

Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus

PIIA KURIKKALA

TtM, TtT-opiskelija
Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos

MARIA KÄÄRIÄINEN

TtT, professori (ma.)
Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos
Medical Research Centre
Oulun yliopistollinen sairaala

HELVI KYNGÄS

THT, professori
Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos
Medical Research Centre
Oulun yliopistollinen sairaala

SATU ELO

TtT, dosentti, yliopistonlehtori
Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos
Medical Research Centre

TIIVISTELMÄ

Integroidun kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutettuja interventioita ja niiden vaikutuksia pitkäaikaisesti sairaisiin ikääntyneisiin. Aineisto kerättiin Medline-, Cinahl- ja Medic tietokannoista sekä manuaalisella haulla vuosilta 2003–2013. Artikkeleiden valinta- ja laadunarviointiprosessin jälkeen aineisto (n=9) analysoitiin kuvailevalla synteesillä.

Ikääntyneiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot voidaan jakaa yksilö- ja ryhmäohjausinterventioihin ja teknologiapainotteisiin ohjausinterventioihin. Yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot perustuivat ikääntyneen henkilökohtaiseen ohjaukseen. Menetelminä käytettiin motivoivaa haastattelua, vertaisohjattuja ryhmäkeskusteluja ja kuntoutusohjelmaa. Teknologiapainotteiset ohjausinterventiot sisälsivät ohjauksen lisäksi puhelinseurannan, tietokoneohjelman tai internetyhteyden.

Yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot vaikuttivat myönteisesti ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuminen edisti ikääntyneen elämänlaatua, tietoa sairaudesta, minäpystyvyyt-

ABSTRACT

Interventions designed to promote adherence and their effects in elderly – integrative review.

*Piia Kurikkala, MNSc, PhD-student
Maria Kääriäinen, PhD, professor (acting)
Helvi Kyngäs, PhD, professor
Satu Elo, PhD, adjunct professor, senior university lecturer*

Purpose of this integrative review was to describe the interventions designed to promote adherence and their effects for chronically ill elderly people. The data was collected from Medline-, Cinahl- and Medic database and manually from years 2003–2013. After selected the studies and assessed the quality of studies, the data analyzed by using narrative synthesis.

Interventions designed to promote adherence in elderly can be divided into individual and group counseling interventions and technology-oriented counseling interventions. Individual and group counseling interventions were based on the elderly personal counseling. The methods used to motivational interviewing, a peerled support group and exercise-oriented rehabilitation program. Technology-oriented counseling interventions included in addition to counseling also telephone follow-up, computer program or tele-guidance.

tä, muutoshalukkuutta, henkilökohtaisia voimavaroja, fyysisistä kuntoa ja verensokeriarvoja.

Ikääntyneen hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot sekä teknologiapainotteiset ohjausinterventiot ovat vaikuttavia ja niillä voidaan edistää ikääntyneen hoitoon sitoutumista sekä parantaa hoidon tuloksia.

Avainsanat: ikääntyneet, hoitoon sitoutuminen, järjestelmällinen katsaus

Individual and group counseling interventions and technology-oriented counseling interventions had a positive impact to adherence in elderly. Adherence improved quality of life, knowledge, self-efficacy, transformational change, personal resources, physical health and blood sugar in elderly.

Individual and group counseling interventions and technology-oriented counseling interventions designed to promote adherence in elderly are effective and they can improve adherence in elderly and also enhance the results in treatment.

Keywords: elderly, patient adherence, review, systematic

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Ikääntyneiden hoitoon sitoutuminen vaihtelee eri tutkimuksien mukaan.
- Parhaiten ikääntyneet sitoutuvat lääkehoitoon ja sitoutuminen dieettiin, harjoituksiin ja painon seurantaan on selvästi huonompaa.
- Ikääntyneiden hoitoon sitoutumista sekä hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutettuja interventioita on tutkittu vähän.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuo?

- Ikääntyneen hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot sekä teknologiapainotteiset ohjausinterventiot ovat vaikuttavia.
- Interventioilla voidaan saavuttaa pitkäkestoisia muutoksia ikääntyneen elintavoissa.
- Ohjauksen avulla voidaan vaikuttaa ikääntyneen tietoon ja uskomuksiin ja edistää hoitoon sitoutumista.
- Teknologian hyödyntäminen ikääntyneen ohjauksen tukena on suositeltavaa.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Löytämällä ja käyttöönottamalla vaikuttavat interventiot, voidaan entistä paremmin lisätä ikääntyneiden hoitoon sitoutumista.
- Tuloksia voidaan hyödyntää hoitoon sitoutumista tukevien intervention kehittämisessä ja soveltamisessa ikääntyneiden kotona asumisen tukemiseksi.
- Tulosten perusteella ikääntyneen ohjauksen merkitystä hoitoon sitoutumisen edistämässä tulee korostaa hoitotyön perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Tutkimuksen lähtökohdat

Huono hoitoon sitoutuminen on maailmalaajuinen ongelma, jonka vaikutus kasvaa kroonisten sairauksien lisääntyessä (WHO 2003, Alhewiti 2014). 75-vuotta täytäneistä noin 70 % sairastaa jotain pitkäaikaissairautta (Davies 2010, Koskinen ym.

2012) ja ainoastaan noin puolet hoitaa sairauttaan sovitulla tavalla ohjeiden mukaisesti (Doggrell 2010, Kääriäinen ym. 2012, Alhewiti 2014). Hoidon onnistumisessa on ratkaisevaa, kuinka asiakas itse hoitaa omaa terveyttään ja onnistuu ennaltaehkäisemään sairauksien syntymistä. Pitkäaikaissairauksien hoidon laiminlyönti heikentää huomattavasti

tavasti hoidon tehoa ja lisää asiakkaan sairauteen liittyviä riskejä. (Lunnela ym. 2011, Kääriäinen ym. 2012.)

Hoitoon sitoutumista on ilmiönä tutkittu paljon ja käsitettä on määritelty runsaasti (Kyngäs ym. 2000, Haynes 2004, Desroches ym. 2013). Tässä tutkimuksessa hoitoon sitoutuminen määritellään asiakkaan vastuulliseksi, tavoitteiseksi ja aktiiviseksi itsensä hoitamiseksi terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Kyngäs & Hentinen 1997, Haynes 2004, Desroches ym. 2013).

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa ympäristöstä saatu sosiaalinen tuki (Sayers ym. 2008, Van der Wal & Jaarsma 2008, Lunnela ym. 2009, Pentecost & Taket 2011, Kääriäinen ym. 2012). Puolisoin, lasten, vanhempien tai muiden lähiomaisten kannustus ja tuki edistävät hoitoon sitoutumista (Sayers ym. 2008, Van der Wal & Jaarsma 2008, Kåringen ym. 2011, Pentecost & Taket 2011) ja vaikuttavat myönteisesti omahoitoon parantamalla lääkehoitoon, dieettiin ja painon seurantaan sitoutumista (Sayers ym. 2008). Hyvin hoitoonsa sitoutuneet saavat tutkimuksien mukaan ohjausta ja tukea terveydenhuoltohenkilöstöltä ja läheisiltään (Lunnela ym. 2009, Pentecost & Taket 2011, Kääriäinen ym. 2012). Yksin asuvilla ikääntyneillä sosiaalinen tuki on vähäistä ja riski heikkoon hoitoon sitoutumiseen on suuri (Artinian ym. 2002). Puolisoiden sosiaalinen tuki on merkittävä (Sayers ym. 2008).

Hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä edistää hoitoon sitoutumista (Schutzer & Graves 2004, van der Wal & Jaarsma 2008, Kääriäinen ym. 2012). Lääkärin merkitys ikääntyneen käyttäytymismuutokseen on ratkaiseva, sillä ikääntynyt asiakas arvostaa lääkäriä ja hän käy toistuvasti lääkärin vastaanotolla (Schutzer & Graves 2004). Ikääntyneen ohjaukseen on varattava tarpeeksi aikaa. Suositeltavaa on, että sama koulutettu terveydenhuollon asiantuntija toimisi ohjaajana koko ohjausprosessin ajan. (van der Wal & Jaarsma 2008.)

Sairauteen liittyvän tiedon puute sekä epäluottamus hoidon vaikutuksiin saattavat aiheuttaa väärinkäsityksiä ja vaikuttaa kiel-

teisesti hoitoon sitoutumiseen (Schutzer & Graves 2004, Gustafsson ym. 2005, Strömberg 2006, van der Wal ym. 2006). Minäpystyvyydellä tarkoitetaan ikääntyneen tunteuksia ja ajatuksia hänen omasta pystyvyydestä suoritua annetusta tehtävästä. Jos ikääntynyt kokee, että annettu tehtävä ylittää hänen voimavarat, hän todennäköisesti vetäytyy tilanteesta. (Buchmann 1997.) Ikääntyneille elintapojen muuttaminen ja monimutkaisiin hoito-ohjeisiin perehtyminen voi olla vaikeaa (Gustafsson ym. 2005). Elintapoihin liittyvät muutokset voivat aiheuttaa myös muita ongelmia. Omahoito-ohjeita tulee harjoitella ja erityisen tärkeää on selvittää ikääntyneelle, kuinka toimia kun sairauden oireet pahenevat tai mittaustulokset heikkenevät. (van der Wal & Jaarsma 2008.)

Hoitoon sitoutumista edistää, mikäli ikääntynyt kokee hoito-ohjeet merkityksellisinä ja uskoo niiden vaikuttavan omaan terveyteensä myönteisesti (Gustafsson ym. 2005, Strömberg 2006). Kuntoutusohjelmaan sitoutunut ikääntynyt ottaa itse vastuun omasta terveydentilastaan ja on tietoinen omasta roolistaan kuntoutusprosessissa. Hän kokee pystyvänsä itse tekemään kuntoutusohjelmaan liittyvät päätökset. (Kåringen ym. 2011.) Oma terveys ja hyvinvointi koetaan tärkeäksi (Gustafsson ym. 2005, Kåringen ym. 2011).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutettuja interventioita ja niiden vaikutuksia pitkäaikaisesti sairaisiin ikääntyneisiin. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa ikääntyneiden hoitoon sitoutumisesta sekä tunnistaa vaikuttavat interventiot hoitotyön kehittämiseksi. Tutkimuksessa haettiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia interventioita on toteutettu pitkäaikaisesti sairaiden ikääntyneiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi?
2. Millaisia vaikutuksia interventioilla on pitkäaikaisesti sairaiden ikääntyneiden hoitoon sitoutumiseen?

3. Mitä muita vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen kohdistuneilla interventioilla on ollut pitkäaikaisesti sairaille ikään-tyneille?

Aineisto ja menetelmät

Aineiston haku ja valinta

Integroidun katsauksen aineisto hankittiin kansainvälisistä Medline ja Cinahl tietokannoista sekä kotimaisesta Medic tietokannasta syksyllä 2013. Tietokantahaun suoritti kaksi tutkijaa sekä kirjaston informaattikko. Tiedonhaku täydennettiin manuaalisella haulla katsaukseen valittujen artikkeleiden sisällysluetteloihin sekä erillisiin julkaisuihin kattavan tiedonhaun varmistamiseksi. (Conn ym. 2003.) Kansainvälisissä tietokannoissa hakusanoina käytettiin tutkittavaan ilmiöön sopivia MeSH-termejä, joita täydennettiin vapaasanahauulla abstrakteihin. Kotimaisessa tietokannassa tiedonhaku toteutettiin vapaasanahauulla. Hakusanojen valinnassa oli mukana neljä eri tutkijaa sekä kirjaston informaattikko. Käytetyt hakusanat MeSH hauissa olivat ”patient compliance” or ”patient adherence” and ”chronic disease” ja vapaasanahauissa ”long term disease” or ”chronic condition” or ”chronic illness”. Medic hakusanayhdistelminä käy-

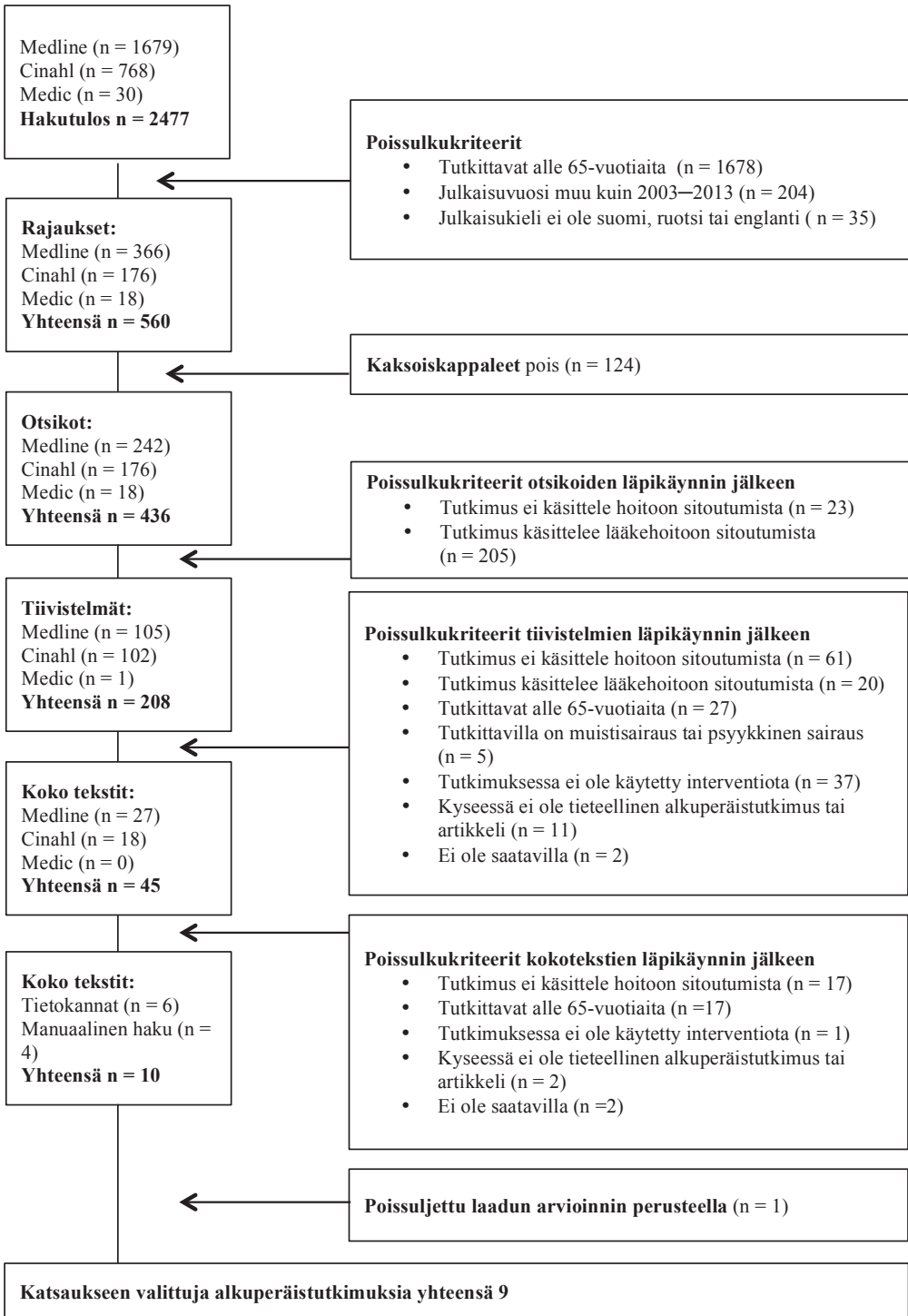
tettiin hoitomyönt* tai hoitokuuliai* tai ohjeiden noudat* tai hoitoon sitout* ja ikäänt* tai ikäihmis* tai vanh* tai yli 65-vuot*.

