



Unihoitajien kokemukset digitaalisista ohjausvalmiuksista sekä digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntämisestä uniapneapotilaan ohjauksessa

Taina Harjula

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2022

Terveystieteiden yksikön ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen ylempi tutkinto-ohjelma
Terveyden edistäminen

Taina Harjula

Unihoitajien kokemukset digitaalisista ohjausvalmiuksistaan sekä digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntämisestä uniapneapotilaan ohjauksessa

Opinnäytetyö 67 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Marraskuu 2022

Digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen on nykyään osa unihoitajien päivittäistä työtä. Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö on muuttanut unihoitajien työnkuvaa. Tämän tutkimuksen avulla selvitettiin, miten Suomen unihoitajaseuran jäsenet arvioivat omat digitaaliset ohjausvalmiutensa ja mitkä tekijät vaikuttavat digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön. Tutkimuksella haluttiin myös kartoittaa unihoitajien arvioita digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön liittyvistä haasteista ja voimavareteijöistä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, aineisto kerättiin tutkimukseen kehitetyllä kyselytutkimuksella ja analysoitiin tilastollisilla menetelmillä ja sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tulosten perusteella unihoitajat arvioivat omat ohjausvalmiutensa keskimäärin kiitettäväksi, mutta koulutusta olisi toivottu lisää digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön. Suurin osa vastaajista arvioi digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyttäneen uniapneapotilaiden ohjaustyötä sekä tehneen ohjauksesta tehokkaampaa sekä ajallisesti että kustannuksellisesti. Potilaiden arvioitiin sitoutuneen paremmin omaan hoitoonsa. Toisaalta potilaiden hoitosuhteen luominen arvioitiin haastavampana, eikä potilaiden yhteydenotot olleet vähentyneet digitaalisen ohjauksen myötä. Digitaalisen ohjaamisen arvioitiin vaativan vahvaa tunne- ja asiaosaamista, ja kulttuurilliset sekä potilaan ikään liittyvät seikat olivat haastavampia huomioida digitaalisessa ohjauksessa.

Digitaalisuus lisää tehokkuutta unihoitajan ohjaustyössä, mutta perinteisen ohjauksen merkityksen vähentyminen luo uhkakuvia, kuten että robotiikka tulisi syrjäyttämään perinteistä ohjausta. Digitaalisuuden lisääntyminen osana hoitotyötä auttaa saavuttamaan potilaat riippumatta asuinpaikasta tai ajasta. Haasteeksi muodostuvat erilaiset tietosuoja- ja tietotekniset ongelmat, kun kerätty tietomäärä kasvaa. Kiinnostava jatkotutkimuksen aihe olisi tutkia, miten uniapneapotilaat kokevat digitaaliset ohjausmenetelmät ja hoitajien ohjausvalmiuden potilasohjauksessa sekä miten robotiikan hyödyntäminen on vaikuttanut uniapneapotilaiden digitaaliseen ohjaamiseen.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Masters of Degree Programme in Health Promotion

HARJULA, TAINA:

Sleep therapists' experiences of their digital control skills and methods

Master's thesis 67 pages, appendices 2 pages
November 2022

The purpose was to find out how the members of the Finnish sleep apnea society estimate their skills of using digital educating methods. The aim was also to examine which factors influenced in the preparedness of educating patients digitally and what the challenges and credits of digital education methods were. The study was quantitative in nature. The data were collected through a questionnaire and analysed using the SPSS-method.

The results indicate that sleep apnea nurses felt they had commendable educating skills, although they would have wanted more education from digital education. The digital education methods were experienced to improve the efficiency of the education by saving time and costs. Patients were estimated to commit better to the treatment of their disease. The digital education methods make it easier to reach patients despite the time or the place. The age and cultural elements were estimated more difficult to consider in digital education. By using the digital education methods, the sleep nurses considered to need more information ja emotional intelligence, because of the lack of non-verbal communication.

For further research, it would be interesting to study how the sleep apnea patients experience the digital educating and the digital educating methods and how the robotics has changed the sleep apnea patients' digital educating.

Key words: sleep apnea, digital education methods

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	UNIAPNEA	9
	2.1 Uniapnean määritelmä	9
	2.2 Uniapnean oireet.....	10
	2.3 Uniapnean hoito.....	11
3	DIGITAALINEN POTILASOHJAUS..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
	3.1 Digitaalinen potilasohjaus.....	13
	3.2 Kirjallisuushaku.....	14
	3.3 Kirjallisuushaun tulokset.....	15
	3.4 Digitaaliset ohjausmenetelmät ohjauksen tukena.....	16
	3.5 Unihoitajien digitaaliset ohjausvalmiudet ja niihin vaikuttavat tekijät	18
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	20
5	TUTKIMUSMENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	21
	5.1 Tutkimusmenetelmä.....	21
	5.2 Mittari.....	22
	5.3 Aineiston keruu.....	25
	5.4 Aineiston analysointi.....	25
6	TULOKSET.....	29
	6.1 Tutkittavien taustatiedot ja digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö	29
	6.2 Unihoitajien digitaaliset ohjausvalmiudet.....	30
	6.3 Unihoitajien digitaalisiin ohjausvalmiuksiin vaikuttavat tekijät.....	32
	6.4 Unihoitajien digitaaliseen ohjaukseen liittyvät voimavaratekijät, uhat ja haasteet.....	34
	6.5 Kehittämisehdotukset uniapneapotilaan digitaalisen ohjauksen parantamiseksi.....	36
	6.6 Yhteenveto tuloksista.....	37
7	POHDINTA.....	38
	7.1 Tulosten tarkastelu.....	38
	7.2 Tutkimuksen eettisyys.....	41

7.3 Luotettavuuden arviointi.....	42
7.4 Johtopäätökset.....	45
7.5 Kehittämisehdotukset.....	46
7.6 Jatkotutkimusaiheet.....	48
LÄHTEET.....	50
LIITTEET.....	58
Liite 1. Saatekirje unihoitajille.....	58
Liite 2. Kyselylomake unihoitajille.....	59

1 JOHDANTO

Digitaalisuus on osa elämäämme, se vaikuttaa eri muodoissaan työhömmme, vapaa-aikaamme ja harrastuksiin. Digitaalisuuden myötä tehokkuutta on pystytty lisäämään työelämässä. Se on muun muassa nopeuttanut työn tekemistä, vähentänyt osaltaan henkilökunnan tarvetta, mahdollistanut erilaisten etäyhteyksien luomista, varsinkin nyt koronaepidemian aikana. Uusia palvelumuotoja on pystytty digitaalisuuden avulla luomaan terveydenhuollon alalle. Etävastaanotot ja etäseurannat digitaalisten järjestelmien kautta ovat vähentäneet potilaiden ja toisaalta hoitohenkilökunnan liikkumista. (Karppi, Koroma, Lehti & Sivonen 2018, 8).

Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö on tuonut mukanaan valtavan tietomäärän sisäistämisen tarpeen, se vaatii hoitohenkilökunnalta jatkuvaa uusien toimintatapojen opettelua, ajan tasalla pysymistä ja potilaan ohjauksen uutta arviointia. Henkilökunnan riittämätön digitaalinen tietotaito luo hoitajille stressiä (De Leeuw, Koltjer & Kool 2020, 1), samoin potilaiden non-verbaalisen viestinnän puuttuminen esimerkiksi puhelimitse tapahtuvissa etäseurannoissa (De Almeira Barbosa & Paes da Silva 2017, 928). Myös potilaiden tietotekninen osaaminen voi tuoda haastetta digitaaliselle ohjaukselle (Niemi, Hupli & Koivunen 2016,212).

Uniapnea on sairaus, jossa ylähengitysteiden lihakset ovat liiaksi rentoutuneet nukkuessa. Tämä aiheuttaa unen katkonaisuutta ja hengityskatkoksia. Työikäisten miesten osuus uniapneaa sairastavista on noin 17 %, naisista noin 9 %:lla on todettu keskivaikea tai vaikea-asteinen uniapnea. Uniapneaa sairastavista useimmat ovat iältään 40–65-vuotiaita, mutta uniapneaa todetaan kaikenikäisissä ihmisissä. Itä-Suomen yliopistossa toimiva tutkimusryhmä Sleep Technology and Analytics Group tutkii uniapnean uudenlaisen diagnostiikan kehittämistä ja hoidon uudistamista. Tutkimusryhmän selvityksen mukaan maailmassa on lähes miljardi uniapneaa sairastavaa ihmistä, näistä suomalaisten osuus oli vuonna 2021 noin 1.5 miljoonaa. (Bachour & Avellan-Hietanen 2021, 865–870). Uniapnealla on yhteyksiä eri kansantauteihin, muun muassa II-tyyppin diabetekseen ja sydänsairauksiin sekä verisuonitauteihin. Tutkimus ja kehitystyö ovat tärkeitä, koska hoitamaton uniapnea johtaa lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin sekä työ- ja liikennetapaturmiin. (Itä-Suomen yliopisto 2021).

Unihoitajat joutuvat työssään käyttämään digitaalisia potilasohjauksen menetelmiä, tästä aiheesta ei kuitenkaan varsinaisia tutkimuksia ole tehty. Tarvitaan tutkimusta digitaalisten ohjausmenetelmien käytöstä uniapneapotilaiden potilasohjauksessa; miten hoitajat ne kokevat ja mitä digitaalisia ohjausmuotoja he käyttävät sekä mitä kehitystarpeita hoitajien kokemuksista nousee. Potilasohjauksessa tulee kehittää uusia toimintatapoja, jotta sairauksien hoito ja potilaan itseohjautuvuus oman sairautensa hoitoon onnistuisi. Jatkuvasti lisääntyvät hoitokustannukset sekä pula osaavasta hoitohenkilökunnasta edellyttävät potilasohjauksen tehostamista tulevaisuudessa. (Lipponen 2014, 13–14).

Potilaan ohjaamiseen liittyy hoitohenkilökunnan osalta vastuun ottamista ohjauksen riittävyden turvaamiseksi ja potilaan valintojen tukemisessa hoidon suhteen. Hoitohenkilökunnalta edellytetään oman arvopohjan ja eettisten, filosofisten sekä hoitotyön periaatteiden tunnistamista. (Lipponen 2014,13). Laadukkaan potilasohjauksen turvaamiseksi on olennaista huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät, kuten ikä, arvot ja motivaatio. On myös tärkeää, että ohjaus lähtee potilaan tarpeista. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 122).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 1992/785) määrittelee potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Potilaan tulee voida osallistua omaan terveydenhoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Potilaan ohjauksen tulee olla ymmärrettävää, ja potilaan tulee saada tieto eri hoitovaihtoehdoista ja siitä, mikä merkitys hoidolla on hänen voinnilleen. Potilaat ovat yhä valveutuneempia eri sairauksien hoidosta, ja he myös odottavat julkisten palveluiden vastaavan heidän odotuksiaan. Näin ollen julkisten palveluiden tuottajilta vaaditaan enemmän tehokkuutta, vaikuttavuutta, saatavuutta ja uusien palvelumuotojen jätapojen jatkuvaa kehittämistä. (STM 2016, 4).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisina unihoitajat arvioivat omat digitaaliset ohjausvalmiutensa sekä millaisia voimavaratekijöitä ja haasteita unihoitajat arvioivat liittyvän uniapneapotilaan digitaaliseen ohjaukseen. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa unihoitajien digitaalisista ohjausvalmiuksista ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä digitaalisten ohjaustamenetelmien kehittämistarpeista. Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kyselytutkimuksena unihoitajille (n=146) Suomen unihoitajaseuran kautta. Suomen unihoitajaseura on perustettu

vuonna 2005 muun muassa kehittämään unihäiriöiden ja unitutkimuksen piirissä toimivien hoitajien ammattitietämystä ja yhteistyötä. Tutkimuksen tulokset julkaistaan Suomen unihoitajaseuran jäsenkirjeessä syksyllä 2022.

2 UNIAPNEA

2.1 Uniapnean määritelmä

Obstruktiivinen eli hengitysteitä tukkeuttava uniapnea merkitsee vähintään kymmenen sekunnin kestoisia toistuvia hengityskatkoja nukkuessa. Uniapnea on jaettu obstruktiiviseen, sentraaliseen sekä sekamuotoiseen uniapneaan. Obstruktiivisessa uniapneassa hengityskatkoksia aiheuttavat rakenteelliset syyt, veltostunut ja rasvoittunut lihaskudos hengitysteissä tukkii hengitystä. Sentraalisessa uniapneassa hengityskatkot johtuvat keskushermoston automaattisen hengityksen säätelyn häiriöstä, hengitysteissä ei ole estettä, mutta hengitys pysähtyy. Sekamuotoisissa tulee sekä obstruktiivisia että sentraalisia hengityskatkoja (apneoita). Apneat vaikuttavat unen laatuun heikentävästi, potilas nukkuu huonosti, uni ei ole levollista. (Käypä hoito- suositus 2021).

Hypoventilaatiolla tarkoitetaan tilaa, jossa unen aikana kertyy hiilidioksidia ja potilaalla on hapenpuutetta. Syynä näihin on unen aikana tapahtuvat muutokset hengityksessä liittyen hengityksen säätelyyn ja hengitystä säätelevien lihasten toimintaan. Hypoventilaatio on tyypillistä niissä sairauksissa, joissa rintakehän liikkuvuus on rajoittunutta sekä keuhkohtaumataudissa. (Käypä hoito- suositus 2021). Apnea-hypopneaindeksi (AHI) kertoo apneoiden ja hypopneoiden määrän keskimääräisesti tuntia kohden. Tulos on poikkeava, jos hengityskatkosten määrä on yli 5 tunnissa. (TAYS.fi/ uniapnea 2021).

Uniapneataudin selvittämiseksi tehdään potilaalle yön yli tehtävä yöpolygrafiatutkimus, joka voidaan toteuttaa kotona tai sairaalassa. Lähetteen tutkimukseen tekee yleensä esim. terveyskeskus- tai työterveyslääkäri tai yksityinen lääkäri. (Saarelma 2022). Uniapnea on sairaus, joka ilman asianmukaista hoitoa ennenaikaisen kuolleisuuden ja tapaturmavaaran mahdollisuus kasvaa. Uniapnea lisää sydän- ja verisuonisairauksien riskin 3–6-kertaiseksi, se myös vähentää työkykyä ja heikentää elämänlaatua. Hoidon tavoitteena ovat oireiden lievittyminen, työkyvyn säilyttäminen, elämänlaadun parantaminen, liitännäissairauksien ehkäisy ja lievittäminen sekä ennenaikaisen kuolleisuuden estäminen. (Palotie 2019).

2.2 Uniapnean oireet

Uniapnea on sairaus, jossa esiintyy toistuvia hengityskatkoja (apnea), joiden pituus on vähintään 10 sekuntia, lisäksi hengityksessä voi esiintyä vaimentumista (hypopnea). Jos yli 10 sekuntia kestäviä hengityskatkoja on yli 5 per tunti, kyseessä on lievä uniapneatauti, jos katkoja on 16–30/tunti, on tauti keskivaikea. Jos hengityskatkoja on yli 30/ tunti, kyseessä on vaikeahoitoinen uniapneatauti. (Bachour & Avellan-Hietanen 2021, 865–870). (Kuvio 1.) Tyypillisesti potilailla on oireena päiväaikaista väsymystä ja kuorsausta, oireena voi olla myös muistin katkonaisuutta, keskittymiskyvyn häiriöitä, masennuksen oireita. Ylipaino on yleinen 2/3:lla uniapneaa sairastavista potilaista, muita riskitekijöitä ovat rakenteelliset poikkeavuudet kasvoissa, purennassa, ylähengitysteissä. Kolmasosalla uniapneapotilaista ei ole ylipainoa, heillä kasvon suhteet tai hammaspurenta vaikuttavat sairauden syntyyn. (Neelabu, Kharbanda, Sardana ym. 2017;31:79–90). Myös kilpirauhasen vajaatoiminta, alkoholi, tupakointi ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet edesauttavat uniapnean oireiden syntymistä. Naisilla uniapneaa esiintyy yleensä enemmän vaihdevuosien jälkeen. (Young, Finn, Austin 2003;167:1181–5).



TAULUKKO 1.

Obstruktiivisen uniapnean diagnostiset kriteerit American Academy of Sleep Medicinen (AASM) mukaan (2)

Kriteerit täyttyvät, kun potilaalla A ja B tai pelkästään C

A. Yksi tai useampi seuraavista kriteereistä täyttyy:

väsymys, virkistämätön uni, uupumus, unettomuus
potilas herää pidättäessään hengitystä, tukehtumisen tunteeseen, haukkomaan henkeä
raportoitua kuorsaamista, hengityskatkoksia tai molempia nukkuessa
kohonnut verenpaine, mielialaongelmia, heikentynyt kognitio, sepelvaltimotauti, aivoinfarkti, sydämen vajaatoiminta, eteisvärinä tai tyypin 2 diabetes.

B. Unipolygrafia (PSG) tai yöpolygrafia osoittaa

≥ 5 obstruktiivista hengitystapahtumaa nukuttua tuntia kohti. Näitä tapahtumia ovat obstruktiiviset-sekamuotoiset apneat, hypopneat tai ilmavirran rajoittumisen aiheuttamat havahtumiset (RERA).

C. ≥ 15 obstruktiivista hengitystapahtumaa tunnissa unen aikana unipolygrafiassa tai polygrafiassa

Kuvio 1. Uniapnean diagnostiset kriteerit (Bachour & Avellan-Hietanen 2021, 865–870).

