

Näyttöön perustuva hoitotyö diabetesta sairastavan potilaan kohtaamisessa ja hoidonohjauksessa

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
9.4.2009

Elisa Lilja
Elisa Oinonen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja, AMK	
Tekijä/Tekijät		
Elisa Lilja ja Elisa Oinonen		
Työn nimi		
Näyttöön perustuva hoitotyö diabetesta sairastavan potilaan kohtaamisessa ja hoidonohjauksessa		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2009	48 + Liitteet 5
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata millaista tutkimusnäyttöä löytyy edistämään tai estämään diabetesta sairastavan potilaan kohtaamista diabeteshoitajan työssä, sekä etsiä millaista tutkimusnäyttöä on diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tavoite oli vahvistaa diabeteshoitajien kykyä tunnistaa työhönsä vaikuttavia edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä hoidonohjauksen mahdollisuuksia. Tavoitteena oli myös hyödyntää saatua tietoa hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistamisessa.</p> <p>Opinnäytetyö on osa suurempaa kehittämisprojektia "Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä", joka toteutetaan yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastojen kanssa. Työ toteutettiin soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Aineisto kerättiin lääketieteellisistä- ja hoitotieteellisistä tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Analyysia ohjasi Sarajärven Näyttöön perustuvan hoitotyön alustava toimintamalli.</p> <p>Analyysin tulosten mukaan diabetesta sairastavan potilaan kohtaamista edistäviä tekijöitä olivat vastuunjaon selkiytyminen, ohjaus ja tukeminen, intensiivisyys, ammattitaito, yhtenäiset toimintakäytänteet, asiakaslähtöisyys, resurssit, yksilöllisyys, yhteistyö, tukeminen sekä vastuunotto. Diabetesta sairastavan potilaan kohtaamista estäviä tekijöitä olivat riittämätön tietämys, asiakaslähtöisyys puutteellinen, puutteelliset toimintakuvat, terveystalvelujen toimimattomuus, riittämättömät resurssit, yksilöllisyyden puutteellisuus sekä heikko ammattitaito. Hoidonohjaukseen vaikuttavat tekijät olivat muun muassa riittämättömät resurssit, asiakaslähtöisyys, ammattitaito, johdon tuki ja tuen puute, holistisuus, arvostuksen puute sekä kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyys.</p> <p>Onnistuneen asiakaskohtaamisen tavoite on yhteistyö ja yhteinen päämäärä, joka mahdollistaa asiakkaan hyvinvoinnin ja elämänhallinnan. Olennaista on asiakkaan ja hoitajan aito kohtaaminen. Kohtaamisen edellytykset ovat riippuvaisia käytettävissä olevasta tutkimustiedosta, asiantuntijan kokemuksesta, toimintaympäristöstä sekä asiakkaan tarpeista ja toiveista. Opinnäytetyön analyysin mukaan hoidonohjaukseen vaikuttavia tekijöitä oli useita. Osa tekijöistä olivat ulkoisia, kuten resurssit ja hoitotyön johtajuus, osa sisäisiä, kuten hoitohenkilöstön ammattitaito, asiakaslähtöisyys sekä suunnitelmallisuus ja systemaattisuus.</p>		
Avainsanat		
näyttöön perustuva hoitotyö, diabetes mellitus, diabeteksen hoidonohjaus		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Elisa Lilja and Elisa Oinonen			
Title			
Evidence-based Nursing in Meeting and Care Control of the Diabetic. A Literature Review.			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	48 + 5 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this final project was to describe what kind of evidence-based information there was found to promote or to prevent the diabetic-nurse relationship and to find what kind of study results there were of the factors which affected the care control of the diabetes. The objective was to strengthen diabetes nurses' ability to identify promoting and preventing factors which affected their work and possibilities of the care control. Likewise, the objective was to utilise the results in strengthening evidence-based nursing.</p> <p>The final project was part of a development project on Evidence-based Nursing Competence in Nursing Practice which was carried out in the co-operation with Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and with the acute medical wards of the health centre of the city of Helsinki Finland. The final project was a systematic literature review. The material was collected from medical and nursing science databases and with a manual search. The material was analysed with the methods of content analysis.</p> <p>According to the results of the analysis, some of the factors which promoted facing diabetic patients were clear responsibility, control and support, intensiveness, professional skills, coherent procedures, customer orientation, resources, individuality, co-operation and a sense of responsibility. The factors which prevented facing diabetic patients were inadequate knowledge, defective customer orientation, defective task descriptions, effective health services, inadequate resources, a lack of individuality and weak professional skills. The factors which affected care control were inter alia inadequate resources, customer-orientation, professional skills, management support, a lack of management support and appreciation, holistic views and recording practical practices.</p> <p>The objective of a successful customer meeting is co-operation and a common goal. The preconditions for the successful nurse-patient relationship were based on available research information, the expert's experience, environment and the patient's needs and wishes. According to the analysis, there were several factors which affected care control. Some of the factors were external, such as resources and nursing management, the others were internal, such as professional skills, patient-orientation and care and service plans and systematicness.</p>			
Keywords			
evidence-based nursing, diabetes mellitus, guidance on diabetes			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ	3
	2.1 Näyttöön perustuva toiminta	4
	2.2 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön asenteet	5
	2.3 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön tiedot	6
	2.4 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön taidot	7
	2.5 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön edistävät ja estävät tekijät	7
3	DIABETES SAIRAUTENA	8
	3.1 Diabeteksen diagnosointi	9
	3.2 Diabeteksen hoito	9
	3.3 Hoidonohjaus	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS , TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
	5.1 Laadullinen tutkimus	14
6	AINEISTON KERUU	14
	6.1 Aineiston keruu	14
	6.2 Analysointi	15
	6.2.1 Deduktiivinen sisällönanalyysi	16
	6.2.2 Teorialähtöisen sisällönanalyysin eteneminen	17
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	17
	7.1 Tieteellinen tieto	18
	7.2 Asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto	20
	7.3 Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuva tieto	24
	7.4 Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tieto	26
8	POHDINTA	30
	8.1 Diabetesta sairastavan potilaan kohtaamisen edistävästä ja estävästä tekijöistä diabeteshoitajan työssä	31
	8.2 Diabeteksen hoidonohjauksen vaikuttavista tekijöistä	35
9	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI	40
10	TUTKIMUKSEN EETTISYYS	41
11	JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET	41
12	LÄHTEET	43
	LIITE 1	
	LIITE 2	

1 JOHDANTO

Diabeteksen esiintyvyydestä Suomessa ei ole tiedossa tarkkoja lukuja, koska maassamme ei ole kattavaa diabetesrekisteriä (Hiltunen 2006:5). Diabetes on eräs nopeimmin lisääntyvistä sairauksista Suomessa ja maailmassa. Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista. Ennusteen mukaan sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua seuraavien 10-15 vuoden aikana. Diabetes on alidiagnosoitu: jopa puolet tyyppin 2 diabetestapauksista on diagnosoimatta. Nykyään diabeteksen hoidon suorat kustannukset vievät 15 % koko terveydenhuollon menoista ja vähintään kaksi kolmannesta tästä koituu vältettävissä olevien komplikaatioiden hoidosta. Kustannukset ovat kasvamassa nopeasti. (kaypahoito 2009.)

Diabeteksestä on muodostunut yksi yleisimmistä kansantaudeistamme. Diabeetikkojen määrä kasvaa koko ajan ja siitä syystä tarvitaan jatkuvasti sen hoitamiseen suuria voimavaroja. Tyyppin 1 diabeteksen suhteen Suomi on erityisasemassa, koska sen ilmaantuvuus on meillä maailman suurinta. Myös tyyppin 2 esiintyvyys on meillä vähintään hyvää länsimaista tasoa. Tyyppin 1 diabeteksen ilmaantuvuuden kasvun on arvioitu olevan noin 3 prosenttia vuosittain, ja mikäli tyyppin 2 diabeteksen ilmaantumismuutos jatkuu saman suuruisena, ylittää heidän määränsä vuonna 2030 puolen miljoonan. (Niemi - Winell 2005:11.) Tyyppin 2 diabeteksen yleistymisen on vakava kansanterveyshaaste, ja sitä voidaankin sanoa terveydenhuollon aikapommiksi. Tyyppin 2 diabeteksestä voi juontua useita lisäsairauksia, joiden hoito aiheuttaa myös yhteiskunnalle suuret kustannukset. Vain sairauden ehkäisy, varhainen diagnosointi ja ajoissa aloitettu hoito voivat tuoda kestäviä ratkaisuja tilanteeseen. Sairaudelle altistavia perintötekijöitä on maamme väestöstä ainakin kolmasosalla, ehkä jopa puolella. Sen vuoksi on tärkeää suunnata ehkäisevät toimenpiteet samanaikaisesti sekä koko väestöön että niihin henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua. (Dehkon 2D -hankkeen (D2D) loppuraportti.)

Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit, toteuttivatkin vuosina 2003–2007 valtakunnallisen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman Dehkon

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen (Dehkon 2D - hankkeen eli D2D:n). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Diabetesliitto koordinoivat hanketta. Kansanterveyslaitos vastasi hankkeen vaikuttavuuden arvioinnista. Käytännön toimijoita olivat sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon terveyskeskukset ja työterveyshuollot. Hankkeella oli Dehkon Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman mukaisesti kolmenlaiset tavoitteet: kliiniset, palvelujärjestelmän kehittämisen ja terveyden edistämisen tavoitteet.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kirjallisuuden pohjalta millaista näyttöä löytyy edistämään tai estämään diabeetikon kohtaamista diabeteshoitajan työssä, sekä etsiä millaista tutkimusnäyttöä on diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyössä hyödynnetään Sarajärven Näyttöön perustuvan hoitotyön alustavaa toimintamallia. Opinnäytetyön tavoite on vahvistaa diabeteshoitajien kykyä tunnistaa työhönsä vaikuttavia edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä hoidonohjauksen mahdollisuuksia. Tavoitteena on myös hyödyntää saatua tietoa hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistamisessa.

Varsinaista aihetta, millaista näyttöä löytyy diabeteshoitajan diabeetikon kohtaamisen edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä millaista näyttöä diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä löytyy, ei ole tutkittu. Muuten tutkimuksia löytyy paljon näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Tutkimukset käsittelevät hoitajien näkemyksiä ja käyttöä näyttöön perustuvaa hoitotyötä kohtaan. Tutkimuksen mukaan diabeteshoitajan rooli nähdään ohjaajana, fyysisten toimintojen ohjaajana, henkisenä tukijana, yksilöllisen hoidon asiantuntijana, itsehoidon tukijana ja potilaan turvallisuuden määrittäjänä (Chan ym.2006: 4). On tärkeää ymmärtää, että diabeetikon hoidonohjaus liittyy kaikkiin ammatillisiin hoitokontakteihin, joissa diabeetikko kohdataan. Jokainen terveydenhuollon ammattilainen voi omalla toiminnallaan joko tukea tai haitata potilaan hoidonohjausta. Siksi omia tietoja diabeteksen nykyhoidosta on päivitettävä, jotta voimme tarvittaessa oikaista asiakkaan virheellisiä käsityksiä ja tukea sekä kannustaa oikeita asioita. (Nyyssön-Jaser 2006:14.)

Näyttöön perustuva hoitotyö on olennainen asia kehitettäessä potilaan hoidon turvallisuutta, hoitotyön tehokkuutta ja hyötysuhdetta. Tutkimuksissa on kuitenkin huomattu aukkoja hoitajien taidoissa tunnistaa, päästä käsiksi, hakea, arvioida tai hyödyntää julkaistua tietoa.

Tämä opinnäytetyö on osa Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä -projektia. NÄPE- Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosaston ja Metropolia Ammattikorkeakoulun (entinen Stadia) kehittämisprojekti 2006-2009. Projektin tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa hoitotyön osaamista sekä näyttöön perustuvan hoitotyön edistäviä ja estäviä tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli. Projektin päätavoitteena on vahvistaa hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa toimintaa ja näin kehittää hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta käytännön toiminnassa. Toisena tavoitteena on vahvistaa hoitohenkilökunnan tutkimus, kehittämis- ja projektitaitoja käytännön hoitotyössä. Kolmantena tavoitteena on tuottaa sekä kansallisesti että kansainvälisesti hyödynnettävää tietoa käytännön työelämään ja koulutukseen julkaisemalla raportteja sekä tieteellisiä artikkeleita näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Tässä projektissa näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyöntekijöiden tieteellisen tiedon käyttöä, asiantuntijan kokemukseen perustuvaa näyttöä, potilaan/asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käyttöä sekä toimintaympäristön tarjoamia mahdollisuuksia näyttöön perustuvan tiedon käyttöön. (Sarajarvi - Markkanen 2007: 5.)

2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

Näyttöön perustuva hoitotyö määritellään useimmiten parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointiksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa. Näyttö voi merkitä totuutta tai merkityksellistä tietoa, joko vahvistaa tai ei vahvista uskomuksia. (Lauri 2003:7.) Frenchin mukaan näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa systemaattisesti käyttöön otettua hoitotieteellistä

tietoa, johon sisältyy hiljainen tieto ja kliininen asiantuntijuustieto. Käsite näyttöön perustuva toiminta on saanut laajan huomion ja hyväksynnän kansainvälisesti Suomessa sekä lääketieteessä että hoitotyön alueella. Kirjallisuudessa näyttö määritellään tieteelliseen tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön, hoitotyöntekijän kokemukseen perustuvaan näyttöön ja potilaan kokemukseen perustuvaan näyttöön sekä käytettävissä oleviin resursseihin/voimavaroihin. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä on keskeistä tutkitun tiedon hyödyntäminen, mutta sen ei katsota yksin riittävän hoitotyön päätöksenteossa. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 10-11.) Ammattityöntekijän kokemukseen perustuva näyttö ottaa huomioon myös asiakkaan/potilaan kokemuksen siitä, että hoito vaikuttaa ja vastaa juuri hänen tarpeisiinsa (Hirvonen - Salminen 2006: 7). Näyttöön perustuva ajattelu voidaan nähdä mahdollisuutena löytää uusia, innovatiivisia ratkaisuja ja vahvistaa oman alueen hoitotyön asemaa ja statusta yhteiskunnassa. Tutkimusnäyttö ja näytön edistäminen tähtää laadun parantamiseen ja säästöihin, edistää laadun näkyväksi tekemistä, tutkii vaikuttavia menetelmiä ja antaa tietoa erilaisista valinnanmahdollisuuksista. (Hirvonen - Salminen 2006: 10.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään Sarajärven näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen alustavaa toimintamallia (LIITE 1).

2.1 Näyttöön perustuva toiminta

Parhaimmillaan näyttöön perustuvassa päätöksenteossa ja toiminnassa yhdistyvät paras saatavilla oleva näyttö (esimerkiksi tutkimustieto, tieto asiakkaan tarpeesta, toiveista ja mieltymyksistä), hoitotyöntekijän tiedot ja taidot sekä organisaation voimavarat eheäksi kokonaisuudeksi. Näyttöön perustuvassa toiminnassa tarvitaan monenlaista tietoa terveydestä, sairauksista ja hoidosta: subjektiivista ja kontekstisidonnaista sekä objektiivista ja yleistettävissä olevaa tietoa. Toiminta edellyttääkin sekä laadullista että määrällistä tutkimustietoa. Laadullisilla menetelmillä pystytään tuottamaan sellaista tietoa, mitä määrällisillä menetelmillä ei voida tuottaa ja päin vastoin. Tutkimuksen näytön aste on arvioitava näyttöön perustuvassa toiminnassa. Näytön asteen selkeä määrittely antaa käsityksen tuloksen luotettavuudesta käytännön toiminnan kannalta. (Kylmä - Pelkonen - Hakulinen 2004: 251-253.) Näyttöön perustuvaan toimintaan siirtyminen voidaan nähdä sekä käytännön

hoitotyön että terveydenhuoltoalan koulutuksen haasteena (Sarajärvi - Markkanen 2009: 10). Toimintaan tulee suhtautua kriittisesti ja tarkastella, mikä voi olla näyttöön perustuvaa toimintaa ja millä edellytyksillä. Hoitotyössä on myös inhimillinen ulottuvuus, jota ei voida välineellistää tai selittää. (Hirvonen - Salminen 2006: 5.)

