla voidaan lisätä sairaanhoitajien valmiuksia diabeetikoiden jalkojen omahoidon ohjaukseen ja omahoidossa tukemiseen Jokilaaksojen yhteistoiminta-alueen (Jyta) terveyskeskuksissa. Tässä opinnäytetyössä käsittelen jalkojen hoitoon sitoutumista siitä näkökulmasta, että tulevana sairaanhoitajana tiedostan hoitoon sitoutumista edesauttavat tekijät ja voin tukea potilasta hänen sitoutumisessaan jalkojensa hoitoon.

Diabeteksen hyvään hoitoon sisältyy jalkojen hyvästä hoidosta huolehtiminen. Olen hoitotyössä sekä terveyskeskuksen vuodeosastolla että vanhainkodeissa kohdannut monia diabeetikkoja ja kiinnittänyt huomioni siihen, että heistä useat ovat laiminlyöneet jalkojensa hoitoa. Tästä minulla on herännyt kiinnostus selvittää diabeetikoiden motivaatiota jalkojensa hoitoon ja sitoutumista siihen. Salon ja Vainilan (2007) tutkimuksessa 41 prosenttia diabeetikoista tiesi, että jalat tulee tarkistaa kerran päivässä, mutta kuitenkin vain 27 prosenttia teki niin. Samansuuntaiset tutkimustulokset on saanut Kiviaho-Tiippana (2012), jonka tuoreessa tutkimuksessa ilmeni 80 prosentilla diabeetikoista olevan jalkojen päivittäisessä tarkastuksessa puutteita. Osa diabeetikoista oli myös saanut virheellistä ohjausta. Potilasohjauksella onkin keskeinen rooli potilaiden sitouttamisessa jalkojen omahoitoon.

Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on osattava ohjata diabeetikko oikeanlaisen hoidon piiriin, mikäli ongelmia syntyy. Jokaisen diabeetikoita hoitavan tulee osata ohjata jalkojenhoitoa. Tavoitteena on, että potilas on motivoitunut jalkojensa omahoitoon, jolloin jalkaongelmien syntyä voidaan ainakin lähtökohtaisesti ennaltaehkäistä. (Kauppi 2009.)

2 DIABETES

Diabetes on yksi yleisimmistä kansansairauksistamme. Se koostuu joukosta erilaisia ja eriasteisia sairauksia, joille on yhteistä kohonnut verensokeripitoisuus (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2009; Kauppinen 2006, 253). Normaalisti haima tuottaa insuliinia, joka säätelee verensokeria niin, ettei se nouse eikä jää liian korkeaksi. Diabeteksessa tämä energia-aineenvaihdunnan järjestelmä on häiriintynyt. Diabetes voidaan jakaa kahden päämuotoon: tyypin 1 diabetekseen ja tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi on olemassa harvinaisempia diabeteksen alamuotoja, kuten raskausdiabetes, tyypin 1 diabeteksen kaltainen, aikuisiällä alkava LADA-diabetes (latent autoimmune diabetes in adults), sekä nuorella iällä alkava periytyvä tyypin 2 diabetes, MODY-diabetes (maturity onset diabetes in the youth). (Kauppinen 2006, 253; Ilanne-Parikka ym. 2009.) Diabeetikkojen, erityisesti tyypin 2 diabeetikkojen, määrä lisääntyy jatkuvasti. Syynä tähän on runsaskalorisen, erityisesti liian rasvaisen ja sokeripitoisen ravinnon sekä vähäisen liikunnan aiheuttama painonnousu, arkiliikunnan vähentyminen sekä väestön ikääntyminen. (Diabetesliitto 2011; Ilanne-Parikka ym. 2009.)

Ennen kuin diabetesta on diagnosoitu, sairaus antaa puhjettuaan monenlaisia merkkejä itsestään. Näitä oireita ovat väsymys, virtsanerityksen lisääntyminen, jano ja laihtuminen. Oireet johtuvat korkeasta veren sokeripitoisuudesta, jota elimistö ei pysty säätelemään. Tyypin 1 diabeteksessa oireet ilmaantuvat yleensä melko nopeasti, kun taas tyypin 2 diabeetikoilla oireet saattavat olla melko vähäisiä sairauden kehittyessä usein salakavalasti ja hitaasti. Kun tauti kehittyy vuosien myötä, se ehtii usein aiheuttaa elinmuutoksia silmiin, hermoihin, munuaisiin ja verisuoniin liian korkeasta verensokerista johtuen. (Ilanne-Parikka ym. 2009; Kauppinen 2006, 266 - 267.)

Diabeteksen hoidon toimivuuden tarkastamista varten sovitaan seurantakäyntejä, joiden tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. Hoitoa tulee kuitenkin arvioida 3 - 6 kuukauden välein. Seurantakäynnit jaetaan määräaikaikäynteihin ja vuositarkastukseen. Määräaikaikäynteillä tarkistetaan verikokeella rasva-arvot sekä HbA1c-arvo eli sokerihemoglobiini (pitkäaikaissokeri), paino ja painoindeksi, insuliinin pistospaikat, jos kyseessä on insuliinihoito, sekä verenpaine. Käynneillä keskustellaan diabeetikon omasta kokemuksesta hoidostaan ja varmistetaan mahdolliset hoidon epäkohdat. Niillä pyritään tukemaan diabeetikon jaksamista ja varmistetaan, että hoito on ajan tasalla. Vuosittain tarkastetaan jalkojen ja kunto ja

hampaat sekä veren munuaisarvot. 1 - 3 vuoden välein tarkistetaan verikokeella maksa- ja rasva-arvot ja tehdään silmänpohjakuvaus, ja aikuisilta tutkitaan myös sydänfilmi. (Ilanne-Parikka 2009, 90 - 91; Himanen, 52 - 53; Kauppinen 2006, 262 - 263; Käypä hoito 2011.)

HbA1c-arvon eli sokerihemoglobiiniarvon avulla voidaan arvioida diabeteksen hoitotasapainoa sekä diabeetikon elinmuutosten vaaraa. Mitä korkeampi on veren sokeripitoisuus, sitä enemmän sokeria myös kiinnittyy veren punasolujen hemoglobiiniin ja myös muihin valkuaisaineisiin eri kudoksissa. Terveellä ihmisellä sokerihemoglobiinin viitearvo on 4 - 6 %. Tablettihoitoisessa diabeteksessa verensokerin liiallisen laskun riski on pienempi kuin insuliinihoitoisen, jolloin HbA1c-arvon tavoitteena voidaan pitää jopa normaalia arvoa < 6 % tai useimmilla alle 7 %. Insuliinihoidossa HbA1c-tavoite on alle 7 %. (Ilanne-Parikka 2009, 86 - 89; Kangas 1993, 73; Mustajoki & Kaukua 2010; Kauppinen 2006, 262.)

2.1 Diabetes sairautena

Tyypin 1 diabeteksessa haiman insuliinintuotanto on täysin lakannut, koska sen Lagerhansin saarekkeiden b-solut ovat autoimmuunitulehduksen seurauksena tuhoutuneet. Siksi tyypin 1 diabeetikko on täysin riippuvainen pistoksina annettavasta insuliinista. Insuliinin puutoksen johdosta veren sokeripitoisuus nousee ja sokeria erittyy myös virtsaan. Koska elimistössä sokeri vetää vettä mukaansa, virtsamäärät kasvavat ja elimistö alkaa kuivua. Perimällä on vahva vaikutus sairastumiseen, mutta tauti syntyy vasta, kun periytyvä alttius ja diabetekselle altistavat ympäristötekijät kohtaavat. Näitä ulkoisia laukaisevia tekijöitä ei vielä täysin varmasti tiedetä. Esimerkiksi virusinfektioiden on epäilty liittyvän taudin syntyyn. Sairaus puhkeaa pääsääntöisesti alle 35-vuotiaana, mutta se voi tapahtua minkä ikäisenä tahansa. (Ilanne-Parikka ym. 2009; Kauppinen 2006, 253 - 257.)

Tyypin 2 diabeteksessa haima tuottaa vielä insuliinia, mutta se on tarpeeseen nähden riittämätöntä. Myös insuliinin vaikutus elimistössä on heikentynyt (insuliiniresistenssi). Tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen sairaus, sillä toisen vanhemman sairastaessa tyypin 2 diabetesta on lapsen sairastumisriski noin 40 %. Koska insuliinineritys ei ole täysin loppunut, pyritään tablettihoidolla stimuloimaan haiman toimintaa ja parantamaan insuliinin vastetta kudoksissa ja maksassa. Elintapamuutoksilla, kuten liikunnan lisäämisellä ja ravintotottumusten muuttamisella terveellisemmiksi, on myös suuri merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Jos diabeetikko on reilusti ylipainoinen, saattaa laihduttaminen joskus

riittää parantamaan sairauden jopa kokonaan. Elintapamuutokset ovat perusta tyyppin 2 diabeteksen hoidolle. (Ilanne-Parikka ym. 2009; Kauppinen 2006, 267 - 269.) Suomessa noin 80 - 90 prosenttia diabeetikoista on tyyppin 2 diabeetikoita (Kyngäs & Hentinen 2009, 148).

Vyötärölihavuuden ja liikunnan puutteen tiedetään vahvasti lisäävän riskiä sairastua erityisesti tyyppin 2 diabetekseen. Runsas rasvojen ja vähentynyt kuitujen osuus ruoassa vähentävät insuliiniherkkyyttä samoin kuin stressi, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. (Ovas-kainen & Paturi 2011.) Vuonna 2006 tehty suomalainen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimus osoitti, että suuren diabetesriskin ihmisillä diabeteksen puhkeamisista voitiin ehkäistä elintapamuutoksilla noin 60 prosenttia (Lindström ym. 2006).

2.2 Diabeteksen liitännäissairaudet myöhäiskomplikaatioina

Diabetes voi vuosien kuluessa aiheuttaa erilaisia komplikaatioita eli elinmuutoksia, jos sen hoitotasapaino on ollut huono. Joskus diabetes voidaan jopa todeta liitännäissairauksien oireista, jos se on ollut piilevänä pitkään (Kauppinen 2006, 267). Mikäli diabeteksen hoitotasapaino on hyvä, verenpaine- ja rasva-arvot tavoitetasolla eikä diabeetikko tupakoi, liitännäissairaudet voidaan lähes täysin välttää (Ilanne-Parikka ym. 2009, 391). Samoin kuin itse diabetekseen sairastumiseen myös liitännäissairauksien ilmaantumiseen vaikuttavat perintötekijät, mutta näitä altistavia perintötekijöitä ei kuitenkaan vielä tunneta tarkasti (Rönnemaa 2009, 392). Liitännäissairauksien riski on suuri erityisesti huonossa hoitotasapainossa olevilla tyyppin 2 diabeetikoilla, koska näillä sairastumiseen usein liittyy vyötärölihavuutta. Pitkäaikainen hyperglykemia (korkea verensokeri) ja hyperlipidemia (kolesteroliarvojen nousu) johtavat ennen pitkää lisäsairauksiin, koska ne vaurioittavat hermoja ja valtimoita. Korkean verensokerin vallitessa sokeria (glukoosia) kiinnittyy tavallista runsaammin elimistön kaikkiin valkuuaisaineisiin, mikä käynnistää vähitellen monimutkaisen kemiallisten reaktioiden sarjan. Tämän johdosta elimistön rakennevalkuaisien normaali-toiminta häiriintyy. (Ilanne-Parikka ym. 2009, 391 - 393; Liukkonen 2002, 20.)

Liitännäissairaudet voidaan jakaa pienten verisuonten muutoksiin eli mikroangiopatiaan, suurten verisuonten kalkkeutumiseen eli makroangiopatiaan ja diabeettiseen neuropatiaan eli hermovaurioon. Mikroangiopatia ilmenee vaurioina verkkokalvossa, munuaisissa ja hermoissa, makroangiopatia taas sepelvaltimoissa, aivovaltimoissa ja alaraajojen valtimoissa polven alapuolella. Makroangiopatiaan johtavia tekijöitä ovat korkeat kolesterolii-

glukoosi- ja verenpaine- arvot sekä tupakointi. Nämä riskitekijät yhteisvaikutuksellaan kasvattavat sepelvaltimotaudin ja sitä kautta myös sydäninfarktin riskiä. Diabetesta sairastavilla diabetestyyppistä riippumatta onkin noin kolme kertaa muita suurempi riski saada sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti, koska heillä sepelvaltimot ahtautuvat tavallista helpommin (Ilanne-Parikka 2009, 406). Diabeettinen neuropatia voidaan jakaa tahdosta riippumattomaan (autonominen) ja tahdosta riippuvaan hermostoon (somaattinen), ja sen aiheuttamat oireet riippuvat siitä, kummassa hermostossa vaurio sijaitsee. Jalkaterien pistely, puutuminen, vihlovat säryt ja tuntohäiriöt ovat somaattisen neuropatian tavallisimpia oireita, ja autonominen neuropatia voi aiheuttaa varsin korkean leposykkeen, suoliston tai virtsarakon toiminnan häiriöitä sekä jaloissa hikoilun vähenemistä ja tämän seurauksena ihon kuivumista ja halkeilua. (Huhtanen 2005, 5 - 6; Rönnemaa 2009, 428 - 429; Kauppinen 2006, 264 - 267.)

