

PITKÄAIKAISSAIRAUDEN OMAHOIDON
RYHMÄMUOTOINEN TUKEMINEN
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Merja Mäki-Haavisto
Opinnäytetyö, kevät 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön
suuntautumisvaihtoehto
Terveystyöntekijä (AMK)

TIIVISTELMÄ

Mäki-Haavisto, Merja. Pitkäaikaissairauden omahoidon ryhmämuotoinen tukeminen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Helsinki, kevät 2016, 38 s., 2 liitettä. Diakoniammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia tuloksia oli saatu aikaan pitkäaikaissairauden omahoidon ryhmämuotoisella tukemisella. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksista saisi informaatiota päätöksenteon tueksi omahoitoryhmiä suunniteltaessa.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, minkälaisia tuloksia ryhmämuotoisella tukemisella on saatu aikaan aikuisten pitkäaikaissairaiden parissa. Aineistoa haettiin Medic-, CINAHL with Full Text- ja ProQuest Hospital Collection-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin sanoja 'krooninen sairaus', 'ryhm*' ja 'ohjaus' sekä vastaavia englanninkielisiä termejä erilaisina yhdistelminä. Aineistohaku rajattiin vuosiin 2009–2015, suomen- tai englanninkielisiin alkuperäisartikkeleihin. Haun perusteella aineistoksi valittiin 10 tutkimusartikkelia, joista 9 oli englanninkielisiä ja yksi suomenkielinen. Tutkimusten kohderyhmänä olivat tyyppin 2 diabeetikot, reumasairaat, COPD-potilaat, MS-potilaat, SLE-potilaat, Parkinsonin tautia sairastavat, krooniset kipupotilaat ja kroonista suolistosairautta sairastavat. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Laajemmiksi teemoiksi aineiston tuloksista muodostuivat muutokset fyysisessä terveydentilassa, muutokset käyttäytymisessä, psykologiset vaikutukset, kokemukset sosiaalisesta tuesta ja vaikutukset terveyspalvelujen käyttöön.

Tuloksista ilmeni, että ryhmämuotoisella omahoidon tukemisella saatiin aikaan myönteisiä tuloksia osallistujien fyysisessä ja psyykkisessä hyvinvoinnissa. Osallistujien fyysisessä terveydentilassa havaittiin lievää paranemista. Osallistujien fyysinen aktiivisuus ja omahoitotottumukset paranivat, myös elintavoissa tapahtui muutoksia. Isompina psyykkisinä muutoksina raportoitiin hallinnantunteen ja minäpystyvyyden paranemisen. Kokonaisuudessaan muutokset olivat kuitenkin melko vähäisiä, eikä niiden pysyvyydestä saatu näyttöä. Katsauksen mukaan useimmat kuitenkin kokivat ryhmäohjelmaan osallistumisen hyödyllisenä, tärkeänä koettiin varsinkin ryhmässä vertaisilta saatu sosiaalinen tuki.

Asiasanat: pitkäaikaissairaudet, omahoito, ryhmäohjaus

ABSTRACT

Mäki-Haavisto, Merja. Outcomes of group based chronic disease self-management programmes. A descriptive literature review. 38 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse

The objective of this thesis was to describe the outcomes of group based self-management interventions for patients with chronic diseases. The aim of this thesis was to gather information that the health care professionals could use in the planning of future group interventions.

The aim of this descriptive review was to describe the outcomes of group based self-management support on adult patients with chronic diseases. The research method used was a descriptive literature review. The data was collected from the electronic databases Medic, CHINAL with Full Text and Pro Quest Hospital Collection. The used search words were: 'chronic disease', 'self-management', 'group based', 'intervention', 'education', 'support' and 'programme' in different combinations. 10 studies were included in the review. The chosen studies were published between the years 2009-2015 in English or in Finnish. The data was analysed and synthesized in relation to the research question.

The results showed that there are many positive outcomes to be achieved by the group based self-management support of chronic diseases. Minor improvements in physical health were reported. There were also improvements in patients' knowledge, physical activity and self-care behaviour. Lifestyle changes were also made. The most significant outcomes were psychological: patients' coping skills, symptom management and self-efficacy were improved. Experience of social support in the group settings was beneficial to the participants. The positive changes and improvements were however found usually soon after the support programmes and tended to diminish over the time. Hence there was not proof of long-term benefits.

Keywords: chronic disease, self-management, group-based programmes

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PITKÄAIKAISSAIRAUDET JA NIIDEN HOITO	6
2.1 Pitkäaikaissairaudet	6
2.2 Omahoito.....	6
2.3 Pitkäaikaissairauden hoitoon sitoutuminen.....	7
3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	10
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	11
4.1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	11
4.2 Kirjallisuuskatsauksen aineisto.....	12
4.3 Aineiston analyysi – tutkittavan ilmiön kuvailun rakentaminen	16
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	18
5.1 Muutokset terveydentilassa.....	18
5.2 Muutokset käyttäytymisessä.....	18
5.2.1 Omahoitotavat	18
5.2.2 Terveystottumukset.....	19
5.3 Psykologiset vaikutukset	20
5.3.1 Elämänhallinta	20
5.3.2 Tiedon saanti	22
5.4 Kokemukset sosiaalisesta tuesta	22
5.5 Vaikutukset terveystalvelujen käyttöön.....	23
6 POHDINTA	24
6.1 Tulosten tarkastelu	24
6.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys	26
6.3 Ammatillinen kasvu	27
LÄHTEET	29
LIITE 1: Valitut tutkimusartikkelit.....	33
LIITE 2: Aineiston luokittelua	37

1 JOHDANTO

Hyvinvoinnin lisääntyä maailmassa, monia sairauksia on pystytty vähentämään esimerkiksi rokotuksin ja parantuneiden hoitomenetelmien avulla. Saman aikaisesti on kuitenkin lisääntynyt pitkäaikaissairauksien määrä; parantuneen elintason ja pidentyneen eliniän myötä ovat lisääntyneet sellaiset elintapoihin liittyvät sairaudet kuten tyypin 2 diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, astma, tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Myös monet taudit, jotka ennen olivat fataaleja, ovat nykyisin hallittavissa, mutta vaativat jatkuvaa, pitkäaikaista seuranta ja hoitoa. (Nolte & McKee 2008,1.)

Pitkäaikaissairauksilla on vaikutuksia ihmisten työkykyyn ja lisäksi niiden hoito vaatii paljon terveystaloutta. Näin ollen ne rasittavat myös kansantaloutta. (Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Kiristyvässä taloustilanteessa terveydenhuollonkin on tehostettava toimintaansa ja käytettävä pienenevät resurssinsa tarkoituksenmukaisesti. Onkin kehitetty uudenlaisia keinoja saada ihmiset ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. Omahoidon tukemiseksi terveystaloutta tuottajilla on aika laajasti käytössä erilaisia sähköisiä itsehoitovustoja ja omahoito-ohjeita. (Sitra 2015.) Toisinaan omahoitoon tarvitaan kuitenkin kiinteämpää tukemista ja ohjausta, jota voidaan antaa myös ryhmämuotoisesti.

Kiinnostukseni opinnäytetyön aiheeseen heräsi lukiessani Helsinki-info-lehdestä artikkelia, joka käsitteli Arkeen Voimaa -ryhmätoimintaa. Ryhmä oli tarkoitettu mitä tahansa pitkäaikaissairautta sairastaville, jotka tarvitsivat tukea sairauden oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen (Helsingin kaupunki 2013). Sittemmin myös terveysasemaharjoittelun aikana sain todeta, että uusia pitkäaikaissairaita pyritään ohjaamaan ryhmäohjauksen piiriin, jotta terveydenhoitajan vastaanottoresurssit riittäisivät paremmin. Tässä opinnäytetyössä kartoitan tietoa siitä, millaisia vaikutuksia pitkäaikaissairaiden pienryhmätoiminnalla on ollut osallistujille. Terveystalouden ammattilaiset voivat hyödyntää tietoja asettaessaan tavoitteita omahoitoryhmien toiminnalle ja motivoidessaan osallistujia ryhmätoimintaan.

2 PITKÄAIKAISSAIRAUDET JA NIIDEN HOITO

2.1 Pitkäaikaissairaudet

Maailman terveysjärjestön eli WHO:n (WHO 2015) määritelmän mukaan pitkäaikaissairaudet ovat pitkäkestoisia ja vähitellen eteneviä tiloja ja sairauksia, jotka vaativat jatkuvaa seurantaa ja hoitoa vuosien tai vuosikymmenten ajan. Neljä kroonisten sairauksien päätyyppiä on WHO:n mukaan sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, krooniset keuhkosairaudet ja diabetes, jotka kattavat yli 63 prosenttia kuolinsyistä. Tavanomaisten kansansairauksien lisäksi määritelmä kattaa myös HIV/AIDSin, joka kehittyneiden hoitojen myötä katsotaan nykyään krooniseksi, pysyvää lääkitystä ja säännöllistä seurantaa vaativaksi infektioksi. Pitkäaikaissairauksiksi voidaan määritellä myös tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat sekä mielen-terveysongelmista esimerkiksi masennus ja skitsofrenia. (Nolte & McKee 2008, 1.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) mukaan Suomessa krooniseksi eli pitkäaikaissairauksiksi lasketaan WHO:n määrittelemien lisäksi astma ja allergia sekä muistisairaudet.

