

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Tyypin I diabetesta sairastavan nuoren ohjausmenetelmät ja niiden vaikuttavuus

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
18.4.2008

Jussi Nevala
Antti Rautio
Sonja Sneitz



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Hoitotyö	
Tekijät			
Jussi Nevala, Antti Rautio ja Sonja Sneitz			
Työn nimi			
Tyypin I diabetesta sairastavan nuoren ohjaus			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	30 + 1 liite	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Diabeetikkojen määrä on lisääntynyt viime vuosina ja sairastuvuus on edelleen nousussa. Ohjaus on tämän päivän hoitotyössä yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä taidoista. Tätä aihetta on siis ajankohtaista käsitellä. Työ kuuluu osana Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektiä. Tarkoituksena on ollut selvittää mitä eri ohjausmenetelmiä on käytössä kun ohjataan tyypin I diabetekseen sairastunutta nuorta ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet nuorten voimaantumiseen ja omahoitoon sitoutumiseen. Työ on rajattu käsittelemään 13-18 vuotiaiden nuorten ohjausta.</p> <p>Työ on tehty soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuushaut tehtiin Helka, Kurre, Ovid (CINAHL ja MEDLINE) sekä Medic tietokannoista. Työhön on koottu mahdollisimman kattavasti aihetta käsitteleviä tieteellisiä julkaisuja. Tutkimusaineisto koostuu yhteensä 17 tieteellisestä artikkelista, pro graduista ja väitöskirjoista.</p> <p>Kirjallisuuden mukaan tyypin I diabeteksen ohjausmenetelmiä ovat: yksilö- ja ryhmäohjaus, suullinen ja kirjallinen ohjaus, diabetesleirit ja sopeutumisvalmennuskurssit, puhelin- ja sähköpostiohjaus, demonstraatio ja käytännönharjoittelu, audiovisuaalinen ohjaus, ongelmaperustainen oppiminen eli PBL (problem based learning) sekä empowerment-ajattelutapaan perustuva viiden askeleen ohjausmalli. Tutkimusten mukaan potilaat arvostavat enemmän yksilöohjausta. Sairauden hyväksymisen ja sopeutumisen kannalta erityisen tärkeää nuorille on ryhmältä saatu tuki, jota on mahdollista saada muun muassa sopeutumisvalmennuskursseilla. Kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu olevan vaikuttava ja taloudellinen menetelmä, kun se on tukemassa suullista ohjausta. Puhelinohjaus on vartenotettava tapa antaa ohjausta diabeetikoille, varsinkin niille jotka eivät ole lähellä terveyspalveluita. Tutkimuksista tuli myös esille, että potilaat halusivat ohjausmateriaalia myös videoina, koska se auttaa heitä havainnollistamisessa. Verrattaessa PBL-ohjausta saaneita nuoria yksilöohjausta saaneisiin diabeetikoihin, oli PBL-ohjauksessa olevat nuoret sitoutuneempia hoitoon. Nuorten hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa myös perheeltä ja kavereilta saatu tuki sekä hoitohenkilökunnalta saatu tuki.</p> <p>Diabetesohjausta voidaan toteuttaa monella eri menetelmällä. Ohjausmenetelmistä löytyy vaihtelevasti syventävää tietoa. Tutkimuksellista tietoa tarvitaan lisää ohjausmenetelmien käytännön toteutuksesta ja niiden vaikutuksesta nuoren omahoitoon sitoutumiseen.</p>			
Avainsanat			
tyypin 1 diabetes, ohjausmenetelmät, omahoito, voimaantuminen			



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Authors Jussi Nevala, Antti Rautio and Sonja Sneitz			
Title Patient Education for Adolescents Suffering from Type 1 Diabetes			
Type of Work Final Project	Date Spring 2008	Pages 30 + 1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The amount of diabetics has increased during the last years and the morbidity is still rising. Counselling is one of the most important skills in today`s nursing practice. Therefore it is a current topic. Our work was a part of a project on the patient education of children, adolescents and families with children. The purpose of our study to find out what kind of methods were used in instructing a young person with type 1 diabetes and, moreover, to find out what factors had an impact on the empowerment and commitment to self-care of the young people. The work was limited to deal with the patient education of teenagers, i.e. the persons between the age of 13 and 18.</p> <p>The work was done by applying a systematic literature review. The literature searches were made from Helka, Kurre, Ovid (CINAHL and MEDLINE) and Medic databases. The material consisted of 17 nursing science publications, scientific articles, master´s theses and doctoral dissertations.</p> <p>According to the literature, the counselling methods of the type 1 diabetes were: individual and group counselling, verbal and written patient education, diabetes camps and adjustment training courses, problem-based learning (PBL) and a five-step guidance model based on the empowerment way of thinking. Likewise, the patients appreciated more the individual patient education. In order to accept the condition and adapt oneself to it, the support given by a group was specially important. It was possible to get this kind of support in adjustment training courses, for instance. Written patient education material was found out to be an impressive and economical method when it supported verbal instructions. Telephone counselling was a respectable way of giving instructions to diabetics, particularly to those who lived far away from health services. It also came out from the researches that the patients wanted to have visual material such as videos. When comparing the young persons who had got PBL-guidance with those diabetics who had got individual guidance, the young persons with PBL-guidance were more committed to the treatment. The support from nurses, families and friends affected the adolescent`s commitment to their treatment.</p> <p>Diabetes counselling may be done with many different methods. Deeper knowledge of counselling methods was found varied. More knowledge is needed of practical implementation and its influence on adolescents` commitment to self-care.</p>			
Keywords type 1 diabetes, counselling methods, self-care, empowerment			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET	2
3 TYÖN KESKEISET KÄSITTEET	2
3.1 Diabetes	2
3.2 Tyypin 1 diabeteksen omahoito	4
3.3 Voimaantuminen	6
3.4 Ohjaus	7
4 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS TYÖN MENETELMÄNÄ	9
5 AINEISTONKERUU JA TUTKIMUSAINEISTO	10
5.1 Alkuperäistutkimusten haku ja sisäänottokriteerit	10
5.2 Alkuperäistutkimusten valinta	11
5.3 Aineiston analyysi	12
6 TULOKSET	12
6.1 Eri ohjausmenetelmiä ja -tapoja	12
6.1.1 Yksilöohjaus	13
6.1.2 Ryhmäohjaus	13
6.1.3 Suullinen ja kirjallinen ohjaus	14
6.1.4 Diabetesleirit ja sopeutumisvalmennuskurssit	14
6.1.5 Puhelin- ja sähköpostiohjaus	15
6.1.6 Demonstraatio ja käytännönharjoittelu	15
6.1.7 Audiovisuaalinen ohjaus	15
6.1.8 Ongelmaperustainen oppiminen (PBL)	16
6.2 Eri ohjausmenetelmien ja tapojen vaikuttavuus nuoren voimaantumiseen ja omahoitoon sitoutumiseen	17
6.2.1 Yksilö- ja ryhmäohjauksen vaikuttavuus	18
6.2.2 Kirjallisen ohjausmateriaalin vaikuttavuus	19
6.2.3 Diabetesleirien ja sopeutumisvalmennuskurssien vaikuttavuus	19
6.2.4 Puhelin- ja sähköpostiohjauksen vaikuttavuus	19
6.2.5 Audiovisuaalisen ohjauksen vaikuttavuus	20
6.2.6 Ongelmaperustaisen oppimisen vaikuttavuus	20
6.2.7 Muut vaikuttavat tekijät nuoren omahoitoon sitoutumiseen	21
6.2.7.1 Perheenjäseniltä ja kavereilta saatu tuki	21
6.2.7.2 Vertaistuki	22
6.2.7.3 Hoitohenkilökunnalta saatu tuki	22
6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista	23
7 POHDINTA	25
7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	25
7.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	26
7.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia	27
LÄHTEET	28
TUTKIMUSAINEISTO	29
LIITE 1	

1 JOHDANTO

Diabeteksestä on muodostunut yksi yleisimmistä kansantaudeistamme. Diabeetikkojen määrä kasvaa koko ajan ja siitä syystä tarvitaan jatkuvasti sen hoitamiseen suuria voimavaroja. (Niemi – Winell 2005: 9.) Tyypin 1 diabetesta sairastavien määrä on kasvanut Suomessa 70-luvulta lähtien. Kehityksen myötä diabeteksen hoito on käynyt yhä vaativammaksi. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että diabeetikko saa tarpeeksi huolellista ja kattavaa ohjausta, jotta hän osaa hoitaa itseään. (Tulokas – Paasikivi – Pehkonen – Suontaka-Jamalainen – Vilppo 2002: 3.)

Opinnäytetyö kuuluu Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektiin. Projekti käynnistyi Helsingissä keväällä 2007. Hankkeessa ovat yhteistyössä Helsingin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelma sekä Jorvin sairaalan lastenosastot. Hanke toteutetaan vuosien 2007–2010 välillä. Projektin tarkoituksena on tuoda esille ohjauksen vaikuttavuutta lasten, nuorten ja perheiden voimaantumisessa.

Projekti on kolmivaiheinen. Työ kuuluu projektin ensimmäiseen vaiheeseen, jossa tarkoituksena on tuoda esille olemassa olevaa tutkimus- ja teoretietoa siitä mitä on lapsen, nuoren ja lapsiperheen voimaannuttava ohjaus. Tämän työn aiheeksi on tarkennettu tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoidon ohjauksen eri menetelmät. Työn menetelmänä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jota sovelletaan työssä. Projektin toisessa vaiheessa on tarkoitus kokeilla ja kehittää käytännössä erilaisia lähestymistapoja ohjaukseen. Projektin lopussa on tavoitteena tuottaa vaikuttavan ohjauksen malli liittyen sekä erilaisiin lasten ja nuorten sairauksiin että lapsiperheiden ohjaukseen. Ensimmäiset opinnäytteet aiheesta valmistuvat kevään 2008 aikana.

Halusimme tehdä opinnäytetyömme diabetekseen sairastuneen nuoren ohjauksesta, koska aihe on mielestämme mielenkiintoinen ja selkeästi erittäin ajankohtainen. Ohjaaminen on myös tämän päivän sairaanhoidossa sairaanhoitajan yksi tärkeimmistä taidoista, joten hyödyimme itse opinnäytetyöstämme tulevana sairaanhoitajina. Toivomme, että valmiista työstämme olisi hyötyä sekä hoitohenkilökunnalle, että opiskelijoille.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkoitus on selvittää ja tuoda esille mitä eri ohjausmenetelmiä on käytössä ohjatessa diabetekseen sairastunutta nuorta. Työssä nuori on rajattu tarkoittamaan ikävuosia 13–18. Tavoite on tuottaa lisää syventävää tietoa hoitajille erilaisista ohjausmenetelmistä ja tavoista. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten eri ohjausmenetelmät ovat vaikuttaneet nuorten voimaantumiseen sekä mitkä muut tekijät vaikuttavat nuoren omahoitoon sitoutumiseen. Tarkoituksena on myös oppia lisää aiheesta ja saada valmiuksia sairaanhoitajan työhön.

Työ toteutetaan kirjallisuuskatsauksena johon kootaan yhteen kattavasti aihetta käsitteleviä tieteellisiä julkaisuja. Työ luovutetaan valmistuttuaan Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus -projektin käyttöön. Tavoitteena on lisäksi kuvailla mitä jatkotutkimusaiheita työn pohjalta tulee esille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä eri ohjausmenetelmiä ja -tapoja on käytössä ohjatessa diabetekseen sairastunutta nuorta?
2. Miten eri ohjausmenetelmät ja muut tekijät vaikuttavat nuorten voimaantumiseen tyypin 1 diabeteksen omahoidossa?

3 TYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Työn keskeiset käsitteet ovat: *diabetes, tyypin 1 diabeteksen omahoito, voimaantuminen ja ohjaus.*

3.1 Diabetes

Kelan tilastojen sekä Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan Suomessa oli vuonna 2000 arviolta 196 500 diabeetikkoa. Samojen tietolähteiden mukaan määrä oli vuonna 2003 jo 220 000. (Niemi – Winell 2005: 11.) Vuonna 2005 diabetes oli todettu Suomessa jo lähes 265 000 ihmisellä. Tyypin 1 diabetesta heistä sairasti noin

32 000 ja loput tyypin 2 diabetesta. Koko maailmassa on arvioitu olevan jo yli 150 miljoonaa diabeetikkoa, joista valtaosa eli 80–90 % sairastaa tyypin 2 diabetesta. Vuoteen 2025 mennessä on ennustettu diabetesta sairastavien kokonaismäärän nousevan 300 miljoonaan. (Diabetes 2006: 11–12.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee sokeritaudin eli diabetes mellituksen etiologialtaan monisyiseksi sairaudeksi (Niemi – Winell 2005: 10). Diabetes on sairaus, jossa plasman glukoosipitoisuus on kroonisesti suurentunut. Tautiin voi liittyä äkillisiä ja kroonisia komplikaatioita, jotka oleellisesti vaikuttavat potilaan elämänlaatuun ja ennusteeseen. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus.) Diabetekseen saattaa liittyä myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen (Diabetes 2006: 8). Diabetes jaetaan kahteen eri päätyyppiin; tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi muun muassa tyypit LADA ja MODY muodostavat oman spesifisten diabetestyyppien ryhmän. (Niemi – Winell 2005: 10.)