Erityisesti diabetekseen liittyvä makroangiopatia huonontaa verenkiertoa raajoissa ja voivat aiheuttaa jalkojen kudoksiin hapenpuutetta eli iskemiaa, mikä kasvattaa riskiä jalka- ja säärihaavojen syntyyn ja edelleen alaraaja-amputaatioihin. Diabeetikoilla haavojen paraneminen on hitaampaa. (Rönnemaa 2006, 201 - 203.) Myös neuropatia kasvattaa osaltaan jalkahaavojen riskiä, kun suojatunto on heikentynyt. Asiantuntijat ovat arvioineet, että Suomessa kaikista diabeteksen hoitoon käytetyistä varoista kuluu noin 15 prosenttia diabeetikoiden jalkahaavojen ja amputaatioiden kustannuksiin (Käypä hoito -suositus 2009). Amerikkalaisen jalkojenhoitoyhdistyksen (APMA) tekemän tutkimuksen mukaan USA:ssa 60 prosenttia alaraaja-amputaatioista tehdään juuri diabeteksen takia (Diabetics should take care of their feet 2010). Suomessa vuosina 1988 - 2002 Stakesin seurantatutkimuksen mukaan ensimmäisiä amputaatioita tehtiin 100 000 diabeetikkoa kohti 769 (Niemi ym. 2007). Seurantatutkimuksen aikana diabeetikoille tehtyjen alaraaja-amputaatioiden määrä oli suurin vuonna 1999, jolloin amputaatioita tehtiin 1 291 (ei sisällä traumojen tai kasvaimien johdosta tehtyjä amputaatioita) (Niemi ym. 2007). DEHKOn toteuttamisaikana sen yhtenä tavoitteena olikin jalkojen amputaatioiden väheneminen vähintään puoleen. Tämä tavoite toteutui osittain, mutta vain tyypin 2 diabeetikoilla. Ohjelman arvioinnissa on todettu myös, että ollaan vielä kaukana asetetusta laatuavoitteesta diabeetikoiden jalkojen tutkimisen toteutumisessa kontrollikäyntien yhteydessä. (Diabetesliitto 2011; Käypä hoito -suositus 2009.)

3 DIABEETIKON JALKOJEN OMAHOITO

Yksi keskeinen diabeteksen omahoidon osa-alue on jalkojen hyvinvoinnista huolehtiminen. Siihen kuuluu jalkojen päivittäinen tarkistus ja hoito, kynsien hoito, ihon rasvaushieronta sekä jalkavoimistelu. Myös sopivien kenkien ja sukkien käytöstä on huolehdittava. Jalat tulee tarkistaa päivittäin mahdollisten rakkojen, haavojen, ihonsisäisten verenvuotojen sekä tulehduksen merkkien varalta. Mikäli merkkejä näistä havaitaan, ne on hoidettava heti. (Huhtanen 2005, 8, 10 - 15; Rönnemaa 2009.)

3.1 Jalkojen omahoidon toteutus

Jalkojen hoito sisältää pesun, kuivauksen ja rasvaushieronnan. Jalat pestään päivittäin ihonlämpöisellä vedellä niitä kuitenkaan liottamatta. Useimmiten pelkkä vesipesu riittää, mutta tarvittaessa voidaan käyttää apteekista saatavia pesuaineita. Jalat on kuivattava huolellisesti varpaanvälit erityisesti huomioiden. Tämän jälkeen jalat rasvataan perusvoiteella ihoa samalla hieroen. Voide hierotaan erityisen hyvin jalkapohjan kovettumiin. Mikäli jaloilla ei ole taipumusta kuivua, niitä ei välttämättä tarvitse rasvata joka päivä. Kynnet leikataan kahden viikon välein. Ne leikataan suoraan, varpaanpäähän mukaisesti. Myös jalkavoimistelua suositellaan tehtäväksi päivittäin. Sen tarkoituksena on ylläpitää ja parantaa jalkojen toimintaa, vahvistaa lihasten kuntoa ja nivelten liikkuvuutta sekä elvyttää verenkiertoa. Voimistelu voidaan toteuttaa esimerkiksi koukistamalla ja ojentamalla nilkkoja vuoronperään, jalkaterän käännoillä sisään ja ulospäin, varpaita harittamalla sekä esineitä lattialta varpailla poimien. Liikkeet tehdään rauhallisesti kymmenesti peräkkäin. (Rönnemaa 2009; Huhtanen 2005, 10 - 14.)

Kenkien ja sukkien on oltava sopivat. Liian pienet sukat aiheuttavat hautumia varvasväleihin ja kynsien sisäänkasvua, pienet kengät taas edesauttavat virheasentojen syntyä. Luonnonkuidut, puuvilla ja villa, ovat suositeltavimpia sukkamateriaaleja hikoilemattomiin jalkoihin, hikoileviin jalkoihin taas sopivat sukat, joissa on mukana keinokuituja. Sukat toimivat pehmusteena ja kitkan poistajana ihon ja kengän välissä, ja kenkien käyttö ilman sukkaa voikin aiheuttaa hiertymiä ja ihorikkeymiä. Sukat vaihdetaan puhtaussyistä päivit-

täin. Kengännumero ei aina kerro kengän sopivuudesta, joten siihen ei yksistään voi luottaa. Kengän pituus on sopiva, kun sen sisätila on jalkaterää 1 - 1,5 cm pidempi. Jalan ääri- viivat voi piirtää paperille, leikata tämän mallin irti ja käyttää kenkäostoksilla apuna. Suositeltavaa on ostaa kengät iltapäivällä, koska jalat turpoavat hieman päivän mittaan. (Huh- tanen 2005, 15 - 21; Rönne- ma 2009.)

Diabeetikon jalkojen seulontatutkimus ja riskiluokitus tehdään vähintään vuosittain perus- terveydenhuollossa, mutta tarvittaessa useamminkin, jos aiempi jalkaongelma edellyttää tiheämpiä tarkastuksia. Tämä sisältyy diabeetikon jalkojenhoidon laatu- kriteereihin. Seulontatutkimuksen säännöllisyys on tärkeää alkavan neuropatian ja/tai verenkiertohäiriön varhaiseksi toteamiseksi sekä riskijalan ja riskitekijöiden tunnistamiseksi. Tavoitteena on ehkäistä lisäkomplikaatioita, haavoja sekä pahimpia tapauksia, amputaatioita. Riskijalka tarkoittaa jalkaa, jossa on jo todettu neuropatiaa tai muita diabeteksesta johtuvia muutok- sia. (Diabetesliitto 2003a & 2003b.)

3.2 Sitoutuminen jalkojen omahoitoon

Kyngäs ja Hentinen (2009, 17) ovat määritelleet hoitoon sitoutumista seuraavasti: ”Hoi- toon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.” Kun dia- beetikko sitoutuu terveellisiin elintapoihin ja asianmukaiseen hoitoon, terveys ja toiminta- kyky pysyvät parempina pidempään ja sitä kautta turvaavat paremman elämänlaadun ja lisääntyviä elinvoimaisia vuosia. Hoitoon sitoutuminen ei ole yksiselitteinen ilmiö, vaan siihen vaikuttavat monet tekijät niin diabeetikossa itsessään kuin myös ympäristökijöissä. Hoitoon sitoutumisen kannalta diabeetikon motivaatio muuttaa toimintaansa ja sitoutua hoitoonsa on keskeistä. (Kyngäs ym. 2009, 17, 22 - 23, 26 - 27, 87.) Diabeteksen hoito- tasapainon säilymisen kannalta hoitoon sitoutuminen on tärkeää, jotta toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään hyvänä ja liitännäissairaudet ehkäistään.

Pitkäaikaissairauksissa asiakkaista hoitoon sitoutuu 30 - 80 % (Kyngäs ym. 2009, 42). Huono hoitoon sitoutuminen tarkoittaa hoidon laiminlyömistä ja jatkuvaa tai toistuvaa puutteellista hoitoon sitoutumista. Diabeetikoiden on esimerkiksi todettu sitoutuvan pa- remmin insuliinihoitoon kuin liikunnan harrastamiseen tai ruokavalion noudattamiseen. Tutkimuksia diabeetikoiden sitoutumisesta nimenomaan jalkojen omahoitoon ei kuiten-

kaan juuri ole tehty. Huono hoitoon sitoutuminen voi olla joko tietoista tai tiedostamatonta. Tietoisesti huonosti hoitoon sitoutunut saattaa esimerkiksi pitää muita asioita itsensä hoitamista tärkeämpinä, hän ei ehkä luota hoitoon tai haluaa itse päättää omasta elämästään muista riippumatta. Päätökseen johtavat syyt voivat olla myös eettisiä, jolloin eettinen tai uskonnollinen vakaumus ovat yleensä taustalla. Tiedostamattaan huonosti hoitoon sitoutunut ei yleensä ymmärrä hoidon merkitystä, tai hän ei osaa toimia oikein. Myös muistihäiriöt ja yleensäkin unohtelu voivat olla tiedostamattoman toiminnan taustalla. (Kyngäs ym. 2009, 42 - 44.)

3.3 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin eli diabeetikosta itsestään johtuviin ja ulkoisiin eli ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Diabeetikossa itsessään vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja koulutus, voimavarat, elämäntilanne ja sosiaali-taloudellinen tilanne. Ympäristötekijöistä johtuvia tekijöitä taas ovat esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä ja sen mahdollistama hoito, ohjaus, hoidon järjestelyt, perhe ja muut läheiset tai vertaiset sekä diabeetikon saama kaikenlainen tuki. Esimerkiksi eri elämäntilanteet voivat kuluttaa voimavaroja ja näin vähentää hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2009, 26 - 27.)

Lukuisissa tutkimuksissa on havaittu ohjaustilanteissa ohjattavan ja ohjaajan välisen suhteen ja vuorovaikutuksen vaikuttavan oppimiseen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen (Kyngäs ym. 2009, 30). Myös ohjaus sisältyy diabeetikon jalkojenhoidon laatuksitekereihin. Ohjauksen tavoitteena on omahoitoon motivoituminen ja erilaisten ongelmien ennaltaehkäisy. (Diabetesliitto 2003a; Diabetesliitto 2003b.) Käypä hoito –suositukseen (2011) on kirjattu, että kaikkien diabeetikkoja hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten tulee kyetä antamaan potilasohjausta jalkojen hoidossa. Hoitoon sitoutumista edistävissä ohjauksessa arvioidaan aktiivisesti kunkin asiakkaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä sekä pyritään vaikuttamaan niihin tietoisesti (Kyngäs ym. 2009, 77).

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Salo ja Vainila (2007) selvittivät diabeetikoiden jalkojen omahoitoa ja jalkaongelmia. Tutkimustuloksissa oli havaittavissa ristiriita vastaajien jalkojenhoitotottumusten ja tietouden oikeista jalkojenhoitotavoista välillä. Vaikka tutkimukseen vastanneilla diabeetikoilla oli melko hyvät tiedot jalkojen omahoidosta, heidän jalkojensa omahoidossa esiintyi puutteita. Esimerkiksi 69 % vastaajista tiesi, että jalat tulee pestä päivittäin, mutta vastaajista 49 % kertoi toimivansa näin. 41 % vastaajista tiesi, että jalat tulee tarkistaa kerran päivässä, mutta 27 % todella teki tarkistuksen päivittäin. Vastaajista 63 % kuivasi varpaanvälit pesun jälkeen erityisen hyvin ja noin neljäsosa rasvasi jalkansa aina tarvittaessa. Valtaosa tutkimuksen diabeetikoista tiesi, että hyvän kengän tarkoituksena oli ehkäistä jalkavaurioita, mutta vain puolet tiesi, minkä kokoinen kenkä oli diabeetikolle suositeltavin. 72 % diabeetikoista käytti puuvillasukkia. Lisäksi noin kolmannes käytti myös joko sekoite- tai villasukkia. (Salo & Vainila 2007.)

Myös Anttila ja Tastula (1997) ovat tutkineet diabeetikoiden jalkojen omahoidon toteutumista. Tutkimus osoitti diabeetikoiden jalkojen omahoidon toteutuvan hyvin niiltä osin, joissa diabeetikot kokivat saaneensa myös riittävästi ohjausta hoitoon. Tutkimuksen diabeetikoista 58% oli tyytyväisiä saamaansa jalkojenhoidon ohjaukseen. Vastanneista 27 % tarkisti jalkansa päivittäin ja 72% pesi jalkansa joka päivä. Suurin osa tyypin 1 diabeetikoista ei tiedostanut suurentunutta riskiään saada jalkavaurioita. (Anttila & Tastula 1997.)

Kiviaho-Tiippa (2012) tutki väitöskirjassaan kattavasti Itä-Suomen diabeetikoiden jalkojen kuntoa ja omahoitokäytänteitä, ohjausta sekä seurantaa. Jalkojen omahoidon alueista vastaajien keskuudessa parhaiten toteutui jalkojen päivittäinen pesu. Jalkojen tarkastuksen teki päivittäin vain 36 % vastaajista, ja jalkavoimistelua toteutti 16 % vastaajista. Sukat vaihtoi päivittäin 37 % vastaajista. Tutkimustulokset paljastivat jalkojen hoidon ohjauksella ja jalkojen tarkastamisella olevan erittäin merkitsevän yhteyden diabeteksen keston ja diabetestyyppiin. Tyypin 1 diabeetikoista useampi koki saaneensa ohjausta ja samoin useampi raportoi jalkansa tarkastetun kuin tyypin 2 diabeetikot. Merkittävää tutkimustuloksissa oli myös, että jalkojen omahoito ei ollut riittämätöntä yhdelläkään tyypin 1 diabeetikoista, eivätkä sukupuoli tai diabeteksen kesto vaikuttaneet tähän tulokseen. Ohjauksessa oli myös virheellisyyksiä, sillä osaa diabeetikoista oli suositeltu käyttämään raskia sekä kerrottu paljain jaloin kävelemisen olevan terveellistä. Tutkimustuloksissa voitiin havaita yh-

teys jalkojen omahoidon ohjauksen, diabeteksen keston sekä jalkojen tarkastamisen välillä. (Kiviaho-Tiippana 2012, 7, 51 - 54, 59.)

Toljamo (1999) on tutkinut insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoitoa. Tutkimuksessa ei keskitytty vain jalkojen omahoitoon vaan omahoitoon yleensä. Lähes viidennes tutkittavista laiminlöi omahoitoaan. Huono hoitotasapaino, tupakointi ja yksinasuminen olivat yhteydessä omahoidon laiminlyöntiin ja selittivät sitä. Tutkimuksessa insuliinihoitoisista diabeetikoista neljäsosa (24 %) hoiti jalkojaan päivittäin tai lähes päivittäin, yli kolmasosa (36 %) viikoittain ja loput vielä sitäkin harvemmin tai eivät koskaan (Toljamo 1999, 8, 83).

