



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

Elämäntapaohjaus tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä - kirjallisuuskatsaus eurooppalaisiin tutkimuksiin



Palkama, Tarja

2008 Tikkurila

Laurea- Ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Elämäntapaohjaus tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä -
kirjallisuuskatsaus eurooppalaisiin tutkimuksiin

Tarja Palkama
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2008

Laurea-Ammattikorkeakoulu
Tikkurila
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyö

Tarja Palkama

Elämäntapaohjaus tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä - kirjallisuuskatsaus eurooppalaisiin tutkimuksiin

Vuosi 2008

Sivut 42+ 19

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja elämäntapaohjaukseen liittyvää eurooppalaista tutkimusta ja minkälaisia tuloksia kyseisissä tutkimuksissa on saavutettu. Tavoitteena oli samalla perehtyä ja syventyä elämäntapaohjaamisen mahdollisuuksiin tyypin-2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja saada voimavaroja ohjaamistyöhön terveyden-/sairaanhoitajana.

Tutkielmassa etsittiin vastauksia kysymyksiin: Mistä näkökulmasta elämäntapaohjausta on tutkittu? Millä menetelmillä on ohjattu? ja Mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille?

Aineiston keruumenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Aineisto kerättiin kansainvälisistä lääke- ja hoitotieteen tietokannoista. Lopulliseen analyysiin valittiin 11 tutkimusartikkelia, joista viisi oli alkuperältään suomalaisia, viisi englantilaisia ja yksi tanskalainen. Kaikki artikkelit käsittelivät tyypin 2 diabetesta ja elämäntapaohjausta. Tutkimusaineistoon perehdyttiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Elämäntapaohjaamisen tutkimusnäkökulmista syntyi kolme alakategoriaa, joita olivat ohjaaja, asiakas ja elämäntapaohjaaminen. Ohjausmenetelmiä kuvaavia yläkategorioita muodostui 11 ja niitä olivat kertaohjaus ja seuranta, toistuvat ohjauskerrat ja seuranta, valistusmateriaalin antaminen, yksilöllinen neuvonta, perustelemine, tavoitteellinen toiminta, motivoivan haastattelumenetelmän käyttäminen ja muutosvaihemallin hyödyntäminen, muutoksen esteiden kartoittaminen, asiakkaan omiin kykyihin luottamisen mittaaminen sekä taloudellinen kannustaminen liikuntaan. Elämäntapaohjaamisen tutkimustuloksista muodostui viisi pääluokkaa; elämäntapaohjaamisen lähtökohdat, asiakkaasta johtuvat elämäntapamuutosta edistävät ja estävät tekijät sekä ohjaajasta johtuvat elämäntapamuutosta edistävät ja estävät tekijät. Lopullisena johtopäätöksenä syntyi onnistuneen elämäntapaohjaamisen prosessin kuvaus tai ideaalimalli, jossa osatekijöinä ovat ohjaaja, asiakas ja elämäntapaohjaamisen lähtökohdat. Onnistuneen ohjausprosessin tuloksena on pysyvä asiakkaan elämäntapojen muutos ja lopulta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ja jopa pysyvä tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin lasku. Ohjaajasta, asiakkaasta tai elämäntapaohjauksen lähtökohdista johtuvat häiriötekijät ohjaustilanteessa voivat aiheuttaa asiakkaan repsahduksen tai epäonnistumisen elämäntapamuutosprosessissa.

Avainsanat: tyypin 2 diabetes, elämäntapaohjaus, elämäntapojen muutos, ennaltaehkäisy

Laurea University of Applied Sciences
Tikkurila Unit
Degree Programme of Nursing /Health Care
Bachelor of Health Care

Tarja Palkama

Life style counselling in type 2 diabetes prevention - a literature review to European research articles

Year 2008

Pages 42+19

The purpose of this bachelor thesis was to describe the European research concerning type 2 diabetes prevention and life style counselling. The objective was to study and get a view on the chances of lifestyle counselling in type 2 diabetes prevention and also get professional resources for counselling as a nurse.

The thesis was conducted as a literature review. The final analysis included 11 research articles; five English, five Finnish and one Danish. All research articles related to type 2 diabetes and life style counselling. The material was analysed by using qualitative, inductive content analysis. The answers for following study questions were looked for: In what point of view life style counselling has been researched? What counselling methods have been used? What kind of study results are represented in research articles related to life style counselling?

According to the analysis the answers to the study questions were found. The life style counselling research articles could be placed into three categories according to the research approach as follows: counsellor, customer and lifestyle counselling. There were also found 11 counselling methods as follows: a single meeting and a follow-up in achieving the goals, multiple meetings and a follow-up in achieving the goals, giving literary information material, individual counselling, argumentation, goal orientated actions, use of motivational interviewing method, use of transtheoretical process of change model, measuring of customer's confidence on his/her abilities and giving economic support for sport. The results of life style counselling research were placed to five unifying head categories as follows: the life style counselling circumstances, the customer related inhibitors and exhibitors for life style change and counsellor related exhibitors and inhibitors for life style change. The final conclusion of the study is described by ideal life style counselling model which is formed by customer, counsellor and lifestyle counselling circumstances. The successful counselling process results in a customer's success in life style changes and prevention of type 2 diabetes and life-long lower risk of getting ill. Any disturbances in counselling related factors, counsellor, customer or life style counselling circumstances can cause the relapse or unsuccess in a life style change process.

Key words: type 2 diabetes, life style counselling, life style change, prevention

Sisällys

1. Johdanto	<u>5</u>
2. Tyypin 2 diabeteksen ilmeneminen	<u>6</u>
3. Ennaltaehkäisevä toiminta Euroopassa	<u>8</u>
4. Elämäntapamuutokset ennaltaehkäisijöinä	<u>9</u>
4.1 Tarvittavat muutokset ravitsemus ja liikuntatottumuksissa	<u>10</u>
4.2 Elämäntapamuutosten vaiheet	<u>10</u>
5. Elämäntapamuutokset ja ohjaus	<u>11</u>
5.1 Näkökulmia ohjaamiseen	<u>12</u>
5.2 Ohjaus elämäntapojen muutoksessa	<u>14</u>
6. Opinnäytetyön toteuttaminen	<u>16</u>
6.1 Kirjallisuuskatsaus	<u>16</u>
6.2 Sisällönanalyysi	<u>19</u>
6.3 Aineiston pelkistäminen ja luokittelu	<u>20</u>
6.4 Tulosten luotettavuus	<u>23</u>
7. Opinnäytetyön tulokset	<u>24</u>
7.1 Elämäntapaohjaamista kuvaavien tieteellisten artikkelien tutkimusnäkökulmat	<u>24</u>
7.2 Tieteellisissä artikkeleissa ilmenneet ohjausmenetelmät	<u>26</u>
7.3 Elämäntapaohjaukseen liittyviä tuloksia	<u>28</u>
7.3.1 Elämäntapaohjaamisen lähtökodit	<u>28</u>
7.3.2 Ohjaajasta ja asiakkaasta johtuvat elämäntapamuutosta edistävät ja estävät tekijät	<u>30</u>
8. Johtopäätökset ja pohdinta	<u>34</u>
Lähdeluettelo	<u>40</u>
Liitteet	<u>43</u>

1. Johdanto

Tyypin 2 diabetes lisääntyy Suomessa, Euroopassa ja koko maailmassa. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan Euroopassa on vuonna 2030 48 miljoonaa diabeetikkoa. Vuonna 2003 Euroopan Unionin kärkimaita diabeteksen esiintyvyyden suhteen olivat Saksa (10,2 %), Itävalta (9,6 %), Unkari (9,7 %), Espanja (9,8 %) Malta (9,2 %), Latvia (9,9 %), Liettua (9,4 %) Viro (9,9 %), Puola (9,0 %), Tšekki (9,5 %). Vähiten Euroopan maista (alle 4 %) diabetesta esiintyi vuonna 2003 Hollannissa, Englannissa, Irlannissa, Luxemburgissa ja Belgiassa. Suomessa esiintyvyys oli 7,2 % väestöstä vuonna 2003. (IDF, Diabetes e-atlas.) Noin 85-95 prosenttia kaikista diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta. (IDF).

Tärkein syy tyypin 2 diabeteksen esiintymisen lisääntymiseen on väestön ikääntymisen ja perintötekijöiden lisäksi elämäntapa- ja terveystyyttymisen muutoksista johtuva ylipainon esiintyvyyden kasvu. Tyypin 2 diabetekseen liittyy jo vuosia ennen sairastumista insuliinin tehottomuus eli insuliiniresistenssi sekä useimmiten metaboolinen oireyhtymä. Vaikka, tauti puhkeaa yleensä yli 40-vuotiaana myös yhä nuoremmat sairastuvat 2 tyypin diabetekseen ympäri maailman. Syy tähän on sama kuin aikuisilla eli ylipainon esiintyvyyden lisääntyminen. Ilmiö on levinnyt myös kehitysmaihin länsimaisen elämäntyylin leviämisen vuoksi. (IDF, Diabetes Atlas 2003:19.)

Suomalaisen diabeteksen ennaltaehkäisyn tutkimusryhmän eli DPS-ryhmän mukaan tarvitaan kiireellisesti koko maailman väestön tasoista strategiaa taistelussa 2 tyypin diabeteksen maailmanlaajuisen esiintyvyyden leviämistä vastaan, mutta myös yksilöllinen lähestymistapa korkean sairastumisriskin omaavien ihmisten elämäntapaohjaamiseen on taattava. (Lindström ym. 2006:1678.)

Esimerkki ennaltaehkäisevästä toiminnasta Euroopan Unionin tasolla suoritettavista konkreettisista toimista tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä on Unionin osittain rahoittama DEPLAN 2005–2007 hanke, jossa toteutetaan DPS tutkimukseen pohjautuva riskiryhmien elämäntapaohjausinterventio. Tavoitteena on löytää erilaisissa kulttuureissa vaikuttavia, ja järjestelmällisesti sekä laaja-alaisesti toteutettavia käytäntöjä, joita voidaan käyttää myös muiden kroonisten tautien ehkäisyyn. (Peltonen 2006:15.) Suomessa kansallinen DEHKO:n ehkäisyohjelmaa toteuttava DEHKO:n 2D -hanke (2003–2007) eli FIN-D2D keskittyi tyypin 2 eli aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyyn. (Diabetesliitto)

Tiedetään että, tyypin 2 diabetesta voidaan tehokkaasti ehkäistä lääkehoidon lisäksi tai jopa sijasta elämäntapa eli ravinto- ja liikuntatottumusten muutoksella. Elämäntapaohjaus sairastumisriskin alaisien henkilöiden seulonnan lisäksi on tärkeää ja tuloksellista. (Knowler 2002, Pan ym. 1997) Elämäntapaohjaus on terveyden edistämistä ja tärkeä hoitotyön menetelmä.

Ohjauksen tavoitteena on tukea asiakasta pysyviin elämäntapojen muuttamiseen Asiakaan voimaantuminen (empowerment) eli voiman tunnon lisääntyminen mahdollistaa elämäntapamuutoksessa onnistumisen. Voimaantuminen on prosessi tai tapahtumasarja, jonka kannalta toimintaympäristön olosuhteet voivat olla merkityksellisiä, ja tämän vuoksi voimaantuminen voi olla jossain tietyssä ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa. (Siitonen 1999:181.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata eurooppalaisissa tieteellisissä artikkeleissa julkaistua tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja elämäntapaohjaukseen liittyvää tutkimusta ja minkälaisia tuloksia kyseisillä tutkimuksilla on saavutettu. Tavoitteena oli samalla perehtyä ja syventyä elämäntapaohjaamisen mahdollisuuksiin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja saada voimavaroja ohjaamistyöhön terveyden-/sairaanhoitajana. Opinnäytetyön aihe on peräisin Laurea ammattikorkeakoulun ja pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistyksen yhteistyöhön perustuvasta 2- tyypin diabeteksen ”Eväät omahoitoon hankkeesta”, johon osallistuin vapaavalinnaisissa opinnoissani.

Tutkielmassa etsittiin vastauksia kysymyksiin:

- 1 Mistä näkökulmasta elämäntapaohjausta on tutkittu?
- 2 Millä menetelmillä on ohjattu?
- 3 Mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille?

Suoritetussa aineiston sisällönanalyysissä ilmeni erilaisten tutkimusnäkökulmien ja ohjausmenetelmien lisäksi erilaisia elämäntapaohjausprosessin osatekijöitä, jotka vaikuttavat ohjausprosessin onnistumiseen.

2. Tyypin 2 diabeteksen ilmeneminen

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille yhteistä on kohonnut veren sokeripitoisuus. Diabeteksen päämuodot ovat tyypin 1 eli nuoruustyyppin diabetes ja tyypin 2 eli aikuistyyppin diabetes. Tyypin 2 diabetes on noin 80 % tapauksista useimmiten osa metaboolista oireyhtymää. Tyypin 2 diabeteksessa on kyse insuliinin puutoksesta tai insuliinin vaikutuksen heikentymisestä eli insuliiniresistenssistä ja samanaikaisesta riittämättömästä insuliinierityksestä. Tyypin 1 diabetes johtuu haiman insuliinia tuottavien solujen vaurioitumisesta ja siitä aiheutuvasta insuliinin puutoksesta. (Ilanne-Parikka ym. 2003:7.)

Tyypin 2 diabetes on alkuun salakavalasti pitkään oireeton tai vähäoireinen, mistä syystä se usein todetaan vasta lisäsairauksien ilmaannuttua, esimerkiksi infarktin yhteydessä. (Ilanne-Parikka ym. 2003:15). Korkea verensokeritaso aiheuttaa vuosien myötä vaurioita eli elinmuu-

toksia silmiin (retinopatia), hermoihin (neuropatia) ja munuaisiin (nefropatia). Diabetekseen liittyy myös verisuonimuutokset (angiopatia) ja siten lisääntynyt riski sydän- ja verisuonisairauksiin. Siksi verenpaine- ja verenrasva-arvojen pitää olla kunnossa. (Ilanne-Parikka ym. 2003:7.)

Tyypin 2 diabeteksessa esiintyy jo vuosia ennen sairastumista insuliinin tehottomuus eli insuliiniresistenssi. Se tarkoittaa, että insuliinin säätelemä glukoosin siirtyminen verestä soluihin on häiriintynyt. Haiman solusaarekkeet pyrkivät kompensoimaan tämän tuottamalla lisää insuliinia. Ajan mittaan insuliinia valmistavat solut väsyvät, minkä seurauksena verensokeri nousee, ja diabetes puhkeaa. Insuliinin tuotanto heikkenee vuosien kuluessa, jolloin jossain vaiheessa hoidoksi tarvitaan myös insuliinia. Noin kolmasosalla ihmisistä on perinnöllinen taipumus tyypin 2 diabetekseen. Taipumus voi muuttua diabetekseksi lihomisen, etenkin keskivartalolihavuuden, ja vähäisen liikunnan yhteydessä. Keski-ikäisillä ihmisillä, joilla on 15 kiloa tai enemmän ylipainoa, vaara sairastua diabetekseen on 10-20-kertainen normaalipainoisiin verrattuna. (Duodecim.)

Heikentynyttä sokerinsietoa lisää metabolinen oireyhtymä eli MBO. Metaboliseen oireyhtymään liittyy sokeriaineenvaihdunnan häiriön sekä muiden tekijöiden lisäksi usein sepelvaltimotauti sekä aivovaltimoiden ja muiden suurien valtimoiden sairastuminen. (Ilanne - Parikka ym. 2003:9, 20.)

International Diabetes Federationin vuoden 2005 konsensuksen mukaiset metabolisen oireyhtymän diagnostiset kriteerit ovat (Vanhala 2007):

A. Keskivartalolihavuus: vyötärön ympärysmitta eurooppalaisella miehellä ≥ 94 cm ja naisella ≥ 80 cm sekä

B. Vähintään kaksi seuraavista tekijöistä:

- 1 Suuri seerumin triglyseridipitoisuus: fS-Trigly ≥ 1.70 mmol/l tai spesifinen hoito tähän lipidipoikkeavuuteen
- 2 Pieni seerumin HDL-kolesterolipitoisuus: fS-Kol-HDL < 1.03 mmol/l miehillä, < 1.29 mmol/l naisilla tai spesifinen hoito tähän lipidipoikkeavuuteen
- 3 Kohonnut verenpaine: systolinen paine ≥ 130 mmHg tai diastolinen paine ≥ 85 mmHg tai hoito aiemmin diagnosoituun kohonneeseen verenpaineeseen
- 4 Kohonnut plasman paastosokeri: fP-Gluk ≥ 5.6 mmol/l tai aiemmin diagnosoitu aikuis-tyypin diabetes. Jos arvo on yli 5.6 mmol/l, oraalisen sokerirasituksen suorittamista suositellaan vahvasti, mutta se ei ole välttämätön oireyhtymän toteamiseksi.

Muita tärkeitä tunnusmerkkejä ja diagnoosia vahvistavia löydöksiä ovat

- Sukurasite: I asteen sukulaisella on tyypin 2 diabetes.
- Lihavuus: painoindeksi (BMI) vähintään 30 kg/m²
- Poikkeava glukoosirasituskokeen tulos: heikentynyt glukoosinsieto (impaired glucose tolerance = IGT) tai tyypin 2 diabetes (non-insulin-dependent diabetes = NIDDM) WHO:n kriteerien perusteella
- Hyperurikemia: fS-Uraat miehillä vähintään 450 µmol/l, naisilla vähintään 340 µmol/l
- Mikroalbuminuria: vuorokausivirtsan albumiini vähintään 20 mg/vrk
- Hyperinsulinemia: paastoplasman insuliini vähintään 13.0 mU/l (78 pmol/l).

Maailman terveysjärjestö (WHO 2006:3) on päivittänyt suosituksensa laatimistaan yleismaailmallisista diabeteksen diagnoosikriteereistä viimeksi vuonna 2006 (liite 2). Myös suomessa noudatetaan kyseistä ohjeistusta. Diabetes diagnoosin kriteerinä on, että "verensokeri" eli veriplasman glukoosipitoisuus on pysyvästi yön paaston jälkeen 7,0 mmol/l tai sitä suurempi. Normaalin verensokerin yläraja on 6,0 mmol/l. Jos paastoverensokeri on 6,1-6,9 mmol/l, tilaa kutsutaan "heikentyneeksi paastosokeriksi".

Käytännössä metabolisen oireyhtymän tai diabeteksen diagnosoinnissa käytetään glukoosikoetta eli sokerirasituskoetta, jossa verensokeri mitataan kaksi tuntia sen jälkeen, kun on nautittu 75 grammaa glukoosia. Jos kahden tunnin arvo on yli 11 mmol/l, on kyseessä diabetes. Jos kahden tunnin arvo on välillä 7,8-11,0 mmol/l, tilaa nimitetään heikentyneeksi glukoosin siedoksi. (Duodecim.)

3. Ennaltaehkäisevä toiminta Euroopassa

Suomessa kansallinen DEHKO:n ehkäisyohjelmaa toteuttava DEHKO:n 2D -hanke (2003-2007) eli FIN-D2D keskittyi tyypin 2 eli aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyyn. Ehkäisyohjelma on viitoittanut hankkeelle kolme tietä, joita ovat väestöstrategia eli lihavuuden ja diabeteksen ehkäisy väestötasolla, korkean riskin strategia eli riskiryhmän seulonta ja riskitekijöiden hoito elämäntapaohjauksella varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia eli jo sairastuneiden diabeetikoiden hoitoon ohjaaminen lisäsairauksien ehkäisemiseksi. (Diabetesliitto.)

Esimerkki Euroopan Unionin konkreettisista toimista tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä on Unionin terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston DG SANCO:n osittain rahoittama DE-PLAN 2005-2007 hanke inhimillisen kärsimyksen välttämisen lisäksi hankkeeseen osallistuvien maiden mahdolliset taloudelliset säästöt ovat merkittäviä, jos kymmenen prosenttia uusista tau-

titapauksista vältettäisiin. Suomessa Kansanterveystieteenlaitos osallistuu hankkeeseen ja on pääkoordinaattori DE-PLAN hankkeessa. (Peltonen 2006:15.)

Lääketieteellisiin mittareihin perustuva ja elintapoja kartoittava Suomessa kehitetyt 2 tyypin diabeteksen riskitestin avulla voidaan tavoittaa korkean sairastumisriskin omaavat henkilöt. Kansainvälinen diabetesliitto IFD on ottanut käyttöön kyseisen testin ja testikaavake on käännetty 14 eri kielelle. (liite 3). IDF: n laatima väestöstrategia edellyttää kansallisten diabeteksen ennaltaehkäisy suunnitelmien kehittämistä. IDF käyttää esimerkkinä Suomen diabetesliiton luotsaamaa valtakunnallista DEHKO (diabeteksen ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämishanke) 2000-2010 hanketta, joka seurasi DPS tutkimusta. IDF: n väestöstrategiassa painopiste on ravitsemus interventioissa ja liikunnan lisäämisessä, niin että sairastumisriski laskee kaikissa ikäryhmissä. (Alberti, Zimmet & Shaw 2007:451.)

Keskeisiä Euroopan Unionin keinoja 2 tyypin diabeteksen ennaltaehkäisyssä on jäsenmaiden kansallisten ohjelmien ja hankkeiden sekä kansalaisjärjestöjen toiminnan ohella Komission ensimmäinen 2003-2008 ja toinen 2008-2013 kansanterveyden toimintaohjelma (Valkoinen kirja) ja terveysstrategia (Euroopan unionin virallinen lehti), hankkeiden rahoitus, keskustelualoitteet, asiantuntijafoorumit ja komiteat sekä yhteisen terveystilastoinnin kehittäminen (Vihreä Kirja 2005:637:5-6). Myös EU:n ja kansainvälisten järjestöjen välinen yhteistyö kuten maailman terveysjärjestön WHO:n ja Kansainvälisen diabetes liiton IDF:n kanssa on tärkeässä roolissa 2 tyypin diabeteksen ehkäisyssä. (WHO, Diabetes Action Now.)

Maailman terveysjärjestö WHO käynnisti Diabetes 2004-2006 ohjelman (WHO, Goal of the Diabetes Program) edistääkseen terveyttä aktivoimalla ja tukemalla diabeteksen ja sen aiheuttamien lisäsairauksien ennaltaehkäisyä, valvontaa ja hoitoa erityisesti köyhien maiden osalta. WHO aloitti myös yhteisen toimintaohjelman "Diabetes Action Now" IDF:n kanssa tukemaan diabetesohjelman tavoitteita. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuva raportti diabeteksen ja sen liitännäissairauksien ennaltaehkäisystä, antaa käytännön ohjausta ja tukea kansallisten diabetesohjelmien toteuttamisessa ja internetpohjaisen Diabetes Action Online materiaalipankin ja konsultointikanavan luominen päätöksentekijöille diabetesohjelmien toteuttamiseksi. (WHO, Diabetes Action Now.)

