



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden motivoiva ohjaus Kirjallisuuskatsaus

Grönholm-Jung, Tina

Hantula-Teuronen, Tuija

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden
motivoiva ohjaus
Kirjallisuuskatsaus

Grönholm-Jung, Tina
Hantula-Teuronen, Tuija
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu, 2014

Tina Grönholm-Jung
Tuija Hantula-Teuronen

Sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden motivoiva ohjaus - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2014 Sivumäärä 48

Sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaat ovat kasvava ryhmä nyky-yhteiskunnassa. Sairaalahoitajaksojen lyhentyessä motivoivan ohjauksen merkitys korostuu potilaan itsehoidon toteuttamisessa. Tutkimusten mukaan motivoivaa ohjausta voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja kolmannen sektorin palveluissa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata motivoivan ohjauksen merkitystä sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden ohjauksessa sekä ohjauksen edistäviä että estäviä tekijöitä potilaan ja ohjaajan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa motivoivasta ohjauksesta sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden ohjauksen kehittämiseksi integroivana kirjallisuuskatsauksena kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin perustuen. Tiedonhaku suoritettiin suomen- ja englanninkielisillä hakutermeillä ja katsaukseen valikoitui seitsemän englanninkielistä ja viisi suomenkielistä tutkimusta. Näiden laatua arvioitiin käyttämällä Joanna Briggs Instituutin kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja määrälliselle ja laadulliselle tutkimukselle. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysi -menetelmällä.

Katsauksen tulosten mukaan motivoivalla ohjauksella vaikutetaan myönteisesti potilaiden haluun muuttaa elämäntapojaan ja ylläpitää näitä muutoksia. Perinteisen yksilö- ja ryhmäohjauksen rinnalle on nousemassa puhelimella ja muilla sähköisillä viestimillä tapahtuvaa ohjausta. Ohjausta edistäviä tekijöitä ovat muun muassa kollaboraallinen eli potilaan kokonaisvaltaisesti huomioiva lähestyminen, omaisten mukaanotto ohjaustilanteisiin ja motivoivaan haastatteluun perustuva ohjaus. Potilaiden eri etniset ja kielelliset taustat, suppea ja epätarkka ohjaus sekä ohjaukseen varattu liian lyhyt aika estävät ohjauksen toteutumista. Riittävillä resursseilla ja ohjaajien täydennyskoulutuksilla kehitetään laadukasta potilasohjausta.

Johtopäätöksenä todettiin, että Suomessa motivoivan ohjauksen käyttö on vielä vähäistä. Tutkimuksissa on todistettu sen olevan hoitohenkilökunnalle käyttökelpoinen menetelmä terveyttä edistävässä työssä. Jatkossa olisi tärkeä pohtia miksi näin on ja miten tavallisesti annettua ohjausta voisi toteuttaa motivoivana ohjauksena.

Tina Grönholm-Jung
Tuija Hantula-Teuronen

Motivational interviewing of CAD and diabetes patients - a literature review

Year	2014	Pages	48
------	------	-------	----

The number of patients with CAD and diabetes is growing in modern society. As time spent in hospital wards is getting shorter, the importance of the motivational interview increases in the patient's self-care program. According to research the motivational interview can be given in specialized Health care, public Health care and in the third sector Health care.

The purpose of this literature review was both to describe the meaning of the motivational interview in the education of CAD and diabetes patients and to highlight the factors that both encourage and hinder the education seen both from the patients' and the instructors' perspective. The aim was to bring new information of motivational interview to develop the education of CAD and diabetes patients using integrated literature review based on both domestic and international studies as a research method. A search of literature was conducted using Finnish and English search words, seven English and five Finnish studies were selected for the review. Their quality was tested using the Joanna Briggs Institute critical evaluation forms for quantitative and qualitative research. The data was analyzed using content analysis.

According to the results of the review the motivational interview is used to influence positively the patients' desire to change their lifestyle and to maintain these changes. In addition to traditional personal and group education, education done by phone and other electronic devices is growing. Factors that encourage the education are, among others, the collaborative approach that takes the patient as a whole, bringing the next of kin along in the educational process and also in the education based on the motivational interview. Different ethnic and linguistic backgrounds, a narrow and imprecise education and too short a time reserved for the education prevent the patient's education from being promoted. An adequate patient education can be developed with sufficient reason and complementary schooling for the educators.

It is a fact that the use of the motivational interview in Finland is still minimal. It has been proved in studies that the method is a useful tool in health supporting work for nursing staff. It is important to consider why it is so and how the traditional education could be transformed into using the motivational education.

Key words: patient education as topic, lifestyle, motivational interview, coronary disease (CAD), diabetes.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Pumppu-hanke.....	7
3	Kirjallisuuskatsauksen keskeiset käsitteet.....	7
3.1	Hoitotyö.....	7
3.2	Ohjaus.....	8
3.3	Motivoiva ohjaus	9
3.3.1	Hyvän ohjaajan ominaisuudet.....	10
3.3.2	Edellytykset ohjattavalle	10
3.4	Elämäntapa.....	10
3.5	Sepelvaltimotauti	12
3.6	Diabetes.....	14
4	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	15
4.1	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	15
4.2	Kirjallisuuskatsaus	16
4.3	Aiheen rajaus	18
4.4	Kirjallisuuden haku	19
4.5	Tutkimusaineiston luotettavuus	20
4.6	Aineiston analyysi	21
5	Tulokset.....	23
5.1	Motivoivan ohjauksen merkitys	23
5.2	Motivoivan ohjauksen onnistumista edistäviä tekijöitä	24
5.3	Motivoivan ohjauksen onnistumista estäviä tekijöitä	25
5.4	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	26
6	Eettisyys ja luotettavuus	28
7	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	29
	Lähteet	31
	Kuviot	36
	Taulukot	37
	Liitteet.....	38

1 Johdanto

Toukokuussa 2001 Valtioneuvosto hyväksyi Terveys 2015-kansanterveysohjelman, jossa painotetaan terveyden edistämistä. Tämä linjaa Suomen terveystaloutta seuraavan 15 vuoden ajan. (STM 2001.) Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, joka perustuu kansalaisten ja asiantuntijoiden esille tuomiin uudistustarpeisiin. Painopisteenä on hyvinvoinnin aktiivinen edistäminen ja ongelmien ehkäiseminen. (STM 2012.) Terveystalouden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006) nostetaan esille terveellisen ruokavalion merkitys aikuisten diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä. Siinä kerrotaan, että nykyistä enemmän tulisi ohjata terveydenhuoltohenkilöstön työtä väestöä edistävään neuvonta- ja suunnittelutyöhön.

Tämä opinnäytetyö on osa Pumpu-hanketta, jonka yhtenä kohderyhmänä olivat sydäntauti- ja diabetespotilaat. Hankkeessa kehitettiin kansalaisten parhaaksi hyvinvointipalveluita julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin osaamista hyödyntäen. Hanke päättyi huhtikuussa 2014. (Laurea 2013.) Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa motivoivasta ohjauksesta sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden ohjauksen kehittämiseksi integroivana kirjallisuuskatsauksena kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin perustuen. Tarkoituksena oli tutkimuksiin perustuen selvittää, mikä vaikutus motivoivalla ohjauksella on sepelvaltimo- ja diabetespotilaille sekä ohjauksen edistäviä että estäviä tekijöitä potilaan ja ohjaajan näkökulmasta. Käypä hoito käyttää käsitettä elämäntapaohjaus, jota myös tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin.

Terveystalouden laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä ylläpitämään ja kehittämään omaa ammattitaitoaan (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1994). Tutkimuksen avulla saatu tieto antaa syvyyttä ja ymmärrystä oman työn kehittämiseen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 20).

Motivoiva ohjaus (MI = Motivational interviewing) kuvailtiin kliinisenä metodina ensimmäisen kerran 1983. Se kehitettiin aluksi lyhytaikaisena hoitona potilaille, joilla oli ongelmallisia alkoholitottumuksia. Näiden potilaiden muutokseen oli tavallisesti motivaation puute. (Rollnick, Miller & Butler 2008, 27.) Motivoivalla ohjauksella halutaan herättää ohjattavan oma motivaatio tehdä muutoksia elämäntapoihinsa oman terveytensä takia jo olemassa olevilla resursseilla. Ohjauksen periaatteet voidaan jakaa 1) muutoshalun vastustamiseen 2) ohjattavan oman motivaation löytämiseen ja ymmärtämiseen 3) empaattiseen kuuntelemiseen ja 4) ohjattavan oman elämänsä hallinnan kannustamiseen ja luottamiseen (engl. empowerment). (Rollnick ym. 2008, 29.)

2 Pumppu-hanke

Kirjallisuuskatsauksen aihe on työelämälähtöinen ja osa Pumppu-hanketta. Vuosina 2011 - 2014 toteutettiin Etelä-Suomen alueella ylimaakunnallista EAKR-rahoitteista teemahanketta, jonka rahoittajana toimi Päijät-Hämeen liitto, Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö. Pumppu-hanke keskittyi kolmeen kohdejoukkoon: sydän- ja diabetespotilaat, syrjäytymisvaarassa olevat työttömät ja nuoret sekä vammaisten lasten ja nuorten perheet. Tavoite oli ennaltaehkäisevien palveluiden saumaton yhteensovittaminen palvelupolun mukaisesti eteneviksi kokonaisuuksiksi. Pumppu-hankkeen yksi osahanke toteutettiin yhdessä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa Länsi-Uudellamaalla. Toimintaympäristössä syvennettiin alueen hyvinvoinnin toimijoiden yhteistyön ja verkottumisen tuntemusta (Laurea 2013). Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskityimme sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden motivoivaan ohjaukseen. Sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaille ja heidän kanssaan toimiville tahoille suunnatun kyselyn ja haastattelun mukaan he kaipasivat tukea viralliselta auttajataholta muun muassa faktatietoa sairaudesta, arjessa selviytymisestä ja elintapojen merkityksestä (Tuohimaa, Rajalahti & Meristö 2012, 63).

3 Kirjallisuuskatsauksen keskeiset käsitteet

3.1 Hoitotyö

Hoitotyö on toimintaa, joka perustuu tutkittuun tietoon: ammattilaisten kokemuksiin tai hyväksi koettuihin käytänteisiin. Hoitotyöllä tarkoitetaan terveysalan ammattilaisen antamaa hoitoa. (Eriksson ym. 2007, 33.) Hoitotyö on ihmisen lähellä olemista, jossa kohdataan kuolema ja syntymä. Hoitotyöhön kuuluu toisen ihmisen tukeminen, usein mitä vaikeimmissa elämäntilanteissa. Tietoperustana on monitieteinen tieto ja arvopäämäärinä ovat terveys, hyvinvointi ja inhimillinen kasvu. Perimmäinen tavoite hoitotyössä on asiakkaan hyvä elämä, joka koostuu inhimillisestä toiminnasta, moraalista velvoitteista, tunteista ja kiintymyksistä, ihmisten välisistä vuorovaikutuksista ja terapeuttisesta auttamisesta. (Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2012, 101 - 102.) Potilaan oikeuksiin kuuluu hyvä terveyden- ja sairaanhoito. Se tulee järjestää niin että hänen ihmisarvoaan ei loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Hoitotyö perustuu hoitotieteeseen, jossa tutkimusten avulla saadaan tietoa siitä, mikä edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Näyttöön perustuva hoitotyö vaatii moniammatillista yhteistyötä. (Eriksson ym. 2007, 118.)

3.2 Ohjaus

Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja hoitajan velvollisuus on ohjata lakien, asetusten, ohjeiden ja suositusten, hyvien ammattikäytänteiden sekä terveyden edistämisenäkökulmaa huomioon ottaen. (Kääriäinen 2008.) Hoitotyössä ohjaus määritellään koulutukseksi, kasvatukseksi ja valmennukseksi. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallista, keskustelevaa ja suhde ohjaajan ja ohjattavan välillä on tasa-arvoinen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Potilasneuvonnassa ohjaaja auttaa ohjattavaa päättämällä opeteltavan asian. Neuvonnassa annetaan suoria neuvoja. (Kyngäs & Hentinen 2008, 79.)

Ohjaussuhteen rakentamiseen ja aktiivisen tavoitteelliseen toimintaan vaikuttavat sekä ohjaajan että ohjattavan taustatekijät (Kyngäs & Hentinen 2008, 79 - 80). Laaja-alaisena elämänsuunnitteluna ohjauksessa halutaan auttaa ohjattavaa elämään tasapainoisemmin ympäristönsä kanssa sekä hyödyntämään omia mahdollisuuksiaan (Onnismaa 2011, 7). Tärkeämpää kuin se kuka on oikeassa, on tehdä havaintoja ja oppia omista ajattelu- ja toimintatavoista. Tällöin kehittyminen ja muuttuminen on mahdollista. (Ojanen 2000, 27.) Tavoitteena on toiminnan tasolla tehtävät muutokset, joihin pyritään ohjattavan suorituskykyä vastaavilla haasteilla ja vaatimuksilla (Turku 2007, 31).

Ohjauksella tarkoitetaan kaikkia toimenpiteitä ja osatekijöitä, jotka auttavat ohjattavan päätöksentekoa, toivon tunnetta ja hyvinvointia (Helander 2011). Ohjauksessa pyritään löytämään ja muovaamaan piilevää tietoisuutta, jolla pystytään kehittämään syvällisempää asennetta ja ajattelutavan muutosta (Ojanen 2000, 26). Tavoitteena on hoitomyönteisyyden ja voimaantumisen tukeminen (Turku 2007, 24). Voimaantuminen on prosessi, jossa ihminen tunnistaa omat voimavaransa mahdolliseen elämäntapamuutokseen (Turku 2007, 21).

Yksilöohjaus mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen ja motivaation tukemisen. Vuorovaikutusta yksilötasolla pidetään ohjauksen kulmakivenä. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Ryhmäohjausta puolestaan annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Sen avulla voidaan toisinaan saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmä voi auttaa voimaannuttavan kokemuksen kautta potilasta saavuttamaan tavoitteensa paremmin. (Kyngäs ym. 2007, 104.) Audiovisuaalista ohjausta annetaan teknisten laitteiden, kuten videoiden, tietokoneohjelmien ja puhelimien välityksellä. Sitä käytetään asiakkaiden ja omaisten toivomuksesta luentojen ja ryhmäkeskustelujen lisänä. (Kyngäs ym. 2007, 116 - 117.)

Ohjauksen jatkuva arviointi on ohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää. Positiivisten vaikutusten ja epäonnistumisten arviointi lisää ohjattavan tietoisuutta itsestään toimijana ja voi auttaa häntä muuttamaan toimintaansa ja säilyttämään muutokset. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan elämänlaatuun (Partanen 2011, 326). Kraft-Oksala (2010) toteaa elämäntapaohjauksen ja kuntoutuksen painopisteen siirtyvän yhä enemmän sairaalahoidon jälkeiseen aikaan ja perusterveydenhuoltoon. Kääriäisen (2008) mukaan ohjausta on tutkittu paljon, mutta tarkkaa kuvaa sen laadusta ei ole. Laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja elämässään. Ohjaus on kaksisuuntaista vuorovaikutusta, jolla rakennetaan ohjaussuhdetta. Laadukkaaseen ohjaamiseen tulee olla asianmukaiset resurssit ja ohjauksen tulee olla riittävää.