Diabeetikoiden on tutkittu potevan myös hoitoväsymystä, psyykkistä uupumusta liittyen sairautensa hoitoon (Peltonen, Siltanen & Virmiala 2010; Lammi & Pipatti 2010). Peltonen, Siltanen ja Virmialan (2010) tutkimuksessa diabeetikot kuvasivat hoitoväsymyksiään ilmenevän lähinnä omahoidonsa laiminlyöntinä ja välinpitämättömyytenä hoitoaan kohtaan. Omahoito koetaan joskus raskaaksi ja vaativaksi. Hoitoväsymystä ilmenee erityisesti silloin, kun diabeetikon on vaikea saada sairauttaan hoitotasapainoon huolimatta omahoidon huolellisesta toteuttamisesta. Diabeetikon saama tuki läheisiltään sekä omat voimavarat kuten sairauden hallinnan tunne, harrastukset ja salliva asenne itseä kohtaan ovat keinoja selvitä hoitoväsymyksestä. (Peltonen ym. 2010, 9, 20 - 27.) Myös Lammin ja Pipatin (2010) tutkimuksessa saatiin samanlaisia tuloksia. Heidän mukaansa myös diabeetikon tuntemuksilla selviytymisestä sairauden kanssa on vaikutusta, ja hoitoon motivoituminen sekä ohjeiden noudattaminen parantavat diabeetikon jaksamista omahoidossaan. (Lammi ym. 2010, 8, 11, 14, 17 - 19.)

Yhdysvalloissa on tutkittu integroidun diabeetikoiden jalkojen omahoidon mallin käyttöä riskijalkojen tunnistamisessa ja kliinisessä työssä. Tutkimuksessa diabeetikoiden asenteet jalkojen omahoitoa kohtaan paranivat ja potilaiden tietoisuus diabeteksen aiheuttamista jalkaongelmista kasvoi. Mallin käyttö paransi myös hoitohenkilökunnan osaamista diabeteksen jalkaongelmien hoidossa. (Donohoe, Fletton, Hook, Powell, Robinson, Stead, Sweeney, Taylor & Tooke 2001.)

Kyngäs (2001) on selvittänyt pitkäaikaissairaiden nuorten hoitoon sitoutumista. Tutkimuksessa selvisi, että nuorten hoitoon sitoutumista ennusti heidän oma motivaationsa ja jaksamisensa ja laajasti saamansa tuki. Vahvin ennustaja hyvään hoitoon sitoutumiseen oli hoitajilta saatu tuki. Se oli pitkäaikaissairailla nuorilla tärkein hoitoon sitoutumista ennustava tekijä. Hoitajilta tukea saavat sitoutuvat siis todennäköisemmin hoitoonsa kuin ne, jotka

eivät saa tukea. Myös vuoden 1995 tutkimuksessa diabeetikonuorten hoitoon sitoutumisesta Kyngäs sai samanlaisia tuloksia. Nuoret kokivat tuen saamisen tärkeänä hoidossa jaksamisen kannalta. Toisaalta he voivat kokea syyllisyyttä siitä, etteivät hoida itseään paremmin. Merkittävää tutkimustuloksissa oli myös, että suurin osa nuorista, jotka pitivät hoitoa tärkeänä asiana elämässään, jaksoi hoitaa itseään. (Kyngäs 1995 & 2006; Kyngäs ym. 2009, 66 - 67.)

Diabeetikoita koskevassa tutkimuksessa on todettu, että hoitoon sitoutumista vaikeuttaa myös se, että hoitotasapaino ei ole aina hyvä hoidosta huolimatta, koska siihen voivat vaikuttaa esimerkiksi aineenvaihdunnalliset tekijät. Tämä turhauttaa ja vaikeuttaa motivoitumista hoitoon. (Kyngäs ym. 2009, 30, 149.) Toisaalta kuitenkin Toljamon (1999) ja Kynkään (1995) tutkimuksissa omahoitoon sitoutuminen oli suoraan yhteydessä hoitotasapainoon. Toljamon tutkimuksessa insuliinihoitoisista diabeetikoista 19 prosenttia laiminlöi omahoitoaan. Omahoitoa laiminlyöville hoitotasapainon keskiarvo (9.1) oli huonompi kuin muilla. (Kyngäs 1995, 5, 53 - 54; Toljamo 1999, 101.) Kankaan (1993) tutkimustuloksissa myös painoindeksi oli yhteydessä diabeetikoiden huonoon hoitotasapainoon (Kangas 1993, 77 - 78).

Kynkään tutkimustuloksia vahvistavat myös Toljamon (1999) tutkimustulokset insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoidosta. Tutkimuksen mukaan diabeetikot, jotka olivat sitoutuneet omahoitoon, kokivat saavansa läheistukea. Diabeetikot mainitsivat tarvitsevansa eniten emotionaalista tukea, jonka lähteenä useimmin oli mainittu terveydenhuoltohenkilöstö ja lähinnä diabetestiimit. He kaipasivat kannustavaa ja hienotunteista suhtautumista sekä palautetta riippumatta hoitotasapainon asteesta. Diabeetikot tuntevat halua keskustella yhdessä hoitoa suunniteltaessa sairauden aiheuttamista tunteista ja elämäntilanteesta. (Toljamo 1999, 87 - 88, 101.)

Diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä ei ole tehty juurikaan tutkimuksia. Tämän vuoksi kiinnostukseni on kohdentunut juuri siihen. Tässä opinäytetyössä tutkimukseni ei koske diabeetikoiden hoitoon sitoutumista yleensä, vaan sitoutumista juuri jalkojen omahoitoon.

5 MENETELMÄT JA ANALYYSI

5.1 Määrällinen tutkimusote

Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä saadaan yleistettävämpi tutkimustulos verrattuna kvalitatiiviseen eli laadulliseen menetelmään. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan tarkkaa tietoa määrällisistä asioista ja voidaan kuvata, vertailla ja selittää ilmiöitä sekä kuvata eri asioiden välisiä riippuvuuksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009; Kananen 2008, 10). Survey-tutkimus on kvantitatiivisen tutkimuksen muoto, jossa tietoa kerätään standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tutkittavien joukko muodostaa otoksen, jolloin tuloksia voidaan yleistää. (Hirsjärvi ym. 2009; Kananen 2008, 10.) Diabeteshoitajat ottavat viikoittain vastaan keskimäärin 20 - 30 diabeetikkoa, mikä mahdollisti suuren tutkittavien määrän, jolloin perusjoukko oli riittävän iso suureen otokseen. Diabeteksesta, jalkojen hoidosta sekä hoitoon sitoutumisesta on olemassa aikaisempia tutkimuksia ja teoretietoa, joten tämänkin vuoksi kvantitatiivinen tutkimus oli mahdollista suorittaa.

5.2 Mittarin laatiminen ja aineiston keruu

Määrällisen tutkimuksen tavallisin mittari on kyselylomake. Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin survey-tutkimuksen tapaan jakamalla diabeetikoille puolistrukturoitu kyselylomake. Mittari esiteltiin ennen varsinaista tutkimusta, jotta varmistettiin, että kysymykset ovat ymmärrettäviä eivätkä ne sisällä kirjoitusvirheitä (Kananen 2008, 7, 12). Hyvässä kyselylomakkeessa kysymykset ovat ymmärrettäviä, tarkasti rajattuja ja yksinkertaisia ja ne ovat yleiskieltä ilman sivistystermejä (Hirsjärvi ym. 2000, 183 - 190; Kananen 2008, 25 - 35). Mittarin kysymykset muodostettiin aikaisemmin tutkitun tiedon pohjalta, ja jokaiselle kysymykselle löytyi peruste opinnäytetyön teoriasta.

Kyselylomakkeessa selvitettiin ensin taustatietoina vastaajien sukupuoli, ikä, siviilisäätty, ammatti, tupakointi, diabeteksen tyyppi, hoitotasapaino sekä kuinka kauan vastaaja oli sairastanut diabetesta. Kysymykset 1 - 11 selvittivät vastausta 1. tutkimusongelmaan: Miten diabeetikot ovat sitoutuneet jalkojen omahoitoon. Kysymykset 12 - 17 vastasivat 2. tutkimusongelmaan: Mitkä asiat vaikuttavat diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutu-

miseen. Kysymyksillä 13 - 14 sekä 16 - 17 selvitettiin vastausta kolmanteen tutkimusongelmaan eli miten diabeetikoiden sitoutumista jalkojen omahoitoon tulee lisätä.

Vastaukset tutkimusongelmiin selvitettiin kyselylomakkeella (LIITE 1). Kyselylomakkeiden jako toteutui niin, että diabeteshoitajat jakoivat lomakkeita vastaanotoillaan niille aikuisille diabeetikoille, joilla kognitiiviset taidot olivat sellaiset, että he kykenivät täyttämään lomakkeen itse eikä fyysisiä esteitä, kuten esimerkiksi sokeutta tai kirjoitustaidottomuutta, lomakkeen täyttämiseen ole. Diabeetikot saivat osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeen mukana tutkittavat saivat saatekirjeen, jossa oli osallistumisohjeet ja tietoa tutkimuksesta. Tavoitteena oli jakaa lomakkeita 100 kappaletta, jotta tutkimustulosten yleistettävyyttä olisi mahdollisimman suuri (Kananen 2008, 10). Kyselylomakkeiden mukana oli myös valmiiksi postileimattu kirjekuori, jossa tutkittavat voivat palauttaa kyselylomakkeen.

Kyselylomake esitettiin viidellä diabeetikolla maaliskuun vaihteessa 2012. Kyselylomakkeen kahdessa viimeisessä, avoimessa kysymyksessä ilmeni esitetauksissa epäselvyyksiä, jolloin kysymyksiä selvennettiin ymmärrettävyyden mahdollistamiseksi. Kyselylomakkeen viimeistelyn jälkeen kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 100 toukokuusta heinäkuuhun välisenä aikana 2012. Näistä 40 jaettiin Toholammilla ja 60 Vetelissä ja Kaustisella työskentelevien kahden diabeteshoitajan toimesta.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla, jolla vastaukset kuvataan frekvensseinä ja prosentteina. Analysoinnissa käytettiin myös ristiintaulukointia, jossa asioiden väliset riippuvuussuhteet selviävät (Kananen 2008, 44). Ristiintaulukoinnilla selvitettiin muun muassa sukupuolen, hoitotasapainon ja sairastamisvuosien merkitystä tutkimusongelmiin. Avoimien kysymysten analysointi tapahtui kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tyyliin sisällön analyysillä, jolla pyritään selittämään asioita etsimällä asioiden välisiä yhteyksiä luokittelemalla ja yhdistelemällä aineistosta nousevia asioita (Alasuutari 2011, 40-43; Hirsjärvi ym. 2009, 223).

5.4 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman totuudenmukaisia ja luotettavia tietoja (Kananen 2008, 79). Tutkimuksen tekemisen tulee tapahtua tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Tutkimustyön tulee noudattaa muun muassa rehellisyyden periaatetta. Opinnäytetyössäni en plagioi aineistoja, vaan mukailen lähteitä omin sanoin ja lähteet on merkitty asianmukaisesti. Tutkimussuunnitelmani valmistuttua anoin asianmukaisesti tutkimusluvan peruspalveluliikelaitos JYTAn peruspalvelujohtajalta ennen tutkimuksen aloittamista. Kyselylomakkeen mukana tutkittavat saivat saatekirjeen, jossa he saivat tarvittavan informaation tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, jotta he pystyvät päättämään, haluavatko osallistua tutkimukseen vai eivät. Saatekirjeessä ei ollut lahjovaa tai painostavaa sanomaa. Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimuksessa on taattava myös tutkittavien anonymisuus, luottamuksellisuus sekä aineiston tallentaminen asianmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2000, 26 - 27). Koska diabeteshoitajat jakoivat kyselylomakkeet, en tavannut tutkittavia missään vaiheessa, jolloin heidän anonymiytensä säilyy. Tutkimustulokset on tässä opinnäytetyössä esitetty realistisesti alkuperäisiä havaintoja muokkaamatta, jolloin tulokset eivät vääristy.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on käytettävissä monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Vaikka tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, tulosten luotettavuus ja pätevyys silti vaihtelevat. Tämän vuoksi tutkimusten luotettavuutta pyritään aina arvioimaan. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida käsitteillä reliaabelius ja validius. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten pysyvyyttä, eli toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Tämä tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa eissattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Aina ei voida kuitenkaan olla varmoja siitä, ovatko esimerkiksi tutkittavat ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymykset samalla tavoin kuin tutkija on ajatellut. Tällöin tuloksia ei voida pitää pätevinä ja tosina. Kyselylomakkeiden esitestaamisella on tarkoitus varmistaa se, että tutkittavat ymmärtävät kysymykset samoin kuin itse olen tutkijana ajatellut, jolloin tutkimustulosten pätevyys ei kärsi. (Hirsjärvi ym. 2009, 213 - 214; Kananen 2008, 79 - 81.) Otos oli tässä tutkimuksessa tarkoituksenmukaisesti suuri, jotta tulokset ovat kattavat ja helpommin yleistettävissä. Otoksen muodosti 100 diabeetikkoa. Kyselylomake esitestiin viidellä diabeetikolla, minkä jälkeen lomake muokattiin lopulliseen muotoonsa.

Määrällisellä kyselytutkimusmenetelmällä on myös heikkouksia. Vastaajien suhtautumisesta vakavasti tutkimukseen ei voida olla varmoja. Myös kyselylomakkeessa annettujen vastausvaihtojen onnistuneisuudesta ei ole varmuutta vastaajien näkökulmasta. Esitestaus antaa siihen suuntaa, mutta jokaisen osallistujan kantaa ei voida tietää. Tutkimuksessa muodostuu aina myös jonkin verran katoa eli vastaamattomuutta, jonka suuruutta ei voida ennustaa. Kadon suuruus riippuu vastaajajoukosta ja tutkimuksen aihepiiristä. Kun tutkitavien joukko on rajattu tarkaksi ja aihe on heidän kannaltaan tärkeä, voidaan odottaa korkeampaa vastausprosenttia. (Hirsjärvi ym. 2000, 182 - 183.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA ONGELMAT

Hoitamalla diabetesta hyvin pyritään vähentämään riskiä saada diabeteksen liitännäissairauksia tulevaisuudessa. Yksi osa näiden liitännäissairauksien ehkäisyä on huolehtia jalkojen hyvinvoinnista (Huhtanen 2006; Ilanne-Parikka ym. 2009). Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää diabeetikoiden sitoutumista jalkojensa omahoitoon sekä sitoutumista edesauttavia tekijöitä.

