



LAUREA

Uniapneapotilaan itsehoidon tukeminen

Audiovisuaalisen ohjausmateriaalin käsikirjoitus

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Sikander, Inkeri

Virolainen, Leena

2009 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

UNIAPNEAPOTILAAN ITSEHOIDON TUKEMINEN:
Audiovisuaalisen ohjausmateriaalin käsikirjoitus

Inkeri Sikander
Leena Virolainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2009

Inkeri Sikander ja Leena Virolainen

UNIAPNEAPOTILAAN ITSEHOIDON TUKEMINEN: Audiovisuaalisen ohjausmateriaalin käsikirjoitus

Vuosi	2009	Sivumäärä	38
-------	------	-----------	----

Tämän työn tarkoituksena oli tuottaa käsikirjoitus audiovisuaalista potilasohjausmateriaalia varten uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidon tukemiseksi. Ohjausmateriaali suunnataan ylipainoisille aikuisille (painoindeksi yli 25), joilla on diagnosoitu uniapnea-oireyhtymä. Valmis materiaali tukee potilaan itsehoitoa kotona. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Iho- ja allergiasairaalan allergiapoliklinikan sekä Meilahden sairaalan keuhkosairauksien klinikan 82 kanssa. Uniapneaoireyhtymä on kansantauti, ja hoitamattomana sillä on useita haittavaikutuksia yksilön terveyteen. Uniapneaoireyhtymällä tarkoitetaan unenaikana ilmeneviä hengityskatkoksia. Työn keskeisimmät käsitteet ovat uniapneaoireyhtymä, potilasohjaus, itsehoito ja sen tukeminen.

Opinnäytetyö on toiminnallinen. Työssä käytettiin laadullista lähestymistapaa. Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla, jossa haastateltiin ryhmässä viittä uniapneaoireyhtymän hoitotyön asiantuntijaa. Haastattelu pohjautui kolmeen teemaan, jotka olivat ohjausmateriaalin käsikirjoituksen tavoitteet, sisältö sekä toteuttaminen. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriasidonnaisella sisällön analyysillä. Analyysiä ohjasivat haastattelun teemat.

Keskeisimmin haastattelussa nousi esiin haastateltujen asiantuntijoiden näkemys uniapneaoireyhtymäpotilaiden laajasta kirjosta. Uniapneaoireyhtymä voi koskea ihan ketä vain iästä, sukupuolesta ja painosta riippumatta. Myös ylipainehengitys-hoidon tärkeä merkitys ja potilaan sitoutuminen säännölliseen käyttöön nousi esiin haastattelussa. Asiantuntijaraati halusi tuoda esiin potilasryhmän väsymyksen keskeisenä ongelmana liittyen juuri potilaan motivaatioon itsehoitoa ja elämäntapamuutoksia kohtaan. Saatujen tuloksien perusteella tuotettiin käsikirjoitus, jonka pohjalta tuotettavan audiovisuaalisen materiaalin tarkoituksena on motivoida ylipainoisia uniapneaoireyhtymäpotilaita itsehoitoon sekä elämäntapamuutoksiin.

Käsikirjoituksen ovat arvioineet haastatellut asiantuntijat sekä Laurea Otaniemen multimedia-asiantuntijat. Arvioinnissa saatiin palautetta, että käsikirjoitus on hyvin kirjoitettu ja tarina on hyvä. Käsikirjoituksessa on onnistuttu muotoilemaan hyvin uniapneaoireyhtymäpotilaan toimintakyvttömyyden ja motivaation puutteen. Multimedia-asiantuntijoilta saatiin vielä ehdotuksia käsikirjoituksen rakenteeseen.

Toteutetusta käsikirjoituksesta on apua uniapneaoireyhtymäpotilaille ja se motivoi heitä elämäntapamuutoksiin ja itsehoitoon niin, että heidän elämänlaatunsa ja työkykynsä paranevat.

Asiasanat: uniapneaoireyhtymä, potilasohjaus, itsehoito, itsehoidon tukeminen

Otaniemi
Nursing programme
Nurse

Inkeri Sikander and Leena Virolainen

SUPPORTING SLEEP APNEA SYNDROME PATIENTS´ SELF-CARE: A script for audiovisual guidance material

Year	2009	Pages	38
------	------	-------	----

The purpose of this study is to produce a script for audiovisual patient guidance material on supporting sleep apnea syndrome patients´ self-care. The guidance material concentrates on overweight adults (body mass index over 25) who have been diagnosed with sleep apnea syndrome. The completed material supports patients´ self-care at home. Our thesis is carried out in co-operation with Skin and Allergy Hospital´s allergy clinic and in Meilahti´s Hospitals lung diseases clinic 82. Sleep apnea syndrome is a widespread disease and untreated it has several harmful effects on an individual´s health. The term sleep apnea syndrome means breath dissociation appearing during sleep. The central concepts of our study are sleep apnea syndrome, patient guidance, self-care and supporting self-care.

Our study is functional and approach is qualitative. The study was carried out through a group theme interview of five sleep apnea syndrome nursing professionals. The interview was based on three themes which are guidance materials goals, its content and making the script. The interview material was analysed with theory-related content analysis. The interview´s themes were directed by the analysis.

In the interview emerged centrally the nursing professionals view of sleep apnea syndrome patients´ wide variety. Sleep apnea syndrome can touch anyone no matter age, sex or weight. In the interview also emerged the meaning of cpap-treatment´s importance and patients´ undertaking of its regular use. The group of professionals wanted to introduce tiredness as the central complication in patients´ motivation in self-care and in changing their way of life. On the basis of the findings a script is produced to motivate the overweight sleep apnea patients to self-care and to change their way of life through the audiovisual material.

The script has been evaluated by the nursing professionals and the multimedia experts of Laurea. In the evaluation we got feedback that the script was written well and the story was good. We managed to formulate the sleep apnea patients´ lack of functional capacity and motivation. From the multimedia experts we got some suggestions for the script´s structure.

We do believe that the script will help sleep apnea syndrome patients and will motivate them to change their way of life and to commit to self-care so that their quality of life and ability to work improves.

Key words: sleep apnea syndrome, patient guidance, self-care, supporting self-care

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidon tukeminen ja ohjaus	7
2.1	Uniapneaoireyhtymä	7
2.1.1	Uniapneaoireyhtymän oireet ja ennaltaehkäisy	7
2.1.2	Uniapneaoireyhtymäpotilaan hoitoketju	8
2.1.3	Uniapneaoireyhtymäpotilaan hoito	9
2.2	Itsehoito ja itsehoidon tukeminen	10
2.3	Potilasohjaus	11
2.3.1	Audiovisuaalinen ohjaus	14
2.3.2	Uniapneaoireyhtymäpotilaan ohjaus	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja haastatteluteemat	15
4	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut ja opinnäytetyöprosessin kuvaus	16
4.1	Aineiston keruu	18
4.2	Aineiston analysointi	19
5	Käsitteiden laatiminen	20
5.1	Käsitteiden suunnittelu	20
5.2	Käsitteiden toteuttaminen	21
6	Käsitteiden arviointi	23
7	Pohdinta	24
7.1	Käsitteiden pohdinta	24
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	27
7.3	Kehittämissuhteet	29
	Lähteet	31
	Liitteet	33
	Liite 1. Käsitteiden laatiminen	33
	Liite 2. Haastatteluteemat ja -kysymykset	38
	Liite 3. Tutkimuslupa-anomus	39
	Liite 4. Kirje asiantuntijajärjestölle	40

1 Johdanto

Uniapnea on kansantauti, jota sairastaa 150 000 suomalaista. Hoitamattomana uniapnea on kansanterveydellinen ongelma, joka lisää kuolleisuutta, tapaturmia, sydän- ja verisuonisairauksia, alentaa työ- ja toimintakykyä sekä huonontaa uniapneaa sairastavan elämänlaatua. Uniapneaoireyhtymällä tarkoitetaan unen aikana ilmeneviä normaalia pidempiä tai useammin ilmaantuvia hengityspysähdyksiä joista on seurauksena valheen aikaisia oireita. Sairauden pelätään edelleen yleistyvän väestön lihavuuden lisääntymisen myötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tarkoituksena on tuottaa käsikirjoitus audiovisuaalista potilasohjausmateriaalia varten uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidon tukemiseksi. Audiovisuaalinen ohjausmateriaali tukee uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoitoa kotona. Ohjausmateriaali on suunnattu ylipainoisen aikuisen potilaan käyttöön ja potilaalla on myös aloitettu cpap-hoito. Aikuinen ihminen määritellään ylipainoiseksi, kun hänen painoindeksinsä on yli 25. Säännöllinen cpap-hoito lievittää sairauden oireita ja tukee näin ollen painonhallintaa. Valmis tuotos on hoitajan antaman henkilökohtaisen ohjauksen lisämateriaalia. Tarve tämänkaltaisen materiaalin tuottamiseen tuli esiin ideointikeskustelussa lho- ja allergiasairaалassa (Bellaoui, Kallio & Renholm, 28.5.2007). Esiin tuli erityisesti potilaan omaan hoitoon motivointi sekä elämäntapaohjaus. Työmme on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen toimipisteen Kolmiosairaala-hanketta. Hankeen toisena osapuolena toimii Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS.

Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistuksessa määritellään opinnäytetyön tavoitteeksi palvella opiskelijan ammatillista kasvua ja osaamisen kehittymistä. Opinnäytetyön tehnyt opiskelija osaa tutkimuksellisesti kehittää työelämää ja tuottaa uusia ratkaisuja tuotteina, toimintamalleina ja työkulttuurina (Laurea-ammattikorkeakoulu. 2007, 3.) Valitsimme aiheen oman kiinnostuksemme pohjalta, opiskeltavaan alaan liittyen sekä yhteistyökumppaneiden tarpeiden kartoittamisen myötä. Materiaali työstetään audiovisuaaliseen muotoon, mihin tulemme tarvitsemaan muun alan opiskelijoiden tai tahon yhteistyötä.

Olemme olleet yhteydessä lho- ja allergiasairaalan ylihoitaja Renholmiin sekä ideoineet yhdessä työtämme osastonhoitajien Kallion ja Bellaouin kanssa. Kallio toimii lho- ja allergiasairaalan allergianpoliklinikalla osastonhoitajana. Bellaoui toimii osastonhoitajana Meilahden sairaalan Keuhkosairauksien klinikan osastolla 82. Nämä osastot vastaavat yhdessä HUS:n alueen uniapnea-oireyhtymäpotilaiden hoidosta. Olemme tutustuneet osaston, unilaboratorion ja poliklinikan toimintaan sekä uniapneaoireyhtymäpotilaan hoitoon tammikuussa 2008.

2 Uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidon tukeminen ja ohjaus

Käsitteet opinnäytetyössämme ovat uniapneaoireyhtymä, itsehoito ja itsehoidon tukeminen sekä potilasohjaus. Opinnäytetyöprosessissa liittyen tutustuimme myös toiminnallisen opinnäytetyön periaatteisiin ja toteuttamiseen joita olivat toiminnallinen tutkimus, teemahaastattelu sekä sisällönanalyysi.

2.1 Uniapneaoireyhtymä

Uniapneaoireyhtymällä tarkoitetaan sairautta, jossa esiintyy toistuvia unen aikaisia hengityskatkoksia ja niistä aiheutuvia häiritseviä oireita tai löydöksiä. Uniapnea on kansantaudin luokkaa oleva sairaus, jota esiintyy kaikenikäisillä, mutta yleisin se on keski-ikäisillä, miehillä naisia enemmän. Suomessa on arviolta 150 000 uniapneaa sairastavaa potilasta, joista noin 20 000–40 000 tarvitsee aktiivista hoitoa. Toistuvat hengityskatkokset haittaavat normaalia unta ja herättävät potilaan syvästä unesta, jonka seurauksena unen laatu ja virkistävyys kärsivät. (Hengityслиitto Heli 2007, 2–3.) Termillä apnea tarkoitetaan täydellistä 10 sekuntia tai kauemmin kestävä katkosta hengitysilma virtauksessa ja hypopnealla tarkoitetaan vähentynyttä hengitysilma virtausta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 16).

Unenaikaiset hengityskatkokot voivat olla syntymekanisminsa mukaan joko ylähengitysteiden sulkeutumisesta tai hengityksen säätelyhäiriöstä johtuvia. Lisäksi tunnetaan sekamuotoinen uniapnea. (Wallius & Kuukasjärvi 2002, 3.) Riskitekijöitä uniapneaan altistumiselle voivat olla nenän, nielun tai kasvojen alueen rakenteelliset häiriöt sekä vartalon vyötärölihavuus ja paksukaalaisuus. Uniapnean vaikeusaste määritellään hengityshäiriöiden (AHI) määrän ja valveen aikaisten oireiden vaikeusasteen avulla. AHI ilmoittaa montako apneaa ja hypopneaa on todettu tunnin unen aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 17–22.) Lihavuudesta johtuva kaulan alueen runsas rasvakudos aiheuttaa ulkopuolisen puristuksen, joka pienentää näin ollen nielun läpimittaa ja huonontaa hengitystoimintaa (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007).

2.1.1 Uniapneaoireyhtymän oireet ja ennaltaehkäisy

Uniapnean oireet voidaan jakaa valve- ja unenaikaisiin. Valveaikaisiin oireisiin kuuluu muunmuassa päiväväsymys, aamupäänsärky, nukahtelutaipumus, muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet ja mielialahäiriöt. Unenaikaisiin oireisiin katsotaan kuuluvaksi äänekäs kuorsaus, levoton yöuni, yöhikoilu ja mahdollisesti lisääntynyt yöllinen virtsaamisen tarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 19.)

