

Iina Jormanainen, Sanni Kiiskinen

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

18.4.2017

Tekijät Otsikko	Iina Jormanainen, Sanni Kiiskinen Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus
Sivumäärä Aika	35 sivua + 2 liitettä 18.4.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, mitä on voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ja kuinka sitä voidaan hyödyntää munuaissairaahan hoitotyössä. Alakysymyksien avulla kuvattiin, mitä on voimavaraistuminen, mitkä tekijät edistävät tai heikentävät voimavaraistumista, miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ilmenee sekä mitä hyötyjä voimavaraistumisella ja sen tukemisella voidaan saavuttaa.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmiä mukaillen. Aineistoksi valikoitui 16 hoitotieteellistä empiiristä tutkimusartikkelia. Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita mukaillen. Tutkimusaineistosta tehtiin viisi erillistä analyysiä tarkentavien alakysymysten mukaan. Näiden kysymysten avulla muodostettiin teemoja, jotka kuvaavat voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta.</p> <p>Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ilmeni aineistossa potilaan kokonaisvaltaisena tukemisena sekä vuorovaikutuksellisina ja ilmapiiriin liittyvinä tekijöinä. Voimavaraistuminen taas määriteltiin yksilön subjektiivisena kokemuksena ja yksilön sisäisenä muutoksena. Voimavaraistumista edistävät tekijät kuvautuivat tuloksissa potilaan sisäisinä ja ulkoisina tekijöinä ja heikentävät tekijät puolestaan kuvattiin hoitosuhteeseen ja potilaaseen liittyvinä tekijöinä. Voimavaraistumisen hyödyt ilmenivät potilaan henkisenä kasvuna sekä hyvinvoinnin ja hoidon laadun paranemisena.</p> <p>Opinnäytetyö liittyi Metropolia Ammattikorkeakoulun "Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen kehittäminen digitaalisesti" -yhteistyöhankkeeseen Fresenius Medical Care:n, Musili Ry:n ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kanssa. Yhteistyöhankkeen pää-tarkoituksena on luoda digitaalisia ohjauspaketteja munuaissairaiden kotihoidon tueksi. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää taustatietona näitä ohjauspaketteja kehitettäessä.</p>	
Avainsanat	voimavaraistuminen, potilasohjaus, munuaissairas, kirjallisuuskatsaus

Authors Title	Iina Jormanainen, Sanni Kiiskinen Empowering Patient Education
Number of Pages Date	35 pages + 2 appendices 18 April 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to find out what empowering patient education was and how it could be utilized in the nursing of patients with renal diseases. We also described what empowerment was, which factors promoted or prevented empowerment, how empowering patient education was manifested and what benefits were achieved through empowerment.</p> <p>This study was conducted by adapting the concept of descriptive literature review. We selected 16 empirical nursing research articles for the analysis. The data was analysed using the concepts of inductive content analysis. We made five separate analyses based on our research questions. With these questions, we formed themes which described empowering patient education.</p> <p>Empowering patient education appeared as comprehensive support of the patient and as factors related to interaction and atmosphere. Empowerment was defined as an individual's subjective experience and as an individual's inner change. The factors promoting empowerment included patients' internal and external factors. The factors preventing empowerment included factors related to patient itself and to nurse-patient relationship. The benefits of empowerment were mental growth, an increase of well-being and an improvement of the quality of care.</p> <p>This study was linked to the project of Metropolia University of Applied Sciences, Fresenius Medical Care, The Finnish Kidney and Liver Association (Musili Ry) and The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The aim of this project is to create digital counselling contents to support home care of patients with renal diseases. This thesis can be used as informational background for the project.</p>	
Keywords	empowerment, patient education, patient with renal disease, literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	2
2.1	Voimavaraistuminen	2
2.2	Potilasohjaus	3
2.3	Munuaissairas	4
3	Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	5
4	Tarkoitus ja tutkimuskysymykset	6
5	Menetelmät	7
5.1	Aineiston haku ja valinta	8
5.2	Aineiston kuvaus	9
5.3	Sisällönanalyysi	10
6	Tulokset	12
6.1	Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen ilmeneminen	12
6.1.1	Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen	13
6.1.2	Vuorovaikutus ja ilmapiiri	15
6.2	Voimavaraistuminen	17
6.2.1	Yksilön subjektiivinen kokemus	17
6.2.2	Yksilön sisäinen muutos	18
6.3	Voimavaraistumista edistävät tekijät	19
6.3.1	Potilaan sisäiset tekijät	20
6.3.2	Potilaan ulkoiset tekijät	21
6.4	Voimavaraistumista heikentävät tekijät	23
6.4.1	Hoidosuhteeseen liittyvät tekijät	24
6.4.2	Potilaaseen liittyvät tekijät	24
6.5	Voimavaraistumisen tukemisen hyödyt	25
6.5.1	Potilaan henkinen kasvu	26
6.5.2	Hyvinvoinnin paraneminen	26
6.5.3	Hoidon laadun paraneminen	27
7	Pohdinta	27
7.1	Tulosten tarkastelu	27

7.2	Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen hyödyntäminen munuaissairaalan potilaan hoitotyössä	29
7.3	Eettisyys ja luotettavuus	30
7.4	Jatkotutkimusehdotukset	31
	Lähteet	32
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaun taulukko	
	Liite 2. Tutkimusartikkelit ja niiden kuvaus	

1 Johdanto

Opinnäytetyö liittyy Metropolia Ammattikorkeakoulun "Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen kehittäminen digitaalisesti" -yhteistyöhankkeeseen Fresenius Medical Care:n, Musili Ry:n ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Alkavan yhteistyöhankkeen päätarkoituksena on luoda ja kehittää digitaalisia ohjauspaketteja munuaissairaiden potilaiden kotihoidon tueksi. Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena ja tarkoituksena on selvittää, mitä on voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ja kuinka sitä voidaan hyödyntää munuaissairaahan potilaan hoitotyössä. Tämän työn tuloksia voidaan käyttää taustatietona digitaalisia ohjauspaketteja kehitettäessä.

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on ollut jo pitkään osa hoitotyötä (Kelo – Eriksson – Eriksson 2013: 2). Laadukkaalla ja onnistuneella potilasohjauksella on kiistaton vaikutus potilaan terveydentilaan ja terveyden edistämiseen (Kääriäinen 2008: 10). Potilasohjaus on yksi hoitotyön merkittävä auttamismenetelmä, jossa potilaan toimintakykyä ja itsenäistä pärjäämistä tuetaan ja parannetaan vuorovaikutuksen keinoin. Hyvin toteutettu potilasohjaus voi vähentää sairaanhoidon tarvetta ja näin pienentää osaltaan terveydenhuollon kustannuksia. Onnistunut ohjaus, esimerkiksi elämäntapaohjaus, parantaa yksilön terveyttä ja vaikuttaa suuremmassa mittakaavassa positiivisesti myös kansanterveyteen. (Eloranta – Virkki 2011: 7.) Voidaankin todeta, että potilasohjauksen kehittämiseen panostaminen on kannattavaa paitsi potilaan näkökulmasta, myös kansantalouden kannalta (Kääriäinen 2008: 10).

Yksi potilasohjauksen kehittämisalue on potilasohjauksen muuttaminen digitaaliseen muotoon, johon myös "Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen kehittäminen digitaalisesti" -yhteistyöhanke keskittyy. Internet on lupaava alusta toteuttaa digitaalista voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta, sillä se on kaikille helposti saatavilla, ajantasainen ja nopeasti päivitettävä. Internetin kautta voi olla myös suoraan yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisiin ja saada itselle räätälöityä tietoa. (Kuijpers – Groenm – Aaronson – van Harten 2013: e37.)

Vastuu sairauden hoidosta ja omasta terveydestä siirtyy koko ajan enemmän potilaalle itselleen ja käsite omahoito tulee esille Suomen terveystieteissä keskusteluissa yhä useammin (Eloranta – Virkki 2011: 15). Hoitoaikojen lyhentyminen on johtanut kasvavaan tarpeeseen tukea potilaan itsenäistä elämää (Kääriäinen 2008: 10). Myös uusien

hoitomuotojen ja teknologian kasvava osuus terveydenhuollossa, sekä uudet mahdollisuudet toteuttaa lääkehoitoa kotona, tukevat potilaan kotona pärjäämistä. Itsenäisesti kotona pärjäämisen perusta on kuitenkin oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annettu potilasohjaus. (Eloranta – Virkki 2011: 15, 31.)

2 Keskeiset käsitteet

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat voimavaraistuminen, potilasohjaus sekä muuassairas.

2.1 Voimavaraistuminen

Voimavaraistumisen käsite on vaikea määritellä yksiselitteisesti (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 26). Englanninkielinen empowerment-termi on suomennettu tieteellisessä kirjallisuudessa useilla eri tavoilla, esimerkiksi voimaantuminen, voimavaraistuminen (Kivistö – Johansson – Virtanen – Rankinen – Leino-Kilpi 2009: 14) ja valtaistuminen (Kuokkanen – Leino-Kilpi – Katajisto 2012: 83). Tässä työssä käytetään termiä voimavaraistuminen kuvaamaan kaikkia edellä mainittuja termejä.

Voimavaraistumiseen katsotaan kuuluvan kuusi keskeistä eri tiedon aluetta, jotka ovat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemusperäinen, eettinen, sosiaalinen sekä taloudellinen alue. Biofysiologiseen tiedon alueeseen kuuluvat tieto sairaudesta, oireista, hoidosta sekä haittavaikutuksista. Toiminnallisen tiedon alueita ovat muun muassa liikuntakyky, lepo ja ravitsemus. Kokemusperäiseen tietoon kuuluvat esimerkiksi tunteet ja sairaalokokemukset. Eettisen tiedon alueeseen sisältyvät potilaan oikeudet, velvollisuudet ja osallisuus päätöksentekoon. Sosiaalisen tiedon alueeseen kuuluvat esimerkiksi perhe ja muut potilaat. Taloudelliseen tiedon alueeseen kuuluvat puolestaan taloudelliset tekijät, kuten kustannukset sekä taloudelliset edut. (Rankinen – Salaterä – Virtanen – Leino-Kilpi 2014: 8; Leino-Kilpi – Luoto – Katajisto 1998: 116.)

Voimavaraistuminen voidaan määritellä yksilön kyvyksi hallita omaa terveyttään ja hoitoaan oman ajattelunsa ja toimintojensa kautta (Rankinen ym. 2014: 8; Leino-Kilpi ym. 1998: 116.). Gibson (1991: 359) puolestaan on määritellyt voimavaraistumisen tukemisen yksinkertaisesti prosessiksi, joka auttaa ihmistä hallitsemaan omaa terveyttään ja

siihen vaikuttavia tekijöitä. Sisäinen hallinta voidaan nähdä prosessina ja lopputuloksena, joihin liittyy vallan omaaminen ja sen käyttäminen terveyteen liittyvissä toiminnoissa ja päätöksissä. Toisaalta voimavaraistuminen voidaan nähdä myös asioiden poisolon kautta. Näin ollen voimavaraistuminen olisi esimerkiksi voimattomuuden, avuttomuuden, toivottomuuden ja alempiarvoisuuden puuttumista. (Leino-Kilpi ym. 1999: 26–27.)

2.2 Potilasohjaus

Potilasohjaus käsitteenä voidaan määritellä usein eri tavoin. Sillä tarkoitetaan esimerkiksi potilaan voimavarojen tukemista sekä potilaan toipumisen ja selviämisen edistämistä. Kysymyksessä on potilaan tiedollinen tukeminen ohjauksen avulla. (Eloranta – Leino-Kilpi – Katajisto – Valkeapää 2015: 13.) Potilasohjaus voidaan määritellä myös potilaan ja hoitajan tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi, joka on yhteydessä heidän taustatekijöihinsä (Kyngäs ym. 2007: 25). Potilasohjaus on aina vuorovaikutuksellista (Eloranta – Virkki 2011: 7). Laadukas potilasohjaus perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon ja vahvaan kliniseen kokemukseen (Kääriäinen 2008: 13).

Potilaiden asianmukaiseen hoitoon kuuluu laadukas potilasohjaus (Kääriäinen 2008: 10). Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukaan potilaalle on annettava tietoa riittävästi ymmärrettävällä tavalla (Eloranta – Virkki 2011: 11). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaalla olevan muun muassa seuraavat oikeudet: itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, tiedonsaantioikeus ja oikeus yhteiseen hoidon suunnitteluun. Näiden asioiden on toteuduttava myös potilasohjauksessa, jotta voidaan ajatella hoidon olevan lain mukaista. (Kyngäs ym. 2007: 16–17.)

Potilasohjauksen lähtökohtana ovat potilaan omat tarpeet ja näiden tarpeiden määrittely. Potilaan sairauden vaihe ja aiemmat tiedot sairaudesta tulee ottaa huomioon ohjauksessa. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 10.) Riittävät taustatiedot, niin potilaan tilasta kuin ohjaajankin taustatekijöistä, ovat edellytys onnistuneelle potilasohjaukselle (Kyngäs ym. 2007: 47). Tutkimukset ovat osoittaneet, että tiedon saaminen edistää potilaan omaa osallistumista päätöksentekoon ja sairauden hoitoon. Sairastuminen voi aiheuttaa potilaalle pelon ja epävarmuuden tunteita. Ohjauksen saamisen on todettu vähentävän potilaan ahdistusta ja pelkoa. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 10.)

2.3 Munuaissairas

Munuaissairaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on jokin munuaisiin liittyvä sairaus. Munuaiset ovat normaalisti parilliset, molemmin puolin selkärankaa sijaitsevat virtsanerityselimistöön kuuluvat elimet. Munuaiset hoitavat elimistössä monia tehtäviä ja ne ovat yksi keskeisimmistä kuona-aineiden poistoon osallistuvista elimistä. (Alahuhta – Hyväri – Linnanvuori – Kylmäaho – Mukka 2008: 16.)

Munuaissairauksilla tarkoitetaan munuaisiin liittyviä sairauksia. Ne voivat johtaa hoitamattomina ja joissakin tilanteissa myös hoidettuina krooniseen ja etenevään munuaisten vajaatoimintaan. Munuaissairaudet voivat esiintyä munuaisten vajaatoiminnan lisäksi myös nefroottisena oireyhtymänä eli nefroosina, joka tarkoittaa valkuaisaineiden erittymistä virtsaan. Munuaisten toiminnan heikkeneminen voi heikentää merkittävästi elämänlaatua ja aiheuttaa pahimmillaan ennenaikaisen kuoleman. (Vauhkonen – Holmström 2014: 423, 426.)

