

S T a D I a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

TYYPIN 1 DIABETESTA SAIRASTAVAN LAPSEN JA PERHEEN RAVITSEMUSOHJAUS

Hoitoon sitoutumisen edistäminen voimavaroja vahvistavalla ohjausmenetelmällä

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
9.11.2007

Päivi Levänen
Olli Pietikäinen
Minna Rajasvuo



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Levänen Päivi, Pietikäinen Olli ja Rajasvuo Minna			
Työn nimi			
Tyypin 1 diabetesta sairastavan lapsen ja perheen ravitsemusohjaus – Hoitoon sitoutumisen edistäminen voimavaroja vahvistavalla ohjausmenetelmällä			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syksy 2007	58 + 3 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyömme on osa Helsingin ammattikorkeakoulun ja Jorvin sairaalan lasten ja nuorten sairauksien toimialan yhteistyöprojektia, jonka tavoitteena on kehittää diabetesta sairastavan lapsen, nuoren ja heidän perheidensä saamaa ohjausta sairaalassa. Työn tarkoituksena on tuottaa ajankohtaista tietoa tyypin 1 diabetesta sairastavan lapsen ja hänen perheensä voimavaroja vahvistavasta ravitsemusohjauksesta ja hoitoon sitoutumisesta sovelletun kirjallisuuskatsauksen avulla. Tuottamastamme materiaalista kootaan pohja internetsivuille, joita Jorvin sairaalan osaston L1 hoitohenkilökunta voi hyödyntää työssään ja perehdytyksessä.</p> <p>Toteutimme työn perehtymällä aiheeseen liittyvään lähdekirjallisuuteen, kuten tutkimuksiin ja tutkimusartikkeleihin. Kokosimme katsauksen tuoreimmat tyypin 1 diabeetikon ravitsemussuositukset. Diabeetikon ruokavalio koostuu nykyäsitöksen mukaan samanlaisesta terveellisestä ruoasta, jota suositellaan yleisesti koko väestölle. Koska ruokavaliolla on suuri merkitys diabeetikon hoidon onnistumisen kannalta, on potilaan ja hänen perheensä saatava siitä ammattitaitoista ohjausta.</p> <p>Voimavaroja vahvistava ohjaus on avain diabeetikon onnistuneeseen omahoitoon. Lasta ja perhettä ohjattaessa on tärkeintä auttaa heitä löytämään ja vahvistamaan omia voimavarojaan. Olennaista voimavaroja vahvistavassa ohjauksessa on hyvä, tasavertainen vuorovaikutus- ja yhteistyösuhde sekä voimavarojen tarkka kartoitus ja niistä keskusteleminen. Tutkimuksissa nousi esille erilaisia ohjausmenetelmiä, joista diabeetikoiden ohjaukseen vaikuttaisi parhaiten soveltuvan ongelmalähtöisen oppimisen menetelmä.</p> <p>Hoitoon sitoutuminen toteutuu tutkimusten mukaan nuorten osalta heikosti. Lähdemateriaalin mukaan sekä sisäiset että ulkoiset tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, joiden tunteminen auttaa edistämään hoitoon sitoutumista.</p> <p>Työssä nousi esille tärkeimpinä tulevaisuuden haasteina diabeetikon voimavaramittarin kehittäminen ja ongelmalähtöisen oppimisen käyttöönotto diabeetikoiden hoidon ohjauksessa. Lisäksi hoitajille tulisi järjestää jatkuvaa ravitsemuskoulutusta ammattitaidon kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi.</p>			
Avainsanat			
lapsi, nuori, perhe, tyypin 1 diabetes, ravitsemusohjaus, hoitoon sitoutuminen, omahoito, voimavarojen vahvistaminen, kirjallisuuskatsaus			



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Levänen Päivi, Pietikäinen Olli and Rajasvuoto Minna			
Title Dietary Counselling for Children and Their Parents in Type 1 Diabetes Mellitus			
Type of Work Final Project	Date Autumn 2007	Pages 58 + 3 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Our final project is part of a co-operative project between Helsinki Polytechnic Stadia and Jorvi Hospital Department of Paediatrics. The purpose of the project is to improve the counselling for children, adolescents and their parents. The purpose of this study was to supply the most recent information about nutritional recommendations for type 1 diabetes mellitus. It also focused on empowering and compliance.</p> <p>In this literature review, we introduced the most recent nutritional recommendations for children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. The recommendations do not differ much from common healthy nutritional recommendations. However, if a person with diabetes does not eat according to the recommendations it will compromise his or her whole well-being.</p> <p>Well-executed and organised counselling is the key to success in a diabetic's self-care. Counselling is empowering when it focuses on helping patients to recognize and strengthen their resources. Interaction and collaboration must be equivalent and the patient's resources should be resolved properly. The studies indicated many good counselling methods, but the problem-based learning method seems to suit the best for the counselling of diabetics.</p> <p>According to the studies compliance, is problematic among adolescents. There are internal and external factors affecting compliance, and recognizing those factors helps in promoting compliance.</p> <p>The main challenge for the future research is to develop a form to identify recourses of families who live with a child with type 1 diabetes. Problem-based-learning should be the counselling method for diabetics. Nurses' knowledge about diabetics' nutrition should also be contributed in order to promote and maintain their expertise.</p>			
<p>Keywords</p> <p>child, adolescent, family, type 1 diabetes, dietary counselling, compliance, self-care, empowering, literature review</p>			

En masennu taudista tuosta,
voin vieläkin metsissä juosta,
voin sukeltaa veden syliin
ja vaeltaa vieraisiin kyliin.

Seikkailen Tarzanin lailla
pelkoja, huolia vailla.
Maailma kauniilta näyttää,
kun lapsen silmiä käyttää.

(Diabetesliiton D-oppaat 2006)

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	3
2.1 Työn tarkoitus	3
2.2 Lähdekirjallisuus	4
3 TYYPIN 1 DIABETES SAIRAUTENA	5
3.1 Tyypin 1 diabeteksen oireet ja diagnoosi	5
3.2 Nuoruustyyppin diabeteksen hoitoprosessi	6
3.3 Tyypin 1 diabeteksen hoito	6
4 RAVITSEMUSOHJAUS TYYPIN 1 DIABEETIKOILLA	7
4.1 Voimassaolevat ravitsemussuositukset	8
4.2 Iänmukaiset ravitsemussuositukset	11
4.3 Ateriasuunnitelma	12
4.3.1 Hiilihydraattien ja ateriainsuliinin laskeminen	12
4.3.2 Pikainsuliini ja välipalat	17
4.4 Liikunta ja verensokeri	18
4.5 Ruokailun erityistilanteet	19
4.5.1 Syöminen sairauspäivinä	19
4.5.2 Diabetes ja syömishäiriöt	19
4.5.3 Alkoholin käyttö	20
5 PERHEEN VOIMAVAROJA VAHVISTAVA OHJAUS	21
5.1 Voimavarojen vahvistaminen käsitteenä	22
5.2 Voimavarakeskeinen terveysneuvonta	24
5.3 Potilasohjauksen prosessi	25
5.4 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa	25
5.5 Sosiaalinen tuki ohjaustilanteessa	26
5.6 Lapsi ja perhe ohjattavana	28
5.7 Nuori ohjattavana	31
5.8 Erilaisia ohjausmenetelmiä	32
5.8.1 Demonstraatio eli havainnollistaminen	32
5.8.2 Kirjalliset potilasohjeet	32
5.8.3 Puhelinohjaus	33
5.8.4 Ryhmäohjaus	33
5.8.5 Ryhmäohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä	35
6 HOITOON SITOUTUMINEN JA OMAHOITO	37
6.1 Omahaan sitoutumisen toteutuminen	38
6.2 Nuorten hoitoon sitoutuminen ja hoitotasapaino	39
6.3 Diabetesta sairastavan lapsen ja nuoren omahoidon toteutuminen	39

6.4 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	41
6.4.1 Sisäiset tekijät	42
6.4.2 Ulkoiset tekijät	44
6.5 Hoitoon sitoutumisen edistäminen	47
7 POHDINTA	50
LÄHTEET	53
LIITTEET	
Joidenkin ruokien ravintosisältöjä	
Diabeetikon ruokapäiväkirja	
Voimavaramittari	

1 JOHDANTO

Suomessa on yli 265 000 diabeetikkoa, joista noin 32 000 sairastaa 1-tyyppin diabetesta. Lasten diabetes on Suomessa yleisempää kuin missään muualla maailmassa. Noin 500 alle 16-vuotiasta lasta sairastuu vuosittain Suomessa tyyppin 1 diabetekseen. Nuoruus-tyyppin diabeetikkojen määrä nousee nykyisin 3 prosenttia vuodessa. Syytä tähän ei tun-neta, mutta asiaa tutkitaan paljon. (Saraheimo – Kangas 2006: 11.)

Opinnäytetyömme, Diabetesta sairastavan lapsen ja perheen ravitsemusohjaus, on osa kehittämishanketta Jorvin sairaalan osasto L1 kanssa. Koko hankkeen tavoitteena on kehittää yhteistyöosastomme valmiuksia antaa laadukasta voimavaroja vahvistavaa oh-jausta diabetesta sairastavalle lapselle ja hänen perheelleen.

Lapsen sairastuminen on suuri mullistus perheen elämässä ja se vaatii sopeutumista koko perheeltä. Lapsen sairastuttua diabetekseen säännölliset ruokailuajat, ruokavalion koostumus ja insuliinin pistämisestä huolehtiminen ovat vain osa muutosta, johon perhe joutuu totuttelemaan. Ennen näitä käytännön asioiden muutoksia perhe joutuu käsitte-lemään sairauden herättämiä tunteita, jotka vaihtelevat yksilöllisesti. Sairastuneen lap-sen vanhemmat käyvät läpi järkytyksen, surun ja myös voimattomuuden tunteita. Myös lapsi pohtii syytä sairastumiseensa ja voi olla hyvin pelästynyt sekä kadottaa turvalli-suuden tunteensa hetkellisesti. (Marttila 2006: 31.) Muutos on pitkä prosessi alkujärky-tyksestä ja sairauden hyväksymisestä lopulliseen elämäntapojen muutokseen ja niiden oppimiseen. Perheen tottuessa uusiin tapoihin on myös lapsen helpompi hyväksyä muu-tokset.

Koska diabetes on pitkäaikaissairaus, on hoitajien antaman ohjauksen merkitys erityisen suuri. Ammattitaitoisella ohjauksella tarjotaan lapselle ja perheelle paremmat edellytyk-set sitoutua ja osallistua hoitoon. Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen aktiivisuutensa lisääntyy ja hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään parhaalla mahdollisella tavalla sekä saavuttamaan tavoitteet, joiden vuoksi hoitoa annetaan. Diabetesta sairastavan lapsen hoidon tavoit-teena Diabetesliiton DEHKO-raportin (Härmä-Rodriguez – Komulainen – Lounamaa – Sipilä – Vuolle 2003: 6–7; Winell 2005: 40) mukaan ovat lapsen normaali kasvu ja ke-hitys, jokapäiväinen hyvinvointi ja oireettomuus, verensokerin ja valtimotaudin vaara-tekijöiden pysyminen niin lähellä normaalia kuin mahdollista, lisäsairauksien ehkäisy,

niiden varhainen toteaminen ja hyvä hoito, optimaalinen diabetekseen liittyvä elämälaatu, turvallinen ja joustava hoito sekä diabetekseen liittyvän kuolleisuuden minimointi. Omaiset odottavat tukea, joten heidänkin ohjaustarpeensa tulisi huomioida ja etenkin lapsen sairastuessa perheen rooli hoidossa korostuu (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 1). Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, itsehoitoon ja arkipäivästä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen.

Toteutamme työn soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Määrittelemme aluksi tutkimuskysymykset, jotka rajaavat työn aiheen ja valitsemme niiden perusteella sopivimmat tutkimukset. Työmme koostuu lyhyestä johdattelusta tyyppin 1 diabetekseen ja kolmesta laajasta kokonaisuudesta. Selvitämme kirjallisuutta hyväksi käyttäen tyyppin 1 diabeetikon ravitsemuksen, sen ohjauksen sekä siihen liittyviä erityiskysymyksiä. Toinen osuus koostuu diabetesta sairastavan lapsen ja perheen voimavaroja vahvistavasta ohjauksesta ja kolmannessa paneudumme tyyppin 1 diabeetikoiden hoitoon sitoutumiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Koemme tärkeäksi, että vanhoille sekä uusille työntekijöille on tarjolla ajan tasalla olevaa tietoa lapsen ja perheen voimavaroja vahvistavasta ohjauksesta. Tuottamastamme materiaalista saa kattavan pohjan internetsivustoille, joita Jorvin yhteistyöosaston hoitohenkilökunta voi hyödyntää työssään ja perehdyttämisessään. Internet-materiaali on nykyaikana käytännöllisin tapa tuoda informaatio halutun kohderyhmän ulottuville. Tietojen päivittäminen Internetiin on helpompaa kuin perehdytyskansioiden lukuisten sivujen uudelleen kirjoittaminen ja lisäksi tieto on saatavilla välittömästi. Uusista päivityksistä voi lähettää jopa automaattisesti viestin hoitajien sähköpostiin, jolloin varmistetaan, että uusin tieto saavuttaa kaikki hoitajat.

2.1 Työn tarkoitus

Opinnäytetyössämme keskitymme erityisesti eri-ikäisten diabetesta sairastavien lasten ravitsemussuosituksiin, perheen voimavaroja vahvistavaan ohjaukseen sekä erilaisiin käytäntöihin ja ohjaustekniikoihin, joilla lapsi ja perhe saadaan sitoutumaan hoitoonsa. Hyvin toteutettu ravitsemus on olennainen osa diabeteksen hoitoa. Koska työ käsittää kaikenikäiset lapset, esittelemme siinä eri-ikäisten lasten tämänhetkiset ravitsemussuositukset. Paneuduimme tutkimuksiin, joissa tutkitaan pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä ohjaamista ja esittelemme tutkimusten tärkeimmät tulokset. Tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmin käytännön hoitotyössä. Hoitoon sitoutuminen on olennainen osa diabetesta sairastavan lapsen omahoidon onnistumista, joten perehdyimme myös sitä käsitteleviin tutkimuksiin ja esittelemme niiden keskeiset tulokset.

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

1. Millaiset ovat eri-ikäisten diabetesta sairastavien lasten ja nuorten ravitsemuksen erityispiirteet?
2. Mitä on perheen voimavaroja vahvistava ohjaus ja kuinka sitä tulisi toteuttaa?
3. Mitä on lapsen, nuoren ja perheen hoitoon sitoutuminen, kuinka se toteutuu ja kuinka sitä voidaan edistää?

2.2 Lähdekirjallisuus

Keskeisin tiedonhakulähteemme on ollut Nelli-tiedonhakuportaalien sosiaali- ja terveysalojen tietokannat. Nelliin avulla voi tehdä hakuja yhtä aikaa useasta eri tietokannasta. Nelliin sosiaali- ja terveysalan tietokannat on kokoelma alamme johtavia tieteellisiä tietokantoja. Nelliin avulla voi tehdä hakuja seuraavista tietokannoista: Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL (Ovid), PubMed, ScienceDirect (via Scirus), Social Services Abstracts (CSA) ja Medic. Niistä olemme löytäneet suurimman osan käyttämistämme tutkimusartikkeleista sekä tutkimuksista. Useista uusista tutkimuksista ja tutkimusartikkeleista oli myös verkkoversiot tarjolla suoraan linkistä.

Nykyisessä tietoyhteiskunnassa tutkittu tieto halutaan tuoda kaikkien saataville ja suuri osa tutkimuksista julkaistaan julkisesti verkossa. Nelli-portaalien tietokantojen käyttöoikeudet ovat kuitenkin rajoitetut ja siksi emme päässeet lukemaan kotitietokoneiltamme käsin kaikkia viitteitä, joita Nelliin avulla löysimme. Tästä syystä käytimme myös Google-hakukonetta. Toteutimme ensin hakuja Nelli-portaalien kautta, kirjassimme ylös niiden aiheeseemme liittyvien viitteiden nimet, joihin emme päässeet käsiksi ja lopuksi käytimme Googlessa hakusanoina kirjaamiemme viitteiden nimiä. Löysimme useimmista viitteistä tätä kautta julkisen version.

Hakusanoina Nelli-tiedonhakuportaalissa olemme käyttäneet seuraavia hakusanoja: diabetes, ohjaus, potilasohjaus, ravitsemus, ruoka, ruokavalio, ravinto, ravitsemussuositus, hiilihydraatti, tukeminen, hoitosuositus, I-tyyppi, 1 tyyppi, tyyppi 1, vuorovaikutus, lapsi, nuori, perhe, omainen, perhehoitotyö, oireet, hoitoon sitoutuminen, diabetes mellitus, type I, type 1, interaction, nutrition, dietary counselling, diabetic, youth, nutrition, diet, child, parents, family, symptoms, children, dietary recommendations, counselling, adolescent, compliance, empowering, empowerment, empowered, chronic disease.

Vietimme lähdehakuvaiheessa myös paljon aikaa pääkaupunkiseudun kirjastoissa selailen hoito- ja lääketieteen lehtiä ja etsien niistä käyttökelpoisia lähteitä. Yksi hyvä lähde poiki yleensä useamman käyttökelpoisen lähteen, kun artikkelin lähdeluettelossa oli myös muita hyviä lähteitä. Kaikkia lähteitä ei kuitenkaan ollut mahdollista saada käsiin, mutta tärkeimmät löytyivät suhteellisen helposti joko Internetistä tai jostakin pääkaupunkiseudun kirjastosta. Saimme kirjastoista myös viimeisimmät diabetesta käsittelevät kirjat.

3 TYYPIN 1 DIABETES SAIRAUTENA

Diabetes tarkoittaa tilaa, jossa veren sokeripitoisuus kasvaa liian suureksi puutteellisen insuliini tuotannon vuoksi. Insuliinin tehtävänä on auttaa sokeria siirtymään verestä solujen käyttöön, lisätä sokerin varastoitumista maksaan ja lihaksiin ja laskea siten veren sokeripitoisuutta. Tyypin 1 diabetes puhkeaa useimmiten lapsuudessa, nuoruudessa tai varhaisessa aikuisiässä. Se on autoimmuunisairaus, jossa suurelta osin tuntemattomista syistä elimistö aloittaa hyökkäyksen omia solujaan eli haiman insuliinia tuottavia beetasoluja vastaan. Tämä johtaa solujen vähittäiseen tuhoutumiseen. Diabeteksen kehittyminen vie kuukausia tai vuosia. Vaiheessa, jossa diabeteksen oireet ilmaantuvat, insuliinia tuottavista soluista on jäljellä enää 10–15 prosenttia. (Diabetesliitto 2005; Hämäläinen – Kalavainen – Kaprio – Komulainen – Simonen 2006: 17.)

3.1 Tyypin 1 diabeteksen oireet ja diagnoosi

Kun insuliinia ei ole riittävästi saatavilla, maksa tuottaa liikaa sokeria. Koska solut eivät kykene käyttämään näin suurta määrää sokeria, sitä jää vereen liikaa. Liika sokeri poistuu munuaisten kautta virtsaan vieden mukanaan sekä nestettä että energiaa. Tästä aiheutuu virtsamäärien kasvaminen, jolloin elimistö kuivuu ja janon tunne voimistuu sekä paino laskee. Väsymys johtuu siitä, että solut eivät pysty käyttämään sokeria normaalisti energiaksi. (Saraheimo 2006.)

Kun edellä mainitut tyypilliset oireet ilmaantuvat, on syytä epäillä tyypin 1 diabetesta, jolloin korkeiden verensokeriarvojen toteaminen esimerkiksi pikamittarilla voi vahvistaa epäilyn. Lisäksi glukoosin eli sokerin esiintyminen virtsanäytteessä viittaa usein sokeriaineenvaihdunnan häiriöön. Virtsaasta ja seerumista löytyy myös ketoaineita. Potilas on yleensä nuori ja normaalipainoinen tai laiha. Tarkentavat laajemmat jatkotutkimukset (muun muassa C-peptidi ja vasta-ainetutkimukset) sekä hoito kuuluvat kiireellisenä sairaalahoitoon, koska tauti voi edetä hoitamattomana hengenvaaralliseen tilaan eli diabeettiseen ketoasidoosiin. (Piira 2006.)

Happomyrkytys eli ketoasidoosi aiheutuu happamista ketoaineista, joita kertyy vereen rasvakudoksesta vapautuvien rasvahappojen epätäydellisen palamisen vuoksi. Happomyrkytyksen oireisiin kuuluvat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut ja hengityksen ase-

tonista johtuva hapanimelä haju. Tila johtaa edelleen jatkuessaan uneliaisuuteen ja tajuttomuuteen ja on aina hengenvaarallinen. (Saraheimo 2006.)

3.2 Nuoruustyyppin diabeteksen hoitoprosessi

Avainasemassa diabeteksen toteamisessa ja hoidon aloittamisessa ovat perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitajat. Hoidon aloituksen kiireellisyyden ratkaisevat diabeetikon yleistila ja ketoaineiden esiintyminen virtsassa ja/tai plasmassa. Kun tyyppin 1 diabetes todetaan, kirjoitetaan päivystyslähete sellaiseen terveydenhuollon yksikköön, jossa voidaan tutkia happo-emästasapaino. Lapsidiabeetikot ohjataan erikoissairaanhoidon lasten päivystyspoliklinikkaan. Diabeettinen ketoasidoosi hoidetaan aina sairaalassa. (Diabetesliitto 2005.)

Tyyppin 1 diabetes on elinikäinen sairaus, jonka kulkuun liittyy useita vaiheita ja jonka hoidossa heijastuvat kaikki diabeetikon arkipäivään vaikuttavat tekijät. Hoidonohjauksen lähtökohtana on, että diabeetikko itse vastaa tautinsa jokapäiväisestä hoidosta. Tukeen diabeetikko tarvitsee luotettavan lääkärin ja diabeteshoitajan, jotka kykenevät auttamaan hoitoon liittyvien ongelmien ratkaisemisessa. Lääkärin ja diabeteshoitajan tehtävänä on myös arvioida hoidon toteutumista ja seurata diabeetikkoa taudin lisäsaikarauksien varalta. Tyyppin 1 diabeetikon pitkäaikaisseuranta voidaan järjestää terveyskeskuksessa, erikoissairaanhoidossa, työterveyshuollossa tai yksityisessä terveydenhuollossa. Edellytyksenä on, että diabeetikko saa tarvitsemansa asiantuntevan ja kannustavan tuen omahoidolleen siten, että hän on tasa-arvoisena toimijana mukana hoitopäätösten teossa. (Diabetesliitto 2005.)