Uniapneaoireyhtymään sairastumisen riskiä voidaan pienentää vaikuttamalla käyttäytymiseen ja mahdollistamalla altistavien sairauksien hyvä hoito sekä parantamalla uniapnean varhaista diagnosointia. Tärkeää on myös motivoida potilasta omaan hoitoon. Yksittäisiä toimenpiteitä sairauden ehkäisemiseksi ovat normaalin painon säilyttäminen/tavoittelemisen, hengitysteiden toiminnan turvaaminen, säännöllinen vuorokausirytmä sekä riskitekijöiden huomioon ottaminen terveydenhuollon piirissä. Riskitekijöiden hoitoa ovat esimerkiksi purentavirheiden hoito, suurentuneiden kitarisoiden poisto, astman ja keuhkoastmataudin aktiivinen hoito sekä päihteiden ja tupakan käytön vähentäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 27–29.) Yleensä uniapnea ei aiheuta yksinään työkyvyttömyyttä, poikkeuksena vaikeaa uniapneaa sairastavat ammattiautoilijat (Brander 2008). Hoitamattoman uniapnean pitkäaikaisia vaikutuksia ovat työ- ja toimintakyvyn heikkeneminen, sydän- ja verisuonitautien paheneminen, psyykkisten ongelmien pahentuminen sekä aivoverenkierohäiriön riskin kasvaminen. Päiväsaikaisen vireystilan heikentymisen vuoksi uniapneaoireyhtymä kasvattaa riskiä työ- ja liikenneonnettomuuksiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 23–24).

2.1.2 Uniapneaoireyhtymäpotilaan hoitoketju

Uniapneaoireyhtymä voidaan todeta henkilön oman epäilyksen perusteella tai terveydenhuollon löydösten perusteella. Jatkoselvitykset aloitetaan perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, jossa kartoitetaan oireita ja riskitekijöitä, tehdään unianamneesi eli kuvaus unen laadusta, selvitetään rinnakkaissairaudet, kartoitetaan nenän ja nielun alueen sairauksia ja leikkauksia sekä päihteiden käyttöä, tutkitaan paino ja painon kehitys sekä tiedustellaan potilaan ammattia. Potilaalle suoritetaan kliininen tutkimus, jossa tutkitaan paino, pituus, painoindeksi, verenpaine, sydämen ja keuhkojen tila. Lisäksi potilas täyttää päiväaikaista väsymystä kuvaavan oireipisteytyksen eli ESS-pisteet sekä tehdään tarpeen vaatiessa masentuneisuusseula. Perusterveydenhuollossa lisäksi hoidetaan lieväoireisten potilaiden ohjaamista, neuvontaa ja seurantaa kiinnittäen huomiota uniapnean riskitekijöiden vähentämiseen. Potilaalle tarjotaan ravitsemus- ja liikuntaohjausta sekä tuetaan rinnakkaissairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja seurannassa. Myös pitkään jatkunutta ongelmatonta ylipainehengityshoitoa (cpap eli continued positive airway pressure) voidaan seurata perusterveydenhuollon piirissä. (Brander 2008.)

Tarpeen vaatiessa tutkimuksia jatketaan erikoissairaanhoidon piirissä, jossa erikoislääkärit yhteistyössä konsultoivat potilaan tilannetta ja uniapnean vaikeusastetta.

Perusterveydenhuollon lähete voidaan laittaa korva-nenä-kurkkutautien yksikköön tai keuhkosairauksien yksikköön. Korva-nenä-kurkkutautien yksikössä potilaasta voidaan tutkia nenäongelmia ja pohtia mahdollisia toimenpiteitä nenä-nielurakenteen suhteen. Ylipainoisten kuorsauspotilaiden tai oireiston viitatessa keskivaikeaan tai vaikeaan uniapneaan, potilas

ohjataan keuhkosairauksien yksikköön. (Brander 2008.) Keuhkosairauksien yksikössä tärkeänä tutkimusmenetelmänä pidetään unitutkimusta, joihin sisältyvät univiivetutkimus, hereilläpysymistesti tai ajosimulaattorikoe. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 30–33.)

2.1.3 Uniapneaoireyhtymäpotilaan hoito

Uniapnean hoidolla pyritään saamaan unenaikaiset hengityskatkokset loppumaan. Hoidon tavoitteena on parantaa uniapneaoireyhtymäpotilaiden elämänlaatua, työ- ja toimintakykyä, ehkäistä rinnakkaissairauksia ja uniapnean pahenemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 41–44.) Noin 70 % uniapneaoireyhtymäpotilaista ovat ylipainoisia ja siksi laihduttaminen on uniapneapotilaan keskeinen hoito. Aikuisilla cpap on keskivaikean ja vaikean oireiston ensisijainen hoitomuoto. (Seppä ym. 2007.) Uniapneaa voidaan hoitaa ilman kirurgiaa esimerkiksi asento-hoidoilla, kielen ja leuan asentoon vaikuttavilla laitteilla ja oikomishoidoilla sekä cpap-hoidolla. Vaikeassa uniapneassa ensisijaisena hoitona käytetään nukkuessa cpap-hoitoa, jonka periaatteena on saada hengitysteihin maskin avulla positiivinen ilmanpaine, joka näin ollen vastustaa hengitysteiden kasaan painumista. Cpap-hoito ei paranna sairautta vaan lievittää oireita ja sen käyttö vaatii potilaan hyvää hoitomyöntyvyyttä. Kirurgisen hoidon tavoitteena on avartaa ilmäteitä poistamalla ahtauttava tekijä. Äärimmäisenä hoitona ohitetaan nielua ahtauttavat kohdat trakeostomialla eli henkitorviavanteella. (Wallius & Kuukasjärvi 2002, 12.) Erikoissairaanhoidon piirissä seurataan aluksi cpap-hoidon aloitusta säännöllisesti, jonka jälkeen potilas voi mahdollisesti siirtyä perusterveydenhuollon piiriin erityiskoulutettujen hoitajien piiriin. Ammattiautoilijat pysyvät erikoissairaanhoidon seurannassa. (Brander 2008.)

Cpap on laitteisto, jota uniapneaoireyhtymäpotilaiden suositellaan käyttävän nukkuessa. Cpap-hoidon periaatteena on saada hengitysteihin maskin ja ilmaa puhaltavan laitteen avulla positiivinen ilmanpaine, joka vastustaa hengitysteiden kasaan painumista ja näin ollen vähentää kuorsaamista ja helpottaa nukkumista (Wallius & Kuukasjärvi 2002, 12). Hoito voidaan toteuttaa helposti itsehoitona kotona, jolloin välineistö on suunniteltu nimenomaan kotikäyttöön (hiljainen ääni, vähän tilaa vievä). Cpap-hoidossa käytettävään laitteeseen kuuluu letkusto, kasvomaski (eri kokoisia ja muotoisia), kiinnityshihnat ja -suojukset painehaavaumien ehkäisyyn, peep-venttiili (ilmanvastusventtiili), kostutin ja tarvittaessa suodatin hiljentämään ääntä (Sheimeikka 2002, 2–3). Nykyisin kotona käytettävät cpap-laitteet ovat hyvin hiljaisia, pienikokoisia ja helppokäyttöisiä. Maskin valintaan käytetään paljon aikaa ja vaivaa, sillä sen pitää ehdottomasti sopia asiakkaan kasvoille hyvin, ettei se vuoda tai aiheuta painehaavaumia. Joissakin tapauksissa asiakkaalle teetetään maski. Erikoissairaanhoidon piirissä seurataan kotona tapahtuvaa cpap-hoitoa ja varmistetaan, että asiakas varmasti käyttää laitetta. Onnistunut uniapnean hoito poistaa päiväsämyksen ja parantaa elämänlaatua. Cpap-hoidon ongelmana on huono hoitomyöntyvyys, koska hoitoon liittyviä ongelmia esiintyy 30-50% potilaista. Cpap-hoidolla ei ole varsinaisia vasta-aiheita,

mutta kaikki uniapneoireyhtymäpotilaat eivät sopeudu laitehoitoon. Jotta hoidosta olisi apua, laitetta olisi käytettävä vähintään viitenä yönä viikossa ja 3-4 tuntia kerrallaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 27–29, 41–44.)

Merja Lahtinen on tehnyt pro gradu -tutkielman aiheesta uniapneapotilaan kokemukset saamastaan cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta (2008). Lahtisen tutkimuksen kohderyhmänä olivat Tampereen yliopistollisen sairaalan uniapneapotilaat, joille cpap-hoito oli aloitettu ensimmäistä kertaa. Tutkimukseen osallistui yhteensä kymmenen potilasta. Lahtisen tutkimuksen mukaan cpap-hoidon alkuvaiheessa potilailla oli runsaasti ongelmia hoidossa käytettävän maskin ja laitteiston kanssa. Myös nukkuminen laitteen kanssa koettiin hankalaksi ja hoidon aikana esiintyi sivuvaikutuksia, kuten nenän ja suun kuivumista. Tutkimuksessa tuotiin esiin potilaiden negatiivinen asenne cpap-hoitoa kohtaan. Potilaat kokivat saavansa tukea hoitoonsa läheisiltä sekä vertaisryhmiltä. Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että potilailla oli puutteelliset ennakkotiedot cpap-hoidosta ja jäivätkin kaipaamaan lisätietoja hoidosta. (Lahtinen 2008, 20–21, 23–29.)

2.2 Itsehoito ja itsehoidon tukeminen

Terveiden edistämällä tarkoitetaan laajaa aluetta ja se sisältää monenlaista toimintaa, kuten itsehoidon. Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005, 8) määrittelevät terveyden edistämisen olevan arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Tuloksia ovat näin ollen terveyttä edistävien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalvelujen kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. Yhteistä terveyden edistämislle on, että se perustuu arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, omavoimaantuminen eli empowerment, oikeudenmukaisuus, itsehoitoon motivoiminen, kulttuurisidonnaisuus, kestävä kehitys sekä se perustuu olemassa olevalle tarpeelle. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.) Yksilötason terveyden edistämisen sisältönä ovat sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus sekä terveyden ylläpitäminen terveellisten elämäntapojen avulla. Terveyden edistämisen toimintamuotoja ovat yksilöjä korostavan näkemyksen mukaan terveyskasvatus ja -neuvonta, terveystarkastukset, seulonnat ja terveyden suojele. Yksilötasolla terveyden edistämisen tavoitteena on tiedon lisääminen, taitojen tunnistaminen ja käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden vähentäminen. Terveyden edistämisen avulla pyritään vahvistamaan yksilön elämäntaitoja ja kyvykkyyttä, mutta myös vaikuttamaan taustalla oleviin sosiaalisiin tekijöihin ja fyysiseen ympäristöön, jotka vaikuttavat terveyteen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15–16.)

Voimaantumisen eli empowerment käsite on yksi tärkeimpiä määriteltäessä terveyden edistämistä ja itsehoitoa. Voimaantuminen on prosessi, jonka kautta ihminen voi paremmin kontrolloida omia päätöksiään ja toimiaan, jotka vaikuttavat terveyteen ja itsehoitoon motivoitumiseen. Tällaisen prosessin kautta on mahdollista nähdä yhteys elämän päämäärien ja niiden tavoittelemisen välillä. Yksilön voimaantumisella tarkoitetaan yksilön päätöksentekotaitoja ja oman elämän kontrollointia (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 63).

Itsehoito-käsitettä on tutkittu laajalti useissa tieteissä, kuten hoitotieteessä, lääketieteessä, sosiologiassa ja psykologiassa. Itsehoito-käsite viittaa tietoiseen, terveyden edistämiseen tähtäävään toimintaan. Tietoisesta itsehoitoon liittyvään terveyden edistämiseen, itsestä huolenpitoon on lisätty muitakin ulottuvuuksia, kuten itsensä hyväksyminen ja arvostaminen sekä tasapainoiset, merkitykselliset ihmissuhteet. Itsehoidon tarkoituksena on persoonan eheytyminen, itsetunnon vahvistaminen ja potilaan terveyden edistäminen. (Backman 2000.) Itsehoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista ja omatoimista osallistumista oman terveytensä ja sairautensa hoitoon. Itsehoito on yksilön persoonallisten voimavarojen käyttöä oman terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun edistämiseen. (Kassara ym. 2005, 41.) Itsehoito on luonteeltaan inhimillistä toimintaa, ja itsehoito on jo itsessään osoitus sosiaalisesta toimintakyvystä. Itsehoito ei ole pelkästään terveyden edistämistä tai ylläpitämistä vaan itsestä huolehtimista voitaisiin pitää päämääränä sinänsä. Yksilöllä on terveenä ollessaan käytettävissä enemmän sekä fyysisiä että psyykkisiä voimavaroja kuin sairastuttuaan. Fyysistä terveyttä ylläpitävässä itsehoidossa tarkoituksena on elämän jatkuminen ja säilyminen. Ihminen joutuu sairastuttuaan tilanteeseen, jossa hänen on korjattava elimistönsä tasapainotilaa. Esimerkiksi liikalihavuus vaatii ruokailutottumusten muuttamista. Siihen, miten terveyttään uhkaavasta riskistä tietoinen ihminen toimii, vaikuttaa oleellisesti se missä määrin hän on saanut tietoa riskitekijöistä ja ehkäisevistä menettelykeinoista. (Raatikainen 1986, 189–194.)

Riittäväällä tiedottamisella, opettamisella ja ohjaamisella tuetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Näin edistetään myös potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa sekä tuetaan hänen selviytymistään ja elämänhallintaansa. (Kassara ym. 2005, 41.) Kun potilas ja terveydenhuollon ammattilainen työskentelevät yksilön parhaan mahdollisen terveyden puolesta, edellyttää se yhteistyötä ja yhteisten tavoitteiden asettamista. Pitää varmistaa, että potilas on halukas edistämään terveyttään itsehoidon keinoilla ja hän kokee asetetut tavoitteet omikseen. Potilasta tulee kohdella yksilönä suhteessa itsehoidon toteuttamiseen ja huomioida, että jokaisella on erilainen itsehoitotarve, erilaiset arvot ja tavoitteet sekä mahdollisesti yksilölliset itsehoitomenetelmät. (Raatikainen 1986, 284–287.)