Munuaissairaahan potilaan tila vaatii jatkuvaa seurantaa. Potilaalla itsellään on sairautensa hoidossa merkittävä rooli. Elämäntavoilla, kuten ylipainon pudottamisella on suotuista vaikutuksia sairauden hoitoon. Kaikkien munuaissairauksien etenemistä voidaan hidastaa hoitamalla kohonnutta verenpainetta ruokavalion avulla. Ruokavaliolla vaikutetaan myös veren normaalien rasva-arvojen ylläpitämiseen. Lisäksi liiallista proteiinin ja suolan saantia tulisi välttää. (Munuaispotilaan opas 2010: 6, 8.) Munuaisten vajaatoiminnan hoito aloitetaan yleensä ruokavalio- ja lääkehoidolla, mutta sairauden edetessä päädytään usein dialyysihoitoon ja munuaisensiirtoon (Alahuhta ym. 2008: 64).

On olemassa kaksi erilaista dialyysitapaa: hemodialyysi ja peritoneaalidialyysi. Hemodialyysillä tarkoitetaan veren puhdistamista dialyysikoneen avulla kuona-aineista ja ylimääräisestä nesteestä sekä elimistön happo-emästasapainon tasaamista. Potilaan verta kierrätetään dialyysiaattoriin hemodialyysilaitteiston avulla. Veri puhdistuu transmembraanipaineen, diffuusion, absorptioon ja konvektion vaikutuksesta. Dialyysi toteutetaan potilaalle tehdyn veritien kautta, joka yleisimmin pyritään tekemään ranteen alueelle valtimo ja laskimo yhdistämällä. (Alahuhta ym. 2008: 76–77.) Yleensä dialyysipotilas tarvitsee kolme hoitokertaa viikossa (Munuaispotilaan opas 2010: 21–22).

Peritoneaalidialyysillä tarkoitetaan vatsakalvon kautta tapahtuvaa dialyysiä ja se sopii useimmille potilaille. Tämä dialyysi voidaan yleensä suorittaa kotona omatoimisesti vatsapeitteiden läpi pysyvästi asetetun katetrin kautta dialyysinesteillä. (Alahuhta ym. 2008: 90, 91.)

3 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Potilasohjauksesta on tehty paljon tieteellisiä tutkimuksia. Löydettävissä oleva tieto on kuitenkin hajanaista, eikä tarjoa selvää kuvaa ohjauksesta ja sen laadusta tai ongelmista. Tutkitun tiedon yhdistelemistä on hankaloittanut ohjaus-käsitteen käytön ja teoreettisten lähtökohtien monipuolisuus. (Kääriäinen 2008: 10.) Lisäksi voimavaraistumista tukevista vuorovaikutuskäytännöistä on tehty vain vähän empiiristä tutkimusta, jota voisi hyödyntää hoitotyössä voimavaraistumista tukevan suhteen luomisessa hoitajan ja potilaan välille. Huolimatta voimavaraistumisen käsitteen monimuotoisuudesta, voimavaraistumisen tukeminen hoitaja-potilas -vuorovaikutussuhteessa on kuitenkin analysoitavissa. (Virtanen – Leino-Kilpi – Salanterä 2007: 140).

Kroonista sairautta sairastavien voimavaraistumista tarkastelevassa konseptianalyysitutkimuksessa todettiin, että voimavaraistumisen tukeminen on prosessi, johon sekä hoitaja että potilas osallistuvat. Tutkimuksen mukaan voimavaraistumisen tukemisen onnistuminen edellyttää, että myös hoitaja itse tuntee olevansa voimavaraistunut, hän kykenee tehokkaaseen vuorovaikutukseen sekä luovuttamaan kontrollin potilaalle. Potilaan pitää olla valmis muuttamaan ja omata tietynlaisia ominaisuuksia voidakseen sitoutua voimavaraistumisprosessiin. (Dowling – Murphy – Cooney – Casey 2011: 476, 478–483.)

Voimavaraistumista tukevan lähestymistavan ja -potilasohjauksen käytöstä vakavasti munuaissairaiden hoidossa löytyy joitakin tutkimuksia. Tsayn ja Hungin (2004: 59, 63) kirjallisuuskatsauksen mukaan pelkkään tiedon antamiseen perustuva potilasohjaus dialyysipotilailla ei välttämättä takaa potilaiden itsehoidon onnistumista, vaikka onnistunut itsehoito on yksi tärkeimmistä tekijöistä dialyysipotilaiden kokonaihoidossa. Sen sijaan voimavaraistumista tukevien menetelmien (empowerment strategies), kuten terapian tai potilaan itsenäisen päätöksenteon tukemisen, käyttö paransi sairauden itsehoidon hallintaa näillä potilailla.

Voimavaraistumista tukevien menetelmien vaikutuksia on tutkittu myös munuaissiirtopotilailla. Eräässä määrällisessä tutkimuksessa havaittiin voimavaraistumista tukevaan ohjausryhmään osallistumisen merkittävästi lisänneen voimavaraistumisen tunnetta ja parantaneen itsehoitoa verrattuna kontrolliryhmään. (Cy ym. 2016: 201.) Myös toisessa dialyysipotilaiden voimavaraistumista käsittelevässä tutkimuksessa todettiin voimavaraistumista tukevien menetelmien käytön parantavan dialyysipotilaiden voimavaraistumista, joka taas paransi potilaiden itsehoidon tehokkuutta (Royani – Rayyani – Behnam-poir – Arab – Goleij 2013: 84).

Myös Suomessa on tutkittu voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta liittyen useisiin eri konteksteihin. Tutkimuksissa on todettu, että voimavaraistumista tukevan ohjauksen avulla voidaan vahvistaa potilaan omien voimavarojen tuntemista ja käyttöönottoa, mikä tukee potilaan päätöksentekoa. (Kivistö ym. 2009: 14–15.) Virtasen ym. (2007: 145) mukaan voimavaraistumista tukeva keskustelu ja sen tunnuspiirteet voidaan tunnistaa, mutta lisää tutkimusta tarvitaan voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tekijöistä ja erityispiirteistä.

Internetpohjaisen voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tutkimuksia yhdistelevän kirjallisuuskatsauksen mukaan neljässä tutkimuksessa yhdeksästätoista oli saatu merkittäviä positiivisia tuloksia voimavaraistumisen vaikutuksista. Kahdessa oli saatu positiivisia tuloksia potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen liittyen. Muissa tutkimuksissa tulokset olivat ristiriitaisia tai löydökset eivät olleet merkittäviä. Ohjauksen sisältö ja kesto olivat olleet tutkimuksissa eroavia. Tämäkin katsaus korostaa, että lisätutkimusta tarvitaan, jotta optimaaliset piirteet ohjaukseen löytyvät. (Kuijpers ym. 2013: e37.)

4 Tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on ja kuinka sitä voidaan hyödyntää munuaissairaalan potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyön varsinaisena tutkimuskysymyksenä oli:

- Mitä on voimavaraistumista tukeva potilasohjaus?

Tutkimuskysymystä täsmennettiin seuraavilla alakysymyksillä:

- Mitä on voimavaraistuminen?
- Mikä edistää voimavaraistumista?

- Mikä heikentää voimavaraistumista?
- Miten voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ilmenee?
- Mitä hyötyjä voimavaraistumisella ja voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella voidaan saavuttaa?

Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen hyödyntämistä munuaissairaanhoidotyössä kuvataan opinnäytetyön pohdintaosassa.

5 Menetelmät

Kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty tutkimustyön väline ja tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 7). Se on järjestelmällinen kirjallinen esitys niistä löydöksistä, jotka voidaan löytää kirjallisuutta tutkimalla (Grove – Burns – Gray 2013: 97). Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kehittää tieteenalan käsitteistöä ja teoreettista ymmärrystä sekä arvioida jo olemassa olevaa teoriaa (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 7). Tarkoituksena on tiivistää julkaistua tietoa ja esittää tärkeimpiä tutkimuslöydöksiä (Grove ym. 2013: 97). Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tulee tutkimuksen tapaan olla toistettavissa (Stolt ym. 2016: 7). Kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii tekijältään aineiston huolellista lukemista, tutkimista ja arviointia, sopivien tieteellisten menetelmien löytämistä sekä löydösten tiivistämistä ja objektiivisen synteessin kirjoittamista (Garrard 2011: 5).

Kirjallisuuskatsauksia on useita eri tyyppisiä, jotka eroavat toisistaan esimerkiksi menetelmien ja lähestymistavan osalta. Katsaustyyppit voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin, systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin ja meta-analyysiin. Meta-analyysi voi olla laadullinen tai määrällinen. Katsaustyyppistä riippumatta jokaisesta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa viisi työvaihetta: tutkimusongelman määrittäminen, aineiston haku, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi ja tulosten raportointi. (Stolt ym. 2016: 8,23.) Kirjallisuuskatsaukseen katsotaan kuuluvan myös tulosten pohdinta. Pohdinnassa on tärkeää, että siinä esitetyt väitteet nousevat aineistosta. (Aveyard 2014: 157–158.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kirjallisuuskatsaus kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmiä mukailien. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata tutkittavaan aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sekä sen laajuutta,

syvyyttä ja määrää (Stolt ym. 2016: 9). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan määrittää tutkittavan ilmiön keskeiset käsitteet, eli mitä ilmiöstä jo tiedetään tai mitkä ovat keskeisten käsitteiden väliset suhteet (Kangasniemi ym. 2013: 294). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei tarjoa analyttistä tietoa, mutta auttaa ajantasaistamaan olemassa olevaa tietoa. (Salminen 2011: 6-7.)

5.1 Aineiston haku ja valinta

Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaa esitetty tutkimuskysymys. Aineisto muodostuu tutkittavan ilmiön kannalta tärkeästä tutkimustiedosta. Tutkimuskysymyksen laajuus määrittelee aineiston riittävyyden. Tärkein edellytys aineiston sopivuudelle on, että aineiston avulla voidaan ilmiölähtöisesti ja tarkoituksenmukaisesti tarkastella tutkittavaa asiaa. (Kangasniemi ym. 2013: 295.)

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan aineiston eksplisiittistä valintaa. Eksplisiittisessä valinnassa aineiston valinnan perusteina korostuvat aineiston sisältö ja sen suhde muihin tutkimuksiin, eikä niinkään ennalta määrätyt ehdot aineistolle. Aineiston haku perustuu valittuihin hakusanoihin sekä aikarajauksiin, mutta näistä voidaan myös poiketa, mikäli se edesauttaa tutkimuskysymykseen vastaamista. Eksplisiittiseen valintaprosessiin kuuluu, että aineiston valinta raportoidaan tarkasti. (Kangasniemi ym. 2013: 295-296.)

Tähän opinnäytetyöhön aineisto kerättiin tutkimuskysymysten kannalta sopivimmista tietokannoista. Tietokannoiksi valittiin Medic, Cinahl, Medline ja Pubmed. Aineistoksi valittiin empiirisiä tutkimuksia, jotka vastaavat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsaukset, väitöskirjat, Pro gradut ja opinnäytetyöt rajattiin aineiston ulkopuolelle.

Hakusanoina käytettiin seuraavia: empower*, voimaannuttava AND potilasohjaus, voimavaraista* AND potilasohjaus, empower* counseling, empower* patient* counseling, empower* guidance, empower* AND guidance, patient AND empowerment, patient's AND empowerment, empowerment AND patients, patient (Title) AND empowerment (Title) AND empirical study, empowerment AND communication, empower* (Title) AND patient (Title) AND research. Hauissa käytettiin Boolean operaattoreita, jotka yhdistävät hakusanoja tai rajaavat sanoja ulkopuolelle.

Hakua rajattiin niin, että tuloksiksi tulevat artikkelit olivat vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, joiden julkaisuvuosi on vuoden 2001 jälkeen. Laajahko aikarajaus valittiin siksi, että vuodelta 2001 löytyi kaksi artikkelia, jotka haluttiin sisällyttää aineistoon. Artikkelit vastasivat hyvin tutkimuskysymykseen, sillä niissä oli tutkimusaiheena voimavaraistumista tukeva neuvontakeskustelu. Aineiston valinta- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1. Aineistonhaku tietokannoista on kuvattu tarkemmin taulukon muodossa liitteessä 1.

Taulukko 1. Aineiston valinta- ja poissulkukriteerit

Valintakriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuosina 2001–2016	Julkaistu ennen vuotta 2001
Empiirinen tutkimus	Kirjallisuuskatsaus, opinnäytetyö, Pro gradu, väitöskirja
Kielenä suomi tai englanti	Kielenä muu kuin suomi tai englanti
Käsittelee voimavaraistumista	Ei käsittele voimavaraistumista tai voimavaraistuminen ei ole tutkimuksen pääaihe
Artikkeli vastaa tutkimuskysymykseen tai sen alakysymyksiin	Artikkeli ei vastaa tutkimuskysymykseen
Löydettävissä hoitotieteellisistä julkaisuista tai tietokannoista	Ei löydy hoitotieteellisistä julkaisuista tai tietokannoista

Valituilla hakusanoilla löytyi paljon tuloksia hoitotieteellisistä tietokannoista. Harva tulos kuitenkin vastasi suoraan tutkimuskysymykseen. Rajauksien avulla saatiin täsmennettyä hakuja. Aineistoa karsittiin ensin otsikoiden perusteella, ja lopulta tutkimukset valittiin mukaan aineistoon tiivistelmien mukaan. Hakujen edetessä samat tulokset alkoivat toistua eri tietokannoista eli aineisto alkoi saturoitua. Tiedonhaku päätettiin lopettaa tähän, sillä saturoituminen on merkki aineiston kattavuudesta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 87.)