3.3 Tyyppin 1 diabeteksen hoito

Haiman puuttuva insuliinintuotanto on korvattava elimistöön ulkoa päin tuotavalla insuliinilla, koska ilman insuliinia elimistö ei saa tarvitsemaansa energiaa ja veren sokeripitoisuus on haitallisen suuri. Insuliini annostellaan joustavasti aterioihin ja liikuntaan sovittaen. Säännöllistä verensokerin omaseurainta tarvitaan, jotta verensokeri pystyttäisiin pitämään mahdollisimman lähellä normaaliarvoja. Hoidossa tarvitaan sekä perusinsuliinia että ateriainsuliinia. Käytössä on sekä ihmisen insuliinia muistuttavia humaaninsuliineja että pika- ja pitkävaikutteisia insuliinijohdoksia. Insuliinin annostelussa käytetään nykyisin niin sanottuja insuliinikyniä tai insuliinipumppua. Insuliinihoidon alka-

essa insuliinituotanto elpyy usein osittain jäljellä olevassa solukossa. Tilapäisessä toipumisvaiheessa eli remissiossa pistettävät insuliiniannokset ovat pieniä. Syömisen osalta pätevät yleiset ravitsemussuositukset, mutta ruoan, insuliinihoidon ja liikunnan yhteispelin hallitseminen vaatii erityistä paneutumista. Tärkeintä on oppia arvioimaan aterioiden hiilihydraattimäärät ja suhteuttaa insuliinimäärät niihin. On tärkeää osata varautua liikunnan aiheuttamaan verensokerin laskuun sopivin annoksin hiilihydraattipitoista syötävää ja insuliinia. (Diabetesliitto 2005.)

4 RAVITSEMUSOHJAUS TYYPIN 1 DIABEETIKOILLA

Tyypin 1 diabetesta sairastavan lapsen ja nuoren ruokavaliota mietittäessä kartoitetaan potilaan ruokailuajat ja määrät eli, mitä hän kulloinkin on tottunut syömään ja kuinka paljon kerrallaan sekä mihin kellonaikaan. Energian ja ruoan määrän on oltava kulutusta vastaava, jotta paino pysyy normaalina. Rasvan laatuun ja määrään on kiinnitettävä erityistä huomiota valtimotaudin takia. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3054.) Diabetekseen sairastuminen on jo itsessään suuri ja mullistava asia, joten mitään muutoksia ei tapahdu yhdessä yössä. Siksi ohjausta uudesta ruokavaliosta on annettava usein ja asiakasta huomioiden.

Diabeetikko tarvitsee paljon monipuolista tietoa, jotta osaisi hoitaa sairauttaan oikein. Hänellä ja vanhemmilla tulee olla tietoa siitä, kuinka koostetaan terveellinen ruokavalio. On opittava valitsemaan pehmeää rasvaa sisältävät tuotteet sekä vähärasvaiset ja vähäsuolaiset elintarvikkeet. Diabeetikon pitää osata arvioida ruoan vaikutus verensokeriin eli tunnistaa hiilihydraattien määrä ja mistä niitä saa. Lisäksi tulee ymmärtää ruokapakkausten tuoteselostuksia ja tietää tavallisten ruoka-aineiden koostumuksista. (Aro 2007: 56.)

Hoidon suunnittelussa on hyvä selvittää, millainen ruokailurytmi on aiemmin ollut. Kysytään ateria- ja välipala-ajat, kuinka paljon lapsi on tottunut syömään ja saatujen tietojen perusteella selvitetään aterioiden hiilihydraattimäärät. Liikunnan määrä, kesto ja rasittavuus on myös tärkeää kysyä suunniteltaessa ruokavaliota, jotta voidaan laskea energian kulutus. Ruokapäiväkirjan (liite 2) avulla esimerkiksi kolmen päivän syömiset kirjaamalla saadaan tarkkaa tietoa siitä mitä diabeetikko on todella syönyt. (Aro 2007: 57.) Lapsen hoitomuoto vaikuttaa siihen, miten ruokailu ja insuliini sovitetaan yhteen.

Kaksipistoshoidossa insuliiniannokset pistetään aamulla ennen aamupalaa ja illalla ennen päivällistä (Kangas 2006: 294). Kolmipistoshoidossa voidaan muuttaa aamupalan ja päivällisen ajankohtaa ja kokoa. Monipistoshoidossa sekä pumppuhoidossa aterioiden koko ja ajoitus muuttuvat joustavasti. (Diabetesliitto 2005; Hämäläinen ym. 2006: 42.)

Parhaan hoitotasapainon saamiseksi verensokerin omaseuranta antaa erinomaisen apukeinon tarkkailla syödyn ruoan ja insuliinin yhteisvaikutusta. Verensokerin mittaaminen auttaa alkuopiskelussa tunnistamaan, kuinka syöty ruoka vaikuttaa verensokeriin. Myöhemmässä vaiheessa tämä auttaa syömään vapaammin ja joustamaan niin ruokamäärissä kuin insuliiniannoksissa. (Heinonen 2007: 1.)

4.1 Voimassaolevat ravitsemussuositukset

Nuoruustyyppin diabeetikoille suositellaan samanlaista terveellistä, monipuolista ja maukasta ruokaa kuin muullekin väestölle (Hämäläinen ym. 2006: 38). Syöminen on nautinto ja luonnollinen tapahtuma, joka tuottaa mielihyvää myös diabeteksen toteamisen jälkeen kuten aikaisemminkin. Tyypin 1 diabeetikolle oleellista on ruoan verensokeria nostavan vaikutuksen ja insuliinin verensokeria laskevan vaikutuksen yhteensovittaminen. (Diabetesliitto 1999.)

Tyypin 1 diabeetikon ruokavalio-ohjauksessa tärkeänä asiana on hyvän hoitotasapainon saavuttaminen valitsemalla hiilihydraattimäärät oikein aterioiden insuliinin kanssa. Hyvässä hoitotasapainossa verensokeriarvot pysyvät sopivina eikä suuria verensokeriarvon laskuja tai nousuja pääse tapahtumaan. Muita tavoitteita ovat terveyden ylläpitäminen ja elinmuutosten ehkäisy huolehtimalla siitä, että ruokavalio on terveellinen ja tarpeeksi monipuolinen. Viimeisenä tavoitteena on, että lapsen normaali kasvu ja kehitys turvataan riittävällä energia- ja ravintoaineiden määrällä ja samalla pyritään myös normaali-painoon tai sen ylläpitoon. (Aro 2007: 56; Mayer-Davis ym. 689.) Tyypin 1 diabeetikon ravitsemussuositukset on esitelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tyypin 1 diabeetikon ravitsemussuositukset (Aro 2007: 56; Diabetesliitto 2005; Hasunen ym. 2004: 92; Heinonen 2006; Kaprio – Härmä-Rodriguez 2006; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 11 – 12, 21 – 22).

<p>Kaikille suositeltava terveellinen ruokavalio sisältää</p> <ul style="list-style-type: none"> - Runsaasti täysjyväviljaa, vihanneksia, hedelmiä ja marjoja - Vähärasvaisia maito- ja lihavalmisteita - Kohtuullisesti öljyä, pehmeitä margariineja ja levitteitä sekä niitä sisältäviä ruokia ja leivonnaisia, öljyä sisältävää salaattinkastiketta - Niukasti rasvaisia leivonnaisia, makeisia, sokerillisia virvoitusjuomia ja soke-ria tai hedelmäsokeria - Vähä- tai normaalisuolaista ruokaa ja ruoka-aineita 	
<p>Ruokavalion tavoitteet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuliinihoito sovitetaan aterioi-den ruokamäärään ja diabeetikon elämäntapaan. - Terveellisen ja monipuolisen ruo-kavalion avulla terveyden ylläpi-täminen ja elinmuutosten ehkäi-seminen - Lapsen kasvun ja kehityksen tur-vaaminen sekä sopivasta ruoka-määrästä ja energiansaannista huolehtiminen - Normaalin painon ylläpitäminen tai siihen pyrkiminen (BMI 18,5 – 25 kg/m²) 	<p>Ruokavalion laatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vastasyntyneen lapsen energiantarve on keskimäärin noin 95 kcal/kg/vrk. - Kokonaisenergian tarve lapsilla 1000 kcal + 100 kcal/ikävuosi (esim. 3- vuotiaalle 1000 kcal + 300 kcal) <ul style="list-style-type: none"> - Kokonaisenergiasta 45 – 60 % hii-lihydraatteja - 15 – 20 % proteiineja - Rasvoja korkeintaan 35 %, joista tyydyttyneitä alle 10 %, monityy-dyttämättömiä alle 10 %, kertatyy-dyttämättömiä 10 – 25 %

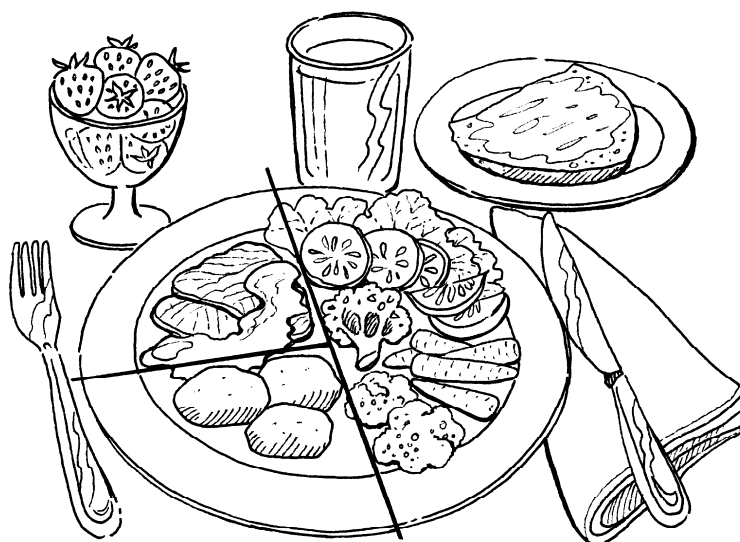
Diabeetikoille suositellaan nykyisten suositusten mukaisesti kohtalaisesti hiilihydraatteja sisältävää ruokavaliota, jossa proteiinien ja rasvojen osuus pysyy kohtuullisena. Tällaisessa ruokavaliossa käytetään apuna ruokakolmiota (kuvio 1), josta näkee jo ensisilmäyksellä suuntaa siitä, kuinka paljon erilaatuisia ruokia tulisi syödä. Ruokakolmion mukaan syötäessä eivät mitkään ruoka-aineet ole kiellettyjen listalla vaan kaikkea saa syödä vapaasti, kunhan määrät pysyvät pieninä. Nykyisen käsityksen mukaan diabeetikot voivat halutessaan käyttää sokeria hallitusti eli pieniä määriä kerrallaan osana runsashiilihydraattista ja -kuituista ruokavaliota. Kun syödään sokerilla makeutettua ruokaa, jätetään pois vastaava määrä muuta hiilihydraattipitoista ruokaa, kuten hedelmää tai leipää. Makeutusaineet ovat hyvä vaihtoehto diabeetikolle, kun halutaan välttää ylimääräisiä hiilihydraattimääriä. (Heinonen 2006a: 110 – 111; Heinonen 2006b: 130 – 132.)



KUVIO 1. Ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2006).

Lautasmallia (kuvio 2) voidaan käyttää apuvälineenä ruokamäärien hahmottamisessa aterioilla. Lautasmallia noudattamalla saavutetaan hedelmien, vihannesten ja marjojen osalta tavoitemäärä eli noin puoli kiloa päivässä. Myös maitovalmisteiden käyttö ja täysjyvävilja tulee samalla huomioitua. Puutoksena lautasmallissa on, että se ei suoraan näytä, kuinka paljon rasvaa ja minkälaista rasvaa tulisi käyttää. Rasvojen oikeaoppinen käyttö tulee opettaa muulla tavoin. (Aro 2007: 152.)

Lautasmalli tarkoittaa, että lautanen tulisi täyttää ainakin puolilleen erilaisilla kasviksilla, raasteilla ja salaateilla. Perunaa, riisiä tai makaronia tulee reilu neljännes. Lihaa, kalaa tai kanaa kuuluu lautasen jäljellä jäävään osioon. Juotavaksi valitaan rasvatonta maitoa, piimää tai vettä. Lisäksi voi ottaa leipäviipaleen kevyesti voideltuna ja jälkiruoaksi voi ottaa hedelmän tai marja-annoksen. Tällaisesta annoksesta tulee riittävä lounas vähän energiaa kuluttavalle. Enemmän kuluttava voi valita lisää leipää ja riisiä, pastaa tai perunaa. Myös lihan lähdeä voi tällöin hiukan lisätä. (Heinonen 2006a: 111.) Annoksen koko tulee suhteuttaa lapsen kokoon, mutta ruoka-aineiden suhteen olisi hyvä pysyä ohjeen mukaisena.



KUVIO 2. Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2006).

4.2 Iänmukaiset ravitsemussuositukset

Imeväisikäisten diabeetikkolapsien ruokavalio ei poikkea muiden samanikäisten palleroiden ruokavaliosta. Rintaruokinta on suositeltavaa ja lisäruoat aloitetaan iän mukaisesti. Kouluikäisten lasten ruokavaliossa on tärkeää keskittyä liiallisten tyydyttyneiden rasvojen määrään ja ylimääräisten sokerien käyttöön. (Aro 2007: 72.)

Täysimetystä suositellaan annettavaksi mielellään kuuteen kuukauteen asti. Vaihtoehtoisesti annetaan äidinmaidonvastikkeita, jos imettäminen ei onnistu. Osittainen imetys jatkuu aina ensimmäisen ikävuoden loppuun ja, jos mahdollista 0 – 4 kuukauden iässä aloitetaan tutustumisruokien antaminen soseina lapselle. Näitä ruokia ovat: peruna, kasvikset, marjat, hedelmät. Viidenteen kuukauteen mennessä myös liha ja kala aloitetaan. Kuuden kuukauden iässä aloitetaan kaikille lapsille kiinteiden lisäruokien antaminen soseina. Näitä kiinteitä ruokia ovat: peruna, kasvikset, marjat, hedelmät, liha tai kala ja puuro. Kahdeksan kuukauden iässä aloitetaan karkeita soseita ja lisää uusia tutustumisruokia. Näitä ruokia ovat edellisten listojen lisäksi hienojakoiset tuoreraasteet. 10 kuukauden iässä lapsi voi alkaa syömään perheen ruokia tai karkeita soseita. Silloin ruokavaliossa on peruna, kasvikset, tuoreraasteet, marjat ja hedelmät, liha- ja kalaruoat sekä maitovalmisteet. (Hasunen ym. 2004: 123.)

Jatkossa lapset syövät ihan samanlaista ruokaa kuin muukin perhe, huomioiden säännöllisyyden ja oikeat annoskoot. Verensokeria mittaamalla voi tarkistaa, että on syönyt riittävän määrän hiilihydraattia ja pistänyt vastaavasti ruokaan nähden oikean annoksen insuliinia.

4.3 Ateriasuunnitelma

Ruokailun ja insuliinin yhteensovittamista helpottaa ravitsemussuunnitelma, jonka ravitsemusterapeutti laatii yhdessä perheen kanssa (Hämäläinen ym. 2006: 39). Ateriasuunnitelma antaa tietyn pohjan lapsen ruokailulle ja ruokamäärille, mutta siinä voidaan toki joustaa päivien ja tilanteiden mukaan. Tärkeää on kuunnella lapsen omaa ruokakelloa, ettei lapsi kärsi nälästä tai liiasta ruoan tuputtamisesta. (Kaprio – Härmä-Rodríguez 2006.) Hiilihydraattien eli sokeristuvien ruokien määrää voidaan arvioida hiilihydraattilaskennalla (taulukko 2) tai arkijärjellä. Hiilihydraattilaskennassa lasketaan kunkin aterian tai välipalan sisältämä hiilihydraattimäärä. Esimerkiksi leipäviipaleessa on 15 grammaa ja banaanissa 20 grammaa hiilihydraatteja. Arkijärjellä arviointi tarkoittaa, että hiilihydraattien määrä arvioidaan silmämääräisesti tai niin sanotun lautasmallin avulla. (Hämäläinen ym. 2006: 39 – 41.)

4.3.1 Hiilihydraattien ja ateriainsuliinin laskeminen

Kaikkien diabeetikon hoidosta vastaavien olisi hyvä kannustaa ja opastaa diabeetikkoa hiilihydraattien arviointiin annoksina, koska se on ateriainsuliinin arvioinnin kannalta tärkeä, helppo ja käytännöllinen tapa. Usein ilman kunnon ohjausta diabeetikot mieltävät hiilihydraattien arvioinnin hankalaksi ja välttelevät hiilihydraatteja sillä vaikutuksella, että syövät liikaa eläinkunnan tuotteita ja liikaa rasvaa. Tämä vaikuttaa pitkällä aikavälillä epäedullisesti, koska ruoan monipuolisuus kärsii ja riski valtimotaudin pahenemiseen kasvaa. (Ilanne-Parikka – Ruuskanen 2004: 3054.)

Varsinkin pitkään diabetesta sairastaneiden on vaikea oppia pistämään tavallista vähemmän insuliinia, jos annoksessa on vähemmän hiilihydraatteja kuin normaalisti. Tästä voi löytyä yksi syy liian mataliin verensokeriarvoihin. Diabeetikon, joka on tottunut ottamaan aina tietyn määrän insuliinia, voi olla vaikea oppia eroon tästä kaavamaisesta insuliininottotavasta. Tämä kohderyhmä tarvitsee tukea ja ohjausta oppiakseen vältty-

mään glukoosiarvojen liiallisilta vaihteluilta oikein arvioitujen ja otettujen insuliinimäärien avulla. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3056.)

Annosarvioinnissa riittää 10 hiilihydraattigramman arviointitarkkuus. Alussa voi hyödyntää annosten punnitsemista, mutta yleensä silmämääräinen arvio riittää. Hiilihydraatteja voi arvioida esimerkiksi ruokakauhallisten, leipäviipaleiden, hedelmämäärien tai juomalasillisten perusteella. Hiilihydraattimääristä voi lukea esimerkiksi Diabeteskirjasta tai elintarvikevalmistajien internetsivuilta. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3057.) Yleisimpien ruoka-aineiden hiilihydraattipitoisuuksia on esitelty liitteessä 1.

Ateriainsuliinilla katetaan syömisen aikaansaama välitön insuliinin tarve. Ateriakohtaisista insuliinia mietittäessä tulisi laskea kaikki aterian sisältämät hiilihydraatit ennen syömistä ja sovittaa näin yhteen ruoan sisältämä hiilihydraattimäärä ja ateriainsuliinin määrä. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3054.) Hiilihydraatit nostavat plasman glukoosipitoisuutta välittömästi aterian jälkeen. Pieni vaikutus energiaravintoaineista on myös proteiinilla, mutta pääosin ateriainsuliinin määrää arvioitaessa hiilihydraattien määrä ratkaisee. Hiilihydraateissa on myös vähän eroja, miten ne nostavat glukoosipitoisuutta aterioilla. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.)

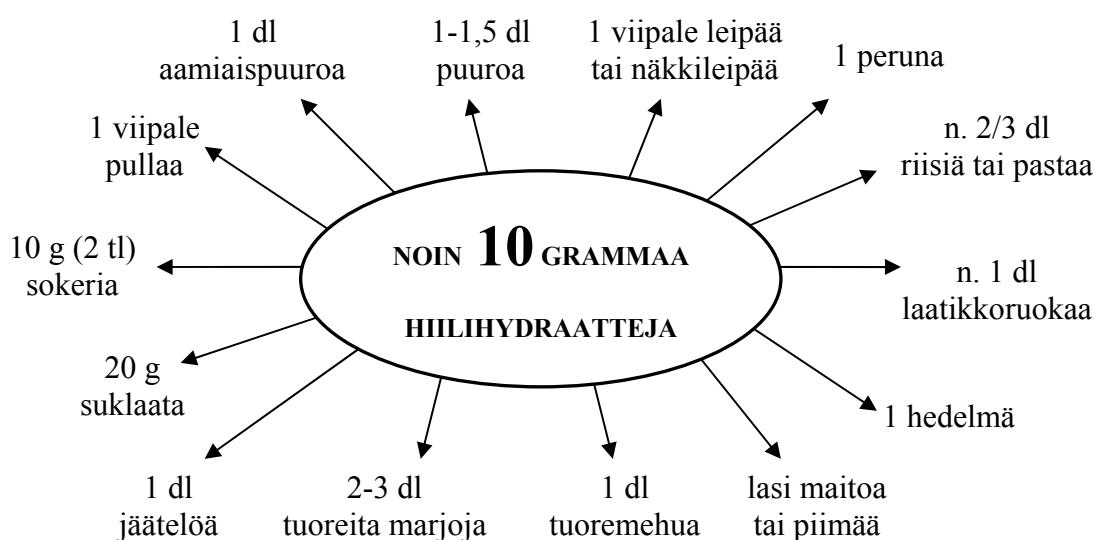
Monipistoshoidosta huolimatta monet diabeetikot pistävät aina saman annoksen ateriainsuliinia, vaikka aterioilla olevat hiilihydraattimäärät vaihtelevat huomattavastikin. Monet annostelevat ateriainsuliinin sen perusteella, onko lautasella paljon vai vähän ruokaa laskematta hiilihydraattimääriä. Esimerkiksi pihviateria ravintolassa sisältää vähemmän hiilihydraattia kuin luulisi ja eväsaterialla kuvitellaan olevan vähemmän hiilihydraatteja kuin normaalissa kotilounaassa. Keittolounas puolestaan johtaa helposti liian matalaan glukoosiarvoon, ellei hiilihydraattimäärää lisätä esimerkiksi leivän tai jälkiruoan muodossa tai insuliinia pistetä vähemmän. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.)

Pikainsuliinia, esimerkiksi Humalog® tai NovoRapid®, käytetään juuri ennen ruokailua, ruokailun aikana tai sen jälkeen. Pikainsuliinin vaikutus alkaa 5 – 15 minuutissa ja sen vaikutus kestää 3 – 4 tuntia. Jos aterialla nauttii erityisen runsasrasvaista ruokaa, kannattaa pikainsuliini ottaa vasta ruoan jälkeen, koska rasva hidastaa ruoan imeytymistä. Runsasrasvaisia ruokia ovat esimerkiksi kermaiset ruoat ja pitsa. Ruokailun kestäessä

pitkään illallisilla tai seisovassa pöydässä, kannattaa pikainsuliini pistää kahdessa erässä. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.)

Lyhytvaikutteinen insuliini, esimerkiksi Actrapid[®], täytyy pistää vähintään puolta tuntia ennen ateriaa, koska sen vaikutus alkaa hitaammin 30 – 45 minuutin kuluessa ja sen vaikutus kestää pidempään noin 5 – 8 tuntia. Pidemmän vaikutusajan takia tarvitaan välipala parin tunnin kuluttua pääaterian syömisen jälkeen. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.) Tärkeänä tavoitteena on, että diabeetikko tai lapsen sairastaessa hänen vanhempansa ja lapsi yhdessä oppivat laskemaan ateriainsuliinin tarpeen mahdollisimman tarkasti. Lapsen kasvaessa hän voi itse opetella laskemaan tarvitsemansa insuliinimäärän valvotusti.