4. Elämäntapamuutokset ennaltaehkäisijoinä

Tiedetään, että tyypin 2 diabetesta voidaan tehokkaasti ehkäistä elämäntapamuutoksilla, eli ravinto- ja liikuntatottumusten muutoksella. Tarvittavat elämäntapamuutokset ovat liikunnan lisääminen ja ravintotottumusten terveellisimmiksi muuttaminen sekä 5-10 % painon pudotuksen painoindeksi eli BMI'n ollessa yli 25. Ehkäisevät toimet ovat erityisen tärkeitä silloin, kun

diabeteksen riski on tavallista suurempi. Tällaisessa vaarassa ovat henkilöt, joiden isällä tai äidillä on tyypin 2 diabetes, ja naiset, joilla on ollut raskauden aikainen diabetes eli gestatiidiabetes. (Ilanne-Parikka ym. 2003:15-17.)

Laakson (2005:365) mukaan lääkehoito on huomattavasti vähemmän tehokas kuin elämäntapaneuvonnan aikaan saamat elämäntapamuutokset estämään heikentyneen glukoosin siedon kehittyminen 2 tyypin diabetekseksi. Lisäksi lääkkeisiin liittyy sivuvaikutuksia ja niiden käyttöä tulee seurata. Tähän saakka tehdyn tutkimuksen perusteella ei Laakson mukaan voida olla varmoja siitä keinosta, jolla 2 tyypin diabeteksen puhkeaminen estetään. Luotettavaa tutkimuksellista näyttöä on kuitenkin elämäntapamuutoksista ensisijaisena keinona 2 tyypin diabeteksen ehkäisyssä.

4.1 Tarvittavat muutokset ravitsemus ja liikuntatottumuksissa

Tärkeimmät elämäntapamuutokset aikuistyyppin diabeteksen vaaran pienentämiseksi ovat 5-10 % laihduttaminen, mikäli henkilöllä on liikapainoa, liikunnan lisääminen ja rasvan ja erityisesti tyydyttyneen rasvan vähentäminen ruokavaliosta. Kovan rasvan osuudeksi suositetaan 7-10 %, rasvan kokonaissaanniksi 25-35 %, hiilihydraattien osuudeksi 50-60 % ja proteiinien osuudeksi noin 15 % ravinnon energiasta. Säännöllinen liikunta laskee verenglukoosiarvoja, lisää HDL-kolesterolitasoa ja vähentää insuliiniresistenssiä, minkä lisäksi se tukee laihtumista ja painonhallintaa. (Yki-Järvinen 2007.)

Terveysliikunnasta annetun yleisen ohjeen mukaan olisi tavoiteltavaa, että jokaiselle aikuiselle kertyisi päivittäin vähintään 30 minuutin ajan kuormitukseltaan reipasta kävelyä vastaavaa liikuntaa. Tällainen liikunta voi kertyä päivän aikana kahdesta tai kolmesta lyhyemmästäkin liikuntatuokiosta. Lihaskunnan ylläpitämiseksi suositellaan myös vähintään kahdesti viikossa liikuntaa, jossa käytetään kaikkia elimistön suuria lihasryhmiä kuormituksella, jossa tarvitaan vähintään kohtalaista lihasvoimaa. Tällaisen suosituksen mukainen liikunta aiheuttaa jo sellaisen viikoittaisen energiankulutuksen, joka täyttää ne vähimmäiskriteerit, joilla tyypin 2 diabeteksen ilmaantumista koskevissa seurantatutkimuksissa on saavutettu sairastumisvaaran pieneneminen. (Miilunpalo 2002.)

4.2 Elämäntapamuutosten vaiheet

Motivaatiolla elämäntapamuutokseen on keskeinen rooli. Viimekädessä vastuu muutoksesta on kuitenkin potilaalla. Millerin ja Rollnickin (2002:34-35) mukaan asiakkaan oma vastuu muutok-

sesta perustuu yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Kuka tahansa pystyy muuttamaan, mutta muutos lähtee asiakkaan sisäisestä motivaatiosta.

Tunnetuin elämäntapa muutoksen vaiheita kuvaava teoria on Prochaskan ja DiClimenton transteoreettinen muutosvaihemalli, jonka he kehittivät vuonna 1982 perustuen synteesiin useiden terapeuttien kuvauksista muutoksen aikaansaamisessa ja ylläpitämisessä. (Ogden 2000:21.) Ihmisen käyttäytymisen muutos perustuu Prochaskan ja DiClimenton mukaan seuraavaan viiteen vaiheeseen:

- 1 Esiharkinta (precontemplation), jolloin ei ole aikomusta ryhtyä muutokseen.
- 2 Harkinta tai aikomus (contemplation), jolloin miettii muutosta
- 3 Valmistautuminen (preparation) tekee pieniä muutoksia
- 4 Toiminta (action) aktiivisesti sitoutuu uudenlaiseen käyttäytymiseen
- 5 Ylläpito (maintenance), muutoksen säilyttäminen

Prochaskan ja DiClimenton mukaan muutosvaiheet eivät etene aina lineaarisesti vaiheesta toiseen. Muutos etenee asteittain, mutta prosessiin liittyy usein taantumia. Yksilö voi olla valmistautumisvaiheessa ja on jo tehnyt pieniä muutoksia kun siirtyykin sitten takaisin harkintavaiheeseen, jolloin taas pohdiskelee muutosta. Ihminen voi myös luisua takaisin harkintavaiheeseen vaikka on jo ollut ylläpito vaiheessa. (Ogden 2000: 21.)

Mustajoen mukaan (1998(6):533) muutosvaihemallin avulla voi selvittää miksi neuvo tai kehoitus muuttaa terveystyötymistä ei tehoa. Jos kehoitamme elämäntapamuutokseen henkilöä, joka ei ole lainkaan harkinnut muutoksen tekemistä, häneltä ei voi odottaa toimintaa, sillä muutoksen keskeisiä kehitysvaiheita jää väliin. Potilas, joka on valmis elämäntapamuutokseen, on käynyt aikaisemmin läpi muutoksen edellisiä vaiheita. Muutoksen vaiheet auttavat ymmärtämään, että elämäntapojen muuttaminen ei ole yksittäinen vaan pitkään kestävä ja aikaa vaativa tapahtuma.

5. Elämäntapamuutokset ja ohjaus

Elämäntapaohjaus sairastumisriskin alaisien henkilöiden seulonnan lisäksi korostuu 2 tyypin diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Suomen Kansanterveyslaissa (L 1972/66) korostetaan kunnan velvollisuutta järjestää terveysneuvontaa ja seurata kuntalaisten terveydentilaa sekä siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Potilaslain mukaan potilaalla on myös oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehtoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää saamansa informaation riittävän hyvin (L 1992/785).

Elämäntapaohjausta suorittavat mm. lääkärit, ravitsemusterapeutit, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja fysioterapeutit.

Elämäntapaohjausta voidaan pitää sekundääripreventiona, jonka tavoitteena on riskin, pulman tai oireiden varhainen tunnistaminen ja hoitaminen tai ratkaisu ennen terveysongelmien monimutkaistumista. Sekundääriprevention tyypillisiä menetelmiä ovat mm. seulontatutkimukset ja terveyskeskustelu. Preventiossa korostetaan ennaltaehkäisevää toimintaa yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen elämänlaadun edistämiseksi. Preventio on sidoksissa yhteiskunnallisiin, taloudellisiin, kulttuurisiin ja ympäristötekijöihin sekä arvoihin. (Koponen, Hakulinen, & Pietilä 2002:83-84.)

Terveydenedistämistä voidaan toteuttaa sekä paternalistisen, liberalistisen että utilitaristisen hoitokäytännön pohjalta. Paternalistinen ajattelu perustuu ainoan oikean terveyteen liittyvän tiedon jakamiseen, yhteen ainoaan vaihtoehtoon. Toiminnan muuttaminen on ehdoton tavoite sairastumisriskin välttämiseksi. Tästä esimerkkinä sydänpotilaiden ohjaus, jonka jälkeen järjestetään kontrollointi oikean tavan toteutumisen seuraamiseksi. Liberalistinen hoitokäytäntö luottaa tiedon välittämisen lisäksi potilaan omaan harkintaan ja hyväksyy useita oikeita tapoja toimia sekä potilaan omaan kontrolliin. Utilitaristinen hoitokäytännön mukaan terveyteen liittyvä ohjaus on järjestettävä niin, että sen avulla tavoitetaan mahdollisimman suuri määrä ihmisiä. Tällöin korostuvat potilasryhmille tai koko väestölle suunnatut terveysneuvontaohjelmat. (Leino-Kilpi ym.2003:163.)

5.1 Näkökulmia ohjaamiseen

Onnismaan (2007:7, 9) mukaan ohjaus on ajan, huomion ja kunnioituksen antamista potilaalle. Parhaimmillaan se on neuvottelua, joka edistää keskustelun keinoin ohjattavan kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus ei ole enää kaikkietävää asiantuntijuutta vaan riski- ja eettisten kysymysten yhteistä tarkastelua ja arviointia. Ohjauksessa oleva henkilö on aktiivinen toimija ja oman elämänsä asiantuntija.

Kääriäinen (2007:134) katsoo tekemänsä käsiteanalyysin perusteella ohjauksen aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa potilas ja hoitohenkilöstö ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja joka on sidoksissa heidän kontekstiinsa. Ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta. Ohjaus mahdollistaa muun muassa potilaan ja hoitohenkilöstön oppimisen, potilaan terveyden edistämisen ja kansantalouden säästöt.

Sarvimäen ja Stenbock-Hultin mukaan (1996:182) opettamista käytetään usein yläkäsitteenä, joka kattaa kaikki potilaisiin kohdistuvat ohjaus- ja opettamisprosessit. Potilaan opettaminen

on laaja alue. Opettamisessa ja ohjaamisessa on kysymys potilaan terveydestä ja se on osa hoidon kaikkia vaiheita. Opettamiseen vaikuttavat oleellisesti potilaan sen hetkinen terveyden- ja elämäntilanne.

Elämäntapaohjaus on terveyden edistämistä ja tärkeä hoitotyön menetelmä. Ohjauksen tavoitteena on tukea asiakasta pysyviin elämäntapojen muuttamiseen. Yki- Järvisen mukaan (2007) elämäntapaohjauksen tavoitteena on herättää ohjattavan tietoisuus diabeteksestä ja kohonneesta riskistä sekä motivoituminen omahoitoon ja - seurantaan.

Leino- Kilven ja Välimäen mukaan (2003: 162-163) hoitaja pyrkii ohjauksellisin keinoin tukemaan autettavaa terveyden ymmärtämisessä, mahdollisten terveysongelmien tunnistamisessa ja niiden ehkäisemisessä. Tällöin tapahtuu kahdenlaista terveyteen liittymistä oppimista. Ideologisessa oppimisessa on kysymys pitkäjännitteisten terveystapojen oppimisesta, jonka tavoitteena on elämänaikainen terveyden hallinta esim. ravinto- ja liikuntatiedon alueella. Oppiminen liittyy useisiin ammattilaisen ja potilaan tapaamisiin. Praktisessa oppimisessa on kysymys tietyssä terveysongelmatilanteessa tapahtuva ja yleensä lyhytaikaisempi oppiminen esim. tietyt kirurgiset toimenpiteet, joihin liittyy potilaiden toimenpiteen kannalta oleellisten asioiden oppiminen. Ideologinen oppiminen pyrkii praktista voimakkaammin vaikuttamaan yksilön elämään ja terveyttä koskeviin arvostuksiin. Ideologisen oppimisen tuloksia voidaan arvioida pitkällä aikavälillä.

Sarvimäki ym. (1996:182) painottaa ohjaamisen suunnittelun tärkeyttä, jonka ensimmäinen vaihe on lähtökohtien analyysi. Jotta pystytään asettamaan tavoitteita ja suunnittelemaan opetus- ja arviointimenetelmiä, täytyy tietää, mitkä ovat lähtökohdat. Ohjaamisen onnistumiseen vaikuttavat monet seikat: potilaan oppimisvalmius, oppimisresurssit, aikaisemmat tiedot ja odotukset, potilaan perheen asenteet ja tavat, opetustilanne ja - resurssit sekä hoitajan opetustaito.

Kääriäisen (2007:7, 134) mukaan laadukas ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssien toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.

Potilaan ikä tulee huomioida ohjaustilanteessa, sillä se vaikuttaa hänen oppimisvalmiuksiinsa. Myös aikaisemmat tiedot, ennakkoluulot ja kokemukset sairaudesta on tärkeää tiedostaa. Sarvimäen ym. mukaan (1996:182) helposti yliarvioimme potilaan tietoja sairaudestaan ja sitä miten hänen tulee hoitaa itseään. Hoitajan ohjaustaitoon kuuluvat opettamisen eritystaitojen lisäksi myös asiasisällön hallinta ja vuorovaikutuskyky, kriittisen ja luovan ajattelemisen taito, fyysinen toimintakyky ja empatia. (Sarvimäki ym. 1996:182,188.)

5.2 Ohjaus elämäntapojen muutoksessa

Ohjauksen tavoitteena on potilaan voimaantuminen (empowerment) eli voiman tunnon lisääminen. Elämäntapamuutos mahdollistuu ohjattavan voimaantumisen kautta. Ohjauksessa pyritään varustamaan ohjattava kaikella sillä tiedolla, taidolla ja tunteella sekä asenteella, mitä itsehoidon soveltaminen kunkin elämäntilanteessa edellyttää. Turun mukaan (2007: 23) ohjattavista tehdään ikään kuin omia ohjaajiaan ja hoitajiaan. Voimaantumista tukevan ja asiakasta arvostavan ilmapiirin luominen on ammattilaisen vastuulla.

Siitonen (1999:117-118) on tehnyt synteesiä eri voimaantumisteorioista ja päätynyt siihen, ettei voimaa voi antaa toiselle. Voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi ja siten ihmisestä itsestään lähtevä. Se on yhteydessä ihmisen omaan haluun, omien päämäärien asettamiseen, samoin luottamukseen omiin mahdollisuuksiinsa sekä näkemykseen itsestään ja omasta tehokkuudestaan. Toisaalta voimaantuminen on prosessi tai tapahtumasarja, jonka kannalta toimintaympäristön olosuhteet (esim. valinnanvapaus, ilmapiiri, arvostus, turvallisuus) voivat olla merkityksellisiä, ja tämän vuoksi voimaantuminen voi olla jossain tietyssä ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa. (Siitonen, 1999:181.)

Siitosen mukaan voimaantumisteoriassa ihmistä pidetään aktiivisena, luovana ja vapaana toimijana, joka asettaa jatkuvasti itselleen päämääriä (pyrkimyksiä, toiveita, intentioita, haluja) omassa elämänprosessissaan. Itseä ja omia mahdollisuuksia koskevat uskomukset rakentuvat keskeisiltä osin sosiaalisessa kanssakäymisessä. Vaikka voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, siihen vaikuttavat toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. Haasteelliseksi ihmisten voimaantumisprosessien pohtimisen tekee se, että voimaantumista voidaan yrittää tukea monilla mahdollistavilla hienovaraisilla ratkaisuilla, vaikkakaan toinen ihminen ei voi antaa voimaa toiselle eikä yksipuolisesti päättää toisen voimaantumisesta. (1999:118).

Rodwell (Siitonen 1999:88) on löytänyt lähinnä hoitotieteeseen ja terveyden edistämiseen liittyvässä kirjallisuuskatsauksessa ja siihen perustuvassa käsiteanalyysissä voimaantumiseen seuraavia läheisesti liittyviä käsitteitä: autonomisuus eli itsemääräämisoikeus, vastuu, voima/valta, valinnan mahdollisuus, tukeminen, motivaatio ja oikeutus. Hänen mukaansa voimaantuminen näkyy ennen kaikkea parantuneena itsetuntona sekä kykynä asettaa ja saavuttaa päämääriä. Se näkyy myös oman elämän ja muutosprosessin hallinnan tunteena, samoin kuin toiveikkuutena tulevaisuutta kohtaan.

Tarve kehittää ohjaus ja neuvontatyö empowerment- toimintaideologian mukaiseksi on ollut Kettusen, Karhilan ja Poskiparran (2002: 213) tutkimuksen lähtökohtana, jossa kuvattiin hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja erityisesti niitä puhekäytäntöjä, jotka tukevat potilaan keskusteluun osallistumista ja sitä kautta potilaan voimavarojen vahvistumista. Tut-

kimuksen teoreettisena lähtökohtana he esittelivät mm. van Ryn'in ja Heaney'n voimavara-keskeisyyden kaksi vuorovaikutusstrategiaa; asiakkaan ehdoton hyväksyntä ja kunnioituksen osoitus ja asiakkaan osallistumisen helpottaminen. Ohjaajan tulee osoittaa ehdotonta hyväksyntää ja asiakkaan positiivista kunnioitusta tekemällä empaattisia, hyväksyntä osoittavia kommentteja ja nonverbaalisia viestejä. Kritisointia ja syytelyä sekä psykologisointia tulee välttää. Asiakkaan voimavarojen tunnistamisen ja tukeminen edellyttää aktiivista kuuntelemista. Asiakkaan osallistumista voi tukea avoimilla kysymyksillä, asiakkaan kannanottojen hyväksymisellä, kuuntelutaitoa kehittämällä, etäisyyden vähentämisellä samankaltaisuutta korostamalla ja tiedon jakamisella puheena olevasta asiasta. Tutkimuksessa osoitettiin kuinka aloitusratkaisut, tuntemuskysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe, kuuntelua osoittava palaute ja neutraalisuus tarjoavat potilaalle mahdollisuuden osallistua (Kettunen ym. 2002:213, 215.)

Motivoiva haastattelumenetelmä sisältää samoja elementtejä kuin voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Millerin ja Rollnickin (2002:34-35) mukaan asiakkaassa itsessään oletetaan olevan muutokseen tarvittavat voimavarat ja motivaatio. Ohjaajan tehtävänä on ensin löytää (find) asiakkaan sisäinen motivaatio eli hänen käsityksensä, tavoitteensa sekä arvonsa ja sitten houkutella (elicit) ja herätellä (evoke) asiakkaan sisäinen motivaatio muutokseen. Ohjaaja vahvistaa asiakkaan oikeutta ja kykyä itseohjautuvuuteen ja helpottaa valintaa. Onnistuneen ohjauksen lopputuloksena pikemminkin asiakas kuin ohjaaja perustelee syyt tarvittavaan muutokseen.

Motivoivan haastattelun neljä keskeistä ohjausperiaatetta edellä kerrotun perusajatuksen lisäksi ovat: empatian ilmaisu (express empathy), ristiriidan kehittäminen (develop discrepancy), vastustuksen myötäily (roll with resistance) ja "itsetehokkuuden" tukeminen (self-efficacy support). Refleктоivan kuuntelemisen avulla ohjaaja pyrkii ymmärtämään asiakkaan tunteita ja käsityksiä tuomitsematta häntä. Hyväksyvä ja kunnioittava asenne tukee asiakkaan itsearvostusta, joka puolestaan edistää muutosta. Ristiriidan kehittämisellä tarkoitetaan asiakkaan auttamista yksilöimään tavoitteitaan ja arvojaan sekä huomaamaan mahdollinen ristiriita käyttäytymisessään suhteessa niihin. Kun asiakas huomaa käyttäytymisensä olevan ristiriidassa tärkeiden henkilökohtaisten tavoitteidensa suhteen esim. terveys, ja itsearvostus on muutos mahdollinen. (Miller ym. 2002:38.)

Vastustuksen myötäilyllä tarkoitetaan väittelyn ja kiistelyn välttämistä. Asiakkaan vastustellessa on ohjaajan tehtävänä johdatella asiakas itse löytämään ratkaisut ongelmiinsa valmiiden ratkaisujen sijasta. Se voi olla myös ohjaajalle viesti vaihtaa lähestymistapaa. Itsetehokkuuden (self-efficacy) tukemisella viitataan yksilön uskoon omaan kykyynsä suoriutua menestyksekkäästi tietyistä tehtävistä. Tämä on merkittävä tekijä muutoksen motivoinnin ja onnistumisen näkökulmasta katsottuna. Ohjaajan tehtävänä on vahvistaa asiakkaan luottamusta ky-

kyynsä selvitä esteistä ja onnistua muutoksessa. Asiakkaan onnistumisen kannalta on ratkaiseva merkitys myös sillä, uskooko ohjaaja asiakkaan kykyihin muutoksen tiellä. (Miller, Rollnick, 2002:40-41.)

6. Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata eurooppalaisissa tieteellisissä artikkeleissa julkaistua tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja elämäntapaohjaukseen liittyvää tutkimusta ja minkälaisia tuloksia kyseisillä tutkimuksilla on saavutettu. Tavoitteena on samalla perehtyä ja syventyä elämäntapaohjaamisen mahdollisuuksiin tyyppin-2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja saada voimavaroja ohjaamistyöhön terveyden-/sairaanhoitajana. Tutkielmassa etsitään vastauksia kysymyksiin:

- 1 Mistä näkökulmasta elämäntapaohjausta on tutkittu?
- 2 Millä menetelmillä on ohjattu?
- 3 Mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille?

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Kääriäisen ja Lahtisen mukaan (2006:37-39) systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen menetelmä, jolla kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä yhdistetään tuloksia jostakin rajatusta ilmiöstä mahdollisimman kattavasti. Systemaattinen tarkoittaa, että toimitaan ennalta määritellyn suunnitelman mukaisesti.

Kirjallisuuskatsaus muodostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, niiden valinnasta sekä laadun arvioinnista. Lisäksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu alkuperäistutkimusten analysointi sekä tulosten esittäminen. Sen jokaiseen vaiheeseen kuuluu lisäksi täsmällinen raportointi, jotta tieteellisen tutkimuksen periaatteet säilyvät. Tärkeää on myös kirjata kaikki mahdolliset poikkeamat tutkimussuunnitelmasta, jotta systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi toistettavissa. (Kääriäinen ym. 2006: 37- 39.)

Yksityiskohtaisessa tutkimussuunnitelmassa, joka ohjaa koko prosessin etenemistä, kuuluu määrittellä tutkimuskysymykset, menetelmät ja suunnitelma alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Tutkimuskysymysten määrittämisellä rajataan tutkimusaihe siihen, mihin kirjallisuuskatsauksella halutaan vastata. Niillä voidaan rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä ja

tutkimuskohdetta, niiden tuloksia tai laatutekijöitä. Alkuperäistutkimusten haussa on tärkeää, että haut kohdistetaan niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Hakujen kattavuuden kannalta oleellista on, että alkuperäistutkimusten hakuja tehdään sekä sähköisesti eri tietokannoista että manuaalisesti. (Kääriäinen ym. 2006: 39-41.)