2.3 Uniapnean hoito

Lievässä taudissa potilaalle suositellaan kylkiasennossa nukkumista. Tähän apuna voi käyttää esimerkiksi tennispallohoitoa. Potilas ompelee tennispallon tai vastaavan puseron selkään, tämä estää potilaan kääntymisen selinmakuulle, mikä yleensä on pahin asento uniapneataudin oireiden syntymisen kannalta. Selkääsento provosoi uniapnean oireita herkemmin, paitsi taudin muodoissa, joissa hengityskatkoja tulee asennosta riippumatta. (Tarnanen ym. 2021).

Jos oireet ovat lievässäkin taudissa hankalat, voidaan potilaalle aloittaa ylipaine-hengityslaittehoito eli CPAP-hoito (continuous airway pressure). (Saarelma 2022). CPAP:lla tarkoitetaan jatkuvaa ilmatiepainetta, jonka ulkoinen painelaite tuottaa. Ilmaletku yhdistää potilaan ja laitteen, letku on yhdistetty maskiin. Potilas pitää yöllä nukkuessa maskia kasvoillaan, laite ottaa huoneilmasta ilman laitteeseen ja lievällä ylipaineella pitää potilaan hengitystiet tarvittaessa auki. Vaikeammissa tautiasteissa CPAP- laitehoito on yleisin hoitomuoto. Laittehoito pitää oireet kurissa, mutta ei paranna tautia. (Bachour & Avellan-Hietanen 2021, 865–870). Muita hoitomuotoja ovat uniapneakiskohoito, jolla alaleukaa ja kieltä siirretään nukkuessa eteenpäin saaden lisää ilmatilaa nieluun, sekä erilaiset leikkaushoidot, joilla pyritään poistamaan veltostunutta kudosta ylähengitysteiden alueelta. Uniapneapotilailla verisuonitautien riski on selvästi kohonnut. (Tarnanen ym. 2021).

Uniapnean konservatiivisella hoidolla pyritään vaikuttamaan elintapamuutoksiin. On tärkeää optimoida potilaan riittävän hyvä nenähengitys ja huomioida sitä heikentävät tekijät (allergiset nuhat, nenän polyyypit, mahdolliset vinoudet tai traumat nenässä), jotta ilmapirran kulku tapahtuisi sekä nenän että suun kautta. (Käypä hoito -suositus 2021). Liikapainoa vähentämällä pystytään vähentämään sydän- ja verisuonitautien aiheuttamia riskitekijöitä sekä lieventämään uniapnean oireita. Laihduttaminen vähentää insuliiniresistenssiä ja kolesterolitason nousua

paremmin kuin pelkkä uniapnean laitehoito. (Chirinos, Gurubhagavatula, Teff ym 2014;370:2265–75). Myös säännöllisestä liikunnasta on hyötyä varsinkin lievästä tai keskivaikeasta uniapneasta kärsivillä. Kompressiosukkien käytön päivällä katsotaan estävän osittain nesteen siirtymistä jaloista makuulla kaulan alueelle. (Käypä hoito -suositus 2021). Alkoholin, tupakan ja rauhoittavien lääkkeiden käytön vähentäminen estävät uniapnean oireita. Univaje pahentaa osaltaan uniapnean oireita. (Lavie, 2007;8).

Uniapnea voi altistaa vaaratilanteille mm liikenteessä. (Gylling, Seppä, Tuomi-lehto & Uusitupa 2009). Traficom on määritellyt ohjeet, joiden mukaan uniapneaa sairastavat, joilla on ryhmän 2 (C- tai D- luokan) ajokortti, ovat tarkemmassa seurannassa vähintään vuoden välein. Ammattiautoilijoilta edellytetään ryhmän 2 ajoterveysvaatimusten täyttymistä. (Traficom, 5,30). Hoitamaton uniapnea on terveydellinen riskitekijä, osa potilaista ei tiedosta sairastavansa uniapneaa. (Hengitysliitto.fi). Suvuttaista uniapneaa esiintyy, mutta geneettistä periytyvyyttä ei vielä tunneta. (Riha, Gisslasson & Diefenbach 2009;33:646–55).

3 DIGITAALINEN POTILASOHJAUS

3.1 Digitaalinen potilasohjaus

Digitalisaatio terveydenhuollossa lisää osaltaan terveydenhoidon vaikuttavuutta ja mahdollistaa uusien toimintatapojen ja palvelumuotojen suunnittelun ja toteuttamisen sekä parantaa hoidon laatua. (Valkeapää & Peltonen 2022,150). Digitalisaation hyödyntäminen vapauttaa osaltaan resursseja sinne, missä niitä enemmän tarvitaan, myös erilaisia työtapoja ja potilaan omahoitoon tukemista voidaan kehittää. (Laivuori & Ilanne-Parikka 2018). Digitalisaation hyödyntäminen potilaan hoidossa lisää kustannustehokkuutta ja hoidon tarkkuutta, parantaa hoitoprosessien suorituskykyä sekä auttaa sairauksien diagnosoinnissa. (Vähäkainu 2018, 1).

Digitalisaation etuina nähdään myös se, että hoitajille ja lääkäreille jää enemmän aikaa keskusteluun potilaan kanssa sekä myös potilaskokemusten parantuminen sekä työpaikkojen parempi houkuttelevuus. Digitaalisten palveluiden kehitys on ollut nopeaa, paljon erilaisia palveluja on sekä hoitajille että potilaille käytössä. (Vähäkainu 2018, 7–8). Basoglu, Midilli ym. (2012) totesivat tutkimuksessaan, kuinka suullinen esitys yhdistettynä video-ohjaukseen auttoi hoitoon uniapneapotilaita sitoutumaan paremmin laitehoitoon.

Digitaalisuuden tarjoamat mahdollisuudet mm. videovastaanotot, etäseurantapuhelut, hoitokeskustelut ja vähentävät perinteistä vastaanottotyön tarvetta ja hillitsevät osaltaan hoitotyön kustannuksia. Hoitajien ohjaustyössä hoitajan rooli tulisi olla enemmän valmentaja, hoitosuunnitelmassa on otettu huomioon potilaan tarpeet ja toiveet ja suunnitelma on suhteutettu potilaan elämäntilanteeseen sopivaksi. (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä, Routasalo 2009, 2351–9).

Digitalisaatio edellyttää hoitajilta uusien digitaalisten työtapojen ja -mallien oppimista ja hyödyntämistä. Heiltä vaaditaan riittävää kouluttautumista digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön, kun digitaalisia palveluita lisätään ja tiedon määrä ja sen tarve kasvavat jatkuvasti. Asiakkaan ohjaamista sähköisten palveluiden avulla tullaan jatkuvasti lisäämään, kuten Lehtoaro, Juujärvi ja Sinervo (2009,6) toteavat tutkimuksessaan.

Etänä tapahtuvan potilasohjauksen on tutkittu toimivan täydentävänä ohjausmuotona ja vähentävän potilaiden vastaanotolla käyntejä. Erilaisten mobiilipohjaisten potilasohjausmenetelmien hyödyntäminen potilaiden terveyden ja sairauenhoidon ohjauksessa tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Mobiiliterveyden määritelmänä voidaan pitää ” mobiilin tietojenkäsittelyn ja viestintäteknologian käyttöä terveystalveissa ja -viestinnässä”. Mobiiliteknologia hyödyntää esim. tekstiviestejä ja Bluetooth-tekniikkaa. Mobiiliteknologian hyötynä voidaan pitää reaaliaikaista viestintää. (Hiltunen 2021,18–20).

3.2 Kirjallisuushaku

Tutkimuksen teoreettisen taustan tiedonhaun tueksi tehtiin kirjallisuushaku. (Taulukko 1.) Tiedonhaun tarkoituksena on löytää tutkittavaan aiheeseen liittyviä tieteellisiä tutkimuksia. Hakusanojen ja eri tietokantojen riittävä monipuolinen kattavuus auttaa löytämään tutkittavaa tietoa, kuitenkin huomioiden aiheen rajaaminen niin, että hakutulokset pystytään käymään läpi. Tarkka dokumentointi on tärkeää tiedonhaun toistettavuuden takaamiseksi. (Tampereen yliopiston kirjasto,2022).

TIETOKANNAT	HAKUSANAT
MEDIC	digitaal* AND ohjausvalm*, ohjausvalm*, ohjausvalm* AND uniapnea*, ohjausvalm* AND digi*, resiliens* AND ohjau*, verkko-opetu* AND potilaan ohjau*, digitaal* AND potila*
MELINDA	digiohjaus hoitotyössä, digitaalinen ohjaus hoitotyössä, digitaalisuus AND ohjaus, uniapnea, digitaaliset ohjausmenetelmät, uniapneaohjaus, potilaan verkko-ohjaus
ANDOR	verkko-ohj* AND potil*, uniapnea* AND ohjaus*, hoitaja* AND ohjaustaidot*, ohjausosaaminen*
MEDLINE	sleep apnea* AND patient education*, digital guidin* And sleep apnea*, uniapnea, digitaaliset ohjausmenetelmät
CINAHL	obstructive sleep apnea*, telenursing OR telehealth OR e-nursing OR digital nursing

Taulukko 1. Tiedonhaun hakusanat ja tietokannat

Tiedonhaun ja tutkimuskysymysten luomisessa hyödynnettiin PCC-mallia. Mallissa P= potilas, C= käsite, C=konteksti. Taulukossa 2 on koottuna tämän tutkimuksen PCC-muuttujat. PCC-mallia käytetään apuna aiheen rajaamisessa ja tutkimuskysymysten muodostamisessa, kun halutaan kartoittaa laajemmin tutkittavasta aiheesta tehdyt tutkimukset. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2021).

P (potilas)	Uniapneapotilaat
C (Käsite)	Digitaaliset potilasohjausmenetelmät
C (konteksti)	Unihoitajien digitaalinen ohjausvalmius ja siihen vaikuttavat asiat

TAULUKKO 2. PCC-muuttujat

Kirjallisuushaun ja tutkimuskysymysten muodostamisen apuna käytettiin käsitekarttaa, jonka avulla tutkimuksen visio tutkittavasta aiheesta selkiytyi. Nuopponen (2020,105–106) toteaa teoksessaan, kuinka käsite- ja ideakartan tekeminen auttaa tutkijaa luomaan tutkittavasta aiheesta uusia asioita ja kysymyksiä, joiden ympärille tutkimus keskittyy. Tärkeää Nuopposen mielestä on kuitenkin se, että näkökulma tutkimukseen on mietittynä ja rajattuna, koska tutkittua tietoa ja näkökulmia löytyy paljon eri tieteenaloilta.

3.3 Kirjallisuushaun tulokset

Kirjallisuushaun tuloksena löytyi paljon tutkimuksia koskien digitaalista ohjausta ja etäohjausta. Tutkimukset koskivat digitaalista ohjaamista esimerkiksi opetuksen apuna tai digitaalisten ohjauksen apuvälineiden hyödyntämistä esimerkiksi sairaalaolosuhteissa. Kuitenkaan uniapneapotilaiden digitaalista ohjausta koskevia tutkimuksia ei löytynyt. Kirjallisuushaun tuloksista arvioitiin aluksi, vastasiko otsikko tutkittavaa asiaa ja tarkistettiin myös tutkimuksen julkaisupaikka. Tiivistelmät luettiin läpi ja sen perusteella valikoitiin tutkimukset, jotka löytyivät sähköisistä tietokannoista ja olivat tutkimukseen sopivat.

Tiedetään että syöpäpotilaiden digitaalisesta ohjauksesta on saatu hyviä tuloksia (Ehnlund, Mälkiä, Tuominen, Kolhonen & Elomaa-Krapu 2018, 26–27), kuten myös aivoverenkiertohäiriöpotilaiden digitaaliset ohjausmenetelmät on arvioitu hyväksi (Laaksonen, Tikkanen, Lindholm & Muller 2022, 795–803). Tutkimusta on tehty myös muun muassa astmapotilaiden digitaalisten PEF-mittareiden tuomasta avusta oirekuvan seurannan apuna (Tapanainen & Merivuori 2019, 1746–1747) sekä leikkauspotilaan digitaalisesta ohjauksesta (Holmstedt 2017, 19–20). Mielenterveyshäiriöiden hoidossa digitaalisuuden hyödyntämistä on tutkittu muun muassa masentuneiden nuorten kuntouttamisen apuna. (Raitio, Kivinen & Hopia 2014,207). Unihoitajien digitaalisia ohjausvalmiuksia ei kirjallisuushaun perusteella ole tutkittu. Muun muassa Lahtisen (2008,2) tutkimus käsitteli uniapneapotilaiden arvioita saamastaan perinteisestä ohjauksesta, mutta unihoitajien antamaa digitaalista potilasohjausta ei aiemmissä tutkimuksissa ollut käsitelty.

3.4 Digitaaliset ohjausmenetelmät ohjauksen tukena

Uniapneapotilaiden ohjauksen tueksi on kehitetty ympäri Suomea erilaisia sähköisiä palveluita helpottamaan ohjausta. WHO:n (maailman terveysjärjestö) määritelmän mukaisesti digitaaliset tekniikat, joita käytetään terveydenhoidon tukemiseen, on luokiteltu käyttäjien mukaan. Sähköisten palveluiden järjestelmät on jaoteltu ryhmiin, näistä yksi on etäpalveluiden tuottaminen. (WHO 2018, 1, 5). Kyytsönen, Aalto & Vehko (2021,15) toteavat raportissaan, kuinka Covid19-pandemia aiheutti suuren tarpeen kehittää uusia toimintatapoja ja etäpalvelun muotoja nopealla aikataululla. Valtiovarainministeriö laati vuonna 2020 Digitalisaation edistämisen ohjelman, jonka tavoitteena on saada vuoteen 2023 mennessä julkiset palvelut digitaaliseen muotoon. (Kyytsönen, Aalto & Vehko 2021, 15–16).

Uniapneapotilaiden hoidossa digitaaliset ohjausmenetelmät ovat päivittäin osana uniapneapotilaan ohjausta. Hoitotyön ohjaamisessa apuna ovat erilaiset uniapnealaitteisiin liittyvät Wifi-pohjaiset digitaaliset etäseurantasovellukset, joita on suurimmilla uniapnealaittevalmistajilla. Potilaalle on hyvä selventää, että etäseuranta ei tarkoita reaaliaikaista potilastietojen seurantaa, vaan potilaan tulee itse ottaa yhteyttä tarvittaessa. (Saaresranta 2017).

Etäseurantasovellukset helpottavat hoitajien ja potilaiden työtä, siten ettei potilaan tarvitse tulla välttämättä vastaanotolle. Etäseurannan antamien tietojen avulla hoitaja analysoi laitteen käyttöä ja siten hoidon onnistumista vastaanotolta käsin. Seurantaohjelmien antaman tiedon perusteella hoitaja on tarvittaessa yhteydessä potilaaseen, jos raportin perusteella hoidossa on ongelmaa. (Anttalainen, Saaresranta 2017, 1985–1986). Suomalaisen tutkimuksen (Anttalainen, Melkko, Hakko ym. 2016) tulokset kertoivat, kuinka seurantatutkimuksessa etäseurantaryhmän ohjauksessa hoitajan aikaa kului vähemmän kuin tavanomaisen hoidon ryhmää ohjatessa.

Potilaita varten on kehitetty uniapnean hoidon ohjauksen avuksi myös erilaisia ohjausvideoita, jotka ovat potilaiden katsottavissa ennen laitehoidon aloitusta ja tarvittaessa hoidon aloituksen jälkeen. Näin on esimerkiksi esimerkiksi Tampereen yliopistollisen keskussairaalan (TAYS/ unipoliklinikka 2022) unipoliklinikan internetsivuilla. Potilas voi myös olla yhteydessä unipoliklinikkaan takaisinsoittojärjestelmän palvelun kautta tai esim. hoitokeskustelut (Chat)-sovelluksen kautta. (Anttalainen, Saaresranta, 2017). Sähköisillä uniapneapotilaille tarkoitetuilla oirekyselyillä uniapneapotilaat vastaavat tarvittaessa OmaTAYS-internetpalvelussa, johon kirjaudutaan omilla pankkitunnuksilla. Oirekyselyitä voidaan hyödyntää esimerkiksi ennen uniapnean laitehoidon videoaloituksia, jolloin potilas on katsonut ohjausvideot unipoliklinikan sivuilta etukäteen ja tulee sitten noutamaan uniapnealaitteen ja maskin vastaanotolta. Samoin kyselyitä voidaan hyödyntää R2-ajokortin omaavien vuosittaisen kontrollin yhteydessä. (TAYS/OmaTays 2022).

Terveyskylä on yliopistollisten sairaanhoitopiirien yhdessä kokoama verkossa toimiva palvelu, joka on kaikkien kansalaisten käytössä. Terveyskylän verkkosivuilta löytyy digipolku erisairauksiin liittyen. Potilaat voidaan ohjata täyttämään sairautensa hoitoon liittyviä kyselyitä, lukemaan potilasohjeita, välittämään sairautensa hoitoon liittyviä seurantatietoja ja olemaan tarvittaessa yhteydessä hoitavaan yksikköön digihoitopolkua käyttävässä yksikössä. Uniapneapotilaan digihoitopolkua voidaan hyödyntää uniapneaan digitaalisen ohjauksen apuna. (Terveyskylä 2021). Videovälitteistä uniapneapotilaan ohjausta on testattu muun muassa Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymässä. Unihoitajan pitämää luentoa uniapneapotilaat ovat seuranneet internetin välityksellä, hoitaja

kontrolloi hoidon onnistumista kuukauden päästä puhelinsoitolla. Kokemukset ovat olleet varteenotettavia. (Essote 2021).