3.3 Motivoiva ohjaus

Toimintaa ohjaavaa liikkeellepanevaa voimaa kutsutaan motivaatioksi (Kyngäs & Henttinen 2008, 28). Ohjaaja voi erilaisilla menetelmillä suostutella ohjattavan erilaisiin muutoksiin. Toiminnalla on tällöin tavoite tai päämäärä, jota ei voida saavuttaa ilman ohjattavan osallistumista tai omaa tahtoa. (Turku 2007, 33 - 34.) Motivoiva ohjaus voidaan jakaa kolmeen eri kommunikointityyliin: seuraaminen, ohjaaminen ja opastaminen. Kaikki kolme tyyliä ovat yhteydessä toisiinsa ja niitä voidaan käyttää ohjauksen eri vaiheissa. Varsinkin ohjaussuhteen alussa seuraamisessa tärkeintä on kuunteleminen. Ohjaavassa tyyliässä ohjaaja käyttää auktoriteettiaan, tietoaan ja taitoaan ohjattavan ohjeistamiseen, toimintaan ja päätöksentekoon. Opastamisessa ohjaaja auttaa ohjattavaa pääsemään päämäärään tukemalla ja kannustamalla ohjattavaa matkan varrella. Hyvässä ohjauksessa ohjaaja vaihtelee sujuvasti tyylejä eri tilanteiden mukaan. (Rollnick ym. 2008, 41 - 44.) Ohjaajan kommunikointivalmiudessa kolme perustavaa työkalua ovat haastattelu, informointi ja kuuntelu. Näitä työkaluja käyttämällä ohjaaja pystyy tehokkaasti ja ajankäytöllisesti järkevämmiin konsultoiimaan ohjattavaa. (Rollnick ym. 2008, 47.) Kaikissa kolmessa tyyliässä käytetään näitä työkaluja, vaikkakin asenne ja oletus siitä miten käsitellä ohjattavan ongelmia vaihtelevat (Rollnick ym. 2008, 49).

Motivoivan ohjaustyön näkökulmasta muutosprosessin etenemiseen kuuluva motivoiva haastattelu koostuu reflektoinnista, positiivisesta palautteesta ja keskustelun yhteenvedosta. Motivoivassa haastattelussa ohjattavalle esitetään avoimia kysymyksiä. Ohjaajan lauseet alkavat kysymyssanoilla: mitä, miten, milloin tai missä. Näihin esitettyihin kysymyksiin ohjattava tulee jo vastausta antaessaan pohtineeksi omaa tilannettaan. Reflektoiva toisto tarkoittaa yksinkertaisimmillaan ohjattavan sanoman tai lauseen toistoa ja näin rohkaistaan ohjattavaa jatkamaan puhettaan. Reflektoivan kuuntelun ja toistojen avulla keskustelua voidaan syventää ja ohjata selkiyttävään suuntaan. Ohjauksen päätavoite on ohjattavan omien arviontien ja päätöksenteon tukeminen. Avointa ja luottamuksellista tunnelmaa herättää positiivisen palautteen liittäminen osaksi motivoivaa haastattelua. Yhteenvedossa mainitaan keskustelun pääkohtien lisäksi se, mihin on päädytty ja mihin toimenpiteisiin se jatkossa johtaa.

Näin etenevä haastattelu luo mahdollisuuden aitoon ja avoimeen dialogiin eli henkilöiden väliseen vuoropuheluun. (Turku 2007, 50 - 53.) Tässä työssä motivoiva ohjaus määriteltiin koskemaan koko ohjaustilannetta.

3.3.1 Hyvän ohjaajan ominaisuudet

Ohjaajalla on oltava tarvittava tieto- ja taitopohja. Häneltä vaaditaan sitoutumista ja pitkäjännitteisyyttä ohjaustyöhön ja hänellä pitää olla mahdollisuus organisaation taustatukeen. (Turku 2007, 112.) Ohjaussuhteen syntymisen ja sen etenemisen edellytyksenä ohjaajalla on oltava riittävät taustatiedot ohjattavasta (Kyngäs ym. 2007, 47). Ohjaajan tehtävänä on auttaa ohjattavaa kohti tavoiteltavaa päämäärää sekä löytää hänelle sopivia keinoja sen saavuttamiseksi (Eloranta & Virkki 2011, 62). Ohjaaja voi käyttää työvälineitä, joilla ohjauksen prosessi rakentuu pala palalta. Näissä prosesseissa voidaan käsitellä muun muassa yleistä muutosta, tekijöitä, jotka tuottavat ja estävät terapeuttisia vaikutuksia, elämänmuutosta ja ohjattavan kykyä käsitellä vaikeuksia. (Onnismaa 2011, 23.)

Ohjaaja pohjustaa päätöksentekoa ja luo mahdollisimman hyvät olosuhteet ohjattavalle antamalla valmiita päätöksiä tai tekemättä valintoja hänen puolestaan (Turku 2007, 31). Ohjaajalta vaaditaan myös tietoisuutta oman persoonansa käytöstä toisin sanoen käyttäkö ohjaaja kanssakäymisessä persoonaansa kasvatuksellisesti onnistuneena työvälineenä vai ei (Ojanen 2000, 18).

3.3.2 Edellytykset ohjattavalle

Ohjattavan osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja itsemääräämisoikeuden pitää säilyä. Itsemääräämisoikeutta tukee valinnan vapaus ja itsenäinen tavoitteiden määrittely. Motivoinnilla rakennetaan vuorovaikutuksellista ohjaustilannetta. (Turku 2007, 34.) Ohjattavan tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttaa se, miten tärkeänä hän kokee asian ja sen tavoittamisen elämässään. Tärkeää on myös luottamus omiin kykyihin tavoitteiden saavuttamisessa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 28 - 29.)

3.4 Elämäntapa

Sosiaalipolitiikan professori Jeja-Pekka Roos on Suomessa tutkinut elämäntapaa 1980-luvulta lähtien. Hän määritteli elämäntavan kuvaavan ihmisten tapaa elää. Se koostuu arkielämän toiminnoista ja kohdistuu arjen käytäntöihin, työhön, perheeseen ja vapaa-aikaan. Elämäntapa kertoo siitä, miten ihmiset todella elävät. (Roos 1988, 12 - 13.)

Hoitoon sitoutuminen on tärkeä osa terveystyöskäytymistä ja vaikuttaa ohjattavan kykyyn muuttaa elämäntyyliään (Joanna Briggs instituutti 2010). Elämäntapamuutosprosessi jaetaan kuuteen vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-,

ylläpito- ja repsahdusvaihe. Ohjattavan muutosvaiheesta riippuu sitoutuminen elämäntapa-muutokseen. Etenemisaika ja vaiheesta toiseen siirtyminen voivat vaihdella yksilöstä riippu-en. Elämäntapamuutokseen sitoutuminen vahvistuu muutoksen edetessä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 210.)

Esiharkintavaiheessa ohjattava ei välttämättä tiedosta tarvitsevansa muutosta elämänta-poihinsa. Hän voi myös kokea ajatuksen muutoksesta negatiivisena ja vähätellä sen tarvetta. Muutostarve tulee usein ulkopuoliselta taholta. Tällöin ohjattava pohtii muutoksen etuja ja haittoja. Tässä vaiheessa ovat aikaisemmin muutosta yrittäneet henkilöt ja siinä epäonnistu-neet sekä ne, jotka eivät koe pystyvänsä tekemään muutosta tai sitoutumaan siihen. Sitoutu-mattomuuteen löytyy yleensä monia syitä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 211.) Jos ohjattava ko-kee itseluottamuksensa huonoksi, voi ohjaajan ylitsevuotava asiantuntijuus romuttaa ohjatta-van halun muutokseen. Samoin kiire ja kyvyttömyys ohjattavan kohtaamiseen voivat herättää epäluottamusta ohjattavassa. (Turku 2007, 36.) Ohjattavan sitoutumisen taso vaihtelee suu-resti, eikä ohjaaja voi päältäpäin arvioida tämän pitkällisen prosessin kulkua. Muutosvalmius on tilanne- ja aikasidonnaista ja elämäntilanne asettaa ohjattavat hyvinkin erilaisiin lähtökoh-tiin. (Turku 2007, 40 - 41.)

Harkintavaiheessa ohjattava miettii muutokseen panostamista. Hän pohtii mistä hän on ta-voitteiden saavuttamiseksi valmis luopumaan ja mistä ei. (Turku 2007, 49.) Ohjattavassa vi-rinnyt muutostarve on tässä vaiheessa vasta alkamassa (Turku 2007, 55). Ohjattava tiedostaa ja myöntää terveysongelmansa, mutta ei ole vielä valmis tekemään muutosta. Harkinta-aika voi viedä puoli vuotta tai pidempään. Ohjattava punnitsee muutoksen hyötyjä ja haittoja. (Kyngäs & Hentinen 2009, 211 - 212.)

Valmistautumis- eli suunnitteluvaiheessa muutokseen sitoutumista edistää konkreettinen ja hyvin tehty suunnitelma. Ohjattava pohtii eri vaihtoehtoja, niiden sopivuutta ja saavutetta-vuutta. Muutoksen toteuttamiseksi ohjattavalla voi mennä pidempikin aika. (Kyngäs & Henti-nen 2009, 212.) Ohjattava voi olla innostunut tulevista muutoksista ja on valmis työskentele-mään yhdessä ohjaajan kanssa niiden saavuttamiseksi (Turku 2007, 57).

Toimintavaiheessa ohjattava siirtyy suunnitelmasta toteuttamiseen. Muutokseen sopivat toi-mintatavat ovat löytyneet ja hänellä voi jo olla kokemusta niistä. Sitoutumisesta ja positiivi-sista kokemuksista huolimatta voi tässä vaiheessa silti tapahtua repsahdus. (Kyngäs & Henti-nen 2009, 212.) Tavoitteiden uudelleenarviointi ja muokkaus auttavat ohjattavaa jatkamaan muutosta tavoitteiden saavuttamiseksi. Muuttuvissa elämäntilanteissa muokataan toiminta-suunnitelmaa ja ohjattavaa tuetaan muutostekijöiden hiomisessa. Lyhyemmän aikavälin ta-voitteiden saavuttamiseen ohjattavaa rohkaistaan ottamaan mukaan oma motivointisysteemi tai palkkiojärjestelmä. (Turku 2007, 72 - 73.)

Ylläpitovaiheessa sitoutuminen on vahvaa ja sitä vahvistavat ympäristöstä tulevat positiiviset palautteet. Paluuta vanhaan ei ole ja uudet elintavat ovat olleet käytössä jo vähintään puoli vuotta. Ylläpitovaiheeseen päästäkseen henkilö on joutunut pohtimaan useita kertoja muutokseen sitoutumista tietoisesti ja tiedostamatta. (Kynäs & Hentinen 2009, 213.) Muutoksen pysyvyydellä on parempi ennuste, kun pakollisesta muuttumisesta tulee vapaaehtoista muuttumista. Toisin sanoen ”pitää tehdä” muuttuu haluksi tehdä. (Turku 2007, 59.) Uusien elämäntapojen ylläpitämiseksi ja saavutetun muutoksen säilyttämiseksi ohjattavalle laaditaan pidemmän aikavälin suunnitelma, jossa painotetaan rauhallista etenemismuutoksia ja realistisia suunnitelmia (Turku 2007, 78).

Repsahdus voi olla joko väliaikaista tai pysyvää ja sitä voi tapahtua kaikissa eri vaiheissa. Repsahdukset kuuluvat kiinteänä osana muutosprosessiin ja niitä voidaan hyödyntää oppimiskokemuksina. (Turku 2007, 60.) Tärkeää on tiedostaa, mikä johti repsahdukseen ja miten toimia tilanteessa jatkossa. Tilanteen ollessa akuutti ohjattavan tilanteen hallinnantunnetta tuetaan, jolloin hän oppii pääsemään näiden vaikeaksi koettujen tilanteiden yli. Muutoksen pysyvyyden kannalta tärkeää on riskitilanteiden ennakointi. Suunnitelmaan voi myös kuulua niin sanottu sallittu repsahdus, joka tapahtuu suunnitelmallisesti ja ohjauksessa. Sallittu repsahdus jää usein pienimuotoisemmaksi tai kokonaan tekemättä. (Turku 2007, 74 - 76.)

3.5 Sepelvaltimotauti

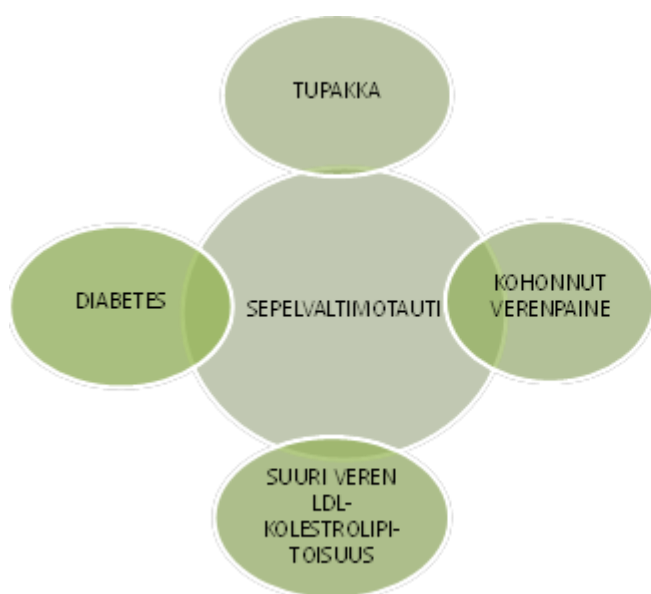
Sepelvaltimotauti on Suomen yleisin verenkiertoelinten sairaus. Sepelvaltimotauti on valtimonkovettumistauti, jossa sydämen sepelvaltimoissa eli koronaarisuonissa on ateroskleroosin ilmentymä. Ateroskleroosi tarkoittaa rasvakovettumatauti, jossa valtimon sisäkerrokseen kertyy rasva-ainekovettumia. Myöhemmin rasva-ainekovettumat sidekudostuvat ja kalkkiutuvat aiheuttaen suonien ahtautumisen ja seinämien kovettumisen. (Kettunen 2011, 248 - 249.) Keskeisimmät sepelvaltimotaudin ilmenemismuodot ovat äkkikuolema, sydänlihaskuolio eli sydäninfarkti ja rasiin liittyvä rintakipu, angina pectoris (Reunanen 2008, 328). Angina pectoris on sepelvaltimotaudin tunnetuin ilmentymä. Vakaassa tilanteessa seinämän kovettuma eli plakki ahtauttaa suonta ja levossa sydän saa riittävästi verta. Rasiinuksessa ahtauma estää verenvirtauksen lisääntymisen ja sydänlihas kärsii hapen puutteesta. Tämän vuoksi vakaan angina pectoris oire on rasiinuksessa tuntuva rintakipu. Kipu helpottuu levolla tai nitrolääkkeellä. Epävakaassa angina pectoris oireet tuntuvat sattumanvaraisesti ja kipukohtausta voi seurata akuutti sydäninfarkti. Sepelvaltimon ahtauma tai seinämän plakki repeää suonin sisäpuolelle ja ahtauman kohdalle äkillisesti syntyvä verihyytymä aiheuttaa sepelvaltimon tukoksen. Tukoksesta seuraa sydäninfarkti. Oireena on yleensä voimakas rintakipu. Tällaisen potilaan pitää nopeasti saada oikeanlaista hoitoa. Lääkehoito, tukoksen liuotushoito ja suonin pallolaajennus ovat akuutin

sydäninfarktin hoitomuotoja. Liutushoidossa valtimon tukkiva hyytymä liuotetaan suonensisäisillä lääkkeillä. (Syväne, Tierala, Kunnamo & Heikkilä 2008, 481.)

Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteessä valtimeon ohjataan paikallispuudutuksessa väärttinä- tai reisivaltimeon kautta pallokatetri, joka viedään ahtauman kohtaan. Pallo laajennetaan ahtauman kohdalla paineen avulla, jolloin ahtauma litistyy suonen seinämään. Näin suoni avautuu ja potilaan oireet helpottuvat. (Ylitalo, Niemelä & Heikkilä 2008, 374 - 375.) Lääkehoito jatkuu yleensä pitkään sydäninfarktin jälkeen (Kettunen 2011, 250).

Elimistö tarvitsee toimiakseen erilaisia rasvoja. Kolesterolia tarvitaan kaikkien solukalvojen rakenneosina. Kolesterolin liiallinen saanti ravinnosta tai elimistön liika tuotanto on haitallista. Vuosien kuluessa ylimääräinen kolesterolia kertyy ahtauttamaan valtimosuonia. Kokonaiskolesterolia koostuu LDL-kolesterolista (huono kolesterolia) ja HDL-kolesterolista (hyvä kolesterolia) sekä triglyserideistä (rasvahapoista). (Aalto-Setälä 2011, 229 - 230.)

Keskeisimmät sepelvaltimotaudin vaaratekijöistä ovat veren suuri LDL-kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, tupakointi ja diabetes (kuvio 1).



Kuvio 1: Sepelvaltimotaudin tärkeimmät vaaratekijät (mukaiillen Reunanen 2008, 332)

Veren suurella LDL-kolesterolipitoisuudella on keskeisin merkitys ateroskleroosin syntymisen kannalta. Kohonneen verenpaineen vaikutus perustuu sepelvaltimoiden ateroskleroosia kiihdyttävään ominaisuuteen. Myös sydänlihaksen kuormituksella ja sepelvaltimoiden verenkierron muutoksella on vaikutusta. Erityisesti kohonneella systolisella paineella eli yläpaineella on merkitystä. Valtimeiden vetreyden vähetessä systolinen verenpaine kohoaa. Kohonnut verenpaine voi olla yhteydessä perinnöllisyyteen. Tärkeimmät tekijät kytkeytyvät

kuitenkin elämäntapoihin. Tupakoinnin sairastavuutta lisäävä vaikutus johtuu tupakan ateroskleroosia kiihdyttävästä ominaisuudesta . Edelleen on jossain määrin epäselvää, millä mekanismeilla tupakansavu ateroskleroosiin vaikuttaa. Tupakointiin liittyy lisääntyntä alttiutta verisuonitukoksiin ja aggregoitumiseen eli verihutaleiden takertumiseen toisiinsa. (Reunanen 2008, 332 - 334.)

Joanna Briggs instituutin (2010) suositusten mukaan tutkimusten tulokset puoltavat voimakkaasti sairaanhoitajavetoisen vastaanoton hyötyjä ohjattavien tukemisessa elämäntapamuutosten ylläpitämisessä ja halukkuudessa sitoutua sepelvaltimotaudin ehkäisyyn. Vaaratekijöiden kartoittaminen ja niiden tehokas hoito parantaa potilaan sepelvaltimotaudin ennustetta ja vähentää lääkehoidon tarvetta. Potilaalle ja hänen läheisilleen tulisi antaa tarvittavaa ohjausta vaaratekijöiden ennalta ehkäisyssä, lääkehoidossa ja siinä, miten toimia akuutissa rintakipukohtauksessa. Ohjausta voidaan antaa asiaan perehtyneen sairaanhoitajan vastaanotolla. (Käypä hoito 2014.) Evansin, Probertin ja Shuldhamin (2009) mukaan motivaatio elämäntapamuutoksiin heti sairastumisen jälkeen on hyvä ja hoidon jatkuvuus on tärkeää motivoinnin ylläpitämiseksi.

3.6 Diabetes

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista niin Suomessa kuin maailmallakin. Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista ja ennusteen mukaan sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10 - 15 vuoden aikana. Sairauden hoitaminen vie 15 % terveydenhuollon kuluista. Sairautta luonnehtii plasman kroonisesti suurentunut verensokeripitoisuus, joka voi johtua insuliinin puutteesta tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista. (Käypä hoito 2011.)

Diabeteksen päätyypit ovat tyypin 1 diabetes ja tyypin 2 diabetes. Diabetesta kuitenkin tunnetaan useita eri tyyppisiä ja eri tyyppien rajat eivät ole selkeät. Potilaalla voi olla piirteitä kummastakin diabetes-tyypistä. (Mustajoki 2012.) Tyypin 1 diabetes johtuu siitä, ettei elintoiminnoille välttämätöntä insuliinia erity, koska haiman saarekesolut ovat tuhoutuneet. Oireita ovat lisääntynyt virtsaneritys, jano, laihtuminen ja väsymys. Oireet kehittyvät yleensä nopeasti päivien tai viikkojen kuluessa. Tyypin 1 diabetekseen henkilö sairastuu yleensä alle 40-vuotiaana. (Diabetestietoa, tyyppi 1.) Sairautta tutkittaessa perintötekijöillä ja ympäristöllä on osuutensa (Käypähoito 2011).

Hoitona on jatkuva elinikäinen insuliinihoito pistoksina tai insuliinipumpulla. Hoito vaatii tarkkaa verensokerin omaseurantaa ja ravinnon hiilihydraattien laskemista, koska insuliiniansokset sovitetaan hiilihydraattimäärien mukaisiksi. (Diabetestietoa, tyyppi 1.) Hoitamattomana tauti johtaa happomyrkytykseen, syvään tajuttomuuden tilaan tai kuolemaan (Käypä hoito 2011). Sairauden ehkäisykeinoja ei vielä tunneta. Päämääränä on

hyvä elämä. Tavoitteena on verensokeripitoisuuden pitäminen sopivalla tasolla niin, että lisäsairauksien ja matalien verensokeriarvojen vaara olisi mahdollisimman pieni.

(Diabetestietoa, tyyppi 1.)

Suomessa diagnosoiduista diabeetikoista noin 75 % sairastaa tyypin 2 diabetesta. Sairaus todetaan yleensä aikuisiässä. Potilas on usein ylipainoinen ja hänellä on metabolinen oireyhtymä eli hänellä on kohonnut verenpaine tai rasva-aineen vaihduntahäiriö tai molemmat. Ympäristötekijöillä ja perimällä on myös selvä osuus sairauden puhkeamiseen. (Käypä hoito 2011.) Sairaus voi olla oireeton tai oireet voivat kehittyä hitaasti vuosien kuluessa. Erityisesti aterioiden jälkeinen väsymys, jalkasäryt, lihaskouristukset ja uupumus voivat olla oireita tyypin 2 diabeteksestä. (Diabetestietoa, tyyppi 2.)

Elämäntapamuutoksilla voidaan ehkäistä ja vähentää tyypin 2 diabetesriskiä. Lääkehoidolla voidaan tarvittaessa tehostaa elämäntapamuutosten vaikutusta. (Nikkanen 2012, 462.) Painonhallinnalla, oikealla ruokavaliolla, verenpaineen ja rasvojen hoidolla ehkäistään lisäsairauksien syntyä (Diabetestietoa, tyyppi 2).

4 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa motivoivasta ohjauksesta sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaiden ohjauksen kehittämiseksi kirjallisuuskatsauksena kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin perustuen ja tarkoituksena oli kuvata motivoivan ohjauksen merkitystä sepelvaltimo- ja diabetespotilaiden ohjauksessa sekä ohjausta edistäviä että estäviä tekijöitä potilaan ja ohjaajan näkökulmasta. Tämä kirjallisuuskatsaus tarjoaa mahdollisuuden pohtia laajemmin potilaiden ohjausta. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseksi kysymykset määriteltiin seuraavasti:

1. Millainen merkitys motivoivalla ohjauksella on sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaille?
2. Mitkä tekijät edistävät tai estävät motivoivan ohjauksen onnistumista?
 - 2.1 Potilaan näkökulmasta
 - 2.2 Hoitajan näkökulmasta

Ensimmäisellä kysymyksellä kartoitetaan, onko motivoivalla ohjauksella merkitystä sepelvaltimo- ja diabetespotilaille. Toisella kysymyksellä halutaan tuoda esille, mitkä tekijät edistävät tai estävät motivoivan ohjauksen onnistumisen sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta.

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan aikaisempien tutkimusten kokonaisuutta. Kirjallisuuskatsauksia voidaan toteuttaa eri tavoin: narratiivinen, systemaattinen, meta-analyysi ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus. (Johansson 2007, 3.) Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta luonnehditaan yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja rajoja ja sääntöjä. Tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti ja kysymykset ovat väljempää kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toimii itsenäisenä metodina, joka tarjoaa uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. Se voidaan jakaa narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Integroiva kirjallisuuskatsaus on hyvä tapa tuottaa uutta tietoa jo tutkittuun aiheesta mahdollisimman monipuolisesti. Integroivaan kirjallisuuskatsaukseen kuuluu olennaisesti kriittinen tarkastelu. (Salminen 2011, 6.)

Tämä kirjallisuuskatsaus tehtiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Integroivan kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitetaan tutkimustehtävän määrittämisellä ja tutkimuskysymysten muotoilulla. Selkeät kysymykset suuntaavat ja rajaavat katsauksen. Aluksi päätetään mihin kysymyksiin katsauksella vastataan, katsauksen keskeiset käsitteet ja katsaukseen valittavat tutkimusjoukot. Katsauksessa tulee kuvata aineiston keruu ja eri vaiheessa tehtävät rajaukset tulee perustella sekä kirjata tarkasti. (Flinkman & Salanterä 2007, 88 - 91.) Aineiston keräämisen menetelmät valikoituvat tutkimusongelman mukaan (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367).

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit määritellään aineiston keräämisvaiheessa. Nämä voivat kohdistua esimerkiksi tiettyihin ajanjaksoihin, eri kieliin, siihen koskeeko tutkimus aikuisia vai lapsia tai minkälaisia julkaisuja tutkimukseen otetaan mukaan. Keräämisvaiheessa tulee myös määrittää millaisia tietokantoja ja mitä hakusanoja käytetään. Aineisto kerätään taulukon muotoon, johon kirjataan keskeiset tiedot tutkimusten luonteesta, menetelmistä ja tuloksista. Integroituun tutkimukseen mukaan otettuja tutkimuksia täytyy arvioida, jotta voidaan päätellä katsauksesta saatujen johtopäätösten painoarvo. Jos katsaukseen otetaan mukaan sekä määrällisiä että laadullisia tutkimuksia, tulee ne arvioida erikseen. (Flinkman & Salanterä 2007, 91 - 93.)

Integroivan katsauksen päämääränä on huolellinen ja tasapuolinen tutkimusten tulosten tulkinna, jossa merkittävät tutkimustulokset erotetaan vähemmän merkityksellisemmistä. Aineiston analysoinnista ja tulosten tulkinnasta pyritään tekemään älykäs ja lukijaystävällinen tiivistelmä. (Flinkman & Salanterä 2007, 94 - 95.)

Työn muotona on kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa. Kvantitatiivisia tulkintoja käytettiin vain sisältöjä kuvailemalla, koska tutkimusten asetelmat, mittarit ja muuttujat vaihtelivat merkittävästi. Katsaukseen mukaan otettujen kvantitatiivisten tutkimusten laatua voidaan arvioida määrittelemällä kriteereitä, jotka koskevat esimerkiksi sitä, onko aineiston rekrytointi tai keskeyttäneiden koe-henkilöiden määrä kuvattu. (Flinkman & Salanterä 2007, 93.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen juuret löytyvät antropologiasta, sosiologiasta ja psykologiasta (Polit & Beck 2010, 71). Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää. Moninaisessa todellisuudessa tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan ja niitä pyritään tutkimaan kokonaisvaltaisesti. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa, keskusteluihin tutkittavan kanssa ja käyttää tiedonhankinnassa apuna lomakkeita ja testejä. Arvot muovaavat sitä, mitä ja miten pyritään ymmärtämään tutkittuja ilmiöitä. Tätä tutkija ei voi sivuuttaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saadaan tulokseksi vain ehdollisia selityksiä ja pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita. Tämän vuoksi aineiston yksityiskohtainen tarkastelu on tärkeää ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsijärvi ym. 2013, 161.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan ja analysoidaan tuloksia jatkuvasti ja niiden perusteella päätetään miten edetään (Polit & Beck 2010, 77). Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypilliset piirteet esitetään taulukossa 1.

Kokonaisvaltainen tiedon hankinta

Ihminen tiedon keruun työkaluna

Aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu

Laadullisten menetelmien käyttö aineiston hankinnassa

Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti

Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä

Aineiston tulkinta ja käsittely ainutlaatuisena

Taulukko 1: Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä (mukaillen Hirsijärvi ym. 2013, 164)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa käytetään ihmisiä tiedon keruun lähteenä. Heitä on tutkittu ja haastateltu eri menetelmiä käyttäen ja seuranta-ajanjaksot olivat eripituisia. Valitut tutkimukset luettiin, keskeiset tulokset eriteltiin tutkimuskysymysten mukaan ja aineisto analysoitiin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu selkeitä kriteereitä. Ne eivät olennaisesti eroa kvantitatiivisen tutkimuksen arviointikriteereistä. Laadullisen tutkimuksen tulkinnaissa korostuu tutkijan persoonallinen näkemys, joka muodostuu hänen omista tunteistaan ja intuitiostaan. Hyväksytyjen arviointikriteerien puuttumisesta huolimatta voidaan tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analysointi ja tutkimuksen raportointi arvioida. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 215 - 216.)

4.3 Aiheen rajaus

Tutkimusongelmien pohjalta määritellään ja rajataan mitä tutkitaan ja mitä jätetään tutkimuksen ulkopuolelle (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 365). Tavoitteena on saada mahdollisimman kattavasti luotettavia tutkimuksia mukaan analyysiin (Metsämuuronen 2006, 31). Kriteerinä oli, että sisältö vastaa ainakin toiseen tutkimuskysymykseen. Aineisto koostuu hoito-, terveys- tai lääketieteellisistä julkaisuista ja sisältö koskee sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaan elämäntapamuutoksen ohjausta terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Tämän kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 2.