Kääriäisen ym. mukaan (2006:41-42) kiinnittämällä huomiota valittujen alkuperäistutkimusten laatuun pyritään lisäämään luotettavuutta. Hyväksyttävien ja hylättävien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain. Alkuperäistutkimusten valinta perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Kaikista alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot, ne jotka vastaavat sisäänottokriteereitä hyväksytään mukaan. Mikäli vastaus ei selviä otsikosta, tehdään valinta tiivistelmän tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Tekijöiden on kirjattava ylös hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät sekä myös perustella syyt hylkäämiselle

Tutkimustuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Lisäksi tuloksissa kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Suoria lainauksia käytetään esimerkinomaisesti lisäämään luettavuutta ja osoittamaan lukijalle mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. (Kyngäs ym. 1999:10.)

Tämän opinnäytetyön aineiston keruumenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuushakuja ohjasivat tutkimuskysymykset. Kirjallisuushaut tehtiin Nelli hakukoneella yhdistelmähakuna seuraaviin kansainvälisiin tietokantoihin maaliskuussa ja syyskuussa 2008. Medline, Ebsco Cinahl, Ovid Cinahl ja Ebsco Academic Search Elite. Hakusanoilla prevention ja diabetes saatiin 51 975 viitettä. Hakua rajattiin hakusanoilla life style counselling ja diabetes prevention, jolloin löytyi 590 artikkelia, joista valittiin otsikon perusteella 21 artikkelia. Hakusanoilla life style ja counselling löytyi yksi artikkeli. Hakusanoilla type 2 diabetes ja prevention löytyi 51 artikkelia, joista valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella 4 artikkelia. Lopulliseen analyysiin valittiin 11 artikkelia. (kuvio 1)



KUVIO 1: Kirjallisuushaun eteneminen

Suoritettujen kirjallisuushakujen jälkeen artikkelit luettiin ja lopulliseen analyysiin valittiin 11 tutkimusartikkelia. Valintakriteereinä oli julkaisuvuosi 2000-2008, tutkimusaihe ja artikkelin tieteellisyys sekä artikkelin suomen tai englannin kieli ja eurooppalaisuus. Kirjallisuuskatsauksia ei otettu mukaan aineistoon, eikä pro-graduista tai muita opinnäytetöitä tai ammatillisia puheenvuoroja.

Lopuksi opinnäytetyön analyysiin valitut tutkimusartikkelit taulukoitiin (liite 4). Taulukkoon kirjattiin tutkimuksen tekijät ja alkuperä, tutkimuksen nimi, tutkimuksen suorittaminen ja keskeiset tulokset.

Kaikki valitut tutkimusartikkelit käsittelevät elämäntapaohjausta 2 tyypin diabetekseen ja ennaltaehkäisyyn liittyen. Muutama artikkeli käsittelee kuitenkin jo 2 tyypin diabetekseen sairastuneiden elämäntapaohjausta, jolloin tavoitteena on elämäntapamuutoksilla saavuttaa hyvä hoitotasapaino ja siten liitännäissairauksien ennaltaehkäisy. Valittujen tutkimusartikkelien alkuperä jakaantui maittain alla olevan taulukon mukaan seuraavasti.

TAULUKKO 1 Tutkimusartikkelien alkuperäjakauma

Tutkimuksen alkuperä	kpl
Suomi	5
Englanti	5
Tanska	1
Yhteensä	11

Analysoidussa tutkimusartikkeleissa kuvatut tutkimukset oli toteutettu postikyselyinä (1), satunnaisesti kontrolliryhmätutkimuksina (5 kpl), teemahaastatteluna ja tapaustutkimuksena (1 kpl), havainnoimalla (1 kpl) ja haastatteluna (1kpl) tai havainnoinnin ja haastattelun yhdistelmänä (1 kpl) sekä videotallenteita tutkimalla (1 kpl). Enemmistö tutkimuksista (8kpl) oli analysoitu kvantitatiivisin menetelmin tilasto-ohjelmia hyödyntäen ja loput kvalitatiivisin menetelmin sisällönanalyysin avulla (2kpl) ja yksi tutkimus molempia edellä mainittuja menetelmiä yhdistämällä.

6.2 Sisällönanalyysi

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin sisällönanalyysin menetelmään aineiston analysoimiseksi. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaa tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitejärjestelmä tai malli. (Kyngäs ja Vanhanen, 1999:4.) Tekstit, sanat fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan saman merkityksen perusteella. Pietilän mukaan sisällönanalyysiä voidaan käyttää jonkun dokumenttijoukon sisällön kuvaamiseen. (Janhonen, Nikkonen toim.2001:22.)

Sisällönanalyysi-prosessin etenemisestä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineistoluokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysissä voidaan edetä, joko lähtien aineistosta eli induktiivisesti tai jostain aiemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti. (Kyngäs ym. 1999:5) Induktiivinen ajatteluprosessissa siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat tutkijaa ratkaisemaan sen millaisia sisältöjä hän analysoi. Ensimmäinen analyysin vaihe on analyysiyksikön määrittely, jota ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla sana, tai sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Usein analyysiyksiköksi soveltuu ajatuksellinen kokonaisuus, joka voi olla kokonainen virke. Lausuman voi muodostaa myös virkettä laajempi useasta virkkeestä koostuva tekstikappale. (Kyngäs, ym. 1999:5.)

Alkuperäistutkimusten analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, mutta myös ymmärrettävästi ja selkeästi määriteltyihin tutkimuskysymyksiin. Analysointitavan valintaan vaikuttavat sekä tutkimuskysymykset ja alkuperäistutkimusten luonne että niiden lukumäärä, laatu ja heterogeenisuus. Lukumääräisesti pienten ja laadultaan eritasoisten alkuperäistutkimusten analyysissä on kuvaileva synteesi mielekäs. Kuvailevassa synteesissä kuvataan tulokset sekä ilmeiset yhtäläisyydet ja erot. (Kääriäinen ym. 2006: 43.)

Opinnäytetyössä tutkimusaineistoon perehdyttiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Analysoitava aineisto eli tutkimukset luettiin läpi etsimällä vastauksia kysymyksiin: mistä näkökulmasta elämäntapaohjausta on tutkittu?, millä menetelmillä on ohjattu? ja mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille?

6.3 Aineiston pelkistäminen ja luokittelu

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen mukaan induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällön analyysissä, analyysiyksikön määrittämisen jälkeen, on vuorossa pelkistäminen eli aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Niillä voidaan rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä ja tutkimuskohdetta, niiden tuloksia tai laatutekijöitä. (Janhonen, Nikkonen (toim.) 2001: 28-29.)

Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Pelkistetyt ilmaisut kerätään listoiksi, joita voidaan kuvata aineiston tarkistuslistoiksi. Seuraava vaihe on ryhmittely, jossa etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kate-

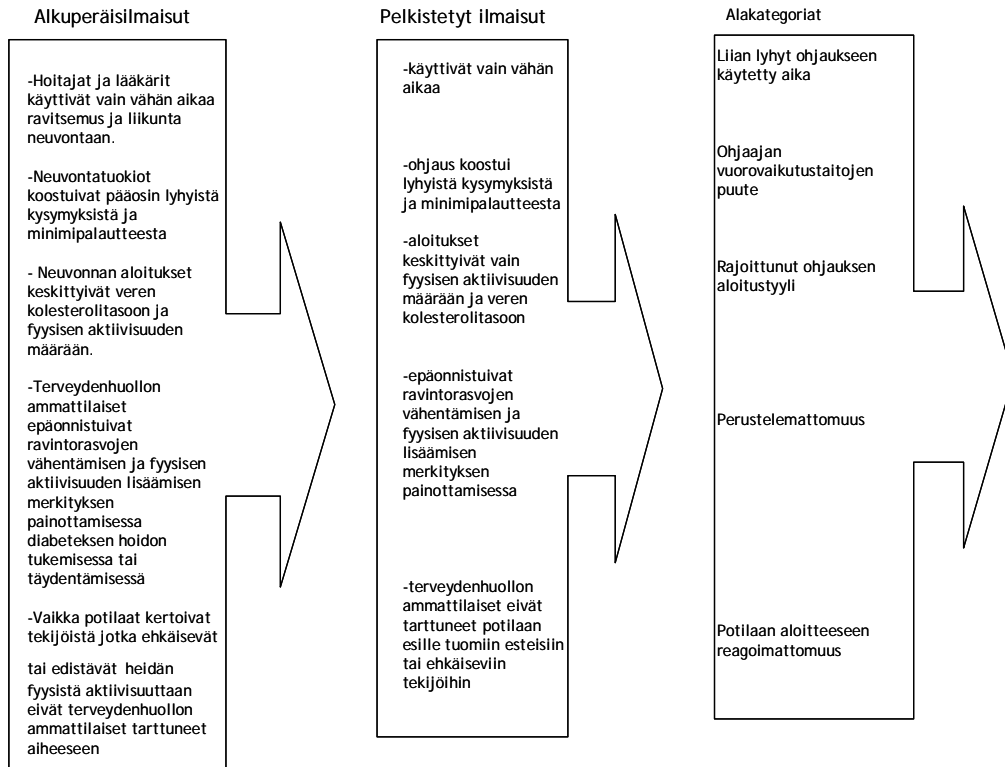
gorialle sen sisältöä kuvaava nimi. Tutkija päättää tulkintaansa hyväksi käyttäen, mitkä asiat voidaan ja mitä ei voida yhdistää samaan kategoriaan. (Kyngäs ym. 1999:6.)

Analyysiä jatketaan yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Tätä abstrahointia jatketaan yhdistelemällä kategorioita niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Kategorioiden nimeämisessä käytetään usein deduktiivista päättelyä eli annetaan nimi, joka on jo aikaisemmin tuttu käsite tai sanapari. (Kyngäs ym. 1999:7.)

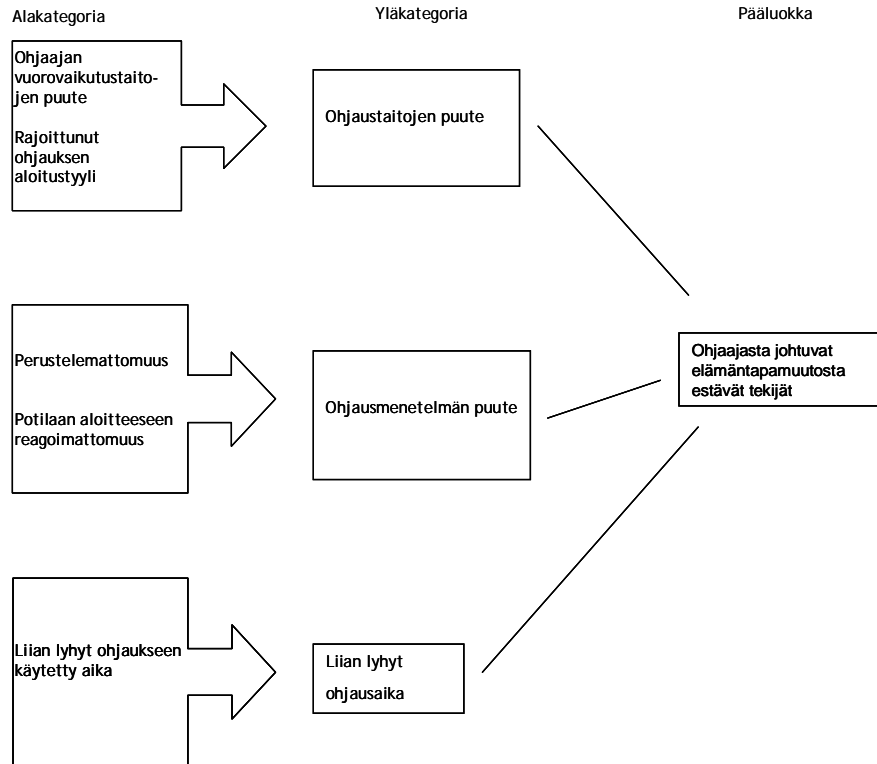
Deduktiivisessa päättelyssä voidaan käyttää valmista viitekehystä, jonka avulla aineisto analysoidaan. Tällöin sisällön analyysiä ohjaa käsitekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän aikaisemman tiedonvarassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita (Kyngäs ym. 1999:7.)

Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä käytettiin lause tai asia kokonaisuuksia. Pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset. Seuraavat taulukot kuvaavat opinnäytetyön induktiivisen sisällönanalyysin prosessin etenemistä ja toteuttamista. Ensin alkuperäisilmaukset taulukoitiin ja ilmaisut pelkistettiin. Seuraavaksi kaikki samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alakategoriaksi. Lopuksi luoduista alakategorioista yhdistettiin samansisältöiset yläkategoriat ja edelleen yhdistävä pääluokka.

Seuraavassa esimerkki (kuvio 2, kuvio 3) opinnäytetyön analyysiprosessin etenemisestä, joka vastaa tutkimuskysymykseen mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille? Kuvioissa 2 ja 3 esitetään ohjaaja näkökulmaan liittyvistä tutkimustuloksista tehty alkuperäisilmausujen pelkistäminen ja luokittelu ala- ja yläkategoriaan sekä lopulta yhdistävään pääluokkaan.



KUVIO 2. Abstrahoinnin eteneminen alkuperäisilmaisusta alakategoriaan



KUVIO 3. Abstrahoinnin eteneminen alakategoriasta pääloukkaan

6.4 Tulosten luotettavuus

Vanhasen ym. mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä miten tutkija on saavuttanut tutkittavan ilmiön. Aineiston laatu korostuu. Lisäksi tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulosten välillä. Tutkijasta riippuu se hyödyntääkö hän sisällönanalyysimenetelmän mahdollisuuksia laajasti vai suppeasti. (Janhonen, Nikkonen (toim.) 2001:36-40.)

Kyngäs ym. mukaan (1999:10) sisällönanalyysi menetelmän luotettavuutta pidetään ongelmallisena, siksi ettei tutkija pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkija subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Ongelma on pienempi silloin kun dokumentista on analysoitu vain ilmisältö. Tutkijan tulee myös pystyä osoittamaan aineiston ja tuloksen väline yhteys. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että muodostetuilla kategorioilla pitää olla yhteys aineistoon ja niiden pitää liittyä järkevästi luotuun käsitejärjestelmään.

Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi voidaan käyttää face-validateettia eli tutkimus esitetään niille, jotka ovat tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa ja pyydetään heitä arvioimaan vastako tulos todellisuutta. Tuloksien luotettavuutta voidaan arvioida myös asiantuntijapaneelissa tai pyytämällä toista tutkijaa luokittelemaan aineisto. Toisen tutkijan tekemästä luokittelusta voidaan laskea yksimielisyyskerroin, jonka ollessa 80-85% voidaan tutkimusta pitää luotettavana. Mikään kyseisistä menetelmistä ei kuitenkaan ole ristiriidaton. (Kyngäs ym. 1999:10-11.)

Opinnäytetyössäni tiedon haussa käyttämäni tietokannat olivat luotettavia lääketieteen ja hoitotieteen tiedonhakuportaaleja. Aineiston sisäänottokriteerit on kerrottu ja kuvattu kuviossa 1. Kaikki artikkelit oli julkaistu arvostetuissa tieteellisissä julkaisuissa ja aineisto oli laadultaan korkeatasoista. Kaikissa artikkeleissa oli informatiivinen tiivistelmä, josta ilmeni tutkimuksen tarkoitus, tutkimus ongelmat, aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät, kohdejoukko, päätulokset ja johtopäätökset. Lisäksi tulokset oli raportoitu selkeästi. Aineisto oli kuitenkin määrällisesti suppea ja artikkelit edustivat eurooppalaisittain maantieteellisesti kapeaa aluetta.

Kaikki valitsemani tutkimusartikkelit olivat kokonaisuudessaan käytössäni myös tulostettuina versioina lähdeluetteloineen. Pystyin arvioimaan tutkimuksissa käytettyä kirjallisuutta ja myös siten tutkimusten luotettavuutta. Myös tutkimusmenetelmät oli kuvattu selkeästi ja tutkimuksista kävi ilmi, missä yliopistossa ne oli tehty. Aineiston analyysiä perustui tutkimusartikkelien sisällön analyysiin, jota tein aineistosta lähtien eli induktiivisesti. Aineisto on taulukoitu tutkimustaulukoiksi (liite 4.). Analyysiprosessia on kuvattu tulosten esittelyn yhteydessä ai-

neiston pelkistämistä, luokittelua ja abstrahointia kuvaavilla taulukoilla sekä erillisessä liitteessä. (liite 5) Näin olen pyrkinyt perustelemaan aineiston ja tuloksen välisen yhteyden.

7. Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyöni tavoitteena oli perehtyä ja syventyä elämäntapaohjaamisen mahdollisuuksiin tyypin-2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja saada voimavaroja ohjaamistyöhön terveyden-/sairaanhoitajana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata 2000-luvulla eurooppalaisissa tieteellisissä artikkeleissa julkaistua tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja elämäntapaohjaukseen liittyvää tutkimusta ja mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille. Tulokset esittelen sisällönanalyysin avulla muodostuneiden ala- ja yläkategorioiden sekä yhdistävän luokan avulla. Sisällönanalyysin lopullisena tulemana syntyi onnistuneen elämäntapaohjaamisen prosessin kuvaus tai ideaalimalli, jossa osatekijöinä ovat ohjaaja, asiakas ja elämäntapaohjaamisen lähtökohdat.

7.1 Elämäntapaohjaamista kuvaavien tieteellisten artikkelien tutkimusnäkökulmat

Elämäntapaohjaamista oli tutkittu kolmesta eri näkökulmasta (taulukko 2.) Potilas- näkökulmassa tutkittiin potilaan kokemusta ohjauksen saatavuudesta (Duaso ym. 2002), potilaan muutosvalmiuden (Kasila ym. 2003) ja psykososiaalisten tekijöiden ja henkilökohtaisten ominaisuuksien näkökulmasta (Clark ym. 2004). Ohjaaja näkökulmissa tutkittiin ammattilaisten ohjaustaitoja (Poskiparta ym. 2006), ammattilaisen näkemystä ohjaajan vastuusta ja roolista sekä potilaan vastuusta ja roolista (Jallinoja ym. 2007), ammattilaisen näkemystä vaikuttamisen esteistä ja vaikutusmahdollisuuksia (Jacobsen ym. 2005) Elämäntapaohjaus näkökulmissa tutkittiin ohjauksen vaikuttavuutta/merkitystä ennaltaehkäisyssä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä (Tuomilehto ym. 2001 ja Olroyd ym. 2006) ohjauksen aikaansaamien elämäntapamuutosten ja sairastumisriskin pienenemisen pysyvyyttä (Lindström ym. 2006), asiakaslähtöisen ohjausmenetelmän merkitystä muutokseen sitoutumisessa (Clark ym., 2004) ja arvioitiin muutosvaihemallin käyttöä ohjauksessa (Jackson ym. 2007.)

TAULUKKO 2. Elämäntapaohjaamista kuvaavien tieteellisten artikkelien tutkimusnäkökulmat

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
"Tarkoituksena oli määritellä heikentyneen glukoosin siedon omaaville potilaille suunnitellun elämäntapamuutos ohjelman soveltuvuus ja vaikutukset 2-tyyppin diabeteksen puhkeamisen estämisessä tai viivästyttämisessä"	elämäntapaohjauksen soveltuvuus ja vaikuttavuus ennaltaehkäisyssä	ELÄMÄNTAPOHJAUS
"Tarkoituksena oli arvioida ravitsemusterapeutin muutosvaihemallin käyttöä 2 tyyppin diabeetikoiden liikuntaneuvonnassa"	muutosvaihemallin käytön arviointi ohjauksessa	ELÄMÄNTAPOHJAUS
"Seurantatutkimuksessa oli tarkoitus arvioida aiemmassa tutkimuksessa saavutettujen elämäntapamuutosten ja sairastumisriskin vähenemisen pysyvyyttä aktiivisen neuvonnan loppumisen jälkeen"	elämäntapamuutosten ja sairastumisriskin pysyvyys ohjauksen jälkeen	ELÄMÄNTAPOHJAUS
"Tarkoituksena oli arvioida elämäntapa-interventioiden tehokkuutta potilailta, joilla oli todettu heikentynyt sokerin sieto"	elämäntapaohjauksen avulla saavutetut terveysvaikutukset	ELÄMÄNTAPOHJAUS
"Tarkoituksena oli kehittää, toteuttaa ja arvioida lyhytinterventio (brief intervention) parantamaan 2 tyyppin diabeetikoiden sitoutumista suositeluihin elämäntapamuutoksiin"	asiakaslähtöisen ohjausmenetelmän kehittäminen, toteutus ja arviointi elämäntapamuutokseen sitoutumisessa	ELÄMÄNTAPOHJAUS
"Tarkoituksena oli selvittää tanskalaisen yleislääkäreiden näkemyksiä mahdollisuudestaan vaikuttaa /puuttua potilaiden elämäntapaan ja vaikuttamisen esteistä, perustuen heidän kokemuksiinsa osallistumisesta terveydenedistämisen tutkimukseen"	ammattilaisen näkemys mahdollisuustaan puuttua potilaan elämäntapaan ja vaikuttamisen esteet	OHJAAJA
"Tavoitteena on tutkia lääkäreiden ja hoitajien näkemyksiä potilaan ja ammattilaisen rooleista elämäntapaisauroksien ja niiden riskitekijöiden hallinnassa"	ammattilaisen näkökulmasta potilaan ja ammattilaisen roolit ja vastuu elämäntapamuutoksessa	OHJAAJA
"Tarkoituksena oli tutkia lääkäreiden ja hoitajien käyttämiä aloitteita ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa ja argumentteja keskustellessaan fyysisestä aktiivisuudesta ja ravintorasvojen laadusta ja käytöstä, hoitaja-potilas ja lääkäri-potilas välisessä diabeetikoiden elämäntapaneuvonnassa"	ohjaajan vuorovaikutus-/ohjaustaidot	OHJAAJA
"Tarkoituksena oli tutkia potilaiden käsityksiä ja muistoja sairaanhoitajilta saamastaan elämäntapaneuvonnasta perusterveydenhuollossa Koillis-Englannissa, miten tarjottu neuvonta vastasi potilaan neuvontatarpeita ja kartoittaa potilaiden tärkeimmät terveysinformaation lähteet."	potilaan kokemukset ohjauksen saavuudesta ja riittävydestä ja muut terveysinformaation lähteet	ASIAKAS
"Tarkoituksena oli tutkia potilaan valmiutta ravitsemustottumusten muutokseen transteoreettisen muutosvaihemallin näkökulmasta."	potilaan valmius elämäntapamuutokseen muutosvaihemallin näkökulmasta	ASIAKAS
"Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus pohtia oliko kolme psykososiaalista mittaria: -muutosvaiheet - muutokset ja itse tehokkuus (self-efficacy), prosessin tekijöitä liittyen ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutokseen 2 tyyppin diabeetikoilla ja huomioiden lisäksi potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet tulosta ennustavina tekijöinä interventioryhmässä."	psykososiaalisten tekijöiden ja potilaan henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutus elämäntapamuutosprosessiin	ASIAKAS

7.2 Tieteellisissä artikkeleissa ilmenneet ohjausmenetelmät

Aineistosta luodut yläkategoriat kuvaavat siinä ilmenneitä ohjausmenetelmiä, joita olivat kertaohjaus ja seuranta, toistuvat ohjaukset ja seuranta, valistusmateriaalin antaminen, yksilöllinen neuvonta, perusteleva, tavoitteellinen toiminta, motivoivan haastattelumenetelmän käyttäminen ja muutosvaihemallin hyödyntäminen, muutoksen esteiden kartoittaminen, asiakkaan omiin kykyihin luottamisen mittaaminen sekä taloudellinen kannustaminen liikuntaan. (taulukko 3) Seuraavassa on kuvattu yhteenvetona tutkimuksissa ilmenneitä ohjausmenetelmiä.