3.5 Unihoitajien digitaaliset ohjausvalmiudet ja niihin vaikuttavat tekijät

Unihoitajien digitaalisia ohjausvalmiuksia ei ole tutkittu aiemmissä tutkimuksissa. Digitaalisen potilasohjaamiseen liittyy omat haasteensa, se on erilaista kuin perinteinen kontaktiosaaminen, non- verbaalisen kommunikaation puuttuessa. Potilaan reaktiot, kuten ilmeet ja eleet sekä kehonkieli jäävät hoitajille helposti väliin. (De Almeida Barbosa, Paes de Silva 2016, 928,932). Tärkeää on tuoda esiin positiivista kannustusta ja palautetta sekä motivointia.

Potilasohjauksen onnistumisen edellytys on riittävä tietotaito ja koulutus uniapnean hoitoon liittyvissä asioissa. (Kääriäinen ym. 2006, Kyngäs ym. 2007). Saranto ym. (2020,212) toteavat tutkimuksessaan, kuinka sairaanhoitajat kokivat omat mm. omat tietojärjestelmätaitonsa hyviksi tai erinomaisiksi, mutta digitaalisten palveluiden tuottamisessa työprosesseissa he kokivat tarvitsevansa lisää perehdytystä. Saranto ym. (2020, 213) toteavat myös, että digitaalisten ohjausmenetelmien vaikuttavuuteen ohjauksessa vaikuttavat muun muassa potilaan oma motivaatio sairauden hoitoon, käsitys sairaudestaan, potilaan voimavarat ja digitaalisten viestintälaitteiden käytön osaaminen. Osa potilaista ei ole tottunut käyttämään digitaalisia palveluita. Tutkimusten mukaan potilaiden suhtautuminen digitaalisiin palveluihin on kuitenkin myönteinen.

Viestinnän kapeutuminen voi aiheuttaa motivaation ja mielenkiinnon vähentymistä sairauden hoitoa kohtaan, myös väärinkäsityksiä voi syntyä. Pahimmillaan potilas voi luopua uniapnean hoidosta turhautumisen seurauksena. Digitaalisen ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa myös se, miten ensimmäinen aiempi kasvokkain tapahtunut ohjauskerta on sujunut, onko hoitajan ja potilaan välille syntynyt luottamuksellinen suhde. (Karppe, Koroma, Lehti & Sivonen 2018, 26).

Hoitajan tulisi olla perehtynyt siihen, miten digitaalinen vuorovaikutus saadaan onnistumaan parhaiten ja mitkä asiat vaikuttavat digitaalisen vuorovaikutuksen

onnistumiseen. Pohtimisen arvoista on myös, miten yksilöllistä hoitosuhdetta pidetään yllä digitaalisuuden myötä. Hoitajan tulee aistia, milloin digitaalinen ohjaus tuo potilaalle ahdistusta, potilas ehkä kokee, ettei digitaalisen ohjauksen kautta hänen sairautensa hoitoon liittyvät asiat selviä. Potilaalla on aina oikeus saada perinteistä ohjausta digitaalisen ohjauksen rinnalla. Etävastaanotto vaatii hoitajalta etukäteisvalmistelua suhteessa enemmän kuin perinteinen vastaanotto. Hoitajalle ja potilaalle on etua siitä, jos heillä on ennestään jo olemassa hoitosuhde, joka on luottamuksellinen. (Salminen-Tuomaala 2020). Etävastaanottotyö edellyttää hoitajalta vahvaa psykologista osaamista, tilannetietoisuutta, tunneälyä. (Salminen-Tuomaala 2020).

Hoitajan tulee hallita hyvät nettikäyttäytymiseen liittyvät tavat, digitaalisten sovelusten ja ohjausmenetelmien käyttö, hyvä omaan hoitotyön alaan liittyvä substanssiosaaminen. Ohjauksessa käytettävän materiaalin on oltava helposti ymmärrettävää ja potilaan hoidon tarpeeseen sovellettavaa. Tietosuojakäytänteet ovat tärkeässä osassa potilaan yksityisyydensuojan turvaamiseksi. Etäseuranta- palveluiden tuottajat eivät pääse tietosuojahjeiden nojalla potilaiden tietoihin, potilastietoja ei myöskään saa siirtää muille palvelimille kuin Euroopassa oleville. (Saaresranta 2017).

Myös ikä ja kulttuurilliset aspektit tulee huomioida, jotta ohjaus on vaikuttavaa ja on ymmärrettävässä muodossa muun muassa potilaan äidinkielen osalta. Vaarana on esimerkiksi sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien tai iäkkäiden potilaiden jääminen digitaaliseen tyhjiöön, koska heillä ei ole mahdollisuutta tai taitoa käyttää digitaalisia palveluita. Potilaan tulee myös saada palvelua hänen omalla äidinkielellään. (Hiltunen 2021, 30–31). Asiakkaan antama palaute on kallisarvoinen arvioitaessa ohjauksen onnistumista. (Salminen-Tuomaala 2020). Digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyksi uniapneapotilaan hoidossa voidaan todeta asuinpaikasta johtuvan eriarvoisuuden vähentyminen. Ohjausta voidaan antaa asuinpaikasta ja ajasta riippumatta, potilaat voivat jättää hoitajalle viestin eri digitaalisten palveluiden kautta, hoitaja vastaa mahdollisimman pian potilaan viestiin tai puheluun. (Karppi ym. 2018).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata unihoitajien digitaalisia ohjausvalmiuksia sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä sekä kuvailla unihoitajien kokemuksia uniapneapotilaiden digitaaliseen ohjaukseen liittyvistä voimavaratekijöistä ja haasteista ja kehittämistarpeista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa unihoitajien valmiuksista digitaalisten ohjausmenetelmien käytöstä ja niiden hyödyntämisestä potilasohjauksessa. Tutkimusta voidaan hyödyntää digitaalisia ohjausmenetelmiä ja uniapneapotilaan digitaalista ohjausta kehitettäessä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Minkälaiset ovat unihoitajien digitaaliset ohjausvalmiudet?
- 2) Mitkä tekijät ovat yhteydessä unihoitajien digitaaliseen ohjausvalmiuteen?
- 3) Millaisia voimavaratekijöitä ja haasteita liittyy uniapneapotilaan digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön unihoitajien kokemana?
- 4) Minkälaisia digitaalisten ohjausmenetelmien kehittämistarpeita unihoitajat kuvaavat?

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskiössä on muuttujien mittaaminen ja tilastolliset menetelmät. Tarkastelun alla ovat muuttujien väliset yhteydet. Myös voidaan tutkia, mikä on kahden asian väliin tulevan muuttujan merkitys tutkittavassa asiassa (intervening). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55). Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelminä on tyypillisesti erilaiset lomake- ja surveykyselyt sekä internetkyselyt sekä mm. strukturoidut haastattelut ja kokeelliset tutkimukset. Otoksen määrä on yleensä merkittävä, ilmiötä kuvataan numeerisesti. (Heikkilä 2014,2).

Strukturoidussa kyselylomakkeessa tutkittavat asiat ovat siinä muodossa, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysyttävät asiat samoin. (Vilka 2007, 14,16). Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista objektiivisuus, tutkimuksen tulos ei riipu tutkijasta. Tutkija tulkitsee numeroina saatuja tuloksia sanallisessa muodossa kertoen miten tutkitut asiat ovat yhteydessä toisiinsa. Kvantitatiiviset tutkijat etsivät selityksiä ja ennusteita, tarkoituksena on luoda ja kehittää yleistyksiä, jotka edistävät tutkittavaa teoriaa. (Williams 2007, 65).

Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu lähestymistavaltaan tutkimusmenetelmäksi, kun halutaan tietää, paljonko tietyssä joukossa löytyy tiettyjä ominaisuuksia, kun halutaan selvittää spesifin ilmiön esiintyminen valikoidussa ryhmässä, tiettyjen riippuvuuksien esiintyminen ilmiöiden välillä ja se, mitä selittäviä tekijöitä löytyy tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 60–61). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analysointi pohjautuu laskennallisiin kaavoihin, laskennalliseen todennäköisyyteen, lukumääriin ja prosentteihin. On ymmärrettävä, mitkä periaatteet kuvaavat numeerisesti muuttujien arvoja ja vaihtelua niissä. Ennalta tehty suunnitelma korostuu näissä. (Vilka, 2021,141). Empiiriseen tutkimukseen perustuvalla hoitotyön tiedolla on keskeinen rooli näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Kyky tulkita ja käyttää hoitotyön tutkimusten kvantitatiivisia tuloksia on edistyneille sairaanhoitajille välttämätön taito varmistaa potilaille parhaan mahdollisen hoidon. (Giuliano & Polanowicz 2008, 211–222).

Kvantitatiivisen tutkimuksen kyselylomakkeessa voi olla myös avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä ei rajata kysymyksiä, koska tavoitellaan spontaaneita vastauksia. Monivalintakysymykset eivät välttämättä olisi kertoneet koko laajuudessa vastaajien mielipiteitä. (Vilkka 2007, 67–69). Avoimet kysymykset mahdollistavat sellaistenkin vastausten saamisen, joita kyselyssä ei alun perin osattu ennakoita. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen vie toisaalta aikaa enemmän kuin valmiiden vaihtoehtokysymysten täyttäminen, joten osa vastaajista voi jättää ne helpommin vastaamatta. (Luoto 2009, 1648).

5.2 Mittari

Mittarin luominen tutkimuksessa vaatii, että tutkittavan alan teoriaan on perehdytty tutkimuksen käsitteiden määrittelemiseksi. Tilastolliset muuttujat ovat teoreettisista käsitteistä syntyneitä arvoja, joita voidaan käyttää tutkimusilmiöiden mittaamisessa. Tilastollinen muuttuja voi muodostua kyselytutkimuksessa väittämistä tai kysymyksestä. Arvoilla tarkoitetaan kysymyksiin annetuista vastauksista, jotka yleensä ovat numeraalisessa muodossa. (Kananen 2008, 15–17, Tampereen yliopisto 2003).

Hirsjärvi ym. ovat todenneet, kuinka kyselytutkimukseen tulee panostaa suunnittelu- ja laatimisvaiheessa, koska tällä on katsottu olevan myönteinen vaikutus vastausten lukumäärään (Hirsjärvi ym. 2009,198). Hyvin suunnitellun mittarin tulee olla ennalta testattu, riittävän osuva, tarvittaessa toistettava, teknisesti harkittu. (Luoto 2009, 1649). Mitta-asteikon valinta riippuu siitä, miten tarkkaan haluta tutkittavaa asiaa mitata ja mikä tutkittava asia on. (Vilkka 2014,50). Tutkimusaineiston kerääminen on syytä aloittaa vasta, kun tutkimuskysymykset on mietitty valmiiksi. (Valli 2015, 42). Tutkimuksen onnistumiseen vaikuttaa se, miten hyvin mittari on suunniteltu. On myös hyvä huomioida, että kyselyllä tavoitetaan kohderyhmä, ja ettei muilla kuin kohderyhmäläisillä ole mahdollisuutta täyttää mittaria. (Heikkilä 2014, 17.67).

Tutkimuksen mittari pohjautui aiempien tutkimusten tuloksiin ja niiden pohjalta ja teoreettiseen luotuun teoreettiseen taustaan. Opinnäytetyön teoreettisen taustan

tiedonhaku toteutettiin kirjallisuushaulla tutustuen uniapneaa, digitaalista ohjausta ja hoitajien ohjausvalmiuksia koskeviin tutkimuksiin. Kirjallisuushaun tuloksena löytyi paljon tietoa potilaan digitaaliseen ohjaukseen liittyen sekä uniapneasta ja sen hoidosta ja ohjaamisesta. Unihoitajan digitaalisesta ohjausosaamisesta ei sen sijaan löytynyt tutkimuksia, ei myöskään unihoitajien digitaalisista ohjausvalmiuksista. Mittarin kysymykset laadittiin opinnäytetyön teoriasta nousseista kysymyksistä koskien digitaalisia ohjausmenetelmiä sekä hoitajien kokemuksista uniapneapotilaan ohjauksen muuttuessa yhä digitaalisempaan suuntaan. Keskiössä oli potilaiden digitaalinen ohjausvalmius ja digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen tehokkaasti.

Taustatietoa koskeviin kysymyksiin (n=9) valittiin strukturoidut kysymykset, joissa vastausvaihtoehtoja oli 1–6 kysymyksen mukaan. Vain yksi vaihtoehto voitiin valita, paitsi kysymyksessä 4. jossa kysyttiin mitä digitaalisia ohjausmenetelmiä vastaaja käytti, oli monivalintakysymys. Lopullisessa mittarissa unihoitajilta kysyttiin 1) koulutusastetta, 2) ikää, 3) työkokemusta, 4) mitä digitaalisia ohjausmenetelmiä unihoitajat käyttivät ja 5) miten usein he käyttivät digitaalisia ohjausmenetelmiä ohjauksessa sekä 6) ajallista ohjausmenetelmien käyttöä/pv. Muuttujien 1 ja 5 vastausasteikko oli 4-portainen. Muuttujien 2–4 vastausasteikot olivat 6-portaiset. Muuttuja 6 oli yksi avoin kysymys. Unihoitajat arvioivat myös 7) omia digitaalisia ohjaustaitojaan, 8) saadusta digitaalisten ohjausmenetelmien käytön koulutuksesta sekä 9) koulutuksen riittävydestä. Muuttujan 7 vastausasteikko oli 6-portainen, muuttujan 8 asteikko oli 3-portainen ja muuttujan 9 asteikko oli 2-portainen.

Mittari sisälsi lisäksi 21 muuttujaa, joihin oli neljä eri vastausvaihtoehtoa Likertin asteikon mukaisesti (4=täysin samaa mieltä, 3= jokseenkin samaa mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 1=täysin eri mieltä). (Valli 2015, 57–58). Mittarin lopussa oli kaksi avointa kysymystä koskien digitaalisten ohjausmenetelmien ja omien digitaalisten ohjausvalmiuksien kehittämistä. Lopullinen kyselylomake liitteenä. (Liite 2).

5.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin TAMK:n Forms- sähköisellä mittarilla Suomen unihoitajat ry:n 146 jäseneltä. Suomen unihoitajaseura ry:n hallituksen jäseniin oltiin sähköpostitse yhteydessä kevään 2021 ja elokuun 2021 aikana. Lupa mittarin tekemiseen saatiin seuralta sähköpostitse. Mittarin validiteetin arvioinnissa käytettiin apuna asiantuntija-arviointia. Ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä mittari testattiin asiantuntijoilla, jotka olivat aiheen sisällön asiantuntijoita. Arvioinnista saatujen kommenttien perusteella jätettiin pois väittämistä ”en tiedä”-vaihtoehto, ja yksi monivalintakysymys lisättiin sekä saatekirjeeseen muokattiin vielä tutkimuksen tavoitteet selkeämmin esille.

Tutkittaville lähetettiin mittarin etuliitteenä saatekirje, jossa kerrottiin, miksi tutkimus tehdään, mitkä ovat tutkimuskysymykset, millä perusteella kysely on lähetetty vastaajille ja kuka on tutkimuksen tekijä. Saatekirjeessä kerrottiin myös tulosten käyttötarkoitus ja nimettömänä vastaaminen. Saatekirjeessä korostettiin vastausten antajien tunnistamattomuutta, sekä kerrottiin miten vastaukset tullaan hävittämään ja missä mittarin tulokset julkaistaan. (Vehkalahti 2014, 47–48). Vastausaika oli kolme viikkoa. Vastausten kadon välttämiseksi lähetettiin tutkittaville kertaalleen vastausaikana sähköpostilla muistutus mittariin vastaamiseksi. Luodon (2009, 1651) mukaan mitä pienempi tutkittava perusjoukko on, sitä enemmän on merkitystä vastauskadon määrällä. Ennen kyselyn suorittamista tehtiin opinnäytetyösopimus Tampereen ammattikorkeakoulun lupakäytänteiden mukaisesti. Lupahakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma ja tietosuojailmoitus. (TAMK 2021, tutkimusluvan hakeminen). Ohjaavana opettajana toimiva yliopettaja Outi Kajula oli tärkeänä tukena neuvomassa ja ohjaamassa prosessin eri vaiheissa. Aineiston keruussa palautui 28 lomaketta, vastausprosentti 19. Yhtään lomaketta ei hylätty puutteellisten vastausten vuoksi.

5.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto tallennettiin ulkoiselle muistitikulle, ja tiedot ladattiin suoraan Forms-ohjelmasta excel-taulukkomuodossa IBM SPSS 27(Statistical

Package for the Social Sciences) – ohjelmaan, jota käytettiin tulosten analysoinnissa. Aineisto tarkistettiin mahdollisten virheiden varalta. (Kankkunen 2013, 100). Analysoinnissa apuna käytettiin sijaintilukuja kuten keskiarvoa, frekvenssejä ja hajontalukuja sekä ristiintaulukointia sekä summamuuttujia. (Vilkkä 2015, 112, 119). Valli (2015, 70) toteaa, kuinka tilastollinen päättely auttaa arvioimaan otoksessa saatujen tulosten paikkansapitävyyttä tietyssä perusjoukossa sekä miten yleistettävissä saadut tulokset ovat.

Vastausten tiivistämiseksi oli myös järkevää yhdistää asiayhteydessään samankaltaisia asioita mittaavat kysymykset uusiksi summamuuttujiksi mittarin tarkkuuden parantamiseksi. (Heikkilä 2014, 129). Tutkittavien ikä luokiteltiin uudestaan. Tutkittavien ikäryhmistä (20–30 v, 31–40, 41–50, 51–60, 61–65, yli 65 vuotta) muodostettiin kaksi ikäryhmää 30–50-vuotiaat ja 51–65-vuotiaat. Alle 30 -vuotiaita sekä yli 65-vuotiaita tutkittavissa ei ollut. Myös tutkittavien työkokemus vuosina luokiteltiin uudestaan. Työkokemuksen perusteella tutkittavat luokiteltiin uudestaan ryhmiin 0–10 v (0–5 v, 6–10 v), 11–20 v (11–15 v, 16–20 v) ja yli 20 vuotta työkokemusta.

