



LAUREA

CPAP (ylipainehengityshoito)
- potilaiden seurantakäynnit
perusterveydenhuollossa



Martikainen, Mia
Ruoskanen, Heidi

2009 Hyvinkää

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU
Laurea Hyvinkää

CPAP (YLIPAINEHENGITYSHOITO)
– POTILAIEN SEURANTAKÄYNNIT
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Martikainen Mia
Ruoskanen Heidi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö Tammikuu 2009

Laurea Hyvinkää
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma

Martikainen Mia, Ruoskanen Heidi

CPAP (ylipainehengityshoito)- potilaiden seurantakäynnit perusterveydenhuollossa

Vuosi 2008

Sivumäärä 33

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia CPAP-hoidon seurantaikäyntien siirtymävaiheesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tarkoituksena oli selvittää CPAP-potilaiden kokemuksista potilasohjauksesta terveyskeskuksen omalta CPAP-hoitajalta ja tuoda esille ohjauksen kehittämisehdotuksia. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää CPAP-laitteiden käyttöastetta. Opinnäytetyön tuomia tietoja hyödynnetään kehitettäessä uniapneapotilaiden hoitoa.

Opinnäytetyön menetelmä oli määrällinen eli kvantitatiivinen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeen ja ESS-uneliaisuuskyseleyn sekä potilastietojärjestelmän avulla kesällä 2008. Kyselylomakkeet lähetettiin Järvenpään ja Mäntsälän CPAP-laitetta käyttäville potilaille (N=150). Vastausprosentiksi muodostui 55 % (n=82); Järvenpää (n=41), Mäntsälä (n=41). Aineisto tallennettiin ja analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-tilasto-ohjelman avulla. Aineiston kuvaamisessa käytettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia. Avoimia vastauksia analysoitiin sisällön luokittelun avulla.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan suurin osa vastaajista oli kokenut CPAP-hoidon seurantaikäyntien siirtymisen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon positiivisena. Valtaosa vastaajista ei ollut kokenut hoidon siirtymisestä olleen oleellista vaikutusta saamaansa hoitoon terveyskeskuksessa. Reilusti yli puolet vastaajista koki saaneensa erittäin hyvää tai melko hyvää ohjausta terveyskeskuksen CPAP-hoitajalta. Opinnäytetyön tuloksien mukaan yli puolet järvenpääläisistä vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kun taas mäntsäläläisistä alle puolet oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Valtaosa vastaajista toivoo jatkossa terveyskeskuksen lähettävän kutsun kontrollikäynneistä kotiin. Lähes kaikki vastaajista oli käyttänyt CPAP-laitettaan viimeisen vuoden aikana. Järvenpään ja Mäntsälän vastaajien välillä ei ollut käyttökohtaisia eroja.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan terveyskeskusten olisi hyvä harkita kutsujärjestelmään siirtymistä jotta potilaiden hoidon seuranta voisi jatkossa parantaa. Hoidon ohjausta voisi tutkia CPAP-hoitajan näkökulmasta jolloin hoitajien ja potilaiden näkökulmia CPAP-hoidon ohjauksesta voidaan verrata keskenään

Laurea Hyvinkää
Healthcare Social Welfare and Sport
Degree program of nursing

Martikainen Mia, Ruoskanen Heidi

Follow-up visits of CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) -patients in primary health care

Year 2008

Number of pages 33

The purpose of this thesis was to describe patients' experiences about CPAP treatment during follow-up visits from specialized patient care to primary health care. An attempt was made to find out CPAP patients' experiences about patient education from their own CPAP nurse and to point out issues that could be improved in the patient education. The purpose was also to investigate the utilization rate of CPAP equipment. The results will be used in developing treatments for sleep apnea patients.

The method used was quantitative. The data was collected with a questionnaire, ESS somnolence questionnaire and from patient information system in summer 2008. The questionnaires were sent to patients using CPAP equipment in Järvenpää and Mäntsälä (N=150). Response rate was 55 % (n=82); Järvenpää (=41), Mäntsälä (=41). The data was recorded and analyzed by statistical method using SPSS statistical program. The data was described by using percentages and frequency tables. Pending answers were analyzed with help of content analysis.

The results showed that the transition period was considered positive. According to majority of the respondents the transition of treatment to community health center had not affected them significantly. More than half of respondents considered the patient education they had received from CPAP nurse in community health centers either very good or good. More than 50% of the respondents from Järvenpää and less than 50% of those from Mäntsälä were pleased with the patient education they had received. Majority of the respondents hoped that the community health centers would send the letters to the follow-up visit appointments straight to the patients' home. Almost everyone had used CPAP equipment during the past year. There was no difference shown in the utilization on the CPAP equipment.

The results indicated that the community health centers should consider moving over to call system in order to improve the patients' follow-up in the future. Patient education could be studied from the CPAP nurse's point of view so that the views of both nurses and patients could be compared.

Keywords: CPAP nurse, patient education, primary health care, follow-up visits, sleep apnea

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TAVOITE JA TARKOITUS	6
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	6
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
4.1 Tutkimuksen käsitteet	7
4.2 Uniapnea.....	8
4.3 Uniapnean hoitoketju Hyvinkään sairaanhoitoalueella	10
4.4 Potilasohjaus.....	10
4.5 CPAP-potilaan ohjauksen erityispiirteet.....	13
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	14
6 TUTKIMUSMENETELMÄT	15
6.1 Kvantitatiivinen tutkimus	15
6.2 Aineistonkeruumenetelmä.....	15
6.3 Kyselykaavakkeen esitestaus ja aineiston hankinta	17
6.4. Tulosten analysointi	18
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	18
7.1 Tutkimusjoukon kuvaus	18
7.2 CPAP-laitteen käyttö.....	20
7.3 CPAP-ohjaus.....	22
7.4 Mielipiteitä CPAP-hoidon seurantakäyntien siirtymisestä terveyskeskukseen.....	25
8 POHDINTA.....	26
8.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	27
8.3 Kehittämisehdotukset	29
8.4 Oman oppimisen arviointi	30
LÄHTEET	31
LIITTEET	

LIITE 1 Saatekirje

LIITE 2 Tutkimuslupa

LIITE 3 ESS-uneliaisuuskysely

LIITE 4 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Uniapneaa sairastaa arviolta 150 000 suomalaista. Tyypillinen uniapneapotilas on yli 35-vuotias mies tai vaihdevuodet ohittanut nainen. Suomessa uniapneaa sairastaa jopa 3 % keski-ikäisistä miehistä ja 2 % keski-ikäisistä naisista. Uniapneaa sairastavien määrän arvellaan tulevaisuudessa vielä lisääntyvän, koska väestö lihoo ja lihomisen myötä uniapneaa sairastavien määrä kasvaa. Uniapneaan on olemassa tehokas hoitomuoto: CPAP-hoito (Continuous positive airway pressure). Uniapnean hoidossa käytössä olevien CPAP-laitteiden määrä on kasvanut tasaisesti ja määrän arvellaan lisääntyvän edelleen. (sosiaali- ja terveysministeriö 2002,19–20). Hyvinkään sairaanhoitoalueella CPAP-hoidot aloitettiin Kiljavan sairaalassa v. 1988.

Vuonna 2005 aloitettiin Hyvinkään sairaalan CPAP- potilaiden kontrollikäyntien siirto erikoissairaanhoidosta oman kunnan CPAP-hoitajalle. Siirto perustuu Hyvinkään sairaalan ja sairaanhoitoalueen terveyskeskusten yhdessä vuonna 2004 laatimaan hoitoketjuun. Yhdessä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito sopivat tietyt työnjaot uniapnean tutkimuksessa ja hoidossa sekä seurannassa. Kontrollikäynnin siirron kriteerinä oli, että CPAP- hoitoa oli seurattu erikoissairaanhoidossa ainakin vuoden ajan ja hoito oli sujunut ongelmitta. Poikkeuksen tekivät CPAP-hoitoa vaativat ammattikuljettajat, jotka jäivät edelleen erikoissairaanhoidon seurantaan. (Brander & työryhmä. 2006, 4).

Vuoden 2006 loppuun mennessä mukana olivat Järvenpään, Nurmijärven ja Tuusulan sekä Mäntsälän terveyskeskukset. Tuolloin potilaita oli yhteensä 352. Hyvinkään kaupunki tuli mukaan vuonna 2007. Terveyskeskuksiin valitut CPAP-hoitajat saivat koulutusta tehtäviinsä Hyvinkään sairaalan kuntoutusohjaajalta. Hoitajat saivat perehdytyksen mm. erilaisiin CPAP-laitteisiin, maskeihin ja muihin välineisiin. Perehdytys sisälsi myös potilaan seurannassa huomioitavat seikat. (Brander & ym. 2006, 4).

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada ajankohtaista tietoa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneiden CPAP-potilaiden laitteen käytöstä. Kyselylomakkeen avulla selvitetään myös potilaiden omia kokemuksia siirtovaiheesta ja sen jälkeisestä ohjauksesta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TAVOITE JA TARKOITUS

Lähtökohtana opinnäytetyölle on ollut Hyvinkään sairaalan keuhkosairauksien vuodeosaston tarve kehittää uniapneapotilaiden hoitoa. Opinnäytetyön yhteyshenkilönä oli Hyvinkään sairaalan keuhkosairauksien ylilääkäri Pirkko Brander, joka on aktiivisesti mukana sairaalan unitoiminnassa. Hyvinkään sairaala ja alueen terveyskeskukset olivat laatineet yhteisen uniapnean hoitoketjun vuonna 2004, jossa oli sovittu CPAP- hoidossa olevien potilaiden seurantakäytien siirtymisestä terveyskeskuksiin. Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluu viisi kuntaa: Nurmijärvi, Tuusula, Mäntsälä, Järvenpää ja Hyvinkää. Keuhkosairauksien vuodeosastolla on unitutkimuslinikka, jossa tehdään uniapneatutkimuksia ja ohjataan potilaille CPAP -laitteen käyttöä. Tämän vuoksi koemme aiheen mielenkiintoiseksi ja antoisaksi. Opinnäytetyössä keskitytään pääasiassa Mäntsälän ja Järvenpään CPAP-potilaiden mielipiteisiin laitteen käytöstä sekä saastaan ohjauksesta perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää uniapneapotilaiden hoitoa ja tuoda esille hoidon ohjauksen kehittämisehdotuksia. Koska tämä hoitojärjestely on ainutlaatuinen Suomessa, oli tärkeää saada laadukkaita tutkimustuloksia muidenkin sairaanhoitopiirien käyttöön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia siirtymävaiheesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää kuinka paljon potilaat olivat käyttäneet CPAP- laitetta.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Hyvinkään sairaala oli esittänyt pyynnön Laurean ammattikorkeakoululle, jossa keuhkosairauksien vastuualueen ylilääkäri Pirkko Brander esitti tarpeen selvittää potilaiden kokemuksia seurantakäytien siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Aihe tuntui mielenkiintoiselta ja käytännöntyöhön liittyvältä.

Talvella 2007 sovittiin tapaaminen keuhkosairauksien vastuualueen ylilääkäri Pirkko Branderin kanssa ja keskusteltiin työn toteutuksesta ja sen menetelmistä. Tapaamisessa keskeiseksi asiaksi nousi selvittää miten potilaat olivat suhtautuneet hoidon siirtymävaiheeseen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja minkälaista ohjausta potilaat olivat saaneet. Loppuvuodesta 2007 haettiin tietoa kirjallisuudesta ja elektronisista tiedonlähteistä hakusanoja CPAP-hoito, uniapnea ja potilasohjaus apuna käyttä-

en. Kirjallisuutta aihealueista löytyi paljon, mutta tieto CPAP- potilaan ohjauksesta jäi niukaksi.

Ideaseminaariesitys järjestettiin Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulussa 22.1.2008. Ideaseminaarin tarkoitus on saada opettajilta ja opiskelutovereilta ohjausta opinnäytetyön määrittelyyn ja aiheen rajaamiseen. Ideaseminaarissa esiteltiin opinnäytetyön aihe ja käsiteltiin keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttivat opinnäytetyön etenemiseen.