2.2 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön asenteet

Useiden tutkimusten mukaan hoitohenkikökunnan asenteilla näyttää olevan merkitystä tieteellisen tiedon käytössä. Tieteellisen tiedon hyödyntämistä voivat estää hoitotyön sisäinen kulttuuri ja hoitohenkilökunnan heikko motivaatio, tutkimustiedon käytölle. Hoitohenkilökunta ei välttämättä näe tutkimuksen arvoa käytännön hoitotyössä ja ovat haluttomia muutokseen ja uusien käytäntöjen kokeiluun. Lisäksi usko siihen, ettei heillä itsellään ole vaikutusmahdollisuuksia näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen, vähentää motivaatiota. Hoitohenkilökunnan myönteistä asennetta tieteellisen tiedon käyttöön voidaan edistää kirjaamalla näyttöön perustuva toiminta osaston toimintafilosofiaan ja kehittämistavoitteisiin. Lisäksi hoitohenkilökunnan yhteistoiminnallisuus, mahdollisuudet keskustella kollegoiden kanssa tutkimuksista, sekä osallistuminen tutkimus- ja kehittämisprojekteihin edistävät myönteistä asennoitumista tutkitun tiedon hyödyntämiseen. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 12.)

Tutkimusten mukaan korkeakoulutasoisen tutkinnon suorittaneet hoitotyöntekijät suhtautuvat ei-korkeakoulututkinnon suorittaneita myönteisemmin tutkimustiedon käyttöön ja käyttävät tutkimustietoa enemmän. Heillä on myös merkittävästi paremmat valmiudet tieteellisen tiedon käyttöön kuin alemman tutkinnon suorittaneilla hoitotyöntekijöillä. Sairaanhoidajien koulutuksella ja oppilaitoksen filosofialla on merkitystä opiskelijoiden suhtautumiseen tieteellisen tiedon hyödyntämiseen ja näin näyttöön perustuvan hoitotyön mallin mukaan toimimiseen käytännössä. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 12.)

2.3 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön tiedot

Tieteellisen tiedon käyttöä hoitotyössä voidaan tarkastella hoitohenkilökunnan oman ammattitaidon ylläpitämisen, potilaan hoidon ja laajemmin hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Tieteellisen tiedon käyttöä hoitotyössä voidaan kuvata kolmenlaisena erillisenä, mutta toisiinsa liittyvänä toimintona. Epäsuora tutkimustiedon käyttö tarkoittaa oman alan jatkuvaa seurantaa. Tietoa ei haeta tietyn ongelman ratkaisemiseksi, vaan oman tietoperustan päivittämisenä, joka muuttaa käsityksiä asioista ja lisää herkkyyttä havaita ongelmia. Suoran tutkimustiedon käytössä lähtökohtana on todellinen hoitotilanteessa esiin tullut kysymys, johon ratkaisua lähdetään hakemaan tutkimus- tai muun ulkoisen näytön perusteella. Tällöin kehittämistarve muotoillaan selkeinä kysymyksinä, joihin vastaaminen käynnistää itsenäisen tiedonhaun. Tietoa arvioidaan kriittisesti sen luotettavuuden ja soveltuvuuden näkökulmasta. Tämä edellyttää käytännön asiantuntijuutta ja potilaan näkemysten yhteensovittamista ulkoisen luotettavuuden näytön kanssa. Kolmas tutkimustiedon tapa liittyy hoitotyön kehittämiseen, jolloin tutkimustietoa käytetään perustelemaan kehittämisen tarvetta ja tukemaan muutoksen toteutumista. Tavoitteena on muutos toimintatavassa, joka koituu potilaan hyväksi. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 12-14.)

Näyttöön perustuva toiminta nähdään ongelmaratkaisuprosessina, johon vaikuttavat hoitotyöntekijän kyky tunnistaa tiedon tarve ja taitoa hakea, kriittisesti arvioida ja käyttää tietoa. Yksittäisen hoitotyöntekijän oman ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen velvoittaa laki terveydenhuollon ammateista. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 14.) Kun kliinisiä hoitajia tutkittiin opetussairaalassa Englannissa, huomattiin, että hoitajat käyttivät mieluummin tiedonlähteinä kolleegoitaan, lääkäreitä ja potilaita kuin olisivat hakeneet itse tutkittua tietoa. Bertulin kirjallisuuskatsauksesta selviää myös, että hoitajat käyttivät enemmän Google-hakukonetta tiedonlähteenä kuin virallista hoitotieteen kirjallisuutta. (Bertulis 2008: 3.)

2.4 Hoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön taidot

Hoitohenkilökunnalla tulisi olla taitoa hakea tietoa aiheeseen liittyvistä tutkimuksista ja systemoiduista kirjallisuuskatsauksista kattavasti ja osata arvioida tiedon luotettavuutta. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta on kokenut, ettei heillä ole riittävästi taitoa toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Suurimmat puutteet olivat tiedon hankkimis- ja tutkimuksen tekovalmiuksissa. (Sarajärvi - Markkanen 2009:15.)

Tutkimustiedon hakeminen tietojärjestelmistä edellyttää tietokoneen käyttötaitoja (Sarajärvi - Markkanen 2009:15). Näyttöön perustuvan toiminnan keskeinen edellytys on, että tietää mistä löytää luotettavaa tietoa ja miten voi hyödyntää sitä omassa työssään. Tämä puolestaan edellyttää, että tutkimuksia tai tutkimuksesta tehtyjä yhteenvetoja on saatavilla. Työntekijöillä tulee olla tutkimustiedon haku- ja halintataitoja ja kykyä arvioida tutkimuksia sekä kykyä ja taitoa siirtää tutkimustuloksia käytäntöön. (Hirvonen - Salminen 2006: 10.)

2.5 Näyttöön perustuvan hoitotyön edistävät ja estävät tekijät

Tutkimuksesta saatu näyttö ja näytön edistäminen terveydenhuollossa tähtää laadun parantamiseen, edistää laadun näkyväksi tekemistä, tutkii vaikuttavia menetelmiä ja antaa tietoa erilaisista valinnanmahdollisuuksista sekä tähtää säästöihin. (Hirvonen - Salminen 2006: 5)

Yhtenä tärkeänä näyttöön perustuvaa toimintaa edistävänä tekijänä pidetään organisaation johdon tukea toiminnan kehittämiseksi. Terveydenhuollossa näytön edistämisen pitäisi olla monien eri toimien kuten ammattilaisten, tutkijoiden, asiakkaiden, terveydenhuollon johtajien, terveydenhuollon yhteistyökumppanien ja poliitikkojen vastuulla. (Hirvonen - Salminen 2006:10.) Hoitotyönjohtajalla on keskeisin merkitys työyhteisön näyttöön perustuvan toiminnan sekä uuden hoitokulttuurin rakentamisessa. Hän on avainasemassa näyttöön perustuvien innovatiivisten toimintakäytänteiden kehittämisessä ja kokeilussa. Hoitotyönjohtajan toiminta heijastuu kaikkeen työyhteisön toimintaan ja vaikuttaa jokaiseen työntekijään. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 16.)

Orannan ym. tutkimuksesta selviää, että näyttöön perustuvan hoitotyön edistävä tekijä on, että sairaanhoitajilla on tutkimuksia saatavilla ja että ne ovat selkeitä ja ymmärrettäviä. Tutkimuksen sairaanhoitajat ovat myös toivoneet, että heidän työpaikalleen tilattaisiin tieteellisiä lehtiä ja että kirjallisuus järjestettäisiin osastolle yhteen paikkaan. (Oranta ym. 2002: 3.) Aikaisemman tiedon perusteella hoitohenkilökunta on kokenut vaikeaksi lukea vieraskielistä tieteellisiä lehtiä ja tutkimuksia (Sarajärvi - Markkanen 2009: 14). Oranta ym. ovat todenneet, että suomalaisille sairaanhoitajille tutkimuksen kieli on suurempi estävä tekijä kuin ruotsalaisille sairaanhoitajille (Oranta ym. 2002: 7).

Hoitajat tuntevat, että heillä ei ole töissä aikaa lukea tutkimuksia. On mietitty olisiko työnantajan vastuulla varata aikaa työaikana tutkimuksiin perehtymiseen vai pitäisikö hoitajien laajentaa näyttöön perustuvaa hoitotyön tietoutta omalla vapaa-ajallaan. Opiskeluaikana tulisikin painottaa hoitajien vastuuta pitää yllä ammattitaitoaan ja pätevyyttään. (Oranta ym. 2002: 8.) Myös McKenna, Hughin mukaan kaksi suurinta estettä näyttöön perustuvalla toiminnalla ovat hoitajien vaikutusvallan puute ja riittämätön aika toteuttaa uusia ideoita (McKenna, Hugh 2004: 3).

Näytön tunnistaminen ja sen soveltaminen käytäntöön saattaa olla ongelmallista. Ongelmia voi tuottaa jo se, mitä näytöllä ymmärretään, mitä kaikkea voidaan lukea näytöksi tai mitkä ovat merkityksellisiä tuloksia tai tavoitteita, joita asetetaan ja joiden vaikuttavuus tunnistetaan. (Hirvonen - Salminen 2006: 5) Munroen ym. mukaan hoitajilla on ollut käsitys, että hoitotyö on tutkimuslähtöistä. Monet hoitajat ovat sitä mieltä, että heidän päivittäinen hoitotyönsä perustuu näyttöön, koska he ovat noudattaneet sairaalaan toimintaohjeita. (Munroe ym. 2008: 6.)

3 DIABETES SAIRAUTENA

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan sokeritauti eli diabetes mellitus on etiologialtaan monisyinen sairaus, jonka peruspiirre on veren sokeripitoisuuden nousu. Tämä johtuu joko vähentyneestä tai puuttuvasta

insuliinin erityksestä tai insuliinin vaikutuksen riittämättömyydestä. Diabetes jaetaan kahteen päätyyppiin, tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetekseen, joita aikaisemmin nimitettiin nuoruusiän ja aikuisiän diabetekseksi niille tyyppillisen ilmaantumisiän vuoksi. (Niemi – Winell 2005: 10.) Todellisuudessa tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetes edustavat erään kirjon ääripäitä ja väliin mahtuu paljon potilaita, joilla on molempien alaryhmien piirteitä. Etiologisia tutkimuksia käytetään hyvin harvoin diagnostiikan perustaksi, joten luokittelu on useimmiten varsin subjektiivinen. (kaypahoito 2009.) Tässä opinnäytetyössä ei tehdä jaottelua näiden kahden tyyppin mukaan vaan käytämme yhtä käsitettä, diabetes molemmista tyypeistä.

3.1 Diabeteksen diagnosointi

Diagnoosi perustuu oireettomalla henkilöllä joko plasman glukoosipitoisuuden suurentuneeseen paastoarvoon (vähintään 7 mmol/l) tai glukoosirasituskokeen plasman glukoosin suurentuneeseen kahden tunnin arvoon (yli 11 mmol/l). Poikkeava tulos on tarkistettava eri päivänä, jos diagnoosi perustuu yksinomaan paastoglukoosiin tai yksinomaan kahden tunnin suurentuneeseen arvoon. Pelkällä plasman glukoosipitoisuuden paastoarvon mittauksella löydetään vain osa diabetestapauksista, joten kahden tunnin glukoosirasituskoe tulee tehdä suuren riskin potilaalle. (kaypahoito 2009.)

3.2 Diabeteksen hoito

Hoidon tavoitteena on ehkäistä diabeteksen komplikaatioita ja taata potilaan oireettomuus sekä hyvä elämänlaatu. Kokonaisriskin arvioiminen on perustana yksilöllisten tavoitteiden asettamiselle. Hoidon tavoitteet määritetään aina yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa. Päävastuu hoidonohjauksesta on diabeteshoitajalla ja lääkäriellä. Moniammatillista yhteistyötä (jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatri) suositellaan. (kaypahoito 2009.) Tavoitteena on yksilöllinen lääkehoito, jonka potilas oppii arvioimaan ja annostelevaan turvallisesti sokerihemoglobiinia, paastoverensokeria ja tarvittaessa pääateriaa edeltävää ja jälkeistä verensokeria seuraten, sekä veren rasva-arvojen ja verenpaineen pitäminen normaalilla tasolla. (Mustajoki ym. 2005: 367.)

ProWellness OmaHoito on Internet-pohjainen järjestelmä, jonka avulla potilaan hoitotiimi voi tukea potilaan omahoitoa vastaanottokäyntien välillä tai osa käynneistä voidaan korvata palvelun avulla. Potilas voi siirtää esimerkiksi verensokeriarvonsa joko tietokoneen tai matkapuhelimen välityksellä lääkärin ja hoitajan arvioitavaksi. Yhteydenpito tapahtuu viestinvälityksen avulla. (prowellness 2009.)

3.3 Hoidonohjaus

Suulliseen potilaan ohjaukseen on aikaa entistä vähemmän muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi. Potilaiden hoitajakset ovat lyhentyneet entisestään ja näin ollen myös ohjauksen merkitys on kasvanut. Suullista ohjausta tukee hyvä kirjallinen ohje. Kirjalliset ohjeet ovat tarpeen suullisen ohjauksen lisäksi silloinkin, kun hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa henkilökohtaisen ohjauksen antamiseen. (Torkkola - Heikkinen - Tiainen 2002: 7.) Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa potilaiden hoitoa. Hyvällä ohjauksella on merkitystä potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. Ohjaus lisää potilaan taitoa hoitaa itseään ja parantaa hänen selviytymistään jokapäiväisistä tilanteista. (Kassara ym 2004: 32.) Potilaan ohjauksen tulisi aina olla osana laadukasta hoitoa ja sen tulisi olla oikein ajoitettua ja mitoitettua. Ohjauksen saaminen ei tulisi olla ainoastaan potilaan oman aktiivisuuden varassa. (Kyngäs ym. 2007: 21.) Onnistunut potilasohjaus vähentää myös potilaiden yhteydenottoa hoitopaikkaan hoitajakson jälkeen. Tämä lisää hoitohenkilöstön resursseja hoitaa muita potilaita. (Kanste ym 2007: 30.)

Lähtökohtana diabeteksen hoidonohjaukselle ovat potilaan voimavarat, jotka ohjaavat hoidon suunnittelua. Hoidonohjausprosessi toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeiden mukaan ja jatkuvuus turvataan. Potilaan yksilöllisyyttä kunnioitetaan, häntä kuunnellaan, tuetaan ja hänelle annetaan aikaa. Työnjako diabeteksen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa on selkeää. Diabeteksen hoidonohjauksen laatua seurataan säännöllisesti. Diabeetikon tulisi kokea, että hän saa riittävästi tietoa, ohjausta ja tukea omahoidon onnistumiseksi ja ymmärtää omien valintojensa merkityksen diabeteksen haittojen ehkäisyssä. Hyvällä hoidonohjauksella hoitopäivät sairaalassa

vähenevät ja vakavien komplikaatioiden riski pienenee. (Halonen - Kinnunen 2005: 58-59). Hoidonohjaus on vastuun antamista ja diabeetikon kykyihin luottamista; ohjaaja on ohjattavan käytössä oleva resurssi. Hyvä hoidonohjaus on tasavertaista kulkemista diabeetikon rinnalla. Voimavarasuuntautunut toimintatapa (empowerment-filosofia) diabeteksen hoidossa ja hoidonohjauksessa lähtee siitä, että diabeetikot tekevät päivittäin omaa hoitoaan koskevia valintoja. Diabeetikko omaksuu hoitotiimin tuella riittävät tiedot, taidot, asenteet ja itseluottamuksen toimivien hoitovalintojen tekemiseen. Valinnat tehdään yhteisymmärryksessä hoitotiimin kanssa, joka toimii asiantuntijakonsulttina tarpeen mukaan. (Dehko-raportti 2003: 4.)

Ohjaukselle tulee aina asettaa tavoitteet. Tavoitteiden määrittely on ensiarvoisen tärkeää itsehoidon ja elintapojen muutosten arvioinnissa. Asetetut tavoitteet voivat olla henkilökohtaisia, subjektiivisia tai objektiivisia, lääketieteellisiä, sosiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvia tai prosessiin tai aikaan sidottuja. Potilaan tavoitteet tulisi olla sopusoinnussa hänen elämäntilanteensa kanssa. Liian vaativat tavoitteet voivat tuottaa potilaalle psyykkistä ahdinkoa. On tärkeää huomioida potilaan oma näkemys tavoitteistaan, koska se edistää hänen hoitoon sitoutumistaan ja tyytyväisyyttään. (Kyngäs ym. 2007: 75.)