Tyypin 1 diabeteksen syntyyn vaikuttaa tietyyntyyppinen perimä ja ympäristötekijät yhdessä (Raappana – Åstedt-Kurki – Tarkka – Paavilainen – Paunonen-Ilmonen 2002: 75). Ympäristötekijöinä pidetään muun muassa virustulehduksia, varhaislapsuuden ruokavaliota ja ympäristömyrkyjä. Sairastuminen tyypin 1 diabetekseen johtuu perinnöllisistä syistä noin 30–50 %:ssa tapauksista. Silti noin 90 %:lla vastasairastuneilla diabeetikoilla ei ole todettu lähisuvussa tyypin 1 diabetesta. Tyypin 1 diabetes syntyy vasta kun diabetekselle altistavat ympäristötekijät ja periytyvä alttius kohtaavat. Sairauden syntymekanismia ja laukaisevia tekijöitä selvitetään tällä hetkellä lukuisissa tutkimuksissa. Tyypilliset oireet tyypin 1 diabetekselle, kuten virtsamäärien kasvaminen, jano ja väsymys alkavat, kun insuliinia tuottavista beetasoluista on jäljellä 10–20 %. Oireet ovat yleensä selkeät ja kehittyvät alettuaan nopeasti, muutaman päivän tai viikon kuluessa. Sairauden toteamisen viivästyminen johtaa happomyrkytykseen eli ketoasidoosiin. (Diabetes 2006: 13–14, 26–27.)

Pääsääntöisesti tyypin 1 diabetekseen sairastutaan alle 35-vuotiaana, mutta siihen voi sairastua myös vanhempana. Tyypin 1 diabeteksessa haiman Langerhansin saarekesolut tuhoutuvat autoimmuunitulehduksen seurauksena, tämä johtaa aina täydelliseen insuliinin puuttumiseen elimistöstä. Autoimmuunitulehduksessa elimistön omat puolustusolut rupeavat virheellisesti tuhoamaan omia solujaan. Insuliinin puuttumisen johdosta tyypin 1 diabetesta sairastava henkilö on täysin riippuvainen pistöksinä saadusta insuliinista. (Diabetes 2006: 13–14.)

3.2 Tyypin 1 diabeteksen omahoito

Diabeteksen hoito perustuu diabetesta sairastavan itsensä toteuttamaan päivittäiseen hoitoon, jota nimitetään omahoidoksi. Hyvä omahoito edellyttää nuorelta hoidon osaamista sekä kykyä tarvittavien hoitoratkaisujen tekemiseen verensokerimääritysten perusteella. (Raappana ym. 2002: 75.) Tyypin 1 diabeteksen hoidossa lähdetään liikkeelle diabeetikon normaalista arkipäivästä ja pyritään suunnittelemaan siihen sopiva hoitomuoto. Tyypin 1 diabeteksen hoidossa tavoitteena on ehkäistä diabeteksen akuutteja komplikaatioita ja lisäsairauksia sekä taata potilaan oireettomuus. Tavoitteena on myös diabeetikon hyvä omahoidon hallinta, mahdollisimman joustava diabeteksen hoito, joka ei rajoita diabeetikon elämää liikaa sekä hyvä elämän laatu. (Härmä-Rodriguez 2002: 16; Diabeteksen Käypä hoito -suositus.) Hoito edellyttää insuliinin, ruoan, liikunnan ja verensokerin yhteensovittamista. Lisäksi hoitoon kuuluu jalkojenhoito ja omaseuranta. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008: 4; Raappana 1999: 10.)

Nuoren diabeetikon insuliinihoito voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Insuliinipistosten määrää vaihdellaan insuliinin vaikutusajan, insuliinintarpeen ja imeytymisen mukaan. Tavallisimmin insuliini annostellaan ihon alle 2-6 pistoksena päivittäin. Insuliinin annostelun tavoitteena on insuliinin, syömisestä ja energiankulutuksen yhteisvaikutuksena, että veren glukoosipitoisuus pysyy koko ajan normaalina. Lisäksi tärkeää on, että hoito häiritsee mahdollisimman vähän potilaan elämää. Perusedellytys onnistuneelle insuliinihoidolle on riittävä perusinsuliinin vaikutus, jota tarvitaan perusaineenvaihdunnan ylläpitämiseen. Tarvitaan myös riittävät määrät ateriainsuliinia kattamaan ravinnon aiheuttama insuliinin tarve. Insuliinin tarve kasvaa murrosiässä, tämä johtuu hormonaalisista muutoksista, jotka vähentävät kudosten insuliiniherkkyyttä. Nuoren elämäntavat, ruokatottumukset ja niiden säännöllisyys vaikuttavat nuoren insuliinihoidon toteutukseen. Yleensä nuori tarvitsee tiheämpää seurantaa insuliinihoidon toteuttamisessa. (Diabeetikon ruokavaliosuositus; Raappana 1999: 9; Näntö-Salonen ym. 2004: 387.)

Nuoruustyyppin diabeetikolle sopii sairauden alkuvaiheessa yleensä hyvin yksipistohoito, koska insuliinituotantoa on vielä jäljellä. Säännöllistä elämää viettäville sopii kaksipistohoito. Kolmipistohoito antaa jo mahdollisuuksia mm. ruoka-aikojen muuttamiseen. Monipistohoito on useimmille nuorille paras hoito vaihtoehto, joka toteutetaan yksilöllisesti ja siinä otetaan huomioon aterioiden hiilihydraattimäärä ja hyödynnetään omaseuranta. Monipistohoidossa käytetään pitkävaikutteista insuliinia, jonka annostelu vaihtelee yhdestä kolmeen pistokseen päivässä. Ruokailussa lisääntynyt insuliinitarve

korvataan, joko lyhytvaikutteisella insuliinilla tai pikainsuliinilla. Nuoren käyttäessä pitkävaikutteista insuliinia ei välipaloja välttämättä tarvita, aterioiden kokoa voidaan vaihtaa ja fyysiset rasitukset voidaan ennakoita muuttamalla insuliiniannoksia. Diabeetikkuuoreen mahdollisuus joustaa ja muuttaa hoitoa hänen elämänrytmiin sopivaksi edellyttää aina insuliinin vaikutusaikojen ymmärtämistä, tietoa ravinnon ja liikunnan, etenkin hiilihydraattien vaikutuksesta verensokeriin ja hyvää omaseurantaa. (Raappana 1999: 9.)

Diabeetikon ruokavaliosuositus ei laadullisesti eroa siitä, mitä suositellaan koko väestölle. Yleissuosituksena on vähärasvainen ruokavalio. Proteiinien osuus suositellaan olevan 10–20 %, hiilihydraattien osuus 45–60 % ja rasvan osuus 25–35 % kokonaisenergiasta. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008: 4, 10.) Diabeetikkuuorten ravitsemusta selvittäneessä tutkimuksessa on huomattu että, ruokailutottumukset ovat muuttuneet epäedullisemmiksi uusitun ruokavaliosuosituksen jälkeen. Murrosiässä ruokavalio muuttuu rasvaisemmaksi sekä vähemmän vitamiineja, kuituja ja kivennäisaineita sisältäväksi. Erityisesti tyttöjen ruokavalio köyhtyy murrosiässä kasvisten ja ravintokuitujen osalta. Ylipainon kehittyminen ja siitä johtuva hoitotasapainon horjuminen on haaste diabeetikkuuoreen hoidossa. (Raappana 1999: 9–10).

Ruokavalion ja insuliinihoidon onnistunut yhteensovittaminen edellyttää kykyä arvioida ruokien annoskoot ja hiilihydraattimäärät. Apua saa hiilihydraattitaulukoista ja pakkausmerkinnöistä. Aterian yhteydessä pistettävän lyhytvaikutteisen insuliinin tai pikainsuliinin määrään vaikuttaa aterian hiilihydraattimäärä, verenglukoositaso sekä mahdollinen liikunta ennen ja/tai jälkeen aterian. Ateriainsuliinin tarve on yleensä yksi yksikkö kymmentä hiilihydraattia kohti, tarve vaihtelee aikuisilla ja nuorilla puolesta yksiköstä kahteen yksikköön. Aamulla insuliinin tarve on usein suurempi kuin iltapäivällä ja illalla. Insuliiniannoksen sopivuus voidaan tarkistaa verensokerin mittauksella noin 1,5 tuntia aterian jälkeen. (Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008: 14.)

Säännöllisesti harrastettu liikunta lisää glukoosin hyväksikäyttöä, parantaa insuliiniherkkyyttä, ja vaikuttaa näin hoitotasapainoon. Liikunta ehkäisee painonnousua ja vähentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Liikuntaa ei pidetä nuoruusiän diabeteksen hoitokeinona vaan pikemmin luonnollisena osana elämää. Hyvä hoitotasapaino edesauttaa alaraajojen hermojen toiminnan ja valtimoverenkierron toiminnan säilymistä, tämä on edellytys jalkojen hyvälle kunnolle. Diabeetikon omatoiminen päivittäinen jalkojen perushoito, jalkojen tutkiminen sekä riittävän väljien kenkien pitäminen ovat vält-

tämättömiä toimenpiteitä vaikeiden jalkavaurioiden ehkäisemiseksi. (Raappana 1999: 10.)

Diabeteksen hoitoa suunniteltaessa nuoren elämäntilanteeseen sopivaksi on omaseuranta tässä tärkeä apuväline. Omaseurantaan kuuluu subjektiivisen voinnin seuraaminen, verensokerin, virtsan ketoaineiden seuranta sekä painon tarkkailu. Keskeisin omaseurannan keino on verensokerin mittaus. (Raappana 1999: 10.) Jos nuori tarvitsee omahoidon tehostamista, ovat tiheät kontaktit hoitopaikkaan erityisen tärkeitä. Vastaanottoikäntien lisäämisen mahdollisuudet ovat rajalliset, joten on hyvä muistaa puhelin-, tekstiviesti-, sähköposti- ja faksikontaktin mahdollisuus omahoidon tehostamisessa. (Näntö-Salonen ym. 2004: 390.)

Sokeritasapainoa mitattiin 1960-luvun lopussa vielä virtsakokeella ja diabeteksen hoitona oli aamulla pistettävä annos eläininsuliinia. Myöhemmin suositeltiin pitkävaikutteisen insuliinin jakamista kahteen päiväannokseen. Kolmipistoshoito oli seuraava edistysaskel, jossa lyhytvaikutteinen insuliini kuului luonnollisena osana tyypin 1 diabeteksen hoitoon. 1980-luvun alussa diabeetikko pystyi jo seuraamaan omia verensokeriarvojaan, välineiden kehittymisen ansiosta. Monipistoshoito ja verensokerin omaseuranta, sekä parempi sokeritasapaino ovat tuoneet lisää vapautta tyypin 1 diabetesta omahoidon. Tänä päivänä insuliinihoito suunnitellaan jokaiselle omaan elämänrytmiin ja ruokailuun sopivaksi. Diabeetikko voi hoitamisen opittuaan päättää itse insuliiniannoksistaan suhteessa ravintoon ja liikuntaan. (Diabetes 2006: 24.)

3.3 Voimaantuminen

Voimaantuminen -käsitettä käytetään synonyymina englanninkieliselle empowerment-käsitteelle. Voimaantuminen on ihmisen sisäisiä voimavaroja ja vastuullista luovuutta vapauttavaa voimantunnetta. (Siitonen 1999: 60, 91.) Voimaantuminen on sosiaalinen prosessi, jossa tunnistetaan ja edistetään ihmisen kykyä tunnistaa tarpeitaan, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä voimavaroja, joiden avulla hän voi hallita elämäänsä (Uusitalo 2003: 7). Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa käyttöönsä (Siitonen 1999: 93).

