

Haka Teemu & Kamunen Maria

**CPAP-KONTROLLIEN SIIRTO ERIKOISSAIRAANHOI-
DOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON**

Potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta siirtymävai-
heessa

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2012

Yksikkö Hyvinvoinnin- ja kulttuurin yksikkö	Aika Marraskuu 2012	Tekijä/tekijät Teemu Haka, Maria Kamunen
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi CPAP-KONTROLLIEN SIIRTO ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON - Potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta siirtymävaiheessa		
Työn ohjaaja Kirsi Ahonen	Sivumäärä 31 + 14	
Työelämäohjaaja Iiris Koskinen		
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ja kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen merkityksestä CPAP-kontrollien siirtymävaiheessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteenamme oli saada tutkimustuloksia, joilla hengityshoitaja voi kehittää uniapneapotilaiden hoitoa ja ohjausta.</p> <p>Opinnäytetyömme toteutimme kvalitatiivisena eli laadullisena. Aineiston työhömmme keräsimme kyselylomakkeilla. Lähetimme JYTA-alueen hengityshoitajan kautta 15 kyselylomaketta alueen uniapneapotilaille ja saimme 8 vastausta takaisin. Vastaukset analysoimme sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Opinnäytetyömme tulokset jakautuivat suurimmalta osalta positiivisiin kokemuksiin. Siirtymävaiheen jälkeen palvelu siirtyi lähemmäksi potilaita, jolloin välimatkat lyhenivät ja näin ollen matkakustannuksissa säästettiin rahaa ja aikaa. Potilaat kokivat myös hoitajalla olevan enemmän aikaa heille. Ohjaus koettiin laadukkaaksi, selkeäksi ja yksilölliseksi. Tutkimustuloksista kehittämissideoiksi nousi vertaistuen, kuntoutuksen saaminen ja hoitosuhteen pysyvyyden säilyminen sekä hoitajien ammattitaitoisuuden lisääminen.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä uniapneahoitajan työtä sekä koulutettaessa uusia hoitajia.</p>		
Asiasanat uniapnea, uniapneahoitaja, potilasohjaus, perusterveydenhuolto		

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES School of health, welfare and culture	Date November 2012	Author Teemu Haka, Maria Kamunen
Degree programme Nursing Degree Program		
Name of thesis Transferring Cpap-Controls from Specialized Medical Care to Basic Health Care - Patient's Experiences about Counseling in Transition		
Instructor Kirsi Ahonen		Pages 31 + 14
Supervisor Iiris Koskinen		
<p>Purpose of our thesis was to identify and describe the patients with sleeping apnea and their experiences of counseling and its significance while CPAP- controls are transferring from specialized medical care to basic health care. Our goal was to get results, which the respiratory nurse can develop sleep apnea patient's care and guidance.</p> <p>We accomplished our thesis with qualitative method. We collected the material to our work by questionnaires. We sent 15 questionnaires from JYTA- area's respiratory nurse to sleeping apnea patients in the area. We got 8 replies back. We analyzed the answers by analysis of the content.</p> <p>The results of our thesis were divided mostly into positive experiences. After the transition the service did move closer to patients, when the distances were shortened and therefore travel costs saved money and time. The patients also said that the nurse had more time with them. The counseling's were experienced high-quality, clear and unique. From research results came up ideas for peer support, rehabilitation and the persistence of patient relationship and promoting the professional skills at the nurses.</p> <p>The results can be used in the development of the sleep apnea nurses work, as well as in the training of the new nurses.</p>		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Uni ja uniapnea	3
2.2 Potilaan ohjaus	5
2.3 Uniapneapotilaan hoito ja ohjaus	7
2.3.1 Terveelliset elämäntapamuutokset	8
2.3.2 CPAP-ylipainehengityshoito	8
2.3.3 Uniapneakisko ja kirurginen hoito	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	14
4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON ANALYSOINTI	15
4.1 Laadullinen tutkimusote	15
4.2 Aineiston kerääminen	16
4.3 Aineiston analyysi	17
5 TULOKSET	20
5.1 Uniapneapotilaiden kokemukset siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon	20
5.2 Uniapneapotilaiden kokemukset ohjauksesta siirtymävaiheen aikana	21
5.3 Uniapneapotilaiden kehittämisideat ohjaukseen	22
6 POHDINTA	23
6.1 Tulosten tarkastelu	23
6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	25
6.3 Opinnäytetyön prosessi	27
LÄHTEET	29
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheemme on uniapneapotilaiden CPAP-kontrollien siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Aiheen saimme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan keuhkosairauksien poliklinikalta. Heillä on meneillään uniapneapotilaiden kontrollien siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Siirto on saanut alkunsa keuhkosairauksien poliklinikalta, jossa yksi hoitaja on hoitanut koko Keski-Pohjanmaan alueen CPAP-kontrollit yksin. Tämä on johtanut siihen, että potilaiden kontrollit ovat saattaneet viivästyä jopa vuodella, kun on ollut tarkoituksena käydä kontrolleissa vuosittain. Siirron tarkoituksena on tasoittaa uniapneahoitajan työmäärää jakamalla sitä perusterveydenhuollon puolelle. Tarkoituksena on myös parantaa potilaan hoitoa ja mahdollistaa vuosittaiset kontrollit.

Uniapnea on hengityselinten sairaus, jolloin unen aikana tulee hengityskatkoksia toistuvasti. Normaalin yöunen aikana voi olla myös muutamia lyhyitä hengityskatkoja, mutta vasta niiden aiheuttaessa oireita, kuten päiväväsymystä tai nukahotelua, voidaan alkaa epäillä uniapneaa. Uniapnea sairautena voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: obstruktiivinen, sentraalinen ja sekatyypinen. Obstruktiivisen uniapnean taustalla on useimmiten liikalihavuudesta johtuvia apneoita. Sentraalinen uniapnea aiheutuu hengityselinten vajaatoiminnoista, verenkiertohäiriöstä tai hermovaurioista. Sekatyypinen uniapnea sisältää oireita obstruktiivisesta sekä sentraalisesta uniapneasta. (Partinen & Huovinen 2007; Waenerberg & Koponen 2012.) Opinnäytetyössämme keskitymme vain obstruktiiviseen uniapneaan.

Hoitajalla on suuri vastuu potilaalle antamastaan ohjauksesta ja siitä, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen sisällön. Sairaus saattaa vaikuttaa potilaan vastaanotto-kykyyn ja siksi vaatii myös pidempää tai useamman kerran annettavaa ohjausta.

Joka tapauksessa hoitajan on varmistettava ammattitaidollaan sekä vuorovaikutustaidoillaan se, että potilas on saanut tarpeeksi kattavan ja ymmärrettävän ohjauksen. Ohjauksen onnistuminen tuo onnistumisen tunteita potilaan lisäksi myös hoitajalle. (Ohtonen 2006.)

Uniapneapotilaiden keskeisin hoitomuoto on potilaan ohjaus, jota halusimme korostaa meidän opinnäytetyössämme. Itse hoito on kokonaisvaltaista ja tärkeimpänä pidetään elämäntapamuutosta, johon ohjauksella pyritään vaikuttamaan. Elämäntapamuutoksilla saadaan aikaan pysyviä muutoksia, jotka ovat myös terveellisempiä ja vaikuttavat samalla moneen muuhunkin. Koska uniapneapotilaista 50-70% on ylipainoisia, on elämäntapamuutoksista keskusteltaessa tärkeää huomioida painonhallinnan merkitys sekä liikunnan lisääminen. Toisena tärkeänä huomioidun kohteena on tupakanpolton lopettaminen, koska uniapnea on hengityselinten sairaus. Hoitajalla on suuri vastuu potilaan ohjauksen toteuttamisesta ja ohjauksen ymmärtämisestä. Useimmiten ohjausta annetaan kirjallisesti ja suullisesti, jotta potilas voi vielä kotonaan lukea epäselviä asioita kirjallisesta materiaalista. (Waenerberg & Koponen 2012.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ja kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen merkityksestä CPAP-kontrollien siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteenamme oli saada tutkimustuloksia, joilla hengityshoitaja voi kehittää uniapneapotilaiden hoitoa ja ohjausta. Tutkimus toteutettiin laadullisena, ja vastaukset keräsimme avoimella kyselylomakkeella.

Tutkimus toteutettiin JYTA- alueella, sulkien pois Vetelin kunnan uniapneapotilaat, koska Vetelissä on vastikään aloittanut oma uniapneahoitaja. Tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme anoimme JYTA-alueen peruspalvelujohtaja Tarja Oikarinen-Nybackalta.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

2.1 Uni ja uniapnea

Uni on ihmiselle elintärkeä asia. Unen aikana ihminen saa aikaa latautua ja virkistyä. Samaan aikaan aivot ovat edelleen aktiivisessa tilassa ja kertaavat päivän tapahtumia ja tunnetiloja. Unen on todettu edistävän ihmisen oppimista ja tarkkaavaisuutta, sekä vaikuttavan positiivisesti elimistön puolustusjärjestelmään. Unen tarve on yksilöllistä, eikä nukuttu määrä välttämättä korvaa unen laatua. (Partinen & Huovinen 2007, 18–19.)