Tiedonhaku rajattiin koskemaan yli 65-vuotiaita henkilöitä, vuosina 2003–2013 sekä suomen, ruotsin ja englannin kielellä julkaistuja artikkeleita. 65 vuotta otettiin ikärajaksi, koska alustavien hakujen perusteella tiedettiin alkuperäistutkimuksia olevan niukasti saatavilla. Haku rajattiin kymmenen vuoden ajalle, koska hoitotieteellinen vaikutavuustutkimus on yleistynyt ja terveysteknologia kehittynyt tuona ajankohtana. Pitkäaikaissairauksista tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin muistisairaudet ja psyykkiset sairaudet, koska niiden vaikutukset ikääntyneen kognitiiviseen ja psyykkiseen toimintakykyyn asettavat erityiskysymyksiä hoitoon sitoutumiselle. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutuminen, koska siitä on useampi kirjallisuuskatsaus saatavilla (Williams ym. 2008, Doggrell 2010). Tarkemmat sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Tiedonhaku tuotti 560 artikkelia ja kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen 436 artikkelia. Artikkelit valittiin otsikoiden, tiivistelmien ja kokotekstin perusteella sisäänottokriteerien mukaisesti. Lopulliseen tarkasteluun valikoitui kuusi artikkelia. Lisäksi neljä artikkelia valikoitui mukaan manuaalisen haun kautta. (Kuvio 1.)

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> Tutkimuksen kohteena on potilaan hoitoon sitoutuminen. Tutkimuksen kohteena on ikääntyneet tai suurin osa tutkittavista on yli 65-vuotiaita. Tutkimuksen kohteena olevilla ikääntyneillä on yksi tai useampia pitkäaikaisia sairauksia. Tutkimuksessa on käytetty interventiota. Julkaisu on tieteellinen alkuperäistutkimus tai siitä on tehty artikkeli. Julkaisu vuosi 2003–2013. Julkaisukieli on suomi, ruotsi tai englanti. Alkuperäistutkimus on saatavissa Oulun yliopiston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta. 	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimuksen kohteena ei ole potilaan hoitoon sitoutuminen. Tutkimuksen kohteena on lääkehoitoon sitoutuminen. Tutkimuksen kohteena olevat henkilöt ovat alle 65-vuotiaita. Tutkimuksen kohteena olevilla ikääntyneillä on muistisairaus tai jokin psyykinen sairaus. Tutkimuksen kohteena olevilla ikääntyneillä ei ole pitkäaikaissairautta. Tutkimuksessa ei ole käytetty interventiota. Kyseessä ei ole tieteellinen alkuperäistutkimus tai siitä tehty artikkeli. Julkaisu vuosi muu kuin 2003–2013. Julkaisukieli ei ole suomi, ruotsi tai englanti. Alkuperäistutkimus ei ole saatavilla Oulun yliopiston kirjaston tietokannoista eikä tilattavissa kaukopalvelun kautta.



Kuvio 1. Aineiston valinta.

Aineiston laadun arviointi

Seuraava vaihe systemaattisen katsauksen etenemisessä on laadunarviointi. Artikkeleiden laatu arvioitiin kahden riippumattoman tutkijan toimesta (Petticrew 2001, Whitemore & Knalf 2005, CRD 2009, Polit & Beck 2012). Systemaattisen harhan välttämiseksi tutkimuksessa käytettiin valmiita JBI laadun arviointikriteereitä kokeelliselle ja kuvailevalle tutkimukselle (Glasziou 2001, JBI 2011). Laadun arvioinnissa kiinnitettiin JBI kriteerien mukaisesti huomiota tutkimuksen yleisimpiin harhoihin koskien satunnaistamista, sokkouttamista, interventiota (ryhmien vertailtavuus, ohjeistus, kesto), tulosten arviointia sekä tulosten raportointia (Higgins & Green 2011, JBI 2011). Mixed method tutkimuksien määrällinen ja laadullinen osio pisteytettiin ja lisäksi huomioitiin näiden kahden tutkimustyyppin pohjalta tehtyjen metatulkintojen luotettavuus (Teddlie & Tashakkori 2009). Mixed method tutkimukset arvioitiin soveltaen kokeellisen tutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen kriteerejä (Flinkman & Salanterä 2007). Jokainen tutkimus pisteytettiin ja tutkimukseen hyväksyttiin artikkelit, joiden pistemäärä oli ≥ 50 % kokonaispistemäärästä. Laadunarvioinnin perusteella yksi tutkimuksista hylättiin alhaisten laadunarviointipisteiden vuoksi. Lopulliseen aineistoon jäi yhdeksän tutkimusta, joiden laadunarviointipisteet vaihtelivat 5–9 pisteen välillä (taulukko 2).

Aineiston analyysi

Alkuperäistutkimuksien heterogeenisyyden vuoksi aineiston analyysi toteutettiin kuvailevalla synteisillä (Petticrew 2001, Whitemore & Knalf 2005, Polit & Beck 2012). Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla alkuperäiset artikkelit useaan kertaan tutkimusaineiston kokonaiskuvan muodostamiseksi (Polit & Beck 2012). Analyysia jatkettiin alkuperäistutkimuksien yksittäisellä tarkastelulla taulukoimalla tutkimukset tekijän, maan, tutkimusvuoden, tarkoituksen, tutkimusasetelman, aineiston, intervention ja tuloksien osalta (Whitemore & Knalf

2005, Polit & Beck 2012). Alkuperäistutkimukset on esitetty taulukossa 2.

Aineiston analyysi jatkui etsimällä alkuperäisten artikkeleiden tekstistä merkitykselliset kohdat tutkimuskysymyksen mukaisesti. Tulokset kirjoitettiin ylös aineiston hahmottamiseksi. Tekstin tiivistämisen ja koodaamisen jälkeen aineistoa vertailtiin ja aineistosta pyrittiin löytämään yleisiä vaihteluja, samankaltaisuuksia ja asioiden välisiä yhteyksiä. (Beyea & Nicoll 1998, Whitemore & Knalf 2005, Kääriäinen & Lahtinen 2006.) Epäselvissä tapauksissa palattiin alkuperäiseen aineistoon. Analyysin edetessä aineistosta muodostui interventioiden osalta kaksi pääluokkaa, jotka nimettiin sisällön mukaisesti ohjaus- ja teknologiainterventiot.