2.3 Potilasohjaus

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki 785/92) säädetään myös potilaan tiedonsaannista ja itsemääräämisoikeudesta. Lain mukaan potilaan on saatava riittävästi tietoa hoidostaan ja häntä koskevista asioista ja näin ollen potilaan ohjaaminen onkin keskeinen asia hoitotyössä. Potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaan, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä ja ohjauksen kohdistua potilaaseen kokonaisuutena ja hänelle sillä hetkellä tärkeisiin asioihin. Ohjaaminen on potilaan itsenäisen selviämisen ja sairauden ennusteen kannalta merkittävä osa hoitotyötä. Ohjauksella pyritään siihen, että potilaan tieto omasta sairaudestaan ja sen vaikutuksista lisääntyy. Potilasohjauksen tavoitteena on tukea potilaan omahoitoa auttamalla potilasta hyödyntämään omat voimavaransa erilaisissa terveydentilan muutoksissa. Ohjaus sisältyy potilaan hoidon kaikkiin vaiheisiin – ennalta ehkäisevään, ylläpitävään, parantavaan ja kuntouttavaan hoitoon. Jatkossa ohjauksen merkitys korostuu kun potilailta ja väestöltä vaaditaan entistä parempia valmiuksia ottaa vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Hyvä ohjaustilanne sisältää tietojen ja taitojen oppimisen lisäksi potilaan motivoitumisen tukemisen. Motivaatio on keskeistä potilaan omahoitoon sitoutumisen kannalta. Omahoitoon sitoutuminen on aktiivista, vastuullista ja joustavaa itsensä hoitamista senhetkisen terveyden edellyttämällä tavalla. Ohjaukseen kuuluvat perustiedot, joiden avulla potilas ymmärtää oman tilanteensa sekä pystyy osallistumaan aktiivisesti hoitoonsa. Tällaisia perustietoja ovat mm. tieto omasta sairaudesta ja sen syistä, mekanismista, mahdollisista komplikaatioista ja ennusteesta sekä sairauden hoidosta ja omasta osuudesta siinä, sairauden aiheuttamista elämänmuutoksista ja niiden vaikutuksesta laajemmin potilaan elämään. (Rekola & Hakala 2008, 596–597.)

Ohjaus hoitotyössä on keskeinen ja jatkuvasti kasvava osa potilaan hoitoa. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin (Kyngäs ym. 2007, 5). Ohjaukseen panostaminen on muuttunut tärkeäksi monestakin syystä. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja samalla potilaat osaavat vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa. Väestön koulutustason nousun ja informaatiotekniikan lisääntymisen johdosta potilaat etsivät tietoa ja osaavat käyttää sitä hyväksi yhä paremmin, mikä vahvistaa heidän asemaansa oman hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. Potilaalla on oikeus hyvään ohjaukseen ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus toteuttaa sitä. (Kyngäs ym. 2007, 12.) Ohjattava potilas on aina oman elämänsä asiantuntija ja ohjaajan pitää huomioida myös ohjattavan taustatekijät kuten ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila, jotka vaikuttavat siihen, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Ongelmia ohjauksessa saattaa aiheuttaa potilaiden oma terveyskäyttäytyminen ja uskomukset. Jos potilas ei usko annettavaan hoitoon tai ohjaukseen tai ei suostu muuttamaan terveyskäyttäytymistään omien henkilökohtaisten mielipiteidensä vuoksi, on mahdollista, että ohjaus jää tällöin tehottomaksi. (Kyngäs ym. 2007, 29–33.) Asiantuntija-potilassuhteeseen vaikuttaa sekä

asiantuntijan että potilaan omat persoonallisuuden piirteet että ammatilliset roolit (Northouse & Northouse 1997, 80).

Yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa on tullut potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus. Tarpeen kasvuun on useita syitä, potilaat haluavat itse tietää entistä enemmän sairauksistaan ja niiden hoidosta sekä potilailta odotetaan yhä parempia itsehoitovalmiuksia. Hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin suullista potilasohjausta on entistä vähemmän. Kirjalliset potilasohjeet voivat toimia myös tukena suulliselle ohjaukselle. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki 785/92) korostaa potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, mutta myös potilaan itsemääräämisoikeutta. Terveydenhuollon velvollisuus on antaa potilaalle tietoa päätösten tueksi. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7–8.)

Kirjallisten potilasohjeiden kirjoittaminen on haastava tehtävä, sillä lääketieteellistä tekstiä pidetään lakitekstin lisäksi yhtenä vaikeimmista tekstityypeistä. Potilasohjeet eivät ole vain tiedon siirtoa terveydenhuollon ammattilaisilta potilaille, sillä kaikki potilaille jaettavat materiaalit sisältävät tiedon lisäksi merkityksiä. Esimerkiksi potilasohjeet sisältävät käsityksen potilaan paikasta terveydenhuollon järjestelmässä sekä määrittävät käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Tärkeintä potilasohjeissa ei ole siis pelkästään se, mitä sanotaan, vaan sen lisäksi myös, miten sanotaan. Potilasohjeet myös kutsuvat ohjeen lukijaa osallistumaan. Usein on vaikeaa ratkaista, kuinka yksityiskohtaista tietoa potilas tarvitsee ja se vaihtelee paljon potilaittain. On tehtävä kompromisseja kun mietitään tiedon määrää ja yksityiskohtaisuuksia potilasohjeissa. Käytäntö vasta näyttää, miten yksityiskohtaista tietoa ohjeisiin on hyvä kirjoittaa. Terveydenhuollon sisältä katsottuna useat asiat näyttävät itsestään selviltä, mutta potilas voi kokea asian päinvastoin. (Torkkola ym. 2002, 9–14.) Ohjeen tulkintaa ohjaa tiiviisti lukutilanne, esimerkiksi sairaalassa ohjeita luetaan eri tavalla kuin kodin rauhassa. Terve henkilö jaksaa paneutua tekstiin erilailla kuin sairas ja väsynyt. Kotihoito-ohjeet voivat kotona herättää kummastusta ja kysymyksiä, joita sairaalassa ollessa ei tullut ajatelleeksi. (Torkkola ym. 2002, 18–19.)

Potilasohjeista suurin osa on kohdeviestintää, jolloin ne on kirjoitettu ennalta määritetylle ryhmälle. Potilasohjeet ovat osa laajempaa terveystietoviestintää. Potilasohjeet eivät välttämättä ole terveystietoviestintää, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön terveystietäytymiseen. Osassa potilasohjeissa saattaa olla enemmän hallinnollisia ilmoituksia kuten ilmoitukset toimenpiteistä. (Torkkola ym. 2002, 22–23.) Terveystietoviestintä on tavoitteellista toimintaa väestön terveystietoisuuden lisäämiseksi, jotta yksilöiden ja yhteisöjen terveydentilaa voitaisiin parantaa. Terveystietoviestinnän päämääränä ei ole ainoastaan tiedon levittäminen, vaan terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Terveystietoviestinnän avulla voidaan vahvistaa terveyteen liittyviä uskomuksia ja positiivisia asenteita, innostaa ihmisiä

etsimään lisää tietoa ja saada aikaan terveellisiä elämäntapoja. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 78.)

2.3.1 Audiovisuaalinen ohjaus

Elävä kuva ja ääni vaikuttavat katsojaan monipuolisesti ja tämän vuoksi audiovisuaalisen ohjelman tekeminen on hyvä ratkaisu kun halutaan esimerkiksi opettaa, tiedottaa, viihdyttää tai antaa katsojille vakavampaa ajattelun aihetta (Aaltonen 2002, 16). Nykyään tietoa ja tukea sairauksista tarjotaan erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja internetin välityksellä. Audiovisuaalisten ohjausvälineiden käyttö ohjausmenetelmänä mahdollistaa ohjauksen oikea-aikaisuuden ja se on taloudellista. Välineitä voi käyttää itsenäisesti ja niitä pystyy toistamaan useita kertoja. Toisaalta sisältö voi herättää potilaassa vahvoja tunteita tai aiheuttaa väärinkäsityksiä, joten hänellä pitäisi olla mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pystytään selvittämään väärinkäsityksiä, se virkistää muistia ja herättää keskustelua sekä helpottaa tiedon välittämistä myös omaisille. Audiovisuaalinen ohjaus on hyvä lisä suulliselle ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

Amerikassa on tehty vuonna 2005 tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia auttaako videonauha cpap-hoidon hoitomyöntyvyydessä. Tutkijat kehittivät 15 minuuttia pitkän videonauhan, joka näytettiin uniapneaoireyhtymäpotilaille heidän cpap-hoidon aloittamiskäynnillään. Videolla esiintyy kaksi amerikkalaista keski-ikäistä miestä, jotka keskustelevalt uniapneaoireyhtymästä sekä cpap-hoidosta työpaikan taukahuoneessa. Tutkimus toteutettiin vertailemalla koe- ja kontrolliryhmiä. Tutkimustulosten mukaan videon nähneet potilaat käyttivät cpap-laitetta todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät nähneet videonauhaa. Videonauhan nähneet potilaat kävivät kontrollikäynneillä todennäköisemmin kuin kontrolliryhmänä toimineet potilaat. (Wiese, Boethel, Phillips, Wilson, Peters & Viggiano, 2005.)

2.3.2 Uniapneaoireyhtymäpotilaan ohjaus

Uniapneaoireyhtymäpotilaan ohjauksessa ensisijaista on omatoimiseen kuntoutumiseen ohjaaminen ja kannustaminen (Wallius & Kuukasjärvi 2002, 13). Ohjaajan tulisi antaa potilaalle tietoa, joka pohjautuu uusimpiin tutkimuksiin ja suosituksiin. Potilasta tulee ohjata erilaisiin kuntoutuksiin ja vertaisryhmiin, joita Kela ja järjestöt järjestävät uniapneaoireyhtymää sairastaville. Uniapneaoireyhtymäpotilaan kohdalla tulee huomioida potilaan sopeutuminen sairauteensa sekä huomioida hänen sosiaaliset suhteensa sekä kulttuuriset taustatekijänsä ohjausta toteutettaessa (Northouse & Northouse 1997, 295–298). Suurimpana haasteena on potilaan motivointi pysyviin elämäntapamuutoksiin ohjauksen

avulla. Ohjausta tulee antaa selkokielellisesti sekä riittävästi, ja huomioiden sairauteen liittyvät oireet, esimerkiksi päänsärky, päiväväsymys, ärtyisyys, keskittymiskyvyttömyys, masentuneisuus ja muistamattomuus, jotka osaltaan vaikeuttavat potilasohjausta. Potilasohjauksesta on tehty paljon tutkimuksia hoitotieteessä ja tutkimuksia potilaan näkökulmasta on jonkin verran. Yksikään aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista ei käsittele potilasohjausta uniapneaoireyhtymää sairastavan potilaan näkökulmasta. Tämän tutkimustiedon puutteellisuuden vuoksi Lahtinen (2008) toteutti tutkimuksen uniapneapotilaan kokemuksista saamastaan cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tutkimuksessaan Lahtinen keskittyi siihen ohjaukseen, jota potilaalle annetaan silloin, kun cpap-hoito on alkuvaiheessa. Cpap-hoidon ohjauksen toteuttavat yleensä hoitajat, jotka ovatkin tärkeässä roolissa hoidon onnistumisen kannalta. Hoitajien tehtävänä on ohjata laitteiden käyttö uniapneaoireyhtymäpotilaille sekä antaa ohjausta elämäntapamuutosten toteuttamiseen. Cpap-hoitoa ohjattaessa on hyvä huomioida, että hoidon aloittaminen voi olla potilaalle elämän monella tavalla muuttava kokemus. (Lahtinen 2008, 15–16.)

Lahtisen (2008) tutkimuksessa uniapneaoireyhtymäpotilaat kuvasivat, että onnistunut ohjaus on huolellisesti suunniteltu, ammattitaitoisesti toteutettu sekä sisällöltään rikas. Potilaat kokivat, että cpap-hoidon ohjaus oli aikataulullisesti onnistunutta eli vastaanotolle päästiin ajoissa ja aikaa oli varattu riittävästi. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden näkökulmasta onnistuneeseen ohjaukseen kuului se, että he kokivat hoitohenkilökunnan osaavan ohjattavan asian. Onnistuneeseen ohjaukseen kuului myös, se että annettu ohjaus oli ymmärrettävää. Ohjaus oli kielenkäytöltään selkeää ja asiat selvitettiin niin, että potilaat pystyivät seuraamaan ohjausta. Ohjauksessa tuli potilaille paljon uutta tietoa, jonka vuoksi tietomäärää pidettiin laajana. Cpap-laitteen ohjauksessa potilaat kokivat tärkeänä sen, että he saivat kokeilla maskia hereillä ollessaan. Maskin kokeilemisen lisäksi kiinnitettiin huomiota laitteen toimintaan, potilaat saivat irrotella osia ja harjoitella laitteen uudelleen kokoamista. Uniapneaoireyhtymäpotilaille neuvottiin myös laitteiden puhdistus- ja huoltotoimenpiteitä. Tutkimuksessa potilaat kertoivat, että heitä ei hoidon aloituksen jälkeen jätetty yksin, vaan itsehoitoon annettiin paljon tukea. Tukea itsehoitoon potilaat saivat puhelimen ja kirjallisten ohjeiden kautta. Uniapneaoireyhtymäpotilaat kokivat saavansa arvokkaimman tuen puhelinneuvonnasta. Potilaan pitivät tärkeänä, että heistä ja heidän onnistumisestaan välitettiin. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mukaan myös kirjalliset ohjeet tukivat heitä omahoidossa. Kirjallisista ohjeista pystyttiin tarvittaessa tarkistamaan asioita. Potilaat pitivät tärkeänä sitä, että heille kerrottiin ohjausvaiheessa eri hoitovaihtoehtoja. Ohjauksessa potilaille oltiin kerrottu leikkaushoidon rajallisuudesta uniapneaoireyhtymän hoidossa ja se osaltaan auttoi potilaita hyväksymään cpap-hoidon. (Lahtinen 2008, 23–31)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja haastatteluteemat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa käsikirjoitus audiovisuaalista potilasohjausmateriaalia varten uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidon tukemiseksi. Opinnäytetyömme on toiminnallinen, suunnittelemme tuotteen eli käsikirjoituksen.

