

Jenni Haxhaj & Maija Kosamo

YÖPOLYGRAFIA UNIAPNEAN DIAGNOSTIIKASSA

Ohjausvideon laatiminen laitteen kiinnittämisestä

YÖPOLYGRAFIA UNIAPNEAN DIAGNOSTIIKASSA

Ohjausvideon laatiminen laitteen kiinnittämisestä

Jenni Haxhaj & Maija Kosamo
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Jenni Haxhaj & Maija Kosamo

Opinnäytetyön nimi: Yöpolygrafia uniapnean diagnostiikassa – Ohjausvideon laatiminen laitteen kiinnittämisestä

Työn ohjaajat: Pirkko Sandelin & Nina Männistö

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 40 + 16

Uniapnea on pääsääntöisesti ylähengitysteiden ahtauman seurauksena syntyvä oireyhtymä, joka aiheuttaa muun muassa unenaikaisia hengityskatkoksia, kuorsausta ja päiväväsymystä. Sitä sairastaa arviolta yli 100 000 suomalaista ja sitä onkin alettu pitää yhtenä kansantautina. Uniapnean taustalla yli puolella potilaista on ylipaino. Uniapnean diagnosoinnissa käytetään apuna yöpolygrafialaitetta, jolla rekisteröidään unenaikaisia hengityshäiriöitä. Laitteella mitataan muun muassa unenaikaisia hengityskatkoksia, veren happipitoisuuden laskua ja kuorsausta.

Tämä opinnäytetyönä toteutettu Unireki-projekti on tehty yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorion ja AV-yksikön sekä Oulun ammattikorkeakoulun kanssa. Aikaisemmin käytössä olleen kirjallisen ohjeistuksen rinnalle toivottiin ohjausvideota tukemaan laitteen kiinnittämistä keholle oikeaoppisesti. Projektin tulos- ja laatuavoitteena oli tuottaa ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon perustuva käsikirjoitus videon tuottamiseksi potilaille yöpolygrafialaitteen kiinnittämisestä keholle kotioloissa. Tarkoituksena oli tuottaa selkeä ja helposti ymmärrettävä ohjausvideo potilaille mukaan kotiin annettavaksi yhdessä laitteen kanssa. Tavoitteena on vähentää laitteen virhekytkentöjä ja uusintarekisteröintien tarvetta ja saada näin ollen yhteiskunnallisia säästöjä sekä lyhentää pitkiä potilasjonoja.

Unireki-projektissa tuotetun käsikirjoituksen avulla syntyi lyhyt, noin 8 minuuttia kestävä ohjausvideo, joka kuvattiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan AV-studion kanssa. Video kuvattiin kodinomaisessa ympäristössä Oulun ammattikorkeakoulun Mahdollistava koti - simulaatiotilassa. Videon tilaaja tarkisti videon käsikirjoituksen sisällön ennen kuvauksia. Uniapnea diagnostiikassa olevilta potilailta ja Kliinisen neurofysiologian laboratorion henkilökunnalta sekä opiskelijoilta kerätyn palautteen mukaan video on selkeä, helposti seurattava ja asiakaslähtöinen. Lisäksi videon kuva- ja äänenlaatu ovat kiitettäviä. Video tulee Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorion kliiniseen käyttöön.

Tulevaisuudessa videota voi kehittää ja muokata helposti sisällöllisen tarpeen ja ajanmukaisuuden mukaan. Suullisen potilasohjauksen tueksi olisi tarvetta myös hoitajille suunnatulle tarkistuslistalle standardoimaan yhteneväistä potilasohjausta. Tässä olisi hyvä ja tarpeellinen aihe esimerkiksi opinnäytetyönä toteutettavaksi.

Asiasanat: uniapnea, yöpolygrafia, hengityskatkokset, kuorsausta, potilasohjaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health care, Option of Nursing

Authors: Jenni Haxhaj & Maija Kosamo

Title of thesis: Polysomnography in Sleep apnea diagnosis - Education video for patient of setting up polysomnography

Supervisors: Pirkko Sandelin & Nina Männistö

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 40 + 16

Sleep apnea is a syndrome caused by obstruction of upper respiratory track. It causes for example apnea intrasomnalis, snoring and daytime fatigue. It affects approximately over 100 000 people in Finland and it almost has become a major public health problem. Over a fifty per cent of the cases, sleep apnea is caused by obesity. Polysomnography is used to diagnose sleep apnea. It registers a respiratory failure, such as apnea intrasomnalis, decrease of oxygen level in blood and snoring during sleep.

This Unireki-project is a Thesis for Oulu University of Applied Sciences and it is made together with Department of Clinical neurophysiology of Oulu University Hospital (OYS). They wanted instructional video for setting up Polysomnography. It is used among with written patient's instructions to ensure correct application. Goal of the project was to produce simple and easy to understand instructional video, which is based on researched and up-to-date information. Video is given to patient together with the device and written instructional after personal counselling. The purpose of the video is to reduce incorrect use of the device and increase the number of successful recordings. This will cut down the costs and shorten hospital's long waiting lists.

Outcome of the project was easy to follow short instructional video, which was filmed in cooperation with audiovisual studio of the Oulu University hospital. It was filmed in home-like environment at Mahdollistava koti simulation room in Oulu University of Applied Sciences. Customer approved the contents of script before filming took place. According to the feedback video was clear, easy to follow and customer-oriented. Quality of the sound and picture was said to be excellent. Video will be taken to clinical use at the Department of Clinical neurophysiology in Oulu University hospital.

In future video can be improved and modified to meet new demands. In addition, there is a need for checklist for nurses to support spoken counselling. This will standardize the spoken counselling given to patients. This would be good subject for Thesis.

Keywords: sleep apnea, polysomnography, respiratory failures, snoring, patient education

SISÄLLYS

1	UNIREKI-PROJEKTI	6
1.1	Unireki-projektin tausta.....	6
1.2	Unireki-projektin tavoitteet.....	7
2	UNIREKI-PROJEKTIN SUUNNITTELUPROSESSI.....	9
2.1	Projektiorganisaatio.....	9
2.2	Aikataulu.....	11
2.3	Resurssit	12
3	UNIAPNEA DIAGNOSTIIKASSA OLEVA POTILAS.....	13
3.1	Uniapnean monialaiset vaikutukset elämänlaatuun.....	13
3.2	Unen rekisteröinti	17
3.3	Potilasohjauksen merkitys hoitotyössä.....	18
3.4	Ohjausvideon tekoprosessi	20
4	PROJEKTIN TOTEUTUS	23
5	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	25
5.1	Käsikirjoituksen ja ohjausvideon arviointia	25
5.2	Palaute videosta.....	28
5.3	Projektityöskentelyn arviointi	31
6	POHDINTA.....	35
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	41

1 UNIREKI-PROJEKTI

1.1 Unireki-projektin tausta

Tänä päivänä uniapnea diagnostiikkaa sekä selvittelyjä tehdään enemmän, kuin aikaisemmin. Unen rekisteröinti on yksi tärkeimpiä menetelmiä selvittäessä unen aikaisia hengityshäiriöitä. Tämän seurauksena on tullut suuri tarve saada käyttöön uusi ohjausmenetelmä, jolla voidaan lyhentää potilasjonoja ja saada aikaan yhteiskunnallista säästöä. Aihe ja yhteistyökumppani löytyivät Oulun ammattikorkeakoulun TKI-pankin kautta ja yhteistyöstä projektin osalta sovittiin Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorion apulaisosastonhoitaja Nita Kallion kanssa. Unireki-projektin ajatus lähti kahden sairaanhoitajaopiskelijan tarpeesta tehdä laadukas ja kliiniseen käyttöön hyödynnettävä opinnäytetyö ammattikorkeakouluopintojen opinnäytetyönä. Projektin tarkoituksen ja tarpeen selvittämisen jälkeen projekti nimettiin Unireki-projektiksi, kuvaten sen sisältöä unenaikaisesta rekisteröinnistä.

Projektilla tulee aina olla lähtökohta yhteistyökumppanien ja kohteen näkökulmasta, eikä projekti voi olla itsetarkoituksena. Käyttäjälähtöisyys on koko projektin ydin. (Virtanen 2000, 93 – 94.) Projektimme tarkoituksena on tuottaa ajantasaiseen, tutkittuun ja näyttöön perustuvat, yhteneväiset ja selkeät ohjeet potilaille yöpolygrafialaitteen käyttöön saattamisesta, sekä laitteen oikea oppisesta asettamisesta keholle. Projektin lopullisena tuotteena syntyy selkokielineen ja helposti ymmärrettävä ohjausvideo kotikäyttöön kaiken ikäisille uniapneadiagnostiikassa oleville potilaille sekä perehdytyksessä oleville uusille hoitohenkilökunnan jäsenille sekä alan opiskelijoille.

Projektin tarve tulee Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorion henkilökunnalta. Laboratorion henkilökunta huolehtii potilaiden uniapneadiagnosoinnissa käytettävästä yöpolygrafialaitteen rekisteröinnistä. Tällä hetkellä potilaat saavat henkilökohtaisen noin 45 minuutin pituisen suullisen ohjauksen yöpolygrafialaitteen käytöstä ja rekisteröinnin suorittamisesta ennen, kuin he saavat laitteen mukaansa kotiin yhdessä kuvallisen asennusohjeen kanssa. Lopullinen unenaikainen rekisteröinti tapahtuu potilaiden kotona yön yli.

Yöpolygrafiaan liittyvinä ongelmina ovat tähän asti olleet useilla potilailta tapahtuneet virheelliset laitteen kytkennät, joiden seurauksena rekisteröinnit eivät ole onnistuneet ja mittaukset on jouduttu

suorittamaan tämän takia uudelleen. Tämä kasvattaa jo ennalta pitkiä potilasjonoja ja tuo yhteiskunnalle lisäkustannuksia. Henkilökohtainen suullinen ohjaus pyritään toteuttamaan aina potilaan tarpeet ja tilanne huomioiden, mutta riippuen eri tekijöistä, ei ohjauksella yksinään päästä aina ideaali lopputulokseen, etenkin jos ohjauksessa on sisällöllisiä tai laadullisia puutteita. Tämän takia potilaille tarvitaan selkeä ja havainnollinen ohjausvideo, jonka mukaan he voivat rauhassa vaihe vaiheelta asentaa laitteen ennen nukkumaan menoa. Ohjausvideo on audiovisuaalinen lisä ja tukee saatua suullista ohjausta osaltaan laitteen virheettömään asentamiseen.