Terveystieteissä voimaantumisen on alun perin tarkoitettu työntekijöiden sisäistä voimaantumista ja sen vahvistumisprosessia. Väsyminen, loppuun palaminen ja uupuminen ovat tällöin olleet voimaantumisen vastakohtina. Nykyään käsitteen käyttö on

laajentunut koskemaan myös terveydenhuollon asiakkaita ja heidän kyvykkyyttään osallistua yhteisöjen toimintaan, kykyyn tehdä tietoisia päätöksiä ja valintoja sekä kykyyn ilmaista tunteita tarkoituksenmukaisesti ja monipuolisesti. Yksilön ja perheen terveys on terveyden edistämisen näkökulmasta voimaantumisen päätavoite. Suurimmat ongelmat voimaantumisen -käsitteen käytössä terveydenhuollossa liittyvät sen selkiyttämiseen ja käsitteen psykologisten, filosofisten ja sosiaalisten lähtökohtien huomioimiseen. Voimaantumisella ei ole yksiselitteistä määritelmää, vaan sen sisältö riippuu aiheyhteydestä. (Lind – Saarikoski – Koivuniemi 2006: 83–84.)

3.4 Ohjaus

Ohjaus -käsitettä on käytetty hoitotieteessä paljon. Se on esiintynyt rinnakkain ja synonyymina neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa. (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 250.) Ohjaus käsitetään myös useimmiten ohjaamisena, neuvojen antamisena ja kehottamisena. Ohjaus voidaan myös määritellä opetus- ja ihmissuhdeammateissa käytettäväksi ammatillisen keskustelun työmenetelmäksi tai potilaan ja hoitohenkilökunnan edustajan väliseksi tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi, joka on riittävin resurssein toteutettuna, vaikuttavaa ja riittävää. Ohjauksen kohteena voi olla yksilö, ryhmä tai isompi yhteisö. Ohjauksen tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi ja selviytyväksi (Onnismaa – Pasanen – Spangar 2000: 6; Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 209; Kääriäinen 2007: 5.) Ohjaus-käsitteen seurauksiksi on nimetty oppiminen, voimaantuminen, itseohjautuvuuden kasvu, terveyden edistäminen sekä kansantalouden säästöt (Kääriäinen – Kyngäs 2005a: 250).

Sana ohjaus on useimmiten käännetty englanniksi ”counselling”. Sana on saanut alkunsa ammatinvalintaan tarjotusta avusta. (Vehviläinen 2001: 14.) Potilaan ohjaukseen liittyen on tehty suomenkielinen käännös jo vuonna 1972, joka on englanninkielisestä teoksesta ”The process of patient teaching in nursing” vuodelta 1968. Tällöin ei vielä ollut kyseisestä aiheesta suomenkielistä kirjallisuutta. (Redman 1972: 4–5.) Kun sanaa counselling käytetään, sillä tarkoitetaan erilaisten ongelmien ratkaisemiseen tähtäävää palvelua ja ammattikäytäntöä. Käsite ohjaus on sen sijaan kehittymässä suuntaan, jossa ei ole mielekäästä puhua yhdestä käytännöstä, vaan eri ammattikäytäntöjen piirteitä yhdistelevästä toimintatapojen, lähestymistapojen sekä työmenetelmien joukosta. (Vehviläinen 2001: 14–15.)

Ohjausmenetelmiä ovat perinteisesti käytetyt yksilöohjaus ja ryhmäohjaus erilaisin keinoin, kuten muun muassa luennoimalla, käytännön harjoittelun avulla sekä kirjallisin että audiovisuaalisin avuin. Hieman uudempana ohjausmenetelmänä käyttöön on otettu ongelmaperustainen ohjaus eli PBL (Problem based learning), jota on sitäkin käytetty jo vuosikymmenten ajan. Ongelmaperustainen ohjaus on yleensä toteutettu ryhmätyöskentelynä, jonka etuja ovat muun muassa kokemusten jakaminen ja vertaistuki. Ohjauksen on todettu vaikuttavan positiivisesti muun muassa potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 208; Tulokas 2001: 46–47; Näntö-Salonen ym. 2004: 390.)

Oikean ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä siitä, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tavoite. On arvioitu, että asiakkaat muistavat näkemästään ohjauksesta 75 prosenttia ja 10 prosenttia siitä mitä kuulevat. Molempia havainnointikeinoja käyttäen asiakkaat muistavat 90 prosenttia. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan mikä omaksumistapa on asiakkaalle ominaisin. (Kyngäs ym. 2007: 73.) Potilasohjauksessa korostuu luottamus potilaan omaan kokemukseen ja asiantuntemukseen omassa asiassaan. Lisäksi tärkeää on saada potilas ja hänen omaisensa yhteistyöhön sekä huomioitava ohjauksen tarkoituksenmukainen ajoitus, jatkuvuus ja kesto. (Mattila 1996: 26.) Liimataisen ym. (2005) mukaan potilasohjauksen kehittämisen lähtökohtana on ollut voimavarakeskeisyys (empowerment). Empowerment on usein suomennettu myös voimaantumiseksi. (Liimatainen – Hautala – Perko 2005: 7.)

Hyvä yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä ei ole itsestäänselvyys. Se vaatii molemmilta osapuolilta toisiinsa tutustumista, toistensa kunnioittamista ja empaattisuutta, aitoa läsnäoloa, ymmärtäväisyyttä sekä luottamusta. Lisäksi se vaatii toistensa hyväksymistä ja vastuullisuutta, sekä kehittymisen ja kasvun tukemista. Vuorovaikutus toimii siis auttamisen välineenä. Diabeteksen hoidonohjaus diabeetikolle on ohjaajan ja diabeetikon välistä vuorovaikutusta, yhdessä oppimista, diabeetikon itseohjautuvuuden kasvun tukemista sekä tietojen ja psykososiaalisen tuen antamista. (Himanen 2002: 29.) Ohjauksessa tulee huomioida kunkin nuoren yksilöllinen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kehitystaso, tarpeet ja tapa oppia (Näntö-Salonen ym. 2004: 390).

4 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS TYÖN MENETELMÄNÄ

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen menetelmä, jolla kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä yhdistetään tuloksia jostakin rajatusta ilmiöstä mahdollisimman kattavasti. Systemaattinen tarkoittaa, että toimitaan ennalta määritellyn suunnitelman mukaisesti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus muodostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, niiden valinnasta sekä laadun arvioinnista. Lisäksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu alkuperäistutkimusten analysointi sekä tulosten esittäminen. Sen jokaiseen vaiheeseen kuuluu lisäksi täsmällinen raportointi, jotta tieteellisen tutkimuksen periaatteet säilyvät. Tärkeää on myös kirjata kaikki mahdolliset poikkeamat tutkimussuunnitelmasta, jotta systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi toistettavissa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37, 39.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etenemistä ohjaa koko prosessin ajan sen ensimmäisessä vaiheessa tehty yksityiskohtainen tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmaan kuuluu määritellä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset, menetelmät ja suunnitelma alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Tutkimussuunnitelmaan kuuluu myös määritellä alkuperäistutkimusten laatuksiteerit sekä menetelmät näiden yhdistämiselle. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39.)

Tutkimuskysymysten määrittäminen tarkoittaa tutkimusaiheen rajaamista siihen, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella halutaan vastata. Alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti perustuen aiemmin tehtyihin tutkimuskysymyksiin. Alkuperäistutkimusten haussa on tärkeää, että haut kohdistetaan niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Hakujen kattavuuden kannalta oleellista on, että alkuperäistutkimusten hakuja tehdään sekä sähköisesti eri tietokannoista että manuaalisesti. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39–40.)

Ennen hyväksytyjen tutkimusten varsinaista valintaa, systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa määritellään alkuperäistutkimuksille tarkat sisäänottokriteerit, jotka perustuvat jo määriteltyihin tutkimuskysymyksiin. Niillä voidaan rajata esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä ja tutkimuskohdetta, niiden tuloksia tai laatutekijöitä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 41.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja hylättävien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain. Alkuperäistutkimusten valinta perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Kaikista alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot, ne jotka vastaavat sisäänottokriteereitä hyväksytään mukaan. Mikäli vastaus ei selviä otsikosta, tehdään valinta tiivistelmän tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Tekijöiden on kirjattava ylös hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimusten lukumäärät sekä myös perustella syyt hylkäämiselle. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota myös valittujen alkuperäistutkimusten laatuun, sillä pyritään myös lisäämään luotettavuutta. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 41–42.)

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

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on todistettu olevan luotettavimpia ja pätevimpiä tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa. Sen avulla voidaan tuoda esille mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, ehkäistä uusien tarpeettomien tutkimusten käynnistämistä, sekä osoittaa ja lisätä hoitotieteellisten alkuperäistutkimusten tarvetta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan siis koota, jäsentää ja arvioida olemassa olevaa systematisoimatonta tutkimustietoa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 44.)

5 AINEISTONKERUU JA TUTKIMUSAINEISTO

5.1 Alkuperäistutkimusten haku ja sisäänottokriteerit

Opinnäytetyö on sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus diabetekseen sairastuneen nuoren eri ohjausmenetelmistä. Lähdeaineistoon tutustumisen aloitettiin etsimällä tieteellisiä julkaisuja muun muassa sosiaali- ja terveysalan kirjaston eri tietokannoista. Aineistoa haettaessa käytettiin tietokantoja: Helka, Kurre, Ovid (CINAHL ja MEDLI-

NE) sekä Medic. Hakusanoina käytettiin asiasanoja ja fraaseja: diabet?, diabeet?, potilasoh?, potilasneu?, ohjau?, neuvon?, counsel?, education?, nuor?, nuort?, adolescen?, ”pediatric”, ”patient education”, ”potilaan opettaminen”, ”diabetes education” sekä ”diabetes education method”.

Sisäänottokriteereitä ovat, että tutkimusten on oltava suomen- tai englanninkielisiä tieteellisiä tutkimusartikkeleita, pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja tai muita tieteellisiä tutkimuksia. Tutkimusten tulee olla vuodelta 1998 tai uudempia. Lisäksi tutkimuksen tulee sisältää tietoa, joko otsikossa tai tiivistelmässä, selkeästi tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoidosta ja siinä käytettäviä eri ohjausmenetelmiä tai eri ohjausmenetelmien vaikutuksesta nuoren omahoitoon. Aiheen on selkeästi liityttävä ainakin toiseen tutkimuskysymykseen. Aineiston tulee käsitellä pääosin vain tyypin 1 diabetesta.

Pelkällä diabet? diabeet? haulla saatiin tuloksiksi useita satoja nimekkeitä (Kurre 308, Helka 999), diabet*, diabeet* (Medic 1874 viitettä) ja Ovid (CINAHL) asiasanalla Diabetes Mellitus 12202. Yhdistämällä tarkennetussa haussa diabet? diabeet? sanoihin ohjau? neuvon? counsel? saatiin rajattua nimekkeitä paremmin sopiviksi (Kurre 37, Helka 19, Medic 18). Samoin yhdistämällä asiasanat nuor? nuort? adolescen? asiasanoihin ohjau? neuvon? counsel? tuloksia tuli vähemmän (Kurre 108, Helka 111, Medic 28). Aineistoa etsittiin myös fraaseilla patient education (Kurre 93, Helka 243) ja potilaan opettaminen (Kurre 3, Helka 2). Ovidissa (CINAHL) asiasanat Diabetes Mellitus, Counselling ja Adolescence yhdistettiin ja tulokseksi saatiin kuusi artikkelia. Ovidissa (MEDLINE) yhdistettiin asiasanat diabetes ja education ja tuloksena löytyi 23 artikkelia. Yhdistämällä asiasana methods edellisiin sanoihin ei tullut yhtään hakutulosta. Ovidissa (MEDLINE) asiasanalla pediatrics löytyi 11549 artikkelia. Ovidissa (MEDLINE) yhdistämällä asiasanat pediatrics ja education löytyi 35 tutkimusta, yhdistämällä pediatrics ja diabetes mellitus löytyi 26 tutkimusta. Yhdistämällä asiasanat pediatrics, diabetes mellitus ja education ei löytynyt yhtään tutkimusta.

5.2 Alkuperäistutkimusten valinta

Hakuprosessista saaduista tutkimuksista alettiin muodostamaan lopullista tutkimusaineistoa, otsikon ja sisäänottokriteereiden perusteella. Tutkimusaineiston hankinnassa hyödynnettiin myös löydettyjen tutkimusten kirjallisuusluetteloita. Näiden vaiheiden jälkeen aiheeseen liittyviä tutkimuksia, väitöskirjoja tai tutkimusartikkeleita oli yhteensä 38, joista kansainvälisiä oli 13 ja kotimaisia 25.

Kaikki löydetty 38 tutkimusta käytiin tarkemmin läpi ja niitä verrattiin aiemmin määritettyihin sisäänottokriteereihin. Useita lähteitä hylättiin, koska ne eivät täyttäneet kaikkia sisäänottokriteereitä. Yleensä hylkäyksen syynä oli, että tutkimukset eivät käsitelleet selkeästi tutkimuskysymyksiä. Lopullinen kirjallisuuskatsaus koostuu 17 tieteellisestä tutkimuksesta.