Opinnäytetyöni tavoitteena on, että tutkimustuloksilla voidaan lisätä sairaanhoitajien valmiuksia diabeetikoiden jalkojen omahoidon ohjaukseen ja omahoidossa tukemiseen Joki-laaksojen yhteistoiminta-alueen (Jyta) terveyskeskuksissa. Diabeetikoilla itsellään on suuri vastuu omasta hoidostaan, ja diabeteksen hyvän hoitotasapainon takaamiseksi diabeetikon tulee olla sitoutunut hoitoonsa (Ilanne-Parikka ym. 2009; Kyngäs & Hentinen 17 - 18, 23; Toljamo 1999, 104). Koska sairaanhoitajan työn tavoitteena on myös edistää terveyttä, diabeetikkoja on tuettava heidän sitoutumisessaan jalkojen omahoitoon.

Tutkimusongelmat ovat:

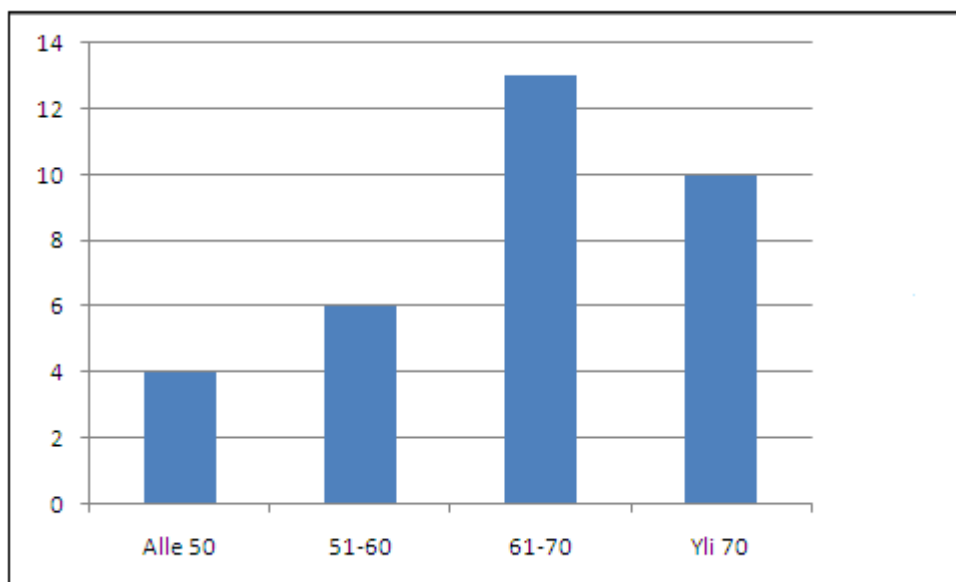
1. Miten diabeetikot ovat sitoutuneet jalkojen omahoitoon?
2. Mitkä asiat vaikuttavat diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumiseen?
3. Miten diabeetikoiden sitoutumista jalkojen omahoitoon tulee lisätä?

7. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat aikuiset diabeetikot Vetelin, Kaustisen, Halsuan ja Toholammin alueelta. Vastaajien tuli olla fyysisesti ja kognitiivisesti kykeneviä kyselylomakkeen täyttämiseen. Jaetuista sadasta kyselylomakkeesta palautui 37, joista 2 oli tutkimukseen kelpaamatonta vastaajien alaikäisyyden vuoksi. Vastausprosentiksi muodostui 35 % (n=35). Alhaisen vastausprosentin vuoksi tulokset esitetään kuitenkin prosenttien sijaan frekvensseinä.

7.1 Vastaajien taustatiedot

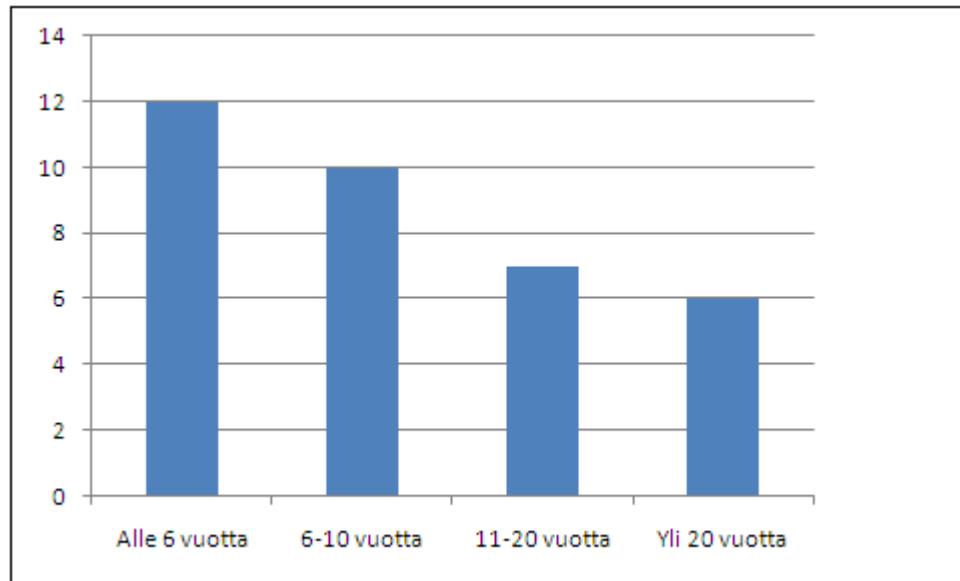
Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysyttiin vastaajan sukupuolta, ikää, siviilisäätystä, ammattia, tupakointia, diabetestyyppiä sekä kuinka kauan vastaaja oli sairastanut diabetesta. Viimeisellä taustakysymyksellä selvitettiin diabeteksen hoitotasapaino. Kyselyyn vastanneista 22 oli naisia ja 13 miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 64 vuotta, kun vastaajat olivat iältään 31 - 83-vuotiaita (Kuvio 1). Kaksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä.



KUVIO 1. Tutkimukseen osallistuneiden ikäjakauma (n=33).

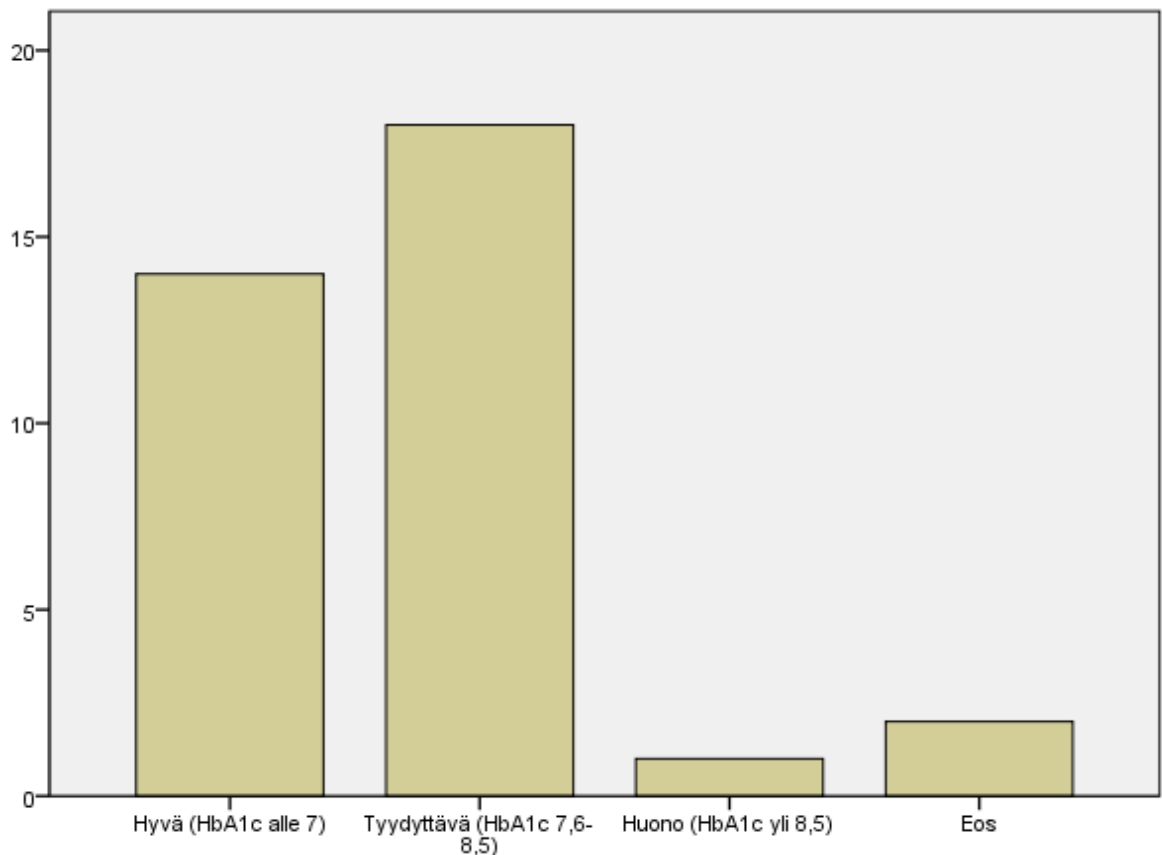
Vastaajista 27 oli eläkeläisiä, ja 8 oli työelämässä. Suurin osa vastaajista oli avio- tai avoliitossa (n=29). Enemmistö vastaajista (n=33) sairasti tyypin 2 diabetesta. Vastaajista vain kolme tupakoi.

Vastaajat olivat sairastaneet diabetesta keskimäärin 12 vuotta (KUVIO 2).



KUVIO 2. Vastaajien diabetesta sairastama aika vuosina (n=35).

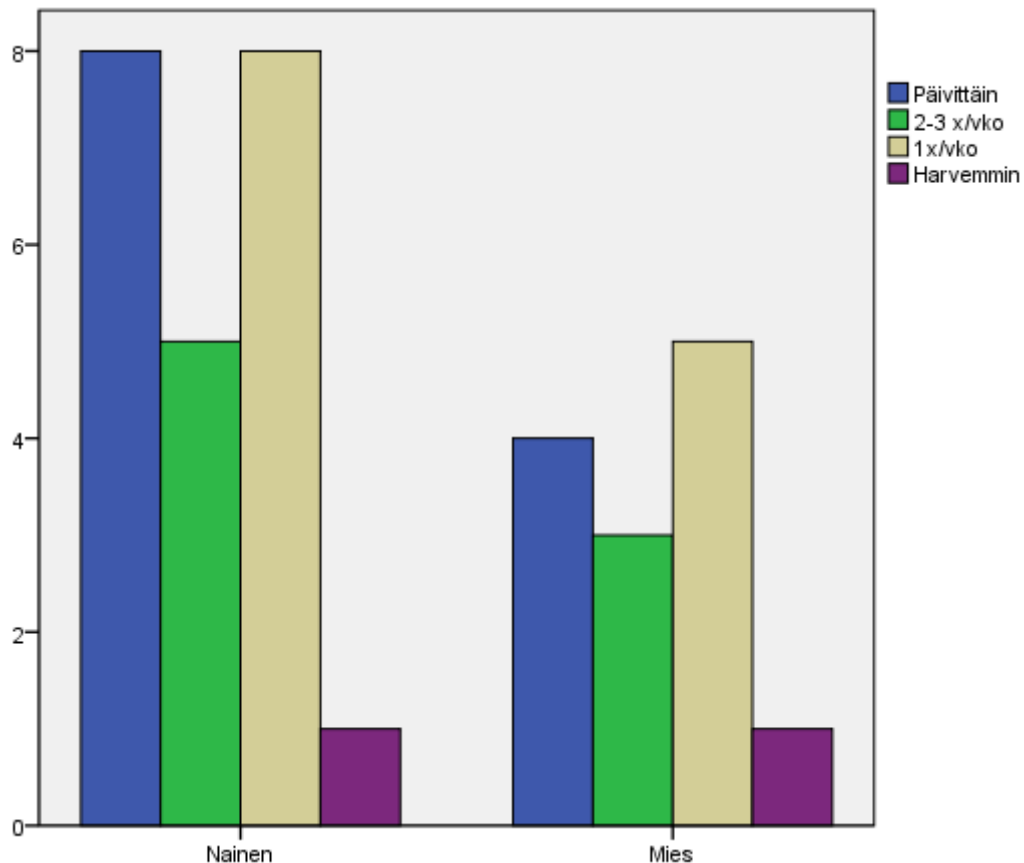
Vastaajista 18 ilmoitti diabeteksensä hoitotasapainon olevan tyydyttävän, 2 vastaajaa ei osannut sanoa (KUVIO 3). Näistä vastaajista yksi oli perustellut vastausvalintaansa niin, että hoitotasapaino vaihtelee paljon. Vastaajien tietoisuus hoitotasapainostaan oli tutkijan mielestä positiivisesti yllättävää. Tästä voi päätellä lähes jokaisen vastaajan myös tietävän, millä tasolla hoitotasapainon tulisi olla. Tämä saattaa myös olla diabeteksen omahoidon motivaatiota ylläpitävä tekijä, kun konkreettisella luvulla voidaan arvioida hoidon riittävyyttä.



KUVIO 3. Vastaajien diabeteksen hoitotasapaino (n=35).

7.2 Diabeetikoiden sitoutuminen jalkojen omahoitoon

Vastaajien tottumukset tutkia jalkojensa kunto vaihteli suuresti. 13 vastaajaa ilmoitti tarkistavansa jalkansa kerran viikossa, lähes saman verran vastaajia (n=12) päivittäin. (KUVIO 4.) Sairastamisvuosilla tai hoitotasapainoarvolla ei ollut merkitystä jalkojen kunnan tarkastamistiheyteen.