Tulokset

Pitkäaikaisesti sairaiden ikääntyneiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot

Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot voidaan jakaa niiden sisällön ja menetelmien osalta yksilö- ja ryhmäohjausinterventioihin sekä teknologiapainotteisiin ohjausinterventioihin. Yksilö- ja ryhmäohjausinterventioissa hoitoon sitoutumisen edistäminen perustui ikääntyneen ja ohjaajan henkilökohtaisiin tapaamisiin, jotka sisälsivät ikääntyneen yksilö- tai ryhmäohjauksen. Teknologiapainotteisissa ohjausinterventioissa käytettiin jotakin teknologiaratkaisua yksilö- tai ryhmäohjauksen rinnalla. Yksilö- ja ryhmäohjausinterventioiden kesto vaihteli kuudesta viikosta (Mailoux ym. 2006) kymmeneen viikkoon (Haltiwanger & Brutus 2012) ja teknologiapainotteisten ohjausinterventioiden 6 kuukaudesta (Strömberg ym. 2006) 24 kuukauteen (Trief ym. 2009).

Toteutetut yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot

Yksilöohjauksessa käytetyt menetelmät olivat motivoiva haastattelu (Brodie & Inoue 2005, Brodie ym. 2008) ja yksilöllili-

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruu ja kohderyhmä	Intervention sisältö ja keskeiset tulokset	Laatu / JBI
1. Balk ym. 2008 Hollanti	Arvioida MOTIVA järjestelmän vaikutuksia sydämen vajaatoiminta potilaille.	Kysely, mittaukset, päiväkirja. Sydämen vajaatoiminta potilaat (n = 214).	Kotona oleva tv-kanava. Tieto sairaudesta kasvoi tilastollisesti merkitsevästi (p < 0.001).	7/10
2. Brodie & Inoue. 2005 UK	Vertailu motivoivan haastattelun ja perinteisen harjoitusohjelman vaikutuksia fyysiseen kuntoon.	Kysely, päiväkirja, kliiniset mittaukset. ≥ 65v. sydämen vajaatoiminta potilaat (n = 92).	Motivoiva haastattelu. Päivittäinen energiankulutus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi (p < 0.01).	8/10
3. Brodie ym. 2008 UK	Vertailla motivoivan haastattelun ja perinteisen harjoitusohjelman vaikutuksia fyysiseen kuntoon.	Kysely ≥ 65v. sydämen vajaatoiminta potilaat (n = 92).	Motivoiva haastattelu. Elämäntilau parani tilastollisesti merkitsevästi kolmessa eri osa-alueessa (p < 0.017, p < 0.03, p < 0.006).	8/10
4. Clark ym. 2007 Australia	Selvitää osallistujien sitoutuminen, sopeutuminen ja tyytyväisyys CHAT ohjelmaan.	Haastattelu, kysely, tilastot. Sydämen vajaatoiminta potilaat (n = 79).	Puhelimitse tapahtuva tuki ja ohjaus. Ohjelmaan sitoutui 65,8 %. Ohjelman loppuun suorittaneiden sitoutuminen tilastollisesti merkitsevästi korkeampi (p ≤ 0.001).	6/8
5. Haltiwanger & Brutus 2012 Yhdysvallat	Selvitää vertaisjohtoisen diabeteksen tukiryhmän vaikutuksia itsehoitoon sitoutumiseen ikääntyneillä 2 tyyppin diabeetikoilla.	Haastattelu, kysely, kliiniset mittaukset. ≥ 60 v. 2 tyyppin diabeetikot (n = 42).	Vertaisjohtoinen tukijärjestelmä. Verensokeri (p < 0.001), minäpystyvyys (p < 0.03), muutoshalukkuus (p < 0.001) ja henkilökohtaiset voimavarat (p < 0.0042) parantivat tilastollisesti merkitsevästi.	5/10 kvan, 6/10 kval.
6. Holst ym. 2007 Ruotsi	Kuvailla sydämen vajaatoiminta potilaan itsehoitoa painon seurannan, suola- ja nesterajoitusten osalta. Selvitää sukupuoleen liittyvät erot itsehoitossa ja itsehoidon yhteys elämäntilauun.	Kysely, haastattelu, kliiniset mittaukset, potilasrekisterit Sydämen vajaatoiminta potilaat (n = 78).	Ohjaus ja puhelinseuranta. 70 % noudatti nesterajoitusta, 50 % oli sitoutunut suolan käytön rajoituksiin. 40 % mittasi painonsa päivittäin.	7/9
7. Mailloux ym. 2006 Yhdysvallat	Tarkastella kroonista selkäkäpua sairastavien ikääntyneiden harjoituksiin liittyvää käytäytymistä.	Kysely, kliiniset mittaukset ≥ 65-vuotiaat (n = 126).	Kuntoutusohjelma. Ainakin yhden harjoituksen viikossa toteuttavien määrä nousi 49 %:sta 72 %:iin.	7/8
8. Strömberg ym. 2006 Ruotsi	Arvioida seurantakäynnin ja tietokonepohjaisen koulutusohjelman vaikutuksia potilaan tietämykseen, sitoutumiseen ja elämäntilauun.	Kysely Sydämen vajaatoiminta potilaat (n = 154).	Ohjaus ja tietokoneohjelma. Tieto sairaudesta lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi (p = 0.03).	8/10
9. Trief ym. 2009 Yhdysvallat	Arvioida diabeteksen minäpystyvyyden yhteyttä verensokeri-, verenpaine- ja kolesteroliarvoihin. Selvitää vaikuttavien interventio aiheuttamat muutokset minäpystyvyydessä näihin tuloksiin.	Kysely, kliiniset mittaukset ≥ 55-vuotiaat diabeetikot (n = 1665).	Kotitietokone ja internetyhteys. Paransi tilastollisesti merkitsevästi minäpystyvyyttä (p < 0.0001) ja sekä suorasti (p = 0.022) ja epäsuorasti minäpystyvyyden kautta verensokeriarvoja (p < 0.001).	9/10

nen kuntoutusohjelma (Mailloux ym. 2006). Motivoivan haastattelun tavoitteena oli saada ikääntyneet pitämään yllä fyysistä aktiivisuutta osana elämäntapaa. He harjoittelivat erilaisia taitoja käyttäytymisen muuttamiseksi hyödyntämällä reflektointia, kuuntelua ja omien ajatusten esiin tuomista. (Brodie & Inoue 2005, Brodie ym. 2008.) Kuntoutusohjelma sisälsi fyysisten harjoitusten lisäksi tietoa harjoitusten hyödyistä ja turvallisuudesta sekä heitä kannustettiin päivittäiseen harjoitteluun (Mailloux ym. 2006). Vetäjänä toimi koulutettu hoitotyön ammattilainen (Brodie & Inoue 2005, Mailloux ym. 2006, Brodie ym. 2008) tai tutkija (Brodie & Inoue 2005, Brodie ym. 2008). Kuntoutusohjelmassa ikääntyneelle tehtiin henkilökohtainen harjoitusohjelma kotiin koskien päivittäisten harjoitusten määrää ja laatua sekä annettiin välineitä kotiharjoitusten toteuttamiseksi (Mailloux ym. 2006).

Ryhmäohjauksessa hoitoon sitoutumisen edistäminen perustui ryhmässä tapahtuviin keskusteluihin, joiden vetäjänä toimi koulutettu vertaisohjaaja. Vertaisohjaajana toimivalla henkilöllä tuli olla diagnosoitu pitkäaikaissairaus, suositusten mukainen oman sairauden hoito sekä halu auttaa toisia. Vertaisohjattujen ryhmäkeskusteluiden tarkoituksena oli käynnistää ikääntyneiden itsearviointi hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. Keskusteluiden teemoina olivat tuki, terveystavat, arvot, henkilökohtaiset tavoitteet ja taso, itsevarmuus ja muiden tukeminen. Keskusteluissa käytettiin mukana havainnollistavia esimerkkejä. (Haltiwanger & Brutus 2012.)