Pitkäaikaissairauden hoidon kokonaistavoitteena on hyvä hoitotasapaino, jolloin potilaalla on mahdollisuus elää mahdollisimman hyvää elämää sairaudestaan huolimatta. Potilaan omalla aktiivisuudella on keskeinen merkitys sairautensa hoidossa. Hoidon tavoitteena on sairauden oireiden vähentäminen, potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. (Nolte & McKee 2008, 4.)

2.2 Omahoito

Käsitteitä omahoito ja itsehoito käytetään toisinaan toistensa synonyymeinä, vaikka kummallakin käsitteellä on oma määritelmänsä. Itsehoito on asiakkaan tai potilaan ilman terveydenhuollon ammattihenkilön apua etsimää ja suunnittelemaa hoitoa. Tällöin potilas käyttää vaihtoehtoisia ei-lääketieteellisiä hoitoja, kuten luontaistuotteita, kansanparantajia ja erilaisia käsittelyterapioita. Omahoito sen

sijaan on ammattihenkilön yhdessä potilaan kanssa räätälöimää potilaalle parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. (Eloranta & Virkki 2011, 15; Routasalo & Pitkälä 2009, 6.)

Omahoito edellyttää potilaan aktiivista osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Omahoidossa vastuu sen toteutumisesta on potilaalla: potilas on autonominen ja aktiivinen toimija oman hoitonsa ja elintapamuutosten suunnittelussa. Terveystieteiden ammattihenkilö on tavallaan valmentaja, joka potilaslähtöisesti räätälöi juuri tälle potilaalle soveltuvan hoidon. (Routasalo & Pitkälä 2009, 6.)

Hoidon suunnittelun perustana ovat potilaan omat lähtökohdat: hänen elämäntapansa, toiveensa, pelkonsa, kokemuksensa ja uskomuksensa. Ammattihenkilö suunnittelee oman ammatillisen tiedon ja osaamisensa avulla yhdessä potilaan kanssa näistä lähtökohdista potilaalle sopivimman hoitoratkaisun. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7–9.) Ohjauksen tavoitteena on, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen ja kokee voivansa vaikuttaa terveydentilaansa omalla toiminnallaan. Tämä lisää potilaan motivoitumista ja sitoutumista hoitoon. (Eloranta & Virkki 2011, 15, 19–20.)

Omahoidon tukeminen tapahtuu usein yksilöohjauksena ammattihenkilön ja potilaan välillä. On myös mahdollista antaa ohjausta ja tukea samaa sairautta sairastavien pienryhmässä. Potilaiden on tällöin mahdollista saada vertaistukea toinen toisiltaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 29.)

2.3 Pitkäaikaissairauden hoitoon sitoutuminen

Maija Hentinen (2009, 17) määrittelee hoitoon sitoutumisen olevan ”asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa”. Määritelmä korostaa asiakkaan omaa osuutta ja vastuunottoa hoidostaan, mutta edellyttää myös terveydenhuoltohenkilöstön sitoutumista.

Kroonisten sairauksien hoidossa potilaan omahoidolla on suuri merkitys ja hoidon onnistumista määrittää suurelta osin se, kuinka hyvin potilas sitoutuu sairautensa hoitoon. Pitkäaikaissairaista arviolta noin puolet hoitaa sairauttaan ohjeiden mukaisesti (Kyngäs 2009, 147). Hoitojen laiminlyönnillä on vaikutuksia sekä yksilötasolla potilaan elämänlaatuun että laajemmin yhteiskunnallisella tasolla terveysalouteen: potilaan terveydentila huononee ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät. Vastaavasti hoitoon sitoutuminen ja omahoito-ohjeiden noudattaminen kohentavat potilaan terveydentilaa ja vähentävät terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja kuluja. (Lääketietokeskus 2003, 20; Hentinen 2009, 23–24.)

Tärkeimpiä hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä ovat perheen, yhteisön ja vertaisten antama sosiaalinen tuki. Varsinkin ryhmätoiminnassa vertaisilta saatu sosiaalinen tuki parantaa omahoitoon sitoutumista. (Ylimäki 2009, 220–221.)

2.4 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjauksella tarkoitetaan yleensä pitkäaikaista, tietylle pienelle ryhmälle eli samalla kertaa useammalle osallistujalle, suunnattua tavoitteellista ohjausta. Ryhmäohjaus sopii hyvin pitkäaikaissairauksiin. Ryhmissä voidaan käsitellä sairautteen yleisesti liittyviä asioita kuten elämäntapojen vaikutusta, ajatusten, tunteiden ja asenteiden vaikutusta, ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja, kivunhallintakeinoja ja rentoutumistekniikoita. (Eloranta & Virkki 2011, 77; Honkanen & Mellin 2014, 207.)

Ryhmäohjaus ei voi kokonaan korvata yksilöohjausta, mutta sillä on monia etuja yksilöohjaukseen nähden. Taloudellisesta näkökulmasta tarkastellen niukat resurssit tulevat järkevästi, kustannustehokkaammin käytetyiksi. Potilaan kannalta merkityksellisempää on ryhmän jäsenten toisiltaan saama vertaistuki. Ryhmän jäsenet ovat yleensä samanlaisessa tai samankaltaisessa tilanteessa, jolloin ryhmässä on helppoa ilmaista ja käsitellä hyväksyvässä ja turvallisessa ilmapiirissä pitkäaikaissairauden mukanaan tuomia ongelmia. Ryhmä antaa tilaisuuden tietojen ja kokemusten vaihtoon. Yhteisten keskustelujen ja pohdintojen avulla voi oppia tiedostamaan omia vahingollisia ajattelu- ja käyttäytymistapojaan ja toisaalta

oppia muilta ryhmäläisiltä uudenlaisia toiminta- ja asennoitumistapoja. (Eloranta & Virkki 2011, 77–78.)

Terveysasemilla järjestetään erilaisia ryhmiä joko itsehoitoryhmien tai omahoitoryhmiä nimikkeillä. Ryhmissä annetaan tietoa pitkäaikaissairauksista ja tukea sairauden omahoidosta. Ryhmäneuvontaa järjestetään muun muassa diabeetikoille, astmaa tai keuhkohtaumatautiä sairastaville, sepelvaltimotautipotilaille, eteisvärinäpotilaille, nivelrikkopotilaille, selkäkipupotilaille, reumaatikoille ja sydämen vajaatoimintaa sairastaville. (Tampereen kaupunki 2015.)

Terveysasemilla ryhmiä vetävät yleensä terveydenhuoltoalan ammattilainen ja monet ryhmätapaamiset ovat kertaluonteisia. Usein ryhmissä on mukana saman sairauden kokenut henkilö kertomassa omista kokemuksistaan ja elämästään pitkäaikaissairauden kanssa. Ryhmissä saa muun muassa tietoa sairaudesta, sen lääkähoidosta, kuntoutuksesta ja omahoidosta, annetaan elintapaohjausta sekä tietoa potilasjärjestöjen ja yhdistysten toiminnasta. (Helsingin kaupunki 2015.)

Useimmat terveysasemien ryhmät ovat sairauskohtaisia, samaa sairautta sairastaville tarkoitettuja. Erään lähestymistavan mukaan pitkäaikaissairauden nimellä ei kuitenkaan ole merkitystä, sillä sairauksien mukanaan tuomat ongelmat ja haitat ovat usein samoja riippumatta diagnoosista. Omahoitoryhmissä ei tarvitse käsitellä vain tietyn sairauden lääketieteellistä hoitoa, vaan lähestymistapa voi olla yleisemmällä tasolla keskittyen pitkäaikaissairauden kanssa selviytymiseen. (van Houtum ym. 2014.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millaisia tuloksia pitkäaikaissairautta sairastavan omahoitoryhmien toiminnalla on saatu aikaan.

Tutkimuksen tavoitteena on koota tutkittua tietoa omahoitoryhmien toiminnan vaikutuksesta niiden kehittämisen tueksi terveydenhoitoalan ammattilaisille.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

Minkälaisia muutoksia pitkäaikaissairauden omahoidon ryhmämuotoisella tukemisella on saatu aikaan osallistujien terveydentilassa?

Minkälaisia kokemuksia osallistujilla on omahoidon ryhmämuotoisesta tukemisesta?

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tässä opinnäytetyössä käytetään tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsaus on käyttökelpoinen tapa saada tiiviissä muodossa tietoa näyttöön perustuvan hoitotyön tueksi (Leino-Kilpi 2007, 2; Kangasniemi ym. 2013, 293).

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa tutkitaan yhtä tai useampia tehtyjä tutkimuksia, tavoitteena koota aiempien tutkimusten tuloksia lähtökohdaksi uusille tutkimustuloksille (Salminen 2011, 4). Koska kyseessä on 'tutkimuksen tutkimus', voisi Salmisen (2011, 39) mukaan menetelmää osuvammin kutsua tutkimuskirjallisuuden meta-analyysiksi enemmänkin kuin katsaukseksi.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on laajojen aineistojen yleiskatsauksia vailla tiukoja sääntöjä. Aineiston valinta ei ole metodisesti yhtä tarkkaa kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja tutkimuskysymyksetkin ovat väljempiä. (Salminen 2011, 6.)