Asiakaslähtöisyyden merkitys korostui kaikissa tutkimuksissa. Asiakaslähtöisyys perustui nykytilan kartoitukseen ja yksilölliseen ohjaukseen (Tuomilehto ym. 2001, Lindström ym. 2006). Motivoivaa haastattelumenetelmää ohjausmenetelmänä ja muutosvaihemallia nykytilan ja muutoksessa etenemisen mittaamisessa käytettiin useissa tutkimuksissa. Myös muutoksen esteitä kartoitettiin ohjauksen alussa. (Clark ym. 2004, Olroyd ym. 2006, Jackson ym. 2007 ja Kasila ym. 2003.) Ohjaussisällöt koostuivat ravitsemus ja liikuntaohjauksesta. Ohjaaminen oli tavoitteellista toimintaa, yksilöllistä ja perustelevaa. Asiakkaille laadittiin yksilölliset tai yhteiset tavoitteet ja ohjelmat niihin pääsemiseksi. Ohjaus perustui kunkin asiakkaan tarpeisiin ja tarvittavat muutokset perusteltiin. Ohjaus toteutettiin yksilöllisenä kertaohjauksena (Clark ym. 2004) tai toistui useita kertoja (Tuomilehto ym. 2001, Lindström ym. 2006.) Elämäntapamuutoksessa menestymisen seuranta tehtiin joko puhelimitse tai seurantakäynneillä. Asiakkaan menestystä elämäntapamuutoksessa seurattiin asiakkaan omaan raportointiin perustuen muutosvaiheissa etenemistä seuraamalla (Clark ym. 2004, Olroyd ym. 2006, Jackson ym. 2007) ja/tai painon ja vyötärön ympäryksen mittauksilla sekä laboratoriokokein (Tuomilehto ym. 2001, Lindström ym. 2006, Olroyd 2006, Clark 2004). Asiakkaat saivat käytännön ohjausta liikuntaan ja/tai alennuksia liikuntapaikkojen maksuista sekä kirjallista valistusmateriaalia ohjauksen yhteydessä. (Clark ym. 2004, Olroyd ym. 2006, Jackson ym. 2007.) Ohjausstrategia kuvattiin tarkasti Clarkin ym. 2004 tutkimuksissa, joissa Ohjaus perustui potilaan ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosvaiheen kartoitukseen, potilaan omiin kykyihinsä luottamisen (self-efficacy) mittaamiseen ja muutokseen sitoutumisen esteiden yksilöintiin.

TAULUKKO 3. Tieteellisissä artikkeleissa ilmenneet ohjausmenetelmät

PELKISTETYT ILMAISUT	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
kirjallinen materiaali kirjallista materiaalia	tukimateriaali	VALISTUSMATERIAALIN ANTAMINEN
<ul style="list-style-type: none"> • yksilöllinen ohjaus yksilöllistä ravitsemus ja liikuntaneuvontaa • ohjattua voimaharjoittelua • yksilöllinen ohjaus, jolla tuettiin uskoa omaan kykyihin ja pyrittiin vähentämään muutoksen esteitä 	yksilöllinen ravitsemus ja liikuntaneuvonta	YKSILÖLLINEN OHJAAMINEN
alennuskortti julkisiin liikuntapalveluihin		TALOUDELLINEN KANNUSTAMINEN LIIKUNTAAN
<ul style="list-style-type: none"> • laadittiin yksilölliset ohjelmat • tavoitteet kirjallisina • yksilölliset suunnitelmat • kaikille samat tavoitteet 	tavoitteen asettaminen	TAVOITTEELLINEN TOIMINTA
<ul style="list-style-type: none"> • alussa muutosvaiheen kartoitus • alussa muutosvaiheen arviointi 	alussa muutosvaiheen kartoitus	MUUTOSVAIHEMALLIN HYÖDYNTÄMINEN
<ul style="list-style-type: none"> • muutosvaihemallia hyödynnettiin tuloseurannassa • 6 viikon kuluttua muutosvaiheen kartoitus 	muutosvaihe muutoksessa etenemisen seurannassa	
<ul style="list-style-type: none"> • alussa muutoksen esteiden arviointi 	alussa muutoksen esteiden arviointi	MUUTOKSEN ESTEIDEN KARTOITTAMINEN
<ul style="list-style-type: none"> • alussa itse tehokkuuden eli usko omaan kykyihin mittaaminen 	alussa itse tehokkuuden mittaaminen	ASIAKKAAN OMIIN KYKYIHIN LUOTTAMISEN MITTAAMINEN
<ul style="list-style-type: none"> • käytettiin motivoivan haastattelun menetelmää • käytettiin motivoivaa haastattelumenetelmää • motivoiva haastattelu ohjausmenetelmänä 	motivoivan haastattelumenetelmän käyttö	MOTIVOIVAN HAASTATTELUMENETELMÄN KÄYTTÄMINEN
<ul style="list-style-type: none"> • tarvittavat elämäntapamuutokset perusteltiin 	muutokset perusteltiin	PERUSTELEMINEN
<ul style="list-style-type: none"> • ohjaustuokion kesto 30min. ja seurantasoitot arviointilomakkeen täyttö • alussa, 3 kk ja 12 kk kuluttua mittaukset 6,12, ja 24 kk välein • tapaamisia 7x / ensimmäinen vuosi ja seuranta kesti 3,2 v keskimäärin • vuosittain kontrolli 	ohjaus alussa ja seuranta	KERTAOHJAUS SEKÄ SEURANTA
	useita ohjauskertoja ja seuranta	TOISTUVAT OHJAUSTAPAAMISET JA SEURANTA

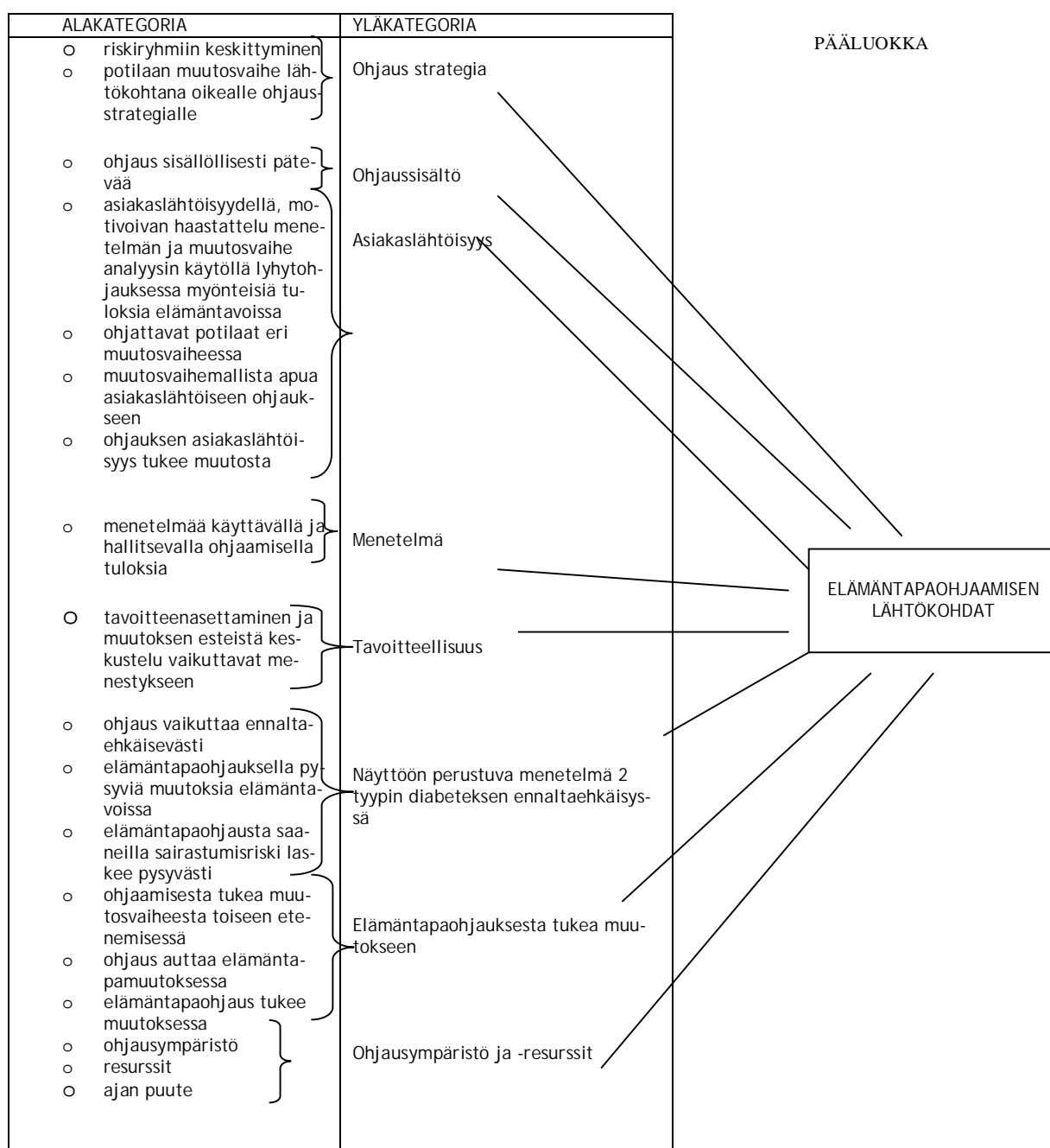
7.3 Elämäntapaohjaukseen liittyviä tuloksia

Elämäntapaohjausta käsittelevät tutkimustulokset ryhmiteltiin pelkistämisen jälkeen ala- ja yläkategorioihin sekä niitä yhdistäviin pääkategorioihin. Pääkategoriat ilmentävät tuloksia liittyen ohjaajaan, asiakkaaseen ja elämäntapaohjaamisen lähtökohtiin.

7.3.1 Elämäntapaohjaamisen lähtökodot

Elämäntapaohjaamisnäkökulmaan liittyviä tuloksia ilmentävät alakategoriat yhdisteltiin yläkategorioiksi. Yläkategoriat kuvaavat elämäntapaohjaukseen liittyviä analyysissä esille tulleita tuloksia, joita ilmentävät seuraavat käsitteet: ohjausstrategia, ohjaussisältö, asiakaslähtöisyys, menetelmä, tavoitteellisuus, näyttöön perustuva menetelmä 2 tyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyssä, elämäntapaohjauksesta tukea muutokseen ja ohjausympäristö ja -resurssit. Näistä muodostui elämäntapaohjaamisen lähtökohdat pääkategoria.

Ohjausstrategiaan sisältyvät alakategoriat riskiryhmiin keskittyminen ja potilaan muutosvaihe ohjauksen lähtökohtana. Ohjaussisältöön liittyi sen pätevyys eli sen perustuminen ravitsemus- ja liikunta suosituksiin. Asiakaslähtöisyys ilmeni asiakkaan muutosvaiheen ymmärtämisenä, muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelunmenetelmän hyödyntämisenä. Menetelmää käyttävällä ja hallitsevalla ohjaamisella saavutettiin myönteisiä tuloksia. Ohjaamisen lähtökohtana oli myös toiminnan tavoitteellisuus ja muutoksen esteiden kartoitus. Elämäntapaohjaus on näyttöön perustuva hoitotyön menetelmä, josta asiakas saa tukea ja apua jopa pysyviin elämäntapamuutoksiin. Elämäntapamuutosten avulla saavutetaan pysyvä sairastumisriskin aleneminen. Ohjausympäristö ja -resurssit sekä ajanpuute ilmentävät ohjaamisen ulkoisia lähtökohtia. (kuvio 4)



KUVIO 4. Elämäntapaohjauksen lähtökohdat

Seuraavassa esittelen tarkemmin yhteenvedona tutkimusartikkeleissa ilmenneitä elämäntapaohjauksen lähtökohdista kuvaavia tutkimustuloksia.

Riskiryhmien seulonta ja elämäntapaohjaus on lääketieteellisten tutkimusten mukaan tehokain 2 tyyppiin diabeteksen ehkäisykeino. Asiakaslähtöisellä ja ammattimaisella elämäntapaohjauksella on saavutettu merkittäviä ja muutoksia asiakkaiden elämäntavoissa ja 2 tyyppiin dia-

betesriskin lasku. (Tuomilehto ym. 2001, Lindström . ym. 2006 ja Oldroyd ym. 2006) Elämäntapaohjauksesta saa tukea muutoksen toteuttamisessa ja kysymyksessä on näyttöön perustuva menetelmä 2 tyypin diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Seuraavassa on esitelty edellistä kuvaavia tutkimustuloksia.

Noin 3,2 vuoden seurannan aikana diabetesriski laski 58 prosenttia ($P < 0.001$) interventioryhmässä. Diabeteksen esiintyvyyden riskin väheneminen oli suorassa yhteydessä elämäntapamuutoksiin. Diabetes ei kehittynyt kenellekään heistä, jotka saavuttivat 4-5 asetetuista tavoitteista (Tuomilehto ym. 2001:1347.) Lindströmin ym. (2006:1673) suorittivat edellisen seurantatutkimuksen ja osoitti suhteellisen sairastumisriskin olleen seitsemän henkilövuoden seurannan jälkeen edelleen 36 % pienempi tehostetun ohjauksen ryhmässä kuin verrokeilla. Elämäntapainterventiolla saavutetut tulokset säilyivät myös elämäntapaneuvonnan loppumisen jälkeen. Toisaalta vaikka yksinkertainen elämäntapaneuvonta tehoaa hyvin, lisätutkimusta tarvitaan selvittämään elämäntapaohjauksen toteutuksen paras mahdollinen ja kustannustehokkain strategia sekä ohjauksen kesto ja tiheys. (Lindström ym. 2006:1678).

Clarkin ym. mukaan elämäntapainterventio on sopiva menetelmä kaikille 2 tyypin diabeetikoiden elämäntapamuutoksessa sillä, tuloksia saadaan aikaiseksi myös muiden kuin erittäin motivoituneiden ja alhaisen riskin potilailla (2004:9:446). Tutkimuksessa selvitettiin myös yksilön psykososiaalisten ja demografisten tekijöiden vaikutusta muutoksessa etenemisessä ja löydettiin seitsemän tulosta ennustavaa tekijää korrelaatioita laskemalla. Toisaalta yhtään yksittäistä selittävää tekijää muutosvaiheesta toiseen etenemisessä ei tullut esille. Interventioryhmässä, jossa 2 tyypin diabeetikot olivat edenneet muutoksessa harkinnasta (contemplation) toiminnanvaiheeseen rasvan saannin vähentämisen suhteen ja liikunnan lisäämisen suhteen (action), etenemistä ennustavien tekijöiden korrelaatiot vaihtelivat -0,27- 0,36 eli vähäisestä kohtalaiseen riippuvuuteen.

Asiakaslähtöisyys korostui kaikissa tutkimuksissa. Asiakaslähtöisyys perustui nykytilan kartoitukseen ja yksilölliseen ohjaukseen. (Tuomilehto ym. 2001 ja Lindström ym. 2006.) Motivoivaa haastattelumenetelmää ohjausmenetelmänä ja muutosvaihemallia nykytilan ja muutoksessa etenemisen mittaamisessa käytettiin useissa tutkimuksissa (Clark ym. 2004, Oldroyd ym. 2006, Jackson ym. 2007 ja Kasila ym. 2003). Kasilan ym. (2003:161,164) tutkimuksessa potilaat olivat eri muutosvaiheessa diabetekseen vaikuttavien ravitsemustottumusten/käyttäytymisen osalta. Potilaskohtaisen muutosvaiheen ymmärtäminen suuntaa terveysneuvojia käyttämään potilaalle sopivia ohjausstrategioita. Transteoreettinen viitekehys auttaa ohjaajia huomioimaan erilaiset ohjattavat, erilaiset muutosvaiheet ja niiden vaikutuksen neuvontaan.

7.3.2 Ohjaajasta ja asiakkaasta johtuvat elämäntapamuutosta edistävät ja estävät tekijät

Kuvioissa 5 ja 6 on kuvattu aineistosta esille tulleet asiakas ja ohjaaja näkökulmaan liittyvät pelkistetyistä ilmauksista johdetut alakategoriat ja yläkategoriat sekä lopuksi yhdistävät luokat. Ohjaajaan liittyvissä tuloksissa käsiteltiin ohjaajan ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja, ohjaajan asennetta ja oman roolin sisäistämistä, ohjaajan uskoa omaan kykyihinsä, rohkeutta puuttua, ohjausmenetelmän hallintaa ja muutosprosessin ymmärrystä. Näistä muodostui ohjaajasta johtuvat elämäntapamuutosta edistävät tekijät pääluokka. Kun taas puuttumattomuus, kielteinen asenne muutosvastarintaan, epäluottamus ohjauksen vaikuttavuuteen, ristiriitainen käsitys omasta roolista, liian lyhyt ohjausaika ja ohjaustaitojen sekä ohjausmenetelmän puute muodostivat ohjaajasta johtuvat elämäntapamuutosta estävät tekijät pääluokan. Asiakasnäkökulmaan sisältyvissä tuloksissa tuli esille oman vastuun hyväksyminen, sitoutuminen, muutoksen esteiden väheneminen, motivaatio ja muutosvaihe, joista muodostui asiakkaasta johtuvat elämäntapamuutosta edistävät tekijät pääluokka. Tuloksista jotka ilmensivät kielteistä asennetta, sitoutumattomuutta ja motivoitumattomuutta muodostui asiakkaasta johtuvat elämäntapamuutosta estävät tekijät luokka.

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ○ ohjaustaitojen harjoittelu } ○ oman roolin sisäistäminen ennaltaehkäisyssä ○ ohjaajan rooli motivoida ○ tilaisuus ja velvollisuus rohkaista muutokseen ○ potilaan vastuun korostaminen } ○ luottamus oman työn vaikuttavuuteen } ○ rohkeus puuttua ○ elintapoihin puuttuminen } ○ ohjaajan menetelmän hallitseminen tie menestykselliseen muutosvaihe-interventioon } ○ muutosprosessin ymmärrys mahdollistaa vaikuttamisen } 	<ul style="list-style-type: none"> Ohjaus ja vuorovaikutustaidot Asenne ja oman roolin sisäistäminen Usko omiin kykyihin Rohkeus puuttua Menetelmän hallinta Muutosprosessin ymmärrys 	<p>OHJAAJASTA JOHTUVAT ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ puuttumisen ajoitus ja aktiivisuus ristiriitaista ○ epäterveellisiin elintapoihin puuttumisen aktiivisuuden puute ○ muutosvastarintaan kielteinen suhtautuminen } ○ epäluottamus ohjauksen tehoon } ○ neuvojen antamisen eettisyyden kyseenalaistaminen } ○ liian lyhyt ohjaukseen käytetty aika } ○ ohjaajan vuorovaikutustaitojen puute ○ ohjaustaitojen puute } 	<ul style="list-style-type: none"> Epäterveellisiin elintapoihin puuttumattomuus Kielteinen asenne muutosvastarintaan Epäluottamus ohjauksen vaikuttavuuteen Ristiriitainen käsitys omasta roolista Liian lyhyt ohjausaika Ohjaustaitojen puute 	<p>OHJAAJASTA JOHTUVAT ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA ESTÄVÄT TEKIJÄT</p>

KUVIO 5. Ohjaajasta johtuvat elämäntapamuutosta estävät ja edistävät tekijät

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ○ oman vastuunsa hyväksyminen } ○ ohjaukseen sitoutuminen ja motivaatio } ○ muutoksen esteiden väheneminen edesauttaa muutosta } ○ potilaslähtöiselle ohjaukselle kysyntää } ○ ohjattavat potilaat eri muutosvaiheessa } 	<ul style="list-style-type: none"> Oman vastuun hyväksyminen Sitoutuminen Muutoksen esteiden väheneminen Motivaatio Muutosvaihe 	<p>ASIAKKAASTA JOHTUVAT ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ potilaan muutosvastarinta } ○ potilaan muutokseen sitoutumisen vaikeus } ○ potilaan motivoitumattomuus } 	<ul style="list-style-type: none"> Kielteinen asenne Sitoutumattomuus Motivoitumattomuus 	<p>ASIAKKAASTA JOHTUVAT ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA ESTÄVÄT TEKIJÄT</p>

KUVIO 6. Asiakkaasta johtuvat elämäntapamuutosta estävät ja edistävät tekijät

Seuraavassa yhteenvedona tutkimusartikkeleiden tuloksia, jotka ilmentävät edellä kuvattuja asiakkaasta ja ohjaajasta johtuvia elämäntapamuutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä.

Jackson ym. (2007:27) korosti motivoivan haastattelumenetelmän ja käyttäytymisen muutosvaihevalmennuksen hallinnan tärkeyttä. Ravitsemusterapeutti pystyi menestyksellisesti suorittamaan muutosvaiheintervention diabeetikoille, jonka tuloksena fyysinen aktiivisuus lisääntyi ja ohjattavat etenivät muutosvaiheesta toiseen. Ohjausryhmän menestykseen elämäntapamuutoksessa vaikutti neuvonnassa käytetty tavoitteen asettaminen, repsahduksen estäminen ja muutoksen esteistä keskusteleminen sekä ohjaajan ohjaustaidot.

Poskiparta ym. (2006: 207–208) löysi tutkimuksessaan ammattilaisten vuorovaikutus ja ohjaustaidoista puutteita. Neuvonta koostui lyhyistä kysymyksistä ja minimipalautteesta. Neuvonnan aloitukset olivat rajoittuneita ja perustuivat lähinnä laboratoriotuloksien käsittelyyn tai liikunnan määrää kartoittaviin kysymyksiin. Ohjaajien perustelutaidot olivat puutteellisia ja he epäonnistuivat perustelevaan elämäntapamuutosten merkitystä. Myöskään potilaan esille tuomiin muutoksen esteisiin tai sitä edistäviin tekijöihin ei reagoitu aktiivisesti.