Haastattelua varten olimme valinneet kolme teemaa Aaltosen (2002) Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän oppaan ja oman pohdintamme avulla. Haastatteluteemat olivat:

- Käsikirjoituksen tavoitteet
- Käsikirjoituksen sisältö
- Käsikirjoituksen toteuttaminen

4 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut ja opinnäytetyöprosessin kuvaus

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja työn tutkimus toteutettiin kvalitatiivisen tutkimusteorian mukaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoriaa on sovellettu teemahaastattelussa sekä analyysivaiheessa.

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Toiminnallinen opinnäytetyö toteutetaan vaiheittain, alkaen työn suunnitellusta edeten itse toteutukseen ja lopuksi arviointiin. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä aineiston keräämisen keinoina käytetään lomake- tai teemahaastattelua yksilöille tai ryhmille (Vilka & Airaksinen 2003, 57). Toiminnallisessa työssä haastattelutapa valitaan sen mukaan miten tarkkaa tietoa opinnäytetyön tueksi tarvitaan, ja tästä syystä myöskään haastattelun puhtaaksi kirjoittaminen nauhoilta ei välttämättä tarvitse olla niin täsmällistä ja järjestelmällistä kuin tutkimuksellisessa työssä. Haastattelussa saatua tietoa ei tarvitse analysoida vaan sitä voidaan käyttää myös lähteenä. Me päätimme analysoida oman haastatteluaineistomme, koska halusimme käyttää aineistoa käsikirjoituksen sisällöllisten valintojen perusteluun, ja tällöin analyysi toteutetaan teemoittelulla tai tyypittelyllä tai molemmilla (Vilka & Airaksinen 2003, 57, 63–64.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, josta selviää, mitä, miksi ja miten työn on toteutettu, millainen työprosessi on ollut sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Raportista ilmenee myös, miten opinnäytetyössä on onnistuttu. Opinnäytetyöhön kuuluu raportin lisäksi itse kirjallinen tuotos eli käsikirjoitus, jonka tulee puhutella enemmän kohde- ja käyttäjäryhmää. Tuotosta kirjoittaessa tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta, tuotoksen käyttötarkoitus ja erityisluonne. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Lopuksi julkaisemme käsikirjoituksen ja arvioimme asiantuntijoiden avustuksella käsikirjoituksen rakennetta ja sisältöä. Opinnäytetyön raportissa tulee arvioida työn aihetta,

asetettujen tavoitteiden saavuttamista, teoreettista viitekehystä, kohderyhmää sekä toteutustapaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–159). Tämän opinnäytetyön prosessi koostuu tutkimussuunnitelmasta, asiantuntijahaastattelusta, haastattelun analysoinnista sekä käsikirjoituksen toteuttamisesta ja arvioinnista.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kehitetään hoitotyötä kerätyn aineiston pohjalta, mutta niitä ei testata kovinkaan syvällisesti, eli tarkoituksena ei ole yleistää. (Field & Morse 1985, 13.) Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa se, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tapauksissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155). Kvalitatiivinen tutkimus on nimitys joukolle hyvinkin erilaisia tutkimustapoja. Yhteisenä piirteenä näille tutkimuksille on pyrkimys ymmärtää ihmisen toimintaa ja löytää ilmiöiden yhteisiä merkityksiä. Selitettäessä ihmisen toimintaa pyritään ymmärtämään toiminnan tavoitteet, motiivit ja taustalla vaikuttavat syyt. (Niskanen 2006.)

Haastattelu on hyvä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruu tapa, sillä haastattelutilanteessa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa on etukäteen määritelty haastattelun näkökulma jättäen kuitenkin tilaa haastateltavienkin näkökulmille. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys, mutta se ei ole täysin vapaa niin kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 48.)

Teemahaastattelu voi olla joko yksilöhaastattelu, parihaastattelu tai ryhmähaastattelu. Huomioitavaa on, että haastateltavilla on jonkinlaista kokemusta tai tietoa haastattelun teemasta ja näin ollen se kuvaa haastateltavien subjektiivisia kokemuksia aiheesta. Paljon käytetty haastattelumenetelmä on täsmäryhmähaastattelu eli focus group interview, joka tarkoittaa, että haastateltava ryhmä koostuu noin kuudesta kahdeksaan henkilöä. Ryhmän jäsenet kutsutaan keskusteluun ja heidät on tarkasti valittu. Yleensä haastateltavat ovat jonkin alan asiantuntijoita. Ryhmän jäsenillä on tarkoin määritelty tavoite ja se on heille myös ilmoitettu ennen haastattelua. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 61–62.)

Teema-alueet tulee haastattelijoiden määritellä etukäteen ja niiden tulee pohjautua joko kirjallisuuteen tai teoriaan mutta ne voidaan myös määritellä mahdollisesti tutkijoiden oman intuition perusteella. Haastattelutilanteessa varmistetaan, että haastatteluympäristö on rauhallinen ja haastattelijat ovat syventyneet haastatteluaiheeseensa. Itse haastattelijoiden tulee haastattelussa pysyä neutraaleina, eikä esimerkiksi ilmaista omia mielipiteitään aiheesta. (Hannila & Kyngäs 2008, 3–8.)

4.1 Aineiston keruu

Toteutimme ryhmähaastattelun, jossa selvitimme lääkärin ja sairaanhoitajien uniapnea-oireyhtymäpotilaan itsehoidon tukemiseen liittyviä ajatuksia käsikirjoituksemme teemojen kautta. Asiantuntijaraadin avulla selvitimme ja rajasimme aihepiiriämme. (Aaltonen 2002, 22.) Meillä oli mahdollisuus Iho- ja allergiasairaalan kautta koota yhteen asiantuntijaraati lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta ylihoitaja Renholmin ja osastonhoitaja Kallion avustuksella.

Ryhmähaastattelu on haastattelu, jossa paikalla on useita haastateltavia, tässä tapauksessa asiantuntijoita. Ryhmähaastattelu on hyvä keino aineistonkeruuseen, koska näin aineistoa saadaan kerralla koottua nopeasti ja asiantuntijat voivat yhdessä rohkaista toisiaan puhumaan merkittävistä asioista. (Hirsjärvi ym. 2004, 94–96.) Ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jonka tavoite on suhteellisen vapaamuotoinen (Hirsjärvi & Hurme 2006, 61). Huomioitavaa on, että asiantuntijaraatimme koostui uniapnea-oireyhtymäpotilaiden hoitotyön asiantuntijoista ja näin varmistimme sen, että he ymmärsivät haastattelukysymyksen sekä käyttämämme käsitteet (Eskola & Suoranta 2000, 96).

Haastattelutilanne on tilannekohtainen tapahtuma ja yritimme järjestää rauhallisen ja teknisesti sujuvan haastatteluympäristön taataksemme asiantuntijoille keskustelurauhan ja näin ollen puhumaan haastatteluaiheesta syvällisesti ja asiallisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 196). Tätä tarkoitusta varten saimme käyttöömmme neuvotteluhuoneen Iho- ja allergiasairaalaan, johon asetimme tallennusvälineet etukäteen sekä asettelimme jokaiselle haastateltavalle tuolin. Ryhmähaastattelun teossa tulee huomioida se seikka, että keskustelu on mahdollista analysoida jälkikäteen tallenteista (Hirsjärvi ym. 2004, 200). Äänityksen lisäksi käytimme videokameraa haastattelun tallentamiseen ja näin ollen meidän oli helpompi erottaa puhujat ja puheenvuorot toisistaan. Ryhmähaastattelussa selvitimme haastateltavien ajatuksia, mielipiteitä ja käsityksiä uniapnea-oireyhtymäpotilaan itsehoitoa tukevan audiovisuaalisen käsikirjoituksen sisällöstä ja rakenteesta kolmen teemahaastattelukysymyksen avulla ja sen pohjalta syntyvän keskustelun kautta. Teemoina olivat käsikirjoituksen tavoitteet, sisältö ja toteutus.

Haastattelu tapahtui perjantaina 28.11.2008 ja haastattelumme kesti yhteensä tunnin, josta itse auki kirjoitettavan haastattelun osuus oli 44 minuuttia. Paikalla oli 4 sairaanhoitajaa Iho- ja allergiasairaalaan sekä yksi lääkäri. Aloitimme haastattelun lyhyellä alustuksella, jossa kerroimme työmme tarkoituksen ja keskeisimmät käsitteet sekä haastattelun teemat. Lisäksi annoimme käytännön ohjeistusta koskien haastateltavien puhumista yksitellen litteroimisen helpottamiseksi. Esittelimme jokaisen teeman erikseen ja haastattelun edetessä esitimme teemoja määritteleviä kysymyksiä keskustelun lisäämiseksi ja tarkentamiseksi (liite 2).

Jokaiselle teemalle oli varattu 15 minuuttia aikaa. Haastattelijoina olimme osallistumatta keskusteluun saadaksemme mahdollisimman luotettavaa asiantuntijoiden itse tuottamaa tietoa. Keskustelua syntyi hyvin annettujen kolmen teeman ympäriltä ja asiantuntijoiden vastaukset liittyivät hyvin annettuihin teemoihin. Asiantuntijoilla oli paljon tietoa ja kokemusta uniapneaoireyhtymäpotilaista sekä heidän itsehoidostaan, joten saimme kerättyä hyvin tietoa työtämme varten. Muutamassa teemassa ilmeni ristiriitaisia mielipiteitä asiantuntijaraadin kesken, mutta tarkoituksena olikin saada yksilöiden mielipiteitä esiin mahdollisesti eriävistä mielipiteistä huolimatta. Kaikki viisi haastateltavaa osallistuivat keskusteluun ja kertoivat omia mielipiteitään annettuihin teemoihin.

4.2 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisen tutkimustapaan kuuluu aineiston keruun ja auki kirjoittamisen jälkeen kerätyn aineiston analysointi tietyn analyysitavan mukaisesti. Kerätyn aineiston analyysin teko on tutkimuksen ydinasia sillä sen avulla tutkija saa selville, mitä vastauksia hän saa ongelmiinsa (Hirsjärvi ym. 2004, 209). Perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa, on sisällönanalyysi. Tutkimusaineisto jaetaan sisällönanalyysissa luokkiin ja etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia sanallisin tuloksin. (Vilka 2005, 139–140.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta löytyy useita kiinnostavia asioita, joita tutkija ei ole ehkä etukäteen osannut edes ajatella. Näin ollen aineistosta on valittava jokin tarkkaan rajattu, kapea ilmiö ja siitä on kerrottava kaikki mahdollinen. Muu mielenkiintoinen materiaali, jota aineistosta löytyy, on siirrettävä seuraavan tutkimukseen. Se, mistä kulloinkin ollaan kiinnostuneita, näkyy tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusongelmasta tai tutkimustehtävästä.

Laadullisessa analyysissa puhutaan usein induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysistä. Jako perustuu tutkimuksessa käytetyn päättelyn logiikkaan, joka on joko yksittäisestä yleiseen (induktiivinen) tai yleisestä yksittäiseen (deduktiivinen). Tieteellisesti tämä jaottelu on hyvin ongelmallinen, koska induktion mahdollisuus on kyseenalaistettu: uusi teoria ei voi syntyä ainoastaan havaintojen pohjalta. Jaottelussa aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin voidaan ottaa erilaiset analyysin tekoa ohjaavat tekijät paremmin huomioon kuin jaottelussa induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin.

Tässä työssä olemme käyttäneet teoriasidonnaista sisällönanalyysiä selittämään haastattelun sisältöä. Teoriasidonnaisessa analyysissa on tiettyjä teoreettisia kytkeitä, jotka eivät pohjautu suoraan teoriaan. Teoria voi kuitenkin toimia apuna analyysin etenemisessä. Teoriasidonnaisessa analyysissa analyysiyksiköt valitaan aineistosta ja siinä aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysiä. Analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus,

mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaavaa vaan paremminkin uusia ajatusuria aukova. (Tuomi & Sarajärvi 2006. 93–99.) Valitsimme teoriasidonnaisen sisällönanalyysin sen vuoksi, että käytimme haastattelua lähteenä kysyessämme asiantuntijoilta ideoita ohjausmateriaalin sisällöstä ja käytännön toteutuksesta. Emme tutkineet heidän ajatuksiaan ja mielipiteitään, vaan halusimme käyttää heidän ideoita käsikirjoituksen tuottamisessa.

Litteroimme haastattelun nauhurista tietokoneelle. Haastatteluaineistoa tuli yhteensä yhdeksän sivua. Analyysi koostui kolmesta käsitteestä, jotka olivat myös haastattelun teemat eli ohjausmateriaalin tavoitteet, sisältö ja toteutus. Nämä teemat nousivat käsikirjoituksen tekemiseen liittyvistä ohjauskeskusteluista koulussamme sekä kirjallisuuslähteistä. Teemoittelimme haastatteluaineiston niin, että tarkastelimme sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka olivat yhteisiä useammalle haastateltavalle. Poimimme myös teemojen alle yksittäisesti mainittuja asioita, jotka vastasivat annettuihin teemoihin. On erittäin epätodennäköistä, että esimerkiksi kaksi haastateltavaa ilmaisisi saman asian täysin samoilla sanoilla, mutta koodasimme ne kuitenkin samaan luokkaan omien näkemyksiemme ja tulkintojemme avulla. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 173.)