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston muodostuttua tutkimuksiin perehdyttiin tarkemmin ja niistä tehtiin taulukko (LIITE 1), johon kerättiin tutkimuksien tärkeimpiä tietoja esimerkiksi keskeisimmät tulokset. Taulukon teon jälkeen tutkimusaineisto jaettiin tasaisesti jokaiselle lukijalle. Tutkimusaineiston tarkemman lukemisen perusteella tutkimuksista poimittiin ja kirjattiin ylös työn keskeisimmät tulokset, jotka muodostuivat tutkimuskysymyksiensä pohjalta. Tämän jälkeen yhdistettiin jokaisen kirjaamat tulokset yhteinäisiksi. Samalla käytiin saadut tulokset kattavasti läpi ja katsottiin tulosten liittyvyys määritettyihin tutkimuskysymyksiin. Lopuksi muodostettiin yhteenveto, johon on kerätty keskeisimmät tulokset.

6 TULOKSET

Potilaat ovat tänä päivänä entistä lyhyemmän ajan sairaalassa ja tästä syystä potilasohjauksen merkitys on korostunut entisestään. Usein ohjaukselle jää liian vähän aikaa toteuttaa. Minimitavoitteena lyhyessä ajassa annettavalla ohjauksella on mahdollistaa potilaan selviytyminen ja itsensä hoitaminen kotona. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 213.) Hoitoon sitoutumisessa on ongelmia erityisesti pitkäaikaisesti sairailta nuorilla. Tutkimusten mukaan noin 50 % pitkäaikaisesti sairaista nuorista on huonosti hoitoon sitoutuneita. (Kyngäs – Rissanen 2001: 199.)

6.1 Eri ohjausmenetelmiä ja -tapoja

Aineiston analyysin tuloksena tutkimuksista tuli esiin eri ohjausmenetelminä ja tapoina: yksilö- ja ryhmäohjaus, suullinen ja kirjallinen ohjaus, diabetesleirit ja sopeutumisvalmennuskurssit, puhelin- ja sähköpostiohjaus, demonstraatio ja käytännönharjoittelu,

audiovisuaalinen ohjaus, ongelmaperustainen oppiminen eli PBL sekä empowerment -ajattelutapaan perustuva viiden askeleen ohjausmalli.

6.1.1 Yksilöohjaus

Rissasen (2005) ja Tulokkaan (2001) mukaan yksilöohjaus on yleisimmin käytetty ohjausmenetelmä diabeteksen hoidonohjauksessa. Yksilöohjaukseen liittyy hoidon perustietojen lisäksi käytännön taitojen opettaminen, etenkin hoidonohjauksen alkuvaiheessa. Rissasen (2005) tutkimuksessa yksilöohjauksen tapaamiskertaa varten oli yleensä varattu noin puoli tuntia aikaa. Tulokas (2001) tuo esiin yksilöohjauksen vuorovaikutuksellisen näkökulman potilaan ja ohjaajan välillä ja potilaan mahdollisuuden ilmaista omia havainnointejaan. (Rissanen 2005: 19, 35; Raappana 1999: 16; Tulokas 2001: 46.)

6.1.2 Ryhmäohjaus

Lipposen ym. (2006) mukaan ryhmällä tarkoitetaan potilasryhmää, jolla on jokin yhteinen tavoite (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 86). Ryhmäohjaus on usein täydentävässä yksilöohjausta ja tukemassa pitkäaikaissairauteen liittyvää sopeutumisprosessia. Ryhmäohjauksen tärkeimpänä etuna on se, että potilas pääsee jakamaan kokemuksiaan muiden ryhmään kuuluvien kanssa. (Rissanen 2005: 15; Tulokas 2001: 46.)

Rissasen (2005) tutkimuksessa ryhmäohjaus kuului vastasairastuneen diabeetikon perusohjaukseen, joko eri teemoja käsittelevinä ensitietopäivinä tai hoidonohjauskurssina. Muutamassa sairaalassa järjestettiin myös pitempään sairastaneille diabeetikoille hoidonohjauskursseja. (Rissanen 2005: 35.)

Ryhmäohjaus vaatii ohjaajalta erilaisia valmiuksia kuin yksilöohjaus, koska ohjaaja ei voi keskittyä yhden ohjattavan tarpeisiin kerrallaan. Ryhmäohjauksessa on huomioitava koko ryhmän tarpeet sekä jokainen nuori yksilönä, mutta myös ryhmän jäsenenä. Ryhmätoimintaan tarvitaan tietoista arviointia, joka tapahtuu ohjaajien ja nuorten välisenä keskusteluna. Jokaisessa ryhmätilanteessa pitäisi arvioida hoidonohjauksen sisältöä ja pohtia ryhmäprosessin toimivuutta. (Raappana 1999: 78; Tulokas 2001: 46.)

6.1.3 Suullinen ja kirjallinen ohjaus

Kääriäisen ja Kynkään (2005b) mukaan vuorovaikutusta on pidetty ohjauksen kulmakivenä ja tästä syystä ohjaus on toteutettu usein suullisesti. Suullisesti toteutettavaa ohjausta annettiin joko yksilöllisesti tai ryhmissä. Heidän mukaansa hoidonohjauksessa käytettiin apuna myös runsaasti kirjallista materiaalia. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 211.)

Kirjallisten ohjeiden lukeminen voi olla potilasta passivoivaa tai vastaavasti aktivoivaa, riippuen potilaan kyvystä hahmottaa kirjallista materiaalia (Tulokas 2001: 47). Lipponen ym. (2006) mukaan kirjalliset ohjeet eivät voi olla vain käskyjenjakoa, vaan ohjeiden tulee myös tukea potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. Kirjallisilla ohjeilla on tarkoitus välttää ja korjata väärinkäsityksiä, antaa potilaille ohjeita sairauteen liittyvistä asioista, valmistaa potilaita tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. (Lipponen ym. 2006: 66.)

6.1.4 Diabetesleirit ja sopeutumisvalmennuskurssit

Diabetesliiton, diabetesyhdistysten ja hoitoyksiköiden järjestämällä leireillä on vakiintunut asema nuorten diabeetikoiden hoidossa (Näntö-Salonen ym. 2004: 390). Diabetesliiton leireille voi hakea vasta kahden vuoden kuluttua sairastumisesta, eivätkä kaikki halukkaat mahdu välttämättä mukaan. Leirit kestävät muutamasta päivästä viikkoon, jolloin diabeetikolapset ja -nuoret saavat mahdollisuuden tutustua toisiin diabeetikoihin ja he voivat huomata etteivät ole yksin sairautensa kanssa. Leireillä lapset ja nuoret saavat kokemuksia siitä, että sairaus ei estä heitä toimimasta niin kuin muutkin. Diabeetikoiden vanhemmat saavat leireillä mahdollisuuden levätä ja kerätä voimavaroja. Lapsille ja nuorille leirit tarjoavat vertaistukea ja tietoa omasta sairaudestaan. Leireillä he pääsevät harjoittelemaan diabetekseen liittyviä käytännön taitoja. Tavoitteena on lasten ja nuorten sitoutuminen omahoitoonsa. (Lind ym. 2006: 112, 114–116.)

Sopeutumisvalmennuksen tavoitteena on, elämän edellytysten parantaminen lisäämällä itsehoitoon tarvittavia henkisiä voimavaroja. Kurssien lyhyen keston vuoksi ne eivät voi vaikuttaa yksin kovin pitkälle, joten tarkoituksena onkin käynnistää muutosprosessi, jota nuoren hoitopaikassa tulisi hyödyntää. Sopeutumisvalmennuskurssit järjestetään yleensä kuusipäiväisenä. Diabeteskurssien tarkoitus on olla osana diabeetikon sopeutu-

mis- ja hoitoprosessia yhdessä terveydenhuollon muiden palveluiden kanssa. Toimintaperiaatteet kurssilla ovat kokemuksellinen oppiminen, ratkaisukeskeinen työtapa ja ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus. Kurssin aikana täydennetään ja kerrataan diabeteksen hoidon tietoperustaa. Sopeutumisvalmennuskursseilla on tarkoitus antaa oikea kuva diabeteksestä ja sen hoidon merkityksestä. (Havulehto 2001: 7.)

6.1.5 Puhelin- ja sähköpostiohjaus

Vastaanottokäyntien lisäksi yksilöohjausta annettiin myös puhelinneuvontana tai sähköpostitse. Puhelimen ja sähköpostin avulla oltiin yhteydessä yleensä akuutin ongelman takia. (Rissanen 2005: 35; Raappana 1999: 16.) Lipposen ym. (2006) mukaan puhelinohjauksen avulla voidaan hoitaa ilman lääkärin käyntiä vain osa potilaan ongelmista. Se vaatii kokemusta, harjoittelua sekä jatkuvaa koulutusta. (Lipponen ym. 2006: 78.)

6.1.6 Demonstraatio ja käytännönharjoittelu

Kääriäinen ja Kyngäs toivat esille tutkimuksessaan (2005b) demonstraation ja käytännönharjoittelun suulliseen ohjaukseen yhdistettynä (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 211). Lipponen ym. (2006) ovat myös puhuneet taitojen oppimisesta ja demonstraatiosta. Demonstraatio on ohjausta, joka toteutetaan havainnollistamalla ja jonka tarkoituksena on antaa potilaalle selvä kuva tietyn toimenpiteen suorittamisesta, jolloin se tutkijoiden mukaan tukee potilaan sitoutumista hoitoon. (Lipponen ym. 2006: 57.) Tulokas (2001) näkee myös demonstraation keskeisenä ohjausmenetelmänä omahoitotaitojen, kuten insuliinin pistämisen ja verensokerin mittaamisen sisäistämisessä (Tulokas 2001: 47). Lipposen ym. (2006) mukaan demonstraatio ja suullinen ohjaus ovat taitojen opettamisessa kirjallista materiaalia tehokkaampaa (Lipponen ym. 2006: 59). Latvamäki (2001) kertoo tutkimuksessaan, että nuorten mielestä hyvä tapa oppia uutta oli se, että hoitaja näytti toimenpiteen käytännössä (Latvamäki 2001: 25).

6.1.7 Audiovisuaalinen ohjaus

Kääriäinen ja Kyngäs toivat tutkimuksessaan (2005b) esille audiovisuaalisen ohjauksen, joka on myös käytössä yhtenä ohjausmenetelmänä. Audiovisuaalisella ohjauksella tarkoitetaan erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä annettavaa ohjausta. Kääriäisen ja Kynkään (2005b)

tutkimuksen mukaan audiovisuaalista ohjausta käytettiin vähiten heidän kaikista esittämistään ohjausmenetelmistä. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 211–212.) Tulokkaan (2001) mukaan audiovisuaaliset keinot tarvitsevat rinnalleen kokoavaa keskustelua, ettei potilaan rooli jäisi passiiviseksi (Tulokas 2001: 47). Tietokoneohjelmia voidaan myös käyttää potilasohjauksessa, mutta toistaiseksi se on harvoin käytetty ohjausmenetelmä. (Kääriäinen - Kyngäs 2005b: 211–212; Kyngäs ym. 2007: 74.)

6.1.8 Ongelmaperustainen oppiminen (PBL)

Tulokas ym. (2002) esittelevät tutkimuksessaan yhtenä ohjausmenetelmänä ongelmalähtöisen oppimisen (Problem Based Learning). Raappana (1999) on käyttänyt tutkimuksessaan myös ongelmaperustaisen oppimisen menetelmää, tutkiessaan diabeetikonuurien omahoidonhallintaa ja sen oppimista. Tulokkaan ym. (2002) mukaan ongelmalähtöisen oppimisen menetelmää on käytetty lähinnä ryhmäohjauksessa, mutta se sopii hyvin myös yksilöohjaukseen. Ongelmalähtöinen oppiminen on menetelmä, jossa vanhaa tietoa hyväksi käyttäen rakennetaan uusi tieto. Raappanan (1999) mukaan ongelmaperustaisen oppimisen perusteet löytyvät, sekä käytännöstä että teoriasta. Teoriat korostavat reflektointi- ja arviointikykyä, sekä oppijan itsenäisyyttä, ilman näitä Raappanan (1999) tutkimuksen mukaan syvällistä oppimista ei tapahdu. Opiskelijan oma vastuu tiedon hankinnassa ja oppimisessa korostuu paljon. (Tulokas ym. 2002: 9–10; Raappana 1999: 20, 22, 78.)