Summamuuttujien muodostamiseksi tehtiin muuttujille faktorianalyysi, jolla pyrittiin selvittämään muuttujista yhteisiä piirteitä. Saatujen tulosten perusteella muodostettiin summamuuttujat. (Taulukko 5). (Heikkilä 2014, 10). Ohjaustyön mielekkyyttä, motivaatiota ja digitaalisten ohjausmenetelmien helpottavaa vaikutusta koskevat kysymykset yhdistettiin yhdeksi muuttujaksi, joka nimettiin nimellä ”Ohjaustyön mielekkyys”. Tietoteknisten vaikeuksien vaikuttavuutta sekä tietosuojakäytänteitä koskevat kysymykset yhdistettiin nimelle ”Tietotekniikka”. Ohjaustyön tehokkuus -nimen alle liitettiin työn nopeutumista, kustannustehokkuutta, koordinoitua, etukäteistyötä sekä ajankäyttöä koskevat kysymykset. Tunne- ja non-verbaalinen osaaminen sekä asiaosaaminen yhdistettiin Tunne- ja asiaosaaminen -nimen alle. ”Hoitosuhde”-muuttuja koostui yhdistämisen jälkeen potilaan sitoutumisesta hoitoon, hoitosuhteen parantumisesta, iän ja kulttuurin ja asuinpaikan vaikutuksesta ohjauksen onnistumiseen sekä potilaskokemuksista ja potilaiden yhteydenottojen määrästä. Mittarin reliabiliteetin parantamiseksi ohjausmateriaalin saatavuudesta ohjauksen apuna -muuttuja analysoitiin erikseen.

Summamuuttujat	Väittä- mien määrä	Min	Max	Keskiha- jonta	Kes- kiarvo	Tilastol- linen merkit- sevyys	Cronbachin alfa
Ohjaustyön mielekkyys	3	1,67	4,0	0,629	3,1	<0,01	0,774
Tietotekniikka	3	2,0	4,0	0,620	2,6	<0,01	0,679
Ohjaustyön tehokkuus	5	1,8	3,6	0,453	2,8	<0,01	0,581
Tunne- ja asiaosaaminen	3	2,0	3,67	0,476	3,1	<0,01	0,539
Hoitosuhde	6	2,2	3,5	0,383	2,7	<0,01	0,594

TAULUKKO 5. Uudet summamuuttujat ja niille lasketut arvot

Tutkimuksen validiteetilla halutaan kertoa, mittaako tutkimus juuri sitä asiaa, jota halutaan tutkia. Tulosten validiteettia tarkasteltaessa tulee miettiä, mitä tuloksista voidaan päätellä oikeasti. Mittausten reabiliteetti tarkoittaa, että tutkimus on toistettavissa, tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin yhtenäisyyttä mittaamaan käytetään Cronbachin alfakerrointa. Reliabiliteettikerroin ilmaistaan arvoilla 0–1; mitä korkeampi kerroin on, sitä vahvemmin mittarin muuttujilla mitataan samantyyppisiä asioita. Arvon tulisi olla 0,7 tai enemmän. (Hiltunen 2009, Heikkilä 2014, 178). Reliabiliteetin arvioimiseksi Cronbachin alfakerroin mitattiin tässä tutkimuksessa jokaisesta summamuuttujasta erikseen. Ohjaustyön mielekkyys-summamuuttujassa arvo oli yli 0,7, Tietotekniikan osalta arvo oli noin 0,7, muiden kolmen summamuuttujan kohdalla Cronbachin alfa jäi noin 0,6, eli oli tyydyttävää luokkaa.

Korrelaatiokertoimilla mitataan vähintään kahden muuttujan välistä riippuvuutta. Jos korrelaatio jää heikoksi, yhteisvaihtelua ei näiden muuttujien välillä ole. Yleisesti ottaen korrelaatiokerroin alle 0,3 tarkoittaa heikkoa korrelaatiota, 0,3–0,5 on

kohtalainen ja suurempi kuin 0,5 on vahva. (Heale & Twycross 2015,67). Pearsonin korrelaatiokerroin (r) on yleisimmin käytetty korrelaatiosta kertova tunnusluku. Tässä tutkimuksessa muuttujat olivat intervalliasteikollisia. Tutkimuksessa Pearsonin korrelaatiotestillä selvitettiin, mitä yhteyksiä eri summamuuttujilla oli toisiinsa verrattuna. Pearsonin korrelaatiokerroin ($r > 0,400$) oli tilastollisesti merkitsevä, p -arvo oli alle 0,05. Kolmogorov-Smirnovin testi osoitti kaikkien 21 summamuuttujien osioiden osalta, ettei tulos ole normaalisti jakautunut. P -arvo oli alle 0,01 eli tilastollisesti merkitsevä, nollahypoteesi hylättiin.

Studentin T-testin tuloksen perusteella muuttujien reliabiliteettitestin tulos oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, p -arvo $< 0,01$ kaikkien summamuuttujien osalta. Keskihajonnalla haluttiin selvittää, miten kaukana keskiarvosta tehdyt havainnot olivat. (KvantiMOTV – SPSS oppimisympäristö 2012). Summamuuttujien saamien keskiarvojen perusteella jaettiin kysymysten arvoasteikot neljään kategoriaan: negatiivinen/positiivinen vaikutus sekä heikko/vahva arvo. Yhdistelyn kautta tuotiin esiin, miten unihoitajien mielipiteet olivat jakautuneet tutkimuksessa tarkastelun alla olevien summamuuttujien kesken. (Taulukko 6.)

Summamuuttujat	ka	Arvoasteikko 1–4	Arvo	Muuttujien määrä
Ohjauksen mielekkyys	3,1	1.00–2.49 2.50–4,00	Negatiivinen vaikutus Positiivinen vaikutus	3
Ohjauksen tehokkuus	2.8	1.00–2.49 2.50–4.00	Negatiivinen vaikutus Positiivinen vaikutus	5
Tunne- ja asiaosaaminen	3.0	1.00–2.49 2.50–4.00	Heikko Vahva	3
Hoitosuhde	2,7	1.00–2.49 2.50–4.00	Negatiivinen vaikutus Positiivinen vaikutus	6
Tietotekniikka	3.0	1.00–2.49 2.50–4.00	Heikko Vahva	3

TAULUKKO 6. Summamuuttujien arvot

Avoimien kysymysten vastauksista nousi esiin erilaisia kokemuksia digitaalisten ohjausmenetelmien ja ohjausvalmiuden kehittämistarpeista ja niihin liittyvistä positiivisista ja negatiivista ajatuksista. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin jakamalla vastaukset neljään eri kategoriaan; haasteet, uhat, voimavaratekijät ja kehittämiss ehdotukset vastauksista nousseiden kokemusten pohjalta. Avointen kysymysten vastaukset ovat usein määrältään ja sisällöltään erilaisia, ja osa tutkittavista ei vastaa kysymyksiin ollenkaan. (KvantiMOTV – SPSS oppimisympäristö 2012). Kuviossa 2. on kuvattu tutkimuksen keskeiset käsitteet.



KUVIO 2. Tutkimuksen keskeiset käsitteet

6 TULOKSET

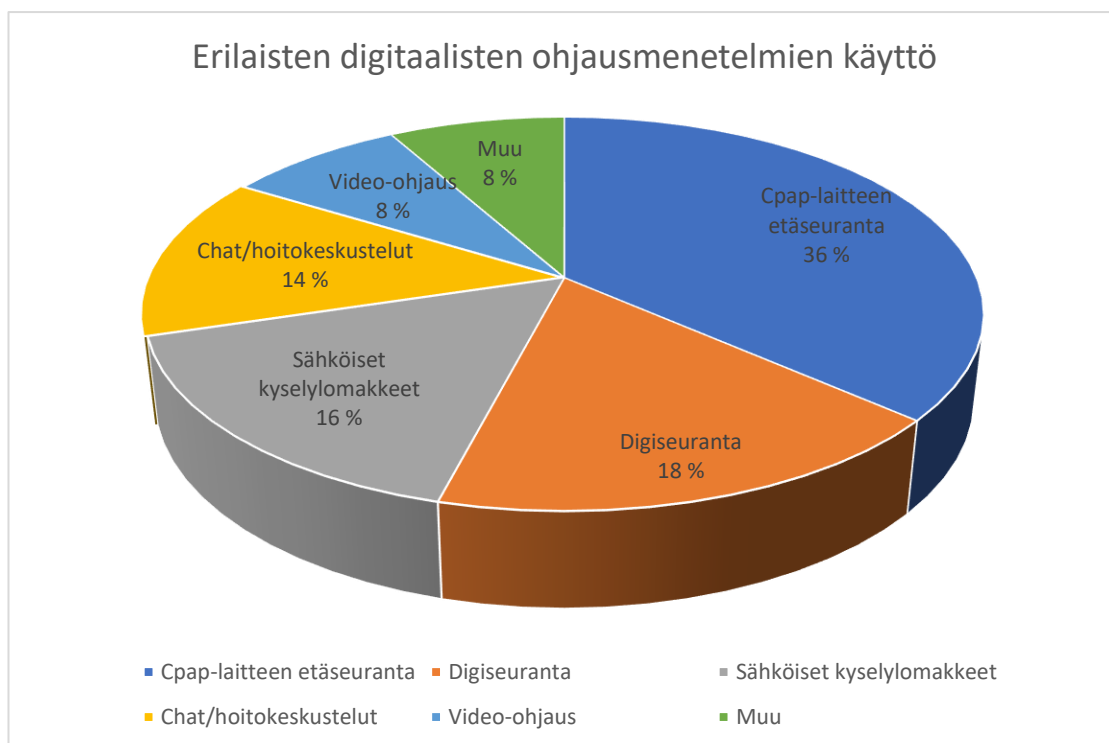
6.1 Tutkittavien taustatiedot ja digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö

Tutkimukseen osallistuneista 86 % oli iältään 31–60-vuotiaita, 14 % oli yli 60-vuotiaita. Alle 30 -vuotiaita ja yli 65-vuotiaita ei tutkittavien joukossa ollut. Korkeimman koulutusasteen, eli ammattikorkeakoulututkinnon omaavia oli 57 % tutkittavista. Yliopistokoulutusta ei ollut kellekään. Tutkittavista 32 % oli ollut unihoitajan työssä alle 6 vuotta. Yli 20 vuotta unihoitajan työtä oli tehnyt 11 %. (Taulukko 7).

Taustatekijät	n	%	Taustatekijät	n	%
Ikä			Korkein hoitotyön koulutusaste		
31–50	17	61	Opistoaste	8	29
51–65	11	39	Ammattikorkeakoulu	16	57
			Ylempi amk-tutkinto	4	14
Työkokemus unihoitajana (v)			Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö		
0–10	15	53	Päivittäin	15	54
11–20	10	36	Useana päivänä viikossa	5	18
>20 v	3	11	Kerran viikossa	2	7
			Harvemmin	6	21
Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön saatu koulutus			Koulutuksen riittävyys		
Paljon	4	14	Riittävästi	9	32
Jonkin verran	19	68	Liian vähän	19	68
En ollenkaan	5	18			

TAULUKKO 7. Taustatiedot

CPAP-laitteen etäseurantaohjelmia käytettiin eniten (27 %) potilaan ohjaustyön apuna. Digiseurantaa käytti vastaajista 13 %. Sähköiset kyselylomakkeet olivat käytössä 12 % vastaajista. Chat/hoitokeskusteluja netin välityksellä hyödynsi 10 % vastaajista. Video-ohjaus potilaan hoidon ohjauksessa oli käytössä 6 % unihoitajista. Muiksi digitaalisiksi ohjausmenetelmiksi vastaajat kertoivat muun muassa Terveyskylän digihoitopolun ja viestipalvelun sekä muut sähköiset ohjausmateriaalit ja videot. (Kuvio 3).

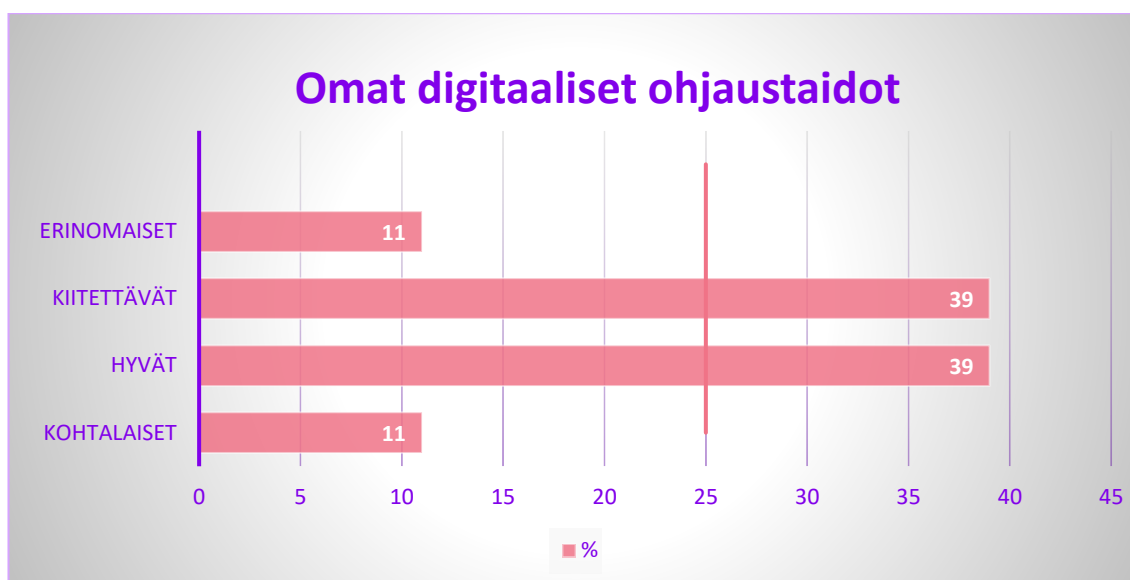


KUVIO 3. Digitaalisten ohjausmenetelmien käytön jakautuminen

Työaika digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön unihoitajat arvioivat kuluvan päivässä 0–4 tuntia, osa vastaajista arvioi aikaa kuluvan 50 % työajasta. Keskimääräinen digitaaliseen ohjaamiseen käytetty aika oli noin 2 tuntia päivässä, käytetty aika riippui työnkuvasta. Digitaalisia ohjausmenetelmiä kertoi käyttäneensä päivittäin vastaajista 54 % (n=15). Vastaajista 7 %:lla ei vielä ollut työpaikalla digitaalisia ohjausmenetelmiä ohjauksen apuna. Osalla työpaikoista unihoitajilla (n=2) digitaalisia ohjauksen apuvälineitä oltiin vasta kehittämässä osaksi unihoitajan ohjaustyötä. Toisilla unihoitajilla (n=2) työnkuva käsitti myös muuta työtä kuin unihoitajan työtä.

6.2 Unihoitajien digitaaliset ohjausvalmiudet

Unihoitajista 11 % (n=3) arvioi omat digitaaliset ohjaustaitonsa erinomaisiksi, 78 % (n=22) kiitettäväksi tai hyväksi, ja 11 % (n=3) kohtalaisiksi. (Kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien digitaalisten ohjausmenetelmien käyttötaidot

Hoitajista 75 % (n=23) arvioi digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntämisen myös tehostaneen ajankäyttöä ja tehneen ohjaustyöstä sitä kautta sujuvampaa, sekä antanut motivaatiota unihoitajan työhön. Yli 50 % (n=18) vastaajista arvioi digitaalisten ohjausmenetelmien vaativan etukäteisvalmistelua. Unihoitajat arvioivat digitaalisten ohjausmenetelmien parantaneen jonkin verran yksilöllisen hoitosuhteen luomista uniapneapotilaita hoidettaessa. Hoitosuhteen arvioitiin koostuvan yksilöllisestä, asiantuntevasta ja luottamuksellisesta potilaan kohtaamisesta ja dialogista. Hoitosuhteen luominen oli yhteydessä siihen, kuinka paljon potilaalle jää aikaa ($r=0,622$, $p=0.001$).

Perinteiseen potilasohjaukseen verraten unihoitajat arvioivat digitaalisen potilasohjauksen vaativan vahvaa tunne- ja asiaosaamista, haasteena koettiin non-verbaalisen viestinnän puuttuminen potilasohjauksessa. Potilaskokemukset olivat kuitenkin parantuneet digitaalisia ohjausmuotoja hyödynnettäessä. Se, miten potilaan digitaalinen hoidon ohjaus oli koordinoitu, vaikutti vahvasti ohjauksen kustannustehokkuuteen ($r=0,610$, $p<0,01$).

Mitä motivoituneempia unihoitajat arvioivat olevansa digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön sekä mitä helpommiksi he arvioivat digitaaliset ohjausmenetelmät, sitä helpompi oli suhtautua myös tietotekniisiin ja tietosuojangelmiin

($p < 0,01$). Tulosten mukaan, mitä tehokkaampaa digitaalinen potilasohjaus on, sitä parempaa on potilaan hoitosuhteen luomiseen sekä asiaosaamiseen liittyvä ohjaus ($p < 0,01$). Unihoitajat arvioivat myös, että mitä paremmin digitaalisella ohjauksella pystytään sitouttamaan uniapneapotilas hoitoonsa ja hoitosuhde muodostuu, sitä mielekkäämpää on potilaan digitaalinen ohjaus. Ohjaustyön mielekkyyttä lisää myös potilaan iän, kulttuurin ja asuinpaikan parempi huomioiminen digitaalisessa ohjauksessa sekä potilaskokemusten parantuminen ja potilaiden yhteydenottojen määrän vähentyminen ($r = 0,691$, $p < 0,01$).