Sisäänottokriteerit:	Poissulkukriteerit:
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tutkimuksen tulee koskea elämäntapamuutoksen ohjausta sepelvaltimotauti- ja diabetes-potilaan ohjauksessa terveyskeskuksessa tai sairaalassa. ◦ Aineisto koostuu hoito-, terveys- tai lääketieteellisistä tutkimuksista. ◦ Aineiston tulee vastata sisällöllisesti ainakin toiseen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksistä. ◦ Tutkimusten aikaväli rajattiin 2000 - 2013. ◦ Tutkimusten kielet ovat suomi ja englanti. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tutkimukset, jotka koskevat muita sairauksia kuin sepelvaltimotauti ja diabetesta. ◦ Potilaat, joilla on todettu sydänsairaus, muttei diagnosoitua sepelvaltimotautia. ◦ Tutkimus koskee muita kuin aikuispotilaita. ◦ Pro gradu-tutkielmat rajattiin pois. ◦ Maksulliset tietokannat. ◦ Tutkimukset, joiden kielenä on muu kuin suomi tai englanti.

Taulukko 2: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsaus on osa Laurean Pumpu-hanketta ja se koskee sepelvaltimo- ja diabetespotilaiden motivoivaa ohjausta (Laurea 2013). Aineistoon otetaan mukaan vain julkaistut tutkimukset (Flinkman & Salanterä 2007, 90). Tieteellisellä tiedolla on tunnusmerkkejä, joista yksi keskeisemmistä on tiedon julkisuus: tieto on tieteellistä, kun se on julkaistu (Leino-Kilpi 2007, 2).

Haku rajattiin koskemaan suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia tai tutkimusartikkeleita. Englanti on virallinen kansainvälinen julkaisukieli. Rajaamalla aineisto vuosiin 2000 - 2013 haluttiin aineisto pitää mahdollisimman ajankohtaisena. Motivoiva ohjaus kuvailtiin kliinisenä menetelmänä vasta 1983, joten olemassa oleva tutkimusaineisto on jo itsessään melko tuoretta.

4.4 Kirjallisuuden haku

Manuaalinen tiedonhaku on tärkeää, jotta löydetään myös sähköisen tietokannan ulkopuolelle jääviä tutkimuksia (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 50). Tiedonhaku suoritettiin etsimällä ja lukemalla alkuperäistutkimuksia keskeisistä kansallisista ja kansainvälisistä julkaisuista, kuten *Hoitotiede* ja *Journal of Advanced Nursing* lehdistä. Sähköisistä tietokannoista käytettiin seuraavia tietokantoja: Cinahl, Medic ja Cochrane. Cinahl on hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian kansainvälinen viite- ja tiivistelmäkanta. Medic on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. (Tähtinen 2007, 29 - 31.) Cochrane on kansainvälinen asiantuntijoista koostuva yhteistyöverkosto, joka tarjoaa tarkkaan punnittua tietoa sairauksien ennaltaehkäisystä, hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta (Tuhkio 2011, 3). Tiedonhaun tekemisessä pyydettiin apua Laurea-ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikolta.

Hakusanat määriteltiin tutkimuskysymysten pohjalta koskemaan motivoivaa ohjausta ja sen hyödyntämistä elämäntapamuutosten ohjauksessa. Hakusanoiksi tuli motivaatio, ohjaus, hoitotyö ja elämäntapamuutos. Hakusanat tarkistettiin yleisestä suomalaisesta asiasanastosta (YSA) ja hakuja tehtiin YSA:n sanoilla potilasneuvonta, elämäntapa, motivointi, sepelvaltimotauti ja diabetes. Hakuja tehdessä käytettiin myös MESH-sanoja patient education as topic, lifestyle, motivational interview, coronary disease (CAD) ja diabetes. Taulukossa 3 esitetään tiedonhaun menetelmät, hakusanat ja hyväksytyt tutkimukset. Tutkimusvalinnat tehtiin abstraktien perusteella ja hyväksyttiin kokotekstin perusteella. Cinahl-tietokannasta ei löytynyt yhtään tutkimusta, joka sopi tähän kirjallisuuskatsaukseen. Haut suoritettiin kesäkuussa ja syyskuussa 2013.

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Valinnat	Hyväksytyt
Medic	Patient education/coronary disease	19	3	2
Medic	Patient education/diabetes	178	4	1
Medic	Motivational inter*/diabetes	0	0	0
Medic	Motivational inter* coronary disease	0	0	0
Medic	Lifestyle/diabetes	25	0	0
Medic	Lifestyle/coronary disease	8	1	0
Cochrane	Patient education/coronary disease	3	1	0
Cocharane	Patient education/diabetes	17	0	0
Cochrane	Motivational interv*/diabetes	1	0	0
Cochare	Motivational inter*/ coronary disease	10	3	1
Manuaalinen haku suoritettiin hoitoalan julkaisuista ja muiden tutkimusten lähteistä.				8

Taulukko 3: Tutkimusten haku

Koskaan ei ole mahdollista saada mukaan kaikkea aihetta käsittelevää aineistoa tai kaikkia tutkimuksia, vaikka se olisi ideaalitilanne (Flinkman & Salanterä 2007, 91). Osa tutkimuksista oli maksullisia ja osa ei ollut saatavissa kokotekstinä. Sähköiset haut suoritettiin Nelli-portaalin kautta.

4.5 Tutkimusaineiston luotettavuus

Integroidussa katsauksessa eri metodeilla tehtyjen tutkimusten laadun arviointiin on käytettävissä eri menetelmiä. Kaksi erillistä laadun arviointimenetelmää tarvitaan, kun katsauksessa on sekä määrällisiä että laadullisia tutkimuksia. (Flinkman & Salanterä 2007, 93.) Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jossa painottuu sen sisäinen johdonmukaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Tutkimus on koko tutkimusprosessin ajan arvioinnin kohteena. Tutkimuksen kirjoittajilla on merkittävä rooli, koska heidän vastuullaan on arvioida koko ajan tutkimuksen edetessä tekemiään ratkaisuja. (Vilkkä 2005, 152.) Tutkimuksen aineiston luotettavuutta lisättiin käyttämällä Joanna Briggs instituutin arviointikaavakkeita ja tutkimusten arvioinnissa on pyritty tasavertaiseen tulkintaan.

Tutkimusten tasavertaiseen tulkintaan (liitteet 1 ja 2) on apuna käytetty Joanna Briggs instituutin SUMARI-, QARI- ja MASTARI-moduuleja laadullisten ja määrällisten tutkimusten arvioinnissa. Englanninkielisen SUMARI-käyttöohjeen haussa autoivat kirjallisuuskatsauksen ohjaava opettaja ja kirjaston informaatikko. (Joanna Briggs Institute 2013.) Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut sivuillaan suomenkieliset SUMARI-arviointilistat määrälliselle ja laadulliselle tutkimukselle. Arviointikriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a).

Määrällisen tutkimuksen kriittiseen arviointiin käytetty arviointilista (liite 1) sisältää kymmenen arviointikriteeriä, jotka arvioivat tutkimusten metodologista laatua. Kuvailevan tutkimuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistassa (liite 2) on yhdeksän arviointikriteeriä, jotka metodologisen laadun lisäksi arvioivat tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamista. (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2013.) Kummel (2008), Lawrenson ym. (2010) ja Thors Adolfson ym. (2008) määrällisissä tutkimuksissa arviointikriteereistä kahdeksan vastasi kyllä kysymykseen. Eivastauksia tuli kysymykseen numero 6, jossa arvioitiin tutkijan (tutkijoiden) kulttuurillisen taustan ja teoreettisen aseman vaikutusta tutkimustulokseen. Samoin kysymykseen numero 7, jossa arvioitiin onko tutkija (tutkijat) itse vaikuttanut tutkimustulokseen. Näiden arviointitulosten perusteella tutkimukset katsotaan olevan luotettavia ja hyväksyttäviä tähän kirjallisuuskatsaukseen.

Kuvailevista tutkimuksista Adachi ym. (2013), McHugh ym. (2001), Poskiparta ym. (2004) ja Smith ym. (2007) ovat satunnaisesti kontrolloituja tutkimuksia, jotka vastaavat pääosin tarkistuslistan arviointikriteereihin. Arviointikriteeri numero 7, joka koskee tutkimuksen keskeyttäneiden tuloksia, ei selviä tämän kirjallisuuskatsauksen kuvailevissa tutkimuksissa. Adachi ym. (2013) mielestä myös tutkimuksen seurantajakso oli liian lyhyt (arviointikriteeri numero 6). Daiski (2008), Kähkönen ym. (2012) ja Van Wormer ym. (2004) ovat kirjallisuuskatsauksiin perustuvia kuvailevia tutkimuksia. Nämä vastasivat vain neljään arviointikriteeriin myöntävästi (arviointikriteerit 2, 3, 4 ja 8). Ne hyväksyttiin kuitenkin tähän kirjallisuuskatsaukseen, koska näiden tutkimusten sisältö käsittelee ohjausta. Blekin ym. (2007) ja Salminen-Tuomaalan (2013) tutkimukset perustuvat valituille kohderyhmille tehdyille haastatteluille. Heiltä puuttuu vertailuryhmät eivätkä he ole käyttäneet tilastollisia menetelmiä. Yhdeksän laadullista ja kolme määrällistä tutkimusta esitetään liitteissä 3 ja 4.

4.6 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja ja tiivis esittäminen, jolla tavoitetaan myös aineiston merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 134). Se voidaan muodostaa aineistolähtöisesti eli

induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen osaan: redusointiin eli pelkistämiseen, klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Teoreettisessa analyysissä viitekehyksenä voi olla teoria tai käsitejärjestelmä ja analyysirunko muodostetaan tutkimuskysymysten pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Analyysin teko alkaa kun aineisto on kerätty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 223). Tutkimus tehtiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Ensin aineisto ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaan.

Pelkistämisessä aineisto pelkistetään ja tutkimukselle epäolennainen karsitaan pois. Näin aineistosta etsitään tutkimuksen kannalta olennaiset ilmaisut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Sen jälkeen ne nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Laadullisen tutkimuksen aineiston analysoinnissa yhdistyvät analyysi ja synteesi. Kerätty aineisto erotetaan analyysissä käsitteellisiksi osiksi ja kootaan synteessin avulla tieteellisiksi johtopäätöksiksi. Tällaista toimintatapaa kutsutaan abstrahoinniksi. Siinä johtopäätökset eivät vain edusta tutkittavia tapauksia vaan siirtyvät yleisemmälle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Metsämuuronen 2006, 122.) Sisällönanalyysin pelkistämisessä valittiin esimerkiksi alkuperäisilmaus, joka pelkistettiin. Pelkistämisen yhteydessä englanninkieliset alkuperäisilmaisut suomennettiin. Esimerkki aineiston pelkistämisestä esitetään taulukossa 4.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
...ohjauksesta, jossa yhdistyvät kotiutusvaiheen tehostettu ohjaus ja kotiutusvaiheen jälkeen kokonaan tapahtuvien ohjaustilanteiden yhdistäminen puhelimitse annettuun tukeen ja neuvontaa.	Ohjausta annetaan kasvotusten ja puhelimitse
Motivational interviewing produced significantly better glycemic control and treatment adherence and a trend toward great short-term weight loss in a pilot study of overweight diabetic women.	Motivoivan ohjauksen avulla tavoitteisiin

Taulukko 4: Esimerkki pelkistämisestä induktiivisessa analyysissä

Aineiston ryhmittelyssä pelkistetystä ilmauksesta muodostettiin alaluokka. Aineiston käsitteellistämässä alaluokasta muodostettiin yläluokka ja pääluokka. Nämä havainnollistetaan liitteissä 5, 6a ja 6b.

5 Tulokset

Tutkimustulokset koostuvat 12 tutkimuksesta, joista seitsemän on englanninkielistä ja viisi suomenkielistä. Tutkimuksista ja tutkimuskysymyksistä muodostettiin taulukko. Taulukko kuvaa kumpaan kysymykseen tutkimus vastaa. Tutkimusten keskeinen sisältö tutkimuskysymyksiin vastaten on esitetty liitteessä 7.

5.1 Motivoivan ohjauksen merkitys

Motivoivalla ohjauksella vaikutetaan myönteisesti elämäntapamuutokseen. Tästä muodostui motivoivan ohjauksen merkityksen pääluokka. Elämäntapamuutos pitää sisällään valitun tutkimusaineiston mukaan elämäntavan parantamista ja yksilöllisiä ohjausmenetelmiä.

Elämäntapaa parantaa Smith ym. (2007) mukaan diabetespotilaiden pitkän ajan sisällä tapahtuva painonpudotus. Adachi ym. (2013) ja Smith ym. (2007) korostavat motivoivan ohjauksen lisäävän diabetespotilaiden mielenkiintoa ja kykyä vaikuttaa omaan elämäntapamuutokseensa sekä toteuttaa ja ylläpitää sitä. Motivoiva ohjaus parantaa pitkäaikaissokerin (HbA1c) arvoja verrattuna tavallista diabetesohjausta saaneiden potilaiden arvoihin. Sepelvaltimoiden ohitusleikkausjonossa olevien potilaiden tukeminen motivoivalla ohjauksella lisää liikunnan harrastamista ja vähentää tupakointia (Kummel 2008; McHugh ym. 2001). Ohjaus vähentää myös alkoholin käyttöiheyttä (Kummel 2008) ja masennusoireita (McHugh ym. 2001).

Yksilölliset ohjausmenetelmät helpottavat ohjauksen antamista ja ymmärtämistä, sillä sairaalassa annetulla yksilöohjauksella ei aina saavuteta hoitotavoitteita. Tämän rinnalle on kehitetty nykyhoidon haasteisiin vastaavia ohjausmenetelmiä, joilla tavoitetaan suuria potilasmääriä kustannustehokkaasti. Puhelimella ja muilla sähköisillä viestimillä annettu ohjaus koettiin yksilölliseksi ja tukea antavaksi ja näin saatiin hyviä tuloksia. (Van Wormer ym. 2004; Kähkönen ym. 2012.) Van Wormer ym. (2004) toteaa tällaisen ohjaustavan tarpeen lisääntyvän erityisesti kaupunkien ulkopuolella ja haja-asutusalueilla asuvien sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden tavoittamiseksi. Kummelin (2008), Adachin ym. (2013) ja Smithin ym. (2007) tutkimuksissa elämäntapamuutoksiin liittyviä tuloksia havaittiin kuuden kuukauden seurannan kohdalla. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen odottaville potilaille motivoiva ohjaus antaa kehyksen ja tuen onnistua elämäntapamuutoksen aikaansaamisessa (McHugh ym. 2001). Kähkönen ym. (2012) mukaan terveystalvammennusohjelmat, jotka perustuvat motivoivaan haastatteluun, ongelmaperustaiseen oppimiseen ja monipuoliseen kirjalliseen materiaaliin sekä puhelimitse tai sähköpostitse tapahtuvaan ohjaukseen ovat lupaavia ohjausmenetelmiä.