Hoidonohjaus on jatkuva, suunnitelmallinen prosessi, joka kuitenkin ohjautuu diabeetikon ajankohtaisen tilanteen mukaan. Hoidonohjaus tukee diabeetikon oppimisprosessia, siinä diabeetikon tiedot ja taidot lisääntyvät sekä hoidosta vastuun ottaminen vahvistuu. Diabeetikko itse on kuitenkin keskeisin tarpeiden arvioija ja tavoitteiden asettaja. (Dehko-raportti 2003: 4.) Diabeteshoitajien mukaan hoidonohjauksen suunnittelun lähtökohta on pääsääntöisesti diabeetikon senhetkinen tarve, mutta hoidonohjauksen tarpeen voivat määritellä laboratoriotulosten perusteella myös diabeteslääkäri ja -hoitaja yhdessä ennen diabeetikon seurantakäynnin tuloa. (Rissanen 2006: 35.)

Diabeteksen hyvän hoidon laatuksiteerit – raportin mukaan diabeetikon hyvän hoidon toteutumista voidaan eri suositusten mukaan arvioida kokonaisuutena asiakaslähtöisesti seuraavilla perusteilla: 1) diabeetikon terveydentilan muutos, 2) miten hoito on tukenut elämän hallintaa diabeteksen kanssa ja 3) miten

tyytyväinen diabeetikko on omaan hoitoonsa. Hoidonohjauksen arvioinnissa voidaan käyttää täsmälleen samoja perusteita.

Hoidonohjauksen arvioinnin tulisi tapahtua yhdessä diabeetikon ja hoidonohjaukseen osallistuvien kanssa. Arviointia voi tehdä selvittämällä muun muassa lyhyen ja pitkän aikavälin hoitotavoitteiden toteutuminen, diabetestietous ja hoitotaidot, hoitokäytännöt, elintavat, hoitotyytyväisyys ja diabetekseen liittyvä elämänlaatu. (Dehko-raportti 2003: 5.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kirjallisuuden pohjalta millaista näyttöä löytyy edistämään tai estämään diabeetikon kohtaamista diabeteshoitajan työssä, sekä etsiä millaista tutkimusnäyttöä on diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyössä hyödynnetään Sarajärven Näyttöön perustuvan hoitotyön alustavaa toimintamallia.

Opinnäytetyön tavoite on vahvistaa diabeteshoitajien kykyä tunnistaa työhönsä vaikuttavia edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä hoidonohjauksen mahdollisuuksia. Tavoitteena on myös hyödyntää saatua tietoa hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistamisessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista tutkimusnäyttöä löytyy edistämään / estämään diabetesta sairastavan potilaan kohtaamista diabeteshoitajan työssä?
2. Millaista tutkimusnäyttöä on diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä?

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena, jonka tarkoituksena oli näyttää mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu ja miten tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Tämä kirjallisuuskatsaus on tutkimustyyppiltään teoreettinen tutkimus. Tässä opinnäytetyössä sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana välineenä syventää tietoja asioista, joista on jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 123.)

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

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

5.1 Laadullinen tutkimus

Tämä kirjallisuuskatsaus on laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan aineiston laatua määrää enemmän, koska mielenkiinto keskittyy tutkittavan ilmiön kuvauksesta aineistosta käsin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa todellisuutta jäsenetään tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta, ja sen tutkimusmentelmät sopivat hyvin erimenetelmien toimivuuden sekä päätöksentekoon vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää lisäksi, miksi jokin menetelmä tai toimintatapa toimii tai ei toimi, tai miten hoitotyöntekijät, potilaat ja omaiset arvioivat menetelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta omasta näkökulmastaan. Laadullinen tutkimus edistää näyttöön perustuvaa toimintaa muun muassa auttamaan ymmärtämään hoidettavana olevan ja hoitavan ihmisen erilaisia näkökulmia hoitotilanteeseen. Sen avulla voidaan tutkia hoitotilanteen vuorovaikutusta ja siihen liittyviä ongelmia. (Kylmä - Pelkonen - Hakulinen 2004: 252.)

6 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Opinnäytetyön aineisto muodostui tieteellisistä tutkimuksista ja artikkeleista. Kirjallisuuskatsauksen aineisto on valittu sillä perusteella, että sen tulisi käsitellä uutta tietoa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä, diabeteshoitajan diabeetikon kohtaamisesta sekä hoidonohjauksesta. Tutkimusten tulosten perusteella selvitimme diabeetikon kohtaamisen estäviä ja edistäviä tekijöitä diabeteshoitajan työssä sekä millaista tutkimusnäyttöä löytyy diabeteksen hoidonohjauksesta. Aineiston keruu tapahtui lääketieteellisistä ja hoitotieteellisistä tietokannoista, Medic ja Ovid.

6.1 Aineiston keruu

Ovid:sta haimme hakusanoilla Evidence-based nursing attitudes, Evidence-based nursing from Client view, Evidence-based, Evidence-based nursing, Quality of care, Evidence-based barriers, Quality caring, Quality of care diabetes, Diabetes nurse ja Diabetes mellitus. Näillä hakusanoilla osumia tuli

yhteensä 2820, joista otsikon ja tiivistelmän perusteella luettiin yhteensä 206 ja lopulta valittuja oli yhteensä 3. Medic:stä haimme hakusanoilla Näyttöön perustuva hoitotyö, diabetes* AND hoitot* ja diabetes* AND hoita*. Hakusanat tuottivat yhteensä 330 osumaa, joista otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin yhteensä 93 ja lopulta valittuja oli yhteensä 1. Yhteensä tietokannoista valittiin 4 tutkimusartikkelia. Lisäksi tutkimuksia on haettu manuaalisesti hoitotieteen julkaisuista Metropolian Tukholmankadun toimipisteen kirjastosta. Manuaalisella haualla valittiin 4 tutkimusta. (KUVIO 1.)

Hakusana/t	Tietokanta	Osumat	Luetut	Valitut
Evidence-based nursing attitudes	Ovid	289	18	0
Evidence-based nursing from Client view	Ovid	148	10	0
Evidence-based nursing	Ovid	389	25	0
Evidence-based nursing Quality of care	Ovid	315	16	0
Evidence-based barriers	Ovid	521	43	0
Quality caring	Ovid	472	15	0
Quality of care diabetes	Ovid	190	30	0
Diabetes mellitus	Ovid	235	19	0
Näyttöön perustuva hoitotyö	Ovid	261	30	1
diabetes* AND hoitot*	Medic	319	90	0
diabetes* AND hoita*	Medic	3	2	1
Diabetes nurse	Medic	8	1	0
	Ovid	1258	3	2
				YHT 4

KUVIO 1. Hakusanataulukko.

Sisäänottokriteereitä olivat, että tutkimusten oli oltava suomen- tai englanninkielisiä tieteellisiä tutkimusartikkeleita, väitöskirjoja tai muita tieteellisiä tutkimuksia. Tutkimusten tuli olla vuodelta 2000 tai uudempia. Lisäksi tutkimuksen tuli sisältää tietoa joko otsikossa tai tiivistelmässä, ja selkeästi liittyä ainakin toiseen tutkimuskysymykseen.

6.2 Analysointi

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on

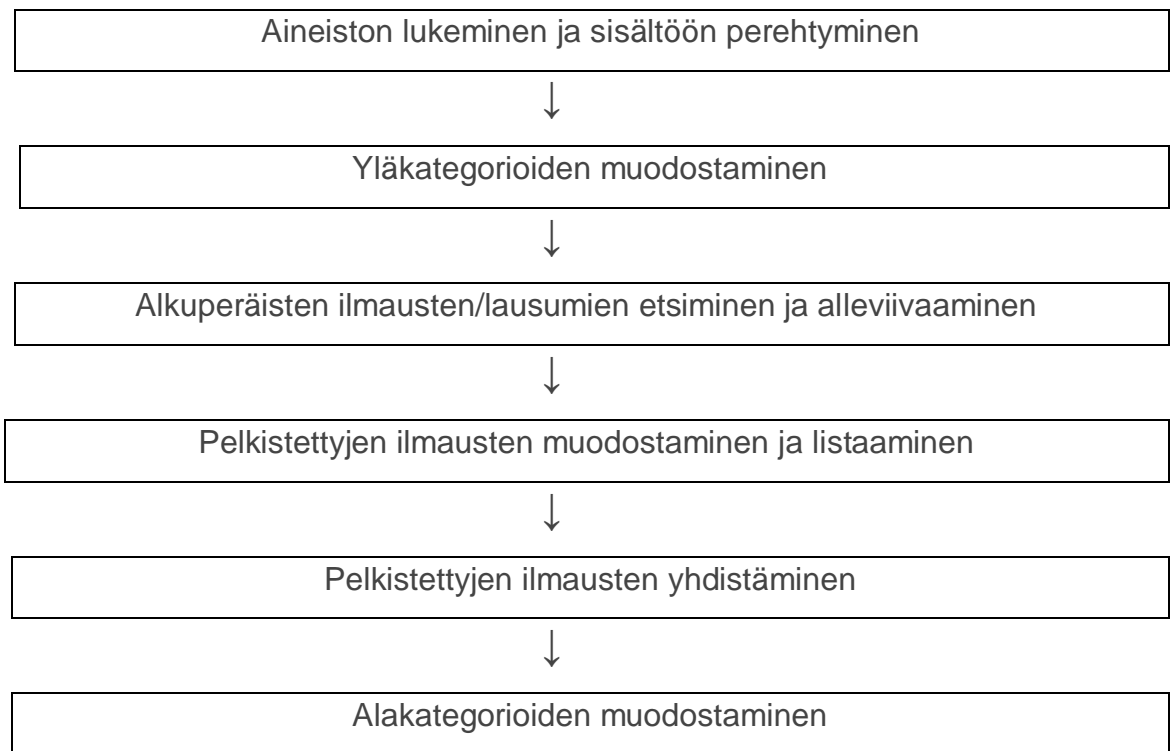
informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa aineistossa analyysia tehdään tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 108.)

Tämän laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen analysointi tehtiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä (Tuomi - Sarajärvi 2009:115). Sisällön analyysi on paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 3.) Analysoitavien tutkimusten taulukko liitteenä (LIITE 2).

6.2.1 Deduktiivinen sisällönanalyysi

Tässä opinnäytetyössä on käytetty deduktiivista sisällön analyysia. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä kategoriat määritellään aikaisemman tiedon perusteella, ja niihin etsitään aineistosta sisältöjä niitä kuvaavista lausumista (Tuomi - Sarajärvi 2009:115). Tällöin aineiston luokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään. Analyysia ohjaa malli, teema tai käsitekartta. (Janhonen - Nikkonen 2001: 30.) Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Sen sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia tai kategorioita. Tällöin aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon, sekä asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 113.)

6.2.2 Teorialähtöisen sisällönanalyysin eteneminen



KUVIO 2. Teorialähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (mukailien sisällön analyysistä Tuomi - Sarajärvi 2009: 109).

Tässä tutkimuksessa analyysi noudattaa edellä esitettyä kaavaa. Molemmat tekijät lukivat kaikki tutkimukset ja perehtyivät niiden sisältöön. Muodostettuaan hyvän kokonaiskuvan tutkimuksista, yläkategoriat muodostettiin Sarajärven Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen alustavan toimintamallin, toiminnan valmiuksien pohjalta. Tämän jälkeen tekijät esittivät aineistolle yläkategorioiden ja tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä tarkoituksenaan nostaa esille tutkimuksen kannalta merkitykselliset lausumat. Näin toimittiin erikseen jokaisen yläkategorian kohdalla alleviivaamalla lausumat. Alkuperäiset lausumat listattiin. Sen jälkeen pelkistettiin jokaisen merkityksellisen lausuman tiiviimmäksi ilmaisuksi. Lopuksi alakategoriat muodostettiin ja nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset on esitetty Sarajärven (2008) Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen alustavan toimintamallin, toiminnan valmiuksien mukaisesti. Nämä

kategoriat ovat nimetty analyysin yläkategorioiksi. Ne käsittävät tieteellisen tiedon, asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon, toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon sekä asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon. Näiden yläkategorioiden pohjalta on aineistosta haettu diabeteshoitajan diabetesta sairastavan potilaan kohtaamisen edistävät ja estävät tekijät sekä millaista näyttöä on diabeteksen hoidonohjauksesta.

7.1 Tieteellinen tieto

Tieteellinen tieto voidaan määritellä tiedoksi, jolle on osoitettavissa oma teoriapohja, selvästi ilmaistu perusmotiivi ja merkitysyhteydet. Tieteellinen tieto ilmenee usein teoriana, joka on mielenkiinnon kohteena olevaa ilmiötä kuvailevaa, selittävää, ennustavaa tai ohjaavaa. Perusmotiivi on tieteellisen toiminnan lähtökohta, joka pystytään määrittelemään. Merkitysyhteys on kokonaisuus, jota vasten eri väittämiä voidaan ymmärtää. Tieteellinen tieto syntyy tutkimuksen tuloksena. Tutkimus perustuu tiedeyhteisössä vallitseviin perusnormeihin kuten tiedonhankinnan systemaattisuuteen, tiedon yleisyyteen ja tiedon luotettavuuteen. Ennen kuin tieteellisestä tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan kutsua tiedoksi, tulee tutkimustulokset selittää ja tulkita. Tieteellisellä tiedolla on erityisiä ominaisuuksia kuten käsitteellisyys, viestittävyys, sosiaalisuus, korjautuvuus, perusteltavuus ja yleisyys. Tieteen tavoite on totuus, ja perustelujen kautta totuutta on mahdollista arvioida. Tieteellinen tiedonhankintamenetelmä on järjestelmällistä, kriittistä ja kontrolloitua tietojen hankkimista. (Rekola 2003: 16. Niiniluoto 1984. Eriksson 1992.)

Tutkimusnäyttöä tarvitaan vähentämään epävarmuutta päätöksenteossa. Tutkimustieto lisää kliinistä tietämystä ja parantaa siten hoidon laatua. Voimavaroja on käytettävä myös tuotetun tutkimustiedon levittämiseen ja hoitokäytäntöjen vaikuttavuuden seuraamiseen. Hoitosuositusten perusteeksi tarvitaan vaikuttavuustutkimusta. Tutkimusten runsaus ei kuitenkaan vielä takaa hyviä ja vaikuttavia hoitomenetelmiä. Lisää tietoa hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnista tarvitaan. Kansanterveydellisesti ja kansantaloudellisesti merkittävien menetelmien arviointi on erityisen tärkeää. Tiedon tuottaminen vaatii kuitenkin kykyä tunnistaa käytännön ongelma-alueita ja edellyttää voimavaroja sekä valmiuksia tiedon hakemiseen ja sen kriittiseen arviointiin.

Lisäksi tarvitaan vankkaa tutkimusmenetelmien osaamista ja monitieteellistä yhteistyötä. (Blom 2007: 6.)