Unen puute aiheuttaa univajetta. Univajeen seurauksena elimistö alkaa kärsiä, vaikutuksen huomaa myös henkisissä ja älyllisissä toiminnoissa. Myös sairastumisen riski lisääntyy. Univajeen myötä päivävireys laskee ja aiheuttaa levottomuutta, keskittymiskyvyn laskua, ärtymystä, väsymystä ja muita negatiivisia oireita. (Partinen & Huovinen 2007, 26–27.)

Uniapnea on hengityselinten sairaus, jolloin unen aikana tulee hengityskatkoksia toistuvasti. Normaalin yöunen aikana voi olla myös muutamia lyhyitä hengityskatkoja, mutta vasta niiden aiheuttaessa oireita, kuten päiväväsymystä tai nukahdettua, voidaan alkaa epäillä uniapneaa. (Partinen & Huovinen 2007, 96.)

Uniapneaoireyhtymän yleisin muoto on obstruktiivinen eli ahtauttava uniapnea, joka johtuu ylähengitysteiden ahtautumisesta unen aikana. Tällöin hengitysteiden ahtauma aiheuttaa sisäänhengityksessä alipainetta, jonka vuoksi ilman sisäänvirtaus tukkeutuu hetkellisesti. Obstruktiivinen uniapnea aiheuttaa vähintään kymmenen sekuntia kestäviä, toistuvia hengityskatkoksia, apneoita, tai hengityksen vaimentumia, hypopneonia. Näiden hengityskatkosten ja vaimentumien aikana

veren happikyllästeisyys laskee, joka aiheuttaa unesta havahtumisia. Näiden havahtumisien aikana nukkuja ei välttämättä tietoisesti herää, mutta uni jää silti katkonaiseksi. (Käypähoito 2010a; Saarelma 2011.)

Keskeisenä oireena uniapnealle pidetään kuorsaamista ja päiväväsymystä. Tämä ilmenee uneliaisuutena ja nukahteluna kesken päivän. Muita oireita voivat olla muistihäiriöt, aggressiivisuus, aamupäänsärky ja ylipaino. Uniapnealla tiedetään olevan yhteys myös sydän- ja verisuonitauteihin sekä aivojen verenkiertohäiriöihin, koska hengityskatkokset saattavat aiheuttaa hapenpuutetta näissä elimissä. (Käypähoito 2010a; Partinen & Huovinen 2007, 97–99.)

Uniapnea saattaa aiheuttaa myös ärtyneisyyttä, masennusta, mielialahäiriöitä sekä miehillä impotenssia. Elimellisiä oireita voivat olla tihentynyt virtsaamisen tarve yöllä, yöhikoilu sekä yöllisiä rytmihäiriöitä. (Saarelma 2011.)

Kun potilaalla epäillään uniapneaa, diagnosointi aloitetaan omalla lääkäriä, joka voi kirjoittaa lähetteen jatkotutkimuksiin. Diagnoosi tehdään anamneesin eli haastattelun, kliinisten löydösten sekä yöpolygrafian perusteella. Yleisimmin tutkimukset hoidetaan keskussairaalassa. (Partinen & Huovinen 2007, 101; Käypähoito 2010a.)

Yöpolygrafia on kotona tehtävä unirekisteröintitutkimus, jossa selvitetään yön aikana tapahtuvia hengityskatkoksia, jalkojen liikkeitä sekä ylähengitystien ahtaamaa. Tutkimusyötä edeltävänä päivänä potilas käy hoitajan luona, jossa hänelle neuvotaan yöpolygrafialaitteen asentaminen sekä käyttö. Potilas nukkuu seuraavan yön yleisimmin kotonaan laitteen kanssa. Laite rekisteröi unen aikaisen hengityksen, liikkeen, sydämen sykkeen, asennon sekä happikyllästeisyyden eli happisaturaation. (Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri 2011.)

Amerikkalaisen hoitosuosituksen mukaan potilaalla, jolla epäillään uniapneaa, tulee olla tietyt oireet, unirekisteröinnissä eli yöpolygrafiassa tulee olla löydöksiä,

tai kun mikään muu ei selitä oireita ja löydöksiä, uniapnean diagnoosin saamiseen. Oireita ovat jo aiemmin tehtävässä mainitut päiväväsytys ja nukahtelu, hengityskatkoksiin ja tukehtumisen tunteeseen herääminen sekä puolison maininta kuorsauksesta tai hengityskatkoista. Yöpolygrafian löydöksillä tarkoitetaan vähintään 5 tai 15 hengitystapahtumaa, eli apneaa tai hypopneaa, ja hengitysyrittystä tunnissa. (Käypähoito 2010b.)

2.2 Potilaan ohjaus

Potilasohjauksen toimintaa määrittävät monet lait ja asetukset hoitajan toimintaa koskien. Potilasohjaustilannetta ohjaavat mm. perus- ja ihmisoikeudet, koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvät lait ja asetukset sekä siviilioikeudelliset lait. Nämä toimivat potilasohjauksen pohjana, minkä ympärille ohjaustilanne rakennetaan. Lait ja asetukset velvoittavat hoitajaa täyttämään tietyt laatuksiteerit, jotta hoitaja voi toimia tehtävässään. Tämä tarkoittaa myös lain potilaan asemasta ja oikeuksista huomioimista, joka sitouttaa hoitajan kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Koko ohjaustilanne on toteutettava potilaan suostumuksella. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Potilaan ohjauksella on suuri merkitys potilaan hoitoon sitoutumiseen, hoidon laatuun ja potilaan tyytyväisyyteen. Sairaanhoitajat saavat jo koulutuksen aikana hyvän pohjan potilasohjaukseen, jota tulee kehittää työelämässä. Hyvä ja tutkittu teorian tieto sekä sairaanhoitajan persoona korostavat ohjauksen laatua. Potilaan ohjauksen tapahtuessa hyvässä vuorovaikutuksessa auttaa se vähentämään pelkoa ja ahdistusta, joita sairaus saattaa tuoda mukanaan. Vuorovaikutuksen ollessa hyvää ja luottamuksellista potilas uskaltaa myös kertoa hoitajalle mieltä askarruttavat ja potilaan mielestä kenties ”tyhmät” asiat. (Ohtonen 2006.)

Ohjauksessa voi käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä, jotta ohjaus edistää hoitoon sitoutumista. Oikean ohjausmenetelmän valitseminen vaatii hoitajalta tietoa potilaan tavasta omaksua asioita, jotka liittyvät ohjauksen päämäärään ja yhteisiin soveltuihin tavoitteisiin. Tehokkain ohjaus koostuu useista ohjausmenetelmistä, jotka valitaan yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti. Hoitajan tehtävä on tunnistaa potilaalle ominaisin ohjausmenetelmä ja rakentaa ohjaus sen mukaisesti. Useimmat potilaat hahmottavat asiat paremmin visuaalisesti. Tämän vuoksi sanalliseen ohjaukseen liitetään monesti kuvallista ja konkreettista ohjausmateriaalia, esimerkiksi erilaiset lehtiä ja videoita. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 73.)

Potilaiden ohjausmenetelmään kuuluu ensisijaisesti yksilöohjaus, jonka perustana pidetään potilaiden terveys- ja sairauskertomuksia. Tiedot potilaan elintavoista, nykyisistä ja menneistä hoidoista, ohjauksen sisällöistä sekä tavoitteiden toteutumisen seurannasta ovat oleellisia potilasohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 146). Potilaat toivovat eniten suullista, kasvokkain tapahtuvaa yksilöohjausta, koska he kokevat hyötyvänsä siitä eniten. Vuorovaikutus nousee hyvin esille hoitoon sitoutumisen ohjauksen ohella. Yksilöohjauksessa potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhde voidaan toteuttaa tehokkaimmin. (Kyngäs. & Hentinen 2009, 110–111.)

Potilaalla on itsellään oikeus päättää hoidostaan ja ohjauksesta, sekä siitä toteuttaako hoitajan antamaa ohjausta. Hoitajan tulee omalta osaltaan varmistaa se, että potilaalla on riittävät taustatiedot tehdäkseen päätöksen hoidostaan. Hoitajalla tulee myös olla tiedossa omat rajansa ohjaajana sekä voimavaransa. (Kääriäinen 2007.)

Ohjaus käsitteenä on paljon käytetty termi hoitotyössä. Sitä voidaan verrata tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen ja opastuksen kanssa samoihin termeihin. Ohjaus-käsite ilmentää hoitotyön toimintoa, joka on tieteellisen kiinnostuksen kohteena sekä siihen liittyviä kysymyksiä. Ohjaus on myös kommunikoinnin yksi vä-

line, jolla tietoa saadaan välitettyä potilaalle. Ohjaus tulkitaan usein oman kokemuksen kautta, ja siksi määritelmät ohjaukselle ovat osittain sopimuksenvaraisia. Ohjaus on tiedon antamista potilaalle, hoitoprosessiin liittyvää vuorovaikutusta, valintojen tekemisessä auttamista sekä toiminnoissa auttamista. (Kääriäinen 2007.)

Laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä sekä hänen toimintakykyä, elämänlaatua ja hoitoon sitoutumista. Ohjauksella tuetaan myös potilaan arjessa selviytymistä ja itsehoitoa. Laadukkaan ohjauksen myötä potilaiden tieto sairaudesta ja hoitomuodoista on kasvanut. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

2.3 Uniapneapotilaan hoito ja ohjaus

Lahtinen (2008) on tehnyt pro gradu tutkielman liittyen uniapneapotilaan kokemukseen saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että potilaat kokivat ohjauksen olevan onnistunut, jos ohjaus oli suunniteltu huolellisesti ja ammattitaitoisesti toteutettu.