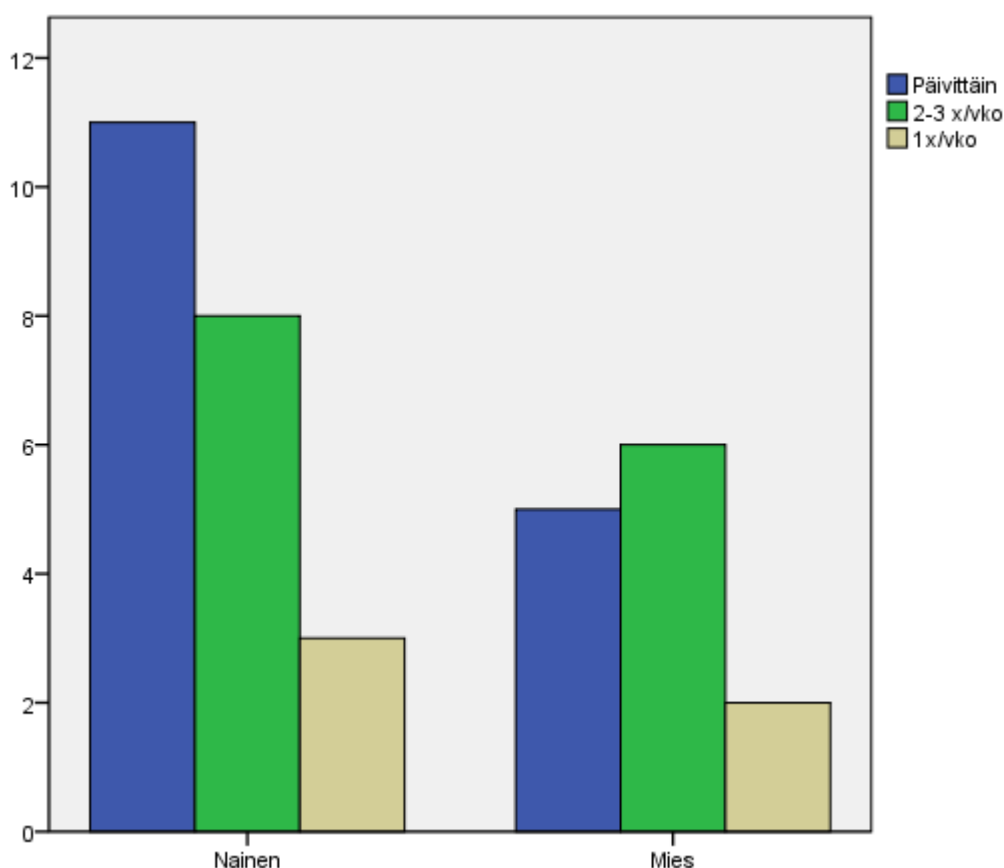
KUVIO 4. Vastaajien jalkojen kunnon tutkimistiheys sukupuolen mukaan (n=35).

Vastaajista suurin osa (n=18) pesi jalkansa päivittäin. 14 vastaajaa ilmoitti pesevänsä jalkansa 2 - 3 kertaa viikossa ja loput vastaajista (n=3) kerran viikossa. Naiset olivat ahkerimpia pesemään päivittäin, kun taas miehistä suurin osa pesi 2 - 3 kertaa viikossa. Sairastamisvuosilla ei ollut merkitystä pesutiheyteen. Enemmistö vastaajista (n=28) pesi jalkansa suihkuttamalla. Kuusi vastaajaa pesi liottamalla vedessä, ja muulla tavoin pesi neljä vastaajaa. Näitä muita tapoja mainittiin olevan saunominen, sienellä pesu ja harjalla hinkkaaminen.

Valtaosa vastaajista (n=23) ilmoitti kuivaavansa varpaanvälinsä joka kerta tai lähes joka kerta ja 11 vastaajaa joskus. Vain yksi vastaaja kertoi, ettei kuivaa varpaidensa välejä koskaan. Suurin osa vastaajista ilmoitti rasvaavansa jalkansa tarvittaessa. Neljäsosa vastaajista ilmoitti rasvaavansa päivittäin ja myös lähes saman verran vastaajia rasvasi jalkansa 2 - 3 kertaa viikossa. Kaksi vastaajaa ei rasvannut jalkojansa koskaan.

Vastaajista suurin osa (n=15) ilmoitti leikkaavansa varpaankyntensä varpaanpäähän mukaisesti. Suoraan leikkasi 10 vastaajaa, ja kulmista pyöristäen 9 vastaajaa. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Useat vastaajat erikseen mainitsivat jalkahoitajan leikkaavan heidän varpaankyntensä. Tämä onkin ilahduttavaa, sillä erityisesti jos kynnet ovat paksuuntu-
neet tai kasvavat sisäänpäin, on suositeltavaa, että jalkahoitaja leikkaa diabeetikon varpaankynnet.

Vastaajista yli puolet (n=19) kertoi käyttämiensä sukkien materiaalin olevan puuvillaa, neljäsosa vastaajista villaa. Reilu neljännes (n=11) käytti sekoitesukkia. Kolmen vastaajan käyttämät sukat olivat jotakin muuta materiaalia. Moni vastaaja oli vastannut erikseen käyttävänsä tukisukkia. Suurin osa vastaajista (n=16) vaihtoi suositusten mukaisesti sukat päivittäin, naiset useammin päivittäin kuin miehet. (KUVIO 5.)

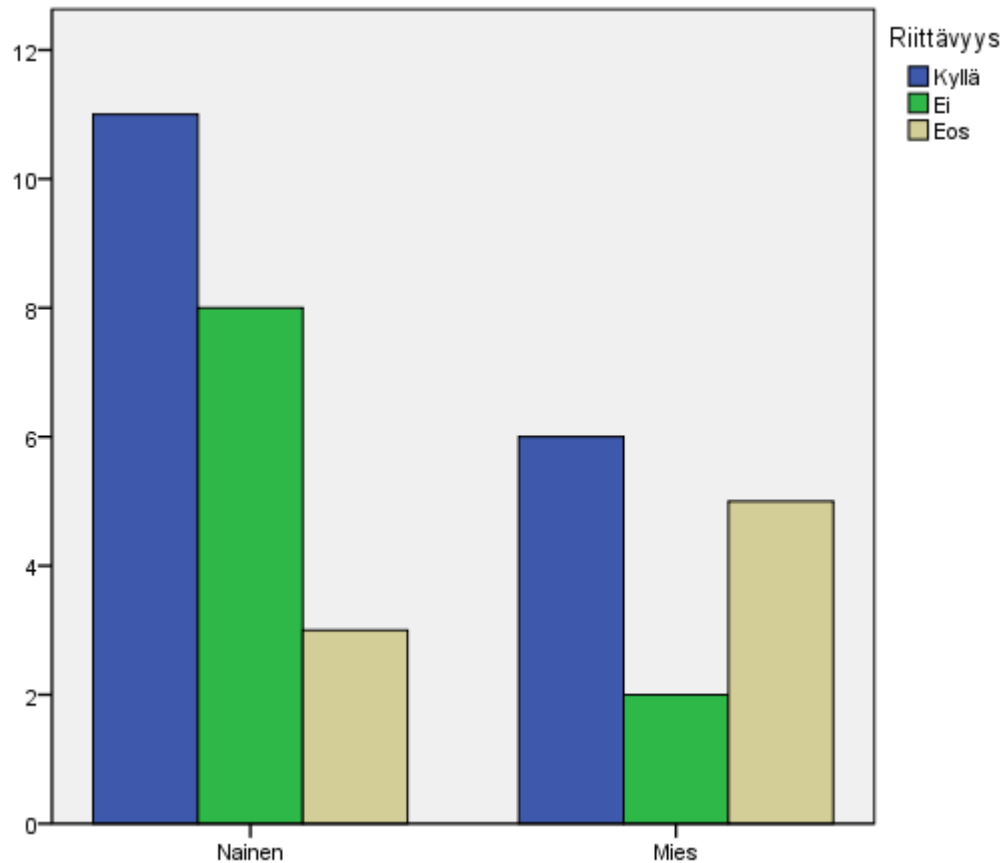


KUVIO 5. Vastaajien sukkien vaihtotiheys sukupuolen mukaan (n=35).

Valtaosa vastaajista (n=16) kertoi liikuttelevansa jalkojansa jumppaamistarkoituksessa päivittäin. Reilu neljännes vastaajista (n=10) teki näin 2 - 3 kertaa viikossa, ja viisi vastaajaa kerran viikossa. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen. Merkittävää oli se, että vähiten aikaa sairastaneet olivat ahkerimpia toteuttamaan jalkajumppaa.

Kymmenennellä kysymyksellä kysyttiin vastaajilta, kuinka tärkeää jalkojen itsehoito ja säännöllinen jalkojen kunnon tarkastus heille on. Yli puolet vastaajista (n=24) koki näiden olevan tärkeää, vajaa neljännes vastaajista (n=8) jonkin verran tärkeää, ja kolme vastaajaa ei osannut sanoa. Tutkijan mielestä tämä tulos on ilahduttava, ja sillä on varmasti merkitystä jalkojen omahoidon toteutumisen kannalta.

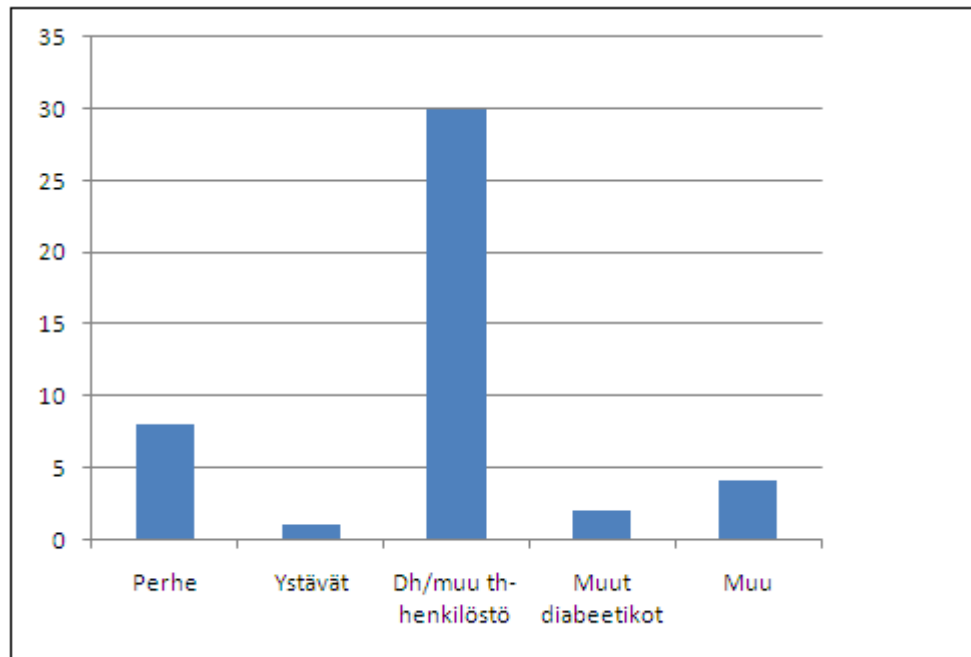
Vastaajista lähes puolet (n=17) koki toteuttamansa jalkojen omahoidon olevan omasta mielestään riittävää, naiset useammin kuin miehet (KUVIO 6). Sairastamisvuosilla ei ollut merkitystä kokemukseen jalkojen omahoidon riittävydestä. Tämä oli tutkijan mielestä yllättävää, sillä voisi ehkä olettaa pisimpään sairastaneiden hoitavan jalkojaan parhaiten. Näin ei kuitenkaan selkeästi voida yleistää. Merkittävää oli se, että ne, jotka kokivat saavansa tarpeeksi tukea jalkojen omahoitoon, kokivat useammin toteuttamansa jalkojen omahoidon olevan riittävää. Myös kokemus jalkojen omahoidon ohjauksen riittävydestä selkeästi tuki vastaajien kokemusta toteuttamansa jalkojen omahoidon riittävydestä.



KUVIO 6. Vastaajien oma kokemus toteuttamansa jalkojen omahoidon riittävydestä sukupuolen mukaan (n=35).

7.3 Diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Vastaajat kertoivat saaneensa jalkojen omahoidon ohjausta useasta eri lähteestä. Lähes kaikki vastaajat olivat saaneet ohjausta diabeteshoitajalta tai muulta terveydenhuoltohenkilöstöltä. Jalkahoitaja oli lukuisassa vastauslomakkeessa mainittu erikseen ohjauksen antajana. Kaksi vastaajaa kertoi muuna ohjauksen lähteenä olevan lehdet. (KUVIO 7.)



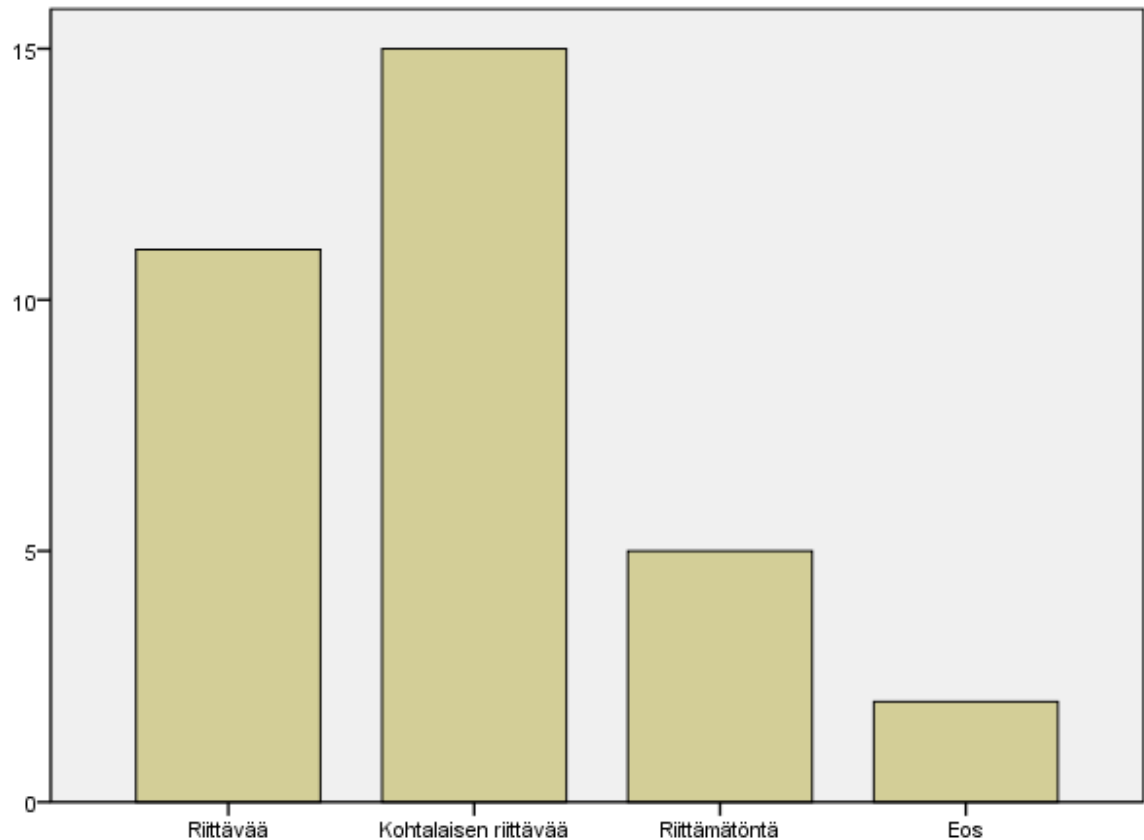
KUVIO 7. Vastaajien saaman jalkojen omahoidon ohjauksen lähteet (n=35).