5.2 Aineiston kuvaus

Valittu aineisto koostui yhteensä kuudestatoista tutkimusartikkelista. Tutkimuksista seitsemän oli Suomesta, kaksi Yhdysvalloista, kaksi Iranista, kaksi Iso-Britanniasta, kaksi Ruotsista ja lisäksi yksi oli kansainvälinen tutkimus. Aineistossa oli mukana laadullisia ja

määrällisiä tutkimuksia: kolme haastattelututkimusta, kuusi kyselytutkimusta, kaksi haastattelu- ja kyselytutkimuksen yhdistelmää ja lisäksi yksittäisiä muita menetelmiä edustavia tutkimuksia. Tutkimukset oli julkaistu pääosin englanniksi, mutta kolme niistä oli suomenkielisiä. Aineisto on esitelty tarkemmin liitteessä 2.

5.3 Sisällönanalyysi

Tässä työssä sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen analyysimenetelmää, aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Tämä on laadullisen aineiston analyysimenetelmä, jonka tarkoitus on lisätä hajanaisen aineiston informaatioarvoa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108). Tutkimusaineiston analyysi pelkistää, järjestää ja antaa merkityksiä asioille (Grove ym. 2013: 46.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetään usein kuvailevaa synteesiä (Salminen 2011: 7) ja tässä työssä se tehtiin induktiivisen analyysin avulla. Kuvaileva synteesi sopii käytettäväksi kirjallisuuskatsauksiin, joissa aineisto koostuu eri tyyppisistä empiirisistä tutkimuksista, kuten tässä työssä (Booth – Sutton – Papaioannou 2016: 183).

Induktiivinen sisällönanalyysi jaetaan usein kolmeen vaiheeseen: aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja aineiston abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Induktiiviseen sisällönanalyysiin kuuluu myös analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–110.)

Tässä työssä analyysiyksikköinä olivat ajatuskokonaisuudet, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen tai tutkimuskysymystä täsmentäviin alakysymyksiin. Itse tutkimuskysymykseen ei aineistosta löytynyt suoria vastauksia, joten kysymystä lähestyttiin analyysissä täsmentävien alakysymysten kautta. Näin saatiin redusointivaiheessa alakysymysten mukaisesti viisi kokonaisuutta, joita työstettiin erikseen.

Redusoinnin tarkoituksena on karsia tutkittavasta aineistosta kaikki ylimääräinen pois, jotta jäljelle jää tiivistetyssä muodossa tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat. Aineistosta voidaan etsiä manuaalisesti ne kohdat, jotka käsittelevät tutkittavaa aihetta. Nämä alkuperäisilmaukset listataan ja niille luodaan pelkistetty ilmaus. (Tuomi – Sarajärvi 2009:109–110.)

Klusteroinnissa aineiston samaa tarkoittavat alkuperäisilmaukset yhdistetään omiksi luokikseen, ja luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavalla tavalla. Luokittelussa voi käyttää yksikkönä esimerkiksi tutkittavan asian jotakin ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. Klusteroinnin tuloksena saadaan jo alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110–111.) Taulukossa 2 on esitetty esimerkki aineiston redusoinnista ja klusteroinnista.

Taulukko 2. Aineiston redusointi ja klusterointi

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka
"haastateltavien kokemusten mukaan leikkaukseen ja avanteeseen liittyvien tunteiden käsitteleminen oli jäänyt kuitenkin kaiken kaikkiaan ohjauksessa vähäiseksi" – –	Ohjauksessa ei käsitelty tarpeeksi sairauteen liittyviä tunteita.	Tunteiden käsittelemättömyys ohjauksessa
"He[potilaat] kokivat, että tunteista keskustelu avannehoitajan kanssa oli ollut pintapuolista"	Tunteista keskustelu hoitajan kanssa oli ollut pintapuolista.	
– – "muut kaksi [analyysin perusteella ilmennyttä alateemaa] esittivät ei-voimavaraistumista: 'välinpitämätön kohtaaminen'" – –	Ei-voimavaraistumista kuvasi välinpitämätön kohtaaminen.	Välinpitämätön kohtaaminen
"voimavaraistumista ehkäiseviä tekijöitä olivat – – välinpitämättömyys," – –	Voimavaraistumista ehkäisi välinpitämättömyys.	

Abstrahoinnissa alkuperäisinformaation ilmauksista johdetaan lopulta teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Klusteroinnissa syntyneitä luokkia yhdistellään niin pitkälle kuin mahdollista. Käsitteiden yhdistelyn tarkoituksena on löytää vastaus esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisen aineiston tiedoista käsitteellisempään tietoon. Tuloksena syntyy lähtöaineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteitä tai aineistoa kuvaava teema. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 111–113.) Taulukossa 3 on esitetty esimerkki aineiston abstrahoinnista.

Taulukko 3. Aineiston abstrahointi

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tunteiden käsittelemättömyys ohjauksessa	Vähäinen tunteiden käsittely	Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät
Liian vähäinen henkinen tuki		
Välinpitämätön kohtaaminen	Huono vuorovaikutus	
Dialogin ja vaikutusvallan puuttuminen		
Hienotunteisuuden ja empatian puute		
Vetäytyminen hoidontarjoajan luota		
Sitoutumisen puute		

6 Tulokset

Tuloksena muodostettiin teemoja sisällönanalyysin perusteella. Teemat kuvaavat voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta ja sen hyötyjä sekä voimavaraistumista ja sitä heikentäviä ja edistäviä tekijöitä.

6.1 Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen ilmeneminen

Aineistosta nousi esiin eri osa-alueita, jotka kuvaavat voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen ilmenemistä. Näistä osa-alueista muodostettiin 10 yläluokkaa, jotka kuvaavat niitä elementtejä, joita voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa esiintyy. Yläluokista muodostettiin kaksi pääluokkaa, jotka ovat "potilaan kokonaisvaltainen tukeminen" ja "vuorovaikutus ja ilmapiiri". Pääluokka "potilaan kokonaisvaltainen tukeminen" sisältää yläluokat "potilaan osallistumisen tukeminen", "reflektion tukeminen", "potilaan voimavarojen tukeminen", "toivon luominen ja ylläpitäminen", "empatian osoittaminen", "ohjauksen yksilöllisyys", "tiedon tarjoaminen" sekä "tunteiden käsittely ja ilmaisu". Yläluokat "rakentava vuorovaikutus" ja "avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen" ovat pääluokan "vuorovaikutus ja ilmapiiri" alla. Tämä luokittelu on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen ilmeneminen

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Potilaan osallistumisen tukeminen	Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen	Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen ilmeneminen
Reflektion tukeminen		
Potilaan voimavarojen tukeminen		
Toivon luominen ja ylläpitäminen		
Empatian osoittaminen		
Ohjauksen yksilöllisyys		
Tiedon tarjoaminen		
Tunteiden käsittely ja ilmaisu		
Rakentava vuorovaikutus	Vuorovaikutus ja ilmapiiri	
Avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen		

6.1.1 Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen

Potilaan osallistumisen tukeminen ilmenee aineistossa muun muassa potilaan rohkaisuna sekä kannustamisena ja auttamisena keskusteluun osallistumisessa (Kettunen – Poskiparta – Liimatainen 2001: 231; Kettunen – Liimatainen – Villberg – Perko 2006: 163). Potilaan ottaminen mukaan ohjausprosessiin koetaan tärkeänä, ja potilaalla tulee olla mahdollisuus kertoa näkemyksensä omista ohjaustarpeistaan (Eloranta - Gröndahl – Engblom – Leino-Kilpi 2014: 8). Aineistosta ilmeni myös, että voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa potilaan mielipidettä kuunnellaan ja hänen osallistumistaan ohjaustilanteeseen kunnioitetaan (Kettunen ym. 2006: 164). Potilasohjauksessa havaittiin tärkeäksi hoitajan neutraalius, joka tukee potilaan autonomiaa. Myös neutraaliuden ajatellaan tukevan potilaan keskusteluun osallistumista, ja lisäksi se antaa päätöksenteon potilaan haltuun (Kettunen – Poskiparta – Karhila 2002: 220). Potilasta rohkaisemalla häntä voidaan tukea ja kannustaa asioiden henkilökohtaiseen ja itselle merkitykselliseen pohtimiseen (Kettunen ym. 2001: 231).

Potilasohjaustilanteessa hoitajan hidas puhetyyli ja tauot mahdollistavat potilaan aktiivisen roolin ottamisen (Kettunen ym. 2002: 217). Hoitajat antavat potilaille mahdollisuuden esittää kysymyksiä, ja potilaiden aloitteellisuutta vapaaseen ilmaisuun tuetaan (Kettunen ym. 2006: 163). Keskusteluajan todettiin kuuluvan voimavaraistumista tukevassa ohjaustilanteessa potilaalle (Poskiparta – Liimatainen – Kettunen – Karhila 2001: 77), ja potilaalla on mahdollisuus käyttää aika keskustellen vapaasti omista kokemuksistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan (Kettunen ym. 2001: 235). Aineiston mukaan hoitaja pystyy helpottamaan potilaan tunteista ja kokemuksista puhumista esittämällä potilaalle kysymyksiä tämän tuntemuksista (Kettunen ym. 2002: 217). Toisaalta on tärkeää, että hoitaja antaa potilaan osallistua ohjaukseen juuri sen verran kuin potilas itse haluaa (Wåhlin – Ek – Idvall 2006: 376).

Voimavaraistumista tukevassa potilasohjaustilanteessa ilmenee myös potilaan reflektion tukemista (Kettunen ym. 2002: 220; Poskiparta ym. 2001: 77). Hoitaja voi kuuntelemisen osoittamisella ja heijastavalla palautteella paitsi rohkaista potilasta jatkamaan puhetta, myös edistää potilaan itsearviointia. Hoitajan tunnusteleva reflektion herättämiseen liittyvä työ voi myös ohjata potilasta kuuntelemaan itseään. (Kettunen ym. 2002: 220.) Reflektiota pidetään tärkeänä osana voimavaraistumista tukevaa keskustelua (Poskiparta ym. 2001: 77).

Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen on toisaalta potilaan voimavarojen, kuten taistelutahdon, motivaation ja elämänilon vahvistamista. Myös potilaan arvokkuuden tunteen stimuloiminen nähdään voimavaraistumista tukevana. (Wåhlin ym. 2006: 374.) Potilasohjauksessa pidetään samoin tärkeänä, että potilas pystyy vahvistamaan ja pitämään yllä myönteistä kuvaa itsestään kommunikoijana (Kettunen ym. 2001: 237).

Aineistossa tulee esiin toivon luominen osana voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta. Kettusen ym. (2001: 234) tutkimuksessa hoitaja rohkaisee potilasta siirtämään ajatuksensa tulevaisuuteen. Hoitaja voi rakentaa positiivisen kuvan tulevaisuudesta hyödyntämällä muiden potilaiden kokemuksia (Kettunen ym. 2001: 234). Voimavaraistumista tukevissa ohjauskeskusteluissa ilmenee empatian osoittamista potilaalle. Tämä näkyy henkilökunnan huomioidessa potilasta sekä osoittaessa onnellisuutta potilaan edistymisen vuoksi (Wåhlin ym. 2006: 375).

Ohjauksessa pidettiin tärkeänä potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista osana potilaan kokonaisvaltaista tukemista. Aineiston mukaan hoitajan tulee pohtia, minkälaisista

ohjausta juuri kyseinen potilas missäkin hoidon vaiheessa tarvitsee (Eloranta ym. 2014: 8). Ohjauksessa annettavat neuvot voidaan yksilöllistää tarjoamalla ne pienissä erissä potilaan kysymysten tahdissa (Kettunen ym. 2002: 217). Hoitajat myös hyödyntävät neuvoja antaessaan potilaan valmista tietopohjaa (Poskiparta ym. 2001: 74). Hoitajan puheessa yksilöllisyyden huomioiminen näkyy potilaan tarpeiden painottamisessa sekä tunnustelevien muotoilujen käytössä (Kettunen ym. 2001: 236). Myös ohjauksen ajankohdalla on merkitystä. Avannepotilaiden voimavaraistumista tarkastelevassa tutkimuksessa huomattiin, että ohjausta avanteen hoitoon kaivataan jo hyvissä ajoin ennen leikkausta. (Eloranta – Vähätalo – Rasmus – Elomaa – Johansson 2010: 7.) Lisäksi aineistosta ilmeni, että hoitajat voivat omalla toiminnallaan edesauttaa potilaan henkilökohtaisten ratkaisujen muotoutumista. Käytännössä tämän nähtiin tapahtuvan, kun hoitajat toimivat potilaan voimavaroja vahvistaen ja kiinnittivät huomiota potilaan osallistumista tukevan ohjauskeskustelun kehittymiseen. (Kettunen ym. 2002: 220.)

Tiedon antaminen on osa potilaan voimavaraistumisen tukemista (Wåhlinin ym. 2006: 376). Eräissä tutkimuksissa tuli esiin, että potilasohjauksessa käsitellään tiedollisista osa-alueista hyvin biofysiologista, sosiaalista, toiminnallista, kokemuksellista ja taloudellista osa-aluetta, mutta eettisen osa-alueen käsittely jää vähäiseksi. (Eloranta ym. 2010: 9.) Hoitajat pyrkivät tarjoamaan potilaille tietoa, joka on heille hyödyllistä ja tarpeellista. Hoitajat myös varmistavat, että potilaat ymmärtävät annetun tiedon ja kannustavat potilaita esittämään kysymyksiä. (Kettunen ym. 2006: 163.)

Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen sisältää myös potilaan tunteiden käsittelyn ja ilmaisun tukemisen. Voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa hoitajat ottavat potilaiden tunteet huomioon ja pyrkivät antamaan potilaille uusia näkemyksiä tunteiden kontrolloimiseen (Kettunen ym. 2006: 163; Kettunen ym. 2001: 235). Hoitajan käyttämä tunnusteleva keskustelutyyli ja tunnusteleva tapa esittää kysymyksiä mahdollistavat ja tekevät helpommaksi potilaalle omien huoliensa käsittelemisen. Hoitaja antaa samalla potilaalle epäsuorasti mahdollisuuden käsitellä pelkojaan. (Kettunen ym. 2001: 232; Kettunen ym. 2002: 218–219.)