Tulokkaan ym. (2002) mukaan oppilas on subjekti, eikä objekti niin kuin aiemmissa opetusmenetelmissä. Pienryhmissä tapahtuvassa opiskelussa ryhmän jäsenten tietämyksen muodostumiseen vaikuttavat muiden ryhmän jäsenten mielipiteet ja käsitykset. Ongelmalähtöiseen oppimismenetelmään kuuluu myös kliinisten taitojen harjoittelu, jonka takia tutkijat pitävätkin tätä hyvänä ohjausmenetelmänä juuri diabeteksen hoidon ohjauksessa, sillä sairauden jokapäiväinen hoito tuo esiin moninaisia ongelmia. (Tulokas ym. 2002: 9–10; Raappana 1999: 78.) Ongelmaperustaisessa oppimisessä ja empowermentissa on oppimisen kannalta keskeistä oppimaan oppiminen, joka lisää valmiuksia elinikäiseen oppimiseen (Tulokas – Ojanen – Koivisto – Pasternack 2005: 893–894).

6.1.9 Empowerment-ajattelutapaan pohjautuva viiden askeleen ohjausmalli

Rissanen (2005) mukaan tyypin 1 diabeteksen hoidonohjauksessa käytetään empowerment -ajattelutapaan pohjautuvaa viiden askeleen ohjausmallia. Ongelmanratkaisu etenee ongelman tunnistamisen, tunteiden tunnistamisen, tavoitteiden asettamisen ja suunnitelman teon kautta arviointiin. (Rissanen 2005: 14–15.) Himanen on käsitellyt artikkelissaan (2002) empowerment-lähtöisen ohjauksen mallia. Mallin tavoitteena on auttaa diabeetikkoa tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Himanen 2002: 30–31.)

Ongelmanratkaisu lähtee viiden askeleen mallin mukaan liikkeelle ongelman tunnistamisesta. Himanen (2002) mukaan ajatusten ja tunteiden tarkastelu ja niistä puhuminen auttaa itse diabeetikkoa ja myös häntä ohjaavaa hoitajaa tunnistamaan ongelmat helpommin. Tärkeää on tiedostaa, että ilman negatiivisia tunteita tai tyytymättömyyttä sairautta tai jotain tilannetta kohtaan ei ole myöskään ongelmaa. Toisessa vaiheessa tutkitaan tunteita ja ajatuksia, tämä on hyvin lähellä ensimmäistä vaihetta. Tavoitteena on auttaa diabeetikkoa huomaamaan ja oppia tunnistamaan ajatuksia ja tunteita, joita diabetes ja diabeteksen kanssa eläminen hänessä herättää. Kolmannessa vaiheessa asetetaan tavoitteet hoidolle, jotka on aina diabeetikko itse suunnitellut ja asettanut itselleen. Tämä siksi, että diabeetikon ajatellaan sitoutuvan paremmin toteuttamaan itse asettamia tavoitteita. Neljänteen vaiheeseen kuuluu suunnitelmien tekeminen. Tässä vaiheessa ohjaajan tehtävänä on auttaa diabeetikkoa löytämään oikeanlaisia ratkaisuja ja keinoja toteuttaa tekemiään tavoitteitaan. Lopuksi viiden askeleen mallissa on tarkoituksena arvioida tuloksia. Ohjaajan tulee auttaa diabeetikkoa arvioimaan käyttämiään keinoja sekä arvioimaan saavutuksiaan. (Himanen 2002: 30–31.)

6.2 Eri ohjausmenetelmien ja tapojen vaikuttavuus nuoren voimaantumiseen ja omahoitoon sitoutumiseen

Hoidonohjauksen tavoitteena nuorilla on, että hoitovastuu siirtyy vähitellen nuorelle itselle, ja hän kehittyy oman hoitonsa asiantuntijaksi. Jotta hoitovastuu siirtyisi mahdollisimman joustavasti nuorelle itselleen, on nuoren saatava harjoitella omahoitoa ja vastuunottoa hoitohenkilökunnan ja vanhempien tuella. Nuoret pitävät itseään omahoidossaan tärkeimpänä henkilönä. Lääkärin ja diabeteshoitajan osuus on seuraavaksi tärkein. Vanhemmat toimivat eri tavalla, kun vastuu diabeteksen hoidosta siirtyy nuorelle itselleen. Diabeetikkonuorten hoidonohjauksessa tulisi huomioida etenkin kaavamaisista

omahoitoa toteuttavat vanhemmat. Heidän luottamustaan nuorten omiin kykyihin omahoidon toteutuksessa ja nuorten itsenäistymisessä pitäisi tukea. Vanhempiin olisi pidettävä yhteyttä ja otettava mukaan keskusteluihin luottamuksellisen yhteistyön saavuttamiseksi. (Raappana 1999: 75, 77.)

Kääriäinen ja Kyngäs (2005b) kertovat tutkimuksessaan, että tehostettu ohjaus paransi potilaan toimintakykyä, elämänlaatua ja mielialaa. Tehostetun ohjauksen kerrottiin myös edistävän hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä vähentävän sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. Ohjauksen on todettu myös lisäävän sairaudesta selviytymistä, turvallisuudentunnetta sekä vähentävän sairauden aiheuttamaa ahdistusta. Kääriäinen ja Kyngäs (2005b) tuovat myös esille tutkimuksessaan, että rutiininomaisesti ja yleisellä tasolla toteutettu ohjaus ei vastaa potilaan tarpeita, eikä tue heitä selviytymään kotona sairautensa kanssa. (Kääriäinen - Kyngäs 2005b: 212–214.)

6.2.1 Yksilö- ja ryhmäohjauksen vaikuttavuus

Kääriäisen ja Kynkään (2005b) tutkimuksen mukaan ohjaus yleisesti vaikutti positiivisesti potilaan terveydentilaan, hoitoon sitoutumiseen, elämänlaatuun, itsehoitoon ja tiedon määrään. Tutkimuksessa tuli esille, että potilaat arvostavat yksilöohjausta. Se mahdollistaa Kääriäisen ja Kynkään (2005b) mukaan potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Yksilöohjausta on myös pidetty oppimisen kannalta tehokkaampana kuin ryhmäohjausta. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 208, 211.) Pyörälän (2000) tutkimuksen mukaan kahdenkeskisissä ravitsemusneuvontatilanteissa nuori otti aktiivisen roolin. Kun taas kolminkeskisissä tai useampien ihmisten ollessa läsnä, nuori jäi sivustaseuraajaksi. Pyörälän (2000) tutkimuksen mukaan mitä enemmän ihmisiä oli paikalla, sitä passiivisemmän roolin nuori otti. (Pyörälä 2000: 199–201.)

Kääriäisen ja Kynkään (2005b) tutkimuksessa ryhmäohjaus keskustelunomaisesti mahdollisti potilaiden mahdollisuuden muodostaa tukiverkostoja ja tiedonsaannin ryhmän muilta jäseniltä. Sairauden hyväksymisen ja sopeutumisen kannalta erityisen tärkeää oli ryhmältä saatu tuki. Ryhmäluentoa pidettiin enemmän passiivisena menetelmänä, sillä potilaiden siitä saama hyöty riippui luennoitsijan esitystavasta ja kielellisestä ilmaisusta. Kääriäisen ja Kynkään (2005b) tutkimuksen mukaan vierasperäisten sanojen käyttö

vaikeutti asioiden ymmärtämistä ja vähensi kuulijoiden motivaatiota asiaa kohtaan.

(Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 208, 211.)

6.2.2 Kirjallisen ohjausmateriaalin vaikuttavuus

Kääriäisen ja Kynkään (2005b) tutkimuksen mukaan kirjallisen ohjausmateriaalin vaikuttavuudesta on vähän tietoa. Kirjallisen materiaalin käytön ongelmana oli, että osa potilaista ei ymmärtänyt saamaansa kirjallista ohjausmateriaalia. Toisaalta kirjallisen ohjausmateriaalin yksinkertaiset kuvat helpottivat muistamista ja ymmärtämistä ja sen avulla potilaat pystyivät lisäämään tietoaan ja selvittämään mahdollisia väärinymmärryksiä. Kirjallisen materiaalin avulla myös potilaan omaiset ja muu hoitohenkilökunta olivat tietoisia potilaalle annetuista ohjeista. Kirjallisen ohjausmateriaalin todettiin myös olevan vaikuttava ja taloudellinen menetelmä silloin, kun se tukee suullista ohjausta. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 212–213.)

6.2.3 Diabetesleirien ja sopeutumisvalmennuskurssien vaikuttavuus

Leirien vaikuttavuutta hoitotasapainoon ja yleiseen selviytymiseen on tutkittu vähän, mutta merkitys mm. sosiaalisten kontaktien luomissa ja yleisessä virkistymisessä on selvää. Meta-analyysillä on selvitetty erilaisissa leiriolosuhteissa tehtyjen opetuksellisten ja psykososiaalisten interventioiden tehoa. Seurannassa on huomattu lievää tai kohtuullista paranemista hoitotasapainossa ja diabeteksen kanssa selviytymisessä. (Näntö-Salonen ym. 2004: 390.)

Sopeutumisvalmennuskurssien vaikuttavuus diabeetikoihin on positiivista, mutta muutokset ovat määrällisesti melko pieniä. Kurssit vaikuttavat myönteisesti diabeetikoiden omahoidon toteutukseen, eniten liikunnan ja painonhallinnan osalta. Hoitotyytyväisyyttä leirit parantavat merkittävästi. Psykkinen hyvinvointi paranee jonkin verran kurssien aikana. (Havulehto 2001: 43.)

6.2.4 Puhelin- ja sähköpostiohjauksen vaikuttavuus

Puhelin- ja sähköpostiohjauksesta löytyy mainintoja useista eri lähteistä, mutta tieteellistä tutkimustietoa aiheesta on vähän. Izquierdo ym. (2003) tutkivat puhelinohjausta suhteessa henkilökohtaiseen ohjaukseen. Potilaat olivat yhtä tyytyväisiä molempiin me-

netelmiin ja tulokset olivat yhtä vaikuttavia. Tutkimuksen mukaan puhelinohjaus on varteenotettava tapa antaa ohjausta diabeetikoille, varsinkin kaukana maaseudulla asuville ja muille, jotka eivät ole lähellä terveystalouksia. (Izquierdo ym. 2003: 1006–1007.)

6.2.5 Audiovisuaalisen ohjauksen vaikuttavuus

Kääriäisen ja Kynkään (2005b) tutkimuksen mukaan potilaat halusivat ohjausmateriaalia videoina. Etenkin potilaat, joiden oli vaikea lukea kirjallista materiaalia, hyötyivät audiovisuaalisesta ohjauksesta. Ohjauksen oikea-aikaisuus mahdollistui myös videoiden käytön johdosta, lisäksi se tuki myös potilaiden itsehoitoa ja vähensi pelkoja. Videoiden käyttöä pidettiin myös taloudellisena ohjausmenetelmänä. Toisaalta videoiden käyttö ohjauksessa aiheutti väärinkäsityksiä ja niiden sisältö herätti potilaissa vahvoja tunteita. Audiovisuaaliseen ohjaukseen kuului myös äänikasettien käyttö. Ne olivat myös Kääriäisen ja Kynkään (2005b) tutkimuksen mukaan potilaille hyödyllinen ohjausmenetelmä ajan ja paikan riippumattomuuden takia. Äänikasetteja oli helppo muunnella potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan ja niitä oli myös helppo kuljettaa mukana. Kääriäinen ja Kyngäs painottavat kuitenkin tutkimuksessaan (2005b), että äänikasetteja tulisi käyttää kirjallisen ohjausmateriaalin lisänä. Audiovisuaalinen ohjaus on kuitenkin vähemmän vaikuttava ohjausmenetelmä, vaikkakin potilaat ja heidän omaisensa toivoivat saavansa sitä suullisen ohjauksen lisäksi. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 212.)

6.2.6 Ongelmaperustaisen oppimisen vaikuttavuus

Tulokkaan (2001) tutkimuksen mukaan, verrattaessa PBL-ohjauksen vaikuttavuutta yksilöohjaukseen, nuoret diabeetikot, jotka olivat saaneet PBL-ohjausta, kävivät tunnollisemmin ohjauksessa, kuin ne jotka olivat saaneet pelkkää yksilöohjausta. Vain harvoin potilaat jäivät pois ohjauksesta ja silloinkin syynä oli päällekkäisyys koulun kanssa. Tulokkaan (2001) tutkimuksen mukaan PBL-ryhmän potilaat voivat psyykkisesti paremmin kuin yksilöohjausryhmän potilaat. PBL-ryhmän potilaat kokivat elämänlaatunsa yhtä hyväksi, kuin terveet ikäisensä. PBL-ohjausta saaneet nuoret eivät olleet niin riippuvaisia hoitajista, kuin pelkkää yksilöohjausta saaneet diabeetikot, vaan uskoivat omiin kykyihinsä paremmin. (Tulokas 2001: 120–121.)

