

Kokemuksia tiedonsaannin riittävydestä omahoidon tueksi – Uniapneaa sairastavien potilaiden näkökulma

Kvantitatiivinen tutkimus terveyden edistämisen
näkökulmasta

Niklas Eklund

Terveyden edistämisen koulutusohjelma / Utbildningsprogrammet för hälsofrämjande

Mastertyö / Masterarbete
Ylempi AMK / Högre YH

2016

MASTERTYÖ	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveyden edistäminen (YAMK)
Tunnistenumero:	5525
Tekijä:	Niklas Eklund
Työn nimi:	Kokemuksia tiedonsaannin riittävydestä omahoidon tueksi – Uniapneaa sairastavien potilaiden näkökulma
Työn ohjaaja (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Toimeksiantaja:	Hengityслиitto, Philips
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää uniapneapotilaiden näkökulma tiedonsaannin riittävydestä julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa omahoidon tueksi. Kysymyksenasettelu on seuraava: 1) Ovatko potilaat saaneet riittävästi terveystietoa uniapneasta? 2) Ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa uniapnean omahoidosta? 3) Ovatko potilaat kokeneet uniapneahoidon tiedonsaannin riittäväksi seurannassa? 4) Ovatko potilaat kokeneet uniapneaseurantavälin riittävänä omahoidon tukena? Opinnäytetyö on vuosina 2015-2016 tehtyyn kyselyyn perustuva kvantitatiivinen analyysi Hengityслиiton 1096 jäsenen kokemuksista. Teoreettisen viitekehyksen keskeiset piirteet ovat terveyden edistäminen ja uniapnea. Tutkimusaineisto on induktiivisesti analysoitu. Tutkimustulokset koostuvat 9 kysymyksestä, jotka vastaavat kysymyksenasetteluun. Yhteenvetona tutkimuksen tuloksista todetaan, että tiedonsaanti ennen diagnoosia on kohtuullisella tasolla, muttei erinomaista. Potilaat kokevat diagnoosin jälkeisen tiedonsaannin riittäväksi painonhallinnan, liikunnan, sekä hoitolaitteiden ja niiden huollon osalta. Enemmän tietoa kaivataan sähköstimulaatiosta. Enemmistö vastaajista kokee seurantakäynnillä saadun tiedon riittäväksi, erityisesti tupakan lopettamisen ja alkoholin käytön osalta. Naiset kaipaavat enemmän tietoa laitehoidon ohjauksesta ja omahoidosta kokonaisuutena, kun miehet taas kaipaavat enemmän tietoa lääkkeistä ja omahoidosta. Enemmistö vastaajista on tyytyväisiä uniapnean seurannan järjestelyyn, kuitenkin sopiva seurantaväli on vastaajien mielestä joko 2 kuukautta tai 12 kuukautta. Uniapnean seuranta toteutuu pääsääntöisesti sairaalan tai terveyskeskuksen uniapneavastaanotolla. Erittäin harvalla potilaalla uniapnean seuranta toteutetaan etäseurannassa. Tutkimus ei vielä kerro kuinka suuri vaikutus tiedonsaannin lisäämisellä on potilaan omahoidon vaikuttajana, mutta se kuvaa potilaiden kokemuksia tiedonsaannin nykytilasta. Tarkoituksena on kiinnittää huomiota uniapneapotilaiden kokemuksiin ja siihen, mihin terveystietoa uniapneasta tulisi kanavoida, jotta tiedonsaanti olisi omahoidon tukena mahdollisimman riittävää ja omahoitoa tukevaa.</p>	
Avainsanat:	Uniapnea, seuranta, tiedonsaanti, terveyden edistäminen, Philips, Hengityслиitto
Sivumäärä:	57
Kieli:	Suomi
Hyväksymispäivämäärä:	

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	5525
Författare:	Niklas Eklund
Arbetets namn:	Erfarenheter av tillräcklig tillgång till information om sömnapné som stöd för sin egenvård – Sömnapné patienternas perspektiv
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Uppdragsgivare:	Hengitysliitto, Philips
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta masterarbete är att bedöma nuläget på patienternas tillgång till tillräcklig information om sömnapné. Masterarbetet fördjupar sig i patienternas perspektiv för att stöda deras egenvård. Arbetets frågeställningar är följande 1) Har patienterna fått tillräckligt med information om sömnapné? 2) Har patienterna fått tillräckligt med information om egenvården av sömnapné? 3) Har patienterna erfarit få tillräckligt med information om sömnapné under uppföljning? 4) Har patienterna erfarit uppföljningsintervallet tillräcklig för att stöda sin egenvården av sömnapné? Masterarbetet är en kvantitativ analys baserad på en enkät gjord under år 2015-2016 av Hengitysliitto och Philips ur ett sampel av 1096 svar ifrån Hengitysliittos medlemsregister. Den teoretiska referensramen består av centrala begrepp ur hälsofrämjande och sömnapné. Masterarbetets analys är induktivt. Resultaten består av 9 frågor som svarar på masterarbetets frågeställningar. Resultatens slutsatser visar att nuläget för informationen om sömnapné före diagnos är nöjaktigt men inte utmärkt. Information om sömnapné efter diagnos erfar patienterna få av viktkontroll, motion, vårdapparatur och dess service. Patienterna önskar få mera information om elektrisk stimulation. Majoriteten av patienterna erfar informationen ifrån uppföljningen av sömnapné tillräcklig. Under uppföljningen erfar män och kvinnor tillsammans få tillräckligt med information om tobak och alkohol. Kvinnorna önskar få mera information om handledning av CPAP- och egenvård som helhet medan män önskar mera information om läkemedel och egenvård. Majoriteten av män och kvinnor är nöjda med hur uppföljningen av sömnapné är verkställd. Som ett tillräckligt uppföljningsintervall erfar patienterna 2 månader eller 12 månader. Uppföljningen av sömnapné sker av majoriteten som mottagning medan endast en liten del av patienterna uppföljs på distans. Undersökningen besvarar inte på hur stor inverkan på tillägg av information har på patienternas egenvård, men berättar patienternas erfarenheter om informationens nuläge. Syftet är att väcka uppmärksamhet på patienternas erfarenheter om vart patienterna anser behöva mera information som stöd för sin egenvård.</p>	
Nyckelord:	Sömnapné, uppföljning, information, hälsofrämjande, Hengitysliitto, Philips
Sidantal:	57
Språk:	Finska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health Promotion (Master's degree)
Identification number:	5525
Author:	Niklas Eklund
Title:	The adequacy of access to information in support of self-care for sleep apnea patients - The patient's perspective
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Commissioned by:	Hengitysliitto (Finnish Breathing Association), Philips
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this masterthesis is to determine the adequate level of accessing information about sleep apnea to support patient's self-care. The aim is to focus on the patient point of view. The research questions are 1) Have the patients received adequate health education about sleep apnea? 2) Have the patients received adequate information about the self-care of sleep apnea? 3) Do the patients have sufficient access to information about sleep apnea during follow-up? 4) Have the patients experienced sufficient monitoring intervall about sleep apnea to support self-care? This thesis is a quantitative analysis based on a survey analysis completed in 2015-2016. The sample population consists of 1096 participants selected from the member database of the Finnish Breathing Association. The theoretical framework includes central key features of health promotion and sleep apnea. The research material is inductively analyzed. The study results consist of 9 questions that correspond to the set of questions. The results of this research show that the adequacy of access to information about sleep apnea before diagnosis is at a modest level but not yet excellent. Patients experience access to information about sleep apnea as good in the field of weight control, exercise, therapy equipment and their service. The patients lack information about electrical stimulation. The majority of patients experience the access of information about sleep apnea good during follow-up; especially they feel the information is adequate regarding cessation of smoking and use of alcohol. Women need more information about CPAP-device management and self-care comprehensively when men at the same time need more information about medication and self-care. The majority of men and women are satisfied with the arrangement of sleep apnea follow-ups, but report either 2 or 12 months as a suitable follow-up interval. The majority of patients prefer appointments for sleep apnea follow-up instead of remote follow-up. The research does not say whether or how much the increasing of access to information would impact as a patient's self-care actor. However the research determines the current state of access to information about sleep apnea. The aim is to attract attention to the sleep apnea patient's experiences and to what kind of health information should be channeled in order to have access to information for supporting self-care more effectively.</p>	
Keywords:	Sleep apnea, Follow-up, Information, Health Promotion, Finnish Breathing Association, Philips
Number of pages:	57
Language:	Finnish
Date of acceptance:	

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE	8
JOHDANTO.....	9
1 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	10
1.1 Terveys ja terveyden edistäminen.....	10
1.2 Voimaantuminen.....	11
1.3 Terveyden edistämisen strategiat	12
1.4 Uniapnea	13
1.4.1 Mitä on uniapnea?	13
1.4.2 Uniapnean esiintyvyys suomalaisessa väestössä.....	14
1.4.3 Uniapnean oireet	15
1.4.4 Uniapnean kliininen tutkiminen ja hoito.....	16
1.4.5 Uniapnean hoito	17
1.4.6 Uniapnean seuranta	18
1.5 Voimaantuminen keinona edistää tietoutta uniapneasta ja uniapnean hoidosta	18
2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	18
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA SUUNNITELMA	21
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA KYSYMYKSENASETTELU	23
5 MATERIAALIT JA MENETELMÄT	24
5.1 Materiaalin kokoamismetodi.....	26
5.2 Kvantitatiivinen analyysimetodi	26
5.3 Induktiivinen päättely.....	27
5.4 Materiaalin analyysimenettely	28
6 TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET	29
7 TULKINTA JA TUTKIMUKSEN TULOS	29
7.1 Ovatko potilaat saaneet riittävästi terveystietoa uniapneasta ja sen omahoidosta?... 30	
7.1.1 Kuinka moni kyselyyn vastanneista koki saaneensa tarpeeksi tietoa oireiden tutkimisvaiheessa ennen varsinaista uniapneadiagnoosia?	31
7.1.2 Kuinka moni vastaajista koki saaneensa tarpeeksi tietoa uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen?	31
7.1.3 Kuinka paljon tietoa vastaajat olisivat halunneet omahoidon tueksi?	36

7.2	Ovatko potilaat kokeneet uniapneaseurantavälin riittävänä omahoidon tukena?	37
7.2.1	<i>Miten uniapneahoidon seuranta oli järjestetty vastaajilla?</i>	37
7.2.2	<i>Kuinka tyytyväisiä vastaajat olivat nykyiseen seurantatapaan?</i>	37
7.2.3	<i>Kuinka tyytyväisiä kyselyyn vastanneet olivat uniapneahoidon seurantaväliin?</i>	38
7.3	Mikä oli vastaajien mielestä hyvä seurantaväli?	39
7.4	Tutkimustuloksien yhteenveto	39
8	KRIITTINEN TARKASTELU JA POHDINTA	40
8.1	Tutkimuksen tavoitteen ja menetelmien kriittinen pohdinta	40
8.2	Tutkimuksen luotettavuuden kriittinen pohdinta	41
9	TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET	43
9.1	Tiedonsaannin riittävyys ennen diagnoosia ja diagnoosin jälkeen?	43
9.2	Tiedonsaanti omahoidon tueksi seurantakäynneillä	44
9.3	Tyytyväisyys uniapnean seurantaan ja järjestelyyn	44
10	JATKOTUTKIMUSAIHEET	45
11	KESKUSTELU	45
11.1	Metodikeskustelu	46
11.2	Keskustelu tutkimuksesta ja tutkimustuloksista	46
12	SVENSK SAMMANFATTNING	48
12.1	Inledning och bakgrund	48
12.2	Teoretisk bakgrund	49
12.3	Empowerment	50
12.4	Empowerment som metod för att främja information om sömnapné	51
12.5	Syfte och målsättning	51
12.6	Metod	52
12.7	Resultat och slutsats	53
12.8	Diskussion	55
12.8.1	<i>Metoddiskussion</i>	55
12.8.2	<i>Diskussion om undersökningen och undersökningens resultat</i>	55
LÄHTEET		58
LIITTEET		61
LIITE 1. Uniapneakysely		61
LIITE 2. Uniapneakyselyn saatekirje		68

ESIPUHE

Tämän opinnäytetyön tutkimusprosessi on ollut haastava monella eri tavalla, mutta samalla hyvin mielenkiintoinen ja palkitseva. Olen saanut tämän työn kautta vahvistuksen siitä, että olen löytänyt tieteenalan jota haluan tutkia lisää ja jonka parissa haluan työskennellä. Erityisesti haluan kiittää kaikkia niitä potilaita, jotka ovat inspiroineet minua toteuttamaan tämän tutkimuksen. Erittäin kiitollinen olen myös siitä kannustuksesta, jota olen saanut perheeltäni, Philipsiltä, Hengitysliitolta ja kolleegoiltani. Ilman kaikkea saamaani tukea, inspiraatiota ja kannustusta tämä tutkimus ei olisi toteutunut. Sydämelliset kiitokset teille kaikille!

Espoo 4.4.2016

Niklas Eklund

JOHDANTO

Nykyään tiedetään, että uniapnea on Suomessa yhä yleistyvä kansansairaus. Suomalaisen valtakunnallisen uniapneaohjelman tavoitteiden mukaan uniapnean hoidossa pyritään kustannustehokkuuteen, sairauden ilmaantuvuuden sekä vaikeaa sairautta sairastavien ja sairaalahoidon tarpeen vähentämiseen. Ohjelman tehtäviksi asetettiin myös mahdollisimman monen uniapneaa sairastavan työ- ja toimintakyvyn säilyminen sekä tervehtyminen (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002,).

Tiedonsaannin laatu ja merkitys uniapneapotilaan hoidossa ja ohjauksessa on erittäin tärkeää. Uniapneahoitoa tarjoavien sairaaloiden, terveyskeskusten ja yksityisten klinikoiden tehtävänä on tarjota potilailleen mahdollisimman hyvät edellytykset hyvään ja tasapainoiseen hoitoon. Uniapneapotilaat hakevat itsenäisesti tietoa useista kanavista, kun sairaalat usein mieltävät tiedonsaannin antamisen ohjausprosessina. Suomessa tietoa on saatavilla monista eri kanavista kuten esitteistä, vertaisryhmistä, vastaanotoista, ensitietopäivistä, sähköisistä kirjastoista, uniapnean hoitolaitteiden valmistajien sivuilta ja yleisesti internetin hakukoneista. Parantaisiko tiedonsaannin laatu potilaiden terveyttä ja hoitoa, mikäli kaikki uniapnean tietoväylät olisi mahdollista synkronoida kokonaisuudeksi potilaan näkökulmaa hyödyntäen?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää uniapnean tiedonsaannin riittävyyden nykytila julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa omahoidon tueksi potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on luoda käsitys siitä, mihin kanaviin potilaat kokevat kaipaavansa lisätietoa ja tukea uniapnean tiedonsaantiin omahoidon parantamiseksi.

Ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyön aiheeksi muodostui kokemuksia tiedonsaannin riittävyydestä omahoidon tueksi – uniapneaa sairastavien potilaiden näkökulma.

1 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän osion aiheina ovat terveys, terveyden edistäminen, terveyden edistämisen strategia sekä terveyden edistämisen empowerment-käsite. Osio käsittelee myös uniapnean esiintyvyyttä suomalaisessa väestössä, sen pääpiirteitä, oireiden tutkimista sekä uniapnean hoitoa ja seurantaa. Osion uniapneasta kertova tietopohja perustuu unilääketieteelliseen kirjallisuuteen, valtakunnallisen uniapneaohjelman kriteereihin ja Suomen Käypähoito-suosituksiin, joiden olemassaolo ja tarkoitus on tukea ja ohjata uniapnean ammattitaitoista hoitoa Suomessa.

1.1 Terveys ja terveyden edistäminen

WHO:n (World Health Organization) mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila (WHO 1986). Ensimmäinen maailmanlaajuinen konferenssi terveyden edistämisen teemalla pidettiin Ottawassa vuonna 1986. Samana vuonna annettiin Ottawan julistus. Julistuksen tavoitteena oli taata terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä. Ottawan julistus pohjustaa terveyden edistämisen prosesseja, jotka antavat yksilölle mahdollisuuden hallita ja edistää omaa terveyttään. Yksilön tai ryhmän tulee pystyä tunnistamaan ja toteuttamaan tavoitteitaan, tyydyttämään tarpeitaan, muuttamaan tai sopeuttamaan itsensä ympäristöön saavuttaakseen täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilan. Terveys sinällään ei ole tavoite vaan arkinen resurssi (WHO 1986, 1-2).

Terveyden edistäminen (engl. health promotion) on prosessi, joka mahdollistaa ja antaa ihmiselle kyvyn kontrolloida ja parantaa omaa terveyttään omassa elinympäristössään. Terveyden edistämisen peruskäsitteitä ovat voimaantuminen (engl. empowerment), osallistuminen, terveyden kokonaiskuva, tasa-arvo, sosiaalinen tasa-arvo sekä poikkisektorinen työ ja päätösvalta omasta terveydestä (WHO 1986, 1).

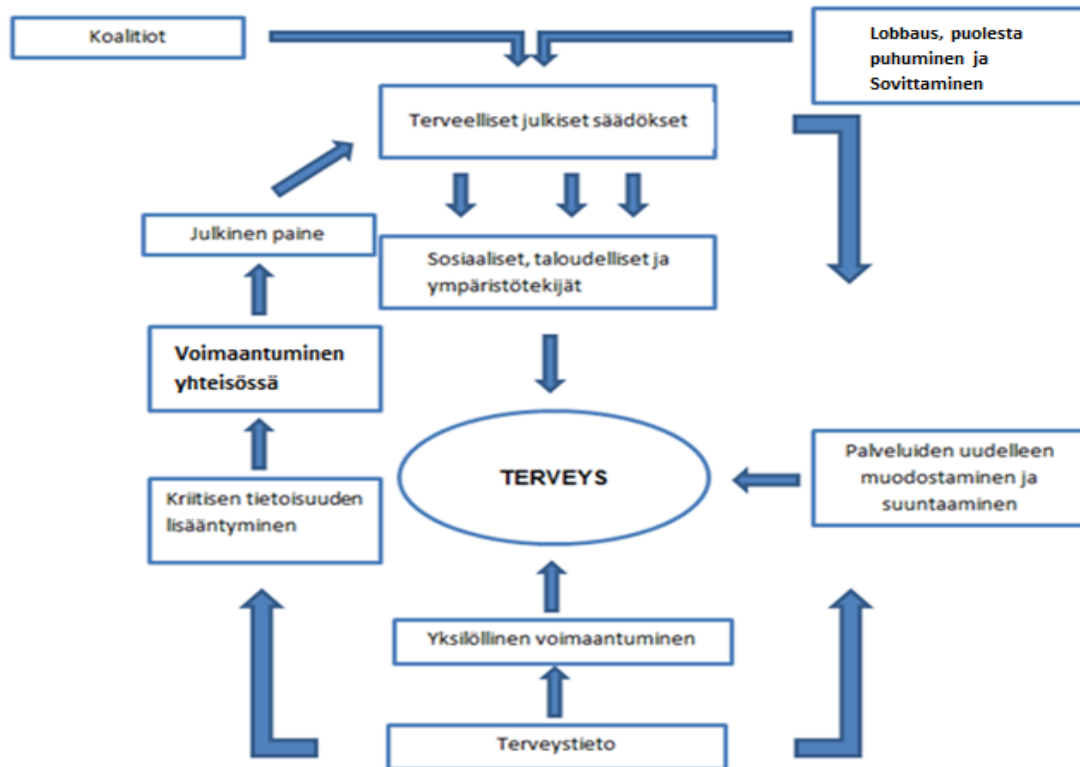
Terveyden edistämisen tarkoituksena on edistää ihmisten omaa terveyden valvontaa yksilönä sekä yhteiskunnallisesti tarkastelemalla ympäristön terveyteen vaikuttavia tekijöitä (Tillgren et al 2014, 13).

1.2 Voimaantuminen

Voimaantuminen sanana on hyvin moniulotteinen ja voi tarkoittaa suomenkielessä peruskäsitteenä voimaa tai valtaa (Siitonen ja Robinson 2001). Terveys on voimaantumista (Jones ja Meleis 1993) ja vaikka terveys on hyvin keskeinen käsite, sen luonteesta on käyty hoitotieteellistä keskustelua enemmän kuin sen merkityksestä ihmisen elämässä ja hoitotyössä (Siitonen ja Robinson 2001, 61-72; Jones ja Meleis 1993, 1-14).

Voimaantumisella tarkoitetaan myös ihmisen kykyä vaikuttaa omaan terveyteensä. Sana voimaantuminen tarkoittaa ihmisen omaa voimaa, valtaa ja jaksamista. Valta ja jaksaminen viittaa ihmisen kykyyn toteuttaa omia toiveitaan. Ihmisellä on luontainen halu tuntea itsensä vahvaksi ja siten pystyä vaikuttamaan oman elämän kulkuun (Askheim & Starrin 2012, 9; Stenbock-Hult 2013, 44).

Olen opinnäytetyössäni valinnut käyttäväni sanaa voimaantuminen. Yhteiskunnallisesti voimaantumisella on keskeinen ja avoin rooli yksilön ja yhteiskunnan välisessä dialogin vaikuttajana. Voimaantumisen avulla voidaan edistää ihmisen yksilöllistä ja sosiaalista kehitystä lisäämällä terveyttä edistävää tietoutta. Tietouden lisäämisen avulla voidaan voimaannuttaa ihmisiä tekemään terveyteen edullisia päätöksiä, jotka vaikuttavat sekä yksilöön että tämän ympäristöön. Terveyden edistämisen malli (kuva 1, sivu 12) (Tones et al 2001), joka käsittelee voimaantumisen moniuloittuneisuutta ja voimaannuttamisen yhteisvaikuttavia tekijöitä terveyteen ja terveyden edistämiseksi (WHO 1986, 4; Tones et al 2001, 50).