5 Käsikirjoituksen laatiminen

Haastattelun tuloksien litteroinnin ja analysoinnin jälkeen on syytä tehdä saaduista tuloksista johtopäätöksiä ja tulkintoja eli selittää saatuja vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Esitimme asiantuntijaraadille kolme teemaa, joiden pohjalta he kertoivat näkemyksiään ja mielipiteitään käsikirjoituksesta. Käsikirjoitus toteutettiin haastatteluaineiston pohjalta. Haastattelussa kysyimme asiantuntijoilta, mitkä heidän mielestään olivat käsikirjoituksen tavoitteet ja sisältö sekä käytännön toteuttamisideoita. Valmis käsikirjoitus on työmme liitteenä (liite 1).

5.1 Käsikirjoituksen suunnittelu

Aloitimme haastattelun kysymällä asiantuntijoilta ohjausmateriaalin tavoitteista; mitä he toivoivat tällaiselta itsehoitoa tukevalta ohjausmateriaalilta? Haastattelussa tuli eniten esiin potilaan motivointi ja sitoutuminen omahoitoon sekä cpap-hoitoon. Asiantuntijaraadin useampi jäsen korosti tämän asian tärkeyttä ja asiaa pohdittiin useaan otteeseen haastattelun aikana. Ohjausmateriaalin tulisi myös kerrata informaatiota mitä henkilökunta on kertonut ja mahdollisesti unohtanut tai jättänyt kertomatta. Tärkeää olisi huomioida, että potilas ymmärtää oman sairautensa ja sen riskitekijät sekä ymmärtää miten sairautta hoidetaan. Yksi asiantuntijaraadin jäsen kaipasi myös pohdintaa uniapneaoireyhtymän liitännäissairauksista. Ohjausmateriaalin tekemisessä tulee huomioida, että tuote tehdään kaikille ja asiaa tulisi

käsitellä yleisesti, antaa käytännönläheisiä ohjeita, jotka ovat helposti ymmärrettäviä ja yksinkertaisia.

Kysyimme asiantuntijaraadilta myös sisällön rajaamisesta, joka heidän oli vaikea määritellä johtuen laajasta potilaskirjosta sekä uniapneaoireyhtymäpotilaan ohjauksen useista haasteista. Uniapneapotilaalle sairauden kokeminen on suurta ja onnistuneen säännöllisen cpap-hoidon avulla potilas saa lisää energiaa ja motivaatiota toteuttaa elämäntapamuutoksia. Asiantuntijaraadin mielestä on tärkeää huomioida potilaan sosiaalinen elämänalue, johon saattaa negatiivisesti vaikuttaa säännöllinen yöllinen cpap-hoito ja siitä saatava palaute läheisiltä. Myös merkittävä ylipaino saattaa heikentää sosiaalista elämää. Asiantuntijaraati halusi, että materiaalissa mainitaan, että uniapneaoireyhtymä koskee myös lapsia ja naisia. Uniapneaoireyhtymäpotilaalle tarkoitettu ohjausmateriaali ei saisi olla informaatiomäärältään liian laaja. Painonhallintaa korostettiin suhteessa sairauteen sekä muihin liitännäissairauksiin huomioiden kuitenkin, että kaikki uniapneaoireyhtymäpotilaat eivät ole ylipainoisia. Muita yksittäisiä esille tuotuja asioita olivat, että kerrotaan uniapnea hoidon kokonaisuus, riskitekijät, uniapneadiagnoosin merkitys nuortenaikuisten työssä jaksamiselle, miksi jatkohoito on tärkeää, mitä uniapnea on, miten cpap-laite vaikuttaa sekä elämäntapamuutoksiin liittyvien epäonnistumisien kohtaaminen masentumatta.

Halusimme myös käytännön ideoita käsikirjoituksen toteuttamista varten. Asiantuntijaraati toivoi, että ohjausmateriaalissa olisi potilasesimerkki, joka kertoo sairautensa oireista sekä miten onnistunut elämäntapamuutoksissa cpap-hoidon avulla. Ohjausmateriaali ei saa kestoltaan olla liian pitkä, ohjeiden tulee olla käytännön läheisiä ja helposti ymmärrettäviä. Aiheen käsittely tapaan liittyen asiantuntijaraadin mielipiteet erkanivat. Suurin osa oli sitä mieltä, että aihetta tulee käsitellä hieman humoristisesti niin, että itsehoidosta annetaan positiivisen toiveikas kuva. Pienempi osa ryhmästä oli sitä mieltä, että ohjausmateriaalin tulisi olla vaikuttava ja asiallinen niin, että potilaalle syntyy luottamus. Yhteistä mielipiteille kuitenkin oli, että annetaan jokin syy tehdä elämäntapamuutoksia syyllyttämättä katsojaa. Yksittäisiä ideoita toteutuksesta oli kuvien runsas käyttö sekä ohjausmateriaalin kielenä myös ruotsi. Saimme myös lyhyen juoniehdotuksen, jossa potilas on lääkärin vastaanotolla ja kertoo lääkärille minkälaisia oireita hänellä on ollut ja lääkäri tekee näiden tietojen pohjalta diagnoosin. Lääkäri kertoo uniapneaoireyhtymästä sairautena, sen oireista ja hoidosta sekä hoitovaihtoehtoista, jonka jälkeen potilaalle valitaan oikea hoitovaihtoehto.

5.2 Käsikirjoituksen toteuttaminen

Ennen käsikirjoituksen laatimisen aloittamista on hyvä miettiä mitkä ovat käsikirjoitukseen pohjautuvan toteutuksen tavoite, kohderyhmä, käyttötavat, käyttöikä, ohjelman kesto ja kustannukset (Aaltonen 2002, 16–21). Kohderyhmän olimme määritelleet jo

opinnäytetyömme suunnitteluvaiheessa ja se oli aikuiset uniapneaoireyhtymäpotilaat, joilla on aloitettu cpap-hoito ja joiden painoindeksi on yli 25. Käyttötapakin meillä on ollut tiedossa jo työmme suunnitteluvaiheessa ja se on audiovisuaalinen potilasohjausmateriaalia sairaanhoitajan antaman henkilökohtaisen ohjauksen lisäksi itsenäiseen käyttöön. Audiovisuaalisessa ohjausmateriaalissa on hyvin vaikea määritellä käyttöikää, sillä tietoa ja uutta tekniikkaa kehittyy koko ajan. Olemme pyrkineet vaikuttamaan käyttökään valitsemalla käyttöömme mahdollisimman uutta ja ajankohtaista tietoa. Kustannuksia käsikirjoitusvaiheesta ei meille henkilökohtaisesti tule, koska työ on osa koulutustamme.

Pohdittuamme Aaltosen (2002) ohjeistuksen mukaan käsikirjoituksen tuottamista jäi meille vielä aukinaisiksi kysymyksiksi käsikirjoituksen tavoitteet ja sisältö ja näistä laadimmekin haastattelumme teemat. Konkreettiset juoniehdotukset lisäsimme vielä yhdeksi haastatteluteemaksi oman mielenkiintomme vuoksi ja helpottamaan kirjoitusprosessiamme.

Audiovisuaalisen käsikirjoituksen laatiminen alkoi ennakkotutkimuksella, jossa perehdyimme tilaajan sekä kohderyhmän ajatusmaailmaan ja filosofiaan. Tähän käytimme apuna kirjallisuushakua, ryhmähaastattelua sekä tutustumista uniapneaoireyhtymäpotilaan hoitotyöhön. (Aaltonen 2002, 22.) Tiedonkeruun jälkeen ideoimme käsikirjoitusta luomalla raakaversion tapahtumista ja aiheiden käsittelyjärjestyksestä miellekartan avulla. Miellekarttaan keräsimme kaikki haastattelusta nousseet ohjausmateriaalin sisällöt, jotka tukivat työmme tarkoitusta. Ideoinnista etenimme sisällön ja tiedon rajaamiseen painottaen olennaista ja varmistaen keskeisen sisällön perille menon. Tässä vaiheessa pohdimme tyylilajia haastattelusta tulleiden ideoiden pohjalta sekä teimme tiivistelmän ohjelman sisällöstä eli synopsisksen. Synopsista tulee nähdä keskeinen idea sekä rakenne selkeästi hahmotettuna. (Aaltonen 2002, 37–41.) Synopsista etenimme rakentamaan käsikirjoituksen dramaturgista rakennetta. Dramaturgialla tarkoitetaan toimintaa, eli tarinaa joka etenee herättäen samalla katsojassa tunteita ja samaistumista (Aaltonen 2002, 46). Kohtausjärjestyksen selkiytyttyä aloitimme varsinaisen käsikirjoituksen kirjoittamisen.

Käsikirjoituksemme perustuu kahden päähenkilön (Kari ja Eila) ristiriitaisiin elämäntapoihin ja elämäntilanteisiin. Karilla on juuri diagnosoitu uniapneaoireyhtymä ja hänen on hankala motivoitua cpap-hoitoon väsymyksen ja muiden sairauden oireiden vuoksi. Eila on Karin vastakohta, jolla on takana pitkä, onnistunut laitehoito ja hänen elämänlaatunsa ja ihmissuhteensa ovat parantuneet. Kohtausten väliin olemme pyrkineet tuomaan vaihtelua esimerkiksi cpap-hoitoa esittelevän animaation avulla. Olemme ottaneet huomioon uniapneaoireyhtymäpotilaiden väsymyksen ja mahdollisen keskittymiskyvyn puutteen juonessa sekä käsikirjoituksen pituudessa.

Hyvän käsikirjoituksen tavoitteena on olla selkeä ja konkreettinen ja sen pohjalta materiaalin tuottajat osaavat toteuttaa lopullisen audiovisuaalisen materiaalin. (Aaltonen 2002, 114.) Kirjoittamaamme käsikirjoitukseen tuli kuvaus tapahtumajärjestyksistä sekä käsiteltävistä aiheista ja tiedosta. Toteuttavalle osapuolelle jätämme vapaat kädet grafiikan, animaation ja suunnitelmallisemman kuvakerronnan suhteen.

6 Käsikirjoituksen arviointi

Arvioinnissa huomioidaan käsikirjoituksen tavoite, sisältö ja tuottaminen. Käsikirjoitus vaatii sekä rakenteellisen arvion että sisällöllisen arvion (Aaltonen 2002, 134–136.) Valmis käsikirjoitus lähetettiin arvioitavaksi asiantuntijaraadille sekä tiedustelimme koulumme toimipisteen multimediakasvatusasiantuntijoilta käsikirjoituksen toteuttamiskelpoisuutta ja rakennetta. Haastattelemalemme asiantuntijaraadin viidelle jäsenelle lähetimme käsikirjoituksen ensimmäisen version ja pyysimme heiltä lyhyesti kommentteja käsikirjoituksen toimivuudesta ja sisällöstä. Pyysimme heitä arvioimaan ennen kaikkea käsikirjoituksen toimivuutta uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidon tukemisessa ja multimediämateriaalin toteuttamisessa. Vastausaikaa oli 12 vuorokautta ja vastaukset pyysimme kirjallisina sähköpostiimme. Vastauksia saimme kaksi kappaletta asiantuntijaraadin jäseniltä. Viesteistä saimme palautetta, että käsikirjoitus oli hyvin kirjoitettu ja että tarina oli hyvä. Olimme onnistuneet muotoilemaan hyvin uniapneaoireyhtymäpotilaan toimintakyvyttömyyden ja motivaation puutteen. Saimme myös positiivista palautetta, että käsikirjoituksen toisen päähenkilön (Eilan) tarinassa tuli hyvin ilmi hoidon hyötyjen näkökulma. Korjattava seikka käsikirjoituksessa oli palautteen mukaan ensimmäisen päähenkilön (Karin) ammatti, joka ei voinut olla liikelentäjä tarkkojen työkyksäädösten vuoksi.

Lähetimme käsikirjoituksen sähköpostilla myös Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen toimipisteen multimediavastaavalle sekä tapasimme henkilökohtaisesti toisen koulumme multimediämateriaalin asiantuntijan. Saimme koulumme multimediavastaavalta palautetta, että käsikirjoitus tuntui multimediämateriaalin käsikirjoituksen näkökulmasta toimivalta. Hän kuitenkin kehotti vielä pohtimaan, oliko ensimmäisen päähenkilön (Karin) kielteinen esimerkki tarpeellinen. Hän myös kehotti vielä päättämään puhummeko käsikirjoituksessa cpap-hoidosta vai ylipainehengityksestä maskin avulla. Toimipisteemme toinen multimedia-asiantuntija suosittelee meidän merkitsevän ja pohtivan kunkin kohtauksen kestoa sekunteina käsikirjoituksessa. Hän suosittelee meille käsikirjoituksessa käytettävän aaltomaista rakennetta, jossa alussa olisi noin 6-12 sekunnin katsojan huomion herättäminen. Tätä seuraisi asiantieto ja noin kuuden minuutin kohdalla olisi huomiota herättävä käännekohta. Tämän jälkeen voisi tulla taas informaatiota ja käsikirjoituksen tulisi loppua positiivisesti tai hauskaasti niin, että katsojalle jäisi kiinnostunut olo. Tähän rakenteeseen viitaten hän

ehdottikin, että siirtäisimme loppukevennykseksi tarkoitetun mietelmän heti käsikirjoituksen alkuun. Multimedia-asiantuntija toi myös esille hyvin mielenkiintoisen idean käsikirjoituksen monikulttuurisuudesta, sillä uniapneaoireyhtymästä voivat kärsiä myös ulkomaalaistaustaiset tai vähemmistöryhmät Suomessa.