Toteutetut teknologiapainotteiset ohjausinterventiot

Teknologiapainotteisissa ohjausinterventioissa käytetyt menetelmät olivat puhelinseuranta (Clark ym. 2007, Holst ym. 2007), tietokoneohjelmat ja internet-yhteys (Strömberg ym. 2006, Holst ym. 2007, Balk ym. 2008, Trief ym. 2009). Puhelinseuranta sisälsi hoitajan puhelimitse antaman tuen ohjelman aikana vähintään kerran kuukaudessa. Ikääntyneiltä kyseltiin merkkejä, oireita tai havaintoja koskien sairauden omahoi-

toon liittyviä asioita kuten lääkitys, nestehoito, paino ja dieetti. (Clark ym. 2007, Holst ym. 2007.) Lisääntyneiden oireiden ilmaantuessa lisättiin puhelinkontakteja tai tavattiin asiakas tarpeen mukaan (Holst ym. 2007).

Kahdessa tutkimuksessa ikääntyneet saivat kotikäyttöön internet-yhteyden mahdollistavan tietokoneen tai tv-kanavan (Balk ym. 2008, Trief ym. 2009). Internet mahdollisti mittaustulosten siirtämisen tietokoneelle ja hoitohenkilökunnan arvioinnin tuloksesta sekä videoyhteyden heidän kanssaan vähintään 4–6 vk välein (Trief ym. 2009). Tv-kanava mahdollisti muistutukset lääkityksestä, terveyteen liittyvät kyselyt sekä ikääntyneiden motivoinnin hoito-ohjeiden noudattamiseen. Lisäksi viimeisen vuoden aikana sairaalassa olleet ikääntyneet saivat automaattimittarit verenpaineen ja painon päivittäiseen mittaamiseen, joiden tulokset siirtyivät suoraan web-palvelimen kautta hoitajille. (Balk ym. 2008.) Molempiin ohjelmiin sisältyi myös koulutusmateriaalia teknologiaa hyödyntäen (Balk ym. 2008, Trief ym. 2009).

Ikääntyneille tehtiin henkilökohtainen hoitosuunnitelma yhdessä hoitajan tai lääkärin kanssa (Balk ym. 2008, Trief ym. 2009). Suunnitelmissa huomioitiin sairauden omahoitoon liittyviä asioita kuten ravitsemus ja siihen liittyvät rajoitukset, elintapamuutokset, lääkitys ja kliiniset mittaukset (Balk ym. 2008, Trief ym. 2009). Keskustelun aikana osallistuja asetti henkilökohtaisen, saavutettavissa olevan tavoitteen käyttäytymismuutoksille (Trief ym. 2009).

Kahdessa tutkimuksessa tietokonepohjainen interventio sisälsi myös yhden kerta-luontoisen seurantakäynnin klinikalla tai ikääntyneen kotona heti ohjelman alussa (Strömberg ym. 2006, Holst ym. 2007). Kotona tapahtunut seurantakäynti oli hieman pidempi ja mukana oli usein myös lähio-maisat (Holst ym. 2007). Hoitajan toteuttama seurantakäynti sisälsi yksilöllisen ohjauksen, johon sisältyi tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä oireista sekä oireiden seurannasta ja elintapamuutoksista. Välittömästi tämän jälkeen ikääntyneet saivat käyttöönsä tietokoneohjelman. (Strömberg

ym. 2006, Holst ym. 2007.) Yksi tietokone-ohjelma oli suunniteltu ikääntyneiden tarpeet huomioiden (Holst ym. 2007).

Toteutettujen interventtioiden vaikutukset ikääntyneiden hoitoon sitoutumiseen

Yksilö- ja ryhmäohjausinterventtioiden vaikuttavuus

Yksilö- ja ryhmäohjausinterventtioiden vaikuttavuutta mitattiin kyselylomakkeilla (Brodie & Inoue 2005, Mailloux ym. 2006, Brodie ym. 2008, Haltiwanger & Brutus 2012), kliinisillä mittauksilla (Brodie & Inoue 2005, Mailloux ym. 2006, Haltiwanger & Brutus 2012) ja haastatteluilla (Haltiwanger & Brutus 2012). Mittauksen kohteena oli ikääntyneiden fyysinen aktiivisuus (Mailloux ym. 2006), omahoitoon liittyvä käyttäytyminen (Haltiwanger & Brutus 2012), elämänlaatu (Brodie ym. 2008), muutoshalukkuus (Brodie ym. 2008, Haltiwanger & Brutus 2012), minäpystyvyys (Haltiwanger & Brutus 2012) ja terveydentila (Brodie & Inoue 2005, Mailloux ym. 2006, Haltiwanger & Brutus 2012).

Yksilö- ja ryhmäohjausinterventtioiden vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen mitattiin ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden määrällä sekä omahoidon toteutuksen säännöllisyydellä. Kuntoutusohjelma vaikutti ikääntyneiden hoitoon sitoutumiseen lisäämällä ainakin kerran viikossa harjoittelevien määrän 49 %:sta 72 %:iin kahden vuoden seurannan aikana (Mailloux ym. 2006). Vertaisohjattujen ryhmäkeskusteluiden vaikutuksia ikääntyneiden hoitoon sitoutumiseen arvioitiin verikokeiden, harjoitusten ja dieetin toteutukseen liittyvän kirjanpidon avulla. Intervention lopussa ikääntyneistä 60 % oli yksi käyttäytymismuoto, johon he eivät olleet sitoutuneita. (Haltiwanger & Brutus 2012.)

Motivoiva haastattelu vaikutti myönteisesti ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen parantamalla merkittävästi ikääntyneen elämänlaatua. Tilastollisesti merkitsevä ero oli kolmessa elämälaadun osa-alueessa: roolien aiheuttamat rajoitukset fyysisessä toiminnassa ($p < 0.017$), sosiaalinen toiminta

($p < 0.03$) ja muutokset terveydentilassa ($p < 0.006$). (Brodie ym. 2008.) Hoitoon sitoutuminen vaikutti myös parantavasti ikääntyneiden fyysiseen kuntoon (Brodie & Inoue 2005, Mailloux ym. 2006). Ikääntyneiden päivittäinen energiankulutus lisääntyi merkittävästi ($p < 0.01$) motivoivan haastattelun avulla (Brodie & Inoue 2005) sekä selän taipuisuus ja vahvuus paranivat yksilöllisen kuntoutusohjelman jälkeen (Mailloux ym. 2006). Vertaisohjaajan toteuttamassa ryhmäkeskustelussa hoitoon sitoutuminen paransi tilastollisesti merkittävästi ($p < 0.001$) ikääntyneiden verensokeriarvoja (Haltiwanger & Brutus 2012).

Vertaisohjaajan toteuttamat ryhmäkeskustellut vaikuttivat hoitoon sitoutumiseen vahvistamalla minäpystyvyyttä ($p < 0.03$), muutoshalukkuutta ($p < 0.001$) sekä henkilökohtaisia voimavaroja ($p < 0.0042$). Vertaisohjaajien käyttämät esimerkit keskusteluissa auttoivat ikääntyneitä näkemään oman vastuunsa terveydentilasta ja tulemaan enemmän itsevarmaksi. Vertaisohjaajien rooli positiivisen käyttäytymisen mallina auttoi ikääntyneitä kiinnittämään huomiota saatuaan palautteeseen. (Haltiwanger & Brutus 2012.) Viiden kuukauden seuranta motivoivan haastattelun jälkeen osoitti yleistä suuntausta motivaation ja minäpystyvyyden vahvistamiseen. Seurannan lopussa 48 % ikääntyneistä kertoi valmistautuvansa käyttäytymismuutokseen. (Brodie ym. 2008.)