Kuva 1. Voimaantuminen – Terveystiedon edistämisen malli moniulotteisena yhteisvaikuttajana terveyteen yksilönä, yhteisössä sekä yhteiskunnassa.

1.3 Terveystiedon edistämisen strategiat

Terveystiedon edistämisen kolme strategiaa ovat puolesta puhuminen (advocate), mahdollistaminen (enable) ja sovittaminen (mediate). Nämä kolme verbiä muodostavat ytimen kansanterveyden edistämiseksi (WHO 1986, 2; Tillgren et al 2014, 22).

Puolesta puhumisen avulla voidaan vahvistaa tekijöitä, joilla on terveydelle edullisia vaikutuksia yksilönä sekä yhteiskunnalle (Stenbock-Hult 2013, 45).

Mahdollistamisen pyrkimys on edistää terveyden tasa-arvoa ihmisten välillä. Kaikille ihmisille on pyrittävä mahdollistamaan tasa-arvoiset edellytykset hyvään terveyteen (WHO 1986, 1-2).

Sovittamisella vähennetään ihmisten välisiä terveyseroja turvaamalla terveyden tasavertaisuutta ja terveyden resursseja siten, että kaikilla ihmisillä on tasavertaiset mahdollisuudet terveysresursseihin (WHO 1986, 2).

1.4 Uniapnea

Vuosien 2002-2012 aikana Suomessa kehitettiin valtakunnallinen uniapneaohjelma, jonka tarkoituksena on ehkäistä ja hoitaa uniapneaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa valtakunnallisessa uniapneaohjelmassa esitetään uniapnean määritteet, joiden tehtävänä on toimia uniapnean hoidon pohjana perusterveydenhuollossa (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 1-13).

1.4.1 Mitä on uniapnea?

Aikuisen uniapnealla tarkoitetaan toistuvia yöllisiä hengityskatkoksia, joiden viive on vähitään kymmenen sekuntia (apnea), tai hengityksen vaimentumia (hypopnea). Nämä oireet johtuvat ylähengitysteiden ahtautumisesta unen aikana. Hengityskatkoksiin liittyy myös veren happikyllästyneisyyden laskemiset (desaturaatiot), jotka lopuksi loppuvat tiedostamattomiin havahtumisiin unesta (Käypähoito 2010, 2-3).

Apneoiden ja hypopneoiden keskimääräinen esiintyvyys jokaista tuntia kohden ilmaistaan apnea-hyponea (AHI) -indeksinä. AHI-indeksi määrittelee uniapnean vaikeustasteen ja struktuurin (kuvat 2 ja 3, sivu 14). Uniapnean struktuuri luokitellaan obstruktiiviseen uniapneaan, sentraaliseen uniapneaan ja sekamuotoiseen uniapneaan. Uniapnean vaikeusasteet ovat määrättyneet American Academy Of Sleep Medicine -kriteerien mukaisesti. AASM-luokitusten mukaan ihminen sairastaa lievää uniapneaa AHI-indeksin ollessa 5-15/tunti, keskivaikeaa uniapneaa AHI-indeksin ollessa 15-30/tunti ja vaikeaa uniapneaa AHI-indeksin ollessa yli 30/tunti. Kuvassa 3 kuvataan uniapnean vaikeusasteet. Kuvassa on myös esitetty alle 1-vuotiaiden lapsien, sekä yli 70-vuotiaiden aikuisten uniapneakriteerit ja poikkeavat AHI-indeksin arvot. Aikuisilla yli 70-vuotiaalla poikkeava arvo on $AHI > 15$ /tunti ja alle 1-vuotiaiden lapsien poikkeava arvo on $AHI \geq 1$ /tunti (Käypähoito 2010, 3; Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 16-18)

TERMI	MÄÄRITELMÄ
Apnea	Täydellinen ≥ 10 sekuntia kestävä katkos hengitysil mavirtauksessa
Obstruktiivinen apnea	Hengityskatkos, jossa ilmavirtausta ei todeta hengitysyrityksistä huolimatta
Sentraalinen apnea	Hengityskatkos, jossa ei ole hengitysyrityksiä
Sekamuotoinen (mixed) apnea	Hengityskatkos on obstruktiivisen ja sentraalisen uniapnean yhdistelmä
Hypopnea	Vähentynyt hengitysil mavirtaus

Kuva 2. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 16. Uniapneaan liittyviä määritelmiä.

- **Lievä uniapnea** *): AHI 5 – 15/h ja lievät oireet
- **Keskivaikea uniapnea:** AHI 16 – 30/h ja merkittävät oireet
- **Vaikea uniapnea:** AHI yli 30/h ja vaikeat oireet

*) < 1 vuotiailla tulos poikkeava jos AHI ≥ 1 /tunti ja > 70 vuotiailla tulos poikkeava AHI > 15/tunti

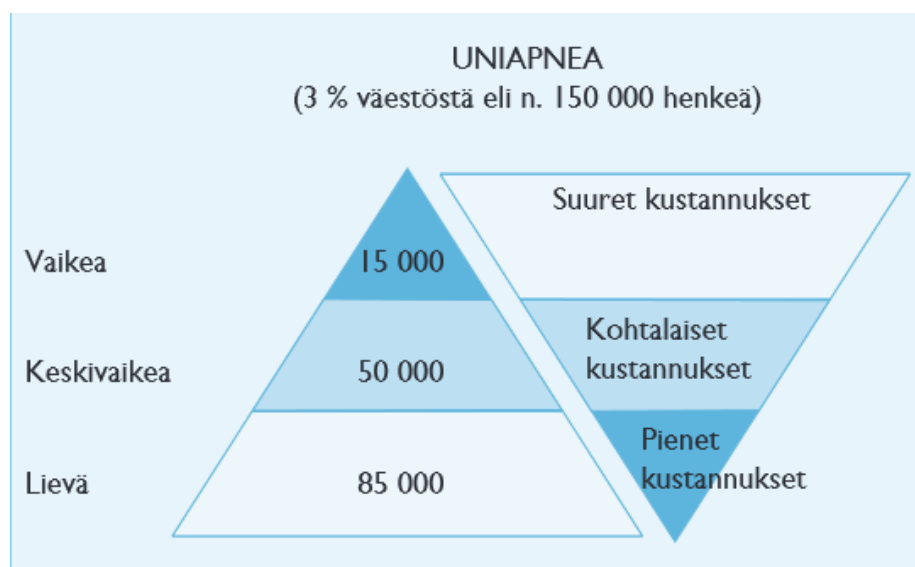
Kuva 3. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012,18. Uniapnean vaikeusasteet.

1.4.2 Uniapnean esiintyvyys suomalaisessa väestössä

Uniapnea on terveysongelma, joka on saavuttanut kansantaudin aseman mittasuhteet Suomessa jo vuosista 2002-2012 lähtien. Vuosina 2002-2012 noin 150 000 suomalaista sairasti uniapneaa, joka suhteutettuna koko väestöön oli määrältään noin 3 % keski-ikäisistä miehistä ja 2 % keski-ikäisistä naisista. Uniapnean pelättiin jo vuonna 2002 yleistyvän sairautena suomalaisessa väestössä lihavuuden lisääntymisen vuoksi (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 16).

Nykyiset voimassa olevat uniapnean Käypähoito-suositukset julkaistiin vuonna 2010. Käypähoito-suosituksissa mainitaan uniapneaa sairastavien potilaiden osuuden keski-ikäisessä väestössä jakautuvan siten, että 4 % keski-ikäisistä miehistä ja 2 % keski-ikäisistä naisista sairastaa uniapneaa. (Käypähoito 2010, 3)

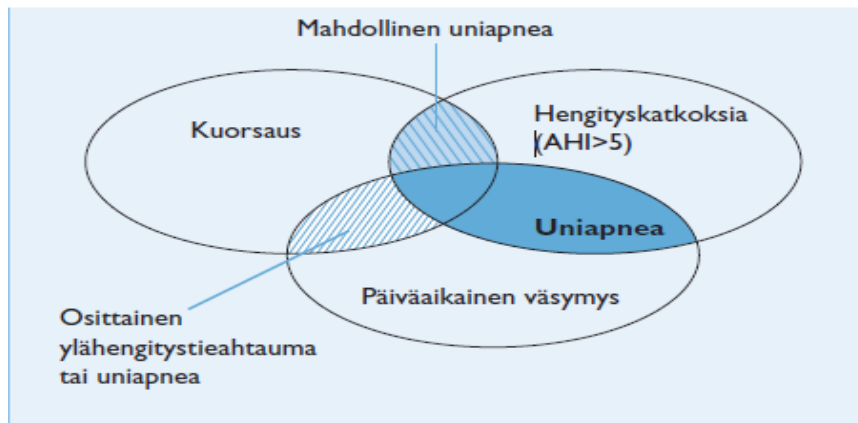
Vuosien 2002-2012 valtakunnallisessa uniapneaohjelmassa määriteltiin arvio uniapneaa sairastavasta väestöstä ja sen struktuurista. Arvioidusta 150 000 henkilöstä (3 % Suomen väestöstä) n. 15 000 henkilöä sairastaisi vaikeaa uniapneaa, 50 000 henkilöä keskivaikeaa uniapneaa ja 85 000 henkilöä lievää uniapneaa. Kuvassa 4 esitetään, miten uniapnea jakautuu väestön kesken vaikeaan, keskivaikeaan ja lievään uniapnean välillä ja miten sen hoitokustannukset korreloivat uniapnean vaikeusasteen kanssa. (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 20)



Kuva 4. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 20) Esiintyvyysslukuihin perustuva arvio uniapneaa sairastavien määrästä ja kustannuksista Suomessa.

1.4.3 Uniapnean oireet

Uniapnean pääoireisiin luokitellaan yölliset hengityskatkokset ja päiväväsymys. Myös kuorsaus, päiväväsymys ja hengityskatkokset muodostavat yhdessä suuren todennäköisyyden uniapnealle (kuva 5, sivu 16). Uniapneasta johtuvia valveaikaisia oireita ovat päiväväsymys, aamupäänsärky, nukahtelutaipumus, muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet, mielialahäiriöt, impotenssi ja närästys. Unenaikaisia oireita ovat äänekäs kuorsaus, puolison kertomat hengityskatkokset, levoton yöuni, yöhikoilu, lisääntynyt yöllinen virtsaamistarve ja närästys (kuva 6) (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 18-19).



Kuva 5. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 18. Hengityskatkosten, päiväväsymyksen ja kuorsauksen suhde uniapneaan

Valveaikaiset oireet	Unenaikaiset oireet
<ul style="list-style-type: none"> • Päiväväsymys • Aamupäänsärky • Nukahtelutaipumus • Muistihäiriöt • Keskittymisvaikeudet • Mielialahäiriöt, äkkipikaisuus, ärtyneisyys • Impotenssi, vähentynyt libido • Närästys 	<ul style="list-style-type: none"> • Äänekäs kuorsaus • Partnerin kertomat hengityskatkokset • Levoton yöuni • Yöhikoilu • Lisääntynyt yöllinen virtsaaminen • Närästys

Kuva 6. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 19. Uniapnean oireet.

1.4.4 Uniapnean kliininen tutkiminen ja hoito

Professori Markku Partisen et al (2007) kirjoittamassa Terve Uni -kirjassa Partinen kuvaa yhdessä Maarit Huovisen kanssa uniapnean tutkimisen ja hoidon menetelmät. Uniapnean tutkiminen vaatii useamman erikoisalan osaajia, kuten neurologian, kliinisen neurofysiologian, keuhkosairauksien, hammaslääketieteen, leukakirurgian, kurkku-, nenä ja nielusairauksien, sydän- ja verisuonitautien, psykiatrian, sisätautien ja lastensairauksien osaajia (Partinen et al 2007, 101).

Uniapneaa voi seuloa yksinkertaisilla kyselyillä kuten ESS (Epsworth Sleepiness Scale) -kyselyn avulla. Kyselyssä kysytään nukahtamisen todennäköisyydestä erilaisissa päivittäisissä tilanteissa (Käypähoito 2010, 9)

Uniapneaa voidaan tutkia polysomnografian, polygrafian tai unipatjan avulla. Polysomnografia tarkoittaa koko yön mittaista unirekisteröintiä (unipolygrafia), jossa mitataan aivosähkökäyrää (EEG = elektroencefalografia), kuorsausta, hengityliikkeitä, jalkojen liikkeitä, elektrokardiografiaa (EKG), ylähengitysteiden nenä- ja suuhengitystä, veren happikyllästyneisyyttä (Spo2), silmien liikkeitä (EOG = elektro-okulografia) ja leikalihaksien toimintaa (EMG = elektromyografia). Polygrafiolla tarkoitetaan polysomnografiaa suppeampaa kokonaisuutta. Uniapnean tutkimisessa voidaan myös käyttää unipatjaa, joka SCSB- (static charge sensitive bed) tai BCG- (ballistokardiografia) teknologian avulla mittaa henkilön liikkeitä patjaan liitetyn sensitiivisen anturin avulla (Partinen et al 2007, 101;142-144).

1.4.5 Uniapnean hoito

Uniapnean ensisijaisen hoitomenetelmä on CPAP-hoito. CPAP-hoito tarkoittaa ylipainehengityshoitoa (CPAP = Continuous Positive Airway Pressure). Hoitomenetelmä perustuu CPAP-laitteen tuottamaan ylipaineeseen, joka johdetaan nenänieluun maskin avulla. CPAP-hoidon tarkoituksena on estää hengitysteiden tukkeutuminen unen aikana. CPAP-hoito lievittää tai poistaa uniapnean oireita laitehoidon käytön ajaksi, muttei varsinaisesti paranna sairautta (Partinen et al 2007, 102).

Elämäntapamuutoksilla on huomattava merkitys uniapnean hoidossa. Obstruktiivisen uniapnean hoidossa CPAP-hoito ja elämäntapamuutokset voivat jopa ”parantaa” uniapnean. Jo 10 %:n painonpudotus merkitsee huomattavaa vähenemistä hengityskatkosten lukumäärässä ja kestossa (Partinen et al 2007, 102-103).

Uniapneaa voi hoitaa myös muilla kliinisillä menetelmillä, mm. hammaslääketieteellisesti hammaskiskojen avulla tai leikkaushoidolla käyttäen UPPP-, LUPPP- (Uvulopalatofaryngoplastia), RFA-, RFTA- (Radio Frequency Thermo Ablation) menetelmiä (Partinen et al 2007, 102-103).

1.4.6 Uniapnean seuranta

Nykyisten voimassa olevien Käypähoito-suositusten mukaan uniapnean seuranta tapahtuu joko erikoissairaanhoidossa tai terveyskeskuksessa konsultoiden erikoissairaanhoidoa. Uniapneaseurannan aikana kiinnitetään huomiota potilaan uniapneaoireisiin, löydöksiin ja elämäntapaan. (Käypähoito 2010; Duodecim 2010)

1.5 Voimaantuminen keinona edistää tietoutta uniapneasta ja uniapnean hoidosta

Voimaantuminen tarkoittaa, kuten aikaisemmin sivulla 10 viitataan, ihmisen kykyä vaikuttaa omaan terveyteensä. Sana voimaantuminen tarkoittaa myös ihmisen omaa voimaa, valtaa ja jaksamista. Uniapnea on kansansairaus enenvässä määrin (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 16). Voimaannuttamisen avulla yksilö tai ryhmä voi edistää terveyttä, kuten kuvassa 1 sivulla 12 (Tones et al 2001) kuvataan. Samassa kuvassa esitellään myös terveyden edistäminen moniulotteisena yhteisvaikuttajana terveyteen niin yksilössä, yhteisössä kuin yhteiskunnassa.

Uniapnean kriittisen tiedon lisäämisellä yhteisöihin, sekä palveluiden uudelleen muodostamisella ja suuntauksella voidaan edistää terveyttä. Yhteisöt tarkoittavat tässä suhteessa uniapneapotilaita ja palvelut taas esimerkiksi sairaaloita, terveyskeskuksia, ykistyisiä klinikoita, järjestöjä jne. Yleisesti uniapneatietoutta ja sen hoitoa voidaan edistää lisäämällä julkisia ohjelmia, näistä esimerkkinä Valtakunnallinen uniapneaohjelma. Tällöin hoitoa ja tietoutta uniapneasta voimaannutetaan sosiaalisilla, taloudellisilla ja ympäristöön vaikuttavilla tekijöillä. Yksilö voi edistää omaa tietouttaan uniapneasta terveystiedon avulla. Terveystieto toimii silloin yksilön voimaannuttajana. Yhteisöillä, yksilöillä, sekä erilaisilla ympäristötekijöillä on näin ollen toisiinsa vaikuttavia yhteiskunnallisia vaikutuksia uniapnean hoidon ja tietouden tilaan.

2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia tästä aiheesta haettiin käyttäen Google Scholar, Theseus, Nelli, Ovid, PubMed ja SweMed -hakumoottoreita. Suomessa tehtyjä aikaisempia

tutkimuksia uniapnean tiedonsaannin riittävydestä oli niukasti. Taustatutkimuksien haussa löytyi kuitenkin muutama kotimainen tutkimus, jotka käsittelivät uniapneapotilaiden tiedonsaantia.

Keskeisiä avainsanoja olivat uniapnea, seuranta, tiedonsaanti, terveyden edistäminen, sömnapné, uppföljning, information, hälsofrämjande, sleepapnea, follow-up, information, health promotion, Finnish Breathing Association, Philips ja Hengityслиitto.

Eräissä Pro Gradu -tutkielmassa käsiteltiin uniapneapotilaan kokemuksia CPAP-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tutkielman oli kirjoittanut Merja Lahtinen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta vuonna 2008. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta hoidon alkuvaiheesta ja hoidon sujuvuudesta kotona. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös tuoda esille parannusehdotuksia hoidon ohjauksen kehittämiseksi. (Lahtinen 2008, 6)

Tutkimuksen mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamansa hoidon ohjaukseen. Tyytymättömyyttä potilaat kokivat hoidon ja sen ohjauksen aiheuttamista pitkistä jonoista ja ennakkotietojen puutteellisuudesta. Tutkimustulosten mukaan potilaat jäivät kaipaamaan lisätietoja usealta hoidon eri osa-alueelta. (Lahtinen 2008, 50)

Ohjauksen tiedontarpeet kohdistuvat hoitoon liittyviin seikkoihin. Tällaisia seikkoja voivat olla laitteiden puhdistaminen, nenän hoito, erilaiset hoitovaihtoehdot ja sairauden pitkäaikaisvaikutukset. Potilaat kokivat, etteivät tienneet ennen hoiton tuloaan miten uniapnean hoito toteutetaan ja minkälainen hoitolaite on kysymyksessä. Potilaat olisivat haluneet ennakkotietoa hoitoon liittyvistä asioista, jotta he olisivat voineet suhtautua hoitoon jollain tavoin ennen hoidon aloittamista. (Lahtinen 2008, 50)

Eräissä YAMK-opinnäytetyössä käsiteltiin uniapneapotilaan CPAP-hoidon ohjausta sairaanhoitajan kuvaamana. Opinnäytetyön oli kirjoittanut Milla Karkia Tampereen ammattikorkeakoulun hyvinvointiteknologian koulutusohjelmasta vuonna 2012. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta. Opinnäytetyön tutkimusmetodina käytettiin kvalitatiivista analyysia induktiivisella päättelyllä ja kohderyhmänä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Iho- ja allergiasairaalan sairaanhoitajat (Karkia 2012, 27).

Vaikka Karkian opinnäytetyö ei koske potilaan näkökulmaa, se antaa viitteitä tiedonsaannin riittävyyden tasosta ja tiedonsaannin parannusehdotuksista. Karkia summaa tutkimustuloksissaan, että CPAP-hoidon potilasohjauksen onnistumiselle tulisi luoda optimaalinen toimintaympäristö ja sen erityisiin vaatimuksiin tulisi paneutua huolellisesti. Ohjausta antava hoitohenkilökunta on CPAP-hoidon onnistumisen kannalta merkittävässä asemassa (Karkia 2012, 51), lisäksi potilasohjauksen tulisi sisältää enemmän tietoa uniapneasta, CPAP-hoidon vaikuttavuudesta, ja sen tulisi olla riittävän perusteellista. CPAP-hoidon potilasohjausta tulisi antaa sekä ryhmäohjauksena että videometodilla. (Karkia 2012, 43)

Milla Karkian tekemässä opinnäytetyössä merkittävää oli, että hoitohenkilökunta voi arvioida CPAP-hoidon sivuvaikutukset hankalampina, kuin miten potilaat nämä kokevat. Hoitohenkilökunta voi tällöin välittää potilasohjauksessa tietoa liian negatiivisesti ja siten vaikuttaa heikentävästi potilaan CPAP-hoidon sopeutumiseen (Karkia M, 2012, 48). Sairaanhoitajien kokemusten mukaan potilasjonot luovat painetta CPAP-hoidon potilasohjaukselle (Karkia 2012, 49), ja myös Lahtisen tutkimuksessa ilmenee, että CPAP-hoitojonojen pituus ja hoidon saatavuuden vaikeus saattavat aiheuttaa tyytymättömyyttä potilaissa (Lahtinen 2008, 50). Potilaat hakevat itsenäisesti tietoa uniapneasta ja sairaanhoitajan aktiivisuus koettiin tutkimustuloksien mukaan myös tärkeäksi (Karkia 2012, 49).

Hengityслиiton julkaiseman Hengityслиehden numerossa 1/2014 Mervi Puolanne kirjoittaa artikkelissaan Mitä on uniapnean hyvä hoito Hengityслиiton jäsenien mielipiteistä hengityssairauksien hyvästä hoidosta. Kyseessä oli haastattelututkimus, johon haastateltiin Hengityслиiton jäseniä, jotka sairastivat keuhkohtaumatautia, uniapneaa tai muuta harvinaista hengityssairautta. Haastatteluun osallistui 243 jäsentä, joista 60 sairastivat uniapneaa ja joka kolmannes sairasti uniapneaa ja jotakin muuta hengityssairautta. Kahdella kolmesta oli käytössään CPAP-laite (Puolanne M 2014, 18-19). Jäsenien mielestä tieto lisää hoidon onnistumista. Lisäksi haastatellut kokivat hoidon onnistuneeksi, kun he olivat saaneet CPAP-laitteen käyttöönsä, hoidon seurannan sovittua, CPAP-laitteeseen tarvittavat lisätarvikkeet joustavasti ja hoitopaikassa oli tuttu unihoitaja, kuntoutusohjaaja tai omahoitaja (Puolanne M 2014, 19).