Jacobsen ym. (2005:6-8) tutkimuksessa selvitettiin lääkärin kokemusta vaikuttamisen esteistä ja mahdollisuuksistaan elämäntapainterventiossa perustuen heidän kokemukseensa eräässä terveydenedistämishelmassa. He toivat esille keskustelu- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelun välttämättömyyden. He korostivat myös ohjausympäristön ja riittävien välineiden merkitystä. Jallinojan ym. tutkimuksessa vain puolet lääkäreistä ja hoitajista piti omia taitojaan elämäntapaneuvonnassa riittävinä. (2007:246).

Kasilan, Poskiparran ja Kettusen (2003: 161) tutkimuksessa todettiin tarve parantaa ja kehittää hoitajien ravitsemusneuvontataitoja huomioimaan henkilön muutosprosessin dynamiikkaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia potilaan valmiutta ravitsemustottumusten muutokseen. Arviointi perustui muutosvaihemalliin. Tutkijoiden mukaan potilaan muutosvaiheen määrittelyn neuvontakeskusteluja tutkimalla oli ajoittain vaikeaa hoitajien puutteellisista neuvontataidoista johtuen. Hoitajat eivät rohkaisseet potilaita omien tarpeiden ja odotusten esille tuomiseen liittyen ravitsemustottumusten muutokseen ja neuvontaan. Hoitajat käyttivät pääasiassa vain suljettuja kysymyksiä tiedustellessaan potilaan ravitsemuskäyttäytymisestä. Lisäksi neuvontatilanteet olivat hoitajakeskeisiä ja neuvontakeskusteluista ei käynyt ilmi potilaan nykyiset ravitsemustottumukset. (Kasila ym., 2003:161, 164)

Jallinoja ym. (2007:246) tutkimuksessa selvitettiin ammattilaisten näkemyksistä vaikuttamisen esteistä ja potilaan vastuusta. Selvä enemmistö lääkäreistä ja hoitajista katsoi omaksi tehtäväkseen potilaan motiivoinnin, tiedon jakamisen ja kannustamisen elämäntapamuutoksessa. Kuitenkin vain puolet heistä piti omia taitojaan elämäntapaneuvonnassa riittävinä, mutta toisaalta kaksi kolmesta katsoi pystyneensä auttamaan monia potilaita muuttamaan elämäntapojaan terveellisimmiksi. Kaksi kolmasosaa lääkäreistä ja puolet hoitajista piti omaa työpäiväänsä liian kiireisenä pystyäkseen syventymään potilaan elämäntilan-

teeseen. Jacobsen'in ym. (2005:7-8) mukaan lääkäreillä oli ristiriitainen näkemys milloin, miten ja kuinka aktiivisesti tulisi puuttua potilaan elämäntapoihin. Toisaalta he katsoivat, että potilaan tunteminen mahdollistaa ja velvoittaa rohkaisemaan terveellisimpiin elämäntapoihin. Oma roolin tärkeys sairauksien ennaltaehkäisyssä oli sisäistetty, mutta skeptisyyttä ohjaamisen vaikuttavuuteen ja neuvojen antamisen eettisyyteen esiintyi. Jallinojan ym. (2007:246) tutkimuksessa hoitajat kokivat vaikeaksi useammin kuin lääkärit potilaan ylipainon tai tupakoinnin puheeksi ottamisen.

Toisaalta valtaosa lääkäreistä (88 %) ja hoitajista (95 %) olivat yhtä mieltä siitä, että potilaan tulee hyväksyä oma vastuunsa liittyen elämäntapaa koskeviin päätöksiin. Potilaalle tulisi painottaa oman vastuun merkitystä. Valtaosa hoitajista ja lääkäreistä pitivät potilaan haluttomuutta muutokseen lähes aina tai aina suurimpana esteenä potilaan hoidossa. (Jallinoja ym., 2007:246). Jacobsenin ym. (2006:7) tutkimuksessa lääkärit ilmaisivat tuntevansa ärtymystä potilaan motivaation puutteesta ja etteivät nämä ota elämäntapamuutoksen tarvetta vakavissaan.

Elämäntapaneuvonnan kysyntä ja tarjonta eivät aina kohtaa. Duason ym. (2002) kyselyssä perusterveydenhuollon asiakkaille Koillis-Englannissa ilmeni että, tutkitulla väestöllä oli epäterveellisiä elämäntapoja, joihin olisi voitu vaikuttaa terveydenedistämisen keinoin. Potilaat halusivat enemmän terveysneuvontaa liittyen mm. liikuntaan ja laihtumiseen. Tuomilehto ym. (2001:1349) toi tutkimuksessaan esille potilaiden kiinnostuneisuuden elämäntapaohjelmaan. Hänen mukaansa Suomalaisen diabeteksen ennaltaehkäisytytökimuksen ohjausryhmään osallistujien alhainen keskeyttämisprosentti osoittaa, että vähän liikkuvat ja ylipainoiset ihmiset ovat halukkaita ja kykeneviä osallistumaan vaativaan elämäntapamuutosohjelmaan, jos sitä heille tarjotaan.

8 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata eurooppalaisissa tieteellisissä artikkeleissa julkaistua tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja elämäntapaohjaukseen liittyvää tutkimusta ja minkälaisia tuloksia kyseisillä tutkimuksilla on saavutettu. Tavoitteena oli samalla perehtyä ja syventyä elämäntapaohjaamisen mahdollisuuksiin tyypin-2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja saada voimavaroja ohjaamistyöhön terveyden-/sairaanhoitajana. Tutkielmassa etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1 Mistä näkökulmasta elämäntapaohjausta on tutkittu?
- 2 Millä menetelmillä on ohjattu?
- 3 Mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille?

Aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla ja tutkimuskysymyksiin löydettiin vastaukset. Aineiston analyysin perusteella luokiteltiin tutkimusartikkeleissa ilmenneet ohjausmenetelmät, tutkimusnäkökulmat ja lopulta elämäntapaohjaamisen lähtökohtia sekä asiakkaaseen ja ohjaajaan liittyviä elämäntapamuutosta estäviä ja edistäviä tekijöitä. Keskeinen tutkimusartikkeleista esille tullut johtopäätös on, että asiakasläh-

töisen ja ammattimaisen ohjaustyön lopullisena tuloksena on onnistuneiden ja pysyvien elämäntapamuutosten myötä saavutetut terveyshyödyt eli 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskin aleneminen.

Elämäntapaohjaamiseen panostaminen kannattaa, sillä sen ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta on vahvaa näyttöä. Asiakaslähtöisellä elämäntapaohjauksella on saavutettu merkittäviä ja muutoksia asiakkaiden elämäntavoissa ja 2 tyypin diabetesriskin lasku. Elämäntapaohjaus tukee muutoksessa. Riskiryhmien kartoitus on oleellista, mutta menetelmää käytetään myös jo sairastuneiden omahoidossa liitännäissairauksien puhkeamisen estämiseksi. Tuloksia saadaan aikaiseksi myös muiden kuin erittäin motivoituneiden ja alhaisen riskin potilailla. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös esim. amerikkalaisessa DPP tutkimuksessa (Knowler 2002) ja kiinalaisessa Da Qing Study:ssä (Pan ym. 1997) Tutkimuksellista näyttöä on myös siitä, että elämäntapainterventiolla saavutetut tulokset säilyivät myös elämäntapaneuvonnan loppumisen jälkeen.

Elämäntapaohjaamisella saaduissa myönteisissä tuloksissa ilmeni selvästi ammattimaisen ohjaamisen merkitys muutoksen aikaansaamisessa. Myös ohjausympäristö ja resurssit kuten riittävä aika ja henkilökunta, tarvittavat työvälineet sekä rauhallinen ja kiireetön fyysinen ympäristö ovat tärkeitä. Ammattimaisen ohjaamisen edellytyksiä ovat asiasisällön hallinnan lisäksi muutosprosessin dynamiikan ymmärrys ja muutosta tukevien ohjausmenetelmien hallinta. Myös Ogden (2000), Mustajoki (1998), Sarvimäki ym. (1996) ja Miller ym. (2002) painottavat kyseisiä asioita ohjaukselle merkityksellisinä lähtökohtina

Ohjaajan asenne, oman roolin ja vastuun sisäistäminen, rohkeus, vuorovaikutus- ja perustelutaidot auttavat asiakasta muutoksessa etenemisessä ja muutoksen ylläpitämisessä. Ohjaajan toiminta voi vaikuttaa elämäntapamuutosta estävästi. Tutkimuksissa ilmeni ohjaajien vuorovaikutus- ja ohjaustaidoissa puutteita. Huomiot kohdistuivat kuuntelutaidon puutteeseen, kysymysten lyhyteen tai suljettuun muotoon, perustelutaitojen heikkouteen sekä potilaan aloitteisiin reagoimattomuuteen. Vuorovaikutustaitoja tulisi kehittää. Ohjaaminen tulisi sovittaa asiakkaan muutosvaihetta ja muutoksessa etenemistä tukevaksi.

Mustajoki painotti (1998(6):533) muutosvaihemallia apukeinona selvitettäessä miksi neuvo tai kehoitus muuttaa terveyskäyttäytymistä ei tehoa. Jos kehotamme elämäntapamuutokseen henkilöä, joka ei ole lainkaan harkinnut muutoksen tekemistä, häneltä ei voi odottaa toimintaa, sillä muutoksen keskeisiä kehitysvaiheita jää väliin. Yki-Järvisen (2007) mukaan elämäntapaohjauksen tavoitteena on herättää ohjattavan tietoisuus diabeteksestä ja kohonneesta riskistä sekä motivoituminen omahoitoon ja -seurantaan.

Tuloksissa ilmeni myös, että ohjaajan tietoisuus omasta roolista tai toimintatavat eivät aina ole selkeitä. Toisaalta tiedostettiin omien taitojen kehittämisen tarve. Oma rooli saattoi herättää ristiriitoja esim. siitä näkemyksiä milloin, miten ja kuinka aktiivisesti tulisi puuttua potilaan elämäntapoihin. Toisaalta ohjaamista pidettiin myös velvollisuutena. Tuloksissa ilmeni puheeksi ottamisen vaikeus ja eettinen oikeus antaa neuvoja sekä ohjauksen vaikuttavuuden epäily. Potilaan muutosvastarinta koettiin muutoksenesteeksi, jopa ärtymystä herättäväksi. Voimavarakeskeisyyttä, ohjaajan roolia ja ammatillista vastuuta sekä vuoro-

vaikutustaitoja menestyksellisessä ohjaamisessa korostavat Kääriäinen (2007), Kettunen ym. (2002), Miller ym. (2002), jolloin tuloksena on asiakkaan voimaantuminen ja onnistunut elämäntapamuutos. Millerin ym. (2002:40-41) mukaan ohjaajan tehtävänä on vahvistaa asiakkaan luottamusta kykyynsä selvitä esteistä ja onnistua muutoksessa. Asiakkaan onnistumisen kannalta on ratkaiseva merkitys myös sillä, uskooko ohjaaja asiakkaan kykyihin muutoksen tiellä. (Miller ym. 2002:40-41.)

Tuloksissa ilmeni useita ohjaajien näkemyksiä asiakkaaseen vaikuttamisen esteistä ja sitä edistävästä tekijöistä. Potilaan vastuu, sopiva ohjausympäristö ja -välineet, kiire, vuorovaikutuskoulutuksen tarve, ohjaajan rooli ja suhtautuminen sekä rohkeus puuttua tulivat esille. Millerin ja Rollnick'in mukaan (2002:34-35) motivaatiolla elämäntapamuutokseen on keskeinen rooli, mutta viimekädessä vastuu muutoksesta on kuitenkin potilaalla. Asiakkaan oma vastuu muutoksesta perustuu yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Kuka tahansa pystyy muuttamaan, mutta muutos lähtee asiakkaan sisäisestä motivaatiosta.

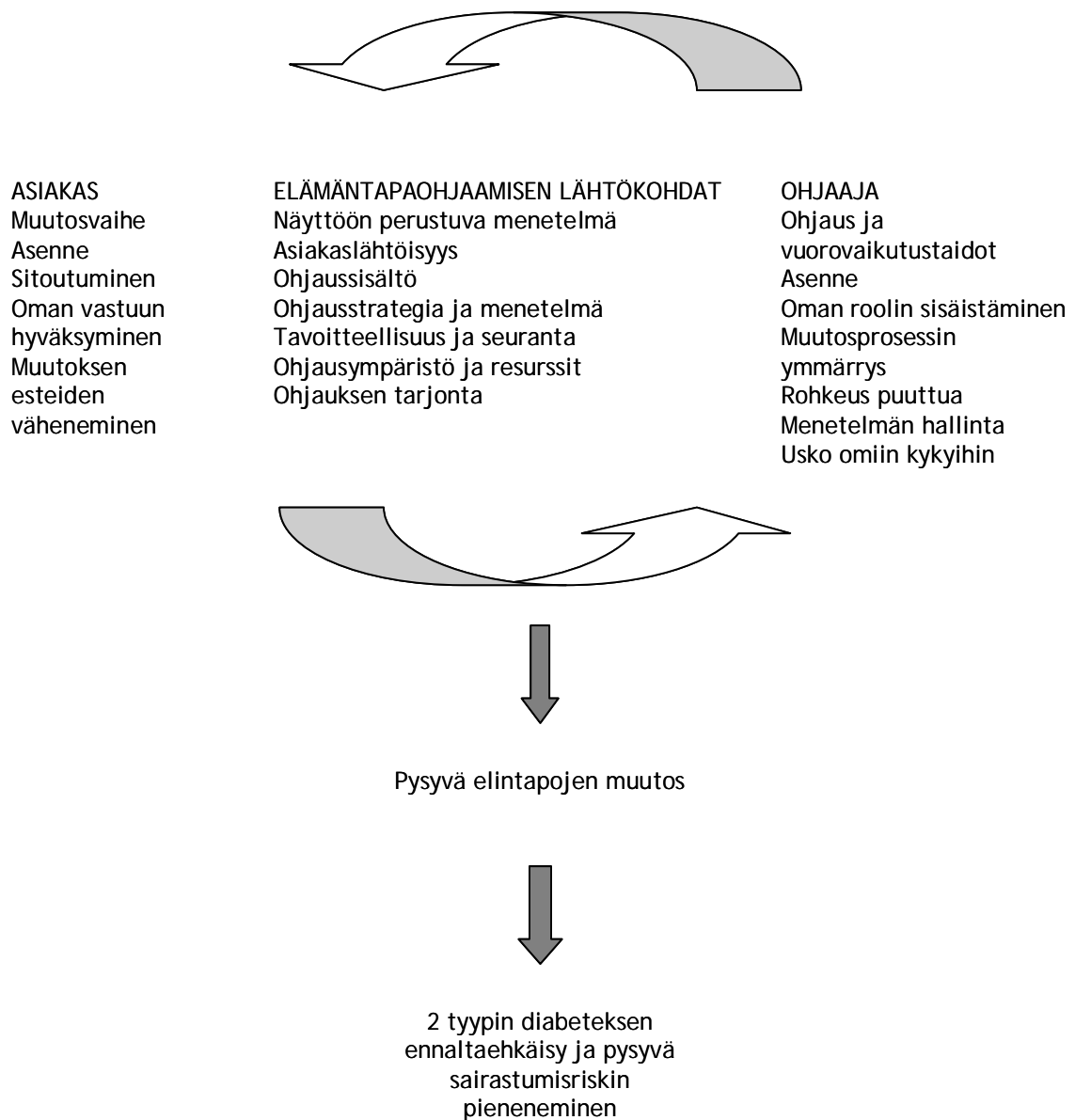
Ohjattavan elämäntapojen muutosprosessin vaikuttavat muutosvaihe, hänen kokemansa muutoksen esteet, usko omaan kykyihin (self-efficacy), sitoutuminen ja asenne, mutta myös ohjauksen saatavuus. Motivoitumattomuudesta tai puutteellisesta luottamuksesta omaan kykyihin huolimatta muutos on mahdollinen. Tämä on haaste ohjaajalle, josta ohjausmenetelmät hallitseva ohjaaja selviytyy menestyksekkäästi. Kettusen ym. mukaan (2002) asiakkaan osallistumista voi tukea erilaisilla vuorovaikutukseen liittyvillä menetelmillä kuten avoimilla kysymyksillä ja asiakkaan kannanottojen hyväksymisellä. Asiakkaan voimavarojen tunnistamisen ja tukeminen edellyttää aktiivista kuuntelemista. Myös motivoivan haastattelumenetelmän hallitsemisesta on apua vastarintaa kohdatessa. (Miller ym. 2002:38, 40-41.)

Aineistosta erottui erilaisia ohjausmenetelmiä, jotka muodostivat käytännössä erilaisia ohjauskokonaisuuksia. Erillisiä menetelmiä olivat: kertaohjaus ja seuranta tai toistuvat ohjauskerrat ja seuranta, valistusmateriaalin antaminen, yksilöllinen neuvonta, perustelemine, tavoitteellinen toiminta, motivoivan haastattelumenetelmän käyttäminen ja muutosvaihemallin hyödyntäminen, muutoksen esteiden kartoittaminen, asiakkaan omaan kykyihin luottamisen mittaaminen sekä taloudellinen kannustaminen liikuntaan. Motivoivan haastattelumenetelmän käytöllä ja hallinnalla sekä muutosvaihemallin hyödyntämisellä ja asiakaslähteisellä ohjausstrategialla oli keskeinen rooli tutkimuksissa.

Tutkimuksissa suoritettavat menestykselliset ohjaamistilanteet perustuivat asiakaslähtöisyydelle ja yksilöllisille tavoitteille. Asiakkaan muutosvaihe analysoitiin ja ohjausmenetelmänä käytettiin motivoivaa haastattelua. Muutosvaiheen etenemistä seuraamalla pystytään seuramaan muutoksessa etenemistä ja onnistumista. Millerin ym. (2002:34-35) mukaan motivoivassa haastattelumenetelmässä ohjaaja vahvistaa asiakkaan oikeutta ja kykyä itseohjautuvuuteen ja helpottaa valintaa. Rodwell 'in (Siitonen 1999:88) mukaan voimaantuminen näkyy ennen kaikkea parantuneena itsetuntona sekä kykyä asettaa ja saavuttaa päämääriä. Se näkyy myös oman elämän ja muutosprosessin hallinnan tunteena, samoin kuin toiveikkautena tulevaisuutta kohtaan. Leino- Kilven ja Välimäen mukaan (2003: 162-163) hoitaja pyrkii ohjauksellisin keinoin tukemaan autettavaa terveyden ymmärtämisessä, mahdollisten terveysongelmien tunnistamisessa ja

niiden ehkäisemisessä. Tällöin tapahtuu ideologista oppimista eli pitkäjännitteisten terveystapojen oppiminen, jonka tavoitteena on elämänaikainen terveyden hallinta esim. ravinto- ja liikuntatiedon alueella.

Analyysin lopullisena johtopäätöksenä syntyi elämäntapaohjauksen ideaalimalli (kuvio 7), joka ilmentää asiakkaaseen, ohjaajaan ja elämäntapa-ohjauksen lähtökohtiin liittyviä onnistuneen ohjaamisprosessin osatekijöitä elämäntapamuutoksen tukemisessa. Häiriöt tai puutteet kyseisissä tekijöissä vaikuttavat muutosta estävästi ja voivat johtaa ohjauksessa epäonnistumiseen. Onnistuneen elämäntapaohjaamisen lähtökohtia kuvaaviksi tekijöiksi muodostui kyseisen hoitotyön menetelmän perustuminen tutkimukselliseen näyttöön, asiakaslähtöisyyteen, ravitsemus- ja liikuntasuositusten ohjauksisältöön, ohjausstrategiaan ja ohjausmenetelmään, tavoitteellisuuteen ja seurantaan, suotuisaan ohjausympäristöön ja riittäviin resursseihin sekä ohjauksen tarjontaan. Aineistossa ilmeni myös ohjaajista ja asiakkaista johtuvia ohjausprosessin onnistumista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Analyysin tuloksena löytyi seuraavia ohjaajaan liittyviä edistäviä tekijöitä; hyvät ohjaus- ja vuorovaikutustaidot, myönteinen asenne ja oman roolin sisäistäminen, rohkeus puuttua, usko omiin ohjauskykyihin, ohjausmenetelmän hallinta ja muutosprosessin ymmärrys. Kun taas puuttumattomuus, kielteinen asenne muutosvastarinta, epäluottamus ohjauksen vaikuttavuuteen, ristiriitainen käsitys omasta roolista, liian lyhyt ohjaukseen käytetty aika sekä ohjaustaitojen ja menetelmän puute aiheuttavat häiriöitä ohjausprosessiin. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna ohjausprosessin onnistumiseen vaikuttaa muutosvaihe, asiakkaan asenne ja motivaatio, sitoutuminen, oman vastuun hyväksyminen ja muutosten esteiden väheneminen. Häiriöt edellä mainituissa tekijöissä aiheuttavat ongelmia elämäntapaohjausprosessissa ja voivat vaikuttaa kielteisesti muutoksessa etenemisessä tai jopa epäonnistumisen siinä.



KUVIO 7. Onnistuneen elämäntapaohjausprosessin tekijöitä

Potilaan elämäntapaohjaaminen on haastavaa, sillä elämäntapojen muuttaminen ei ole yksittäinen vaan pitkään kestävä ja aikaa vaativa tapahtuma. Ammattimaisesti ja järjestelmällisesti toteutettuna, elämäntapaohjaamisen tulokset ovat merkittäviä, ei pelkästään yksilön ja yhteiskunnan tasolla vaan Euroopan ehkä jopa globaalilla tasolla taistellessa 2 tyypin diabeteksen laajenevaa esiintymistä vastaan.

Hyvän ohjaamisen kriteereistä on paljon tietoa saatavilla ja valmiita menetelmiä kehitetty. Menetelmien hallinta vaatii kuitenkin käytännön harjoittelua teoretiedon lisäksi ja olemassa oleva tieto tulisi saada osaksi terveydenhuollon käytäntöä. Niinpä ohjaustyötä tekevien terveydenhuollon ammattilaisten ohjaustaitoihin ja menetelmän hallintaan tulisi edelleen panostaa merkittävästi niin perus- kuin täydennyskoulu-

tuksessa. Tuloksellinen ohjaaminen vaatii myös suotuisan ohjausympäristön ja tarvittavat henkilö- ja aika-resurssit. Elämäntapaohjausta tulisi myös olla tarjolla kaikille sitä tarvitseville ja haluaville, pelkkä terveysviestintä ei riitä. Ihmiset tarvitsevat tukea ja kannustusta terveystiedon soveltamisessa omaan elämään.