Tässä opinnäytetyössä aihepiirin hajanaisuuden vuoksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus on käyttökelpoinen lähestymistapa (Kangasniemi ym. 2013, 295). Aineiston alkuperäistutkimukset ovat siinä määrin erilaisia tutkimusasetelmien, kohderyhmien ja interventioiden suhteen, että niitä on mielekkäämpi tarkastella kuvailevin menetelmin. Kyseessä on lähinnä yleiskatsaus, jonka tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja tehdä yhteenvetoja ajankohtaisesta tutkimustiedosta (Salminen 2011, 7). Mukana on kuitenkin myös piirteitä integroivasta kirjallisuuskatsauksesta sen suhteen, että siinä noudatetaan järjestelmällistä, vaiheittaista tutkimusprosessia, tutkimuskysymys muotoillaan täsmälliseksi ja tiedonhakuprosessi suoritetaan järjestelmällisesti ja avoimesti. (Conner 2014, 13.)

Kangasniemi ym. (2013, 294) ovat esittäneet kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kulusta nelivaiheisen prosessin, joka muodostuu tutkimuskysymyksen muodostamisesta, aineiston valinnasta, kuvailun rakentamisesta ja tulosten tarkastelemisesta.

4.2 Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa. Hyvin muotoiltu tutkimuskysymys on oleellinen tekijä koko tutkimusprosessissa. Hyvä tutkimuskysymys on täsmällinen ja rajattu, jotta saataisiin juuri tarkoituksenmukaisinta tietoa. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettaville tutkimusartikkeleille laaditaan ennen valintaa tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain näiden kriteerien mukaisesti, vastaavuutta tarkastellaan ensin otsikkotasolla, sitten tiivistelmän mukaan ja lopuksi koko tekstin tasolla. (Stolt & Routasalo 2007, 59.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteereiden mukaan alkuperäistutkimuksen kohteena tuli olla aikuiset, joilla oli jokin pitkäaikaissairaus ja jotka osallistuivat omahoidon ryhmämuotoiseen ohjaukseen. Aineistoksi valittiin tieteellisiä artikkeleita alkuperäistutkimuksista, jotka olivat suomen- tai englanninkielisiä, vertaisarvioituja sekä julkaistu tieteellisissä julkaisuissa vuosina 2009–2015. Lisäksi artikkeli tuli olla saatavilla sähköisessä tai paperisessa muodossa ilman lisäkustannuksia.

Poissulkukriteereitä olivat alle 18-vuotiaita koskevat tutkimukset sekä mielenterveyden ongelmia, psyykkistä sairautta tai vammaisuutta koskevat tutkimukset. Samoin suljettiin pois tutkimukset, jotka koskivat yksinomaan yksilöohjausta. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on koottu taulukkoon 1.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> – aikuinen, yli 18-vuotias – jokin pitkäaikaissairaus – osallistuu omahoidon ryhmäohjaukseen – tieteellinen artikkeli alkuperäistutkimuksesta – julkaistu vuosina 2009–2015 – artikkeli on suomen- tai englanninkielinen – artikkeli on saatavana maksutta kokotekstisenä 	<ul style="list-style-type: none"> – alle 18-vuotias – tutkimus käsittelee mielenterveys- tai päihdeongelmia tai vammaisuutta – tutkimus käsittelee yksinomaan omahoidon yksilöohjausta – artikkelin julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti

Aineiston hauissa käytettiin Medic, CINAHL with Full Text ja ProQuest Hospital Collection -tietokantoja. Medic on monipuolinen kotimainen terveystieteiden viitetietokanta noin 80 suomalaisesta lääke- ja hoitotieteellisestä julkaisusta (Diakin kirjasto 2015). CINAHL® with Full Text on puolestaan arvovaltainen, maailman kattavin kokoelma hoito- ja terveysalan kokotekstisiä julkaisuja. Kokoelmaan kuuluu yli 610 lehteä, lähinnä englanninkielisiä. Aineisto on lisäksi vapaasti saatavilla. (EBSCO 2015.) ProQuest Hospital Collection sisältää viisi eri lääke- ja hoitotieteen tietokantaa, mukana on terveystieteellisiä julkaisuja, väitöskirjoja, raportteja, käsikirjoja ja e-kirjoja (Diakin kirjasto 2015). Tietokantahakujen lisäksi käytiin vielä läpi teoriaosuudessa käytettyjen lähteiden lähdeluettelot läpi, mutta tämä viitehaku ei antanut tulokseksi enää uusia artikkeleita.

Hakusanoina käytettiin tietokantakohtaisesti sopivia hakusanoja: itsehoito, omahoito, pitkäaikaissairaat, ryhmäinterventio, ryhmäneuvonta/ohjaus, self-management, self-care, chronic/long-term diseases/illnesses/conditions, groups, group support, group interventions, group counselling, self-management support, group education, group based training.

Aineistohaun tulokset rajattiin valintakriteereiden mukaisesti ensin otsikon, sitten tiivistelmän ja lopuksi koko artikkelin mukaan. Otsikon perusteella karsiutuivat pois tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimusaihetta. Tiivistelmän perusteella jätettiin pois tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Artikkelin perusteella hylättiin tutkimukset, jotka käsittelivät yksilöohjausta tai tutkimuksen kohteena oli itse ryhmänohjaus. Tiedonhaku tietokannoittain on kuvattu taulukossa 2.

Kokotekstien alustavan läpikäymisen perusteella löytyi 23 artikkelia, mikä oli liian suuri määrä analysoitavaksi tässä opinnäytetyössä. Tehdyt tutkimukset jakaantuivat maantieteellisesti laajalle alueelle, joten jatkokäsittelyyn päätettiin valita vain Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa tehdyt tutkimukset. Lisäksi jäljelle jääneet artikkelit käytiin läpi vielä tarkemmin ja arvioiden, miten hyvin ne tuottavat vastauksia tutkimuskysymykseen. Arvioinnin jälkeen jäljelle jäi 10 tutkimusartikkelia. Karsimisen perusteena olivat tutkimuksen keskittyminen vain yhden muuttujan kuten fyysisen kunnon kehitykseen, tutkimus kohdistui ohjauksen arviointiin sinänsä tai yksinomaan terveydenhuollon kustannuksiin. Valitut 10 artikkelia on koottu taulukkoon liitteessä 1.

Valikoituneista tutkimuksista kaksi käsitteli tyypin 2 diabeetikoiden omahoito-ohjelmia. Parkinsonintaudin, MS-taudin, SLE-sairauden, keuhkohtaumataudin (COPD), reuman, kroonisen suolistosairauden omahoitoa käsitteli kutakin yksi tutkimus. Yhdessä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat kroonista kipua sairastavat, joilla kivun taustalla oli lähinnä tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet. Lisäksi yhdessä tutkimuksessa kohdejoukolla oli erilaisia pitkäaikaissairauksia kuten sydän- ja verisuonitauteja sekä reumasairauksia. Tutkimuksista kolmessa oli käytetty laadullista tutkimusmenetelmää, kolmessa määrällistä ja loppuissa neljässä näiden yhdistelmää. Otokoot vaihtelivat 7:stä 202 osallistujaan.

TAULUKKO 2. Tiedonhaku tietokannoittain. Rajaukset: 2009–2015, vertaisarvioitu, suomen- tai englanninkielinen, aikuiset, kokoteksti

Tietokanta	Hakusanat	Viitteitä	Rajaus otsikon mukaan	Rajaus tiivistelmän mukaan	Valitut artikkelit kokotekstin mukaan/lopullinen valinta
Medic	krooninen sairaus AND ryhm* AND ohjaus	6	2	1	1/1 <i>Holma ym. 2010</i>
CINAHL with Full Text	chronic disease AND self-management AND group intervention programs	55	17	12	9/4 <i>Arvidsson ym.2012</i> <i>Kroese ym.2014</i> <i>Nonoyama ym 2010</i> <i>Häkansson ym.2012</i>
	chronic disease AND self-management AND group based education	33	8	3	1/0
	chronic disease AND self-management support AND group counselling	11	4	1	0
	chronic disease AND self-management program AND group counselling	16	2	1	0
	chronic disease AND self-management programs (MH)	58	13	6	2/1 <i>Barlow ym. 2009</i>
	chronic disease AND self-management programs (MH) AND group education	11	3	2	1/0
	chronic disease management	23	4	2	2/0

	AND patient education AND peer support groups				
	chronic disease AND self-management education program	29	6	2	1/1 <i>Nelson ym. 2011</i>
	CDSMP (chronic disease self-management program)	18	7	2	1/0
	chronic disease self-management programs AND experiences in groups	33	8	1	1/1 <i>Vincent 2009</i>
ProQuest Hospital Collection	CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program)	45	15	7	4/2 <i>Johnston ym. 2012</i> <i>Drenkard ym. 2012</i>

4.3 Aineiston analyysi – tutkittavan ilmiön kuvailun rakentaminen

Keskeisin osa kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on käsittelyosan rakentaminen sekä tutkimuskysymykseen vastaaminen laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä, kuvailevana synteessinä. Kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan eri tutkimusten sisältöä kriittisesti. Valitusta aineistosta etsitään ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja, jotka ryhmitellään sisällöllisiksi kokonaisuuksiksi; teemoittain kategorioittain tai suhteessa kategorioihin tai teoreettiseen viitekehykseen. Kuvailun esittäminen on aineistolähtöistä ja edellyttää, että tutkija on perinpohjaisesti tutustunut aineistoon. (Kangasniemi 2013, 296–297.)

Aluksi tutkimusaineisto luettiin läpi huolellisesti kokonaiskuvan saamiseksi ja tutkimuksista laadittiin taulukko (Liite 1). Sen jälkeen aineistoa analysoitiin tutkimuskysymyksen ohjaamana järjestelemällä tuloksia samankaltaisiin luokkiin ja nimeämällä ne sisällön mukaisesti (Liite 2). Luokittelussa käytettiin esimerkkinä

kahden lähdeaineiston tutkimuksen luokittelua (Kroese ym. 2014 ja Barlow ym. 2009). Laajemmiksi teemoiksi aineiston tuloksista muodostuivat muutokset terveydentilassa, muutokset käyttäytymisessä, psykologiset vaikutukset, kokemukset sosiaalisesta tuesta ja vaikutukset terveystalvelujen käyttöön.