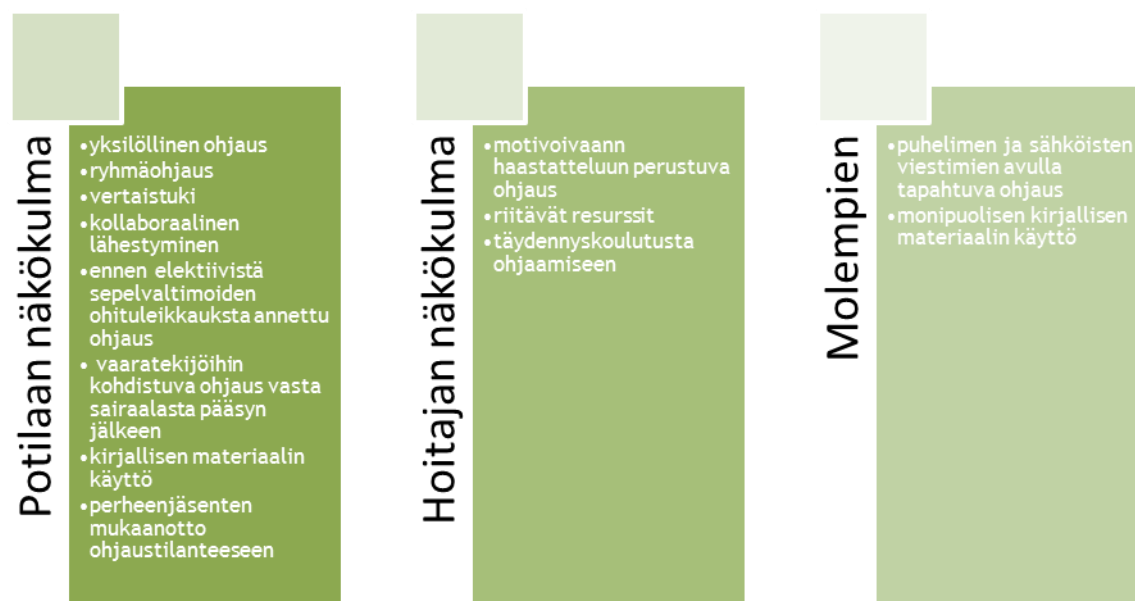
5.2 Motivoivan ohjauksen onnistumista edistäviä tekijöitä

Motivoivaa ohjausta edistäviä tekijöitä on muun muassa kollaboraallinen lähestymistapa, omaisten mukaanotto ohjaustilanteisiin ja motivoivaan haastatteluun perustuva ohjaus. Nämä ovat ohjaukseen positiivisesti vaikuttavat tekijät, joista muodostui pääluokka. Se pitää sisällään erilaisia ohjausmuotoja, ohjauksen ajankohdan ja ohjaajan ohjaustaidot.

Erilaisia ohjausmuotoja, kuten puhelimen ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus, auttaa ohjaajaa tavoittamaan potilaan. Tämän avulla hän saa henkilökohtaista ohjausta. (Kähkönen ym. 2012; Van Wormer ym. 2004.) Thors Adolfsson ym. (2009) toteaa tutkimuksessaan, että diabetespotilaiden yksilöohjauksella saavutetaan aiempaa paremmin kansallisesti asetetut hoidon päämäärät. Ryhmäohjauksen ja vertaistuen käyttö saa aikaan positiivisia tuloksia sepelvaltimotautipotilaille. Monipuolisen kirjallisen materiaalin käyttö tukee hoitohenkilökunnan sanallista ohjausta ja auttaa potilasta ymmärtämään ohjattavaa asiaa. (Kähkönen ym. 2012.) Sydänpotilaan selviytymisprosessia tukee perheenjäsenen mukanaolo ohjaustilanteissa (Salminen-Tuomaala 2013).

Ohjauksen ajankohta vaikuttaa potilaan kykyyn vastaanottaa ohjausta. Sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin kohdistuva ohjaus tulisi painottaa sairaalasta pääsyn jälkeen, jolloin sairauden aiheuttama kriisi on helpottunut. (Kähkönen ym. 2012.) Ennen sepelvaltimoiden ohitusleikkauksista annettu motivoiva ohjaus edistää elämäntapamuutoksen onnistumista ja vähentää potilaiden masennusoireita (McHugh ym. 2001).

Ohjaajan ohjaustaitoon kuuluu potilasta kunnioittava ja häntä kokonaisuutena huomioiva kollaboraallinen lähestymistapa. Se edistää motivoivan ohjauksen onnistumista. (Daiski 2008.) Ohjausta edistää hoitajan käyttämä motivoiva haastattelu. Onnistunut ohjaus tarvitsee riittävät resurssit. (Kähkönen ym. 2012.) Terveystieteiden henkilökunnan ohjausmenetelmiä koskeva täydennyskoulutus mahdollistaa ammattitaitoisen ohjauksen onnistumisen (Adachi ym. 2013; Kähkönen ym. 2012; Poskiparta ym. 2004; Blek ym. 2007). Ohjausta edistäviä tekijöitä esitetään taulukossa 5.



Taulukko 5: Ohjausta edistäviä tekijöitä

5.3 Motivoivan ohjauksen onnistumista estäviä tekijöitä

Motivoivan ohjauksen onnistumista estäviä tekijöitä ovat potilaiden eri etniset ja kielelliset taustat, suppea ja epätarkka ohjaus sekä ohjaukseen varattu liian lyhyt aika. Nämä ovat ohjaukseen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä, joista muodostui pääluokka. Se pitää sisällään ohjauksen vastaanottavuutta ja toteutusta heikentävät tekijät.

Ohjauksen vastaanottavuutta heikentävät tekijät ovat Thors Adolfssonin ym. (2008) mukaan diabetespotilaiden hoitoon kansallisesti asetetut tavoitteet, jotka eivät kohtaa todellisuuden kanssa. Potilailla ei ole tarvittavia resursseja yltää asetettuihin tavoitteisiin. Daiski (2008), Lawrenson ym. (2010) ja Smith ym. (2007) toteavat, että potilaiden sosio-ekonominen matala status sekä etninen ja kielellinen tausta vaikeuttavat ohjauksen ymmärtämistä ja estävät sen onnistumista. Autoritääriinen ohjausmenetelmä, jossa ohjaus toimii yhdensuuntaisesti ylhäältä alas, koetaan tehottomaksi (Daiski 2008). Akuuttiin sydäninfarktiin sairastuminen on stressaavaa ja potilasta kuormittavaa (Salminen-Tuomaala 2013). Sairaalahoidon aikana sepelvaltimotautipotilaat ja heidän omaisensa saavat liian vähän tietoa ja ohjaus on puutteellista (Blek ym. 2007). Ohjauksesta eniten hyötyvät potilaat on haasteellista saada osallistumaan ohjausryhmiin (Kähkönen ym. 2012).

Ohjauksen toteutumista heikentävä tekijä on, ettei ohjaaja huomio naisten ja miesten erilaisia ohjaustarpeita sairausprosessin eri vaiheissa (Kähkönen ym. 2012; Blek ym. 2007). Suurin osa diabetespotilaiden ohjaukseen erikoistuneista ohjaajista ovat sijoittuneet sairaaloihin ja

yksityisille lääkäriasemille. Avoterveydenhuollossa olevat potilaat saattavat jäädä kokonaan ilman ammattitaitoista diabetesta koskevaa ohjausta. (Adachi ym. 2013.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunnalta edellytetään kykyä tunnistaa yksilölliset erot, kun ohjataan diabetespotilaita liikkumaan. Se, mikä toiselle on tuki, voi toiselle olla este. (Poskiparta ym. 2004.)

Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjaukseen varattu aika on sekä henkilökunnan että potilaiden mielestä riittämätöntä (Kähkönen ym. 2012). Van Wormer ym. (2004) mukaan puhelinohjaus ei sovellu kaikille ohjaajille eikä potilaille, koska se ei ole kasvotusten tapahtuvaa vastavuoroista ohjausta. Sepelvaltimotautipotilaiden ohjausrunkojen sisältöjen tulee olla yhteneväisiä. Ohjausten sisältöjen erilaisuus hämmentää sekä potilaita että ohjaajia. (Blek ym. 2007.) Ohjausta estäviä tekijöitä esitetään taulukossa 6.

<p>Potilaan näkökulmasta</p> <ul style="list-style-type: none"> • eri etninen ja kielellinen tausta, potilas ei osaa vastaanottaa tietoa • pelot, masennus ja uupumus • haluttomuus osallistua ohjausryhmään tai haluttomuus ottaa vastaa ohjausta • epätarkka ohjaus hämmentää potilaita • puuttuu tarvittavat resurssit toteuttaa hoidolle asetetut tavoitteet 	<p>Hoitajan näkökulmasta</p> <ul style="list-style-type: none"> • tieto-taso riittämätöntä • koulutus ja ohjauskokemus eri tasoista • kyvyttömyys tunnistaa eri sukupuolta olevien tarpeet ohjauksessa • avoterveydenhuollossa on liian vähän diabetespotilaiden ohjaukseen erikoistuneita ohjaajia 	<p>Molempien</p> <ul style="list-style-type: none"> • ohjaukseen varattu aika on lyhyt • ohjauksen sisältö suppea • ohjausrunkojen erilaisuus hämmentää ja potilaat saavat eritasoista ohjausta • puuttuu keinot saavuttaa asetetut hoitotavoitteet • puhelinohjaus ei sovellu kaikille
--	--	---

Taulukko 6: Ohjausta estäviä tekijöitä

5.4 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin, millainen merkitys motivoivalla ohjauksella on diabetes- ja sepelvaltimotautipotilaiden ohjaukseen. Tiukkojen sisäänotto- ja poissulkukriteerien kautta tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 12 tutkimusta, jotka koskevat diabetes- ja sepelvaltimotautipotilaiden ohjausta. Tutkimukset jakoutuivat yllättäen tasan kummankin tutkitun sairauden mukaan. Tutkimusten metodologiset lähtökohdat ja lähestymistavat poikkesivat toisistaan. Ne vastasivat kuitenkin tutkimuskysymyksiin ja täyttivät sisäänottokriteerit. Tutkimusten tulokset esitetään sanallisesti tekstissä ja havainnollistetaan taulukkomuodossa liitteenä tutkimuksen lopussa.

Smith ym. (2007) käyttävät tutkimuksessaan termiä motivoiva ohjaus, kun muissa kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa käytetään termiä ohjaus. Motivoiva ohjaus on potilaskeskeinen suora lähestymistapa, jossa potilasta ohjataan tuomitsematta ja tukien. Motivoivan ohjauksen ydintä ovat yksilölliset muutoskeskustelut ja käyttäytymismuutosten vastakohtaisuuksien kartoittaminen, kun samanaikaisesti tutkitaan yksilön käyttäytymisen, arvojen ja henkilökohtaisten tavoitteiden poikkeavuutta.

Tässä tutkimuksessa havaittiin motivoivan ohjauksen (motivational interviewing) olevan suhteellisen tuore termi ja sen esiintyvyys Suomessa on vielä vähäistä. Jo 2007 Smith ym. (2007) totesivat, että motivoivalla ohjauksella lisätään potilaiden mielenkiintoa ja kykyä vaikuttaa omaan elämäntapaansa. Kähkönen ym. (2012) nostivat tutkimuksessaan esille kuinka motivoivan haastattelun avulla edistetään ohjausta. Adachi ym. (2013) tutkimuksessa tuli selkeästi esille, kuinka motivoivan ohjauksen avulla potilas saavuttaa helpommin tavoitteensa. Thors Adolfssoinin ym. (2008) toteaa kuitenkin, että diabetespotilaille kansallisesti asetetut tavoitteet eivät kohtaa todellisuuden kanssa.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa todettiin selkeästi ohjausta edistävät tekijät. Ohjaamista (patient education) on tutkittu paljon sekä kotimaassa että kansainvälisesti ja varsinkin koskien diabetes- ja sepelvaltimotautien riskitekijöitä. Suomessa diagnoosin saaneita sepelvaltimotautipotilaita on tutkittu vähemmän kuin diabetes-diagnoosin saaneita. Tämä selvisi tutkimuksia haettaessa ja on yllättävää ottaen huomioon, että molemmat ovat suomalaisia kansantauteja.

Sydämen sepelvaltimoiden ohitusleikkausjonossa olevien potilaiden ohjaukseen panostaminen lisää heidän motivaatiota elämäntapamuutosten toteuttamiseen. (Kummel ym. 2008) ja McHugh ym. (2001) toteavat saman verraten leikkausjonossa olevia potilaita sepelvaltimotautia sairastaviin potilaisiin. Sepelvaltimotautipotilaiden sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet kehittyneiden hoitotekniikoiden myötä. Tämä asettaa haasteita yksilölliselle potilasohjaukselle (Kähkönen ym. 2013) ja hoitohenkilökunnalle, sillä heidän pitäisi ehtiä ohjata potilasta vielä sairaalassaoloaikana (Salminen-Tuomaala 2013). Ohjauksessa on tärkeää huomioida myös omaiset (Blek ym. 2007; Salminen-Tuomaala 2013).

Perinteisten yksilö- ja ryhmäohjausten rinnalle on nousemassa uusia suurempia potilasryhmiä tavoittavia ohjausmenetelmiä. Terveystieteiden muuttuessa yhä kustannuskeskeisemmäksi ja vaatimustasoltaan tehokkaammaksi sekä teknologian käyttötaitojen kehittyessä tarvitaan uusia innovatiivisia ohjausmenetelmiä. Tällaisia ovat puhelimen ja sähköisten viestimien avulla tapahtuvaa ohjausta ja näiden ohjaustapojen yhdistämistä. (Kähkönen ym. 2012; Van Wormer ym. 2004.)

Sekundääriprevention avulla pyritään sairauksien pahenemisen estämään vähentämällä vaaratekijöiden vaikutusta potilaisiin (Kummel ym. 2008). Diabetes- ja sydänyhdistysten (niin sanottu kolmannen sektorin) toiminta tukee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon antamaa potilasohjausta. Tyyppi 2 diabetespotilaiden kasvava määrä vaatii resursseja kouluttaa diabeteshoitoon erikoistunutta hoitohenkilökuntaa avoterveydenhuoltoon. (Adachi ym. 2013; Lawrenson ym. 2010.)

Motivoivan ohjauksen tulisi perustua yksilön omaan haluun muuttaa elämäntapaansa ja hänen omiin tavoitteisiinsa toteuttaa muutos. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusten perusteella ohjausmenetelmiin, ohjauksen sisältöön ja laatuun sekä ohjauksen resursseihin tulee tulevaisuudessa panostaa enemmän, jolloin on mahdollista parantaa diabetes- ja sepelvaltimotautipotilaiden ohjausta.

