



Tasa-arvoista yhteistyötä

# Pysyvä hoitosuhde tukee aikuisten tyypin 1 diabetesta sairastavien voimavaraistumista

SILJA-ELISA ESKOLIN



TtM, TM, sairaanhoitaja/terveydenhoitaja  
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos  
seesko@utu.fi

HELI VIRTANEN



TtT, erikoissairanhoitaja  
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Diabetesta sairastavien aikuisten hoidonohjauksessa keskeistä on tasa-arvoinen yhteistyö hoidon suunnittelussa ja hoitopäätösten tekemisessä.

Ohjauskeskustelussa kannattaa kiinnittää huomiota erityisesti tavoitteiden asettamiseen yhdessä sekä diabetekseen liittyvistä kokemuksista ja tunteista keskusteluun.

Voimavaraistuminen (*empowerment*) on monitahoinen käsite, jonka yksiselitteisestä määritelmästä ei ole vielä päästy yhteisymmärrykseen lukuisista yrityksistä huolimatta (1). Terveystieteiden nykyisin yleinen tapa on kuvata sitä yksilölliseksi prosessiksi, joka mahdollistaa aktiivisen osallistumisen oman hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Ammatillaisen tehtävänä voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa on omalla toiminnallaan tukea tätä prosessia. Voimavaraistumista tuettaessa keskeistä onkin päätöksenteon keskittyminen potilaalle.

Yksilöllistä voimavaraistumisen tukea on suositteltu osaksi diabetesta sairastavien ohjausta 1990-luvun

alusta lähtien (2). Tuen käytännön toteuttamisessa on kuitenkin monia haasteita (3). Tutkimukset ovat esimerkiksi osoittaneet potilaiden kokevan mahdollisuutensa vaikuttaa hoitoon usein rajallisiksi (4). Osallistumista voivat haitata esimerkiksi terveydenhuollon puutteelliset resurssit, erityisesti ajan puute ja hoitohenkilöstön vaihtuvuus sekä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät epäselvyydet (5).

Voimavaraistumista tukeva ohjauskeskustelu (*empowering discourse*) on yksi voimavaraistumisen tueksi kehitetyistä ohjausinterventioista (6).

## Ohjauskeskustelun perustana yksilölliset odotukset

Ohjauskeskustelussa on kolme vaihetta. Ensimmäiseksi luodaan hyväksyttävä ja avoin ilmapiiri sekä asetetaan keskustelulle tavoitteet yhdessä, kuitenkin niin, että päätöksenteko keskittyy potilaalle ja aiheet valitaan potilaan yksilöllisten odotusten perusteella.

Kun ilmapiiri on luotu ja tavoitteet asetettu, ohjauskeskustelussa käydään läpi potilaan valitsemat asiat. Valinnassa huomiota kiinnitetään siihen, että sisältö käsittää mahdollisimman laajasti voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueet. Tiedon osa-alueet voidaan jakaa biofysiologiseen, toiminnalliseen, sosiaaliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja taloudelliseen (7).

Kun ohjauksen aloituksessa sovitut aiheet on käsitelty, päätetään ohjaus varmistamalla kaikkien osapuolten ymmärtäneen ohjauksen sisällön tekemällä yhdessä yhteenvedo käydystä keskustelusta. Yhteenvedon pohjalta voidaan edelleen tunnistaa mahdollinen lisätiedon tarve.

## Älä sivuuta tunteita

Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella kerättiin marraskuussa 2019 *pro gradu* -tutkimukseen kyselyaineisto; vastaajat olivat aikuisia (18–65-vuotiaita) tyyppin 1 diabetesta sairastavia (8). Yhteistyössä Diabetesliiton kanssa tehdyssä sähköisessä kyselyssä selvitettiin vastaajien arvioita voimavaraistumista tukevan ohjauskeskustelun realisoitumisesta hoitajien toteuttamassa hoidonohjauksessa. Lisäksi tarkasteltiin, miten vastaajat arvioivat ohjauksen eri sisältöalueiden tulleen käsitellyiksi.

Vastaajat (n = 349, taulukko 1) arvioivat ohjauksen yleisesti kohtuullisen hyväksi, mutta monet sisältöalueet saivat varsin heikon arvosanan (taulukko 2). Yleisimmin ohjauksessa toteutuivat sisällön ymmärtäminen, terveydentilan oma-arviointi ja kunnioittava ilmapiiri. Harvimmin toteutuivat hoidon ja keskustelun tavoitteiden asettaminen yhdessä sekä vastaajan mahdollisuus valita keskusteltavat aiheet. Yhteenvedo tehtiin harvoin yhdessä.

Sisällöllisesti parhaiten oli vastaajien mielestä käsitelty sairautta, hoitoa ja hoidon välineitä. Sen sijaan tuen merkityksestä sekä diabetekseen ja hoitoon liittyvistä kokemuksista ja tunteista oli keskusteltu vähän.