Martikainen & Ruoskanen (2009) ovat tehneet opinnäytetyön liittyen CPAP-kontrollien toteutukseen perusterveydenhuollossa Hyvinkäällä. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat olleet tyytyväisiä CPAP-laitteeseensa ja siitä saamaansa hyötyyn. Reilusti yli puolet vastanneista oli saanut erittäin hyvää tai melko hyvää ohjausta perusterveydenhuollon uniapneahoitajalta. Potilaat kokivat tärkeäksi saada asiantuntevaa ohjausta liittyen CPAP-hoitoon ja laitteeseen. Hoitajien lisäkoulutus koettiin myös tarpeelliseksi.

2.3.1 Terveelliset elämäntapamuutokset

Uniapnean ensisijaisena hoitona voidaan pitää elämäntapamuutoksia. Erityisesti ylipainoisilla ihmisillä, joilla painoindeksi on yli 25 kg/m², on laihduttaminen koko hoidon perusta. Elämäntapaohjaus yhdistettynä laihduttamiseen parantaa uniapneapotilaan elämänlaatua. Merkittäväällä laihduttamisella voidaan jopa parantaa uniapnea kokonaan. (Käypähoito 2010a.)

Elämänlaadun parantamiseksi ja uniapnean hoitamiseksi myös unen riittävydestä tulee huolehtia, sillä univaje vain pahentaa uniapneaa. Univajeen parantamiseen vaikuttaa myös asentohoidot ja asento, missä ihminen nukkuu. Asennoilla saatetaan vaikuttaa positiivisesti päiväväsyykseen, mielialaan ja kognitiivisiin toimintoihin. Hyvä keino asentohoidosta on laittaa kova pallo yöpaidanselkämykseen, jolloin se estää nukkujaa nukkumasta selällään. Eräs tärkeimmistä elämäntapamuutoksissa on kuitenkin tupakoinnin lopettaminen. Tupakointi lisää limakalvoturvotusta, jolloin se huonontaa huomattavasti unen laatua. (Käypähoito 2010a.)

Tärkein elämäntapamuutoksista on potilaan oma aloite. Elämäntapa- ja laihdutusneuvonta saa parhaan hoitovasteen lievemmissä tautimuodoissa. Yleensä silloin, kun pienikin laihduttaminen vähentää oireita oleellisesti. (Kinnula, Brander, Tuukiainen 2005, 699.)

2.3.2 CPAP-ylipainehengityshoito

CPAP (continuous positive airway pressure) on hoitomuoto, jonka avulla ylähengitysteitä pidetään avoinna maskilla annettavalla ylipaineella unen aikana. CPAP-hoito on ensisijainen hoitomuoto keskivaikeassa tai vaikeassa uniapneassa. CPAP auttaa vähentämään päiväväsyyttä, parantamaan muistia ja tarkkaavaisuutta. Sillä on todettu myös olevan positiivisia vaikutuksia sydämen toimintaan, veren-

paineeseen, verensokeritasapainoon sekä masennukseen. (Käypähoito 2010a; Tarnanen, Brander, Anttalainen & Helin- Salmivaara 2010.)

CPAP-hoito toteutetaan CPAP-laitteella (LIITE 5, Kuva 1), johon kuuluvat laitteen lisäksi maski, myssy ja letkut. Se luetaan lääkinnällisiin laitteisiin, jonka potilas saa apuvälinepalvelusta ja jossa määritetään apuvälineen tarve, välineen sovitus ja käytön opetus, käytön seuranta sekä huolto. Laitteen luovuttava yksikkö huolehtii siitä, että potilaalle annetaan asianmukainen ohjaus. Laitteen luovuttavalle yksilölle kuuluu myös laitteen toimintakyvyn ja turvallisuuden takaaminen. Se huolehtii myös laitteen säännöllisestä huollosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

CPAP eli ylipainehengityshoidon on todettu auttavan, jos laitetta käytetään vähintään viitenä yönä viikossa 3-4 tuntia yössä. CPAP-hoidon aloitus toteutetaan terveydenhuollon yksikössä, jossa potilaalle annetaan hyvä ohjaus laitteen käyttöön. Laite annetaan potilaalle muutamaksi viikoksi kotiin kokeille, minkä jälkeen hoidon toimivuus arvioidaan ja tarvittaessa paine säädetään potilaalle sopivaksi. Yleisin painetaso on 5-15 cmH₂O, ja sen tiedetään olevan sopiva, kun yölliset poikkeavat heräämiset lakkaavat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Potilaan aloittaessa CPAP-laittehoitoon on erityisen tärkeää, että potilas saa mahdollisimman kattavan ohjauksen laitteen käyttöön. Tavoitteena laiteohjauksella on CPAP-laitteen käytön ja hoidon oppiminen. Potilaalle tulee myös selittää laitteen käytön merkitys, jotta potilas osaa sitoutua hoitoon. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja potilaan tarpeet huomioivaa. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan erilaiset valmiudet tiedon vastaanottoon. Tarvittaessa ohjaustilanteeseen voi ottaa omaiset mukaan, jos potilaalla on esim. kognitiivisia vaikeuksia. (Tanskanen 2006.)

CPAP-laitteen toiminnasta potilaalle selitetään, että laite johtaa maskin kautta ylipaineilmaa, joka auttaa pitämään ylähengitystiet avoimina. Tällä pyritään lopet-

tamaan unenaikaiset hengityskatkot. Kun hengityskatkot loppuvat, potilaan unen laatu paranee ja päivävireys lisääntyy. Potilasta kehoitetaan myös laitteen säännölliseen käyttöön, jotta potilas saa parhaimman hoitovasteen. Laitetta suositellaan käyttämään vähintään 4 h/vrk, sekä yöllä että päiväunien aikana. Potilaalle kerrotaan laitehoidon myönteisistä vaikutuksista, joita ovat esimerkiksi yöllisten wc-käyntien väheneminen, libidon paraneminen sekä metabolisen oireyhtymän helpottuminen. Laitteen käytöllä on myös positiivisia vaikutuksia verenpaineen hoitoon sekä diabeteksen insuliinihoitoon. (Tanskanen 2006.)

Jotta potilas saa mahdollisimman hyvän ohjauksen CPAP-laitteen käyttöön, tulee sanallisen ohjauksen lisäksi antaa potilaalle kirjallista tietoa laitteen käytöstä, maskin asettamisesta sekä nenän hoidosta. Myös käytön demonstrointi auttaa potilasta saamaan hyvän ohjauksen laitteen käyttöön. Potilaan annetaan myös itse kokeilla laitteen ja maskin käyttöä, ja häntä neuvotaan tarvittaessa muutoksiin (LIITE 5, Kuva 2). (Tanskanen 2006.)

CPAP-laitteen käytön ohjaamisen yhteydessä kerrotaan potilaalle myös nenän hoidosta. Koska CPAP-laitetta käytetään yleisimmin nenämaskilla, on yleisiä oireita nenän kuivuminen, tukkoisuus tai vesinuha. Ennaltaehkäisevästi ohjataan potilasta käyttämään A-vita-tippoja tai humidose-keittosuolaliuosta. Jos ongelmat jatkuvat, voi lääkäri kirjoittaa reseptin nenäkortikosteroideille, joita tulee käyttää säännöllisesti. CPAP-laitteeseen voidaan myös liittää lämminvesikostuttaja. On mahdollista myös vaihtaa maski kokokasvomaskiksi, jos hoito ei toimi. Potilasta kehoitetaan ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon ongelmien ilmetessä. (Tanskanen 2006.)

Kun CPAP-hoito on saatu alulle, annetaan potilaalle aika kontrollia varten 1-3 kk:n päähän. Tällä kontrollikäynnillä potilaan kanssa keskustellaan CPAP-laitteen käytöstä, sen hyödyistä ja haitoista potilaalle, sekä potilaan kokemuksista. Potilas täyttää myös päivävireyttä mittaavan kaavakkeen, ESS-kyselylomakkeen. Kontrol-

likäynnillä potilaalta mitataan verenpaine, vyötärön ympäryys sekä hänet punnitaan. CPAP-laitteesta tarkastetaan tuntimäärä, kuinka kauan potilas on käyttänyt laitetta yötä kohden. Jos tunteja kertyy yli 4 yötä kohden ja potilas sitoutuu hoitoon jatkossakin, katsotaan se sopivaksi hoitomuodoksi potilaalle. Seuraava kontrolliaika sovitaan vuoden päähän ja siitä eteenpäin vuoden välein, ellei potilaalle tule ongelmia laitteen käytössä. Vuosittaisissa kontroleissa käydään läpi samat mittaukset ja tarkastukset kuin ensimmäiselläkin kontrollikerralla. (Harju, Ebeling, Haapaniemi, Jäntti, Karhu, Keinänen, Kinnunen, Kinnunen, Koivunen, Kubin, Marjeta, Mäkitaro, Niemelä, Patala-Pudas, Savolainen & Tolonen 2005.)