Lisäksi Unireki-projektin ammatillisena tavoitteena on tuottaa korkeakouluopintojen opinnäytetyölle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Sen yhtenä tarkoituksena on kehittää opiskelijoiden valmiuksia toteuttaa ja olla mukana eri projekteissa myös tulevaisuudessa ja näin ollen olla mukana viemässä alaa eteenpäin myös jatkossa.

1.2 Unireki-projektin tavoitteet

Projektin etenemistä ja onnistumista on arvioitava sekä lopputuotteen, että koko tuotantoprosessin näkökulmasta. Jotta projektin onnistumista voidaan arvioida, tulee sillä olla asetetut tavoitteet, jotka ohjaavat tuotantoprosessia ja määräävät täyttymisellään projektin onnistumisen. (Ruuska 2001, 33 – 36.)

Unireki-projektin tulostavoitteena on tuottaa potilasohjausvideo, jota Oulun yliopistollinen sairaala voi käyttää hyväkseen niin uniapnea diagnostiikassa oleville potilailleen, kuin hoitohenkilökunnalleen sekä alan opiskelijoille osana laitteeseen perehdytystä. Tuotteena syntyy selkeä ja helposti seurattava, noin 10 minuutin pituinen ohjausvideo, joka voidaan antaa potilaille kotiin yhdessä laitteen kanssa.

Tavoitteenamme on laadukkaan käsikirjoituksen tuottaminen, jonka mukaan ammattikuvaajan on helppo kuvata ja editoija video lopulliseen muotoonsa. Toimimme itse videon ohjaajina ja videon taustatyön, kuten rekvisiitan ja henkilöorganisoinnin toteuttajina. Henkilökohtaisina kehitystavoitteina on hallita kaikki videointiprosessiin vaikuttavat vaiheet, ja osata tuottaa ja ohjata havainnollinen ohjausvideo. Itse videon kuvaaminen ei kuulu tavoitteisiimme.

Projektin kehitystavoitteena on vähentää yöpolygrafialaitteen virhe- ja uusintarekisteröintejä ja saavuttaa näiden kautta yhteiskunnallisia säästöjä sekä nopeuttaa potilasjonojen purkua diagnosointiin. Tällä hetkellä ongelmana ovat Kliinisen neurofysiologian laboratorion kertoman mukaan laitteen virhekytkennät, jotka tapahtuvat potilaiden kotona. Usein syynä ovat väärin asennetut laitteen anturit, jotka eivät anna signaalia virhekytkennöistä. Tämän seurauksena on suoritettava unihäiriöiden uusintarekisteröinti.

Usein ohjaustilanteet sairaalassa saattavat olla potilaille jännittäviä ja ohjatut asiat voivat unohtua jo kotiin mentäessä. Lisäksi yöpolygrafialaitteen asettaminen keholle vaatii paljon pieniä yksityiskohtaisia vaiheita, joiden muistaminen vain suullisen ja kuvallisen ohjeistuksen varassa voi olla hankalaa ja silloin ohjausvideosta voisi olla hyötyä. Tämän takia tarvitaan helposti ymmärrettävä ohjausvideo potilaille kotiin tukemaan laitteen oikeaoppista kytkentää. Videon avulla potilaat pystyvät helposti palauttamaan mieleensä suullisessa ohjauksessa esille tulleet keskeiset asiat ja kytkemään laitteen rauhassa ohjausvideon tahdissa.

Laatutavoitteenamme on tuottaa selkeä ja toteuttamiskelpoinen käsikirjoitus, mikä tarkoittaa sitä, että videossa käytetty tieto on luotettavaa. Teorian tulee olla ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa. Asiasisällössä käytetään hyväksi ainoastaan luotettavia lähteitä ja tutkimustuloksia. Tiedonhaussa käytetään ammatillista kriittisyyttä. Videon on tarkoitus olla mahdollisimman helposti ymmärrettävä. Tämän vuoksi pyritään välttämään vaikeiden ammattisanojen ja käsitteiden käyttöä. Potilaslähtöisyys on videon perusta.

Unireki-projektille on asetettu lisäksi oppimistavoitteita, koska se on toteutettu opinnäytetyönä korkeakouluopinnoille. Tavoitteenamme on kehittää ammatillista tietämystä uniapneasta sekä sen diagnosointiin käytettävästä yöpolygrafialaitteesta. Lisäksi tarkoituksenamme on kehittää omaa osaamistamme projektin työstämisestä ja oppia hyödyntämään sen tarjoamia mahdollisuuksia myös tulevaisuudessa alan kehittämisen näkökulmasta.

2 UNIREKI-PROJEKTIN SUUNNITTELUPROSESSI

2.1 Projektioorganisaatio

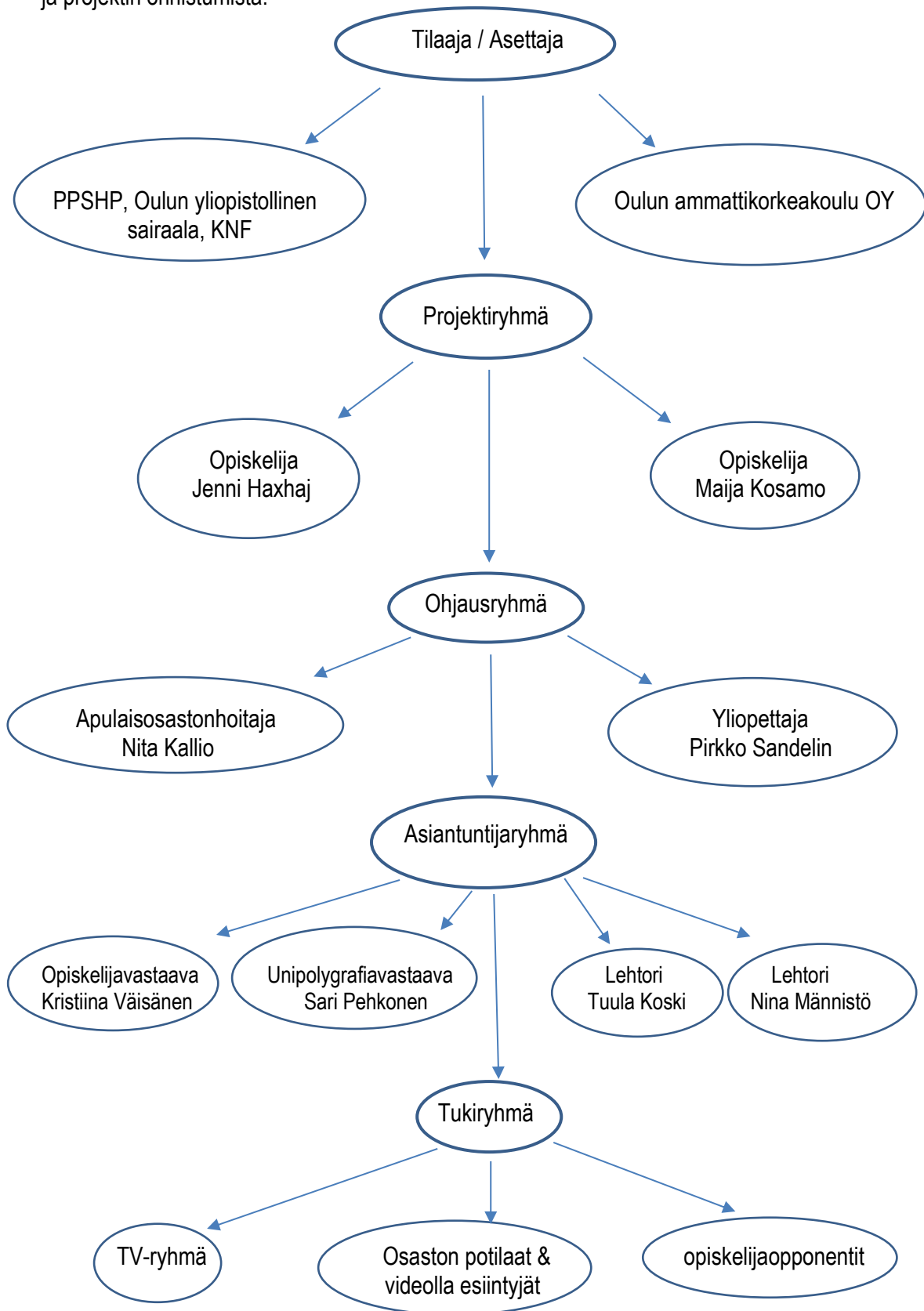
Projektioorganisaatio on asetettu aina projektikohtaisesti eli se on kertakäyttöinen. Projektioorganisaation tehtävänä on hallita projektia tavoitteiden ja päämäärien saavuttamiseksi. Kun projekti saadaan päätökseen, organisaatio puretaan ja se päättyy. Projektin organisaatio voi muuttua prosessin kuluessa. Tähän muutokseen vaikuttavat projektin vaiheet ja projektin vaiheisiin osallistuvien toimenkuvat. Projektin asettaja on henkilö, jonka toimeksiannolla projekti aloitetaan. Projektipäällikkö ja johtoryhmä osallistuvat päätöstentekoon ja projektin kulkuun. (Ruuska 2001, 12.)

Projektimme organisaatio on esitetty kuviossa 1. Projektin toimeksiantajana toimii Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorio, jonka projektikoordinaattorina ja ohjausryhmän jäsenenä toimii apulaisosastonhoitaja Nita Kallio. Unireki-projekti toteutetaan yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan ja Oulun ammattikorkeakoulun kanssa.

Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa projektin etenemistä ja toimintaa. Se on projektin korkein päätöksiä tekevä elin, joka toimii projektin asettajan vaatimisissa rajoissa. (Ruuska 2001, 84.) Ohjausryhmäämme kuuluu yliopettaja Pirkko Sandelin ja lehtori Nina Männistö, joiden tehtävänä on tukea ja auttaa projektin erivaiheissa. Kliinisen neurofysiologian laboratorion projektin koordinoinnista vastaa apulaisosastonhoitaja Nita Kallio, joka kuuluu myös ohjaus- ja asiantuntijaryhmään. Hänen lisäksi myös opiskelijavastaava Kristiina Väisänen ja unipolygrafiavastaava Sari Pehkonen kuuluvat ohjaus- ja asiantuntijaryhmään.