6 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka on parantamisen ja hoitamisen sekä niitä tukevien tieteenalojen perusta (Louhiala & Launis 2009, 228). Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on arvioitava ja pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja millä tavalla tutkimuksessa tuotettavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen minimointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Tutkimuskohteen valintaan vaikuttaa, mitä ja millaisia päämääriä tiede ja tutkimus edistävät (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 365). Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tulokset uskottavia vain jos se on tehty hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön mukaan keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, avoimuus ja muiden tutkijoiden tekemien töiden kunnioittaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin tiukkojen sisäänotto- ja poissulkukriteereiden kautta tutkimuksia vuosilta 2000 - 2013.

Tutkimuksen tekijät ovat vastuussa itselleen ja muille tutkimustensa eettisistä ratkaisuista. Eettiset ratkaisut ovat keskeisiä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2011, 361.) Eettisyys koskee tutkimuksen laatua. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on laadukas ja tutkimusasetelma on sopiva. Raportoinnin tulee olla hyvin ja huolellisesti tehty. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 127.) Tutkimuksen tekijällä itsellään on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpittömyydestä (Tuomi 2007, 148). Opinnäytetyöprosessissa

yksi keskeinen osa on eettinen pohdinta (Laurean opinnäytetyöohje 2011). Tutkimusta tehdessämme olemme kuvanneet kaikki vaiheet tutkimuseettisesti ja rehellisesti.

Tutkimusperinteitä on olemassa useita. Luotettavuuskysymyksiin liittyy erilaisia käsityksiä ja luotettavuustarkastelut painottavat eri asioita. (Tuomi 2007, 149.) Tutkimusten arvioinnissa käytetään yleensä käsitteitä reliaabelius (tutkimustulosten toistettavuus) ja validius (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu). Nämä ovat syntyneet kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen piirissä ja vastaavat vain sen tarpeita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka raportointi tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimuksissa kuvataan tarkasti, miten tutkimus on tehty ja miten on päädytty saatuihin tuloksiin. Aineiston analyysissa keskeistä on luokittelujen tekeminen. (Hirsijärvi ym. 2013, 232.) Tähän kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset arvioitiin käyttämällä Joanna Briggs instituutin kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja kokeelliselle ja kuvailevalle tutkimukselle. Tärkeä luotettavuuskysymys aineiston ja tulosten suhteen on analyysin mahdollisimman tarkka kuvaus.

Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985) ovat esittäneet yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnin kriteerejä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Näitä kriteerejä käytetään edelleen kvalitatiivisissa tutkimusraporteissa arviointien perustana. Uskottavuus edellyttää selkeästi kuvattuja tuloksia, joista lukija ymmärtää miten analyysi on tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkimuksen pätevyyttä tarkentaa käyttämällä triangulaatiota, jossa tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita aineistonkerääjinä, tulosten analysoijina ja tulkitsijoina (Hirsijärvi ym. 2013, 233). Työn luotettavuutta lisää tekijöiden englannin kielen hallinta.

7 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta voidaan todeta, että hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa toteuttamaan motivoivaa ohjausta. Jokapäiväisessä työssä hoitajat kohtaavat tilanteita, joissa he auttavat ja ohjaavat potilaita parantamaan elämäntapojaan. Tämän vuoksi motivoivan ohjauksen merkitystä potilaan elämänmuutosprosessissa voitaisiin opettaa jo hoitoalan koulutusvaiheessa, jolloin se olisi luonnollisena osana hoitotyötä.

Olisi mielenkiintoista tutkia, miten puhelinohjauksella ja muilla sähköisillä viestimillä tapahtuvalla ohjauksella voidaan tukea sairauden hallittavuutta pidemmän ajan kuluessa. Samalla voisi kartoittaa näiden ohjausmetodien käyttöä tämän päivän potilasohjauksessa. Toinen

kiinnostava aihe olisi tutkia onko motivoivan ohjauksen terveyttä edistävällä ohjauksella vaikutusta kansanterveyteen. Diabetes tyyppi 2 ja sepelvaltimotauti ovat kansantauteja, joita sairastaa yhä kasvava joukko aikuisia suomalaisia.

Lähteet

- Aalto-Setälä, K. 2011. Kolesteroli ja sydänsairaudet. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2011 Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 229 - 230.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eriksson, K. Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurk, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus - eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto, 88 - 91, 91 - 93, 94 - 95.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto, 3.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, R. 2011. Sepelvaltimotaudin eri asteet. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2011 Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 248 - 249, 250.
- Kraft-Oksala, P. 2010. Terveyttä edistävä elämäntapaohjaus ryhmässä. Itä-Suomen yliopisto.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö 2008:6:(4), 10.
- Laurean opinnäytetyöohje 2011. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto, 2.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nikkanen, P. 2012. Tyypin 2 diabeteksen seulonta ja ehkäisy. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) 2012. Sairaanhoidajan käsikirja. 6. uusittu painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.
- Ojanen, S. 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Onnismaa, J. 2011. Ohjaus- ja neuvontatyö. Helsinki: Hakapaino Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006 Hoitotieteen tutkimusmetodiikka: WSOY Op-pimateriaalit Oy.

Partanen, L. 2008. Vajaatoimintapotilaan nesteiden käytön rajoittaminen ja nestetasapainon tarkkailu painon seurannan avulla. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2011 Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 326.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2010 Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practise. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto, 50.

Reunanen, A. 2008. Kroonisen sepelvaltimotaudin epidemiologia ja vaaratekijät. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. (toim.) 2008. Kardiologia. 2. uusittu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 328, 332 - 334.

Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. 2008. Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur AB.

Roos, J.P. 1988. Elämäntavasta elämäkertaa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. 2012. Porvoo: Bookwell Oy.

Syvänne, M., Tierala, I., Kunnamo, I. & Heikkilä, J. 2008. ST -nousuinfarktin hoito. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. (toim.) 2008. Kardiologia. 2. uusittu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 481

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto, 29 - 31.

Ylitalo, A., Niemelä, K. & Heikkilä, J. 2008. Sepelvaltimoiden pallolaajennustoimenpiteet. Teoksessa Heikkilä, J., Kupari, M., Airaksinen, J., Huikuri, H., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. (toim.) 2008. Kardiologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 374 - 375.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

[Internet-lähteet](#)

Diabetestietoa, tyyppi 1. 2013. Viitattu 13.5.2013.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1

Diabetestietoa, tyyppi 2. 2013. Viitattu 13.5.2013.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2

Evans, L., Probert, H. & Shuldham, C. 2009. Cardiac rehabilitation- Past to Present. Journal of Research in Nursing. Viitattu 30.4.2013.

<http://jrn.sagepub.com/content/14/3/223>

Helander, J. 2011. Kannustava ja motivoiva ohjaus. Viitattu 9.3.2013.

http://www.edu.fi/download/138229_Jaakko_Helander_Pori_241111.pdf

Hoitotyön Tutkimussäätiö 2013. Kriittinen arviointi - Tutkimusten kriittisen arvioinnin kriteeristö. Viitattu 22.3.2014.

<http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>

Joanna Briggs instituutti 2010. Sairaanhoidajavetoiset vastaanotot aikuisten sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden vähentämisessä. Viitattu 20.5.2013.

http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-2.pdf

Joanna Briggs Institute. 2013. SUMARI User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management, Assessment and Review of Information. Viitattu 13.4.2014.

<http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>

KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma.

Viitattu 12.8.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Käypä hoito. 2011. Diabetes. Viitattu 13.5.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Käypähoito. 2014. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Viitattu 1.10.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04058>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.785/1992. Viitattu 9.8.2013.

www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/199920785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.3 Luku, Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleiset velvollisuudet 18§. Viitattu 22.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2013. Cofi-tutkimusryhmä. Pumppu-hanke. Viitattu 3.4.2013.

<http://www.laurea.fi/fi/cofi/hankkeet/Pumppu/Sivut/pumppu.aspx>

Mustajoki, P. 2012. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.5.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011

Salminen, A. 2011 Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 3.4.2013.

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:8. Viitattu 12.4.2013.

<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, KASTE 2012-2015. Viitattu 12.4.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 12.4.2013.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Viitattu 12.6.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Terveys ja työkyky. 2013. Viitattu 9.3.2013.

http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/elintavat_ja_tyokyky/Sivut/selvita_missa_muutoksen_vaiheessa_olet_talla_hetkella.aspx#

Tuohimaa, H., Rajalahti, E. & Meristö, T. 2013. Hyvinvoinnin pitkospuut- Lähtökohdat kansallisen saumattoman hyvinvointipolun kehitystyölle. Väkiraportti, maaliskuu 2012. Viitattu 12.6.2013.

<http://www.laurea.fi/fi/cofi/julkaisut/Documents/Hyvinvoinnin%20pitkospuut.pdf>

Tuhio, M. 2011. Cochrane Library, Opas tiedonhaun tekemiseen. Viitattu 12.8.2013.

http://www.uta.fi/kirjasto/opaat/tietokantojen_kaytto_oppaita/CochraneLibrary_opas.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 7.8.2013.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Analysoidut tutkimukset

Adachi, M., Yamaoka, K., Watanabe, M., Nishikawa, M., Kobayashi, I., Hida, E. & Tango, T. 2013. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: a cluster randomized controlled trial. BMC Public Health 2013,13:467, 1 - 14.

Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystyöskäytymiseen. Tutkiva hoitotyö 2007:5:(4), 9 - 14.

Daiski, I. 2008. An expanded model of diabetes care based in an analysis and critique of current approaches. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing 17. 2008 Blackwell Publishing Ltd, 310 - 317.

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveystyöskäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun Yliopiston julkaisuja. Painosalama oy. Turku 2008.

Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 2012:24:(3), 201 - 215.

Lawrenson, R., Joshy, G., Eerens, Y. & Johnstone, W. 2010. How do newly diagnosed patients with type 2 diabetes in the Waikato get their diabetes education? Journal of primary healthcare 2010:2(4), 303 - 310.

McHugh, F., Lindsay, G.M., Hanlon, P., Hutton, J., Brown, M.R., Morrison, C. & Wheatley, D.J. 2001. Nurse led shared care patients on the waiting list for coronary bypass surgery: a randomized controlled trial. Heart 2001:86, 317 - 323.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikunta- neuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen Lääkärilehti 2004:14(59), 1491 - 1495.

Salminen-Tuomaala, M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina. Akateeminen väitöskirja. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere, 2013.

Smith West, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S.A. & Greene, P.G. 2007. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. Diabetes Care 2007:30, 1081-1087.

Thors Adolfsson, E., Smide, B., Rosenblad, A. & Wikblad, K. 2009. Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets? *Scandinavian journal of Primary Health care*, 2009:27, 91-96.

Van Wormer, M.S., Boucher, J.L., Pronk, N.P. & Thoennes, J.J. 2004. Lifestyle behavior change and coronary artery disease: Effectiveness of a telephone-based counseling program. *Journal of Nutrition Education & Behaviour*. 2004:36, 333 - 334.

Kuviot

Kuvio 1: Sepelvaltimotaudin tärkeimmät vaaratekijät (mukaiillen Reunanen 2008, 332)...13

Taulukot

Taulukko 1: Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä (mukaillen Hirsijärvi ym. 2013, 164).....	17
Taulukko 2: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	18
Taulukko 3: Tutkimusten haku.....	20
Taulukko 4: Esimerkki pelkistämisestä induktiivisen aineiston analyysissä.....	22
Taulukko 5: Ohjausta edistäviä tekijöitä.....	25
Taulukko 6: Ohjausta estäviä tekijöitä.....	26

Liitteet

Liite 1. Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kokeelliselle tutkimukselle

21.5.2013
OHJE**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kokeelliselle tutkimukselle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kokeellisen tutkimuksen arviointi toteutetaan SUMARin Mastari-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs instituutin (JBI) julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s.154-156), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

Kirjoittaja _____ Vuosi _____ Nro _____
Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Oliko osallistujien ryhmiin jakaminen todella satunnaistettu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oliko osallistajat sokkoutettu ryhmiin jaettaessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko tutkimusryhmiin jakautuminen salattu jaosta vastaavalta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oliko tutkittavien ryhmiin jako salattu tuloksia arvioivalta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Olivatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hoidettiin ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa menetelmää?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa ryhmissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Liite 2. Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kuvailevalle tutkimukselle/ tapaussarjalle

21.5.2013
OHJE**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kuvailevalle tutkimukselle/ tapaussarjalle**

Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arviointikriteerit määrittyvät käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti. Järjestelmällisen katsauksen teossa edellytetään kahden tutkijan itsenäisesti tekemää arviointia.

JBI-katsausta laadittaessa kuvailevien tutkimusten ja tapaussarjojen arviointi toteutetaan SUMARin MASTARI-moduulissa alla olevien kriteereiden mukaisesti. Arviointikriteerien yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu Joanna Briggs Instituutin julkaisemassa katsauksen tekijöiden käsikirjassa (s. 157-158), johon katsausten tekijöiden on syytä tutustua arviointia tehdessään. Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

Kirjoittaja _____ Vuosi _____ Nro _____
Arvioija _____ Päiväys _____

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Perustuiko tutkimus satunnaistettuun tai näennäisesti satunnaistettuun otantaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Olivatko otoksen hyväksymiskriteerit määritetty selkeästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arviointiin tulokset käyttäen objektiivisia kriteerejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jos ryhmiä vertailtiin keskenään, oliko niiden kuvaus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oliko seurantajakso riittävän pitkä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lähde: Joanna Briggs Institute. 2011. Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://www.joannabriggs.org/SUMARI>