6.3. Unihoitajien digitaalisiin ohjausvalmiuksiin vaikuttavat tekijät

Unihoitajien iällä oli vaikutusta siihen, miten unihoitajat arvioivat omat digitaaliset ohjaustaitonsa. Ikäryhmässä 31–50-vuotiaat arvioivat 11 % omat digitaaliset taitonsa erinomaisiksi. Kiitettävänä tai hyvänä piti ohjaustaitojaan 46 %, ja kohtalaisina 4 %. Vastaavasti ikäryhmässä 51–65-vuotiaat kiitettävänä tai hyvänä piti digitaalisia ohjaustaitojaan 22 %, ja kohtalaisina 7 %. Eniten (57 %,) kiitettävää tai hyvää ohjaustasoa oli ammattikorkeakoulun suorittaneissa ($n = 16$). Ylemmän ammattikorkeakoulun suorittaneista 75 % koki omat digitaaliset ohjaustaitonsa erinomaisiksi tai kiitettäviksi. Ammattikorkeakoulun suorittaneista 88 % koki digitaaliset taitonsa kiitettäviksi tai hyväksi. Opistoasteen suorittaneista 75 % arvioi vastaavat taidot myös kiitettävälle tai hyvälle tasolle.

Kun verrattiin työkokemuksen vaikutusta vastaajien digitaalisiin taitoihin unihoitajista yli 20 vuotta unihoitajana olleet (11 %) arvioivat omat taitonsa kiitettäviksi. 10 vuotta tai alle -ryhmässä vastaajista suurin osa (43 %) koki digitaaliset taitonsa hyväksi. Ryhmässä 11–20 vuotta unihoitajan työtä tehneistä vastaukset jakautuivat melko tasan eri vaihtoehtojen kesken. Koulutuksen riittävyys vaikutti omien ohjaustaitojen arviointiin, riittävästi koulutusta saaneet arvioivat omat ohjaustaitonsa erinomaisiksi ($p = 0,03$).

Koulutusaste vaikutti siten, että mitä korkeampi oli unihoitajan koulutusaste, sitä enemmän digitaaliset ohjausmenetelmät helpottivat unihoitajan yötä ($r = 0,440$,

$p < 0,001$). Unihoitajan työkokemuksen määrällä oli vaikutusta potilaiden yhteydenottojen määrään. Unihoitajat arvioivat, että digitaalisten ohjausmenetelmien käyttökokemus ohjauksessa lisäsi potilaiden yhteydenottotarvetta ($r = 0,440$, $p < 0,01$).

Koulutuksen riittävyys oli yhteydessä etukäteisvalmistelujen määrään, mitä enemmän unihoitajalla oli koulutusta digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön, sen vähemmän tarvittiin etukäteisvalmisteluja. ($r = 0,461$, $p < 0,004$). Toisaalta mitä vähemmän oli saanut koulutusta digitaalisten ohjausmuotojen käyttöön, sitä enemmän asiaosaamista tarvittiin. ($r = -0,548$, $p < 0,003$). Suurin osa hoitajista (84 %) arvioi saaneensa digitaaliin ohjausmenetelmiin liian vähän koulutusta. Digitaalisten ohjausmenetelmien vaikutusta työn sujuvuuteen ja työn kiinnostavuuteen arvioitaessa 94 % hoitajista arvioi digitaalisten ohjausmenetelmien osaltaan helpottaneen uniapneapotilaiden hoidon ohjaamista, ja auttaneen osaltaan potilasohjauksen onnistumisessa.

Digitaalisen ohjaustyön mielekkyyteen, motivaatioon ja digitaalisen ohjauksen helpottumiseen liittyvien tekijöiden parantuessa myös digitaalinen ohjaustyö tehostuu ($r = 0,796$, p -arvo $< 0,01$). Samoin hoitosuhteen luominen koettiin olevan sitä helpompana, mitä mielekkäämpää, motivoituneempaa ja teknisesti helpompaa ohjaus on ($r = 0,723$, p -arvo $< 0,01$).

Vastaajista 83 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteestä, että ikä ja kulttuuri on vaikeampi ottaa huomioon digitaalisessa ohjauksessa. Unihoitajista 96 % arvioi digitaalisten ohjausmuotojen hyödyntämisen vähentävän asuinpaikasta johtuvaa eriarvoisuutta. Hoitajista 71 % arvioi, että digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö on osaltaan lisännyt potilaiden yhteydenottoja. Digitaalista ohjausmateriaalia löytyi unihoitajien mielestä jokseenkin hyvin, mutta mitä vähemmän digitaalisia ohjausmenetelmiä käytettiin, sitä enemmän ohjausmateriaalia kaivattiin lisää ($r = -0,402$, $p = 0,017$).

Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöaika oli myös yhteydessä tietosuojakäytänteiden haasteisiin; mitä enemmän digitaalisia ohjausmenetelmiä käytettiin, sen enemmän tietosuojakäytännöt loivat haasteita ohjaukselle ($r = 0,479$,

$p < 0,008$). Samoin mitä enemmän hoitajat hyödynsivät digitaalisia ohjausmenetelmiä ohjauksessa, sitä enemmän he myös käyttivät digitaalista ohjausmateriaalia ohjauksen apuna ($r = 0,462$, $p < 0,007$). Digitaalisen ohjaustyön mielenkiintoa vähensi ohjaustaitojen heikompi taso ($r = -0,408$, $p < 0,003$).

Tietosuojaan liittyvät asiat jakoivat mielipiteitä, vastaajista enemmistö (42 %) kuitenkin koki niiden vaikuttavan jonkin verran digitaaliseen ohjaamiseen, kuten myös tietoteknisillä ongelmilla oli haittaavaa vaikutusta ohjaukseen. Siihen, paljonko unihoitajat käyttivät aikaa digitaalisten ohjausmenetelmien toteuttamiseen potilaan ohjauksessa, vaikutti unihoitajan työnkuva, joka osalla tarkoitti työskentelyä myös muissa työpisteissä kuin unipoliklinikalla. Mitä enemmän aikaa käytettiin digitaaliseen ohjaukseen, sitä vahvempi hoitosuhde pystyttiin luomaan ($p = 0,000$).

6.4 Unihoitajien digitaaliseen ohjaukseen liittyvät voimavaratekijät, uhat ja haasteet

Unihoitajien avoimista kysymyksistä nousseet digitaaliseen ohjaukseen liittyvät voimavaratekijät ja haasteet koostuivat neljä osiosta: voimavaratekijät, digitaalisen ohjauksen onnistumisen haasteet, kehittämissuhteet digitaalisen ohjauksen parantamiseksi sekä ohjaukseen liittyvät uhkakuvat.

Voimavaratekijät

Voimavaratekijöiksi potilaan digitaalisessa ohjaamisessa unihoitajat kuvasivat kustannustehokkuuden sekä työn helpottumisen digitaalisia ohjausmenetelmiä käytettäessä. Tärkeäksi koettiin myös digitaalisen ohjauksen hyödyt suhteessa potilaan asuinpaikkaan, digitaalinen ohjaus mahdollistaa ohjaamisen myös kauempana ja hankalimpien kulkuyhteyksien päässä oleville ilman että ohjaaminen vaatii potilaan fyysistä läsnäoloa. Potilasohjauksen koordinointi koettiin helpompana digitaalisia ohjausmenetelmiä käyttäen. Selkeäkielisyys kommunikoinnissa, ymmärrettävien ohjeiden antaminen sekä napakkuus koettiin tärkeiksi ja motivoiviksi ominaisuuksiksi potilaan digitaalisessa ohjauksessa.

Digitaalisista ohjausmenetelmistä oli unihoitajien mukaan apua suhteessa resurssien riittävyyteen, samoin positiivinen suhtautuminen digitaalisia ohjausmenetelmiä kohtaan koettiin voimavaratekijänä. Hoitajien mielenkiinto digitaalisia ohjausmenetelmiä kohtaan ja motivaatio työhön, pitkä työkokemus, sekä luovuus työssä olivat positiivisia tekijöitä potilaan ohjauksessa. Myös potilaan vahvempi sitoutuminen uniapnean hoitoon kuvattiin vahvaksi voimavaratekijäksi.

Digitaalisen ohjauksen onnistumisen haasteet

Unihoitajat kokivat digitaalisten ohjausmenetelmien käytön toisaalta helpottavan resurssien tarvetta niiden tehostaessa ja nopeuttaessa potilasohjaamista. Toisaalta resurssien tarvetta kuitenkin koettiin esim. Chat-palvelun kautta potilasyhteydenottoihin vastaamisessa muun vastaanoton rinnalla. Non-verbaalisen viestinnän huomioimisen koettiin olevan haastavampaa digitaalisten ohjausmenetelmien, kuten puheluiden tai Chat-palvelun kautta yhteydenotoissa.

Myös luottamuksellisen hoitosuhteen luominen oli unihoitajien kokemana haastavampaa digitaalisia ohjausmenetelmiä käyttäen, eivätkä potilaan hoitajien arvioimana sitoudu niin hyvin omaan hoitoonsa kuin perinteisessä hoitosuhteessa. Digitaalisen ohjauksen onnistuminen ja riittävyys koettiin haasteena niillä potilailla, joiden hoito ei sujunut hyvin ja he tarvitsivat enemmän ohjausta. Unihoitajat myös kokivat, ettei digitaalinen etäohjaus riitä aina kaikille potilaille, vaan tarvitaan myös perinteistä ohjaamista.

Haasteeksi muodostuu sekä hoitajilla että potilailla myös vertaistuen puute digitaalisten ohjausmuotojen hyödyntämisessä. Osa unihoitajista toimii tehtävänsään yksin ilman, että voisi kysyä kollegalta neuvoa ongelmatilanteissa. Samoin potilaat kaipaavat vertaistukea uniapneahoidon onnistumisessa ja digitaaliseen ohjaukseen liittyen. Haastavaksi unihoitajat kokivat myös koulutuksen riittämättömyyden digitaalisten ohjausmenetelmien käytössä sekä vähäisen tiedottamisen organisaation sisällä esimerkiksi uusista ohjelmapäivityksistä sekä muun muassa uusista digitaalisista lomakkeista ja niiden käyttöön ottamisesta. Unihoitajat myös kokivat hoitajille tarkoitetut digitaaliset ohjauksen ohjelmat vaikeiksi.

Digitaaliseen ohjaukseen liittyvät tulevaisuuden uhkakuvat

Uhkakuvana unihoitajat kuvasivat tekoälyn tulevaisuudessa korvaavan ihmisen potilaan ohjaajana uniapnean hoidossa. Pelkona oli myös, että osa potilaista, esimerkiksi vanhukset ja ei-suomenkieliset potilaat jäävät huonommalle ohjaukselle digitaalisten ohjelmien käytön vaikeuksien vuoksi. Erilaisten potilasryhmien tunnistaminen, ja heille oikeanlainen tuen ja ohjauksen antaminen voi unihoitajien kokemana vaarantua digitaalisuuden yleistyessä. Uhkana hoitajat kokivat niiden potilaiden löytämisen/huomioimisen, joilla on vaikeuksia hoidossa: miten näille potilaille saadaan riittävä apu digitaalisten ohjausmenetelmien käytön yleistyessä. Pelkona oli näiden potilaiden tippumisen pois ohjauksen piiristä. Osa hoitajista koki potilaalle turvallisuuden tunteen luomisen haastavammaksi tehtäväksi digitaalisia ohjausmenetelmiä käytettäessä. Myös erilaiset tietotekniset ongelmat koettiin uhkana tulevaisuudessa.

6.5 Kehittämisehdotukset uniapneapotilaan digitaalisen ohjauksen parantamiseksi

Kehittämisehdotuksina unihoitajat toivoivat valtakunnallisesti yhteneväisiä käytänteitä uniapneapotilaan digitaalisessa ohjauksessa. Potilaille toivottiin automaattisia oirekyselyitä ja esim. laitteisiin liittyvien ongelmien ratkaisuehdotuksia, joita potilaat voisivat hyödyntää laitehoidossaan sekä kannustavia videoita ja omahoitoharjoituksia. Robotiikan arveltiin tulevan hyödyksi tulevaisuudessa digitaalisessa ohjauksessa ja hoidossa.

Asiakaspalautteesta saadun informaation hyödyntämistä toivottiin hoidon kehittämisen apuna. Videovastaanottojen kehittäminen koettiin tärkeäksi jatkossa, samoin luovien ratkaisujen kehittäminen potilasohjauksessa ja selkeämpi ohjeistaminen digitaalista ohjausta hyödynnettäessä. Ajankäytön tehostaminen digitaalisia ohjausmenetelmiä hyödynnettäessä tulisi ottaa paremmin huomioon. Erilaisia foorumeita tarvitaan hoitajille kokemusten jakamista varten digitaalisten ohjausmenetelmien kehittämiseksi ja niiden käytön vahvistamiseksi.

6.6 Yhteenveto tuloksista

Tarkasteltaessa unihoitajien digitaalista ohjausmenetelmien käyttöä voitiin osoittaa, että digitaalisen potilasohjauksen haasteena koettiin riittämätön koulutuksen saaminen omissa organisaatioissa. Omat ohjaustaidot koettiin kuitenkin hyvinä, pidempi työkokemus unihoitajana vähensi potilaiden yhteydenottoja ja helpotti digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntämistä ohjaustyössä. Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden yhteydenotot kuitenkin yleisesti lisääntyivät digitaalisten ohjausmenetelmiä hyödynnettäessä.

Digitaalisten ohjaustaitojen katsottiin lisäävän kustannustehokkuutta, tehostavan ajankäyttöä ja helpottaneen unihoitajan työtä. Digitaalisten ohjausmenetelmien käytön arvioitiin tuoneen lisää mielenkiintoa unihoitajan työhön mutta edellyttävän enemmän etukäteisvalmistelua ja vahvaa asiaosaamista. Digitaalisen hoidon ohjauksen koordinoinnilla arvioitiin olevan vahvaa vaikutusta potilashoidon kustannuksiin ja resurssien riittävyyteen.

Potilasohjauksen tehokkuutta ja hoitosuhteen luomista tehostivat digitaalisen ohjaustyön mielekkyys ja motivaatio sekä ohjaustyön helpottuminen digitaalisen ohjauksen myötä. Unihoitajat arvioivat digitaalisen ohjauksen haasteina non-verbaalisen viestinnän puuttumisen sekä muun muassa erikielisten ja digitaaliset viestintävälineet haastavina kokevien ohjauksen. Uhkakuvana nähtiin perinteisen potilasohjauksen unohduksen sekä sen, että robotit syrjäyttävät ihmisen potilasohjauksessa. Vahvana voimavaratekijänä voitiin osoittaa digitaalisen ohjauksen vähentävän eri paikkakunnilla asuvien eriarvoisuutta palvelun saatavuuden suhteen.

Kehittämisehdotuksina tutkittavat esittivät yhtenäisiä käytänteitä uniapneapotilaiden ohjaukseen valtakunnallisesti. Myös robotiikasta toivottiin apua uniapneapotilaan digitaalisen ohjauksen apuna. Etänä tapahtuvat potilasohjaukset ja asiakaspalautteiden informaatio koettiin jatkossa tärkeäksi huomioida digitaalista ohjausta arvioitaessa. Unihoitajille toivottiin enemmän yhteistä tiedonjakamista vertaistuen antamiseksi.

7 POHDINTA

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten unihoitajat arvioivat omat digitaaliset ohjausvalmiutensa ja mitkä tekijät ovat yhteydessä digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön uniapneapotilaiden ohjauksessa. Tutkimuksella haluttiin myös selvittää, mitä haasteita, uhkia, voimavaratekijöitä ja kehittämistarpeita unihoitajat kokivat digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön liittyen.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen mukaan enemmistö unihoitajista koki, etteivät uniapneapotilaiden yhteydenotot ole vähentyneet digitaalisten ohjausmenetelmien käytön myötä. Kokemuksella oli vaikutusta siten, että mitä enemmän unihoitajilla oli kokemusta digitaalisten ohjausmenetelmien käytöstä, sitä vähemmän yhteydenottoja potilailta tuli. Tässä tutkimuksessa unihoitajat kokivat digitaalisen potilasohjauksen vaativan toisaalta vahvaa asiaosaamista, toisaalta myös vahvaa tunneosaamista sekä etukäteissuunnittelua digitaalisia ohjausmenetelmiä hyödynnettäessä. Myös robotiikan yleistymisen koettiin osaksi uhkana tulevaisuuden digitaaliseen potilasohjaukseen liittyen. Saranto ym (2020,202) toteavat artikkelissaan kuinka ikääntyneemmät hoitotyön tekijät ovat useammin mieltäneet robotiikan soveltuvan hyvin potilaiden hoitamisen apuvälineeksi.

Unihoitajat kokivat non-verbaalisen viestinnän puuttumisen tuovan haastetta potilaan digitaliseen ohjaukseen, kun potilasta ei tavata kasvotusten vastaanotolla. Virtanen, Kaihlanen ym. (2022, 2) toteavat tutkimuksessaan kuinka haavoittuvissa ryhmissä olevat terveydenhuollon asiakkaat olivat arvioineet digitaalisen ohjauksen huomioivan huonommin asiakkaan persoonaa. Non-verbaalisen viestinnän puuttumisen todettiin myös johtavan helpommin väärinkäsityksiin hoitoon liittyvissä asioissa. Tässä tutkimuksessa unihoitajat kokivat digitaalisten ohjausmenetelmien auttavan paremmin uniapneapotilaita sitoutumaan oman sairautensa hoitoon. Toisaalta yksilöllisen hoitosuhteen luominen koettiin haastavampana, eikä sen koettu parantuneen digitaalisia ohjausmenetelmiä hyödynnettäessä. Muun muassa Saarelma (2017;133) on todennut tutkimusartikkelissaan,

kuinka erilaiset sairauden omaseurantaa tukevat digitaaliset sovellukset tukevat potilasta sairauden hoidossa, mutta ne toimivat parhaiten, kun omaseurantaan on liitetty hoitohenkilökunnan kanssa käyty motivoiva keskustelu.

Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat digitaalisten ohjausmenetelmien käytön helpottaneen ja nopeuttaneen uniapneapotilaiden ohjaustyötä. He kokivat myös pysyvänsä paremmin aikataulussa hyödyntäessään digitaalisia ohjausmenetelmiä. Digitaalisten ohjausmenetelmien koettiin tekevän ohjaustyöstä kustannustehokkaampaa. Työterveyshuollon raportti terveydenhuollon työntekijöiden digimurroksesta (Koivisto, Ilomäki ym 2020,3) toteaa samansuuntaisesti, kuinka digitalisaatio on tulevaisuudessa keino kustannustehokkaampaan hoitotyöhön. Se myös mahdollistaa paremman palveluiden yhdenvertaisen saavutettavuuden asuinpaikasta riippumatta. Salo ja Henner (2017,2) toteavat selonteossaan, kuinka potilaan osallistaminen oman sairauden hoitoon tuo vahvistusta potilaan hyvinvointiin ja elämisen hallintaan. Digitaaliset ohjausmenetelmät tarjoavat paikasta ja ajankohdasta riippumatonta palvelua ja auttavat potilasta ottamaan vastuuta omasta sairaudesta. Närvänen (2021,9) on todennut tutkimuksessaan etähoidon ja digitaalisen yhteydenpidon vaikuttavan positiivisesti hoitosuhteeseen. Toisaalta osa potilaista tarvitsee myös perinteistä kasvokkain tapahtuvaa ohjaamista.

Närvänen (2021, 9) toteaa myös tutkimuksessaan, kuinka digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö tuo helpotusta palveluiden saatavuuteen ja myös syrjimmällä asuvat saavat samat palvelut samanarvoisesti. Ojala (2020, 3) toteaa tutkimuksessaan, kuinka sähköisten ohjausmateriaalien suurempana hyötynä on isompien potilasryhmien tavoittaminen kellon ympäri ja riippumatta potilaan paikasta. Myös tässä tutkimuksessa unihoitajat kokivat digitaalisuuden hyödyntämisen potilasohjauksessa vähentävän asuinpaikasta johtuvaa eriarvoisuutta.

Tämän tutkimuksen mukaan unihoitajat arvioivat erilaisten tietoteknisten ongelmien luovan haasteita ja hankaloittavan digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöä. Sairaanhoitajaliiton digitaalisten sosiaali- ja terveystietopalveluiden strategiassa vuodelta 2021 (Sairaanhoitajaliitto 2012,6) todetaan, kuinka sairaanhoitajan tulee työssään ottaa huomioon potilaan tietoturvaan -ja suojaan sekä yksityisyyden-

suojaan liittyvät asiat. Sairaanhoidajan tulee sen mukaan myös huolehtia, että tietoturvaosaaminen on ajantasaista ja eettisesti vahvaa. On tärkeää tunnistaa tietoturvaa uhkaavat tekijät.

Tämän tutkimuksen mukaan unihoitajat kokivat digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön saadun koulutuksen riittämättömäksi. Oman organisaation antama tuki ja tiedottaminen uusista koulutuksista ja ohjelmapäivityksistä koettiin puutteelliseksi, ja uusien digitaalisten ohjausmenetelmien päivityksiin liittyvä tiedonhankinta jäi osalla hoitajista omalle vastuulle ja työn ohella tehtäväksi. Närvänen (2021, 40) on tutkimuksessaan myös todennut, miten osa ammattilaisista kokee joutuvansa opettelemaan sähköisiä palveluita itsenäisesti sen sijaan että organisaatio tarjoaisi koulutusta. Tässä tutkimuksessa hoitajista suurin osa koki omaavansa hyvät digitaaliset ohjaustaidot. Koulutusasteen määrä vaikutti positiivisesti digitaalisten ohjausmenetelmien käytön sujuvuuteen. Myös Jauhiainen, Sihvo ynnä muut (2020, 94) toteavat DigiSote-hankkeen pohjalta sen, miten terveydenhuollon ammattilaiset omaavat hyvät digitaaliset taidot, mutta koulutuksen ja digitaaliseen ohjaukseen saadun ohjauksen määrä on liian vähäinen.

Unihoitajien suhtautuminen digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön uniapneapotilaiden ohjauksessa oli tämän tutkimuksen mukaan positiivista. Digitaalisten ohjausmenetelmien koettiin motivoivan uniapneapotilaan ohjaustyötä. Toisaalta mitä vähemmän kokemusta hoitajilla oli digitaalisten ohjausmenetelmien käytöstä, sitä vähemmän oli motivaatiota niiden käyttöön. Booth ynnä muut (2021, 1) ovat kuitenkin selvityksessään todenneet, kuinka digitaalisten teknologioiden käyttöönotto on osassa hoitajia tuottanut haluttomuutta digitaalisen hoidon ohjauksen omaksumiseen. Digitaalinen ohjaus on koettu haasteena suhteessa perinteiseen potilasohjaukseen. Jauhiainen ynnä muut (2020,95) ovat sitä vastoin todenneet, kuinka hoitajien positiivinen asenne ja digitaalisten käyttökokemusten myönteisyys ovat edistämässä digitaalisten ohjausmenetelmien kehittämistä ja käyttöönottoa. Perälä-Haepen (2019, 136) mukaan terveyden digitalisaatio pitäisikin nähdä muutoksena asenteissa ja toiminnassa, sen tulisi antaa mahdollisuuden muovata palveluita ja sitä kautta tehdä hoitotyötä toimivammaksi ja tehokkaammaksi.

Koivisto ynnä muut (2019, 183) toteavat tutkimuksessaan, miten digitaaliset ohjausmenetelmät ja niiden yleistymisen terveydenhuollossa koetaan hoitotyön ammattilaisten keskuudessa tehokkaina. Tiedonvälitys on parantunut, mutta toisaalta digitaalisen ohjaamisen sovellukset tuovat sirpaleisuutta ammattilaisten työnkuvaan. Jauhaisen ynnä muiden (2020, 94–95) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tulee tulevaisuudessa osata työskennellä osin automatisoidussa työympäristössä sekä osata myös arvioida digitaalisen ohjauksen laadun ja tuloksellisuuden toteutumista.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa vastuullisuuden, eettisyyden ja rehellisyyden toteutumista tutkimusta tehtäessä. Tutkimusetiikka edellyttää tutkijoiden perehtyneisyyttä tutkittavaan aiheeseen. (Mustajoki & Kohonen 2021). Tutkimusmenetelmäksi muodostui määrällinen tutkimus mittarin muodostumisen kautta. Tutkimukseen valikoituivat monivalintakysymykset avointen kysymysten asemesta, lukuun ottamatta kahta viimeistä kysymystä. Avointen kysymysten vastauksista saadaan yleensä vähemmän tietoa, koska vastausprosentti jää pienemmäksi. (Kyngäs, Elo ym. 2011, 146–147).

Tässä tutkimuksessa noudatettiin tutkimuksen tekoon liittyviä eettisiä periaatteita, kuten herkkyyttä eettisten kysymysten suhteen, yleistä huolellisuutta ja rehellisyyttä tutkimuksen tekemisessä, eettisesti kestävien tiedonhankinta-, arviointi- ja tutkimusmenetelmien hyödyntämistä, muitten tutkijoiden hankkiman tutkimustiedon kunnioittavaa ja asiallista käyttöä sekä tutkimustulosten asianmukaista raportointia. (Vilkkä 2015, 91–92). Viittaukset muiden tekijöiden tutkimuksiin ja kirjallisiin teoksiin merkattiin lähdeviittein. Tuloksia esitettiin taulukkomuodossa esitettävien asioiden selkiyttämiseksi. Tässä tutkimuksessa ei käytetty potilastietoja eikä mitään arkaluontoista tietoa. Tutkimuksella ei ollut ulkopuolisia rahoittajia.

Tutkimuksen aineisto kerättiin anonymisti sähköisenä verkkokyselynä. Koska tutkimus tehtiin Unihoitajaseura ry:n jäsenille, ei eettisen toimikunnan arviointia tarvittu. Tutkimuksen tekijällä ei ollut vastaajien yhteystietoja vaan Unihoitajaseura välitti seuran jäsenten sähköpostiin sähköisen kyselyn. Verkkokyselyssä

oli mukana saatekirje, jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta, vastausten anonymiteetistä ja kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta, ketkä vastauksia käsittelevät, sekä tietojen säilyttämisestä ja hävittämisestä opinnäytetyön valmistuttua.

Saatekirjeessä oli mainittu se, missä opinnäytetyö julkaistaan sekä rekisterinpitäjän yhteystiedot sekä se seikka, ettei vastausta voi peruuttaa, koska tunnistettavia tietoja ei kyselyssä ole. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettiin tutkimuksen aikana. Tutkimuksen aineisto tallennettiin ulkoiselle muistitikulle, joka säilytettiin suojassa erillisessä lukollisessa kaapissa. Tutkimuksen Tutkimusaineistoa käytti ainoastaan tutkimuksen tekijä, tutkimusaineistoa ei luovutettu ulkopuolisille. Tulosten perusteella ei voida tunnistaa vastaajien henkilöllisyyttä. Valmis opinnäytetyö tallennetaan Theseus-tietoarkistoon, joka huolehtii tietosuojasta ja tietoturvasta. Tämän jälkeen kyselyn vastaukset hävitetään polttamalla. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2021, aineistohallinta).

Henkilötietojen käsittelystä tulee tiedottaa tutkittavia selkeästi ja läpinäkyvästi, ja tutkittavia tulee informoida tutkittavia tietoja kerätessä. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2021, aineistohallinta). Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla muotoiltu niin, ettei väärinymmärryksen mahdollisuutta ole, kysymysten loogisuus on tärkeää, jotta kysyjä ja vastaaja ajattelisivat kysymyksistä mahdollisimman samalla tavalla. (Valli 2015, 42). Tutkimuksen laatu voidaan varmistaa dokumentoimalla aineiston keruun vaiheet ja käsittely huolellisesti. Tutkimuksen aineisto oli koottu luotettavista lähdeaineistoista, tulokset olivat yhdenmukaiset tutkimuskysymysten kanssa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää digitaalisia ohjausmenetelmiä kehitettäessä unipotilaiden ohjauksessa sekä unihoitajien digitaalisten ohjausvalmiuksien kehittämistä arvioitaessa.

7.3 Luotettavuuden arviointi

Tieteellisessä tutkimuksessa luotettavuuden arviointi eli reabiliteetti on keskeinen osa tutkimuksen tekemistä, tutkimusta ohjaavat normit ja arvot, joita tutkimuksessa tavoitellaan. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksen tekemisessä huolellinen etukäteissuunnittelu ja tarkka tiedonkeruu. Validin tutkimuksen

ominaispiirteinä voidaan mainita systemaattisen virheiden puuttuminen, keskimääräisesti oikeat tulokset sekä se seikka, että tutkimus mittaa juuri sitä mitä pitikin mitata. (Vilkkä 2021, 194). Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen tarkkuutta eli tutkimuksen tulee olla toistettavissa täsmälleen samoin tuloksin tutkijasta riippumatta saman tutkittavan kohdalla. Tutkimuksen tulee edetä johdonmukaisesti. (Heale & Twycross 2015).

Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi mittarille tehtiin esitestaus ennen varsinaista kyselyä. Muutamaa kysymystä tarkennettiin esitestauksen perusteella mittarin selkeyttämiseksi. Mittarissa tutkittavien määrä oli pieni, joten mahdollisten satunnaisvirheiden määrä on voinut vaikuttaa tutkimuksesta saatuihin tuloksiin. Metsämuuronen viittaa kirjassaan (2006, 115) kuinka validiteetti tarkoittaa tutkimuksessa sitä, että tarkastellaan etukäteen uhkia ja otetaan ne huomioon mittaria luotaessa. Tulosten analysoinnissa hyödynnettiin IBM SPSS 27 -tietojenkäsittelyohjelmaa; tutkimuksen tulokset tutkija analysoi itse. Tutkimuksen validiteettia vahvistettiin tutkimusprosessin aikana tarkentamalla ja hienosäätämällä vielä tutkimuskysymysten asettelua ja tutkimuksen nimeä vastaamaan paremmin mittarin tuloksista saatuja tuloksia ja tavoiteltua asiakokonaisuutta. Mittarilla saadut tulokset antoivat kiitettävästi vastauksia niihin tutkittaviin asioihin, joita haluttiin tutkia.

Aiempien tutkimuksen tuloksista ei löytynyt vastausta siihen, miten unihoitajat ovat omat ohjausvalmiutensa ja digitaalisten ohjausmenetelmien käytön kokeneet. Tämä teki tutkimuksen teoreettisen taustan muodostamisesta osittain haasteellista, tutkimustiedon kartoittamisessa käytettiin sekä kansallisia että kansainvälisiä tieteellisiä tietokantoja. Digitaalista potilasohjausta oli tutkittu yleisesti erilaisten etäseurantamenetelmien hyödyntämisessä, kuten video-ohjauksessa (Närvänen 2021, Sihvo 2020), sekä ohjauksen vaikuttavuutta potilaan näkökulmasta. (Holmstedt 2017, 8).

Mittarin taustatiedoilla saatiin tutkittavista perustietoja peruskoulutuksen määrästä, iästä, digitaalisen koulutuksen määrästä ja riittävydestä. Väittämät antoivat monipuolisesti kuvaa unihoitajan digitaaliseen ohjaukseen liittyvistä osatekijöistä potilaan ohjaamisessa. Mittarista jätettiin pois en tiedä-vaihtoehto, joka ei olisi antanut lisäarvoa tutkimukselle. Mittari oli tehty yksinkertaiseen muotoon, ja

siihen vastaaminen oli pyritty tekemään helpoksi ja nopeasti vastattavaksi. Mittariin vastasi 146 Unihoitajaseuran jäsenestä 28, joten tutkimusotos jäi suhteellisen pieneksi. Vastaukset olivat asettelultaan pakotettuja. Mittarissa oli taustatiedoissa yksi avoin kysymys ja lopussa kaksi avointa kysymystä.

Tutkimukseen liittyvä kyselylomake oli suunniteltu tätä tutkimusta varten eikä sitä ollut käytetty aiemmissa tutkimuksissa. Mittari testattiin ammattilaisilla ennen varsinaista kyselyä ja muutama tarkentava muutos tehtiin testauksen pohjalta mittariin. Osa tutkimukseen osallistuneista unihoitajista koki avoimet kysymykset vaikeiksi vastata, ja olivat siksi jättäneet vastaamatta kysymykseen. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se seikka, että se on aikaan ja paikkaan sidottu, tutkimustuloksia ei voi yleistää koskemaan esimerkiksi toista yhteiskuntaa tai aikaa. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta; epätarkkuutta voi tulla, jos tutkija tekee virheitä esimerkiksi tallentaessaan tietoja. (Vilkkä 2021, 194).

Tutkimuksen tekijän tulee hallita tilastollisia menetelmiä ja raportoinnissa tulee huomioida raportin selkeys sekä objektiivisuus. (Heikkilä 2014). Tämän opinnäytetyön mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioidessa hyödynnettiin Cronbachin alfa -arvoa. Mittarin luotettavuutta kuvaa Cronbachin alfakerroin, jonka tuloksen perusteella mittari oli yhtenäinen. Heale & Twycross (2022, 66–67) toteavat, kuinka Cronbachin alfakerroin on yleisimmin käytetty testi arvioimaan mittarin luotettavuutta. Cronbachin alfakerrointa on mm. Vallin (2015, 142) mukaan pidetty parhaimpana reliabiliteetin ja sisäisen konsistenssin mittaamisessa. Cronbachin alfa oli tässä tutkimuksessa riittävä (0,609) kaikkien digitaalisten ohjausmenetelmien vaikuttavuuteen liittyvien summamuuttujien yhteenlasketulta osalta, mikä osoittaa näiden osioiden yhdenmukaisuutta.

Reabeelissa tutkimuksessa vastausten tulee olla tarkkoja, ja tutkimus on toistettavissa saaden samat tulokset. Reliabiliteetti ja validiteetti ovat mittauksen luotettavuutta arvioitaessa keskeiset kriteerit kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Valitun otoksen on oltava riittävän suuri, vastauksien määrä iso ja kysymykset kattavat koko tutkimusongelman. (Heikkilä 2014). Vilkkä (2021,194) viittaa kirjassaan siihen, kuinka tutkimuksen pätevyyttä osoittaa operationaalisten ja teoreettisten

määritelmien yhtäpitävyys. Tutkimuksen aiheen läheisyys tulee ottaa myös huomioon tutkimusta tehdessä, sillä tutkijan omat asenteet ja käsitykset tutkittavasta asiasta voivat vaikuttaa tutkimuksen tekemiseen ja vääristää tutkimusta. (Vilkkä 2021, 123).

7.4. Johtopäätökset

Digitaalisen potilasohjauksen onnistumiseen uniapneapotilaita ohjattaessa vaikuttaa tämän tutkimuksen tulosten perusteella moni tekijä. Suurin osa kyselyyn vastanneista käytti erilaisia digitaalisia ohjausmenetelmiä päivittäin. Erilaisten etänä toteutettavien ohjauksien ja hoidon seurannan toteuttamisen koettiin vaativan asia- ja tunneosaamista, hoidon koordinoitua. Toisaalta digitaalisuuden potilaan ohjauksessa koettiin tuovan ohjaustyöhön motivaatiota, mielenkiintoa, positiivisen asenteen katsottiin auttavan tässä asiassa.