Teknologiapainotteisten ohjausinterventtioiden vaikuttavuus

Teknologiapainotteisten ohjausinterventtioiden vaikuttavuutta mitattiin kyselylomakkeilla (Strömberg ym. 2006, Clark ym. 2007, Holst ym. 2007, Balk ym. 2008, Trief ym. 2009), kliinisillä mittauksilla (Trief ym. 2009), haastatteluilla (Clark ym. 2007, Holst ym. 2007) ja keräämällä tietoa potilasrekisteristä ja tilastoista (Clark ym. 2007, Holst ym. 2007). Mittauksen kohteena oli ikääntyneiden omahoitoon liittyvä käyttäytyminen (Strömberg ym. 2006, Holst ym. 2007), puhelinseurantaan osallistuminen (Clark ym. 2007), tieto sairaudesta (Strömberg ym. 2006, Balk ym. 2008), elämänlaatu (Ström-

berg ym. 2006, Holst ym. 2007, Balk ym. 2008), terveydentila (Holst ym. 2007, Trief ym. 2009) ja minäpystyvyys (Trief ym. 2009).

Teknologiapainotteisten ohjausinterventtioiden vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen mitattiin ikääntyneiden omahoitoon liittyvän käyttäytymisen avulla sekä puhelinseurantaan osallistumisella. Intervention alussa noin puolet ikääntyneistä oli sitoutunut suolan käytön rajoituksiin (Strömberg ym. 2006, Holst ym. 2007) ja 70 % noudatti nesterajoitusta (Holst ym. 2007). Luvut pysyivät vastaavanlaisina seurannan loppuun saakka. Intervention alussa 31 % ikääntyneistä mittasi painonsa päivittäin ja vuoden kuluttua vastaava luku oli 40 %. Ainoastaan 20 % kirjasi ylös painon seurannan tulokset ja usea ei osannut vastata kysymykseen onko hän havainnut muutoksia painossa. (Holst ym. 2007.) Puhelinseurantaan sitoutui 66 % ikääntyneistä. Ikääntyneistä 60 suoritti ohjelman loppuun saakka ja heidän sitoutuminen oli tilastollisesti merkitsevästi korkeampi kuin ohjelman keskeyttäneillä ($p \leq 0.001$). (Clark ym. 2007.)

Hoitoon sitoutuminen lisäsi ikääntyneiden tietoa sairaudesta tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0.03$, $p < 0.001$) kahdessa tutkimuksessa (Strömberg ym. 2006, Balk ym. 2008). Teknologiapainotteisessa ohjausinterventiossa diabetesta sairastavien ikääntyneiden hoitoon sitoutuminen paransi tilastollisesti merkitsevästi minäpystyvyyttä ($p < 0.0001$), joka oli yhteydessä parempiin verensokeriarvoihin ($p < 0.0001$). Verenpaine- tai kolesteroliarvojen osalta vastaavaa yhteyttä ei voitu osoittaa. Hoitoon sitoutuminen paransi tilastollisesti merkitsevästi ikääntyneen verensokeriarvoja sekä suorasti ($p = 0.022$) että epäsuorasti minäpystyvyyden kautta ($p < 0.001$). (Trief ym. 2009.)

Ikääntyneen hoitoon sitoutuminen vaikutti myönteisesti elämänlaadun fyysiseen osa-alueeseen. Heidän fyysinen kunto koheni ja mahdollisuus päivittäisiin harjoituksiin vahvistui, portaiden kiipeäminen parani ja jalkojen turvotus, hengästyminen sekä kipu vähenivät tilastollisesti merkitsevästi kuuden kuukauden seurannan aikana ($p = 0.001$). (Strömberg ym. 2006.)

Pohdinta

Tulosten tarkastelua

Yksilö- ja ryhmäohjausinterventtioiden ja teknologiapainotteisten ohjausinterventtioiden tulokset ikääntyneiden hoitoon sitoutumisessa olivat kokonaisuudessaan myönteisiä. Teknologiapainotteiset ohjausinterventiot vaikuttivat ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen lisäämällä merkitsevästi ikääntyneen tietoa sairaudesta (Strömberg ym. 2006, Balk ym. 2008) ja minäpystyvyyttä (Trief ym. 2009), kun taas yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot vaikuttivat ikääntyneen elämänlaatuun myönteisesti (Brodie ym. 2008) ja lisäsivät muutoshalukkuutta (Haltiwanger & Brutus 2012). Myös ikääntyneiden sitoutuminen harjoitusohjelmaan lisääntyi merkitsevästi yksilö- ja ryhmäohjausinterventioissa (Mailloux ym. 2006) ja minäpystyvyyden ja motivaation paraneminen voitiin osoittaa vielä viiden kuukauden seurannan jälkeenkin (Brodie ym. 2008). Katsauksen tulokset tukevat ajatusta, että interventtioiden avulla voidaan parantaa hoitoon sitoutumista ja sitä kautta saavuttaa pitkäkestoisia muutoksia ikääntyneen elintavoissa. Ikääntyneen tietoon ja uskomuksiin vaikuttaminen ohjauksen avulla on suositeltavaa hoitoon sitoutumisen edistämiseksi (Ewangelista ym. 2003, van der Wall 2006).

Teknologian hyödyntäminen ikääntyneen ohjauksen tukena vaikutti myönteisesti ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen ja sen kautta hoidon tuloksiin. Monimuotoiset interventiot on todettu vaikuttaviksi myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Gonseth ym. 2004, Yu ym. 2006, Krinpalani ym. 2007, Haynes ym. 2008). Yu ym. (2006) katsauksen mukaan vaikuttavista interventioista noin 90 % oli käytetty ohjausta sekä teknologiaa. Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan nopeasti ja samanaikaisesti työssä olevien määrä pienenee (STM 2007), jolloin teknologian hyödyntäminen hoitoon sitoutumisen tukena korostuu. Toisaalta lääkeshoidon osalta on myös ristiriitaista tutkimusnäyttöä olemassa interventioiden vaikutuksista ja erityisesti ikäänty-

neiden osalta tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä (Doggrell 2010).

Ikääntyneistä ainoastaan puolet sitoutui noudattamaan annettuja ohjeita ja rajoituksia elämäntapaan liittyvien muutoksien osalta. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia, joissa hoitoon sitoutuminen on toteutunut parhaiten lääkehoidon osalta (Evangelista ym. 2003, van der Wal ym. 2006, Kääriäinen 2012). Ikääntyneiden sitoutuminen diettiin, (Evangelista ym. 2003, Moser ym. 2005, Nieuwenhuis ym. 2011, Kääriäinen 2012), harjoituksiin (Evangelista ym. 2003, Kääriäinen 2012) ja painon seurantaan on ollut selvästi alhaisempaa (Moser ym. 2005, van der Wal ym. 2006), vaikka suurin osa tiedosti harjoitusten ja painon hallinnan tärkeän merkityksen terveydelle ja sairauden hoidolle (Van der Wall ym. 2006, Nieuwenhuis ym. 2011).