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

5.1 Muutokset terveydentilassa

Aineiston tulosten mukaan osallistujien fyysisessä terveydentilassa havaittiin vain vähäisiä muutoksia. Tyypin 2 diabeetikkoja koskevissa tutkimuksissa (Vincent 2009 ja Kroese ym. 2014) mitattiin hieman eri asioita, mutta yleinen suuntaus oli, että koeryhmäläisten mittausarvot kohenivat tilastollisesti merkitsevästi tai pysyivät tasaisina, kun taas kontrolliryhmässä ei ollut havaittavissa myönteisiä muutoksia tai ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tutkimuksissa (Drenkard ym. 2012 ja Nelson ym. 2011), joissa osallistujat arvioivat itse omaa terveydentilaansa ennen ja jälkeen ohjelman, ei havaittu tilastollisesti merkitseviä myönteisiä muutoksia.

Ainoa tilastollisesti merkitsevä muutos oli Nelsonin ym. (2011, 499) tutkimuksessa väsymyksen lisääntyminen. Osallistujat sairastivat Parkinsonin tautia ja arvioivat väsymystään sovelletulla VAS-asteikolla. Tutkijat arvelivat, että tulokseen saattoi vaikuttaa Parkinsonin taudinkuvaan kuuluva oireiden aaltoilu enneminkin kuin omahoito-ohjelman noudattaminen.

5.2 Muutokset käyttäytymisessä

5.2.1 Omahoitotavat

Jokaisessa aineiston tutkimuksessa raportoitiin muutoksista terveystyttäytymisessä tai omahoitokeinojen käytössä. Omahoitokeinot vaihtelivat sairauksittain. Esimerkiksi tyypin 2 diabeetikoita koskevassa tutkimuksessa (Vincent 2009, 524) mitattiin tarkoitukseen kehitetyn kyselyn avulla osallistujien omahoito-aktiiviteettien tiheyttä. Kysely kattoi ruokavalion, liikunnan, verensokerin seurannan ja jalkojen hoidon. Interventoryhmän verensokerin seurantatiheys lisääntyi merkitsevästi, samoin fyysinen aktiivisuus. Ruokavalioon, jalkojenhoitoon tai lääkitykseen

liittyviä merkittäviä muutoksia ei ollut havaittavissa. Toisessa diabeetikkoja koskeneessa tutkimuksessa arvioitiin omahoitoa samalla mittarilla kuin Vincentin tutkimuksessa. Myönteistä kehitystä havaittiin ohjelman alkuvaiheen eli kolmen ensimmäisen kuukauden jälkeen ja positiiviset tulokset säilyivät myös seurantavaiheen ajan (Kroese ym. 2014,118).

Omahoidon suhteen tapahtuneista muutoksista mainittiin parannuksista oireiden ja stressinhallintakeinojen käytössä (Drenkard ym. 2012, 1590; Nonoyama ym. 2010, 21) sekä kivunhallintatekniikoiden ja rentoutumisharjoitusten käytössä (Håkansson ym. 2012, 742; Holma ym. 2010, 294). Håkanssonin ja kollegoiden tutkimuksen suolistosairautta sairastavat kertoivat oppineensa hallitsemaan paremmin kipujaan ja oireitaan oppimiensa hengitys- ja rentoutumistekniikoiden avulla. Lisäksi motivaatio itsensä hoitamiseen lisääntyi. (Håkansson ym. 2012, 744.)

Tekemisen jaksottaminen ja päivittäisten askareiden etukäteissuunnittelu auttoivat väsymyksen hallinnassa (Barlow ym. 2009, 1172; Holma ym. 2010, 298). Barlow ym. (2009, 1172) tutkimuksen MS-potilaat mainitsivat rentoutumisen yhdeksi hyödyllisimmistä menetelmistä väsymyksen hallinnassa, monet olivat lisänneet rentoutumisen päivittäisiin rutiineihinsa omahoitoryhmän myötä. Lisäksi tavoitteiden asettaminen auttoi selviytymään toimista, joita aiemmin oli vältellyt. Toisaalta monet osallistujat mainitsivat, etteivät oppineet kurssin aikana uusia tietoja tai taitoja, mutta kurssi toimi muistutuksena ja kertauksena aiemmin opituista menetelmistä.

5.2.2 Terveystottumukset

Useimmin raportoitu muutos tässä kategoriassa oli fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen. Liikunnan määrä, esimerkiksi kävelyn määrä lisääntyi (Vincent 2009, 524; Kroese ym. 2014, 119) tai löydettiin uusia liikuntaharrastuksia tai keinoja sisällyttää liikunta osaksi arkipäivää (Johnston ym. 2012). Osallistujat kertoivat myös fyysisen suorituskyvyn parantuneen (Nonoyama ym. 2010, 21). Kolmessa tutkimuksessa osallistujat kertoivat alkaneensa kiinnittää huomiota fyysisen kunnon ylläpitämiseen ja motivaation liikuntaa kohtaan lisääntyneen (Håkansson ym.

2012, 742; Nonoyama ym. 2010, 21; Holma ym. 2010, 298). Drenkardin ym. (2012, 1590) SLE-potilaiden ryhmässä ja Nelsonin ym. (2011, 499) Parkinson-potilaiden ryhmässä ei havaittu merkitsevää muutosta liikuntaharjoitusten suhteen.

Tyypin 2 diabeetikoiden muut elintapamuutokset olivat vaihtelevia: Vincentin (2009, 524) tutkimuksessa ei ollut havaittavissa merkittäviä muutoksia ruokailutottumusten suhteen. Kroesen ym. (2014, 118–119) tutkimuksessa terveellisten elintapojen noudattamisessa esiintyi myönteisiä muutoksia heti interventiovaiheen eli ryhmäohjauksen jälkeen. Seurantavaiheen aikana ruokailutottumuksissa tapahtui lievää heikkenemistä, mutta fyysisen aktiivisuuden taso pysyi suhteellisen tasaisena lopun seurantajakson ajan.

Arvidsson ym. (2012, 1507–1511) arvioi omahoito-ohjelman vaikutuksia reumasairaisiin, tutkimus oli määrällinen ja koeasetelmassa koeryhmän lisäksi vertailuryhmä. Ryhmien välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkittäviä eroja omahoidon suhteen. Kuitenkin kaksi kolmasosaa koeryhmäläisistä kertoi tehneensä elinta-voissaan muutoksia, joita he eivät olisi tehneet ilman ohjelmaan osallistumista. He esimerkiksi lisäsivät fyysistä aktiivisuuttaan, muuttivat nukkuma- ja ruokailutapojaan, vähensivät lääkkeiden käyttöä ja vähensivät tupakointia.

5.3 Psykologiset vaikutukset

5.3.1 Elämänhallinta

Monessa tutkimuksessa mitattiin osallistujien minäpystyvyyden kehitystä. Minäpystyvyys tai pystyvyyden tunne on ihmisen uskoa kykyynsä vaikuttaa elämänsä tärkeisiin tapahtumiin ja asioihin (Ylimäki 2009, 215). Minäpystyvyyttä mitataan kyselyllä, joka arvioi yleistä luottamusta sairauden hallintaan.

Minäpystyvyys parani tilastollisesti merkitsevästi Drenkardin ym. (2012, 1589–1590) SLE-potilaita ja Kroesen ym. (2014, 117) tyypin 2 diabeetikoita koskevassa

tutkimuksessa. Vincentin (2009, 524) ja Nelsonin ym. (2011, 500) tutkimuksissa minäpystyvyys parani, mutta muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Barlow ym. (2009, 1175) tutkimuksessa tulokset jakaantuivat. Toiset vastaajista luottivat jo ennen ohjelmaa tarpeeksi omiin kykyihinsä hoitaa itseään, eivätkä havainneet muutosta sen suhteen. Toiset taas kokivat merkittäviä muutoksia siinä, ettei sairaus, MS-tauti, hallinnut heidän elämäänsä. Ohjelman aikana he oppivat toiminnan suunnittelua sekä asettamaan realistisia ja saavutettavissa olevia tavoitteita. Tavoitteiden saavuttaminen lisäsi pystyvyyden tunnetta, mikä edelleen lisäsi itseluottamusta, voimaantumisen tunnetta sekä psyykkistä hyvinvointia.

Minäpystyvyyteen liittyvästä hallinnan tunteen paranemisesta sairauden ja sen hoidon suhteen raportoivat osallistujat Vincentin (2009, 524), Nonoyaman ym. (2010, 22), Håkanssonin ym. (2011, 742) ja Holman ym. (2010, 297) tutkimuksissa. Myös itseluottamuksen (Barlow ym. 2009, 1175; Håkansson ym. 2012, 743) kerrottiin parantuneen, samoin elämänlaadun ja voimaantumisen (Nelson ym. 2011, 500; Barlow ym. 2009, 1175). Toisaalta Nelsonin ym. (2011, 499–501) Parkinson-potilaiden ryhmässä osallistujien masentuneisuuden tunne lisääntyi lievästi. Tutkijat arvelivat sen selittyvän osallistujien etenevän sairauden luonteella. Arvidssonin ym. (2013, 1507) reumasairaita koskevassa tutkimuksessa mitattiin terveyteen liittyvää elämänlaatua, voimaantumista ja koherenssin tunnetta koe- ja kontrolliryhmän välillä. Elämänlaadun ja koherenssin suhteen ryhmien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja, voimaantumisen suhteen havaittiin tilastollisesti merkitseviä muutoksia koeryhmän eduksi.