6.1.2 Vuorovaikutus ja ilmapiiri

Rakentava vuorovaikutus tulee aineistossa esiin hoitajan luomalla vastavuoroisella suhteella potilaaseen. Hoitaja luo vastavuoroisen suhteen aloittamalla ohjauskeskustelut

selvittämällä potilaan tilannetta epäsuorasti. Vastavuoroisessa rakentavassa vuorovai-
kutussuhteessa niin potilailla kuin hoitajillakin on tärkeä rooli keskusteluissa, mikä johtaa
näkökulmien jakamiseen. (Poskiparta ym. 2001: 73.) Ohjaustilanteissa potilaat saavat
puhua keskeytyksettä, koska hoitajat eivät katkaise heidän vastauksiaan lyhyeen (Ket-
tunen ym. 2006: 163). Antamansa palautteen avulla hoitaja viestittää, että on paikalla
kuunnellakseen potilasta eikä halua keskeyttää häntä (Kettunen ym. 2001: 234). Hoitajat
myös auttavat potilaita osallistumaan keskusteluun ohjauksen alussa (Kettunen ym.
2006: 163). Tämän lisäksi potilaiden neuvojen pyytäminen katsotaan kuuluvaksi voima-
varaistumista tukevaan potilasohjaukseen (Poskiparta ym. 2001: 74). Hoitajat myös var-
mistavat, että he itse ymmärtävät potilailta saamansa tiedon (Kettunen ym. 2006: 163).

Ohjaustilanteissa ilmenee vuorovaikutuksellisia voimavaraistumista tukevia käytäntöjä,
kuten istunnon avaaminen rohkaisevalla ja rakentavalla tavalla sekä aktiivinen kuuntelu
(Kettunen ym. 2001: 235). Hoitajien kuuntelemista osoittava nonverbaalinen palaute, ku-
ten nyökkäily, rohkaisee potilasta jatkamaan puhettaan (Kettunen ym. 2002: 219). Oh-
jaustilanteet kuvataan vuorovaikutteisina dialogeina, joihin potilas aktiivisesti osallistuu.
Hoitaja myös pohtii ohjaustilanteen merkityksellisyyttä potilaan näkökulmasta. Vuorovai-
kutuksellisesti hoitajien voimavaraistumista tukevat teot ilmenevät valtaosin kysymysten
muotoilussa ja hoitajan "tunnustelevassa" tavassa esittää kysymyksiä tai ongelmia. Sa-
nallista ilmaisua pidetään jopa parempana vaihtoehtona sanattomalle viestinnälle, sillä
kielen muotojen avulla hoitajat pystyvät tukemaan potilaan voimavaraistumista avaten
heille uusia ja varteenotettavia näkökulmia. (Kettunen ym. 2001: 231, 233, 237.)

Avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luomisen tärkeys tulee ilmi aineistosta. Ilmapiirillä
ja yhteistyöllä hoitotiimin kanssa havaittiin olevan myönteinen vaikutus potilaaseen
(Wählin ym. 2006: 375). Arkipäiväinen keskustelutyö ja tuttavallinen puhetapa ylläpitä-
vät läheistä ilmapiiriä ja rakentavat yhteisöllisyyttä potilaan ja hoitajan välille (Kettunen
ym. 2002: 218). Hoitajat käyttävät selkeää kieltä, ovat kohteliaita, kuuntelevat potilaita
ja osoittavat potilaan hyväksyntää. Potilaat myös vastaavat hoitajien kysymyksiin avoi-
mesti. (Kettunen ym. 2006: 163–164.) Avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä tukee myös
rauhallinen ohjaustilanne, jossa hoitaja ei kiirehdi kysymyksestä toiseen, vaan kommentoi
potilaan vastauksia ja pitää taukoja puheessaan, jolloin potilaalla on mahdollisuus
ottaa seuraava puheenvuoro (Kettunen ym. 2002: 219). Lisäksi voimavaraistumista tu-
kevassa ohjaustilanteessa hoitajat osoittavat arvostusta keskustelua kohtaan. Samoin
turvallisen ympäristön luominen liittyy oleellisesti voimavaraistumisen tukemiseen.
(Wählin ym. 2006: 375–376.)

6.2 Voimavaraistuminen

Aineiston perusteella ilmenneet, voimavaraistumista kuvaavat määritelmät jaettiin kahden pääluokkaan, jotka ovat "yksilön subjektiivinen kokemus" ja "yksilön sisäinen muutos". "Yksilön subjektiivinen kokemus" sisältää yläluokat "hallinnan ja motivaation löytyminen" sekä "myönteisen asenteen löytyminen". Pääluokka "yksilön sisäinen muutos" sisältää taas yläluokat "sosiaalisten suhteiden hyödyntäminen", "prosessi", "kognitiivinen kehittyminen" ja "toimintakyvyn kehittyminen". Nämä voimavaraistumisen määritelmät on luokiteltu taulukossa 5.

Taulukko 5. Voimavaraistuminen

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Hallinnan ja motivaation löytyminen	Yksilön subjektiivinen kokemus	Voimavaraistuminen
Myönteisen asenteen löytyminen		
Sosiaalisten suhteiden hyödyntäminen	Yksilön sisäinen muutos	
Prosessi		
Kognitiivinen kehittyminen		
Toimintakyvyn kehittyminen		

6.2.1 Yksilön subjektiivinen kokemus

Voimavaraistumisen nähdään useissa tutkimuksissa olevan hallinnan ja motivaation löytymistä. Se nähdään myös tärkeänä elementtinä kroonisten sairauksien hallinnassa. (Tol - Shojaeezadeh – Sharifirad – Alhani – Mohajeri 2012: 18.) Toisaalta hallinta määritellään päivittäin voimavaraistumisen komponentiksi (Chiauszi – DasMahapatra – Cochin– Bunce – Khoury – Dave, 2016: 518) tai voimavaraistumisen määritellään olevan juuri hallinnan tunnetta liittyen pitkäaikaissairauteen (Small – Bower – Chew-Graham – Whalley – Protheroe 2013:5). Tunne ja subjektiivinen kokemus ovatkin tärkeitä voimavaraistumisessa, eivät niinkään objektiiviset faktat (Wählin ym. 2006: 376).

Joillekin potilaille voimavaraistuminen puolestaan muistuttaa läheisesti tahdonvoimaa tai valtaa omaan kehoon ja elämäntyyliin. Toisaalta voimavaraistumiselle keskeistä on yksilön sisältä kumpuava motivaatio. Myös johdonmukaisuus ja sinnikkyys ovat teemoja, joita potilaat käyttävät puhuessaan voimavaraistumisesta. (Ramsay Wan – Vo – Barnes 2010: 403.) Voimavaraistuminen saattaa ilmetä myös tarpeena löytää voimaa itsestään taistelutahdon nimissä. Voimavaraistumisella viitataan voiman parantamiseen, jossa voima nähdään mahdollisesti valtana, kykynä tai energiana. (Wåhlin ym. 2006: 376.)

Voimavaraistumiseen liittyy aineistossa myönteisen asenteen löytyminen. Tämä ilmenee potilaan oman elämänilon vahvistamisena, jonka katsotaan olevan osa voimavaraistumista. Voimavaraistumisen katsotaan olevan tulosta positiivisesta itsetunnosta, sekä toivon tunteesta tulevaisuutta kohtaan. (Wåhlin ym. 2006: 376.) Luottamusta omiin kykyihin tarvitaan etsittäessä tietoa omasta terveydentilasta (Chiauzzi ym. 2016: 520). Kärsivällisyys itsensä kanssa ja sairauden hyväksyminen, samoin kuin sellaisten asioiden hyväksyminen, joita ei itse voi muuttaa, kuuluu kiinteästi voimavaraistumiseen (Ramsay Wan ym. 2010: 403; Wåhlin ym. 2006: 376; Small ym. 2013: 6). Yksi voimavaraistumisen tekijä on myös yleisesti koettu elämänlaatu (Ryhänen ym. 2013: 1021).

6.2.2 Yksilön sisäinen muutos

Voimavaraistuminen ilmenee aineistossa positiivisena potilas-hoidontarjoaja -suhteena ja positiivisena kommunikaatiotyylinä (Chiauzzi ym. 2016: 520). Positiivisen ilmapiirin luominen voimavaraistumista kuvaavana tekijänä tulee esiin Kettusen ym. (2006: 163) tutkimuksessa. Samoin muihin ihmisiin turvautuminen ja luottamus terveysalan ammattilaisten osaamiseen nousevat esiin aineistosta voimavaraistumista kuvaavina tekijöinä (Wåhlin ym. 2006: 376; Nygårdh – Malm – Wikby – Ahlström 2011: 899, 901, 903). Toisaalta yhdessä tutkimuksessa todetaan, että potilaan luottamuksella lääkäriä kohtaan ei ollut yhteyttä voimavaraistumiseen (Small ym. 2013: 9).

Voimavaraistuminen nähdään tuloksena muutosprosessista (Wåhlin ym. 2006: 376). Toisaalta taas voimavaraistumisen määritellään olevan riippuvainen prosessista, joka luo lopputuloksia (Nygårdh ym. 2011: 903). Eräässä tutkimuksessa potilaat kuvaavat voimavaraistumisen sisäisen kehityksen olevan sitä, miten potilas näkee itsensä diagnoosin saamisen jälkeen. Esimerkiksi tasapainon tunteen luomisen katsotaan olevan po-

tilaan sisäistä kehitystä (Small ym. 2013: 6). Joillekin potilaille voimavaraistumiseen sisältyy kamppailua omien tunteiden, kuten turhautuneisuuden, uupumuksen tai masennuksen kanssa (Ramsay Wan ym. 2010: 403).

Tolin ym. (2012: 17–18) tutkimuksessa voimavaraistumisen määritellään koostuvan kolmesta osa-alueesta: psykososiaalisten aspektien hallinnasta, tyytymättömyyden ja muutoksenvalmiuden määrittämisestä ja tavoitteiden asettamisesta ja saavuttamisesta. Voimavaraistuminen koetaan käytännön strategiana terveyden edistämiseksi (Tol ym. 2012: 19) ja voimavaraistuminen ilmenee aineistossa potilaskeskeisenä lähestymistapana (Ramsay Wan ym. 2010: 404).

Voimavaraistumista kuvataan myös oppimisena muilta ja oppimisena kohtaamisten kautta (Chiauzzi ym. 2016: 519; Nygårdh 2011: 899). Nygårdhin ym. (2011: 900–901) mukaan oppiminen mahdollistaa paremman itsehallinnan. Myös vastuun ottaminen itsehoitosta kotona ja päätöksentekoon osallistuminen kuvaavat voimavaraistumista (Nygårdh ym. 2011: 901; Ramsay Wan ym. 2010: 403). Smallin ym. (2013: 8) tutkimuksessa potilaat kuvaavat voimavaraistumisen tunteena kyvystä tehdä henkilökohtaisia päätöksiä sairauteensa liittyen sekä mahdollisuutena osallistua päätöksentekoprosessiin. Samoin Wählinin ym. (2006: 375–376) tutkimuksessa voimavaraistuminen on kuvattu terveydenhuollon päätöksiin osallistumisen kannalta. Päätöksentekoon osallistumisen lisäksi omien tavoitteiden asettaminen ja kognitiivisten strategioiden kehittäminen hoidolle kuvaavat voimavaraistumista (Ramsay Wan ym. 2010: 403; Small 2013: 7). Potilaat esimerkiksi käyttävät lääketieteellisen informaation saamista ja toisaalta myös rajoittamista strategiana hallinnan tunteen säilyttämisessä (Small 2013: 7). Voimavaraistuminen kuvataan myös Ramsay Wanin ym. (2010: 403) tutkimuksessa potilaan kykyä itseohjautuvuuteen sekä synonyymina sille, mitä "pitää tehdä".

6.3 Voimavaraistumista edistävät tekijät

Voimavaraistumista edistävät tekijät jaettiin pääluokkiin "potilaan sisäiset tekijät" ja "potilaan ulkoiset tekijät". "Potilaan sisäiset tekijät" sisältää yläluokat "hyvä sosioekonominen asema", "sisäisen hallinnan saavuttaminen", "yksilön ominaisuudet" sekä "usko itseensä ja tulevaisuuteen". "Potilaan ulkoiset tekijät" puolestaan jaettiin yläluokkiin "oleellisen tiedon saaminen", "luottamuksellinen yhteistyö hoitosuhteessa", "laadukas potilaan

kohtaaminen", "vertaistuen antaminen ja saaminen", "henkinen ja sosiaalinen tuki", "hoitoon osallistumisen mahdollisuus" ja "myönteinen hoitoympäristö". Luokittelu on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Voimavaraistumista edistävät tekijät

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Hyvä sosioekonominen asema	Potilaan sisäiset tekijät	Voimavaraistumista edistävät tekijät
Sisäisen hallinnan saavuttaminen		
Yksilön ominaisuudet		
Usko itseensä ja tulevaisuuteen		
Oleellisen tiedon saaminen	Potilaan ulkoiset tekijät	
Luottamuksellinen yhteistyö hoitosuhteessa		
Laadukas potilaan kohtaaminen		
Vertaistuen antaminen ja saaminen		
Henkinen ja sosiaalinen tuki		
Hoitoon osallistumisen mahdollisuus		
Myönteinen hoitoympäristö		

6.3.1 Potilaan sisäiset tekijät

Voimavaraistumista edistää potilaan hyvä sosioekonominen asema; koulutuksen tason (Small ym. 2013: 9) ja taloudellisten resurssien on havaittu olevan yhteydessä korkeampiin voimavaraistumisen tasoihin (Chiauzzi ym. 2016: 520).

Voimavaraistuneet potilaat kokevat hallinnan tunnetta omien henkilökohtaisten strategioidensa kautta (Small ym. 2013: 7), ja potilaat kuvaavatkin taistelutahdon ja oman sisäisen ilonsa olevan parhaimpia vahvuuksia voimavaraistumisessa (Wåhlin ym. 2006: 375). Luottamuksella omiin kykyihin ja hyvällä itsetunnolla on selvä yhteys voimavaraistumiseen (Tol ym. 2012: 18). Myös usko tulevaisuuteen ja toivo mahdollisuudesta elää mahdollisimman normaalia elämää tukevat voimavaraistumista (Eloranta ym. 2014: 7).