Erilaisia digitaalisia ohjausmenetelmätapoja vastaajat käyttivät monipuolisesti ja niiden koettiin helpottavan ja nopeuttavan unihoitajan työtä. Digitaaliset ohjausmenetelmät koettiin kustannustehokkuutta lisääviksi, ja potilaan omahoitoon sitouttaminen koettiin onnistuneemmaksi. Hoitosuhteen luominen digitaalisia ohjausmenetelmiä käyttäen ei ollut parantunut, eikä niiden hyödyntäminen ollut lisännyt potilaalle jäävää aikaa. Etänä tapahtuva ohjaus koettiin haastavaksi, koska non-verbaalinen viestintä puuttui. Iän ja kulttuurin huomioon ottaminen digitaalisia ohjausmenetelmiä hyödynnettäessä koettiin vaikeammaksi huomioida digitaalisesti ohjatessa.

Ikätasosta huolimatta unihoitajat arvioivat omat digitaaliset ohjaustaitonsa keskimäärin kiitettäväksi, osa nuoremmista jopa erinomaisiksi. Osaltaan tähän on todennäköisesti vaikuttanut mm. hoitajakoulutuksen sisältöjen muuttuminen, sähköisten terveyspalveluiden käyttöön liittyvä koulutus. (Eklund, Rantaharju & Ylitalo 2018). Tietosuoja-asioita sekä tietoteknisiä ongelmia koskevissa kysymyksissä vastaajat olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietotekniset ongelmat vaikuttavat potilaan digitaaliseen ohjaukseen ja haittaavat ohjauksen toteuttamista. Vuosina 2016–2019 STePS- hankkeen puitteissa sairaanhoitajille teh-

dyssä tietojärjestelmäkyselyssä mm. erilaisiin tietoteknisiin, tiedonhallinnan eettisiin periaatteisiin sekä tietosuojaa koskeviin asioihin liittyvät taidot koettiin hyviksi. Sen sijaan digitaalisten ohjaustaitojen osaamiseen liittyvät asiat koettiin haastaviksi. (Saranto, Kinnunen, Jylhä & Kivekäs 2020, 186). Samansuuntaisesti arvioivat myös unihoitajat tässä tutkimuksessa omat digitaaliset ohjaustaitonsa. Digitaalisten ohjausmuotojen käyttöön saatua koulutusta vastaajien mielestä ei ollut annettu riittävästi.

7.5 Kehittämisehdotukset käytännön hoitotyöhön

Digitaalisten ohjausmenetelmien kehittämissuunnitelmissa nousi useampaan kertaan esiin riittävän koulutuksen saaminen digitaalisten palveluiden käyttämiseen potilasohjauksessa. Osa unihoitajista tekee työtä yksin yksikössään, eikä aina ole kollegaa heti saatavilla auttamaan ongelmien esiintyessä. Kainuussa v 2017–2019 toteutettu DIGIOS-hanke (Eklund, Rantaharju & Ylitalo 2018) tuki ajatusta siitä, että riittävä digitaalinen koulutus jo terveydenhuollon ammattiin kouluttautuksessa digitaalisten työvälineiden ja ohjausmenetelmien käytössä on tärkeää, jotta työelämään siirtyessä näitä digitaalisia valmiuksia on käytössä. Myös vertaistuen saatavuus sekä työnantajan antama tuki tulee tutkimustulosten perusteella jatkossa paremmin huomioida unihoitajien digitaalisia ohjausvalmiuksia kehitettäessä. Digitaalisten ohjelmien, kyselyiden ym. ohjausmuotojen kehittyminen on ollut ja on nopeaa, hoitohenkilökunnan on pystyttävä nopeasti sisäistämään uudet ohjelmat. Tämä tuo haastetta unihoitajankin työhön.

ETENE-julkaisussa 30 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25) on luetteloitu tietojärjestelmiin liittyviä uhkia ja pelkoja. Näissä on nostettu esiin mm. se, voiko tietojärjestelmään kohdistuva laaja toimintahäiriö häiritä sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävää työtä. Erilaisten tietojärjestelmien kehittyminen voi osaltaan lisätä ammattieettisiä haasteita. Unihoitajien mukaan digitaaliset ohjausmenetelmät auttavat kliinisen työn organisoinnissa, mutta potilaan hoitosuhteeseen liittyvissä asioissa digitaalisuus tuo haastetta enemmän. Erilaisten digitaalisten ohjausmateriaalien jatkokehittäminen ja myös yhdensuuntaisten ohjeistusten suunnittelu valtakunnallisesti ovat tärkeitä kyselyn vastauksista nousseita kehittämis-

ajatuksia. Yleisesti voidaan todeta, että Tietosuojan liittyen, kun potilaista kerätään paljon erilaista dataa, haasteeksi muodostuu se, mihin kaikki tämä tieto kerätään ja mitä sillä tehdään sekä ketkä kaikki sitä hyödyntävät. Myös se seikka, miten digitaalisesti kerätty data tuhotaan, tulisi ottaa huomioon erilaisia digitaalisia potilaan hoitoon ja ohjaukseen tarkoitettuja ohjelmia kehitetään.

Digitaaliset ohjausmenetelmät parantavat parhaimmillaan sekä hoitajan että potilaan aikaa, hoidon koordinointi on täten sujuvampaa. Valtiovarainministeriö on mietinnössään arvioinut, että terveyspalveluita digitalisoimalla voidaan kehittää asiakaslähtöisyyttä toisaalta karsimalla tarpeetonta asiointia ja toisaalta turvallisten palveluiden kehittämistä niin että asiakkaat siitä hyötyvät. (Saranto, Kinnunen ym. 2020, 185). Digitaaliset ohjausmenetelmät ja niiden kehittäminen auttavat potilaita saamaan avun laitehoidon ongelmassa ajasta ja paikasta riippumatta. Etäseurannat ovat osaltaan tehostaneet uniapneapotilaiden hoidon seuranta ja laitehoidon sujuvuutta. Uniapnealaitteiden kehittyessä toivottavaa on, että laite pystyisi jatkossa ohjaamaan potilasta tavallisimpien ongelmien ilmentyessä antamalla ratkaisuehdotuksia ongelman poistumiseksi.

Chat- eli hoitokeskustelu on yleistynyt terveydenhuollon lisäksi monella eri alalla yleiseksi yhteydenottotavaksi asiakkaiden ja palveluntuottajan välillä. Hoitokeskustelujen etuna on mm. se, että potilas voi lähettää viestin palvelun ajasta riippumatta, ja viestiin pyritään vastaamaan nopeasti. Näin palveluja voidaan tehostaa. Esim. PSHP:ssa OmaTAYS-palvelussa tavoitteena on, että hoitokeskusteluihin vastataan kahden päivän sisällä. Omassa työssäni unihoitajana tunnistin, miten hoitokeskustelut otettiin aluksi hitaasti käyttöön, niiden koettiin työllistävän lisää unihoitajan työtä ja myös video-ohjaukseen suhtauduttiin epäilevästi. Sittemmin näitä palveluita, kuten muitakin unihoitajille kehitettyjä palveluita on opittu käyttämään aktiivisesti hoidon ohjauksen apuna, ja potilaat ovat löytäneet nämä palvelut. Digitaalisten palveluiden kehittyminen reaaliaikaiseen suuntaan tehostaa potilaan ohjausta ja motivoitumista sairautensa hoitoon ja nopean avun saamiseen.

Uniapneapotilaiden kulttuurin ja iän parempi huomioiminen digitaalisen ohjauksen kehittämisessä on tärkeää. Myös omaisten huomioon ottaminen

uniapneapotilaan ohjauksessa on olennaista, omainen on usein väistämättä osallisena laitehoidon toteuttamisessa, esim. hoitotarvikkeiden huoltamisessa iäkäämmillä potilailla. Sähköisten palveluiden puuttuminen tai niiden käytön vaikeus, kielivaikeudet, luottamattomuus sähköisiin palveluihin voivat olla esteenä digitaalisen ohjauksen onnistumiselle. Ohjausmateriaalin parempi valikoima omalla äidinkielellä tulee ottaa jatkossa huomioon digitaalisia ohjausmateriaaleja luotaessa. Tulkkipalveluiden hyvä saatavuus tulisi taata uniapneapotilaiden hoidossa. Moniammatillisuus uniapneapotilaan ohjaamisessa tulee myös jatkossa ottaa huomioon elämäntapaohjauksen huomioimisessa.

7.6 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa digitaalisia ohjausmenetelmiä unihoitajat käyttivät monipuolisesti, lähes kaikilla tutkittavilla ne olivat käytössä. Haasteena on kuitenkin, miten tunnistaa ne potilaat, jotka eivät pysty tai osaa käyttää sähköisiä palveluita, tai heillä ei ole niitä käytettävissä. Työterveyslaitoksen tekemän kyselytutkimuksen perusteella sähköiseen asiointiin käytti internetiä kyselyyn vastanneista 83 %, 19 % vastaajista tarvitsi apua sähköisten palveluiden käytössä ja 15 % koki esteitä sähköisten palveluiden käytössä. (Kyytsönen, Aalto, Vehko 2021, 5). Digitaalista osaamista edellytetään terveydenhuollon ammattilaisilta, mutta myös palveluita käyttäviltä asiakkailta. Jatkotutkimuksen aihe olisikin kysyä potilailta, miten he kokevat digitaaliset palvelut ja niiden toimivuuden oman uniapneatautinsa hoidon apuna ja miten digitaalinen ohjaus on vaikuttanut uniapneataudin hoidossa.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että unihoitajat kokivat haasteena robotiikan käyttöönoton lisääntymisen uniapneapotilaan ohjauksessa. Tutkimuksen arvoista olisi selvittää, miten paljon robotiikalla on tähän mennessä pystytty vähentämään unihoitajien työtä ohjaukseen liittyen sekä miten robotiikka on vaikuttanut ohjauksen laatuun. Robotiikkaa hyödynnetään jo esim. ajanvarauksissa ja mm. e-kyselyiden lähettämisessä potilaalle. Robotti voi lähettää muun muassa potilaalle tekstiviestin, että käy vastaamassa nettipalvelussa hoitoon liittyvään kyselyyn. (Omaolo). Tutkimuksen arvoista olisi myös selvittää, miten esim. erilaiset uniapneapotilaiden omaseurantaan tarkoitetut sovellukset auttavat sairauden

hoidossa ja hoitoon sitoutumisessa. Uniapneapotilaiden määrän voimakkaan lisääntymisen myötä tulee miettiä uusia toimintatapoja potilaan ohjausmenetelmien monipuolistamiseksi, jotta potilaat pääsivät tavoiteajassa hoitoon ja sitoutuisivat sairauden hoitamiseen.

LÄHTEET

Airaksinen, K., Mäntyranta, T., Pitkälä, K., Routasalo, P. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009;125(21):2351–9. Verkkosivu. Viitattu 21.8.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>

Anttalainen, U., Saaresranta, T. 2017. Uniapnean ja hengitysvajeen etähoito ei ole etäällä. Tiedepääkirjoitus. Lääkärilehti 15.9.2017, 37/2017, vsk 27, s 1985–1986. Verkkosivu. Viitattu 2.5.2022. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/uniapnean-ja-hengitysvajeen-etahoito-ei-ole-etaalla/>

Anttalainen U, Melkko S, Hakko S ym. Telemonitoring of CPAP therapy may save nursing time. Sleep Breath 2016; 20:1209-1215 PubMed Viitattu 2.5.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27043327/>

Aro, M., Vasankari, T. Uniapnea. Filha ry 2021, muokattu 15.4.2021. Verkkosivu. Viitattu 1.8.2021. <https://www.filha.fi/uniapnea/>

Bachour, A., Avellan-Hietanen, V. 2021. Obstruktiivinen uniapnea aikuisilla. Lääkärilehti. Katsausartikkeli 9.4.2021, 14/2021 vsk 76, s 865–870. Verkkosivu. Viitattu 2.8.2022. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/obstruktiivinen-uniapnea-aikuisilla/?public=84dd5e95b76b9b242c2b64bb0bed4f13#reference-1>

Basoglu OK, Midilli M, Midilli R& Bilgen C.2012. Adherence to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea syndrome: effect of visual education. SleepBreath16:1193-120. Viitattu 2.8.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22167633/>

Booth, R., Strudwick, G., McBride, S., O'Connor, S., Lopez, A. 2021. How the nursing profession should adapt for a digital future. British Medical Journal 2021;373:n1190. Viitattu 4.4.2022. <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1190>

Chirinos JA, Gurubhagavatula I, Teff K ym. CPAP, weight loss, or both for obstructive sleep apnea. N Engl J Med 2014; 370:2265–75.PubMed. Viitattu 2.6.2022. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1306187>

De Almeida Barbosa, I., Paes de Silva, M. 2016. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? Revista Brasileira de Enfermagem 2017; 70(5): 928-34. Viitattu 2.4.2021. [Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? \(scielo.br\)](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0187)

De Leeuw, J., Woltjer, H., Kool, R. 2020. Identification of Factors Influencing the Adoption of Health Information Technology by Nurses Who Are Digitally Lagging: In-Depth Interview Study. Journal of Medical Internet Research. 2020; 22(8). Viitattu 2.4.2021 [JMIR Preprints #15630: What matters to nurses who are digitally lagging behind: an interview study](https://doi.org/10.19187/jmir.preprints.15630)

Eklund, A-L, Rantaharju, T, Ylitalo, H. 2018. Keihäänkärkenä digitaalisuus. AMK-lehti 3/2018. Verkkosivu. Viitattu 15.2.2022. <https://uasjournal.fi/3-2018/sahkoistetty-osaamista-sote-ala/>

Giuliano, K., Polanowicz, M., (2008) 19 (2): 211–222. Interpretation and Use of Statistics in Nursing Research. Verkkosivu. Viitattu 2.7.2022. <https://doi.org/10.4037/15597768-2008-2014>

Gylling, H., Seppä, J., Tuomilehto H., Uusitupa, M. 2009. Obstrukttiivinen uniapnea ja lihavuus. Duodecim 2009; 125(9):931- Verkkosivu. Viitattu 30.5.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98035>

Heale, R., Twycross, A. 2015. Validity and reliability in quantitative studies. Evid Based Nurs 2015; 13, 8. Verkkosivu. Viitattu 2.8.2022. <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/18/3/66.full.pdf>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing oy. Verkkosivu. Viitattu 3.5.2021. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/Tutkimuksen-Luotettavuus.pdf>

Helsingin yliopisto. Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi. nd. Verkkosivu. Viitattu 5.5.2021. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/palvelut-tutkijoille/tutkimuksen-eettinen-ennakoarviointi>

Hengityслиitto 2021.Naiset kuorsaavat pehmeämmin. Terveiden kannalta se voi olla huono juttu. nd. Verkkosivu. Viitattu 1.8.2021 <https://www.hengityслиitto.fi/uutiset/naiset-kuorsaavat-pehmeammin-terveyden-kannalta-se-voi-olla-huono-juttu/>

Hengityслиitto. Uniapnea. nd. Verkkosivu. Viitattu 1.7.2022. <https://www.hengityслиitto.fi/hengitys-sairaudet/uniapnea/>

Hengityслиitto 2021. Opas uniapneaa sairastaville. Paino Grano Oy 2020, 3. uudistettu painos.

Hiltunen, S. 2021. Sydänpotilaiden kokemuksia sähköisistä palveluista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu-tutkielma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. Helsinki: Tammi

Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus 2021. Tutkimustiedon hakeminen. nd. Verkkosivu. Viitattu 1.5.2021. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>

Holmstedt, N. 2017. 3D-videoanimaation vaikutukset potilaskokemukseen ennen suunniteltua leikkausta. Kognitiotiede. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 30.7.2022. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/56892/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201801241327.pdf>

Hyppönen, H., Ilmarinen K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Verkkosivu. Viitattu 12.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302->

Itä-Suomen yliopisto 2021. Itä-Suomen yliopiston unitutkijat uudistamaan uniapnean diagnostiikkaa. 1.3.2021. nd. Verkkosivu. Viitattu 1.8.2021. <https://www.uef.fi/fi/artikkeli/ita-suomen-yliopiston-unitutkijat-uudistamaan-uniapnean-diagnostiikkaa>

Jylhä, V., Kinnunen U-M., Kivekäs, E., Saranto, K. 2020. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 179–212. Verkkosivu. Viitattu 2.5.2022. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/124058/saranto_ym_digitaalisaa-tio_ja_sahkoiset_palvelut.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Jyväskylän yliopisto. 2018. Kyselyjen analysointi. Verkkosivu. Viitattu 5.5.21 https://www.jyu.fi/digipalvelut/fi/ohjeet/korppi-ohjeet/kyselyt/kysely_analysointi

Kaakinen, P. Kääriäinen, M., Lahtinen, M., Sihvola, S. 2019. Ohjauksen laatu sydänhoitajan vastaanotolla pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioimana: poikkileikkaustutkimus. Hoitotiede 2019, 13 (3), 205–215. Verkkosivu. Viitattu 20.5.2022. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2019092329282.pdf>

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro. Helsinki.

Kanta.fi. 2017. Suomalaisia kiinnostaa terveydenhuollon digitaaliset palvelut. Verkkosivu. Viitattu 24.4.2021. https://www.kanta.fi/tiedote/-/asset_publisher/cf6QCnduV1x6/content/suomalaisia-kiinnostaa-terveydenhuollon-digitaaliset-palvelut

Karppi, M., Koroma, J., Lehti, M., Sivonen, K. 2018. Verkossa vai kasvokkain? Opas työterveyshuoltojen digitaaliseen tietojenantoon, neuvontaan ja ohjaukseen. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 98, 2018. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino Oy Tampere 2018. Viitattu 3.2.2022.