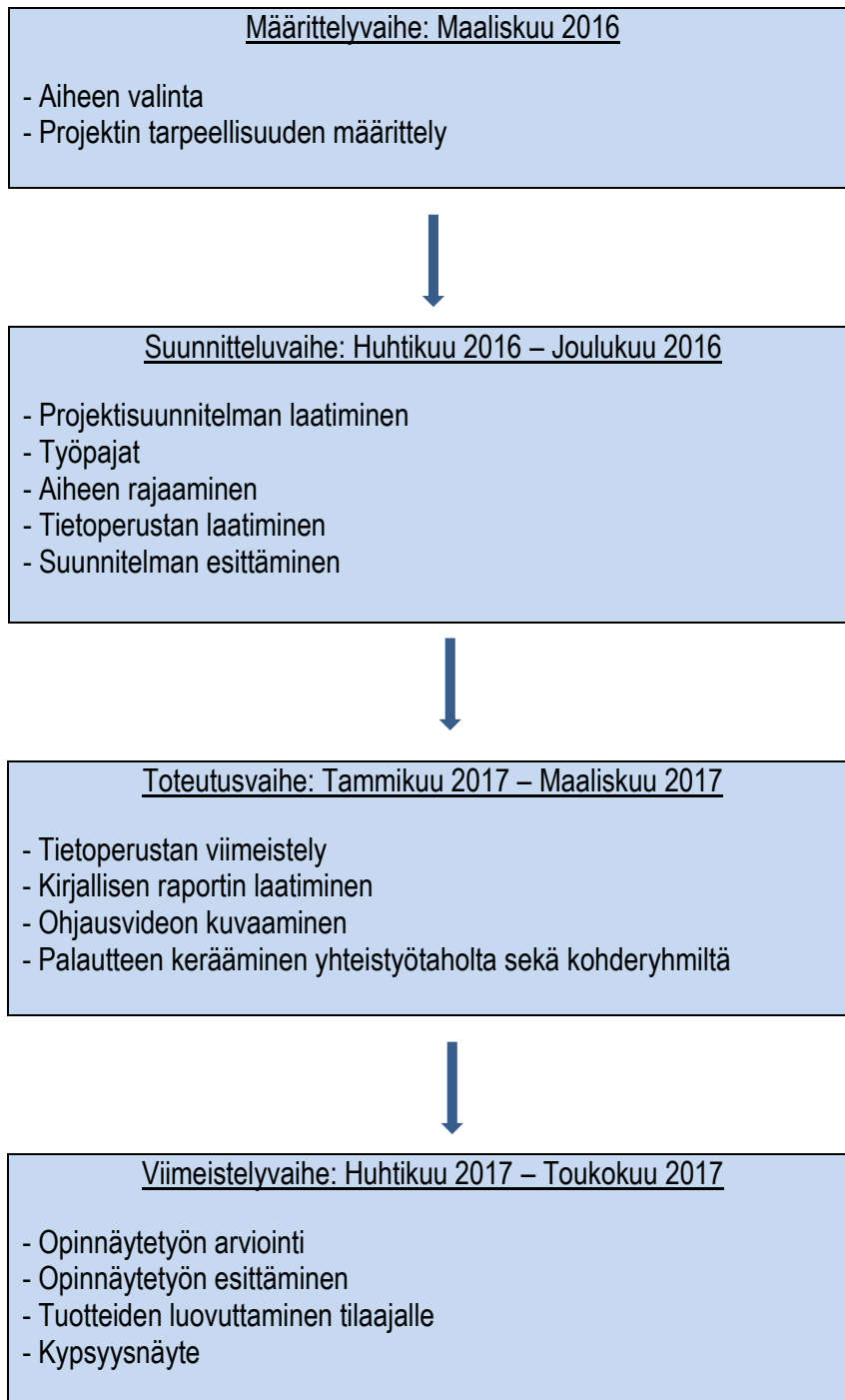
Projektiryhmään kuuluvat Jenni Haxhaj ja Maija Kosamo. Tehtävinämme on projektin tietoperustan laatiminen, projektisuunnitelman kirjoittaminen, videon käsikirjoituksen tekeminen, videon toteuttaminen yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan AV-studion kanssa sekä loppuraportin kirjoittaminen ja tiedonkulku organisaatioiden välillä. Molemmilla projektiryhmän jäsenillä on samanarvoinen vastuu projektista. Asiantuntijaryhmään kuuluvat sisällön ohjaaja lehtori Nina Männistö sekä äidinkielen lehtori Tuula Koski. Opiskelijaopponentit ovat projektissa mukana koko

projektin ajan, ja toteuttavat muun muassa vertaisarviointia sekä arvioivat lopullisen tuotteen laatua ja projektin onnistumista.



KUVIO 1. Projektioorganisaatio

2.2 Aikataulu



KUVIO 2. Opinnäytetyön eteneminen

Projekti on aloitettu maaliskuussa 2016 Nita Kallion tapaamisella ja alustavalla keskustelulla yhteistyökumppanin tarpeista. Työn on tarkoitus olla kokonaan valmis keväällä 2017, jolloin se on

esitys kunnossa ja jolloin video voidaan yhteistyötahon hyväksynnän jälkeen luovuttaa tilaajalle ja ottaa kliniseen käyttöön. Projektisuunnitelma esitetään alkuvuodesta 2017 ja sen jälkeen sovitaan lisätapaamisista yhteistyötahon kanssa sekä allekirjoitetaan vaaditut sopimukset. Video olisi tarkoitus kuvata alustavasti alkuvuodesta 2017 yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan AV-studion kanssa. Tämän jälkeen video tulee leikata ja sovittaa lopulliseen muotoon. Koko projektin olisi tarkoitus valmistua kokonaisuudessaan kesäkuuhun 2017 mennessä. Tällöin videon käyttöoikeudet luovutetaan tilaajalle ja ohjausvideo voidaan ottaa kliniseen käyttöön.

2.3 Resurssit

Projektit aiheuttavat usein kustannuksia epäsuorasti toteutuneiden työmäärien mukaan. Henkilökustannukset ovat suurimmat projekteissa kustannuksia aiheuttavia menoeriä. Suunnittelupäätöksiä projektin alussa tehdessä voidaan kustannuksiin vaikuttaa parhaiten, koska juuri suunnittelupäätökset vaikuttavat projektin kokonaiskustannuksiin. (Ruuska 2001, 137 – 139.)

Koska projekti toteutetaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä, ei kustannuksia käytännössä synny. Pienimmät kulut hoituvat pääasiassa omakustanteisesti. Taulukossa 1. on laadittu projektin kustannusarvio.

Taulukko 1. Projektin kustannusarvio

Kuluerät	Kustannusarvio	Kulut yhteensä
Opiskelijoiden panos, 400h/henkilö	14€/h	11 200€
Matkakulut, auto	120€/henk./vuosi	240€
Ohjaavien opettajien työpanos, 12h	40€/h	480€
Materiaalit, musiikki, rekvisiitta	400€	400€
		12 320€

3 UNIAPNEA DIAGNOSTIIKASSA OLEVA POTILAS

3.1 Uniapnean monialaiset vaikutukset elämänlaatuun

Uniapneaa, latinankieliseltä nimeltään apnoea intrasomnalis, on todettu ilmaantuvan kaikissa ikäryhmissä. Sitä on Suomessa tutkittu jo 1970-luvulta alkaen. Yöaikaan voi ihmisellä normaalisti esiintyä lyhyitä hengityskatkoksia ja se, miksi osa kuorsaajista saa uniapnean, on epäselvää. Normaalisti nukkuessa nielun alueen lihakset löystyvät ja saavat aikaan ylähengitysteiden ahtaumaa aiheuttaen hengityskatkoksia ja kuorsausta. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 398.)

Uniapnealla tarkoitetaan yleensä aikuisilla esiintyvää obstruktiivisista ylähengitysteiden ahtaumaa, joka aiheuttaa toistuvia, vähintään 10 sekunnin pituisia hengityskatkoksia eli apneoita tai hengityksen vaimentumista eli hypopneaa. Apnea-hypopneaindeksi (AHI) ilmaisee apneoiden ja hypopneoiden keskimääräisen esiintyvyyden tuntia kohden. Hengityskatkokset aiheuttavat veren happikylläisyyden ajoittaisen alenemisen, joka osaltaan aiheuttaa unen katkonaisuutta ja vaikuttaa kokonaisvaltaisesti terveyteen. (Käypähoito 2010, viitattu 9.1.2017.) Uniapneassa hengityskatkoksia voi yön aikana olla todella paljon, jopa satoja kertoja (Iivanainen ym. 2006, 398). Obstruktiivinen uniapnea eli OSA lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta (Russell, Gales, Bae & Kominsky 2015, viitattu 9.4.2017).

Uniapnea on pääsääntöisesti ylähengitysteiden ahtauman seurauksena syntyvä oireyhtymä, joka aiheuttaa muun muassa unenaikaisia hengityskatkoksia, kuorsausta ja päiväväsymystä. Sitä sairastaa arviolta yli 100 000 suomalaista ja sitä onkin alettu pitää yhtenä kansantautina. Ylipaino on taustalla yli 60 % potilaista. Normaalipainoisilla uniapnean taustalla on useimmiten ylähengitysteiden rakenteellinen poikkeavuus. Perinteisen obstruktiivisen uniapnean lisäksi esiintyy myös sentraalista uniapneaa, joka johtuu sympaattisen hermojärjestelmän yliaktiivisuudesta. Tätä esiintyy muun muassa sydämen vajaatoiminnassa, aivoinfarktin jälkitilassa sekä uremiassa etenkin ennen, kuin sairauden perushoito on kunnossa. (Kinnula, Brander & Tukiainen 2005, 684 - 685, 708 – 701.)