Ateriainsuliinin tarve tulisi opetella laskemaan kymmentä hiilihydraattigrammaa kohden. Ruokien hiilihydraattimääristä on olemassa erilaisia taulukoita. Esimerkiksi seuraavat ruoka-annokset sisältävät 10 g hiilihydraatteja: 2 dl maitoa tai piimää, 2 dl maustamatonta jogurttia tai viiliä, 1 peruna (60 g), 1 dl puuroa, 1 dl laatikkoruokaa, 1 dl tuoremehua, 1 viipale pullaa, 1 dl jäätelöä, 1 viipale leipää (20 g), noin 2/3 dl pastaa tai riisiä. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.) Ajan myötä laskeminen helpottuu, kun diabeetikko oppii ruokamäärien sisältämät hiilihydraattimäärät ulkoa ja voi nähdä suoraan annoksesta, paljonko se sisältää hiilihydraatteja. Alussa on kuitenkin hyvä turvautua taulukoihin (liite 1) ja erilaisiin havainnollisiin kuviin (kuvio 3).



KUVIO 3. Kaikki nämä annokset sisältävät suunnilleen saman verran hiilihydraatteja, joten ne tarvitsevat saman määrän ateriainsuliinia (Ruuskanen 2006: 17).

Kasviksissa on yleensä niin vähän hiilihydraatteja, ettei niitä tarvitse huomioida hiilihydraattien määrää laskettaessa. Lihassa, munassa, kalassa ja juustossa ei ole merkityksellistä määrää hiilihydraattia. Rasvassa hiilihydraatteja ei ole lainkaan. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.) Esimerkiksi, jos syö kanasalaattia, niin siinä ei ole lainkaan huomioitavia hiilihydraatteja.

Kokonaisinsuliinimäärän ollessa 40 – 50 yksikköä vuorokaudessa tarvitaan yleensä yksi yksikkö ateriainsuliinia kymmentä hiilihydraattigrammaa kohden. Tämä sääntö on kuitenkin suuntaa-antava, tarvittava ateriainsuliinin määrä on yksilöllinen ja sopiva määrä haetaan mittaamalla verensokeri ennen ja jälkeen aterian. (Diabetesliitto 2005; Hämäläinen ym. 2006: 42; Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.) Kokonaisinsuliinimäärän määrittelee lääkäri ja se voi muuttua esimerkiksi diabeetikon laihtuessa tai lihoessa. Lapsen kasvaessa kokonaisinsuliinimäärä tulee sovittaa uuteen painoon.

Glukoosiarvo mitataan ennen ateriaa ja noin 1,5 tuntia aterian jälkeen ja kirjataan tulos omaseurantavihkoon. Myös aterian hiilihydraattimäärä täytyy laskea ja kirjata. Insuliiniannos on sopiva, jos glukoosiarvo nousee korkeintaan 2 mmol/l aterian jälkeen verrattuna ennen ateriaa mitattuun arvoon. Mittaus tulee tehdä erikseen ja asteittain jokaiselle aterialle. Jos puolestaan glukoosiarvo on koholla jo ennen ateriaa tilapäisesti, niin lisätään hiilihydraattien mukaan laskettuun ateriainsuliinin annokseen pikakorjausannos yksilöllisen insuliiniherkkyyden mukaan. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3055.)

Yhden insuliiniyksikön verensokeripitoisuutta alentava vaikutus mittaa insuliinin tehoa. Insuliinin vaikutus määräytyy insuliinin vuorokausiannoksen mukaan. Hiilihydraatti-vaikutus mittaa sitä, kuinka paljon 10 hiilihydraattigrammaa nostaa verensokeria. Se on yksilöllistä ja vaihtelee yksilön painon mukaan. (Heinonen 2007: 7.)

TAULUKKO 2. Viitteelliset kaavat insuliiniannoksen laskemiseen (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 59).

INSULIINIANNOKSEN LASKUKAAVAT	
Käytetyt lyhenteet	Yksilön paino (P), verensokerin tavoitearvo (Gt), verensokerin mitattu arvo (Gm), insuliinin vuorokausiannos (V), insuliiniyksikön teho (T), hiilihydraattivaikutus (H)
LASKETTAVA ASIA	LASKUKAAVA
Insuliinin vuorokausiannos = perusinsuliinin ja ateriainsuliinin summa	[perusinsuliini] + [ateriainsuliini]
Insuliiniyksikön teho = yhden insuliiniyksikön veren glukoosipitoisuutta laskeva vaikutus	84 : V
Hiilihydraattivaikutus = kymmenen hiilihydraattigramman veren glukoosipitoisuutta nostava vaikutus	140 : P
Ateriainsuliinin tarve kymmentä hiilihydraattigrammaa kohden = Hiilihydraattivaikutus jaettuna insuliiniyksikön teholla	(140 : P) : (84 : V) tai H : T
Tilapäinen lisäinsuliinin tarve = mitatun veren glukoosipitoisuuden ja tavoitetason erotus jaettuna insuliiniyksikön teholla	(Gm – Gt) : (84 : V) tai (Gm – Gt) : T

ESIMERKKI 1

Olet aikeissa ruokailla ja haluat tietää, paljonko tarvitset ateriainsuliinia. Painat 65 kg. Lasket, että 10 g hiilihydraatteja nostaa verensokeriasi noin 2 mmol/l ($140 : 65 = 2,15$). Vuorokauden perusinsuliiniannoksesi on 22 yksikköä (aamulla 10 ja illalla 12). Ateriainsuliinia pistät vaihtelevasti keskimäärin 20 yksikköä vuorokaudessa. Vuorokauden insuliinimääräsi on siis 42 yksikköä ($22 + 20$). Ateriainsuliinisi tarpeen kymmentä hiilihydraattigrammaa kohden saat selville jakamalla ensin luvun 140 painollasi. Jaa tämän jälkeen luku 85 vuorokauden insuliiniannoksellesi. Jakamalla ensimmäisen laskun ($140 : 65$) tuloksen toisen laskun ($84 : 42$) tuloksella, saat selville, paljonko tarvitset insuliinia kymmentä hiilihydraattigrammaa kohden.

$$(140 : 65) : (84 : 42) = 2,15 : 2 = 1,1.$$

Tarvitset siis noin yhden yksikön insuliinia kymmentä hiilihydraattigrammaa kohden.

(Heinonen 2007: 8-9.)

ESIMERKKI 2

Olet todennut, että verensokerisi on liian korkea: 18,0 mmol/l, kun tavoitetasosi on 6 mmol/l. Korjataksesi tilanteen sinun täytyy laskea, paljonko tarvitset lisäinsuliinia. Vuorokausiannoksesi on 42 yksikköä. Laske mitatun verensokeriarvon ja tavoitearvosero (18 – 6) ja jaa tämä insuliiniyksikön teholla (84 : 42).

$$(18,0 - 6,0) : (84 : 42) = 12,0 : 2 = 6,0$$

Tarvitset siis kuusi yksikköä insuliinia korjaamaan verensokerisi tavoitetasolle. (Heinonen 2007: 9.)

ESIMERKKI 3

Olet aikeissa ruokailla ja huomaat verensokerisi olevan 14 mmol/l. Korjataksesi tilanteen sinun täytyy laskea, paljonko tarvitset lisäinsuliinia. Vuorokausiannoksesi on 42 yksikköä ja verensokerin tavoitetaso 6 mmol/l. Tässä tapauksessa korjausinsuliinin määrä on $(14 - 6) : (84 : 42) = 4$ yksikköä. Lisäksi sinun täytyy laskea, paljonko ateriasi sisältää hiilihydraatteja ja laskea sen perusteella ateriainsuliinisi. Sinun tulee siis pistää sekä korjausinsuliini että normaali ateriainsuliini ennen ateriaa. (Heinonen 2007: 9.)

ESIMERKKI 4

Et ollut oikein varma, kuinka paljon hiilihydraatteja edellinen ateriasi sisälsi ja tarkistat verensokerisi noin 1,5 tuntia aterian jälkeen. Verensokerisi on 12 mmol/l. Vuorokausiannoksesi on 42 yksikköä ja verensokerin tavoitetaso 6 mmol/l. Annostelet lisäinsuliinia $(12 - 6) : (84 : 42) = 3$ yksikköä. (Heinonen 2007: 9.)

4.3.2 Pikainsuliini ja välipalat

Monet haluaisivat siirtyä pikainsuliinin käyttöön, koska kuvittelevat pääsevänsä eroon välipalojen syömisestä. Välipalojen syömisestä lopettaminen ei ole kuitenkaan niin helppoa kuin voisi kuvitella. Pikainsuliinin käyttäjistä puolet söi vielä välipaloja pistämättä ateriainsuliinia. Ateriainsuliinia ei pistetty myöskään iltapalan yhteydessä, vaikka se sisälsi paljon hiilihydraatteja. Tämän seurauksena aamuverensokeri on yleensä korkea. Pikainsuliinia tulisi pistää, jos syödään yli 20 hiilihydraattigrammaa sisältäviä välipaloja

tai iltapala. Poikkeuksena on liikuntaa varten otettu välipala tai raskaan liikunnan jälkeinen välipala. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3056.)

4.4 Liikunta ja verensokeri

Leikki on lapsen työtä ja liikunta hänen luonnollinen tarpeensa. Tavoitteena on, ettei diabetekseen sairastuminen vaikuta lapsen leikkeihin tai liikkumiseen rajoittavasti. Diabetes ei rajoita liikunnan harrastamista, mutta erityistä varovaisuutta tulee noudattaa lajeissa, joissa äkillinen tajunnanmenetyks voi aiheuttaa vaaratilanteen, esimerkiksi uinti. Yleisimmät sisä- ja ulkoleikit eivät lisää energiankulutusta merkittävästi eikä niitä tarvitse ottaa erityisesti huomioon diabeteksen hoidossa. Ennen uloslähtöä on hyvä tarkistaa, ettei verensokeri ole liian matala ja tarvittaessa tarjota lapselle hedelmä tai leipäviipale. Pieni välipala on tarpeen myös pitkäkestoisten ja reippaiden leikkien lomassa. (Hämäläinen ym. 2006: 58.)

Liikuntaa suositellaan tyyppin 1 diabeetikoille siinä missä muillekin ihmisille terveyden ylläpitämiseksi, mutta verensokerin hallinta liikuntasuoritusten aikana vaatii opettelua (Aro 2007: 64). Mitään täsmäkaavaa ei ole olemassa siihen, kuinka paljon lisähiilihydraattia liikuntasuoritukset vaativat. Jokaisen diabeetikon plasman glukoosipitoisuuden käyttäytyminen on yksilöllistä ja riippuu monesta asiasta, kuten käytetystä insuliinista, pistos- ja ruokailuajankohdasta, liikunnan kestosta ja tehosta. Diabeetikon tulee itse oppia arvioimaan omaseurannan avulla, kuinka paljon hiilihydraatteja hän tarvitsee ennen liikuntaa, liikunnan aikana ja sen jälkeen sekä tarvittaessa on muutettava perusinsuliinimääriä, jos liikkuu säännöllisesti eri tavoin kuin ennen. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3057.)

Liikunnan huomiotta jättäminen voi olla syynä huonoon hoitotasapainoon, varsinkin jos liikuntaa on paljon. Liikunnan aikana elimistö käyttää energian lähteenä aluksi lihasten glykogeenia. Pidempään kestävässä liikunnassa energia otetaan veren glukoosista ja rasvahapoista. Liikuntasuorituksen jälkeen elimistö täyttää glykogeenivarastoja, samalla verensokeri laskee edelleen. Rankka liikuntasuoritus saattaa vaikuttaa verensokeriin jopa vuorokauden ajan ja tämä pitää huomioida. Mitä harvemmin rankka liikuntasuoritus tapahtuu, sitä voimakkaammin se näkyy verensokeriarvoissa ja sitä huolellisemmin se tulee huomioida hoidossa. (Aro 2007: 64.)

Joitain suuntaa antavia ohjeita on olemassa hiilihydraattien määrän arvioimisen tueksi liikuntaan liittyen. Jos glukoosiarvo ennen liikuntaa on 6 mmol/l, niin otetaan 20 hiilihydraattigrammaa ennen liikuntaa ja liikunnan aikana 10 – 20 hiilihydraattigrammaa puolen tunnin välein. Insuliinin huippuvaikutuksen aikaan liikuttaessa insuliinimäärän vähentäminen 20 – 50 % saattaa tulla tarpeelliseksi. Pitkän liikuntasuorituksen jälkeen iltapalan lisääminen on tarpeen ja oman kokemuksen perusteella katsotaan onko yöinsuliinin määrän vähentäminen tarpeellista. (Ilanne-Parikka – Ruusanen 2004: 3057.)

4.5 Ruokailun erityistilanteet

4.5.1 Syöminen sairauspäivinä

Tilapäinen sairastuminen ei aiheuta ongelmia diabeetikolle, jos ruokahalu säilyy suunnilleen normaalina, eikä diabeetikko oksenna tai ripuloi paljon. Sairastuminen nostaa verensokeria ja siksi verensokerin mittaaminen on erityisen tärkeää. Sairauspäivinä tärkeintä on siis juoda riittävästi, nauttia riittävästi hiilihydraatteja ja mitata verensokeria säännöllisesti sekä pistää insuliinia mittaustulosten mukaisesti. (Aro 2007: 129.)

Kuumeisena ei ruokahalu ole paras mahdollinen, joten silloin kannattaa valita keveitä ruokia, kuten keittoja sekä valita kyytipojaksi leipää ja leikkeleit. Oksentelun aiheuttaman nestevajauksen korvaaminen on tärkeää. Apteekista saatavalla Osmosal[®]-liuksella voi korvata nestevajauksen optimaalisesti. Jos verensokeri laskee eikä mikään hiilihydraattipitoinen ruoka pysy sisällä, on pikimmiten hakeuduttava lääkärin vastaanotolle. (Aro 2007: 129 – 130.)

4.5.2 Diabetes ja syömishäiriöt

Syömishäiriöitä arvioidaan olevan enemmän tyypin 1 diabeetikoilla, kuin muilla ihmisillä. Syömishäiriöillä tarkoitetaan poikkeavaa suhtautumista ruokaan ja omaan kehonkuvaan. Syömishäiriöitä ovat muun muassa anorexia nervosa ja bulimia nervosa. Anoreksiassa on kyse liiallisesta laihduttamisesta ja voimakkaasta lihomisen pelosta. Bulimiassa ahmitaan liikaa ruokaa ja siihen liittyy usein oksentelua. Syömishäiriöitä arvioidaan olevan länsimaissa 0,5 – 5 %:lla nuorista naisista. Diabetes voi altistaa syömishäiriöille, koska sairauden hoitoon kuuluu itsensä, verensokerin ja syömisen tarkkailua. Syömiseen ja ruokailuun pitäisi yrittää suhtautua mahdollisimman luontevasti, muuten

on vaarana mennä liiallisuuksiin. Nykyisin käytössä oleva monipistohoito ja ateriainsuliinit auttavat joustavampaan diabeteksen hoitoon suuntautumisessa. (Heinonen 2006c: 151.)

Nuorista diabeetikotyöistä 7 – 14 %:lla on jonkinlainen syömishäiriö. Diabeetikoiden syömishäiriöt voivat poiketa edellä mainituista anoreksiasta ja bulimiasta siinä, että kyseessä voi olla ahmimista, joka kompensoidaan jättämällä insuliini pistämättä joko kokonaan tai osittain. Näin korkean verensokerin ja virtsaan erittyvän sokerin avulla pysytään normaalipainoisina, vaikka syödyt ruokamäärät muuten lihottaisivat. Tällainen insuliinilla temppuilu on kuitenkin terveydelle vaarallista. (Heinonen: 2006b: 151.) Verensokeritasapainon pysyessä jatkuvasti korkealla voi jo aikaisessa vaiheessa ilmaantua silmäpohja- ja munuaismuutoksia. Tämän vuoksi syömishäiriöt olisi hyvä huomata hoitopaikoissa ajoissa, jotta niihin ehdittäisiin reagoida ennen kuin ne aiheuttavat haittaa potilaalle. (Tulokas: 2006: 369.)

Lievemmat syömishäiriöt hoituvat yleensä puhumalla niistä ja harjoittelemalla syömisrytmin säännöstelyä jokapäiväisessä elämässä. Vakavammassa syömishäiriössä tarvitaan esimerkiksi lääkäristä, psykologista, ravitsemusterapeutista ja omahoitajasta koostuvaa moniammatillista osaamistiimiä hoitamaan sairastunutta. Käyttäytymisterapia ja psykologisten asioiden selvittely voi olla tarpeellista. Syömishäiriöinen voi tarvita tukea useita vuosia. (Heinonen 2006c: 152.)

4.5.3 Alkoholin käyttö

Alkoholi estää sokerin uudismuodostusta maksassa. Tästä syystä alkoholin käyttö ilman samanaikaista ruokailua voi johtaa liian alhaiseen verensokeritasoon. Alkoholin vaikutuksen alaisena liian matalasta verensokerista toipuminen huonontuu ja hypoglykemia voi jatkua pitkään. Verensokerin liiallisen laskun vaara lisääntyy jo lievässä päihtymystilassa. Alkoholin käyttö onkin useimmiten syytä hypoglykemisiin kuolemiin. (Ilanne-Parikka 2006: 180.)

Alkoholia nauttineen diabeetikon kannattaa nauttia kunnollinen iltai- tai yöpala ennen nukkumaanmenoa. Verensokeri tulee mitata vielä ennen nukkumaanmenoa. Jos arvo on alle 10 mmol/l, kannattaa syödä lisää, jotta verensokeri ei alkoholin vaikutuksesta laske liian matalalle yön aikana. Verensokeri kannattaa mitata myös aamulla, koska alkoholi-

linkäytön jälkeinen sokki tulee tavallisimmin aamuyöstä tai aamulla. (Ilanne-Parikka 2006: 180.)

4.6 Ravitsemusohjauksen kehittämishaasteet

Suurena ongelmana tällä hetkellä on, että vain joka viidennessä terveyskeskuksessa on ravitsemusterapeutin virka. Tämän vuoksi tyyppin 1 diabeetikkolapsi ja hänen vanhempansa jäävät usein ilman ravitsemusterapeutin ohjausta. Vaihtelu lasten hoitoon suunnatuissa voimavaroissa on siis liian suuri. Kaikilla tulisi olla tasavertainen mahdollisuus käyttää ravitsemusterapeutin ohjausta. Nykyisin ohjauksen antaa useimmiten terveydenhoitaja. (Reunanen – Winell 2005: 26 – 27.) Terveystietäjien tietotaitoa on lisättävä, jotta samantasoinen ohjaus olisi mahdollinen kaikille diabeetikoille.

Huono hoitotasapaino voi olla tietyltä osalta puutteellisen ohjauksen tulosta. Erityisesti juuri 1-tyypin diabeetikoilla on huono verensokeritasapaino. Tämä ongelma vaatii omahoidon uusien mahdollisuuksien opettamista ja hoidonohjauspalvelujen tehostamista. (Reunanen ym. 2005: 33.) Mitkään hyvät ohjeet eivät auta, jos diabeetikko ei sitoudu hoitoonsa eikä saa ohjausta ja kannustusta riittävän usein ja riittävän koulutuksen saaneilta henkilöiltä. Hyvä hoito auttaa myös välttämään diabeteksen liitännäissairauksia, jotka kuormittavat lisää potilasta ja terveydenhuollon resursseja.

5 PERHEEN VOIMAVAROJA VAHVISTAVA OHJAUS

Potilaiden ohjausta on tutkittu suhteellisen paljon. Saatu tieto on kuitenkin hajanaista eikä anna selkeää kuvaa ohjauksen vaikutuksista ja laadusta eikä ohjaukseen liittyvistä ongelmista. Potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan käsitysten selvittäminen ohjauksesta on tärkeää, koska monissa tutkimuksissa on todettu, että heidän käsityksensä ohjauksesta poikkeavat toisistaan. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 1.)

Diabeteksen hoito on moniammatillista yhteistyötä. Ruokavalio-ohjaukseen osallistuvat lääkäri, diabeteshoitaja tai asiaan perehtynyt sairaanhoitaja sekä ravitsemusterapeutti, joiden työnjaosta sovitaan osastokohtaisesti. Ruokavalio-ohjauksen toteuttaminen, ruokavalion onnistumisen seuraaminen ja jatkuva motivointi ovat ensisijaisesti diabeetikkoa säännöllisesti tapaavan sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan tehtäviä. Lapsidiabeeti-

tikoita ja heidän perheitään ohjataan yhteistyössä ravitsemusterapeutin kanssa. (Diabetesliitto 2005.) Voimavaralähtöinen ravitsemusohjaus on perheen parhaiten huomioiva ohjausmenetelmä. Perhelähtöisessä työskentelyssä on tärkeää kuunnella perhettä ja kertoittaa heidän tarpeitaan ja toiveitaan. Työntekijöiden toiminnan tulee olla rohkaisevaa, mikä tarkoittaa lähinnä perheen voimavarojen vahvistamista. Sukulaiset, ystävät ja vieranomaiset ovat merkittävimmät perheiden tuen ja voimavarojen lähteet. (Korkiakangas 2005: 46, 66.)

5.1 Voimavarojen vahvistaminen käsitteenä

Voimavarojen vahvistaminen eli voimaantumisen mahdollistaminen tarkoittaa yksilön tai perheen saamaa tukea. Voimavarojen vahvistamisessa ennakkoehtoina pidetään työsuhteen ja kommunikoinnin luottamuksellisuutta ja avoimuutta, johon kuuluu vanhempien täysivaltainen osallistuminen, yhteisesti sovitut tavoitteet ja kuulluksi tulemisen kokemus. Asiakkaan näkökulmasta taas ennakkoehtona on, että häneltä puuttuu voimia tai häntä uhkaa tilanne, jossa voimat eivät riitä. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 204.)

Tärkein ominaispiirre voimavarojen vahvistamisessa on yhteistyö, jossa asetetaan yhteisiä tavoitteita asiakkaan kanssa neuvotellen. Keskeistä on asiakkaan tietoisuuden lisääminen ja hänen valinnanvapauden kunnioittaminen. Voimavaroja vahvistetaan aktiivisesti kuuntelemalla ja tarjoamalla tukea sekä merkityksellistä tietoa. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 204.)

Voimavarojen vahvistamisen seurauksena on muun muassa asiakkaan parantunut itsetunto, oman elämän hallinnan tunne, itsemäärääminen ja henkilökohtainen kasvu. Kokemus johtaa asiakkaan terveyttä ylläpitävään käyttäytymiseen ja elämänlaadun paranemiseen. Prosessin aikana myös hoitotyöntekijä kehittyy ammatillisesti, hänen voimavaransa vahvistuvat ja näin hänen valmiutensa tukea perheitä paranevat entisestään. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 206.)

Lapsiperheen voimavarojen vahvistaminen määritellään toiminnaksi, jolla tuetaan perheen omaa voimavarojen vahvistumisprosessia. Hoitotyöntekijä luo luottamuksellisen ja kumppanuuteen perustuvan yhteistyösuhteen ja käyttää menetelmiä, jotka lisäävät perheen tietoisuutta sitä kuormittavista ja sille voimia antavista tekijöistä. Tieto kuormittavista ja voimia antavista tekijöistä tarjoaa perheelle valmiudet toimia itse voimavarojaan

vahvistavasti myös silloin, kun hoitotyöntekijä ei ole läsnä. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 206 – 207.)