TAULUKKO 1. Yläkategoria: Tieteellisen tiedon edistävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Diabeteshoitajien asema tulisi virallistaa ja sopia selkeä työnjako lääkäreiden ja diabeteshoitajien välillä painottaen diabeteshoitajan roolia hoidossa ja seurannassa.	Aseman virallistaminen ja työnjaosta sekä rooleista sopiminen	VASTUUNJAON SELKIYTYMINEN
Diabeteshoitajat voisivat jakaa muille hoitajille tietoa diabeetikoiden ohjauksesta ja tukea heitä.	Muiden hoitajien ohjaus ja tukeminen	OHJAUS JA TUKEMINEN
Intensiivinen seuranta voi olla tehokas tapa parantaa kroonisesti sairaiden hoitoon sitoutumista sekä viivyttää sairauden etenemistä.	Intensiivisen seurannan tehokkuus hoitoon sitoutumisessa	INTENSIIVISYYS
Diabeteshoitajien on tärkeää ymmärtää mitä diabeetikot tuntevat sairautta kohtaan ja mikä vaikutus sairaudella on elämäntapaan.	Ymmärrys diabeetikoiden tunteista sairaudesta ja sen vaikutuksesta elämäntapaan	AMMATTITAITO
Diabeteshoitajan erilaiset roolit tiedon antajana, fyysisten taitojen edistäjänä, psykologisena tukijana, yksilöllisen hoidon asianajajana, omahoidon edistäjänä ja potilasturvallisuuden varmistajana.	Diabeteshoitajan erilaiset roolit	

Tieteellinen tieto tässä opinnäytetyössä käsitettiin käytettyjen tutkimusten kirjoittajien käyttämiksi tutkimustuloksiksi. Tieteellisen tiedon edistäviksi tekijöiksi muodostuivat alakategoriat vastuun jaon selkiytyminen, ohjaus ja tukeminen, intensiivisyys sekä ammattitaito. Alakategoria *vastuun jaon selkiytyminen* pitää sisällään pelkistetyn ilmauksen ”aseman virallistaminen ja työnjaosta sekä rooleista sopiminen”. Alakategoria *ohjaus ja tukeminen* muodostui pelkistetystä ilmauksesta ”muiden hoitajien ohjaus ja tukeminen”. Alakategoria *intensiivisyys* pitää sisällään pelkistetyn ilmauksen ”intensiivisen seurannan tehokkuus hoitoon sitoutumisessa”. Alakategoria *ammattitaito* käsittää pelkistetyt ilmaukset ”ymmärrys diabeetikoiden tunteista sairaudesta ja sen vaikutuksesta elämäntapaan” sekä ”diabeteshoitajan erilaiset roolit”. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 2. Yläkategoria: Tieteellisen tiedon estävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Terveyskeskushenkilökunta ei tunne kaikkia diabeetikoiden hoitopalveluja	Ei tunneta hoitopalveluja	RIITTÄMÄTÖN TIETÄMYS

Tieteellisen tiedon estäväksi tekijäksi muodostui alakategoria *riittämätön tietämys*, tätä ohjasi pelkistetty ilmaus ”ei tunneta hoitopalveluja”. (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 3: Yläkategoria: Tieteellinen tieto hoidonohjauksessa

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Diabeteshoitajia kannustetaan diabeteksen hoidossa holistiseen lähestymistapaan, joka sisältää asiakkaan tunteet, pelot ja huolet.	Kokonaisvaltainen lähestymistapa sisältäen tunteet, pelot ja huolet	HOLISTISUUS
Diabeteshoitajat voisivat jakaa muille hoitajille tietoa diabeetikoiden ohjauksesta ja tukea heitä.	Muiden hoitajien ohjaus ja tukeminen	JAETTU OHJAUS JA TUKEMINEN

Tieteellinen tieto hoidonohjauksessa muodostivat alakategoriat holistisuus sekä ohjaus ja tukeminen. Alakategoria *holistisuus* syntyi pelkistetyistä ilmauksista ”Kokonaisvaltainen lähestymistapa sisältää tunteet, pelot ja huolet”. Alakategoria *jaettu ohjaus ja tukeminen* käsittää pelkistetyn ilmauksen ”Muiden hoitajien ohjaus ja tukeminen”. (TAULUKKO 3.)

7.2 Asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto

Kliinisten asiantuntijoiden toiminta tähtää potilaan hoidon laadun parantamiseen ja henkilökunnan ammattitaidon kehittämiseen näyttöön perustuen. Kliininen asiantuntija omaa laaja-alaisen ammattiinsa liittyvän tietoperustan ja ammattipätevyyden. Hänen toimintansa on tulevaisuuteen orientoitunutta ja siinä yhdistyy monipuolisesti eri tiedonlajien käyttö analyttisena, tutkivana ja kehittävänä työotteena muuttuvissa toimintaympäristöissä. Hän kykenee toimimaan organisaatiossaan kouluttajana, konsulttina, kehittäjänä ja tutkijana sekä kansainvälisen tason asiantuntijatehtävissä. (Arminen ym. 2008.)

Hyvän hoidon edellytys on päätöksen teon perustuminen parhaaseen olemassa olevaan näyttöön. Kliinisten asiantuntijoiden toiminta tähtää tähän. Siksi kliiniselle asiantuntijuudelle on selkeä tilaus nykyisessä nopeasti kehittyvässä terveydenhuollossa. (Arminen ym. 2008.) Asiantuntijan työn vaikuttavuus ilmenee hoitohenkilökunnassa esimerkiksi tiedon ja taidon uudistumisena, näyttöön perustuvan hoitotyön sekä työtyytyväisyyden lisääntymisenä. Tiedon lisääminen edistää henkilöstön valmiuksia itsenäiseen näyttöön perustuvaan päätöksentekoon. (Judin ym. 2008.)

Kokemustieto osana hiljaista tietoa kehittyä ammatillisen osaamisen sekä elämäkokemuksen myötä. Intuitio tuo tietoisuuteen hiljaisen tiedon, jossa yhdistyvät objektiivinen tieteellinen, käytännöllinen ja kokemuksellinen tieto. Kokemus mahdollistaa reflektoinnin, erilaisten vaihtoehtojen etsimisen ja ratkaisujen tekemisen. Laadukasta kliinistä työtä on mahdotonta tehdä, jos teorian tiedon soveltamista käytäntöön ei hallita. Asiantuntijan osaamisen kannalta tottumuksen muodostuminen, tehtäväymmärryksen kehittyminen ja tilanneherkkyys ovat tärkeitä, koska silloin tilanne, toiminta ja toimija kietoutuvat yhteen ja niiden kautta osaaminen todellistuu. (Arminen ym. 2008.)

Kliinisten asiantuntijoiden osaamisen säilyminen organisaatioiden pääomana edellyttää kehitysmuotoista organisaatiokulttuuria. Toimintaa tukevassa organisaatiossa arvostetaan kliinistä asiantuntijuutta, luodaan sille toimintaedellytykset sekä mahdollistetaan tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen. Selkeä työrooli ja rajojen määrittäminen tukevat kliinistä asiantuntijaa tehtävän vastaanottamisessa sekä tehtävässä toimimisessa. Lisäksi selkeä työrooli ja rajat auttavat eri toimijoita muodostamaan yhtenäisen näkemyksen työnkuvasta. (Arminen ym. 2008.)

TAULUKKO 4. Yläkategoria: Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon edistävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Diabeteshoitajat kaipaavat omahoidon arviointiin yhtenäistä (valtakunnallista) käytäntöä.	Omahoidon arviointiin yhtenäiset käytännöt	YHTENÄISET TOIMINTAKÄYTÄNTEET

Diabeteshoitajat avustavat asiakkaita reflektoimaan, hyväksymään tunteensa, tunnistamaan mielihalujansa, määrittämään rajojansa ja siten lisäämään itsevarmuutta sekä tasapainottamaan että muuttamaan elämäntapoja.	Diabeteshoitajat avustavat asiakkaita monipuolisesti heidän eri elämänalueillaan	ASIAKASLÄHTÖISYYS
--	--	-------------------

Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon edistäviksi tekijöiksi nousi alakategoriat yhtenäiset toimintakäytänteet ja asiakaslähtöisyys. Alakategoria *yhtenäiset toimintakäytänteet* muodostui pelkistetystä ilmauksesta ”Omahoidon arviointiin yhtenäiset käytännöt”. Alakategoria *asiakaslähtöisyys* syntyi pelkistetystä ilmauksesta ”diabeteshoitajat avustavat asiakkaita monipuolisesti heidän eri elämänalueillaan”. (TAULUKKO 4.)

TAULUKKO 5. Yläkategoria: Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon estävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Joillain diabeteshoitajilla on negatiivinen asenne asiakkaita kohtaan.	Negatiivinen asenne asiakkaita kohtaan	ASIAKASLÄHTÖISYYS PUUTTEELLINEN
Diabeteshoitajat eivät näe diabeetikoita sairautensa asiantuntijoina.	Diabeetikoita ei koeta asiantuntijoina	
Hoitajat epäilevät diabeetikkojen kykyä omahoitoon.	Diabeetikoiden omahoidon epäily	
Hoitajat näkevät asiakkaissa pelkän sairauden ja unohtavat henkilön kokonaiskuvan.	Asiakkaan kokonaiskuvan muodostamisen puutteellisuus	

Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon estäväksi tekijäksi muodostui asiakaslähtöisyys puutteellinen. Alakategoria *asiakaslähtöisyys puutteellinen* pitää sisällään pelkistetyt ilmaukset ”negatiivinen asenne asiakkaita kohtaan”, ”diabeetikoita ei koeta asiantuntijoina”, ”diabeetikoiden omahoidon epäily” sekä ”asiakkaan kokonaiskuvan muodostamisen puutteellisuus”. (TAULUKKO 5.)

TAULUKKO 6. Yläkategoria: Asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto hoidonohjauksessa

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Hoitajat kokevat, että asiakkaat eivät arvosta heidän hoidonohjaustaan.	Asiakkaat eivät arvosta hoidonohjausta	ARVOSTUKSEN PUUTE
Hoidonohjauksen suunnittelun lähtökohta on pääsääntöisesti diabeetikon senhetkinen tarve.	Lähtökohtana diabeetikoiden hoidonohjauksen tarve	ASIAKASLÄHTÖISYYS
Hoidonohjauksen tavoitteet tulisi asettaa yhdessä diabeetikon kanssa nykyistä useammin.	Tavoitteiden asettaminen diabeetikon kanssa useammin	
Polikliininen hoidonohjaus koettiin hyväksi keinoksi edetä ohjauksessa suunnitelmallisesti ja systemaattisesti.	Polikliininen hoidonohjaus suunnitelmallista ja systemaattista	SUUNNITELMAL- LISUUS JA SYSTEMAATTI- SUUS
Hoidonohjauksen arviointi koettiin vaikeaksi.	Arvioinnin kokeminen vaikeaksi	ARVIOINNIN VAIKEUS
Hoidonohjauksen edistäväksi tekijäksi nousivat diabeteshoitajan asiantuntemus.	Diabeteshoitajan asiantuntemus hoidonohjauksessa	AMMATTITAITO
Diabeteshoitajan itsenäinen asiantuntijuus, selkeä rooli hoidon ohjaajana ja hoidonohjauksen autonomia.	Itsenäinen asiantuntijuus, selkeä rooli ja autonomia	

Asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto hoidonohjauksesta käsittää alakategoriat arvostuksen puute, asiakaslähtöisyys, puutteellinen tietoperusta, suunnitelmallisuus ja systemaattisuus, arvioinnin vaikeus sekä ammattitaito. Alakategoria *arvostuksen puute* muodostui pelkistetyistä ilmauksesta ”asiakkaat eivät arvosta hoidonohjausta”. Alakategoria *asiakaslähtöisyys* kehittyi pelkistetyistä ilmauksista ”lähtökohtana diabeetikoiden hoidonohjauksen tarve” ja ”tavoitteiden asettaminen diabeetikoiden kanssa useammin”. Alakategoria *suunnitelmallisuus ja systemaattisuus* käsittää pelkistetyn ilmauksen ”polikliininen hoidonohjaus suunnitelmallista ja systemaattista”. Alakategoria *arvioinnin vaikeus* kuvaa pelkistettyä ilmausta ”arvioinnin kokeminen vaikeaksi”. Alakategoria *ammattitaito* sisältää pelkistetyt ilmaukset ”diabeteshoitajan asiantuntemus hoidonohjauksessa” sekä ”itsenäinen asiantuntijuus, selkeä rooli ja autonomia”. (TAULUKKO 6.)

7.3 Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuva tieto

Hoitotyötä tehdään erilaisissa toimintaympäristöissä, jotka voivat edistää tai rajoittaa toimintaa erilaisin säädöksin ja ohjein. Oleellisia asioita näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen ja toteuttamisen kannalta ovat organisaation johtamismallit, hoitotyön toimintamallit ja käytettävissä olevat henkilöstöresurssit. Näistä riippuu, kuinka mahdollistuu työntekijöiden tietojen ja taitojen jatkuva kehittyminen ja sitä kautta myös näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöön otto osaksi hoitotyön käytäntöä. Tässä ovat avainasemassa hoitotyön hallinnon eri tasoilla työskentelevät ammattikunnan edustajat, lähinnä osastonhoitajat ja ylihoitajat. Heidän tehtävänsä on luoda mahdollisuuksia hoitotyön kehittämiseen ja aseman vahvistumiseen toimintaorganisaatiossa sekä informoida muita terveydenhuollon ammattiryhmiä hoitotyön mahdollisuuksista vaikuttaa asiakkaan tai potilaan hoidon tuloksien paranemiseen. (Lauri 2003: 16-17.)

TAULUKKO 7. Yläkategoria: Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon edistävä tekijä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Lisääntyvän insuliinihoitoa tarvitsevien määrän takia tarvittaisiin lisää diabeteshoitajia.	Tarvittaisiin lisää diabeteshoitajia	RESURSSIT

Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon edistäväksi tekijäksi muodostui alakategoria *resurssit*, jonka muodostumista ohjasi pelkistetty ilmaus ”tarvittaisiin lisää diabeteshoitajia”. (TAULUKKO 7.)

TAULUKKO 8. Yläkategoria: Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon estävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Diabeteshoitajien tehtäväkuva ei kaikissa sairaaloissa ole edelleenkaan täysin selkeä.	Tehtäväkuva ei ole selkeä	PUUTTEELLISET TOIMINTAKUVAT

<p>Toimimattomat terveyspalvelut koettiin merkittävänä omahoitoa hankaloittavana asiana ja yhteiskunnan taholta välinpitämättömyytenä sairauden vakavuutta kohtaan.</p>	<p>Toimimattomat terveyspalvelut hankaloittavat omahoitoa ja koetaan välinpitämättömyytenä</p>	<p>TERVEYSPALVELUJEN TOIMIMATTOMUUS</p>
<p>Asiakkaat eivät saa tarvitsemaansa hoitoa, esim. jalkojen hoitoa, koska määrärahat ovat loppuneet.</p>	<p>Asiakkailla ei tarvitsemaansa hoitoa</p>	<p>RIITTÄMÄTTÖMÄT RESURSSIT</p>
<p>Hoitajien vähäiset resurssit huolestuttivat asiakkaita.</p>	<p>Hoitajien vähäiset resurssit</p>	
<p>Asiakkailla ei ole varaa terveyskeskuksen palveluihin.</p>	<p>Ei varaa palveluihin</p>	
<p>Marginaaliryhmien, kuten maahanmuuttajien, vähätuloisten ja iäkkäiden, on vaikeampi päästä hoitoon esimerkiksi rahaongelmien vuoksi.</p>	<p>Marginaaliryhmien vaikea päästä hoitoon</p>	

Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon estäviksi tekijöiksi syntyi alakategoriat puutteelliset toimintakuvat, terveyspalvelujen toimimattomuus sekä riittämättömät resurssit. Alakategoria *puutteelliset toimintakuvat* sisältää pelkistetyn ilmauksen ”tehtävänkuva ei ole selkeä”. Alakategoria *terveyspalvelujen toimimattomuus* muodostui pelkistetystä ilmauksesta ”toimimattomat terveyspalvelut hankaloittavat omahoitoa ja koetaan välinpitämättömyytenä”. Alakategoria *riittämättömät resurssit* pitää sisällään ”asiakkailla ei tarvitsemaansa hoitoa”, ”hoitajien vähäiset resurssit”, ”ei varaa palveluihin” sekä ”marginaaliryhmien vaikea päästä hoitoon”. (TAULUKKO 8.)

TAULUKKO 9. Yläkategoria: Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuva tieto hoidonohjauksessa

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
<p>Yhtenäisellä kirjaamiskäytännöllä oli tärkeä osuus hyvässä hoidonohjauksessa</p>	<p>Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt tärkeät</p>	<p>KIRJAAMISKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISYYS</p>
<p>Hoitotyön johdon tuen puute hoidonohjauksen onnistumisessa koettiin estävänä tekijänä.</p>	<p>Johdon tuen puute estää hoidonohjausta</p>	<p>JOHDON TUEN PUUTE</p>
<p>Johdon tuen puutteen takia ryhmäohjauksen järjestäminen koettiin täysin mahdottomaksi.</p>	<p>Johdon tuen puute estää ryhmäohjausta</p>	

Hoidonohjausta edistäviksi tekijöiksi nousivat hoitotyön johdon tuki, joka mahdollisti hoidonohjauksen kehittämisen, selkeä työnjako lääkärin kanssa ja organisaation poliklinikkatoiminnan joustavuus.	Johdon tuki, työnjako sekä joustavuus edistää hoidonohjausta	JOHDON TUKI
Diabeteshoitajien mukaan riittävien resurssien puute ja organisaation joustamattomat rakenteet estävät hoidon ohjausta.	Resurssien puute ja joustamattomat rakenteet estävät hoidonohjausta	RIITTÄMÄTTÖMÄT RESURSSIT
Ajanvarauspoliklinikan 20 minuutin aika potilasta kohti ei ole riittävä hoidonohjaukseen, jos tehdään perusteellisempia muutoksia.	Vastaanotto aika liian lyhyt	
Hoitotyön johtajat eivät aina ymmärrä hoidonohjauksen laaja-alaisuutta ja vaativuutta.	Johtajat eivät ymmärrä hoidonohjausta	JOHTAJIEN HEIKKO YMMÄRRYS

Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuva tieto hoidonohjauksessa pitää sisällään alakategoriat kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyys, johdon tuen puute, johdon tuki, riittämättömät resurssit ja johtajien heikko ymmärrys. Alakategoria *kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyys* sisältää pelkistetyn ilmauksen ”yhtenäiset kirjaamiskäytännöt tärkeät”. Alakategoria *johdon tuen puute* syntyi pelkistetyistä ilmauksista ”johdon tuen puute estää hoidonohjausta” ja ”johdon tuen puute estää ryhmäohjausta”. Alakategoria *johdon tuki* muodostui pelkistetyistä ilmauksesta ”johdon tuki, työnjako sekä joustavuus edistää hoidonohjausta”. Alakategoria *riittämättömät resurssit* sisältää pelkistetyt ilmaukset ”resurssien puute ja joustamattomat rakenteet estävät hoidonohjausta” ja ”vastaanottoaika on liian lyhyt”. Alakategoria *johtajien heikko ymmärrys* käsittää pelkistetyn ilmauksen ”johtajat eivät ymmärrä hoidonohjausta”. (TAULUKKO 9.)