Ongelmanratkaisutaitojen paraneminen (Nonoyama ym. 2010, 21; Kroese ym. 2014, 117; Håkansson ym. 2012, 742) ja päätöksentekokykyjen parantuminen (Håkansson ym. 2012, 742) mainittiin myös seikoiksi, jotka olivat muuttuneet omahoito-ohjelmaan osallistumisen myötä. Johnstonin ym. (2012) tutkimuksessa osallistujien elämähallintataidot paranivat ohjelman aikana tapahtuneiden ajattelutapojen muutosten ansiosta.

5.3.2 Tiedon saanti

Useassa tutkimuksessa vastaajat kertoivat oppineensa hyväksymään sairautensa osaksi elämäänsä ja tulemaan paremmin toimeen sairautensa kanssa (Johnston ym. 2012; Nonoyama ym. 2010, 21; Håkansson ym. 2012, 742). Hyväksymisessä oli ollut apuna muun muassa omahoito-ohjelmassa saatu tieto omasta pitkäaikaissairaudesta ja sen hoitamisesta. Tiedon saaminen kroonisesta kivusta, kipuun liittyvistä tunteista ja kivunhallintakeinoista vaikutti merkittävästi Holman ym. (2010, 294–297) tutkimuksen vastaajiin. Vaikka itse kipu ei suoranaisesti vähentynyt, tieto kivusta ja kivunhallintakeinoista loi turvallisuudentunnetta. Oman asenteen merkityksen ymmärtäminen sekä itsensä ja omien tunteiden hyväksyminen helpottuivat tiedon lisääntymisen myötä. Kipupotilaat kokivat voimavarojensa lisääntyneen ohjauksen ansiosta ja he tiedostivat paremmin omat mahdollisuutensa vaikuttaa kiputilaansa.

5.4 Kokemukset sosiaalisesta tuesta

Vertaisten, samankaltaisessa tilanteessa olevien kohtaaminen koettiin hyödylliseksi ja tärkeäksi monessa tutkimuksessa. Havaittiin, ettei olla yksin sairauteen liittyvien ongelmien kanssa, vaan muilla on ihan vastaavia kokemuksia (Johnston ym. 2012; Nonoyama ym. 2010, 22; Holma ym. 2010, 295; Barlow ym. 2009, 1173; Håkansson ym. 2012, 741). Ryhmä koettiin turvalliseksi yhteisöksi, jossa saattoi avoimesti ja luottamuksellisesti keskustella asioista, joista ei muualla olisi tullut puhuneeksi (Håkansson 2012, 741). Muilta ryhmäläisiltä opittiin sairauden hallitsemisessa tarpeellisia tietoja ja taitoja ja muiden ryhmäläisten esimerkki antoi toivoa, siitä että selviytyminen on mahdollista (Nonoyama ym. 2010, 21; Holma ym. 2010, 296; Håkansson ym. 2012, 741–742). Toisten ryhmäläisten kokemusten ja kertomusten kautta oppi tunnistamaan ja tulemaan tietoiseksi myös omista tavoistaan ja oppi tarkastelemaan tilannettaan uusista näkökulmista (Håkansson ym. 2012, 741).

Ryhmäläisiltä sai myötätuntoa ja ymmärrystä, (Johnston ym. 2012; Nonoyama ym. 2010, 22). Keskustelut ja kokemusten jakaminen ryhmässä toisten kanssa

olivat merkityksellisiä, neuvojen antaminen ja saaminen oli voimaannuttavaa (Holma ym. 2010, 295; Barlow ym. 2009, 1173). Ryhmissä, joissa oli eri sairautta sairastavia, huomattiin, että pitkäaikaissairauteen liittyvät ongelmat ovat samankaltaisia sairaudesta riippumatta (Barlow ym. 2009, 1173). Ryhmän tuki ja yhtenäisyys ohjelman aikana koettiin motivoivaksi (Nelson ym. 2011, 501).

Myös sosiaaliset suhteet perheenjäseniin, ystäviin tai muihin ihmisiin kohenivat (Johnston ym. 2012). Vincentin (2010, 525) tutkimuksen mukaan omahoito-ohjelmasta hyötyivät myös osallistujien perheenjäsenet. Terveelliset elintavat omaksuttiin koko perheessä ja perheenjäsenet tukivat ja kannustivat tällä tavoin ohjelmaan osallistujaa. Omaisten mukana olo ryhmissä koettiin hyödylliseksi molemmiin puolin: omaiset saivat lisätietoa sairaudesta ja vertaistukea muilta potilaiden omaisilta, potilaiden mielestä taas heidän omaisilleen oli mieltä avartavaa tavata muitakin potilaita (Holma ym. 2010; 296).

Håkanssonin ym. (2012, 743) tutkimuksessa havaittiin, etteivät kaikki tavoittaneet kokemusta ryhmän antamasta tuesta. Osa osallistujista koki sairautensa ja oireensa niin vaikeiksi, että tunsivat itsensä erilaisiksi ja ulkopuolisiksi. He saivat kuitenkin pontta etsiä lisätietoa ja -tukea muualta terveydenhuollosta.

5.5 Vaikutukset terveystalvelujen käyttöön

Valituissa tutkimuksissa vain yhdessä oli tutkittu omahoito-ohjelman vaikutusta terveystalvelujen käyttöön. Drenkardin ym. (2012, 1588–1590) tutkimuksessa osallistujien lääkäri- ja sairaalakäyntejä seurattiin potilastietojärjestelmästä kuusi kuukautta ennen ohjelmaa ja kuusi kuukautta ohjelman jälkeen. Käyntien määrä reumalääkärillä tai päivystyksessä väheni keskimäärin kolmesta yhteen ohjelmaan osallistumisen jälkeen. Muutos oli tilastollisesti merkittävä.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia tuloksia pitkäaikaissairausten omahoidon ryhmämuotoisella tukemisella on saatu. Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui siinä määrin erilaisista tutkimuksista, että niiden vertailtavuus oli vaikeaa. Tutkimuksissa oli erilaiset pitkäaikaissairaudet, arvioidut omahoito-ohjelmat, tutkimusmenetelmät ja tulosmuuttujat. Synteesin tekeminen näin erilaisista tutkimuksista oli haastavaa. Tutkimuksien vertailtavuutta olisi voinut jonkin verran helpottaa rajaamalla aineisto tarkemmin ottamalla tarkasteluun esimerkiksi vain yksi tai kaksi pitkäaikaissairautta, vain kvantitatiivisia tutkimuksia ja vain samanlaisia omahoito-ohjelmia.

Yleisesti ottaen jokaisessa tutkimuksessa havaittiin, että ryhmämuotoisella omahoidon tukemisella saatiin aikaan positiivisia tuloksia osallistujissa. Muutokset olivat kuitenkin melko vähäisiä. Lisäksi monissa tutkimuksissa myönteisiä muutoksia esiintyi välittömästi ryhmäintervention jälkeen, mutta aikaa myöten muutoksia ei ollut yhtä selvästi havaittavissa.

Aineistossa tutkittiin vain vähän fyysisen terveydentilan muutoksia, vaikka tällaiset muutokset olisivat suhteellisen luotettavasti mitattavissa. Fyysisessä terveydentilassa tapahtui vain vähäisiä positiivisia muutoksia. Terveyskäyttäytymisen suhteen tapahtui myönteisiä muutoksia, monet muuttivat elintapojaan ohjelman ansiosta. Elintapamuutosten pysyvyydestä ei kuitenkaan saatu näyttöä, Myös sairauden omahoito ja omaseuranta kohenivat. Omahoito-ohjelmissa opittiin oikeiden ja sairauden hallintakeinoja: kivunhallintaa, rentoutumista, etukäteissuunnittelua ja tavoitteiden asettamista.

Monet omahoidon interventio-ohjelmat tähtäävät siihen, että osallistujat tulisivat paremmin toimeen sairautensa kanssa, joten tämän kategorian tuloksia raportoi-
tiin paljon. Pystyvyyden tunne tai minäpystyvyys, itseluottamus, voimaantumi-

nen, hallinnan tunne ja ongelmanratkaisutaidot paranivat hieman tai jopa merkittävästi ohjelman ansiosta. Tiedon saaminen sairaudesta auttoi sen hoitamisessa ja sairauden hyväksymisessä osaksi omaa elämää. Näistä muutoksista kertovat tulokset perustuivat osallistujien antamaan itsearviointiin ja kertovat kunkin subjektiivisista kokemuksista. Potilaiden omat kokemukset ja itsearviot koetuista hyödyistä ovat kuitenkin arvokasta tietoa arvioitaessa interventioiden vaikuttavuutta (Malmivaara & Roine 2013, 1250).

Ryhmästä saatu vertaistuki koettiin tärkeänä. Tietojen ja kokemusten vaihto samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa oli hyödyllistä ja motivoi omahoitoon. Irja Mikkosen (2009, 186) sairastuneen vertaistuesta tekemän tutkimuksen tulokset vertaistuen merkityksestä ovat samansuuntaisia: vertaisryhmä tarjoaa tietoa, toimintaa, rohkaisua, turvaa, tukea ja voimavaroja. Keskiössä on toisten tapaminen ja kokemusten vertailu, keskustelu ja kuuntelu luottamuksellisessa ilmapiiressä. Myös Salmisen, Hämäläisen, Karhulan, Kaneliston ja Ruutiaisen (2014, 70–73) tutkimuksessa raportoitiin samansuuntaisia tuloksia vertaisryhmän merkityksestä MS-potilaiden ryhmäkuntoutuksessa.