Artikkelissaan Puolanne kirjoittaa, että jäsenillä oli suurempi onnistumisen tunne, kun heillä oli mahdollisuus osallistua sairaalan järjestämään ensitilaisuuteen, kuntoutukseen tai luentotilaisuuteen. Erityisen onnistuneeksi hoidon kokivat ne jäsenet, jotka olivat myös onnistuneet pudottamaan painoaan. Omahoidon onnistumiseksi jäsenet korostivat tarvitsevansa ajankohtaista tietoa sairaudesta ja sen hoitomuodoista. Heitä motivoi uusi tieto elämäntapamuutoksessa (Puolanne M 2014, 19). He toivoivat myös lisää opastusta ja neuvontaa, erityisesti CPAP-laitteen käyttöön ja tiedonsaantiin laitteen käytön ongelmatilanteista. Jäsenet kokivat myös kuntoutumahdollisuuden parantavan hoidon onnistumista, esimerkkinä tästä painonpudotus. Lisäksi omahoidon onnistumista lisäisi jäsenten mielestä ravitsemusterapeutin ohjaus (Puolanne M 2014, 19).

Puolanne korostaa artikkelissaan myös uniapnean seuranta ja hän kirjoittaakin jo otsikossaan, että ”hyvä hoito edellyttää seuranta”. Puolanteen mielestä aktiivinen sairauden seuranta parantaa uniapnean hoidossa onnistumista. Puolanne kirjoittaa jäsenien kokevan tarpeelliseksi käydä seurannassa sekä lääkärin vastaanotolla vuoden välein. Suurimmalla osalla vastaajista oli seuranta sovittu ja järjestetty pääosin sairaalassa. Noin joka kolmannen seuranta oli järjestetty terveyskeskuksessa. Useimmilla seurantavälin pituus oli 1-2 vuotta. Jäsenistä yli puolella oli sovittu ja varattu seuranta-aika. Osa kävi lääkärin vastaanotolla puolen vuoden aikana (23 %) ja hoitajalla oli käynyt 60 % haastattelun jäsenistä. Osa tunsi olevansa oman aktiivisuuden varassa (Puolanne M 2014, 19)

Tässä haastattelututkimuksessa ongelmat hoidon onnistumisessa liittyivät erityisesti hoidon seurantaan. Sopivaksi seurantaväliksi koettiin yksi vuosi. Jäsenet toivoivat seurantakäynnin laadun kehittämistä niin, että seurantavastaanotolla voisi arvioida hoidon onnistumista ja tarvittaessa keskustella hoitohenkilökunnan lisäksi myös lääkärin kanssa yleisestä terveydentilasta. Moni jäsen kaipasi myös tietoa uniapnean liitännäissairauksista, kuten diabeteksestä, verenpainetaudista ja muistihäiriöistä (Puolanne M 2014, 19).

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA SUUNNITELMA

Tutkimus toteutettiin yhdessä Hengitysliiton ja Philips HealthTechin muodostaman työryhmän kanssa. Työryhmään kuului Hengitysliiton järjestöjohtaja Mervi Puolanne ja tutkimuksen kirjoittaja, sairaanhoitaja Niklas Eklund.

Hengitysliitto on sosiaali- ja terveystieteiden järjestö, joka pyrkii edistämään hengitysterveyttä ja hengityssairaana hyvää elämää. Hengitysliiton motto on ”hengitysterveys on jokamiehen oikeus”. Hengitysliitto toimii hengityssairaiden potilaiden edunvalvojana sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Hengitysliiton alla toimivia hengitysyhdistyksiä on eri puolilla Suomea ja yhdistysten toiminnassa on mukana kymmeniätuhansia hengityssairaita potilaita ja heidän läheisiään.

Philips HealthTech on kaupallinen toimija ja terveysteknologialaitteita valmistava yritys, jolla on toimipiste Suomessa. Philips HealthTech tuottaa ja myy terveysteknologiatuotteita sairaaloille, klinikoille ja yksityishenkilöille. Uniapneaa sairastaville potilaille Philips tarjoaa uniapneahoitoon tarkoitettuja terveysteknologisia ratkaisuja, kuten hengityshoitolaitteita obstruktiivisen, sentraalisen, sekamuotoisen ja kompleksisen uniapnean sekä muiden unenaikaisiin hengityshäiriöiden hoitoon.

Hengitysliiton tavoitteena oli toteuttaa tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää mitä tietokanavia Hengitysliiton jäsenrekisterissä olevat uniapneaa sairastavat potilaat käyttivät. Lisäksi Hengitysliitto halusi selvittää miten Hengitysliitto voisi edistää jäseniensä tiedonsaantia.

Tämän opinnäytetyön kirjoittaja on koulutukseltaan sairaanhoitaja, joka on erikoistunut unilääketieteeseen, unidiagnostiikkaan, unen huoltoon ja uniapnean hoitoon. Kirjoittajalla on monen vuoden ammatillinen kokemus unihoitajan tehtävästä sekä julkisessa (Iho- ja allergiasairaala - Uniyksikkö) että yksityisessä teveydenhuollossa (Helsingin Uniklinikka - Uniklinikka) unidiagnostiikan sekä uniapnean hoidon parissa. Kirjoittajan tämän hetkinen tehtävä on Philips HealthTech -organisaatiossa uniasiantuntijan ja asiakkuuspäällikön roolissa.

Hengitysliitolla ja Philips Health Techillä on vahva yhteistyötausta erilaisista projekteista. Kirjoittaja ehdotti yhteistyötä Hengitysliiton ja Philips HealthTechin välillä. Hengitysliitto ja Philips HealthTech pitivät ideasta, jolloin siitä myös syntyi ajatus tehdä Hengitysliiton projektista yhdessä Philips HealthTech kanssa terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulun koulutusohjelman opinnäytetyö.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää uniapneapotilaiden tiedonsaannin riittävyyttä omahoidon tueksi julkisessa sekä yksityisessä terveydenhuollossa. Päämääränä oli kerätä potilaiden näkökulmasta tietoa siitä, mihin tietoutta uniapneasta tulisi kanavoida edistään potilaiden terveystietoa. Tutkimus toteutettiin marraskuun 2015 ja helmikuun 2016 välisenä aikana.

Koska Hengitysliitolla ei ole omaa eettistä toimikuntaa, joka olisi voinut ennakoarvioida tämän tutkimuksen tutkimussuunnitelmaa, pyydettiin kyselytutkimuksen toteuttamiselle lupa Hengitysliiton järjestöjohtajalta. Järjestöjohtaja puolsi suunnitelmaa ja antoi suostumuksen kyselytutkimuksen tekemiselle.

Hengitysliiton järjestöjohtajan kanssa sovittiin, että kysely olisi Hengitysliiton jäsenille anonyymi, jolloin mahdollisuutta jäljittää vastauksia yksittäiseen jäseneseen ei ole. Lisäksi sovittiin, että vastaaminen on täysin vapaaehtoista, joten kyselyyn vastanneet jäsenet luovuttaisivat tietoja hengityssairauksistaan ainoastaan omasta tahdostaan. Kyselytutkimukseen valituille jäsenille lähetettiin saatekirje (liite 2), jossa anonymiteetti ja vapaaehtoisuus selitettiin vastaajalle. Mikäli vastaaja vastasi kyselyyn joko paperikyselymuodossa tai sähköisessä muodossa, tulkittiin tämä suostumuksena kyselyn osallistumiseen.

Sähköisesti vastaanotettu aineisto tallennettiin Webropol-verkkokyselyohjelmaa käyttäen. Sähköinen aineisto oli täysin henkilötunnukseton ja tutkittaville luotiin tutkimusnumero juoksevilla numeroinnilla. Paperiaineistoa säilytettiin lukitussa kaapissa tutkimuksen sekä tämän opinnäytetyön laatimisen aikana. Tutkimuksen ja opinnäytetyön valmistuttua aineistoa säilytetään Hengitysliiton tiloissa ja se poistetaan Hengitysliiton toimesta.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA KYSYMYKSENASETTELU

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää uniapnean tiedonsaannin riittävyyden nykytila julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa omahoidon tueksi potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on luoda käsitys siitä, mihin kanaviin potilaat kokevat kaipaavansa lisätietoa ja tukea uniapnean tiedonsaantiin omahoidon parantamiseksi.

Jotta kysymyksenasettelu vastaisi tavoitetta, on kysyttävä seuraavat kysymykset:

1. Miten hyvänä potilaat kokevat uniapnean tiedonsaaniin nykytilaa?
2. Millaisia kokemuksia potilailla on tiedonsaannin riittävydestä uniapnean omahoidosta?
3. Miten potilaat kokevat uniapnean seurannan tiedonsaannin nykytilaa?
4. Kuinka hyvin potilaat kokevat uniapnean seurantavälin tukevan heidän omahoitoa?

5 MATERIAALIT JA MENETELMÄT

Tutkimuksen kyselylomake laadittiin yhteistyössä Hengityслиiton järjestöjohtajan kanssa. Kyselyn laatiminen aloitettiin pohtimalla miten saisimme mahdollisimman toimivan kyselylomaakkeen, jotta se vastaisi tutkimuksen tavoitteita. Päädyimme Hengityслиiton järjestöjohtajan kanssa toteuttamaan kysely mielipidemittareilla sekä dikotomisilla kysymyksillä. Halusimme rakentaa mahdollisimman helpon kyselylomakkeen uniapneapotilaille, jotta saisimme sekä määrällisesti paljon että laadultaan luotettavia vastauksia. Lisäksi halusimme kaksi avointa kysymystä kertomaan potilaiden omia ajatuksia.

Pohdintaa aiheutti kyselyn toteuttaminen, sillä vastausten piti olla luotettavia ja niitä piti saada suuri määrä. Tutkimus valittiin toteutettavan sekä verkkokyselynä että postikyselynä. Verkkotyökaluna käytettiin Webropol-verkkokyselyohjelmaa. Kyselyn toimivuus esitettiin kirjoittajan työpaikalla. Kyselylomake annettiin Philipsin työntekijöille, jotka vastasivat kyselyyn. Testivastaajat saivat kommentoida kyselyä ja sen toimivuutta, mikäli kyselyn vastausohjeet olivat kaipasivat heidän mielestään muokkausta. Lisäksi testivastaajat saivat kommentoida kyselyn muodostamia mittareita.

Kysely toteutettiin 1.1.-14.1.2016 välisenä aikana, jolloin tutkimukseen valituilla Hengityслиiton jäsenillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn joko paperilla tai sähköisesti. Kokonaisuudessaan kysely koostui 28 kysymyksestä, joista ensimmäiset kaksi kysymystä kartoittivat vastaajien ikäryhmää ja sukupuolta. Seuraavaksi kysely jatkui osioittain yleiseen uniapnean tiedonsaannin käsittelyyn, omahoitoon, unen huoltoon ja

lopuksi uniapnean seurantaan. Lopuksi vielä kysyttiin uniapnealaittevalmistajien yleisestä näkyvyydestä.

Osa kyselylomakkeen kysymyksistä oli laitevalmistajiin viittaavia ja osa ei. Kirjoittajan mielestä ne eivät vastanneet täysin tämän opinnäytetyön kysymyksiä, joten siksi kirjoittaja on päättänyt käyttää seuraavia kyselylomakkeessa esitettyjä kysymyksiä:

- Kysymys 1. Ikäryhmä
- Kysymys 2. Sukupuoli
- Kysymys 3. Oletko kokenut saavasi tarpeeksi tietoa uniapneasta sairautena oireiden tutkimisvaiheessa ennen varsinaista diagnoosia?
- Kysymys 7. Oletko kokenut saavasi riittävästi tietoa uniapneasta sen diagnoosin jälkeen?
- Kysymys 9. Oletko ollut tyytyväinen seurantakäynneillä saamaasi omahoidon ohjaukseen?
- Kysymys 10. Mistä asioista olisit kaivannut lisää tietoa omahoitosi tueksi?
- Kysymys 12. Miten CPAP-hoitosi on järjestetty?
- Kysymys 13. Oletko ollut tyytyväinen seurantatapaan?
- Kysymys 16. Oletko ollut tyytyväinen uniapnean seurantaväliin?

Göran Eljertsson on kirjoittanut kirjan Enkäten i Praktiken (kysely käytännössä), jossa Eljertsson mm. tarkastelee eri kyselymuotojen hyötyjä ja haittoja. Kyselyn toteuttamisessa on hyvä tarkastella itselleen ja budjetilleen sopivaa kyselymuotoa. Eljertsson mainitsee kirjassaan esimerkiksi matalan kustannustason verkkokyselyn etuna postikyselyyn verrattuna, joka perustuu siihen, että postikustannukset ja kyselylomakkeen kopiointi jää prosessista pois. Lisäksi Eljertsson korostaa verkkokyselyn hyötynä analyysinopeuden, joka johtuu nykyisistä analyysiohjelmista ja tietojen prosessoinnista suoraan tietorekisteriin. Lisäksi verkkokyselyllä voi tavoittaa suuremman otannan. Verkkokyselyn haittapuolena Eljertsson mainitsee riskin saada tutkittavilta matalan vastausprosentin. (Eljertsson 2005, 10-11)

5.1 Materiaalin kokoamismetodi

Kyselyn toteuttamisessa käytettiin kvantitatiivista metodia. Tutkimus toteutettiin objektiivisesti (puolueettomasti) sekä anonyymisti (vastaajien henkilötietoja ei kysytty), hyvän tieteellisen tutkimuskäytännön mukaisesti.

Kysely lähetettiin 2500:lle Hengityслиiton jäsenelle postitse saatekirjeen kanssa. Vastaajat valittiin Hengityслиiton jäsenrekisteristä uniapnean ja sen hoidon keston mukaan. Kyselyyn valittiin mukaan ne jäsenet, joiden uniapnean hoito oli kestänyt vuosia. Jäsenillä oli mahdollisuus valita vastasivatko he paperikyselyyn vai verkkokyselyyn. Verkkokyselyyn vastaaminen oli mahdollista saatekirjeessä olevan verkko-osoitteen kautta.

5.2 Kvantitatiivinen analyysimetodi

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä tekijöitä ovat johtopäätökset esimerkiksi aikaisempien tutkimusten pohjalta, aiemmat teoriat sekä käsitteiden määrittely. (Hirsijärvi et al. 2006, 131). Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on saada vastaus muodostuneisiin tutkimusongelmaa varten laadittuihin kysymyksiin (Heikkilä 2005, 13). Kun kyseessä on määrällinen tutkimus, tutkimuksen aineistoa mitataan yleisesti numeroilla. Numerotiedot tulkitaan ja selitetään (muutetaan) sanalliseen muotoon (Vilkka, 2007, 14).

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käytetään usein survey-tutkimusta, jossa tyypillisesti kerätään tietoa käyttäen kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua. Tiedonkeräys tehdään aina samalla tavalla (standardoidussa muodossa), jolloin kyselyn sisältävä aineisto on aina jokaiselle vastaajalle sama. Vastaajat muodostavat otoksen jostakin valitusta ihmisjoukosta (Hirsijärvi et al. 2006, 125, 182).

Kyselyn avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto ja näin säästyy tutkijan aikaa. Huolellisesti laadittu kyselylomake on helppo kerätä ja käsitellä tallennettuun muotoon ja siten myös helppo analysoida tietokoneen avulla. (Hirsijärvi et al. 2006, 184).

Tiedonkeruumenetelmän valinta on riippuvainen tutkimukseen käytettävästä ajasta, budjetista ja tutkimuksen tavoitteesta ja luonteesta (Heikkilä 2005, 19).

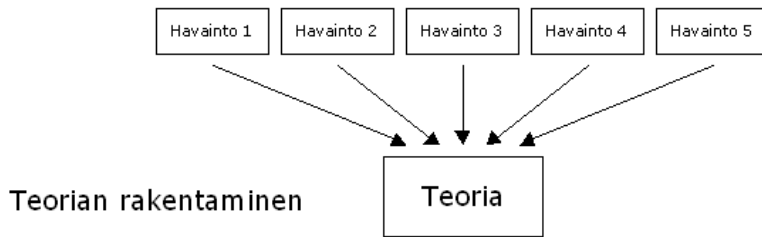
Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kerätystä aineistosta muodostetaan koodattuja muuttujaluokituksia. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian kyselylomakkeiden palautumisen jälkeen (Hirsijärvi et al. 2006, 209-211)

5.3 Induktiivinen päättely

Kvantitatiivisen kyselytutkimuksen tutkimusaineiston tulkinta on induktiivista. Induktiivinen ajattelutapa on prosessi joka tarkoittaa sitä, että yleisistä säännöistä yksittäisistä tapauksista tai huomioista muodostuu ilmiö. Induktiivisessä työskentelymuodossa on ominaista olla kiinnostunut elämän kokemuksista, jotka perustuvat vastaajan näkökulmaan. Tämän pohjalta muodostuu idea siitä, mitkä toimenpiteet toisivat eniten hyötyä ja tehokkuutta. Induktiivinen ajattelutapa pyrkii paljastamaan vastaajien totuuksia heidän omista kokemuksista ja näkökulmista. Vastaajien kokemusten ja näkökulmien pohjalta voidaan induktiivisen päättelyn avulla kehittää toimenpiteitä jonkin asian kehittämiseen. (DePoy & Gitlin 2002, 17-18)

De Vaus kirjassaan *Surveys In Social Research* kirjoittaa, kuinka induktiivisessa lähestymistavassa voidaan eri havaintojen perusteella rakentaa teoria eli induktiivinen yleistys. Havainnot voivat olla ilmiöitä, joita olemassa olevat teoriat eivät pysty selittämään. Teorian rakentaminen alkaa havainnoista, jotka voivat olla enemmän tai vähemmän systemaattisesti kerättyjä mielenkiinnon kohteen empiirisiä kuvauksia (kuva 7, sivu 28) (De Vaus 1994, 12).

Tämän kyselytutkimuksen tavoite oli selvittää uniapneapotilaiden tiedonsaannin riittävyyttä potilaiden näkökulmasta induktiivisen menetelmän avulla.



Kuva 7. DeVaussin induktiivinen lähestymistapa tutkimuksen rakentamisessa

5.4 Materiaalin analyysimenettely

Tässä osiossa kuvataan, miten tutkimuksen aineisto on koottu ja analysoitu MS Excel - taulukkolaskentaohjelman avulla. Vastauksien saapumisvaiheessa tutkimusaineisto anonymisoitiin siten, että täytettyyn kyselyyn mahdollisesti lisätyt henkilötiedot poistettiin ja jokainen kyselylomake merkittiin lukemisjärjestyksessä juoksevilla numeroinnilla luoden vastaajille yksilöllisen tutkimusnumeron. Tämän jälkeen lomakkeiden vastaukset syötettiin Excel-ohjelmaan koodattuna niin, että jokainen vastaus sai oman lukuarvon (esim. 1=ei ja 2=kyllä) muodostaen tutkimusaineistotietokannan. Paperikyselyiden vastaukset syötettiin Excel-ohjelmaan käsin, kun taas sähköiset vastaukset voitiin Webropol-verkkokyselyohjelmasta hakea suoraan Excel-taulukkoon.

Tutkimusaineisto analysoitiin Excel-ohjelmassa käyttäen taulukkolaskentaohjelman omia funktioita (mm. if-lauseke ikä- ja sukupuoliryhmien muodostamisessa). Koko aineiston analysoinnin lisäksi tutkimusaineisto jaettiin erilaisiin pienryhmiin taustatietojen perusteella, jolloin pystyttiin tulkitsemaan paremmin vastausten jakautumista sukupuolen ja ikäryhmien kesken.

Koodatun tutkimusaineiston kaikki taulukot ja kuvat on tehty Excel-ohjelman avulla.

6 TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET

Suomen tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimus on hyväksyttävä, mikäli se on luotettava, uskottava ja noudattaa hyvän tietellisen käytännön ohjeita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 18). Tutkijalla on myös vastuu omasta tutkimuksestaan ja sen sisältävästä aineistosta. Tutkijan tulee osoittaa myös rehellisyyttä ja täsmällisyyttä omassa tutkimuksessaan. Hänen on käytettävä muiden tutkijoiden lähteitä viitattava lähteisiin täsmällisesti, oikealla ja kunnioittavalla tavalla muita tutkijoita huomioiden (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 16).

Kaikki ihmisen toiminta, joka koskee ja vaikuttaa muihin ihmisiin, tulee noudattaa eettisiä periaatteita, jotka perustuvat kansallisesti ja kansainvälisesti hyväksytyihin arvointikriteereihin. Arcada, kuten monet muut korkeakoulut ja yliopistot, ovat sitoutuneet noudattamaan hyvän tietellisen käytännön ohjeita (Arcada 2014).

Kun tutkija haluaa selventää tutkimuksen tuomaa tutkimusongelmaa, hänen on vastattava itselleen seuraavilla kysymyksillä: mikä tieto on tutkimuksen kannalta merkityksellistä ja kenelle tutkimus on hyödyllinen? Lisäksi tutkijan tulee miettiä, onko tutkittava tieto julkaistavissa ja kuinka julkaistava tieto vaikuttaa yhteiskunnallisesti (Kynäs & Vanhanen 1999,10).

Tässä tutkimuksessa kirjoittaja on huomionnut muiden tutkijoiden tutkimuksia ja tietoja ja viitannut lähteisiin oikealla tavalla ja lähteitä kunnioittaen. Lisäksi kirjoittaja on merkinnyt käyttämänsä lähteen lähdeluetteluun täsmällisesti. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja kerätty aineisto säilytettiin tieteellisen aineiston käsittelyn käytäntöjä noudattaen.