Kirjallisen materiaalin hankkiminen ja tutkimuksien etsiminen jatkui talven 2008 aikana. Samanaikaisesti alkoi hahmottua keskeisimmät asiat joita opinnäytetyössä haluttiin tuoda esille. Käytiin myös useita keskusteluja Pirkko Branderin kanssa keskeisimmistä asioista. Suunnitteluseminaari järjestettiin Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulussa 22.4.2008. Suunnitteluseminaarin tarkoituksena oli saada lisää ehdotuksia, kuinka opinnäytetyöstä saatiin selkeä ja johdonmukainen. Suunnitteluseminaarissa tulee selkeästi käydä esille mitä työssä tehdään ja millä tavalla. Suunnitteluseminaarin jälkeen lähetettiin Hyvinkään sairaalan eettiselle toimikunnalle tarvittavat materiaalit tutkimusluvan saamiseksi. Luvan saatua postitettiin kyselykaavakkeet heinäkuussa 2008.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Tutkimuksen käsitteet

Tämän tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat perusterveydenhuolto, potilasohjaus, hoitoketju ja CPAP-hoitaja. Perusterveydenhuolto tarkoittaa kunnallista terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa. Kunnat ovat velvollisia järjestämään asukkailleen perusterveydenhuollon terveyskeskuksissa. Terveyskeskukset ovat toiminnallisia kokonaisuuksia. Perusterveydenhuollon tehtävä on nimensä mukaisesti vastata kuntalaisten terveydenhuollosta monipuolisesti, alkaen äitiys- ja lastenneuvoloista ja päättyen vanhusten kotisairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat terveyttä edistävä toiminta, sairauksien hoito ja kuntoutus. Terveyskeskuksessa työskentelee suuri joukko terveydenhuollon työntekijöitä, kuten lääkäreitä (usein yleislääketieteen erikoislääkäreitä), terveyden- ja sairaanhoitajia, hammaslääkäreitä ja -hoitajia, fysioterapeutteja ja sairaankuljettajia. (Opetushallitus. Etälukio.2008).

Potilasohjauksella tarkoitetaan potilaan opettamista, neuvojen antamista, toimintaa jonkin ohjauksessa tai jonkun ohjauksen alaisena. Ohjaus ymmärretään henkilökohtaiseksi, ammatilliseksi toiminnaksi. Potilasohjauksella autetaan potilasta itseään löytämään ongelmiinsa parhaimmat ratkaisut. (Burnard. 1994, 3-7; Close. 1998, 203–213).

Hoitoketju-nimitystä käytetään terveydenhuollossa yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. Hoitoketju koskee tietyn sairauden tai potilasryhmän hoitoa. Hoitoketju määrittelee työnjaon perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä tietyllä alueella. Hoitoketju ja ohjeet hoidon porrastuksesta ja työnjaosta perustuvat paikallisten olojen ja vaatimusten tuntemiseen. Hoitoketjun avulla potilas ja/tai häntä koskeva tieto siirtyy joustavasti hoitoprosessista ja organisaatiosta toiseen. (Voipio-Pulkki. 2008).

CPAP-hoitaja -käsite tarkoittaa unihoitajaa. Unihoitaja on terveydenhuollon ammattilainen, joka työskentelee uni- ja vireystilatutkimusten sekä unihäiriöiden parissa. Unihoitajan työssä korostuu erikoisosaaminen unitutkimusten valmistelemissä, valvomisessa ja unitutkimusten purkamisessa. (Suomen unihoitajaseura ry. 2006).

4.2 Uniapnea

Uniapnea on sairaus, jossa unen aikana hengityksessä ilmenee lyhyempiä ja pidempiä katkoksia. Uniapneaan liittyy usein kovaäänistä kuorsausta. Normaalin unen aikana esiintyy satunnaisia lyhytkestoisia hengityspysähdyksiä. Jos hengityskatkokset ovat pitkäkestoisia tai niitä on paljon ja unihäiriöstä on seurauksena valveen aikaisia oireita, voidaan puhua uniapeasairaudesta. (Kinnula, Brander & Tukiainen. 2005, 687).

Uniapnean pääoire on hengityskatkokset, jotka johtavat poikkeavaan päiväaikaiseen väsymykseen, joka voi ilmetä nukahtelutaipumuksena tai keskittymiskyvyn ja muisti-toiminnan häiriönä. Kuorsaus voi olla ensimmäinen merkki alkavasta hengitysteiden ahtautumisesta. Uniapneaan liittyvää kuorsausta esiintyy säännömukaisesti lähes joka yö. (sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2002, 18–19). Hoitamaton uniapnea voi johtaa työ- ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä sydän- ja verisuonitautien pahenemiseen. Uniapnea kasvattaa riskiä liikenneonnettomuuksiin. (Miettinen. 2000, 2).

Uniapnean toteaminen alkaa yleensä, kun potilas itse tai omainen kiinnittää huomiota uniapneaan viittaaviin unenaikaisiin ja valveillaoloajan oireisiin. Uniapnea kehittyy hitaasti, ja perinteisesti miesten kuorsauksista on pidetty normaalina ilmiönä. Epäily

uniapneasta voi herätä hoitavalla henkilökunnalla myös muun hoidon tai terveystarkastuksen yhteydessä. Tärkeää on selvittää johtuvatko oireet uniapneasta. Potilaalla voi olla muuhun sairauteen liittyvää väsymystä ja näiden jatkotutkimukset on käynnistettävä ensin tai samanaikaisesti uniapneatutkimusten kanssa.

(Kinnula & ym. 2005, 687–689).

Uniapnea perusselvitykset tehdään perusterveydenhuollossa ja mikäli tutkimuksissa ilmenee viitteitä uniapneaan, tehdään potilaasta lähete erikoissairaanhoidon. Uniapnean diagnosointi tapahtuu ns. suppealla tai laajalla unirekisteröinnillä. Suppeassa unirekisteröinnissä tutkittavalle asetetaan akuilla toimiva tutkimuslaite, joka rekisteröi ja tallentaa muistiinsa yön aikana eri anturien avulla mitattavat pulssin, veren happikylläisyyden, nenän ja suun kautta kulkevan ilmavirran vaihtelun, potilaan asennon (selälään/kyljellään/mahallaan) sekä rintakehän liikkeen. Laajemmissa rekisteröinneissä tutkitaan myös aivojen sähköistä toimintaa yön aikana. (sosiaali- ja terveysministeriö. 2002, 30–35.)

Hoidon tavoitteena on saada hengityskatkokset vähenemään tai loppumaan kokonaan. Hoidolla parannetaan potilaiden elämänlaatua, työ- ja toimintakykyä sekä ehkäistään uniapnean pahenemista. Uniapneaan ei ole olemassa parantavaa lääkehoitoa. Tärkein ensimmäinen hoitomuoto ylipainoisille uniapneapotilaille on painon pudotus. Tässä korostuu potilaan ohjaaminen ja neuvominen. Uniapnea hoidetaan ylipainosta huolimatta CPAP-hoidolla (Continuous Positive Airway Pressure.) (Polo. 2005, 684–704).

CPAP-laite on puhaltimesta, nenän tai nenän ja suun peittävästä maskista ja letkusta koostuva laite. CPAP-laitteen avulla johdetaan pienellä ylipaineella huoneilmaa nenänieluun maskin kautta. Ylipaine estää hengitysteiden tukkeutumisen unen aikana. Tällöin unenaikaiset hengityskatkokset häviävät ja kuorsaus estyy, unen laatu paranee ja päiväaikainen väsymys lievenee sekä potilaan toimintakyky ja elämänlaatu kohenee. Yleisimmin käytetään nenä - CPAP-laitetta, jossa vain nenä jää maskin alle. Nenän ja suun peittävästä maskista puhutaan nimellä kokokasvomaski. (Herrala. 2000, 56; Polo. 2005, 752).

CPAP- hoidon aloitus tapahtuu joko poliklinikalla tai osastolla. Maskin ja paineen kanssa nukkuminen vaatii potilaalta rohkeutta ja luottamusta hoitomenetelmiin. (Kinnula & ym. 2005, 701.) Sopiva hoitopaine etsitään manuaalisesti tai automaattisäätöisellä CPAP- laitteella. Yleisesti käytössä on automaattilaite, joka hakee yön aikana potilaalle

sopivan paineen hengityskatkojen poistamiseksi. Paineen löytäminen on pitkäaikaisen hoidon onnistumisen edellytys. CPAP-painetta nostetaan, kunnes ensin häviävät obstruktiiviset hengityskatkokset ja sen jälkeen kuorsaus. CPAP-laite on turvallinen ja hyvin siedetty hoitomuoto uniapneapotilaiden hoitoon. Hoidon onnistuminen edellyttää potilaan yhteistyökykyä ja halua hoidon toteutumiseksi. CPAP- hoito ei paranna sairautta vaan poistaa oireita. Oireet palaavat jo muutaman päivän jälkeen laitteen käytön lopettamisesta. (Kinnula, ym. 2005, 699–703).

4.3 Uniapnean hoitoketju Hyvinkään sairaanhoitoalueella

Hyvinkään sairaanhoitoalueella laadittiin vuonna 2004 kuorsauksen ja uniapnean hoitoketju. Hoitoketjussa luotiin yhtenäiset toimintalinjat kuorsauksen ja uniapnean tutkimisen, hoidon ja seurannan suhteen Hyvinkään sairaanhoitoalueelle. Samalla sovittiin työnjaosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä erikoissairaanhoidon sisällä. Nämä hoitoketjun periaatteet pohjautuvat Valtakunnallisen uniapneaohjelman 2000–2012 suosituksiin. Hoitoketjun tavoitteena oli sopia yhtenäisestä hoitoon ohjaamisesta ja hoitokäytännöstä siten, että tutkimuksesta ja hoidosta tulisi mahdollisimman sujuvaa. Yhtenäinen hoitoketju helpottaa potilaiden informoimista tutkimuksista ja hoitomahdollisuuksista. Hoitoketjussa sovittiin, että pitkään CPAP-laitetta käyttäneet potilaat siirtyvät jatkoseurantaan oman kunnan terveyskeskuksiin. Hoitoketjun periaatteet tarkistetaan vuosittain sairaanhoitoalueen ja terveyskeskusten vastuuhenkilöiden tapaamisissa. (Brander & ym. 2006, 4).

4.4 Potilasohjaus

Potilasohjauksen lähtökohtina voidaan pitää juridisia ja eettisiä sekä teoreettisia lähtökohtia. Terveystieteiden ja ammattieteen luomat pohjat potilasohjaukselle. Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta sairaudestaan ja terveydentilastaan sekä hoidon laajuudesta. Eri hoitovaihtoehdot ja hoitojen riskitekijät tulee myös saattaa potilaan tietoon niin, että potilas ymmärtää asian sisällön. (Suomen Laki 1992, 785, 5§; Suomen Laki 1994, 559; Thomas & Duncan. 1999,64–75; Etene. 2001).

Potilaan ohjauksella tarkoitetaan tilannetta, jossa sairaanhoitaja asettautuu ohjattavan asemaan. Potilasohjauksessa korostuu sairaanhoitajan hyvä koulutus, vankka teoria-tieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot. Potilasohjauksessa sairaanhoitajan persoonalliset taidot ja luovuus nousevat esiin ohjaustilanteessa. Ohjauksessa painote-

taan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia ja omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta sekä tehdyistä valinnoista. Tärkeää on, että potilas ymmärtää oman tilanteensa asiantuntijana. Onnistuneella ohjauksella voidaan lisätä potilaan edellytyksiä vaikuttaa omaan elämäänsä ja hoitoonsa. (Kääriäinen & Kyngäs. 2006,10, 6-9).