Uniapnean riskitekijöitä ovat ylipainon ja keskivartalolihavuuden lisäksi muun muassa suuret nielurisat, pieni alaleuka, miessukupuoli ja keski-ikä sekä eri sairaudet kuten diabetes mellitus II, hypertensio, hypotyreoosi ja sydämen vajaatoiminta. Tukkoinen tai ahdas nenä ovat lihavuuden lisäksi keskeinen riskitekijä. Lisäksi tupakointi ja alkoholin käyttö altistavat uniapnealle. Uniapnean kehittymistä voi ennaltaehkäistä painoa pudottamalla ja kiinnittämällä huomiota elintapoihin. (Karteenaho, Brander, Halme & Kinnula 2013, 358 – 365.)

Obstruktiivisessa uniapneaoireyhtymässä oirekuva on vaihteleva. Oireet voidaan jakaa yö- ja päiväoireisiin. Yöoireita ovat muun muassa äänekäs kuorsaus, hengityskatkokset, levoton yöuni, yö- hikoilu, herääminen tukehtumisen tunteeseen, lisääntynyt virtsaamistarve sekä suun kuivuminen ja kuolaaminen. Etenkin naisilla esiintyy unettomuutta. Päiväoireita ovat taas väsymys, pakkonukahtelu, aamupäänsärky, muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet ja mielialahäiriöt sekä näiden lisäksi myös närästys, yskä ja miehillä impotenssi. (Käypähoito 2010, viitattu 9.1.2017.)

Uniapnean diagnostiikka perustuu perusterveydenhuollossa tehtävään anamneesiin ja kliiniseen tutkimukseen sekä yöpolygrafiasta löydettyihin tuloksiin. Anamneesissa ja kliinisessä tutkimuksessa tulee kartoittaa henkilön elintavat ja poissulkea muut mahdolliset diagnoosit. Uniapnean vaikeusaste määritetään kansainvälisesti määritetyn kolmen eri osatekijän: uneliaisuuden, valtimoverenhappikylläisyyden ja AHI:n mukaan vaikeimman oireen perusteella. (Käypähoito 2010, viitattu 9.1.2017.)

Uniapnean ensisijaisena hoitomuotona ovat elintapamuutokset. Painonpudotus on keskeisessä roolissa. Keskivaikeista- ja vaikeista oireista kärsivillä CPAP-hoito (Continuous Positive Air Pressure) on ensisijainen hoito. Uniapneakiskoa käytetään erityisesti lieväoireista uniapneaa sairastavilla ja niillä, joilla CPAP-hoito ei ole mahdollinen. Jollei uniapnean konservatiivinen hoito auta, voidaan turvautua kirurgiseen hoitoon. Lääkehoidolla on pieni merkitys uniapnean hoidossa. Siihen on kokeiltu useita eri lääkevalmisteita ristiriitaisin tuloksin ja luotettava näyttö on riittämätöntä. (Käypähoito 2010, viitattu 9.1.2017.)

Kaikilla uniapneadiagnosoiduilla elämäntapamuutos on ensisijainen hoitomuoto. Kaikkia diagnosoituja tulisi kehottaa pudottamaan elopainoa, välttämään alkoholia ja nukuttavia lääkkeitä sekä nukkumaan kyljellään ja huolehtimaan unihygieniasta. Unihygienia tarkoittaa kaikkia niitä ulkoisia tekijöitä ja toimintatapoja, joilla on unta häiritseviä ja unen laatua alentavia vaikutuksia (Granlund 2012, viitattu 21.2.2017). Yleisesti ottaen kaikilla henkilöillä, joilla AHI-

indeksi on suurempi kuin 15, eivät elämäntapamuutokset ole riittäviä. Tällöin on usein suotavaa turvautua tehokkaampiin hoitomuotoihin. Lisäksi ne henkilöt, joilla AHI-indeksi on alle 15, mutta rinnalla esiintyy päiväaikaista väsymystä, kognition alenemaa, pitkäaikaista hypertensiota, iskemisiä sydänsairauksia sekä tukoksia, suositellaan myös tehokkaampaa hoitoa. Näihin hoitomuotoihin luetaan hammaskiskojen käyttö, ylähengitysteiden kirurgia sekä yhä useammin ylipainehoito eli PAP. (Lin, Zuliani, Amjad, Prasad, Badr, Pan & Rowley 2007, viitattu 21.2.2017.)

Ihmisen hyvinvoinnille keskeisimpiä asioita ovat elimistön hapettuminen ja uni. Uniapnea saa aikaan häiriötä uneen ja elimistön hapettumiseen. Uniapneassa ja liitännäissairauksissa onkin yhteisiä riskitekijöitä. Hengityskatkos unenaikana on aina stressi ihmisen elimistölle. Tärkeää onkin ymmärtää, että elimistössä liiallinen hiilidioksidin määrä, hapen vähäisyys, painemuutokset rintakehällä ja unen aikana havahtumiset sekä laadukkaan unen puute saavat mekanismit aktivoitumaan, joiden seurauksena ihminen voi lopulta saada verisuonten toimintahäiriön, sydämen liiallisen kuormituksen ja sokeriaineenvaihdunnan häiriön. Yksi mekanismeista onkin elimistön matalanasteen tulehdusreaktio. Mekanismeja voi lisäksi olla esimerkiksi sympaattisen hermoston aktivoituminen, veren hyytymistä edesauttava tila ja solujen epätasapaino. Näillä tarkoitetaan epätasapainoa elimistölle haitallisten happiradikaalien ja niitä vaarattomaksi tekevien mekanismien välillä. (Sahlman 2012, 12 - 13.)

Uniapneaa sairastavilla todettu matalanasteen tulehdustila ei välttämättä johdu yksinomaan uniapneasta, sillä lopullista vastausta ei asiaan ole vielä saatu. Kuitenkin uniapnea lisää suuremmassa määrin mahdollisuutta, jos henkilöllä on muitakin tulehduksellisia riskitekijöitä olemassa, kuten lihavuus, tupakointi ja muut sairaudet. Lieväasteisessa uniapneassa tulehdus on lievempi kuin vaikeampiaasteisessa. Tutkimusten mukaan tulehdusmerkkiaineita voidaan veressä vähentää, jos henkilö sitoutuu elämäntapamuutokseen ja näin saavuttaa tuloksia pudottamalla painoa, parantamalla uniapneatautia tai oireiden lievittymistä. CPAP-laitteen käytön hyöty tulehduksenhoitoon on hieman epäselvä. Kuitenkin tiedetään, että hyöty on todennäköisesti sitä isompi mitä enemmän CPAP-laitetta käyttää. Uniapneaa tulisikin hoitaa uniapneaa sairastavan itsensä, hänen oireidensa ja läheisten elämänlaadun parantamiseksi sekä liitännäissairauksien ja niiden riskiä lisäävien tulehdusreaktioiden hillitsemiseksi. (Sahlman 2012, 12 - 13.)

Usein uniapnea löydetään tai todetaan vasta sitten, kun ihminen on hakeutunut tai joutunut hoitoon jonkun muun syyn vuoksi kuten sydäninfarktin. Hapenpuutteesta johtuvat hengityskatkokset voivat olla yhteydessä sydänongelmiin. Ihminen ei välttämättä osaa hakeutua tutkimukseen yöllisen

kuorsauksen vuoksi, sillä kaikki kuorsaajat eivät ole uniapneaa sairastavia. Kysymys onkin hengityskatkoksista, joita esiintyy kuorsauksen yhteydessä, mutta ei välttämättä aina. Monesti taudin oirekuva jää muiden oireiden varjoon ja niitä on vaikea yhdistää toisiinsa, ennen kuin henkilö on saanut hoitoa ja huomaakin selkeän eron entiseen tilanteeseen verrattuna. (Karvinen & Saaresranta 2012, 6 - 9, 12 - 13.)

Usein saadaan suuri helpotus CPAP- hoidolla henkilön oireisiin sekä pystytään parantamaan elämänlaatua ja liitännäissairauksien syntyä. Ylipainosta kärsivien henkilöiden pitkäjänteinen tukeminen olisi tärkeää elämäntapamuutoksen omaksumisessa. Ylipainosta kärsivät toivovatkin usein saavansa terveydenhuollonhenkilöiltä tiheämpää seuranta ja valvontaa pysyvään elämäntapamuutokseen. Lihavuusleikkaus on vaativa toimenpide ja viimeinen keino ja se sopii vain harvoille. Henkilön painoindeksi täytyy olla yli neljäkymmentä tai jos henkilö sairastaa lihavuuteen liittyviä sairauksia ja painoindeksi on yli 35. Sairaalloisen lihavaa potilasta hoitaessa on komplikaatioiden riski aina suurempi. (Karvinen & Saaresranta 2012, 6 - 9, 12 - 13.)

Uniapneaa sairastava voi olla vaaraksi liikenteessä. Vaarallisin uniapneaan liittyvä riski liikenteessä on, kun ihminen nukahtaa kesken autolla ajamisen. Uniapneaa ei voida kuitenkaan verrata narkolepsiiaan. Narkolepsiassa ihminen voi nukahtaa ilman, että väsymys olisi ennakoitavissa. Onnettomuuteen joutumisen riski on kuitenkin uniapneatikoilla seitsemän kertaa suurempi, kuin terveellä ihmisellä. On huomattavaa, että tutkimuksen mukaan kaikista liikenneonnettomuuksista yksi neljäsosa johtuu väsymyksestä. Ihmisen olisi hyvä mennä tutkimuksiin viimeistään silloin, kun huomaa nukahtelewansa sellaisissa tilanteissa, joissa ei pitäisi nukahtaa. Taudin oveluus on siinä, että väsymyksen voimakkuus ei aina ole yhteydessä onnettomuusriskiin. Usein onkin uniapneassa kysymys nukkumisen, vuorotyön ja aterioinnin heikosta tasapainosta. Näitä liikenneonnettomuuksia voidaankin hyvin ennaltaehkäistä ja hoitaa tehokkaalla uniapnean hoidolla. Ihminen voi välttää autolla ajoa väsymyksen aikoihin, käyttää julkisia kulkuneuvoja henkilöauton sijaan ja pitää useita jaloittelu hetkiä etenkin pitkiä matkoja ajaessaan. (Hakkarainen & Henttunen 2010, 10 - 13.)