Diabeteshoitajalta saamansa jalkojen omahoidon ohjauksen vastaajat kokivat pääosin kohdallisen riittävänä (KUVIO 8). Naiset kokivat ohjauksen riittävänä jonkin verran useammin kuin miehet. Kaksi vastaajista oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Vastaajien yksilölliset erot tulevat tässäkin asiassa hyvin esiin, sillä vastaukset olivat jakautuneet kahtaalle. Osa vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa jalkojen omahoidon ohjaukseen, ja he olivat saaneet sitä riittävästi. Osa taas koki, ettei ollut saanut ohjausta lainkaan. Vastaajilla oli mahdollisuus perustella vastausvalintaansa, ja perusteluina mainittiin seuraavia: diabeteshoitajalta sai hyvin tietoja, ohjausta oli saatu enemmän jalkoehoitajalta, käyntejä diabeteshoitajalla oli liian harvoin, jalkoehoitto ei ollut tullut puheeksi sekä ohjausta ei oltu saatu lainkaan.

”Ei vielä ole paljon edes keskusteltu asiasta.”

”Kertaus on opintojen äiti. Eli asiasta kannattaa aina muistuttaa diabeetikoa.”

Taustoja vastaajien ohjauksen saannille ei kuitenkaan tutkimuksessa tule ilmi. Tällöin on mahdollista, että osa vastaajista ei muista saaneensa ohjausta jalkoehoituksesta, tai sairastumisesta on niin vähän aikaa, että kaikkia ohjauksen osa-alueita ei ole ehditty perin pohjin käsitellä.



KUVIO 8. Vastaajien diabeteshoitajalta saaman jalkojen omahoidon ohjauksen riittävyys (n=33).

Ensimmäisessä kyselylomakkeen lopun avoimessa kysymyksessä selvitettiin, mihin vastaajat toivoivat diabeteshoitajan tai muun terveydenhuoltohenkilöstön kiinnittävän enemmän huomiota. Vastaajat mainitsivat lähinnä diabeetikon jalkojenhoitoon liittyviä tavallisia asioita. Asiat muodostivat kokonaisuuksia, jotka olivat jalkojen terveys, jalkaongelmat, pukeutuminen, ohjaus ja ennaltaehkäisy. Vastauksissa korostuivat vastaajien omahoidon ohjauksen tarve sekä jalkaongelmat, ja useat vastaajat toivoivat jalkojen tarkistamista.

”Varpaiden hoitoon”

”Ennaltaehkäisevää valistusta ja omahoidon ohjausta lisää varsinkin miehille”

Vastaajista yli puolet (n=18) koki saavansa tarpeeksi tukea jalkojen omahoitoon. Vajaa neljännes (n=8) ei kokenut saavansa tarpeeksi tukea, ja saman verran vastaajia ei osannut sanoa.

Kyselylomakkeen lopussa olevassa toisessa avoimessa kysymyksessä vastaajat saivat kertoa mahdollisia jalkojen omahoidon motivaatiota vähentäviä asioita. Muun muassa korkean iän, fyysisten rajoitusten sekä kyllästymisen koettiin olevan näitä asioita.

”Jatkuva jalkojen hoitaminen joskus potuttaa”

”Joskus kylläntyy, eikä jaksa”

”Vanhuus ja laiskuus”

7.3 Diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumisen lisäämiskeinot

Kyselylomakkeen viimeisessä, avoimessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin jalkojen omahoidon toteuttamiseen kannustavia asioita. Näistä asioista pääryhmiksi muodostuivat terveys, ennaltaehkäisy, tuki, liikuntakyvyn säilyttäminen, jalkahoitaja sekä jalkaongelmat. Yksi vastaajista toi esiin kannustavana tekijänä myös jalkojen hyvän olon hoidon jälkeen, ja myös muistuttaminen koettiin kannustavana.

”Liikuntakyky huononee ellei itse huolehdi”

”Saisi pitää jalat elämän loppuun asti”

”Huonot kokemukset opettavat”

Vastaajat olivat tietoisia diabeteksen vaikutuksesta elämänlaatuun myös tulevaisuudessa ja kokivat myös jalkojensa kunnosta itse vastuussa olemisen kannustavana. Yllättävää kyllä, vastaajat toivat esiin kannustavina asioina niin terveyden kuin sairauden. Diabeteksen kanssa aiemmin koetut ongelmat toisaalta patistivat toteuttamaan hoitoa, mutta toisaalta myös herättivät jonkinlaista pelkoa siitä, millainen terveydentila tulevaisuudessa on. Ei siis voida suoraan sanoa, että diabeteksen liitännäissairaudet olisivat vain lannistavia seikkoja: ne voivat myös motivoida diabeetikkoa omahoitoon. Toisaalta asia on suoraan käänteinen: liitännäissairaudet voivat myös lannistaa omahoidossa ja vähentää hoitoon sitoutumista.

8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää diabeetikoiden sitoutumista jalkojensa omahoitoon sekä sitoutumista edesauttavia tekijöitä. Tavoitteena oli, että tutkimustuloksilla voidaan lisätä sairaanhoitajien valmiuksia diabeetikoiden jalkojen omahoidon ohjaukseen ja omahoidossa tukemiseen Jokilaaksojen yhteistoiminta-alueen (Jyta) terveyskeskuksissa. Tutkimusaineiston keruu tapahtui 23.4. - 27.7.2012 välisenä aikana, jolloin kyselylomakkeita jaettiin 100 kappaletta ja niistä palautui 37. Lomakkeista kaksi kuitenkin hylättiin vastaajien alaikäisyyden vuoksi, koska tutkimuksen kohderyhmänä olivat aikuiset diabeetikot.

Ensimmäisenä tutkimusongelmana selvitettiin, miten diabeetikot ovat sitoutuneet jalkojensa omahoitoon. Parhaiten omahoidon osa-alueista toteutuivat jalkojen pesu ja sukkien vaihto. Vastaajista kolmasosa ilmoitti päivittäin tutkivansa jalkojensa kunnon ja yli puolet pesi jalkansa päivittäin. Suihkuttaminen oli yleisin jalkojen pesutapa, ja yli puolet vastaajista kuivasi varpaanvälinsä joka kerta tai lähes joka kerta. Jalkojen rasvausta toteutettiin enimmäkseen tarvittaessa. Vastaajista lähes puolet leikkasi varpaankynnet varpaanpään mukaisesti, ja neljäsosa vastaajista pyöristi kulmat. Positiivista kyllä, useat vastaajat mainitsivat jalkahoitajan leikkaavan varpaidensa kynnet. Yleisimmät vastaajien käyttämät sukkamateriaalit olivat puuvilla, villa ja sekoite, mutta myös tukisukat olivat monella käytössä. Valtaosa vastaajista vaihtoi sukat päivittäin. Sukupuolten välillä ei ollut havaittavissa merkittäviä eroja jalkojen omahoidon toteuttamisessa, joskin naiset olivat ahkerampia hoitamaan jalkojaan päivittäin. Kyseiset tulokset jalkojen omahoidon toteuttamisesta ovat samansuuntaiset kuin Salon ja Vainilan (2007), Anttilan ja Tastulan (1997) sekä Kiviaho-Tiippanan (2012) tutkimuksissa. Myös Toljamon (1999) tutkimuksessa diabeetikoista neljäsosa hoiti jalkojaan päivittäin. Tutkimustuloksille yhteistä oli erityisesti se, että parhaiten jalkojen omahoidon alueista toteutui jalkojen päivittäinen pesu. Voisi olettaa jalkojen päivittäisen tarkastamisen olevan jalkojen omahoidon alueista helpoin toiminto suorittaa, mutta vastoin oletuksia sitä toteutettiin hälyttävän huonosti niin edellä mainituissa tutkimuksissa kuin tässäkin.

Vastaajista liki puolet liikutteli jalkojansa jumppaamistarkoituksessa päivittäin. Tässä on havaittavissa merkittävä ero Kiviaho-Tiippanan (2012) tutkimustuloksiin, jossa jalkavoimistelua toteutti vain 16 % vastaajista. Toisaalta kyselylomakkeidemme sanavalinnoissa on eroja, joten ei voida olla täysin varmoja, ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset samalla tavoin. Mielestäni merkittävä tieto oli se, että vähiten aikaa sairastaneet olivat ahkerimpia toteuttamaan jalkajumppaa. Myös tässä on siis havaittavissa se, että diabeetikot kokevat myös hoitoväsymystä ja jatkuva jalkojen hoitaminen voi myös kyllästyttää. Jalkojen itsehoito ja säännöllinen jalkojen kunnon tarkastus koettiin pääosin tärkeiksi, ja vastaajista liki puolet koki toteuttamansa jalkojen omahoidon olevan omasta mielestään riittävää. Asiasta epävarmoja oli kuitenkin lähes neljännes vastaajista. Sukupuolella ei ollut tulokseen merkittävää yhteyttä, sen sijaan saadun ohjauksen riittävyydellä oli suuri merkitys vastaajien kokemukseen omahoidon riittävydestä. Sairastamisvuosilla tai hoitotasapainolla ei tuloksissa voitu havaita mainittavaa merkitystä omahoidon riittävyteen, toisin kuin Toljamon (1999) ja Kynkään (1995) tutkimuksissa, joissa omahoitoon sitoutuminen oli suoraan yhteydessä hoitotasapainoon. Tupakoinnilla ei ollut merkitystä vastaajien kokemukseen siitä, oliko jalkojen itsehoito tärkeää vai ei, mutta on toisaalta otettava huomioon, että vain kolme vastaajaa tupakoi.

Samoin kuin Salon ja Vainilan (2007) tutkimuksessa, tutkimustulosten perusteella voi havaita ristiriidan vastaajien toimintatapojen ja tietämyksen välillä. Tässä tutkimuksessa vastaajien tietämystä jalkojen omahoitoon liittyen ei varsinaisesti selvitetty, mutta avointen kysymysten vastauksissa vastaajat toivat selvästi ilmi tiedostavansa oman vastuunsa jalkojensa ja terveytensä hoidossa. Vastaajat toteuttivat jalkojen omahoitoa kohtalaisesti yleisiin hoito-ohjeisiin nähden, mutta toimintatavoissa oli kuitenkin havaittavissa selkeitä puutteita.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, mitkä asiat vaikuttavat diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumiseen. Ohjauksesta kysyttäessä vastaajat mainitsivat saaneensa ohjausta jalkojen omahoitoon monesta eri lähteestä, mutta lähes jokaista oli ohjannut diabeteshoitaja tai muu terveydenhuoltohenkilö. Jalkahoitaja ja perhe olivat myös usein mainittuja ohjauksen lähteitä. Diabeteshoitajalta saadun ohjauksen koettiin pääosin kohtalaisesti riittävän. Kuitenkin kysymyskohdassa olleen perustelumahdollisuuden käyttäneet vastaajat toivat ilmi, että käyntejä diabeteshoitajalla oli liian harvoin, ja toisaalta osa vastaajista ei ollut saanut ohjausta lainkaan. Vastaajat toivoivat diabeteshoitajalta ja muulta terveydenhuoltohenkilöstöltä huomion kiinnittämistä omahoidon ohjauksen tarpeeseen sekä jalkaongelmiin. Useat vastaajat myös kaipasivat jalkojen tarkistamista.

Vastaajista yli puolet koki saavansa tarpeeksi tukea jalkojen omahoitoon, mutta toisaalta lähes neljäsosa koki, että tuki ei ollut riittävää, ja saman verran vastaajia ei osannut vastata kysymykseen. Laiskuuden, fyysisten rajoitteiden sekä kyllästymisen koettiin vähentävän jalkojen omahoidon motivaatiota.