Hyvän ja laadukkaan potilasohjauksen edellytyksenä ovat hoitajan taitojen lisäksi tiedot. Leino-Kilven, Wallan, Heleniuksen, Vuorenheimon ja Välimäen tutkimuksessa (1995,131,115–116) 82 % potilaista piti erittäin tärkeänä, että hoitajien tiedot ja taidot ovat ajan tasalla. 78 % potilaista koki tämän asian toteutuneen hyvin. Kyseisessä tutkimuksessa hoitajien tietoperustaan liittyvät asiat toteutuivat kuitenkin huonoiten, kun tarkasteltiin kaikkia laadukkaan hoidon edellytyksiä. Riittävä potilasohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Potilaan tiedontarve vaihtelee sen mukaan millaisesta sairaudesta on kyse. (Kääriäinen & Kyngäs. 2006,10,6-9). Potilasohjauksen sisältö ja antotapa tulee suunnitella yksilöllisesti potilaiden ja omaisten tarpeiden pohjalta. (Rodgers, Atkinson, Bond, Suddes, Dobson & Curless.1999, 2585–2591; Leino-Kilpi & Luoto. 2001, 83–89.)

Potilasohjauksen perustana on potilaan taustatekijöiden huomioiminen. Taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysiset ominaisuudet, mm. ikä, sukupuoli, sairaus ja sen kesto, vaikuttavat potilaan ohjaustarpeisiin. Potilasohjauksessa huomioitavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, odotukset, tarpeet, kokemukset, terveystuskomukset, mieltymykset, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Sosiaalisiin tekijöihin luokitellaan kulttuuritausta, uskonnollisuus ja eettisyys. Nämä vaikuttavat siihen miten ohjauksessa lähestytään käsiteltäviä asioita. Ympäristötekijät, joihin kuuluvat mm. hoitotyön kulttuuri, fyysinen, sosiaalinen - ja psyykinen ympäristö voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Potilasohjaustilanteen fyysinen ympäristö tulisi järjestää mahdollisimman rauhalliseksi ja häiriöttömäksi. Ympäristö ei saa herättää potilaassa negatiivisia tunteita, jotka voivat häiritä ohjausta. Ohjaustilassa tulisi olla saatavilla ohjaukseen tarvittava materiaali. Asianmukaisen ohjaustilan puute ja tilanteen keskeytykset ovat yleisiä syitä potilasohjauksen epäonnistumiseen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007, 25–37).

Potilasohjauksessa luottamuksen muodostamisessa on tärkeää, ja että hoitaja on luotettava, rehellinen ja johdonmukainen. Näin ollen potilas uskaltaa ilmaista myös epämiellyttävät ja potilaalle arat asiat. Potilasohjauksen tulisikin olla kaksisuuntaista, vuorovaikutuksellista. Näin ollen potilasohjaus ei ole pelkästään hoitajan tiedon jakamista potilaalle. (Jarred & Payne. 1995, 72–78; Stanford. 2000, 1–15). Sairaanhoidajan vastuulla on varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun potilasohjauksen sisällön. Tämä on haaste sairaanhoitajalle, koska kaikki potilaat eivät omaksu asioita samassa tahdissa. Haasteena voidaan myös pitää entistä lyhyempiä hoitoaikoja sekä osin puutteellisia ohjausresursseja. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola. 2007, 30-33).

Ohjausmenetelmien valinta vaatii sairaanhoitajalta perehtyneisyyttä potilaan taustatekijöihin sekä hyvää ihmistuntemusta. Sairaanhoidajan tehtävänä on havainnoida ja aistia mikä ohjausmenetelmä on potilaalle ominaisin. On arvioitu, että potilaat muistavat vain 10 prosenttia siitä mitä kuulevat ja 75 prosenttia siitä mitä näkevät. Potilaat muistavat 90 prosenttia siitä mitä asioita heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Potilasohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Ohjausmenetelmänä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmäohjausta, suullista tai kirjallista, joista suullinen yksilöohjaus on yleisin. Potilaat arvostavat suullista yksilöohjausta, koska he kokevat näin saavansa sairaanhoitajan jakamattoman huomion sekä pystyvät rohkeammin esittämään kysymyksiä. Potilaat myös kokevat ilmapiirin olevan vapaampi yksilöohjaustilanteessa kuin ryhmäohjaustilanteessa. (Kyngäs, ym. 2007, 73–75).

Suullisen potilasohjauksen tukena käytetään usein kirjallista ohjausmateriaalia. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan kirjallisia oppaita ja ohjeita. Näiden tulisi olla selkeästi kirjoitettuja ilman lääketieteellisiä termejä. Oppaat ja ohjeet on usein kirjoitettu liian vaikeasti ja yksittäisen potilaan tarpeiden huomioiminen on unohdettu. Vaikeasti ymmärrettävät kirjalliset potilasohjeet lisäävät potilaan pelkoja sekä huolestuneisuutta. Hyvässä ja selkeässä kirjallisessa ohjeessa tulee ilmi kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Lisäksi ohjeessa on hyvä huomioida vaikutukset potilaan mielialaan ja sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs & ym. 2007, 124–127).

Potilasohjausta on hoitotieteessä tutkittu paljon. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että ohjaus on usein ollut riittämätöntä ja potilaat jäävät kaipaamaan lisää tietoa ohjauksessa käsiteltävissä asioista. Stemanin & Toljamon (2002,19–25) tutkimuksessa potilaat ovat kuitenkin olleet tyytyväisiä saamaansa tietoon sairaudesta ja sen hoidosta. Tutkimuk-

sessä Lahtinen (2008, 50–51) kuvaa potilaiden olevan pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen CPAP- hoitoa aloittaessa. Potilaat olivat tyytyväisiä hyvin suunniteltuun ohjaukseen, riittävään tiedonsaantiin, ammatilliseen ohjaukseen ja sujuvaan ohjauksen kulkuun. Tyytymättömyyttä tutkimuksessa ilmensi CPAP-hoidosta annettujen ennakkotietojen puutteellisuus. Potilaat olisivat halunneet etukäteistietoa hoidon aloituksesta.

4.5 CPAP-potilaan ohjauksen erityispiirteet

CPAP-potilaan ohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan omia mahdollisuuksia ja voimavaroja selviytyä sairaudestaan ja sen hoidosta. Uniapneapotilaan ohjauksessa on tärkeää, että potilas oppii käyttämään ja hoitamaan CPAP-laitetta ja ymmärtää sen säännöllisen käytön merkityksen. Uniapneapotilaiden selviytymisen ehto on, että heillä on riittävästi tietoa omasta sairaudesta ja sen hoidosta ja he ovat kykeneviä käyttämään tietojaan ja taitojaan. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen. 2004, 225–234; Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi. 2005, 217–228).

Suomen Unihoitajaseura on teettänyt unihoitajan tehtävistä tutkimuksen vuonna 2006. Tutkimukseen osallistui 27 henkilöä. Vastaajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, perushoitajia ja laboratoriohoitajia. Tutkimuksessa ilmeni, että unihoitajan työtehtäviin kuuluu potilaan hyvä hoito, potilaan motivoiminen, ohjaaminen, opettaminen, neuvonta ja tukeminen. Unihoitajalle kuuluu potilaan kokonaisvaltainen hoito ja potilaan tukihenkilönä oleminen. Unihoitajan antamalla ohjauksella on suuri merkitys koko unitutkimuksen ajan. Potilas tarvitsee ohjausta jo ensimmäisestä yhteydenotosta lähtien. Uniapneapotilaan hoidon aloituksessa unihoitaja antaa laihdutus- ja painonhallintaohjausta sekä elämäntapaohjausta esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen. (Suomen Unihoitajaseura ry. 2006).

CPAP-hoidon ohjauksen toteuttavat koulutetut unihoitajat, jotka ovat tärkeässä roolissa hoidon onnistumisen kannalta. Tämän vuoksi etenkin hoidon alkuvaiheessa potilasohjauksen merkitys korostuu. CPAP-hoitoa ohjatessa unihoitajan tulee ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja valita potilaskohtaisesti ohjausmenetelmä. Ohjauksessa unihoitajan tulee huomioida potilaan aikaisemmat tiedot sairaudesta ja sen hoidosta. Näin ollen potilasohjauksessa voidaan keskittyä potilaan tärkeiksi kokemuksiin seikkoihin, jotka lisäävät potilaan motivaatiota hoitoon sitoutumisessa. Sairaanhoitajan ohjaustehtävä saattaa muodostua haastavaksi, jos potilas ei ole halukas ottamaan annettua tie-

toa vastaan. (Kyngäs, ym. 2007, 32). Sepän, Tuomilehdon ja Kokkarisen (2007, 88–94) mukaan CPAP- hoidon hoitomyöntyvyys on tutkimuksen mukaan ollut huonoa. Potilasohjaus on yksi hoitotyön menetelmistä, jonka avulla parannetaan hoitomyönteisyyttä ja suhtautumista CPAP-hoitoon.

CPAP-hoidon ohjausta annettaessa on muistettava, että hoidon alkuvaiheessa potilaat saattavat hämmentyä teknisestä laitteesta ja sen käytöstä. Tekniset laitteet saattavat tuntua potilaista pelottavilta ja uhkaavilta. Hoidon onnistuminen edellyttää potilaalta yhteistyökykyä ja halua sitoutua laitteen käyttöön. Ohjauksessa on tärkeää hyvän ja istuvan maskin sovittaminen, oikean tyyppisen laitteen valinta ja kunnollinen laitteeseen perehdyttäminen. Maskin ja paineen kanssa nukkuminen vaatii potilaalta luottamusta ja rohkeutta hoitoon. Laitteen käyttöä ja sen toimintaa tulisi käydä lävitse suullisesti ja potilaalle tulisi antaa mahdollisuus harjoitella laitteen käyttöä hoitajan läsnä ollessa. CPAP-hoidon ohjauksessa myös kirjallinen ohjaus korostuu. Potilaalle pitäisi antaa kirjallinen käyttöohje, mikä helpottaa laitteen käyttöä ja laitteen hallintaa kotona. Kirjallisella ohjausmateriaalilla ei ole kuitenkaan tarkoitus korvata suullista ohjausta. (Herrala. 2000, 55–56).

Omaisat otetaan mielellään ohjaukseen mukaan, koska läheisiltä saatu tuki tutkitusti lisää potilaan hoitoon sitoutumista. Uniapnea ja CPAP-laite vaikuttaa myös omaisten nukkumiseen, koska kuorsaus ja laitteesta lähtevä ääni voivat häiritä omaisia, jolloin he joutuvat nukkumaan toisessa huoneessa. (Merritt & Berger. 2004, 49–52; Smith, Mayer, Metsker, Voelker, Balvin, Whitman & Pingleton. 1998, 99–108).

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten potilaat olivat kokeneet CPAP-kontrollien siirron erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää kuinka moni vastaajista käytti CPAP-laitetta. Työn tarkoituksena oli saada tietoa potilaiden kokemuksista potilasohjauksesta. Tutkimuksen tuomia tietoja käytetään kehittämään uniapneapotilaiden hoitoa.

- 1.) Miten potilaat olivat käyttäneet CPAP-laitetta?
- 2.) Minkälaista ohjausta potilaat olivat saaneet CPAP-laitteen käytöstä omalta CPAP-hoitajaltaan?
- 3.) Mitä mieltä potilaat olivat CPAP-kontrollien siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Tutkimus on luonteeltaan määrällinen eli kvantitatiivinen, jonka avulla voidaan tarkastella aineiston mitattavissa olevia suhteita. Määrällisen tutkimuksen lähtökohtana on, että voidaan mitata tosiasioita, asenteita ja uskomuksia, käsityksiä ja mielipiteitä, sekä arvoja ja käyttäytymistä. Kerätystä aineistosta rakennetaan erilaisia muuttujia ja luokituksia mittaamista varten. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista hyödyntää aineiston analyysissä suuria aineistoja, edustavia otoksia ja tilastollisia menetelmiä. Kvantitatiivisessa menetelmässä pyritään yleistettävyyteen. Tutkimusta varten määritellään perusjoukko, josta otetaan otos tutkittavaksi. Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkijan tulee olla objektiivinen tutkittavaa asiaa kohtaan ja tutkimuksen tavoitteena on kerätä numeerisesti merkittävää aineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2004, 129–150, 184; Paunonen. Vehviläinen- Julkunen. 1998, 206.)