Liite 3. Kvantitatiiviset tutkimukset taulukossa

Kirjoittaja, maa, vuosi	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä/ Tutkimus asetelma	Tiedon keruu/ Käytetyt mittarit	Keskeiset tulokset
Kummel, M., 2008, Suomi	Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauksipotilaiden terveyteen ja toimintakykyyn	Kuvata ja arvioida ohjauksen ja neuvonnan vaikutusta sepelvaltimoiden ohitusleikkauksipotilaiden keskuudessa.	Kaiken ikäiset potilaat, joille suoritettiin ensimmäinen sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen aikavälillä 7.5.1998-31.12.2001 uudenmaan alueella.	Interventio-tutkimus. Terveyskäyttämiseen, terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tiedot kerättiin strukturoidulla lomakkeilla. Depressiivisiä oireita mitattiin Zungin lomakkeella ja hermostuneisuutta, masentuneisuutta mitattiin VAS-asteikolla. (n=365)	Uudenmaan Sydänpiiri ry:n ja HYKS:n sydänkirurgisen yksikön yhteistyönä toteutettu sepelvaltimoiden ohitusleikkauksipotilaille suunnattu ohjaus ja neuvonta onnistui avotyypisellä ohjelmalla. Interventio keskeisiä sisältöalueita olivat ohitusleikkaukseen valmistautuminen, uudet elämäntavat, sepelvaltimotautien vaaratekijät, pelot, mielialan vaihtelut, masennus, parisuhde, seksi ja sosiaaliset kysymykset. Siihen sisältyi myös fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän ja maaillikotukihenkilön vierailut. Suurin osa tilaisuuksista järjestettiin pienryhmittäisyyksinä ja tarvittaessa annettiin yksilöllistä ohjausta. Vain 18% kävi yksilöllisessä ohjauksessa.
Lawrenson, R., Joshy, G., Eerens, Y., Johnstone, W., 2010, Uusi Seelanti	How do newly diagnosed patients with type 2 diabetes in the Waikato get their diabetes education?	Selvittää minkälaista ohjausta juuri 2 tyypin diabetesdiagnoosin saaneet potilaat saavat; mitä ohjausta he ovat saaneet ja mitä mieltä he ovat ryhmäohjauksesta. Ohjauksen vastaanotettavuutta verrattiin Maorien ja ei-Maorien kesken.	Potilaat oli valittu rekisteristä, josta selviää ikä, sukupuoli, etninen tausta, diabetes tyyppi ja diagnoosin ajankohta. Valituilla potilailla oli diagnosoitu 2 tyypin diabetes 12 kuukauden sisällä (vuosi 2007) ja ikä 20-89 vuotta.	Poikittaistutkimus, jossa potilaille lähetettiin nelisivuinen kyselylomake. Vastauksia jättäneiden seuranta suoritettiin puhelimitse. (n=333)	Waikato-alueen kaikki diabeetikot saavat ohjausta ja neuvontaa terveysasemalla joko lääkäriltä tai sairaanhoitajalta. 93% potilaista oli saanut jotain ohjausta diagnoosin saannin yhteydessä, mutta potilaiden tiedon omaksuminen oli huomattavasti vähäisempää Maorien keskuudessa kuin muiden ryhmien (vastaaajista 59% oli Uuden Seelannin eurooppalaisia, 39% Maoreja ja 36% aasialaisia/intialaisia).
Thors Adalfsson, E., Smide, B., Rosenblad, A., Wikblad, K., 2009, Ruotsi	Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets?	Kuvata miten potilasohjausta järjestetään Ruotsin perusterveydenhuollossa ja arvioida onko potilasohjauksella ja yksilöllisellä tavoitteasettelulla mahdollisuutta saavuttaa diabeetikkeille asetetut kansalliset hoitotavoitteet.	Vuonna 2006 terveyskeskusten tiedot (n=485) ja kansalliseen diabeetrekisteriin rekisteröidyt potilaat (n=91 637).	Kansallinen katsaus	Ohjauksista 50%:ssa oli käytössä checklista ja 8%:ssa yksilöllinen potilaan tarpeisiin perustuva ohjaus. 105:ssä terveyskeskuksessa käytettiin ryhmäohjausta. Mikään näistä ei edistänyt diabeetikkeiden mahdollisuuksia saavuttaa asetettuja kansallisia tavoitteita.

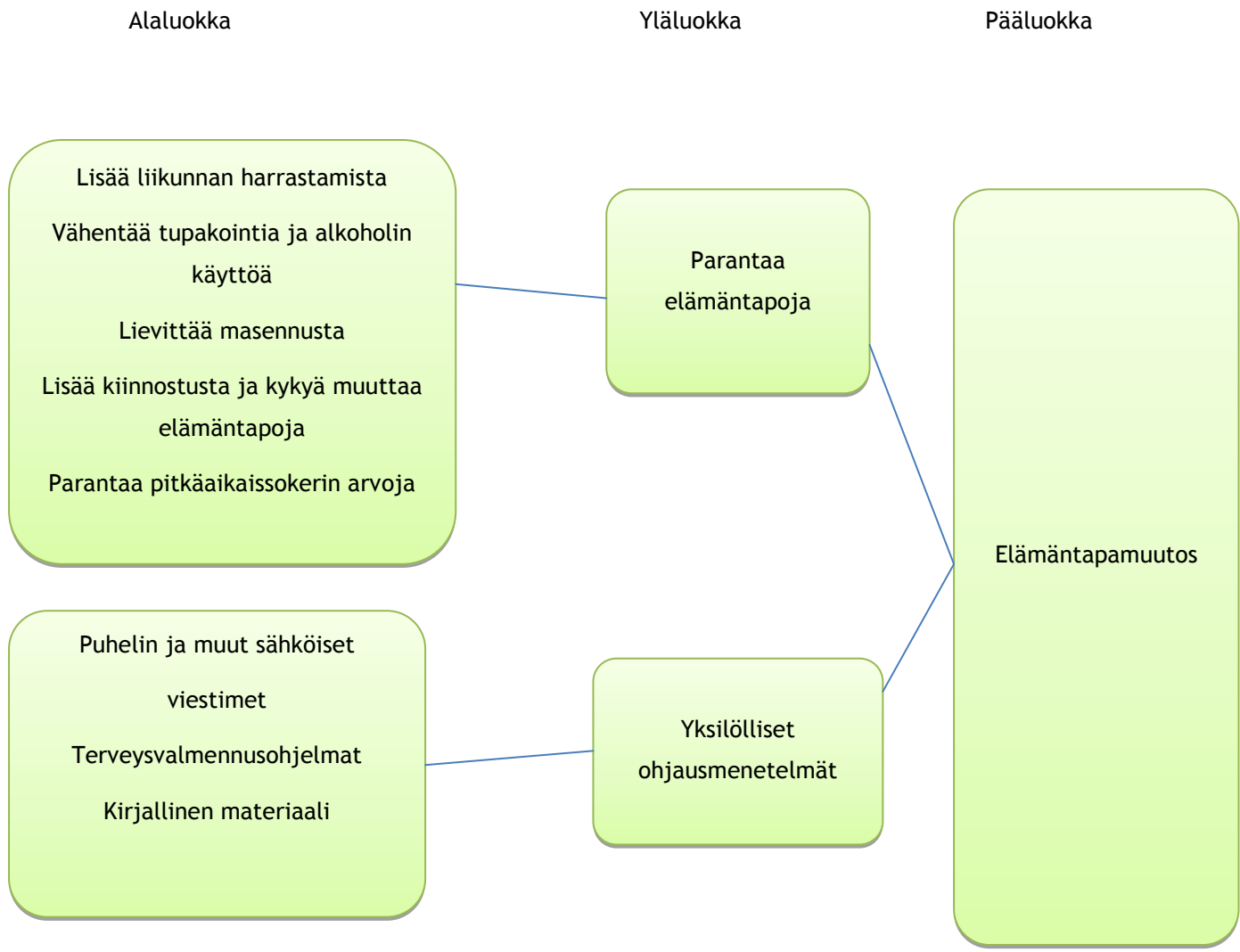
Liite 4. Kvalitatiiviset tutkimukset taulukossa

<p>Kirjoittaja, Maa, Vuosi</p> <p>Adachi, M., Yamaoka, K., Watanabe, M., Nishikawa, M., Kobayashi, J., Hida, E., Tango, T. 2013, Japani</p>	<p>Tutkimus</p> <p>Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: a cluster randomized controlled trial</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus</p> <p>Tarkasteilla ravintoterapeuttien antamaa yksilöllistä elämäntapaohjausta perusterveydenhuollossa (SILE- ohjelma), ja arvioida ohjauksen tehokkuutta tyypin 2 diabeetikon pitkäaikaisen verensokerin alentamisessa.</p>	<p>Kohderyhmä/ Tutkimus asetelma</p> <p>Perusterveydenhuollon yleislääkäriin hoidossa olevia naisia ja miehiä, ikä 20-79 vuoden välistä, joilla on 2 tyypin diabetes ja joiden pitkäaikaisen sokerin konsentraatioarvo oli 6,5% (NGSP) tai yli. Vertailu suoritettiin syyskuu 2007 ja kesäkuu 2011 välillä. (n=154)</p>	<p>Tiedon keruu/ Käytetyt mittarit</p> <p>Satunnaisesti kontrolloitu tutkimus</p>	<p>Keskeiset tulokset</p> <p>SILE-ohjelma sisälsi 4 tapaamista rekisteröidyn ravintoterapeutin kanssa 6 kuukauden sisällä (n=100). Tuloksia vertailtiin kontrolliryhmään, jotka saivat vain tavallisen hoidon ja ohjauksen. Vertailuryhmässä oli huomattavasti pienempi energiansaanti päivälliseltä kuin kontrolliryhmän potilailta ja suurempi kasvistien syönti koko päivän aikana. Vertailuryhmän potilailta parani pitkän sokerin arvot huomattavasti tavallista diabeteshoitoa ja ohjausta saaneisiin potilaisiin verrattuna.</p>
<p>Kirjoittaja, Maa, Vuosi</p> <p>Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L., Herikkilä, J. 2007 Suomi</p>	<p>Tutkimus</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäyty miseen</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus</p> <p>Tutkia, millaista tietoa sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ja heidän omaisensa saavat sairaalahoidon aikana sepelvaltimotaudista ja riskitekijöistä.</p>	<p>Kohderyhmä/ Tutkimus asetelma</p> <p>Sepelvaltimotautiin sairastuneet potilaat ja heidän omaisensa. Alueella toimi sydänpiirin järjestämiä sepelvaltimotautiin sairastuneiden ensitiedonkursseja. Jonne potilaat tulivat osittain sairaalan kutsumana, osin oma-aloitteisesti.</p>	<p>Tiedon keruu/ Käytetyt mittarit</p> <p>Suoritettiin strukturoidulla kyselylomakkeella ensitiedonkurssille osallistuneille potilaille (n=385) ja omaisille (n=140) syyskuu 2002 ja kevään 2003 välisenä aikana.</p>	<p>Keskeiset tulokset</p> <p>Potilaiden kokemukset ohjauksen saannista jakautuivat seuraavasti: 45% oli saanut tietoa riittävästi, 52% liian vähän, 3% ei lainkaan. Miespotilaat (50%) kokivat useimmiten saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan, naisista (48%) kokivat saaneensa tietoa liian vähän. 37% läheisistä kokivat saaneensa riittävästi tietoa. Useimmat potilaat olivat saaneet tietoa sydäimestä, sen toiminnasta ja nitrojen käytöstä. Noin 33% potilaista kokivat etteivät olleet saaneet tietoa lääkkeistä, riskitekijöistä tai ruokavaliosta. Läheiset olivat saaneet tietoa ruokavaliosta, infarktista ja riskitekijöistä.</p>
<p>Kirjoittaja, Maa, Vuosi</p> <p>Daiski, J. 2008, Kanada</p>	<p>Tutkimus</p> <p>An expanded model of diabetes care base in an analysis and critique of current approaches</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus</p> <p>Tutkia ja tarkastella erilaisia diabeteksen hoito- ja opetusmalleja ja kehittää hyödyllisempiä ja tehokkaampia lähestymistapoja diabeteksen hoitoon.</p>	<p>Kohderyhmä/ Tutkimus asetelma</p> <p>Kritisoiva kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tiedon keruu/ Käytetyt mittarit</p> <p>Aineisto oli haettu Cinahl-tietokannasta aiheeseen liittyvillä hakusanoilla. Haku oli rajattu vuosin 1984-2007, joista suurin osa 1990-luvun lopulta ja 2000-luvulta.</p>	<p>Keskeiset tulokset</p> <p>Kirjallisuudesta selvisi, että perinteinen ylhäältä alas lähestyminen hoitoon oli suurelta osin tehotonta kun taas kollektiivinen lähestyminen perustuen kunnioitukseen, ihmisen kokonaisuutena näkemiseen ja henkilökohtaisen tilanteen huomioimiseen, todettiin olevan keskeisiä hyviä hoidossa.</p>