Ikääntymiseen liittyvät fyysiset muutokset kuten heikko näkö ja kuulo oli huomioitu ainoastaan kahdessa teknologiapohjaisessa ohjausinterventiossa (Holst ym. 2007, Strömberg ym. 2006). Kuitenkin tiedetään, että ikääntyneen terveydentilaan liittyvät tekijät kuten kognitiivisen toiminnan heikentyminen ovat merkittäviä tekijöitä huonoon hoitoon sitoutumisessa (Schutzer & Graves 2004, van der Wal & Jaarsma 2008). On arvioitu, että joka neljäs yli 75 vuotta täyttäneistä tarvitsee todennäköisesti demencian vuoksi huolenpitoa tulevina vuosina (STM 2010). Tämä tuo ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen aivan uudenlaisia haasteita. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida ikääntymiseen liittyvien fyysisten muutoksien vaikutukset ohjauksen sisältöön ja koulutusmateriaaliin (van der Wal & Jaarsma 2008) sekä sairauden ja hoidon vaikutukset asiakkaan päivittäiseen elämään (Kaakinen ym. 2012, Kääriäinen ym. 2012). Perhe, sukulaiset tai kotihoito tulee ottaa mukaan hoitoon varmistamaan ikääntyneen hoito-ohjeiden noudattaminen (van der Wal & Jaarsma 2008).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että omahoitoon sitoutuneen diabeetikon HBA_{1c} arvo on parempi kuin hoitoon sitoutumattomien (Toljamo & Hentinen 2001). Myös tässä katsauksessa nousi esille ikään-

tyneiden henkilöiden osalta vastaavanlaisia tuloksia. Teknologiapainotteinen ohjausinterventio vaikutti ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen parantamalla merkittävästi ikääntyneiden minäpystyvyyttä, joka todettiin olevan yhteydessä ikääntyneen parempiin verensokeriarvoihin (Trief ym. 2009). Mitä vahvempi on ikääntyneen minäpystyvyys, sitä aktiivisemmin ja sinnikkäämmin ikääntynyt pyrkii eteenpäin (Buchmann 1997). Katsauksen tuloksia voidaan pitää merkittävänä, sillä interventiot vaikuttivat ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen vahvistamalla merkittävästi ikääntyneen minäpystyvyyttä.

Luotettavuus ja eettisyys

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää tiedonhaun tarkka ja systemaattinen toteutus (Whittemore & Knalf 2005, CRD 2009). Julkaisuharhan välttämiseksi tiedonhaussa käytettiin useaa eri menetelmää (Conn ym. 2003). Tiedonhakua jatkettiin, kunnes valituissa artikkeleissa esiintyi viittauksia toistuvasti samoihin artikkeleihin ja kirjoittajiin (Beyea & Nicoll 1998). Tiedonhakua vaikeutti se, että suurimmassa osassa tutkimuksista ei ollut tehty ikärajausta vaan kohderyhmäksi oli valikoitunut ikääntyneet henkilöt lisääntyneen sairastavuuden kautta. Tämän vuoksi katsaukseen valikoitui mukaan usea tutkimus manuaalisen haun kautta. Luotettavuutta heikentää hieman myös harmaan kirjallisuuden pois jättäminen katsauksesta (Petticrew 2001, Conn ym. 2003).

Artikkeleiden valinnan jokaisen vaiheen suoritti itsenäisesti kaksi eri tutkijaa (Petticrew 2001). Lisäksi valinnoista keskusteltiin kolmannen tutkijan kanssa. Valintaa ohjasivat selkeät ja tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Jokaisen vaiheen jälkeen tuloksia verrattiin ja lopullinen valinta tehtiin aina tutkijoiden yhteisymmärryksessä. Tiedonhaku ja aineiston valinta on esitetty tekstin lisäksi taulukoilla ja kuviolla, jolloin lukijan on mahdollisuus seurata tehtyjä valintoja ja päätöksiä luotettavuuden lisäämiseksi (Kirkevold 1997, Whittemore & Knalf 2005). Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa

alkuperäisten artikkeleiden hyvä laatu. Kaksi alkuperäistutkimusta sai JBI laadunarviointi kriteereillä ≥ 90 % kokonaispisteistä ja kolmen tutkimuksen pisteet sijoittuvat välille 80–90 % kokonaispisteistä.

Alkuperäisistä tutkimuksista suurin osa on asetelmaltaan vahvoja RCT tutkimuksia ja lisäksi toinen mixed method tutkimus perustuu myös laajaan RCT tutkimusasetelmaan (JBI 2011). Katsausta ei haluttu rajoittaa pelkästään RCT tutkimuksiin, koska se olisi rajannut tutkimuskohdetta liikaa ja artikkeleiden määrä olisi jäänyt vähäiseksi (Petticrew 2001). Kirjallisuuskatsauksen tuloksien yleistettävyyttä heikentää se, että kolmessa tutkimuksessa keskeyttäneiden joukko oli melko suuri ja useassa tutkimuksessa otoskoko oli pieni. Koska kirjallisuuskatsauksessa käytettävät artikkelit ovat kansainvälisiä, tulee tulosten siirrettävyyden olosuhteiden, ihmisten, ajankohdan sekä sosiokulttuuristen tekijöiden osalta kiinnittää myös erityistä huomiota. (Polit & Beck 2012.) Tutkimuksen luotettavuutta heikentää hieman myös rajaukset kielen ja ajan osalta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää integroidun katsauksen metodikirjallisuuden hyödyntäminen aineiston analyysissä (Kirkevold 1997, Whittemore & Knalf 2005, CRD 2009). Luotettavuuden lisäämiseksi analyysin tuloksista on keskusteltu tutkimusryhmässä. Analyysissä haastavaa oli muodostaa synteisiä tutkimusten tuloksista, jotka eivät metodologisesti ja käsitteellisesti kuuluneet yhteen. Epäselvissä kohdissa analyysissä palattiin takaisin alkuperäiseen aineistoon tuloksien ymmärrettävyyden varmistamiseksi. Alkuperäisten artikkeleiden tulosten osalta on pyritty kriittiseen arviointiin suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen ja kokonaisuuteen (Higgins & Green 2011, JBI 2011).

Johtopäätökset

Tämän integroidun kirjallisuuskatsauksen perusteella ikääntyneen hoitoon sitoutumisen interventioista voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Ikääntyneiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot voidaan jakaa yksilö- ja ryhmäohjausinterventioihin sekä teknologiapainotteisiin ohjausinterventioihin. Kaikki interventiot perustuivat ikääntyneen ohjaukseen.
2. Yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot sekä teknologiapainotteiset ohjausinterventiot vaikuttivat myönteisesti ikääntyneen hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuminen paransi ikääntyneen elämänlaatua, tietoa sairaudesta, minäpystyvyyttä, muutoshalukkuutta, henkilökohtaisia voimavaroja, fyysistä kuntoa ja verensokeriarvoja.
3. Ikääntyneen hoitoon sitoutumista ja sitoutumisen myönteisiä vaikutuksia voidaan parantaa ikääntyneen laadukkaalla ohjauksella. Teknologian hyödyntäminen ikääntyneen ohjauksen tukena on suositeltavaa.
4. Jatkossa tarvitaan tutkimusta erityisesti ikääntyneille suunnattujen interventioiden vaikutuksista eri pitkäaikais-sairauksien osalta. Esimerkiksi muistisairaana ikääntyneen hoitoon sitoutuminen on yksi tulevaisuuden haasteista.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: PK, SE, HK, aineiston keruu: PK, SE, aineiston analysointi: PK, SE, HK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: PK, SE, HK ja käsikirjoituksen kommentointi: MK

LÄHTEET (*merkityt kuuluvat katsausaineistoon)