Sukupuolella todettiin kahdessa tutkimuksessa olevan yhteys voimavaraistumiseen. Chiauzzin ym. (2016: 520) tutkimuksessa nähtiin miessukupuolen olevan myötävaikuttaja voimavaraistumisessa, kun taas toisessa tutkimuksessa (Tol ym. 2012: 18) todettiin naisten olevan voimavaraistuneempia kuin miehet. Sukupuolen lisäksi iän merkitystä voimavaraistumiseen on tutkittu, ja korkeamman iän todettiin olevan yhteydessä voimavaraistumiseen (Chiauzzi ym. 2016: 520). Samoin pidemmän sairauden keston ja paremman yleisterveyden katsottiin tukevan korkeampaa voimavaraistumista (Small ym. 2013: 9).

6.3.2 Potilaan ulkoiset tekijät

Tiedon saaminen on keskeistä potilaiden voimavaraistumiselle (Nygårdh ym. 2011: 902). Konkreettisen tiedon saamista sairaudesta ja sen vaikutuksista arkielämään pidetään tärkeänä (Eloranta ym. 2014: 7). Voimavaraistumisen saavuttamiseksi on olennaista, että potilaat saavat tarvittavan tiedon ja ovat perillä omasta terveystilanteestaan (Tol ym. 2012: 18). Tieto edistää turvallisuuden tunteen syntymistä tarjotessaan vastauksia kysymyksiin tai huoliin ja myös helpottaa oireiden ymmärtämistä tai valmistaa tuleviin muutoksiin (Wåhlin ym. 2006: 374).

Hoitosuhteen luottamuksellisuus on edellytyksenä potilaan voimavaraistumiselle. Voimavaraistumiseen johtavan hoitosuhteen tulee olla tarpeeksi luottamuksellinen, jotta potilas pystyy tuomaan ilmi omat huolensa ja tiedostamaan oppimansa. (Kettunen ym. 2001: 233.) Samoin yhteistyön potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä katsotaan olevan tärkeä kohta voimavaraistumisprosessissa (Moattari – Ebrahimi – Sharifi – Rouzbeh 2012: 7–8). Potilaan toiveiden mukainen yhteistyö saa osaltaan potilaan tuntemaan itsensä arvokkaaksi ja motivoi häntä "taistelemaan" (Wåhlin ym. 2006: 375).

Hoitajan tapa kohdata potilas on merkityksellinen voimavaraistumiselle. Eräässä tutkimuksessa kuvataan vahvistavan kohtaamisen olevan olennaista voimavaraistumiselle.

Potilaat kokevat itsensä varmoiksi, kun heitä kohdellaan kunnioittavasti ja heitä kuunnellaan. (Nygårdh ym. 2011: 900, 902) Myös positiivinen ilmapiiri, jossa potilaan tunteiden ilmaisua tuetaan, tarjotaan yksilöllistä ohjausta ja jossa potilas saa riittävästi aikaa tehdä päätöksiä, tukee voimavaraistumista (Chiauzzi ym. 2016: 519–520).

Vertaistuen merkitys voimavaraistumiselle nousee esiin useassa tutkimuksessa. Eloranta ym. (2014: 7) tutkimuksessa todettiin vertaistuen, kokemusten vaihdon ja muiden sairastuneiden kohtaamisen olevan oleellinen tekijä vakavaan sairauteen ja sen hoitoon sopeutumista. Toisessa tutkimuksessa eniten voimavaraistumista tukevaksi tekijäksi todettiin vertailu muiden potilaiden kanssa. Tämän rinnalla voimavaraistumista tukee myös muiden auttaminen, kokemusten jakaminen ja tiedon vaihto. Vertaistuki ilmenee myös internetpohjaisten tukiryhmien kautta, joiden todettiin vaikuttavan positiivisesti voimavaraistumiseen. (Bartlett – Coulson 2011: 118.)

Henkisellä ja sosiaalisella tuella on myönteinen vaikutus voimavaraistumiseen. Tuen ja ymmärryksen saaminen hoitohenkilökunnalta ja ystäviltä on keskeinen tekijä voimavaraistumisessa. (Small ym. 2013: 6.) Potilaat kokevat myös rohkaisun hoidon onnistumisen suhteen lisäävän itseluottamusta ja kokemusta arjessa selviytymisestä (Eloranta ym. 2010: 8). Potilaiden motivaatiota "taisteluun" puolestaan vahvistaa muistutuksen saaminen asioista, jotka ovat hänelle tärkeitä normaalissa elämässä. Tämän lisäksi potilaat kokevat voimavaraistumisen kannalta arvokkaaksi muistutuksen saamisen siitä, että he ovat arvokkaita ja tärkeitä ihmisinä ja merkitsevät paljon kotona oleville läheisille. Myös tunne siitä, että joku huolehtii sekä toisen ihmisen lämmöksi ja huomaavaisuudeksi koettu kosketus ovat tärkeitä potilaille (Wählin ym. 2006: 375).

Voimavaraistumista tukee lisäksi potilaan saamat positiiviset kokemukset, jotka vahvistavat potilaan itseluottamusta ja kasvattavat hänen itsevarmuuttaan suhteessa kykyyn vaikuttaa omaan hoitoonsa. Potilaalle on myös tärkeää tuntea, että hänen pelkojaan ei vähätellä ohjauksen aikana. (Kettunen ym. 2001: 236–237.)

Voimavaraistumiselle on tärkeää, että potilas kokee tulleen otetuksi vakavasti ja kuul-luksi (Wählin ym. 2006: 375). Potilaat kuvaavat voimavaraistumisen perustuvan heidän omaan itsehallintaansa ja päätöksentekoon osallistumiseen. Lisäksi he painottavat tasa-arvoisen hoitosuhteen merkitystä (Nygårdh ym. 2011: 901). Myös myönteisellä hoitoympäristöllä nähdään olevan voimavaraistumista edistävä vaikutus. Positiivinen ympäristö

koetaan arvokkaana samoin kuin rauhallinen ja turvallinen henkilökunta, joka luo varmuuden tunnetta potilaalle (Wåhlin ym. 2006: 374). Lisäksi potilaalle on tärkeää, että henkilökunta on saatavilla silloin kun potilas tarvitsee (Nygårdh ym. 2011: 899–900).

6.4 Voimavaraistumista heikentävät tekijät

Aineistossa esiintyneet voimavaraistumista heikentävät tekijät jaettiin kahteen pääluokkaan: "hoitosuhteeseen liittyviin tekijöihin" ja "potilaaseen liittyviin tekijöihin". Pääluokka "hoitosuhteeseen liittyvät tekijät" sisältää yläluokat "ajan puute ohjaustilanteessa", "epäluottamus hoitosuhteessa", "huono vuorovaikutus", "sosiaalisen ulottuvuuden käsittelemättömyys", "puutteellinen tiedon saanti", "vähäinen tunteiden käsittely" ja "vaikutusmahdollisuuksien puute". "Potilaaseen liittyvät tekijät" taas sisältää yläluokat "voimavaraistumista haittaavat sosioekonomiset tekijät", "lannistavat tunteet" sekä "heikentynyt fyysinen vointi". Tämä luokittelu on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Voimavaraistumista heikentävät tekijät

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Ajan puute ohjaustilanteessa	Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät	Voimavaraistumista heikentävät tekijät
Epäluottamus hoitosuhteessa		
Huono vuorovaikutus		
Sosiaalisen ulottuvuuden käsittelemättömyys		
Puutteellinen tiedon saanti		
Vähäinen tunteiden käsittely		
Vaikutusmahdollisuuksien puute		
Voimavaraistumista haittaavat sosioekonomiset tekijät	Potilaaseen liittyvät tekijät	
Lannistavat tunteet		
Heikentynyt fyysinen vointi		

6.4.1 Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät

Potilasohjaustilanteissa voimavaraistumista heikentää ajan puute ja huono vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Huono vuorovaikutus ilmenee dialogin ja potilaan vaikutusvallan puutteena sekä hoitajan välinpitämättömyytenä tai hoitosuhteeseen sitoutumattomuutena. (Nygårdh ym. 2011: 900, 902.) Epäluottamus hoitosuhteessa ilmenee tilanteissa, joissa potilaat kokevat hoidontarjoajan epäpäteväksi. Tämän todettiin aiheuttavan potilaissa huolta. (Chiauzzi ym. 2016: 519.)

Voimavaraistumista heikentää myös se, että tiettyjä aihealueita jätetään käsittelemättä potilasohjaustilanteissa. Sosiaalisen ulottuvuuden käsittelyn katsotaan esimerkiksi kuuluvan voimavaraistumisen tukemiseen, mutta kuitenkin tutkimuksissa tämän alueen käsittely jää ohjauksessa vähemmälle. Potilaat kaipaavat tietoa enemmän vertaistukitoiminnasta, sosiaalityöntekijän palveluista ja siitä, miten omaiset voivat osallistua hoitoon. (Eloranta ym. 2014: 7.) Yleisesti puutteellinen tiedonsaanti hoito- tai ohjaustilanteissa koetaan voimavaraistumista vähentävänä. Puutteellinen tiedonsaanti saattaa aiheuttaa potilaalle jopa ylimääräistä tunnekuormaa, kuten ahdistusta ja epätoivoa (Wåhlin ym. 2006: 374). Tämän lisäksi potilaat kokevat, ettei heidän tunteitaan käsitellä tarpeeksi, vaan tunteista puhuminen jää pintapuoliseksi eikä henkistä tukea ole tarpeisiin nähden riittävästi tarjolla (Eloranta ym. 2010: 8). Voimavaraistumisen kannalta koetaan lisäksi ongelmallisena sellaiset tilanteet, joissa potilaalla ei ole vaikutusmahdollisuuksia esimerkiksi omaan lääkehoitoon tai ruokavalioon (Ramsay Wan ym. 2010: 403; Nygårdh ym. 2001: 902).

6.4.2 Potilaaseen liittyvät tekijät

Tutkimuksissa on löydetty yhteyksiä potilaan sosioekonomisten ominaisuuksien ja voimavaraistumisen väliltä. Heikolla taloudellisella tilanteella todettiin olevan yhteys alhaisempaan voimavaraistumiseen (Ramsay Wan ym. 2010: 403), samoin kuin etnisyydellä ja nykyisillä asumisjärjestelyillä (Small ym. 2013: 9).

Tutkimuksissa potilaat toivat esiin kokemiaan lannistavia tunteita, kuten itsesyytöksiä (Ramsay Wan ym. 2010: 403) tai järkytystä liittyen hoitoympäristöön (Wåhlin ym. 2006: 375). Lisäksi havaittiin, että henkilökunta voi heijastaa omaa ahdistustaan ja stressiään potilaaseen (Wåhlin ym. 2006: 374). Myös mikäli sairauteen liittyy stigman läsnäolo, saattaa tämä johtaa voimavaraistumisen heikkenemiseen (Chiauzzi ym. 2016: 521).

Fyysisen voinnin vaikutusta voimavaraistumiseen tukee löydös, jonka mukaan useampi pitkäaikaissairaus potilaalla on yhteydessä alhaisempaan voimavaraistumiseen (Small ym. 2013: 9). Tämän lisäksi löytyi näyttöä siitä, että lääkehoidon sivuvaikutuksilla on voimavaraistumista estävä vaikutus (Ramsay Wan ym. 2010: 403).

6.5 Voimavaraistumisen tukemisen hyödyt

Voimavaraistumisen tukemisen hyödyistä muodostettiin kolme pääluokkaa; "potilaan henkinen kasvu", "hyvinvoinnin paraneminen" ja "hoidon laadun paraneminen". Pääluokka "potilaan henkinen kasvu" sisältää yläluokat "tietämyksen lisääntyminen", "päätöksentekotaidon kehittyminen" ja "henkisten ominaisuuksien kehittyminen". Pääluokka "hyvinvoinnin paraneminen" sisältää yläluokat "fyysisen tilan koheneminen", "elämänlaadun paraneminen" ja "kokemus elämänhallinnan paranemisesta". Pääluokka "hoidon laadun paraneminen" puolestaan sisältää yläluokat "parempi kyky ottaa vastuuta omasta hoidosta" ja "hoitosuhteen paraneminen". Tämä luokittelu on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Voimavaraistumisen tukemisen hyödyt

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Tietämyksen lisääntyminen	Potilaan henkinen kasvu	Voimavaraistumisen tukemisen hyödyt
Päätöksentekotaidon kehittyminen		
Henkisten ominaisuuksien kehittyminen		
Fyysisen tilan koheneminen	Hyvinvoinnin paraneminen	
Elämänlaadun paraneminen		
Kokemus elämänhallinnan paranemisesta		
Parempi kyky ottaa vastuuta omasta hoidosta	Hoidon laadun paraneminen	
Hoitosuhteen paraneminen		

6.5.1 Potilaan henkinen kasvu

Tietämyksen lisääntyminen ilmenee aineistossa siten, että voimavaraistumista tukeva potilasohjaus tarjoaa potilaalle uutta tietoa (Poskiparta ym. 2001: 77). Lisäksi voimavaraistumisen tuloksena potilaat kokevat olevansa paremmin informoituja koskien omaa sairautentilaansa (Bartlett – Coulson 2011: 117).

Potilaiden päätöksentekotaitojen kehittyminen on yhteydessä voimavaraistumisen tukemiseen samoin kuin se, että potilaiden päätöksenteosta tulee tarkoituksenmukaisempaa (Moattari ym. 2012: 6). Voimavaraistumisen tukeminen mahdollistaa potilaan päätöksenteon ja ongelmanratkaisun (Poskiparta ym. 2001: 77). Lisäksi voimavaraistumisen tukemisen tuloksena potilaiden kyky ottaa vastuuta terveyteen liittyvien ongelmien ratkaisemisessa kohenee (Moattari ym. 2012: 7).

Aineistossa ilmenee potilaan erilaisten henkisten ominaisuuksien kehittymistä. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen yhtenä tavoitteena on potilaan omien voimavarojen vahvistaminen (Eloranta ym. 2014: 9). Voimavaraistumisen tukeminen saattaa johtaa esimerkiksi potilaan sisäiseen keskusteluun (Tol ym. 2012: 19) ja se voi tarjota potilaalle mahdollisuuksia omien arvojen selkiyttämiseen (Poskiparta ym. 2001: 77). Ollessaan luonteeltaan reflektioivaa voimavaraistumisen tukemisen huomattiin edistävän myös potilaan henkilökohtaisia ja sosiaalisia kykyjä (Poskiparta ym. 2001: 77). Lisäksi voimavaraistumisen tukeminen pyrkii parantamaan potilaan kykyä aktiivisesti ymmärtää omaa terveydentilaansa sekä vaikuttaa siihen (Tol ym. 2012: 19).