2.3.3 Uniapneakisko ja kirurginen hoito

Uniapneakiskoa käytetään yleensä vaikean obstruktiivisen uniapnean hoitoon. Kyseisellä kojeella saadaan siirrettyä alaleukaa eteenpäin tai kielen asentoa muutettua, jolloin hengitystiet pysyvät auki. Potilaille tämä on edullinen ja helppo hoitomuoto, näin potilaiden hoitomyönteisyys pysyy korkealla. (Partinen & Huovinen 2007, 103.)

Nykyään hammaslaitteet ja kiskot ovat nousemassa enemmän varteenotettaviksi hoitomuodoiksi varsinkin niille potilaille, joille CPAP-hoito ei sovellu. Paras hoitovaste saavutetaan niille potilaille, joilla leukanivelen löysyys mahdollistaa alaleuan taakseloksahtuksen selinmakuulla. Tästä käytetään myös nimitystä asento-riippuvainen uniapnea. (Kinnula, Brander, Tukiainen 2005, 704.)

Kirurgisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan kasvojen tai ylähengitysteiden kirurgiaa. Niillä pyritään vaikuttamaan rakenteellisiin tekijöihin. Leikkaus voi kohdistua yhdelle tasolle, esim. nenä, pehmeä suulaki, kielen kanta, tai usealle monelle tasolle, josta käytetään nimitystä monitasokirurgia. Lieväoireisen uniapnean kirurgiseen hoitomuotoihin kuuluu myös lihavuus- ja leukakirurgia. Uniapnean kirurgi-

set toimenpiteet ovat joko avartavia, avustavia tai ylähengitysteitä ohittavia. (Käypähoito 2010a.)

Avartavilla toimenpiteillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi risaleikkausta tai uvulo-palatofaryngoplastia eli UPPP. Tässä toimenpiteessä poistetaan pehmeää suulakea sekä lakikaarta. Avartavalla kirurgialla saadaan suora vaikutus kuorsauksen vähentymiseen ja CPAP-hoidon paineen huomattavaan pienenemiseen. Kyseisellä toimenpiteellä voidaan parantaa myös potilaan sitoutumista CPAP-hoitoon. Tonsillektomiolla (nielurisojen poisto) saadaan todella hyvä vaikutus uniapnean hoitoon. Mahdolliset haittavaikutukset avartavista toimenpiteistä voivat olla nasofaryngeaalinen käänteisvirtaus (ruoka menee nenään), nielun kuivuminen, nielemis- ja puhumisvaikeus sekä äänen muutos. (Käypä hoito 2010a; Waenerberg & Koponen 2012.)

Avustaviin toimenpiteisiin kuuluu esimerkiksi nenäpolyyyppien poisto. Nenäpolyypit ovat limakalvopullistumia, jotka tukkivat hengitysteitä. Näitä syntyy, kun nenän sivuontelon limakalvoon kertyy kudostenestettä ja limakalvo työntyy nenäkäytävään. Pitkäaikaisessa nenäallergiassa näitä kehittyy nopeasti ja ne voivat uusiutua. Aluksi käytetään konservatiivista hoitoa, kuten nenästeroidi ja allergioiden hoitoa. Jos näillä hoidoilla ei saada riittävää vastetta, voidaan polyypit poistaa. (Käypä hoito 2010a.)

Leukakirurgiaa voidaan käyttää keskivaikean tai vaikean uniapnean hoidossa. Yleensä rakenteelliset anatomisen virheet ovat näitä, joita kyseisellä kirurgialla hoidetaan, puhutaan leukaosteotomiasta. Korjauksella vaikutetaan ylä- että ala-leukaan, jossa niitä siirretään kirurgisesti eteenpäin, jolloin nielun alueen ilmatila lisääntyy. Näin unenaikaiset hengityskatkokset vähentyvät huomattavasti. Ennen varsinaista kirurgista oikomishoitoa tulee uniapnea olla diagnosoitu. Leikkauksen jälkeen saatetaan tehdä postoperatiivinen hampaiden oikomishoito kiinteillä kojeilla. Tämä tehdään yhdessä oikomishoidon erikoishammaslääkärin ja suu- ja

leukakirurgian yhteistyönä. Hampaiden oikomishoitoa voidaan tehdä 2-3 vuotta leikkauksen jälkeen, riippuen oikomishoidon laajuudesta ja tarpeesta. (Käypä hoito 2010a.)

Ylähengitysteitä ohittaviin toimenpiteisiin kuuluu henkitorviavanne eli trakeostomia. Trakeostomialla saadaan ohitettua ylähengitystiet kokonaan. Näin saadaan sellainen uniapnea korjattua kokonaan, joka johtuu ahtautuneista ylähengitysteistä. Vaikka trakeostomialla saadaan tarvittava hoitovaste, niin silti siihen liittyy todella paljon käytännön ongelmia, jolloin siihen turvaudutaan vain harvoin. (Käypä hoito 2010a.)

Viimeisenä kirurgisena hoitomuotona voidaan pitää lihavuusleikkausta. Lihavuusleikkaus voidaan tehdä ainoastaan silloin, jos painoindeksi on suurempi kuin 35 BMI. Sairaalloisen lihavuuden kirurgisella hoidolla vaikutetaan apnea-hypopnea-indeksiin laskevasti, mutta itse uniapnean hoidon tarvetta se harvoin poistaa. (Käypä hoito 2010a.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ja kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen merkityksestä CPAP-kontrollien siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteenamme oli saada tutkimustuloksia, joilla hengityshoitaja voi kehittää uniapneapotilaiden hoitoa ja ohjausta.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Millaisia kokemuksia uniapneapotilailla on ollut CPAP-kontrollien siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?
2. Millaiseksi uniapneapotilaat ovat kokeneet saamansa ohjauksen siirtymävaiheessa?
3. Miten uniapneapotilaiden ohjausta tulee kehittää siirtymävaiheen aikana jotta se tukee potilaiden selviytymistä arjessa?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON ANALYSOINTI

4.1 Laadullinen tutkimusote

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuskohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti rikkomatta kokonaisuutta osiin mielivaltaisesti. Arvot muovaavat tutkijan tapaa ymmärtää, mitä ja miten hän ymmärtää tutkimaansa ilmiötä. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tosiasioita enemmän kuin todentaa olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kootaan todellisissa tilanteissa ja tiedon hankinta on kokonaisvaltaista. Tieto tutkimuksiin kerätään ihmisiltä. Tutkijan havainnot sekä keskustelu toimivat myös tiedonhankinnan apuna. Kohdejoukko tutkimukseen valitaan tarkoituksenmukaisesti ja tapaukset käsitellään ainutlaatuisina. Pyrkimyksenä tutkimuksella on paljastaa odottamattomia asioita induktiivisen analyysin avulla. Tutkimus ei välttämättä noudata suunnitelmaa, vaan se saattaa muuttua olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 161–166.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä korostetaan kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä sekä näkemyksiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kuvata uusia tutkimuksia, joista ei ole aikaisempaa tietoa tai jos tutkimukseen halutaan uusia näkökulmia. Tutkimusmenetelmää valitessa on määritettävä tutkimuksen teoreettinen tavoite sekä se, millaista tietoa haetaan. Eri lähestymistavoilla on yhteinen tavoite löytää toimintatapojen samankaltaisuudet ja erot. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.)

Tutkimusmenetelmää valitessamme keskustelimme yhdessä siitä, miten toteutamme opinnäytetyömme. Tulimme sellaiseen johtopäätökseen, että tavoit-

teenamme oli saada tietoa potilaiden ainutlaatuisista kokemuksista tutkittavasta aiheesta. Aihetta oli tutkittu vain vähän, joten mielenkiintomme heräsi. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja selittää tutkittavia ilmiöitä, meidän kohdallamme potilaiden kokemuksia, joten tutkimusmenetelmä sopi meille. Syyinä oli myös se, että tutkimuksen suorittamispaikka eli Keski- Pohjanmaan peruspalveluliikelaitos JYTA, ei mahdollistanut tutkimuksen suorittamista määrällisenä eli kvantitatiivisena, koska potilaiden siirtoprosessi oli edelleen käynnissä eikä potilaita olisi saatu tarpeeksi tutkimuksen määrällisenä suorittamiseen.

4.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyömme toteutettiin Keski-Pohjanmaan peruspalveluliikelaitoksen eli JYTA-alueen kanssa yhteistyössä. JYTA-alue käsittää Lesti- ja Perhonjokivarren kunnat, kuten Halsuan, Kannuksen, Kaustisen, Lestijärven, Perhon, Toholammin ja Vetelin kunnat. JYTA-alueella järjestetään ja pääosin tuotetaan laissa säädettyt sosiaali- ja perusterveydenhuoltopalvelut. Palvelut tuotetaan ja toiminta järjestetään perheiden, kotihoidon ja asumisen tukemiseksi sekä terveyden ja sairaanhoidoksi. (JYTA 2006–2010.)

Valitsimme aineiston keruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen, koska avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet kysymykset osoittavat tutkijalle sen, mikä on vastaajalle keskeistä ja antaa vastaajalle vapauden kertoa, mitä todella ajattelee tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Avoimen kyselylomakkeen laatimisessa on tärkeää saada kyselylomakkeeseen selvät kysymykset, joilla ei ole kaksoismerkitystä ja tarkoittavat kaikille vastaajille samaa. Hyvän kyselylomakkeen aikaansaaminen riippuu tutkijan persoonallisista kokemuksista sekä tietopohjasta tutkittavaan asiaan. Kyselylomakkeen laadinnas-

sa on hyvä muistaa ammattikielen sekä johdattelevien kysymysten välttäminen. Lomakkeen tulisi olla helposti luettava ja täytettävä sekä siisti ulkoasultaan. Myös vastauksille tulee jättää riittävästi tilaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–204.)