Ryhmämuotoisen omahoidon tukemisen vaikutuksista terveystalvelujen käyttöön raportoitiin vain yhdessä tutkimuksessa, joten sen suhteen ei voi tehdä päteviä johtopäätöksiä tämän katsauksen perusteella.

Yhteenvetona voidaan todeta, että monet kokivat omahoito-ohjelmaan osallistumisen hyödylliseksi. Tutkimusaineiston tutkimuksien otoskoot olivat suhteellisen pieniä, joten tulosten yleistettävyyden ja johtopäätösten teon suhteen on oltava varovainen. Tutkimustulokset ovat kuitenkin yhdenmukaisia aiheesta tehtyjen systemaattisten kirjallisuuskatsausten kanssa (Nolte & Osborne 2013, 1810–1811). Tuloksien käyttökelpoisuus ryhmäohjauksen suunnitteluun on lähinnä suuntaa-antava. Vertaisten kesken tapahtuvalle sosiaaliselle tuelle on hyvä antaa sijaa, samoin pitkäaikaissairauden hoitoon liittyvien toimintatapojen lisäksi on hyvä opettaa elämänhallintataitoja ja sairaudenhallintataitoja, jotka lisäävät potilaan minäpystyvyyttä ja voimaantumista.

Jatkotutkimusaiheena voisi haastatella suomalaisia, pitkäaikaissairausten omahoitoon ryhmäohjaukseen osallistuneita ja selvittää heidän kokemuksiaan ja ohjauksen vaikutuksia selviytymiseen pitkäaikaissairausten kanssa.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Yleisiä luotettavuuden arvioinnin kriteereitä laadullisessa tutkimuksessa ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus (refleksiivisyys) ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197; Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ilmiön kuvausta. Sen tavoitteena on tutkittavan ilmiön ymmärtäminen. (Kangasniemi ym. 2013, 292.) Tutkija valitsee tutkimusaineistoa arvioiden subjektiivisesti, löytyykö aineistosta vastauksia tutkimuskysymyksiin, jolloin vaarana voivat olla tutkimusaineiston vinoutumat tutkijan oletusten tai ennako-odotusten mukaan. Refleksiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen näistä mahdollisista vinoumista (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää se, että katsauksen on toteuttanut yksi tutkija, jolloin mahdolliset vinoumat aineiston valinnassa ja tulkinassa ovat todennäköisempiä.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä muotoilemalla riittävän täsmällinen ja selkeä tutkimuskysymys ja esittämällä siihen liittyvä teoreettinen viitekehys (Kangasniemi ym. 2013, 297). Lisäksi tutkimuksen uskottavuutta lisätään sekä raporttimalla tarkasti ja avoimesti aineiston haku- ja valintaprosessin vaiheet että noudattamalla tutkimusprosessin johdonmukaista etenemistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Tässä opinnäytetyössä perehdyttiin tutkimusidean muotouduttua aihepiiriin teoreettisen viitekehukseen ja perehdyttiin kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen menetelmänä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessia pyrittiin noudattamaan mahdollisimman tarkasti. Tutkimuskysymystä muotoiltiin ja tarkennettiin, jotta se ohjaisi aineiston hakua mahdollisimman hyvin. Hakusanojen määrittelyssä ja tietokantojen valinnassa neuvoja antoi Diakin kirjaston informaattikko. Aineiston haku- ja valintaprosessissa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä,

jotka listattiin etukäteen. Aineiston hakuprosessi on raportoitu mahdollisimman tarkasti ja avoimesti, apuna on käytetty taulukoita ja liitteitä prosessin havainnollistamiseen. Samoin aineiston analysointivaihe luokitteluineen on kuvattu havainnollisesti liitteiden avulla ja tutkimustulokset esitelty mahdollisimman yksityiskohtaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioinnissa vahvistettavuus edellyttää, että tutkimusprosessi on kuvattu siten, että kuka tahansa muu tutkija voi toistaa sen kuvauksen perusteella. Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin mahdollista, että toinen tutkija voi saman aineiston perusteella päätyä erilaiseen tulkintaan. Tulokset ovat aina aikaan, paikkaan ja tutkijaan sidoksissa olevia seikkoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Eettisyyden tarkastelu kirjallisuuskatsauksessa liittyy paljolti raportin laatimiseen. Hirsijärven, Remeksen ja Sajavaaran (2010, 25–27) mukaan tutkimusraportin eettisiä ongelmia voivat olla muun muassa plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi. Tässä kirjallisuuskatsauksessa eettisyyttä vaalitaan käyttämällä asianmukaisia lähdeviittemerkintöjä osoittamaan muiden asiasisältöihin viittaamista. Tulosten aitouden osoittamiseksi katsauksen eri vaiheet on kuvattu mahdollisimman rehellisesti ja tarkasti sekä tulokset esitetty neutraalisti ilman arvottamista. Myös opinnäytetyön puutteista on esitetty pohdintaa. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224–225.)

6.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli kaikin puolin hyödyllinen oppimisprosessi. Ensinnäkin sain lisää tietoa pitkäaikaissairauksista, niiden hoidosta ja ryhmäohjauksesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Nämä tiedot ovat käyttökelpoisia terveydenhoitajan työssä. Toiseksi perehdyin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen, syvensin tiedonhakutaitojani, aineiston kriittistä arviointia, valintaa ja analyysiä. Terveydenhoitajan tulee seurata uusimpia tutkimustuloksia ja osata soveltaa niitä työssään, joten perehtyminen tähän oli erittäin hyödyllistä.

Haastavimpia kohtia kirjallisuuskatsauksen tekemisessä oli tutkimuskysymyksen muotoilu. Koska tutkimuskysymys ohjaa koko aineiston valintaa, sen tuli olla selkeä ja yksiselitteinen. Tutkimusartikkelien kokotekstien läpikäyminen oli myös haasteellista, koska artikkeleita löytyi lähinnä englanninkielisinä ja niiden läpikäyminen ja keskeisten käsitteiden ja termien kääntäminen vei aikaa. Opinnäytetyön tekeminen vaatiikin tältä osin pitkäjännitteisyyttä, sitkeyttä ja itsenäisen työskentelyotteen hallintaa.

LÄHTEET

- Arvidsson, Susann; Bergman, Stefan; Arvidsson, Barbro; Fridlund, Bengt & Tingström, Pia 2013. Effects of a self-care promoting problem-based learning programme in people with rheumatic diseases: a randomized controlled study. *Journal of advanced nursing* 69 (7), 1500–1514.
- Barlow, J.; Edwards, R. & Turner, A. 2009. The experience of attending a lay-led, chronic disease self-management programme from the perspective of participants with multiple sclerosis. *Psychology & Health* 24 (10), 1167–1180.
- Conner, Brian T. 2014. Demystifying literature reviews. *American Nurse Today* 9 (1), 13–14.
- Diakin kirjasto 2015. Tiedonhaun oppaat. Terveysalan tietokannat. Medic.
- Drenkard, C.; Dunlop-Thomas, C.; Easley, K.; Bao, G.; Brady, T. & Lim, S.S. 2012. Benefits of a self-management program in low-income African-American women with systemic lupus erythematosus: results of a pilot test. *Lupus* (2012) 21, 1586–1593.
- EBSCO 2015. EBSCOhost. Choose Databases. Viitattu 30.10.2015
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/selectdb?sid=6d0b8d24-74ed-4243-b07a-d2b44c2ded6a%40sessionmgr198&vid=0&hid=115>
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Håkanson, Cecilia; Sahlberg-Blom, Eva; Ternestedt, Britt-Marie & Nyhlin, Henry 2012. Learning about oneself through others: experiences of a group-based patient education programme about irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (4), 738–746.
- Helsingin kaupunki 2013. Arkeen Voimaa -esite. Sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Helsinki: Helsingin kaupunki.
- Helsingin kaupunki 2015. Itsehoito. Hae tukea ryhmistä. Viitattu 13.7.2015.
<http://www.hel.fi/www/itsehoito/fi/hae-tukea-ryhmista/>

- Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja sen taustatekijöitä. Teoksessa Helvi Kyngäs & Maija Hentinen. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 15–74.
- Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, Sinikka; Koivula, Meeri & Joronen, Katja 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. *Hoitotiede* 22 (4), 291–301.
- Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katariina 2014. Yhteistyö yhteisöjen ja ryhmien kanssa. Teoksessa Päivi Haarala, Hilikka Honkanen, Oili-Katariina Mellin & Tiina Tervaskanto-Mäentausta (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita, 202–212.
- Johnston, Sharon; Irving, Hannah; Mill, Karina; Rowan, Margo S. & Liddy, Clare 2012. The patient's voice: an exploratory study of the impact of a group self-management support program. *BMC Family Practise* 13:65 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/65>.
- Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kroese, Floor M.; Adriaanse, Marieke A.; Vinkers, Charlotte D. W.; van, de Schoot & de Ridder, Denise T. D. 2014. The effectiveness of a proactive coping intervention targeting self-management in diabetes patients. *Psychology & Health* 29 (1), 110–125.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, Helvi 2009. Pitkäaikaisesti sairaiden työikäisten hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Helvi Kyngäs & Maija Hentinen 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 147–160.
- Lääketietokeskus 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Alkuperäinen WHO:n julkaisu *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Helsinki: Lääketietokeskus.
- Leino-Kilpi, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Kirsi Johansson, Anna Axelin, Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri

- (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A51/2007, 2.
- Malmivaara, Antti & Roine, Risto P. 2013. Hoidon arkivaikuttavuuden seuranta ja edistäminen. *Lääkärilehti* 68 (17), 1249–1253.
- Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Nelson, Naomi; Wong, Dorothy & Lai, Eugene 2011. A self-management program for veterans and spouses living with Parkinson's disease. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses* 3 (4), 496-503.
- Nolte, Ellen & McKee, Martin 2008. Caring for people with chronic conditions: an introduction. Teoksessa Ellen Nolte & Martin McKee *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Berkshire: McGraw-Hill Open University Press, 1–14.
- Nolte, Sandra & Osborne, Richard H. 2013. A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. *Qual Life Res* 22, 1805–1816.
- Nonoyama, Mika L.; Holmes, Rosario; King, Judy & Brooks, Dina 2010. Lung Association's Ottawa COPD Program: a successful maintenance pulmonary rehabilitation program. *Canadian Journal of Respiratory Therapy* 46 (3), 18–23.
- Routasalo, Pirkko & Pitkälä, Kaisu 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
- Routasalo, Pirkko; Airaksinen, Marja; Mäntyranta, Taina & Pitkälä, Kaisu 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* (125) 21, 2351–2359.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto – verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.8.2015 <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/>.

- Salminen, Anna-Liisa; Hämäläinen, Päivi; Karhula, Maarit; Kanelisto, Katja & Ruutiainen, Juhani 2014. MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 129. Helsinki: Kela.
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62 Julkisjohtaminen 4. Vaasa.
- Stolt, Minna & Routasalo, Pirkko 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Kirsi Johansson, Anna Axelin, Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A51/2007, 58–70.
- Tampereen kaupunki 2015. Ryhmäneuvonta. Viitattu 16.7.2015 <http://www.tampere.fi/teksti/index/terveyspalvelut/ennaltaehkaisevatyo/ryhmaneuvonta.html>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Kansantaudit. Viitattu 2.7.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
- van Houtum, Lieke; Rijken, Mieke; Hejmans, Monique & Groenenwegen, Peter 2014. Patient-Perceived Self-Management Tasks and Support Needs of People with Chronic Illness: Generic or Disease Specific? *Annals of Behavioral Medicine*: 2014 <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12160-014-9649-0>.
- Vincent, Deborah 2009. Culturally tailored education to promote lifestyle change in Mexican Americans with type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21 (9), 520-527.
- WHO 2015. Non-communicable diseases. Viitattu 2.7.2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
- Ylimäki, Eeva-Leena 2009. Terveyden edistäminen – terveisiin elintapoihin sitoutuminen. Teoksessa Helvi Kyngäs & Maija Hentinen 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 207–231.

LIITE 1: Valitut tutkimusartikkelit

	Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkittavat	Ryhmäohjaus	Tutkimusmenetelmät, muuttujat ja mittarit	Keskeiset tulokset
1	Vincent, Deborah 2009, Yhdysvallat	amerikanmeksikolaisille räätälöidyn diabeteksen omahoito-ohjelman tulosten arviointi. Arvioitiin myös osallistujien tyytyväisyyttä interventio-ohjelmaan sekä ohjelmasta saatuja hyötyjä. Tutkimusryhmässä 9 tyyppiä 2 diabeetikkoa, vertailuryhmässä 8, 18–75 –vuotiaita.	Ohjelmassa 8 viikoittaista ryhmäohjausta, kerrallaan 2 tuntia. Tietoa annettiin diabeteksestä sairautena ja sen hoidosta, verensokerin seurannasta, liikunnasta, ravinnosta ja muista omahoitokeinoista. Ohjelmassa huomioitiin amerikanmeksikolaisten kulttuuri mm. ruokien ja liikuntasuosittelun suhteen. Omaisten mukanaoloa kannustettiin, koska perhe kulttuurissa keskeinen.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Verensokeri ja HbA1C, paino, BMI ja viikoittaisten askelien määrä, diabetestieto, minäpystyvyys, omahoitokeinot. Arvioinnit ohjelman alkaessa, välittömästi intervention jälkeen ja 4 viikon kuluttua interventiosta, sekä mittauksin että kyseilylomakkein. Tulokset analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti.	Interventioryhmäläisten paino ja BMI alenivat tilastollisesti merkittävästi. Diabetestietous, minäpystyvyys, verensokeri ja HbA1C paranivat interventioryhmässä, mutta eivät tilastollisesti merkittävästi. Omahoitotavoista verensokerin seuranta ja fyysinen aktiivisuus lisääntyivät merkittävästi, erityisesti kävely askelmittarein mitattuna. Ruokavalion, lääkityksen tai jalkojenhoidon suhteen ei ollut merkittävää muutosta. Osallistujat kokivat hyötynsä ohjauksesta ja omahoitotaitojensa lisääntyneen, hyötyä myös koko perheelle: terveystottumukset koko perheen asiaksi ja tukivat potilasta.
2	Barlow, J.; Edwards, R. & Turner, A. 2009 Iso-Britannia	Pitkäaikaissairauden omahoito-ohjelman merkitys ja kokemukset MS-tautia sairastaville 10 MS-tautia sairastavaa, 35–60-vuotiasta. 7 naista, 3 miestä.	Kuusi viikoittaista ohjauskertaa, joista kukin kesti kaksi tuntia. Maallikko-ohjaajat, joilla itsellä MS-tauti. Ryhmä avoin myös muille pitkäaikaissairaille (nivelrikko, diabetes, CFS)	Laadullinen tutkimus. Haastattelut puhelimitse kurssin alkaessa ja 4 kk kurssin jälkeen. Omahoidon keinot, motivaatio, vertaisten tapaminen, ohjelman kehitysehdotukset	Opittiin uusia omahoitotekniikoita, pystyvyudentunne lisääntyi. Rentoutuminen, rauhoittuminen ja tavoitteiden asettaminen auttoivat väsymyksen hallinnassa. Vertaisten kohtaaminen oli hyödyllistä.

3	Holma, Sinikka; Joroinen, Katja ja Koivula, Meeri 2010 Suomi	Tarkoituksena on kuvata pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta ja sen merkityksestä heille. N=7, kuusi kipupotilasta ja yksi omainen. 27–66-vuotiaita naisia.	Ryhmäohjaus koostui kolmesta kahden tunnin ryhmätapaamisesta, joiden aiheena pitkittynyt kipu, kipu ja tunteet sekä kivunhallintamenetelmät	Laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto koottiin teemahaastatteluun 2 viikon kuluessa ohjauksen päättymisestä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyyseillä.	Kipupotilaat kokivat selviytymistä tukevana tiedon saamisen, vertaisryhmän tuen, ohjaajan asiantuntevan roolin, omaisten osallistumisen ja turvallisen ilmapiirin. Omien vaikutusmahdollisuuksien tiedostaminen ja aktiivisuus lisääntyivät ja suhteessa perheeseen tapahtui myönteisiä muutoksia
4	Nonoyama, Mika L.; Holmes, Rosario; King, Judy & Brooks, Dina 2010 Kanada	Tarkoituksena Ottawan Lung Associationin COPD- ohjelman arviointi. (keuhkohtaumapotilaille suunniteltu omahoito-ohjelma) N=64. 42 naista, 22 miestä. ikä ka.74 vuotta	Ohjelmassa voi osallistua 2 tuntia kestävän ohjaukseen, niin usein ja niin kauan kuin haluaa. Yksilöllisesti räätälöity iikunta-ohjelma aerobista ja lihaskuntoharjoittelua. Kerran kuussa potilasopetusta COPD:sta sairautena, mahdollisuus sosiaaliseen tukeen. COPD-hoitaja tapaa osallistujat ohjelman alussa.	Kvantitatiivinen osuus: osallistumisaktiivisuus, liikuntaharjoitukset (määrä, kesto, rasitus, kotiharjoittelu) Laadullinen osuus: fokusryhmähaastattelut ohjelman vaikutuksista jokapäiväiseen elämään ja sairauteen, asiakastytyväisyys	Osallistujat oppivat miten tulla toimeen sairautensa kanssa ja hallita sitä. Fyysinen suorituskyky ja motivaatio lisääntyivät. Ryhmän tuki koettiin hyödyllisenä.
5	Nelson, Naomi; Wong Dorothy & Lai, Eugene 2011 Yhdysvallat	CDSMP:n pohjautuva omahoito-ohjelman soveltuvuus Parkinsonin tautia sairastaville veteraaneille ja heidän puolisoilleen n=20, joista 13 Parkinsonin tautia sairastavaa miestä ja 7 naispuolista-puolisoa, 59–85-vuotiaita, PT lievä tai kohtalainen	kuusi viikoittaista työpajaa, jotka perustuivat Stanfordin Yliopiston pitkäaikaissairauden omahoito-ohjelmaan (CDSMP) Jokainen ohjaukserä kesti 1,5 – 2 tuntia. Ohjaajina toimi kaksi tehtävään koulutettua psykologia, joista toisella itsellään Parkinsonin tauti	Kvantitatiivinen ja laadullinen, tiedot kyselylomakkein: -elämänlaatu (PDQ-8) -minäpystyvyyden -masennus (CES-D) -väsymys ja kipu, (muokattu VAS-asteikko) -viikoittainen liikuntamäärä -itsearviointi terveydentila Testit ohjelman alkaessa sekä 6 viikon ja 6 kuukauden kuluttua ohjelman päättymisestä	Osallistujat halukkaita sitoutumaan intensiiviseen intervention-ohjelmaan. Vertaistuki merkittävää. Ryhmän tuki motivoi sekä osallistumaan ryhmään että harjoittamaan omahoitoa. Kuitenkaan terveydentilan suhteen ei pystytty tunnistamaan merkittäviä muutoksia, koska ei pitkäaikaisseuranta ja PT luonteeltaan etenevä sairaus