Koivisto, T., Koroma, J., Ruusuvuori, J. 2019. Teknologian hyödyntäminen ja etäpalvelut työterveyshuollossa – ammattilaisten näkökulma. Vertaisarvioitu artikkeli. FinHeJew 2019;11(3). Verkkosivu. Viitattu 15.6.2022. <https://journal.fi/fin-jehew/article/view/77370>

Koivisto T., Ilomäki S., Kurtti E., Koskela I., Weiste E., Salo S., Aalto O., Husman P., Ruusuvuori J. 2020. Työterveyslaitos 2020. Terveydenhuollon työntekijät digimurroksessa. Moniaineistoinen tutkimus asiantuntijuuden ja yhteistyön rakentamisesta. Loppuraportti. Viitattu 4.4.2022. THL:n Punamusta OY, Tampere. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/327547/Terveysdenhuollon%20ty%C3%B6ntekij%C3%A4t%20digimurroksessa%20loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KvantiMOTV – SPSS oppimisympäristö 2012. Summamuuttuja - SPSS-harjoitus. Verkkosivu. Viitattu 2.3.2022. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/summamuuttujat/harjoitus1c.html>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M., Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23(2), 138–148. Verkkosivu. Viitattu 2.8.2022. https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa/link/551b0ad80cf2fdce84384f32/download

Kyytsönen, M., Aalto A-M., Vehko, T. 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021. Väestön kokemukset. Raportti 7/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 2.8.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142675/URN_ISBN_978-952-343-680-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Käypä hoito. Duodecim. Käypä hoito -suositus. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). nd. Julkaistu 26.11.2021. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50088>

Laivuori, T., Ilanne-Parikka, P. 2018. Digiajan diabetesvastaanotto. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 2018;134(22):2273–9. Verkkosivu. Viitattu 2.7.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14610>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Verkkosivu. Viitattu 15.4.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 20.1.2022.

Lehtoaro, S., Juujärvi, S., Sinervo, T. Sähköiset palvelut ja palvelujen integraatio haastavat osaamisen - Sote-ammattilaisten näkemyksiä tulevaisuuden osaamistarpeista. Tutkimuksesta tiiviisti 2019_003. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Verkkosivu. Viitattu 2.7.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137469/URN_ISBN_978-952-343-266-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Universitas Ouluensis D Medica 1236. Juvenes Print Tampere 2014.

Lipponen, K., Kanske, O., Kyngäs, H., Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasryhmien toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa.. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008;45, 121–135. Verkkosivu. Viitattu 3.2.2022 <https://journal.fi/sla/article/view/597>

Luoto, R.2 2009.Kyselytutkimuksen suunnittelu. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 2009; 125:1647–53. Verkkosivu. Viitattu 2.6.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo98221.pdf>

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski 2008.

Mustajoki, H., Kohonen, I. 2021. Mikä ihmeen tutkimuseetiikka? Vastuullinen tiedesivusto. Verkkosivu. Viitattu 5.8.2022. <https://vastuullinentiede.fi/fi/tutkimuk-sen-suunnittelu/mika-ihmeen-tutkimuseetiikka>

Niemi, A., Hupli, M., Koivunen, M. 2016. The use of electronic communication for patient-professional interaction – nursing staff's point of view. Verkkosivu. Viitattu 30.3.2021. [the use of electric communication for patient -professional.pdf](https://www.researchgate.net/publication/311111111)

Neelapu BC, Kharbanda OP, Sardana HK ym. Craniofacial and upper airway morphology in adult obstructive sleep apnea patients: A systematic review and meta-analysis of cephalometric studies. Sleep Med Rev 2017; 31:79–90. PubMed. Verkkosivu. Viitattu 1.7.2022 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079216000162?via%3Dihub>

Nuopponen, A. (2020). Systemaattinen käsiteanalyysi tutkijan työssä. In H. Kajamäki (Ed.) Tieteellinen kirjoittaminen tiedeyhteisössä, 94–122. VAKKI Publications 11. Vaasa: VAKKI. Verkkosivu. Viitattu 3.4.2022 <https://vakki.net/wp-content/uploads/2020/09/Tieteellinen-kirjoittaminen-tiedeyhteisossa.pdf>

Ojala, H. 2020. Digitalisaation hyödyntäminen syöpäpotilaan ohjaamisessa. Kandidaatintutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto. Viitattu 11.7.2022.

Omaolo. Tervetuloa hoitamaan terveyttäsi ja hyvinvointiasi. nd. Verkkosivu. Viitattu 1.7.2022. <https://www.omaolo.fi/>

Palotie, T. 2019. Obstruktiivinen uniapnea ja sen hoito. Terve suu. Duodecim.Terveyskirjasto. Artikkel. Viitattu 3.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00203>

Raitio, K., Kivinen, T., Hopia, H. 2014. Pelillistämisen mahdollisuudet nuorten mielenterveyskuntoutujien arjessa. FinJeHeW 2014;6(4). Verkkosivu. Viitattu 2.8.2022. <https://journal.fi/finjehew/article/view/48214>

Riha RL, Gislason T, Diefenbach K. The phenotype and genotype of adult obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome. Eur Respir J 2009; 33:646–55. PubMed. Viitattu 1.7.2022 <https://erj.ersjournals.com/content/erj/33/3/646.full.pdf>

Saarelma, O., 2022. Uniapnea, unenaikaiset hengityskatkot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Artikkel. Kustannus Oy Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 20.6.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00712>

Saaresranta, T. 2017.CPAP-hoidon langaton etäseuranta. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 2.8.2022. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix02468>

Sairaanhoitajaliiton digitaalisten sosiaali- ja terveyspalveluiden strategia. 2021. nd. Verkkosivu. Viitattu 30.6.2022. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/05/E-health-1.pdf>

Salminen-Tuomaala, M. 2020. Asiakkaan etäohjaukseen liittyvät erilaiset osaamisvaatimukset. Uutiset. Verkkolehti SeAMK. Artikkel. Julkaistu 12.11.2020. Viitattu 1.5.2020. <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja-luovuus/asiakkaan-etaohjaukseen-liittyvat-erilaiset-osaamisvaatimukset/>

Saranto, Kaija & Kinnunen, Ulla-Mari & Koponen, Samuli & Kyytsönen, Maiju & Hyppönen, Hannele & Vehko, Tuulikki 2020. Nurses' competences in information management as well as experiences in health and social care information system support for daily practice. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 12(3), 212–228. Verkkosivu. Viitattu 2.6.2022. <https://journal.fi/finjehew/article/view/95711>

Saranto, K., Kinnunen U-M., Jylhä, V., Kivekäs E. 2020. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vertaisarvioitu arkikeli. Viitattu 15.2.2022. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/124058/saranto_ym_digitaalisatio_ja_sahkoiset_palvelut.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Etene julkaisu 30. Yliopistopaino, Helsinki 2010.

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisatiolinjaukset 2025. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tampereen ammattikorkeakoulu 2021. Aineistonhallinta. nd. Verkkosivu. Viitattu 12.8.2021. (<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/tutkittavien-informointi/>)

Tampereen ammattikorkeakoulu 2021. Menetelmäopetus. nd. Verkkosivu. Viitattu 31.5.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/paattely/paattely.html>

Tampereen ammattikorkeakoulu 2021. Tutkimusluvan hakeminen. nd. Verkkosivu. Viitattu 1.8.2021. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/hyva-tieteellinen-kaytanta/tutkimusluvan-pyytaminen-tampereen-ammattikorkeakoulussa>

Tampereen yliopiston kirjasto. Systemaattinen tiedonhaku. nd. Päivitetty viimeksi 15.6.2022. Verkkosivu. Viitattu 19.4.2021. <https://libguides.tuni.fi/systemaattinen-tiedonhaku>

Tapaninen, H., Merivuori, T. 2019. Kohti parempaa astman hoitoa – perusterveydenhuolto merkittävässä asemassa. Suomalainen lääkäri Duodecim 2019; 135:1745–52. Verkkosivu. Viitattu 30.7.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15135.pdf>

Tarnanen, K., Saaresranta, T., Anttalainen, U., Pahkala, R., Tuunainen, A. 2021. Sairastatko tietämättäsi uniapneaa? (obstruktiivinen uniapnea).31.11.2021. Suomalainen lääkäri Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 15.11.2021. <https://www.kaypahoito.fi/khp00097>

TAYS 2021. TAYS.fi Keuhkosairaudet/uniapnea. nd. Verkkosivu. Päivitetty 2.8.2021. Viitattu 2.10.2021. <https://www.tays.fi/fi-fi/Palvelut/Keuhkosairaudet/Uniapnea>

TAYS 2022. Sähköisen asiointin palvelu OmaTays.TAYS.fi/omatays. nd. Päivitetty 30.5.2022. Verkkosivu. Viitattu 2.3.2022. <https://www.tays.fi/omatays>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Raportti 7/2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio Seurantamittarit ja tuloksia Sote-tieto hyötykäyttöön - strategian näkökulmasta. nd. Verkkosivu. Viitattu 15.5.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130610/URN_ISBN_978-952-302-667-4.pdf?sequence=1

Terveyskylä 2021. Uniapnea. nd. Verkkosivu. Viitattu 30.5.2021. <https://www.terveyskyla.fi/keuhkotalo/tietoa-keuhkosairauksista/uniapnea>

Valkeapää, E., Peltonen, L-M. 2022. Terveydenhuollon digitaalisten tietojärjestelmien vaikutus hoitohenkilöstöön ja potilastuloksiin: Kartoittava kirjallisuuskatsoaus hoitotyön näkökulmasta.. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, Turku. Finn-JeHew 2022;14(2), 150–151. Viitattu 09.06.2022

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus. Bookwell Oy. Juva.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsingin yliopisto. Helsinki. Viitattu 26.5.2021.

Vilka, Hanna. 2014. Tutki ja mittaa- määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusyhtiö Tammi. Helsinki.

Vilka, Hanna. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Vilka, Hanna.2021. Tutki ja kehitä. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Virtanen, L., Kaihlanen A-M., Kouvonen, A., Safarov, N., Laukka, E., Valkonen, P., Heponiemi, T. 2022.Hyvinvointiyhteiskunnan palvelut yhdenvertaisiksi – 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 1/2022. Viitattu 4.5.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-811-8>

Vähäkainu, P. 2018. Digitaalinen terveys ja älykäs terveydenhuollon teknologia.. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja No. 43/2018. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Viitattu 3.2.2022. <https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/tekes-raportteja/digitaalinen-terveys-ja-alykas-terveydenhuollon-teknologia.pdf>

Williams, C. 2007.Research methods. Journal of Business & Economic Research. Volume 5, Number 3 2007. Article. Viitattu 2.8.2022. <https://clutejournals.com/index.php/JBER/article/view/2532/2578>

World Health Organization 2018. Classification of digital health interventions v1.0. A shared language to describe the uses of digital technology for health. Viitattu 30.7.2022. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260480/WHO-RHR-18.06-eng.pdf;jsessionid=907221404FAC1E7C369D096F489ACBE9?sequence=1>

Young T, Finn L, Austin D ym. Menopausal status and sleep-disordered breathing in the Wisconsin Sleep Cohort Study. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167:1181-5. PubMed. Viitattu 3.2.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12615621/>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje unihoitajille

SAATEKIRJE

Hyvä Suomen unihoitajaseura ry:n jäsen!

Toimin TAYS Sastamalan unipoliklinikalla unihoitajana nyt kuudetta vuotta ja suoritan parhaillaan Tampereen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen tutkinto-ohjelmassa, johon tämä opintoihin sisältyvä opinnäytetyö tehdään.

Kyselytutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa uniapneapotilaiden ohjauksessa käytettäviä digitaalisen ohjausmenetelmiä sekä kuvailla uniapneapotilaita hoitavien hoitajien digitaalista ohjausvalmiuksia ja näiden kehittämistarpeita. Kyselystä saatua tietoa voidaan hyödyntää digitaalisten ohjausmuotojen ja ohjauksen kehittämisessä. Kutsu kyselytutkimukseen lähetetään Suomen unihoitaja-seura ry:n jäsenille Suomen unihoitajaseuran jäsenrekisterin perusteella jäsenten ilmoittamiin sähköpostiosoitteisiin. Opinnäytetyön tekijä ei osallistu kutsun lähettämiseen eikä täten ole tietoinen, kenelle kutsu on lähetetty. Tutkimus toteutetaan sähköisellä kyselylomakkeella, jonka linkki löytyy saatekirjeen alalaidasta.

Osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen vastanneiden henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Tutkimukseen vastaamisen peruuttaminen ei ole enää mahdollista kyselytutkimukseen vastaamisen jälkeen, koska kyselylomakkeessa ei ole tunnisteellisia tietoja. Tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyaineistoa käsittelevät vain opinnäytetyöntekijä sairaanhoitaja Taina Harjula sekä opinnäytetyön ohjaaja yliopettaja Outi Kajula. Tutkimuksen aineisto säilytetään, kunnes opinnäytetyö on valmis, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Tulokset julkaistaan opinnäytetyön valmistuttua Theseus-palvelussa. Tutkimuksen valmistuttua kerätty tutkimusaineisto tuhotaan.

Toivon Sinun vastaavan kyselyyn 15.10.2021 mennessä, kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia. Lisätietoa tutkimuksesta antaa opinnäytetyön tekijä Taina Harjula (taina.harjula@tuni.fi, puh. 0405540334). Kyselylomakkeelle pääset klikkaamalla liitetiedostoa sivun alareunassa.

Yhteistyöstä kiittäen

Taina Harjula
sairanhoitaja
YAMK tutkinto-opiskelija

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=r0Rp-nzM2EyRVMARMnmJEAM-QWjusQuRHr3Ya1-A5eX1URE9YSk5QOFREUUFVjJITEZYNE5XQ0FXVS4u>

Liite 2. Kyselylomake unihoitajille

Kyselylomake

Digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen uniapneapotilaan ohjauksessa

1.Korkein koulutusaste

- Opistoaste
- Ammattikorkeakoulu
- Ylempi amk-tutkinto
- Yliopistotutkinto

2.Vastaajan ikä vuosina

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-65
- yli 65

3.Työkokemus unihoitajana vuosina

- alle 1 vuosi - 5 vuotta
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- yli 20 vuotta

4.Mitä digitaalisia ohjausmenetelmiä käytät uniapneapotilaan ohjaustyö- säsi? Valitse sopivat vaihtoehdot.

- CPAP-laitteen käytön seuranta etäohjelmasta
- Chat/hoitokeskustelut netin kautta
- Video-ohjaus
- Sähköiset kyselylomakkeet
- Digiseuranta: sähköiset kyselyt +tarv soitto,esim R2-potilaat
-

5.Käytän digitaalisia ohjausmenetelmiä uniapneapotilaan ohjauksessa

- Päivittäin
- Useana päivänä viikossa
- Kerran viikossa
- Harvemmin

6.Miten paljon digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö vie työaikaa päivässä?

7.Omat digitaaliset ohjaustaitoni ovat

- Erinomaiset
- Kiitettävät
- Hyvät
- Kohtalaiset
- Heikot
- En osaa sanoa

8.Olen saanut koulutusta digitaalisten ohjausmenetelmien käyttöön potilasohjauksessa

- Paljon
- Jonkin verran
- En ollenkaan

9.Onko digitaalisten ohjausmenetelmien käytön koulutusta ollut mielestäsi

- Riittävästi
- Liian vähän

10.Digitaaliset ohjausmenetelmät ovat helpottaneet työtäni.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

11.Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö nopeuttaa työtäni ja pysyn paremmin aikataulussa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

12.Digitaalisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen tekee työstäni mielenkiintoisempaa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

13.Digitaalisten ohjausmenetelmien käyttö motivoi työtäni.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

14.Digitaalisuuden hyödyntäminen ohjauksessa tekee työstäni kustannus-tehokkaampaa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

15.Hoidon ohjauksen koordinointi on onnistuneempaa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

16.Digitaaliset ohjausmenetelmät auttavat potilasta sitoutumaan paremmin omahoitoonsa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

17.Digitaalinen potilasohjaus edellyttää enemmän etukäteisvalmistelua.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

18.Yksilöllisen hoitosuhteen luominen on parantunut digitaalisuuden myötä.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

19.Potilaalle jää enemmän aikaa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

20.Digitaalinen potilasohjaus vaatii vahvaa tunneosaamista.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

21.Potilaskokemukset ovat parantuneet digitaalisten ohjausmenetelmien käytön myötä.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2
- 3
- 4

22.Non-verbaalisen viestinnän puuttuminen luo haastetta ohjaukselle.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

- 1
- 2

3

4

23. Digitaalinen potilasohjaus vaatii hoitajalta vahvaa asiaosaamista.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

24. Potilaan ikä ja kulttuuri on vaikeampi ottaa huomioon potilasta digitaalisesti ohjatessa.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

25. Digitaalisuuden hyödyntäminen ohjauksessa vähentää asuinpaikasta johtuvaa eriarvoisuutta.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

26. Digitaalisten ohjausmenetelmien käytön myötä potilaiden yhteydenotot ovat vähentyneet.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

27. Digitaalista ohjausmateriaalia on helposti saatavilla ohjauksen avuksi.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1

2

3

4

28. Tietosuojakäytänteet luovat haastetta digitaaliselle ohjaukselle.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1 2 3 4

29. Tietotekniset ongelmat vaikuttavat digitaalisen ohjauksen onnistumiseen.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1 2 3 4

30. Tietotekniset ongelmat haittaavat usein digitaalisen ohjauksen onnistumista.

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Jokseenkin samaa mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

1 2 3 4

31. Miten digitaalisia ohjausmenetelmiä voisi mielestäsi kehittää uniapneapotilaan ohjauksessa?

32. Miten itse voit kehittää omia digitaalisia ohjausvalmiuksiasi uniapneapotilaan ohjauksessa?