6.5.2 Hyvinvoinnin paraneminen

Potilaan voimavaraistumisella ja sen tukemisella havaittiin yhteys potilaan elämänlaadun kohoamiseen (Moattari ym. 2012: 6). Tämä liittyy läheisesti potilaiden kokemukseen oman elämän ja sairauden hallinnasta, minkä myös todettiin voimavaraistumisen ja sen tukemisen myötä kasvavan (Tol ym. 2012: 18). Elämönhallinnan paraneminen on yksi hyödyistä, joita voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella tavoitellaan. Sairastumisen myötä potilaan elämäntilanne voi muuttua, ja potilaan selviytymistä uudessa tilanteessa voidaan ohjauksen avulla tukea (Eloranta ym. 2014: 7).

Voimavaraistumisella havaittiin olevan yhteys potilaan fyysisen tilan kohenemiseen. Camerinin tutkimuksessa (Camerini –Schulz –Nakamoto 2012: 343) analyysi osoitti, että psykologinen voimavaraistuminen ja yksilöllinen kognitio korreloivat terveydenhoitoon liittyvien tulosten kanssa. Munuaissairaiden voimavaraistumista käsittelevässä tutkimuksessa todettiin voimavaraistumisen tukemisella olevan hyödyllisiä vaikutuksia potilaiden verenpaineen ja painonnousun hallintaan. Myös hematokriitti- ja hemoglobiiniarvojen kohdalla havaittiin paranemista niiden potilaiden osalta, jotka kokivat voimavaraistuneensa tukiohjelman myötä. (Moattari ym. 2012: 6.) Diabetesta sairastavilla potilailla puolestaan on havaittu yhteys pitkäaikaisen verensokeriarvon HbA1c:n laskun ja potilaiden voimavaraistumisen välillä (Tol ym. 2012: 19).

6.5.3 Hoidon laadun paraneminen

Potilaan voimavaraistumisen todettiin lisäävän potilaan itsehoitokykyä sekä näin ollen kykyä ottaa vastuuta omasta hoidostaan (Moattari ym. 2012: 6–7). Tämän voidaan ajatella lisäävän potilaan kokonaisuhoitoa. Voimavaraistuminen voi myös johtaa parempaan kommunikaatioon potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (Tol ym. 2012: 19). Lisäksi voimavaraistumisen tukemisella on mahdollista tavoitella potilaan parempaa hoitoon sitoutumista (Eloranta ym. 2014: 9).

7 Pohdinta

Pohdinnassa tarkastellaan tulosten yhteneväisyyttä suhteessa toisiinsa. Lisäksi tuloksien hyödynnettävyyttä tarkastellaan munuaissairaana potilaan hoitotyön näkökulmasta. Pohdinnassa käsitellään myös työhön liittyneitä mahdollisia ongelmia, työn eettisyyttä ja luotettavuutta sekä jatkotutkimusehdotuksia.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset olivat pääosin yhteneväisiä ja johdonmukaisia. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus ilmeni yleisesti potilaan kokonaisvaltaisena tukemisena sekä vuorovaikutuksellisuutena ja ilmapiiriin liittyvinä tekijöinä. Voimavaraistuminen määriteltiin aineistossa monin eri tavoin, mutta se voitiin kuitenkin tiivistetysti kuvata yksilön subjektiivisena kokemuksena ja yksilön sisäisenä muutoksena.

Myös voimavaraistumista edistävät ja ehkäisevät tekijät olivat pääsääntöisesti yhteneväisiä, mutta muutamia ristiriitaisuuksiakin esiintyi. Sukupuolen merkityksestä löytyi toisensa kumoavia tuloksia. Toisaalta todettiin, että miessukupuoli edistää voimavaraistumista (Chiauzzin ym. 2016: 520). Toisessa tutkimuksessa puolestaan todettiin, että voimavaraistuminen on yhteydessä naissukupuoleen (Tol ym. 2012: 18). Lisäksi aineistosta löytyi tulos, jonka mukaan sukupuolella ei ole lainkaan merkityksestä voimavaraistumisen kannalta (Small ym. 2013: 9). Samoin iän merkityksestä voimavaraistumiseen löytyi ristiriitaisia tuloksia. Yhdessä tutkimuksessa todettiin korkeammalla iällä olevan myönteinen vaikutus voimavaraistumiseen (Chiauzzi ym. 2016: 520), ja toisaalta toisessa tutkimuksessa todettiin, ettei iällä ole vaikutusta (Small ym. 2013: 9). Chiauzzin ym. (2016: 520) mukaan myös työllisyydellä oli vaikutusta voimavaraistumisen edistämiseen, mutta Small ym. (2013: 9) tutkimuksessaan olivat saaneet tuloksia, joiden mukaan työ on merkityksetöntä voimavaraistumiselle.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on hyvä potilaslähtöinen lähestymistapa ohjaukseen. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus pyrkii tukemaan potilasta kokonaisvaltaisesti vahvistaen erityisesti potilaan hallinnan tunnetta ja päätöksentekokykyä. Tuloksista käy hyvin ilmi voimavaraistumisen käsitteen monitulkintaisuus. Tästä johtuen analyysin tuloksena syntyneet luokitukset ovat jossain määrin keinotekoisia. Voimavaraistumisen käsitteestä ei ole olemassa yhtä yleispätevää, objektiivista määritelmää, eikä siten myöskään voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tarkka määrittely ole yksiselitteisesti toteutettavissa. Tuloksissa saatiin kuitenkin melko laaja-alaisesti kuvattua voimavaraistumista sekä sitä tukevaa potilasohjausta. Laaja-alaisuus näkyy paitsi määritelmien ja kuvausten määrässä ja vaihtelevuudessa myös siinä, että mukana oli tutkimuksia ympäri maailmaa.

Tulokset olivat suurilta osin samassa linjassa aikaisempien aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa. Peilaten esimerkiksi aikaisemmin määriteltyihin kuuteen voimavaraistumisen ulottuvuuteen (biofysiologinen, toiminnallinen, kokemusperäinen, eettinen, sosiaalinen ja taloudellinen) tulokset osoittivat selkeää johdonmukaisuutta (Virtanen ym. 2007: 140). Lisäksi tässä työssä havaittiin itsehoitokyvyn parantuminen voimavaraistumisen tukemisen hyötynä, mikä on samassa linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Tsay – Hung 2004: 59, 63; Cy ym. 2016: 201; Royani ym. 2013: 84). Samoin tulos, jonka mukaan voimavaraistuminen ilmenee potilaan voimavarojen vahvistamisena, vastaa aiempia tutkimustuloksia (Kivistö ym. 2009: 14–15).

Kivistön ym. (2009: 14–15) mukaan voimavaraistumisen tukemisella voidaan vahvistaa potilaan päätöksentekokykyä. Toisaalta Tsayn ja Hungin (2004: 59, 63) tutkimuksen mukaan potilaan päätöksentekokyvyn tukeminen on yksi voimavaraistumisen tukemisen menetelmä. Päätöksentekokykyyn liittyvä ristiriitaisuus ilmeni myös tässä työssä, jossa tulokseksi saatiin, että päätöksentekokyky liittyy paitsi voimavaraistumisen määrittelmään, myös voimavaraistumisen hyötyihin.

Dowling ym. (2011: 476, 478–483) tutkimuksessaan totesi, että myös hoitajan itsensä tulee tuntee olevansa voimavaraistunut voidakseen tukea potilaan voimavaraistumista. Tämä seikka ei tullut esiin tämän työn aineistossa. Muutoin tämän työn tulokset, kuten vuorovaikutuksen tärkeys, ovat johdonmukaisia myös Dowlingin ym. tutkimuksen kanssa.

7.2 Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen hyödyntäminen munuaissairaalan potilaan hoitotyössä

Voimavaraistumisen tukeminen on havaittu hyödylliseksi kroonista sairautta sairastavien potilaiden hoitotyössä (Tol ym. 2012: 518), ja koska munuaissairaudet ovat usein luonteeltaan pitkäaikaisia (Vauhkonen – Holmström 2014: 423, 426), voidaan voimavaraistumisen tukemista pitää hyvänä lähestymistapana potilasohjaukselle. Ohjausta voi esimerkiksi suunnitella hyödyntäen voimavaraistumisen eri näkökulmia ja tekijöitä. Näin voidaan varmistaa, että kaikkia tiedon osa-alueita tulee käsiteltyä. Tärkeää on muistaa muun muassa läheisten huomiointi, sekä riittävä tiedon tarjoaminen potilaan päätöksenteon tueksi. Potilas tulee myös ottaa osaksi keskustelua, ja hänelle tulee antaa mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa.

Munuaissairaalla potilaalla itsellään on sairautensa hoidossa tärkeä rooli, sillä itsehoito on osa munuaissairauden hyvää hoitoa (Munuaispotilaan opas 2010: 6). Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen hyödyntäminen munuaissairaalan potilaan hoitotyössä on tarkoituksenmukaista, sillä voimavaraistumisen on todettu lisäävän potilaan itsehoitokykyä, samoin kuin vastuunottamista omasta hoidostaan (Moattari ym. 2012: 6–7). Potilasohjausta tarjoava hoitaja voi hyödyntää voimavaraistumisen tukemisen käytäntöjä suunnitellessaan omaa toimintaansa ohjauksessa huomioiden sanallisen ja sanattoman viestinnän merkityksen. Huomionarvoista on potilaan kunnioittava kohtaaminen, luottamuksen luominen ja potilaan tukeminen kokonaisvaltaisesti.

Voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta voidaan hyödyntää myös internetpohjaisessa ohjauksessa (Bartlett – Coulson 2011: 118). Näin ollen voimavaraistumista tukeva potilasohjaus voidaan ottaa huomioon myös Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyöhankkeessa Fresenius Medical Care:n, Musili Ry:n ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvää tutkimustyön etiikkaa ja ohjeita hyödynnetään myös kirjallisuuskatsauksessa. Suomessa Helsingin julistus (1964) turvaa tutkimuksen eettisyyttä ja se on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Helsingin julistus on tehty lääketieteellistä tutkimusta ajatellen, mutta sitä voidaan soveltaa myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa etiikan ohjeeksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 212.)

Tieteen etiikka ilmenee hyvänä tieteellisenä käytäntönä ja se pitää sisällään kaikki tutkimusprosessin vaiheet. Kirjallisuudessa erityistä huomiota on kiinnitetty tietolähteiden käsittelyyn ja tutkimusaineiston keruuseen. Eettisiä ongelmia ja velvoitteita on kuitenkin myös muissa tutkimusprosessin vaiheissa. (Eriksson – Leino-Kilpi – Vehviläinen-Julkunen 2008: 297–299.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat muun muassa sepittäminen eli tekaistun tiedon esittäminen, vääristely eli havaintojen tahallinen muokkaaminen ja anastaminen. Myös plagiointi on hyvän tieteellisen käytännön loukkaamista. (Eriksson ym. 2008: 300–301.) Plagioinnilla tarkoitetaan sekä omien tutkimustulosten uudelleen käyttöä että suoraa lainaamista toisen henkilön kirjoittamasta tekstistä ilman lähdeviitettä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 224). Opinnäytetyö tarkistettiin plagioinnin Turnitin-tarkistusohjelman avulla ennen palauttamista plagioinnin estämiseksi. Tässä työssä haasteena oli saada tuotua jo tutkittu tieto opinnäytetyöhön kopioimatta sitä suoraan, mutta kuitenkin muuttamatta tiedon merkitystä.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa raportoinnin ja tutkijan valintojen eettisyys korostuvat tutkimusmenetelmän väljyyden vuoksi. Tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta onkin kritisoitu, koska siihen liittyy subjektiivisuus ja sattumanvaraisuus. (Kangasniemi ym. 2013: 292, 297.) Myös tässä työssä nämä seikat voivat heikentää työn luotettavuutta.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyys tulee esille jo tutkimuskysymystä laadittaessa. Tässä työssä tutkimuskysymyksen tarkasteluun valittiin useampia näkökulmia, jotka ilmenivät määriteltyinä alakysymyksinä. Tutkimuskysymyksen muotoilussa näkökulma tulee valita huolellisesti sekä tiedostaa ja tunnistaa huolellisella taustatyöllä mahdollisten subjektiivisten tekijöiden aiheuttama vinouma. Tutkimusetiikan noudattaminen tasavertaisuuden, raportoinnin oikeudenmukaisuuden sekä rehellisyyden kannalta korostuu aineiston keruussa ja käsittelyssä. Luotettavuus ja eettisyys ovat tiukasti sidoksissa toisiinsa ja niiden parantamiseen vaaditaan läpinäkyvyyttä ja johdonmukaisuutta koko prosessin ajan edettäessä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. (Kangasniemi ym. 2013: 297.)

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joten sen luotettavuuteen vaikuttaa käytettyjen lähteiden asianmukaisuus. Aineiston arvioinnin luotettavuutta parantaa se, että tässä työssä aineiston arvioinnin suorittaa kaksi henkilöä. (Stolt ym. 2016: 28.) Lisäksi aineiston luotettavuutta lisäsi se, että tutkimusartikkelit valittiin ainoastaan tunnetuista hoitotieteellisistä julkaisuista ja tietokannoista. Luotettavuutta arvioitaessa keskeinen asia on aineiston perusteiden kuvaus. Tässä työssä aineiston valinta- ja poissulkukriteerit on kuvattu (taulukko 1). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus heikkenee, jos tutkijalla on aineistoa valittaessa tiedostamaton tai tiedostettu tarkoituksenhakuisuus, mutta sitä ei ole tuotu ilmi tutkimuksessa. (Kangasniemi ym. 2013: 298.) Tässä työssä suurin osa aineistosta oli englanninkielistä ja aineiston kääntämisessä suomeksi on voinut tulla asiavirheitä, vaikka tarkkuuteen pyrittiinkin.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Aineiston perusteella voimavaraistumisen tukemiseen liittyi usein hyvän ilmapiirin luominen sekä kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä. "Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen kehittäminen digitaalisesti" -yhteistyöhankkeessa pyritään digitalisoimaan potilasohjausta tuottamalla digitaalisia ohjauspaketteja potilaiden käyttöön. Tämän johdosta jatkotutkimusehdotukseksi nousi se, kuinka munuaissairaiden voimavaraistumisen tukeminen onnistuu pelkästään digitaalisessa muodossa, kun vuorovaikutuksellinen ilmapiiri ja toisen ihmisen läsnäolo jäävät puuttumaan.