7 TULKINTA JA TUTKIMUKSEN TULOS

Kyselyyn vastasi 1096 henkilöä (n=1096), joista 1009 (92 %) paperisessa ja 87 (8 %) sähköisessä muodossa. Vastaajista 43,5 % oli naisia ja 56,0 % miehiä. Tutkimukseen osallistuneista vastaajista 0,5 % ei halunnut kertoa sukupuoltaan (taulukko 1, sivu 30). Kaikista kyselyyn vastanneista 44,2 % olivat 66-75-vuotiaita, 29,3 % 56-65-vuotiaita,

12,9 % yli 76-vuotiaita, 10,2 % 46-55-vuotiaita, 1,9 % 36-45-vuotiaita ja 1,0 % ja alle 35-vuotiaita (taulukko 2, sivu 29).

Taulukko 1. Kaikkien vastanneiden sukupuolijakauma (n=1096)

Kaikki vastanneet ja ikäryhmä	n	%
m + n <35-vuotiaat	11	1
m + n 36-45-vuotiaat	21	1,9
m + n 46-55-vuotiaat	101	10,2
m + n 56-65-vuotiaat	322	29,3
m + n 66-75-vuotiaat	485	44,2
m + n >76-vuotiaat	141	12,9
Yhteensä (n=1096)	1091	99,5

* 0,5 % (n=6) ei vastannut kysymykseen.

Taulukko 2. Miesten ja naisten sukupuolijakauma kyselyyn vastanneista ikäryhmittäin (n=1096).

Miehet ja ikäryhmä	n	%	Naiset ja ikäryhmä	n	%
m <35-vuotiaat	4	0,4 %	n <35-vuotiaat	7	0,6 %
m 36-45-vuotiaat	10	0,9 %	n 36-45-vuotiaat	11	1,0 %
m 46-55-vuotiaat	61	5,6 %	n 46-55-vuotiaat	50	4,6 %
m 56-65-vuotiaat	176	16,0 %	n 56-65-vuotiaat	146	13,3 %
m 66-75-vuotiaat	279	25,4 %	n 66-75-vuotiaat	206	18,8 %
m >76-vuotiaat	84	7,7 %	n >76-vuotiaat	57	5,2 %
Miehet yhteensä	614	56,0 %	Naiset yhteensä	477	43,50 %
n= 1096	1091	99,50 %			

* 0,5 % (n=6) ei vastannut kysymykseen.

7.1 Ovatko potilaat saaneet riittävästi terveystietoa uniapneasta ja sen omahoidosta?

Tässä osiossa selvitetään uniapnean terveystiedonsaannin riittävyyttä sekä tiedonsaannin riittävyyttä omahoidon tueksi.

7.1.1 Kuinka moni kyselyyn vastanneista koki saaneensa tarpeeksi tietoa oireiden tutkimisvaiheessa ennen varsinaista uniapneadiagnoosia?

Vastaajilta kysyttiin, kuinka moni oli kokenut saaneensa tarpeeksi tietoa uniapnean eri hoitomuodoista ennen varsinaista uniapneadiagnoosia. Kaikista kyselyyn vastanneista 53,2 % koki saaneensa tarpeeksi tietoa uniapneasta sairautena jo oireiden tutkimisvaiheessa, ennen varsinaista diagnoosia (taulukko 3 sivu 31). Vastaavasti 46,8 % vastaajista ei kokenut saaneensa tarpeeksi tietoa uniapneasta sairautena oireiden tutkimisvaiheessa.

Kun vastauksia tarkasteltiin vastaajien sukupuolen mukaan, miehistä 56,0 % ja naisista 48,7 % koki saaneensa tarpeeksi tietoa uniapneasta sairautena ennen varsinaista diagnoosia, kun miehistä 44,0 % ja 51,3 % eivät kokeneet saaneensa tarpeeksi tietoa uniapneasta ennen diagnoosia.

Taulukko 3. Uniapnean hoidon tiedonsaannin riittävyys miesten ja naisten mielestä ennen varsinaista uniapneadiagnoosia.

f	Kyllä (n)	Ei (n)	f	Kyllä (%)	Ei (%)
Miehet	337	266	Miehet	56,0	44,0
Naiset	228	240	Naiset	48,7	51,3
Kaikki	565	506	Kaikki	53,2	46,8

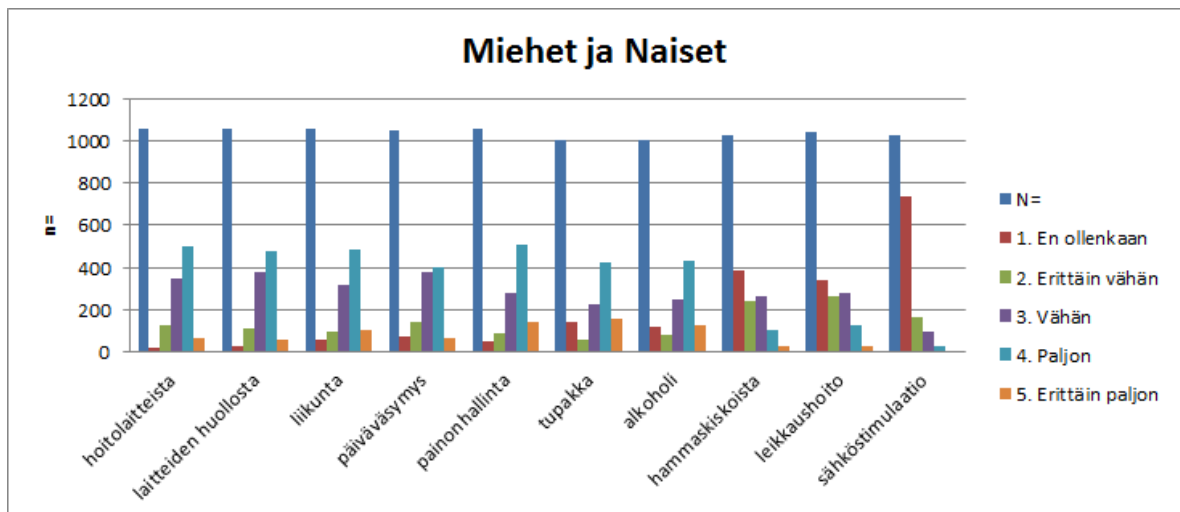
n= 1071

7.1.2 Kuinka moni vastaajista koki saaneensa tarpeeksi tietoa uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen?

Hengityслиiton jäseniltä kysyttiin, kuinka moni oli kokenut saavansa tarpeeksi tietoa uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen. Kysymys oli jaettu osioihin uniapnean hoitolaitteista sekä hoitolaitteiden huollosta, liikunnasta, painonhallinnasta, alkoholista ja tupakasta, leikkaushoidosta, päiväväsyyksestä, hammaskiskohoidosta sekä sähköstimulaatiohoidosta. Tiedonsaannin riittävyyden luokittelussa käytettiin seuraavia määritteitä: en ollenkaan, erittäin vähän, vähän, paljon ja erittäin paljon.

Kaikki kysymykseen vastanneet kokivat saaneensa eniten tietoa painonhallinnasta (paljon 47,7 % tai erittäin paljon 13,2 % vastaajista) liikunnasta (paljon 46,3 % tai erittäin paljon 9,8 % vastaajista), hoitolaitteista (paljon 47 % tai erittäin paljon 6,2 % vastaajista) ja hoitolaitteiden huollosta (paljon 45,1 % tai erittäin paljon 5,8 % vastaajista), kun taas vähiten tietoa kaikki vastaajat kokivat saaneensa sähköstimulaatiosta (en ollenkaan 71,7 % tai erittäin vähän 16,0 % vastaajista). Lisäksi huonosti tunnettiin myös leikkaushoito (en ollenkaan 32,7 % tai erittäin vähän 25,3 % vastaajista) ja hammaskiskojen käyttö (en ollenkaan 37,6 % tai erittäin vähän 23,5 % vastaajista) (kuva 8 ja taulukko 4, sivu 33).

Kaikki kysymykseen vastanneet kokivat yleisesti saaneensa melko hyvin tietoa hoitolaitteista, laitteiden huollosta, liikunnasta, päiväväsyyksestä, painonhallinnasta, tupakasta ja alkoholista.

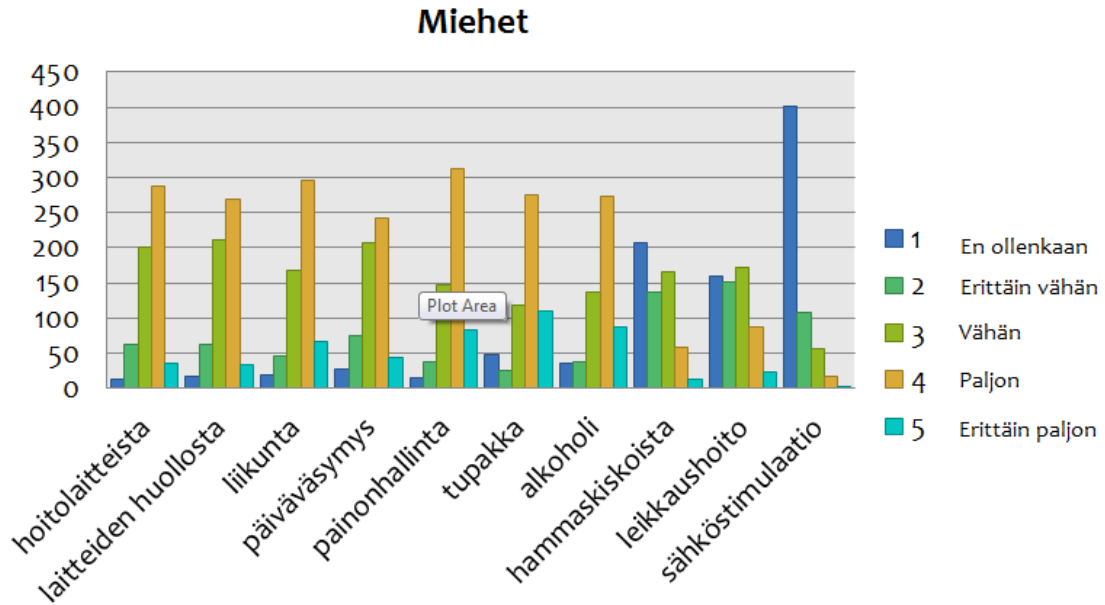


Kuva 8. Kyselyyn vastanneiden tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista uniapneadiagnoosin jälkeen.

Taulukko 4. Kaikkien vastaajien tiedonsaannin riittävyys uniapnaean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen.

Kaikki vastaajat	En ollenkaan n (%)	Erittäin vähän n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Hoitolaittet (n=1055)	22 (2,1)	124 (11,8)	348 (33,0)	496 (47,0)	65 (6,2)
Laitteiden huolto (n= 1057)	31 (2,9)	112 (10,6)	376 (35,6)	477 (45,1)	61 (5,8)
Liikunta (n=1054)	56 (5,3)	93 (8,8)	314 (29,8)	488 (46,3)	103 (9,8)
Päivävyäsymys (n= 1051)	73 (6,9)	138 (13,1)	374 (35,6)	398 (37,9)	68 (6,5)
Painonhallinta (n=1057)	50 (4,7)	86 (8,1)	275 (26,0)	504 (47,7)	140 (13,2)
Tupakka (n=1001)	144 (14,4)	57 (5,7)	222 (22,2)	424 (42,4)	154 (15,4)
Alkoholi (n=1003)	119 (11,9)	81 (8,1)	250 (24,9)	428 (42,7)	125 (12,5)
Hammaskiskot (n=1029)	387 (37,6)	242 (23,5)	267 (25,9)	106 (10,3)	27 (2,6)
Leikkaushoito (n=1044)	341 (32,7)	264 (25,3)	279 (26,7)	130 (12,5)	30 (2,9)
Sähköstimulaatio (n=1027)	736 (71,7)	164 (16,0)	97 (9,4)	27 (2,6)	3 (0,3)

Miehet kokivat saavansa riittävästi tietoa painonhallinnasta (paljon 52,4 % tai erittäin paljon 14,1 % vastaajista), liikunnasta (paljon 49,6 % tai erittäin paljon 11,3 % vastaajista), hoitolaitteista (paljon 48,1 % tai erittäin paljon 5,8 % vastaajista), laitteiden huollosta (paljon 45,4 % tai erittäin paljon 5,6 % vastaajista), päivävyäsymyksestä (paljon 40,9 % tai erittäin paljon 7,2 % vastaajista), tupakasta (paljon 47,6 % tai erittäin paljon 19,2 % vastaajista) ja alkoholista (paljon 47,9 % tai erittäin paljon 15,4 % vastaajista). Miehet kaipasivat eniten lisätietoa sähköstimulaatiosta (en ollenkaan 68,7 % tai erittäin vähän 18,5 % vastaajista), leikkaushoidosta (en ollenkaan 26,9 % tai erittäin vähän 25,5 % vastaajista) ja hammaskiskoista (en ollenkaan 35,7 % tai erittäin vähän 23,4 % vastaajista). Kaikkiaan miehet olivat kokeneet saaneensa melkein kaikista hoitomuodoista vain vähän tietoa (kuva 9 ja taulukko 5, sivu 34).



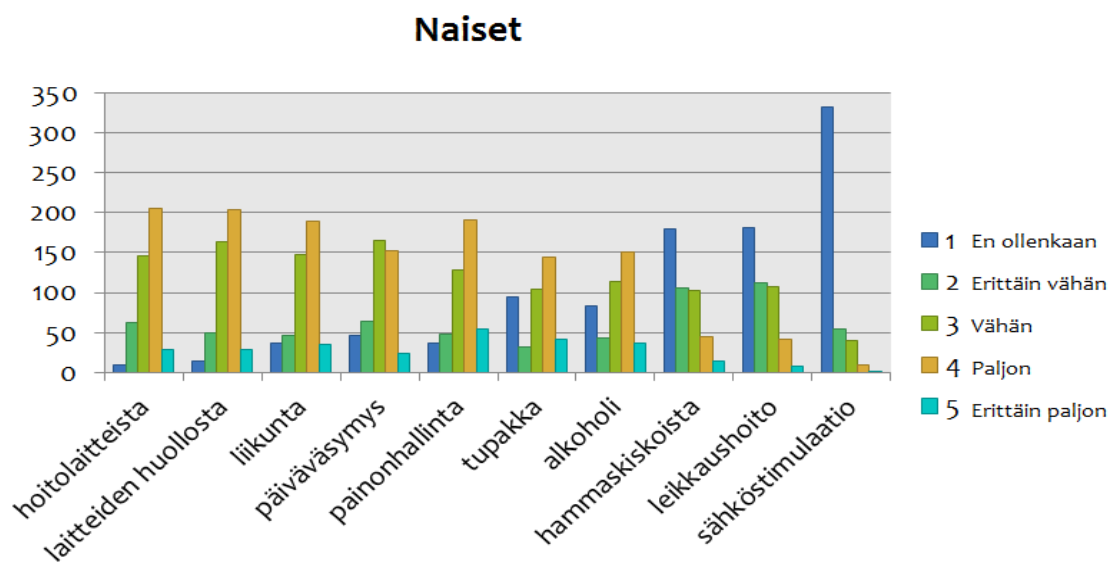
Kuva 9. Miesten tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista uniapneadiagnoosin jälkeen.

Taulukko 5. Miesten tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen.

Miehet	En ollenkaan n (%)	Erittäin vähän n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Hoitolaitteet (n=599)	13 (2,1)	62 (10,4)	201 (33,6)	288 (48,1)	35 (5,8)
Laitteiden huolto (n= 593)	17 (2,9)	63 (10,6)	211 (35,6)	269 (45,4)	33 (5,6)
Liikunta (n=595)	19 (3,2)	47 (7,9)	167 (28,0)	295 (49,6)	67 (11,3)
Päiväväsytys (n= 594)	27 (4,5)	74 (12,5)	207 (34,8)	243 (40,9)	43 (7,2)
Painonhallinta (n=595)	14 (2,4)	38 (6,4)	147 (24,7)	312 (52,4)	84 (14,1)
Tupakka (n=578)	49 (8,5)	25 (4,3)	118 (20,4)	275 (47,6)	111 (19,2)
Alkoholi (n=572)	35 (6,1)	38 (6,6)	137 (24,0)	274 (47,9)	88 (15,4)
Hammaskiskot (n=580)	207 (35,7)	136 (23,4)	165 (28,4)	59 (10,2)	13 (2,2)
Leikkaushoito (n=591)	159 (26,9)	151 (25,5)	171 (28,9)	87 (14,7)	23 (3,9)
Sähköstimulaatio (n=585)	402 (68,7)	108 (18,5)	56 (9,6)	17 (2,9)	2 (0,03)

Naiset kokivat saanneensa riittävästi tietoa hoitolaitteista (paljon 45,4 % tai erittäin paljon 6,4 % vastaajista), laitteiden huollosta (paljon 44,4 % tai erittäin paljon 6,1 % vastaajista), liikunnasta (paljon 41,6 % tai erittäin paljon 7,7 % vastaajista), päiväväsytystä (paljon 33,6 % tai erittäin paljon 5,3 % vastaajista), painonhallinnasta (paljon 41,2 % tai erittäin paljon 11,8 % vastaajista), tupakasta

(paljon 34,7 % tai erittäin paljon 10 % vastaajista) ja alkoholista (paljon 35,2 % tai erittäin paljon 8,5 % vastaajista). Naiset kaipaisivat lisää tietoa hammaskiskoista (en ollenkaan 40,3 % tai erittäin vähän 23,6 % vastaajista), leikkaushoidosta (en ollenkaan 40,4 % tai erittäin vähän 25 % vastaajista) ja sähköstimulaatiosta (en ollenkaan 76 % tai erittäin vähän 12,6 % vastaajista). Myös naiset olivat kokeneet saaneensa melkein kaikista hoitomuodoista vain vähän tietoa (kuva 10 ja taulukko 6, sivu 35).



Kuva 10. Naisten tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista uniapneadiagnoosin jälkeen.

Taulukko 6. Naisten tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen.

Naiset	En ollenkaan n (%)	Erittäin vähän n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Hoitolaitteet (n=451)	9 (2,0)	62 (13,7)	146 (32,4)	205 (45,4)	29 (6,4)
Laitteiden huolto (n= 459)	14 (0,3)	49 (10,7)	164 (35,7)	204 (44,4)	28 (6,1)
Liikunta (n=454)	37 (8,1)	46 (10,1)	147 (32,4)	189 (41,6)	35 (7,7)
Päiväväsytys (n= 452)	46 (10,2)	64 (14,2)	166 (36,7)	152 (33,6)	24 (5,3)
Painonhallinta (n=457)	36 (7,9)	48 (10,5)	128 (28,0)	191 (41,2)	54 (11,8)
Tupakka (n=418)	95 (22,7)	32 (7,7)	104 (24,9)	145 (34,7)	42 (10,0)
Alkoholi (n=426)	84 (19,7)	43 (10,1)	113 (26,5)	150 (35,2)	36 (8,5)
Hammaskiskot (n=444)	179 (40,3)	105 (23,6)	102 (23,0)	44 (9,9)	14 (3,2)
Leikkaushoito (n=448)	181 (40,4)	112 (25,0)	107 (23,9)	41 (9,2)	7 (1,6)
Sähköstimulaatio (n=437)	332 (76,0)	55 (12,6)	39 (8,9)	10 (2,3)	1 (0,2)

7.1.3 Kuinka paljon tietoa vastaajat olisivat halunneet omahoidon tueksi?

Vastaajilta kysyttiin kuinka paljon tietoa he halusivat omahoidon tueksi (taulukko 7). Kysymyksessä kysyttiin laitehoidon ohjauksesta, alkoholista ja tupakoinnin lopettamisesta, lääkkeitä, omahoidosta ja painonhallinnasta. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus vastata kohtaan ”jokin muu”. Vastaajat, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon ”jokin muu”, oli mahdollisuus perustella, mistä aiheesta he olisivat halunneet lisätietoa omahoidon tueksi.

Tiedonsaannin riittävyyden luokittelussa käytettiin määritteitä en lainkaan, vähän, paljon ja erittäin paljon (taulukko 7, sivu 36). Sekä miehet että naiset vastasivat tähän kysymykseen hyvin samalla tavalla, joten taulukkoon 7 ei ole eroteltu vastauksia erikseen vastaajien sukupuolen perusteella.

Kaikista vastanneista enemmistö kaipasi tietoa omahoidon ohjauksesta kokonaisuutena (paljon 32,5 % tai erittäin paljon 9,5 % kaikista vastaajista), painonhallinnasta (paljon 28,8 % tai erittäin paljon 7,7 % vastaajista), laitehoidon ohjauksesta (paljon 28,8 % tai erittäin paljon 7,2 % vastaajista) ja lääkkeiden käytöstä (paljon 30,4 % tai erittäin paljon 8,5 % vastaajista). Enemmistö kaipasi vähiten tietoa tupakoinnin lopettamisesta (”en lainkaan” vastasi 80,4 % vastaajista) ja alkoholin käytöstä (”en lainkaan” vastasi 67,3 % vastaajista). Kaikista vastaajista kohtaan ”Muu” vastasi 99 henkilöä.

Taulukko 7. Kuinka paljon kaikki vastaajat halusivat lisätietoa uniapneasta omahoidon tueksi.