Opinnäytetyö pyrki selvittämään ihmisten kokemuksia CPAP-hoidon siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Määrällisen tutkimusotteen valinta oli perusteltua suuren otoksen vuoksi. Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten. Kyselytutkimus on yksi tapa kerätä aineistoa itse. Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Termi survey tarkoittaa sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, jossa kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään täsmälleen sama kysymys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2004, 183). Kyselytutkimuksen etuna on, että tutkimusaineistoa voidaan kerätä laajalti. Kyselytutkimukseen osallistuu useita henkilöitä ja kyselyssä voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Hyvin suunniteltu kyselylomake helpottaa tulosten analysointia. Kyselylomakkeen avulla voidaan määrittää tutkimuksen tarkat aikataulut ja kustannukset. Haasteena kyselykaavakkeessa voi olla tulosten analysointi, koska ei voida olla täysin varmoja, ovatko vastaajat vastanneet kyselyyn rehellisesti tai vastausprosentti jää liian pieneksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2004, 184.)

6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin heinä-elokuussa 2008. Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kyselylomake, potilastiedot ja uneliaisuuskysely. Lomakkeet lähetettiin Järvenpään ja Mäntsälän alueen 150 potilaalle. Kyselylomakkeessa oli avoimia ja strukturoituja

sekä likert-asteikollisia kysymyksiä. Kysymykset oli laadittu aikaisemman teorian ja tiedon sekä tutkimuskysymysten pohjalta (taulukko 1).

Taulukko. 1 Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu

Kysymyksen numero	Kysymystä käsittelevä alue
1 – 5	Kysymykset käsittelevät potilaan taustatietoja
6 – 13	Kysymykset käsittelevät miten potilas on käyttänyt CPAP-laitetta
14 – 20	Kysymykset käsittelevät potilaan saamaa ohjausta omalta CPAP-hoitajalta
21 – 23	Kysymykset käsittelevät potilaan mielipidettä CPAP-kontrollien siirtymisestä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin

Kyselylomake oli laadittu selkeäksi ja johdonmukaiseksi, jonka uskottiin vaikuttavan vastauksien määrään positiivisesti. Kyselylomake esitettiin Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulun opiskelijoilla. Tarkoituksena oli tehdä pilottitutkimus, jonka avulla mahdolliset epäkohdat saatiin poissuljettua ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista.

Tutkimusta varten erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmästä selvitettiin tutkimukseen valittujen CPAP-potilaiden paino, seurantakäyntien määrät ja ajankohdat sekä laitteen käyttötunnit ennen hoidon siirtymistä terveyskeskukseen. Tutkimusta varten selvitettiin myös potilaiden ennen hoidon siirtymistä täyttämät ESS-uneliaisuuskyselyt (ESS= Epworth Sleepiness Scale) (liite 3). ESS-uneliaisuuskyselyn avulla saadaan käsitys potilaan nukahtamistaipumuksesta hänen itse arvioimanaan. Asteikkoa on käytetty nukahtamistaipumuksen osoittamiseen sekä ennen hoidon aloitusta että hoidon aloituksen jälkeen. ESS- kyselyssä yli 10 pistettä viittaa poikkeavaan uneliaisuuteen. (Kinnula & ym. 2005. 692). Näitä tietoja tarvittiin, jotta saatiin kokonaiskuva potilaan lähtötilanteesta. Näitä tietoja sekä uusia tutkimustuloksia vertailemalla saatiin selville oliko CPAP -laite hoidosta ollut hyötyä potilaalle.

Uniapean hoitotasapainon selvittämiseksi lähetettiin potilaille kyselylomakkeen mukana myös ESS-uneliaisuuskysely. ESS-kyselyn avulla selvitettiin potilaiden omia kokemuksia uneliaisuudestaan viimeisen kahden viikonajalta. ESS- uneliaisuuskyselylomakkeessa oli likert-asteikollisia kysymyksiä, jotka mittasivat potilaiden todennäköisyyttä torakhtaa tai nukahtaa seuraavanlaisissa tilanteissa: istui lukemassa, katsoi tv:tä, istui passiivisena julkisessa paikassa (teatterissa tai esitelmätilaisuudessa), matkusti autossa keskeytyksettä tunnin ajan, lepäsi makuuasennossa iltapäivällä olosuhteiden sen

salliessa, istui puhumassa jonkun kanssa, istui kaikessa rauhassa alkoholittoman lounaan jälkeen, autossa sen pysähtyttyä liikenteessä muutamaksi minuutiksi. Likertasteikolliset vastausvaihtoehdot olivat: 0= ei koskaan, 1= pieni, 2= kohtalainen, 3= suuri todennäköisyys.

6.3 Kyselykaavakkeen esitestaus ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Mäntsälän ja Järvenpään alueen CPAP-potilaat, joiden hoidon seurantakäynnit olivat siirtyneet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tutkimukselle haettiin Hyvinkään sairaalan eettisen toimikunnan lausunto sekä tutkimuslupa sairaalan johtajalta Asko Saarelta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen järjestettiin pilottitutkimus, jossa haluttiin esitestata kyselylomake.

Esitestauksessa selvitettiin vastasiko kyselylomakkeen kysymykset tutkimuskysymyksiä. Pilottitutkimukseen osallistui viisi sairaanhoidonopiskelijaa Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulusta. Pilottitutkimuksessa ilmeni, että laaditut kysymykset vastasivat tutkimuskysymyksiä. Pilottitutkimuksen mukaan kysymykset olivat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Negatiivista palautetta saatiin kyselylomakkeen pituudesta; vastaajien mielestä kyselykaavake oli liian pitkä. Pilottitutkimuksessa oli mukana myös Hyvinkään sairaalan keuhko-sairauksien vuodeosaston ylilääkäri Pirkko Brander. Hänen avustuksella luotiin potilaslähtöinen ja tutkimukseen soveltuva kyselykaavake.

Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin saamalla keuhkosairauksien ylilääkäri Pirkko Branderilta lista Järvenpään ja Mäntsälän CPAP-potilaista, joiden seurantakäynnit olivat siirtyneet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaslistassa potilaiden nimet eivät olleet aakkosjärjestyksessä, vaan potilaiden nimet olivat listassa kunnittain. Potilastiedot saatiin sähköisesti Miranda-ohjelman avulla, joka on Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin käytössä oleva sähköinen potilastietojärjestelmä. Potilastiedot kerättiin Pirkko Branderilta saadun potilaslistan mukaan. Tutkimuksessa käsiteltiin vain niiden potilaiden asiakirjoja, joita tämä tutkimus koski sekä näiden potilaiden uniapneaan liittyviä tietoja. Tutkijoiden tietoon ei tullut tutkimukseen valittujen potilaiden muu mahdollinen sairaustausta.

Ennen tutkimuksen aloittamista kyselylomakkeet ja ESS-kaavake oli koodattava juoksevalla numeroinnilla. Tämän avulla pystyttiin vertailemaan aiempia potilastietoja tutkimustuloksiin. Tämä antoi myös mahdollisuuden seurata ketkä potilaat olivat kyselyyn jo vastanneet. Kyselylomakkeet ja ESS-uneliaisuuskyselet sekä saatekirjeet lähetettiin 150:lle (N = 150) CPAP-laitetta käyttävälle potilaalle. Mikäli potilaat suostuivat osallistumaan tutkimukseen, he täyttivät kyselylomakkeet ja lähettivät ne postitse tutkijoille. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys jäi ainoastaan tutkijoiden tietoon.

6.4. Tulosten analysointi

Aineiston analyysimenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin strukturoitujen ja Likert-asteikollisten kyselyvastausten tallentamiseen ja analysointiin SPSS-tilasto-ohjelmaa. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on tilastollisten tietojen käsittelyn ohjelma, jota voidaan hyödyntää erityisesti kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Se on Suomessa kenties yleisimmin käytetty tilastollisen analyysin apuväline. (Mamia. 2005.) Kun tutkimuksen aineisto on kerätty, se luokitellaan SPSS-tilasto-ohjelman avulla. Luokittelun avulla muodostetaan muuttujia, joista taasen muodostetaan frekvenssitaulukoita. Frekvenssillä tarkoitetaan kuhunkin luokkaan kuuluvaa tilastoyksiköiden lukumäärää. Tarvittaessa tietoa havainnollistetaan piirroksin. Otoksesta saatua tietoa myös jalostetaan ja selkeytetään tiivistämällä sitä pienemmäksi kokonaisuudeksi. (Ernvall, Ernvall & Kaukila. 2002, 19.) Muuttujia voidaan myös ristiintaulukoida. Ristiintaulukoinnilla havainnollistetaan kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta. (Metsämuuronen. 2001, 44). Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin sisällön luokittelun avulla. Vastaukset ryhmiteltiin ensin useaan pieneen kategoriaan, jonka jälkeen niistä muodostettiin suurempia kokonaisuuksia.

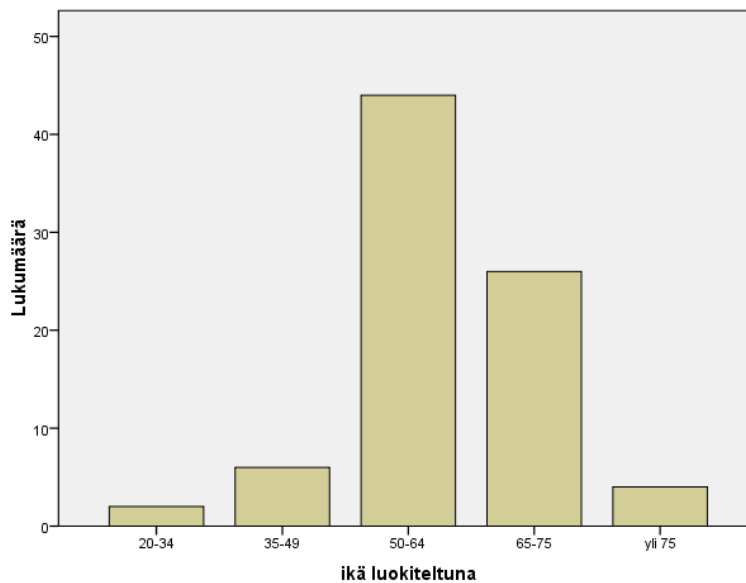
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Kyselylomake lähetettiin 150:lle uniapnea potilaalle, joista 58 % (n=87) asui vastaushetkellä Järvenpäässä ja 42 % (n=63) asui Mäntsälässä. Vastauksia kyselyyn saimme 82 (n=82). Vastausprosentiksi muodostui 54,6 %. Kyselyyn vastanneista puolet oli järvenpääläisiä ja puolet mäntsäläläisiä (50 % n=41). Kyselyyn vastanneista oli naisia 20,7 % (n=17) ja miehiä oli 79,3 % (n=65). Kyselyyn vastanneiden naisten vastausprosentiksi muodostui 50 % ja miesten vastausprosentiksi muodostui 56 %. Suurin ikä-

ryhmä vastaajista oli 50–64-vuotiaat (53,7 % n=44). Vanhimmat kyselyyn vastanneista oli yli 75-vuotiaita (4,9 % n=4), nuorimmat vastaajista olivat 20–34-vuotiaita (2,4 % n=2) (Kuvio 1).

Kuvio 1. Vastaajien iät vastaushetkellä (N = 82)



Vastaajista 25,6 % (n=21) oli työssä käyviä ja suurin osa vastaajista 72 % (n=59) oli eläkkeellä. Vain 2,4 % (n=2) vastanneista oli työttömiä. Vertailun vuoksi potilasasiakirjoista selvitettiin vastaajien paino ennen hoidon siirtymistä terveyskeskukseen. Tutkimuksessa kävi ilmi vastaajien (n=76) painon vaihtelut. Suurin vastaajan painon pudotus hoidon siirtymisen jälkeen terveyskeskukseen oli 82 kg. Sen sijaan joidenkin vastaajien paino oli noussut jopa 17 kg hoidon siirtymisen jälkeen terveyskeskukseen.