Elämäntapaohjaamisen taitoja tarvitaan useiden kansantautien ennaltaehkäisyssä, tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn lisäksi. Henkilökohtaisena tavoitteenani oli saada tämän opinnäytetyön avulla voimavaroja ohjaamistyöhön tulevaisuuden ammattilaisena. Tietoni lisääntyi ja myös tietoisuuteni ohjaamiseen vaikuttavista tekijöistä kasvoi. Toimikoon opinnäytetyöni lopputulemana syntynyt ohjausprosessin eri ulottuvuuksia kuvaava ideaalimalli tietoisuuden herättäjänä myös tämän raportin lukijalle ja ehkä kannustimena omien ohjaustaitojen kehittämiseksi tai niiden opettamiseksi. Laajemmasta ennaltaehkäisyyn näkökulmasta katsottuna, onnistuneen ohjausprosessin lisäksi tarvitaan myös ratkaisu siihen, miten 2 tyypin diabeteksen ennaltaehkäisyä voidaan toteuttaa järjestelmällisesti Euroopassa erilaiset kulttuuriympäristöt huomioiden. Nähtäväksi jää löytyykö DE -PLAN hankkeen avulla keinot siihen.

Lähdeluettelo

- Alberti, M.M, Zimmet, P. and Shaw, J. 2007. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine* 451-463.
- Clark, M., Hampson, S.E., Avery, L., Simpson R.. 2004. Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behaviour change in patients with type 2 diabetes. *Psychology Health Medicine*, November 2004;9/4:440-449.
- Clark, M., Hampson, S.E., Avery L., Simpson, R.2004. Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with Type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology* 2004;9, 365-379
- Diabetesliitto. Dehko 2000-2010. [www-dokumentti],
<http://www.diabetes.fi/index.php?lk_id=2>(viitattu 25.10.2007)
- Duaso, M.J. , Cheung, P. 2002. Health promotion and lifestyle advice in general practice: what do patients think? *Journal of Advanced Nursing* 39(5), 472-479.
- Duodecim. Terveyskirjasto. Diabetes [www dokumentti]
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011> (viitattu 1.11.2007)
- Euroopan unionin virallinen lehti. L 301/3. Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös n:o 1350/2007/EY, tehty 23 päivänä lokakuuta 2007, toisesta terveysalan yhteisön toimintaohjelmasta (2008-2013). [pdf-dokumentti]
<<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:FI:PDF>> (viitattu 30.09.2008)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2002. Tutki ja kirjoita. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino Oy.
- IDF, Diabetes e-atlas tilastotietokanta [www- dokumentti]
<<http://www.eatlas.idf.org/Prevalence/?data=table&tableId=13>> (viitattu 15.11.2007)
IDF, International diabetes federation. Diabetes questionnaire. [www tiedote]
<<http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=49AF41D1-0FB0-40D2-9D75-76DA6800B256>> (viitattu 7.11.2007)
- IDF, International diabetes federation Diabetes Atlas Second Edition Executive Summary. 2003, [pdf- dokumentti] <[http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/Atlas % 202003-Summary.pdf](http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/Atlas%202003-Summary.pdf)> (viitattu 12.11.2007)
- IDF. Prevalence of diabetes. [www-dokumentti]<<http://www.idf.org/home/index.cfm?node=264>> (viitattu 1.11.2008)
- Ilanne-Parikka, P., Kangas ,T., Kaprio, E. ja Rönnemaa, T. 2003. Diabetes. Duodecim. Diabetesliitto. Hämeenlinna. Karisto Oy.
- Jackson, R., Asimakopoulou, K. Scammel, A. 2007. Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *The British Dietetic Association Ltd* 2007. *J Hum Nutr Diet*, 20: 27-36.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., Patja, K., 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007; 25: 244-249.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P., Kettunen ,T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment
The British Dietetic Association Ltd-J Hum Nutr Dietet, 2003:159-166.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14(5):213-222. P. ISSN 0786-5686. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

Knowler, WC, Barrett-Connor, E, Fowler, SE. 2002. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*: 346:393-403.

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1 (11), 3-12.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2004. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 251-258.

Kääriäinen, M. Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaustutkimus tiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-47.

Laakso, M., 2005. Prevention of Type 2 Diabetes*Department of Medicine, University of Kuopio, Finland *Current Molecular Medicine* 5, 365-374

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Janhonen, S. Nikkonen, M. (toim.)2001:21-43 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva. WSOY.

Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M, Aunola, S, Eriksson, J., Hemiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall, J., Valle, T., Uusitupa, M., Tuomilehto, J. 2006. on behalf of the Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006; 368:1673-1679.

Miller, W.R, Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing. New York. Guilford Press.

Miilunpalo, S. 2002. Fyysinen aktiivisuus ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy *Diabetes ja lääkäri* 1/2002 [www-dokumentti] < http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=474> (viitattu 14.3.2008)

Mustajoki, P. 2007. Diabetes. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto [www-dokumentti]< http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=diabetes> (viitattu 12.11.2007)

Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi - miten autan potilasta? *Duodecim* 114, 531- 538.

Ogden, J. 2000. *Health psychology, a text book*. Second editon. Great Britain. Biddles LTd.

Onnismaa, J., 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa huomiota ja kunnioitusta. Tampere. Tammer-paino. Gaudeamus Kirja.

Pan X, Li g, Hu Y, Wang, J, Yang, W, An, Z. Effects of diet and exercise in preventing NIDMM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20: 537-544.

Peltonen, M. 2006. Diabeteksen ehkäisy Euroopassa DE-PLAN. *Kansanterveys-lehti* 5-6.

Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. 2006. Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24 (4), 206-210.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Helsinki. WSOY.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto.

Stephoe, A., Doherty, S. Rink, E., Kerry, S., Kendrick, T., Hilton, S. 1999. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999: 319:943-948

Steyn, NP., Mann, J., Bennett, PH., Temple, N. Zimmet, P. Tuomilehto, J., Lindström, J., Louheranta, A. 2004. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutrition*: 2004:7(1A), 147-165

Suomen kansanterveyslaki 28.1.1972/66. [www-dokumentti]
<[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search %5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki)> (viitattu 5.11. 2007)

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen - Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M, 2001. Prevention of type II diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001:344:1343-50.

Turku, R., 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki. Edita.

Valkoinen kirja. Yhdessä terveyden hyväksi:EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008-2013. Euroopan yhteisöjen komissio. Bryssel .KOM(2007) 630 lopullinen. [pdf dokumentti]<
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fi.pdf< (viitattu 30.09.2008)

Vanhala, M. 2007. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. [www-dokumentti]
<http://www.terveysportti.fi> (viitattu 30.09.2008)

Vihreä kirja. Terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistäminen: eurooppalainen ulottuvuus ylipainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä
Bryssel 08.12.2005, KOM(2005) 637 lopullinen [pdf- dokumentti]
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fi/com/2005/com2005_0637fi01.pdf>
(viitattu 12.11.2007)

WHO. Prevalence of diabetes. [pdf -dokumentti]
<<http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/mapdiabprev.pdf>> (viitattu 20.10.2007)

WHO. Goal of the Diabetes Programme. [www-dokumentti]
<<http://www.who.int/diabetes/goal/en/index.html>> (viitattu 15.11.2007)

WHO. Diabetes Action Now. [www-dokumentti] <<http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/>> (viitattu 15.11.2007)

WHO 2006. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia : report of a WHO/IDF consultation 1.Diabetes mellitus - diagnosis. 2.Diabetes mellitus - classification. 3.Hyperglycemia.4.Glucose tolerance test. I.World Health Organization. II.International Diabetes Federation.ISBN 92 4 159493 4 (NLM classification: WK 810),ISBN 978 92 4 159493 6.

Yki-Järvinen, H. 2007. Elämäntapaohjaus tyyppin 2 diabeteksen hoidossa. Lääkärin käsikirja Helsinki: Duodecim 2007: 805-807.

Liitteet

Liite 1 Diabeteksen arvioitu esiintyvyys vuosina 2003 ja 2025 EU:n jäsenmaissa

Liite 2 WHO Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia

Liite 3 Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake.

Liite 4 Tutkimusartikkelitaulukot

Liite 5 Aineiston sisällönanalyysin eteneminen

Liite 1 Diabeteksen arvioitu esiintyvyys vuosina 2003 ja 2025 EU:n jäsenmaissa.
Lähde: Diabetes e-atlas

	2003	2025
Belgia	4,2 %	5,20 %
Englanti	3,9 %	4,70 %
Espanja	9,9 %	10,10 %
Hollanti	3,7 %	5,10 %
Irlanti	3,4 %	4,10 %
Italia	6,6 %	7,90 %
Kreikka	6,1 %	7,30 %
Kroatia	5,8 %	6,70 %
Latvia	9,9 %	11,10 %
Liettua	9,4 %	10,80 %
Luxemburg	3,8 %	4,40 %
Malta	9,2 %	11,60 %
Portugali	7,8 %	9,50 %
Puola	9,0 %	11,00 %
Ranska	6,2 %	7,30 %
Romania	9,3 %	10,60 %
Ruotsi	7,3 %	8,60 %
Saksa	10,2 %	11,90 %
Slovakia	8,7 %	10,70 %
Suomi	7,2 %	10,00 %
Tanska	6,9 %	8,30 %
Tsekki	9,5 %	11,10 %
Turkki	7,0 %	9,10 %
Unkari	9,7 %	11,20 %
Viro	9,7 %	11,00 %

Liite 2 WHO Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia

Diabetes

Fasting plasma glucose	≥7.0mmol/l (126mg/dl)
2–h plasma glucose*	or ≥11.1mmol/l (200mg/dl)

Impaired Glucose Tolerance (IGT)

Fasting plasma glucose	<7.0mmol/l (126mg/dl)
2–h plasma glucose*	and ≥7.8 and <11.1mmol/l (140mg/dl and 200mg/dl)

Impaired Fasting Glucose (IFG)

Fasting plasma glucose	6.1 to 6.9mmol/l
2–h plasma glucose*	(110mg/dl to 125mg/dl) and (if measured) <7.8mmol/l (140mg/dl)

* Venous plasma glucose 2–h after ingestion of 75g oral glucose load

* If 2–h plasma glucose is not measured, status is uncertain as diabetes or IGT cannot be excluded

Liite 3 Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake.

Suomen Diabetesliitto ry / 01.2004

**TYYPIN 2 DIABETEKSEN
SAIRASTUMISRISKIN ARVIOINTILOMAKE**

Rengasta oikea vaihtoehto ja laske pisteet yhteen.

1. Ikä

- 0 p. Alle 45 v.
2 p. 45 – 54 v.
3 p. 55 – 64 v.
4 p. Yli 64 v.

2. Painoindeksi

(katso taulukosta kääntöpuolelta)

- 0 p. Alle 25 kg/m²
1 p. 25 – 30 kg/m²
3 p. Yli 30 kg/m²

**5. Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden
alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**

MIEHET

NAISET

- | | |
|------------------|------------|
| 0 p. Alle 94 cm | Alle 80 cm |
| 3 p. 94 – 102 cm | 80 – 88 cm |
| 4 p. Yli 102 cm | Yli 88 cm |

**4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään
puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla
ns. arkiliikunta mukaan lukien?**

- 0 p. Kyllä
2 p. Ei

**5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä
tai marjoja?**

- 0 p. Päivittäin
1 p. Harvemmin kuin joka päivä

**6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti
verenpainelääkkeitä?**

- 0 p. En
2 p. Kyllä

**7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla
(esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden
yhteydessä, raskauden aikana)?**

- 0 p. Ei
5 p. Kyllä

**8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu
diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**

- 0 p. Ei
3 p. Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai
serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla
tai lapsilla)
5 p. Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla

Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen
kymmenen vuoden kuluessa on

- alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu
7 – 11 Jonkin verran lisääntynyt:
arviolta yksi 25:stä sairastuu
12 – 14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu
15 – 20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu
yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu





MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät: liikapaino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohtuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset kovat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyypin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita. Jos sait testissä 7 – 14 pistettä, sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä. Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

Jos sait testissä 15 – 20 pistettä, hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

Jos sait testissä yli 20 pistettä, hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo) että sokerrirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi

$$\frac{\text{Paino (kg)}}{\text{Pituus (m)}^2} = \frac{70}{1,65 \times 1,65} = 25,7$$

Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

PAINOINDEKSITAULUKKO

Pituus (cm)	Paino (kg)																																											
	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136
184	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136
162	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136
140	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136

normaalipaino lieviä lihavuus merkittävä lihavuus voimakas lihavuus sairaalloinen lihavuus

Liite 4. Tutkimusartikkelitaulukot

Tutkijat ja alkuperä	Tutkimusartikkelin/tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja ongelmat	Tutkimuksen suorittaminen	Tutkimuksen keskeiset tulokset
<p>1.Poskiparta M., Kasila K., Kiuru P. Jyväskylän yliopisto.</p> <p>Scandinavian Journal of Primary Health Care 2006; 24 (4), 206-210. Tutkimusartikkeli Alkuperä: Suomi</p>	<p>Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland</p> <p>”Ravitsemus- ja liikunta- neuvonta 2-tyypin diabeetikoille ja henkilöille, joilla on heikentynyt sokerin sieto lääkärin ja hoitajien antamana perusterveydenhuollossa, Suomessa.”</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia lääkärin ja hoitajien käyttämiä aloitteita ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa ja argumentteja keskustellessaan fyysisestä aktiivisuudesta ja ravintorasvojen laadusta ja käytöstä, hoitaja-potilas ja lääkäripotilas välisessä diabeetikoiden elämäntapaneuvonnassa.</p>	<p>Tutkimus on osa laajempaa diabeetikoiden elämäntapaneuvontaa koskevaa seuranta tutkimusta. Aineisto koostuu 129 videoidusta neuvontatuokiosta 17 potilaan ja heidän hoitajiensa ja lääkärin välillä. Sisällönanalyysin avulla yksilöitiin osallistujien verbaalit kommentit ja reaktiot liittyen fyysiseen aktiivisuuteen ja ravintorasvojen laatuun ja käyttöön.</p>	<p>Hoitajat ja lääkärit käyttivät vain vähän aikaa ravitsemus ja liikunta neuvontaan. Neuvontatuokit koostuivat pääosin lyhyistä kysymyksistä ja minimipalautteesta. Neuvonnan aloitukset keskittyivät veren kolesterolitason ja fyysisen aktiivisuuden määrään.</p> <p>Terveystuon ammattilaiset epäonnistuivat ravintorasvojen vähentämisen ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisen merkityksen painottamisessa diabeteksen hoidon tukemisessa tai täydentämisessä.</p> <p>Vaikka potilaat kertoivat tekijöistä jotka ehkäisevät tai edistävät heidän fyysistä aktiivisuuttaan eivät terveydenhuollon ammattilaiset tarttuneet aiheeseen.</p> <p>Perusterveydenhuollossa tarvitaan metodeja, jotka helpottaisivat keskustelua elämäntapamuutoksesta. Terveystuonhuollossa tarvitaan lisäkoulutusta terveydenhuollon ammattilaisten viestintä- ja vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi ennaltaehkäisevän terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna.</p>
<p>2.Tuomilehto.J, Lindström J.Eriksson J, Valle T., Hämalainen H., Ilanne - Parikka P., Keinänen - Kiukaanniemi S.Laakso M., Louheranta A., Rastas M., Salminen V., Uusitupa M.,</p> <p>N Engl J Med 2001:344:1343-</p>	<p>Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance</p> <p>”2-tyypin diabeteksen ehkäisy elämäntapamuutoksen avulla heikentyneen glukoosin siedon omaavilla potilailla, DPPS tutkimus”</p>	<p>Tarkoituksena oli määritellä heikentyneen glukoosin siedon omaaville potilaille suunnitellun elämäntapamuutos ohjelman soveltuvuus ja vaikutukset 2-tyypin diabeteksen puhkeamisen estämisessä tai viivästyttämisessä.</p>	<p>Kontrolliryhmätutkimus, jossa osallistujina oli; 172 miestä ja 350 naista; keskimääräinen BMI 31 henkilöillä joilla heikentynyt sokerin sieto. Jaettiin samansuuruisiin interventio ja kontrolliryhmiin. Interventioyhmäläiset saivat yksilöllistä ravitsemus ja liikunta neuvontaa tavoitteiden saavuttamiseksi. Verokiryhmäläiset saivat yleistä terveysneuvontaa vuosittaisen seuranta- kontrollien yh-</p>	<p>Seurannan aikana diabetesriski laski 58 prosenttia (P<0.001) interventioyhmässä. Diabeteksen esiintyvyyden riskin väheneminen oli suorassa yhteydessä elämäntapamuutoksiin.</p> <p>Tyypin- 2 diabeteksen puhkeaminen voidaan ehkäistä elämäntapamuutoksilla korkean riskin omaavilla potilailla.</p> <p>Diabetes ei kehittynyt kenellekään heistä, jotka saavuttivat 4-5 asetetuista tavoitteista. Heitä oli</p>

1350. Tutkimusartikkeli. Alkuperä: Suomi			teydessä. Interventoryhmäläiset tapasivat ensimmäisenä vuotena ravitsemusterapeutin 7 kertaa ja tämän jälkeen joka kolmas kuukausi. Interventoryhmäläiset saivat yksilöllistä liikuntaneuvontaa. Kestävyysliikuntaa suositeltiin aerobisen kunnan kasvattamiseksi sekä sydän ja verenkiertoelinten vahvistamiseksi. Myös ohjattua voimaharjoittelua (kierto-harjoitteluna, pitkällä sarjoilla) tarjottiin isojen lihasryhmien voiman parantamiseksi. Molemmilla ryhmillä oli tavoitteena vähentää painoa - 5 %, kokonaisrasvan saannin tulla olla <30 %- ja siitä tyydyttyneen rasvan määrää (<10%) ja lisätä kuitujen (15g/1000kcl) ja liikunnan määrää vähintään 30 min päivässä Vuosittain tehtiin 2 tunnin sokerirasituskoet, verenpaine ja rasva-arvot, paino ja vyötärönympäryys mitattiin. Aineistot käsiteltiin tilastollisesti SAS/STAT software, version 6.12 ohjelmalla. Keskimäärin seuranta kesti 3,2 vuotta.	49 interventoryhmäläisistä ja 15 verrokeista. Elämäntapamuutokset parantavat glukoosinsietoa (glucose tolerance) sekä muita sydän ja verisuonitautien riskitekijöitä kuten verenpainetta ja seerumin rasvaprofiilia. Tutkimuksen alhainen keskeyttämisprosentti osoittaa, että vähän liikkuvat ja ylipainoiset ihmiset ovat halukkaita ja kykeneviä osallistumaan vaativaan elämäntapamuutosohjelmaan jos sitä heille tarjotaan.
3. Duaso M.J., Cheung P. Journal of Advanced Nursing 39(5), 472-479. Tutkimusartikkeli Alkuperä: Englanti	Health promotion and lifestyle advice in general practice: what do patients think "Terveyden edistäminen ja elämäntapaneuvonta perus- terveydenhuollossa. Potilaiden ajatuksia" ?	Tarkoituksena oli tutkia potilaiden käsityksiä ja muistoja sairaanhoitajilta saamastaan elämäntapaneuvonnasta perusterveydenhuollossa Koillis-Englannissa, miten tarjottu neuvonta vastasi potilaan neuvontatarpeita ja kartoittaa potilaiden tärkeimmät terveysinformaation lähteet.	Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena. Postikysely lähetettiin 512 potilaalle. Kyselyllä kartoitettiin nykyisiä elämäntapoja, aiemmin saatua elämäntapaneuvontaa ja käsityksiä saadusta neuvonnasta. Vastausprosentti oli 64 %. Kvantitatiivinen analyysi tehtiin ja aineisto käsiteltiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Avoimet kysymysten vastaukset luokiteltiin sisällönanalyysimenetelmällä ja muutettiin tilasto-ohjelmaan kategoriamuuttujiksi.	Kyselyn analyysissä ilmeni että, tutkitulla väestöllä oli epäterveellisiä elämäntapoja, joihin olisi voitu vaikuttaa terveydenedistämisen keinoin. Vastanneista 25 % tupakoi, 44 % liikkui vain satunnaisesti, 10 % painoindeksi oli <25 kg/m ² . Vastanneista 6 % oli saanut ruokavalio ohjausta, 4 % liikuntaohjausta, 4 % ohjausta tupakan lopettamisessa ja 2 % alkoholin käytössä. Potilaat halusivat enemmän terveysneuvontaa liittyen stressin hallintaan, liikuntaan ja laihtumiseen. Potilaiden tärkeimmät terveystiedonlähteet olivat aikakauslehdet (67 %) ja TV (47 %). - perusterveydenhuollon tulisi tarjota enemmän ennaltaehkäisevää elämäntapaohjausta perustuen potilaiden tarpeisiin