Kaikki vastaajat (miehet ja naiset)	En lainkaan n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Laitehoidon ohjaus (n=884)	189 (21,4)	376 (42,5)	255 (28,8)	64 (7,2)
Tupakan lopettaminen (n=738)	593 (80,4)	96 (13,0)	40 (5,4)	9 (1,2)
Alkoholin käyttö (n= 781)	526 (67,3)	181 (23,2)	61 (7,8)	13 (1,7)
Painonhallinta (n=858)	258 (30,1)	287 (33,4)	247 (28,8)	66 (7,7)
Lääkkeiden käyttö (n=868)	204 (23,5)	326 (37,6)	264 (30,4)	74 (8,5)
Omahoidon ohjaus kokonaisuutena (n= 884)	130 (14,7)	383 (43,3)	287 (32,5)	84 (9,5)
Muu (n= 99)				

7.2 Ovatko potilaat kokeneet uniapneaseurantavälin riittävänä omahoidon tukena?

Tässä osiossa selvitetään miten uniapneaseuranta oli tutkimukseen vastanneilla järjestetty, sekä oliko vastanneiden mielestä uniapnean seuranta tiedonsaannin kannalta riittävää? Lisäksi tässä osiossa selvitetään myös mikä olisi vastaajien mielestä sopiva seurantaväli. Seurantaväli kuvastaa vastaajien uniapneahoidon ohjauksen sekä potilaan tiedonsaannin tarpeita.

7.2.1 Miten uniapneahoidon seuranta oli järjestetty vastaajilla?

Vastaajien enemmistöllä seurantatapa oli järjestetty seurantakäyntinä sairaalassa tai terveyskeskuksessa (taulukko 8). Vain pieni osa kaikista vastaajista oli etäseurannassa. Suurin osa tähän kysymykseen vastanneista kuului 56-75-vuotiaiden ikäryhmään. Miehet ja naiset vastasivat tähän kysymykseen hyvin samalla tavalla, joten taulukkoon 8 ei ole eroteltu vastauksia erikseen sukupuolen perusteella.

Taulukko 8. Miten kaikkien (miehet ja naiset) vastanneiden uniapneaseuranta oli järjestetty ikäjakauman mukaan.

Miehet ja naiset	Seurantakäynti n (%)	Etäseuranta n (%)
m + n <35-vuotiaat (n=11)	9 (81,8)	2 (18,2)
m + n 36-45-vuotiaat (n=19)	17 (89,5)	2 (10,5)
m + n 46-55-vuotiaat (n= 101)	99 (98,0)	7 (2,0)
m + n 56-65-vuotiaat (n=301)	282 (93,7)	19 (6,3)
m + n 66-75- vuotiaat (n=434)	404 (93,0)	30 (7,0)
m + n >76- vuotiaat (n=115)	98 (85,2)	17 (4,8)

7.2.2 Kuinka tyytyväisiä vastaajat olivat nykyiseen seurantatapaan?

Tähän kysymykseen vastasi kaikista 1096 vastaajasta yhteensä 1039 henkilöä (94,7 %). Taulukossa 9 sivulla 38 esitetään kaikkien vastaajien tyytyväisyys nykyiseen seurantatapaan sekä sukupuolten välinen jakauma tyytyväisyydessä.

Kaikista vastanneista erittäin tyytymättömiä oli 7,3 % ja 25,8 % vastaajista oli tyytymättömiä nykyiseen seurantatapaan. Tyytyväisiä oli 54,7 % ja erittäin tyytyväisiä

oli 12,2 % kaikista vastaajista. Enemmistö kaikista vastaajista oli siis tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaansa.

Miehistä erittäin tyytymättömiä nykyiseen seurantatapaan olivat 7,3 % ja tyytymättömiä 21,8 %, tyytyväisiä taas oli 58 % ja erittäin tyytyväisiä 12,9 %. Enemmistö miehistä oli tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaansa.

Naisista erittäin tyytymättömiä nykyiseen seurantatapaan oli 7,3 % ja tyytymättömiä 31,4 %, tyytyväisiä oli 49,8 % ja erittäin tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaan oli 11,4 %. Täten havaitaan, että myös enemmistö naisista oli tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaansa.

Taulukko 9. Miesten ja naisten tyytyväisyys nykyiseen uniapneaseurantatapaan

	Kaikki n (%)	Miehet n (%)	Naiset n (%)
Erittäin tyytymätön	76 (7,3)	43 (7,3)	33 (7,4)
Tyytymätön	268 (25,8)	128 (21,8)	140 (31,4)
Tyytyväinen	568 (54,7)	341 (58,0)	222 (49,8)
Erittäin tyytyväinen	127 (12,2)	76 (12,9)	51 (11,4)
	n=1039	n= 588	n=446

7.2.3 Kuinka tyytyväisiä kyselyyn vastanneet olivat uniapneahoidon seurantaväliin?

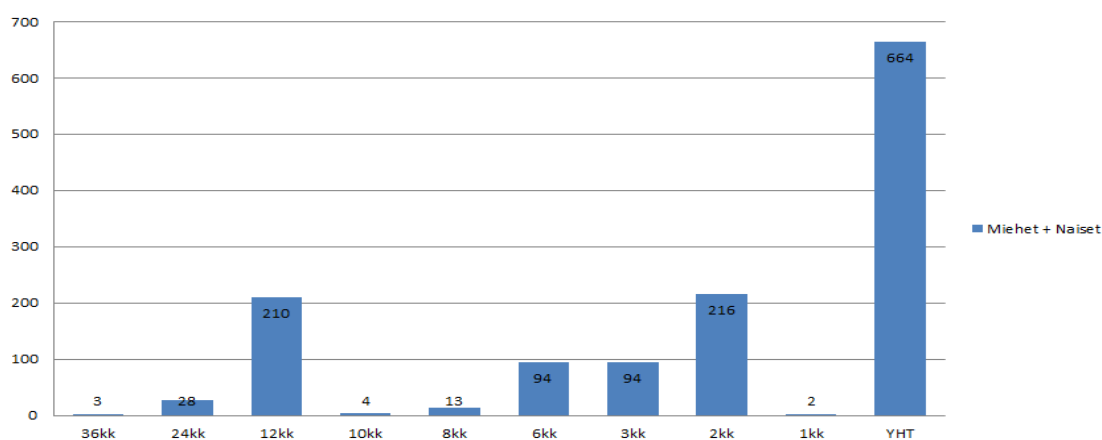
Kaikista vastaajista enemmistö olivat tyytyväisiä uniapneahoidon seurantaväliin. Eniten tyytyväisiä seurantaväliinsä olivat 66-75-vuotiaat vastaajat, kun taas vähiten tyytyväisiä olivat 36-45-vuotiaat. Enemmistö tähän kysymykseen vastanneista oli 56-75-vuotiaita. Ero tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden välillä oli kuitenkin hyvin pieni (taulukko 10, sivu 38). Miehet ja naiset vastasivat tähän kysymykseen hyvin samalla tavalla, joten taulukkoon 10 ei ole eroteltu vastauksia vastaajien sukupuolen perusteella.

Taulukko 10. Uniapneapotilaiden tyytyväisyys uniapneahoidon seurantaväliin.

Miehet ja naiset	Kyllä n (%)	En n (%)
m + n <35-vuotiaat (n=11)	7 (63,6)	4 (36,4)
m + n 36-45-vuotiaat (n=19)	5 (26,3)	14 (73,7)
m + n 46-55-vuotiaat (n= 107)	61 (57,0)	46 (43,0)
m + n 56-65-vuotiaat (n=299)	165 (55,2)	134 (44,8)
m + n 66-75- vuotiaat (n=361)	253 (70,1)	208 (29,9)
m + n >76- vuotiaat (n=126)	72 (57,1)	55 (42,9)

7.3 Mikä oli vastaajien mielestä hyvä seurantaväli?

Kaikkien vastaajien enemmistö oli sitä mieltä että joko kaksi kuukautta (32,5 %) tai 12 kuukautta 31,6 % olisi hyvä seurantaväli. Myös kuusi kuukautta (14,2 %) ja kolme kuukautta (14,2 %) saivat myös kannatusta vastaajilta. Muita ehdotuksia olivat kahdeksan kuukautta (2 %), kymmenen kuukautta (0,6 %), 24 kuukautta (4,2 %), 36 kuukautta (0,4 %) ja yksi kuukausi (0,3%) (Kuva 11).



Kuva 11. Hyvä uniapneahoidon seurantaväli kyselyyn vastanneiden potilaiden näkökulmasta.

7.4 Tutkimustuloksien yhteenveto

Kyselyyn vastasi yli tuhat vastaajaa (n=1096), joista suuri enemmistö vastasi postitse paperikyselyyn. Vastaajien sukupuolijakauma oli hyvin tasainen. Enemmistö kaikista vastaajista oli 66-75-vuotiaita.

Tiedonsaanti uniapnean eri hoitomuodoista jakautui lähes tasaisesti kaikkien vastanneiden kesken. Pieni enemmistö kaikista vastaajista koki saavansa tarpeeksi tietoa uniapneasta sairautena oireiden tutkimisvaiheessa ennen diagnoosia. Kun kysymyksen vastauksia tarkasteltiin sukupuolen mukaan, niin enemmistö miehistä koki saavansa tarpeeksi tietoa uniapneasta ennen diagnoosia, kun taas enemmistö naisista ei kokenut saavansa tarpeeksi tietoa uniapneasta ennen diagnoosia.

Enemmistö vastaajista koki saaneensa yleisesti hyvin tietoa hoitolaitteista, laitteiden huollosta, liikunnasta, päiväväsyyksestä, painonhallinnasta, tupakasta ja alkoholista uniapnean diagnoosin jälkeen. Vastaajat kokivat saavansa liian vähän tietoa sähköstimulaatiosta, hammaskiskoista ja leikkaushoidosta. Enemmän tietoa omahoidon tueksi vastaajat kaipasivat omahoidon ohjauksesta ja vähiten tietoa vastaajat kaipasivat tupakan ja alkoholin käytöstä.

Enemmistö vastaajien uniapneaseuranta oli järjestetty vastaanottona sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Hyvin pieni osa oli etäseurannassa. Enemmistö vastaajista oli myös tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaan. Vastaajien mielestään hyvä seurantaväli olisi joko kaksi kuukautta tai 12 kuukautta.

8 KRIITTINEN TARKASTELU JA POHDINTA

Kriittisellä tarkastelulla tarkoitetaan jonkin aineiston tarkastamista kriittisellä suhtautumisella ja konstruktiiivisella tavalla (Stenbock-Hult 2004, 13). Kriittinen suhtautuminen on peruspohjaisesti positiivinen uskomus kehittämisen mahdollisuuteen. Kriitikin avulla on mahdollista kehittää esimerkiksi teorioita, yhteiskuntia ja yksilöitä tavoitteena korjata ja poistaa niiden puutteita (Stenbock-Hult 2004, 49).

8.1 Tutkimuksen tavoitteen ja menetelmien kriittinen pohdinta

Tämän tutkimuksen tavoite oli selvittää uniapneapotilaiden jo olemassa olevan tiedonsaannin riittävyys nykytilaa ja sitä, mitä kanavia tulisi käyttää tiedon jakamiseen uniapneapotilaille? Tutkimus ei vielä kerro kuinka tiedonsaanti vaikuuttaa

terveyttä edistävästi koska aikaisempaa tutkimusnäyttöä ei ole. Tämä tutkimus luo kehityspohjan tutkia tiedonsaannin ja terveyden edistämisen välisistä vaikutusta uniapneapotilaan omahoidon tueksi.

Kaikkiaan 2500 kyselyä lähetettiin. Vastauksia saatiin yhteensä 1096, jolloin vastausprosentiksi muodostui 43,8 %. Tutkimustapa oli kvantitatiivinen ja menetelmänä käytettiin induktiivista päättelyä. Kyselytutkimuksen kysymykset, kysymysten asettelu ja struktuuri oli suunniteltu tukemaan uniapneapotilaiden näkökulmaan perustuvia mielipiteitä. Induktiivista menetelmää käytettiin tähän tutkimukseen, koska tavoitteena oli selvittää eri havaintojen perusteella syntyvää yleistystä (kts. kuva 7, sivu 25). Kyselyn kaikkien vastaajien sukupuoli jakautui lähes tasaisesti miesten ja naisten välillä (43,4 % (n=477) vastaajista olivat naisia ja 55,9 % (n=614) miehiä). On syytä huomata, ettei 0,5 % (n=6) vastaajista ei kertonut sukupuoltaan. Lähes tasaisen sukupuolijakauman vuoksi voidaan tutkimustuloksien perusteella syntyneitä havaintoja käyttää myös yleistäen ilman sukupuolierottelua.

8.2 Tutkimuksen luotettavuuden kriittinen pohdinta

Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin arvioimalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti (pätevyys, engl. validity) ilmaisee miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmää, joka mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoitus mitata (Hirsijärvi et al 2002, 213). Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustietojen pysyvyyttä. Mikäli tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. Tällä tavoin voidaan todeta, että saadut tulokset eivät ole sattumaa.

Reliabiliteetti ei kuitenkaan aina takaa validiteettia. Reliabiliteettia heikentäviä tekijöitä on esimerkiksi haastateltavien liian pieni määrä. (Kananen 2008, 79).

Tämän tutkimuksen aineisto koostui ainoastaan tilastoista, eikä ulkopuolista mittaria käytetty. Teoreettisia käsitteitä ei myöskään tarvittu erikseen käsitellä muuttujiksi (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 189,195).

Kyselytutkimuksen validiteettia tarkastellessa huomioitiin kyselytutkimuksen kysymyksien tarkoitusta, mikäli kysymykset vastasivat siihen mitä tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia. Kysymykset mittasivat Hengitysliiton jäsenistön uniapneapotilaiden

tiedonsaannin nykyistä, jo olemassa olevan tiedonsaannin tilaa potilaan näkökulmasta. Vaikka kysymykset olivat valideja, haasteeksi muodostui kuitenkin epätieto siitä, vastasivatko vastaajat rehellisesti ja oliko vastaajien mielentilalla, ajalla ja paikalla merkitystä siihen, miten he vastaisvat kyselyyn. Tähän kyselytutkimukseen vastasivat ainoastaan Hengitysliiton jäsenet, mikä herätti myös kysymyksen – miten erilaisia tulokset olisivat olleet, mikäli kyselyä olisi jaettu myös muiden järjestöjen jäsenille, sairaaloihin tai jopa koko Suomen väestölle?

Tutkimuksen reliabiliteetin tarkastelussa otettiin huomioon tutkimuksen stabiliteetti. Tutkimuksen stabiliteettiin vaikuttaa aika ja olosuhteet. Mikäli tutkimus toistettaisiin pidemmän ajanjakson jälkeen samalla otannalla, tutkimuksen tulokset saattaisivat muuttua johtuen ajan aiheuttamista muutoksista vastaajien olosuhteissa.

Kyselyn ulkoista validiteettia tarkastellessa huomioitiin miesten ja naisten välinen määrällinen sukupuolijakauma. Kaikkien vastaajien sukupuolijakauma oli lähes tasapuolinen miesten ja naisten välillä, ja siksi voidaan tutkimustuloksien perusteella syntyneitä havaintoja yleistää myös ilman sukupuolierottelua.

Tutkimuksen yksi suurimmista haasteista oli taustatutkimuksien löytäminen. Kirjoittajan oli hyvin vaikea löytää vertailututkimuksia uniapnean tiedonsaannista potilaan näkökulmasta Suomessa. Tämä näkyi erityisesti opinnäytetyön tutkimuslähteiden ja artikkeleiden määrän vähyydessä. Kaksi opinnäytetyötä löytyi aihepiiristä ja yksi aiheeseen viittaava tutkimus. Kirjoittaja olisi voinut tarkastaa opinnäytetyön teemaa kansainvälisesti ja vertailla tiedonsaannin riittävyyttä ja potilaiden näkökulmaa myös ulkomaalaisiin lähteisiin. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuitenkin selvittää potilaiden kokemuksia tiedonsaannin riittävyydestä Suomessa. Kirjoittaja ei uskonut ulkomaalaisien lähteiden tuovan opinnäytetyöhön lisäarvoa maantieteellisen rajauksen vuoksi.

Työelämään tämä tutkimus tuo lisäarvoa ja tietoa siitä, miten potilaat kokevat uniapnean tiedonsaannin nykytilaa ja miten he toivoisivat jatkossa saavansa tietoa uniapneasta. Tutkimus luo pohjaa terveyttä edistävälle ja voimaannuttavalle toiminnalle.

9 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä osiossa tarkastellaan tutkimuksen johtopäätöksiä. Osiossa käydään läpi tiedonsaannin riittävyyden, omahoidon tuen ja seurannan tutkimustulosten keskeisiä havaintoja potilaiden näkökulmasta.

9.1 Tiedonsaannin riittävyys ennen diagnoosia ja diagnoosin jälkeen?

Kyselyn vastaukset jakautuivat lähes tasan tyytyväisten ja tyytymättömien vastaajien kesken. Miesvastaajista hieman yli puolet kokivat tiedonsaannin olevan riittävää ennen varsinaista diagnoosia, kun taas naisvastaajien keskuudessa lähes puolet vastaajista kokivat olevansa tyytymättömiä tiedonsaannin riittävyyteen ennen varsinaista diagnoosia. Tiedonsaannin nykytila voidaan todeta olevan kohtuullisella, muttei erinomaisella tasolla.

Diagnoosin jälkeistä tiedonsaantia painonhallinnasta, liikunnasta, hoitolaitteista ja hoitolaitteiden huollosta oli vastaajien mielestä riittävästi. Vastaajat kaipasivat kuitenkin enemmän tietoa sähköstimulaatiosta.

Yleisenä johtopäätöksenä voi todeta, että vastaajat kokivat saavansa varsin hyvin tietoa elämäntapaohjaukseen liittyvistä aiheista. Sähköstimulaatio oli kuitenkin vastaajille varsin tuntematon hoitokeino. Kirjoittajana tämä herättää kysymyksen: johtuuko sähköstimulaation huono tunnettavuus siitä, että sitä ei ensisijaisesti markkinoida potilaille hoitokeinoksi yhtä vahvasti kuin elämäntapaan liittyviä aiheita? Voisiko kysymyksessä olla myös jokin lääketieteellinen syy, jonka vuoksi sähköstimulaatio on tuntemattomampi potilaille?

Mervi Puolanne kirjoittaa Hengityslehdessä, että jäsenien mielestä tieto lisää hoidon onnistumista. Lisäksi jäsenet kokivat hoidon onnistuneeksi, kun he olivat saaneet CPAP-laitteen käyttöönsä, hoidon seurannan sovittua, CPAP-laitteeseen tarvittavat lisätarvikkeet joustavasti ja hoitopaikassa oli tuttu unihoitaja, kuntoutusohjaaja tai omahoitaja. Jäsenet

toivoivat myös lisää opastusta ja neuvontaa, erityisesti CPAP-laitteen käyttöön ja tiedonsaantiin laitteen käytön ongelmatilanteista (Puolanne M 2014, 19).

9.2 Tiedonsaanti omahoidon tueksi seurantakäynneillä

Tupakoinnin lopettamisesta ja alkoholin käytöstä tietoa oli vastaajien mielestä riittävästi. Tupakkaa ja alkoholia koskeviin kysymyksiin saatiin muita kysymyksiä vähemmän vastauksia, mahdollisesti siksi, koska osa vastaajista ei tupakoi eikä käytä alkoholia. Miehet kaipasivat eniten tietoa lääkkeistä ja omahoidosta. Naiset kaipasivat eniten tietoa laitehoidon ohjauksesta ja omahoidosta kokonaisuutena. Lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä seurantakäynneillä saamaansa tietoon ja ohjaukseen.

Mervi Puolanne kirjoittaa Hengityslehdessä, että omahoidon onnistumiseksi jäsenet korostavat tarvitsevansa ajankohtaista tietoa sairaudesta ja sen hoitomuodoista. Heitä motivoi uusi tieto elämäntapamuutoksessa (Puolanne M 2014, 19).

Merja Lahtinen kirjoittaa taas, että potilaat kokevat, etteivät tiedä ennen hoiton tuloaan miten uniapnean hoito toteutetaan ja minkälainen hoitolaite on kysymyksessä. Potilaat haluavat ennakkotietoa hoitoon liittyvistä asioista, jotta he voisivat suhtautua hoitoon jollain tavoin ennen hoidon aloittamista. (Lahtinen 2008, 50)

9.3 Tyytyväisyys uniapnean seurantaan ja järjestelyyn

Tuloksista kävi ilmi, että uniapnean seuranta vastaanotolla on etäseurantaan verrattuna huomattavasti yleisempää. Sekä miehet että naiset olivat tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaansa ja vastaajien lievä enemmistö oli tyytyväisiä nykyiseen seurantaväliinsä. Uniapnean seuranta vastaanotolla on Suomessa perinteinen tapa seurata uniapneapotilaan hoitoa ja hoitotasapainoa. Etäseuranta taas on varsin uusi tapa seurata uniapnean hoitoa. Etäseuranta pidetään uniapneapotilaan seurannan tulevaisuutena, sekä kustannustehokkaana tapana seurata uniapneapotilaiden hoitoa. Lisäksi etäseuranta voisi vähentää potilaiden vastaanoton tarvetta. Tämä herättää kuitenkin kysymyksen: parantaisiko se myös tyytyväisyyttä potilaissa?

Kysyttäessä tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä seurantakäyntien välin pituuteen huomattiin, että ero tyytyväisten tai tyytymättömien vastaajien määrän välillä oli hyvin pieni. Enemmistö piti hyvänä seurantavälinä joko kahta kuukautta tai 12:ta kuukautta. Puolanne kirjoittaa Hengityslehdessä jäsenien kokevan tarpeelliseksi käydä seurannassa sekä lääkärin vastaanotolla vuoden välein. Suurimmalla osalla vastaajista oli seuranta sovittu ja järjestetty pääosin sairaalassa. Noin joka kolmannen seuranta oli järjestetty terveyskeskuksessa. Useimmilla seurantavälin pituus oli 1-2 vuotta (Puolanne M 2014, 19). Onko pitkä seurantaväli potilaiden kokemana indikaatio hyvästä hoitotasapainosta vai resurssien puutteesta? Lyhyt seurantaväli potilaan kokemana voi kertoa uniapneahoidon alkuvaiheesta, jolloin seurannan ja tuen tarve on suuri. Lyhyt seurantaväli pitkään hoidossa olleilla potilailla taas saattaa kertoa potilaiden huonosta sopeutumisesta tai tiedonsaannin puutteesta.