Avointen kyselylomakkeiden avulla saadaan kerättyä tietoa vastaajien asenteista ja mielipiteistä, tiedoista sekä toiminnasta. Vastaajalle lähetettävässä saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja tärkeydestä, sekä kiitetään tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.)

Lähetimme JYTA-alueen hengityshoitajan kautta 15 kyselylomaketta vastaajille. Tavoitteenamme oli saada mahdollisimman kattavat vastaukset. Hengityshoitaja lähetti kyselylomakkeet eteenpäin aikuisille potilaille, joiden koki olevan kykeneviä vastaamaan kyselyyn. Kykenevillä henkilöillä tarkoitamme aikuisia uniapneapotilaita, joilla on CPAP-laite käytössä. Potilaan tuli olla käynyt 2-3 kertaa kontrollikäynnillä perusterveydenhuollon yksikössä, jotta hän kykeni arvioimaan ohjauksen laadun eroja. Annoimme kyselylomakkeiden sekä saatekirjeen mukaan kirjekuoret, joissa oli valmiina osoitteemme sekä postimerkit.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä kvalitatiivista aineistoa analysoitaessa, koska sen avulla voidaan analysoida aineistoja sekä kuvata niitä samalla. Sisällönanalyysi on yleinen menetelmä hoitotieteellisiä tutkimusaineistoja analysoitaessa. (Kankkunen ym. 2009, 131–133). Valitsimme sisällönanalyysin analysointimenetelmäksi, koska halusimme saada syvällisempiä ja henkilökohtaisempia vastauksia potilaiden kokemuksista. Sisällönanalyysi antaa mahdollisuuden saada laajasta tiedosta tiivistetty kokonaisuus. Keräsimme aineiston tutkimukseemme kyselylomakkeilla, ja silloin oli loogisinta käyttää sisällönanalyysia.

Sisällönanalyysin toteuttaminen työssämme tapahtuu aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivinen aineiston analysointi jaetaan karkeasti kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Tässä vaiheessa analysoitavasta informaatiosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois eli aineisto pelkistetään joko tiivistämällä tai pilkkomalla aineisto osiin. Aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut ja ne nostetaan esille aineistosta. (LIITE 4) (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–112.)

Toisessa vaiheessa aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Alkuperäisilmaukset läpikäydään tarkasti ja niistä etsitään samankaltaiset ja/tai eroavat käsitteet. Käsitteet ryhmitellään ja luokitellaan samaa tarkoittavien asioiden perusteella, ja luokat nimetään kuvaavilla käsitteillä. Luokittelussa yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin, jolloin aineisto tiivistyy. Tällä menetelmällä saadaan luotua pohja tutkimukselle sekä alustavia kuvauksia ilmiöstä, jota tutkitaan. (LIITE 4) (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.)

Viimeisessä eli kolmannessa vaiheessa aineisto abstrahoidaan eli muodostetaan teoreettisia käsitteitä erottamalla olennainen ja valikoitu tieto toisistaan. Abstrahointivaiheessa johtopäätöksiin päästään alkuperäisilmauksista teoreettisten käsitteiden kautta johtopäätöksiin. Luokituksia yhdistellään niin pitkälle, kuin se on mahdollista aineiston sisältöä katsoen. (LIITE 4) (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114.)

Sisällönanalyysillä on mahdollista tiivistää aineistot, jolloin voidaan ilmiöt kuvata yleistävästi. Analyysillä on myös mahdollista esittää tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita. Sisällönanalyysillä voidaan dokumenttien sisältö kuvata sanallisesti. Sisällönanalyysi on prosessi, josta seuraavat vaiheet erotetaan: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen ja sen pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Tavoitteena sisällönanalyysillä on ilmiön laaja kuvaus tiiviissä muodossa, jonka tuloksena saadaan käsiteluokitukset, -järjestelmät, mallit tai käsitekartat. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa sisällönanalyysi on tuonut erilai-

sia vahvuuksia tutkimukselle, koska se mm. joustaa tutkimusasetelmien teossa sekä antaa sensitiivisyyttä sisällölle. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysillä saadaan tavoitettua myös merkitykset ja seuraukset yksinkertaistettujen aineistojen lisäksi. (Kankkunen ym. 2009, 134.)

5 TULOKSET

5.1 Uniapneapotilaiden kokemukset siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Kokemukset CPAP-ohjauksen siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon olivat erilaisia. Vastaajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. He olivat kokeneet siirtymisen positiivisena sekä taloudellisena.

Pelkästään positiivisia asioita, yksilöllistä, tuttu hoitaja, enempi aikaa, lyhyempi matka, tarvikkeiden hankinta tk:n kautta on erittäin hyvä.

Vastanneista osa oli muutosta vastaan tai vähäisten käyntikertojen vuoksi kokemattomia vastaamaan kyselyyn. He, jotka vastustivat muutosta, kokivat palvelun huonontuneen sekä kertoivat edelleen olevansa yhteydessä erikoissairaanhoidon ongelma- ja huoltoasioissa.

En ole ollut yhteydessä juurikaan terveyskeskukseen. Ongelma/ huoltoasioissa otan yhteyttä keskussairaalan uniapneahoitajaan.

Olen käynyt kerran TK:ssa, joten ei osaa sanoa asiasta mitään.

Hyvänä koettiin myös se, että hoitajalla on enemmän aikaa potilaalle perusterveydenhuollossa.

Aikaa ollut paremmin hoitajalla potilaalle! Usein potilaalla useampi sairaus, siksi aikaa potilaalle täytyy löytyä!

Huonot kokemukset ohjauksesta liittyivät sen laatuun jakautuen potilaiden asenteisiin ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Vastauksista ilmeni myös ohjauksen riittämättömyys.

En ole saanut ohjausta terveyskeskuksessa. Olen toiminut keskussairaalaista saaduin ohjein, kun aiemmin otin yhteyttä sinne.

Henkilökunnan kokemattomuus näissä asioissa.

Muutoksen myötä palvelun saatavuus koettiin puutteelliseksi, koska välineiden hankinta on vaikeutunut.

Minua on informoitu asiasta tarkemmin vasta viikko sitten. Tällä viikolla pitäisi ensimmäisen kerran tarvitsemani osat tulla X terveyskeskuksesta Y terveyskeskukseen. Kokkolassa huolto-osat sai samana päivänä. Nyt täytyy odottaa viikko osia.

5.2 Uniapneapotilaiden kokemukset ohjauksesta siirtymävaiheen aikana

Siirtymisen myötä hoitajaresursseihin on kyetty vastaamaan paremmin. Tämä näkyy hoitajan ajankäytössä sekä potilaan huomioon ottamisessa.

Tuttu hoitaja, enempi aikaa.

Vastaajat kokivat ohjauksen kokonaisvaltaiseksi ja asialliseksi. He kokivat myös saavansa yksilöllistä ohjausta asiantuntevalta hoitajalta. Vastauksista ilmeni, että palveluiden siirtyminen lähemmäksi koettiin positiivisena ja sen vuoksi taloudellisenä.

Henkilökohtaista ohjausta mm. painonpudotukseen ja ruokavalioon.
Pätevä hoitaja.

Lyhyempi matka.

Asiallista ohjausta.

Muutamit vastanneista kokivat ohjauksen pysyneen ennallaan.

Ohjaus on yhtä tasokasta kuin kessukassa.

Palveluiden saatavuus lähempänä koettiin tukevan arjessa selviytymistä. Ohjaus on ollut laadukasta, selkeää ja taloudellista.

Tarvikkeiden hankinta tk:n kautta on erittäin hyvä.

Selkeä ohje miksi kannattaa käyttää laitetta joka yö.

Joidenkin vastanneiden mielestä ohjaus ei ole tukenut arjessa selviytymistä lainkaan.

En ole aloittanut hoitoa TK:n ohjauksen aikana. Kessukan ohjaus oli niin hyvä, että olen pärjännyt sillä.

5.3 Uniapneapotilaiden kehittämisideat ohjaukseen

Viimeisessä kysymyksessä pyysimme vastaajilta kehittämissuhteita ohjaukseen liittyen. Vastauksissa esille nousivat vertaistuki ja kuntoutus sekä palveluiden monipuolistaminen. Ohjaukseen toivottiin enemmän elämäntapaohjausta sekä asiakas-hoitajasuhteen jatkuvuutta.

Kuntoutusta ja toisten potilaiden tapaamisia.

Puhuisi enemmän liikalihavuudesta ja tupakin poltosta.

Toivoisin pysyvämpää hoitosuhdetta. Ei henkilökunnan suuria muutoksia.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Aihe opinnäytetyöhömme tuli Keski- Pohjanmaan keskussairaalan keuhkosairauksien poliklinikan uniapneahoitajalta. Toinen meistä oli työharjoittelussa kyseisessä paikassa, jolloin siirtovaihe oli ajankohtainen. Tästä nousi ajatus lähteä tutkimaan aihetta. Otimme yhteyttä JYTA-alueen koulutettuun hengityshoitajaan, joka lähti mielellään tekemään kanssamme yhteistyötä. Kyseinen henkilö on ollut suuri apu meille koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää ja kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen merkityksestä CPAP-kontrollien siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Koska halusimme selvittää kokemuksia, oli loogisinta valita kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote. Myös potilaiden vähyyden vuoksi määrällinen tutkimus olisi ollut mahdotonta toteuttaa. Tavoitteenamme oli saada tutkimustuloksia, joita hengityshoitajat voivat hyödyntää uniapneapotilaiden hoitoon ja ohjaukseen.