<p>4. Lindström J., Ilanne-Parikka P., Peltonen M., Aunola S., Eriksson J.G., Hemio K., Hämäläinen H., Härkönen P., Keinänen, Kiukaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Manninen M., Paturi M., Sundvall J., Valle T.T., Uusitupa M., Tuomilehto J.</p> <p>Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006; 368:1673-1679 Tutkimusartikeli. Alkuperä: Suomi</p>	<p>Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow up of Finish diabetes prevention study</p> <p>”Kakkostyyppin diabeteksen esiintyvyyden vähenemisen pysyvyys elämäntapa-intervention avulla: suomalaisen diabeteksen ennaltaehkäisy tutkimuksen seurantatutkimus”</p>	<p>Laajennetussa suomalaisen diabeteksen ennaltaehkäisy tutkimuksen seurantatutkimuksessa arvioitiin aiemmassa tutkimuksessa saavutettujen elämäntapamuutosten ja sairastumisriskin vähenemisen pysyvyyttä aktiivisen neuvonnan loppumisen jälkeen.</p>	<p>Suomalaisen diabeteksen ennaltaehkäisy tutkimus oli satunnaistettu kontrollikoe, jolla pyrittiin 2 tyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyyn elämäntapa-intervention keinoin.</p> <p>Ylipainoiset keski-ikäiset miehet ja naiset (n=350), joilla oli heikentynyt sokerin sieto, valittiin satunnaisesti tehostettuun elämäntapaohjaukseen tai kontrolliryhmään. Neljän vuoden aktiivisen ohjauksen jälkeen osallistujia molemmista ryhmistä, jotka eivät olleet sairastuneet, seurattiin vielä kolme vuotta eli yhteensä seitsemän henkilövuotta. Diabeteksen esiintyvyys, paino, fyysinen aktiivisuus, ja ravintorasvojen, tyydyttyneen rasvan ja kuidun saanti mitattiin.</p>	<p>4 vuoden seurannan aikana 2 tyyppin diabeteksen suhteellinen sairastumisriski laski 58 % interventioryhmässä suhteessa verrokkeihin. Riskin lasku liittyi elämäntapa-intervention tavoitteiden saavutuksiin laihtuessa, kokonaisrasvan ja tyydyttyneiden rasvan saannin vähentämisessä, kuidun saannin lisäämisessä ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. Interventioryhmään osallistuneiden saavuttamat myönteiset elämäntapamuutokset säilyivät elämäntapaohjauksen loppumisen jälkeen ja jälkiseurannan aikana suhteellinen sairastumisriski oli edelleen 36 % pienempi tehostetun ohjauksen ryhmässä kuin verrokeilla</p> <p>Elämäntapa-interventio korkean 2 tyyppin diabeteksen sairastumisriskin omaaville sai aikaan pysyviä muutoksia elämäntavoissa ja diabeteksen esiintyvyyden laskun, jotka säilyivät myös elämäntapaneuvonnan loppumisen jälkeen</p>
<p>5. Oldroyd J.C, Unwin N.C, White M., Mathers J.Cb, Alberti K.G.M.M. Diabetes Research and Clinical Practice 72 (2006) 117-127 (alkuperäisartikkeli) Diabetes Research Group, School of Clinical Medical Sciences, University of Newcastle, Newcastle upon Tyne, UK Alkuperä: Englanti</p>	<p>Randomised controlled trial evaluating lifestyle interventions in people with impaired glucose tolerance</p> <p>”Elämäntapa-intervention arviointi heikentyneen sokerinsiedon potilailla. Satunnaistettu kontrollitutkimus”</p>	<p>Tavoitteena oli arvioida elämäntapa-interventioiden tehokkuutta potilailla, joilla oli todettu heikentynyt sokerin sieto (=IGT).</p>	<p>Aineisto eli osallistujat, joilla oli diagnosoitu heikentynyt sokerin sieto (n = 78), kahdessa peräkkäisessä sokeri rasiuskokeessa (OGTTs), ohjattiin satunnaisesti 2-vuoden elämäntapa-interventio ryhmään tai kontrolliryhmään. Elämäntapa-interventio sisälsi ravitsemus, ja liikunta neuvontaa. Ohjausmenetelminä käytettiin motivoivaa haastattelua sekä muutostavahemallia. Ohjauksen toteuttivat fysio- ja ravitsemus- terapeutit. Kullekin interventioryhmän potilaalle tehtiin yksilölliset ravitsemus ja liikuntasuunnitelmat. Liikuntasuunnitelmissa huomioitiin potilaan elämäntapa, fyysiset edellytykset ja liikuntalaji sekä mieltymykset. Suositeltu liikunta-määrä oli 20-30 min. aerobista liikuntaa vähintään kerran viikossa. Molemmat ryhmät saivat alennuskortin julkisiin liikuntapalveluihin.</p>	<p>24 kuukauden seurannan jälkeen rasvan kokonaiskulutus interventioryhmässä väheni merkittävästi painoindeksi BMI oli merkittävästi alhaisempi ja insuliiniherkkyyks parantui elämäntapaohjauksen ansiosta.</p> <p>Nämä tulokset täydentävät FDPS ja ADPS tutkimuksien tuloksia osoittaen, että käytännöllisellä elämäntapaohjauksella saadaan aikaan muutoksia painonhallinnassa ja insuliiniherkkyydessä heikentyneen sokerinsiedon eli 2 tyyppin diabeteksen sairastumisriskin potilailla.</p>

			<p>Tärkeimmät tulosmittarit, joilla muutosta mitattiin, olivat muutos ravitsemuksessa, fyysisessä aktiivisuudessa ja sokerinsiedossa sekä insuliiniherkyydessä. Mittaukset toistettiin 6, 12 ja 24 kk välein.</p> <p>Kontrolliryhmäläiset eivät saaneet ravitsemus tai liikuntaohjausta seurannan aikana.</p> <p>Aineisto käsiteltiin tilastollisin menetelmin.</p>	
<p>6. Clark M., Hampson S.E., Avery L., Simpson R. British Journal of Health Psychology (2004), 9, 365-379q.</p> <p>The British Psychological Society. Alkuperä: Englanti</p>	<p>Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with Type 2 diabetes</p> <p>”Asiakaslähtöisen elämäntapaohjauksen vaikutukset 2-tyyppin diabetikon omahoitoon”</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää, toteuttaa ja arvioida lyhytinterventio (brief intervention) parantamaan 2 tyyppin diabeetikoiden sitoutumista suositeltuihin elämäntapamuutoksiin ja erityisesti rasvan käytön vähentämiseen ja lisäämään fyysistä aktiivisuutta.</p>	<p>Lopullinen tutkimusjoukko koostui 100 osallistujasta, jotka olivat iältään keskimäärin 59.5-vuotiaita, sairastaneet keskimäärin 8 vuotta 2-tyyppin diabetesta ja heillä oli 1-2 muuta sairautta diabeteksen lisäksi</p> <p>Enemmistöllä (61 %) oli diabeteksen tablettilääkitys ja pienellä joukolla 6 % sekä tabletit että insuliinihoito.</p> <p>Lyhyt asiakaslähtöinen elämäntapaohjaus testattiin satunnaistetun kontrolliryhmän avulla. Sata iältään 40-70 v osallistujaa, jotka jaettiin satunnaisesti interventio- ja kontrolliryhmiin täyttivät arviointilomakkeet tutkimuksen alussa. 3 kk ja 12 kk kuluttua.</p> <p>Interventoryhmäläiset saivat räätälöidyn lyhytohjauksen (30 min) ja seurantapuhelut</p> <p>Ravintorasvojen käytön vähentämisen muutosvaihe arviointiin</p> <p>Fyysisen aktiivisuuden muutosvaihe arviointiin.</p> <p>Esteet terveellisen ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden noudattamiseksi arviointiin.</p> <p>Yksilöllinen ”itse-tehokkuus” eli kuinka luottavaisia he olivat kykynsä (self-efficacy) liittyen fyysisen aktiivisuuden toteuttamiseen esim. reipas</p>	<p>Tulokset osoittavat intervention auttaneen potilaita merkittävästi vähentämään rasvan kokonaissaantia ja jossain määrin myös lisäämään fyysistä aktiivisuutta.</p> <p>Potilaiden itse raportoimat elämäntapa muutokset näkyivät samansuuntaisina myös punnituksissa. ja interventoryhmäläisten vyötärönympäryksen pieneni merkittävästi verrokkeihin nähden (keskimäärin 2 cm).</p> <p>Nämä tulokset ovat lisänäyttö lyhytinterventioiden merkityksestä elämäntapamuutoksessa</p>

			<p>kävely 3-4 krt/vko ja runsasrasvaisten ruokien kulutuksen vähentämiseen arvioitiin.</p> <p>Ohjaamisessa noudatettiin motivoivan haastattelun menetelmää ja laadittiin yksilölliset ohjelmat elämäntapamuutoksen saavuttamiseksi.</p> <p>Elämäntapamuutoksen vaikutukset diabetekseen käsiteltiin ja yksilölliset ohjausstrategiat lisäämään itseluotamusta (self-efficacy) ja vähentämään muutoksen esteitä (change barriers) kehitettiin.</p> <p>Potilas sai tavoitteet kirjallisena ja seurantasoiot edistymisen seuraamiseksi sovittiin tehtäväksi viikon kulu- tua. Tuolloin kysyttiin potilaalta kuinka luottavainen hän oli tavoitteiden saavuttamisen suhteen. Potilaat saivat myös kirjallista materiaalia terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan merkityksestä Ohjaustuokiot kestivät noin 30 min.</p> <p>Aineisto analysoitiin tilasto-ohjelmalla SPSS versio 10 for Windows</p>	
<p>7. Jacobsen E.T., Rasmussen S.R., Christensen M., Engberg M., Lauritzen T. Scandinavian Journal of Public Health, 2005; 33: 4-10.</p> <p>Alkuperäinen tutkimusartikkeli. Alkuperä:Tanska</p>	<p>Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study</p> <p>"Perspektiiviä a elämäntapaintervention: terveydenedistämistutkimukseen osallistuneiden yleislääkäreiden näkemyksiä "</p>	<p>Tutkimus tarkoituksena oli selvittää tanskalaisten yleislääkäreiden näkemyksiä mahdollisuudesta vaikuttaa /puuttua potilaiden elämäntapaan ja vaikuttamisen esteistä, perustuen heidän kokemuksiinsa osallistumisesta terveydenedistämisen tutkimukseen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, joka koostuu 5 lääkärin haastattelusta, jotka osallistuivat "Ebeltoft Health Promotion Study" tutkimukseen ja tutkimuksessa arvioidaan heidän näkemyksiään omasta ennaltaehkäisevästä roolistaan. "Ebeltoft Health Promotion Study" oli satunnaistettu kontrolliryhmätutkimus, jossa pyrittiin tutkimaan ennaltaehkäisevien terveystar- kastusten ja terveyskeskustelujen vaikutusta paikallisen väestön terveyteen. Ohjauksessa keskityttiin elämäntapamuutosten merkitykseen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lääkärit pitivät välttämättömänä hyviä työvälineitä ja laitteita, rauhallista työympäristöä, keskustelu ja vuorovaikutustekniikoiden harjoittelua ja erityisten potilasryhmien yksilöintiä, joihin ennaltaehkäisevät tarkastukset ja ohjaus tulisi ensisijaisesti keskittää. 2. Lääkärien näkemykset siitä milloin ja miten ja kuinka aktiivisesti heidän tulisi puuttua aloittamalla keskustelu potilaiden kanssa liittyen elämäntapamuutukseen, poikkesivat toisistaan 3. Lääkärit olivat sisäistäneet tärkeän roolinsa elämäntapoihin liittyvien sairauksien ehkäisyssä. 4. Lääkärien mukaan lääkäriillä, joka tuntee potilaansa, on tilaisuus ja toisaalta velvollisuus

			<p>terveysriskien toteutumisen välttämiseksi. Tämä tutkimus toteutettiin ennenkuin "Ebeltoft Health promotionin" lopulliset tulokset olivat valmiit. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin teemoittain.</p> <p>Lääkäreiden kommentit luokiteltiin kolmelle tasolle: terveyspolitiikka, ammatillinen ja potilaslähtöinen taso.</p>	<p>rohaista terveellisempiin elintapoihin.</p> <p>5. Lääkärit olivat myös skeptisiä ohjauksen/intervention tehon suhteen ja pitivät eettisesti kyseenalaisena antaa neuvoja. He olivat myös ärsyyntyneitä siitä, että potilaat olivat pikemminkin kiinnostuneita terveystarkastuksesta kuin elämäntapa muutoksesta. Elämäntapamuutokseen sitoutuminen on vaikeaa vaikka olisi motivoitunut alussa. Jotkut lääkäreistä valittivat, etteivät potilaat ota elämäntapamuutoksen tarvetta vakavissaan.</p>
<p>8. Jackson R., Asimakopoulou K., Scammell A. J Hum Nutr Diet, 2007: 20: 27-36.</p> <p>Tutkimusartikkeli. Alkuperä:Englanti</p>	<p>Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes</p> <p>" Ravitsemusterapeuttien käyttämän transteoreettisen mallin arviointi 2 tyyppin diabeetikoiden liikuntaneuvonnassa"</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida ravitsemusterapeuttien muutosvaihemallin käyttöä 2 tyyppin diabeetikoiden liikuntaneuvonnassa</p>	<p>Kontrolliryhmään ja liikunta- neuvonta haastatteluryhmään jaettiin satunnaisesti 34 henkilöä kumpaankin 17 henkilöä. (randomized control trial) Molempien ryhmien jäsenet saivat liikkumisesitteen ja neuvontaryhmäläiset saivat myös yksilöllistä ohjausta viikon kuluttua rutiinitapaamisesta. Osallistujien raportoimat liikunta aktiivisuuden tasot ja muutosvaiheet mitattiin tutkimuksen alussa ja kuuden viikon kuluttua. Tässä tutkimuksessa liikuntaohjauksessa huomioitiin ohjattavan muutosvaihe ja käytettiin ohjausmenetelmänä motivoivaa haastattelua. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS ohjelmalla. Kyseessä oli kontrolliryhmätutkimus.</p>	<p>Molemmissa ryhmissä lisääntyi fyysinen aktiivisuus, mutta motivoivaa haastattelua ja muutosvaihemallia hyödyntävässä ohjausryhmässä ilmeni merkittävä fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen. Liikuntaohjausryhmässä kahdeksan henkilöä eteni muutosvaiheesta seuraavaan kun taas kontrolliryhmässä vain yksi henkilö.</p> <p>Motivoivan haastattelumenetelmän ja käyttäytymisen muutosvaihe- valmennuksen hallitseva ravitsemusterapeutti pystyy menestyksellisesti suorittamaan muutosvaiheintervention diabeetikoille, jonka tuloksena fyysinen aktiivisuus lisääntyy ja ohjattava etenee muutosvaiheesta toiseen.</p> <p>Interventioryhmän menestykseen elämäntapamuutoksessa vaikutti neuvonnassa käytetty tavoitteen asettaminen, repsahduksen estäminen, ja muutoksen esteistä keskustelu sekä ohjaajan ohjaustaidot.</p>
<p>9. Kasila M. Poskiparta P. Karhila and Kettunen T., University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland. Tutkimusartikkeli. The British Dietetic Association Ltd 2003 J Hum Nutr Dietet, 16, pp. 159-166.</p>	<p>"Potilaiden valmius ravitsemustottumusten muutokseen neuvonnan alussa: muutosvaihemalliin perustuva arviointi"</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia potilaan valmiutta ravitsemustottumusten muutokseen transteoreettisen muutosvaihemallin näkökulmasta.</p> <p>Potilailla oli äskettäin diagnosoitu 2- tyyppin diabetes tai heikentynyt sokerin sieto. Tutkimuksessa</p>	<p>Aineisto sisälsi 16 potilaalle, kahden hoitajan pitämää, Aineisto koostui yhteensä 32 nauhoitetusta diabetes neuvontatilanteesta. Aineisto käsiteltiin deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä.</p>	<p>Potilaat olivat eri muutosvaiheessa diabetekseen vaikuttavien ravitsemustottumusten/käyttäytymisen osalta. Muutosvaiheet vaihtelivat tietyillä ruokavalion alueilla ja ravitsemustottumusten osalta. Nämä vaiheet saattoivat liittyä heidän yleiseen ravitsemuskäyttäytymiseen tai pieniin osiin ruokavaliolla. Johtopäätöksenä oli, että potilaskohtaisen muu-</p>

<p>Tutkimusartikkeli. Alkuperä:Suomi</p>	<p>“Patients’ readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment”</p>	<p>pohdittiin sopivia ravitsemusneuvonnan strategioiden teoreettisia näkökulmia potilaan yksilölliseen muutosvaiheeseen liittyen.</p>		<p>tosvaiheen ymmärtäminen suuntaa terveysneuvoja käyttämään potilaalle sopivia ohjausstrategioita.</p> <p>Transteoreettinen viitekehys auttaa ohjaajia huomioimaan erilaiset ohjattavat, erilaiset muutosvaiheet ja niiden vaikutuksen neuvontaan.</p> <p>Potilaan muutosvaiheen määrittelyn neuvontakeskusteluja tutkimalla oli ajoittain vaikeaa hoitajien puutteellisista neuvontataidoista johtuen. Hoitajat eivät rohkaisseet potilaita omien tarpeiden ja odotusten esille tuomiseen liittyen ravitsemustottumusten muutokseen ja neuvontaan. Hoitajat käyttivät pääasiassa vain suljettuja kysymyksiä tiedustellessaan potilaan ravitsemuskäyttäytymisestä. Lisäksi neuvontatilanteet olivat hoitajakeskeisiä ja neuvontakeskusteluista ei käynyt ilmi potilaan nykyiset ravitsemustotumukset. Lisää kvalitatiivista tutkimusta tarvitaan</p>
<p>10. Clark M., Hampson S.E., Avery L., Simpson, Psychology Health Medicine. November 2004/9:4: 440-449.</p> <p>Tutkimusartikkeli. Alkuperä: Englanti</p>	<p>Lyhyen asiakaslähtöisen intervention vaikutukset 2 -tyypin diabeetikon elämäntapamuutos prosessiin ja sitä ennustaviin tekijöihin.</p> <p>Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behaviour change in patients with type 2 diabetes</p>	<p>Tässä tutkimuksessa pohditaan oliko kolme psykososiaalista mitaria, jotka kerättiin osana elämäntavan itseohjautuvuus interventiotutkimusta</p> <p>-muutosvaiheet, -muutoksen esteet ja "itsetehokkuus" (self-efficacy)-</p> <p>prosessin tekijöitä liittyen ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutokseen 2 tyypin diabeetikoilla ja huomioiden lisäksi potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet tulosta ennustavina tekijöinä interventoryhmässä.</p>	<p>Satunnaistettu kontrollitutkimus (n = 100).</p> <p>Osallistujat (iältään 40 - 70 vuotta) täyttivät muutosvaihe-, muutoksen esteet muutoksessa ja self-efficacy muutoksessa -mittarit tutkimuksen alussa, kolmen kuukauden ja vuoden kuluttua. Osallistujat jaettiin interventoryhmään, jotka saivat lyhyen asiakaskohtaisen ohjauksen ja seurantasoiittoja tai tavanomaisen hoidon kontrolliryhmään. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti.</p>	<p>Tulokset osoittavat, että interventoryhmään osallistuneet, toisin kuin kontrolliryhmässä, kokivat siirtyneen harkintavaiheesta toteutusvaiheeseen ravintorasvojen osalta sekä fyysisen aktiivisuuden suhteen.</p> <p>Tämä liittyi vähentyneisiin muutoksen esteisiin, mutta ei lisääntyneeseen itse tehokkuuteen (self-efficacyyn).</p> <p>Mikään yksittäinen ennustava tekijä ei selittänyt tulosta interventoryhmässä.</p> <p>Nämä tulokset vahvistavat aiempaa näyttöä asiakaslähtöisten interventioiden vaikutuksesta elämäntapa-muutoksessa.</p> <p>Eri käyttäytymiseen liittyvä muutosprosessin lisääntynyt ymmärrys mahdollistaa käyttäytymis- ja ennaltaehkäisevän lääketieteen suuremman vaikutuksen pyrkiessä muuttamaan sellaisten ihmisten riskikäytöstä, joilla on riskikäytöstä</p>

				useilla alueilla kuten runsasrasvainen ruokavalio ja liikkumaton elämäntapa.
<p>11. Jallinoja P., Absetz P.,Kuronen R., Nissinen A.,Talja M., Uutela A., Patja K.</p> <p>National Public Health Institute. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25: 244_249</p> <p>Tutkimusartikkeli Alkuperä:Suomi</p>	<p>The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses</p> <p>”Potilaan oman vastuun dilemma elämäntapamuutoksessa: Perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja lääkärin käsityksiä ”</p>	<p>To explore physicians’ and nurses’ views on patient and professional roles in the management of life-style-related diseases and their risk factors. Design. A questionnaire study with a focus on adult obesity, dyslipidemia, high blood pressure, type 2 diabetes, and smoking.</p> <p>Tavoitteena on tutkia lääkäreiden ja hoitajien näkemyksiä potilaan ja ammattilaisen rooleista elämäntapasairauksien ja niiden riskitekijöiden hallinnassa.</p> <p>Kyselytutkimus jossa keskityttiin aikuisten lihavuuteen, rasva-ainehäiriöihin, korkeaan verenpaineeseen, tyyppin 2 diabetekseen ja tupakointiin</p>	<p>Toteutettiin Päijät-Hämeen sairaanhoitoalueen terveysasemilla</p> <p>Kyselytutkimus suunnattiin perusterveydenhuollon lääkäreille ja hoitajille (n=220). Tutkittiin lääkäreiden ja hoitajien käsityksiä potilaan ja ammattilaisten roolista elämäntapasairauden hoidossa yleisellä tasolla ja erityisesti liittyen dyslipidemiaan eli rasva-ainehäiriöön, ylipainoon, korkeaan verenpaineeseen, 2 tyyppiä diabetekseen ja tupakointiin.</p> <p>Molempien ammattiryhmien käsityksiä tutkittiin, koska he yhdessä liittyvät keskeisesti kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon</p> <p>Tutkimuksessa selvitettiin myös vai-kuttaako työssäolo vuosien määrän näkemyksiin</p> <p>Kyselylomakkeella selvitettiin kliiniset hoitokäytännöt ja niihin liittyviä asenteita sekä elämäntapaneuvontaa koskevia käytäntöjä ja niihin liittyviä asenteita.</p>	<p>Valtaosa lääkäreistä (88 %) ja hoitajista (95 %) olivat yksimielisiä siitä, että potilaan tulee hyväksyä oma vastuunsa liittyen elämäntapaa koskeviin päätöksiin.</p> <p>Valtaosa hoitajista ja lääkäreistä pitivät potilaan haluttomuutta muutokseen lähes aina tai aina suurimpana esteenä potilaanhoidossa.</p> <p>Valaosa hoitajista ja lääkäreistä oli sitä mieltä, että potilaalle tulisi painottaa oman vastuun merkitystä verenpaineen, dyslipidemian ja tyyppin 2 diabeteksen omahoidossa.</p> <p>Selvä enemmistö lääkäreistä ja hoitajista katsoi omaksi tehtäväkseen potilaan motivoinnin, tiedon jakamisen ja kannustamisen elämäntapamuutoksessa. Kuitenkin vain puolet heistä piti omia taitojaan elämäntapaneuvonnassa riittävinä ja 2/3 katsoi pystyvänsä auttamaan monia potilaita muuttamaan elämäntapojaan terveellisemmiksi.</p> <p>2/3 lääkäreistä ja puolet hoitajista piti omaa työpäiväänsä liian kiireisenä pystyäkseen syventymään potilaan elämäntilanteeseen. Hoitajat kokivat useammin kuin lääkärit potilaan ylipainon tai tupakoinnin puheeksi ottamisen. Hoitajista ne, joilla oli vähemmän työskentelyvuosia takanaan, kokivat, että heillä oli riittävästi taitoja elämäntapaohjaukseen liittyen. (70 % vs. 43 %, p_0.001).</p>

Liite 5 Aineiston sisällönanalyysin eteneminen

Mitä elämäntapaohjaukseen liittyviä tutkimustuloksia artikkeleissa tulee esille?