Vertailun vuoksi potilasasiakirjoista selvitettiin vastaajien ESS-kyselyn tulokset ennen hoidon siirtymistä terveyskeskukseen. Tutkimuksen mukaan ennen hoidon siirtymistä terveyskeskukseen poikkeavasta väsymyksestä (10 tai yli ESS-pistettä) kärsi vastaajista 26 % (n=21), joista miehiä oli 67 % (n=14) ja naisia 33 % (n=7). Potilasasiakirjoista ei löytynyt ESS-kyselyn tuloksia 10 %:lta (n=8) tutkimukseen osallistuneista. Tutkimuksen mukaan kyselyn vastaushetkellä poikkeavasta väsymyksestä kärsi vastaajista 20 % (n=16), joista miehiä oli 75 % (n=12) ja naisia 25 % (n=4). ESS-kyselyn jätti vastaushetkellä täyttämättä 5 % (n=4) vastaajista. Vuosikohtaisessa vertailussa uniapneaa diagnosoitiin eniten vuonna 2004 (15,9 % n=13). Varhaisin uniapneadiagnoosi oli tehty jo vuonna 1980. Neljä kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut diagnoosin ajankohtaa.

7.2 CPAP-laitteen käyttö

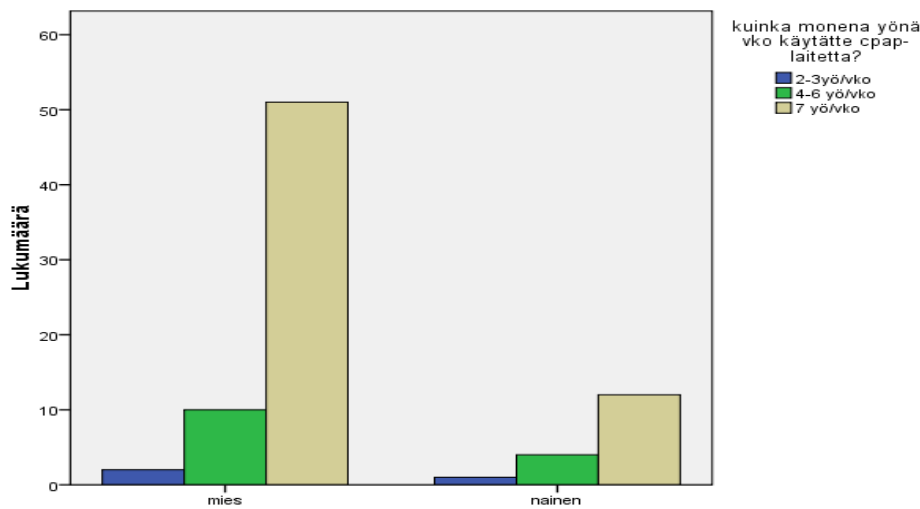
Pääsääntöisesti vastaajien CPAP-hoito oli aloitettu joko vuonna 2003 (13,4 % n=11), tai vuonna 2004 (14,6 % n=12). Kolme kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut CPAP- hoidon aloitusvuotta. Vastaajista 97,6 % (n=80) oli käyttänyt CPAP-laitettaan viimeisen vuoden aikana, kuntien välillä ei ollut käyttökohtaisia eroja. Vertailun vuoksi Miranda-potilastietojärjestelmästä selvitettiin potilaiden laitteen käyttötuntimäärät vuorokaudessa ennen hoidon siirtymistä terveyskeskukseen. Miranda- potilastietojärjestelmästä löytyi 77 vastaajan CPAP-laitteen vuorokausikohtaiset käyttötuntimäärät. Mirandasta ilmeni, että 51,9 % (n=40) vastaajista käytti CPAP- laitetta 4-7 tuntia vuorokaudessa ennen hoidon siirtymistä terveyskeskukseen. Hoidon siirryttyä terveyskeskukseen laitteen käyttöaika säilyi samana (51,2 % n=42). Tutkimuksen valossa voidaan todeta, ettei hoidon siirtyminen ole vaikuttanut siihen, kuinka paljon vastaajat ovat käyttäneet CPAP-laitettaan. (taulukko 2).

Taulukko 2. CPAP- laitteen käyttötunnit h/vrk hoidon siirtymisen jälkeen

	n	%
0-1h/vrk	1	1,2
2-3h/vrk	5	6,1
4-7h/vrk	42	51,2
enemmän kuin 7h/vrk	33	40,2
Yhteensä	81	98,8
Vastaamatta	1	1,2
Kaikki yhteensä	82	100,0

Vastaajista 76,8 % (n=63) käyttää CPAP-laitetta 7 yönä viikossa, joista miehiä on 81 % (n=51) ja naisia 19 % (n=12). Vastaajista yhteensä 17,1 % (n=14) käyttää CPAP- laitetta 4-6 yönä viikossa. Kyselyyn vastanneista 3,8 % (n=3) käyttää 2-3 yönä viikossa CPAP- laitetta. (Kuvio 2.) Kaksi (2,4 %) tutkimukseen osallistuneista ei vastannut kyseiseen kysymykseen.

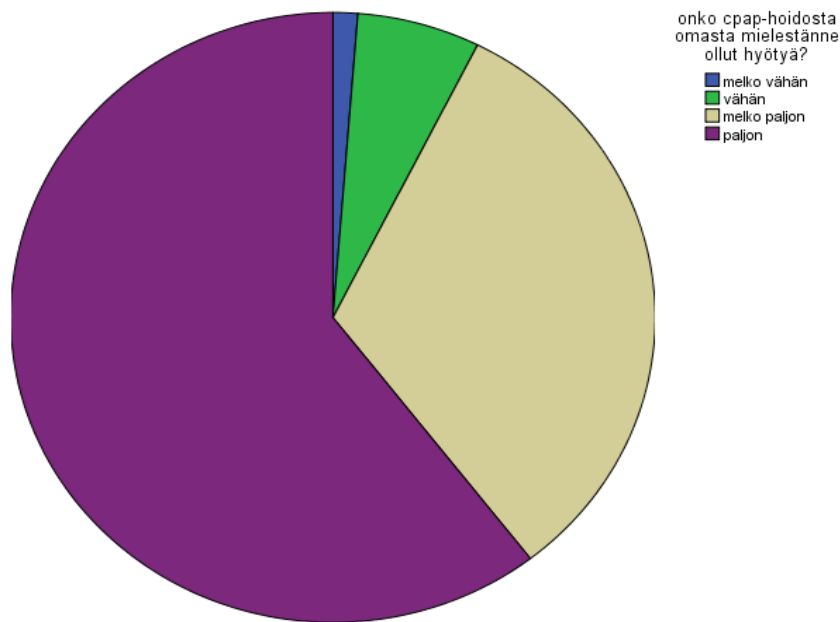
Kuvio 2. Vastaajien CPAP-laitteen käyttö yö/vko



Hieman yli puolet (53,7 %, n=44) vastaajista vastasi kysymykseen ” onko CPAP- laitteessanne ilmennyt ongelmia?” ei koskaan. Noin kolmasosalla (39 %, n=32) vastaajista oli ilmennyt harvoin ongelmia CPAP-laitteessa. Vastaajista 6,1 % (n=5) ilmoitti ongelmia olleen vain joskus. Lisäksi yksi vastanneista jätti vastaamatta kyseiseen väittämään. Tutkimuksessa 36 vastaajaa toi avoimeen kysymykseen vastaamalla esille ongelmia, joita CPAP-laitteessa oli esiintynyt. Suurimmaksi ongelmaksi tutkimuksessa nousi esille maskista johtuvat ongelmat, esimerkiksi maskin tiiviys ja sen paikallaan pysyminen, maskin silikoniosien sekä remmien kuluminen. Seuraavaksi suurin ongelmien ryhmä koostui vastaajien mukaan CPAP-laitteivioista, esimerkiksi sulakevioista ja laitteen hajoamisesta. Pieni ryhmä vastaajista koki ongelmaksi laitteen paineen sekä ilmaletkuston hajoamisen. Yksi vastanneista koki CPAP- laitteen koon ongelmaksi.

Yli puolet (59,8 %, n=49) vastaajista koki CPAP- hoidosta olevan paljon hyötyä, 31,7 % (n=26) koki hyötyä olleen melko paljon. Vastaajista 7,3 % (n=6) koki hoidosta hyötynensä vähän tai melko vähän (kuvio 3). Verrattaessa vastaajan ikää ja laitteesta saamaansa hyötyä, ilmeni, että 50–64 vuotiaat (57,1 %, n=28) kokivat laitteen käytöstä olleen eniten hyötyä. Vastaajista 96,3 % (n=79) haluaa jatkaa edelleen CPAP-laitteen käyttöä, 2,4 % (n=2) ei halua jatkaa laitteen käyttöä elämäntilanteen muuttumisen vuoksi. Yksi tutkimukseen osallistunut jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

Kuvio 3. Vastanneiden kokema hyöty CPAP- hoidosta



7.3 CPAP-ohjaus

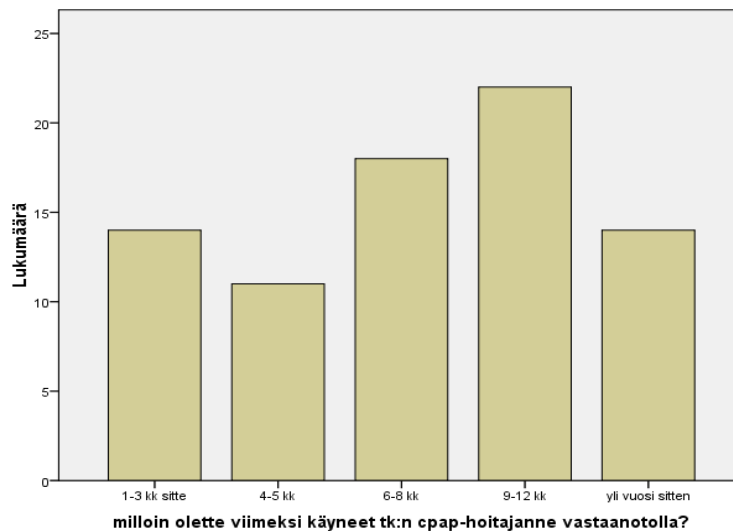
Tutkimuksessa selvitettiin, onko potilailla terveyskeskuksissa nimetty erillinen CPAP-hoitaja. Tutkimuksessa kävi ilmi, että 87,8 % (n=72) tutkimukseen osallistuneista vastaajista tiesi terveyskeskuksessa olevan erillinen CPAP-hoitaja. Vastaajista 8,5 % (n=7) ei tiennyt asiasta ja 3,7 % (n= 3) jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen. Vastaajista yli puolet (57,3 % / n=47) tiesi terveyskeskuksessa toimivan CPAP- hoitajan nimen.