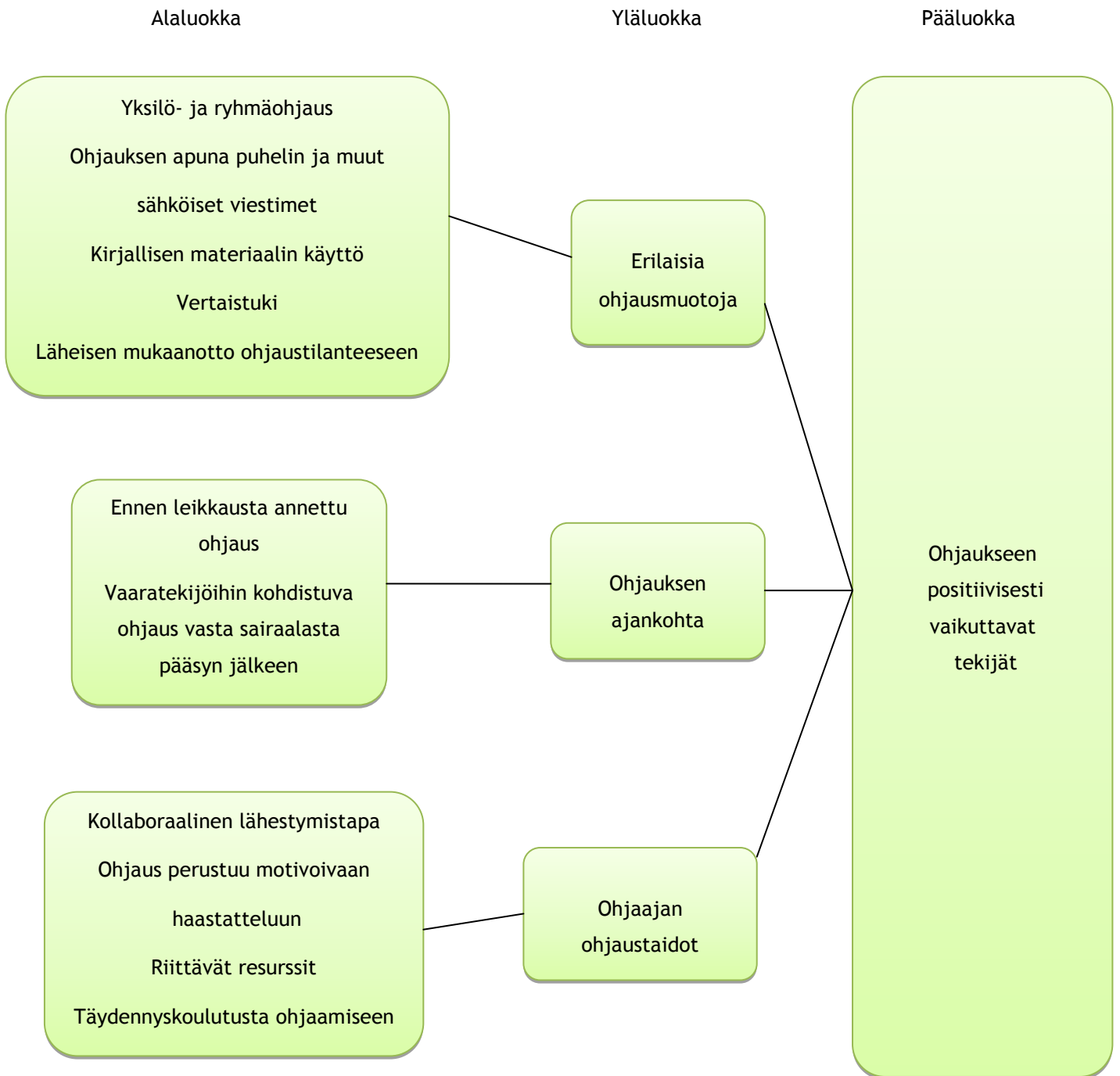
Kähkönen, O., Kankkunen, P., Saaranen, T. 2012, Suomi	Sepevaltimotautia sairastavien potilaiden ohjaus	Tuottaa tietoa, jonka avulla sepevaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausta voidaan kehittää vastaamaan nykypäivän tarpeita.	Tutkimukset, jotka tarkastelevat empiirisesti sepevaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausta.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus (n =39) Aineisto oli haettu Cinahl-, Cochrane- Medic- ja PubMed-tietokannoista syyskuussa 2011. Haku rajattu vuosiin 2004-2011.	Potilasohjausmenetelminä käytettiin yksilö-, ryhmä- ja sähköisten viestimien avulla käytyä ohjausta tai niiden yhdistelmää. Hoitajan pitämien ohjausryhmien vaikuttavuudesta oli saatu positiivisia tuloksia keskeisten vaaratekijöiden hallinnassa. Puhelimen ja sähköisten viestimien välityksellä tapahtunut ohjaus oli yksilöllisen tiedon ja tuen antamista ja näin perinteisiä ohjausmenetelmiä henkilökohtaisempaa. Potilas- ohjauksen toteutus oli tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista ja riittämätöntä sairaalahoitoiden päätyttyä
McHugh, F., Lindsay, G.M., Hanson, P., Brown, M.R., Morrison, C., Wheatley, D. J. 2001, Englanti	Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial	Anvioida sairaanhoitajan ohjaamaa hoito-ohjelmaa sepevaltimotautiin riskitekijöiden tason parantamisesta ja yleisestä hyvinvoinnista sekä vähentää huolta ja depressiota sydämen sepevaltimotautien hoitamisesta potilailta.	Potilaita, jotka on laitettu sydämen sepevaltimotautien ohtusleikkauksen jonoon kuukauden sisällä. (n=98, joista 75 miehiä)	Satunnaisesti kontrolloitu tutkimus.	Sydämen sepevaltimotautien ohtusleikkaukseen jonottavat potilaat ovat motivoituneempia tekemään elämäntapa-muutoksia kuin muut sepevaltimotautia sairas-tavat potilaat. Ohjausta saaneiden potilaiden käsitys riski-tekijöistä, huolen ja masennuksen aiheista ja omasta terveydentilasta parani.
Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T., Kiuru, P. 2004, Suomi	Tyyppin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta.	Selvittää tyyppin 2 diabeteseuvoonmassa toteutuvaa liikuntaneuvontaa perusterveydenhuollon hoitajien (diabeteshoitajien/sairaanhoitajien) ja lääkäreiden vastaanotolla.	Potilaita, joilla oli vasta todettu tyyppin 2 diabetes tai veren kohonneesta glukoosipitoisuudesta johtuva lääkäriin arvioima neuvoonnan tarve.	Tutkimus suoritettiin jakamalla koehenkilöt kahteen yhtä suureen ryhmään: interventoryhmään ja kontrolliryhmään. Tutkimus suoritettiin 01/1997-03/1998.	Liikunnan ohjauksen määrä oli vähäistä verrattuna suhteessa neuvontakäyntien kestoan. Ohjauksessa keskusteltiin liikunnan määrästä mutta liikuntaa rajoittavia tekijöitä ei käsitelty
Smith West, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S.A., Greene, P.G. 2007, Yhdysvallat	Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes	Halutaan selvittää saadaanko motivoivalta ohjauksella lisäyttä painonpudotusta ja hyvän sokeritasapainon ylläpittoa ryhmälähdutusohjelmaan osallistuville ylipainoisille naisille, joilla on tyyppin 2 diabetes.	Ylipainoisia naisia, joilla on todettu 2 tyyppin diabetes, jotka pystyvät harrastamaan kävelyliikuntaa. (n=217, joista 38% Afroamerikkalaisia)	Satunnaisesti kontrolloitu tutkimus. Kaikki tutkimukseen valitut naiset osallistuivat 18 kuukautea kestävään ryhmään, jossa käsiteltiin lihavuuden hoitoa. He osallistuivat myös 5 kertaa yksilölliseen motivoivaan ohjaukseen. Vuosina 2000-2002.	Paino ja HbA1C mitattiin 0,6,12 ja 18 kuukauden kohdalla. Motivoivaa ohjausta saaneet naiset pudottivat huomattavasti enemmän painoa 6 ja 18 kuukauden kontrollissa. Afroamerikkalaiset naiset hyöttyivät vähemmän motivoivasta ohjauksesta ja pudottivat vähemmän painoa kuin valkoihoiset naiset. HbA1C -arvot oli laskeneet huomattavasti enemmän 6 kuukauden kontrollissa kuin 18 kuukauden kontrollissa.

Salminen-Tuomaala, M. 2013, Suomi	Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytymisen prosessina	Kuvata miten sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa psykososiaalista selviytymistä sydäninfarktiin akuutissa vaiheessa, potilaan ollessa sairaalassa sekä neljän ja kahdeksan kuukauden kuluttua sydäninfarktista voidaan hyödyntää ohjauksen kehittämisessä ja hoitotyön ammatillisessa koulutuksessa.	Teemahaastattelussa haastateltiin erikseen puolisoa ja potilasta sairaalavaiheessa sekä neljän ja kahdeksan kuukauden kuluttua sydäninfarktista. Aineisto kerättiin välillä 5/05-12/07. (n=28)	Toteutettiin Grounded theory-menetelmällä. Tutkimusasetelmana oli pitkätaikutkimus.	Sydäninfarkti potilas tarvitsee enemmän tukea ja ohjausta sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä 4 kuukauden kuluttua sydän-infarktista. Tuolloin on tärkeää erityisesti huomioida masennusoireita ja sairauden kieltämistä sekä tukea potilasta löytämään omia voimavarojaan. Puolison osallistuminen ohjaustilanteeseen edistää yhteistä selviytymis-prosessia sekä akuutissa tilanteessa että myös sairauden pitkittyessä.
VanWormer, J.J., Boucher, J.L., Pronk, N.P., Thoennes, J.J. 2004, Yhdysvallat	Lifestyle behavior change and coronary artery disease: effectiveness of a telephone-based counseling program	Arvioida "Eiä hyvin sydäntaudin kanssa"-puhelinohjauksen tehokkuutta.	Organisaatio, johon kuuluu sepelvaltimotautia sairastavia potilaita. (n=22)	Interventio-tutkimus Sepelvaltimotautia sairastavat potilaat saivat oppaan ja 7 pakollista ja 5 vapaaehtoista tapaamista asiantuntijaryhmän kanssa koskien ravintoa, liikuntaa, sairauden riskitekijöitä ja motivaation ylläpitoa.	Puhelinneuvonta on osoittautunut hyväksi varsinkin niille potilaille, jotka asuvat kaupunkien keskustojen ulkopuolella ja jotka kuuluvat alempaan sosiaaliluokkaan. Puhelinneuvonta tulee varmaan tulevaisuudessa lisääntymään, mutta se ei sovi kaikille.

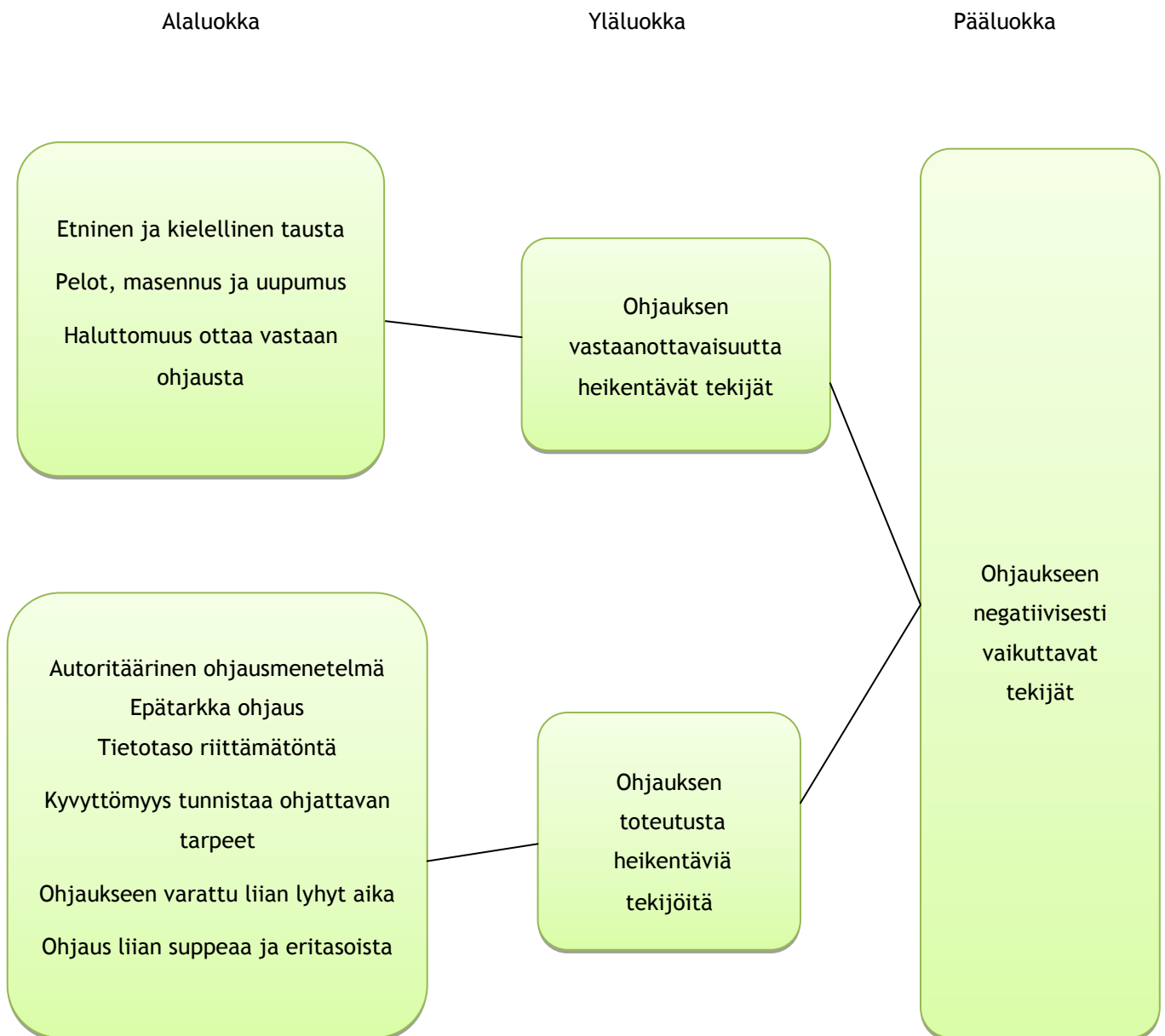
Liite 5. Induktiivinen analyysi motivoivan ohjauksen merkityksestä



Liite 6a. Induktiivinen analyysi ohjausta edistävästä tekijöistä



Liite 6b. Induktiivinen analyysi ohjausta estävistä tekijöistä



Liite 7. Tutkimusten keskeinen sisältö tutkimuskysymyksiin vastaten

Tutkimus/Artikkeli	1. Millainen merkitys motivoivalla ohjauksella on sepelvaltimotauti- ja diabetespotilaille?	2. Mitkä tekijät edistävät tai estävät motivoivan ohjauksen onnistumista?
1. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: a cluster randomized controlled trial	Vertailuryhmän potilailla parani pitkäaikaissokerin arvot huomattavasti tavalista diabeteshoitoa ja ohjausta saaneisiin potilaisiin verrattuna.	Henkilökohtainen, lyhyen aikavälin sisällä tapahtuva ohjaus edistää diabetespotilaiden ruokavalio-ohjeiden omaksumista.
2. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen		Ohjaus sairaalassa painottuu sairauden fysiologiseen sekä lääketieteelliseen hoitoon ja tutkimustulosten mukaan sepelvaltimotautia sairastavat potilaat sekä heidän omaisensa kokivat tiedonsaannin ja ohjauksen olevan edelleen liian vähäistä ja epätaisaista.
3. An expanded model of diabetes care base in an analysis and critique of current approaches		Tehokasta diabeteshoitoa on vaikea saavuttaa yksisuuntaisella ohjauksella ylhäältä alas, erityisesti vähätuloisten ja alemman sosiaaliluokan potilaiden keskuudessa.
4. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus	Kotiutusvaiheessa tapahtuva tehostettu ohjaus sekä puhelimella ja sähköisillä viestittämällä annettu ohjaus kotiutumisen jälkeen koettiin yksilölliseksi ja tukea antavaksi. Näin saavutettiin hyviä tuloksia.	Ohjaus oli tiedollisesti ja laadullisesti puutteellista ja sairaalahoidon päätyttyä riittämätöntä.
5. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn	Ohjaus ja neuvonta vaikuttivat myönteisesti ei-kiirreellisessä leikkausjonossa olleiden miesten alkoholinkäyttöön ja naisten lisääntyneeseen liikunnan harrastamiseen ja toimintakykyyn.	
6. How do newly diagnosed patients with type 2 diabetes in the Waikato get their diabetes education?		Potilaat, jotka kuuluvat alempaan sosiaaliluokkaan, jossa on huonommat yhteiskunnalliset edut (tässä tapauksessa Maorit sekä aasialaiset/ intialaiset) ovat vähemmän vastaanottavaisempia ohjaukselle ja elämäntapojensa muuttamiselle. Heillä on myös suurempi riski saada diabeteskomplikaatioita.
7. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial	Ohjauksen antama tuki vähensi tupakointia ja masentuneisuutta, lisäsi liikunnan harrastamista ja madalsi veren-	Henkilökohtainen ohjaus-ohjelma edisti potilaiden yleistä terveydentilaa ja vähensi huolta ja masennusta.

	painearvoja sydämen sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen jonottavilta potilailta.	
8. Tyypin2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta.		Ohjaajan on osattava antaa selkeää ja ymmärrettävää ohjausta niin että potilas omaksuu liikunnan merkityksen diabeteksen kokonaishoidossa. Terveystieteiden henkilöt käyttivät liian vähän aikaa potilaiden liikuntaneuvontaan.
9. Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes	Motivoiva ohjauksen lisääminen laihdutus ohjelmaan ylipainoisille tyypin2 diabetes naisille parantaa pitkäajan sisällä tapahtuvaa painon pudotusta ja pitkäaikaiskerin arvoja.	
10. Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets?		Ohjaus oli riittämätöntä eikä asetettuja tavoitteita saavutettu.
11. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina		Potilaan sairauden aiheuttama ahdistuneisuus, masentuneisuus vaikeuttaa tunteiden ja pelkojen esilletuomista.
12. Lifestyle behavior change and coronary artery disease: effectiveness of a telephone-based counseling program	Vaikeasti tavoiteltavissa olevat potilaat saavat tukea elämäntapamuutoksiinsa puhelimitse tapahtuvalla motivoivalla ohjauksella.	Ilman jatkuvaa tukea sepelvaltimotautipotilaiden on vaikea toteuttaa pysyvää elämäntapamuutosta.