10 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksen toteuttamisen aikana syntyi ajatuksia jatkotutkimusaiheista.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla:

1. Vaikuttaisiko tiedonsaannin lisäys terveyttä edistävästi, jos uniapneatietoa lisättäisiin tässä tutkimuksessa selvinneisiin kehityskohteisiin?
2. Uniapneatietoa on nykyään saatavissa internetistä potilaiden avuksi mm. sairaanhoitopiirien ja Duodecimin Terveyskirjaston internetsivuilta. Miten internetistä löytyvää tietoa voitaisiin paremmin tarjota potilaille?

11 KESKUSTELU

Tämä keskusteluosio käsittelee tässä tutkimuksessa käytettyjen metodivalintojen ja tutkimustuloksien keskeisiä ajatuksia. Osiossa pohdinnan aiheena ovat metodivalintojen ja tuloksien käytännön merkityksiä.

11.1 Metodikeskustelu

Metodeina käytettiin kvantitatiivista analyysitapaa ja induktiivista päättelyä. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus oli tämän tutkimuksen kannalta toimiva vaihtoehto mitata sitä, mitä tässä tutkimuksessa haettiin. Induktiivinen päättely sopi myös tähän tutkimukseen, sillä tavoitteena oli selvittää monesta eri ilmiöstä syntyvä kokonaisuus, joka kuvaisi tiedonsaannin riittävyyden nykytilaa potilaiden näkökulmasta. Vielä ei kuitenkaan tiedetä, vaikuttaako tiedonsaannin lisäys potilaiden toivomiin kanaviin terveyttä edistävästi. Tutkimus luo kuitenkin pohjan jatkotutkimuksille (Kuva 7, sivu 25).

Kyselyn rakenne koostui pääosin monivalintakysymyksistä, mikä teki kyselyyn vastaamisen ja tulosten analysoinnin helpoksi. Kyselyssä oli myös kaksi vapaamuotoista kysymystä, joita tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan tarkasteltu.

Kyselyitä lähetettiin 2500 kappaletta ja vastausprosentiksi muodostui 43,8 % (n=1096) mikä voidaan pitää hyväksyttävänä vastausprosenttina. Vaikka tutkimuksesta saatiin hyvin tietoa tiedonsaannista ja sen riittävyydestä, olisi myös ollut mielenkiintoista saada tietää miten suuri vaikutus heterogeenisemmalla otoksella olisi ollut verrattuna nykyiseen Hengitysliiton jäsenrekisteristä poimittuun otosryhmään. Hengitysliiton jäsenistö kuitenkin koostuu henkilöistä eri puolelta Suomea, joten voidaan olettaa tutkimuksen tulosten olevan sovellettavissa valtakunnallisesti. Jos tutkimukseen olisi lisännyt yhden taustatietokysymyksen lisää tutkittavan asuinpaikkakunnasta tai -läänistä, olisi tietoa voitu käyttää vastauksien eroavaisuuksien tutkimiseen Suomen eri alueiden välillä.

11.2 Keskustelu tutkimuksesta ja tutkimustuloksista

Inspiraationi tutkia uniapnean tiedonsaannin riittävyyttä potilaan näkökulmasta sain toimiessani unihoitajana Helsingin Uniklinikalla. Unipaneavastaanotollani kävi usein potilaita, jotka kokivat tarvetta saada tietää uniapneasta paljon enemmän, kuin mitä olivat saaneet julkisen terveydenhuollon kautta. Usein potilaat olivat tässä vaiheessa menettämässä uskoaan omaan CPAP-hoitonsa, ja halusivat saada tukea hoitoonsa

ykistysiseltä klinikalta. Vaikuttavinta minusta oli huomata, että potilaat, joille kaikki uniapneatieto kerrattiin alusta loppuun saakka, alkoivat taas hiljalleen motivoitua CPAP-hoitoonsa. Erityisesti huomasin potilaissa sen, että kun näyttöön perustuvaa tietoa annettiin uniapneasta ja uniapnean kokonaisvaltaisesta hoidosta perusteellisesti, potilaiden suhtautuminen omaan hoitoonsa parani merkittävästi. Vastaanoton sisältöön kuului hoitolaitteiden teknillisten toimintojen, hoitolaitteiden vaikutukset uniapnean hoitoon ja tyyppiin, uniapnean hoidon hyötyjen, uniapnean liitännäisvaikutusten ja muiden sairauksien riskien kertominen, elämäntapaohjaus ja elämäntapojen vaikutus uniapneaan.

Ajan mittaan minulle alkoi syntyä tarve selvittää näyttöön perustuvasti, että millaista tietoa ja kuinka paljon potilaat toivoisivat saavansa sitä omahoidonsa tueksi.

Tutkimustuloksien tarkastelussa syntyi muutamia mielenkiintoisia kysymyksiä. Uniapnean tiedonsaannin riittävyyden tarkastelussa ennen varsinaista diagnoosia ilmeni, että miehet olivat tyytyväisempiä uniapneatiedonsaantiin naisiin verrattuna. Tyytyväisyys jakautui kysymyksessä tiedonsaannin riittävyydestä melkein tasapuolisesti, kun mitattiin kaikkien vastaajien tyytyväisyyttä. Miksi miehet olivat tyytyväisempiä? Ovatko naiset tyytymättömämpiä koska he kaipaavat erilaista tietoa miehiin verrattuna vai kokevatko miehet kaipaavansa kaiken kaikkiaan vähemmän tietoa uniapneasta, mikä selittäisi miksi miehet ovat tyytyväisempiä naisiin verrattuna? Tätä olisi mielenkiintoista tutkia lisää ja selvittää, mitkä ovat ne erottelevat päätekijät, jotka vaikuttavat miesten ja naisten tyytyväisyyden eroon tiedonsaannin riittävyydessä.

Potilaat kokivat saavansa riittävästi tietoa painonhallinnasta, liikunnasta, hoitolaitteista ja hoitolaitteiden huollosta uniapneadiagnoosin jälkeen. Tämä korostaa sen, että ennen diagnoosia ja diagnoosin jälkeisessä tyytyväisyydessä on myönteistä eroa sekä naisissa ja miehissä. Huomioitavaa kuitenkin on se, että kyselyssä ei kysytty eri hoitomuotojen tiedonsaannista ennen diagnoosia vaan ainoastaan miten tyytyväisiä potilaat olivat tiedonsaantiin ylipäänsä.

Enemmistö uniapneaseurannassa olevista potilaista kävivät vastaanotolla sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Ainoastaan hyvin pieni osa oli etäseurannassa. Potilaat olivat

yleisesti ottaen tyytyväisiä nykyiseen seurantatapaan. Seurantakäynnin välin pituutta tarkastellessa enemmistö potilaista toivoi kahden kuukauden tai 12 kuukauden seurantaväliä. Tässä heräsi kysymys: miksi näin suuri ero seurantavälitoiveissa? Kokevatko kahden kuukauden seurantaväliä toivovat potilaat itsensä epävarmemmiksi omahoidossaan tiedonsaannin puutteen vuoksi? Ovatko vastaavasti 12 kuukautta vastanneet potilaat varmempia omahoidossaan ja tiedonsaannissaan?

Tämä tutkimus ei vielä kerro kuinka suuri vaikutus tiedonsaannin lisäämisellä on potilaan omahoidon vaikuttajana, mutta kuvaa hyvin potilaiden omia kokemuksia tiedonsaannin nykytilasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kiinnittää huomiota uniapneapotilaiden kokemuksiin ja siihen mihin terveystietoa tulisi uniapneasta kanavoida, jotta tiedonsaanti olisi omahoidon tukena mahdollisimman riittävää ja omahoitoa tukevaa.

12 SVENSK SAMMANFATTNING

I denna sammanfattning beskrivs detta masterarbete i helhet på svenska. Avsnittet innehåller en sammanfattning av följande helheter: Inledning och bakgrund, teoretisk referensram, syfte och målsättning, metod, resultat, slutsats och diskussion.

12.1 Inledning och bakgrund

Sömnapné är idag allt vanligare inom den finska befolkningen. Det finska nationella sömnapné programmet har som syfte att åstadkomma kostnadseffektivitet, minskad incidens och behov av vård hos sömnapné patienter. Programmet har även som syfte att upprätthålla patienternas arbetsförmåga och hälsa (Nationella sömnapnéprogrammet 2002, 3). Kvaliteten på vården och handledningens betydelse hos patienter med sömnapné är ytterst viktigt. Sjukhus, hälsocentralernas och de privata klinikernas uppgift är att erbjuda sömnapné patienterna bästa möjliga förutsättningar för en god och balanserad vård. Patienterna söker information från olika kanaler, medan sjukhus anser handledning betyda en process för att ge patienterna information. I Finland hittar man information om sömnapné bland annat från brochyror, mottagningar, informationsdagar, tillverkare av sömnapné produkter, elektroniska databaser och bibliotek. Skulle

kvaliteten på informationen förbättras ifall man skulle synkronisera information om sömnapné till olika kanaler enligt patienternas synvinkel?

Syftet med detta masterarbete är att ta reda på sömnapné informationens nuläge och tillräcklighet inom den offentliga sektorn och den privata sektorn som stöd för patienternas egenvård. Strävan är även att bilda en förståelse om hur patienterna anser behovet på att få mer information om sömnapné för att förbättra sin egenvård

Detta masterarbete på övre yrkeshögskole nivå inom den hälsofrämjande studiehelheten på Arcada har därmed fått som rubrik patienternas synvinkel på informationens tillräcklighet som stöd för egenvård av sömnapné.

Undersökningen genomfördes mellan 11/2015-2/2016 i samarbete med Hengitysliitto och Philips. Till arbetsgruppen hörde Mervi Puolanne oransisationsledare för Hengitysliitto och skribenten Niklas Eklund sjukskötare.

12.2 Teoretisk bakgrund

Enligt WHO:n (World Health Organization) är hälsan en fullständig fysisk, psykisk och socialt läge (WHO1986). De första världsomfattande konferensen inom hälsofrämjande hölls i Ottawa år 1986. Då deklarerade man Ottawa deklARATIONEN som hade som syfte att trygga hälsa för alla före 2000-talet. Ottawa deklARATIONEN är en process som möjliggör individens möjlighet att kontrollera och främja sin hälsa. En individ bör kunna uppnå sina behov och strävanden samt kunna ändra och anpassa sig till omgivningen för att nå ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Hälsan i sig själv är inte ett mål utan en vardaglig resurs (WHO 1986, 1-2)

Hälsofrämjande (engelska health promotion) är en process som möjliggör och ger människan en förmåga att kontrollera och förbättra sin egen hälsa inom sin egen levnadsmiljö. Övergripande begrepp inom hälsofrämjande är empowerment, hälsa som en helhetsbild, jämlikhet, delaktighet, tvärssektoriellt arbete och förmågan att bestämma över sin egen hälsa (WHO 1986, 1)

Syftet med hälsofrämjande är att främja människans kontroll över sin egna hälsa som individ. Hälsofrämjande granskar även faktorer som inverkar på hälsan i människans omgivning (Tillgren et al 2014, 13).

Nyckelord som användes i detta materarbete var: Uniapnea, seuranta, tiedonsaanti, terveyden edistäminen, sömnapné, uppföljning, information, hälsofrämjande, Sleepapnea, Follow-up, Information, Health Promotion, Finnish Breathing Association, Philips ja Hengitysliitto.

12.3 Empowerment

Empowerment är ett mycket mångdimensionellt begrepp och kan betyda styrka och makt (Siitonen och Robinson 2001). Hälsa kan tolkas som empowerment (Jones och Meleis 1993). Hälsa är ett mycket centralt begrepp och man har debatterat mycket runt begreppet inom vårdvetenskapen. Man har gått mindre diskussion om vad för betydelse hälsa har för människor i livet och vården. (Siitonen och Robinson 2001, 61-72; Jones och Meleis 1993, 1-14).

Hälsofrämjande betyder även människans förmåga att inverka på sin egen hälsa. Empowerment begriper människans styrka, makt och orkande. Styrka och makt hänvisar till människans förmåga att nå sina önskemål. Människan har en naturlig vilja att känna sig stark och på detta vis kunna inverka på sin livs gång (Askheim & Starrin 2012, 9; Stenbock-Hult 2013, 44).

Jag har valt i detta masterarbete att använda begreppet empowerment eftersom begreppet har en central och öppen roll inom dialogen mellan individen och samhället. Med empowerment kan man främja människans individuella och sociala utveckling genom att tillägga hälsofrämjande information. Med hälsofrämjande information kan man främja människor att göra hälsosamma val och inverka hälsofrämjande på människans omgivning. Hälsofrämjande som en mångsidig och mångdimensionell faktor (bild 1, sida 12) begriper samhällets gemensamma indikatorer som har en inverkan på hälsan och hälsofrämjande arbete (WHO 1986, 4; Tones et al 2001, 50)

12.4 Empowerment som metod för att främja information om sömnapné

Genom att medla kritisk information om sömnapné till gemenskaper och olika service där det finns ett behov, kan man främja samhällelig egenmakt på hälsa. Detta kan man även göra genom att reorganisera olika service som har som syfte att medla information om sömnapné. Med gemenskaper menar man t.ex. patienter, hälsocentraler, privata kliniker eller olika förbund. I allmänhet kan man främja hälsovetenskaplig information genom att tillägga offentliga akter såsom det finska nationella sömnapné programmet. Med hjälp av akter kan man främja och inverka på sociala, ekonomiska och miljöfaktorer. En individ kan även främja sin egen hälsa. Hälsovetenskaplig information är då en hälsofrämjande faktor på individens egenmakt. En gemenskap, individ eller miljö har gemensamma faktorer som inverkar på varandra på samhällsnivå. Dessa faktorer har även en inverkan på informationens stadie gällande sömnapné och dess vård (bild 1, sida 12).

12.5 Syfte och målsättning

Detta masterarbete hade som syfte att granska informationens nuläge och tillräcklighet på sömnapné patienter inom hälsovårdens offentliga och privata sektor. Arbetet granskade patienternas egna synvinklar på informationens tillräcklighet genom en enkät som sändes ut till 2500 medlemmar i Hengitysliitto.

För att kunna nå masterarbetets frågeställningas måste följande frågor besvaras:

1. Hur bra erfar patienterna nuläget på informationen gällande sömnapné?
2. Hurdana erfarenheter har patienterna om tillräcklig information gällande egenvård av sömnapné?
3. Hur bra erfar patienterna nuläget på den information som de får under uppföljning av sömnapné?
4. Hur bra erfar patienterna uppföljningsintervallet av sömnapné stöda deras egenvård?

12.6 Metod

Undersökningens enkät tillverkades i samarbete med skribenten och organisationsledaren på Hengitysliitto. Vi började tillverka enkäten genom att fundera ut hur vi skulle kunna åstadkomma en funktionsbar enkät för att nå undersökningen mål. Enkätens innehåll fick innehålla dikotomiska och svar som gick ut på patientens åsikter. Vi ville tillverka en enkel enkät som skulle ge oss så många svar som möjligt. Dessutom hade vi avsikten att få så pålitliga svar som möjligt. Vi ville även inkludera i enkäten två öppna frågor för att patienterna skulle kunna ha möjlighet att berätta deras egna tankar. Enkäten innehöll ett följesbrev samt information om hur informanten kunde svara på enkäten. Följesbrevet innehöll även information om anonymitet och frivillighet. Informanterna hade möjlighet att svara på förfrågan elektroniskt eller som pappersversion. Som verktyg för den elektroniska förfrågan användes Webropol. Tidsintervallet för förfrågan var 1.1.2016-14-1-2016. Enkäten var strukturerad med sammanlagt 28 slutna frågor varav 2 av frågorna var öppna frågor. Förfrågans inledning innehöll bakgrundsinformation om patienterna såsom åldersgrupp och kön. Sedan var förfrågan strukturerad för att ta reda på informationens tillräcklighet om sömnapné, egenvård, sömnhygien, uppföljning av sömnapné och till slut apparatutvecklarens synlighet.

Enkätens funktionsbarhet testades på skribentens arbetsplats. Enkäten gavs ut åt arbetstagare på Philips som svarade på enkäten som testinformanter. Testinformanterna på Philips hade möjlighet att kommentera enkätens funktion samt ifall enkätens instruktioner var klara och tydliga. Dessutom hade testinformanterna möjlighet att kommentera ifall de ansåg enkäten mäta dess syfte.

I detta masterarbete har skribenten använt de frågor från förfrågan som svarar på masterarbetets frågeställningar. En del av enkätens frågor hänvisade till tillverkare av apparaturer. En del av frågorna var enligt skribenten inte relevanta för att användas i detta masterarbete. Därför har skribenten beslutit sig för att använda endast en del av enkätens frågor. Dessa frågor är:

- Fråga 1. Åldersgrupp
- Fråga 2. Kön
- Fråga 3. Har ni erfarit få tillräckligt med information om sömnapné som sjukdom före er diagnos?
- Fråga 7. Har ni erfarit få tillräckligt med information om sömnapné efter er diagnos?
- Fråga 9. Har ni varit nöjd med den information om sömnapné som ni fått ur uppföljningsmottagningarna?
- Fråga 10. Av vilka saker skulle ni velat få mer information som stöd för er egenvård?
- Fråga 12. Hur är er CPAP vård verkställd?
- Fråga 13. Har ni varit nöjd med er uppföljning av sömnapné?
- Fråga 16. Har ni varit nöjd med tidsintervallet för uppföljningen av sömnapné?

Undersökningen verkställdes som en kvantitativ undersökning med induktivt närmelsesätt. Undersökningen verkställdes objektivt och beaktade informanternas anonymitet enligt god vetenskaplig praxis. Kriterien för att godkännas som informant var att informanten hade flera års erfarenhet om CPAP-vård.

12.7 Resultat och slutsats

Sammanlagt svarade 1096 informanter på förfrågan. Av dessa svar var 1009 (92 %) besvarade som pappersversion och 87 (8 %) som elektronisk version. Av alla svar var 43,5 % kvinnor och 56,0 % män. Åldersgrupperna fördelades så att 1,0 % var under 35-åringar, 1,9 % 36-45-åringar, 29,3 % 56-65-åringar, 44,2 % 66-75-åringar och 12,9 % över 76-åringar (tabell 1 och 2, sida 29).

Då det frågades om hur många informanter hade erfarit få tillräckligt med information om olika vårdmöjligheter av sömnapné före sömnapné diagnos var 53,2 % av alla informanter nöjda med informationens tillräcklighet. Av informanterna var 46,8 % inte nöjda med informationens tillräcklighet. När man delade männen och kvinnorna i två olika grupper var 56,0 % av männen och 48,7 % av kvinnorna nöjda med

informationens tillräcklighet, medan 44,0 % av männen och 51,3 % av kvinnorna inte var nöjda med informationens tillräcklighet före sömnapné diagnos (tabell 3, sida 30).

Efter informanternas sömnapné diagnos ansåg informanterna (män och kvinnor) få mest information om viktkontroll, motion, vårdapparat och dess service. Informanterna saknade information om elektrisk stimulation, kirurgiska åtgärder och tandskenor (tabell 4, sida 32).

Männen ansåg få mest information om viktkontroll, motion, vårdapparat och service, dagströtthet, tobak och alkohol. Männen saknade information om elektrisk stimulation, kirurgiska åtgärder och tandskenor. Kvinnorna ansåg få mest information om vårdapparat och service, motion, dagströtthet, viktkontroll, tobak och alkohol, medan kvinnorna saknade information om tandskenor, kirurgiska åtgärder och elektrisk stimulation (tabell 5, sida 33 och bild 9, sida 37).

Då det frågades om egenvård (män och kvinnor) önskade informanterna få mer information om egenvård som helhet, viktkontroll, handledning av vårdapparat och läkemedel. Minst information önskade informanterna få om tobak och alkohol.

Uppföljningen av sömnapné var verkställd som mottagning på sjukhus eller hälsocentral hos majoriteten av informanterna. Bara en liten bråkdel av informanterna var under fjärruppföljning (tabell 8, sida 36).

Då det frågades hur nöjda informanterna var om den nuvarande uppföljningen av sömnapné var majoriteten av män och kvinnor nöjda med den nuvarande uppföljningsmetoden. Då man delade män och kvinnor skilda kategorier var majoriteten av både män och kvinnor nöjda med den nuvarande uppföljningsmetoden. Största delen av alla män och kvinnor var även nöjda med uppföljningens tidsintervall (tabell 9, sida 37).

Majoriteten av män och kvinnor tyckte att 2 månader eller 12 månader var ett bra intervall för uppföljning av sömnapné (bild 11, sida 38).

12.8 Diskussion

Denna diskussionsdel behandlar undersökningens metodval och undersökningsresultatets centrala frågor i praktiken.

12.8.1 Metoddiskussion

Denna undersökning var en kvantitativ undersökning med ett induktivt närmelsesätt. Metoderna fungerade bra i denna undersökning. Syftet med denna undersökning var att förklara informationens tillräcklighet hos sömnapnépatienter utgående ifrån deras synvinkel. Enkäten var uppbyggd av flervalsfrågor som gjorde det lätt att svara på enkäten. Enkäten innehöll även två öppna frågor som inte granskas i detta masterarbete.

Samplet på denna undersökning var godkänt med en svarsprocent på 43,8%. Fastän vi fick väl med information om tillräcklighet av information om sömnapné utgående ifrån patienternas synvinklar skulle det varit intressant att få reda på hur stor inverkan ett splittrat sampel från olika organisationer eller sjukhus skulle ha haft i jämförelse med det nuvarande samplet och forskningsresultatet. Det skulle även ha varit intressant att undersöka hurdan inverkan på forskningsresultaten olika regioner i Finland skulle ha åstadkommit. Hemorten på informanterna som togs med i undersökningen från Hengitysliittos medlemsregister var dock splittrat runt Finland.