3.2 Unen rekisteröinti

Osana obstruktiivisen uniapnean diagnostiikkaa käytetään kansainvälisesti määriteltyä unenrekisteröintiä. Yöpolygrafia eli niin sanottu suppea rekisteröinti riittää unen aikaisten hengityshäiriöiden toteamiseen. Sen avulla voidaan todeta ylähengitysteiden täydellinen ja osittainen ahtautuminen. Laitteen minimivaatimuksena on valtimoveren happikylläisyyden ja nenäpaineen mittaus. Nenäpainemittaus kertoo mahdollisesti esiintyvät apnea- ja hypopneajaksot sekä arvioi minuuttiventilaatiota ja kuorsauksen aiheuttaman kudsvärinän voimakkuutta ja taajuutta. Pulssioksimetri mittaa valtimoveren happikylläisyyttä. Vatsan ja rintakehän ympärille asetettavat venymäanturit mittaavat hengitysvaihteluita. Yöpolygrafiassa ei mitata ollenkaan aivojen sähköistä toimintaa, kuten laajemmassa unipolygrafiassa tehdään. Se ei siis sisällä EEG tutkimusta. (Karteenaho ym. 2013, 366 – 369.)

Yöpolygrafian tulokset tulee analysoida aina visuaalisesti. Jos mittauksissa on nähtävissä vähintään 90 %:n suuruinen, vähintään kymmensekuntia kestävä ilmapirtauksen alenema sekä hengitysvaihteluiden jatkuminen apnean aikana, todetaan obstruktiivinen uniapnea. Jos hengitysvaihteluita ei taas esiinny apnean aikana, on se silloin sentraalista apneaa. Hengityskatkos voi olla myös sekamuotoinen, jolloin siinä esiintyy ensin sentraalinen hengityskatkos, jonka jälkeen katkos muuttuu obstruktiiviseksi. (Karteenaho ym. 2013, 366 – 369.)

Yöpolygrafia eli PSG on suuressa roolissa uniapnean diagnostiikassa. Sen rekisteröimät hengityskatkokset määrittävät uniapnean vaikeusasteen. AHI-indeksin eli apnea-hypopneaindeksin ollessa 5 - 15 kappaletta tunnissa, on kyseessä lievä uniapnea. Keskivahvassa uniapneassa apnea-hypopnea esiintyvyys on 15 - 30 kappaletta tunnissa. Jos apneoiden määrä ylittää 30 kertaa tunnissa, puhutaan jo vaikeasta uniapneasta. (Gasparini ym. 2015, viitattu 20.3.2017.)

Yöpolygrafian lisäksi käytössä on muitakin diagnostisia välineitä. Unenaikaisen rekisteröinnin lisäksi diagnostiikkaan kuuluu muiden uniapnean oireiden kartoittaminen. Päiväaikaisen väsymyksen selvittämiseen on olemassa useita eri kyselykaavakkeita, joilla määritellään päiväväsymyksen esiintyvyyttä ja määrää. Epworth Sleepiness Scale (ESS) on laajalti käytössä oleva mittari, joka koostuu kahdeksasta päivänukahtamiseen liittyvästä kysymyksestä ja sen antama pisteytys 0 – 24 määrittelee unettomuuden asteen. The Multiple Sleep Latency Test (MSLT) ja Maintenance of Wakefulness Test (MWT) ovat apuna testaamassa unettomuutta ja

valppautta. MSLT mittaa minuutteina nukahtamiseen kuluvaa aikaa henkilön maatessa pimeässä huoneessa. MWT taas mittaa henkilön kykenevyyttä pysyä hereillä erikoisissa tilanteissa, kuten pimeässä huoneessa istumisessa. (Kreivi 2013, viitattu 9.4.2017.)

3.3 Potilasohjauksen merkitys hoitotyössä

Potilasohjaus on vuorovaikutuksellista ja aktiivista toimintaa, joka on kontekstisidonnaista. Potilasohjaus tapahtuu ohjattavan ja ohjaajan muodostamassa ohjaussuhteessa. Potilasohjaus kuuluu hoitotyön keskeisimpiin auttamiskeinoihin. Potilaat ovat yhä enemmän tietoisempia omasta sairaudestaan, hoidostaan ja omista oikeuksistaan, jonka vuoksi potilasohjauksen kehittäminen on erityisen tärkeää. Potilasohjauksesta käytetään monesti myös muitakin kuvaavia käsitteitä, kuten opetusta, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa. Eroavaisuuksia on käsitteissä, joihin vaikuttavat käytetty aika, osallistujien mielenkiinto ja asetettu päämäärä. Ohjauksella on tarkoitus lisätä potilaan tietämystä, omaksuntaa ja kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä tietoon perustuen. Pyrkimyksenä on myös saada potilas itsenäisesti parantamaan omaa elämäänsä. (Lipponen 2014, 17.)

Ohjausta antavan hoitohenkilökunnan ja ohjausta saavan potilaan vuorovaikutus on pyrittävä luomaan sellaiseksi, jossa potilas aktivoituisi ja pystyisi kantamaan vastuun omasta hoidostaan asetetuilla päämäärillä. Ohjausta antavalta hoitohenkilökunnalta vaaditaan ohjaustaitojen säilymistä ja niiden kehittämistä, ja näiden lisäksi myös potilaan terveyden edistämistä ja riittävän tiedon antamista ohjauksessa. Ohjaus perustuu aina ohjausta saavan henkilön tarpeisiin, johon vaikuttavat ohjausta antavan ja saavan taustatekijät. Nämä edellä mainitut asiat luovat hyvän pohjan onnistuneelle potilasohjaukselle. (Lipponen 2014, 17.)

Potilasohjauksen tärkein päämäärä on tiedon siirtyminen. Potilasohjauksen olematta kuitenkaan pelkästään tiedonsiirtymistä, on se potilaan opettamista omaan hoitoonsa ja sosiaalisten taitojen oppimista. Ohjausta kuvataan yhdenlaisena prosessina, jossa ohjattava pystyy oppimaan ohjauksesta. Ohjauksessa korostuu yksilöllisyys ja ongelmanratkaisun monipuolisuus, joka on vahvasti sidoksissa etenevään ohjattavan ja ohjaajan väliseen kommunikointiin. (Tähtinen 2007, 3.)

Ohjauksessa on keskeistä ja tärkeää, että ohjauksen kaikissa osa-alueissa toteutetaan ohjauksen tarpeellisuuden määrittämistä, arviointia, suunnitelmallisuutta ja toteutusta. Ohjauksen kaikkien eri osa-alueiden toiminta tulee kirjata ylös. Jotta hoitaja voisi antaa hyvää potilasohjausta, tulisi ohjausprosessin eri osa-alueet hallita. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 11.)

Ohjauksella on myös ohjattavan lisäksi pyrkimyksenä vaikuttaa ohjattavan läheisiin, jolloin he oppisivat ymmärtämään ohjattavan sairautta, hoitoa, terveyttä ja hyvän elämän merkitystä. Ohjausta toteutetaan useamman ammattiryhmän yhteistyönä hyvin tarkasti, joka on keskeisimpiä terveyden edistämisen menetelmiä sekä tärkeimpiä auttamismenetelmiä hoitotyössä niin terveyskeskuksessa kuin sairaalassakin. Ohjauksella on koettu olevan vaikuttavimpia tapoja, jolla saadaan ennaltaehkäistyä ja vähennettyä potilaan pelkoa hoitotilanteissa. Potilaat tuovat ohjauksen merkityksellisyyden esille ja ymmärtävät sen olevan osa hoitoa. (Tähtinen 2007, 4.)

Onnistuneen ohjauksen tavoitteena on tuottaa laadukas lopputulos, johon vaikuttaa oikea ajankohta ja siihen käytetty aika. Onnistuneessa ohjauksessa on otettu huomioon ja kunnioitettu potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan oikeus on saada parasta mahdollista tietoa. Tämä edellyttää hoitajalta eettistä vastuun kantoa ohjatessaan potilasta. Onnistuneessa ohjauksessa hoitaja on pystynyt kohtaamaan potilaan potilaana. Potilaan kohtaamisessa korostuu sanallisen ja sanattoman viestinnän tärkeys. On huomioitava, että jos sanallinen ja sanaton viestintä ovat ristiriidassa keskenään, potilas luottaa enemmän hoitajan kehonkieleen. On siis tärkeää miltä hoitaja näyttää. Ensimmäinen kohtaaminen on aina merkityksellinen ja etenkin silloin, kun potilas on tuntematon. Potilaan kanssa ei ole vielä ehtinyt muodostua hoitosuhdetta tai tunneyhteyttä. (Pohjola-Katajisto 2008, 15 - 26, 30.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas kokee ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisen. Hoitajalta se vaatii taitoa lukea potilaan sanatonta ja sanallista viestintää ja poimia sillä hetkellä olevat oleelliset asiat ja tarpeet, jotka ovat vaikuttamassa ohjauksen onnistumiseen. Ohjauksessa hoitajalla on oltava taito pitää ohjausnuorasta kiinni, tehdä tarvittaessa muutoksia ja pystyä perustelemaan niitä niin, että potilas pystyy ne omaksumaan ja käyttämään parhaalla mahdollisella tavalla hyödykseen onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa ohjattavan fyysinen-, psyykinen-, kognitiivinen- ja sosiaalinen tila, jotka hoitajan on kyettävä huomioimaan ja pystyttävä toteuttamaan ohjaus sen mukaan, jotta saavutetaan onnistunut lopputulos. (Pohjola-Katajisto 2008, 15 - 26, 30.)

Hyytiäisen tutkimuksen mukaan potilaslähtöisessä ohjauksessa potilaat kokivat ohjaustilanteessa tärkeänä asiana rehellisyyden, luottamuksen ja toisen kunnioittamisen (Hyytiäinen 2010, viitattu 31.3.2017). Hoitajan ja potilaan välisessä keskustelussa ei pitäisi jäädä mitään epäilyksiä, epäluuloja tai väärinkäsityksiä (Kourkouta & Papathanasiou 2014, viitattu 9.4.2017).