Edellä mainitut tulokset ovat samansuuntaiset Kiviaho-Tiippanan (2012), Kynkään (2001) ja Toljamon (1999) tutkimusten kanssa. Kaikissa näissä tutkimustuloksissa on havaittavissa selkeä yhteys jalkojen omahoidon ohjauksen ja omahoidon riittävän toteutumisen välillä. Näyttää myös siltä, että mitä paremmin diabeetikot kokevat saavansa tukea jalkojen omahoitoon, sitä varmemmin he kokevat toteuttamansa jalkojen omahoidon omasta mielestään riittäväksi. Riittävän tuen ja ohjauksen saanti myös näyttää tukevan diabeetikkojen kokemusta jalkojen itsehoidon ja säännöllisen jalkojen kunnan tarkastuksen tärkeydestä. Toljamon (1999) tutkimuksen mukaan omahoitoon sitoutuneet diabeetikot kokivat varmimmin saavansa tukea läheisiltä. Myös Kynkään tutkimustulokset vahvistavat tuen tarpeeseen vastaamista, sillä tutkimustuloksissa vahvin ennustaja hyvään hoitoon sitoutumiseen oli hoitajilta saatu tuki (Kyngäs 1995 & 2006). Myös Peltosen ym. (2010) sekä Lammim ym. (2010) tutkimukset vahvistavat näitä tutkimustuloksia, sillä näissä voitiin todeta diabeetikoiden potevan myös psyykkistä uupumusta liittyen sairautensa hoitoon. Omahoito koetaan joskus vaativaksi ja raskaaksi, ja hoitomotivaatiolla ja tuen saannilla on keskeinen merkitys omahoidossa jaksamisessa.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, miten diabeetikoiden sitoutumista jalkojen omahoitoon tulee lisätä. Vastaajat kuvasivat terveyden, ennaltaehkäisyn, tuen, liikuntakyvyn säilyttämisen, jalkahoitajan sekä jalkaongelmien olevan omahoidon toteuttamiseen kannustavia asioita. Fyysiset tuntemukset, kuten jalkojen hyvä olo hoidon jälkeen sekä tunne siitä, että on hyvä liikkua, koettiin myös kannustaviksi. Vastauksista huokui vastaajien tietoisuus diabeteksen vaikutuksesta elämänlaatuun myös tulevaisuudessa, ja jotkut vastaajat kokivat myös oman vastuussa olemisen kannustavan hoitamaan. Toisaalta tämä saattoi herättää vastaajissa myös pelkoa, kun tulevaisuuden terveydestä ja liikuntakyvystä ei voi tietää. Mielenkiintoista kyllä, jalkojen huonon kunnan, samoin kuin toisaalta terveydenkin, koettiin kannustavan jalkojen omahoitoon.

Toinen ja kolmas tutkimusongelma nivoutuvat vahvasti yhteen. Niihin asioihin, jotka vaikuttavat negatiivisesti diabeetikon jalkojen omahoitoon sitoutumiseen ja vähentävät motivaatiota siihen, tulisi pyrkiä vaikuttamaan. Tällöin on mahdollisuus lisätä tai voimistaa

diabeetikon jalkojen omahoitoon sitoutumista. Vastaavasti positiivisesti vaikuttavia asioita tulisi vahvistaa, jolloin ne voimistavat jo olemassa olevaa omahoitoon sitoutumista.

8.2 Johtopäätökset

Edellä mainituista tutkimustuloksista voidaan tehdä seuraavanlaiset johtopäätökset:

- 1) Diabeetikot toteuttavat jalkojen omahoitoa kohtalaisesti. Parhaiten jalkojen omahoidon alueista toteutuvat jalkojen pesu sekä sukkien vaihto. Diabeetikot myös käyttävät suositeltuja sukkamateriaaleja hyvin. Jalkojen omahoito ja säännöllinen jalkojen kunnon tarkastus koetaan pääosin tärkeäksi, ja toteutettu jalkojen omahoito koetaan useimmiten riittäväksi.
- 2) Ohjauksella ja tuen saannilla on suuri merkitys diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumiseen. Käyntejä diabeteshoitajalla ja jalkojenhoitajalla tulee olla säännöllisesti, koska ne tukevat ohjauksen saantia ja diabeetikon jalkojen hyvinvointia. Koska diabetes on pitkäaikais sairaus ja sen hoidossa on oltava pitkäjänteinen, jatkuva jalkojen hoito voi myös kyllästyttää.
- 3) Diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumista voidaan lisätä riittävällä tuella, ohjauksella ja kannustuksella sekä säännöllisillä diabeteshoitajalla ja jalkahoitajalla käynneillä. Myös muiden sairauksien hoito ja laaja-alainen terveyden edistäminen tukevat diabeetikon sitoutumista jalkojensa omahoitoon.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksella on tarkoituksena saada mahdollisimman luotettavia ja totuudenmukaisia tietoja (Kananen 2008, 79). Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida, ja se kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa se tapahtuu validiteetin eli pätevyyden sekä reliabiliteetin eli luotettavuuden perusteella. Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten pysyvyyttä eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 213 - 214; Kananen 2008, 79 - 81.)

Laadittaessa tutkimukselle teoreettista viitekehystä tutkija on joutunut huomioimaan aikaisempien tutkimusten kirjjon suppeuden. Tuorein tutkimus on samalta vuodelta kuin kysei-

nen opinnäytetyö, mutta vanhin tutkimus on Anttilan ja Tastulan tutkimus vuodelta 1997. Näiden vanhojen tutkimusten käytön perusteena voidaan pitää sitä, että juuri diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutumista on tutkittu vähän. Diabetesta ja sen hoitoa on tutkittu paljolti, mutta laaja kirjo ei kuitenkaan ollut täysin sovellettavissa tämän opinnäytetyön teoriapohjaan, koska kyseessä on jalkojen omahoitoon sitoutumiseen keskittyvä opinnäytetyö ja tutkimus. Kankaan (1993) tutkimustulos painoindeksin merkityksestä hoitotasapainoon tuotiin esille, koska tutkija piti mahdollisena, että joku vastaaja toisi esille paino-ongelmat. Näin ei kuitenkaan suoraan käynyt, vaikkakin tuloksissa ilmi tulleen terveyden käsitteen voidaan ymmärtää sisältävän myös painoindeksiasiat. Toljamon vuoden 1999 tutkimuksen tutkija koki tärkeäksi ottaa mukaan opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen, koska Toljamon tutkimustulokset olivat merkittäviä ja urauurtavia kyseisen tutkimuksen teon aikaan, koska siihen mennessä diabetesta oli tutkittu vielä vähemmän kuin nykypäivänä. Toljamo, samoin kuin Kyngäs (1995 & 2006) oli myös löytänyt selkeän yhteyden hoitotasapainon ja omahoitoon sitoutumisen välillä, mitä oli tarkoitus selvittää myös tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksen teon tulee noudattaa tutkimuseettisiä periaatteita (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Ennen tutkimuksen aloittamista peruspalveluliikelaitos JYTAn peruspalvelujohtajalta haettiin tutkimuslupa. Lupa-anomukseen liitettiin mukaan tutkimussuunnitelma, josta kävivät ilmi tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Tutkija on myös dokumentoinut erikseen tutkimuksen teon vaiheet, jolloin ne on myös mahdollista esittää totuudenmukaisesti, kun asioita ei ole laskettu pelkästään muistin varaan.

Mittarin eli kyselylomakkeiden esitestaamisella pyritään lisäämään tutkimuksen validiteettia, ja tässä tutkimuksessa kyselylomake esitestattiin viidellä diabeetikolla. Tämän jälkeen lomake muokattiin lopulliseen muotoonsa. Esitestauksella pyrittiin pienentämään mahdollisuutta siihen, että tutkittavat ymmärtävät kyselylomakkeen kysymykset eri tavoin kuin tutkija on ajatellut. Tällöin tutkimustulosten pätevyys ei kärsi. Kyselylomakkeen kaikki kysymykset pohjautuvat opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen.

Tutkimuksessa on myös taattava tutkittavien anonymisuus, luottamuksellisuus sekä aineiston tallentaminen asianmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2000, 26 - 27). Tässä tutkimuksessa diabeteshoitajat kysyivät diabeetikoilta heidän halukkuuttaan osallistumiseen, ja voidakseen tehdä päätöksen osallistumisesta diabeetikoilla oli kyselylomakkeen ohessa saatekirje, jossa he saivat tarvittavat tiedot tutkimuksesta. Saatekirjeessä painotettiin tutkimukseen osal-

listumisen vapaaehtoisuutta sekä anonymiteetin säilymistä. Koska diabeteshoitajat jakoivat kyselylomakkeet, en tavannut tutkittavia missään vaiheessa, jolloin heidän anonymiymiensä säilyminen oli taattu. Vastajaat palauttivat kyselylomakkeet postitse tutkijalle kotiin.

Tutkimuksen reliabiliteetilla eli pysyvyydellä voidaan arvioida tutkimustulosten toistettavuutta, eli toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Jos otoskoko jää pieneksi, tulokset voivat olla sattumanvaraisia. Tutkimuksessa muodostuu aina jonkin verran katoa eli vastaamattomuutta, jonka suuruus ei ole ennustettavissa. (Hirsjärvi ym. 2000, 182 - 183.) Reliabiliteettia pyrittiin tässä tutkimuksessa parantamaan kyselylomakkeen selkeällä ulkoasulla ja kysymysasettelulla sekä kyselylomakkeen liitteenä olevalla saatekirjeellä. Otantaan valittiin 100 diabeetikkoa tarpeeksi suuren otoksen varmistamiseksi. Tutkimuksen toteuduttua kävi kuitenkin ilmi, että määrä ei ollut riittävä, koska vastausprosentti oli alhainen, jolloin kato jäi suureksi. Ei voida olla varmoja syistä, joiden perusteella jotkut tutkittavat ovat jättäneet vastaamatta, mutta tilanteen luonne, jossa kyselylomake on tutkittavalle annettu, voi vaikuttaa tämän päätökseen osallistua. Diabeteshoitajien kiire ja kenties tutkimukseen perehtymättömyys saattoi vaikuttaa tutkittavien päätökseen jättää osallistumatta. Diabeetikon saama kyselylomake on myös saattanut unohtua postittaa, tai se on unohtunut täyttää ajoissa, ja palautuspäivämäärä on ehtinyt umpeutua. Uskon myös kesän tutkimusajankohtana vaikuttavan tutkittavien halukkuuteen osallistua tutkimukseen, koska silloin ihmiset lomailevat ja ovat innokkaampia hankkiutumaan irti arkiasioista. On myös mahdollista, että jos kyselylomakkeet olisi postitettu diabeetikoille suoraan kotiin, vastausprosentti olisi saattanut olla korkeampi. Vastausprosenttia olisi saattanut parantaa myös se, jos tutkija olisi itse jakanut kyselylomakkeet, jolloin diabeetikot olisivat nähneet tutkijan kasvoista kasvoihin. Alhaisen vastausprosentin vuoksi tutkimusta ei voida pitää täysin luotettavana verrattuna tutkimuksiin, joissa kato on ollut pienempi.

Tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluu myös rehellisyyden periaate, joka tässä tutkimuksessa täyttyy siten, että tutkimustulokset esitetään realistisesti alkuperäisiä havaintoja muokkaamatta, jolloin tulokset eivät vääristy. Kaikki saadut vastaukset on huomioitu ja kyselylomakkeet on tuhottu asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

8.4 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää diabeetikoiden sitoutumista jalkojensa omahoitoon sekä sitoutumista edesauttavia tekijöitä. Tutkimuksen vastausprosentti oli melko alhainen, mutta ottaen huomioon vastaajien korkean keski-ian, voi sitä pitää kohtalaisen tyydyttävänä. Tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina siitä, miten sitoutuneita diabeetikot ovat jalkojensa omahoitoon ja mitkä asiat siihen vaikuttavat. Tuloksia voidaan hyödyntää Jokilaaksojen yhteistoiminta-alueen (Jyta) terveyskeskuksissa sairaanhoitajien valmiuksien lisäämiseksi diabeetikoiden jalkojen omahoidon ohjauksessa ja omahoidossa tukemisessa. Myös diabeteshoitajat saavat tutkimustuloksista lisätietoa diabeetikoiden toiveista ja tarpeista.

Aihevalinta oli ajankohtainen ja tärkeä. Diabetes nähdään kansanterveydellisenä uhkana ja resursseja sen ehkäisemiseen on havaittu tärkeäksi käyttää. Diabetesliiton vuonna 2000 käynnistämän Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman, DEHKOn, loppuraportista vuonna 2010 käy ilmi, että diabetesta on ohjelmalla saatu julkisuudessa näkyvämmäksi. Kun diabetes on noussut julkiseen keskusteluun, ihmisten tietoisuutta sairaudesta ja sen ehkäisystä on mahdollista lisätä. Vaikka ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen ovat keskeisiä tavoitteita yleisessä terveydenhuollossa, on huomioitava myös jo sairastuneiden hoito ja sen laatu. Kuten tälläkin tutkimuksella voidaan osoittaa, diabeetikot tarvitsevat hoitoon sitoutumiseensa paljon tukea, ja hyvällä hoitoon sitoutumisella voidaan ennaltaehkäistä jalkaongelmia ja myös liitännäissairauksia (Diabetesliitto 2003b).

Tutkimuksen perusteella havaittiin diabeetikoiden pääosin olevan tietoisia jalkojen omahoidon toteuttamisen tärkeydestä mutta toisaalta kaipaavan ohjausta ja muistuttamista siihen. Diabeetikot kokevat käynnit diabetes- ja jalkahoitajalla tärkeiksi, joskin heidän mielestään käynntejä pitäisi olla useammin. Diabeteksen käypä hoito -suosituksen mukaan diabeteksen hoitoa tulee arvioida yksilöllisesti 3 - 6 kuukauden välein, ja jalkojen kunto tulee tarkistaa vuosittain (Käypä hoito -suositus 2011). Tähän tutkimukseen osallistuneiden diabeetikoiden arviointikäyntien tiheys ei kuitenkaan ole selvillä, joten on vaikea vetää johtopäätöstä siitä, mikä diabeetikoiden kokemusten mukaan olisi riittävä käyntitiheys. Tuen tarve on ilmeinen, eivätkä tämän tutkimuksen diabeetikot aina osanneet sanoa, oliko heidän toteuttamansa jalkojen omahoito riittävää. Riittävän tuen ja ohjauksen saanti näyttääkin tukevan diabeetikoiden kokemusta jalkojen omahoidon ja säännöllisen jalkojen kunnan tarkistuksen tärkeydestä. Pitkäaikaissairautta sairastavina diabeetikot voivat myös inhimil-

lisen ymmärrettävästi väsyä ja kyllästyä hoitoonsa, mitä varten heillä pitäisikin olla saatavilla hyvä tukiverkosto voimien ja hoitomotivaation palauttamiseen, jolloin hetkellisen omahoitoon liittyvän kiinnostuksen laskemisen kohtalokkuus olisi minimoitu. On myös huomioitava diabeetikon sairastamisvuosien määrä, sillä tämän tutkimuksen perusteella kauemmin sairastaneet toteuttavat harvemmin jalkajumppaa kuin vähän aikaa sairastaneet, jolloin voidaan pitää tärkeänä muistuttaa jumpasta jokaisella diabetes- ja jalkahoitajan käynnillä.