Lähteet

Alahuhta, Maija – Hyväri, Tuija – Linnanvuori, Marjatta – Kylmäaho, Risto – Mukka, Heikki 2008. Munuaissairaahan hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Aveyard, Helen 2014. Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide (3rd Edition). Englanti: Open University Press.

Bartlett, Yvonne Kiera – Coulson, Neil S. 2011. An Investigation into the Empowerment Effects of Using Online Support Groups and How This Affects Health Professional/patient Communication. Patient Education and Counseling 83. 113–119.

Booth, Andrew – Sutton, Anthea – Papaioannou, Diana 2016. Systematic Approaches to a Successful Literature Review. Lontoo: SAGE Publication Ltd.

Camerini, Luca – Schulz, Peter J – Nakamoto, Kent 2012. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. Patient Education and Counseling 89. 337–34.

Chiauzzi, Emil – DasMahapatra, Pronabesh – Cochin, Elisenda – Bunce, Mikele – Khoury, Raya – Dave, Purav 2016. Factors in Patient Empowerment: A Survey of an Online Patient Research Network. The Patient – Patient-Centered Outcomes Research 9 (6). 511–523.

Cy, Hsiao – Lw, Lin – Yw, Su – Sh, Yeh – Ln, Lee – Fm, Tsai 2016. The Effects of an Empowerment Intervention on Renal Transplant Recipients: A Randomized Controlled Trial. The Journal of Nursing Research 24(3). 201–210. Saatavilla myös sähköisesti <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26551216>>.

Dowling, Maura – Murphy, Kathy – Cooney, Adeline – Casey, Dymphna 2011. A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses 3 (4). 476–487.

Eloranta, Sini – Gröndahl, Weronica – Engblom, Janne – Leino-Kilpi, Helena 2014. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö 12 (4). 4–11.

Eloranta, Sini – Leino-Kilpi, Helena – Katajisto, Jouko – Valkeapää, Kirsi 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö 13 (1). 13–23.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eloranta, Sini – Vähätalo, Mervi – Rasmus, Mari – Elomaa, Leena – Johansson, Kirsi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva hoitotyö 8 (1). 4–11.

Eriksson, Katie – Leino-Kilpi, Helena – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Hoitotiede ja tiede-etiikka. Hoitotiede 20 (6). 295–303.

Garrard, Judith 2011. Health sciences literature review made easy – the Matrix Method. USA: Jones & Bartlett Learning.

Gibson, Cheryl H 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16 (3). 354-361.

Grove, Susan K – Burns, Nancy – Gray, Jennifer 2013. *The Practise of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Kiina: Elsevier.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291–301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelo, Marjatta – Eriksson, Elina – Eriksson, Ilse 2013. Pilot educational program to enhance empowering patient education of school-age children with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 12 (16). 1–7.

Kettunen, Tarja – Liimatainen, Leena – Villberg, Jari – Perko, Ulla 2006. Developing Empowering Health Counseling Measurement. *Patient Education and Counselig* 64. 159–166.

Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5). 211–222.

Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Liimatainen, Leena 2001. Empowering Counseling—a Case Study: Nurse–Patient Encounter in Hospital. *Helath Educaion Research* 16 (2). 227–238.

Kivistö, Katja – Johansson, Kirsi – Virtanen, Heli – Rankinen, Sirkka – Leino-Kilpi, Helena 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede* 21 (1).13–22.

Kuijpers, Wilma – Groen, Wim G – Aaronson, Neil K – van Harten, Wim H 2013. A Systematic Review of Web-Based Interventions for Patient Empowerment and Physical Activity in Chronic Diseases: Relevance for Cancer Survivors. *Journal of Medical Internet Research* 15 (2). E37

Kuokkanen, Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Katajisto, Jouko 2012. Sairaanhoidajien käsitykset valtaistumisestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä työssään. *Hoitotiede* 24 (1). 82–91.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4). 10–15.

Leino-Kilpi, Helena – Luoto, Eija – Katajisto, Jouko 1998. Elements of Empowerment and MS Patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 30 (2). 116–123.

Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Saatavilla myös sähköisesti <https://www.ppsHP.fi/instance/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf>.

Moattari, Marzieh – Ebrahimi, Marzieh – Sharifi, Nasrin – Rouzbeh, Jasmin 2012. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and quality of life outcomes* 10 (115). 1–10.

Munuaispotilaan opas 2010. Munuais ja maksaliitto ry. Saatavilla myös sähköisesti <http://www.muma.fi/files/458/munuaispotilaan_opas.pdf>.

Nygårdh, Annette – Malm, Dan – Wikby, Kerstin - Ahlström, Gerd 2011. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing* 21. 897–904.

Poskiparta, Marita – Liimatainen, Leena – Kettunen, Tarja – Karhila, Päivi 2001. From Nurse-Centered Health Counseling to Empowermental Health Counseling 45. 69–79.

Ramsay Wan, Claire – Vo, Linda – Barnes, Catherine S. 2010. Conceptualizations of patient empowerment among individuals seeking treatment for diabetes mellitus in an urban, public-sector clinic. *Patient education and counseling* 87. 402–404.

Rankkinen, Sirkku – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena 2014. Empowering Patient Education Programme –Examples of Reviews Conducted in Education. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Royi, Z – Rayyani, M – Behnampour, N – Arab, M – Goleij, J 2013. The Effect of Empowerment Level and Self-care Self-Efficacy of Patient on Hemodialysis Treatment. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery research* 18 (1). 84–87. Saatavilla myös sähköisesti <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983734>>.

Ryhänen, Anne M. – Rankinen Sirkku – Siekkinen, Mervi – Saarinen, Maiju – Korvenranta, Heikki – Leino-Kilpi, Helena 2013. The Impact of an Empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway Program on Breast Cancer Patients' Clinical Outcomes: a Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Nursing* 22. 1016–1025.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Saatavilla myös sähköisesti <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>.

Shiow-Luan Tsay, Li-Oer Hung 2004. Empowerment of patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 41 (1). 59–65.

Small, Nicola – Bower, Peter – Chew-Graham, Carolyn A – Whalley, Diane – Protheroe, Joanne 2013. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research* 13 (263). 1–15.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Tol, Azar - Shojaezadeh, Davood – Sharifirad, Golamreza – Alhani, Fatemah – Mohajeri Tehrani, Mohamadreza 2012. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. Journal of the Pakistan Medical Association 62 (1). 16–20.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi.

Vauhkonen, Ilkka – Holmström, Peter. 2014. Sisätaudit. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counseling 66 (2). 140–146.

Wåhlin, Ingrid – Ek, Anna-Christina – Idvall Ewa 2006. Patient Empowerment in Intensive Care—An Interview Study. Intensive and Critical Care Nursing 22. 370–377.

Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella	
MEDIC	empower*	Vuosiväli: 2001-2016	43	1	1 Eloranta 2010	
	Voimaannutava AND potilasohjaus	Ei rajauksia	0			
	Voimavaraista* AND potilasohjaus	Ei rajauksia	7	0	0	
CINAHL	empower* counseling	Peer reviewed, Publication Type: Research, Published Date: 20010101-20161231	35	4	2 Poskiparta 2001 Kettunen 2006	
	empower*patient*counseling	Published Date: 20010101-20161231 Peer Reviewed Research Article	3	1	1 Kettunen 2001	
	empower*guidance	Published Date: 20010101-20161231, Peer Reviewed, Publication Type: Research	19	0	0	
PUBMED	empower*counseling	Clinical Trial or Observational Study, Publication dates: 5 years, Text availability: Free full text	13	1	1 Moattari 2012	
	empower* AND-guidance*	Clinical Trial or Observational Study, Publication dates: 5 years, Text availability: Free full text	1	0	0	
	Patient AND empowerment	Date 2001-2016, Titles with your search terms	20	2	1 Chiauszi 2016	
	Patient's AND empowerment	Date 2001-2016, Titles with your search terms	20	1	1 Nygårdh 2011	
	Empowerment AND patients	Date 2001-2016, Titles with your search terms	104	22	2 Camerini 2012 Tol 2012	
	(patient[Title]) AND empowerment[Title] AND empirical study	Date 2001-2016	5	2	1 Small 2013	
	Empowerment AND communication	Date 2001-2016 Titles with your search terms	14	3	1 Bartlett 2011	
	MEDLINE	empower* (Title) AND patient (Title) AND research	Date 2001-2016 Title	61	3	3 Wählin 2006 Ryhänen 2013 Ramsay Wan 2010

MANUAALINEN HAKU HOITOTIETE -LEHDESTÄ			1	1	1 Kettunen 2002
MANUAALINEN HAKU TUTKIVA HOITOTYÖ -LEHDESTÄ			1	1	1 Eloranta 2014

Tutkimusartikkelit ja niiden kuvaus

Tutkimuksen tekijät, nimi, valmistumisvuosi, julkaisu, maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Bartlett, Yvonne Kiera – Coulson Neil S. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. Patient Education and Counseling 83. 113–119. Iso-Britannia 2011.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää edistävätkö Internet-tukiryhmät voimavaraistumista ja vaikuttaako niihin osallistuminen potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen suhteeseen.</p>	<p>Kyselytutkimus sähköisellä kyselylomakkeella. Osallistujat kerättiin 33 eri kroonisten sairauksien Internet-tukiryhmistä, n=246.</p>	<p>Eniten havaittu voimavaraistumisen tekijä Internet-tukiryhmissä oli tunne siitä, että oli saanut hyvin ja riittävästi tietoa tukiryhmän avulla. Myös kokemusten ja tietojen vaihto, toisten tukeminen ja tuen saaminen muilta olivat voimavaraistumista tukevia tekijöitä. Suurin osa vastaajista oli keskustellut Internet-tukiryhmästä saamastaan tiedosta lääkärinsä/terveysalan ammattilaisten kanssa ja suurin osa heistä suhtautui tukiryhmistä saatuun tietoon positiivisesti. Noin 60% vastaajista koki, että osallistuminen Internet-tukiryhmään oli vaikuttanut suhteeseen hoitavan lääkärin/hoitohenkilökunnan kanssa ja suurin osa koki, että nämä muutokset olivat positiivisia.</p>
<p>Camerini, Luca – Schulz, Peter J – Nakamoto, Kent Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. Patient Education and Counseling 89. 337–34. Sveitsi/USA/Irlanti 2012</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli esittää läpileikkaava arviointi terveystietouden ja voimavaraistumisen eroavista vaikutuksista potilaiden itsensä hallintaan ja terveydenhoidollisiin tuloksiin</p>	<p>Kyselytutkimus (cross-sectional design), n= 209.</p>	<p>Tiedolla ja tutkimuksessa määritetyillä voimavaraistumisen kahdella ulottuvuudella, merkityksellisyydellä ja vaikuttavuudella, todettiin olevan positiivinen merkitys terveydenhoidollisiin tuloksiin. Vastoin odotuksia itsensä hallinta (tässä tutkimuksessa fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja lääkehoito) ei välittänyt tiedon ja voimavaraistumisen suhdetta terveydenhoidon tuloksiin. Toisaalta itsensä hallinta vaikutti itsessään vahvasti terveydenhoidon tuloksiin.</p>
<p>Chiauzzi, Emil – DasMahapatra, Pronabesh – Cochin, Elisenda – Bunce, Mikele – Khoury, Raya – Dave, Purav Factors in Patient Empowerment: A Survey of an Online Patient Research Network The Patient – Patient-Centered Outcomes Research 9 (6). 511–523. Yhdysvallat 2016</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää voimavaraistumista suhteessa terveystiedon etsintään, vuorovaikutukseen (terveyspalveluiden) tarjoajien ja vertaisten kanssa sekä terveyspalveluiden saatavuuteen kroonista sairautta sairastavilla potilailla. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin löytää voimavaraistumisen avaintekijöitä ja niiden yhtymäkohtia potilaiden ominaisuuksiin.</p>	<p>Kyselytutkimus, osallistujat rekrytoitiin internet-sivujen välityksellä, n=3988.</p>	<p>Analyysin tuloksena tunnistettiin kaksi voimavaraistumisen osa-aluetta: "positiivinen potilas-terveydenhuollon ammattilainen -kanssakäyminen" ja "tieto ja henkilökohtainen hallinta". Potilaat, jotka olivat sukupuoleltaan miehiä ja joilla oli vakuutus, raportoivat suurempia voimavaraistumista kuvaavia tasoja. Myös mitä vanhempia ja korkeammin koulutettuja potilaat olivat, sitä voimavaraistuneimmaksi he itsensä kokivat. Voimavaraistumisen kokemus vaihteli myös eri sairauksia sairastavien välillä.</p>