Merkityksellisin arvioihin yhteydessä ollut positiivinen muuttuja oli nimetty diabeteshoitaja. Vastaajat (n = 215/61,6%), joilla oli nimetty diabeteshoitaja, arvioivat sekä lähes kaikkien ohjauskeskustelun osa-alueiden (10/11) toteutumisen että puolet sisältöalueista (6/12) myönteisemmin.

Tuloksissa huolestuttavaa on, että keskustelun ilmapiiriin kokivat harvemmin kunnioittavaksi ne, joiden HbA1c oli yli 75 mmol/mol (n = 50/14,3%) tai joilla oli kolme tai useampia lisäsairauksia (n = 83/23,8%). He myös kokivat harvemmin voineensa ohjauksen aikana keskeyttää ja kysyä. Korkean HbA1c:n kanssa elävät arvioivat myös, että yhteinen päätöksenteko toteutui harvemmin sekä keskustelun aihevalinnassa että hoidon tavoitteiden asettamisessa.

## Vaikeatkin asiat puheeksi

Kyselyn vastaukset viittaavat siihen, että tyyppin 1 diabetesta sairastavien aikuisten ohjausta on tarpeen edelleen kehittää kattavammin tukemaan yksilöllistä voimavaraistumista. Ohjauksessa on suositeltavaa kiinnittää huomiota erityisesti ohjauskeskustelujen tavoitteiden asettamiseen, osallisuuteen vaikuttaviin tekijöihin sekä yhteenvedojen tekemiseen yhteisymmärryksen varmistamiseksi.

Ohjauksen tulee olla ennen kaikkea positiivinen voimavara ja väylä käsitellä elämää sairauden kanssa. Avoin ja kunnioittava ilmapiiri sekä hoitosuhteen pysyvyys mahdollistavat myös vaikeista asioista keskustelun. Ammattilaisilla on keskeinen asema myönteisen ilmapiiriin luomisessa ja ylläpitämisessä (9).

Hoidonohjaaja voi vaikuttaa ilmapiiriin muun muassa pohtimalla kriittisesti omaa asennettaan ja ohjauksessa käytettävää kieltä. Esimerkiksi monia perinteisesti diabeteksen hoitoon liitettyjä käsitteitä, kuten "hoitoon sitoutuminen (*compliance/adherence*)", ja arvottavia termejä, kuten "hyvä/huono hoitotasapaino", suositellaan nykyisin välttämään. Ohjauksessa käytetyn kielen tulisi olla yksilölähtöistä ja neutraalia (10, 11).

*Avoin, kunnioittava ilmapiiri ja hoitosuhteen pysyvyys voivat mahdollistaa myös vaikeista asioista keskustelun.*

Kuva: Shutterstock



*Keskustelemalla diabetekseen liittyvistä kokemuksista ja tunteista --- voidaan tukea diabetesta sairastavien elämänlaatua sekä ennaltaehkäistä haitallisia tunneperäisiä ilmiöitä, kuten hypoglykemiapelkoa ja diabetesahdistusta.*

**Taulukko 1. Vastaajat.**

Taustamuuttuja		%	n
<b>Sukupuoli</b>	Nainen	71,6	250
	Mies	27,8	97
	Muu	0,6	2
<b>Hoitomuoto</b>	Monipistohoito	71,9	251
	Insuliinipumppu	28,1	98
	<b>Keskiarvo</b>		
<b>Ikä</b>		42,0 (±13,3)	
<b>Diabetesvuodet</b>		25,0 (±14,8)	
<b>HbA1c</b>		61,8 (±18,3)	

**Taulukko 2. Voimavaraistumista tukevan ohjauskeskustelun toteutuminen.**

Voimavaraistumista tukeva ohjauskeskustelu	n 335–346	KA (SD)
<b>Ohjauksen toteutuminen</b>		<b>7,0 (1,6)</b>
Keskustelun sisällön ymmärtäminen (kognitiivinen)		8,8 (1,5)
Oman terveydentilan arviointi		8,1 (1,9)
Keskustelun ilmapiirin kokeminen kunnioittavaksi		7,9 (2,3)
Mahdollisuus keskeyttää ja kysyä		7,7 (2,2)
Ratkaisujen etsiminen ongelmiin yhdessä		7,6 (2,3)
Oman tiedon arviointi ja lisätiedon tarpeen määrittäminen		7,3 (2,4)
Omien kotiolosuhteiden arviointi		6,6 (3,1)
Hoitotavoitteiden asettaminen yhdessä		6,4 (2,8)
Keskustelun aiheiden valinta		6,0 (2,2)
Yhteenvedon tekeminen yhdessä (kognitiivinen)		5,7 (3,0)
Tavoitteiden asettaminen keskustelulle yhdessä		5,0 (3,1)
<b>Sisällöllisten osa-alueiden toteutuminen</b>		<b>5,3 (1,9)</b>
Hoitovälineet (toiminnallinen)		7,7 (2,0)
Sairautta koskevat asiat (biofysiologinen)		7,6 (2,1)
Hoitoa koskevat asiat (toiminnallinen)		6,9 (2,4)
Hoitoon liittyvät ongelmat (kokemuksellinen)		6,0 (2,7)
Erilaiset ongelmien ratkaisuvaihtoehdot (toiminnallinen)		5,8 (2,8)
Mahdolliset komplikaatiot ja niiden ehkäisy (biofysiologinen)		5,6 (2,6)
Potilaan oikeudet (eettinen ja taloudellinen)		4,8 (3,0)
Muut hoitoon liittyvät palvelut (toiminnallinen)		4,5 (3,2)
Digitaaliset palvelut (toiminnallinen)		3,9 (2,9)
Sairauteen ja hoitoon liittyvät kokemukset (kokemuksellinen)		3,7 (3,0)
Sairauden herättämät tunteet (kokemuksellinen)		3,5 (2,9)
Tuen merkitys (sosiaalinen)		3,4 (3,0)