On yllättävää, että diabeetikot voivat kokea niin terveyden kuin sairauksien kannustavan jalkojen omahoitoon. Liitännäissairaudet saattavat tiedostettuna tulevaisuuden uhkana tai jo puhjenneina lannistaa ja pelottaa, mutta myös toisaalta olla omahoitoon motivoiva tekijä. Myös se, että sairastamisvuosilla ei ollut yhteyttä jalkojen omahoidon toteuttamiseen tai riittävyyteen, puoltaa sitä, että diabeetikoiden jalkojen omahoidon toteutuminen on yksilöllistä. Hoitotyön periaatteisiin sisältyvä yksilöllisyyden periaatteen tuleekin toteutua jokaisen diabeetikon kohdalla. Mielestäni jokaisen diabeetikon hoitoon osallistuvan tuleekin olla tietoinen diabeteksen hoidon kulmakivistä ja osata painottaa myös jalkojen omahoidon tärkeyttä. Vaikka diabeteshoitajalla ja jalkahoitajalla on tämän tutkimustuloksen mukaan keskeinen rooli jalkojen omahoidon ohjaajana ja motivoijana, on jokainen muukin diabeetikon hoitoon osallistuva velvollinen kiinnittämään huomiota siihen, millä tasolla diabeetikon hoitoon sitoutuminen on. Tällöin on mahdollista tukea diabeetikkoa tämän hoidossa ja auttaa löytämään lisää motivaatiota jalkojen omahoitoon. Diabeetikon jalkaongelmien ennaltaehkäisy ja myös hoito on mahdollista vain silloin, kun on tieto siitä, miten pitää toimia, ja diabeetikko saa tähän toimintaan tukea.

Prosessina opinnäytetyön teko on ollut erittäin opettavainen. Yhteistyö diabeteshoitajien kanssa on toiminut kohtalaisen hyvin, joskin työelämän kiireet ovat hankaloittaneet yhteisen ajan löytämistä. Aloitin opinnäytetyön tekemisen ajoissa, jolloin itsestäni aiheutunutta kiirettä opinnäytetyön teossa ei ole tullut. Aikaisempien tutkimusten etsiminen oli mielenkiintoista, joskin oli harmittavaa, että niitä löytyi niin vähän. Olen oppinut pitämään itseäni asiantuntijana, koska olen todella perehtynyt tutkimaani aiheeseen ja myös oppinut diabeteksestä paljon lisää. Tutkijan roolissa olen oppinut lähdekriittisyyttä, ajankäyttöä sekä loogista ajattelua. Analyysivaihe oli mielestäni tutkimustyön paras vaihe, koska se opetti minulle eniten, vaikkakin vaihe oli työläin.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla toistaa tutkimus suuremmalla otoksella esimerkiksi vuoden kuluttua nykyhetkessä. Kun aineistonkeruulle varattu aika myös olisi pidempi, voitaisiin saada suurempi vastausprosentti. Kiintoisaa olisi myös tietää, onko diabeetikoiden jalkojen omahoitoon sitoutuminen samanlaista riippumatta siitä, asuvatko he maalla vai kaupungissa. Mielenkiintoista olisi myös selvittää Kankaan (1993) tavoin painoindeksin merkitystä diabeteksen hoitotasapainoon laajentaen tutkimusta koskemaan myös jalkojen omahoidon toteutumiseen.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Anttila, M. & Tastula, A. 1997. Diabeetikoiden saaman tiedon ja ohjauksen riittävyys jalokaongelmien ennaltaehkäisyssä sekä jalkojen omahoidon toteutuminen. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö.

Diabetics should take care of their feet. 2010. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.diabetes.co.uk/news/2010/Oct/diabetics-should-take-care-of-their-feet-92429145.html>. Luettu 16.9.2011.

Diabetesliitto. 2011. Loppuraportti - Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma DEHKO 2000-2010. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf. Luettu 16.9.2011.

Diabetesliitto. 2003a. Diabeetikon jalkojenhoidon laatukriteerit – DEHKO-raportti 2003:6. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/220/2003_6_Diabeetikon_jalkojenhoidon_laatukriteerit_pdf_481_kt.pdf. Luettu 20.9.2011.

Diabetesliitto. 2003b. Diabeetikon jalkojenhoidon laatukriteerit. Www-dokumentti. Saatavissa: www.diabetes.fi/files/1038/Jalkojenhoidon_laatukriteerit.ppt. Luettu 10.9.2011.

Donohoe, M., Fletton, J., Hook, A., Powell, R., Robinson, I., Stead, J., Sweeney, K., Taylor R. & Tooke J. 2001. Improving foot care for people with diabetes mellitus – a randomized controlled trial of an integrated care approach. Www-dokumentti. Saatavissa <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1464-5491.2000.00336.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>. Luettu 28.3.2012.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. painos. Vantaa: Tammi.

Himananen, O. 2009. Seurantakäyntien tarkoitus ja hoitoyhteistyö. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M.-T. Saha & T. Sane (toim.). Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huhtanen, J. 2005. Diabetes ja jalkojen omahoito. Diabetesliiton julkaisu. Tampere: Esa Print Oy.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Diabeetikon seuranta tutkimukset. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M.-T. Saha & T. Sane (toim.). Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. 2009. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Kananen, J. 2008. Kvantti – Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangas, T. 1993. Diabeetikoiden hoito Suomessa: Avohoito, sairaalahoito ja hoitotasapaino. Stakesin tutkimuksia. Jyväskylä: Gummerus.
- Kauppi, M. 2009. Diabeetikon jalat tarvitsevat erityishuomiota. Sairaanhoitaja 10.
- Kauppinen, R. (toim). 2006. Sisätautien ytimessä. Helsinki: Edita.
- Kiviaho-Tiippana, A. 2012. Diabeetikon jalkaongelmien ennaltaehkäisy Itä-Suomessa - Jalkojen kunto, omahoitokäytänteet, ohjaus ja seuranta diabeetikoiden arvioimana. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0673-1/urn_isbn_978-952-61-0673-1.pdf. Luettu 28.3.2012.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Oulu: Oulun yliopiston hoitotieteen laitos.
- Kyngäs, H. 2006. Pitkäaikaisesti sairaiden hoitoon sitoutuminen. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysnet.fi/arkisto/Kyngas_Helvi.pdf. Luettu 6.9.2011
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito -suositus. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50079.pdf>. Luettu 23.9.2011.
- Käypä hoito –suositus. 2011. Diabetes. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50056.pdf>. Luettu 6.9.2012.
- Lammi, H. & Pipatti, I. 2010. Henkinen stressi kuluttaa – Tyypin 2 diabeetikon jaksaminen sairauden kanssa. Opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14539/Henkinen_stressi_kuluttaa.pdf?sequence=1. Luettu 16.7.2012.
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, JG, Louheranta, A., Fogelholm, M., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2006. High-fibre, low-fat diet predicts long-term weight loss and decreased type 2 diabetes risk: the Finnish Diabetes Prevention Study. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16541277>. Luettu 4.11.2011.
- Liukkonen, I. 2002. Jalkavauriot diabeetikon riskinä. Sairaanhoitaja-lehden eripainos.
- Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2010. Sokerihemoglobiini HbA1c (B-GHb-A1C). Duodecim terveyskirjasto. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03092. Luettu 23.9.2011.
- Niemi, M. & Winell, K. 2007. Diabetes Suomessa – Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakesin raportti. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra8-2005.pdf>. Luettu 16.9.2011.

Ovaskainen, M.-L. & Paturi, M. 2011. Rasvakeskustelu haastaa ammattilaiset. Sairaanhoidtaja 11.

Peltonen, H., Siltanen, S. & Virmiala, J. 2010. ”Se on semmonen se” Diabeetikon hoitoväsymys. Opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12172/diabeetikonhoitovasyms.pdf?sequence=1>. Luettu 16.7.2012.

Peruspalveluliikelaitos JYTA 2006 - 2010. Www-sivut. Saatavissa: <http://www.jyta.fi/index.php?page=perustietoa-jytasta>. Luettu 24.5.2011.

Rönnemaa, T. 2009. Miten ja miksi diabeteksen lisäsairauksia voi kehittyä? Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M.-T. Saha & T. Sane (toim.). Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salo, H. & Vainila V. 2007. Diabeetikoiden jalkojen omahoito ja jalkaongelmat. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/933/Salo_Heidi_Vainila_Veera.pdf?sequence=1. Luettu 20.5.2011.

Toljamo, M. 1999. Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Oulun yliopisto: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514251180/isbn9514251180.pdf>. Luettu 22.9.2011

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

Arvoisa vastaaja,

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta hoitotyön koulutusohjelmasta. Teen opinnäytetyötä diabetesta sairastavien jalkojen hoidosta.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Vastaaminen on vapaaehtoista, ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Opinnäytetyölle on haettu asianmukaisesti siihen vaadittava lupa. Täytettyänne kyselylomakkeen olkaa hyvä ja toimittakaa se palautuskuoressa 27.7.2012 mennessä. Postimaksu on maksettu puolestanne.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä Jokilaaksojen yhteistoiminta-alueen (Jyta) terveyskeskuksissa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä.

Suuret kiitokset etukäteen vastauksistanne!

Yhteistyöterveisin

Ilona Teirikangas

Mikontanhua 37

69600 Kaustinen

ilona.teirikangas@cou.fi

KYSELYLOMAKE JALKOJEN OMAHOIDOSTA

Vastausohje: Kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan tai ympyröikää mielipidettänne vastaava vaihtoehto/vaihtoehdot.

TAUSTATIEDOT

Sukupuolenne

- 1) Nainen
- 2) Mies

Ikänne

_____ vuotta

Siviilisäätynne

- 1) Naimaton
- 2) Avio-/avoliitossa
- 3) Eronnut
- 4) Leski

Ammattinne

- 1) Työssä
- 2) Eläkeläinen
- 3) Työtön
- 4) Opiskelija
- 5) Jokin muu, mikä? _____

Tupakoitteko?

- 1) Kyllä
- 2) En

Diabeteksenne tyyppi

- 1) Tyypin 1 diabetes
- 2) Tyypin 2 diabetes

Kuinka monta vuotta olette sairastanut diabetesta?

_____ vuotta

Millainen diabeteksenne hoitotasapaino on?

- 1) Hyvä (HbA1c alle 7)
- 2) Tyydyttävä (HbA1c 7,6 – 8,5)
- 3) Huono (HbA1c yli 8,5)
- 4) En osaa sanoa

LIITE 2

JALKOJEN OMAHOITOTOTTUMUKSET

1. Kuinka usein tutkitte jalkojenne kunnon?

- 1) Päivittäin
- 2) 2-3 kertaa viikossa
- 3) Kerran viikossa
- 4) Harvemmin kuin kerran viikossa

2. Kuinka usein pesette jalkanne?

- 1) Päivittäin
- 2) 2-3 kertaa viikossa
- 3) Kerran viikossa
- 4) Harvemmin kuin kerran viikossa

3. Miten pesette jalkanne?

- 1) Suihkuttamalla vedellä
- 2) Liottamalla vedessä
- 3) Muu tapa, miten? _____

4. Kuivaatteko myös varpaanvälinne?

- 1) En koskaan
- 2) Joskus
- 3) Joka kerta tai lähes joka kerta

5. Kuinka usein rasvaatte jalkanne?

- 1) Tarvittaessa
- 2) Päivittäin
- 3) 2-3 kertaa viikossa
- 4) Kerran viikossa
- 5) Harvemmin kuin kerran viikossa
- 6) En koskaan

6. Miten leikkaatte varpaidenne kynnet?

- 1) Varpaanpään mukaisesti
- 2) Suoraan
- 3) Kulmista pyöristäen
- 4) Muu tapa, miten? _____

LIITE 2

7. Mitä materiaalia käyttämänne sukat pääsääntöisesti ovat?

- 1) Puuvillaa
- 2) Villaa
- 3) Sekoitetta
- 4) En tiedä
- 5) En käytä sukkia
- 6) Muu, mitä? _____

8. Kuinka usein vaihdatte puhtaat sukat?

- 1) Päivittäin
- 2) 2-3 kertaa viikossa
- 3) Kerran viikossa
- 4) Harvemmin kuin kerran viikossa

9. Kuinka usein liikuttelette jalkojanne jumppaamistarkoituksessa?

- 1) Päivittäin
- 2) 2-3 kertaa viikossa
- 3) Kerran viikossa
- 4) Harvemmin kuin kerran viikossa, kuinka usein? _____

10. Kuinka tärkeää jalkojen itsehoito ja säännöllinen jalkojen kunnon tarkastus on teille?

- 1) Ei ole tärkeää lainkaan
- 2) Jonkin verran tärkeää
- 3) On tärkeää
- 4) En osaa sanoa

11. Onko toteuttamanne jalkojen omahoito omasta mielestänne riittävää?

- 1) Kyllä
- 2) Ei
- 3) En osaa sanoa

12. Mistä saatte ohjausta jalkojen omahoitoon?

- 1) Perheeltä
- 2) Ystäviltä
- 3) Diabeteshoitajalta tai muulta terveydenhuoltohenkilöstöltä
- 4) Muilta diabeetikoilta
- 5) Muualta, mistä _____

LIITE 2

13. Kuinka riittävää diabeteshoitajalta saamanne ohjaus jalkojen omahoidosta on ollut?

- 1) Riittävää
- 2) Kohtalaisen riittävää
- 3) Riittämätöntä
- 4) En osaa sanoa

Voitte perustella vastaustanne tähän:

14. Mihin asioihin jalkojenhoidossa toivoisitte diabeteshoitajan/muun terveydenhuoltohenkilöstön kiinnittävän enemmän huomiota?

15. Saatteko mielestänne tarpeeksi tukea jalkojen omahoitoon?

- 1) Kyllä
- 2) Ei
- 3) En osaa sanoa

16. Minkä asioiden koette kannustavan toteuttamaan jalkojenne omahoitoa?

17. Onko asioita, jotka vähentävät motivaatiotanne jalkojenne omahoitoon? Jos, niin mitä?

SUURI KIITOS VASTAUKSISTANNE!