Video-ohjauksen käyttöä ohjausmenetelmänä on tutkittu vähän, mutta sen on todettu sopivan hyvin hoitotyöhön osana audiovisuaalista ohjausta. Video-ohjauksella voidaan tukea muita ohjauksen muotoja ja palauttaa mieleen sekä virkistää muistia jo aiemmin opituista asioista. Sen on todettu auttavan hahmottamaan henkilön omia voimavaroja ja konkretisoivan opetettavaa asiaa. Video-ohjaus sopii erityisen hyvin ihmisille, joilla on vaikeuksia lukea kirjallisia ohjeita. Video-ohjausmenetelmänä on taloudellinen ja se mahdollistaa ohjauksen ajasta ja paikasta riippumatta. Tietenkin se asettaa myös omat vaatimuksensa käyttäjälleen, kuten laitteiden teknillisen käyttämisen. Muutoin video on erinomainen tuki potilasohjaukseen. (Vehmasaho & Rantovaara 2010, viitattu 9.1.2017.)

3.4 Ohjausvideon tekoprosessi

Videon ensimmäinen vaihe on luoda käsikirjoitus. Se ei ole mikään julkaistava tuote, vaan videon rakennesuunnitelma. Käsikirjoitusta tehtäessä on huomioitava tuleva kohderyhmä ja suunnitella videon toteutus kohderyhmälle mielekkääksi. Asia tulee esittää mielenkiintoisella esitystavalla, jotta kohdeyleisö pystyy kiinnostumaan käsiteltävästä aiheesta. Käsikirjoitus helpottaa kuvaajan työskentelyä ja antaa suunnan videon tapahtumille. Helpoin tapa dokumentoinnin tekemiseksi on edetä tapahtumien kronologisessa aikajärjestyksessä. (Leponiemi 2010, 54 - 57.)

Käsikirjoituksen luomiseen ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa. Käsikirjoitus voidaan tehdä useammalla eri tavalla. Tärkeintä on kuitenkin luoda selkeä ja ymmärrettävä teksti, lukija saa käsityksen mitä kirjoittaja ajattelee. Käsikirjoituksessa voidaan käyttää yksipalstaista tai kaksipalstaista käsikirjoitusta. Ulkoasultaan nämä poikkeavat toisistaan, muuten kokonaisuus on sama. Suomessa pitkät elokuvat ja video-ohjelmat tehdään yleensä kaksipalstaisella käsikirjoituksella. Tällöin sivu jaetaan pystysuunnassa kahtia vasempaan ja oikeaan puoliskoon. Vasemmalla puolella käy ilmi mitä kuvassa tapahtuu ja näkyy ja oikealle puolelle tulee puhe ja muut äänet. (Aaltonen 1993, 137 - 140.)

Täydellinen käsikirjoitus sisältää tiedot kaikilta tuotantoprosessin eri osa-alueilta. Näitä ovat muun muassa näyttelijöiden vuorosanat sekä kameran liikkeet ja kuvakulmat. Käsikirjoitus helpottaa ohjaajan kokonaiskuvaa prosessista ja koordinoi kuvaustiimiä. Lisäksi se helpottaa ohjaajaa hahmottamaan kuvausprosessissa tarvittavat resurssit. (Millerson 2008, 65 – 66.)

Käsikirjoitus on hyvin edullista työtä, sillä se sitoo ainoastaan yhden tai muutaman henkilön. Kuvausvaiheessa tarvitaan useampia ihmisiä. On hyvä tehdä huolella ja tarkasti käsikirjoitus, sillä ensinnäkin sisällön rajaaminen ja oikean rakenteen löytäminen on tehtävä ennen kuvausvaihetta. Jos katsojan silmiin ohjelma näyttää sekavalta ja vaikeasti ymmärrettävältä, ei katsoja useinkaan tiedosta, että takana on huonosti tai huolimattomasti tehty käsikirjoitus. Hyvin sujuva ja etenevä kuvaus ja editointi vaativat ennakointia suunnittelemalla kuvaukseen käytettävät rekvisiitat, kuvauspaikka, kuvauskalusto jne. etukäteen hyvissä ajoin. Tällä tavoin voidaan säästää kuvauspäivän hinnassa. (Aaltonen 1993, 11.)

Käsikirjoitus on vaiheittaista kirjoittamista. Ensimmäiseksi on kirjoitettava synopsis, sen jälkeen tulee treatment tai joko kohtausluettelo ja vasta tämän jälkeen käsikirjoitus. Käsikirjoituksen jälkeen on mahdollista vielä tehdä kuvakäsikirjoitus, ohjauskäsikirjoitus tai leikkauskäsikirjoitus. (Aaltonen 1993, 13.)

Käsikirjoitukseen kuuluu synopsis, jossa ohjelman sisältö kerrotaan lyhyesti ja ymmärrettävästi. Tarkoituksena on selventää ohjelmantekijöille, mitä käsikirjoittaja heille tarjoaa. Synopsiksesta käy ilmi ohjelman muoto, sisältö, tyyli ja lähestymistapa. Synopsis on tärkeä ohjelman tilaajalle, ohjelmaa toteuttavalle työryhmälle ja kirjoittajalle, sillä kokonaisuus ei vielä häviä yksityiskohtien alle.

Tärkeää olisi, että synopsis herättäisi kiinnostusta, jossa lukija tulisi vakuuttuneeksi ja sisältö myisi itsensä. (Aaltonen 1993, 38 – 42.)

Treatment on tiivistelmä, johon on kirjoitettuna ohjelman rakenne ja juoni, mutta sitä ei vielä ole rakennettu kohtauksiin. Treatmentin tiivistelmä ei ole niin laaja ja kattava kuin käsikirjoituksen, mutta se on jo laajempi sisällöltään kuin lyhyesti ja ymmärrettävästi kirjoitettu synopsis. Treatment ei kuitenkaan ole varsinainen käsikirjoitus. (Aaltonen 1993, 164.)

Käsikirjoituksen jälkeen voidaan toteuttaa itse videon kuvaus ja editointi. Nämä vaativat erityistietämystä ja osaamista alalta. Laitteiston ja kuvauskäytänteiden tunteminen takaa laadukkaan lopputuloksen. (Millers 2008, 44, 295 – 297.)

4 PROJEKTIN TOTEUTUS

Projektilla on aina niin sanottu elinkaari, jossa määritellään projektin eteneminen ja jonka mukaan projektia työstetään. Elinkaari rakentuu tiettyjen vaiheiden lopputulokseksi ja sen hahmottaminen on projekteissa tärkeää. (Virtanen 2000, 73 – 78.) Tämän projektin toteutus voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: määrittely-, suunnittelu-, toteutus- ja viimeistelyvaiheeseen (Kuvio 2).

Määrittelyvaiheessa hahmoteltiin projektin aihe ja arvioitiin sen tarpeellisuutta. Tämä tapahtui maaliskuussa 2016. Suunnitteluvaihe aloitettiin keskustelemalla yhteistyötahon kanssa projektin tarpeista ja heidän toiveistaan. Tällöin kävi ilmi, että potilaille suunnatusta ohjausvideosta on ollut tarve jo pidemmän aikaa ja sen toteuttamisen tarpeesta yksikössä oli puhuttu jo aiemmin. Samalla kertaa keskusteltiin KNF:n tarpeesta saada standardoitu check-lista hoitajille suullisenohjauksen tueksi, mutta koska kyseessä on ainoastaan ammattikorkeakoulutasoinen lopputyö, olisi projekti laajentunut liian suureksi ja sille asetetut työskentelyajat ylittyneet. Siksi projektissa keskityttiin nyt ainoastaan toteuttamaan kiitettävän tasoinen ohjausvideo kliiniseen käyttöön. Koska check-listalle olisi jo potilasturvallisuuden kannalta tarvetta, voidaan sitä suositella toiselle opiskelijaryhmälle toteutettavaksi opinnäytetyönä.

Projektin suunnitelmavaiheessa laaditaan projektisuunnitelma, jonka pohjalta aloitetaan itse projektin työstäminen. Projektisuunnitelma antaa edellytyksen projektin onnistumiselle ja ohjaa projektin etenemistä. (Ruuska 2001, 12, 32.) Valmis projektisuunnitelma hyväksytetään opettajan jälkeen yhteistyötaholla, jonka jälkeen allekirjoitetaan kaikki tarvittavat sopimuslomakkeet ja sovitaan jatkoista. Työn tietoperustaa laaditaan projektisuunnitelman rinnalla.

Projektisuunnitelman jälkeen ohjasvideosta laadittiin täsmällinen käsikirjoitus, josta ilmenee itse videon tapahtumat vaihe vaiheelta. Video kuvattiin maaliskuussa 2017 yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan AV-studion kanssa, jossa kuvauksen ja editoinnin toteutti Marko Korhonen. Video kuvattiin Oulun ammattikorkeakoulun Mahdollistava koti – simulaatio ympäristössä. Mahdollistava koti antoi mahdollisuuden kuvata video kodinomaisessa ympäristössä, jolloin videosta tuli potilaslähtöisempi ja videon katsojan oli helppo samaistua videon tapahtumiin. Editoinnin ja leikkauksen jälkeen videolle tuli pituutta reilut kahdeksan minuuttia. Siitä tuli selkeä ja käsikirjoituksen mukainen.

Laadun varmistus on olennainen osa projektia. Tuotteen laatu arvioidaan sen perusteella, miten se vastaa asetettuihin tavoitteisiin. (Ruuska 2001, 57 – 59.) Keräsimme palautetta tuotteesta niin yhteistyötaholta, kuin kohderyhmän testiryhmältä palautelomakkeen muodossa. Lisäksi näytimme videon ryhmälle ensihoitajaopiskelijoita ja keräsimme palautteet heiltäkin. Palautelomakkeessa (liite 2.) tiedustellaan muun muassa videon ymmärrettävyyttä, selkeyttä, äänen- ja kuvanlaatua sekä hyödyllisyyttä.

Projektin etenemistä raportoimme ohjaaville opettajille, jotka arvioivat sen etenemistä. Palautetta ja väliarviointia projektin laadusta ja sen etenemisestä pyysimme ohjaavilta opettajilta sekä tilaajalta projektin välivaiheissa. Kävimme projektisuunnittelupalaverissa tilaajan kanssa ja keskustelimme sekä projektituotteen sisällöstä, että sen etenemisestä. Välipalautteiden perusteella muokkasimme ja kehitimme tuotetta vielä paremmaksi saaden siitä näin mahdollisimman hyvän vastaten kohderyhmän ja tilaajan tarpeita. Käsikirjoitus hyväksyttiin Kliinisen neurofysiologian laboratoriossa, jonka jälkeen itse videon kuvaus toteutettiin.