Olemme tehneet tarvittavat korjaukset ja muutokset käsikirjoituksen lopulliseen versioon. Vaihdoin ensimmäisen päähenkilön Karin ammatin. Päädyimme säilyttämään cpap-käsitteen käsikirjoituksessa, sillä kohderyhmä sekä hoitohenkilökunta käyttävät yleisesti tätä käsitettä. Tätä käsitettä käytettiin myös asiantuntijaraadin haastattelussa. Kielteinen potilasesimerkki nousi esiin asiantuntijaraadin haastattelussa ja tämän vuoksi halusimme säilyttää sen käsikirjoituksessamme. Lisäsimme viitteelliset aika arviot kohtauksille käsikirjoitukseen. Olemme pyrkineet toteuttamaan aaltomaista rakennetta niin, että alussa katsojan huomio kiinnittyy lääkärin vastaanottoon ja mielenkiinto herää samaistumisen kautta. Puolessa välissä katsojan mielenkiintoa herätellään animaatiolla, joka on samalla tiivis tietoisku. Loppuun jätimme kevennykseksi sitaatin. Vähemmistöryhmien huomioiminen perustuu korkeintaan päähenkilöiden ulkonäköön, sillä toteutuskielenämme on suomi. Mielestämme ulkomaalaistaustaisille ja vähemmistöryhmille potilasohjaus tulisi antaa omalla äidinkielellä ja yksilöllisesti, jolloin varmistetaan tiedon ymmärtäminen.

7 Pohdinta

Lähtökohtana opinnäytetyön tekemisessä on se, että opinnäytetyötä tehdessä noudatetaan kyseisen alan ammattieettisiä säädöksiä ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Laurea-ammattikorkeakoulun rehtorin päätöksellä (Tj47/2006) kaikki Laureassa tuotetut opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja ja näin ollen objektiivisia ja tasapuolisesti arvioituja. (Laurea-ammattikorkeakoulu. 2007, 9–10.)

7.1 Käsikirjoituksen pohdinta

Käsikirjoituksen tarkoituksena on ollut tuottaa ohjausmateriaali aikuisille, ylipainoisille uniapneaoireyhtymäpotilaille ja materiaalin tulisi motivoida heitä itsehoitoon. Käsikirjoitus pohjautuu ammattilaisten ajatuksiin aiheesta. Lähtiessämme työstämään tätä opinnäytetyötä meillä oli yhteistyökumppani työelämän puolelta. Valitettavasti me emme ole saaneet opinnäytetyöprosessin aikana yhteistyökumppania käsikirjoituksen toteuttamispuolelta eli taho, joka olisi valmis toteuttamaan käsikirjoituksen kuvalliseen muotoon. Tällaisen yhteistyökumppanin puuttuessa on ollut hankalaa tuottaa tarkkaa käsikirjoitusta, joka olisi heti toteuttamisvalmis. Toivomme kuitenkin, että jokin taho innostuisi käsikirjoituksen toteuttamisesta, sillä heillä olisi siihen valmiit yhteistyökumppanit myös työelämän puolelta.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi teoreettisen pohjan ja keskeisten käsitteiden määrittelyllä. Aluksi keskeisten käsitteiden määrä oli laaja, koska itsehoitomateriaaliin voidaan liittää useita terveyteen liittyviä käsitteitä. Olemme kuljettaneet alkuperäiset käsitteet matkan varrella ja ne näkyvät myös lopullisessa raportissamme ja tuotoksessamme. Pitkällisten pohdintojen jälkeen ja kirjallisuushaun perusteella löysimme työmme kannalta tärkeimmät käsitteet joita ovat uniapneaoireyhtymä, potilasohjaus, itsehoito ja sen tukeminen. Käsite uniapneaoireyhtymä on keskeisin käsite, koska lopullinen tuotos palvelee uniapneaoireyhtymäpotilaita. Olemme käsikirjoituksessa painottaneet itsehoitoa ja sen tärkeyttä. Käsikirjoituksen päähenkilöiden tarinoissa korostuu paljon itsehoito ja sen hyöty. Potilasohjaus on osa työtämme sillä käsikirjoitus on valmis potilasohjausmateriaali, joka valmiina multimediata materiaalina on osa uniapneaoireyhtymäpotilaiden ohjausta.

Meillä oli mahdollisuus ideointikeskusteluun Iho- ja allergiasairaalassa keväällä 2007, jolloin saimme ideoita aiheeseemme ja toteuttamistapaan. Opinnäytetyömme aihe on tarkentunut opinnäytetyömme prosessin kuluessa. Aihe on mielestämme ollut hyvä, sillä se on ajankohtainen sekä se palvelee suurta joukkoa ihmisiä. Kävimme myös tutustumiskäynnillä Meilahden sairaalan keuhkolinikan unilaboratoriossa, jossa näimme käytännön uniapneaoireyhtymäpotilaiden cpap-hoidon aloituksia ja unitutkimuksia.

Toteutimme teemahaastattelun syksyllä 2008 Iho- ja allergiasairaalassa osastonhoitaja Kallion koostamalle asiantuntijajärjestölle. Tämän haastattelun materiaalin analysoimme teemojemme mukaan ja työstimme käsikirjoituksen. Haastattelu onnistui teknisesti hyvin ja osanottajien oli riittävästi. Keskustelua syntyi ja asiantuntijat olivat hyvin perillä aiheesta ja heillä oli paljon kokemusta ja kerrottavaa uniapneaoireyhtymäpotilaiden hoidosta. Saimme hyvin vastauksia kysymyksiimme, joskin ajoittain ristiriitajakin keskustelussa syntyi.

Keskeisimmin haastattelussa nousi esiin asiantuntijoiden näkemys uniapneaoireyhtymäpotilaiden laajasta kirjosta. Uniapneaoireyhtymä ei ole pelkästään ylipainoisten, keski-ikäisten miesten sairaus vaan se voi koskea ihan ketä vain iästä, sukupuolesta ja painosta riippumatta. Esille nousi myös cpap-hoidon tärkeä merkitys ja potilaan sitoutuminen säännölliseen käyttöön, sillä cpap-hoito on lähes ainoa hoitokeino uniapneaoireyhtymäpotilaille. Asiantuntijat, joita haastattelimme, hoitivat työkseen nimenomaan uniapneaoireyhtymäpotilaita, joiden hoitomuotona oli cpap. Asiantuntijajärjestö halusi tuoda esiin potilasryhmän väsymyksen keskeisenä ongelmana liittyen juuri potilaan motivaatioon itsehoitoa ja elämäntapamuutoksia kohtaan. Käsityksemme siitä, että uniapneaoireyhtymäpotilaat ovat haasteellinen ryhmä ohjauksessa, vahvistui asiantuntijajärjestön haastattelussa. Haastattelussa esiin tuodut ongelmat cpap-hoidon ohjauksessa esiintyivät myös Lahtisen (2008) pro gradu -tutkielmassa uniapneapotilaan kokemuksista saamaastaan cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Lahtisen tutkimuksessa ilmenee, että

uniapneaoireyhtymäpotilaiden asenne cpap-hoitoa kohtaan on negatiivinen ja voimavarat vähäisiä. (Lahtinen 2008, 5)

Käsitteily (liite 1) perustui asiantuntijaraadin haastattelun antamiin sisältöihin sekä toteuttamistavoitteisiin. Teknisesti laadimme käsitteilyä kirjallisten ohjeiden mukaan, aloittaen ideointien miellekartasta edeten yksityiskohtaiseen käsitteilyyn.

Käsitteilytavoitteena oli alusta alkaen tuottaa selkeä ja helposti seurattava audiovisuaalinen potilasohjausmateriaali. Vielä emme osaa arvioida täysin lopullisen tuotoksen toimivuutta uniapneaoireyhtymäpotilaiden näkökulmasta sillä emme ole tiedustelleet heidän mielipidettään käsitteilyästä. Asiantuntijaraadin haastattelussa esiin nousi käsitteilytavoitteeksi lyhyt ja ytimekäs materiaali, jota uniapneaoireyhtymäpotilaan on helppo seurata. Lahtisen (2008) tutkimuksessa uniapneaoireyhtymäpotilaat toivat esiin, että onnistuneen ohjauksen takasi ohjauksen hyvä ymmärrettävyys. Potilaat totesivat tutkimuksessa, että ymmärrettävä ohjaus oli kielenkäytöltään selkeää ja asiat selvitettiin niin, että potilaat pystyivät seuraamaan ohjausta. (Lahtinen 2008, 26.)

Käsitteilytavoitteissa esiintyy kaksi uniapneaoireyhtymäpotilasta, joista toisella on juuri aloitettu cpap-hoito ja toisella on jo pidempään jatkunut cpap-hoito. Tästä syntyy kontrasti hoidon alkuvaiheen ja onnistuneen pitkäkestoisen hoidon välillä, jota asiantuntijaraadi toivoi ohjausmateriaalilta. Idean esimerkkipotilaan käytöstä nousi esiin asiantuntijaraadin haastattelusta. Tomi Leino (2003, 12) kannustaa käsitteilytavoitteita luomaan ristiriitoja käsitteilyyn, jotta draama toiminta pysyisi liikkeessä ja tarinassa säilyy jännitys. Asiantuntijat toivoivat, että käsitteilytavoitteissa esiteltäisiin potilas, joka on onnistunut elämäntapamuutoksissaan onnistuneen cpap-hoidon myötä. Tämä esimerkkipotilaan käyttö käsitteilytavoitteissa tukee osaltaan myös Lahtisen (2008) saamia tutkimustuloksia. Tutkimuksessa potilaat kertoivat, että yksi tärkeimmistä voimavaroista sitoutua cpap-hoittoon oli vertaistuki. Lahtisen tutkimuksessa uniapneaoireyhtymäpotilailla oli tuttavapiirissään joku, joka myös käytti cpap-laitetta. Tuttavalta kysyttiin käytännön vinkkejä ja kokemuksia cpap-laitteen käyttöön. (Lahtinen 2008, 39–40.)

Käsitteilytavoitteeksi nousi asiantuntijaraadin haastattelussa motivoida potilasta säännölliseen itsehoitoon. Tämä tavoite nousi esiin jo opinnäytetyön ideointikeskustelussa lho- ja allergiasairaalassa keväällä 2007. Tehdessämme kirjallisuuskatsausta tämä haaste cpap-hoidon huonosta hoitomyönteisyydestä tuli esiin useista lähteistä. Lahtisen (2008) tutkimuksessa pohdittiin potilasohjauksen lisäksi cpap-hoidon onnistumista kotona. Moni uniapneaoireyhtymäpotilas oli kokenut saaneensa cpap-hoidosta nopean avun ja helpotuksia vuosia jatkuneeseen väsymykseen. Osalla potilaista hoidon hyödyt tulivat esiin jo heti ensimmäisen cpap-laitteen kanssa nukutun yön jälkeen, toisilla potilaista hyödyt ilmenivät pitemmän ajan kuluessa. Potilaat huomasivat hoidon hyödyn myös perheen ja parisuhteen

kannalta. Tutkimuksessa potilaat kertoivat läheisten suhtautuvan laitehoitoon positiivisesti eivätkä kokeneet laitehoitoa yö aikaan epämiellyttävänä tai häiritsevänä verrattuna unenaikaisiin hengityskatkoksiin ja kuorsaukseen. (Lahtinen 2008, 42–43.)

Saatuamme käsikirjoituksen kirjoitettua, lähetimme sen asiantuntijaraadin jäsenille sekä koulumme multimedia-asiantuntijoille kirjallista arviointia ja palautetta varten. Palautteen mukaan työmme oli muutaman korjauksen jälkeen toteuttamiskelpoinen niin sisällöllisesti kuin toteuttamismahdollisuuksiltaan.