7.4 Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tieto

Terveyspalvelujen käyttäjän tai potilaan koettu näyttö perustuu hänen yksilöllisiin omakohtaisiin kokemuksiinsa terveydestä ja sairaudesta sekä terveydenhuollon eri organisaatioiden palveluista. Tähän näyttöön sisältyy kolmenlaista tietoa. Tietoa siitä, minkälainen oma toiminta auttaa selviämään ongelmallisissa terveyteen ja sairauteen liittyvissä tilanteissa. Esimerkiksi kokemukset itsehoidosta oman terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä

sekä sairauksien ehkäisyssä auttavat ymmärtämään oman vastuun ja toiminnan merkityksen myös sairauksien hoidossa. Toiseksi tietoa siitä, minkälainen ammattilaisten toiminta auttaa parhaiten ihmistä selviämään tai paranemaan. Esimerkiksi tutkimusten mukaan enemmistö potilaista haluaa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta pystyäkseen selviämään uudesta tilanteesta. Kolmanneksi tietoa siitä, millä tavalla hoito tulisi organisoida, jotta se koettaisiin hyvänä. Esimerkiksi potilaiden selviytymiseen on tutkimuksissa todettu jonkin verran vaikuttavan heidän tyytyväisyyteensä toteutuneeseen hoitoon ja hoitojärjestelmään. (Lauri 2003: 10.)

TAULUKKO 10. Yläkategoria: Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon edistävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Voi ottaa yhteyttä diabeteshoitajaan aina kun tarvitsee, ja saa yhteyden.	Yhteyden saaminen mahdollista	RESURSSIT
Tulkkipalvelujen mahdollistaminen maahanmuuttajille.	Tulkkipalvelut maahanmuuttajille	
Self-Care system takasi diabeteshoitajaan nopeamman yhteyden saannin.	Yhteyden saanti nopeampaa	
Hoitoon pääsee vaivatta, hoidon seurantavälit yksilöllisiä.	Hoitoon pääsy ja yksilöllisyys	YKSILÖLLISYYSS
Kotikäynnit iäkkäille ja tarvittaessa muillekin. Omassa, tutussa ympäristössä on mukavampi ja helpompi asioida.	Kotikäyntien mahdollistaminen tarvittaessa	AMMATTITAITO
Perehdytään asiakkaan asioihin ja elämäntilanteeseen	Perehtyminen asiakkaaseen	
Diabeteshoitaja kertoo asiakkaan sairaudesta ja sen kehityksestä.	Hoitajan antama tieto sairaudesta	
Hoitaja osaa soveltaa tietoa yksilöllisesti ja ehdottaa uusia vinkkejä.	Tiedon soveltaminen ja hyödyntäminen	
Toivoa edistävät yksilöllinen hoidonsunnittelu sekä ammatillinen, positiivinen ja yhteistyökykyinen ihmisen kohtaaminen.	Toivoa edistää yksilöllisyys, ammatillisuus, positiivisuus ja yhteistyökyky	
Hyvä hoitosuhde oli haastateltavien mielestä kannustava silloinkin, vaikka menisi huonosti.	Hoitajan kannustus	
Tärkeänä pidettiin myös sitä, että henkilökunta päivittää tietojaan	Tietojen jatkuva päivittäminen	

<p>jatkuvasti.</p> <p>Asiakkaat odottivat, että ammattilainen osaa käyttää heitä tietolähteenään heidän sairautensa asiantuntijana</p> <p>Hyvä hoitosuhde tarkoitti tutun ja turvallisen hoitavan henkilön sekä asiakkaan tasavertaista keskustelua.</p> <p>Hoitotyöntekijöiltä toivottiin herkkyyttä huomata yksilölliset tarpeet ja kohdata asiakas tasavertaisesti, ystävällisesti sekä inhimillisesti.</p> <p>Asiantuntijoiden tulisi tukea asiakkaita sairauden hyväksymisessä.</p> <p>Asiakkaat kaipaavat henkistä tukea.</p> <p>Self-Care system tuki asiakkaita osallistumaan omanhoidon suunnitteluun.</p> <p>Self-Care system koettiin joustavaksi hoitoa tukevaksi tekijäksi.</p> <p>Asiakkaan oma vastuun otto sairaudesta edistää hoitotasapainoa ja elämäntähtäilyä.</p>	<p>Asiakkaan käyttö asiantuntijana</p> <p>Hoitajan ja asiakkaan tasavertaisuus</p> <p>Yksilöllisten tarpeiden huomiointi tasavertaisesti, ystävällisesti sekä inhimillisesti</p> <p>Tuki sairauden hyväksymisessä</p> <p>Henkinen tuki</p> <p>Tietokoneohjelma tuki osallistumista hoidonsuunnitteluun</p> <p>Tietokoneohjelma hoitoa tukevana tekijänä</p> <p>Asiakkaan vastuun otto edistää hoitotasapainoa ja elämäntähtäilyä</p>	<p>YHTEISTYÖ</p> <p>ASIAKKAAN TUKEMINEN</p> <p>VASTUUN OTTO</p>
--	--	---

Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon edistäviksi tekijöiksi nousi resurssit, yksilöllisyys, ammattitaito, yhteistyö, asiakkaan tukeminen sekä vastuun otto. Alakategoria *resurssit* pitää sisällään pelkistetyt ilmaukset "yhteyden saaminen mahdollista", "tulkkipalvelut maahanmuuttajille" sekä "yhteyden saanti nopeampaa". Alakategoria *yksilöllisyys* muodostui pelkistetyistä ilmauksista "hoitoon pääsy ja yksilöllisyys" ja "kotikäyntien mahdollistaminen tarvittaessa". Alakategoria *ammattitaito* käsittää pelkistetyt ilmaukset "perehtyminen asiakkaaseen", "hoitajan antama tieto sairaudesta", "tiedon soveltaminen ja hyödyntäminen", "toivoa edistää yksilöllisyys, ammatillisuus, positiivisuus ja yhteistyökyky", "hoitajan kannustus", "tietojen jatkuva päivittäminen" sekä "asiakkaan käyttö asiantuntijana". Alakategoria *yhteistyö* käsittää pelkistetyt ilmaukset "hoitajan ja asiakkaan tasavertaisuus" ja "yksilöllisten tarpeiden huomiointi tasavertaisesti, ystävällisesti sekä inhimillisesti". Alakategoria *asiakkaan tukeminen* muodostaa pelkistetyt ilmaukset "tuki sairauden hyväksymisessä", "henkinen tuki", "tietokoneohjelma tuki osallistumista hoidonsuunnitteluun" sekä "tietokoneohjelma hoitoa tukevana

tekijänä”. Alakategoria *vastuun otto* syntyy pelkistetyistä ilmauksesta ”asiakkaan vastuun otto edistää hoitotasapainoa ja elämänhallintaa”. (TAULUKKO 10.)

TAULUKKO 11. Yläkategoria: Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon estävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Hoitoon pääsy koettiin joustamattomana silloin, kun yhteyden saaminen hoitohenkilökuntaan oli käytännössä mahdotonta.	Hoitoon pääsy joustamattomasta yhteyden saamisen vaikeuden takia	RIITTÄMÄTTÖMÄT RESURSSIT
Tutkimukseen osallistuneet ihmettelivät diabeteshoitajakontaktin puuttumista. Osa haastateltavista ei ollut koskaan tavannut diabeteshoitajaa.	Hoitokontakti puuttuu	
Kohtelu ei ole yksilöllistä, voidaan kokea rutinoituneena ja välinpitämättömänä.	Kohtelu ei yksilöllistä	YKSILÖLLISYYDEN PUUTTEELLISUUS
Self-Care systemin koneellisuuden takia henkilökontakti jäi saavuttamatta.	Henkilökontakti jäi saavuttamatta	
Hoitajat eivät osaa perustella hoitomääräyksiä.	Ei osata perustella hoitomääräyksiä	HEIKKO AMMATTITAITO
Tapaamiset oli koettu sisällöltään tyhjiksi, eikä jatkuvuutta ollut.	Tapaamiset sisällöltään tyhjiä, ilman jatkuvuutta	

Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon estäviksi tekijöiksi muodostui alakategorioista yksilöllisyyden puutteellisuus, riittämättömät resurssit sekä heikko ammattitaito. Alakategoria *riittämättömät resurssit* muodostuu pelkistetyistä ilmauksista ”hoitokontakti puuttuu” ja ”hoitoon pääsy joustamattomasta yhteyden saamisen vaikeuden takia”. Alakategoria *yksilöllisyyden puutteellisuus* käsittää pelkistetyt ilmaukset ”kohtelu ei yksilöllistä” ja ”henkilökontakti jäi saavuttamatta”. Alakategoria *heikko ammattitaito* syntyy pelkistetyistä ilmauksista ”ei osata perustella hoitomääräyksiä” ja ”tapaamiset sisällöltään tyhjiä, ilman jatkuvuutta”. (TAULUKKO 11.)

TAULUKKO 12. Yläkategoria: Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tieto hoidonohjauksessa.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
<p>Ammattitaito näkyy kyknä kertoa asiakkaalle tämän sairauden vaiheista ja sen kehityksestä, mutta myös kyknä ehdottaa perustellusti muutoksia hoitoon.</p> <p>Hoitajien tulisi innostaa ja motivoida diabeetikoita hoitamaan itseään.</p>	<p>Tietää, mitä tekee ja miksi sekä perustelee sen diabeetikolle</p> <p>Innostaminen ja motivointi</p>	<p>AMMATTITAITO</p>
<p>Asiakkaiden mielestä hoitohenkilökunta kiinnittää liikaa huomiota lääketieteellisiin näkökulmiin ja neuvoihin.</p>	<p>Hoidon painotettu kliinisyys</p>	<p>EPÄINHIMILLISYYS</p>

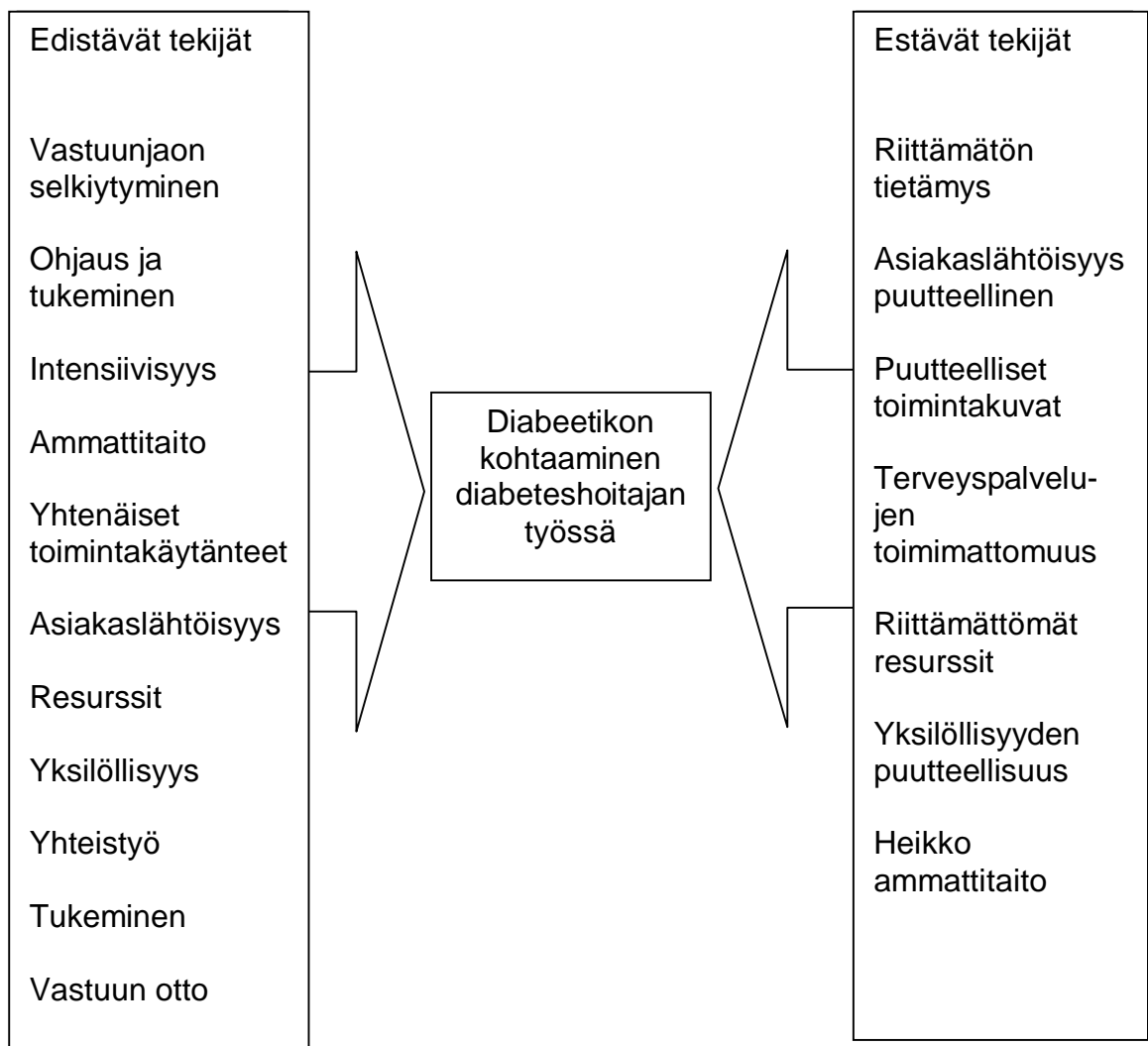
Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tieto hoidonohjauksesta käsittää alakategoriat ammattitaito ja epäinhimillisyys. Alakategoria *ammattitaito* pitää sisällään pelkistetyt ilmaukset ”tietää, mitä tekee ja miksi sekä perustelee sen diabeetikolle” sekä ”innostaminen ja motivointi”. Alakategoria *epäinhimillisyys* muodostuu pelkistetystä ilmauksesta ”hoidon painotettu kliinisyys”. (TAULULUKKO 12.)

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata kirjallisuuden pohjalta millaista näyttöä löytyy edistämään tai estämään diabeetikon kohtaamista diabeteshoitajan työssä, sekä etsiä millaista tutkimusnäyttöä on diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyössä hyödynnettiin Sarajärven näyttöön perustuvan hoitotyön alustavaa toimintamallia. Tutkimuksella onnistuttiin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä löytyy käsitteenä paljon tutkimuksia. Diabetes sairautena laajan esiintyvyytensä takia on myös paljon tutkittu aihe. Tutkimuksia näyttöön perustuvasta diabeteksen hoidosta, diabeetikoiden kohtaamisesta, hoidonohjauksesta tai diabeteshoitajien asenteista näyttöön perustuvaa hoitotyötä kohtaan ei kuitenkaan löytynyt.