Olimme asettaneet realistiset tutkimuskysymykset opinnäytetyöhömme, joihin saimme hyvin vastaukset kyselylomakkeiden pohjalta. Kokemukset kontrollien siirtymisestä olivat sekä positiivisia että negatiivisia, mutta silti kehittämisideoita nousi esille. Tavoitteenamme olikin saada tutkimustuloksia, joiden avulla ohjausta voisi kehittää.

Tutkimustulosten nojalla potilaiden ennakkoluuloihin hoitajien ammattitaitoa kohtaan voidaan vaikuttaa siten, että koulutamme ja kehitämme itseämme mahdollisimman paljon omaan erikoisalaan liittyen.

Tutkimustulokset jakautuivat suurimmaksi osaksi positiivisiin kokemuksiin. Muutosprosessin jälkeen ohjaus koettiin taloudellisena, koska palvelu siirtyi lähemmäksi potilaita. Positiiviseksi koettiin tuttu hoitaja, jonka kanssa on helppo asioida sekä se, että hoitajalla koettiin olevan enemmän aikaa potilailleen. Myös välinejakelun siirtyminen perusterveydenhuoltoon koettiin positiivisena, koska tarvittavat osat saadaan nyt lähempää.

Negatiivisina asioina tutkimuksesta nousi esille sekä hoitajan että potilaiden vähäiset kokemukset, joilla tarkoitettiin vähäisiä käyntikertoja vastaanotolla. Muutamassa vastauksessa kävi ilmi, että välinejakelun siirryttyä perusterveydenhuoltoon on osia joutunut odottamaan kauemmin.

Tutkimuksesta nousi esille, että potilaat ovat käyneet kauan samalla hoitajalla erikoissairaanhoidossa, eikä näin ollen hyväksy muutosta tai uutta hoitajaa. Tämän vuoksi osa on jättänyt perusterveydenhuollon vastaanottokäynnit vähemmälle, he kokevat pärjäävänsä erikoissairaanhoidon antamien ohjeiden mukaan. Osa vastaa- jista ottaa edelleen ongelmatilanteissa yhteyttä erikoissairaanhoidossa työskentelevään uniapneahoitajaan.

Kehittämisideoita vastaajilta olivat vertaistuki, kuntoutus, elämäntapaohjaus sekä hoitosuhteen pysyvyys. Vertaistuella ja kuntoutuksella toivottiin mahdollisuutta muiden potilaiden tapaamiseen ja kokemusten vaihtoon heidän kanssaan. Mikkonen (2009) on väistöskirjassaan tutkinut sairastuneen vertaistukea. Toimiessaan vertaistuki vaatii hyvän ryhmänvetäjän. Vertaistukea voidaan rikastuttaa järjestöjen, ammattihenkilöiden ja läheisten avulla. Tutkimuksessaan hän toteaa, että vertaistukiryhmässä osallistujat jakavat kokemuksiaan ja tietoaan, jolloin sairastuneet saavat tukea, turvaa sekä voimavaroja sairaudesta selviytymiseen.

Ylinen ja Ylitalo (2006) ovat opinnäytetyössään tutkineet uniapneapotilaiden ver- taistuen tarvetta Keski-Pohjanmaan alueella. Tutkimustuloksissa ilmeni, että ver-

taistukea kaivataan heti sairastumisen alusta lähtien. Heidän mukaansa myös yli puolet tutkimukseen osallistuneista olisivat valmiita antamaan vertaistukea.

Elämäntapaohjauksessa toivottiin lisää keskustelua tupakoinnin lopettamisesta sekä painonhallinnasta. Muutosten myötä toivottiin hoitosuhteen vakiinnuttamista eli hoidon jatkuvuuden takaamista samalla hoitajalla.

Verrattaessa tuloksia Hyvinkäällä Martikaisen & Ruoskasen (2009) tekemään opinnäytetyöhön ei voida todeta suuria eroja. Pääsääntöisesti siirtymiset koettiin positiiviseksi ja reilusti yli puolet vastaajista olivat saaneet erittäin hyvää tai melko hyvää ohjausta terveyskeskuksen hengityshoitajalta. Heidän opinnäytetyössään oli käyty tarkemmin läpi CPAP-laitteen ja maskien käyttöä sekä huoltoa, kun taas me opinnäytetyössämme keskityimme ohjauksen tärkeyteen. Molemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että hoitajien ammattitaidossa on lisäkoulutuksen tarvetta.

Tulevaisuudessa asiaa voisi tutkia uudelleen sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta. Näin nähtäisiin, että onko kehitystä tapahtunut hoitajien ammattitaidossa ja ovatko potilaiden asenteet muuttuneet positiivisempaan suuntaan.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikassa keskitytään hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän eroavaisuuksiin sekä niiden velvollisuuksiin. Eettisesti laadukas tutkimus koostuu siitä, että tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Aineistohankinnan juridiikka ja aineistojen anonyymisointi ja arkistointi tuleekin olla tutkimuksen tiedonhankinnan perusta. Lähtökohtaisesti tutkimuksessa pitää huomioida ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisen itsemääräämisoikeus tulee olla tutkimuskysymysten lähtökohtana, joten ihmiselle tulee antaa päätäntämahdollisuus tutkimukseen osallistumiseen. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2009, 23–27.)

Tiedonantajien tulee olla tietoisia tutkimuksen kulusta ja sisällöstä, jotta he tietävät mihin sitoutuvat. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista, jotta se täyttää tutkimuksen eettiset kriteerit. Tutkimus kohdistuu ihmisiin, joten huomaanin ja kunnioittavan kohtelun näkökulmat on otettava huomioon. Näitä ovat esimerkiksi anonyymiys, luottamuksellisuus sekä aineiston asianmukainen tallentaminen. (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2004, 26–27.)

Eettisyys ilmeni siinä, että emme tavanneet henkilökohtaisesti kyselylomakkeisiin vastanneita ihmisiä. Saatekirjeessä kerroimme, että tutkimus on vapaaehtoinen ja vastaukset käsitellään anonyymisti. Hengityshoitaja tiesi tiedonantajien henkilöllisyydet, koska he ovat hänen asiakkaitaan. Meiltä nämä tiedot pysyivät kuitenkin salassa, koska välikätenämme toimi hengityshoitaja.

Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa pitää sisällään tutkijan ominaisuudet, aineiston laadun sekä analyysin ja tulosten esittämisen. Se, miten tutkija kykenee pelkistämään aineistonsa luotettavaan muotoon, eli kykenee osoittamaan yhteyden aineistonsa ja tulostensa välille, luo tutkimuksen luotettavuudelle pohjan. Aineistoa kerätessä saatu tieto riippuu siitä, miten tutkija on itse aiheensa tavoittanut, samalla aineiston laatu korostuu. Aineistoa analysoitaessa tutkijan taidot, oivalluskyky ja arvot korostuvat. Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimustulosten totuusarvoa, pysyvyyttä, sovellettavuutta sekä neutraaliutta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksittäisiä ohjeita. Luotettavuutta tutkimuksessa arvioidaan kokonaisuutena. Tällöin koherenssi eli sisäinen johdonmukaisuus painottuu siten, että vaikka tutkimuksen eri yksityiskohdat täytyisivät, tulee niiden olla myös suhteessa toisiinsa. Luotettavuutta tutkimukseen luodaan myös sillä, että lukijoille välitetään riittävästi tietoa tutkimusmenetelmästä, jotta lukijat voivat itse arvioida tutkimuksen tuloksia. Jotta tutkimuksessa on riittävästi tietoa, tulee tutkimuksessa olla seuraavat osa-alueet: tutkimuksen

kohde, tarkoitus, kesto, aineiston keruumenetelmä, analysointi sekä tiedonantajien kuvaus ja heidän suhde tutkijaan. Tärkeää on myös, että tutkimuksen luotettavuus on arvioituna kirjallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135–138.)

Tutkimus kohdistuu ihmisiin, joten tutkittavien henkilöiden suostumus tulee hankkia siten, että he tietävät ja ymmärtävät, millaisia tietoja ja riskejä heidän osallistumiseensa liittyy. Henkilöiden perehtyneisyys ja suostumus tutkimukseen ovat lähtökohtana vastausten aitouteen ja luotettavuuteen. Perehtyneisyydellä kuvastetaan sitä, että tiedonantajalla on täysi ymmärrys tutkittavaan asiaan sekä tutkimuksen kulkuun. Suostumuksella tarkoitetaan, että tiedonantaja on kykenevä vastaamaan rationaalisesti ja kypsästi kyselylomakkeeseen sekä tietää oman suostumuksensa olevan vapaaehtoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 25–27.)