6.2.7 Muut vaikuttavat tekijät nuoren omahoitoon sitoutumiseen

Ohjauksessa tulisi painottaa niitä asioita, jotka ovat diabeetikolle ajankohtaisia. Ohjauksessa tulisi huomioida omahoidon osa-alueiden lisäksi diabeetikon elämäntilanne, yksilölliset ongelma-alueet ja voimavarat. Lisäksi tulisi huomioida diabeetikon sosiaalinen tukiverkosto, työtilanne ja saatu tuki. Omahoitoon sitoutumisen edistämässä läheistyneen merkitys on tärkeää ja se on hyvä huomioida diabetesta sairastavien omahoidon ohjauksessa. (Toljamo 1998: 115.) Hoidonohjauksen on tarjottava nuorelle taidolliset ja tiedolliset valmiudet, joiden varassa diabeteksen omahoito onnistuu. Ohjauksessa tulee huomioida kunkin nuoren yksilöllinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kehitystaso, tarpeet ja tapa oppia. (Näntö-Salonen ym. 2004: 390.)

Hyvä ohjaus tapahtuu kahdensuuntaisessa vuorovaikutuksessa, jolta potilaat odottavat kuuntelemista, mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteita, kannustusta ja positiivista palautetta. Ohjauksen ollessa potilaslähtöistä se edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä resursseja, valmiuksia ja toimintaympäristön organisointia. Ohjauksen onnistuminen edellyttää potilaslähtöisyyden tiedostamista. Ohjauksen kehittämisen kannalta on tärkeää selvittää, mitä ohjauksen käsite merkitsee potilaalle. (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005c: 10, 14; Kääriäinen 2007: 120–122.)

6.2.7.1 Perheenjäseniltä ja kavereilta saatu tuki

Kynkään ja Rissasen (2001) tutkimuksen mukaan perheenjäseniltä ja ystäviltä saatu emotionaalinen ja konkreettinen tuki auttaa nuoria sitoutumaan hoitoon, koska se lisää huomattavasti nuorten hoitomotivaatiota. Lisäksi hoitoon sitoutumista auttaa hyväksi koettu hoitotulos, jaksaminen hoidossa ja, että nuori kokee olevansa samanlainen kuin muutkin nuoret. Kavereilta saatu tuki on nuorelle erityisen tärkeää. Kynkään ja Rissasen (2001) tutkimuksen mukaan nuoren on ensin saatava hyväksyntä kavereiltaan itsensä hoitamiselle, ennen kuin hän voi sitoutua hoitoonsa kunnolla. Vanhempien antaman tuen on muodostuttava aidosta kiinnostuksesta ja motivoinnista sekä hoidosta muistuttamisesta, mutta ei kuitenkaan pakottamisesta itsensä hoitamiseen. (Kyngäs – Rissanen 2001: 200, 204.) Latvamäen (2001) tutkimuksessa osalla tutkimukseen osallistuvista perheistä syntyi ristiriitoja suhteessa hoitavaan yksikköön, jotkut nuoret kielsivät vanhempiaan osallistumasta hoitoon, joskus vanhemmat taas olivat yhteydessä hoitotyönte-

kijään ilman nuoren lupaa. Tällöin hoitotyöntekijän rooli välittäjänä ja kompromissien tekijänä korostui. (Latvamäki 2001: 26–27.)

6.2.7.2 Vertaistuki

Toljamon (1998) mukaan vertaistuella on yhteyttä hoitotasapainoon siten, että huonon hoitotasapainon omaavat saavat enemmän vertaistukea kuin hyvässä hoitotasapainossa olevat. Parhaat hoitotasapainotulokset ovat niillä diabeetikoilla, jotka uskovat, että omahoitoon vaikuttavat sekä oma- että terveydenhuoltohenkilöstön toiminta. Huonoimmat hoitotasapainotulokset ovat diabeetikoilla, jotka uskovat sattumaan, kohtaloon tai onneen omahoitoon liittyvissä asioissa. (Toljamo 1998: 115.)

6.2.7.3 Hoitohenkilökunnalta saatu tuki

Rissanen (2005) tutkimuksen mukaan diabeetikot odottavat hyvän hoidonohjauksen tapahtuvan myönteisessä ja tasa-arvoisessa vuorovaikutuksessa, jossa korostuvat huumori ja yksilöllisyys (Rissanen 2005: 15). Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen laadulla ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnalla on tutkimusten mukaan todettu olevan vaikutusta nuoren omahoitoon sitoutumiseen, erityisesti merkittävänä tekijänä on todettu olevan lääkäriltä ja hoitajilta saatu tuki (Kyngäs – Rissanen 2001: 199, 203).

Latvamäen (2001) tutkimuksessa nuoret pitivät hoitosuhteen tärkeimpinä tekijöinä diabetekseen sopeutumiseen saatavaa apua ja tukea itsetunnolle (Latvamäki 2001: 44). Hoidonohjaajan positiivista ja ystävällistä asennetta sekä asiantuntijuutta pidetään myös erityisen tärkeänä (Rissanen 2005: 15–16). Latvamäen (2001) tutkimuksessa nuoret olivat sitä mieltä, että hyvän hoitosuhteen myötä diabeteksen hoito sujuu siinä sivussa keskusteltaessa heidän kiinnostusten kohteista ja hänelle tärkeistä asioista (Latvamäki 2001: 45). Kyngään ja Rissanen (2001) tutkimuksen mukaan nuoret pitävät tärkeänä sitä, että heidät kohdataan omaa merkittävää elämänvaihetta elävänä ihmisenä, eikä vain tiettyä sairautta sairastavana nuorena ja näin tiettyyn ryhmään esimerkiksi diabeetikoihin kuulvana. Nuoria ärsyttää ylihuolehtiminen ja utelias kysely. (Kyngäs – Rissanen 2001: 204.)

Diabeetikot odottavat myös pääsevänsä osallistumaan oman hoitonsa ja sen ohjauksen suunnitteluun sekä myös, että heille suunniteltava hoito sovitetaan yhteen heidän elämäntapojensa kanssa. Tutkimusten mukaan yksilölle annettavilla mahdollisuuksilla vaikuttaa omaan hoitoonsa on todettu olevan vaikutusta nuorten hoitoon sitoutumisessa. Lisäksi nuoret odottavat, että heidän mielipidettään kysytään ja se otetaan huomioon ja sitä myös arvostetaan. Nuoret haluavat myös saada valinnanmahdollisuuksia hoidosaan. (Kyngäs – Rissanen 2001: 199, 203–205; Latvamäki 2001: 44–45.)

Rissanen (2005) tutkimuksen mukaan hoitoon sitoutumista edistävä hoidonohjaus sisältää tiedollisen ja emotionaalisen osien lisäksi taitojen oppimisen. Diabeetikot haluavat tietoa siitä, millaisia kokemuksia muilla diabeetikoilla on pitkäaikaisen sairauden kanssa. (Rissanen 2005: 16.) Leppänen, Tuomi, Halonen ja Latva (2008) kirjoittavat artikkelissaan tutkimuksesta, jonka mukaan nuorisopoliklinikan perustaminen olisi hyvä ajatus. Se tukisi nuorten itsenäistymistä ja mahdollistaisi sen, että nuoria olisivat vastassa tutut lääkärit ja hoitajat. (Leppänen – Tuomi – Halonen – Latva 2008: 32.)

6.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Ohjatessa nuoria diabeteksen hoidossa on käytössä tutkimuksien mukaan useita eri ohjausmenetelmiä ja -tapoja. Useimmiten ohjaus toteutetaan yksilö- tai ryhmäohjauksena. Ryhmäohjaus on usein täydentämässä yksilöohjausta ja tukemassa pitkäaikaissairauteen liittyvää sopeutumisprosessia. Ryhmäohjauksen tärkeimpänä etuna on se, että potilas saa vertaistukea. Ryhmäohjaus vaatii ohjaajalta erilaisia valmiuksia, kuin yksilöohjaus, koska ohjaaja ei voi keskittyä yhden ohjattavan tarpeisiin kerrallaan. Tutkimusten mukaan potilaat arvostavat enemmän yksilöohjausta ja yksilöohjausta on myös pidetty oppimisen kannalta tehokkaampana oppimismenetelmänä. (Rissanen 2005: 15; Tulokas 2001: 46; Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 208, 211.)

Ohjaus toteutetaan useimmiten suullisesti, mutta myös kirjallista materiaalia käytetään havainnollistamisen apuna. Kirjalliset ohjeet tukevat potilaan saamaa suullista ohjausta sairaudestaan ja helpottaa potilasta muistamisessa. Tutkimusten mukaan kirjallisten ohjeiden antaminen ilman suullista ohjausta aiheuttaa enemmän väärinymmärryksiä ja heikentää potilaiden hoitoon sitoutumista. Kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu myös olevan vaikuttava ja taloudellinen menetelmä, kun se tukee suullista ohjausta. (Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 211–213; Lipponen ym. 2006: 66.)

Diabeetikoilla on mahdollisuus osallistua myös sopeutumisvalmennuskursseille tai leireille, joita järjestävät Diabetesliitto, diabetesyhdistykset ja hoitoyksiköt. Leirit kestävät muutamasta päivästä viikkoon. Leirien tarkoituksena on vertaistuen saaminen ja omahoidon harjoittelu ja kertaaminen käytännössä. Lisäksi vanhemmille annetaan mahdollisuus levätä ja kerätä voimavaroja. Kun on selvitetty opetuksellisten ja psykososiaalisten interventioiden tehoa on huomattu paranemista hoitotasapainossa ja diabeteksen kanssa selviytymisessä. (Lind ym. 2006: 114–116; Näntö-Salonen ym. 2004: 390.)

Yksilöohjausta annetaan vastaanottokäyntien lisäksi myös puhelinneuvontana tai sähköpostitse. Puhelinohjauksen on todettu olevan hyödyllinen ohjaustapa diabeetikoille, jotka ovat kaukana terveystalouksista. Demonstraatiota käytetään myös ohjausmenetelmänä ja sen tarkoituksena on kuvata mahdollisimman selkeästi potilaalle tietyn toimenpiteen suorittaminen. Audiovisuaalista ohjausta käytettiin tutkimusten mukaan vähiten ja sitä on myös pidetty vähemmän vaikuttavana ohjausmenetelmänä. Useiden tutkimusten mukaan se olisi kuitenkin taloudellinen ja potilaille mieluinen ohjaustapa. (Lipponen ym. 2006: 57; Izquierdo ym. 2003: 1007; Kääriäinen – Kyngäs 2005b: 212.)

Ongelmalähtöisen oppimisen menetelmää on käytetty lähinnä ryhmäohjauksessa, mutta se sopii myös yksilöohjaukseen. Tutkijat ovat pitäneet ongelmalähtöisen oppimismenetelmän käyttöä tärkeänä diabetesohjauksessa, sillä sairauden jokapäiväinen hoito tuo esiin moninaisia ongelmia. Ongelmaperustaisessa oppimisessä on oppimisen kannalta keskeistä oppimaan oppiminen. Tutkimusten mukaan PBL-ohjausta saaneet nuoret ovat paremmin sitoutuneita hoitoon, kuin yksilöohjausta saaneet nuoret. He eivät myöskään ole niin riippuvaisia hoitajista ja uskovat paremmin omiin kykyihinsä. (Tulokas 2001: 120–121; Tulokas – Ojanen – Koivisto – Pasternack 2005: 893–894.)

Tyypin 1 diabeetikon hoidonohjauksessa on käytössä myös viiden askeleen ohjausmalli, joka perustuu empowerment -ajattelutapaan. Ongelmaa lähdetään ratkaisemaan ongelman tunnistamisesta, tunteiden tunnistamisesta ja tavoitteiden asettamisesta, jonka jälkeen edetään suunnitelman teon kautta arviointiin. Mallin tavoitteena on, että diabeetikko voimaantuu tekemään päätöksiä ja ottaa vastuuta omasta hoidostaan terveydenhuollon ammattilaisten tukemana. (Rissanen 2005: 14–15; Himanen 2002: 30.)

Tutkimusten mukaan diabeetikot odottavat hyvän hoidonohjauksen tapahtuvan myönteisessä ja tasa-arvoisessa vuorovaikutuksessa, jossa korostuvat huumori ja yksilölli-

syys. Nuoret arvostavat diabeteksensa hoidossa onnistuneita hoitosuhteita ja mahdollisuuksia osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Nuoria ärsyttää ylikuormittuminen ja utelias kysely. Perheenjäseniltä ja ystäviltä saatu tuki on suuri vaikuttava tekijä nuorten hoitoon sitoutumisessa. Tutkimusten mukaan mitä paremmin diabeetikonuoret toteuttavat omahoitoaan, sitä paremmat hoitotasapainoarvot heillä on. Ohjauksessa tulisi huomioida omahoidon osa-alueiden lisäksi nuorten yksilöllinen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kehitystaso, sekä diabeetikon elämäntilanne, yksilölliset ongelma-alueet ja voimavarat. Hoidonohjauksen on tarjottava nuorelle taidolliset ja tiedolliset valmiudet, joiden varassa diabeteksen omahoito onnistuu. (Kynge – Rissanen 2001: 199–200, 203–204; Toljamo 1998: 115; Näntö-Salonen ym. 2004: 390.)