<p>Eloranta, Sini - Gröndahl, We-ronica – Engblom, Janne – Leino-Kilpi Helena. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö 12 (4). 4-11. Suomi 2014.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista.</p>	<p>Aineisto kerättiin strukturoidulla Sairaalapotilaan Tiedon Saanti –mittarilla (SPTS). Mukana oli yhden sairaanhoitopiirin neljä dialyysiyksikköä, n=91.</p>	<p>Vastausten mukaan ohjauksessa korostuivat toiminnallinen ja biofysiologinen tieto. Sosiaalinen tieto, kuten läheisten huomioiminen hoidossa ja vertaistuen mahdollisuus, oli jäänyt ohjaustilanteissa vähäiseksi.</p>
<p>Eloranta, Sini - Vähätalo, Mervi – Rasmus, Mari – Elo-maa, Leena – Johansson, Kirsi. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva hoitotyö 8 (1). 4–11. Suomi 2010.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata voimavaraistumista tukevan ohjauksen toteutumista avannepotilaiden ja –hoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Teemahaastattelu (n=6) ja seurantalomake (n=60).</p>	<p>Tutkimuksen mukaan ohjaustilanteissa paino oli biofysiologisessa ja toiminnallisessa tiedossa sekä hoitajien että potilaiden vastaamana. Kokemuksellisen tiedon, muun muassa tunteiden, käsittely oli jäänyt vähäiseksi eikä eettisiä osa-alueita oltu käsitelty lainkaan.</p>
<p>Kettunen, Tarja – Liimatainen, Leena – Villberg, Jari – Perko, Ulla. Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. Patient Education and Counselling 64. 159–166. Suomi 2006</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata mittarin (Empowerign Speech Practices Scale) kehittämistä jonka avulla arvioidaan voimavaraistumista kahdenkeskisissä ohjauskeskusteluissa. Tarkoitus oli myös kuvata mittarin luotettavuutta ja käytettävyyttä sekä tuloksia, joita on saatu mittarin käytöstä ohjaustilanteissa sairaalassa.</p>	<p>Kyselytutkimus. Hoitajan ja potilaan vastaukset ohjaustilanteesta, n=127.</p>	<p>Alustavien tulosten mukaan ESPS-mittari kuvasi voimavaraistumisen toteuttamista/tajuamista ja kiinnitti huomiota potilaan osallisuuteen ohjaustilanteissa. Tulosten mukaan hoitajat onnistuivat parhaiten positiivisen ilmapiirin luomisessa sekä tiedon välittämisessä. Kehitettävää oli potilaan mielipiteiden huomioimisessa sekä heidän osallistamisessaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.</p>
<p>Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu Hoitotiede 14 (5). 213–222. Suomi 2002</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata voimavaraistumista tukevassa neuvontakeskustelussa tapahtuvaa vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. Tutkimuksessa keskityttiin sellaisiin hoitajien puhekäytäntöihin, jotka edistävät potilaan osallistumista ja siten tukevat voimavaraistumista.</p>	<p>Etnometodologinen keskusteluanalyysi valmiista aineistosta, tutkimus on osa laajempaa hoitajan ja potilaan vuorovaikutustutkimusta, jossa n=38.</p>	<p>Tuloksena löytyi hoitajien puheessa toistuvia käytäntöjä, jotka edistivät potilaan osallistumista keskusteluun: kutsu osallistujaksi, tuntemuskysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe, kuuntelua osoittava palaute ja puheen neutraalisuus. Puhekäytännöt kuvaavat, miten voimavarakeskeisyys voisi keskustelussa ilmetä.</p>

<p>Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Liimatainen, Leena. Empowering Counseling—a Case Study: Nurse–Patient Encounter in A Hospital. Health Education Research 16 (2). 227–238. Suomi 2001</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keinoja, joiden avulla hoitaja tukee potilaan voimaantumista neuvonta/ohjaustilanteissa. Tutkimuksen pääpaino oli suullisen viestinnän tutkimisessa.</p>	<p>Tapaustutkimus. 38 kerätystä potilas-hoitajakeskustelusta oli valittu yksi, jossa käytettiin laajemmin eri voimavaraistumista tukevia tekijöitä. Keskustelutilanne oli videoitu.</p>	<p>Tutkitussa keskustelutilanteessa tuli ilmi seuraavia voimavaraistumista tukevia tekijöitä: keskustelun aloitus rohkaisevalla ja rakentavalla tavalla joka paransi keskustelu ilmapiiriä; tahdikkaus potilaan tiedontarpeen ja huolien selvittämisessä; aktiivinen kuuntelu ja positiivisen tulevaisuuskuuvan luominen.</p>
<p>Moattari, Marzieh – Ebrahimi, Marzieh – Sharifi, Nasrin – Rouzbeh, Jasmin The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. Health and quality of life outcomes 10 (115). 1–10. Iran 2012</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittellä hemodialyysipotilaiden voimavaraistumista tukevan ohjelman vaikutus elämänlaatuun, minä-pystyvyyteen, verenpaineen ja painonnousun kliinisiin indikaattoreihin ja laboratoriotuloksiin.</p>	<p>Satunnaistettu tutkimus (randomized controlled trial), tutkittavalle ryhmälle suoritettiin voimavaraistumista tukeva interventio, n=48.</p>	<p>Tutkittavan ryhmän ja kontrolliryhmän tulokset erosivat merkittävästi toisistaan seuraavilla osa-alueilla: minä-pystyvyys, stressin vähentäminen, päätöksenteko ja yleinen elämänlaatu. Lisäksi merkittäviä eroja oli verenpaineessa, painonnousussa sekä veren hemoglobiini- ja hematokriittiarvoissa. Muista laboratorioarvoista ei löydetty eroavaisuuksia ryhmien välillä. Voidaan todeta, että voimavaraistumista tukeva interventio, joka muodostui sekä yksilö- että ryhmätapaamisista, paransi tutkittuja osa-alueita.</p>
<p>Nygårdh, Annette – Malm, Dan – Wikby, Kerstin - Ahlström, Gerd The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. Journal of Clinical Nursing 21. 897–904. Ruotsi 2011</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella voimavaraistumista kohtaamisissa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä. Näkökulma oli kroonista munuaistautia sairastavien avohoitopotilaiden kokemuksissa</p>	<p>Laadullinen haastattelututkimus avohoitopotilaiden klinikalla Ruotsissa, n=20.</p>	<p>Analyysin perusteella nousi esiin viisi teemaa, jotka esittävät voimavaraistumista: "(hoidon) saatavuus tarpeen mukaan", "vahvistava/hyväksyvä tapaaminen", "luottamus terveydenhuollon henkilökunnan pätevyyteen", "osallistuminen päätöksentekoon" ja "oppiminen mahdollistaa paremman itsensä hallinnan". Kaksi teemaa kuvasivat ei-voimavaraistumista: "välipitämätön tapaaminen" ja "dialogin ja vaikutusvallan puuttuminen". Näitä seitsemää teemaa yhdisti yksi kokonaisvaltainen teema: "luottamuksen luominen ja tapaamisten avulla oppiminen". Tämä teema tiivistää munuaissairaana potilaan kokemukset voimavaraistumisesta.</p>
<p>Poskiparta, Marita – Liimatainen, Leena – Kettunen, Tarja – Karhila, Päivi. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. Patient Education and Counseling 45. 69–79. Suomi 2001</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia eri näkökulmia neuvojen ja kysymysten esittämisestä sekä vastaanotosta hoitajien ja potilaiden välillä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata kielellisiä piirteitä, jotka muodostivat hoitajalähtöisen ja voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Artikkeliperustui laadulliseen aineistoon, joka koostui 38 videoidusta hoitaja-potilakeskustelutilanteesta.</p>	<p>Kaikissa analysoiduissa ohjaustilanteissa oli hoitajalähtöisen ja voimavaraistumista tukevan keskustelun piirteitä. Hoitajalähtöisessä ohjaustilanteessa hoitaja hallitsi keskustelua esittämällä kysymyksiä ja antamalla neuvoja. Sanaton viestintä oli näissä ohjaustilanteissa vähäistä. Ohjaus annettiin suoraan kirjasta/lehtisestä eikä se vastannut potilaan tiedontarvetta. Potilaan sanomisiin ei myöskään kiinnitetty huomiota vaan ohjaustilanne eteni hoitajan suunnitelman mukaan. Voimavaraistumista tukevilla ohjaustilanteilla hoitajat hyödynsivät potilaan tietoa omasta tilanteestaan sekä tukivat potilaan omaa kykyä ohjata</p>

			omaa terveyskäyttäytymistä. Voimavaraistumista tukevassa ohjaustilanteessa ilmapiiri oli avoin ja se mahdollisti potilaalle kysymysten esittämisen ja tarvittavien vastauksen saamisen.
Ramsay Wan, Claire – Vo, Linda – Barnes, Catherine S. Conceptualizations of patient empowerment among individuals seeking treatment for diabetes mellitus in an urban, public-sector clinic Patient education and counseling 87. 402–404. Yhdysvallat 2010	Tutkimuksen tarkoituksena oli havainnollistaa sosioekonomisesti heikommista lähtökohdista olevien potilaiden voimavaraistumisen ymmärtämistä, vastaanottoa ja käyttöastetta	Puolistrukturoitu haastattelu, julkisen puolen diabetesklinikalla, n=29.	Itsensä hallinta ja hoito ovat potilaan omalla vastuulla. Motivaatio itsensä hoitoon tulee olla potilaan sisältä kumpuavaa. Hoidon epäonnistumiseen liitetään oppi itsensä syyllistäminen. Jotkut raportoivat asettaneensa tavoitteita hoitotapaamisiin, useimmat kertovat esittäneensä kysymyksiä tapaamisissa ammattilaisille. Sisäisiä esteitä voimavaraistumiselle olivat uupumus, turhautuminen ja masennus. Ulkoisia esteitä olivat vaihtoehtojen vähäisyys, raha-asiat, kulkuesteet ja lääkityksen sivuvaikutukset
Ryhänen, Anne M. - Rankinen, Sirkku – Siekkinen, Mervi – Saarinen, Maiju – Korvenranta, Heikki – Leino-Kilpi, Helena. The Impact of an Empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway Program on Breast Cancer Patients' Clinical Outcomes: a Randomised Controlled Trial. Journal of Clinical Nursing 22. 1016–1025. Suomi 2013	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida rintasyöpäpotilaille kehitetyn Internet-ohjelman vaikutuksia potilaiden voimavaraistumiseen.	Satunnaistettu tutkimus. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Internet-käyttötaitoisilta rintasyöpäpotilailta suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa, n=43. (Kontrolliryhmä n=47.)	Internet-ohjelman käyttäjien ja kontrolliryhmän välillä ei ollut merkittävää tilastollista eroa elämänlaadussa, ahdistuksessa tai hoidon sivuvaikutuksissa. Hoidon sivuvaikutuksiin luettiin fyysiset ja psykososiaaliset sivuvaikutukset. Internet-ohjelma ei parantanut sen käyttäjien elämänlaatua eikä vähentänyt hoidon aiheuttamaa ahdistusta ja sivuvaikutuksia.
Small, Nicola – Bower, Peter – Chew-Graham, Carolyn A – Whalley, Diane – Protheroe, Joanne Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure BMC Health Services Research 13 (263). 1–15. Iso-Britannia 2013	Artikkeli raportoi tulokset kahdesta empiirisestä tutkimuksesta, joiden tarkoituksena oli tutkia uutta voimavaraistumista mittaavaa menetelmää. Ensimmäisen laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia potilaan ja ammattilaisen näkökulmia voimavaraistumiseen. Toinen tutkimus testasi ja validoi uutta voimavaraistumismenetelmää.	Tutkimus 1: laadullinen haastattelututkimus, n=16 Tutkimus 2: kyselytutkimus postitse lähetettävillä lomakkeilla (cross-sectional postal study), n=197.	Tutkimus 1: Haastattelujen perusteella voimavaraistumista kuvasi viisi ulottuvuutta: identiteetti, tieto ja ymmärtäminen, henkilökohtainen kontrolli, henkilökohtainen päätöksenteko, vertaistuen antaminen. Vastaajat kuvasivat voimavaraistumisen olevan hallinnan tunne suhteessa pitkäaikaisairauteen. Tutkimus 2: Analyysi ei tukenut hypotetisoituja viittä ulottuvuutta. Sen sijaan se tunnisti kolme muuta ratkaisua (factor solution): positiivinen asenne ja hallinnan tunne, tieto ja luottamus päätöksentekoon ja vertaistuen antaminen. Tutkimusten perusteella uusi voimavaraistumista mittaava menetelmä täyttää tavanomaiset psykometriset kriteerit reliabiliteetin ja validiteetin osalta. Mittarin rakenne on kuitenkin epäselvä.

<p>Tol, Azar - Shojaeezadeh, Davood – Sharifirad, Golamreza – Alhani, Fatemah – Mohajeri Tehrani, Mohamadreza Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors Journal of the Pakistan Medical Association 62 (1). 16–20. Iran 2012</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää voimavaraistumisen taso tyypin 2 diabetesta sairastavilla potilailla</p>	<p>Kuvaileva riippuvuussuhdetutkimus (a descriptive correlation study), data kerättiin kyselylomakkeilla, voimaantumista mitattiin DES (Diabetes Empowerment Scale) -asteikolla, n=160.</p>	<p>Voimavaraistumisen kannalta "diabeteksen hoidon tavoitteen asettaminen ja saavuttaminen" oli tärkein kolmesta DES-asteikon osa-alueesta. Muut osa-alueet olivat "diabeteksen psykososiaalisen aspektin hallitseminen" ja " tyytymättömyyden ja muutosvalmiuden määrittäminen". Tulokset osoittivat, että voimavaraistumisella ja potilaan iällä, sukupuolella, taudin kestolla ja koulutusasteella on riippuvuussuhde. Voimavaraistumista kokivat enemmän naiset ja korkeasti koulutetut. Voimavaraistuminen lisääntyi sitä mukaa, mitä vanhempi potilas oli ja mitä kauemmin hän oli sairastanut. Lisäksi korkealla voimavaraistumista kuvaavalla piste-määrällä oli käänteinen suhde verensokeriarvoihin: voimavaraistuminen liittyi verensokeriarvojen laskuun.</p>
<p>Wählin, Ingrid - Ek, Anna-Christina - Idvall, Ewa. Patient empowerment in intensive care-An interview study. Intensive and Critical Care Nursing 22. 370–377. Ruotsi 2006</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden voimavaraistumista tehohoidossa ollessa.</p>	<p>Avoin haastattelu, n=11.</p>	<p>Potilaiden voimavaraistuminen ja sen tunne tehohoidossa perustui potilaiden elämänilon (joy of life) ja taistelutahdon (will to fight) tukemiseen. Positiivinen ympäristö joka tuki potilaan arvokkuuden tunnetta ja motivaatiota, ja jossa potilas tunsikin olonsa turvallisiksi tuki voimavaraistumista. Myös potilaan saama "täydentävä" hoito kuten hiusten pesu ja ihon rasvaaminen sekä potilaiden toiveiden huomioiminen lisäsivät voimavaraistumista. Heikentäviä tekijöitä olivat hoitohenkilökunnan torjuva asenne ja tiedon puute siitä mitä tapahtuu.</p>