8.1 Diabetesta sairastavan potilaan kohtaamisen edistävästä ja estävästä tekijöistä diabeteshoitajan työssä

Analyysin pohjalta syntyi näyttöön perustuvaa tietoa diabetesta sairastavan potilaan kohtaamista edistäviä ja estäviä tekijöistä. Edistäviä alakategorioita olivat vastuunjaon selkiytyminen, ohjaus ja tukeminen, intensiivisyys, ammattitaito, yhtenäiset toimintakäytänteet, asiakaslähtöisyys, resurssit, yksilöllisyys, yhteistyö, tukeminen sekä vastuun otto. Estäviksi tekijöiksi puolestaan muodostuivat riittämätön tietämys, asiakaslähtöisyys puutteellinen, epäinhimillisyys, puutteelliset toimintakuvat, terveystalvelujen toimimattomuus, riittämättömät resurssit, joustamattomuus, yksilöllisyyden puutteellisuus sekä heikko ammattitaito. (KUVIO 3.)



KUVIO 3. Analyysin tulokset diabetesta sairastavan potilaan kohtaaminen diabeteshoitajan työssä.

Alakategoria resurssit koettiin sekä edistävänä että estävänä tekijänä. Asiakkaat kokivat, että ”Voi ottaa yhteyttä diabeteshoitajaan aina kun tarvitsee, ja saa yhteyden” sekä ”Self-Care system takasi diabeteshoitajaan nopeamman yhteyden saannin. Asiakkaat toivoivat, että ”Tulkkipalvelujen mahdollistaminen maahanmuuttajille” onnistuisi. Riittämättöminä resursseina nähtiin, että ”Asiakkaat eivät saa tarvitsemaansa hoitoa, esim jalkojen hoitoa, koska määrärahat ovat loppuneet”. Lisäksi ”Hoitajien vähäiset resurssit huolestuttivat asiakkaita” ja ”Tutkimukseen osallistuneet ihmettelivät diabeteshoitajakontaktin puuttumista”. Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon estävä tekijä oli alakategoriassa terveysterveyspalvelujen toimimattomuus ”Toimimattomat terveysterveyspalvelut koettiin merkittävänä omahoitoa hankaloittavana asiana ja yhteiskunnan taholta välinpitämättömyytenä sairauden vakavuutta kohtaan.”

Dehkon 2000-2010 tiivistelmässä todettiin, että diabeteksen hoidon laadun parantaminen ei välttämättä vaadi terveydenhuollon resurssien lisäämistä. Jo nykyisten voimavarojen uudelleen organisoiminen ja henkilökunnan koulutus tuottavat parempia hoitotuloksia, parantavat diabeetikoiden elämänlaatua ja vähentävät lisäsairauksia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tehostaminen on avainasemassa hoitoa kehitettäessä – onhan vastuu diabeteksen hoidon järjestämisestä julkisella terveydenhuollolla. Yhteistyön pohjana on ns. jaettu hoitomalli, joka edellyttää joustavaa konsultointia puolin ja toisin. (DEHKO 2000-2010 tiivistelmä: 16.)

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella ”Diabeteshoitajien asema tulisi virallistaa ja sopia selkeä työnjako lääkäreiden ja diabeteshoitajien välillä painottaen diabeteshoitajan roolia hoidossa ja seurannassa”. Tämä nähtiin vastuun jaon selkiytymisenä, joka edistää diabeetikon kohtaamista. Toimintaympäristössä puutteellinen toimintakuva nähtiin estävänä tekijänä, koska ”Diabeteshoitajien tehtävänkuva ei kaikissa sairaaloissa ole edelleenkään täysin selkeä”. Diabeteshoitaja toimii diabeteshoitotyön asiantuntijana hoitotiimissä, yksikössään sekä organisaatiossaan. Hän edistää asiantuntijuudellaan paikallista ja alueellista yhteistyötä. Hän suunnittelee, toteuttaa, arvioi ja kehittää itsenäisesti ja yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa diabeetikkojen hyvän hoidon toteutumista ja diabetesta

ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittämistä. Hän toimii sovitusti voimavarana ja konsulttina yksikkönsä tai organisaationsa hoitohenkilökunnalle sekä yksittäisten diabetespotilaiden hoitoa koskevissa kysymyksissä että diabeteshoitotyön laadun kehittämisessä. Diabeteshoitajalla on diabeteshoitotyön erityisasiantuntemus. Hän osallistuu sekä kliniseen diabeteshoitotyöhön, että sen kehittämiseen itsenäisesti ja osana moniammatillista työryhmää. (terveysportti 2009.)

Dehkon-raportin 2003:4 mukaan asiantuntemusta nimenomaan diabeteksestä ja sen hoidosta pidettiin tärkeänä. Myös sitä, että asioita perustellaan ja pohditaan nimenomaan diabeetikon kannalta eri vaihtoehtoja esille tuoden, painotettiin ammattitaitoon kuuluvana tekijänä. Muutamat haastatelluista antoivat melko huonon arvosanan terveydenhuollolle diabeteksen hoidossa. Osa oli kokenut, että diabetekseen ja diabeetikkoon ei suhtauduta vakavasti, vaan ollaan välipitämättömiä. Osan mielestä vastaanotot ovat rutiinia, siellä käsitellään samoja asioita joka kerralla ja liian yleisellä tasolla. He toivat myös esille, että diabeetikkoa ei ajatella kokonaisuutena, ja toivoivat laaja-alaisempaa ja enemmän henkilökohtaisempaa hoitamista ja diabeetikon kohtaamista. (Partanen 2003:15.)

Alakategoria ammattitaito nähtiin vaikuttavan sekä edistävänä että estävänä tekijänä. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan edistävänä tekijänä oli ”Diabeteshoitajan erilaiset roolit tiedonantajana, fyysisten taitojen edistäjänä, psykologisena tukijana, yksilöllisen hoidon asianajajana, omahoidon edistäjänä ja potilasturvallisuuden varmistajana.” Asiakkaiden tarpeita ja toiveita koskevan tiedon edistävinä tekijöinä löytyi ”Hoitaja osaa soveltaa tietoa yksilöllisesti ja ehdottaa uusia vinkkejä”, ”Tärkeänä pidettiin myös sitä, että henkilökunta päivittää tietojaan jatkuvasti” sekä ”Asiakkaat odottivat, että ammattilainen osaa käyttää heitä tietolähteenään heidän sairautensa asiantuntijana”. Asiakkaat kokivat heikkona ammattitaitona, että ”Hoitajat eivät osaa perustella hoitomääräyksiä”.

Diabeteshoitotyö on erikoisosaamisen alue, joka edellyttää hoitotyöntekijältä monitieteistä tietoperustaa, hoidonohjaustaitoja ja oman osaamisen jatkuvaa kehittämistä. Diabeteshoitajalta edellytettävän erikoisosaamisen kriteereiden

määrittäminen on tärkeä askel kohti diabeteshoitotyön asiantuntijuuden tunnustamista. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon ammatillisten erikoistumisopintojen tavoitteena on vastata diabeteshoitajan osaamiskriteereihin lisäkoulutusvaatimusten osalta. Tämän lisäksi diabeteshoitotyön asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää alan työkokemusta. Diabeteshoitajan erikoisosaamisen saavuttamiseen on monta tietä. Tärkeää erikoisosaamisen kehittämisessä on, että kouluttautuminen ja työkokemus liittyvät saumattomasti yhteen ja täydentävät toisiaan. (terveysportti 2009.)

Asiantuntijoiden mukaan asiakaslähtöisyys nähtiin edistämässä diabeetikon kohtaamista. Asiantuntijat näkevät, että ”Diabeteshoitajat avustavat asiakkaita reflektoimaan, hyväksymään tunteensa, tunnistamaan mielihalujansa, määrittämään rajojansa ja siten lisäämään itsevarmuutta sekä tasapainottamaan että muuttamaan elämäntapoja”. Asiakaslähtöisyyden puutteellisuus asiantuntijoiden mukaan estää onnistunutta diabeetikon kohtaamista. Asiantuntijat kokivat, että ”Joillain diabeteshoitajilla on negatiivinen asenne asiakkaita kohtaan”, ”Diabeteshoitajat eivät näe diabeetikkoja sairautensa asiantuntijoina” sekä ”Hoitajat epäilevät diabeetikkojen kykyä omahoitoon”.

Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä ja tukee asiakasta kohti itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. Työntekijän näkökulma ja kiinnostus eivät tällöin suuntaudu pelkästään sairauteen ja ongelmaan vaan ihmiseen kokonaisuutena. (Kiikkala 2000: 119.)

Tutkimusten mukaan potilaiden odotukset hoidon suhteen ovat hyvin erilaisia. Potilaat haluavat tietoa sairauksista ja niiden hoidoista, tutkimuksista, lääkityksistä, elämäntavoista, toiminnan rajoituksista sekä eri toimenpiteisiin liittyvistä asioista. (Ali-Raatikainen 2006.) Potilaat odottavat edellisten lisäksi koulutettua, työssään pätevää ja vastuullista henkilökuntaa. Potilaat toivovat myös mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Hoitohenkilökunnalta he kaipaavat myös herkkyyttä potilaan yksilöllisille tarpeille. (Lauri 2003: 12-13.)

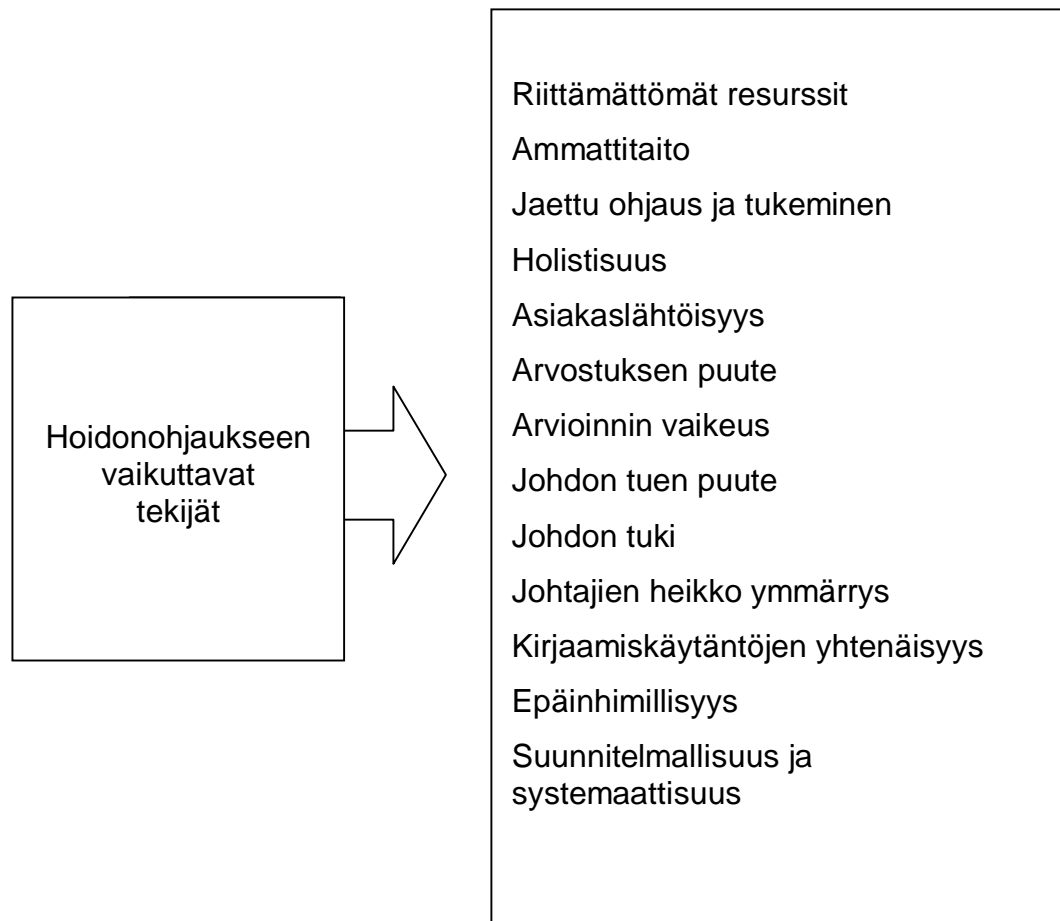
Eniten tyytymättömyyttä saavat aikaan puolestaan kiire ja hoitavan lääkärin vaihtuminen usein. Osa haastatelluista toi esille, että myös diabeteshoitaja vaihtuu usein tai on liian vähän paikalla tai hankalasti tavoitettavissa. Tyytymättömyyttä aiheutti myös huono suhtautuminen potilaaseen. Haastatelluista osa oli sitä mieltä, ettei heitä hoideta kokonaisvaltaisesti, eikä heillä ole mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa ja tehdä hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Suhtautuminen koettiin rutiinin-omaiseksi ja jopa välinpitämättömäksi. (Dehko 2003:4.)

Asiakkaat kokivat, että alakategoria yksilöllisyys sekä edistää että estää diabeetikon kohtaamista. Edistävänä tekijöinä nähtiin, että ”Hoitoon pääsee vaivatta, hoidon seurantavälit yksilöllisiä” ja ”Kotikäynnit iäkkäille ja tarvittaessa muillekin. Omassa, tutussa ympäristössä on mukavampi ja helpompi asioida”. Yksilöllisyyden puutteellisuudesta asiakkaat kokivat, että ”Kohtelu ei ole yksilöllistä, voidaan kokea rutinoituneena ja välinpitämättömänä” sekä ”Self-Care systemin koneellisuuden takia koneellisuuden takia henkilökontakti jäi saavuttamatta”.

”Asiantuntijoiden tulisi tukea asiakkaita sairauden hyväksymisessä”, ”asiakkaat kaipaavat henkistä tukea”, lisäksi ”Self-Care system tuki asiakkaita osallistumaan omanhoidon suunnitteluun”. Nämä nähtiin analyysissä edistävänä tekijänä asiakkaan tukemisessa.

8.2 Diabeteksen hoidonohjauksen vaikuttavista tekijöistä

Analyysin pohjalta syntyi näyttöön perustuvaa tietoa diabeteksen hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä, jotka olivat riittämättömät resurssit, ammattitaito, jaettu ohjaus ja tukeminen, holistisuus, asiakaslähtöisyys, arvostuksen puute, arvioinnin vaikeus, johdon tuen puute, johdon tuki, johtajien heikko ymmärrys, kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyys, epäinhimillisyys sekä suunnitelmallisuus ja systemaattisuus. (KUVIO 4.)



KUVIO 4. Analyysin tulokset hoidonohjaukseen vaikuttavista tekijöistä.

Hoidonohjauksen tarkoitus on sovittaa diabeteksen hoito osaksi jokapäiväistä elämää niin, että diabeetikko hallitsee omahoidon ja on myös motivoitunut siihen. Hoidonohjaus tukee diabeetikon oppimisprosessia, jolloin omahoidossa tarvittavat tiedot ja taidot lisääntyvät ja vastuun ottaminen hoidosta vahvistuu. Ohjauksen perustana on tasavertainen hoitosuhde, jossa diabeetikko on hoidon toteuttaja ja ongelmien ratkaisija, ja hoitohenkilökunta on hänen käytössään oleva resurssi. Diabeetikko on omien tarpeidensa paras arvioija ja tavoitteidensa asettaja. (DEHKO 2000-2010 tiivistelmä.)

DEHKO-raportin 2003:3 mukaan Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteereissä ilmeni, että hoidonohjaukseen toteuttamiseen tarvittavia kriteereitä olivat ammattitaitoiset henkilöstöresurssit, tarvetta vastaavat tilat ja ympäristö, riittävät aikaresurssit, riittävä ja ajantasalla oleva ohjausmateriaali sekä diabetestyötä tekeville riittävä organisaation hallinnon tuki (DEHKO-raportti 2003: 8). Diabeetikon hoidonohjauksen toteutumisen keskeiset

ongelmat liittyvät riittämättömiin resursseihin, tavoitteiden ja työnjaon epäselvyyteen, henkilökunnan vaihtuvuuteen sekä tietotaidon ja kokemuksen puutteeseen (DEHKO 2000-2010: 28).

”Diabeteshoitajien mukaan riittävien resurssien puute ja organisaation joustamattomat rakenteet estävät hoidonohjausta” ja ”ajanvarauspoliklinikan 20 minuutin aika potilasta kohti ei ole riittävä hoidonohjaukseen, jos tehdään perusteellisempia muutoksia”. Nämä nähtiin toimintaympäristön mahdollisuuksia estävinä tekijöinä hoidonohjauksessa. Ne olivat muodostamassa alakategoriaa riittämättömät resurssit. Maailman terveysjärjestö (WHO) keskittyy vuoden 2006 terveysraportissaan käsittelemään terveydenhuoltohenkilöstöön riittävyyttä, saatavuutta ja suunnittelua. Henkilöstövaje nähdään inhimillisten voimavarojen kriisinä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, jolla on merkittävä negatiivinen yhteys hoidon laatuun ja ihmisten terveyteen. (terveysportti 2009.) Johdon tuki ja johdon tuen puute ovat mahdollistamassa sekä heikentämässä toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvaa hoidonohjausta. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä voidaan edistää ja ehkäistä johtamisella. Hoitotyön johtajalla on keskeisin merkitys työyhteisön näyttöön perustuvan toiminnan sekä uuden hoitokulttuurin rakentamisesta. (Sarajärvi - Markkanen 2009: 16.)