Opinnäytetyömme luotettavuus tuli esille siinä, että teoriaosuuden teksti on tehty tutkittuja lähteitä käyttämällä sekä edellisessä kappaleessa mainittujen asioiden esilletulossa, joten tutkimusaineiston laadullisuus täyttyy. Työstämme löytyy vaadittavat kriteerit ja työmme teimme ohjeiden mukaisesti. Emme olleet tiedonantajien kanssa kontaktissa, joten emme voineet vaikuttaa heidän vastauksiin emmekä antaa tutkimustuloksia luettaviksi ennen julkaisua. Luotettavuus tuli ilmi työssämme myös lähteiden ja tutkimustulosten välille syntyvästä yhteneväisyydestä.

6.3 Opinnäytetyön prosessi

Prosessin aikana on herännyt mielenkiintoa tutkia uusia asioita, jotka tukisivat ammatillista kasvuamme edelleen. Uusien aiheiden keksiminen ei tuota hankaluuksia, koska tieto opinnäytetyön tekemisestä ja sen vaativuudesta on nykyään selvä. Aiheita näkee joka puolella ja mielenkiinto kehittää asioita tutkimuksen myötä on kasvanut.

Jos nyt pitäisi aloittaa koko opinnäytetyö alusta, toimisimme suunnitelmallisemmin. Tällä tarkoitamme, että panostaisimme opinnäytetyön suunnitelmaan enemmän. Tietoperustasta on hyvä tehdä laaja kokonaisuus ilman tarkempaa rajaamista, koska jälkikäteen on helpompi tiivistää kuin lisätä tietoa. Aineiston keräämisessä on hyvä esitellä käytössä oleva kyselylomake, jotta se palvelee sekä tiedonantajia että tutkimuksen tekijöitä paremmin.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi on ollut haastava mutta opettavainen. Prosessin aikana olemme oppineet analysoimaan erilaista asiatekstiä sekä olemaan kriittisempiä lähteiden käytössä. Koemme, että prosessi on myös opettanut meitä siinä, miten kootaan pienempiä osia isommiksi kokonaisuuksiksi. Olemme huomanneet myös yhteistyökäytämme parantuneen, koska prosessin aikana on tullut oltua yhteydessä eri tahoihin. Myös meidän välisemme yhteistyö on opettanut joustavuutta ja kärsivällisyyttä.

LÄHTEET

- Harju, T., Ebeling, T., Haapaniemi, T., Jäntti, M., Karhu, M- L., Keinänen, T., Kinnunen, A- K., Kinnunen, J., Koivunen, P., Kubin, I., Marjeta, A., Mäkitaro, R., Niemelä, P., Patala- Pudas, L., Savolainen, M. & Tolonen, U. 2005. Uniapnean diagnostiikka ja hoito. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun Yliopistollinen sairaala. WWW- dokumentti. Saatavissa: http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16308_1_2005.pdf. Luettu 28.10.2011.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15, uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- JYTA. 2006–2010. Perustietoa Jytasta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.jyta.fi/index.php?page=perustietoa-jytasta>. Luettu 24.2.2012.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. WSOYpro Oy.
- Kinnula, V., Brander, P. & Tukiainen, P. (toim.) 2005. Keuhkosairaudet. Hämeenlinna: Karisto Oy: n kirjapaino.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede-lehti 23/2011.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1, Painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1, Painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. Luettu 17.11.2011.

Käypä hoito. 2010a. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypähoitosuositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50088#s13>. Luettu 13.10.2011.

Käypä hoito. 2010b. Uniapnean diagnostiset kriteerit amerikkalaisen hoitosuosituksen mukaan. Käypä hoito suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix01556>. Luettu 29.9.2011.

Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. ProGradu tutkielma. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02370.pdf>. Luettu 15.2.2012.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistollinen sairaala. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Luettu 28.10.2011.

Martikainen, M. & Ruoskanen, H. 2009. CPAP (ylipainehengityshoito) – potilaiden seurantakäynnit perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Wwww-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2371/Martikainen_Ruoskanen.pdf?sequence=3. Luettu 30.1.2012.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Kuopio: Kopijyvä.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus-hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajalehti 10/2006. Sairaanhoitajaliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/. Luettu 28.10.2011.

Partinen, M. & Huovinen, M. 2007. Terve uni. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Saarelma, O. 2011. Unenaikaiset hengityskatkot (uniapnea). Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00712. Luettu 13.10.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/2002. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/uniapnea/uniapnea.pdf>. Luettu 13.10.2011.

Tanskanen, T. 2006. CPAP-ohjaus. Suomen Unihoitajaseura ry. WWW- dokumentti. Saatavissa: http://unihoitajat.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=52. Luettu 18.10.2011.

Tarnanen, K., Brander, P., Anttalainen, U. & Helin- Salmivaara, A. 2010. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käyvän hoidon potilasversiot. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00097. Luettu 13.10.2011.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2. painos. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Yöpolygrafia- kotirekisteröinti. Potilasohje. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2873/8139/>. Luettu 29.9.2011.

Ylinen, E. & Ylitalo, R. 2006. Uniapneaa sairastavien vertaistuen tarve Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

Waenerberg, V. & Koponen, L. 2012. Uniapnean hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Wwww-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk00660&p_haku=UPPP Luettu 9.11.2012.

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Peruspalveluliikelaitos JYTA
 Vastuhenkilö organisaatiossa Palvelujohtaja Päivi Peltokorpi
Peruspalvelujohtaja Tarja Oikarinen -
Nybacka

Tutkimusluvan anoja(t) Maria Kamunen Teemu Haka

Osoite

Puhelin

Sähköpostiosoite

Tutkimuksen nimi CPAP-kontrollien siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Tutkimuksen tarkoitus Selvitää ja kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen merkityksestä CPAP-kontrollien siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Tutkimuksen kohderyhmä Aikuiset uniapneapotilaat, joilla on CPAP-laitte käytössä

Aineiston keruun arvioitu ajankohta kesä - heinäkuu 2012

Tutkimusmenetelmä Laadullinen tutkimusmenetelmä kyselylomake

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 17 / 5 2012

Tutkimuksen ohjaaja Annukka Kukkola / Kirsi Ahonen

Lupa myönnetään

paikka Kannus aika 14 / 6 2012

anomuksen mukaisesti muutosehdotuksin hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus Tarja Oikarinen-Nybacka, peruspalvelujoht.

LIITTEET Tutkimussuunnitelma
 Kysely/haastattelulomake
 Muut liitteet, mitkä _____

Arvoisa Vastaaja!

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Keski-pohjanmaan ammattikorkeakoulusta, Hyvinvoinnin ja Kulttuurin yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä liittyen uniapneapotilaiden CPAP- kontrollien siirtoon erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Oheisen kyselylomakkeen tarkoituksena on saada tietoa Teidän kokemuksistanne ja ajatuksistanne kyseisestä aiheesta. Tutkimuksemme tavoitteena on saada tutkimustuloksia hengityshoitajalle, joita hän voi hyödyntää uniapneapotilaiden hoidossa ja ohjauksessa.

Kyselylomakkeisiin vastataan nimettömästi, joten henkilötietonne pysyvät salassa.

Voitte palauttaa kyselyn oheisessa kirjekuoressa neljän viikon kuluessa.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin tutkimukseemme liittyviin kysymyksiin.

Yhteistyöterveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat

Maria Kamunen

Teemu Haka

Kyselylomake

Voitte halutessanne jatkaa vastauksianne kyselylomakkeen toiselle puolelle.

1. Sukupuoli Mies___ Nainen___
2. Ikä Alle 30___ 31-40___ 41-50___ 51-60___ yli 61___
3. Kuinka monta vuotta uniapnea diagnoosista on aikaa? ___ vuotta
4. Kuinka monta vuotta olette käyttäneet CPAP-laitetta? ___ vuotta

8. Miten ohjaus on mielestänne muuttunut siirtyessänne erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen?

9. Miten terveyskeskuksessa saamanne CPAP- ohjaus on tukenut selviytymistänne arjessa?

10. Minkälaisia kehittämissuhteita Teillä on ohjaukseen liittyen?

Millaisia kokemuksia Teillä on CPAP-ohjauksen siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Palvelu huonontunut.	Huono palvelu	Muutoksen vastustaminen	Potilaiden erilaiset kokemukset
En ole ollut yhteydessä juurikaan terveyskeskukseen. Ongelma/huoltoasioissa otan yhteyttä keskussairaalan uniapneahoitajaan.	Vastustaminen siirtymistä vastaan		
Olen käynyt kerran TK:ssa, joten ei osaa sanoa asiasta mitään.	Vähäiset käyntikerrat	Potilaiden kokemattomuus	
Ei mitään erityisiä muutoksia. Kaksi kertaa olen käynyt terveyskeskuksessa CPAP-ohjauksessa.	Vähäiset käyntikerrat		
Hyviä	Positiiviset kokemukset	Ohjaukseen tyytyväinen	
Ihan hyvä juttu	Positiiviset kokemukset		
Hyviä kokemuksia	Positiiviset kokemukset		
Pelkästään positiivisia asioita, yksilöllistä, tuttu hoitaja, enempi aikaa, lyhyempi matka, tarvikkeiden hankinta tk:n kautta on erittäin hyvä.	Positiiviset kokemukset		
Hengityshoitaja on lähempänä. Tarvittavat osat saa nopeasti.	Taloudellisuus		