Laadun varmistamiseksi videosta kerättiin palautetta arviointilomakkeen muodossa Kliinisen neurofysiologian laboratorion henkilökunnalta, heidän potilailtaan sekä Oulun ammattikorkeakoulun opiskelijoilta. Laadun varmistukseen valittiin yksi opiskelijaryhmä sekä 12 uniapnea diagnostiikassa olevaa potilasta ja hoitohenkilökunnan jäsentä, joilta palautteet kerättiin. Yhteensä palautteita saatiin 28 kappaletta. Video esitettiin Kliinisen neurofysiologian laboratoriolle. Tilaaja antoi videosta kirjallisen palautteen.

Projektin viimeisessä vaiheessa toteutettiin loppuraportin kirjoittaminen sekä itsearviointi, että pohdinta projektin suhteen. Opiskelijaopponoijat antoivat työstä myös kirjallisen vertaisarvioinnin videon katsottuaan.

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

5.1 Käsikirjoituksen ja ohjausvideon arviointia

Tämän unireki-projektin tuloksena saimme toteutettua laadukkaan ja ytimekkään käsikirjoituksen, joka sai todella hyvää palautetta AV-studion henkilökunnalta. Täydellinen käsikirjoitus sisältää tiedot kaikilta osa-alueilta sisältäen muun muassa näyttelijöiden vuorosanat ja kuvakulmat. Hyvä käsikirjoitus edesauttaa kuvaajan toimintaa ja helpottaa hänen kokonaiskuvan hahmottamista. (Millerson 2008, 65 – 66.) AV-studiolta saamamme palautteen mukaan käsikirjoitus oli erinomaisesti kirjoitettu ja mahdollisti videon nopean kuvaamisen ja editoinnin sekä helpotti heidän työtään videon tekoprosessissa.

Käsikirjoituksen pohjalta saimme tuotettua yhdessä AV-studion kanssa ohjausvideon uniapnea diagnostiikassa oleville potilaille, alan henkilökunnalle sekä alan opiskelijoille käytettäväksi. Videosta tuli noin kahdeksan minuuttia pitkä, joka on hieman lyhempi, kuin alun perin oli arvioitu. Videosta tuli kuitenkin sellainen, kuin olimme suunnitelleet ja videon tilaaja oli siihen myös tyytyväinen. Mielestämme video on todella selkeä ja asiat on esitetty pelkistetysti, jotta välttyttäisiin liialliselta informaatiolta. Asiat esitetään videolla rauhallisesti ja näin ollen video on helposti seurattava. Potilaiden palautteiden mukaan arviointi oli samaa videon selkeydestä ja helposta seurattavuudesta.

Sisällöllisesti olemme todella tyytyväisiä videoomme. Videota oli kuvaamassa ja editoimassa siihen erikoistunut työryhmä, joten emme voineet itse juurikaan vaikuttaa lopputulokseen sen suhteen. Videon kuva oli laadukasta. Mielestämme video oli leikattu siten, että se toi hyvin esille kulloinkin esitettävän asian. Saimme ulkopuolisilta hyvää palautetta videon kokonaisuudesta, mutta itse tekijänä sitä on hieman kriittisempi pieniä yksityiskohtia kohtaan. Videosta löytyisi jotain pientä, jota voisi muuttaa, kuten kerronnan hieman rauhallisempi ja yhteneväisempi puhetyyli. Loppujen lopuksi olemme kuitenkin tyytyväisiä siihen kokonaisuuteen, jonka saimme luotua. Saavutimme asettamamme tulostavoitteet ja video täyttää sille asetetut kriteerit.

Asetimme Unireki-projektille kehitystavoitteeksi laitteen virhekytkentöjen vähenemisen ja näin ollen uusintarekisteröintitarpeen pienentymisen. Tavoitteena oli näillä saada purettua pitkiä potilasjonoja

ja saada yhteiskunnallisia säästöjä. Tässä vaiheessa projektia emme voi arvioida kehitystavoitteen realistista täyttymistä, koska tuotetta ei ole vielä käytetty tarpeeksi paljon kliinisessä työssä, jotta sitä voitaisiin arvioida luotettavasti. Videon myötä mahdollisuus virhekytkennöille alenee hieman ja teoreettisesti sillä voisi olla vaikuttavuutta virhekytkentöjen määrälle. Koska aikamme tämän työn suhteen oli rajallinen, olisi tässä oiva jatkotutkimuksen aihe toiselle opinnäytetyölle. Video toimii suullisenohjauksen ja kirjallisen ohjelapun rinnalla vielä yhtenä havainnollistamisen välineenä, ja voi toimiakin osalle potilaille audiovisuaalisena ohjausmenetelmänä paremmin, kuin esimerkiksi pelkkä kirjallinen ohjelappu. Olisi mielenkiintoista kuulla vuoden tai kahden päästä, mikä on virhekytkentöjen kasvusuunta ja saavutimme oikeasti kehitystavoitteemme.

Jos arvioimme videotamme asettamiemme laatukriteerien mukaan, voimme todeta, että sen sisältö oli ainakin videon tekohetkellä ajantasainen. Videoon käytettyyn tietoperustaan haimme sisältöä ainoastaan luotettavaksi tunnustetuilta lähteiltä. Pyrimme käyttämään mahdollisimman uutta tietoa sekä uusimpia tutkimustuloksia, niin kotimaisia kuin ulkomaalaisiakin. Pidimme tietoperustan selkeänä ja kompaktina pakettina, ja vältimme turhaa asian vierestä puhumista. Itse videon käsikirjoitukseen saimme suuntaa niin tietoperustastamme, kuin asiantuntija tietämystä Kliiniseltä neurofysiologian laboratoriolta. Siellä ammattitaitoiset henkilöt ohjeistivat meitä muun muassa laitteen oikea oppisessa käytössä ja huomiota vaativissa asioissa.

Yhtenä laatutavoitteenamme oli tuottaa helposti ymmärrettävä, potilaslähtöinen ohjausvideo. Juurikin potilaslähtöisyys oli se sana, joka kulki Unireki-projektin mukana sen jokaisessa vaiheessa. Se oli yksi suurimmista tavoitteistamme ja pyrimme koko ajan tähtäämään siihen. Monissa videon vaiheissa käytimme hyväksemme empatiaa ja mietimme, miltä tuntuisi olla itse potilaana tässä tilanteessa ja mitä minä itse toivoisin potilaana ollessani. Koemme, että saimme toteutettua suhteellisen kiitettävän potilaslähtöisen videon. Potilailta ja henkilökunnalta saamamme palautteen mukaan potilaslähtöisyys toteutui kiitettävästi.

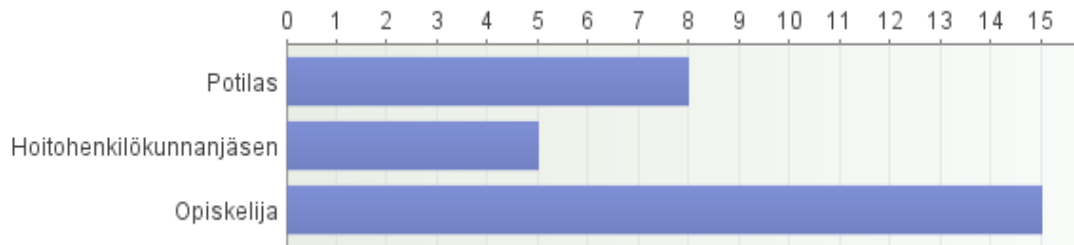
Potilaat saavat suullisessa ohjauksessa paljon informaatiota rekisteröintiin ja diagnostiikkaan liittyen, joten emme halunneet enää kerrata videolla kuin vain ne olennaisimmat asiat, jotka vaikuttavat rekisteröinnin onnistumiseen. Tällä saimme luotua videosta selkeän ja yksinkertaisen, jossa ei ollut liikaa informaatiota, joka olisi voinut viedä keskittymisen itse laitteen kiinnittämisestä, joka tässä tapauksessa oli se olennaisin asia.

Itse video kuvattiin kodinomaisessa ympäristössä, jotta potilaalla olisi mahdollisimman helppo samaistua videon tunnelmaan. Emme halunneet missään nimessä kuvata videota sairaalaympäristössä, mikä voisi osaltaan luoda ahdistavan ja jopa stressaavan tunteen katsojalle. Videon värimaailmaksi valitsimme rauhallisen, sinisävyisen teeman. Jo väreillä pyrimme vaikuttamaan potilaiden laitteen kiinnittämiseen ja valmistumiseen tulevaan yöhön. Tavoitteena oli luoda videolla rauhallinen ja kiireetön tunnelma, joka valmistaa rauhalliseen ja hyvään uneen sekä laitteesta stressaamattomuuteen. Laite itsessään on todella epämukava unikaveri sen itse testattuamme. Musiikiksi videolle valittiin rauhallista pianomusiikkia, joka sopii uni-teemaan ja meidän Unireki-projektiimme. Videon äänen volyyymi pidettiin tarpeeksi matalalla taustalla, jotta se ei vaikuttaisi negatiivisesti itse videoon keskittymiseen.

Viimeisimpänä asettamanamme tavoitteena Unireki-projektille oli kehitystavoite. Olemme parantaneet omaa tietämystämme uniapneasta, sen diagnosoinnista ja itse diagnosoinnissa käytettävästä yöpolygrafialaitteesta. Tulevassa ammatissamme sairaanhoitajina tulemme varmasti kohtaamaan etenevässä määrin uniapneasta kärsiviä potilaita, koska se on koko ajan lisääntyvä kansanterveydellinen ongelma (Anttila ym. 2005, 684 – 685). Nyt voimme ymmärtää paremmin heidän tilanteeseensa vaikuttavia tekijöitä sekä tulevaa hoitopolkua. Osaamme soveltaa oppimaamme tietoa käytäntöön ja toimia työyhteisössä tiedonvälittäjinä. Sairaanhoitajien osaamistaso asetui vuonna 2016 Eurooppalaisessa viitekehityksessä (EQF) tasolle 6. EQF eli The European Qualifications Framework on eurooppalainen kahdeksan tasoinen tutkintojen viitekehys, jonka tasojen määrittely perustuu oppimistulosten kuvailuun. (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja & Suutarla 2016, Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin, viitattu 9.5.2017.)