Potilastyytyväisyystutkimusten mukaan riittämätön tiedonsaanti on terveydenhuollossa eräs runsaasti tyytymättömyyttä aiheuttava asia. Avainasemassa tiedon jakamisessa on potilasta hoitava sairaala, jossa tiedon tulee olla ajantasaista ja luotettavaa. Mikäli potilaat ja heidän omaisensa eivät saa riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sairaalalta, he todennäköisesti hakevat sitä muualta, kenties tieteellisesti vähemmän luotettavista lähteistä. (Mäkelä - Acshan 2003: 1.) Asiakkaan tarpeita ja toiveita hoidonohjauksesta ilmensivät alkuperäiset ilmaukset ”Tapaamiset oli koettu sisällöltään tyhjiksi, eikä jatkuvuutta ollut” sekä ”ammattitaito näkyy kykyinä kertoa asiakkaalle tämän sairauden vaiheista ja sen kehityksestä, mutta myös kykyinä ehdottaa perustellusti muutoksia hoitoon”. Diabeteshoitajien ammattitaitoa olisi syytä tutkia enemmän näyttöön perustuvuuden kannalta. Olisi selvitettävä, kuinka paljon diabeteshoitajat etsivät, käyttävät ja soveltavat uutta tutkittua tietoa työssään ja näin kehittävät omaa ammattitaitoaan.

Diabeteksen ammattitaitoisen hoidon ohella diabeetikon omahoidon oppiminen ja motivoituminen ovat hyvän hoitotasapainon ja täysipainoisen elämän edellytys. Tähän tarvitaan diabeetikon tarpeista lähtevää jatkuvaa hoidonohjausta ja ammattihenkilöiden kannustusta ja tukea. Asiakaskeskeisessä työtavassa diabeetikkoa rohkaistaan puhumaan niistä ongelmista, jotka ovat hänen mielestään olennaisia. Häntä kuunnellaan keskeyttämättä, ja haastattelussa käytetään pääasiassa avoimia kysymyksiä. (DEHKO 2000-2010: 28.) Tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen toimintatavasta yhteisesti sopimalla. Nykyaikainen laatuajattelu painottaa prosessilähtöistä ja asiakaskeskeistä lähestymistapaa sekä työntekijöiden aktiivista osallistumista oman työnsä jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen (DEHKO 2000-2010: 29.)

Diabeteshoitajien mukaan ”hoidonohjauksen suunnittelun lähtökohtana on pääsääntöisesti diabeetikon senhetkinen tarve” myöskin ”hoidonohjauksen tavoitteet tulisi asettaa yhdessä diabeetikon kanssa nykyistä useammin”. Nämä alkuperäiset ilmaukset olivat muodostamassa alakategoriaa asiakaslähtöisyys.

Diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista, yksilöllähtöistä ja yksilöllistä hoitoa. Hoidon keskeisin asia on, että diabeetikko itse oppii kaiken sen, mitä hän tarvitsee omahoidossa onnistumiseen. Hoitopaikkojen hoitohenkilökunnan ratkaisevan tärkeänä tehtävänä on varmistaa, että hänellä on käytettävissään nämä taidot ja tarvittavat välineet. Diabeteksen hoito edellyttää nykyisin sekä siihen liittyvien asioiden tiedostamista että paljon pitkäjänteistä työtä niin diabeetikolta itseltään kuin hänen hoitopaikaltaankin. Kyse on diabeteksen hoitoon ja terveyteen investoimisesta, jonka tuotto, pitkä ja terve elämä sekä vähentyneet terveydenhoitokustannukset, korjataan tulevina vuosina. Käsitys diabeetikon omasta osuudesta hoidossa on korostunut ratkaisevasti. Aikaisempi diabeetikon perin passiivinen rooli, jossa ”lääkäri määräsi ja potilas totteli” – useimmiten mitään asioista ymmärtämättä – on muuttunut täysin. Nykyisin ymmärretään ja tunnustetaan diabeetikon keskeisin asema hyvien hoitotulosten saavuttamisessa. Hoidon ohjaus ja oppiminen sekä hoitoon sopeutuminen ovatkin nousseet keskeiseen asemaan. (terveyskirjasto 2009.) Tieteellisen tiedon perusteella hoidonohjauksesta selvisi, että ”diabeteshoitajia

kannustetaan diabeteksen hoidossa holistiseen lähestymistapaan, joka sisältää asiakkaan tunteet, pelot ja huolet”, tämä käsitettiin alakategorialla holistisuus.

Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvassa tiedossa ”yhtenäisellä kirjaamiskäytännöllä oli tärkeä osuus hyvässä hoidonohjauksessa”, analyysi muodosti tästä alakategorian kirjaamiskäytäntöjen yhtenäisyys. Terveystieteiden toiminnassa tiedolla on keskeinen merkitys: tiedon käyttö, välittäminen ja tallettaminen ovat osa työtä. Hoitotyö perustuu tietoon ja sen vuoksi oikean ja tarpeellisen tiedon tulee viiveettä ja rajoituksetta olla ammattihenkilöstön käytettävissä. Rakenteisessa kertomuksessa hoito kirjataan ydintietojen perusteella, jotka on määritelty kansallisesti. Ydintiedot vastaavasti edellyttävät vakioituja luokituksia, nimikkeistöjä ja sanastoja, jotta tietoja voidaan hyödyntää ja siirtää tietojärjestelmissä. Systemaattisesti kirjatun hoitotiedon merkitys korostuu entisestään sähköisten potilasasiakirjojen käytössä, olennaisten tietojen haussa ja hoitotietojen hyödyntämisessä. Kriittinen ajattelu kehittyi hoitotyön ammatillisessa koulutuksessa ja sillä on merkittävä rooli käytännön hoitotyön toteutuksessa ja sen kirjaamisessa. Hoitaessaan potilaita hoitotyön henkilöstö tekee jatkuvasti eritasoisia päätöksiä määritellesään potilaan hoitotyön tarpeita, suunnitellessaan, toteuttaessaan ja arvioidessaan hoitoa. Hoitotyön prosessin dokumentoinnissa prosessin tarve- ja toimintoluokitukset edesauttavat kielen vakiointia, mutta eivät korvaa hoitotyön prosessia. Luokitellaan siis tietojen kirjausta – ei ajattelua. Vaikka prosessimalli on rakenteellisena ratkaisuna ollut siirrettävissä elektroniseen potilaskertomukseen, hoitajien käyttämä kieli ei ole ollut riittävän yksiselitteistä tietojärjestelmien tietokannoissa käytettäväksi. (Tanntu 2006: 1-2.)

Hoidonohjaus on olennainen osa hoitoa, ja se sisältyy kaikkiin ammatillisiin kontakteihin, joissa diabeetikko tavataan. Hoidonohjaus on jatkuvaa ja suunnitelmallista, ja se etenee ajankohtaisen tilanteen mukaan. Hyvä hoidonohjaus perustuu nykyaikaisiin oppimisen ja ohjaamisen periaatteisiin ja soveltaa eri kohderyhmille ja yksilöille sopivia menetelmiä ja lähestymistapoja. Tavoitteena on, että diabeetikosta tulee oman hoitonsa paras asiantuntija. Hoidonohjauksen laadun arviointi on osa jokaista ohjaustapaamista. Ohjauksen laatua arvioidaan avoimin kysymyksin ja seuraamalla tavoitteiden toteutumista. (DEHKO-raportti 2003: 3.) Asiantuntijat tutkimuksessa olivat kuitenkin kokeneet

”hoidon ohjauksen arvionnin vaikeaksi”, tämä muodosti alakategorian arvioinnin vaikeus.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Tutkimuksen sisällön luotettavuuden arvioinnissa tarkastellaan, kuinka pätevästi tutkimustekstissä kuvataan tutkittavia teemoja eli onko tutkittu sitä aihetta, mitä oli tarkoituskin ja vastaako tutkimustulos tutkittavaa ilmiötä (Vehkaperä 2003:50). Tutkimuksen luotettavuutta osoittaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, joka koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2004:217).

Tämän opinnäytetyön luotettavuuskriteerit perustuvat Lincoln & Guban (1989) näkemyksiin. Heidän mukaansa tutkijan on vastattava neljään kriteeriin. Näitä ovat: vahvistettavuus, siirrettävyys, pysyvyys sekä neutraalisuus. Vahvistettavuuden tarkoituksena on ilmaista tehtyjen ratkaisujen ja päättelyn oikeutus; ratkaisut esitetään niin seikkaperäisesti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. Tässä opinnäytetyössä analyysi pyrittiin kuvaamaan johdonmukaisesti ja yhtenäisesti. Lisäksi taulukot olivat helpottamassa prosessin seurattavuutta ja tekijöiden tekemiä ratkaisuja. Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä tutkimuskontekstin ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin. Opinnäytetyön tulokset on sovellettavissa useimpiin työelämän yksiköihin. Pysyvyys tarkoittaa, että kuinka voidaan olla varmoja siitä, että tulokset ovat samat, jos tutkimus toistettaisiin samoille tai samanlaisille yksilöille samoissa tai samanlaisissa tilanteissa. Molemmat tekijät osallistuivat kirjallisuuskatsauksen aineiston keruuseen, sisältöön perehtymiseen, kategorioiden muodostukseen, luokitusten tekemiseen sekä analysointiin ja pohdintaan. Prosessissa on kokoajan pidetty mielessä tutkimuskysymykset sekä Sarajärven Näyttöön perustuva hoitotyön alustava toimintamalli, joka muodosti yläkategoriat. Viimeinen kriteeri on neutraalisuus, joka määrittää, kuinka varmaa on, että tulokset ovat vastaajista, tilanteista ja konteksteista johtuvia eivätkä tutkijan motivaation, intressien ja perspektiivien

ohjaamia. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 136-137, Sarajärvi - Markkanen 2009: 54.) Laadullisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tutkijan lähtöoletusten ja taustan sekä tutkimusprosessin tarkka kuvaus muodostavat lukijan luotettavuuden arvoperustan. (Tuomi & Sarajärvi 2003: 135.) Opinnäytetyössä pyrittiin tarkastelemaan aineistoa sekä analysoimaan sitä objektiivisesti, ettei tekijöiden omat näkemykset ole muuttaneet tuloksia. Analyysia on tehty opinnäytetyön prosessin jokaisessa vaiheessa, mikä lisää luotettavuutta.

Luotettavuutta heikentäviä tekijöitä saattoivat olla tutkimusten määrä sekä lyhyt prosessointiaika. Lisäksi luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, ettei kaikkia tutkimuksia ollut saatavilla tai ne olivat maksullisia.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimusaineiston analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. (Leino-Kilpi, Välimäki 2004:292.) Tutkimustulosten paikkansa pitävyys tarkistetaan tutkimuksen jälkeen ennen julkistamista. Tutkijat ovat vastuussa julkaistusta tekstistä sekä tutkimuksen tulosten luotettavuudesta. Vastuu koskee myös julkaisun oikein käytettyihin viittauksiin ja sitaatteihin. (Mäkinen 2006:102, 123.) Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijällä itsellään ja tutkimusryhmän sekä tutkimusyksikön johtajalla (Tuomi - Sarajärvi 2009: 133).

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISHAASTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää edistäviä ja estäviä diabetesta sairastavan potilaan kohtaamisesta sekä näyttöä diabeteksen hoidonohjauksesta. Tutkimustulosten mukaan edistävät ja estävät tekijät ovat niitä asioita, jotka ovat läsnä diabeteshoitajan jokapäiväisessä työssä heidän kohdatessa diabeetikoita. Onnistuneen asiakaskohtaamisen tavoite on yhteistyö ja yhteinen päämäärä joka mahdollistaa asiakkaan hyvinvoinnin ja elämänhallinnan. Olennaista on

asiakkaan ja hoitajan aito kohtaaminen. Kohtaamisen edellytykset ovat riippuvaisia käytettävissä olevasta tutkimustiedosta, asiantuntijan kokemuksesta, toimintaympäristöstä sekä asiakkaan tarpeista ja toiveista.

Opinnäytetyön analyysin mukaan hoidonohjaukseen vaikuttavia tekijöitä on useita. Osa tekijöistä ovat ulkoisia, kuten resurssit ja hoitotyön johtajuus, osa sisäisiä, kuten hoitohenkilöstön ammattitaito, asiakaslähtöisyys sekä suunnitelmallisuus ja systemaattisuus.

Nimenomaan diabeteshoitajien näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöä, tietoja, taitoja ja asenteita ei ole tutkittu. Diabeteshoitajia on voinut olla kuitenkin mukana laajemmissa hoitotyöntekijöihin kohdistuneissa tutkimuksissa. Diabeteshoitajat ovat rakentamassa diabeetikoiden kanssa asiakkaiden arkea ja näin ollen olisi tärkeää, että heillä olisi käytössään viimeisin tutkittu tieto. Syytä olisi myös tutkia diabeteshoitajien kykyä ja taitoa siirtää tutkittua tietoa käytäntöön. Paljon on kiinnitetty huomiota diabeteksen ehkäisyyn, ja jo sairastuneiden näyttöön perustuva hoito diabeteshoitajien tekemänä on jäänyt vähemmälle huomiolle.

12 LÄHTEET

Ali-Raatikainen, P. 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. [http://intra.vsshp.fi/fi/dokumentit/10216/Tietolahde-japotilasohjaus tietolahteessa](http://intra.vsshp.fi/fi/dokumentit/10216/Tietolahde-japotilasohjaus_tietolahteessa). Luettu 9.3.2008.

Arminen, Susan - Kallakorpi, Susanna - Kotila, Jaana - Martin, Johanna - Nurminen, Marja - Rauta, Satu - Ritmala-Castren, Marita - Savolainen, Taija 2008. Kliininen asiantuntijuus organisaation menestystekijäksi – Mitä siihen tarvitaan? Verkkodokumentti. www.terveysportti.fi. Luettu 17.3.2008

Bertulis, Ros 2008. Barriers to accessing evidence-based information. OVID-tietokanta. Luettu 25.8.2008.

Blom, Marja - Hovi, Sirpa-Liisa - Kovanen, Niina - Isojärvi, Jaana 2007. Hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden ja tehon tutkiminen. IMPAKTI, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lehti. 6/2007. 4-6

Chan, Moon Fai - Yee, Amy Shun Wah - Leung, Elaine Lai Yee - Day, Mary Christine 2006. The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control. OVID-tietokanta. Luettu 3.3.2009.

DEHKO - Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. Suomen diabetesliitto ry.

DEHKO - Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. Tiivistelmä. Suomen diabetesliitto ry.

Dehkon 2D -hankkeen (D2D) loppuraportti 2009. Suomen Diabetesliitto ja Kansanterveyslaitos.

DEHKO-raportti 2003:3. Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit Suomen DESG ry:n laatukriteerityöryhmä. Verkkodokumentti. http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=81. Luettu 6.3.2008.

Eriksson, K. 1992. Broar. Introduktion till vårdvetenskaplig metod. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Academi. Vaasa.

Haapakoski, Arja 2002. Suuren ja pienen tarinan välissä – uusien asiantuntijaryhmien ammatillisen tiedon rakentuminen. Teoksessa: Pirttilä, Ilkka – Eriksson, Susan (toim.): Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Sophi 66. 105-117.

Halonen, Anne - Kinnunen, Aino 2005. Laadunkehittäminen: kokemuksia diabeetikoiden hoidonohjauksen laadunkehittämisestä. 2/2005. Diabetes ja lääkäri. 58-60. Suomen Diabetesliitto.

Hiltunen, Liisa 2006. Diabetes ja lääkäri. Suomen diabetesliitto. vol.35 no 6/2006. 5.

Hirsjärvi, S. - Remes, P. - Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, Eila - Salminen, Eeva-Maija 2006. Onko hoitoa tutkittu vai onko se organisaation käytäntö? Näyttöön perustuva toiminta työterveydenhuollossa. Työterveyshoitaja nro 4. Suomen työterveyshuollonliitto.

Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja (toim) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Judin, Jaana - Kauppila, Marjo - Leinonen, Tuija - Mård, Pia-Maria - Vähätalo, Mervi 2008. Kliininen asiantuntija terveydenhuollon organisaatiossa. Verkkodokumentti. www.terveysportti.fi. Luettu 17.3.2009.

Kanste O. - Lipponen K. - Kyngäs H. - Ukkola L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. Tutkiva Hoitotyö 2007/5 (3), 30.

Kassara H. - Paloposki S. - Holmia S. - Murtonen I. - Lipponen V. - Ketola M-L. - Hietanen H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka – Kiikkala, Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.

Kylmä, Jari - Pelkonen, Marjaana - Hakulinen, Tuovi 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. Hoitotiede vol 16 no 6/-04. 250-256. Suomen diabetesliitto.

Kyngäs H.- Kääriäinen M. - Poskiparta M. - Johansson K. - Hirvonen E. - Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol 11, no 1/-99. 3-11.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimus tiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1). 37-39.

Lauri, Sirkka (toim.) 2003: Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H. - Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

McKenna, Hugh - Ashton, Sue - Keeney, Sinead 2004. Barriers to evidence-based practice in primary care. OVID-tietokanta. Luettu 12.12.2008.

Munroe, Donna - Duffy, Pamela - Fisher, Cheryl 2008. Nurse knowledge, skills and attitudes related to evidence-based practice: Before and after organizational supports. OVID-tietokanta. Luettu 13.11.2008.

Mustajoki, M - Maanselkä, S - Alila, A - Rasimus, M 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mäkelä, Laura - Achan, Hanna 2003. Jorvin sairaalan potilasoppimiskeskus-projekti. Loppuraportti. HYKS.

Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Helsinki Tammi. Hiltunen, Liisa 2006: Uusia ratkaisumalleja.

Niemi, Marja - Winell, Klas 2005. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.Helsinki: Stakes raportteja 8/2005.

Niiniluoto, I. 1984. Tieteellinen päättely ja selittäminen. Otava, Keuruu.

Niiniluoto, I. 1984. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Otava, Helsinki.

Nikkanen, Paula - Härmä-Rodroquez, Sari 2009. Diabeteshoitaja-nimike otti askeleen virallisempaan suuntaan. Diabetes ja lääkäri. 1/2009. 38-40.

Nyyssön-Jaser, Sirpa 2006. Diabeetikko asiakkaana silmätautien klinikassa. Kokemuksia diabeetikoiden hoidosta ja hoitotyn mahdollisuuksista. Silmähoitaja. Nro 4, joulukuu 2006. Suomen silmähoitajat ry.

Oranta, Olli - Routasalo, Pirkko - Hupli, Maija 2002. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. OVID-tietokanta. Luettu 25.9.2008.

Partanen, Tuula-Maria 2003. Diabeetikoiden hoitotyytyväisyys Suomessa. DEHKO-raportti 2003:4.

Rekola, Leena 2003. Ammattikorkeakoulussa terveydenhuollon koulutuksessa toimivien opettajien tieteellisen tiedon hallintataidot. Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Helsinki.

Rissanen, Marja-Anneli 2006. Tiedonsiirrosta vuorovaikutukselliseen ohjaamiseen. Tyypin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana. Diabetes ja lääkäri. 4/2006. 35-37.

Sarajärvi, Anneli - Markkanen, Päivi 2007. NÄPE - Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosaston ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia kehittämisprojekti. Projektin väliraportti 2007. Helsinki.

Sarajärvi, Anneli 2008. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen alustava toimintamalli. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Sarajärvi, Anneli - Markkanen, Päivi 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Kehittämisprojektin alkukartoituksen tulokset ja toimintamallin muodostamisprosessi. Helsingin kaupungin terveyskeskus sarja raportit.

Tanttu, Kaarina 2006. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2007. Hoitohenkilöstölle uusi kirjaamistapa. tietohallinto. Verkkodokumentti. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>. Luettu 30.3.2009.

Torkkola, S. - Heikkinen H. - Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tuomi, J - Sarajärvi, A 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. - Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vehkaperä, Meri 2003. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta. Internet versio. Verkkodokumentti. http://www.jyu.fi/economics/ecampus/documents/vehkapera_laadullinen. Luettu 13.11.2008.

Verkkodokumentti. <http://www.diabetes.fi/diabtiet/hoitsuos/tyyppi1/luku3.html>. Luettu 30.3.2009.

Verkkodokumentti. www.prowellness.com/fi/?s=3&id=6. Luettu 26.3.2009.

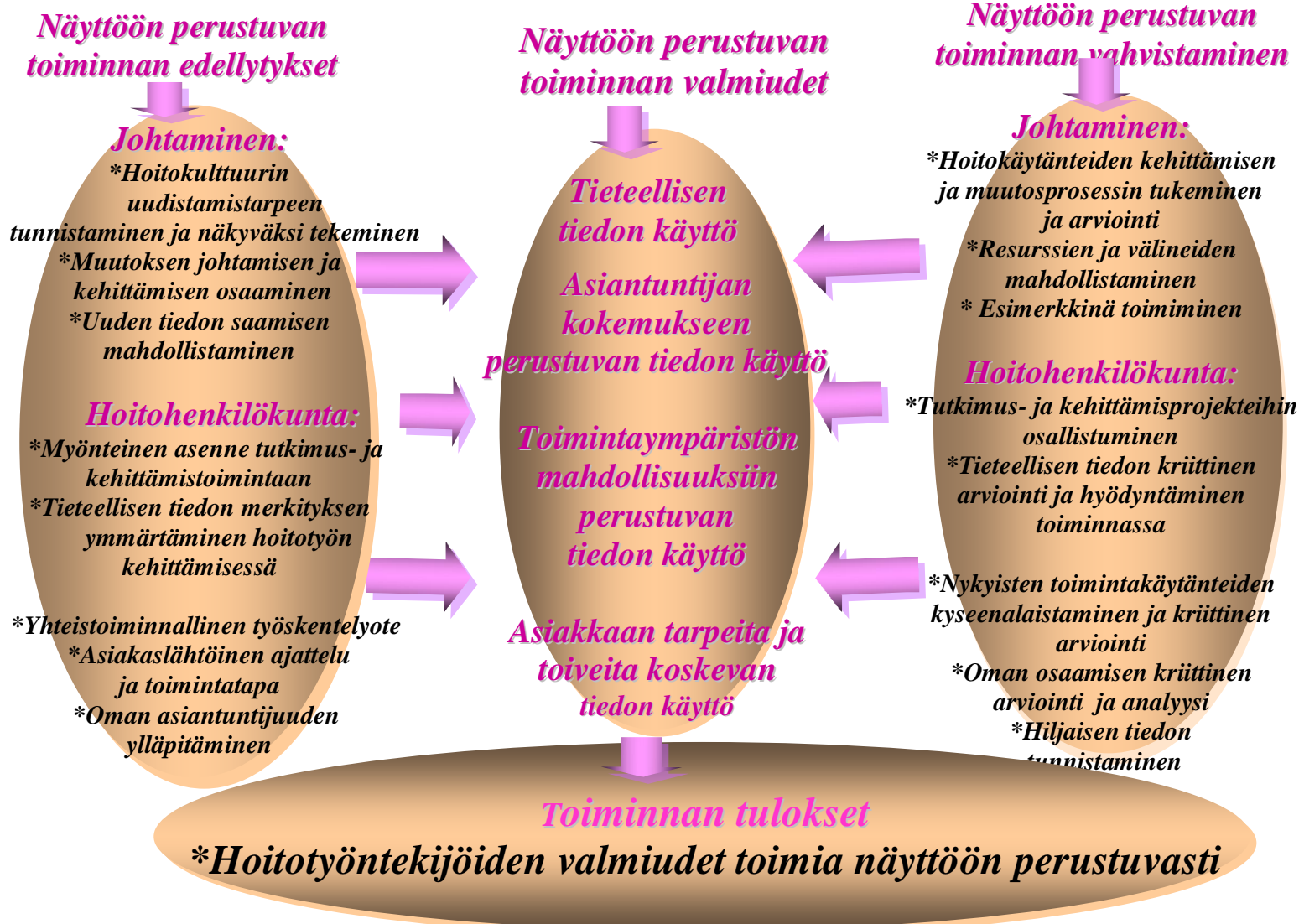
Verkkodokumentti.

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=sle0000
8. Luettu 25.3.2009.

Verkkodokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00102. Luettu
30.3.2009.

Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen alustava toimintamalli



TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos), aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
<p>Rissanen, Marja-Anneli 2006, Suomi</p> <p>Tiedonsiirrosta vuorovaikutuksellisen ohjaamiseen - tyyppin 1 diabeetikon hoidonohjaus diabeteshoitajien kuvaamana</p>	<p>Kuvata tyyppin 1 diabeetikoiden hoidonohjauksen nykykäytäntöjä erikoissairaanhoidon diabetespoliklinikassa diabeteshoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Suomen jokaisesta sairaanhoitopiiristä, viidestä yliopistollisesta ja viidestätoista keskussairaalaasta yksi diabetespoliklinikassa työskentelevä diabeteshoitaja (n=20). Aineisto kerätty haastattelemalla ja analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä</p>	<p>Tärkeimmät hoidonohjauksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät ovat diabeteshoitajan asiantuntemus, hoitotyön johdon tuki, selkeä työnjako lääkäriin kanssa ja poliklinikkatoiminnan joustavuus.</p>
<p>Mäkeläinen, Tiina 2007, Suomi</p> <p>Hyvä hoito vahvistaa toivoa</p>	<p>Kuvata diabetesta sairastavien aikuisten toivoa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä heidän näkökulmasta.</p>	<p>Kahdesta sairaanhoitopiiristä kuusi vapaaehtoista aikuista (haastattelukertoja 12) teemahaastattelu, analyysitapaa ei mainittu</p>	<p>Toivoa lisääviä tekijöitä olivat pysyvä ja hyvä hoitosuhde diabeteslääkäriin ja hoitajapariin. Diabeteshoitajakontaktin puuttuminen haastateltavilta oli yllättävä ja merkittävä tulos.</p>
<p>Hörnsten, Å - Lundman, B - Almberg, A - Sandström, H 2008, Ruotsi</p> <p>Nurses' experiences of conflicting encounters in diabetes care</p>	<p>Kuvata hoitajien kokemuksia ristiriitaisissa tilanteissa potilaiden kanssa diabeteksen hoidossa.</p>	<p>Yliopistolliselta diabeteskurssilta, 17:sta naishoitajalta, ryhmähaastatteluina, laadullisella sisällönanalyysillä</p>	<p>Hoitajat kokivat turhautumista ristiriitaisissa tilanteissa potilaiden kanssa, jotka eivät ole hoitomyönteisiä tai, jotka kyseenalaistavat heidän asiantuntemuksensa.</p>
<p>Halkoaho, A - Kavilo, M - Pietilä, A-M 2006 Suomi</p>	<p>Pilottitutkimus tutki itsehoito-ohjelman mahdollisuutta tukea diabeeteista sairastavia ja heidän ohjaustaan.</p>	<p>Silijärven ja Maaninkan kunnalisterveydenhuollossa, yhdeksää diabeetikkoa kyselykaavakkeella ja</p>	<p>Itsehoito-ohjelma tukee ja motivoi diabeteksen omahoitoa. Hoitajat kokivat, että</p>

<p>Information technology supporting diabetes self-care: a pilot study</p>		<p>kolmea diabeteshoitajaa haastatteleamalla. Analysoitu sisällönanalyysilla</p>	<p>sovellus oli käyttökelpoinen, hoidollisissa muutoksissa kuten insuliinihoidon aloittaminen. Potilaat sekä hoitajat eivät pitäneet hoidon luonteen mekaanisuudesta.</p>
<p>Hjelm, Katarina - Mufunda, Esther - Nambozi, Grace - Kemp, Joan 2003 Ruotsi, Zimbabwe, Uganda</p> <p>Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tuoda tietoisuutta hoitajien, hoitotyön opettajien, sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa maailmanlaajuisesta diabetes epidemiasta, sen moninkertaisista syistä ja keinoista taistella sitä vastaan. Tulevaisuudessa tavoite on keskustella sairaanhoitajien opintojen sisällöstä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, haut tehtiin CINAHL ja MEDLINE tietokannoista, vuosilta 1985–2001. Analyysitapaa ei mainittu.</p>	<p>II-typin diabeteksen kehitys on liitetty sellaisiin tekijöihin kuten yhteiskunnalliseen kehitykseen ja sen mahdollisuuksiin ehkäistä sairautta. Erilaisia mittauksia voidaan tehdä tarkastellessa sairaanhoitajien koulutuksen tasoa. Sairanhoitajilla ympäri maailmaa on tärkeä rooli taistellassa diabetespandemiaa vastaan.</p>
<p>Chan, Moon Fai Yee, Amy Shun Wah Leung, Elaine Lai Yee Day, Mary Christine 2006, Kiina</p> <p>The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control</p>	<p>Määrittää diabetesklinikan hoitajien tehokkuutta puuttua II-typin diabetesta sairastavien vanhusten huonoon verensokeritasoon</p>	<p>Näennäis-kokemuksellisen mallin ensi- ja seurantatutkimus. Tutkimus on tehty Hong Kongin kunnallisessa akuuttisairaalassa. Tutkimukseen hyväksyttiin 150 vanhusta.</p>	<p>Klinikan hoitajien puuttuminen oli tehokasta konsultoinnissa ja ohjauksessa II-typin diabeteksen hoidossa. Vanhusten HbA1c arvo ja systolinen verenpaine arvot paranivat.</p>

<p>Phillips, Anne 2007, Englanti</p> <p>Starting patients on insulin therapy: diabetes nurse specialist views</p>	<p>Tutkia diabeteshoitajien kokemuksia ja näkemyksiä II-tyyppin diabeetikoiden insuliinihoidon aloituksen suostuttelussa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin yksilöhaastatteluin neljälle eri kokemustason diabeteshoitajalle, jotka olivat töissä primaari- tai jatkohoidossa. Analysoitiin laadullisella sisällönanalyysilla.</p>	<p>Löydettiin vain vähän vaihtelua hoitajien kokemuksissa ja näkemyksissä insuliinihoidon aloituksen suostuttelussa. Lisääntyvän insuliinihoitoa tarvitsevien määrän takia tarvittaisiin lisää diabeteshoitajia. Diabeteshoitajat voisivat jakaa muille hoitajille tietoa diabeetikoiden ohjauksesta ja tukea heitä.</p>
<p>Due-Christensen, M - Borrild L - Larsen, K 2005, Tanska</p> <p>Perception and integration of people living with type 1 diabetes - an empirical study</p>	<p>Tutkia I-tyyppin aikuisdiabeetikoiden näkemyksiä, jotka ovat parantaneet diabeteksen kontrolliarvoja hyväksyvämällä sairautensa ja lisäämällä tietoa siitä, sekä sosiaalisen tuen että hoitajasuhteen avulla.</p>	<p>Laadullinen retrospektiivinen tutkimus. Potilaat valittu sattumanvaraisesti laboratorionäytteiden perusteella. Tutkimukseen valittiin 10 henkilöä, jotka parantaneet HbA1c arvoa. Analysoitu sisällönanalyysilla.</p>	<p>Diabeteksen hyväksyminen sairautena on koko elämän kestävä prosessi. Potilaan täytyy oppia sisäistämään sairaus fyysisesti, sosiaalisesti ja henkisesti.</p>
<p>Aylen, T - Watson, L - Audehm, R 2005, Australia</p> <p>Nurse specialits co-managing diabetes within general practice</p>	<p>Lisätä vähemmistöryhmien, kuten maahanmuuttajien, köyhien ja iäkkäiden pääsyä diabeteshoitajien palveluihin sekä ehkäistä diabeteksen komplikaatioiden hoitoa sairaalassa, parantaen diabeetikoiden hoitoa, kannustaen itsehoitoon sekä</p>	<p>Määrällinen tutkimus, josta tehty tilastoanalyysi. Potilaita osallistui 1279, joilla oli HbA1C-arvo $\geq 9\%$, suuri riski jalka- tai sydäntauteihin, microalbuminuria tai yli viisitoista vuotta sairastaneita</p>	<p>Sairaalakäynnit vähenivät huomattavasti, ambulanssi soitettiin harvemmin sekä HbA1c- ja rasva-arvot paranivat.</p>

	opettaen ja tukien heitä. Asiakkaat saivat palvelua 24h puhelimitse, kotikäyntejä, tulkkipalveluja. Palvelu ollut maksuton.		
--	---	--	--