Sekä yksilöllä että perheellä on elämässään voimavaroja ja kuormittavia tekijöitä. Vanhemman näkökulmasta voimavarat voidaan jakaa vanhempaan ja hänen ympäristöönsä liittyviin tekijöihin. Nämä auttavat yksilöä kehittymään vanhempaan, puolisona ja yhteisön jäsenenä sekä auttavat välttämään haitallisia kuormittavia tekijöitä ja selviytymään niistä menestyksellisesti. Elämän hallittavuus, ymmärrettävyys ja mielekkyys lisääntyvät, parisuhde saa paremmat edellytykset toimia hyvin ja tätä kautta lapsi saa suotuisat kasvuedellytykset. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 207.)

Perheen voimavarojen perustana ovat vanhempien persoonalliset sekä perheen sisäiset ja ulkoiset voimavarat. Vanhempien persoonallisia voimavaroja ovat esimerkiksi fyysinen kunto, koulutustaso, tiedot, toimiva vanhemmuus, itsetunto ja -tuntemus sekä hallinnan tunne. Myös riittävät virkistäytymis- ja uusiutumiskeinot, mielekkyyttä, motivaatiota ja iloa tuottavat asiat sekä kyky tunnistaa käyttämättömiä voimavaroja ja mahdollisuuksia ovat osa vanhempien persoonallisia voimavaroja. Perheen sisäisiä voimavaroja voivat olla muun muassa perheenjäsenten väliset suhteet, ongelmanratkaisutaidot, elämäntavat, taloudellinen tilanne ja asumistaso. Perheen ulkoiset voimavarat muodostuvat perheen käytössä olevasta sosiaalisesta tuesta. Myös ympäröivän yhteiskunnan perhepoliittiset ratkaisut muovaavat perheen voimavaroja. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 207 – 208.)

Perhettä kuormittavat tekijät ovat kielteisesti sävyttyneitä, elämään vääjäämättä kuuluvia asioita, jotka haittaavat perheen elämää ja voivat vaarantaa lapsen suotuisan kehityksen. Perhettä voi kuormittaa muun muassa vanhemmuuteen, taloudelliseen tilanteeseen, parisuhteeseen, terveydentilaan, ajankäyttöön ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 208.)

Voimia antavien ja kuormittavien tekijöiden välinen suhde muodostaa perheen voimavaruuden. Kun perheellä on riittävästi sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja sekä vanhempien persoonallisia voimavaroja ja samaan aikaan heillä on vain vähän kuormittavia tekijöitä, perhe on voimavarainen. (Pelkonen – Hakulinen 2002: 204.)

Perhettä voidaan auttaa tunnistamaan omia voimavarojaan voimavaralomakkeen (liite 3) avulla. Voimavarainen vanhemmuus – terveellinen lapsuus -hankkeessa kehitettiin voimavaralomake, joka aktivoi vanhempia keskustelemaan keskenään ja tiedostamaan perheensä voimavarat sekä vahvistamaan niitä. Terveystieteiden ja perheiden antaman palautteen mukaan voimavaralomakkeet ovat tärkeitä ja käyttökelpoisia. (Hakulinen – Pelkonen 2007.)

5.2 Voimavarakeskeinen terveysneuvonta

Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa korostuu asiakas- ja potilaskeskeisyys ja sen saavuttamiseksi on myös kehitelty erilaisia neuvonnan toteutuksia. Keskeisiä lähtökoh-
tia neuvontakeskustelussa ovat voimavarakeskeisyyden näkeminen prosessina, potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistuminen, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen, tasavertaisuus, autonomia ja reflektio. Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan ensisijainen lähtökohta ei ole käyttäytymisen muuttaminen vaan potilaan tietoisuuden lisääntyminen sekä tuen ja harjoittelun tarjoaminen niin, että potilaalla on välineet tehdä haluamansa muutokset itse. Tällainen terveysneuvonta lähtee potilaan kyvykkyydestä ja hänen täysivaltaisesta keskusteluun osallistumisestaan. Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun ydin on hoitajan ja potilaan yhteistyösuhde, joka edellyttää hoitajalta vallasta luopumista ja potilaalta vallan ottamista. Vain tätä kautta aito yhdessä työskentely voi toteutua. Potilaalle tyypillisiä vallankäytön muotoja ovat kysymykset, keskeytykset, kokemusta tai asiantuntemusta osoittavan puheen määrä, jotka tasapainottavat neuvontakeskustelua. Potilaat pyrkivät säilyttämään myös omaa määräysvaltaansa keskustelun rakentajana ja tähän osallistuvat myös yhtä lailla hoitajat. Tällöin voidaan puhua jaetusta vallasta. Myönteiset viestintäkokemukset vahvistavat itsetuntoa ja lisäävät luottamusta omiin vaikutusmahdollisuuksiin. Potilaan omat oivallukset, itsensä julkituomat ajatukset ja tulkinnat ovat se pohja, josta terveyttä voidaan yhdessä lähestyä ja jotka ovat ratkaisevan tärkeitä potilaan päätöksille tulevan toiminnan suhteen. (Kettunen 2001: 79, 89.)

Diabeetikon omien käsityksen kuuleminen ja huomioon ottaminen on tärkeää. Ohjauksessa tulisi ottaa huomioon myös sairauteen liittyvät tunteet ja pelot sekä kysyä, miltä uudenlainen elämäntilanne tuntuu. Lapsen yksilöllinen kehitys määrää, milloin hänellä on valmiuksia oppia hoidon teknisiä asioita ja ottaa vastuuta hoidosta. Mitään tarkkoja ikäasetuksia ei voida asettaa, vaan kokonaisuus ratkaisee. Alle kouluikäisellä

lapsella ohjaus kohdistetaan pääasiassa vanhempiin. Ruokailutilanteissa lapsi voi kuitenkin valita sopivien vaihtoehtojen välillä. 7 – 10-vuotiaan ohjaus kohdistuu enemmän lapseen, ja lapsi pystyy jo valvottuna harjoittelemaan ja suorittamaan teknisiä asioita esimerkiksi välipalojen kokoamista. 11 – 15-vuotias nuori harjoittelee hoitomuutospäätösten tekoa esimerkiksi ottamalla ruokansa itse. Nuori tarvitsee paljon vanhempien ja diabetestyöryhmän tukea ja valvontaa. (Hämäläinen ym. 2006: 73.)

5.3 Potilasohjauksen prosessi

Sairastuminen aiheuttaa sekä sairastuneelle että hänen omaisilleen epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Tilanteesta selviytymisessä on ensiarvoisen tärkeää, että potilas ja hänen läheisensä saavat tietoa sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja hoidosta. Tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja edistää valmiuksia itsensä hoitamiseen sekä vähentää ahdistusta ja pelkoa. Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu, että ensin määritellään ohjauksen tarve yksilöllisesti, jolloin on tärkeää huomioida, kuinka kauan potilas on jo sairastanut ja paljonko hänellä on tietoa sairaudesta. Tämän jälkeen suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Tämä prosessi toteutuu potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006: 10.)

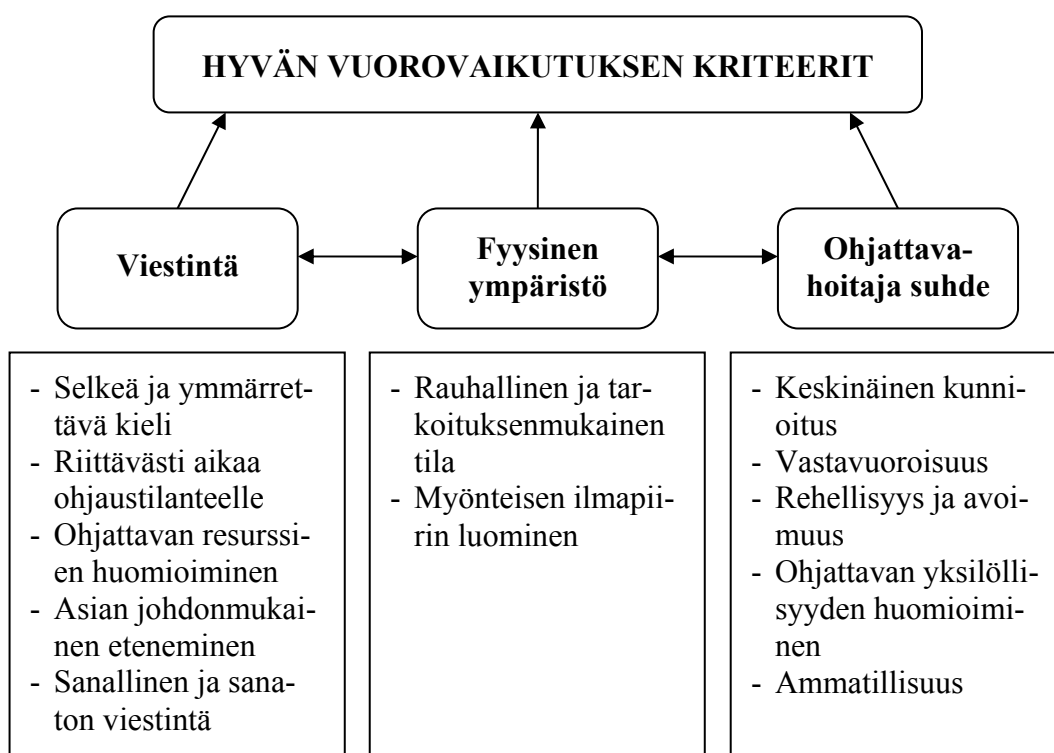
5.4 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa

Hyvä vuorovaikutus koostuu kolmesta eri osa-alueesta (kuvio 3). Niitä ovat viestintä, fyysinen ympäristö ja ohjattava-hoitaja suhde. Vuorovaikutus on asiakastyön lähtökohta ja keino, jonka avulla asiakasta pyritään auttamaan. Sen tavoitteena on toimivan ohjaussuhteen muodostuminen, jossa vuorovaikutuksella pyritään edistämään potilaan hoitoon sitoutumista ja jossa hoitaja auttaa potilasta saavuttamaan terveydentilansa kohentumiseen tähtäävät tavoitteet. Ohjaussuhteessa potilaan omat näkemykset itsestään ja elämästään sekä hänen toiveensa siitä, minkä hän haluaisi muuttuvan, ovat aina avainasemassa. Hoitaja voi auttaa häntä löytämään voimavarojaan ja näkemään mahdollisuuksiinsa uudessa valossa, lisäämään itsetuntemustaan ja antaa informaatiota tiedollisissa ja taidollisissa ongelmissa. (Hankonen ym. 2006: 24.)

Onnistuneen vuorovaikutussuhteen edellytyksinä ovat ohjaukseen osallistuvien keskinäinen kunnioitus, vilpittömän kiinnostus toista ihmistä ja hänen asiaansa kohtaan, asialli-

suus, taito ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kyky tehdä kysymyksiä. Myös havainnointikyky ja kuuntelutaito edistävät vuorovaikutuksen onnistumista. Hoitaja voi omalla persoonallaan tukea tai heikentää vuorovaikutussuhteen onnistumista ohjaussuhteessa. Ohjaussuhde perustuu luottamukseen, empatiaan ja välittämiseen, joihin vaikuttavat muun muassa rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus. (Hankonen ym. 2006: 25, 27.)

Viestinnän on oltava selkeää ja sujuvaa. Sanallisen ja sanattoman viestinnän välillä ei saa olla ristiriitoja, sillä ne vievät uskottavuutta sisällöltä ja voivat jopa estää vuorovaikutustilanteen onnistumisen. Myös fyysiseen ympäristöön on kiinnitettävä huomiota. Huoneen tulisi olla valoisa, rauhallinen, äänieristetty ja miellyttävän lämpöinen. Hoitajan on hyvä istua samalla tasolla ohjattavan kanssa ja tunnustella, mikä on sopivin keskusteluvälimatka kullekin potilaalle. (Hankonen ym. 2006: 25 – 26.)



KUVIO 4. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit (Hankonen ym. 2006: 28).

5.5 Sosiaalinen tuki ohjaustilanteessa

Sosiaalinen tuki helpottaa kriiseissä ja muutokseen sopeutumisessa. Se auttaa ihmistä selviytymään elämän mukanaan tuomista kivuista, vaatimuksista, vastoinkäymisistä ja ongelmista. Sosiaalista tukea saadaan yleensä sen verkoston kautta, jossa ihmisellä on

pysyvimmat suhteet. Tuki voi olla suoraa henkilöltä toiselle tai epäsuoraa, järjestelmän kautta annettua tukea. Tuen lähteitä voivat olla muun muassa perhe, ystävä, työtoveri, kumppani, lääkäri ja hoitaja. (Kankaala ym. 2006: 33.)

Sosiaalisen tuen antaja voi auttaa potilasta ja omaisia voimavarojensa tehokkaaseen käyttöön ja näin selviytymään kriisitilanteesta. He voivat jakaa henkistä ja emotionaalista taakkaa ja auttaa konkreettisesti tai taloudellisesti sekä antaa palautetta ja tietoa, jotta ongelmatilanteiden hahmottaminen ja hallinta helpottuisi. Tuen vaikuttavuus on riippuvainen avun tarvitsijasta, ongelmasta, annetusta avusta ja sen määrästä, tuen ajoituksesta ja auttajasta itsestään. (Kankaala ym. 2006: 33.)

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen (kuvio 4). Sekä potilasta itseään että tämän omaisia tulisi tukea emotionaalisesti, tiedollisesti ja konkreettisesti. Emotionaalinen tuki tarkoittaa tietoa siitä, että ihmisestä välitetään, häntä rakastetaan ja arvostetaan. Potilaat tarvitsevat hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista tukea epävarmuuden ja pelkojen käsittelyyn, henkisen ahdistuneisuuden vähentämiseen, turvallisuuden tunteen lisäämiseen ja luottamukseen sekä uskoon tulevaisuudesta. Tuen tulee olla yksilöllistä ja suunniteltaessa huomioon täytyy ottaa potilaan senhetkinen tila. Pelokkaat potilaat tarvitsevat enemmän psyykkistä tukemista ja vähemmän pelokkaat puolestaan tietoa toimenpiteistä ja hoidosta. (Kankaala ym. 2006: 34.)

Tiedollinen tuki koostuu tietojen antamisesta, tilanteen selvittämisestä potilaalle ja päätöksenteossa tukemisesta. Se voi olla tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, moniammatillisen työryhmän auttamismahdollisuuksista, sosiaalietuuksista, tukiryhmistä tai sairauden vaikutuksesta perheeseen tai parisuhteeseen. Tuen tavoitteena on auttaa potilasta ongelman ratkaisemisessa tai päätöksenteossa. Osa potilaista kieltää sairautensa ja pidättyvät syvällisemmistä keskusteluista, vaikka ovat ilmaisseet halua keskustella. Näissä tilanteissa hoitajan on oltava tarkka havaitsemaan potilaan keskustelutarpeen ja tarjottava sitä hienovaraisesti. (Kankaala ym. 2006: 35 – 36.)

Konkreettisen tuen muotoja ovat hoidon jatkuvuus, tavoitettavuus ja koskettaminen. Auttamismenetelmiä ovat ihmissuhteiden tukeminen, keskusteleminen lähiympäristön tuen mahdollisuuksista sekä konkreettisesti käytännön asioiden hoitaminen potilaan puolesta. Konkreettista tukea ovat muun muassa erilaiset apuvälineet, lääkkeet, taloudellinen tuki ja palvelut. (Kankaala ym. 2006: 36 – 37.)

SOSIAALISEN TUEN OHJAUSSUOSITUKSET

EMOTIONAALINEN TUKEMINEN	TIEDOLLINEN TUKEMINEN	KONKREETTINEN TUKEMINEN
<ul style="list-style-type: none"> - Luo ystävällinen ja turvallinen ilmapiiri - Arvosta ja kunnioita potilasta - Hyväksy potilas sellaisena kuin hän on - Kuuntele ja vastaa kysymyksiin - Rohkaise ilmaisemaan tunteita - Auta löytämään myönteisiä asioita - Vahvista potilaan omia voimavaroja - Kannusta perhettä ja ystäviä tukemaan potilasta - Tarkkaile mahdollisia ongelmia ja keskustele niistä 	<ul style="list-style-type: none"> - Kartoita potilaan tiedon tarve ja hänelle sopiva tiedon välitystapa - Anna ymmärrettävää ja ajanmukaista tietoa sairaudesta, sen ennusteesta, hoidosta, hoitojen sivuvaikutuksista ja jatkohoidoista sekä lääkityksestä - Anna suullista ja kirjallista tietoa - Kertaa tietoja ja tarkista, että potilas ymmärtää antamasi tiedon - Kerro, mihin voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa - Tue päätöksenteossa - Kerro eri ammattiryhmistä, esim. lääkäri, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, sairaalapastori jne. - Anna tietoa vertaistuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Anna kirjallista tietoa - Varaa tarvittaessa aika lääkärielle, sosiaalityöntekijälle, ravitsemusterapeutille, sairaalapastorille jne. - Auta hankkimaan apuvälineitä tai hoitotarvikkeita - Kysy lääkityksestä - Järjestä tarvittaessa jatkohoito, kotisairaanhoito tai kotipalvelu - Auta liittymään järjestöön, esim. diabetesliitto

KUVIO 5. Sosiaalisen tuen ohjaussuosituksen (mukailtu Kankaala ym. 2006: 41).

5.6 Lapsi ja perhe ohjattavana

Perhelähtöisen työskentelymallin toteuttamisessa tärkeä osa on suunnittelulla ja suunnitelmien laadinnalla niin, että perheen voimavarat ja tarpeet ovat työskentelyn lähtökohdina. Vanhempien ja ammatti-ihmisten näkökulma lapsen asioissa voi olla joskus lähestiirittainen: vanhemmat haluavat konkreettista ja selkeää tietoa, miten he voivat lastaan ohjata, ja ammatti-ihmiset haluavat kasvattaa vanhempia kasvattamaan lapsiaan. Vanhempien asiantuntijuuden toteuttamisessa ammatti-ihmisten keskeinen tehtävä on vanhempien kokemusten kuunteleminen oman lapsensa kanssa toimimisesta ja omien ammatillisten, mutta arkisten kokemustensa jakaminen. Esimerkiksi lapsen ohjaamisen suunnitelmat kirjataan mahdollisimman arkisella kielellä, selkeästi ja yksityiskohtaisesti, jolloin vanhempien on helppo poimia suunnitelmasta esille lapsen tavoitteet ja oh-

jaamisen tavat. Näistä tavoitteista ja ohjaamistavoista vanhemmat itse löytävät ideoita ja keinoja myös omaan toimintaansa lapsen kanssa. (Kovanen 2004.)

Pienen lapsen sairastumisvaihetta helpottaa tutun ja turvallisen aikuisen läsnäolo, joidenkin tuttujen tapojen jatkuminen sekä aikuisten rauhallinen ja johdonmukainen tapa tehdä uusia, joskus pelottaviakin asioita. Lapset tarvitsevat aikuisten tavoin paljon tietoa diabeteksestä ja sen vaikutuksista omaan elämäänsä. Se helpottaa sekä lapsen että perheen sopeutumista muutokseen. Lasten kanssa kannattaa jutella kaikista heitä mietityttävistä asioista. Moniin kysymyksiin voi olla vaikea vastata, mutta vastatessa kannattaa olla mahdollisimman rehellinen olematta silti toivoton tai pessimistinen. Sisarukset voivat olla mukana hoidon ohjauksessa alusta alkaen. Sisarukset ovat huolissaan sairastuneesta sisarestaan tai veljestään ja heitä rauhoittaa tämän näkeminen ja totuudenmukaisen tiedon saaminen. Sisarukset ja itse sairastunut lapsi voivat tuntea myös syyllisyyttä, ja heille on hyvä kertoa, ettei diabetes johdu heistä millään tavalla. (Hämäläinen ym. 2006: 12.)

Pyörälä (2000) on tutkinut väitöskirjatutkimuksessaan tyypin 1 diabetesta sairastavien lasten ja nuorten ravitsemusneuvontatilanteiden vuorovaikutusta. Lapsilla ja nuorilla on omat ikäkaudelle ja kehitysvaiheelle ominaiset tapansa osallistua vuorovaikutukseen terveydenhuollossa. Hoitajan puheen selkeys on tärkeää myös lapselle ja puheessa tulisi olla selkeästi lapselle kohdistettuja osioita. Koulun aloittaneet lapset osaavat yleensä jo itse vastata heille esitettyihin kysymyksiin, mutta vastaukset jäävät useimmiten lyhyiksi. Tämän vuoksi hoitotyöntekijän tehtävänä on kannatella lapsen puhetta ja esittää tälle nopeasti jatkokysymyksiä. (Pyörälä 2000: 211; Pyörälä 2001)

Pyörälän (2000) tutkimuksen keskeisin havainto oli, että lasten ja nuorten osallistuminen vuorovaikutukseen oli selvästi aktiivisempaa, jos he olivat neuvontatilanteessa kahden kesken ravitsemusterapeutin kanssa. Vanhemmat pyrkivät usein vastailemaan lapsen puolesta vaikka kysymys olisikin esitetty suoraan lapselle ja tämän johdosta lapset jäivät hieman ulkopuolisiksi vuorovaikutuksessa. (Pyörälä 2000: 211 – 212; Pyörälä 2001.)

Pienet lapset osallistuivat vuorovaikutukseen ohjaustilanteissa myös leikkimällä rinnalla sitä, mistä aikuiset keskustelevat, esimerkiksi tarjoilemalla samanlaisen leikkiaterian kuin aikuiset keskustelussaan suunnittelivat. (Pyörälä 2000: 211 – 212; Pyörälä 2001.)

Taitojen ja tietojen harjoittelu leikin ja lelujen avulla olisi lapselle varmasti mieluisin ja tapa, mutta se vaatisi ohjaukselle enemmän aikaa ja resursseja (Pyörälä 2001).

Arviointi ja suunnittelu ovat tienviivat lapsen yksilölliseen ohjaamiseen. Lapsen oppimismahdollisuuksien kannalta on tärkeää, että asetettujen tavoitteiden mukainen ohjaus voidaan toteuttaa osana lapsen arkipäivän puuhia ja leikkiä. Aikuisten tavoitteena, niin ammatti-ihmisten kuin vanhempienkin, on puolestaan oppia näkemään arkipäivän oppimistilanteet, havainnoimaan oppimista ja edistymistä arjen eri tilanteissa. Lapsen elämässä tavallinen arki kokemuksineen on oleellisin oppimisympäristö. (Kovanen 2004.)

Läheisen sairastuminen voi koetella omaisia monin tavoin. Toiset saattavat sairastua fyysisesti, toiset voivat kärsiä psyykkisistä oireista ja monet kärsivät sekä fyysisistä että psyykkisistä vaivoista. Hoitohenkilökunta voi tukea omaisia läheisen sairastuessa samoilla osa-alueilla kuin potilasta itseäänkin (kuvio 4), jotta nämä selviytyisivät paremmin sairastumisen mukanaan tuomasta stressistä ja muutoksista. (Anttila ym. 2006: 45.)

Omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta eniten tiedollista tukea, mutta myös emotionaalinen tuki on tärkeää, jotta tiedon voi ottaa paremmin vastaan (taulukko 3). Omaisten saama tuki välittyy myös potilaaseen ja voi näkyä heissä molemmissa tyytyväisyyden ja turvallisuuden tunteen kokemisena. Omaiset odottavat saavansa tiedollista tukea jatkuvasti, rehellisesti ja pyytämättä. Emotionaalisen tuen tarve on yksilöllistä ja tunnistaminen vaatii usein hoitajalta tilanneherkkyyttä. Emotionaalisen tuen tarvetta voi helposti tunnustella yksinkertaisilla kysymyksillä, kuten ”Miten te jaksatte?” tai ”Mitä kotiin kuuluu?”. Omaiset tarvitsevat usein juuri tämäntyyppistä rohkaisua, jotta uskaltavat puhua omista tunteistaan. (Anttila ym. 2006: 45 – 46.)

TAULUKKO 3. Omaisen ohjaussuositukset. (mukailtu Anttila ym. 2006: 46.)

OMAISEN OHJAUSSUOSITUKSET	
<ul style="list-style-type: none"> - Selvitä potilaalta kenelle ja minkälaista tietoa ja ohjausta annetaan - Rohkaise omaista osallistumaan - Varaa omaisen ohjaukseen riittävästi aikaa - Näe omaisen ohjauksessa ainutlaatuisena yksilönä 	<ul style="list-style-type: none"> - Anna ohjausta ymmärrettävällä kielellä - Huomioi omaisen emotionaalisen tuen tarpeet ja jaksaminen - Rakenna ohjaustilanne yhdessä omaisen kanssa

5.7 Nuori ohjattavana

Nuoruusikä on ajanjakso, jolloin ihminen itsenäistyy, kehittää oman persoonansa ja integroi pysyvän sairauden elämäänsä. Potilaan arvomaailman ja sairauden hoitotavoitteiden ristiriita kärjistyy erityisesti murrosiässä, kun nuoren mielestä ykköstavoitteena useimmiten on rajoitukseton elämä, jollaista hän uskoo ikätovereidensa elävän. Hoidon laiminlyönti on tavallista ja yhdessä murrosiän hormonimuutosten ohella syynä nuoruusiän huonoon sokeritasapainoon. Nuoruusikä on kuitenkin siirtymävaihe, jolloin diabeteksen hoito olisi saatava vankasti omiin käsiin ja hoitorutiinit itsenäiseen käyttöön. Järjestelmällisen hoidonohjauksen pitäisi olla osa nuoren diabeetikon hoitoa. (Tulokas – Ojanen – Koivisto – Pasternack 2005: 893.)

Nuorten ohjaaminen on haasteellista, koska nuorten vuorovaikutus voi vaihdella jopa saman vuorovaikutustilanteen aikana aikuismaisen ja lapsenomaisen vuorovaikutuksen välillä. Yleensä nuorten vuorovaikutustaidot kuitenkin riittävät hyvään molemminsuuntaiseen vuorovaikutukseen, mutta käsiteltäessä arkaluonteisia tai epämieluisia asioita, nuori vetäytyy helposti tilanteesta. Nuoret passivoituvat ja vetäytyvät vuorovaikutuksesta vanhempien ollessa läsnä vuorovaikutustilanteessa, jonka vuoksi nuorille olisi hyvä järjestää sellaisia ohjaustilanteita, joissa vanhemmat eivät ole läsnä. Vanhempia ei kuitenkaan tule jättää nuoren hoidon ulkopuolelle, vaan heidän kanssaan voitaisiin sopia erillisiä perhetapaamisia. (Pyörälä 2001.)

Ohjattaessa nuoria tavoitteena on antaa heille riittävät tiedot ja taidot jokapäiväiseen hoitoon, saada heidät hoitamaan itseään ja sitä kautta saavuttamaan mahdollisimman hyvä sokeritasapaino, fyysisen ja psyykkisen terveyden ylläpitäminen sekä sosiaalisessa roolissa suoriutuminen. Tähän tavoitteeseen voidaan pyrkiä muun muassa ongelmalähtöisen oppimismenetelmän avulla, joka on tutkimuksissa osoittautunut erinomaiseksi ohjausmenetelmäksi. Se on ryhmäohjaukseen yhdistettynä taloudellinen, aikaa säästävä ohjaustapa ja soveltuu hyvin nykyisiin niukkoihin resursseihin. Ohjauksen tapahtuessa ryhmässä nuoret saavat myös tärkeää vertaistukea, josta on hyötyä heidän psyykkiselle hyvinvoinnille. On todennäköistä, että menetelmä toimisi myös eri-ikäisten diabeetikkojen hoidossa. (Tulokas ym. 2005: 893 – 898.)

5.8 Erilaisia ohjausmenetelmiä

5.8.1 Demonstraatio eli havainnollistaminen

Demonstraatio on havainnollistamisella tehtyä ohjausta, jonka tarkoituksena on antaa potilaalle selvä kuva siitä, miten toimenpide suoritetaan ja tukea potilaan sitoutumista hoitoon. Demonstrointi ja suullinen ohjaus on taitojen opettamisessa kirjallista materiaalia tehokkaampaa ja sitä käytetään silloin, kun kysymyksessä on motoristen taitojen opettaminen tai harjoittaminen ja kun potilas itse tai omainen suorittaa hoitotoimenpiteen. Havainnollistamisessa käytetään hyväksi tarkoituksenmukaisella tavalla eri aistien oppimiskanavia. Kun potilas kokee selviävänsä itsenäisesti, hänen vastaanottokykynsä paranee ja hän motivoituu hoitoonsa. (Heinola ym. 2006: 57.)

Kaikki ohjauksessa tarvittavat välineet sekä kirjalliset ja suulliset ohjeet tulisi antaa potilaalle ennen varsinaista ohjaustapahtumaa. Ohjaaminen tapahtuu siten, että hoitaja näyttää koko toimintamallin potilaalle ja tämä toistaa toiminnan perässä. Ohjaajan tulee antaa palautetta, mitä opetettava tekee väärin ja mitä oikein, jotta vääriä toimintamalleja ei pääse syntymään. Ohjausympäristöön tulee kiinnittää huomiota ja se on pyrittävä pitämään mahdollisimman häiriöttömänä ja turvallisen tuntuksena. Suositeltavaa olisi suorittaa ohjaus ympäristössä, joka vastaa mahdollisimman hyvin potilaan arkiympäristöä. Rauhallinen ilmapiiri antaa potilaalle hyvän mahdollisuuden kahdenkeskeiseen keskusteluun, jossa hän uskaltaa kysellä arkoja ja luottamuksellisia asioita. Sosiaalinen tukiverkosto on hyvä ottaa huomioon ja antaa myös omaisille tietoa, joka helpottaa heidän ahdistuneisuuttaan ja parantaa samalla heidän kykyään tukea potilasta. (Heinola ym. 2006: 58 – 59.)

5.8.2 Kirjalliset potilasohjeet

Potilaiden hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet huomattavasti. Tämän vuoksi henkilökohtaiseen ohjaamiseen on entistä vähemmän aikaa ja kirjallisten ohjeiden merkitys on korostunut. Potilaan tulisi saada tarvitsemansa tieto ennen hoitoa, hoidon aikana ja vielä hoidon jälkeenkin, jonka vuoksi kirjallisten ohjeiden täytyy olla selkeitä, havainnollisia ja ajan tasalla. Ohjeet eivät saa olla vain käskyjä, vaan niiden täytyy myös tukea potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Antamalla potilaille kirjallisia ohjeita pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin sekä välttämään ja korjaamaan väärinkäsityk-

siä, vähentämään ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. Kirjalliset ohjeet voivat antaa potilaalle tietoa ja ohjeita sairauteen liittyvistä asioista, valmistaa tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. (Alape-
rä ym. 2006: 66.)

5.8.3 Puhelinohjaus

Puhelinohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollossa terveydenhuollon ammattihenkilön puhelimen välityksellä antamaa ohjausta potilaan terveyttä koskevissa asioissa. Puhelinohjauksella voidaan hoitaa osa potilaan ongelmista ilman lääkäriä käyntiä tai ohjata potilas jatkohoitoon. (Kontio ym. 2006: 77.)

Puhelinohjauksessa työskentelevien sairaanhoitajien tulee olla hyvin koulutettuja tehtäväänsä ja heidän täytyy kyetä antamaan tietoja soittajalle ja vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Puhelinohjaustyöskentely vaatii kokemusta, harjoittelua sekä jatkuvaa koulutusta ja hoitajalla täytyy olla hyvä omien vuorovaikutustaitojen tuntemus sekä moitteeton kyky kuunnella. Tarkkaan harkittu äänensävy ja sanat helpottavat vuorovaikutusta ja väheksyvä tai tuomitseva puhe ja väittely vähentävät hoidon vaikuttavuutta. Hoitaja ei saa myöskään kuulostaa kiireiseltä, työkeältä, epäystävälliseltä, turhautuneelta tai kiinnostumattomalta, vaan puhelinohjauksessa tulisi osoittaa samanlaista aitoa kiinnostusta ja kunnioitusta kuin kasvotusten tapahtuvassa ohjauksessa. (Kontio ym. 2006: 78.)

5.8.4 Ryhmäohjaus

Ryhmällä tarkoitetaan potilasryhmää, jolla on jokin yhteinen tavoite. Ryhmän koko vaikuttaa sen luonteeseen, ryhmäsuhteisiin ja ryhmädynamiikkaan. 5-12 henkilön ryhmiä kutsutaan pienryhmiksi, sitä suurempia noin 20 hengen ryhmiä keskikokoisiksi ryhmiksi ja tätä suurempia suurryhmiksi. Ryhmäkoon kasvaessa liian suureksi jäsenten tyytyväisyys yleensä vähenee, kilpailu ja ristiriidat lisääntyvät ja jäsenten motivaatio, ponnistelut ja osallistumisaktiivisuus pienenevät. (Brotherus ym. 2006: 86.)

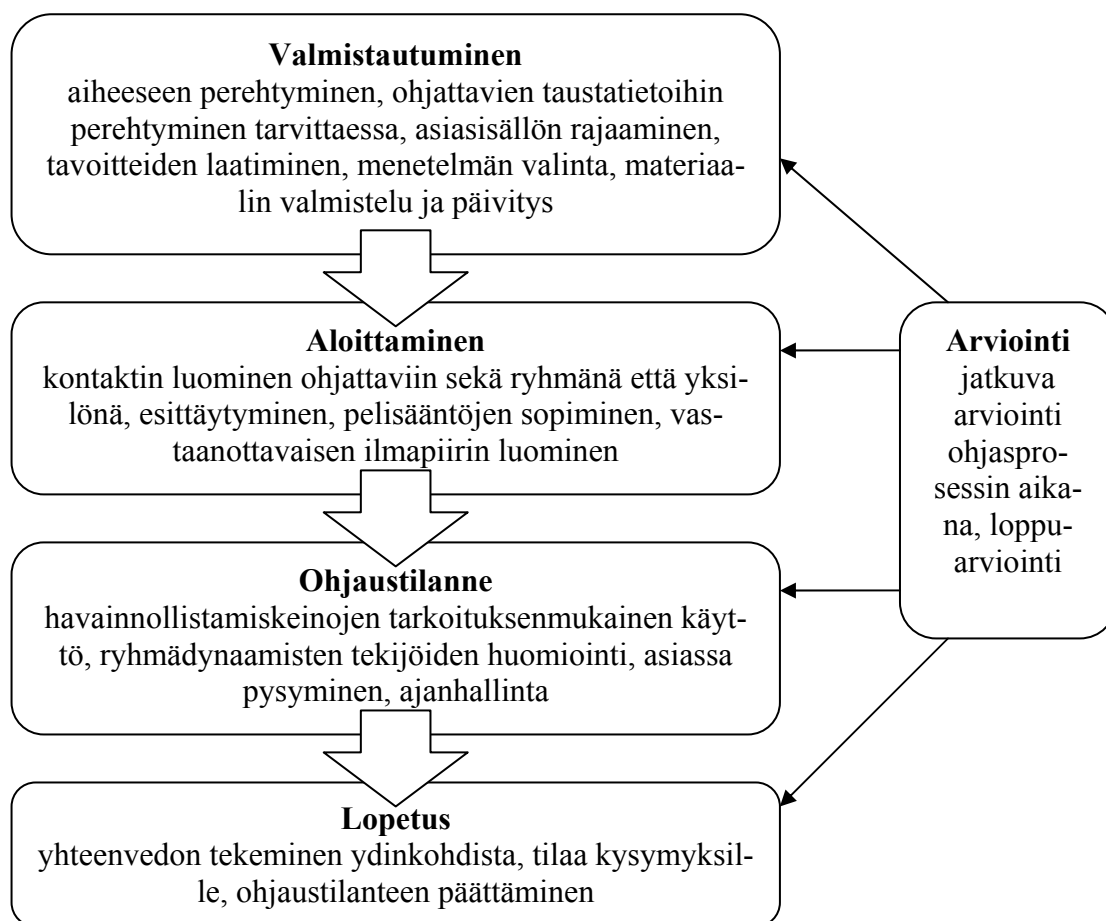
Terveyskasvatuksen näkökulmasta ryhmät ovat erittäin tehokkaita, sillä niissä potilailla on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia, kuinka selvittää esimerkiksi diabeteksen mukanaan tuomista ongelmista. Ryhmässä poti-

laat eivät koe olevansa yksin ja heillä on myös mahdollisuus auttaa muita ja sitä kautta vahvistaa omaa itsetuntoa ja -kontrollia. Ryhmäohjauksessa saatu sosiaalinen tuki on havaittu erityisen tärkeäksi potilaan mielenterveydelle ja siitä on paljon tieteellistä näyttöä. Ryhmän luoma sosiaalinen tuki on onnistunut muun muassa silloin, kun potilas kokee olevansa rakastettu ja välitetty sekä kokee itse saavansa tukea muilta ryhmäläisiltä. (Brotherus ym. 2006: 86.)

Ryhmäohjauksen kannalta ohjaajan hyvä valmistautuminen on erityisen tärkeää. Valmistautuessaan ohjaajan tulisi perehtyä ohjattavaan aiheeseen sekä osallistuvien taustatietoihin, rajata aihe, laatia oppimistavoitteet, valita ohjausmenetelmät sekä valmistella ja päivittää ohjaus- ja oheismateriaali. Myös ohjaustilan valmisteluun on syytä kiinnittää huomiota, jotta vuorovaikutus ryhmässä saisi optimaaliset olosuhteet. Paras ajankohta ryhmäohjaukselle on silloin, kun sairastumisesta on kulunut jo vähän aikaa. Tällöin sosiaalisen tuen vaikuttavuus ja tehokkuus ovat parhaimmillaan, sillä potilas on jo ottanut omat voimavaransa käyttöön ja tarvitsee nyt lisäksi ulkopuolista apua vahvistamaan voimavarojaan entisestään. Liian varhain annettu sosiaalinen tuki voi vähentää omatoimisuutta sekä lisätä riippuvuutta avun antajiin. (Brotherus ym. 2006: 87.)

Ohjaustapahtuma (kuvio 5) on hyvä aloittaa tutustumisella muihin ryhmän jäseniin ja jonkinlaisella lämmittelyllä, jonka aikana ryhmä muodostaa jäsenten sosiaaliset roolit. Ohjaajan tulee heti alussa kiinnittää huomiota motivaation vahvistamiseen, sillä hyvä ja innostava ohjaaja voi välittää innostuksensa ryhmän muihin jäseniin. Ohjatessa ohjaajan tulee huomioida ryhmädynaamiset tekijät, kuten roolit, valta ja normit sekä kommunikatio. Ohjaaja voi olla hiljaa, tehdä tai olla tekemättä jotain, puhua, kysellä tai eleillä tietoisesti. Kaikki ohjaajan toiminta voi olla ohjaamista, jos se tehdään tietoisesti, tavoitteellisesti ja ryhmädynaamisia tekijöitä hyödyntämällä. (Brotherus ym. 2006: 87 – 88.)

Ryhmäohjauksen lopussa on hyvä tehdä jonkinlainen yhteenveto tapaamisesta ja käsitellyistä asiasisällöistä. Siinä kerrataan ohjauksen pääkohdat ja varmistetaan muun muassa kysymyksillä, että käsitellyt asiat on opittu. Samalla voidaan arvioida ohjauksen vaikuttavuutta. Potilailla voi olla vielä lopussa kysyttävää aiheesta, johon on hyvä varata aikaa. (Brotherus ym. 2006: 89.)



KUVIO 6. Ryhmäohjausmalli kertaluonteiselle ryhmälle. (Brotherus ym. 2006: 91.)

5.8.5 Ryhmäohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä

Ongelmalähtöinen oppimismenetelmä (problem-based learning eli PBL) on konstruktii-
vinen menetelmä, jossa uusi tieto opitaan tarkoituksenmukaisen ongelman ratkaisemi-
sen yhteydessä. Menetelmässä on useita piirteitä, joiden perusteella sen voisi ajatella
sopivan hyvin diabeteksen hoidon ohjaukseen. Diabeteksen jokapäiväinen hoito on
täynnä ongelmia ja tarjoaa siten hyvät mahdollisuuden oppimistapahtumille. Ongelmati-
lanteiden selvittely yhdessä muiden nuorten kanssa antaa nuorille kokemusta ja var-
muutta omien tulevien ongelmien ratkaisemiseen. Pienryhmissä tapahtuvassa opiskelus-
sa nuoret ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja saavat arvokasta ver-
taistukea. Ryhmässä ohjaajan tehtävä on kannustaa ja rohkaista nuoria keskusteluun ja
asioiden selvittämiseen ja varmistaa, että oppimistavoitteet saavutetaan. (Tulokas ym.
2005: 893 – 894.)

Sirkku Tulokkaan tutkimuksessa selvitettiin ongelmalähtöisen oppimismenetelmän soveltuvuutta, taloudellisuutta ja tehoa Tampereen yliopistollisen sairaalan lasten yksiköstä sisätautiklinikkaan siirtyvien nuorten diabeetikkojen hoidonohjauksessa. Tutkimus mittasi ongelmalähtöisen oppimisen vaikuttavuutta nuorten sokeritasapainoon, fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, hoitokäytäntöön ja sosiaaliseen elämään. Menetelmää ja siitä saatuja tuloksia verrattiin perinteisesti käytössä olevaan yksilöohjaukseen. (Tulokas ym. 2005: 893 – 894.)

Ongelmalähtöisen oppimismenetelmän tutkimusryhmää ohjattiin 4-7 hengen pienryhmissä, joissa lääkäri ja diabeteshoitaja toimivat tutoreina. Ryhmäohjaus kesti 1-1,5 tuntia kerrallaan ja se toteutettiin diabeteksen kontrollikäyntien yhteydessä 2-3 kuukauden välein. Pienryhmät pysyivät samoina kaksi vuotta eli koko tutkimuksen ajan. Jokaisella kokoontumiskerralla oli oma aiheensa, jota pohdittiin ryhmässä. Käytettävissä oli diabeteksen hoitoon liittyvää kirjallista materiaalia. Ryhmäohjauksen lisäksi jokaisella nuorella oli lääkärin ja hoitajan noin 15 minuutin mittainen vastaanotto. Ryhmissä aiheet esitettiin kirjallisina ongelmamuodossa. Ne pitivät sisällään erilaisia ongelmatilanteita, joihin nuori saattoi samaistua. (Tulokas ym. 2005: 894.)

Olet interrail-matkalla ja juna on lähestymässä Pariisia. On aamu ja olet aikeissa pistää insuliinisi ja ruveta syömään eväitäsi, kun huomaat hoitovälinepussisi junan käytävällä. Joku on astunut sen päälle, ja insuliinikynäsi ja kaikki insuliinisäiliöt ovat murskana. Mitä tehdä?

Oppimistavoitteet: insuliinin vaikutus, happomyrkytyksen kehittyminen, eri insuliinilaadut, niiden vahvuus ja vaikutusajat. Miten hankkia insuliinia. Miten valmistautua matkalle. (Tulokas ym. 2005: 894.)

Sekä tutkimus- että yksilöohjausryhmän potilaille tehtiin kartoitus tutkimuksen alussa ja lopussa. Siinä selvitettiin nuorten tietämystä diabeteksen hoidosta, hoitokäytäntöä, vastuuta hoidossa, tupakointia, alkoholinkäyttöä, depressiota, persoonallisuutta ja elämänlaatua. Lisäksi seurattiin normaaliin tapaan painoa, pituutta, verenpainetta ja sokeritasapainoa sekä virtsan mikroalbumiinia. Myös nuorten vanhempien osallistumista hoitoon mitattiin tutkimuksen alussa ja lopussa. (Tulokas ym. 2005: 895.)

Ongelmalähtöinen oppimismenetelmä osoittautui soveltuvan hyvin diabeetikkuorten ohjaukseen ja se oli jokaisella osa-alueella niukasti yksilöohjausta tehokkaampi menetelmä opettaa diabetekseen liittyviä asioita. Ryhmäistuntojen ongelmat olivat yleensä kiinnostavia ja herättivät ajoittain vilkasta keskustelua. Nuoret näyttivät kuuntelevan kiinnostuneina toistensa ratkaisuja ongelmatilanteisiin, kun lähdemateriaalina käytetyt diabetesoppaat eivät antaneet useimmiten suoria vastauksia ongelmatilanteisiin. Uusi menetelmä säästi ohjaukseen käytettävää aikaa kolmanneksen verrattuna yksilöohjaukseen ja mikäli lääkäri ja hoitaja olisivat toimineet tutoreina yksinään, olisi ajansäästö ollut noin 50 %. (Tulokas ym. 2005: 895.)

Ruokavaliossa ei tapahtunut merkitseviä muutoksia tutkimuksen aikana. Ravinnon hiilihydraattien osuus oli tutkimuksen alussa molemmilla ryhmillä suositusta pienempi, 46 energiaprosenttia. Ainoastaan PBL-ryhmän tytöillä oli viitteitä hiilihydraattien lisäämisestä suositukseen suuntaan. Rasvan määrä pysyi molemmissa ryhmissä suositusta suurempana, mutta PBL-ryhmässä sekä tytöillä että pojilla oli viitteitä muutoksista suositukseen suuntaan. (Tulokas ym. 2005: 896.)