7 POHDINTA

Tutkimuksia diabeteksestä ja ohjauksesta erikseen löytyy paljon, samoin diabeteksen ohjauksesta. Syventävää tietoa nuorten eri ohjausmenetelmistä löytyy verrattain vähän. Tutkimuskysymykset ovat tarkoituksella määritelty käsittelemään eri ohjausmenetelmiä, koska haluttiin käytäntöön sovellettavaa tietoa tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren ohjauksen käytännöntoteutuksesta. Kirjallisuuskatsaus muodostuu laajasta lähdeaineistosta, mutta siltikin tarkempaa tietoa eri ohjausmenetelmien käytännöllisyydestä ja vaikuttavuudesta omahoitoon sitoutumiseen tarvitaan.

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden kannalta on tärkeää, että työhön on merkitty tekstiviitteet ja lähteet selkeästi ja oikein. Tällöin työ on tarkistettavissa ja voidaan osoittaa, ettei lähdeaineistoa ole plagioitu. Luotettavuuden kannalta on oleellista, että työn jokaisessa vaiheessa on toteutettu kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tutkimusaineistoksi on kerätty mahdollisimman kattava aineisto sisäänottokriteereiden perusteella. Sisäänottokriteerit ovat tutkimuksen kannalta onnistuneet, sillä tutkimuskysymyksiin on saatu luotettavat vastaukset. Useissa valitsemisamme tutkimuksissa, kuten myös ennen vuotta 1998 tehdyissä tutkimuksissa, tulokset ovat samansuuntaisia ja tukevat toisiaan. Kirjallisuuskatsauksen kannalta valittavaa on, että kansainvälisiä tutkimuksia ei rajatusta aiheesta löydy. Tutkimustulokset ovat koottu työhön niin kuin ne on esitetty tutkimusaineistossa, eikä ennakkokäsityksien ole annettu vaikuttaa tuloksiin. Tutkimusaineistossa on käytetty ainoastaan tieteellisiä

julkaisuja, kuten tutkimusartikkeleita, pro gradu -tutkielmia ja väitöskirjoja. Työn luotettavuutta heikentää hieman se, että tutkimusaineisto jaettiin lukijoiden kesken, eikä jokainen lukenut koko tutkimusaineistoa. Tulokset kasattiin ja tarkistettiin yhdessä, jolloin saatiin varmuus, että vastattiin tutkimuskysymyksiin.

7.2 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tulosten mukaan diabetesohjausta voidaan toteuttaa monella eri ohjausmenetelmällä. Eri ohjausmenetelmistä löytyy vaihtelevasti tietoa. Diabeteksen ohjausta on käsitelty useissa tutkimuksissa, mutta usein näissä on vain maininta ohjauksen käytännön toteutuksesta ja käytettävistä ohjausmenetelmistä. Eri ohjausmenetelmiä ei ole tutkittu tarkemmin, jotta osattaisiin sanoa mikä ohjausmenetelmä on tehokkain tapa nuorten kohdalla.

Tutkimuksista tuli esille, että nuoret olisivat innokkaita osallistumaan diabetesleireille, mutta kaikki halukkaat eivät mahdu mukaan. Tämä kertoo osaksi myös tarjonnan riittämättömyydestä. Nuoret ovat tuoneet myös esille innokkuutensa ongelmaperustaista oppimista kohtaan, sitoutumalla ohjaustapaamisiin paremmin kuin yksilöohjaukseen. Näiden tutkimustuloksen perusteella olisi tärkeää hyödyntää saatuja tuloksia ja järjestää enemmän diabetesleirejä ja toteuttaa nuorille annettava diabetesohjaus mahdollisimman usein ryhmässä toteutettavana ongelmaperustaisen oppimisen menetelmänä. Nuoret saattavat kokea ryhmätapaamiset mukavana tapahtumana, jossa tapaa tuttuja ja saa vertaistukea ja samalla kuitenkin myös diabeteksen hoitoon liittyvät asiat tulee hoidettua.

Tutkimuksissa nuoret ovat tuoneet esille halunsa päästä mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Koska nuoret ovat tuoneet tämän asian esille voidaan ajatella, että he varmasti usein kokevat vain toteuttavansa muiden tekemiä suunnitelmia. Kun nuorella on tämän suuntaisia kokemuksia se ei varmasti edistä hänen motivoitumista omahoitoon yhtään enempää. Hoitotyön resurssit ovat rajalliset, jonka takia olisi tärkeää saada nuoret motivoitumaan omahoitoonsa. Tällöin he eivät kuormittaisi terveydenhuoltoa tarpeettoman paljon saadakseen tukea kotona selviytymiseen. Jos nuorta ei kiinnosta hoitaa omaa diabetestaan, ensisijaisena asiana olisi saada nuori kiinnostumaan itsensä hoitamisesta. Omahoitoon motivoitumista voitaisiin edistää muun muassa ottamalla huomioon ohjauksen sisällössä ja ohjausmenetelmien valinnassa nuorten henkilökohtaiset tarpeet.

7.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Hoitajien kannalta olisi hyvä kehittää ohjausmallit, jotka olisivat tukemassa ja ohjaamassa hoitajan työtä. Näin ohjauksella olisi yhtenäinen runko, joka olisi sovellettavissa jokaisen diabeetikon henkilökohtaisten tarpeiden mukaan. Lisäksi olisi tärkeää saada hoitajien tietoon erilaisia keinoja motivoida diabetekseen sairastunutta nuorta. Pelkästään tieto siitä, että nuoret kaipaavat myös hoitajilta tukea ei vielä riitä. Hoitajat muistavat varmasti tukea ja rohkaista nuorta sekä kysyä heidän kuulumisiaan, mutta tutkimusten mukaan nuoret odottavat hoitajilta enemmän. Keinoja motivoida nuorta hoitamaan itseään tarvitaa lisää.

Nuoria tukisi todennäköisesti nuorisopoliklinikan perustaminen, siellä nuoret olisivat omana ikäluokkanaan ja poliklinikka olisi vain heitä varten. Henkilökunta olisi myös perehtynyt nuorten kanssa työskentelyyn ja heillä olisi kyky ja halu toimia nuorten tukena.

Tutkittua tietoa tarvitaan lisää diabeteksen eri ohjausmenetelmistä. Erityisesti tietoa tulisi saada ohjausmenetelmien käytännön toteutuksesta ja niiden vaikuttavuudesta nuoren omahoitoon sitoutumiseen. Ohjausmenetelmiä tulisi verrata tutkimuksissa keskenään tai niitä voitaisiin testata ryhmällä, jolloin saataisiin selkeämpi kuva menetelmien toteutuksesta ja vaikuttavuudesta. Diabetesleireistä kaivataan lisää tutkimuksia erityisesti niiden vaikuttavuudesta diabeteksen omahoitoon. Tutkimuksia diabeteksen hoitoon sitoutumisesta ei voida tehdä lyhyellä aikavälillä, sillä luotettava tulos hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä saadaan kun seurataan esimerkiksi puolen vuoden ajan diabeetikoiden hoitotasapainoarvoja.

LÄHTEET

- Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Diabetesliitto. Päivitetty 4.2.2008. <http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1219>. Luettu 26.3.2008.
- Diabeetikon ruokavaliosuosistus. Diabetesliitto. <<http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitosuos/ruokvali/tulostus.htm>>. Luettu 27.3.2008.
- Diabeteksen Käypä hoito –suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 29.10.2007 <<http://www.kaypahoito.fi/>>. Luettu 3.3.2008.
- Diabetes 2006. Ilanne-Parikka, Pirjo - Kangas, Tero - Kaprio, Eero A - Rönnemaa, Tapani (toim.). Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry. Helsinki: Duodecim.
- Himanen, Outi 2002: Empowerment -lähtöinen diabeetikon hoidonohjaus. Sairaanhoidaja 75 (2). 29–32.
- Härmä-Rodriguez, Sari 2002: Tyypin 1 diabeteksen hoito: tavoitteena joustavuus ja hyvä omahoidon hallinta. Sairaanhoidaja 75 (2). 16–19.
- Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria - Poskiparta, Marita - Johansson, Kirsi - Hirvonen, Eila - Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1). 37-45.
- Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005a: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5). 250–258.
- Leppänen, Virpi - Tuomi, Sirpa - Halonen, Anne - Latva, Irene 2008: Nuoret diabeetikot kaipaavat omaa poliklinikkaa. Sairaanhoidaja 81 (3). 30- 33.
- Liimatainen, Leena - Hautala, Pirkko - Perko, Ulla (toim.) 2005: Potilasohjausta kehittämässä: innostusta ja innovaatioita. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Lind, Kaija - Saarikoski, Mikko - Koivuniemi, Sirkku (toim.) 2006: Tutkien terveyttä. Turku: Turun ammattikorkeakoulun raportteja 49/2006.
- Mattila, Eija 1996: ”Kyllä sen huomaa, jos on joku ihminen, joka välittää”: potilaiden käsityksiä hoitotyöhön sisältyvästä ohjauksesta - terveisiä päättäjille, hoitotyöntekijöille ja opettajille. Sairaanhoidaja 69 (2). 26–28.
- Niemi, Marja - Winell, Klas 2005: Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Helsinki: Stakes raportteja 8/2005.
- Onnismaa, Jussi - Pasanen, Heikki - Spangar, Timo (toim.) 2000: Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Redman, Barbara Klug 1972: Potilaan opettaminen. Schwanck, Kaija - Tirkkonen, Anja (suom.). Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. Porvoo: WSOY.
- Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Uusitalo, Tarja 2003: Osastonhoitajan transformatiivinen johtamistaito ja hoitohenkilö kunnan voimaantuminen. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Vehviläinen, Sanna 2001: Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Gaudeamus.

TUTKIMUSAINEISTO

- Havulehto, Salla 2001: Diabeteskurssien vaikuttavuusseuranta: Diabetekseen liittyvän hoitotyytyväisyyden ja psyykkisen hyvinvoinnin arviointi. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.
- Izquierdo, Roberto - Knudson, Paul - Meyer, Suzanne - Kearns, Joann - Ploutz-Snyder, Robert - Weinstock, Ruth 2003: A Comparison of Diabetes Education Administered Through Telemedicine Versus in Person. *Diabetes Care* 26 (4). 1002-1007.
- Kyngäs, Helvi - Rissanen, Marianne 2001: Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät. *Hoitotiede* 13 (4). 198–206.
- Kääriäinen, Maria 2007: Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Verkkojulkaisu. <<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/>>. Luettu 6.3.2008.
- Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005b: Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17 (4). 208–216.
- Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi - Ukkola, Liisa - Torppa, Kaarina 2005c: Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1). 10-15.
- Latvamäki, Lasse 2001: Diabeetikkonuorten ja heidän perheittensä kokemuksia hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lipponen, Kaija - Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria (toim.) 2006: Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006.
- Näntö-Salonen, Kirsti – Kinnala, Anne – Keskinen, Päivi – Putto-Laurila, Anne – Ruusu, Päivi – Saha, Marja-Terttu 2004: Tyypin 1 diabetesta sairas tavan nuoren hoito – kahdenlaisen tasapainon tavoittelua. *Suomen lääkärilehti* 59 (5). 387-392.

- Pyörälä, Eeva 2000: Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.
- Raappana, Seija - Åstedt-Kurki, Päivi - Tarkka Marja-Terttu - Paavilainen, Eija - Pannonen-Ilmonen, Marita 2002: Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikonuoren kokemana. *Hoitotiede* 14 (2). 74–83.
- Raappana, Seija 1999: Omahoidon hallinta ja sen oppiminen ongelmaperustaisen oppimisen menetelmällä toteutettavassa hoidonohjauksessa diabeetikonuoren kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Rissanen, Marja-Anneli 2005: Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen: tyyppi 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Toljamo, Maisa 1998: Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tulokas, Sirkku - Ojanen, Markku - Koivisto, Anna-Maija - Pasternack, Amos 2005: Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä: tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. *Suomen lääkäri lehti* 60 (8). 893-898.
- Tulokas, Sirkku - Paasikivi, Kaija - Pehkonen, Timo - Suontaka-Jamalainen, Kirsti - Vilppo, Sinikka 2002: Ryhmäohjaus diabeteksessa ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä: tyypin 1 diabetes. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2002.
- Tulokas, Sirkku 2001: Diabetes in adolescence - a new approach to patient education. Väitöskirja. Tampere: University of Tampere.