Vastaajista 92,7 % (n=76) oli käynyt terveyskeskuksen CPAP-hoitajan vastaanotolla, loput 6,1 % (n=5) tutkimukseen osallistuneista ei ollut käynyt vastaanotolla. Vastaanotolla käymättä jättäneet asuivat kaikki Mäntsälässä. CPAP-hoitajan vastaanotolla käyneistä 52,6 % (n=40) asui Järvenpäässä, loput 47,4 % (n=36) asui Mäntsälässä. Vain yksi vastaaja (1,2 %) jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

Noin kaksi kolmasosaa (73,2 %, n=60) vastaajista vastasi käyneensä keskimäärin keran viimeisen 12 kuukauden aikana CPAP-hoitajan vastaanotolla. Vastaajista 7,3 % (n=6) vastasi käyneensä kaksi kertaa ja vain yksi vastaajista (1,2 %) oli käynyt keskimäärin neljä kertaa CPAP-hoitajan vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana. Vastaajista 18,3 % (n=15) ei vastannut kyseiseen kysymykseen. Tarkemmin tarkasteltaessa vastaajien viime käynnin ajankohtaa CPAP- hoitajan vastaanotolla, kävi ilmi, että 26,8 % (n=22) vastaajista oli käynyt vastaanotolla viimeksi 9-12 kuukautta sitten. Vas-

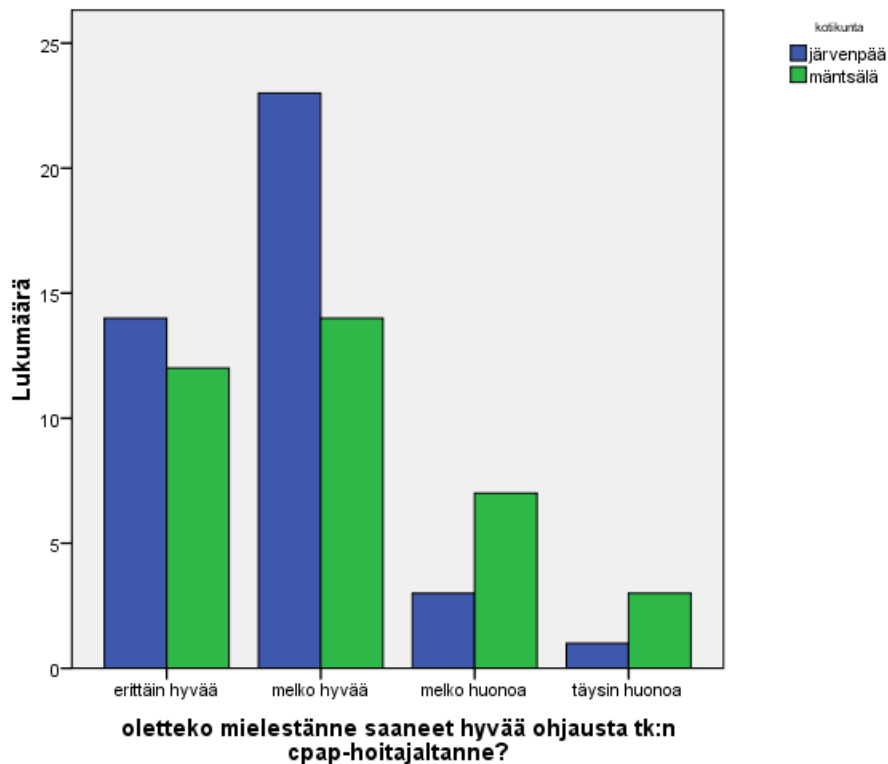
taajista 17,1 % (n=14) oli käynyt yli vuosi sitten viimeksi CPAP-hoitajan vastaanotolla, 22 % (n=18) oli käynyt 6-8 kuukautta sitten, 13,4 % (n=11) oli käynyt 4-5 kuukautta sitten ja 17,1 % (n=14) oli käynyt 1-3 kuukautta sitten viimeksi CPAP-hoitajan vastaanotolla. (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Vastanneiden viime käynti terveyskeskuksen CPAP- hoitajan vastaanotolla



Kysymyksen ” oletteko mielestänne saaneet hyvää ohjausta terveyskeskuksen CPAP-hoitajaltanne? ” vastausprosentti oli 94 % (n=77; 41 järvenpääläistä ja 36 mäntsäläläistä). Viisi mäntsäläläistä (6 %) jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen. Kolmasosa vastaajista (34 % n=26) vastasi saaneensa erittäin hyvää ohjausta, suhteessa lähes yhtä suuri osa sekä Järvenpään (53,8 % n=14), että Mäntsälän (46,2 % n=12) vastaajista. Melko hyvää ohjausta oli kokenut saavansa yhteensä 48 % (n=37). Näistä vastaajista 62,2 % (n=23) oli järvenpääläisiä ja 37,8 % (n=14) mäntsäläläisiä. Vastaajista 13,0 % (n=10) oli kokenut saaneensa melko huonoa ohjausta terveyskeskuksen CPAP-hoitajalta. Näistä 30 % (n= 3) oli järvenpääläisiä ja 70 % (n=7) oli mäntsäläläisiä. Täysin huonoa ohjausta oli kokenut saaneensa 5,2 % (n=4). Näistä vastaajista 25 % (n=1) oli järvenpääläisiä ja 75 % (n=3) mäntsäläläisiä. Näiden tutkimustulosten valossa järvenpääläiset vastaajat vaikuttivat olevan tyytyväisempiä samaansa ohjaukseen terveyskeskuksen omalta CPAP-hoitajalta, siinä mielessä, että he kokivat harvemmin saaneensa huonoa ohjausta kuin mäntsäläläiset potilaat. (Kuvio 5).

Kuvio 5. Vastaajien mielipide ohjauksesta



Tutkimuksessa tiedusteltiin tutkittavien toiveita terveyskeskuksesta saamastaan ohjauksesta avoimella kysymyksellä ”minkälaista ohjausta toivotte jatkossa saavanne terveyskeskuksen CPAP- hoitajalta?”. Vastauksissa esiin nousivat tarve asiantuntevaan ohjaukseen ja hoitajien lisäkouluttamiseen.

”Lisää koulutusta CPAP- hoitajille, tietoa laitteesta ei voi olla heillä liikaa.”

Tietoa haluttiin CPAP-hoidosta ja laitteesta sekä muista hoitomuodoista. Pieni osa vastaajista toivoi pääsevänsä uniapnean uusintatutkimuksiin. Esiin nousi myös halu saada tietoa uusista CPAP-laitteista, maskeista ja lisätarvikkeista sekä CPAP-laitteen huollosta terveyskeskuksessa. Vastaajat toivoivat myös, että terveyskeskuksen CPAP-hoitajat lähettäisivät kutsun kontrollikäynneistä kotiin, myös kontrollikäynntejä toivottiin olevan tiheämmin.

”Terveyskeskus lähettäisi kutsun kontrollikäynneille, ohjaus tarpeen mukaan kontrollikäynnin perusteella.”

”Enemmän tietoa mahdollisista muista hoitomuodoista (helpommasta).”

7.4 Mielipiteitä CPAP-hoidon seurantakäyntien siirtymisestä terveyskeskukseen

Tutkimuksessa selvitettiin avoimen kysymyksen avulla, miten vastaajien mielestä hoidon siirtyminen erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen heidän kohdallaan onnistui. Suurin osa vastaajista oli kokenut hoidon siirtymisen positiivisena. Esille nousi vastaajien tyytyväisyys hoitopaikan sijainnista.

”Hyvin, käynteihin käytetty matka ja aika lyhenivät merkittävästi.”

Vastaajat kokivat negatiivisena asiana kontrollikäyntien harventumisen sekä terveyskeskuksen CPAP-hoitajan vaikean saavutettavuuden.

”Alussa ei saanut mitään apua, soittoihin ei vastattu, soittopyynnötkään eivät toimineet, terveyskeskuksesta vähäteltiin koko asiaa, viimeaikoina on toiminut hyvin.”

Kuitenkin valtaosa vastaajista ei ollut kokenut hoidon siirtymisestä olleen oleellista vaikutusta saamaansa hoitoon terveyskeskuksessa.

”Normaalisti ilman ongelmia.”

Lähes kaikki vastaajat (96,3 %, n=79) kokivat, ettei hoidon siirtyminen ole vaikuttanut heidän CPAP- laiteensa käyttöön. Vain kaksi vastaajaa (2,4 %) oli kokenut hoidon siirtymisen vaikuttaneen CPAP- laiteensa käyttöön. Yksi tutkimukseen osallistunut (1,2 %) jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä eli sitä, mittaako se tarkoitettua asiaa. Tutkimuksen validiteettiongelmat saattavat syntyä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen osat on raportoitava huolellisesti ja mahdolliset puutteet on huomioitava raportissa. Tutkijoiden on säilytettävä rehellisyys, kriittisyys ja luotettavuus tutkimuksen ajan. Näin lopputulos on hyödynnettävissä. Analysoinnin luotettavuuteen vaikuttavat tutkimusaineiston lisäksi tutkijoiden tiedot ja taidot. (Hirsjärvi & ym. 2004. 213–215). Tässä tutkimuksessa validiteettia pyrittiin lisäämään kysymysten tarkalla harkinnalla ja tutkijoiden huolellisuudella. Reliabiliteetti eli mittausvirheettömyys osoittaa sen, missä määrin mittari mittaa tutkittavaa ominaisuutta, kuinka luotettava ja pysyvä mittari on sekä mittaustulosten pysyvyyttä ja johdonmukaisuutta. Reliabiliteettiongelmat saattavat syntyä aineiston analyysin aikana tehdyistä virheistä tai virhetulkinnosta. (Heikkilä. 2004. 28–29). Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia pyrittiin lisäämään esitestauksella. Esitestauksesta huolimatta kysymyksiin voi jäädä sellaista epätarkkuutta tai tulkinnallisuutta, joka voi laskea tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää vertailuaineisto vastaajien laitteen käyttötuntimääristä vuorokaudessa, koska kyselyssä vastaajat ovat ilmoittaneet laitteen käyttötuntimäärät omien subjektiivisten kokemusten mukaan. Kun taas vastaajien tarkat käyttötuntimäärät ennen hoidon siirtymistä on saatu potilasasiakirjoista, joihin ne on kirjattu CPAP-laitteen muistista. Vastaushetkellä kaksi kolmasosaa vastaajista käyttivät CPAP-laitetta seitsemänä yönä viikossa. Vertailevaa tutkimusaineistoa vastaajien aikaisemmasta viikkokäytöstä ei tutkijoilla ollut käytössä.

Luotettavuutta saattaa myös heikentää tutkimuksen alhainen vastausprosentti. Vastausprosenttia saattoi heikentää kyselylomakkeiden lähettämisaikakohta, joka oli kesäkuussa. Toisaalta kyseinen ajankohta salli mahdollisuuden aktiivisempaan vastaamiseen, mutta toisaalta taas moni vastaaja saattoi viettää kesää muualla kuin kotona. Saattaa olla, että tutkimukseen jättivät vastaamatta juuri ne potilaat, joilla on ollut ongelmia CPAP-hoidon kanssa tai jotka eivät ole CPAP-laitetta käyttäneet. Näin tutkimustulos on saattanut vääristyä, ja tulokset ovat todellisuuteen nähden turhan hyviä.

Tutkimuksiin liittyy useita eettisiä näkökulmia. Tärkeintä on, ettei tutkimus vahingoita ketään ja, että siitä on enemmän hyötyä kuin haittaa. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja vastuu säilyy tutkimuksen tekijöillä. Näin saadaan mahdollisimman vähän väärästä syystä täytettyjä kyselylomakkeita. Tutkimustulokset tulee raportoida rehellisesti ja avoimesti. Tutkimuksesta ja sen kulusta tulee sopia mukana olevien työelämän edustajien kanssa ja tutkimukselle tulee pyytää tutkimuslupa. (Paunonen & ym. 1998, 26–33). Opinnäytetyö suoritettiin näitä eettisiä periaatteita noudattaen. Opinnäytetyössä lähetettiin saatekirje kyselylomakkeen mukana potilaille, jossa kerrottiin vastaamisen olevan vapaaehtoista ja sen tapahtuvan nimettömästi. Saatekirjeessä myös kerrottiin, ettei kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta potilaiden hoitoon. Kyselyihin vastanneiden henkilöllisyys ei paljastunut missään vaiheessa opinnäytetyön kulkua. Tutkimuksen analysointivaiheessa vastaajien henkilöllisyys suojattiin siten, että tunnistetietoina käytettiin juoksevaa numerointia. Numeroinnin avulla tutkimukseen osallistujia ei ollut mahdollisuutta saada selville. Palautuneet kyselykaavakkeet hävitetään asianmukaisesti polttamalla tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Tutkimukselle anottiin asianmukaisesti luvat Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajalta toukokuussa 2007. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupaa ei tarvita tämänkaltaisessa tutkimuksessa (kyselytutkimus). Tutkimus toteutettiin vasta sen jälkeen kun myönteinen tutkimuslupapäätös oli saatu. Tutkimusluvan saatua lähetettiin potilaille ennalta suunnitellut kyselylomakkeet. Kyselylomakkeessa oli avoimia ja strukturoituja sekä likert-asteikollisia kysymyksiä. Kysymykset oli laadittu aikaisemman teorian ja tutkimuskysymysten pohjalta.