Käsikirjoituksen tuottaminen on aina riski, joka kirjoittajien on otettava. Ensinnäkin on mahdollista, että kukaan multimediatuottaja ei ole kiinnostunut toteuttamaan käsikirjoitustamme kuvalliseen muotoon. Meillä ei ole aikaisempaa kokemusta tai koulutusta käsikirjoitusten laatimisesta audiovisuaalista ohjausmateriaalia varten ja näin ollen olemme voineet tehdä käsikirjoituksen, joka ei ole edes toteuttamiskelpoinen. Mahdollista on myös, että lopullinen multimediatuotos ei vastaa opinnäytetyömme tarkoitusta. Välttämättä uniapneaoireyhtymäpotilaat eivät pidä käsikirjoituksen ja valmiin tuotoksen sisällöstä tai käsittelytavasta eivätkä koe saavansa minkäänlaista hyötyä materiaalista. Voi olla, että käsikirjoitus tai lopullinen materiaali ei olekaan motivoiva eikä tue heidän itsehoitoaan. Opinnäytetyössämme rajasimme haastattelun koskemaan ainoastaan uniapneaoireyhtymäpotilaan hoitoon osallistuvia sairaanhoitajia sekä lääkäreitä. Tämä rajaaminen saattaa osaltaan vaikuttaa käsikirjoituksen kiinnostavuuteen sekä näkökulmaan aiheen käsittelystä. Nykyaikana teknologian ja tiedon jatkuvan lisääntymisen vuoksi potilasohjausmateriaalit ja multimediatuotokset vanhenevat nopeasti ja on mahdollista, että meidän tuotoksemme ehtii vanhentua nopeasti ja poistua käytöstä tai jäädä käyttämättä tämän vuoksi.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden tutkimustyöhön liittyvissä asioissa, eettisesti kestävät menetelmät, avoimuus, muiden tutkijoiden työn kunnioittamisen ja huomioimisen, asianmukaisen suunnitelman, toteutuksen ja raportoinnin (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali, 31). Tarkemmin eriteltynä se tarkoittaa sitä, että tutkijat tai opinnäytetyön tekijät noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja sekä rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Lisäksi heidän tutkimustapansa ovat yleisten kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Merkittäviä eettisiä ratkaisuja toteutetaan useassa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen tarkoitus tulee olla sellainen, että se parantaa tutkittavien tilannetta. Haastattelutilanteen tulee olla hyvin suunniteltu ja toteutettu niin, että haastateltavien antamien tietojen luottamuksellisuus selvitetään ja otetaan huomioon. Haastatteluaineiston purkaminen tulee tapahtua

luottamuksellisesti ja sen tulee vastata mahdollisimman tarkasti haastateltavien suullisia lausumia. Analyysivaiheen eettinen ongelma on se, miten haastatteluaineiston analysoija tulkitsee haastateltavien lauseita. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 20.) Työssä pitää huomioida muiden tutkijoiden työ ja saavutukset esimerkiksi oikein merkityissä lähdemerkinnöissä. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu yksityiskohtaisesti. Raportista tulee ilmetä tutkijoiden asema, oikeudet, osuus työstä, vastuut ja velvollisuudet sekä siinä pitää olla määriteltynä selkeästi tutkimuksen omistajat, yhteistyökumppanit ja tekijänoikeudet. (Hirsjärvi ym. 2007, 24.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tässä työssä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, tutkimustilanteen arviointi ja vahvistettavuus. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Uskottavuuteen kuuluvat tutkimuksen sovellettavuus, pysyvyys sekä neutraalisuus. Vastaavuudella tarkoitetaan tutkijan tuottamien rekonstruktioiden vastaavuutta tutkittavien alkuperäisiin konstruktioihin. Tutkimuksen siirrettävyys kertoo onko tulokset mahdollista siirtää toiseen kontekstiin. Tutkimustilannetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon erilaiset ulkoiset vaihtelua aiheuttavat tekijät sekä huomioitava tutkimuksesta ja ilmiöstä itsestään johtuvat tekijät. Tutkimuksen vahvistettavuudessa varmistutaan tutkimuksen totuusarvosta ja sovellettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 135–137.)

Olemme saaneet ylihoitaja Renholmilta kirjallisen tutkimusluvan toteuttaa opinnäytetyömme Iho- ja allergiasairaalan allergiapoliklinikalla sekä Meilahden sairaalan keuhkosairauksien klinikalla 82 lokakuussa 2008. Olemme myös saaneet asiantuntijaraadin osallistujien luvan käyttää heidän tuottamaansa tietoa, niin haastattelussa kuin arviointivaiheessakin (liite 3 ja 4). Haastatteluun osallistuneet asiantuntijat olivat tietoisia haastattelutilanteessa aineiston käyttötarkoituksesta sekä olivat tietoisia haastattelun äänittämisestä ja videoinnista (Eskola & Suoranta 2000, 190). Lopullisessa työssä asiantuntijan jäsenet pysyvät nimettöminä. Työssämme olemme keskittyneet asiantuntijoiden tuottamaan tietoon sekä teoreettiseen tietoon. Opinnäytetyösuunnitelmavaiheessa tapasimme myös muutaman potilaan Meilahden sairaalan uniklinikalla mutta näiden henkilöiden henkilöllisyys ei ilmene missään tiedoissamme.

Tässä raportissamme olemme kuvanneet yksityiskohtaisesti opinnäytetyöprosessimme aina työn tarkoituksesta itse haastatteluihin, analysointivaiheen sekä käsikirjoituksen tuottamisen ja arvioinnin. Olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksemme on uskottava, luotettava ja se vastaa alkuperäistä tarkoitustaan. Tutkimuksemme tuotosta, käsikirjoitusta voidaan soveltaa ja siirtää muiden sairauksien hoitoon ja potilasohjaukseen. Olemme ottaneet huomioon tutkimuksen

suunnittelussa ja käsikirjoituksen toteutuksessa uniapneaoireyhtymäpotilaiden erityispiirteet. Tutkimustapamme on ollut eettisesti hyvä ja perusteltu. Lähdemerkinnöissä olemme olleet erityisen huolellisia ja tarkkoja ja ne näkyvät selkeästi sekä raporttimme tekstissä että lähdeluettelossakin. Tutkimuksemme on toistettavissa koska emme ole itse vaikuttaneet millään tavoin haastateltavien valintaan muuten kuin määrittelemällä heidän ammatillisen perehtyneisyytensä etukäteen. Olemme myös analysoineet haastatteluaineiston perustellun ja kirjallisuuteen pohjautuvan teorian mukaan. Toistettavuuden arviointi on haastavaa mutta olemme määritelleet käsitteet tarkasti etukäteen ja olemme pysyneet näissä käsitteissä koko tutkimusprosessin ajan. Haastateltavamme ovat olleet perillä käyttämistämme käsitteistä ja heillä on ollut hyvä ammatillinen tieto koskien aiheitamme.

Opinnäytetyömme vastaa tarkoitustaan ja on luotettava sekä asianmukainen. Opinnäytetyöprosessimme aikana olemme muokanneet tutkimustapaa ja rajanneet aiheitamme lisää kirjallisuushaun tulosten perusteella. Olemme palanneet useasti lähdehakuihin johtuen suunnitelmavaiheen suppeasta teoriapohjasta. Olimme ensikertalaisia tehdessämme teemahaastattelua, emmekä esimerkiksi testanneet haastattelukysymyksiä etukäteen. Haastattelukysymysten laatiminen oli haasteellista, sillä työtä aloittaessa emme ymmärtäneet asiantuntijaraadin merkitystä työssämme. Työn tarkoituksena on tuottaa käsikirjoitus audiovisuaalista potilasohjausmateriaalia varten, näin ollen mietimme pitkään mitä voimme kysyä asiantuntijoilta, jotta vastaukset palvelisivat meidän käsikirjoitustamme. Haastatteluteemojen löytäminen kirjallisuuden pohjalta oli haastavaa ja päädyimme teemoihimme usean ideointikeskustelun ja omien pohdintojemme jälkeen. Haastattelutilanteessa yksi osallistujista myöhästyi, jolloin haastattelutilanne häiriintyi ja jouduimme palaamaan lyhyesti takaisin pohjustukseen. Käsikirjoittamisen tuottaminen on ollut haasteellista ilman asiaankuuluvaa koulutusta. Olemme laatineet käsikirjoituksen kirjallisten ohjeiden avulla ja käyttäen omaa luovuuttamme. Suomessa on tutkittu vähän audiovisuaalista potilasohjausta ja yleensä potilasohjaustutkimukset käsittelevät sairaanhoitajan antamaa henkilökohtaista ohjausta. Tällainen uuden tuottaminen vähäisten tutkimustulosten kanssa on ollut haastava prosessi. Emme myöskään ole opinnäytetyöprosessimme aikana tiedustelleet uniapneaoireyhtymäpotilaiden näkemyksiä käsikirjoituksesta tai sen itsehoitoa tukevasta vaikutuksesta.

7.3 Kehittämisehdotukset

Tämän tyylistä ohjausmateriaalia voi tulevaisuudessa käyttää moneen eri tarkoitukseen. Kehityksen myötä multimedia- ja audiovisuaaliset potilasohjausmateriaalit tulevat lisääntymään. Tämä käsikirjoituksen pohjaa voisi käyttää myös muiden sairauksien, kuten diabeteksen itsehoidon tukemiseen. Sairaalahoitojaksojen lyhentyessä ja ohjauskeskusteluiden ajan supistumisen vuoksi olisi hyvä tarjota potilaille kotiin tai

internetiin mielenkiintoa herättävää, mutta informatiivista ohjausmateriaalia, johon he voivat itse tutustua silloin kun heille itse parhaiten sopii.

Toivomme, että tämä käsikirjoitus tullaan toteuttamaan multimediumuotoon. Siitä on apua uniapneaoireyhtymäpotilaille ja se motivoi heitä elämäntapamuutoksiin ja itsehoitoon niin, että heidän elämänlaatunsa ja työkykynsä paranevat. Aikaisempaan tutkimustulokseen viitaten olemme varmoja, että multimediämateriaalista hyötyvät uniapneaoireyhtymäpotilaat sekä heitä ohjaavat terveydenhuollon ammattilaiset. Wiese ym. (2005) toteuttivat tutkimuksen, jonka tulosten mukaan ohjausvideon nähneet uniapneaoireyhtymäpotilaat käyttivät cpap-laitetta ja osallistuivat hoitoonsa aktiivisemmin kuin potilaat, jotka eivät nähneet ohjausvideota. Jatkotutkimusehdotuksemme on, että jos käsikirjoitus toteutetaan multimediumuotoon, olisi hyvä tutkia ohjausmateriaalin toimivuutta uniapneaoireyhtymäpotilaan itsehoidossa. Motivoiko meidän työstämä ohjausmateriaali säännölliseen cpap-laitteen käyttöön ja miten potilaat kokevat kielteisen potilasesimerkin? Tällainen aihe olisi hyvä opinnäytetyön aihe sairaanhoitajaopiskelijoille. Esimerkiksi Hengitysliitto Heli tai Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS olisi todennäköisesti kiinnostuneita tukemaan tutkimusta motivoivan ohjausmateriaalin toimivuudesta.

Lähteet

- Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan opas. Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Backman, K. 2000. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Oulun yliopisto. URL:<<http://herkules.oulu.fi/isbn9514259033/html/index.html>> Luettu 7.5.2008.
- Brander, P. 2008. Kuorsaus ja uniapnea -hoitoketju. URL:<www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,10644,10659,13862,13861> Luettu 6.5.2008.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998/2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Field, P.A. & Morse, J.M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suom. Eila Sandborg. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö. URL:< <http://urn.fi/URN:NBN:fi:stadia-1210852529-2>> Luettu 29.12.2008.
- Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hirvonen, A. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Hengitysliitto Heli. Unenaikaiset hengityskatkot eli uniapnea. Esite. Luettu 24.4.2008.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997/2004/2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tampereen yliopisto: Pro gradu -tutkielma.
- Laki 785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. URL:<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 19.12.2008.
- Laurea-ammattikorkeakoulu. 2007. Eettiset ohjeet. URL:<http://www.laurea.fi/net/fi/02_Opiskelu/01_Opiskelu_Laureassa/04_Eettinen_toimikunta/01_Eettiset_ohjeet/index.jsp> Luettu 24.4.2008.
- Leino, T. 2003. Sanoista eläviä kuvia: käsikirjoittajan opas. Helsinki: Otava.
- Niskanen, V. 2006. Kohti tutkivaa työtapaa. Helsingin yliopisto. URL:<<http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotu/sisallys.htm>> Luettu 7.5.2008.
- Northouse, L. L. & Northouse, P. G. 1997. Health communication. Strategies for Health Professionals. Connecticut: Appleton & Lange.
- Raatikainen, R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Rekola, L. & Hakala, T. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. 2008. Jyväskylä: Gummerus.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein - käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Seppä, J., Tuomilehto, H. & Kokkarinen, J. 2007. Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito. URL<<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96202.pdf>> Luettu 26.1.2009

Sheimeikka, M-L. 2002. CPAP-hoito. Jorvin sairaalan päivystyspoliklinikka: osastotunti. Luettu 24.4.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002:4. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012. Helsinki: Edita Prima Oy.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wallius, T. & Kuukasjärvi, V. 2002. Uniapneaa sairastavan potilaan hoitotyö. Osastomateriaali. Meilahden sairaala osasto 82. Luettu 21.1.2008.

Wiese, JH., Boethel, C., Phillips, B., Wilson, JF., Peters, J. & Viggiano, T. 2005. Cpap compliance: video education may help. URL<<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/sleep/article/PIIS1389945704001522/abstract>> Luettu 26.1.2009.

Liitteet

Liite 1. Käsikirjoitus

KÄSIKIRJOITUS

Tämä käsikirjoitus on tarkoitettu uniapneaoireyhtymää sairastaville potilaille. Tämän käsikirjoituksen pohjalta tuotettu audiovisuaalinen materiaali on tarkoitettu näyttämään potilaille, joilla on jo diagnosoitu uniapneaoireyhtymä sekä aloitettu cpap-hoito. Käsikirjoituksessa on kaksi päähenkilöä (Kari ja Eila) sekä kertoja (pelkkä ääni). Kertojan puheen aikana on tarkoitettu näyttämään päähenkilöiden elämäntilanteita. Ensimmäisenä esiintyvä henkilö Kari on n. 40-vuotias tukeva mies, joka asuu yhdessä avopuolison kanssa. Karilla on todettu uniapneaoireyhtymä puoli vuotta sitten ja motivaatio laitehoitoon puuttuu. Kari on väsynyt. Eila on n. 60-vuotias naishenkilö, jolla diagnosoitu uniapneaoireyhtymä 3 vuotta sitten. Eila on sopusuhtaisen kokoinen ja hyvinvoiva. Eila asuu yhdessä aviomiehen ja koiran kanssa, lapset ovat jo muuttaneet kotoa. Eila on motivoitunut käyttämään cpap-laitetta ja käyttää sitä säännöllisesti. Cpap-hoito on tukenut Eilaa elämäntapamuutoksissa. Materiaalissa esiintyy myös lääkäri kohtauksessa 1, jossa näytetään kohtaamisensa potilaan kanssa lääkärin vastaanottohuoneessa. Olemme alustavasti arvioineet kohtauksien kestot ja merkityt ajat kohtausten perässä ovat viitteellisiä. Lopullisen tuotoksen kesto tulisi olla alle 10 minuuttia.