Mitkä asiat olette kokeneet hyvänä saamassanne ohjauksessa terveyskeskuksessa?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Yksilöllistä, lyhyempi matka	Yksilöllinen ohjaus	Yksilöllisyys	Kokonaisvaltainen ohjaus
Henkilökohtaista ohjausta mm. painonpudotukseen ja ruokavaliioon. Pätevä hoitaja.	Yksilöllisyys ja asiantuntijuus		
Vähän lyhyempi matka.	Palvelu lähempänä	Palveluiden saavuus lähempänä	
Lyhyempi matka	Palvelu lähempänä		
Asiallista ohjausta	Ohjaus asiallista	Kokonaisvaltainen ohjaus	
Kaikki ok	Ohjaus kokonaisvaltaista		
Pyysin saada lopettaa koneen käytön ja homma rupes eteneen.	Ohjaus tuottanut tulosta		
En ole saanut ohjausta terveyskeskuksessa. Olen toiminut keskussairaalaista saaduilla ohjeilla, kun aiemmin otin yhteyttä sinne.	Kokee ohjauksen riittämättömäksi	Ohjauksen riittävyys	
Aikaa ollut paremmin hoitajalla potilaalle! Usein potilaalla useampi sairaus, siksi aikaa potilaalle täytyy löytyä!	Tk:ssa enemmän aikaa potilaille	Enemmän aikaa potilaalle	

Mitkä asiat olette kokeneet huonona saamassanne ohjauksessa terveyskeskuksessa?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Verensokerin mittaus ja laitteidensaanti hankalaa, ruokavalio potilaille. Uniapnea osalta ei moittimista.	Laitteiden käyttö	Potilaan asenne hoitoon	Ohjauksen laatu
En vielä mitään.	Vähäiset käynnit		
Ei ole huonoja asioita	Riittävä ohjaus		
Ei mitään	Riittävä ohjaus		
Ei mitään huonoa	Tyytyväisyys	Henkilökunnan ammattitaito	
Vaikea hoitaa asioita, palvelu huonoa.	Yhteisymmärrys huonoa		
Henkilökunnan kokemattomuus näissä asioissa	Henkilökunnan kokemattomuus		

Miten ohjaus on mielestänne muuttunut siirtyessänne erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen?

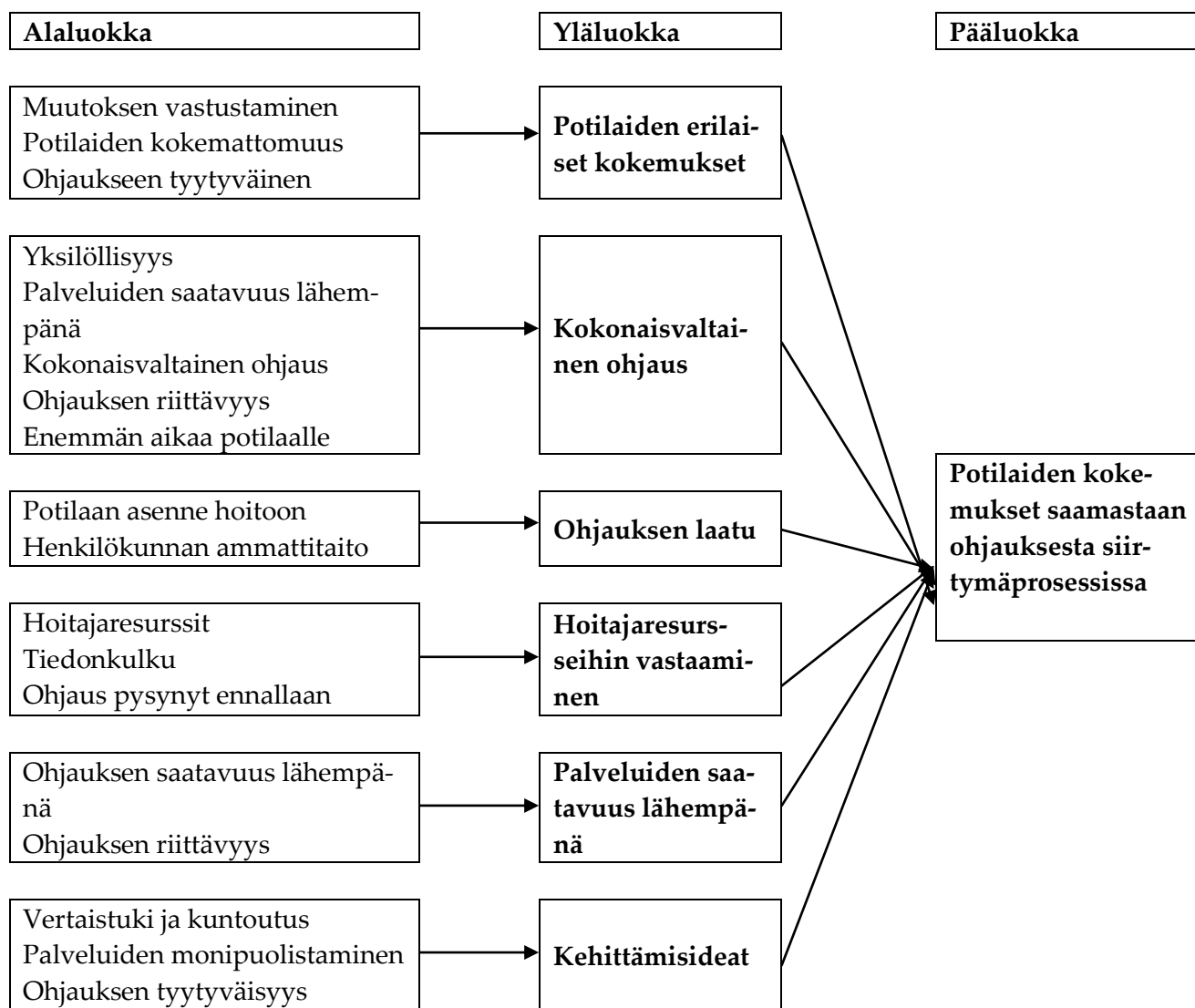
Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Tuttu hoitaja, enempi aikaa	Huomioon ottaminen	Hoitajaresurssit	Hoitajaresursseihin vastaaminen
Henkilökohtainen hoitaja	Yksilöllisyys		
Parempaan suuntaan, kun aikaa on enemmän	Huomioon ottaminen		
Huonompaan suuntaan	Siirtyminen koettu huonoksi	Palvelun saatavuus	
Minua on informoitu asiasta tarkemmin vasta viikko sitten. Tällä viikolla pitäisi ensimmäisen kerran tarvitsemani osat tulla X terveyskeskuksesta Y terveyskeskukseen. Kokkolassa huolto-osat sai samana päivänä. Nyt täytyy odottaa viikko osia.	Välineitä ei saa välittömästi		
Ei moittimista. Kaikki ok.	Ohjaus ennallaan	Ohjaus pysynyt ennallaan	
Ei juuri mitenkään	Ohjaus ennallaan		
Ei merkittäviä muutoksia	Ohjaus ennallaan		
Ohjaus on yhtä tasokasta kuin kessukassa.	Ohjaus ennallaan		

Miten terveyskeskuksessa saamanne CPAP- ohjaus on tukenut selviytymistänne arjessa?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Tarvikkeiden hankinta tk:n kautta on erittäin hyvä	Taloudellisuus	Ohjauksen saatavuus lähempänä	Palveluiden saatavuus lähempänä
Selkeä ohje miksi kannattaa käyttää laitetta joka yö	Selkeä ohjaus		
Erittäin hyvin	Riittävä ohjausta arjessa selviytymiseen		
Hyvin	Laadukas ohjaus		
Eipä juuri mitenkään koska olen lopettamassa CPAP:in käyttöä. Olen laihtunut yli 20kg ja nykyään nukun hyvin ilman konetta.	Ohjaus on ollut tuloksellista		
Ei ole antanut mitään erityistä tukea	Ei ole tukenut selviytymistä arjessa	Ohjauksen riittävyys	
Ei mitenkään	Ei ole tukenut selviytymistä arjessa		
En ole saanut ohjausta X terveyskeskuksessa.	Ei kokemusta tk:n ohjauksesta		
En ole aloittanut hoitoa TK:n ohjauksen aikana. Kessukan ohjaus oli niin hyvä, että olen pärjännyt sillä.	Kertaus turhaa		

Minkälaisia kehittämissuhteita Teillä on ohjaukseen liittyen?

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kuntoutusta ja toisten potilaiden tapaamisia	Ryhmäyttäminen ja kuntouttaminen	Vertaistuki ja kuntoutus	Kehittämissuhteet
Puhuisi enemmän liikalihavuudesta ja tupakin poltosta.	Elämäntapaohjausta enemmän	Palveluiden monipuolistaminen	
Toivoisin pysyvämpää hoitosuhdetta. Ei henkilökunnan suuria muutoksia.	Hoitosuhteen pysyvyys		
Esim. apteekin kautta jos ei muuten onnistu.	Palveluiden helpottaminen		
Vaikea sanoa, mutta kunhan näinkään pysyisi.	Tyytyväinen muutokseen	Ohjauksen tyytyväisyys	
Tässä vaiheessa ei mitään. Yhden käyntikerran jälkeen ei voi arvioida.	Vähän kokemusta		
Olisin toivonut, että ohjaus olisi jatkunut keskussairaalassa. Sieltä tunsin saavani asiantuntevaa apua.	Muutosvastainen		





Kuva 1 (CPAP-laite)



Kuva 2 (Nenämaski)



Kuva 3 (Sierainmaski)



Kuva 4 (Kasvomaski)