Suurin ero ryhmien välillä oli havaittavissa nuorten psyykkisessä voinnissa. Ongelmalähtöisen oppimisen ryhmän nuorista 23 % oli parantanut arviotaan terveydestään ja 15 % huonontanut, kun vastaavat luvut olivat verrokkiryhmässä 9 % ja 39 %. Lisäksi persoonallisuus- ja masennustestien mukaan yksilöohjausta saaneet nuoret olivat ahdistuneempia ja masentuneempia kuin PBL-ryhmässä olleet. Terveisiin luokkakavereihin verrattuna PBL-ryhmäläiset kokivat olevansa yhtä terveitä eivätkä eronneet heistä koetun elämänlaadun suhteen, joka lohduttaa vanhempia ja antaa myös hoitohenkilökunnalle tukea hoidon tehostamispyrkimyksiin. Vertaistuella on siis suuri merkitys nuorelle diabeetikolle ja ryhmä voi hälventää tehokkaasti erilaisuuden tuntua ja auttaa kestäämään stressiä, jota esimerkiksi elinmuutosten uhka aiheuttaa. (Tulokas ym. 2005: 897 – 898.)

6 HOITOON SITOUTUMINEN JA OMAHOITO

Hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista ja aktiivista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa (Kyngäs 1995: 19). Hoitomyöntyvyys ei riitä, vaan hoitoon on sitouduttava. Olennaista hoitoon sitoutumisessa on, että potilas tai pienen lapsen kohdalla hänen perheensä on samaa mieltä suosi-

tuksista ja sopivat aktiivisena kumppanina hoidostaan yhdessä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. (Kyngäs 2006: 8.)

Omahoidolla on keskeinen osuus diabeteksen hoidossa. Omahoidolla tarkoitetaan, että potilas seuraa aktiivisesti ympäristönsä ja elimistönsä muutoksia ja mukauttaa vastavasti diabeteksen hoitoa, säilyttäen näin metabolisen tasapainon ja vähentäen komplikaatioiden todennäköisyyttä. Tähän tähtäävään käyttäytymiseen kuuluu pääasiassa kotona tehtävä verensokerin seuranta, hiilihydraattien ja insuliinin yhteensovittaminen, säännöllinen liikunta, jalkojen hoito ja säännölliset seurantakäynnit. (World Health Organization 2003: 72.)

6.1 Omahaan sitoutumisen toteutuminen

Potilaan hoitoon sitoutuminen vaikuttaa hoidon tuloksiin ja koko kansanterveyteen. Pitkäaikaisesti sairailta hoitoon sitoutumisessa on ongelmia. Keskimäärin vain joka toinen pitkäaikaissairas sitoutuu sairauden aikana hoito-ohjeisiin. Yleisesti voidaan sanoa, että mitä useampaan asiaan potilaan pitää hoidossaan sitoutua, sitä huonommin hän siihen sitoutuu. Hoitoon voi sisältyä lääkehoitoa, ruokavalion noudattamista, liikuntaa ja apuvälineiden käyttöä. Kun potilaalla on paljon hoitoja, pitäisi hoitohenkilökunnan kiinnittää tavallista enemmän huomiota hoitoon sitoutumista edistäviin asioihin. (Kyngäs 2006: 5 – 6.)

Tutkittaessa diabetesta sairastavan lapsen ja nuoren hoitoon sitoutumista on tärkeä arvioida kunkin hoitoon liittyvän osa-alueen, kuten verensokerin mittaaminen, insuliinin pistäminen, ruokavalio, liikunta, jalkojen hoito ja muita omahoidon osa-alueita, onnistumista erillisinä sen sijaan, että käytettäisiin yhden tekijän seurantaan yleisenä hoitoon sitoutumisen mittarina. Tutkimusten mukaan hoitoon sitoutumisen ja erillisten omahoidon liittyvien toimintojen välillä ei näytä olevan selvää korrelaatiota, mikä viittaa siihen, että hoitoon sitoutuminen on moniulotteinen käsite. (World Health Organization 2003: 73.) Tutkimusten tulokset sitoutumisesta hoidon eri osa-alueisiin ovat vaihtelevia. Tämä johtuu todellisen vaihtelun lisäksi omahoidon sitoutumisen erilaisista teoreettisista määrittelyistä ja mittaustavoista. Useiden tutkimusten mukaan omahoidon osa-alueista eniten hankaluuksia on ruokavalion toteuttamisessa ja riittävän liikunnan harrastamisessa. (Toljamo 1999:28, 51.)

6.2 Nuorten hoitoon sitoutuminen ja hoitotasapaino

Nuoruusiässä kehitytään lapsesta aikuiseksi ja tapahtuu fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua. Tässä suurten muutosten elämänvaiheissa usein diabeteksen hoitotasapaino huononee. (Näntö-Salonen ym. 2004: 387.) Nuorilla diabetespotilailla hoitotasapainoon vaikuttavia tekijöitä on enemmän kuin aikuisilla. Murrosiässä voimakas fyysinen kasvu ja hormonaaliset muutokset lisäävät insuliinin tarvetta ja voivat huonontaa insuliinin tehoa. (Nissinen 1997: 1.) Eryteisesti kasvuhormonin voimistunut erityys nostaa insuliinin tarvetta, koska se vahvistaa insuliiniresistenssiä. Sukupuolihormonierityksen käynnistyessä saattaa esiintyä ennalta arvaamattomia veren glukoosipitoisuuden heittelemistä, ja tytöillä insuliinitarve voi vaihdella yksilöllisesti kuukautiskierron myötä. Ongelmana voi myös olla, ettei nuoren aikaisempi insuliinimalli sovellu uuden, epäsäännöllisemmän päivärytmin vaatimuksiin. (Näntö-Salonen ym. 2004: 387.) Murrosikään kuuluu myös erilaisia jännitystekijöitä ja ristiriitoja. Nämä voivat aiheuttaa stressihormonin liikaeritystä, joka on insuliinin vastavaikuttajahormoni ja voi täten aiheuttaa insuliinitarpeen lisääntymistä ja vaikuttaa hoitotasapainoon (Nissinen 1997: 1).

Suuria ongelmia tuottaa myös hoidon toteutuksen ontuminen. Kurinalaisuutta, säännöllisyyttä ja etukäteissuunnittelua vaativa sairaus sopii usein huonosti kehitysvaiheeseen, johon kuuluu auktoriteettien ja ajattelutapojen kyseenalaistaminen sekä omien rajojen etsiminen ja kokeilu. Ristiriita diabeteksen ja sen hoidon hyväksymisen sekä nuoruusiän suurten kehitystehtävien, kuten oman ruumiin haltuunottamisen ja vanhemmista irtaantumisen, välillä on ilmeinen. Sairaus ei kuulu nuoren maailmankuvaan. Jokainen nuori haluaa kokea olevansa normaali ja ikätovereidensa kaltainen, mikä voi johtaa kiusaukseen elää ilman diabetesta. (Näntö-Salonen ym. 2004: 387.) Nuoren saadessa enemmän itsenäisyyttä ja ottaessa vastuuta hoidostaan hoitomyöntyvyys usein vähenee. Se merkitsee insuliinipistosten laiminlyömistä, verensokerimittausten vähenemistä ja ateriasuunnitelman noudattamatta jättämistä. Juuri psykososiaaliset muutokset ja niistä seuraava hoitomotivaation puute näyttäisivät olevan suurimmat esteet diabeteksen hoidon onnistumisen tiellä. (Kiviniemi – Saha 2005: 6.)

6.3 Diabetesta sairastavan lapsen ja nuoren omahoidon toteutuminen

Hyvä hoitoon sitoutuminen tarkoittaa sitä, että nuori pääsääntöisesti noudattaa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa sovittuja hoito-ohjeita ja on aktiivinen itsensä hoitamisessa.

sa. Hoitoonsa sitoutumaton nuori laiminlyö jatkuvasti sovittuja hoito-ohjeita. Pitkäaikaissairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä on Suomessa tutkittu niukasti. Koska hoitoon sitoutumisella ei ole yksiselitteistä määritelmää, on eri tutkimusten tuloksia vaikea objektiivisesti verrata toisiinsa. Tulokset vaihtelevat paljon riippuen siitä, mitä ja miten on tutkittu. (Kyngäs 2001: 265 – 267.)

Kynkään (2001: 266) tutkimuksessa 13 – 17-vuotiaista pitkäaikaisesti sairaista nuorista noin neljäsosa oli hyvin hoitoon sitoutuneita, 60 % kohtalaisesti ja 17 % huonosti. Diabeetikoista huonosti hoitoonsa sitoutuneita oli 6 %. Diabetesta sairastavista nuorista 81 % käytti säännöllisesti insuliinia. Huonoiten he sitoutuivat verensokerin omaseurantaan, jota toteutti säännöllisesti vain 25 % tutkittavista.

Nissinen (1997: 39 – 43, 54 – 56) on tutkinut nuorten diabetespotilaiden hoitotasapainoa. Insuliinipistosten säännöllinen ottaminen, ruokavalion noudattaminen sekä säännöllinen omaseuranta olivat yhteydessä hoitotasapainoon. Tutkimuksen mukaan insuliinipistoksen otti säännöllisesti 77 % potilaista, joista 34 %:lla oli hyvä hoitotasapaino. Insuliiniannostaan muutti aina tarvittaessa omaseurannan vaatimalla tavalla 59 % nuorista. Nuorten hoitokäyttäytyminen ruokavalion ja omaseurannan osalta oli epäsäännöllistä. Diabeetikolle suunniteltua ruokavaliota noudatti vain 21 % potilaista säännöllisesti päivittäin. Heistä yhdenkään hoitotasapaino ei ollut huolestuttava. 68 % halusi noudattaa ruokavaliota myös erityistilanteissa, kuten ystävien seurassa. Epäsäännöllisesti ruokavaliota noudattavien joukossa oli hyvä hoitotasapaino 37 %:lla potilaista. Ruokailuajoja noudatti säännöllisesti 39 % potilaista. Potilaista 70 % oli sitä mieltä, ettei ruokavalion noudattaminen tee elämää ristiriitaiseksi ja lähes 70 % sitä mieltä, ettei ruokavalio aiheuta liikaa muutoksia elämäntapoihin. 59 % nuorista koki kuitenkin, että ruokavalion noudattaminen vaatii heiltä liikaa aikaa. Tulos oli samansuuntainen kuin ruokavalioon suhtautuminen yleensä. Käytännössä nuoret eivät olleet motivoituneita ruokavalion noudattamiseen. Verensokeriarvonsa mittasi säännöllisesti vain 26 % potilaista. Liikuntaa harrasti päivittäin 28 % tutkittavista nuorista.

Omahoidon hallintaa kuvaavassa tutkimuksessa tutkittiin 15 – 17-vuotiaita 1-tyyppin diabetesta sairastavia nuoria. Tässäkin tutkimuksessa nuorten omahoidossa toteutui parhaiten insuliinihoito. Seuraavaksi parhaiten toteutui ruokavalion noudattaminen ja heikoimmin liikunta sekä verensokerin omaseuranta, jota nuoret noudattivat vain satunnaisesti. Tutkimuksessa päädyttiin omahoidon hallinnan ominaispiirteiden mukaan luoki-

tukseen, joka jakautuu hallittuun omahoitoon, ohjeen mukaiseen omahoitoon, hallitsemattomaan omahoitoon ja rajoittuneeseen omahoitoon. Hallittua omahoitoa toteuttava nuori toimii omahoidossa joustavasti ja tilanteen mukaisesti. Hän kykenee sovittamaan diabeteksen hoidon tekemistensä mukaan eikä hoito näin estä itselle tärkeiden asioiden toteuttamista. Hän hoitaa itseään oman etunsa vuoksi. Nuori pystyy joustamaan ruokailuissaan pikainsuliinin avulla ja luottaa omiin tuntemuksiinsa verensokerin ja hiilihydraattien arvioinnissa. Hän kykenee tekemään itsenäisiä päätöksiä omahoidossa. Ohjeenmukaista omahoitoa toteuttava nuori viettää yleensä säännöllistä elämää. Hän saattaa käyttää pikainsuliinia, mutta syö silti säännöllisesti ja pistää aterioilla vakiomäärän insuliinia. Hän mittaa verensokerinsa oppimansa ohjeen mukaan, mutta ei yleensä muuta hoitoaan sen mukaan. Nuori on hyväksynyt hoidot osaksi päivittäistä elämää. Nuorella, joka ei hallitse omahoitoa on päivittäisiä ongelmia omahoidossa erityisesti liikunnan ja insuliinin yhteensovittamisessa. Nuori tahtoi parantaa hoitotasapainoaan, mutta ei koe löytävänsä keinoja sille. Toisaalta nuori ei ole halukas hoitomuutoksiin, jotka vaativat ainakin alkuun opettelua ja säännöllisyyttä. Rajoittunutta omahoitoa kuvaa diabeteksen ja sen hoidon rajoittavuus sekä erilaisuuden kokeminen. Nuori ei pysty joustamaan omahoidossaan vaan noudattaa sitä kaavamaisesti, esimerkiksi säännöllisiä ateria-aikoja. Nuori ei halua puhua diabeteksestaan juurikaan ulkopuolisille ihmisille (Raappana – Åstedt-Kurki – Tarkka – Paavilainen – Paunonen-Ilmonen 2002: 79 – 81).

Kallioniemen (1994: 30) tutkimuksessa selvitettiin 7-12-vuotiaiden lasten sopeutumista diabetekseen. Diabetesta pyrittiin yleensä hoitamaan huolellisesti, sillä oman terveyden pysymistä hyvänä pidettiin tärkeänä. Hankalimmaksi osa-alueeksi hoidossa koettiin ruokavalion noudattaminen. Lääkärin ja psykologin mukaan syöminen oli ongelmallista 15 lapsella kahdeksastatoista. Lapset kokivat myös itse ruokailun hankalimmaksi osa-alueeksi. Kahdeksan lasta nimesi haastatteluissa nimenomaan syömisestä vaikeaksi asiaksi diabeteksen hoidossa ja 10 lasta arveli syömisessään olevan parantamisen varaa.

6.4 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Useissa tutkimuksissa hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät on jaettu sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat diabeetikon ikään ja häneen itseensä liittyvät tekijät, kuten asenteet, käsitykset sairaudesta, hoidon mielekkäänä kokeminen, diabeteksen ja sen hoidon aiheuttamat tunteet sekä hypoglykemian pelko. Ulkoisia tekijöitä ovat

sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät, kuten perheen ja ystävien tuki, terveydenhuoltohenkilöstön toiminta, hoidon järjestelyt ja ohjausinterventiot. (Kyngäs 1995: 21.)

6.4.1 Sisäiset tekijät

Ikä on yksi omahoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Se ei kuitenkaan aina vaikuta samalla tavoin, minkä vuoksi iän vaikutus tulisikin arvioida aina erikseen jokaisessa tilanteessa potilaan ominaisuuksien ja kehitysvaiheen mukaan. 58 % lapsista ja nuorista on hyvin hoitoon sitoutuneita kehittyneissä maissa. Useiden tutkimusten mukaan nuoret sitoutuvat heikommin hoitoonsa kuin lapset. Pienten lasten ja leikki-ikäisten hoidon onnistuminen riippuu pääasiassa vanhempien tai huoltajien kyvystä ymmärtää ja seurata hoito-ohjeita. Iän myötä lasten tiedolliset mahdollisuudet toteuttaa hoitoa kasvavat, mutta he tarvitsevat edelleen vanhempiansa seurantaa. Kouluikäiset lapset oppivat säätelemään omaa käytöstään ja kontrolloimaan ympärillä olevaa maailmaa. Lasten aloittaessa koulun käynnin, kuluttavat he vähemmän aikaa kotonaan vanhempien kanssa, jolloin ystävien ja sosiaalisen ympäristön paineet vaikuttavat heihin yhä enemmän. (World Health Organization 2003: 76.)

Vaikka teini-ikäiset noudattavat hoito-ohjeita itsenäisemmin, he kamppailevat omanarvontuntoon, kehon kuvaan, sosiaalisiin rooleihin ja ystäviin liittyvien ongelmien kanssa. Nuorten huono hoitoon sitoutuminen voi olla kapinaa heidän elämäänsä kontrolloivia hoito-ohjeita vastaan. Useiden tutkimusten mukaan lapset ja nuoret, jotka vastaavat varhain yksin hoidostaan, sitoutuvat huonommin hoitoon ja heidän sairautensa on huonommin hallinnassa. (World Health Organization 2003: 29)

Diabeetikon omat asenteet, motivaatio, voimavarat ja tunteet sekä kokemukset ja odotukset vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen (World Health Organization 2003: 30; Kyngäs 1995: 22). Hyvä hoitotasapaino, oman terveytensä arvostaminen, sekä se, että nuoret kokevat hoidon osaksi elämäänsä, edistävät hoitomotivaatiota ja hoitoon sitoutumista. Hoitomotivaatiolla tarkoitetaan potilaan omaehtoista pyrkimystä edistää terveyttään. Hoitomotivaatioon liittyvät tekijät ovat potilaan kiinnostus terveyteen, oma hoitokäyttäytyminen sekä käsitykset diabeteksen hallinnasta, hoito-ohjeista, hoidon vaikeudesta ja diabeteksen aiheuttamista elämäntapojen rajoituksista. Nämä kuvaavat potilaan sisäistä motivaatiota. Käytännössä hoitomotivaatio ilmenee, kun potilas ryhtyy hoito-ohjeiden mukaiseen hoitokäyttäytymiseen. (Nissinen 1997: 27.) Etenkin sisäinen moti-

vaatio ja vahva itsekuri auttavat diabeetikkoja kontrolloimaan ja säätelemään omaa toimintaansa (Soini 1999: 8). Kynkään (2001: 267) tutkimuksen mukaan hoitoon sitoutumiseen oli tilastollisesti merkittävä yhteys juuri motivaatiolla, normaaliuden tunteella, asenteella ja jaksamisella. Sairaus on ihmisen motivaation liikkeelle paneva voima. Sairauden diagnosoimisesta potilas on suhteellisen hyvin sitoutunut hoitoonsa ensimmäiset 2-3 vuotta, jonka jälkeen alkaa tulla repsahduksia. Hoitomotivaatiossa on kyse ihmisen jaksamisesta (Kyngäs 2006:7).

Sitoutumiseen vaikuttaa potilaan henkilökohtainen käsitys terveydentilastaan ja hoidon edistymisestä. Kun potilaalla on tunne siitä, että hän voi viettää samanlaista elämää kuin muutkin samanikäiset, hänellä on hyvä olla, vaikka samalla verensokeri ei olisikaan terveellisellä tasolla. Jos tällaisessa tilanteessa hoitoasiat asettavat esteitä tekemiselle ja menemiselle, sitoutuminen oman itsensä hoitamiseen heikkenee. (Kyngäs 2006: 7.)

Hoitoon sitoutumiseen ja hoidon toteuttamiseen vaikuttavat lisäksi diabeteksen ja sen hoidon asettamat tunteet. Tällaisia ovat mm. pelko, syyllisyys, häpeä, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. (Kyngäs 1995: 23.) Ne ovat yleisiä pitkäaikaisesti sairailta nuorilla verrattuna terveisiin samanikäisiin. Diabetesta sairastavat nuoret pitävät sairautta uhkana psyykkiselle hyvinvoinnille ja uhan kokeminen oli yhteydessä huonoon hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs 2006: 267.) Huonon hoitotasapainon ja ahdistuneisuuden on todettu olevan yhteydessä toisiinsa siten, että mitä ahdistuneempia potilaat olivat, sitä huonompi oli hoitotasapaino. Myös masentuneisuuden ja stressin on todettu olevan samalla tavoin yhteydessä huonoon hoitotasapainoon. (Kyngäs 1995: 23.) Eri tutkimuksissa stressin on todettu olevan yhteydessä huonoon hoitoon sitoutumiseen ja metaboliseen kontrolliin ja mm. ruoan määrään ja laatuun (World Health Organization 2003: 76). Diabeetikkuuoret voivat kokea myös syyllisyyttä siitä, etteivät hoida itseään paremmin. Lisäksi heillä voi olla pelkoja mahdollisista komplikaatioista, kuten sokeutumisesta tai munuaisten menettämisestä. Myös hypoglykemia aiheuttaa pelkoa diabeetikoille. Se voi johtaa jopa jatkuvaan ahdistukseen tai pelkotilaan. Vaikka pelko voi olla myös hoitoon sitoutumista edistävä tekijä, niin nuoren jaksamista hoidossa auttaa se, ettei hänellä ole pelkoja lisäsairauksista. Tutkimuksissa on myös todettu, että matala itsetunto ja sosiaalinen riippuvuus ovat yleisempää diabeetikkuuorilla kuin heidän ikätovereillaan. (Kyngäs 1995: 23, 60.) Hyvä itsetunto ja tarpeeksi vahvaksi kehittynyt myönteinen minäkuva auttavat siten lasta tai nuorta hoitotasapainon ylläpitämiseen (Kallioniemi 1994: 19). Itsetunto on korreloinut omahoidon onnistumiseen myös siten, että hyvä itsetunto

on suhteessa liikuntaan sitoutumiseen ja insuliiniannosten säätelyyn. Huonon itsetunnon taas on todettu olevan yhteydessä harvempaan verensokerin mittaamiseen. (World Health Organization 2003: 76.)

Tieto hoidosta ja sairaudesta on välttämätön ehto potilaan hoitoon sitoutumiselle, mutta se ei yksistään riitä. Huonon hoitotasapainon on todettu olevan yhteydessä huonoihin tietoihin diabeteksestä ja sen hoidosta, mutta toisaalta potilaalla, jolla on hyvät tiedot sairaudestaan, hoitotasapaino voi siitä huolimatta olla huono. (Kyngäs 1995: 25.) Myös hoidon ja sairauden ominaispiirteiden on yhdistetty liittyvän hoitoon sitoutumiseen. Näitä ovat hoidon monimutkaisuus, koettu hoitotulos ja taudin kesto. (World Health Organization 2003: 75; Kyngäs 1995: 68.) Hoidon mielekkäänä kokeminen edistää hoitoon sitoutumista ja hoidon onnistumista (Kyngäs 1995: 22). Potilaan kokemus siitä, että hänellä on kyky kontrolloida ja muuttaa elämäänsä, on yhteydessä hänen kykyynsä ja haluunsa sitoutua hoitoon. Hoidossa onkin tärkeä pyrkiä vähentämään siitä aiheutuvia haittoja, koska potilaan elämäntavoilta vaadittavat muutokset voivat samalla vähentää hoidon mielekkyyttä ja sitä kautta hoitoon sitoutumista. (Soini 1999: 12.) Yleisesti ottaen mitä monimutkaisempaa hoito on, sitä epätodennäköisempää on hoitoon sitoutuminen. Hoidon monimutkaisuutta osoittaa muun muassa omahoitoon liittyvien tehtävien määrä päivän aikana. Taudin kestolla ja hoitoon sitoutumisella on käänteinen suhde, koska mitä kauemmin potilaalla on ollut diabetes, sitä vähemmän todennäköistä on hoitoon sitoutuminen. Pitkään sairastaneet noudattivat mm. ruokavalio-ohjeita huonommin ja käyttivät enemmän tyydyttyneitä rasvoja. (World Health Organization 2003: 75.) Hoitotasapainon huononeminen sairauden keston myötä johtuu todennäköisesti kyllästyisestä sairauden hoitoon. Hoidon alkuvaiheessa lapsi ja hänen vanhempansa kiinnittävät yleensä paljon huomiota sairauden tekniseen hoitoon, kuten muun muassa arterioiden hiilihydraattien laskemiseen ja insuliinin ohjeenmukaiseen pistämiseen. (Kiviniemi – Saha 2005: 11.) Koettu hoitotulos selittää hoitoon sitoutumista. Ilmeisesti hyvä hoitotasapaino auttaa jaksamaan ja parantaa näin sitoutumista omahoitoon. (Kyngäs 1995: 69.)