Ohjaaja näkökulma/ ALKU-PERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
<p>Hoitajat ja lääkärit käyttivät vain vähän aikaa ravitsemus ja liikunta neuvontaan. Neuvontatuokiot koostuivat pääosin lyhyistä kysymyksistä ja minimipalautteesta. Neuvonnan aloitukset keskittyivät veren kolesterolitasoon ja fyysisen aktiivisuuden määrään.</p> <p>Terveydenhuollon ammattilaiset epäonnistuivat ravintorasvojen vähentämisen ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisen merkityksen painottamisessa diabeteksen hoidon tukemisessa tai täydentämisessä.</p> <p>Vaikka potilaat kertoivat tekijöistä jotka ehkäisevät tai edistävät heidän fyysistä aktiivisuuttaan eivät terveydenhuollon ammattilaiset tarttuneet aiheeseen.</p> <p>Perusterveydenhuollossa tarvitaan metodeja, jotka helpottaisivat keskustelua elämäntapamuutoksesta. Terveydenhuollossa tarvitaan lisäkoulutusta terveydenhuollon ammattilaisten viestintä- ja vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi ennaltaehkäisevän terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • käyttivät vain vähän aikaa • ohjaus koostui lyhyistä kysymyksistä ja minimipalautteesta • aloitukset keskittyivät vain fyysisen aktiivisuuden määrään ja veren kolesterolitasoon • epäonnistuivat ravintorasvojen vähentämisen ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisen merkityksen painottamisessa • terveydenhuollon ammattilaiset eivät tarttuneet potilaan esille tuomiin esteisiin tai ehkäiseviin tekijöihin 	<ul style="list-style-type: none"> • liian lyhyt ohjaukseen käytetty aika • ohjaajan vuorovaikutustaitojen puute • rajoittunut ohjauksen aloitustyyli • perustelemattomuus • potilaan aloitteeseen reagoimattomuus
<p>1. Lääkärit pitivät välttämättömänä hyviä työvälineitä ja laitteita, rauhallista työympäristöä, keskustelua ja vuorovaikutustekniikoiden harjoittelua ja erityisten potilasryhmien yksilöintiä, joihin ennaltaehkäisevät tarkastukset ja ohjaus tulisi ensisijaisesti keskittää.</p> <p>2. Lääkärien näkemykset siitä milloin ja miten ja kuinka aktiivisesti heidän tulisi puuttua aloittamalla keskustelu potilaiden kanssa liittyen elämäntapamuutokseen, poikkesivat toisistaan</p> <p>3. Lääkärit olivat sisäistäneet tärkeän roolinsa elämäntapoihin liittyvien sairauksien ehkäisyssä.</p> <p>4. Lääkärien mukaan lääkäriillä joka tuntee potilaansa on tilaisuus ja toisaalta velvollisuus rohkaista heitä terveellisempiin elintapoihin.</p> <p>5. Lääkärit olivat myös skeptisiä ohjaamisen/intervention tehon suhteen ja pitivät eettisesti kyseenalaisena antaa neuvoja. He olivat myös ärsyntyneitä siitä, että potilaat olivat pikemminkin kiinnostuneita terveystarkastuksesta kuin elämäntapa muutoksesta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • neuvontaympäristö, välineet ja ohjaustaitojen harjoittelu edellytyksiä ohjauksen onnistumiselle • potilasryhmien yksilöinti, joihin ohjaus ja tarkastukset tulisi keskittää • lääkäreiden näkemykset milloin, miten ja kuinka aktiivisesti tulisi puuttua elämäntapoihin, poikkesivat toisistaan • olivat sisäistäneet oman roolinsa sairauksien ennaltaehkäisyssä • lääkäriillä tilaisuus ja velvollisuus rohkaista terveellisimpiin elintapoihin • skeptisiä ohjaamisen tehon suhteen ja neuvonantaminen eettisesti kyseenalaista 	<ul style="list-style-type: none"> • ohjausympäristö • riittävät resurssit • ohjaustaitojen harjoittelu • riskiryhmiin keskittyminen • puuttumisen ajoitus ja aktiivisuus ristiriitaista • oma roolin sisäistäminen ennaltaehkäisyssä • lääkäriillä tilaisuus ja velvollisuus rohkaista muutokseen • muutosvastarintaan suhtautuminen • epäluottamus ohjauksen tehoon • neuvojen antamisen eettisyyden kyseenalaistaminen

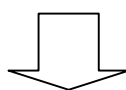
<p>ta. Elämäntapamuutokseen sitoutuminen on vaikeaa vaikka olisi motivoitunut alussa. Jotkut lääkäreistä valittivat, etteivät potilaat ota elämäntapamuutoksen tarvetta vakavissaan..</p>	<ul style="list-style-type: none"> • lääkärit ärsyyntyneitä, potilaat pikemminkin kiinnostuneita terveystarkastuksista ei elämäntapamuutoksesta • muutokseen sitoutuminen vaikeaa vaikka alussa motivoitunut • potilaat eivät ota muutoksen tarvetta vakavissaan 	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan muutokseen sitoutumisen vaikeus • potilaan motivoitumattomuus
<p>Valtaosa lääkäreistä (88%) ja hoitajista (95%) olivat yhtämieltä siitä, että potilaan tulee hyväksyä oma vastuunsa liittyen elämäntapaa koskeviin päätöksiin.</p> <p>Valtaosa hoitajista ja lääkäreistä pitivät potilaan haluttomuutta muutokseen lähes aina tai aina suurimpana esteenä potilaanhoidossa.</p> <p>Valtaosa hoitajista ja lääkäreistä oli sitä mieltä, että potilaalle tulisi painottaa oman vastuun merkitystä verenpaineen, dyslipidemian ja tyypin 2 diabeteksen omahoidossa.</p> <p>Selvä enemmistö lääkäreistä ja hoitajista katsoi omaksi tehtäväkseen potilaan motivoinnin, tiedon jakamisen ja kannustamisen elämäntapamuutoksessa. Kuitenkin vain puolet heistä piti omia taitojaan elämäntapaneuvonnassa riittävinä ja 2/3 katsoi pystyneensä auttamaan monia potilaita muuttamaan elämäntapojaan terveellisimmiksi.</p> <p>2/3 lääkäreistä ja puolet hoitajista pitivät omaa työpäiväänsä liian kiireisenä pystyäkseen syventymään potilaan elämäntilanteeseen.</p> <p>Hoitajat kokivat vaikeaksi useimmin kuin lääkärit potilaan ylipainon tai tupakoinnin puheeksi ottamisen. (P<0.001).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan tulee hyväksyä oma vastuunsa liittyen elämäntapaa koskeviin päätöksiin. • potilaan haluttomuus muutokseen suurin este hoidossa • potilaalle tulisi painottaa oman vastuun merkitystä • hoitajat ja lääkärit katsoivat omaksi tehtäväkseen potilaan motivoinnin, tiedon jakamisen ja kannustamisen elämäntapamuutoksessa • vain puolet hoitajista ja lääkäreistä piti omia taitojaan elämäntapaneuvonnassa riittävinä • 2/3 katsoi pystyneensä auttamaan monia potilaita muuttamaan elämäntapojaan terveellisimmiksi. • 2/3 lääkäreistä ja puolet hoitajista piti liian kiireisiä pystyäkseen syventymään potilaan elämäntilanteeseen • hoitajat useammin kuin lääkärit kokivat ylipainon puheeksi ottamisen vaikeaksi 	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan oman vastuunsa hyväksyminen • potilaan muutosvastarinta • potilaan vastuun korostaminen • ohjaajan rooli motivoida • ohjaustaitojen puute • luottamus oman työn vaikuttavuuteen • ajan puute • rohkeus puuttua vaihtelee
<p>Elämäntapaohjaamisen näkökulma ÄLKUPERÄISILMAISU</p>	<p>PELKISTETTY ILMAISU</p>	<p>ALAKATEGORIA</p>
<p>Seurannan aikana diabetesriski laski 58 prosenttia (P<0.001) interventoryhmässä.</p> <p>Diabetes ei kehittynyt kenellekään heistä, jotka saavuttivat 4-5 asetetuista tavoitteista. Heitä oli 49 interventoryhmäläisistä ja 15 verroikeista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • interventoryhmässä diabetesriski laski 58 prosenttia • Diabetes ei kehittynyt kenellekään heistä, jotka saavuttivat 4-5 asetetuista tavoitteista. Heitä oli 49 interventoryhmä- 	<ul style="list-style-type: none"> • ohjaus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi • ohjaus auttaa elämäntapamuutoksessa

<p>Tutkimuksen alhainen keskeyttämisprosentti osoittaa, että vähän liikkuvat ja ylipainoiset ihmiset ovat halukkaita ja kykeneviä osallistumaan vaativaan elämäntapamuutosohjelmaan jos sitä heille tarjotaan.</p>	<p>läisistä ja 15 verrokeista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • alhainen keskeyttämisprosentti 	<ul style="list-style-type: none"> • ohjaukseen sitoutuminen ja motivaatio
<p>24 kuukauden seurannan jälkeen rasvan kokonaiskulutus interventioryhmässä väheni merkittävästi, painoindeksi BMI oli merkittävästi alhaisempi ja insuliiniherkkyys parantui elämäntapaohjauksen ansiosta. Nämä tulokset täydentävät FDPS ja ADPS tutkimuksien tuloksia osoittaen, että käytännöllisellä elämäntapaohjauksella saadaan aikaan muutoksia painonhallinnassa ja insuliiniherkkydessä heikentyneen sokerinsiedon eli 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskin potilailla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • seurannan jälkeen interventioryhmässä BMI oli merkittävästi alhaisempi ja insuliiniherkkyys parantui • elämäntapaohjauksella saadaan aikaan muutoksia painonhallinnassa ja insuliiniherkkydessä 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskin potilailla 	<ul style="list-style-type: none"> • elämäntapaohjaus tukee muutoksessa • ohjaus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi
<p>Interventioryhmään osallistuneiden saavuttamat myönteiset elämäntapamuutokset säilyivät elämäntapaohjauksen loppumisen jälkeen ja jälkiseurannan aikana.</p> <p>Suhteellinen sairastumisriski oli edelleen 36 % pienempi tehostetun ohjauksen ryhmässä kuin verrokeilla</p> <p>Elämäntapainterventio korkean 2 tyypin diabeteksen sairastumisriskin omaaville sai aikaan pysyviä muutoksia elämäntavoissa ja diabeteksen esiintyvyyden laskun, jotka säilyivät myös elämäntapaneuvonnan loppumisen jälkeen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • elämäntapamuutokset säilyivät elämäntapaohjauksen loppumisen jälkeen • Suhteellinen sairastumisriski oli edelleen pienempi kuin verrokeilla 	<ul style="list-style-type: none"> • elämäntapaohjauksella pysyviä muutoksia elämäntavoissa • elämäntapaohjausta saaneilla sairastumisriski laskee pysyvästi
<p>Tulokset osoittavat lyhyt intervention (joka koostui 30 min ohjaustuokiosta, kirjallisesta materiaalista ja seurantapuhelusta ja joka perustui asiakaslähtöisyyteen, motivoivaan haastattelun, muutosvaiheen arviointiin, muutoksen esteiden kartoittamiseen, asiakkaan omaan käsitykseen (self-efficacy) koskien kykyään elämäntapamuutoksiin) auttaneen potilaita merkittävästi vähentämään rasvan kokonaissaantia ja jossain määrin myös lisäämään fyysistä aktiivisuutta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • osoittavat lyhyt interventiolla eli asiakaslähtöisellä, motivoivaa haastattelumenetelmää käyttävällä ja muutosvaiheen arviointia ja muutoksen esteitä kartoittavalla ohjauksella auttaneen potilaita merkittävästi vähentämään rasvan kokonaissaantia jossain määrin myös lisäämään fyysistä aktiivisuutta. 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakaslähtöisellä, motivoivaa haastattelu menetelmää ja muutosvaihe analyysiä käyttävällä lyhytohjauksella myönteisiä tuloksia elämäntavoissa
<p>Molemmissa ryhmissä lisääntyi fyysinen aktiivisuus, mutta motivoivaa haastattelua ja muutosvaihemallia hyödyntävässä ohjausryhmässä ilmeni merkittävä fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen. Liikuntaohjausryhmässä kahdeksan henkilöä eteni muutosvaiheesta seuraavaan kun taas kontrolliryhmässä vain yksi henkilö. Motivoivan haastattelumenetel-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • motivoivaa haastattelua ja muutosvaihemallia hyödyntävässä ohjausryhmässä ilmeni merkittävä fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen. • Liikuntaohjausryhmässä kahdeksan henkilöä eteni muutosvaiheesta seuraavaan kun taas kontrolliryhmässä vain yksi henki- 	<ul style="list-style-type: none"> • motivoivaa haastattelu menetelmää käyttävällä ja muutosvaihemallia hyödyntävällä ohjaamisella tuloksia • ohjaamisesta tukea muutosvaiheesta toiseen etenemisessä • ohjaajan menetelmän hallitseminen tie menestykselliseen muutosvaiheinterventioon

<p>män ja käyttäytymisen muutosvaihe- valmennuksen hallitseva ravitsemusterapeutti pystyy menestyksellisesti suorittamaan muutosvaiheintervention diabeetikoille, jonka tuloksena fyysinen aktiivisuus lisääntyy ja ohjattava etenee muutosvaiheesta toiseen. Interventoryhmän menestykseen elämäntapamuutoksessa vaikutti neuvonnassa käytetty tavoitteen asettaminen, repсахduksen estäminen, ja muutoksen esteistä keskustelu sekä ohjaajan ohjaustaidot</p>	<p>lö.</p> <ul style="list-style-type: none"> • muutosvaihe- valmennuksen ja motivoivan haastattelumenetelmän hallitseva ravitsemusterapeutti pystyy menestyksellisesti suorittamaan muutosvaiheintervention • menestykseen elämäntapamuutoksessa vaikutti tavoitteen asettaminen, repсахduksen estäminen, ja muutoksen esteistä keskustelu sekä ohjaajan ohjaustaidot 	<ul style="list-style-type: none"> • tavoitteen asettaminen, repсахdusten estäminen ja muutoksen esteistä keskustelu vaikuttaa menestykseen elämäntapamuutoksessa
---	--	--

(Asiakas näkökulma) ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
<p>Potilaat olivat neuvonnan alussa eri muutosvaiheessa diabetekseen vaikuttavien ravitsemustottumusten/käyttäytymisen osalta.</p> <p>Johtopäätöksenä oli, että potilaskohtaisen muutosvaiheen ymmärtäminen suuntaa terveysneuvojia käyttämään potilaalle sopivia ohjausstrategioita.</p> <p>Transteoreettinen viitekehys auttaa ohjaajia huomioimaan erilaiset ohjattavat, erilaiset muutosvaiheet ja niiden vaikutuksen neuvontaan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • potilaat olivat neuvonnan alussa eri muutosvaiheessa • potilaskohtaisen muutosvaiheen ymmärtäminen suuntaa käyttämään potilaalle sopivia ohjausstrategioita. • Transteoreettinen viitekehys auttaa ohjaajia huomioimaan erilaiset ohjattavat, erilaiset muutosvaiheet ja niiden vaikutuksen neuvontaan 	<ul style="list-style-type: none"> • ohjattavat potilaat eri muutosvaiheessa • potilaan muutosvaihe lähtökohtana oikealle ohjausstrategialle • muutosvaihemallista apua asiakaslähtöiseen ohjaukseen
<p>Tulokset osoittavat, että interventoryhmään osallistuneet, toisin kuin kontrolliryhmässä, kokivat siirtyneen harkintavaiheesta toteutusvaiheeseen ravintorasvojen osalta sekä fyysisen aktiivisuuden suhteen.</p> <p>Tämä liittyi vähentyneisiin muutoksen esteisiin, mutta ei lisääntyneeseen self-efficacyyn. eli uskoon omiin kykyihin Mikään yksittäinen ennustava tekijä ei selittänyt tulosta interventoryhmässä.</p> <p>Nämä tulokset vahvistavat aiempaa näyttöä asiakaslähtöisten interventioiden vaikutuksesta elämäntapa-muutoksessa.</p> <p>Eri käyttäytymiseen liittyvä muutosprosessin lisääntynyt ymmärrys mahdollistaa käyttäytymis- ja ennaltaehkäisevän lääketieteen suuremman vaikutuksen pyrkiessä muuttamaan sellaisten ihmisten riskikäytöstä, joilla on riskikäyttöä useilla alueilla kuten runsasrasvainen ruokavalio ja liikkumaton elämäntapa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • interventoryhmään osallistuneet, toisin kuin kontrolliryhmässä, kokivat siirtyneen harkintavaiheesta toteutusvaiheeseen • tämä liittyi vähentyneisiin muutoksen esteisiin, • ohjauksen asiakaslähtöisyys tärkeä elämäntapamuutoksen onnistumisessa • muutosprosessin lisääntynyt ymmärrys mahdollistaa suuremman vaikutuksen elämäntapamuutoksessa 	<ul style="list-style-type: none"> • ohjaus auttaa muutosvaiheissa etenemisessä • muutoksen esteiden vähenneminen edesauttaa muutosta • ohjauksen asiakaslähtöisyys tukee muutosta • muutosprosessin ymmärrys mahdollistaa vaikuttamisen
<p>Kyselyn analyysissä ilmeni että,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • väestöllä oli epäterveellisiä 	<ul style="list-style-type: none"> • epäterveellisiin elintapoihin

<p>tutkitulla väestöllä oli epäterveellisiä elämäntapoja, joihin olisi voitu vaikuttaa terveydenedistämisen keinoin. vastanneista 25 % tupakoi, 44% liikkui vain satunnaisesti, 10 % painoindeksi oli <25 kg/m².</p> <p>Vastanneista 6 % oli saanut ruokavalio ohjausta, 4 % liikuntaohjausta, 4 % ohjausta tupakan lopettamisessa ja 2 % alkoholin käytössä. Potilaat halusivat enemmän terveysneuvontaa liittyen stressin hallintaan, liikuntaan ja laihtumiseen. Potilaiden tärkeimmät terveystiedonlähteet olivat aikakauslehdet (67%) ja TV (47%)</p>	<p>elämäntapoja, joihin olisi voitu vaikuttaa</p> <ul style="list-style-type: none"> Vastanneista 6 % oli saanut ruokavalio ohjausta, 4 % liikuntaohjausta, 4 % ohjausta tupakan lopettamisessa ja 2 % alkoholin käytössä. Potilaat halusivat enemmän terveysneuvontaa liittyen stressin hallintaan, liikuntaan ja laihtumiseen. 	<p>puuttumisen aktiivisuuden puute</p> <ul style="list-style-type: none"> epäterveellisiin elintapoihin puuttumisen aktiivisuuden puute potilaslähtöiselle ohjaukselle kysyntää
--	--	---



ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> ohjaustaitojen harjoittelu oman roolin sisäistäminen ennaltaehkäisyssä ohjaajan rooli motivoida tilaisuus ja velvollisuus rohkaista muutokseen potilaan vastuun korostaminen luottamus oman työn vaikuttavuuteen rohkeus puuttua elintapoihin puuttuminen ohjaajan menetelmän hallitseminen tie menestykselliseen muutosvaiheinterventioon muutosprosessin ymmärrys mahdollistaa vaikuttamisen 	<p>Ohjaus ja vuorovaikutustaidot</p> <p>Asenne ja oman roolin sisäistäminen</p> <p>Usko omaan kykyihin</p> <p>Rohkeus puuttua</p> <p>Menetelmän hallinta</p> <p>Muutosprosessin ymmärrys</p>	<p>OHJAAJASTA JOHTUVAT ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT</p>
<ul style="list-style-type: none"> puuttumisen ajoitus ja aktiivisuus ristiriitaista epäterveellisiin elintapoihin puuttumisen aktiivisuuden puute muutosvastarintaan kielteinen suhtautuminen epäluottamus ohjauksen tehoon neuvojen antamisen eettisyyden kyseenalaistaminen liian lyhyt ohjaukseen käytetty aika ohjaajan vuorovaikutustaitojen puute ohjaustaitojen puute rajoittunut ohjauksen aloitustyyli perustelemattomuus potilaan aloitteeseen reagoimattomuus 	<p>epäterveellisiin elintapoihin puuttumattomuus</p> <p>Kielteinen asenne muutosvastarintaan</p> <p>Epäluottamus ohjauksen vaikuttavuuteen</p> <p>Ristiriitainen käsitys omasta roolista</p> <p>Liian lyhyt ohjausaika</p> <p>Ohjaustaitojen puute</p>	<p>OHJAAJASTA JOHTUVAT ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA ESTÄVÄT TEKIJÄT</p>

<ul style="list-style-type: none"> - ohjausmetodin puute - 	Ohjausmenetelmän puute	
<ul style="list-style-type: none"> - riskiryhmiin keskittyminen potilaan muutosvaihe lähtökohtana oikealle ohjausstrategialle - ohjaus sisällöllisesti pätevää - asiakaslähtöisyydellä, motivoivan haastattelu menetelmän ja muutosvaihe analyysin käytöllä lyhytohjauksessa myönteisiä tuloksia elämäntavoissa - ohjattavat potilaat eri muutosvaiheessa - muutosvaihemallista apua asiakaslähtöiseen ohjaukseen - ohjauksen asiakaslähtöisyys tukee muutosta - - menetelmää käytävällä ja hallitsevalla ohjaamisella tuloksia - tavoitteenasettaminen ja muutoksen esteistä keskustelu vaikuttavat menestykseen - 	<p>Ohjaus strategia</p> <p>Ohjaussisältö</p> <p>Asiakaslähtöisyys</p> <p>Menetelmä</p> <p>Tavoitteellisuus</p>	ELÄMÄNTAPAOHJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT
<ul style="list-style-type: none"> - ohjaus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi - elämäntapaohjauksella pysyviä muutoksia elämäntavoissa - elämäntapaohjausta saaneilla sairastumisriski laskee pysyvästi - ohjaamisesta tukea muutosvaiheesta toiseen etenemisessä - ohjaus auttaa elämäntapamuutoksessa - elämäntapaohjaus tukee muutoksessa 	<p>Näyttöön perustuva menetelmä 2 tyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyssä</p> <p>Elämäntapaohjauksesta tukea muutokseen</p>	ELÄMÄNTAPAOHJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT
<ul style="list-style-type: none"> - ohjausympäristö - resurssit - ajan puute 	Ohjausympäristö ja -resurssit	ELÄMÄNTAPAOHJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT
<ul style="list-style-type: none"> - oman vastuunsa hyväksyminen - ohjaukseen sitoutuminen ja motivaatio - muutoksen esteiden väheneminen edesauttaa muutosta - potilaslähtöiselle ohjaukselle kysyntää - ohjattavat potilaat eri muutosvaiheessa - 	<p>Oman vastuun hyväksyminen</p> <p>Sitoutuminen</p> <p>Muutoksen esteiden väheneminen</p> <p>Motivaatio</p> <p>Muutosvaihe</p>	ASIAKKAASTA JOHTUVAT MUUTOSTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> - potilaan muutosvastarinta - potilaan muutokseen sitoutumisen vaikeus - potilaan motivoitumattomuus - 	<p>Kielteinen asenne</p> <p>Sitoutumattomuus</p> <p>Motivoitumattomuus</p>	ASIAKKAASTA JOHTUVAT MUUTOSTA ESTÄVÄT TEKIJÄT