12.8.2 Diskussion om undersökningen och undersökningens resultat

Min inspiration för att göra denna undersökning fick jag som apnéskötare på Helsingfors Sömnklinik. Till min mottagning kom det olika sömnapné patienter som ansåg veta få mer information om sömnapné än de ansåg få ifrån den offentliga sjukvården. Ofta var patienterna frustrerade på sin CPAP-vård då de sökte sig till min mottagning. Patienterna ville ha stöd från privat klinik i hopp på att kunna främja sin egenvård. Mest imponerande var att märka, att de patienter som fick en grundlig repetition om information gällande sömnapné började småningom få en bättre motivation inför sin CPAP-vård. Speciellt märkvärt var att då evidens baserad information gavs ut åt patienterna om sömnapné som helhet ändrades patienternas attityder på sin egenvård märkbart. Den information som gavs ut till patienterna under

mottagningen var teknisk information om vårdapparatur, dess inverkan på sömnapné och struktur, fördelar, kopplingar mellan risker till andra sjukdomar, livsstils handledning och dess kopplingar till sömnapné.

Resultaten av undersökningen hämtade med sig intressanta frågor. Då informationens tillräcklighet före diagnos hos patienterna undersöktes kom det fram att män i förhållandet till kvinnor var nöjdare med den information de fått om sömnapné. Då samplet på både kvinnor och män mättes tillsammans var det inga märkbara skillnader mellan nöjda och onöjda patienter. Skillnaden mellan nöjda och onöjda delades nästan jämt. Då kvinnor och män granskades som ett skilt sampel var kvinnorna mer onöjda med informationen om sömnapné än männen. Frågan är varför var männen nöjdare och kvinnorna onöjda? Var kvinnorna onöjda på grund av att de ansåg behöva skilld information om sömnapné i jämförelse med männen eller ansåg männen överlag behöva mindre information? Det skulle vara intressant att undersöka vidare om vilka är de övergripande särdrag hos män och kvinnor när det gäller information om sömnapné.

Patienterna ansåg få tillräckligt med information om olika vårdmöjligheter om sömnapné efter diagnos. Detta bevisar att det finns en märkbar skillnad mellan hur nöjda patienterna är om den information om sömnapné som de fått före och efter sin diagnos. Dock frågades det inte i frågan före diagnos om olika vårdmöjligheter.

Mervi Puolanne skriver i Hengityslehti att deras medlemmar anser en bra information leda till en bättre chans att lyckas med vården av sömnapné. Dessutom ansåg medlemmarna deras vård vara lyckad då de hade fått deras CPAP- apparat i bruk, en uppföljningstid reserverad hos en bekant sömnskötare, rehabiliteringskötare eller egenvårdare. Medlemmarna önskade även få mer information om användningen av CPAP-apparat och dess möjliga problem. Puolanne skriver även att medlemmarna anser det viktigt att få läglig information om sömnapné och dess vårdmöjligheter för att nå en lyckad vård (Puolanne M 2014, 19). Merja Lahtinen skriver i sin Pro Gradu att patienterna anser att de inte vet hur vården av sömnapné kommer att se ut före deras första mottagning. Patienterna önskar få mera förhandsinformation om sömnapné för att kunna behandla vården som en tanke på förhand (Lahtinen 2008,50).

Största delen av patienternas uppföljning av sömnapné verkställdes som mottagning. En bråkdel av patienternas uppföljning var verkställd som uppföljning på distans.

Patienterna var nöjda med den nuvarande uppföljningsmetoden. Då intervallet mellan uppföljningen granskades, önskade patienterna gå på uppföljning var annan månad eller var tolfte månad. Mervi Puolanne skriver i sin artikel att medlemmarna anser det viktigt att ha möjlighet till uppföljning samt möta läkare en gång per år. Största delen av medlemmarna hade en reserverad tid till sjukhusmottagning och en tredjedel på hälsocentral. Uppföljningsintervallet var hos medlemmarna 1-2 år (Puolanne M 2014, 19). Frågan är varför det är så stor skillnad mellan intervallerna? Anser patienterna som svarade två månader vara osäkrare gällande sin egenvård än de som svarade tolv månader? Har säkerheten eller osäkerheten hos patienterna ett samband med informationens tillräcklighet?

Denna undersökning besvarar ännu inte på hur stor inverkan ett tillägg på information om sömnapné skulle ha på patienternas egenvård. Undersökningens syfte är dock att anmärka vart patienterna anser information om sömnapné behövas för att informationen skulle vara tillräcklig och stödjande för patienternas egenvård.

LÄHTEET

- Arcada, 2007, *God vetenskaplig praxis i utbildning och forskning på Arcada*.
Verkkojulkaisu: https://my.arcada.fi/sv/webfm_send/1563
Tuotu 17.3.2014.
- Askheim, Ole Petter & Starrin, Bengt. 2012, *Empowerment – ett modeord?* I: Ole Petter Askheim & Bengt Starrin, red., 2012, *Empowerment, i teori och praktik*, Gleerups Utbildning AB, 9 – 17.
- DePoy, Elizabeth & Gitlin, Laura N. 2002, *Forskning – en introduktion*, Lund: Studentlittertur. Ruotsi, 373 sivua.
- De Vaus, D.A. 2002. *Surveys in Social Research*. 5 painos. Routledge. Englanti. 368 sivua.
- Eljertsson, Göran. 2005, *Enkäten i praktiken – En handbok för enkätmetoden*. Lund; Studentlitteratur. Ruotsi, 157 sivua.
- Heikkilä, T. 2005. *Tilastollinen tutkimus*. 5. – 6. painos. Helsinki: Edita Prima Oy. Suomi. 297 sivua.
- Hirsijärvi, S, Remes, P, Sajavaara, P. 2015. *Tutki ja kirjoita*. 20. painos. Jyväskylä: Tammi. Suomi. 464 sivua.
- Jones PS & Meleis AI. 1993. *Health is empowerment*. Advances in Nursing Science 15 vol 3, sivut 1-14. Verkkojulkaisu:
https://www.researchgate.net/publication/272042455_Health_is_empowerment
Tuotu 20.3.2016
- Kananen, J. 2011. *Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Suomi. 179 sivua.
- Kananen, J. 2008. *Kvantti –Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Suomi. 159 sivua.
- Kankkunen Päivi & Vehviläinen - Julkunen Katri, 2013, *Tutkimus hoitotieteessä*, SanomaPro, Helsinki, 3. uudistettu painos, 257 sivua.
- Karkia M. 2012. *Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus sairaanhoitajan kuvaamana*. Tampereen ammattikorkeakoulu. Terveysteknologian koulutusohjelma. Opinnäytetyö Theseus. Ylempi ammattikorkeakoulu.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1999, Sisällön analyysi, *Hoitotiede*, Vol. 11, numero 1/99, sivut 3-12.

Käypähoito. 2010. Duodecim. *Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla)*. Suomi. [www] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50088>
Tuotu 10.4.2016

Lahtinen, M. 2008. Theseus. *Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan CPAP- hoidon ohjausesta ja hoidon sujuvuudesta*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma theseus. Tuotu 4.4.2016

Maailman terveysjärjestö (WHO) The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organisation. Verkkojulkaisu: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
Tuotu 8.3.2016

Partinen, M, Huovinen, M. 2007. *Terve Uni*. 4 upplagan. WS Bookwell Oy. Porvoo. Suomi, 255 sivua.

Puolanne, M. 2014. *Mitä on uniapnean hyvä hoito?* Hengityslehti nro 1 sivut 18-19. Verkkojulkaisu: <http://www.e-julkaisu.fi/hengityслиitto/hengitys/2014/01/>
Tuotu: 16.4.2016

Siitonen J & Robinson H. 2001. *Pohdintaa voimaantumisesta*. Julkaisussa Järvisalo L. (toim.) Muutoksen kautta kasvuun. Kotilo ry:n julkaisuja. Pieksämäki: RT-Print Oy, sivut 61-72.

Stenbock-Hult, Bettina. 2013, *Hälsofrämjande – ett centralt område för dagens sjukskötare*. Vård i Fokus, sivut 44 – 48.

Stenbock-Hult, Bettina. 2004. *Kritiskt förhållningssätt*. En vetenskaplig, etisk attityd och ett högskolepedagogiskt mål. Lund: Studentlitteratur AB, 237 sivua.

Tillgren, Per; Ringsberg Karin C; Olander, Ewy. 2014, *Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar*. I: K. Ringsberg, E. Olander & P. Tillander red., *Health Literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur, sivut 19-45.

Tones K. & Tilford S. 2001. *Health Promotion - effectiveness, efficiency and equity*. Third Edition. Nelson Thornes Ltd, sivut 49-50

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Verkkojulkaisu: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
Tuotu: 31.3.2016

Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Verkkojulkaisu: <http://unihoitajat.fi/wordpress/wp-content/uploads/STM-Valtakunnallinen-uniapneaohjelma-2002-2012.pdf>
Tuotu 14.5.2016

Vilkka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Määrällisen tutkimuksen perusteet. 1 painos Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Suomi. 189 sivua.

WHO. 2009, *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*,
Verkköjulkaisu:
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
Tuotu 5.4.2016

LIITTEET

LIITE 1. UNIAPNEAKYSELY



KYSELY: Uniapneaa sairastavien jäsenien kokemuksia tiedonsaannin riittävydestä omahoidon tueksi

Kysely on tarkoitettu VAIN henkilöille jotka ovat saaneet postitse henkilökohtaisen kirjeen valinnastaan kyselyn vastaajaksi. Lue kysymykset huolella. Valitse oikea vaihtoehto rastittamalla se. Kun vaihtoehtoja voi valita useampia, se mainitaan kysymyksessä erikseen.

1. Mihin ikäryhmään kuulut?

- 35 vuotta tai alle
- 36-45-vuotiaat
- 46-55-vuotiaat
- 56-65-vuotiaat
- 66-75-vuotiaat
- 76 vuotta tai yli

2. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

3. Oletko kokenut saavasi tarpeeksi tietoa uniapneasta sairautena oireiden tutkimisvaiheessa, ennen varsinaista diagnoosia?

- Kyllä
- Ei

Jos vastasit EI, siirry kysymykseen 7.

4. Jos vastasit KYLLÄ, millä tavoin sinulle on välitetty tätä tietoa?

- Kirjallisesti
- Suullisesti
- Molemmilla tavoilla

5. Vastaa tähän kysymykseen, jos vastasit edellisessä kysymyksessä KIRJALLISESTI: Minkälaista kirjallista materiaalia sait?

(Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- Uniapneaopas potilaalle
- Muu kirjallinen ohje
- Ohjaus internetissä olevaan materiaaliin
- Muuta, mitä?

6. Vastaa tähän kysymykseen, jos vastasit edellisessä kysymyksessä SUULLISESTI: Keneltä sait suullista tietoa uniapneasta?

(Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- Lääkäriltä
- Unihoitajalta
- Fysioterapeutilta
- Kuntoutusohjaajalta
- Sairaalan järjestämältä ensitietopäivältä
- Ravitsemusterapeutilta
- Hengitysyhdistyksen vertaisohjaajalta
- Muun yhdistyksen vertaisohjaajalta
- Joltain muulta, keneltä?

7. Oletko kokenut saavasi riittävästi tietoa uniapneasta sen diagnosoinnin jälkeen?

	En ollenkaan	Erittäin vähän	Vähän	Paljon	Erittäin paljon
Hoitolaitteista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitolaitteiden huollosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikunnan vaikutuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päiväsymyksestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Painonhallinnasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hammaskiskoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leikkaushoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sähköstimulaatiosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Jos et kokenut saavasi riittävästi tietoa, mistä aiheesta/aiheista olisit kaivannut lisätietoa?

9. Oletko ollut tyytyväinen seurantakäynneillä saamaasi omahoidon ohjaukseen seuraavissa asioissa?

	Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
Laitehoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakoinnin lopettaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholin käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Painonhallinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omahoidon ohjaus kokonaisuutena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Mistä asioista olisit kaivannut lisää tietoa omahoitosi tueksi?

	En lainkaan	Vähän	Paljon	Erittäin paljon
Laitehoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakoinnin lopettaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholin käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Painonhallinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omahoidon ohjaus kokonaisuutena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jokin muu, mikä? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Hyvä unihuolto edistää unen laatua. Unihuollolla tarkoitetaan otollisten olosuhteiden luomista nukkumiselle, kuten makuuhuoneen lämpötilaa, ilmanlaatua ja ympäristön melua, valoisuutta sekä sängyn patjaa ja tyynyä. Kuinka paljon olosuhteet vaikuttavat unesi laatuun?

	Ei yhtään	Vähän	Paljon	Erittäin paljon
Makuuhuoneen lämpötila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Makuuhuoneen ilmanlaatu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ympäristön melu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sängyn patja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyyny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Miten CPAP-laitteen seuranta on järjestetty?

- Seurantakäynnillä
- Etäseurannalla

13. Oletko ollut tyytyväinen seurantatapaan?

- Erittäin tyytymätön
- Tyytymätön
- Tyytyväinen
- Erittäin tyytyväinen

14. Kuinka usein käyt seurannassa?

- 6 kuukauden välein
- 1 vuoden välein
- 2 vuoden välein
- Jokin muu aikaväli,
mikä?

15. Kuka varaa ajan uniapnean seurantakäynnille?

- Minä itse
- Hoitaja
- Joku muu,
kuka?

16. Oletko ollut tyytyväinen uniapnean seurantaväliin?

- Kyllä
- En, mielestäni seurantavälin pitäisi olla (kuukausina)

17. Oletko hakenut itsenäisesti tietoa uniapneasta?

- En ole hakenut tietoa
- Kyllä, olen hakenut tietoa

18. Vastaa tähän kysymykseen vain, jos vastasit edelliseen kysymykseen 17 KYLLÄ. Mistä lähteestä olet hakenut tietoa?

(Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- Hengityслиiton kotisivuilta
- Muun järjestön kotisivuilta
- Hengitysyhdistyksen vertaisryhmistä
- Muun yhdistyksen vertaisryhmistä
- Hengitysyhdistyksen luentotilaisuuksista
- Muun yhdistyksen luentotilaisuuksista
- Internetistä (esim. Google, sosiaalinen media)
- Laittevalmistajien kotisivuilta
- Muualta, mistä?

19. Onko saamasi tieto ollut sinulle hyödyllistä?

- Kyllä
- Ei

20. Oletko saanut tietoa eri laitevalmistajien tuotevalikoimista Suomessa?

- Kyllä
- Ei

21. Jos KYLLÄ, mistä asioista olet saanut tietoa?

- CPAP-laitteista
- CPAP-laitteiden lisätarvikkeista
- CPAP-maskeista
- CPAP-maskien lisävarusteista

22. Oletko hakenut itsenäisesti tietoa uniapnean hoitotuotteista?

- Kyllä
- Ei

23. Vastaa tähän kysymykseen vain, jos vastasit kysymykseen 22 KYLLÄ. Mistä olet hakenut tietoa itsenäisesti?

(Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- Hengityслиiton kotisivuilta
- Muun järjestön kotisivuilta

- Hengitysyhdistyksen vertaisryhmistä
- Muun yhdistyksen vertaisryhmistä
- Hengitysyhdistyksen luentotilaisuuksista
- Muun yhdistyksen luentotilaisuuksista
- Internetistä (esim. Google, sosiaalinen media)
- Laittevalmistajien kotisivuilta
- Muualta, mistä?

24. Kuinka helposti olet löytänyt tietoa eri laitevalmistajien tuotteista?

	Erittäin vaikeasti	Vaikeasti	Helposti	Erittäin helposti
CPAP-laitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPAP-laitteiden lisätarvikkeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPAP-maskit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPAP-maskien lisävarusteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Minkälaisien tiedotusvälineiden kautta haluaisit saada enemmän tietoa uniapneatuotteista?

(Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- TV
- Radio
- Lehtimainokset
- Jäsenlehdet
- Internet (esim. Google, sosiaalinen media)
- Sairaala
- Terveyskeskus
- Yhdistykset
- Hengityслиitto tai muut järjestöt

26. Tunnetko laitevalmistajien ja muiden tahojen palveluita?

	Tunnen hyvin	Olen käyttänyt palveluita	Olen kuullut, mutta en ole selvittänyt palveluita omalta kohdaltani	En ole kuullutkaan
Valmistajien verkkokaupat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengityслиiton palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muiden järjestöjen palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysyhdistysten yleisötilaisuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muiden yhdistysten yleisötilaisuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitysyhdistysten uniapneavertaisryhmät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muiden yhdistysten uniapneavertaisryhmät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaaloiden ensitietotilaisuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Mistä hakisit mieluiten tietoa uniapneasta, sen omahoidosta ja hoitovälineistä?

- Laitteiden käyttöohjeista
- Laitteiden lisätarvikkeiden (esim. virtajohdot) käyttöohjeista
- Laittevalmistajien internetsivuilta
- Yleisötilaisuuksista (liitot, messut, laitevalmistajat)
- Lehtiartikkeleista (aikakauslehdet)
- Esitteistä (potilasoppaat)
- Järjestöjen internetsivuilta
- Muualta, mistä?

Paina lopuksi Lähetä-painiketta.

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 2. UNIAPNEAKYSELYN SAATEKIRJE



28.12.2015

Hyvä uniapneaa sairastava Hengitysliiton jäsen

Hengitysliitto selvittää yhteistyössä Philips SRC:n (Sleep And Respiratory Care) kanssa uniapneaa sairastavien tiedonsaantia omanhoidon tueksi julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa.

Sinut on poimittu satunnaisotannalla Hengitysliiton jäsenrekisteristä kyselyyn vastaajaksi. Mielpiteelläsi edustat lukuisia muita jäseniä. Vastauksesi on meille tärkeää, sillä tutkimus auttaa meitä selvittämään mitä, miten ja millaista tietoa uniapneaa sairastava saa omahoitonsa tueksi. Vastauksesi auttaa meitä vaikuttamaan palveluiden ja laadukkaan tiedon saatavuuteen.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voit jättää vastaamatta kyselyyn syytä ilmoittamatta. Sinun henkilökohtainen vastauksesi on ehdottoman luottamuksellinen ja tiedot käsitellään nimettömänä. Yksittäisiä vastauksia ei voi erottaa eikä kenenkään henkilöllisyyttä tunnistaa.

Voit vastata lomakkeella tai verkossa

Voit valita, vastaatko kyselyyn verkossa osoitteessa www.hengitysliitto.fi/uniapneakysely vai oheisella paperilomakkeella, jonka voit palauttaa vastauskuoreessa Hengitysliittoon 15.1.2016 mennessä.

Tulosten julkaisu

Tutkimustulokset julkaistaan Hengitys-lehdessä ja alaan liittyvissä kongresseissa.

Lisätietoja

Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, voit olla yhteydessä tutkija Niklas Eklundiin. Hänen kanssaan voit keskustella kaikista tutkimuksen liittyvistä asioista.

Yhteistyössä Hengitysliitto ja Philips SRC

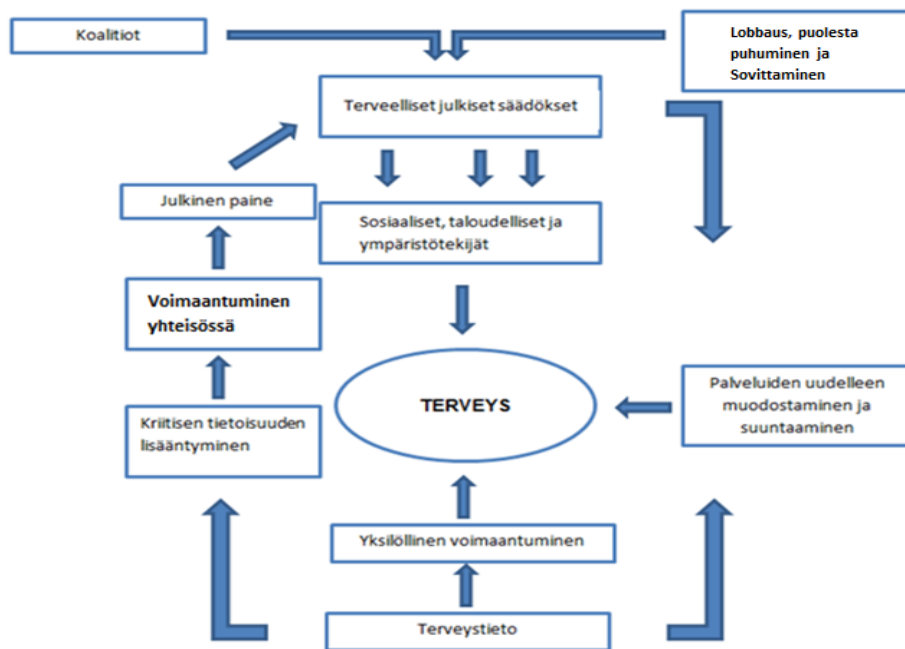
Mervi Puolanne, järjestöjohtaja
Hengitysliitto ry

Otermannintie 8
00620 HELSINKI
mervi.puolanne@hengitysliitto.fi

Niklas Eklund
Philips

Äyritie 4
01511 VANTAA
niklas eklund@philips.com
p. 040 158 5663

KUVAT JA TAULUKOT



Kuva 1. Voimaantuminen – Terveystiedon edistämisen malli moniulotteisena yhteisvaikuttajana terveyteen yksilönä, yhteisössä sekä yhteiskunnassa.