- AlHewiti A. 2014. Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. *International Journal of Family Medicine* Volume 2014, Article ID 479596, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/479596> / 23.11.2014.
- Artinian NT, Magnan M, Sloan M & Lange MP. 2002. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung* 31 (3), 161–172.
- *Balk AH, Davidse W, van Dommelen P, Klaassen E, Caliskan K, van der Burgh P & Leenders CM. 2008. Tele-guidance of chronic heart failure patients enhances knowledge about the disease. A multi-centre, randomized controlled study. *European Journal of Heart Failure* 10 (11), 1136–1142.
- Beyea S & Nicoll LH. 1998. Writing an integrative review. *AORN Journal* 67 (4), 877–880.
- *Brodie DA & Inoue A. 2005. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing* 50 (5), 518–527.
- *Brodie DA, Inoue A & Shaw DG. 2008. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 45 (4), 489–500.
- Buchmann WF. 1997. Adherence: a matter of self-efficacy and power. *Journal of Advanced Nursing* 26 (1), 132–137.
- Centre for Review and Dissemination. 2009. *Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York, York.
- *Clark RA, Yallop JJ, Piterman L, Croucher J, Tonkin A, Stewart S & Krum H. 2007. Adherence, adaptation and acceptance of elderly chronic heart failure patients to receiving healthcare via telephone-monitoring. *European Journal of Heart Failure* 9 (11), 1104–1111.
- Conn VS, Valentine JC, Cooper HM & Rantz MJ. 2003. Grey literature in meta-analysis. *Nursing Research* 52 (4), 256–261.
- Davies NJ. 2010. Improving self-management for patients with long-term conditions. *Nursing Standard* 24 (25), 49–56.
- Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. 2013. *Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults (Review)*. The Cochrane Library 2013, Issue 2. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008722.pub2/pdf/standard> / 23.11.2014.
- Doggrell SA. 2010. Adherence to medicines in the older aged with chronic conditions. Does intervention by allied health professional help? *Drugs Aging* 27 (3), 239–254.
- Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Westlake C, Hamilton M & Fonarow GC. 2003. Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 18 (3), 197–206.
- Flinkman M & Salanterä S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa: Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Digipaino – Turun Yliopisto.
- Glasziou P. 2001. *Systematic reviews in health care: a practical guide*. Port Chester, NY, USA: Cambridge University Press. <http://assets.cambridge.org/9780521799621/sample/9780521799621ws.pdf> / 3.3.2014.
- Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR & Rodríguez-Artalejo F. 2004. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: systematic review and meta-analysis of published reports. *European Heart Journal* 25 (18), 1570–1595.
- Gustafsson K, Ekblad J & Sidenvall B. 2005. Older women and dietary advice: occurrence, comprehension and compliance. *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 18 (6), 453–460.
- *Haltiwanger EP & Brutus H. 2012. A culturally sensitive diabetes peer support for older Mexican-Americans. *Occupational Therapy International* 19 (2), 67–75.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP & Yao X. 2008. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Review* (2):CD000011
- Haynes R, McDonald H, Garg A, Montague P. 2004. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):CD000011
- Higgins JPT & Green S. 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. <http://handbook.cochrane.org/> 13.3.2014.
- *Holst M, Willenheimer R, Mårtensson J, Lindholm M & Strömberg A. 2007. Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6 (2), 153–159.
- Joanna Briggs Institute. 2011. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 edition*. Adelaide, Australia. <http://joannabriggs.org/assets/docs/su-mari/ReviewersManual-2011.pdf> /15.1.2014.
- Kaakinen P, Patala-Pudas L, Kyngäs H & Kääriäinen M. 2012. Counseling chronically ill adults in the healthcare setting: An integrative literature review. *Journal of Nursing Education and Practice* 2 (3), 185–202.
- KirkevoId M. 1997. Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 25 (5), 977–984.
- Koskinen S, Lundqvist A & Ristiluoma N. (toim.) 2012. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*

2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68. Suomen yliopistopaino oy, Tampere.
- Kripalani S, Yao X & Haynes RB. 2007. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine* 167 (6), 540–550.
- Kyngäs H & Hentinen M. 1997. Hoitoon sitoutuminen. Käsitteen rakenteen todentaminen tilastollisesti. *Hoitotiede* 9 (1), 3–11.
- Kyngäs H, Duffy ME & Kroll T. 2000. Conceptual analysis on compliance. *Journal of Clinical Nursing* 9 (1), 5–12.
- Kåringen I, Dysvik E & Furnes B. 2011. The elderly stroke patient's long-term adherence to physiotherapy home exercises. *Advances in Physiotherapy* 13 (4), 145–152.
- Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.
- Kääriäinen M, Paukama M & Kyngäs H. 2012. Adherence with health regimens of patients on warfarin therapy. *Journal of Clinical Nursing* 22 (1-2), 89–96.
- Lunnala J, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2009. The views of compliant glaucoma patients on counselling and social support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (3), 490–498.
- Lunnala J, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2011. Web-based intervention for improving adherence of people with glaucoma. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illnesses* 3 (2), 119–129.
- *Mailloux J, Finno M & Rainville J. 2006. Long-term exercise adherence in the elderly with chronic low back pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 85 (2), 120–126.
- Moser DK, Doering LV & Chung ML. 2005. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal* 150 (5), 984.
- Nieuwenhuis MMW, van der Wal MHL & Jaarsma T. 2011. The body of knowledge on compliance in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing* 26 (1), 21–28.
- Pentecost C & Taket A. 2011. Understanding exercise uptake and adherence for people with chronic conditions: a new model demonstrating the importance of exercise identity, benefits of attending and support. *Health Education Research* 26 (5), 908–922.
- Petticrew M. 2001. Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ* 322 (7278), 98–101.
- Polit DF & Beck CT. 2012. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Ninth edition. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, China.
- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC & Samaha FF. 2008. Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine* 35 (1), 70–79.
- Schutzer KA & Graves BS. 2004. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine* 39 (5), 1056–1061.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. *Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Yliopistopaino, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. *Sosiaali- ja terveyskertomus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Yliopistopaino, Helsinki.
- Strömberg A. 2006. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem. *European Heart Journal* 27 (4), 379–381.
- *Strömberg A, Dahlström U & Fridlund B. 2006. Computer-Based education for patients with chronic heart failure. A randomized, controlled, multicenter trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education & Counseling* 64 (1-3), 128–135.
- Teddlie C & Tashakkori A. 2009. *Foundations of mixed methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Sage publications, United States of America.
- Toljamo M & Hentinen M. 2001. Adherence to self-care and social support. *Journal of clinical nursing* 10 (5), 618–627.
- *Trief PM, Teresi JA, Eimicke JP, Shea S & Weinstock RS. 2009. Improvement in diabetes self-efficacy and glycaemic control using telemedicine in a sample of older, ethnically diverse individuals who have diabetes: the IDEATel project. *Age & Ageing* 38 (2), 219–225.
- van der Wal MHL & Jaarsma T. 2008. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *International Journal of Cardiology* 125 (2), 203–208.
- van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJGM, Gilst WH & van Veldhuisen DJ. 2006. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal* 27 (4), 434–440.
- Whittemore R & Knalf K. 2005. The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (5), 546–553.
- WHO. 2003. *Pitkääikaisin hoitoihin sitoutuminen. Näyttää toiminnan tueksi*. Lääketietokeskus Oy, Helsinki. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf / 5.6.2013.
- Williams A, Manias E & Walker R. 2008. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 63 (2), 132–143.
- Yu DSF, Thompson DR & Lee DTF. 2006. Disease management programmes for old people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal* 27 (5), 596–612.

Piia Kurikkala, TtM, TtT-opiskelija, Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, piia.kurikkala@student oulu.fi

Maria Kääriäinen, TtT, professori ma., Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, maria.kaariainen@oulu.fi

Helvi Kyngäs, THT, professori, Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, helvi.kyngas@oulu.fi

Satu Elo, TtT, dosentti, yliopistonlehtori, Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, satu.elo@oulu.fi