6	Drenkard, C.; Dunlop-Thomas, C.; Easley, K.; Bao, G.; Brady, T. & Lim, SS 2012 Yhdysvallat	Afroamerikkalaiset, yli 18-vuotiaat, naispuoliset SLE-potilaat (systemic lupus erythematosus), n=45.	Ryhmäohjaus perustui CDSMP-ohjelmaan. Kuusi viikoittaista, 2,5 tunnin mittaista pienryhmäohjausta kuuden viikon ajan. Koulutetut vertaisohjaajat.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tulosuuttujina tutkittiin 1) terveydentilaa, 2) itse-pystyvyyttä, 3) omahoito-tapoja sekä 4) terveystal-veluiden käyttöä. Tietojen keräys mittauksin ja puhelinhaastatteluin.	Osallistujat raportoivat merkittäviä parannuksia pitkäai-kaissairauden hallinnassa ja itse-pystyvyydessä. Oireiden-hallinta, vuorovaikutus lää-kärin kanssa ja hoitoihin si-toutuminen paranivat. Fyysi-nen harjoittelu lisääntyi. Poliklinikkakäyntien määrä väheni.
7	Johnston, Sharon; Irving, Hannah; Mill, Karina; Rowan, Margo S & Liddy, Clare 2012 Kanada	Tutkittiin Stanfordin mal-lin ohjelmaan osallistu-neiden reaktioita ja ha-vaittuja vaikutuksia. n=20, joista 18:lla eri pit-käaikaissairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja ja reumasairauksia. Li-säksi kaksi omaishoita-jaa. 16 naista ja 4 miestä.	6 viikon ohjausohjelma Kuusi viikoittaista, 2,5 tunnin mittaista pienryhmäohjausta.	Laadullinen ja määrällinen tutkimus. Vuoden kuluttua ohjelmaan osallistumi-sesta fokusryhmä -kes-kustelut sekä kyselytutki-mukset ryhmäläisille. Ky-syttiin terveystalvelujen käytöstä sekä ohjelman it-searvioiduista vaikutuk-sista koko elämään ja omahoitomahdollisuuksiin.	Tulokset vaihtelivat osallistu-jittain; osalla vaikutus vain yhdellä osa-alueella, toisilla kaikilla elämänalueilla. Yli puolella osallistujista muu-toksia liikuntatottumuksissa. Sosiaalisten suhteiden mer-kitys lisääntyi. Elämänhallin-tataidot paranivat. Omahoi-don esteinä koettiin ongel-mat terveydenhoitojärjestel-män sekä vuorovaikutuk-sessa lääkärin kanssa.
8	Håkanson, Cecilia; Sahlberg-Blom, Eva; Ternstedt, Britt-Marie & Nyhlin, Henry 2012 Ruotsi	Tutkittiin ärtyvän suolen oireyhtymää sairastavien kokemuksia osallistumi-sesta ryhmämuotoiseen potilasohjaukseen, oh-jausohjelman vaikutukset jokapäiväiseen selviyty-miseen sairauden kanssa. n=31 22–71-vuotiaita, 27 naista ja 4 miestä	Ryhmäohjausta viitenä perät-täisenä päivänä, viisi tuntia ker-rallaan. Luentoja ja keskuste-lua. Ryhmässä 12–15 henkilöä gastroenterologin läheteellä. Käytännön harjoituksia. Psykologi, fysioterapeutti, sai-raanhoitajia, gastroenterologi, anestesioologi, ravitsemustera-apeutti, sairaalapappi	Laadullinen tutkimus. Fokusryhmähaastattelut 2-4 kk ohjelmaan osallis-tumisen jälkeen.	Vertaiskokemusten jakami-nen yhdessä tutkitun tiedon saannin kanssa kasvatti lä-hes kaikkien osallistujien ha-lukkuutta lisätä hyvinvointi-aan arjessa. Saatiin ylipäänsä uutta tietoa sairaudesta ja kehosta. Kyky tehdä tietoon perustu-via päätöksiä sen suhteen mitkä keinot auttavat nujerta-maan sairauteen liittyvät vai-keudet, parani. Ryhmäoh-jaus ei välttämättä sovi kai-kille

9	Arvidsson, Susann; Bergman, Stefan; Arvidsson, Barbro; Fridlund, Bengt & Tingström, Pia 2013 Ruotsi	Arvioitiin omahoitoa edistävää, aktiiviseen oppimiseen perustuvan ohjelman vaikutuksia. Kohteena reumasairaat (n=202) 21–78-vuotiaat. N=54 koe-ryhmässä ja n=148 kontrolliryhmässä.	Ohjausryhmiä 7, joissa kussakin 7-8 jäsentä. Ryhmä koontui 1,5 tunnin ajan, 10 kertaa yhden vuoden ajan. Ohjauksen aiheet käsittelivät kivunhallintaa, unihäiriöitä, heikkoutta, itseluottamusta, ihmissuhteita, rentoutumista, liikuntaa, lepoa, lääkitystä, ravitsemusta, päihteidenkäyttöä	Kvantitatiivinen, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Kyselylomakkein. Arvioinnin kohteena terveyteen liittyvä elämänlaatu, voimaantuminen ja omahoitokyky, koherenssin tunne, krooninen kipu, unen laatu ja väsymys	Koeryhmäläiset tilastollisesti merkitsevästi voimaantuneempia ohjelmaan osallistuttuaan. Arviolta 2/3 osallistujista kertoi muuttaneensa elintapaan ryhmään osallistumisen seurauksena.
10	Kroese, Floor M.; Adriaanse, Marieke A.; Vinkers, Charlotte D.W.; van de Schoot, Rens & de Ridder, Denise T.D. 2014 Alankomaat	Tutkittiin tyypin 2 diabeetikoiden omahoito-ohjelman pitkäaikaisvaikutuksia. Tyypin 2 diabeetikot, n=141 39–74-vuotiaita, 52.3 % miehiä	Alkuvaiheessa kolmen kuukauden ajan yksi yksilö- ja neljä ryhmä-ohjauskertaa (6–8 osallistujaa), kerran joka toinen viikko. Ohjaajana koulutettu ohjaaja. Lisätapaamiset 1, 3 ja 6 kuukauden kuluttua alkuvaiheen jälkeen, käsittäen kolme ryhmäkokoontumista. Alkuvaiheen ryhmäohjauksen aiheina ruokailutottumukset, liikunta ja lääkeasiat. Kotitehtäviä tapaamisten välillä.	Kvantitatiivinen tutkimus. 15 kk kestävä tutkimusjakso. Kyselyt: – ongelmanratkaisukyky – minäpystyvyys – diabeteksen omahoito – lääkehoidon noudattaminen – elintavat – fyysinen aktiivisuus – ruokailutottumukset Kliiniset tutkimukset: Hba1c, kolesteroli, verenrasvat, verenpaine, BMI	Osallistujien psykologiset ja käyttäytymismuutujat paraniivat aloitusvaiheessa ja vaikutukset säilyivät yli 12 kuukautta. Tehostusjakso ei tuonut lisäparannusta. Lääketieteellisten vaikutusten suhteen saatiin vaihtelevia tuloksia.

LIITE 2: Aineiston luokittelua.

Kokoavana käsitteenä ” Pitkäaikaissairauden omahoidon ryhmämuotoisen tukemisen tulokset”

PELKISTETYT ILMAUKSET

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

BMI aleni → Terveystila → Muutokset terveydentilassa
 paino aleni merkittävästi

verensokerin taso parani hieman

HbA1c taso parani

HDL-kolesteroli kohosi, LDL-kolesteroli laski

ei muutoksia triglyseridi-arvoissa

verenpaine: verenpaine aleni

ei muutosta itse arvioidussa terveydentilassa

väsymys lisääntyi

kipu pysyi ennallaan

omahoitokäyttäytyminen → Omahoitotavat

opittiin uusia omahoitokeinoja ja -tapoja

oma aktiivisuus lisääntyi

verensokerin seuranta lisääntyi

tavoitteiden asettaminen auttoi

sitoutuminen omahoitoon/hoitoihin yleensä parani

Muutokset käyttäytymisessä

motivaatio itsensä hoitamiseen lisääntyi

rentoutumisharjoituksista oli apua

jalkojenhoitoon ei vaikutusta

lääkehoidon noudattaminen parani

kommunikointi lääkärin kanssa helpottui

fyysinen aktiivisuus lisääntyi →

Terveystottumukset

liikuntaharjoitusten määrä kasvoi hieman

liikuntatottumuksissa tapahtui muutoksia

liikuntaharjoitukset eivät lisääntyneet

viikoittainen askelmäärä tai liikuntamäärä lisääntyi

fyysinen suorituskyky parantui

ruokavalio, ruokailutottumukset muuttuivat

nukkumisrutiinit muuttuivat, elintavoissa tapahtui muutoksia