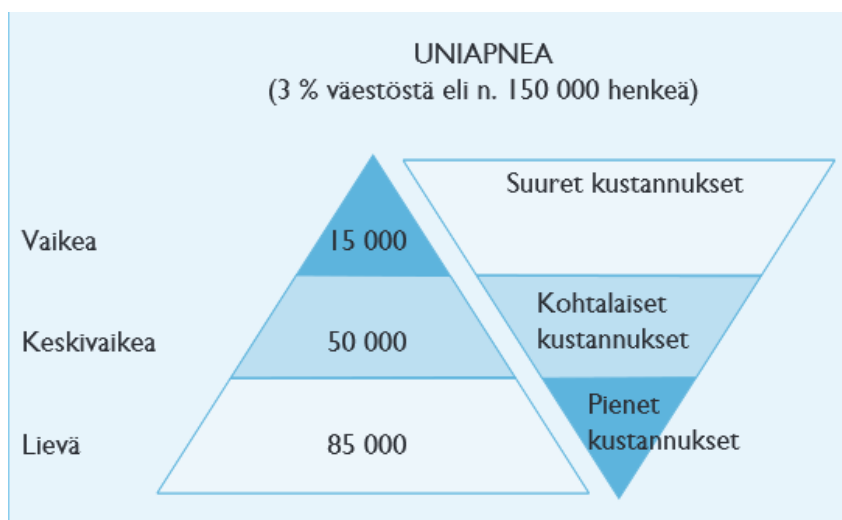
TERMI	MÄÄRITELMÄ
Apnea	Täydellinen ≥ 10 sekuntia kestävä katkos hengitysilmavirtauksessa
Obstruktiivinen apnea	Hengityskatkos, jossa ilmapvirtausta ei todeta hengitysyrityksistä huolimatta
Sentraalinen apnea	Hengityskatkos, jossa ei ole hengitysyrityksiä
Sekamuotoinen (mixed) apnea	Hengityskatkos on obstruktiivisen ja sentraalisen uniapnean yhdistelmä
Hypopnea	Vähentynyt hengitysilmavirtaus

Kuva 2. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 16. Uniapneaan liittyviä määritelmiä.

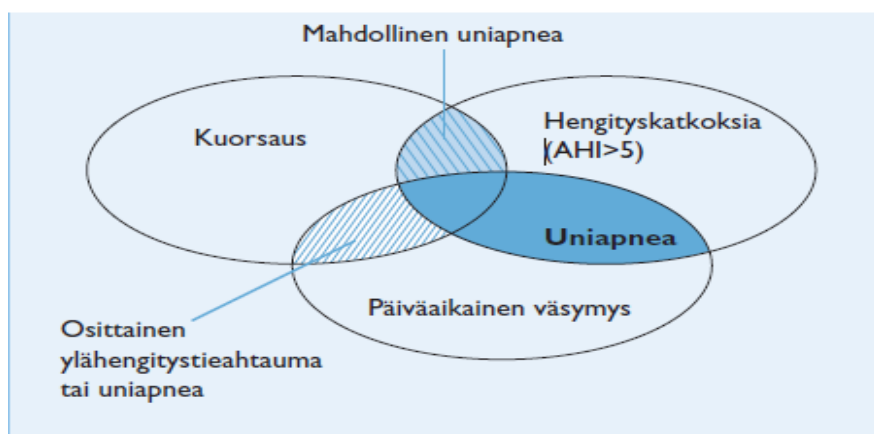
- **Lievä uniapnea ^{*)}:** AHI 5 – 15/h ja lievät oireet
- **Keskivaikea uniapnea:** AHI 16 – 30/h ja merkittävät oireet
- **Vaikea uniapnea:** AHI yli 30/h ja vaikeat oireet

^{*)}: < 1 vuotiailla tulos poikkeava jos AHI \geq 1/tunti ja
> 70 vuotiailla tulos poikkeava AHI > 15/tunti

Kuva 3. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012,18. Uniapnean vaikeusasteet.



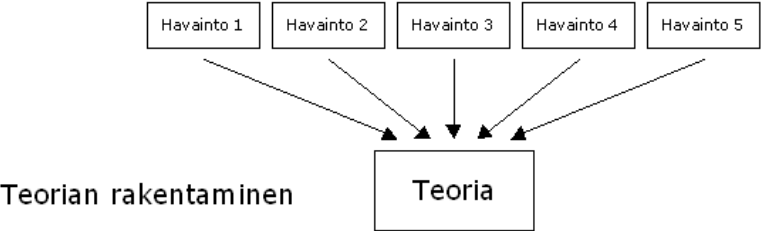
Kuva 4. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 20) Esiintyvyysslukuihin perustuva arvio uniapneaa sairastavien määrästä ja kustannuksista Suomessa



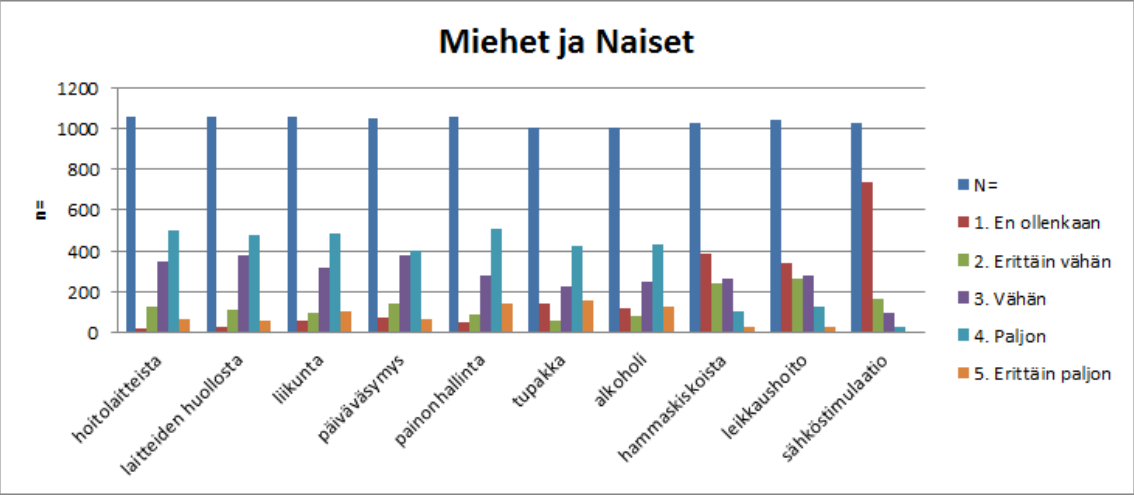
Kuva 5. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012, 18. Hengityskatkosten, päiväväsymyksen ja kuorsauksen suhde uniapneaan

Valveaikaiset oireet	Unenaikaiset oireet
<ul style="list-style-type: none"> • Päiväväsytys • Aamupäänsärky • Nukahtelutaipumus • Muistihäiriöt • Keskittymisvaikeudet • Mielialahäiriöt, äkkikipikaisuus, ärtyneisyys • Impotenssi, vähentynyt libido • Närästys 	<ul style="list-style-type: none"> • Äänekäs kuorsaus • Partnerin kertomat hengityskatkokset • Levoton yöuni • Yöhikoilu • Lisääntynyt yöllinen virtsaaminen • Närästys

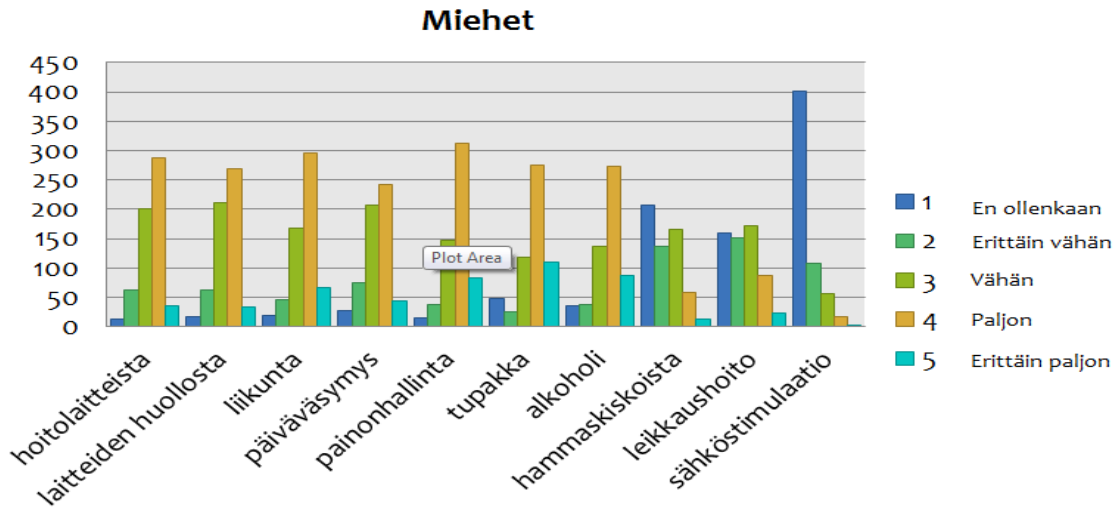
Kuva 6. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012,19. Uniapnean oireet.



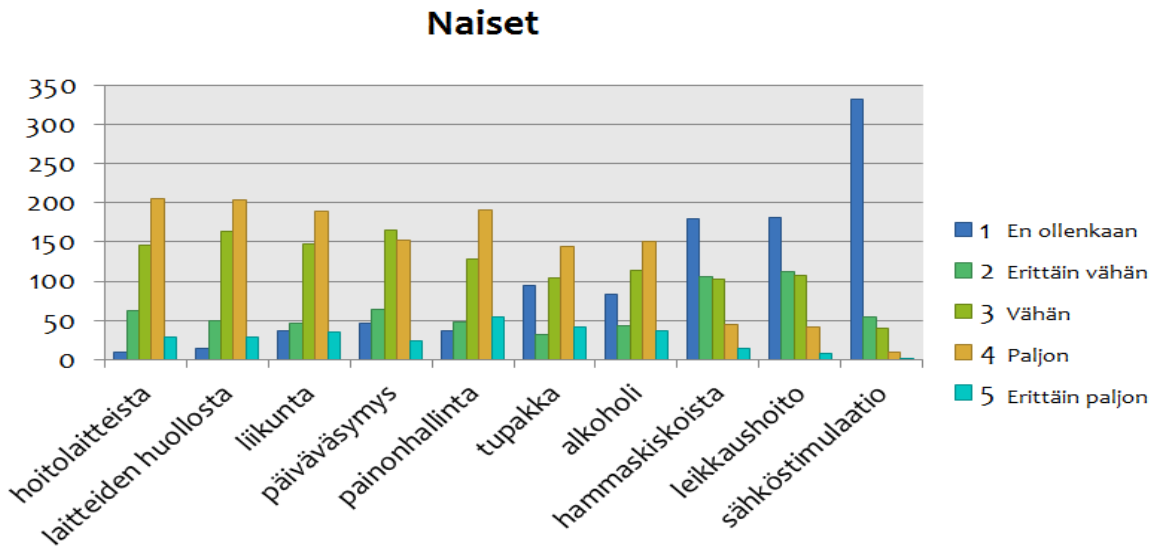
Kuva 7. Induktiivinen lähestymistapa tutkimuksen rakentamisessa



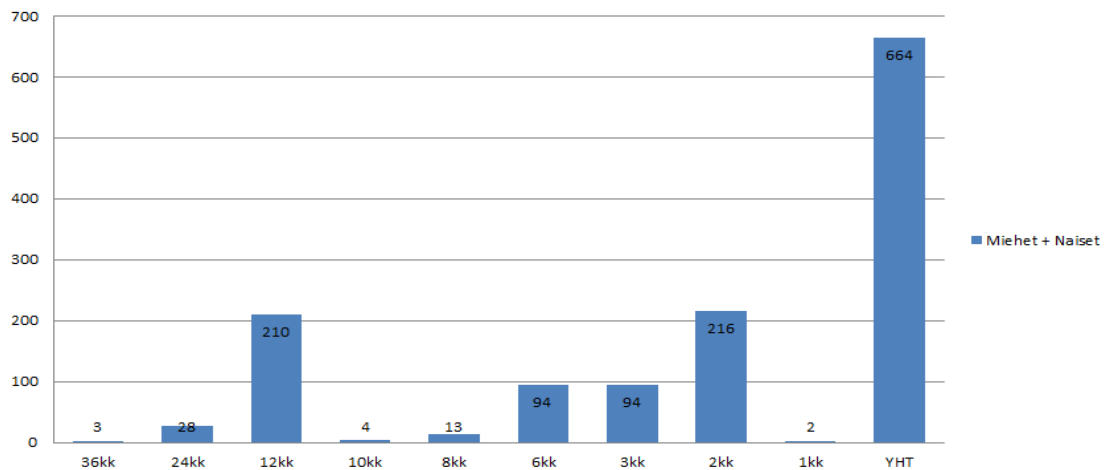
Kuva 8. Kyselyn vastaajien tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista uniapneadiagnoosin jälkeen.



Kuva 9. Miesten tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista uniapneadiagnoosin jälkeen



Kuva 10. Naisten tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista uniapneadiagnoosin jälkeen.



Kuva 11. Hyvä uniapneahoidon seuranta-ikäi kyselyyn vastanneiden potilaiden mielestä

Taulukko 1. Kaikkien vastanneiden sukupuolijakauma (n=1096)

Kaikki vastanneet ja ikäryhmä	n	%
m + n <35-vuotiaat	11	1
m + n 36-45-vuotiaat	21	1,9
m + n 46-55-vuotiaat	101	10,2
m + n 56-65-vuotiaat	322	29,3
m + n 66-75-vuotiaat	485	44,2
m + n >76-vuotiaat	141	12,9
Yhteensä (n=1096)	1091	99,5

* 0,5 % (n=6) ei vastannut kysymykseen.

Taulukko 2. Miesten ja naisten sukupuolijakauma kyselyyn vastanneista ikäryhmittäin (n=1096).

Miehet ja ikäryhmä	n	%	Naiset ja ikäryhmä	n	%
m <35-vuotiaat	4	0,4 %	n <35-vuotiaat	7	0,6 %
m 36-45-vuotiaat	10	0,9 %	n 36-45-vuotiaat	11	1,0 %
m 46-55-vuotiaat	61	5,6 %	n 46-55-vuotiaat	50	4,6 %
m 56-65-vuotiaat	176	16,0 %	n 56-65-vuotiaat	146	13,3 %
m 66-75-vuotiaat	279	25,4 %	n 66-75-vuotiaat	206	18,8 %
m >76-vuotiaat	84	7,7 %	n >76-vuotiaat	57	5,2 %
Miehet yhteensä	614	56,0 %	Naiset yhteensä	477	43,50 %
n= 1096	1091	99,50 %			

* 0,5 % (n=6) ei vastannut kysymykseen.

Taulukko 3. Uniapnean hoidon tiedonsaannin riittävyys miesten ja naisten mielestä ennen varsinaista uniapneadiagnoosia.

f	Kyllä (n)	Ei (n)	f	Kyllä (%)	Ei (%)
Miehet	337	266	Miehet	56,0	44,0
Naiset	228	240	Naiset	48,7	51,3
Kaikki	565	506	Kaikki	53,2	46,8

n= 1071

Taulukko 4. Kaikkien vastaajien tiedonsaannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen.

Kaikki vastaajat	En ollenkaan n (%)	Erittäin vähän n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Hoitolaittet (n=1055)	22 (2,1)	124 (11,8)	348 (33,0)	496 (47,0)	65 (6,2)
Laitteiden huolto (n= 1057)	31 (2,9)	112 (10,6)	376 (35,6)	477 (45,1)	61 (5,8)
Liikunta (n=1054)	56 (5,3)	93 (8,8)	314 (29,8)	488 (46,3)	103 (9,8)
Päivävyäsymys (n= 1051)	73 (6,9)	138 (13,1)	374 (35,6)	398 (37,9)	68 (6,5)
Painonhallinta (n=1057)	50 (4,7)	86 (8,1)	275 (26,0)	504 (47,7)	140 (13,2)
Tupakka (n=1001)	144 (14,4)	57 (5,7)	222 (22,2)	424 (42,4)	154 (15,4)
Alkoholi (n=1003)	119 (11,9)	81 (8,1)	250 (24,9)	428 (42,7)	125 (12,5)
Hammaskiskot (n=1029)	387 (37,6)	242 (23,5)	267 (25,9)	106 (10,3)	27 (2,6)
Leikkaushoito (n=1044)	341 (32,7)	264 (25,3)	279 (26,7)	130 (12,5)	30 (2,9)
Sähköstimulaatio (n=1027)	736 (71,7)	164 (16,0)	97 (9,4)	27 (2,6)	3 (0,3)

Taulukko 5. Miehiin tiedon saannin riittävyys uniapnean eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen.

Miehet	En ollenkaan n (%)	Erittäin vähän n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Hoitolaittet (n=599)	13 (2,1)	62 (10,4)	201 (33,6)	288 (48,1)	35 (5,8)
Laitteiden huolto (n= 593)	17 (2,9)	63 (10,6)	211 (35,6)	269 (45,4)	33 (5,6)
Liikunta (n=595)	19 (3,2)	47 (7,9)	167 (28,0)	295 (49,6)	67 (11,3)
Päivävyäsymys (n= 594)	27 (4,5)	74 (12,5)	207 (34,8)	243 (40,9)	43 (7,2)
Painonhallinta (n=595)	14 (2,4)	38 (6,4)	147 (24,7)	312 (52,4)	84 (14,1)
Tupakka (n=578)	49 (8,5)	25 (4,3)	118 (20,4)	275 (47,6)	111 (19,2)
Alkoholi (n=572)	35 (6,1)	38 (6,6)	137 (24,0)	274 (47,9)	88 (15,4)
Hammaskiskot (n=580)	207 (35,7)	136 (23,4)	165 (28,4)	59 (10,2)	13 (2,2)
Leikkaushoito (n=591)	159 (26,9)	151 (25,5)	171 (28,9)	87 (14,7)	23 (3,9)
Sähköstimulaatio (n=585)	402 (68,7)	108 (18,5)	56 (9,6)	17 (2,9)	2 (0,03)

Taulukko 6. Naisten tiedonsaannin riittävyys uniapneaan eri hoitomuodoista diagnoosin jälkeen.

Naiset	En ollenkaan n (%)	Erittäin vähän n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Hoitolaittet (n=451)	9 (2,0)	62 (13,7)	146 (32,4)	205 (45,4)	29 (6,4)
Laitteiden huolto (n= 459)	14 (0,3)	49 (10,7)	164 (35,7)	204 (44,4)	28 (6,1)
Liikunta (n=454)	37 (8,1)	46 (10,1)	147 (32,4)	189 (41,6)	35 (7,7)
Päivävyäsymys (n= 452)	46 (10,2)	64 (14,2)	166 (36,7)	152 (33,6)	24 (5,3)
Painonhallinta (n=457)	36 (7,9)	48 (10,5)	128 (28,0)	191 (41,2)	54 (11,8)
Tupakka (n=418)	95 (22,7)	32 (7,7)	104 (24,9)	145 (34,7)	42 (10,0)
Alkoholi (n=426)	84 (19,7)	43 (10,1)	113 (26,5)	150 (35,2)	36 (8,5)
Hammaskiskot (n=444)	179 (40,3)	105 (23,6)	102 (23,0)	44 (9,9)	14 (3,2)
Leikkaushoito (n=448)	181 (40,4)	112 (25,0)	107 (23,9)	41 (9,2)	7 (1,6)
Sähköstimulaatio (n=437)	332 (76,0)	55 (12,6)	39 (8,9)	10 (2,3)	1 (0,2)

Taulukko 7. Kuinka paljon kaikki vastaajat halusivat lisätietoa uniapneasta omahoidon tueksi.

Kaikki vastaajat (miehet ja naiset)	En lainkaan n (%)	Vähän n (%)	Paljon n (%)	Erittäin paljon n (%)
Laitehoidon ohjaus (n=884)	189 (21,4)	376 (42,5)	255 (28,8)	64 (7,2)
Tupakan lopettaminen (n=738)	593 (80,4)	96 (13,0)	40 (5,4)	9 (1,2)
Alkoholin käyttö (n= 781)	526 (67,3)	181 (23,2)	61 (7,8)	13 (1,7)
Painonhallinta (n=858)	258 (30,1)	287 (33,4)	247 (28,8)	66 (7,7)
Lääkkeiden käyttö (n=868)	204 (23,5)	326 (37,6)	264 (30,4)	74 (8,5)
Omahoidon ohjaus kokonaisuutena (n= 884)	130 (14,7)	383 (43,3)	287 (32,5)	84 (9,5)
Muu (n= 99)				

Taulukko 8. Miten kaikkien (miehet ja naiset) vastanneiden uniapneaseuranta oli järjestetty ikäjakauman mukaan.

Miehet ja naiset	Seurantakäynti n (%)	Etäseuranta n (%)
m + n <35-vuotiaat (n=11)	9 (81,8)	2 (18,2)
m + n 36-45-vuotiaat (n=19)	17 (89,5)	2 (10,5)
m + n 46-55-vuotiaat (n= 101)	99 (98,0)	7 (2,0)
m + n 56-65-vuotiaat (n=301)	282 (93,7)	19 (6,3)
m + n 66-75- vuotiaat (n=434)	404 (93,0)	30 (7,0)
m + n >76- vuotiaat (n=115)	98 (85,2)	17 (4,8)

Taulukko 9. Miesten ja naisten tyytyväisyys nykyiseen uniapneaseurantatapaan.

	Kaikki n (%)	Miehet n (%)	Naiset n (%)
Erittäin tyytymätön	76 (7,3)	43 (7,3)	33 (7,4)
Tyytymätön	268 (25,8)	128 (21,8)	140 (31,4)
Tyytyväinen	568 (54,7)	341 (58,0)	222 (49,8)
Erittäin tyytyväinen	127 (12,2)	76 (12,9)	51 (11,4)
	n=1039	n= 588	n=446

Taulukko 10. Uniapneapotilaiden tyytyväisyys uniapneahoidon seurantaväliin.

Miehet ja naiset	Kyllä n (%)	En n (%)
m + n <35-vuotiaat (n=11)	7 (63,6)	4 (36,4)
m + n 36-45-vuotiaat (n=19)	5 (26,3)	14 (73,7)
m + n 46-55-vuotiaat (n= 107)	61 (57,0)	46 (43,0)
m + n 56-65-vuotiaat (n=299)	165 (55,2)	134 (44,8)
m + n 66-75- vuotiaat (n=361)	253 (70,1)	208 (29,9)
m + n >76- vuotiaat (n=126)	72 (57,1)	55 (42,9)