6.4.2 Ulkoiset tekijät

Diabetes vaikuttaa sitä sairastavan nuoren sosiaalisiin suhteisiin, koulunkäyntiin, työhön ja seksuaaliseen käyttäytymiseen. Sosiaalisella ympäristöllä on suuri merkitys sille, kuinka diabeetikko toteuttaa hoitoaan, kuinka hän sovittaa diabeteksen hoidon elämään-

sä ja millaisena hän kokee elämänsä diabeteksen kanssa. (Kyngäs 1995: 24.) Potilaan saama tuki on yhteydessä hyvään hoitoon sitoutumiseen (Kyngäs 2006: 5).

Perheenjäseniltä saamalla tuella on suuri merkitys diabetesta sairastavalle lapselle ja nuorelle ja se auttaa heitä sitoutumaan hoitoonsa (Kiviniemi – Saha 2005: 8). Pienten lasten hoidon onnistuminen riippuu lähinnä vanhemmista, jotka hoitavat lastaan. Iän myötä lasten mahdollisuudet toteuttaa omaa hoitoaan kasvavat, mutta vanhempien seurannalla on edelleen merkitsevä rooli hoidossa. Liian suuren vastuun siirtäminen lapselle voi aiheuttaa hoitoon sitoutumisen heikkenemistä. Vanhempien osallistuminen lapsensa diabeteksen hoitoon, valvonnan ja seurannan on todettu parantavan kouluikäisten hoidon onnistumista. (World Health Organization 2003: 28.)

Murrosiässä vastuu diabeteksen hoidosta siirtyy yleensä vanhemmilta nuorelle itselleen. Tästä saattaa seurata ongelmia, mikäli nuori ei ole tarpeeksi sitoutunut hoitoonsa tai, jos hoitovastuun siirtäminen yritetään toteuttaa liian nopeasti tai, jos nuori ei vielä omaa riittäviä hoitoon vaadittavia tietoja ja taitoja. Nuoren jäädessä liian aikaisin yksin diabeteksen hoidon kanssa, saattaa siitä seurata hoitoväsymys. Toisaalta kuitenkin, jos vanhemmat ottavat päävastuun diabeteksen hoidosta, nuoren oma hoitomotivaatio ei voi täysin herätä ja itsenäistymisen välinen ristiriita kärjistyy. Murrosiässä muutenkin tavalliset nuoren ja vanhempien väliset ristiriidat saattavat kärjistyä diabeteksen hoitoon liittyviksi konflikteiksi, jolloin seuraa nuoren huonoon hoitomotivaatioon ja hoitotasapainoon liittyviä riitoja ja syyllistämistä. (Kiviniemi – Saha 2005: 8, 11.)

Hyvät perhesuhteet, perheen tasapaino, vähäinen stressin ja konfliktien määrä ovat joko suoraan tai epäsuoraan yhteydessä nuoren hoitoon sitoutumiseen ja hyvään hoitotasapainoon. Mitä vanhemmista lapsista on kyse, sitä enemmän he kokevat konflikteja tai stressiä vanhempiensa kanssa ja sitä alhaisemmaksi he arvioivat hoitoon sitoutumisensa. (Raappana 2007: 28 – 29.) Lapsilla, joilla oli korkea pitkäaikainen verensokeriarvo eli HbA1c, oli enemmän konflikteja vanhempiensa kanssa. Yksi selitys siihen voi olla, että perheiden väliset erimielisyydet aiheuttavat lapsille stressiä, jolloin stressihormonit aiheuttavat korkeampia verensokeriarvoja. Toisaalta on myös mahdollista, että lapsen huono verensokereiden kontrolloiminen huolestuttaa vanhempia, josta seuraa riitoja vanhempien ja lasten välillä. (Anderson 2002: 639 – 640.)

Vanhempien osallistumista omahoitoon on kuvattu muun muassa auktoritatiiviseksi, autoritaariseksi tai sallivaksi. Auktoritatiiviset vanhemmat edellyttävät nuorelta kehityksen mukaista toimintaa, mutta asettavat rajoja ja kontrolloivat asioissa, joissa nuoren tiedot ja kokemus ei ole riittäviä tekemään päätöksiä. He auttavat tarvittaessa, osoittavat hoivaa ja lämpöä sekä antavat vastuuta ja vapautta sopivassa suhteessa. Näin ollen nuoren itsetunto ja omahoitovalmiudet kehittyvät vanhempien luottamuksen ja kannustuksen avulla. Autoritaariset vanhemmat taas kontrolloivat ja käyttävät valtaa nuorta kohtaan, eivätkä kannusta ja rohkaise riittävästi. Nuoren mahdollisuudet irtautua vanhempinsa kontrollista pitkittyvät, jolloin hoitovastuuseen kasvaminen sekä itsenäistyminen vaikeutuvat. Ristiriitoja esiintyy myös vähäisen vuorovaikutuksen vuoksi. Sallivat vanhemmat sen sijaan kontrolloivat vähemmän, eivätkä aseta nuorelle rajoja tai edellytä nuorelta hänen kehityksensä mukaista toimintaa. Näistä kolmesta tyylistä auktoritatiivinen vanhemmuus on ollut yhteydessä nuorten parempaan hoitoon sitoutumiseen ja parempaan hoitotasapainoon sekä nuorempien (8-12-vuotiaat) että vanhempien (13 – 17-vuotiaat) ikäryhmissä. (Raappana 2007: 28 – 29.)

Ystävien tuella ja hyvällä hoitoon sitoutumisella on yhteys toisiinsa. Ystäviltään tukea saaneilla diabeetikoilla on todettu olevan parempi hoitotasapaino kuin niillä, jotka eivät ole saaneet tukea. Ikätovereilta saatu tuki ja hyväksyntä ovat usein edellytyksenä nuoren sitoutumiselle diabeteksen omahoitoon. (Kiviniemi – Saha 2005: 8.) Ystävien merkitys lapsen hoitoon sopeutumisessa kasvaa iän myötä. Koulutoverien ja ystävien kielteinen ja vähättelevä suhtautuminen diabetekseen voi saada nuoren suhtautumaan itsekin samoin kuin ikätoverinsa ja laiminlyömään hoitoaan. (Kallioniemi 1994: 16.) Diabeetikonuori hyötyy eniten toisen diabeetikon tuesta, koska heillä kummallakin on kokemusta siitä, millaista elämä diabeteksen kanssa on (Kyngäs 1995: 24). Vaikka vertaistuki ei välttämättä johda parempaan hoitotasapainoon, se voi auttaa muulla tavoin jaksamaan diabeteksen kanssa ja siten parantaa elämänlaatua. (Toljamo 1999: 103.)

Potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välisen suhteen laatu vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen (World Health Organization 2003: 77). Terveydenhuollon vastuulle kuuluu tarvittavien tietojen ja taitojen antaminen sekä otollisen ilmapiirin luominen. Diabeetikon voimaantumisen tunne syntyy yhteistyössä. Terveydenhuollolle kuuluu vastuu siitä, minkälaisen pohjan se tarjoaa hoitoon sitoutumiselle. (Nuutinen 2005: 42 – 43.) Soinin (1999: 37 – 38) tutkimuksessa terveydenhuoltojärjestelmän toiminnalla ja nuoren hoitoon sitoutumisella oli tilastollisesti erittäin merkittävä yhteys. Kaikki hoitajilta tukea

saaneet nuoret olivat joko hyvin tai tyydyttävästi hoitoon sitoutuneita. Kielteisin vaikutus oli valehtelulla ja ristiriidoilla. Kynkään ja Hentisen (1993: 55) tutkimuksessa diabetesta sairastavat nuoret kokivat, että hoitohenkilökunta suhtautuu heihin rutiininomaisesti, välinpitämättömästi ja autoritäärisesti.

6.5 Hoitoon sitoutumisen edistäminen

Pitkäaikaisten hoitojen laiminlyönnin seurauksena ovat huono terveydentila ja lisääntyneet terveydenhuollon kustannukset. Laiminlyönti heikentää hoidon tehoa ja on siksi kansanterveyden kriittinen tekijä elämänlaadun ja terveystalouden kannalta. Huono hoitoon sitoutuminen on tärkein syy siihen, ettei hoidolla saavuteta täyttä kliinistä hyötyä (World Health Organization 2006: 8 - 9). Taudista riippumatta hoitoon sitoutuminen on tärkein tekijä, jolla voidaan vaikuttaa hoidon lopputulokseen. Paras hoito voi muuttua täysin tehottomaksi huonon hoitoon sitoutumisen myötä. Toimenpiteet, joilla hoitoon sitoutumista pyritään parantamaan, voivat tuottaa siis huomattavaa hyötyä. (World Health Organization 2003: 135 – 136.)

Kuten edellä on kerrottu, useat eri tekijät vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen. Kun halutaan parantaa potilaan sitoutumista hoitoon, on tärkeää kiinnittää huomiota kuhunkin tekijään ja ratkaista niihin liittyvät ongelmat. Hoitoon sitoutumisen lisäämiseen tähtäävät toimet täytyy räätälöidä yksilöllisesti, potilaan kokemien ja sairauden aiheuttamien tarpeiden mukaan. Mikään yksittäinen toimenpide tai toimenpidepaketti ei ole tehokas kaikissa tilanteissa, jokaisen potilaan ja taudin kohdalla. (World Health Organization 2003: 33.)

Hyvin tärkeä näkökulma hoitoon sitoutumisessa on, etteivät terveydenhuollon ammattilaiset hoitaisi pelkästään sairautta vaan huomioisivat potilaan yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Ei riitä, että ollaan kiinnostuneita vain lääkkeiden otosta vaan pitäisi olla kiinnostuneita myös siitä, miten ihminen pystyy elämään sairautensa kanssa normaalia elämää ja samalla hoitamaan itseään. On hyvä muistaa, etteivät itsensä hoitaminen ja siihen sitoutuminen ole irrallisia asioita potilaan elämässä. Siihen vaikuttaa koko elämäntapa sekä ajattelu- ja käyttäytymistavat. (Kynkäs 2006: 7 – 8.)

World Health Organizationin raportin mukaan usein useampi kuin yksi este haittaa potilaan kykyä seurata hoito-ohjeita ihanteellisesti. Hoitoa tehostavat toimenpiteet vaativat

tarttumista moniin osa-alueisiin näiden esteiden voittamiseksi. Terveysthuollon ammattilaisten täytyy arvioida järjestelmällisesti kaikkia mahdollisia esteitä. Ensisijaiset toimenpiteet potilaan hoitoon sitoutumisen parantamiseksi ulottuvat pidemmälle kuin pelkästään neuvon antamiseen. Potilaan sisäistä motivaatiota tulee tukea korostamalla hoitoon sitoutumisen tärkeyttä ja itseluottamusta tulee vahvistaa vaikuttamalla omahoidon taitoihin. Näihin käyttäytymiseen liittyviin seikkoihin tulee puuttua, jos halutaan parantaa hoidon tehoa. Tällaisen lähestymistavan avulla voidaan tarjota potilaalle kehittyneempiä hoitoon sitoutumista lisääviä interventioita. (World Health Organization 2003: 30, 145.)

Useat tutkimukset osoittavat, että hyvä hoitoon sitoutuminen vaatii jatkuvaa ja dynaamista prosessia. Hoitajat saattavat usein olettaa, että potilas on motivoitunut noudattamaan parhaita mahdollisia hoito-ohjeita. Näin ei kuitenkaan aina ole vaan potilaat voidaan jaotella eri tasoille sen mukaan, kuinka valmiita he ovat seuraamaan terveysthuollon suosituksia. Asteittaisen muutosten malli tunnistaa viisi vaihetta, joiden läpi yksilö etenee muuttaessaan käytöstään. Vaihteita ovat: esiharkinta, harkinta, valmistautuminen, toiminta ja ylläpito. Tämä malli tarjoaa selkeän kehyksen, jonka mukaan voi räätälöidä hoitoa potilaan tarpeiden mukaisesti. Terveysthuoltohenkilöstön tulisi pystyä arvioimaan potilaan valmiutta noudattaa hoito-ohjeita, antamaan neuvoja ohjeiden noudattamiseksi ja seuraamaan potilaan edistymistä jokaisella tapaamiskerralla. Jos potilaan valmius ja hoitajan yritys antaa hoitosuosituksia eivät ole samalla tasolla, hoito-ohjeita annetaan helposti potilaalle, joka ei ole valmis niitä noudattamaan. Potilaan muutosvaiheen tunnistaminen auttaa päättämään, mitkä ovat kulloinkin tehokkaimmat keinot auttaa diabeetikkoa sitoutumaan hoitoonsa. (World Health Organization 2003: 33, 141 – 142, 145.)

Hoitoon sitoutumista edistää hoidon suunnittelu yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa. Usein potilaat kokevat, ettei hoitoa suunnitella yhdessä, kun taas hoitohenkilökunnan mielestä näin tapahtuu. Ristiriita on siinä, että potilaat kokevat hoitohenkilökunnan antavan ohjeita kysymättä sopiiko se potilaan päivärytmiin. Varsinkin murrosiässä diabeteksen hoidon joustavuuden vaatimukset kasvavat nuoren sosiaalisen elämän laajentuessa. Hoito tulisikin muotoilla mahdollisimman hyvin nuoren tarpeisiin sopivaksi, koska vain silloin voidaan edellyttää nuoren sopeutumista siihen. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen hyvä kommunikaatio on ehdoton edellytys käytännön työn onnistumiselle. (Kyngäs 2006: 7 – 8; Kiviniemi – Saha 2005: 13.) Potilaat, jotka koke-

vat olevansa kumppaneita hoitoprosessissa ja jotka aktiivisesti osallistuvat siihen, sitoutuvat hoitoonsa paremmin ja heidän hoitotuloksensa ovat paremmat. Hoitohenkilökunnan tuki edistää nuorten potilaiden hoitoon sitoutumista sekä vastaavasti ristiriidat hoitohenkilökunnan ja nuorten välillä vähentävät sitä. (Soini 1999: 54.) Lisäksi hoitavien henkilöiden lämpö ja empatiakyky ovat keskeisiä tekijöitä hoitoon sitoutumisen parantamisessa (World Health Organization 2003: 137).

Myös lasten vanhemmat tarvitsevat tukea henkiseen jaksamiseen ja asioiden läpikäymisessä tunnetasolla, koska vanhemmat kokevat luonnollisesti suurta stressiä lapsen sairastumisesta johtuen. Emotionaalisen tuen esteenä pidetään henkilökunnan vaihtuvuutta ja kiireellisyyttä. He toivovatkin henkilökunnalta enemmän kiireetöntä keskustelua, kuuntelemista, henkistä kannustamista ja toivon ylläpitämistä sekä myönteistä suhtautumista sekä lasta että vanhempia kohtaan. Tukea toivotaan varsinkin niiltä hoitajilta, joita perhe useimmin tapaa. (Sorsa 2004: 41, 50; Hentinen – Kyngäs 1997: 316.)

Näiden lisäksi positiivisen palautteen antamisella on suuri merkitys potilaan hoitoon sitoutumisessa. Potilaat odottavat positiivista palautetta silloin, kun he kokevat tehneensä asiat oikein ja ovat hoitaneet itseään hyvin. Yhtä tärkeää on huomioida positiivisen palautteen antaminen myös silloin, kun potilas ei ole noudattanut ohjeita aivan oikein. On inhimillistä, että jokainen potilas väsähtää jossain vaiheessa hoidon vaatimukseen, jolloin tulee herkästi repsahduksia. (Kyngäs 2006: 7 – 8; World Health Organization 2003: 137.) Murrosikäisten diabeetikkojen hoidossa tulisi korostaa niitä asioita, jotka potilaan omahoidossa sujuvat jo hyvin eikä painottaakaan pelkästään ongelmakohtia. Kehuja tulee antaa myös vanhemmille, koska he saattavat tuntea syyllisyyttä nuoren huonosta hoitotasapainosta. (Kiviniemi – Saha 2005: 14.)

Tärkeitä hoitoon sitoutumista parantavia keinoja ovat vanhempien sitoutuminen hoitoon sekä vanhempien ja teini-ikäisten välisten ristiriitojen minimointi. Nuorten hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että perheille opetetaan, kuinka vanhemmat ja nuori voivat toimia kumppanina. Myös kasvatukselliset keinot, jotka kohdistuvat nuoren asenteisiin sairautta ja sen hoitoa kohtaan, voivat olla hyödyllisempiä kuin ensisijaisesti tiedon lisäämiseen tähtäävät toimenpiteet. (World Health Organization 2003: 29.) Kun mietitään ratkaisuja estää murrosiässä tapahtuva hoitotasapainon huononeminen, on pyritty löytämään keinoja, jotka lisäisivät perheen osallistumista päivittäisiin hoitotoimiin. Vahvat perhesiteet ja vanhempien osallistuminen lapsen diabeteksen hoitoon näyt-

tävät suojaavan nuorta diabeetikkoa hoitotasapainon huononemiselta ja parantavan hänen sitoutumistaan hoitoon. (Kiviniemi – Saha 2005: 11.) Etenkin varhaisnuoret (10 – 14-vuotiaat) tarvitsevat vanhemmiltaan konkreettista apua ja ohjausta omahoidon toimenpiteissä. Myös 15 – 18-vuotiailla hyvä vuorovaikutus, kohtalainen kontrolli, vanhempien osoittama lämpö ja kannustaminen sekä vastuun jakaminen ovat yhteydessä parempaan hoitoon sitoutumiseen ja hoitotasapainoon. (Raappana 2007: 28.)

Lasten hoitoon sitoutumista parantavia menetelmiä on tutkittu vähän. Heidän kohdallaan on kuitenkin tärkeää se, kuinka tieto esitetään ja ymmärretään. Hyödyllisiksi menetelmiksi on osoitettu omahoidon seuranta, vahvistaminen, räätälöinti ja muistutusviestien antaminen. Tärkeää on huomioida, että lapset eivät ole pieniä aikuisia vaan lapsilla ja nuorilla on erityisiä tarpeita, jotka eroavat aikuisten tarpeista. (World Health Organization 2003: 144.)

7 POHDINTA

Opinnäytetyössämme syvennyimme diabetesta sairastavan lapsen ja hänen perheensä voimavaroja vahvistavaan ravitsemusohjaukseen sekä hoitoon sitoutumiseen. Työ syvenyy voimavaroja vahvistavaan ohjaukseen, joka yhdistettynä ravitsemuksen ohjaukseen on avain potilaan hoitoon sitoutumiseen. Esittelimme tuoreimmat ravitsemussuositukset ja asiat, jotka diabeetikon ravitsemuksessa on tärkeä huomioida. Koska ruokavaliolla on suuri merkitys diabeetikon hoidon onnistumisen kannalta, on potilaan ja hänen perheensä saatava siitä ammattitaitoista ohjausta. Lasta ja perhettä ohjattaessa on tärkeä auttaa heitä löytämään ja vahvistamaan omia voimavarojaan, jotta heillä on paremmat mahdollisuudet toteuttaa hoitoa ja sitoutua siihen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kaikilla ravitsemusohjauksen eri osa-alueilla täytyy huomioida potilaan yksilölliset voimavarat sekä kuormittavat tekijät ja tukea perhettä tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Ohjauksen tulee olla perhelähtöistä, rohkaisevaa ja tapahtua yhteistyössä lapsen ja perheen kanssa. Voimavaralähtöisen työskentelyn kulmakivi onkin vanhemman ja hoitotyöntekijän tasavertainen yhteistyösuhde. Lapsi ja perhe tarvitsevat myös paljon tukea ja aitoa välittämistä läheisiltä sekä hoitohenkilökunnalta, jotta he jaksavat ja ovat motivoituneita sitoutumaan pitkäaikaissairauden hoitoon. Hoitoon sitoutuminen ei ole itsestäänselvyys, vaan siihen vaikuttavat monet erilaiset tekijät. Niiden huomiointi on merkityksellistä, kun tavoitteena on diabeetikon hyvä hoitotasapaino. Tämä

kaikki vaatii hoitohenkilökunnalta tietoa, taitoa ja paneutumista diabetesta sairastavan lapsen ja perheen ohjaukseen ja hoitoon.

Työmme tarkoituksena on tuottaa yhteistyöosastomme hoitohenkilökunnalle ajan tasalla olevaa tietoa lapsen ja perheen voimavaroja vahvistavasta ohjauksesta, josta kootaan pohja internetsivustolle. Mielestämme olemme saaneet koottua selkeän ja kattavan materiaalin voimavaroja vahvistavasta ravitsemusohjauksesta, jota Jorvin sairaalan yhteistyöosaston hoitajat voivat hyödyntää työssään ja perehdyttämisessään.

Työn luotettavuutta lisää laaja kirjo monipuolisia lähteitä kirjallisuudesta. Kirjallisuuskatsaus on luotettava tapa koota ajankohtaista tietoa. Kun aineiston valitsemisessa käytetään tiettyjä aiheeseen sopivia ja yhteisesti valittuja kriteereitä, saadaan tarkkaan rajattua ja yksityiskohtaista tietoa käsiteltävästä aiheesta. Lisäksi työn luotettavuutta lisää se, että sitä on työstetty prosessimaisesti pitkällä aikavälillä, jonka aikana on tullut tutuksi tunnetuimmat ja arvostetuimmat aiheita tutkineet tutkijat. Se on auttanut meitä löytämään luotettavimmat lähteet.

Diabeetikoiden ohjausta on tulevaisuudessa kehitettävä entisestään, jotta hoitoon sitoutuminen edistyisi. Hoitohenkilökunnalle tulisi koulutuksien avulla opettaa ongelmalähtöisen oppimisen menetelmän käyttäminen työssä ja sitä olisi suositeltavaa kokeilla käytännössä. Uusien työtapojen omaksuminen vie aina aikaa ja alussa niiden käytön hyötyä voi olla vaikea havaita ja ne voivat tuntua kuormittavan työtaakkaa. Pitkällä aikavälillä muutoksiin sopeutuminen ja niiden ottaminen osaksi omaa työskentelyä on hedelmällistä ja lisää hoitajan omia voimavaroja. Tärkein syy omaksua uusi ohjaustapa on, että ongelmalähtöinen oppiminen parantaa diabeetikoiden hoitoon sitoutumista sekä heidän psyykkistä vointiaan. Lisäksi se on myös taloudellisesti perinteistä ryhmäohjausta edullisempaa.