**Toteutuminen:** 0 = Ei/En koskaan, 10 = Aina. **Sisältö:** 0 = Ei lainkaan, 10 = Erittäin hyvin.  
**KA** = Keskiarvo, **SD** = Keskihajonta.

## TUKEA OPINNÄYTETYÖHÖN

Diabetesliitto myöntää stipendirahastostaan taloudellista tukea diabetesaiheisiin korkeakoulutasoisiin opinnäytetöihin. Rahaston tarkoituksena on edistää diabetesta käsittelevää tutkimustyötä ja diabeteksen hoitoa. Myönnetyt apurahasummat ovat olleet noin 300–1 000 euroa.

Lisätietoa stipendeistä ja hakemisesta: [diabetes.fi/ammattilaiset/tutkimusrahoitus](https://diabetes.fi/ammattilaiset/tutkimusrahoitus)

Sisällön osalta tulokset viittaavat siihen, että aikuisten tyypin 1 diabetesta sairastavien ohjaus painottuu yhä vahvasti toiminnalliseen osa-alueeseen ja erityisesti kokemuksellinen tiedon osa-alue jää ohjauksessa herkästi sivuun. Kokemusten ja tunteiden merkitystä diabetesta sairastavien hoidossa on kuitenkin kahden viime vuosikymmenen aikana enenevässä määrin alettu korostaa hoidon tärkeänä osana (muun muassa 12).

Myös tehdyn kyselyn tulosten perusteella on suositeltavaa vahvistaa kokemuksellista osa-aluetta hoidon ohjauksessa. Keskustelemalla diabetekseen liittyvistä kokemuksista ja tunteista yksilöllisten odotusten ja toiveiden mukaisesti voidaan tukea diabetesta sairastavien elämänlaatua sekä ennaltaehkäistä haitallisia tunneperäisiä ilmiöitä, kuten hypoglykemiapelkoa ja diabetesahdistusta. 

## Kirjallisuus

1. Halvorsen K, Dihle A, Hansen C, et al. Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Educ. Couns.* 2020;103(7):1263-1271.
2. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, et al. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *Diabetes Educ* 1991;17(1):37-41.
3. Anderson RM & Funnell MM. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):277-282.
4. Agner J & Braun KL. Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient Educ Couns* 2018;101(12):2054-2064.
5. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014;94(3):291-309.
6. Virtanen H, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Empowering discourse in patient education. *Patient Educ Couns* 2007;66(2):140-146.
7. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs* 1998;30(2):116-123.
8. Eskolin, S-E. Voimavaraistumista tukevan ohjauskeskustelun toteutuminen ja tunteista keskustelu ohjauksessa. Pro gradu -tutkielma, 2020. Turun Yliopisto.
9. Stuckey H, Peyrot M. Living with diabetes: literature review and secondary analysis of qualitative data. *Diabet Med* 2020;37(3):493-503.
10. Speight J, Skinner T, Dunning T, ym. Our language matters: Improving communication with and about people with diabetes. A position statement by Diabetes Australia. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021;173:108655. doi:10.1016/j.diabres.2021.108655
11. National Health Service (NHS England). Language Matters. Language and diabetes. PDF-julkaisu, 2018. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/language-matters.pdf>
12. Jones A, Vallis M, Pouwer F. If it does not significantly change HbA1c levels why should we waste time on it? A plea for the prioritization of psychological well-being in people with diabetes. *Diabet Med* 2015;32(2):155-163.

## DIABETESOSAAJA, KERRO MEILLE AINEISTOTOIVEISTASI

Löydät kyselyn täältä:  
<https://www.diabetes.fi/aineistokysely>

Sinulla on puheenvuoro. Vastaamalla kysymyksiin autat meitä tuottamaan diabetesaineistoja, jotka helpottavat työtäsi ja tukevat diabetesta sairastavia vaativassa omahoidossa.

*Kiitos avustasi!*  
*Diabetesliitto*



Kuva: Shutterstock

Tutustu Diabetesliiton hoidonohjausaineistoihin: [www.diabetes.fi/d-kauppa](https://www.diabetes.fi/d-kauppa)