Tutkija(t) Vuosi, maa Tutkimuksen nimi	Tiedonkeruu Tutkittavat Analysointi	Päätulokset
<p>Toljamo, M 1998, Suomi</p> <p>Insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoito</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Kyselylomake</p> <p>Työkäiset insuliinihoitoiset diabeetikot (n=213)</p> <p>Kvantitatiivinen</p>	<p>Tietoa saatiin työkäisten insuliinihoitoisten diabeetikoiden omahoitoon sitoutumisesta, sekä hoitotasapainon, sosiaalisen tuen ja terveysuskomusten yhteydestä omahoitoon sitoutumiseen.</p>
<p>Raappana, S 1999, Suomi</p> <p>Omahoidon hallinta ja sen oppiminen ongelmaperustaisen oppimisen menetelmällä toteutetussa hoidonohjauksessa diabeetikonuurten kokemana</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Kyselylomake, hoidonohjaustilanteiden havainnointi, päiväkirjat, teemahaastattelut ja hoitotasapainoarvojen (HbA_{1c}) seuranta</p> <p>15–17 -vuotiaat nuoret (n=15)</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>Nuorten omahoidon hallintaa kuvaavat hallittu, ohjeenmukainen, hallitsematon ja kaavamainen omahoito. Hoidonohjauksen aikana hoitotasapaino ei juuri parantunut. Hoidonohjaus merkitsi nuorille tietoa ja tukea omahoidon hallintaan, toisaalta se merkitsi myös turhauttavaa kokemusta.</p>
<p>Pyörälä, E 2000, Suomi</p> <p>Interaction in dietary counselling of diabetic children and adolescents</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Ravitsemusneuvontatilanteiden äänitys</p> <p>7-9 -vuotiaat ja 13–15 -vuotiaat (n=57)</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Ravitsemusneuvontatilanteiden vuorovaikutusrakenne oli samanlainen kaikissa tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa. Kahdenkeskisissä ravitsemusneuvontatilanteissa nuori otti aktiivisen roolin, kun taas kolminkeskisissä tai useampien ihmisten ollessa läsnä, nuori jäi sivustaseuraajaksi. Hämmennystä ja kasvojen menetystä välttävää toimintaa tunnistettiin kolme muotoa: kasvojen työskentely (face-work), luonnetyöskentely (character-work) ja armeliaisuustyöskentely (charity-work).</p>

<p>Kyngäs, H & Rissanen, M 2001, Suomi</p> <p>Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat tekijät</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kyselylomakkeella astmaa, epilepsiaa, diabetesta ja nivelreumaa sairastavilta nuorilta</p> <p>13-17 -vuotiaat (n=1200)</p> <p>Kvantitatiivinen</p>	<p>Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutumista ennustavat hoitomotiiviat, jaksaminen, tuki vanhemmilta, lääkäriltä, hoitajilta ja kavereilta. Vahvin ennustaja oli hoitajilta saama tuki, toiseksi vahvimpana jaksaminen hoidossa.</p>
<p>Latvamäki, L 2001, Suomi</p> <p>Diabeetikonuorten ja heidän perheittensä kokemuksia hoitotyöstä</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Teemahaastattelu</p> <p>12-16 -vuotiaat (n=6), ja heidän vanhempiaan (n=6)</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Kolme yhdistävää kategoriaa 1) hoitotyö vuorovaikutuksellisen yhteistyönä, 2) hoitotyö ilman perheen asiantuntemusta ja 3) toive perhettä tukevasta hoitotyöstä. Nuoret kokivat saaneensa tukea hoitotyöntekijöiltä sopeutumisessa diabetekseen.</p>
<p>Tulokas, S 2001, Suomi</p> <p>Diabetes in Adolescence - a New Approach to Patient Education</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Seurantatutkimus</p> <p>Lasten yksiköstä aikuisten poliklinikalle siirtyvät diabeetikot (n=86)</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Lisää tietoa saatiin nuoruusikäisten diabeteksestä, sen hoidosta ja vaikutuksesta nuoren elämään. Kehitetty käyttökelpoinen ohjausmenetelmä diabeetikoiden hoidon ohjaukseen. Järjestelmällisellä ohjauksella osoitetaan diabeetikoiden hoitotasapainon paranevan.</p>
<p>Havulehto, S 2001, Suomi</p> <p>Diabeteskurssien vaikuttavuusseuranta: Diabetekseen liittyvän hoitotytytyväisyyden ja psyykkisen hyvinvoinnin arviointi.</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Kyselytutkimus</p> <p>Diabeetikoita (n=139) ja ei-diabeetikoita (n=70)</p> <p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen</p>	<p>Diabeteskeskuksen kursseilla on positiivisia vaikutuksia diabeteksen hoitoon ja psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksen perusteella voidaan arvioida optimaalista seurannan ajankohtaa ja lisätä sitä kautta vastausten kattavuutta. Tutkimuksissa käytetyt kyselylomakkeet, mittarit ja seuranta-prosessin malli sopivat hyvin kurssien jatkuvaan seurantaan.</p>

<p>Raappana, S & Åstedt-Kurki, P & Tarkka, M-T & Paavilainen, E & Paunonen-Ilmonen, M 2002, Suomi</p> <p>Omahoidon hallinta ja omahoidonohjaus diabeetikonuorten kokemana</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kyselylomake, hoidonohjaustilanteiden havainnointi, päiväkirjat, teemahaastattelut ja hoitotasapainoarvojen (HbA_{1c}) seuranta</p> <p>15–17 -vuotiaat nuoret (n=15)</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>Nuorten omahoidon hallintaa kuvaavat hallittu, ohjeellinen, hallitsematon ja kaavamainen omahoito. Hoidonohjauksen aikana hoitotasapaino ei juuri parantunut. Hoidonohjaus merkitsi nuorille tietoa ja tukea omahoidon hallintaan, toisaalta se merkitsi myös turhauttavaa kokemusta.</p>
<p>Tulokas, S & Paasikivi, K & Pehkonen, T & Suontaka-Jamalainen, K & Vilppo, S 2002, Suomi</p> <p>Ryhmäohjaus diabeetiksessa ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä, Tyyppin 1 diabetes</p> <p>Kehittämiprojektin loppuraportti</p>	<p>Kyselytutkimus</p> <p>Henkilökunta ja potilaat</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Hoitohenkilökunnan suurin ongelma hoidonohjauksessa on ajan puute, muita ongelmia on yhtenäisten ohjeiden puuttuminen, tiedon ja koulutuksen sekä yhteistyön vähäisyys ja ravitsemusasiantuntemuksen riittämättömyys. Potilas kyselyn mukaan diabeetikot ovat kuitenkin pääosin tyytyväisiä saamaansa hoidonohjaukseen. Kartoituksensa perusteella työryhmä ehdottaa ryhmäohjauksen käyttöönottoa diabeteksen hoidossa, jolla saadaan huomattavaa ajansäästöä.</p>
<p>Izquierdo, R & Knudson, P & Meyer, S & Kearns, J & Ploutz-Snyder, R & Weinstock, R 2003, Yhdysvallat</p> <p>A Comparison of Diabetes Education Administered Through Telemedicine Versus in Person</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kyselylomake ja HbA_{1c} arvojen mittaaminen. Diabeteskäyntien havainnointi (3kpl). HbA_{1c} arvoja mitattiin heti ohjauksen jälkeen ja uudelleen kolmen kuukauden kuluttua.</p> <p>Diabeetikot (18-75v.) jaettuna puhelinohjauksella ja henkilökohtaista ohjausta saaviin, kontrolliryhmään. (n=56).</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>Puhelinohjaus ja henkilökohtainen ohjaus olivat yhtä tehokkaita verensokeritasapainon parantamiseksi (HbA_{1c}). Diabeetikot olivat tyytyväisiä molempiin ohjausmenetelmiin. Molemmissa ryhmissä diabeteksestä johtuva stressi väheni. Tutkimuksen perusteella puhelinohjaus on varteenotettava menetelmä diabeteksen ohjaukseen.</p>

<p>Näntö-Salonen, K & Kinnala, A & Keskinen, P & Putto-Laurila, A & Ruusu, P & Saha, M-T 2004, Suomi</p> <p>Tyypin 1 diabetesta sairastavan nuoren hoito - kahdenlaisen tasapainon tavoittelua</p> <p>Katsausartikkeli</p>	<p>Katsaus-/asiantuntijuusartikkeli</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Diabeteksen hoitotasapaino huononee usein murrosiässä. Hoitovaikeudet ja glukoosi tasapainonongelmat vaikuttavat paitsi päivittäiseen elämään myös diabeteksen komplikaattoriskiin. Oleellista on auttaa nuorta löytämään voimavarat ja halu hoidon toteuttamiseen. Hoidonohjaukseen ja nuoren ja hänen perheensä tukemiseen tarvitaan juuri tähän elämän vaiheeseen räätälöityjä lähestymistapoja.</p>
<p>Kääriäinen, M & Kyngäs, H & Ukko-la, L & Torppa, K 2005a, Suomi</p> <p>Potilaiden käsityksiä heidän saamaansa ohjauksesta</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kyselytutkimus</p> <p>Yhden sairaalan potilaat (n=844)</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>Ohjauksen saanti sekä ennen sairaalaan tuloa, että sairaalassa osoittautui osittain riittämättömäksi, etenkin sosiaalisen tuen osalta. Kehittämistarpeet liittyivät ohjauksen ulkoisiin tekijöihin, ohjaustoimintaan ja ohjaus-käsitteeseen.</p>
<p>Kääriäinen, M & Kyngäs, H 2005b, Suomi</p> <p>Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuus katsaus</p> <p>n=96 artikkelia</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Hoitohenkilökunnalle potilaiden ohjaustarpeiden arviointi oli vaativaa, koska tarpeet vaihtelivat potilaiden taustatekijöiden ja terveydentilan mukaan. Ohjauksesta huolimatta potilailla ei ollut aina riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.</p>
<p>Tulokas, S & Ojanen, M & Koivisto, A-M & Pasternack 2005, Suomi</p> <p>Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä -tulokset parempia kuin perinteisellä yksilöohjauksella</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Kliininen tutkimus, laboratoriotulokset, kyselylomakkeet</p> <p>Lasten yksiköstä sisätautiklinikkaan siirtyvät nuoret (n=86)</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>Tavallisten poliklinikkakäyntien yhteyteen sovitettu PBL -ryhmäohjaus toimi hyvin ja oli taloudellisempaa kuin yksilöohjaus. Kummassakin ryhmässä tapahtui muutosta parempaan, mutta ongelmalähtöinen oppimismenetelmä tuotti nuorten psyykkisen tilanteen suhteen paremman tuloksen. Nuoruuteen liittyvään riskikäyttäytymiseen ei ohjauksella saatu vaikutusta.</p>

<p>Rissanen, M-A 2005, Suomi</p> <p>Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen -tyyppi 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Haastattelu</p> <p>Diabeteshoitajia (n=20)</p> <p>Kvalitatiivinen</p>	<p>Tyyppi 1 diabeetikon hoidonohjaus suunnitellaan tarvetai tavoitelähtöisesti ja hoidonohjaus toteutetaan pääsääntöisesti yksilöohjauksena. Ryhmäohjaus toteutui muutamaissa sairaalassa. Hoidonohjausta estävät tekijät olivat ajan ja henkilöstöresurssien puute sekä organisaatiosta johtuva työaikojen ja vastaanottokäytänteiden joustamattomuus ja esimiesten ymmärtämättömyys hoidonohjauksen sisällön laajuudesta.</p>
<p>Lipponen, K & Kyngäs, H & Kääriäinen, M 2006, Suomi</p> <p>Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit</p> <p>Raportti</p>	<p>Kyselylomake</p> <p>I vaihe Potilaat (n=920), omaiset (n= 341), terveydenhuollonhenkilöstö (n=1024)</p> <p>II vaihe sairaanhoitopiirin henkilöstö (N=56), sairaanhoitaja opiskelijat (N=19)</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>I vaiheessa kehittämishaasteeksi nousivat ohjaus tapahtumaprosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaistenohjaus, demonstraatio, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus.</p> <p>II vaiheessa työstettiin potilasohjauksen osa-alueita sairaanhoitopiirin henkilöstön ja opiskelijoiden muodostamissa työryhmissä.</p>
<p>Kääriäinen, M 2007, Suomi</p> <p>Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Kyselylomake</p> <p>Oulun yliopistollisen sairaalan potilaat (n=844) ja hoitohenkilökuntaa (n=916)</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p>	<p>Hypoteettisen mallin mukaan ohjauksen laadulla tarkoitetaan että ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, hoitohenkilöstön ja potilaan kontekstiin sidoksissa olevaa vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Ohjaus pitää toteuttaa asianmukaisin resurssein jotta se on riittävää ja vaikuttavaa.</p>