Voimavaralähtöinen hoitotyö on osoittautunut hyväksi tavaksi edistää diabeetikoiden hoitoon sitoutumista. Tämän vuoksi olisi hyvä kehittää voimavaramittari tai -lomake, joka vastaa diabeetikon perheen elämäntilannetta. Sen avulla sekä hoitajat että perheet itse kykenisivät tunnistamaan käyttämättömiä voimavarojaan ja työstämään perhettä kuormittavia tekijöitä. Se toimii erinomaisena muistin apuvälineenä hoitajille heidän kartoittaessaan perheen voimavaroja, mutta samalla se antaa myös välineen, jolla voi helposti tulla lähemmäksi perhettä ja keskustella myös vaikeista asioista. Kun lomake

lähetettäisiin perheille kotiin ennen vastaanottoa, se aktivoisi myös heitä keskustelemaan keskenään lomakkeen kysymyksistä ja pohtimaan, mitä he voisivat tehdä auttaakseen itseään selviytymään tilanteessa. Pitkäaikaissairaus pitää sisällään monia eri vaiheita ja siksi voimavaralomakkeen avulla voitaisiin helposti ja luotettavasti seurata perheen voimavaraisuuden muutoksia.

Opinnäytetyötä tehdessämme ja perehtyessämme laajaan lähdekirjallisuuteen saimme paljon tietoa tyypin 1 diabeteksestä, ohjauksesta, hoitoon sitoutumisesta sekä hoidosta kokonaisuudessaan. Ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja hyvän hoidon edellytys, missä tahansa työskentelemmekin, joten perheen voimavaroja vahvistavasta ohjauksesta tehty opinnäytetyö palvelee meitä hyvin tulevaisuuden työelämässä. Työmme edetessä opimme lisäksi suunnitelmallisuutta, pitkäjänteisyyttä ja yhteistyötaitoja, sillä onhan opinnäytetyön tekeminen suuri urakka, minkä parissa on vierähtänyt paljon aikaa. Motivatiotamme on kohottanut aiheemme työelämälähtöisyys ja käytännönläheisyys, jotka ovat tehneet työn tekemisestä todella mielenkiintoisen ja antoisan.

LÄHTEET

- Alaperä, Pirjo – Antila, Elsi – Blomster, Kaarina – Hiltunen, Hilikka – Honkanen, Anneli – Honkanen, Raija – Holtinkoski, Tarja – Konola, Anne, Leiviskä, Heli – Meriläinen, Salme – Ojala, Heli – Pelkonen, Esko – Suominen Ari 2006: Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 65 – 76.
- Anderson, B. J. – Vangsness, L. – Connel, A. – Butler, D. – Goebel-Fabbri, A. – Laffei, M. B. 2002: Family conflict, adherence and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine* 2002, 19. 635 – 642.
- Anttila, Marjo – Kukkola, Leena – Mattlar, Riitta – Moilanen, Suvi – Risteli-Ahola, Tuula – Haapsaari, Niina – Koivikko, Susanna – Verronen, Taina 2006: Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 44 – 56.
- Aro, Eliina (toim.) 2007: Diabetes ja ruoka. Teoriaa ja käytäntöä terveydenhuollon ammattilaisille. Diabetesliitto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Brotherus, Riitta – Hänninen, Kristiina – Illikainen, Leila – Kamula, Johanna – Kerälä, Kirsi – Leinonen, Raija – Nisula-Tauriainen, Marjut – Teirikangas, Tiina 2006: Ohjausta ryhmässä. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 85 – 91.
- Diabetesliitto 1999: Diabeetikon ruokavaliosuositus. Verkkodokumentti. <<http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/ruokvali/tulostus.htm>>. Luettu 2.11.2006.
- Diabetesliitto 2005: Tyypin 1 diabeteksen hoitosuositus. Verkkodokumentti. <<http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/tyyppi1/tulostus.html>>. Luettu 2.11.2006.
- Hankonen, Anu – Kaarela, Elsi – Palosaari, Tiina – Pinola, Kati – Säkkinen, Mika – Tolonen, Anne – Virola, Minna 2006: Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 23 – 31.
- Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Pelkonen, Marjaana 2007: Lapsiperheiden voimavarojen tunnistaminen voimavaralomakkeiden avulla. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.7.2007. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/artikkelit/?ARTIKKELI_NUM=63436>. Luettu 28.9.2007.
- Hasunen, Kaija – Kalavainen, Marja – Keinonen, Hilikka – Lagstöm, Hanna – Lyytikäinen, Arja – Nurttila, Annika – Peltola, Terttu – Talvia, Sanna 2004: Lapsiperhe ja ruoka: Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Heinola, Kaisa – Koivurova, Tuula – Niskasaari, Marja – Rantala, Anita – Sulasalmi, Sirpa – Tokola, Sinikka – Tähtinen, Tanja 2006: Taitojen oppiminen/demonstrointi. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 57 – 64.
- Heinonen, Liisa 2006: Minkäläistä ruokaa diabeetikolle suositellaan? Terveysportti. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=dia00601>. Luettu 10.11.2006.
- Heinonen, Liisa 2006a: Minkäläistä ruokaa diabeetikolle suositellaan? Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 110 – 112.
- Heinonen, Liisa 2006b: Erilaisten ravintoaineiden tarve. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 115 – 122.
- Heinonen, Liisa 2006c: Diabetes, lihavuus ja syömishäiriöt. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 151 – 152.
- Heinonen, Liisa 2007: Diabeetikon syömisestä käytännön suunnittelu. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.4.2007. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat_tm.p.Naytaartikkeli?p_artikkeli=dia00611>. Luettu 26.2.2007.
- Helminen Tiina – Viteli - Hietanen, Mervi (toim.) 2002: Tyypin 1 diabetes – opas nuoruustyypin diabeetikolle. Diabetesliiton D-oppaat. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hentinen, Maija – Kyngäs, Helvi 1998: Factors associated with adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing* (7). 316 – 324.
- Hämäläinen, Mari – Kalavainen, Marja – Kaprio, Eero A. – Komulainen, Jorma - Simonen, Ritva 2006: Lapsen diabetes – opas perheelle. Diabetesliiton D-oppaat. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Härmä-Rodríguez, Sari – Komulainen, Jorma – Lounamaa, Raisa – Sipilä, Ilkka – Vuolle, Eija 2003: Lasten diabeteksen hyvän hoidon laatuksikriteerit. DEHKO-raportti. Tampere: Diabetesliitto.
- Ilanne-Parikka, Pirjo, Ruusanen, Eija 2004: Hiilihydraattien arviointiin enemmän huomiota 1 tyypin diabeetikon hoidossa. *Suomen lääkäri-lehti* 59 (34). 3054 – 3057.
- Ilanne-Parikka, Pirjo 2006: Alkoholien käyttö ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 180 – 181.
- Ilanne-Parikka, Pirjo - Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa Tapani (toim.) 2006: Diabetes. Helsinki: Duodecim.

- Iso-Kivijärvi, Marketta – Keskitalo, Outi – Kukkola, Katja – Ojala, Pia – Olsbo, Annikki – Pohjola, Mervi – Väänänen, Helena 2006: Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 10 – 18.
- Kallioniemi, Suvi 1994: 7 – 12-vuotiaina sairastuneiden lasten sopeutuminen diabetekseen. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopiston psykologian laitos.
- Kangas, Tero 2006: Kaksipistohoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 294 – 295.
- Kankaala, Jaana – Kaukua, Ines – Määttä, Merja – Simula, Maarit – Suomela, Anne – Virranniemi, Saija – Vänntilä, Pirkko-Liisa 2006: Sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 32 – 43.
- Kaprio, Eero A. – Härmä-Rodrigues, Sari 2006: Lapsidiabeetikon sopiva syöminen. Terveysportti. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/e_kirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=dia01507>. Luettu 10.1.2007.
- Kettunen, Tarja 2001: Neuvontakeskustelu: tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kiviniemi, Marjaana – Saha, Marja-Terttu 2005: Murrosikäinen tarvitsee perheen tukea ja vanhempien osallistumista omahoitoon. Diabetes ja lääkäri 34 (3). 6 – 14.
- Kontio, Tarja – Kukkonen, Johanna – Leiviskä, Reija – Leskinen, Iris – Murto, Jaana – Mustonen, Terhi – Nenonen, Eeva – Orpana, Hanna-Maria – Pekkinen, Nina – Törmä, Anne 2006: Puhelinohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 77 – 84.
- Korkiakangas, Mirja 2005: Perheen voimavaroja etsimässä – tapaustutkimus asiakaslähteisistä työorientaatioista lastensuojelun perhetyössä. Lisensiaatintyö. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kovanen, Päivi 2004: Lapsi- ja perhekeskeinen työskentely ei ole itsestään selvää. Verkkodokumentti. Päivitetty 18.9.2007. <<http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2004/12/tiedote-2007-09-18-16-26-20-727242/>>. Luettu 24.9.2007.
- Kyngäs, Helvi 1993: Itsensä hoitaminen: Elämäntapa, hengissä säilymisen ehto vai merkityksetön asia. Tutkimus 13 – 17-vuotiaiden diabeetikonuorten hoitoon sitoutumisesta. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kyngäs, Helvi 1995: Diabeetikonuoren hoitoon sitoutuminen: Teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Oulu: Oulun yliopiston hoitotieteen laitos.

- Kyngäs, Helvi 2001: Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutuminen. Suomen lääkirilehti 56 (3). 265 – 267.
- Kyngäs, Helvi 2006: Pitkäaikaisesti sairailta hoitoon sitoutumisessa on ongelmia. Verkko-lehti. <<http://www.ppsph.fi/attachment.asp?Section=4681&Item=30001>>. Pohjan piiri 34 (2). 6 – 7.
- Lahtinen, Mari 2006: Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 6 – 9.
- Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.) 2006: Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala.
- Marttila, Jukka 2006: Perheen yhteinen sairaus. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 30 – 32.
- Mayer-Davis, Elizabeth J. – Nichols, Michele – Liese, Angela D. – Bell, Ronny A. – Dabelea, Dana M. – Johansen, Judy M. – Pihoker, Catherine – Rodriguez, Beatriz L. – Thomas, Joan – Williams, Desmond 2006: Dietary Intake among Youth with Diabetes: The Search for Diabetes in Youth Study. Journal of the American Dietetic Association 106 (5). 689 – 697.
- Nuutinen, Helena 2005: Empowerment: Asiantuntijuudet kohtaavat. Diabetes ja lääkäri 34 (2). 42 – 46.
- Näntö-Salonen, Kirsti – Kinnala, Anne – Keskinen, Päivi – Putto-Laurila, Anne – Ruusu, Päivi – Saha, Terttu-Maija 2004: Tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoito – kahdenlaisen tasapainon tavoittelua. Suomen lääkirilehti 59 (5). 387 – 392.
- Pelkonen, Marjaana – Hakulinen, Tuovi 2002: Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14 (5). 202 – 212.
- Piira, Olli-Pekka 2006: Diabetes, tyyppi 1. Poliklinikka.fi. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.06.2006. <<http://www.poliklinikka.fi/?page=1152604&id=1826400>>. Luettu 19.2.2007.
- Pyörälä, Eeva 2000: Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. Helsinki : Helsingin yliopisto.
- Pyörälä, Eeva 2001: Vuorovaikutuksen haasteet lasten ja nuorisoikäisten diabeetikkojen neuvontatilanteissa. Diabetes ja lääkäri 30 (3). Verkko-lehti. <http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=508>.
- Raappana, Seija 2007: Vanhempien osallistuminen diabetesta sairastavan nuoren omahoitoon. Diabetes ja lääkäri 36 (2). 28 – 30.

- Raappana, Seija – Åstedt-Kurki, Päivi – Tarkka, Marja-Terttu – Paavilainen, Eija - Pounonen-Immonen, Marita 2002: Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikonuorten kokemana. *Hoitotiede* 14 (2). 74 – 85.
- Reinanen, Antti – Winell Klas 2005: Diabetes barometri 2005. Tampere. Suomen diabetesliitto ry. Kirjapaino Hermes 2006.
- Ruuskanen, Eija 2006: Ruuan ja monipistoshoidon yhteensovittaminen. Teoksessa Helminen, Tiina (toim.): Tyypin 1 diabetes – Ensitietoa tyypin 1 diabeteksestä eli nuoruustyypin diabeteksestä. Tampere: Suomen diabetesliitto ry. 16 – 19.
- Saraheimo, Markku – Kangas, Tero 2006: Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 11 – 12.
- Saraheimo, Markku 2006: Diabeteksen oireet. Terveysportti. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.1.2006. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=dia00201>. Luettu 10.11.2006.
- Simell, Olli 2005: Ongelmista opiksi – raikkaita tuulia nuorten potilaiden ohjaukseen. *Suomen lääkirilehti* 60 (8). 891.
- Soini, Sirkka 1999: Epilepsianuorten hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Sorsa, Marjo 2004: Syöpää sairastavien lasten perheiden toimivuus sekä perheiden saama ja odottama tuki. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Toljamo, Maisa 1999: Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Väitöskirja. Verkkodokumentti. <<http://herkules.oulu.fi/isbn-9514251180/isbn9514251180.pdf>>. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tulokas, Sirkku – Ojanen, Markku – Koivisto, Anna-Maija – Pasternack, Amos 2005: Nuorten diabeetikojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. *Suomen lääkirilehti* 60 (8). 893 – 898.
- Tulokas, Sirkku 2006: Nuoren diabeetikon ruokavalio. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirkko – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Helsinki: Duodecim. 368 – 369.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2006: Ruokamallikuvat. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.3.2006. <http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Kuvat_SU.htm>. Luettu 23.9.2007.
- World Health Organization 2003: Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus.

World Health Organization 2006: Vain puolet pitkäaikaispotilaista noudattaa lääkärin antamia hoito-ohjeita sääntillisesti. Verkkolehti. <<http://www.ppsHP.fi/attachme nt.asp?Section=4681&Item=30001>>. Pohjan piiri 34 (2). 8 – 9.

Winell, Klas 2005: Diabeteksen hoidon laatu. DEHKO-raportti. Tampere: Diabetesliit to.

JOIDENKIN RUUKIEN HIILIHYDRAATTI-, RASVA- JA KALORIMÄÄRIÄ.

(Mukailtu Heinonen 2006b: 118-121).

Ruokaryhmä	Ruoka	Ruon määrä	Hiilihydraatteja (g)	Rasvaa (g)	Energiaa (kcal)
Aamiaishiutaleet, leipä, puuro	Maitopuuro (rasvaton maito)	1 dl	15	0	85
	Murot (maissi tai riisi)	1 dl	10	0	50
	Sämpylä	1 kpl (60 g)	30	0	150
	Pehmeä leipä, ohut viipale	20 g	10	0	50
	Reissumies	1 pala	15	0	75
Lounas- ja pääruokia	Broilerin rintaleike, nahaton	200 g	0	4	270
	Liha- ja broileripyörykät	3 kpl (50 g)	4-6	7	110
	Kalapuikot	2 kpl (50 g)	5	5	100
	Nakki	1 kpl (35 g)	0	6	80
Pääruoan lisänä tarjottava ruoka	Keitetty makaroni tai spagetti	1 dl	15	0	75
	Peruna, keskikokoinen	80g	15	0	75
	Perunasose	1 dl	15	1	80
	Riisi, keitetty	1 dl	15	0	75
Maitovalmisteet	Maito tai piimä, rasvaton	2 dl	10	0	70
	Jogurtti, sokeroitu, 2,5 % rasvaa	1 dl	15	2	90
	Viili, kevyt	2 dl	10	5	110
	Kermajäätelö	1 dl	10	5	95
Hedelmät, marjat	Ananas	100 g	10	0	40
	Appelsiini	100 g (1 kpl)	10	0	40
	Banaani	100 g (1 kpl)	20	0	80
	Omena keskikokoinen	100 g (1 kpl)	10	0	40

DIABEETIKON RUOKAPÄIVÄKIRJA

NIMI: Doris Diabeetikko

Päivämäärä	Klo	Paikka	Ruoat, välipalat, naposteltavat, juomat ja niiden laatu sekä valmistustapa (onko käytetty rasvaa)	Määrä/annoksen koko
28.9.07	8.00	Koti	Tee	1,5 dl
			Sokeri	2 tl
			Kaurapuuro	1 lautasellinen
			Vaasan ruispalat	1 puolikas
			Juusto 17 %	2 viipaletta
			Maalaispalvikinkku 3 %	2 viipaletta
	10.30	Koulu	Omena	1 keskikokoinen
	12.15	Koulu	Lihapullat	6 kpl
			Kuorittu peruna	3 kpl keskikokoisia
			Rasvaton maito	3 dl
			Yrttinen salaattinkastike	1 tl
			Porkkanaraaste	1 dl
			Salaatti	1 dl
	14.30	Koti	Kaakao	1,5 dl
			Grahamsämpylä	1 kpl
			Juusto 17 %	2 viipaletta
	18.00	Koti	Seitikeitto, sisältää maitoa	1 lautasellinen
			Vaasan ruispalat	2 puolikasta
			Oivariini, pehmeästi levittyvä	2 rkl
			Rasvaton maito	3 dl
	21.00	Koti	Mansikka jogurtti	2 dl
			Rasvaton maito	1,5 dl
			Grahamsämpylä	1 kpl
			Juusto 17 %	1 viipale

VAUVAPERHEEN ARJEN VOIMAVARAT

Hyvä äiti ja isä

Vauvaperheen elämään sisältyy monenlaisia ilonaiheita, mutta välillä arki voi olla melko rankkaa. Vanhemmat voivat hyötyä siitä, että he joskus kii-reenkin lomassa pysähtyvät pohtimaan omaa elämäänsä ja keskustele-maan siitä yhdessä. Tästä hyötyvät yleensä myös lapset ja näin koko perhe.

Tähän lomakkeeseen on koottu vauvaperheille keskeisiä asioita, jotka voivat olla perheelle voiman lähteitä tai arkea kuormittavia. Lomakkeen avulla voit tarkastella tekijöitä, jotka sinun tai perheesi elämässä tällä hetkellä **antavat voimia** (lomakkeen vaihtoehdot täysin tai osittain samaa mieltä) tai **kuormittavat arkea** (täysin tai osittain eri mieltä). Tunnistaessasi näitä tekijöitä sinun on helpompi miettiä mahdollisesti tarvittavia muutoksia suhtautumis- ja toimintatavoissasi. Halutessasi voit keskustella perheesi voimavaroista myös neuvolassa. Mikäli olet yksinhuoltaja, täytä lomake soveltuvin osin.



Rengasta joka kohdassa neljästä vaihtoehdosta yksi, joka vastaa parhaiten elämäntilannettasi.

Lomakkeen täytti: Äiti ___ Isä ___ Äiti ja isä yhdessä ___ (Äidille merkintä X ja isälle O)

Lapsen ikä: _____ kuukautta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Vauvan syntymän jälkeinen uusi elämäntilanne				
Olen kyennyt riittävästi työstämään raskauteen ja synnytykseen liittyviä asioita.....	1	2	3	4
Olen saanut riittävästi tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta	1	2	3	4
Olen osannut varautua vauvan tuomiin elämänmuutoksiin	1	2	3	4
Otamme vauvan tarpeet huomioon perheemme ajankäytössä..	1	2	3	4
Työn ja perhe-elämän yhdistäminen sujuu vaivattomasti	1	2	3	4
Kotimme sopii lapsiperheelle	1	2	3	4
Asuinympäristömme on lapsiystävällinen ja turvallinen	1	2	3	4
Vanhemmuus ja vauvan hoito				
Minulla on riittävästi aikaa olla vauvan kanssa	1	2	3	4
Minun on yleensä helppoa ymmärtää vauvan tarpeita	1	2	3	4
Uskallan käsitellä vauvaa kohtaan tuntemiani kielteisiä tunteita.....	1	2	3	4
Vauvan luonne/temperamentti vastaa odotuksiani	1	2	3	4
Tietoni vanhemmuudesta ovat riittävät	1	2	3	4
Minulla on monia mukavia hetkiä vauvan kanssa	1	2	3	4
Osaan hoitaa vauvaani	1	2	3	4
Imetys sujuu odotetusti	1	2	3	4
Pystyn käsittelemään epävarmuuden tunteitani	1	2	3	4
Vanhemmuus on odotusteni mukaista	1	2	3	4
Tunnen olevani riittävän hyvä vanhempi	1	2	3	4
Tunnistan itsessäni asioita, joissa voisin kehittyä vanhempana	1	2	3	4
Voin tarvittaessa keskustella omien vanhempieni kanssa vanhemmuudesta	1	2	3	4
Parisuhde				
Välillämme on hyvä keskusteluyhteys	1	2	3	4
Meillä on riittävästi yhteistä aikaa	1	2	3	4
Suhteemme on läheinen	1	2	3	4
Pystymme keskustelemaan seksuaalielämästämme	1	2	3	4
Osaamme riidellä ja sopia	1	2	3	4
Osoitamme toisillemme hellyyttä	1	2	3	4
Olen tyytyväinen parisuhteeseeni	1	2	3	4
Kotityöt jaetaan perheessämme oikeudenmukaisesti	1	2	3	4
Vuorottelemme aika ajoin vauvan hoidossa	1	2	3	4
Pyrimme tekemään mukavia asioita yhdessä	1	2	3	4

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Perheen tukiverkosto				
Saamme tarvittaessa apua isovanhemmilta	1	2	3	4
Meillä on apua antavia naapureita tai tuttavuuksia	1	2	3	4
Tarvitessani saan tukea läheiseltä henkilöltä	1	2	3	4
Saamme tukea muilta lapsiperheiltä	1	2	3	4
Meidän on mahdollista saada lastenhoitoapua	1	2	3	4
Paikkakunnallamme on riittävästi lapsiperheille tarkoitettuja palveluja	1	2	3	4
Perheen terveys ja elämäntavat				
Vanhempien terveys on hyvä	1	2	3	4
Huolehdimme terveydestämme	1	2	3	4
Kenelläkään ei ole huolta aiheuttavaa sairautta tai vammaa ..	1	2	3	4
Perheenjäsenet ovat enimmäkseen hyvällä tuulella	1	2	3	4
Perheemme elämäntavat virkistävät meitä	1	2	3	4
Kenenkään perheenjäsenen päihteiden käyttö ei aiheuta huolta.....	1	2	3	4
Tunnen itseni useimmiten virkeäksi	1	2	3	4
Minulla on mieluisia harrastuksia	1	2	3	4
Meillä on riittävästi perheen yhteistä aikaa	1	2	3	4
Nukun riittävästi	1	2	3	4
Perheellämme on huumorintajuja	1	2	3	4
Perheen tulevaisuudennäkymät				
Perheemme taloudellinen tilanne on turvattu	1	2	3	4
Perheessämme ei ole pelkoa työttömyydestä	1	2	3	4
Perheemme tulevaisuudennäkymät ovat valoisat	1	2	3	4
Hengelliset tai henkiset asiat antavat meille voimaa.....	1	2	3	4
Meillä on riittävät voimavarat selvitä tässä elämäntilanteessa	1	2	3	4

Mitkä muut tekijät antavat perheelle voimia?

Mitkä muut tekijät kuormittavat perhettä?

Lomakkeen käyttöoikeus pyydettyä Tuovi Hakulinen-Viitaselta. Osoite: Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, Laurea-ammattikorkeakoulu, Ratatie 22, 01300 Vantaa, s-posti: tuovi.hakulinen-viitanen@laurea.fi