8.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajista oli käyttänyt CPAP-laitettaan viimeisen vuoden aikana. Verrattaessa Järvenpään ja Mäntsälän potilaiden vastauksia ei käyttökohtaisia eroja ollut todettavissa. Käyttökohtaisia eroja ei ilmennyt myöskään verrattaessa sekä Järvenpään että Mäntsälän potilaiden keskimääräisiä käyttötuntimääriä ennen ja jälkeen hoidon siirtymisen vuorokautta kohden. Kinnulan ym. (2005, 699–702) mukaan CPAP-hoito ei paranna sairautta vaan poistaa oireita. Oireet palaavat jo muutamien päivien jälkeen laitteen käytön lopettamisesta. CPAP-hoidon suhteen riittävänä käyttönä pitkäaikaisessa hoidossa pidetään keskimäärin 3-4 tunnin käyttöä vähintään viitenä yönä viikossa. (sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2002. 42–42). Tämä toteutui lähes kaikilla potilailla ainakin heidän oman ilmoituksensa mukaan. Tutkimuksen mukaan hoi-

tomyöntyyvyys näytti siis säilyneen hyvänä vaikka hoidon seuranta siirtyikin terveyskeskuksiin.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä CPAP-laitteeseensa ja vastaajat kokivat siitä olevan hyötyä. Muutamaa vastaajaa lukuun ottamatta kaikki halusivat edelleen jatkaa CPAP-laitteensa käyttöä. Noin kolmasosa vastaajista toi esille CPAP-laitteessa ilmenneitä ongelmia. Tämän tutkimuksen mukaan CPAP-laitteen ongelmista yleisempiä olivat maskiongelmat, jotka liittyivät maskin vuotamiseen ja sen paikallaan pysymiseen sekä maskin silikoniosien ja remmien kulumiseen. Vastaajat kokivat ongelmaksi myös CPAP-laiteviat, joihin kuuluvat sulakeviat ja laitteen hajoaminen. Pieni ryhmä vastaajista koki ongelmaksi laitteen paineen sekä ilmaletkuston hajoamisen sekä CPAP-laitteen koon.

Reilusti yli puolet vastaajista koki saaneensa erittäin hyvää tai melko hyvää ohjausta terveyskeskuksen CPAP-hoitajaltaan. Tämän tutkimuksen mukaan yli puolet järvenpääläisistä vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, kun taas vastaavasti mäntsäläläisistä tyytyväisiä oli vain alle puolet vastaajista. Tulosten mukaan CPAP-hoidon ohjauksessa vastaajille on jatkossa tärkeää saada asiantuntevaa ohjausta CPAP-hoidosta ja laitteesta sekä muista hoitomuodoista. Vastaajien mukaan hoitajien lisäkouluttamiseen olisi tarvetta. Kääriäinen & ym. (2006, 6-9) mukaan potilasohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan hyvä koulutus, vankka teoriatieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot. Potilasohjauksessa sairaanhoitajan persoonalliset taidot ja luovuus nousevat esiin ohjaustilanteessa.

Ohjauksessa on tärkeää hyvän ja istuvan maskin sovittaminen, oikean tyyppisen laitteen valinta ja laitteen kunnollinen perehdyttäminen. Maskin ja paineen kanssa nukkuminen vaatii potilaalta luottamusta ja rohkeutta hoitoon. Laitteen käyttöä ja sen toimintaa tulisi käydä lävitse suullisesti ja potilaalla tulisi antaa mahdollisuus harjoitella laitteen käyttöä hoitajan läsnäollessa. (Herrala. 2000, 55–56). Tutkimuksen mukaan vastaajien tiedon tarpeet kohdistuvat CPAP-laitteeseen liittyviin seikkoihin, kuten uusiin laitteisiin, maskeihin ja lisätarvikkeisiin. Valtaosa vastaajista toivoo jatkossa terveyskeskuksen lähettävän kutsun kontrollikäynneistä kotiin, kun tähän asti heidän on itse pitänyt huolehtia ajanvarauksesta. Kontrollikäynntejä toivotaan myös olevan tiheämmin kuin kerran vuodessa. Tutkimuksen mukaan voidaan todeta vastaajien olevan pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen terveyskeskuksen CPAP-hoitajaltaan.

Tuloksissa esille nousivat vastaajien mielipiteet oman CPAP-hoidon siirtymisestä erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen ja kuinka se on vaikuttanut heidän hoitoonsa. Suurin osa vastaajista oli kokenut hoidon siirtymisen positiivisena. Esille nousi vastaajien tyytyväisyys hoitopaikan sijainnista, joka on oman kunnan terveyskeskuksessa. Negatiivisena asiana esille nousi kontrollikäyntien harventuminen sekä vaikeudet saada yhteyttä CPAP-hoitajaan. Tämän tutkimuksen perusteella seurantakäynnit olivat toteutuneet kuitenkin kohtuullisesti; vain 17 %:lla potilaista edellisestä kontrollikäynnistä oli kulunut aikaa yli vuosi. Valtaosa vastaajista ei ollut kokenut hoidon siirtymisestä olleen oleellista vaikutusta saamaansa hoitoon terveyskeskuksessa.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että CPAP-hoidon seurantakäyntien siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon on onnistunut Järvenpään ja Mäntsälän potilaiden osalta hyvin eikä siirtymisellä ole ollut juurikaan vaikutusta CPAP-laitteen käyttöön. Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että järvenpääläiset vastaajat vaikuttivat olevan tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen omalta CPAP-hoitajalta. Vaikka valtaosa vastaajista koki terveyskeskuksessa saadun CPAP-ohjauksen onnistuneen hyvin, parantamisen varaa kuitenkin löytyi esimerkiksi asiantuntevan ohjauksen ja hoitajien lisäkouluttautumisen tarpeesta.

8.3 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksiksi nousevat CPAP-potilaiden seurantakäyntien siirtymisen tutkiminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon laajemmalla aineistolla. Aineisto voitaisiin kerätä uusintakyselyllä potilailta, jotka eivät tähän tutkimukseen vastanneet. Tämä tutkimus ja sen tulokset toimivatkin hyvänä pohjana uudelle opinnäytetyölle. Tutkimus toimii myös esimerkkinä muille sairaanhoitopiireille, koska tulokset osoittavat CPAP-hoidon seurantakäyntien sujuvan melko hyvin terveyskeskuksissa. Alueellisia eroja CPAP-hoidon seurantakäyntien siirtymisestä perusterveydenhuoltoon saataisiin selville, jos samanlaista hoitojärjestelyä toteutettaisiin muissakin sairaanhoitopiireissä. Tämä mahdollistaisi aineiston keräämisen useista sairaanhoitopiireistä.

Tämä tutkimus keskittyi potilaiden mielipiteisiin hoidon siirtymisestä terveyskeskuksiin ja heidän saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta terveyskeskuksissa. Hoidon ohjausta voitaisiin myös jatkossa tutkia CPAP-hoitajan näkökulmasta, jolloin hoitajien ja potilaiden näkökulmia ohjauksesta voitaisiin verrata keskenään.

Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon järjestelmät eroavat kontrollikäyntien järjestämisessä siten, että erikoissairaanhoidon potilaat kutsuu potilaat kontrollikäynnille ja terveyskeskus edellyttää potilaalta oma-aloitteisuutta kontrollikäyntien varaamisessa. Jos potilaiden hoidon seuranta halutaan parantaa, olisi terveyskeskustenkin hyvä harkita kutsujärjestelmään siirtymistä. CPAP-hoitajien hyvä tavoitettavuus olisi myös tärkeää.

8.4 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja hidaskäynnin prosessi. Alussa työn aihe vaati kypsyttelyä ja aiheen tarkkaa rajaamista, koska ideoita oli paljon ja oli vaikea löytää työlle ”punaista lankaa”. Aiheen rajaaminen ja selkiyttäminen motivoivat meitä eteenpäin. Opinnäytetyön tekemistä vaikeutti alussa ohjaavan opettajan vaihtuminen, joskin näin jälkikäteen olemme pohtineet tämän olleen meille vain eduksi.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet lukemaan erilaisia tutkimuksia ja analysoimaan niiden sisältöä hyödyntääksemme niitä tietoja omassa opinnäytetyössämme. Osa tutkimuksista ja lähteistä oli englanninkielisiä, joten kielitaitomme kehittyi opinnäytetyön edetessä. Työtä tehdessä hyödynsimme aikaisemmin opittuja tutkimuskeinoja ja -menetelmiä sekä tiedonhaun kautta löytämäämme tietoa. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme olleet tiiviissä yhteistyössä ohjaavan opettajan, työelämän edustajan sekä opiskelijatovereiden kanssa. Palautteen saaminen on auttanut meitä pitämään kiinni ”punaisesta langasta”. Oman työn kriittinen arviointi ja saamamme palautteen hyödyntäminen työmme kehittämiseksi ovat tukeneet ammatillista kasvuamme. Opinnäytetyössä olemme oppineet tiimityötaitoja, ajankäytön hallintaa sekä stressinsietokykyä. Nämä taidot ovat avuksi työskennellessämme sairaanhoitajina.

LÄHTEET

- Brander, P & työryhmä. Hyvinkään sairaala. 2006. Kuorsaus ja uniapnea Hoitoketju.
- Burnard, P. 1994. Counselling Skills for Health Professionals. St Edmundsbury Press, Edmunds Suffolk.
- Close, A. 1998. Patient Education: a literature review. Journal of Advanced Nursing 13.
- Ernwall, R. Ernwall, S. Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. 1.painos. Helsinki: WSOY
- Etene. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. [WWW-dokumentti]. <http: <www.etene.org/dokumentit/eteneFIN.pdf.>(luettu 6.9.2008).
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5.uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Herrala, J. 2000. Obstruktiivinen uniapnea- nenän kautta annettava ylipainehengityshoito. Teoksessa Hengityshoito 4. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Tammi.
- Jarred, N. Payne, S. 1995. A selective review of the literature on nursepatient communication: has the patients contribution been neglectic? Journal of Advanced Nursing 22(1).
- Kanste, O. Lipponen, K. Kyngäs, H. Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. Tutkiva Hoitotyö. Vol.5 (3).
- Kinnula, V. Brander, P, E. Tukiainen, P. (toim.). 2005. Keuhkosairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Kyngäs, H. Kukkurainen, M-L. Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede. 5.
- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. Kyngäs, H. 2006. Ohjaus tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja-Suoköterskan.10.
- Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tampereen Yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Leino-Kilpi, H. Walta, L. Helenius, H. Vuorenheimo, J. Välimäki, M. 1995. Hoidonlaadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Stakes. Raportteja 151. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Leino-Kilpi, H. Luoto, E. 2001. The multiple sclerosis nurse as patient educator. Journal of Neuroscience Nursing 33(2).