Kohtaus 1

Kertojan alkupuhe: *"Teillä on todettu uniapneaoireyhtymä eli teillä on unen aikaisia hengityskatkoksia. Teille on varmasti aloitettu cpap-hoito eli ylipainehengityshoito. Tässä videossa esittelemme kaksi henkilöä, joilla on molemmilla diagnosoitu uniapneaoireyhtymä ja he saavat siihen cpap-hoitoa kotilaitteella öisin."*

Kertojan alkupuheen aikana videossa näytetään kuvaa lääkärinvastaanotolta, jossa lääkäri ja potilas (Kari) käyvät läpi unianamneesikaavakkeita: Lääkäri istuu työpöytänsä ääressä ja potilas pöydän vierellä. Esillä täytettyjä unipäiväkirjoja, joita lääkäri osoittelee kynällä ja kommentoi. Lääkäri ja potilas keskustelevat: lääkäri kyselee potilaalta ja potilas vastaa lyhyesti.

Kesto: 30 sekuntia

Kohtaus 2

Karin haastattelu: *"Olen 40-vuotias Kari ja ammatiltani olen atk-yrittäjä. Minulla todettiin uniapnea puoli vuotta sitten. Nyt minulla on kotona cpap-laite, jota yritän aina muistaa käyttää öisin. (*) Elämäni on viime aikoina ollut hyvin hankalaa jatkuvan väsymyksen takia. Tämän pitkään kestäneen väsymyksen ja voimattomuuden takia hakeuduin työterveyslääkärin vastaanotolle, josta minut ohjattiin edelleen erikoislääkärille ja unitutkimuksiin. Elämänrytmini on erittäin epäsäännöllinen työni vuoksi ja tämän takia en ole oikein ehtinyt perehtymään cpap-laitteeseen. Laite on minusta monimutkainen, inhottava ja tunnen itseni ihan idiootiksi nukkuessani laitteen kanssa avovaimoni vieressä. Muistan kyllä olleeni opiskeluaikanani kova menemään, urheilin ja minulla oli paljon kavereita. Nykyään ei enää jaksa oikein poistua kotoa ja kaverisuhteetkin ovat jääneet. En oikein ymmärrä mistä tämä johtuu, rankasta työstä vai huonosti nukutuista öistä."*

Karin kerronnan aluksi näytetään Karin kasvot, jotka ovat väsyneet. Tausta on syksyisen harmaa.

*) Kuvataan kun Kari syö kotona illalla lenkkimakkaraa, juo olutta ja katsoo televisiota sohvalla. Torkkuu. Karin avopuoliso tulee sohvan viereen ulkoiluvaatteet päällä ja kävelysauvat kädessä, hän kysyy nopeasti Karilta haluaako hän lähteä sauvakävelemään kanssaan. Kari havahtuu ja katsoo avopuolisoa ja sanoo, ettei jaksa tänään. Avopuoliso kuulee tutun vastauksen eikä jaksa enää reagoida siihen, lähtee pois. Kari vaihtaa kanavaa, ottaa kulauksen olutpullostaan ja jatkaa television katsomista väsyneenä.

Kesto: 1 minuutti

Kohtaus 3

Kari menee nukkumaan avopuolison viereen tämän jo nukkuessa. Hän asettaa cpap-laitteen kasvoilleen turhautuneena ja kääntyy kasvot pois avopuolisostaan.

Kesto: 20 sekuntia

Kohtaus 4

Animaatio ("piirretty") cpap-laitteen toiminnasta: Maski puhaltaa ylipaineella ilmaa keuhkoihin pitäen hengitystiet avoimina ja paineen keuhkoissa positiivisena:

Ensin kuvataan maskin asettamista paikoilleen tiiviisti.

Kertoja: *"Maski asetetaan kasvoille tiiviisti, jolloin ilma ei pääse vuotamaan"*

Siirrytään itse cpap-laitteeseen ja näytetään miten ilma lähtee tulemaan kostutuksen kautta letkustoon ja siitä maskiin.

Kertoja: *"Kostutuksen on tarkoitus pitää hengitystiet kosteina ja näin hoito ei ärsytä limakalvoja."*

Näytetään ylipaineen vaikutusta hengitysteihin ja keuhkoihin, näytetään miten kasaan painuneet keuhkorakkulat avautuvat ja pysyvät auki hoidon aikana.

Kertoja: *"Laitteen tuottaman ylipaineen avulla kurkunkansi pysyy auki ja keuhkot eivät pääse täysin kasaan uloshengityksen aikana."*

Kesto: 45 sekuntia

Kohtaus 5

Eila herää aurinkoisena aamuna herätyskelloon klo 6:30 cpap-maski kasvoillaan. Hän herää hyväntuulisena miehensä vierestä ja noustessaan ottaa cpap-maskin mukaansa laitteesta. Hän suuntaa kulkunsa vessaan ja laittaa maskin lavuaariin juoksevan veden alle.

Kesto: 20 sekuntia

Kohtaus 6

Eilan haastattelu: *"Hei olen 59-vuotias Eila Hyvinkäältä ja toimin myymälähoitajana. Minulla diagnosoitiin uniapnea 3 vuotta sitten. (*) Diagnosoinnin aikoihin olin hyvin masentunut ja väsynyt. Jopa 20 vuotta kestänyt avioliittoni kärsi jatkuvasta väsymyksestäni ja äräydestäni, mieheni ei edes voinut nukkua samassa huoneessa kuorsaukseni ja levottoman nukkumiseni vuoksi. Olin niin väsynyt, etten edes jaksanut mennä ulos kävelyille. Olin myös pitkällä sairauslomalla työstäni. Aluksi luulin tämän kaiken johtuvan vaihdevuosisista, mutta lääkäriillä käynnin jälkeen tajusin, että ongelmat johtuivat unen aikaisista hengityskatkoksista. Cpap-hoito aloitettiin heti diagnosoinnin jälkeen, mutta se oli aluksi hankalaa koska en edes jaksanut*

keskittyä laitteen käyttöön ja käyttöohjeisiin. Onneksi mieheni avustuksella saimme laitteen toimimaan. Mieheni oli todella tyytyväinen kun käytin laitetta öisin sillä se oli hiljainen ja hän saattoi tulla takaisin yhteiseen makuuhuoneeseemme. Aluksi käytinkin laitetta enemmän mieheni vuoksi kuin itseni. Nykyään osaan käyttää laitetta myös itse. Pikku hiljaa hoito alkoi tuottaa tulosta ja huomasin taas jaksavani lähteä ulos kävelylle koirani kanssa sekä jaksoin myös itse tehdä ruokaa. Palasin takaisin työelämään. Tässä kolmen vuoden aikana olen jopa onnistunut laihtumaan 15 kiloa vaikka en vielä mikään laiheiliini olekaan, mutta on se silti mukavaa. Tietysti ei ole aina ollut helppoa motivoitua terveellisempiin elämäntapoihin ja säännölliseen cpap-hoitoon ja olenkin tässä välissä lihonut. Onneksi nykyään jaksan harrastaa ja myös kiinnittää huomiota ruokailutapoihini.

Eilan kertomuksen aluksi näytetään Eilan hymyilevät kasvot. Taustalla on keväinen maisema.

*) Kuvataan Eilan päivää: Aamulla hän lähtee aikaisin koiran kanssa ulos kevyissä ulkoiluvaatteissa.

Töissä kassalla hän palvelee iloisena asiakkaita.

Eila tulee kotiin kauppakassien kanssa ja menee keittiöön ja aloittelee ruoanlaittoa. Illalla on ystäviä kylässä, istuvat keittiön pöydän ääressä, kaikilla on ruokalautanen edessä sekä viinilasit. He keskustelevat iloisesti, Eila on paljon äänessä ja emännöi.

Eila ja mies makaavat sängyssä, ovat menossa nukkumaan. Lempeää keskustelua ja halailua sängyssä miehen kanssa. Lopuksi Eila laittaa cpap-laitteen päälle ja asettelee maskia kasvoilleen, hän kääntyy kasvot miestä kohti.

Kesto: 1 minuutti 30 sekuntia

Kohtaus 7

Kertoja loppupuhe: *"Kuten edellä näytetyistä esimerkeistä voi päätellä, uniapnean hoito on haasteellista, mutta mahdollista. Uniapneaa voi esiintyä kenellä tahansa. Hoidon vaikutus saattaa näkyä vasta jonkin ajan kuluttua aloituksesta, mutta silti säännöllinen hoito on tärkeää. Laittehoidon lisäksi on tärkeää kiinnittää huomiota elämäntapoihin väsymyksestä huolimatta. Säännöllinen cpap-hoito virkistää ja sinun on helpompaa huomioida muita sairautteen vaikuttavia tekijöitä. Muita uniapneaan vaikuttavia tekijöitähän ovat ylipaino, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, epäsäännöllinen unirytm*

sekä mahdolliset rakenteelliset tekijät hengitysteissä. Välttämättä sinulla ei ole mitään edellä mainituista tekijöistä, mutta on hyvä kerrata uniapnean riskitekijät. Sinä olet oman hoitosi asiantuntija ja vain omalla motivoitumisellasi hoitoon pystyt saamaan tuloksia aikaiseksi. Muistathan, että voit aina kysyä hoidosta ja laitteista hoitohenkilökunnalta.”

Kertojan puheen aikana kaksoiskuvana näkyy vasemmalla puolella Kari ja oikealla Eila.

Kari nukkuu ilman cpap-maskia, hän nukkuu levottomasti ja availee silmiä turhautuneesti välillä. Avopuoliso kärsii Karin levottomuudesta, on turhautunut.

Eila nukkuu cpap-maskin kanssa rauhallisesti miehensä vieressä, koira nukkuu jaloissa.

Kesto: 40 sekuntia

Kohtaus 8

Sitaatti: ”Naura ja maailma nauraa kanssasi: kuorsaa, ja saat nukkua yksin.”
(Anthony Burgess) Näkyy tekstinä ruudussa musiikin säestyksellä, taustana taas keväinen maisema. Sitaatin jälkeen tulee lopputeksti.

Kesto: 30 sekuntia.

Liite 2. Haastatteluteemat ja -kysymykset

Käsikirjoituksen tavoitteet?

- Mihin käsikirjoituksella halutaan vaikuttaa?
- Miten tavoitteisiin päästään?

Mitkä ovat tärkeät sisällöt käsikirjoituksessa liittyen uniapnea-oireyhtymäpotilaan audiovisuaaliseen ohjaukseen?

- Sisällön rajaaminen? Mitä asioita tulee korostaa? Mikä on vähemmän tärkeää?
- Mikä motivoi itsehoitoon? Mikä heikentää motivaatiota? Haasteet elämäntapaohjauksessa? Haasteet elämäntapamuutoksissa?

Ohjausmateriaalin toteutus ja rakenne?

- Mitä aluksi? Mikä herättää huomiota? Mikä pitää mielenkiinnon yllä?
- Millainen loppu? Esimerkiksi kevennys tai kertaus?
- Millainen päähenkilö kuvaisi parhaiten uniapnea-oireyhtymää sairastavaa potilasta? (ikä, sukupuoli, elämäntavat, erityispiirteet...)

Mitä muuta haastateltavilla tulee mieleen? (Esimerkiksi ajatuksia audiovisuaalisesta toteutuksesta?)

Liite 3. Tutkimuslupa-anomus

HUS/ Iho- ja allergiasairaala
Yh Marja Renholm
Meilahdentie 2
PL 160, 00029 HUS

Meilahden sairaala
Yh Riitta Vuorinen
Meilahden sairaala 3. kerros
PL 340, 00029 HUS

Tutkimuslupa-anomus.

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemen toimipisteestä. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta: Uniapnea-oireyhtymäpotilaan itsehoitoa tukevan audiovisuaalisen materiaalin käsikirjoitus.

Tarkoituksenamme olisi koostaa asiantuntijaraati uniapnea-oireyhtymäasiakkaiden hoitotyöhön läheisesti liittyvistä hoitotyön ammattilaisista ja teettä heille laadullinen ryhmähaastattelu. Pyydämme lupaa teemahaastattelun tekemistä varten. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimuksen on tarkoitus palvella Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin uniapnea-oireyhtymästä kärsiviä asiakkaita ja heidän ohjaukseensa osallistuvia työntekijöitä. Opinnäytetyömme on tarkoitus olla valmis tammikuussa 2009.

Ystävällisin terveisin:

Inkeri Sikander
xxx xxxxxxx
inkeri.sikander@laurea.fi

Leena Virolainen
xxx xxxxxxx
leena.virolainen@laurea.fi

Liite 4. Kirje asiantuntijaraadille

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Otaniemen toimipisteestä. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta: Uniapnea-oireyhtymäpotilaan itsehoitoa tukevan audiovisuaalisen materiaalin käsikirjoitus.

Tarkoituksenamme olisi koostaa asiantuntijaraati uniapnea-oireyhtymäpotilaiden hoitotyöhön läheisesti liittyvistä hoitotyön ammattilaisista ja teettä heille laadullinen ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan ja sen kesto on noin 1-2 tuntia. Esiinnytte tutkimuksessa nimettömänä. Kaikki haastattelumateriaali käsitellään luottamuksellisesti ja tuhotaan asianomaisella tavalla opinnäytetyömme valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimuksen on tarkoitus palvella Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin uniapnea-oireyhtymästä kärsiviä asiakkaita ja heidän ohjaukseensa osallistuvia työntekijöitä.

Jos teillä on kysyttävää tutkimuksesta tai ryhmähaastattelusta ottakaa ystävällisesti yhteyttä meihin.

Ystävällisin terveisin:

Inkeri Sikander
xxx xxxxxxx
inkeri.sikander@laurea.fi

Leena Virolainen
xxx xxxxxxx
leena.virolainen@laurea.fi

Olen saanut riittävästi tietoa haastattelusta ja suostun vapaaehtoisesti haastatteluun.

allekirjoitus

nimenselvennys