- Mmia, T. 2005. SPSS-alkeisopas. [WWW-dokumentti]. <http://www.uta.fi/~tero.mamia/opetus/spss_alkeisopas.pdf>. (luettu 20.3.2008).
- Merrit, S.L. Berger, B.E. 2004. Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: Nurses may detect a problem overlooked by other providers. *American Journal of Nursing*. Vol 104(7).
- Metsämuuronen, J. 2001. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. Metodologia-sarja 7. Viro: International Methelp Ky.
- Miettinen, M. 2000. Obstrukttiivinen uniapnea ja hypertonia. Uniapnean diagnostiikka ja hoitolinjat. [WWW-dokumentti]. <<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/000914.htm>>. (luettu 13.2.2008).
- Opetushallitus. Etälukio. 2008. Terveystietokurssit 1-2. [WWW-dokumentti]. <<http://www.2edu.fi/etalukionterveystieto/page.php?perusterveydenhuolto>> (luettu 20.9.2008).
- Paunonen, M. Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1-2. painos. Juva: WSOY.
- Polo, O. 2005. Kuorsaus ja Uniapnea. Teoksessa Keuhkosairaudet. Kinnula, V. Brander, P. Tukiainen, P. (toim.) 3. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Rodgers, H. Atkinson. Bond, S. Suddes, M. Dobson, R. Curless, R. 1999. Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke* 30(12).
- Salanterä, S. Virtanen, H. Johansson, K. Elomaa, L. Salmela, M. Ahonen, P. Lehtikunnas, T. Moisander, M-L. Pulkkinen, M- L. Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjaus materiaalin arviointi. *Hoitotiede*. Vol 17 (4).
- Seppä, J, Tuomilehto, H, Kokkarinen, J. 2007. Aikuisten obstrukttiivisen uniapnean hoito. *Duodecim* 123.
- Smith, C. Mayer, L. Metsker, C. Voelker, M. Balvin, S. Whitman, R. Pingleton, S. 1998. Continuous positive airway pressure; Patient's and caregivers' learning needs and barriers to use. *Issues in pulmonary nursing*. Heart & Lung. Vol 27(2).
- Suomen Laki. 1992. 1994.
- Suomen unihoitajaseura ry 2006. SUHS ry [WWW-dokumentti]. <http://unihoitajat.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=82>. (luettu 1.6.2008).
- Stanford, R C. 2000. Caring through realition and dialogue: a nursing perspective for patient education. *Advances in Nursing Science* 22(3).
- Steman, P. Toljomo, M. 2002. Astmapotilaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede*. Vol 14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtakunnallinen uniapneaohjelma. 2002–2012. Helsinki.

Thomas, D. Duncan, F. 1999. Key Ethical Issues for Counsellors. Guidance and Counselling 14 (2).

Voipio-Pulkki, L-M.2008. Vaarantaako terveydenhuollon palvelurakennemuutos laadukkaat hoitoketjut?.[WWW-dokumentti].
<http://www.piramk.fi/vercox/ajankohtaista/4_Voipio-Pulkki.ppt.> (luettu 8.10.2008).

LIITE 1

Hyvä vastaanottaja,

Olemme kaksi viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Hyvinkää Laurean ammattikorkeakoulusta. Vuonna 2005 CPAP- potilaiden hoidon seurantakäynnit siirrettiin erikoissairaanhoidosta oman kunnan terveyskeskuksen unihoitajalle. Teemme opinnäyte-työtä tästä aiheesta. Tarkoituksenamme on selvittää teidän mielipiteitänne laitteen käytöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös selvittää onko seurantakäyntienne siirrolla ollut vaikutusta teidän saamaanne hoitoon. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää uniapopotilaan hoitoa ja ohjausta perusterveydenhuollossa. Tästä syystä Teidän mielipiteenne ovat erittäin tärkeitä.

Tutkimuksen avuksi olemme laatineet kyselylomakkeen, jonka avulla toteutamme tutkimuksen. Toivoisimme teidän vastaavan ympyröimällä sen vaihtoehdon, joka eniten kuvaa omaa mielipidettänne. Kyselylomakkeessa on myös avoimia kysymyksiä, joihin saatte vastata vapaalla tekstillä. Kyselylomakkeen mukana saatte uneliasuuskyselyn (ESS), jonka avulla selvitämme teidän tämän hetkistä nukahtelutaipumustanne. Kyselylomakkeet täytetään nimettöminä. Toivomme teidän vastaavan tämän kirjeen mukana tuleviin kyselyihin ja palauttavan täytetyt kyselykaavakkeet oheisessa kirjekuoressa, jonka postimaksu on maksettu.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen vaikuta kohteluunne tai jatkohoitoon nyt tai vastaisuudessa. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Henkilöllisyys ei tule julki missään vaiheessa tutkimusta. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Toivomme teidän vastaavan 30.6.menessä.

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Mia Martikainen
mia.m.martikainen@laurea.fi

Heidi Ruoskanen
heidi.ruoskanen@laurea.fi

Nanna Peltosaari
Laurea-Ammattikorkeakoulu
Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää

TUTKIMUSLUPA

LIITE 2

Opinnäytetyön tekijä/tekijät

Mia Martikainen
Heidi Ruoskanen

Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot

mia.m.martikainen@laurea.fi

heidi.ruoskanen@laurea.fi

Organisaatio/yksikkö
keakoulu
Organisaation/yksikön yhteystiedot

Hyvinkään Laurea ammattikor-
keakoulu
Uudenmaankatu 22
05800 Hyvinkää

Koulutusohjelma

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyön ohjaaja

Nanna Peltosaari

Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot

nanna.peltosaari@laurea.fi

Opinnäytetyön nimi

CPAP POTILAIEN SEURANTA
KÄYNNIT PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyön aineistona käytetään potilaalta saatua tietoa kyselylomakkeen, sairaskertomuksen ja uneliaisuuskyselyn (ESS) avulla. Opinnäytetyö toteutetaan määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään kyselylomaketta, joka postitetaan Mäntsälän ja Järvenpään CPAP-laitetta käyttäville potilaille. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Kyselylomakkeet lähetetään satunnaisesti potilastietojärjestelmästä valituille

150 potilaalle. Kysely on tarkoitus toteuttaa touko-kesäkuun aikana 2008. Tiedot vastauksista eivät välity muille kuin tutkimuksesta vastaaville henkilöille. Tutkimus suoritetaan ehdottomasti vaitiovelvollisuutta noudattaen.

Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

...../..... 200.....
Paikka ja aika

.....
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.

HUS/HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE
HYVINKÄÄN SAIRAALA

uneliaisuuskysely
(EPWORTH SLEEPINESS SCALE, ESS)

Keuhkosairauksien yksikkö
Sairaalank. 1, 05850 HYVINKÄÄ
Puh. 019 45871

Vastauspäivämäärä: _____

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Ohje: Kuinka todennäköistä on, että torkahdatte tai nukahdatte seuraavissa tilanteissa vasta-kohtana sille, että vain tunnette itsenne väsyneeksi? Tämä koskee Teidän tavanomaista elämänta-panne kahden viimeksi kuluneen viikon aikana. Vaikka ette olisi tehnyt joitain alla kuvatuista asioista äskettäin, yrittäkää arvioida, miten ne olisivat vaikuttaneet Teihin. Käyttäkää seuraavaa asteikkoa valitaksenne numeron kuhunkin tilanteeseen.

Asteikko (vastausvaihtoehdot)

- 0 = en nukahda koskaan
1 = pieni todennäköisyys nukahtaa (nukahdan harvoin)
2 = kohtalainen todennäköisyys nukahtaa (nukahdan melko usein)
3 = suuri todennäköisyys nukahtaa (nukahdan lähes aina)

Arvio torkahtamisen todennäköisyydestä (rengasta oikea vaihtoehto):

Tilanne	Todennäköisyys, että torkahdat?			
	En torkahda koskaan	pieni	kohtalainen	suuri
Istun lukemassa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Katson tv:tä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Istun passiivisena julkisessa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Paikassa (esim. teatterissa tai esitelmätilaisuudessa)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Olen matkustajana autossa keskeytyksessä tunnin ajan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lepään makuuasennossa Iltapäivällä olosuhteiden sen salliessa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Istun puhumassa jonkun kanssa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Istun kaikessa rauhassa alkoholittoman lounaan jälkeen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Istun autossa sen pysähtyttyä liikenteessä muutamaksi minuutiksi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

MUISTAKAA VASTATA KAIKKIIN KOHTIIN!

I PERUSTIEDOT

1. IKÄ

- A. 20–34
- B. 35–49
- C. 50–64
- D. 65–75
- E. yli

2. SUKUPUOLI

- A. mies
- B. nainen

3. PAINO kg

4. AMMATTI työssä/työtön

5. MINÄ VUONNA UNIAPNEA ON TODETTU?

II CPAP LAITTEEN KÄYTTÖ

6. MINÄ VUONNA CPAP- HOITO ON ALOITETTU?

7. OLETTEKO KÄYTTÄNEET CPAP- LAITETTANNE?

- A. kyllä
 - B. ei, miksi?
-
-

8. KUINKA MONTA TUNTIA VUOROKAUDESSA ITSE ARVIOITTE
NUKKUNEENNE CPAP- LAITTEEN KANSSA KESKIMÄÄRIN?

- A. 0-1 h / vrk
- B. 2-3 h / vrk
- C. 4-7 h / vrk
- D. enemmän kuin 7 h / vrk

9. KUINKA MONENA YÖNÄ VIIKOSSA KÄYTÄTTE CPAP-LAITETTA?

- A. 1 yö / vko
- B. 2-3 yö / vko
- C. 4-6 yö / vko
- D. 7 yö / vko

10. ONKO CPAP- LAITTEESSANNE ILMENNYT ONGELMIA?

- A. kyllä, aina
- B. kyllä, joskus
- C. harvoin
- D. ei koskaan

11. MINKÄLAISIA ONGELMIA CPAP-LAITTEESSANNE ON OLLUT?

12. ONKO CPAP- HOIDOSTA OMASTA MIELESTÄNNE OLLUT HYÖTYÄ?

- A. melko vähän
- B. vähän
- C. melko paljon
- D. paljon

13. HALUATTEKO EDELLEEN JATKAA CPAP- LAITTEEN KÄYTTÖÄ?

- A. kyllä
- B. ei, miksi?

III CPAP- OHJAUS

14. ONKO TEILLÄ TERVEYSKESKUKSESSA OMA CPAP – HOITAJA?

- A. kyllä
- B. ei

15. KUKA ON TERVEYSKESKUKSEN CPAP- HOITAJANNE?

16. OLETTEKO KÄYNEET TERVEYSKESKUKSEN CPAP- HOITAJANNE VASTAANOTOLLA?

- A. kyllä
- B. ei

17. MILLOIN OLETTE VIIMEKSI KÄYNEET TERVEYSKESKUKSEN CPAP- HOITAJANNE VASTAANOTOLLA?

- A. 1-3 kk sitten
- B. 4-5 kk
- C. 6-8 kk
- D. 9-12 kk
- E. yli vuosi sitten

18. KUINKA USEIN KESKIMÄÄRIN OLETTE KÄYNEET TERVEYSKESKUKSEN CPAP- HOITAJANNE VASTAANOTOLLA VIIMEISEN 12 KK:N AIKANA?

19. OLETTEKO MIELESTÄNNE SAANEET HYVÄÄ OHJAUSTA TERVEYSKESKUKSEN CPAP- HOITAJALTANNE?

- A. erittäin hyvää
- B. melko hyvää
- C. melko huono
- D. täysin huono

20. MINKÄLAISTA OHJAUSTA TOIVOTTE JATKOSSA SAAVANNE
TERVEYSKESKUKSEN CPAP-HOITAJALTANNE?

III MIELIPITEITÄNNE CPAP- HOIDON SEURANTAKÄYNTIEN SIIRTYMISESTÄ TERVEYSKESKUKSEEN

21. MITEN MIELESTÄNNE HOIDON SIIRTYMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA
TERVEYSKESKUKSEEN TEIDÄN KOHDALLANNE ONNISTUI?

22. MITEN TEIDÄN CPAP- HOIDON SEURANNAN SIIRTYMINEN
TERVEYSKESKUKSEEN ON OMASTA MIELESTÄNNE VAIKUTTANUT
HOITOONNE?

23. ONKO SIIRTYMINEN VAIKUTTANUT SIIHEN, KUINKA PALJON KÄYTÄTTE
CPAP- LAITETTANNE?

A. kyllä, miten?

B. ei

KIITÄMME YHTEISTYÖSTÄ JA MIELENKIINNOSTANNE