Suurin henkilökohtaisista kehitystavoitteistamme oli projektityöskentelytaito, jonka olemme saaneet tässä Unireki-projektissa. Ennen projektin alkamista, voimme yhdessä todeta, ettei projektityöskentelytaitomme olleet kovinkaan vahvat ja olimme epävarmoja oman osaamisen suhteen. Unireki-projekti on opettanut meille niin projektin eri työskentelyvaiheet ja niiden sisällön sekä toimimisen projektin vetäjänä ja vastuun ottajana. Olemme kehittyneet projektinjohtamisessa ja sen organisoinnissa mennessämme tämän opinnäytetyön myötä osaamisemme suhteen epämukavuusalueelle. Tämä on vahvistanut omaa itsetuntoa ja omaa kyvykkyyttä toimia yhtenä projektin jäsenenä. Tulevaisuutta ajatellen, tämän Unireki-projektin myötä ei ole enää niin suuri kynnys lähteä mukaan erilaisiin projekteihin ja kehittämishaasteisiin. Projektit ovat kuitenkin iso osa alan kehitystä ja hoitotyön päivittämistä.

5.2 Palaute videosta



KUVIO 3. Vastaajien määrä: 28

Opiskelijoiden arviointien mukaan voidaan todeta, että olemme onnistuneet ohjausvideon teossa hyvin. Pyysimme yhtä opiskelijaryhmää, johon kuului 15 opiskelijaa, vastaamaan kyselykaavakkeeseen ohjausvideon katsomisen jälkeen. Saimme kaikilta 15 opiskelijalta vastauksen ja heistä 12 oli kirjoittanut vapaaseen kommenttitaatikkoon ajatuksia ohjausvideosta. Pääkysymyksiä kyselykaavakkeessa oli viisi, kaikkiaan kysymyksiä tuli yhteensä 15, joihin opiskelijat saivat vastata arviointiasteikolla 1 - 5. Lisäksi laitoimme kyselykaavakkeen loppuun vapaan kommenttitaatikon, johon halutessaan sai kirjoittaa videoon liittyviä ajatuksia. Yli 60 % vastaajista oli sitä mieltä, että video on erittäin hyödyllinen. Kyselyssä kysyttiin, oliko video potilaslähtöinen. Yli 80 % oli sitä mieltä, että video on hyvin potilaslähtöinen. Mitään suurempia parannusehdotuksia ei tullut ilmi palautteista. Pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että videon kuvanlaatu ei täyttänyt kaikkia odotuksia. Suurimmaksi osaksi vastaajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että ohjausvideo on erittäin hyvä taikka hyvä.

Vapaaseen palautelaatikkoon oli moni vastaajista kirjoittanut, että video oli selkeä ja helposti ymmärrettävä. Lisäksi videota keuhuttiin hyödylliseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi, mikä selkeyttää asentamista sekä laitteen kiinnittämistä oikein, vaikkei laitetta olisi aikaisemmin nähnytään. Tässä on muutamia suoria lainauksia opiskelijoilta saaduista palautteista.

"Video on selkeä, helposti ymmärrettävä ja hyödyllinen."

"Hyvä ja selkeä kokonaisuus."

"Katsomalla videon, potilas saa selkeän kokonaiskuvan laitteen käytöstä."

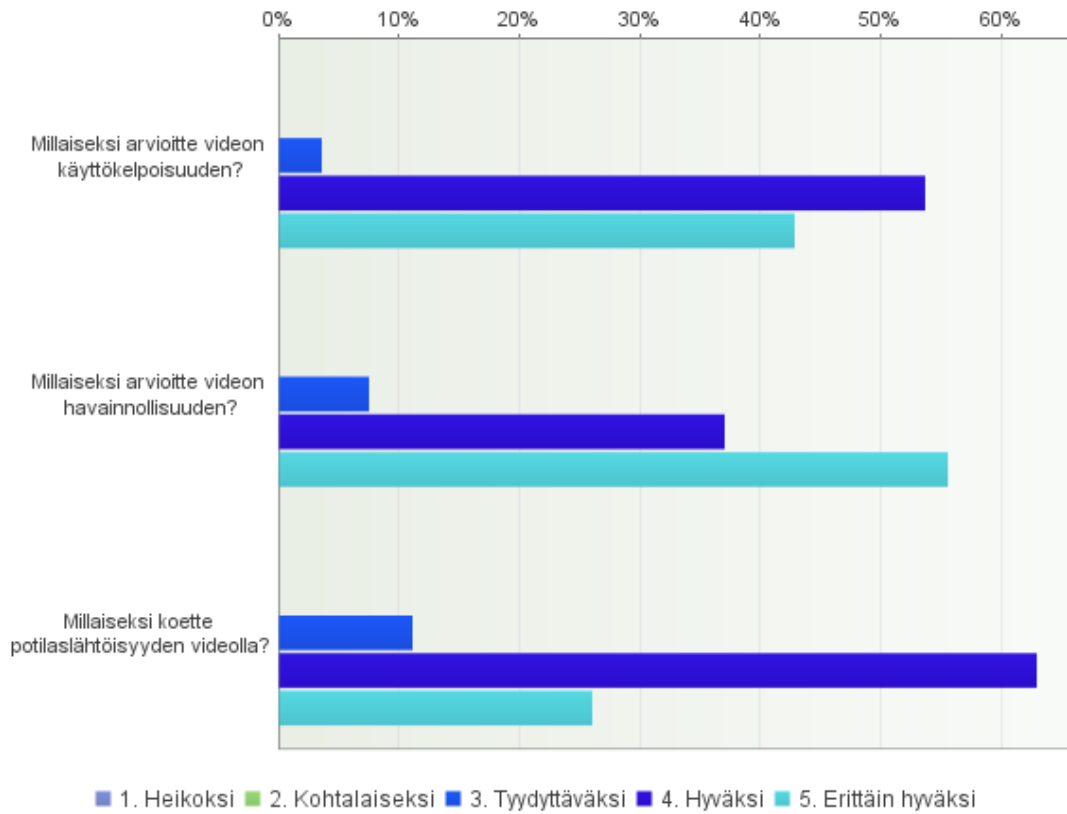
"Miten toimitaan, mikäli potilaalla ei mahdollisuutta videon katsomiseen? Ei nettiä, tietokonetta, dvd-soitinta, älykännykkää?"

Ohjausvideo ei kuitenkaan ole ainoa ohjausväline, vaan potilaat saavat kotiinsa mukaan kuvilla varustetun kirjallisen ohjeen ja sitä ennen suullisenohjauksen hoitohenkilökunnalta, jossa asioita käydään läpi ja keskustellaan mieltä askarruttavista asioista. Videon tarkoituksena ei ollut tuoda esille kaikkea sitä informaatiota, joka liittyy unen rekisteröintiin. Videosta olisi muutoin tullut sekava ja paljon informaatiota sisältävä. Sen tarkoituksena oli ainoastaan varmistaa laitteen oikeaoppinen kiinnitys keholle. Kaiken muun tiedon diagnosointiin ja unen rekisteröintiin liittyen potilaat saavat suullisessa ohjauksessa. Ohjausvideon tarkoituksena olisi saada poistettua virhekytkennät ja sen myötä purettua potilasjonoa, mikä toisi myös yhteiskunnallisia säästöjä.

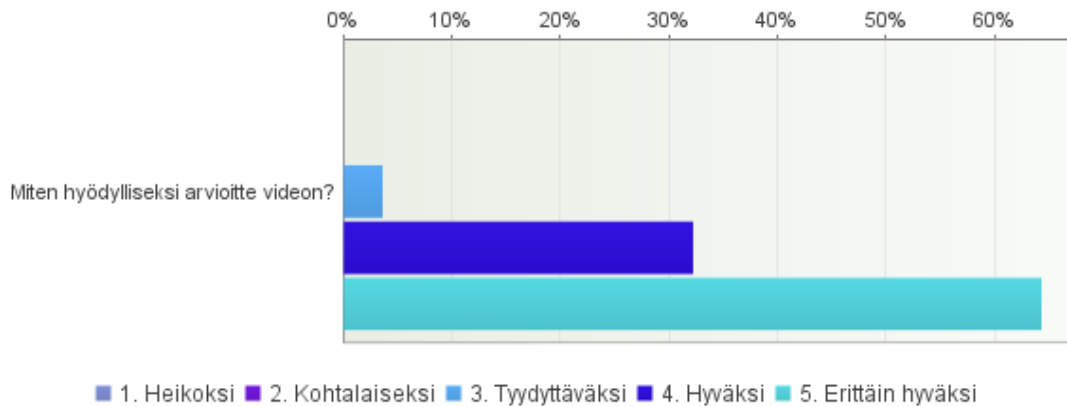
Potilailta saatuja palautteita oli yhteensä kahdeksan kappaletta. Odotimme mielenkiinnolla, mikä oli potilaiden arviointi ohjausvideon potilaslähtöisyydestä. Potilailta saatujen palautteiden yhteenlaskettu keskiarvo potilaslähtöisyydestä oli 4 eli hyvä. Potilaat antoivat arviota arviointiasteikolla 1 - 5. Potilaiden mukaan video oli selkeä ja hyödyllinen, joista he olivat antaneet arvosanaksi neljä. Se, mistä voidaan olla erittäin tyytyväisiä ja onnellisia on, että potilaat kokivat videon auttaneen laitteen kiinnittämisessä kotona ja olivat antaneet tästä arvosanaksi viisi.

Hoitohenkilökunnalta saimme yhteensä viisi kappaletta palautteita. Näistä saamistamme palautteista ei jäänyt epäselväksi, etteikö ohjausvideo olisi hyödyllinen ja selkeä. Hoitohenkilökunta antoi arvosanaksi viisi. On mahtavaa huomata, että videosta tuli onnistunut ja jota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää niin potilasohjauksessa, kuin hoitohenkilökunnan ja alanopiskelijoiden keskuudessa. Hoitohenkilökunnan arviointien mukaan potilaslähtöisyys oli videolla hyvä, arvosanaksi muodostui neljä.

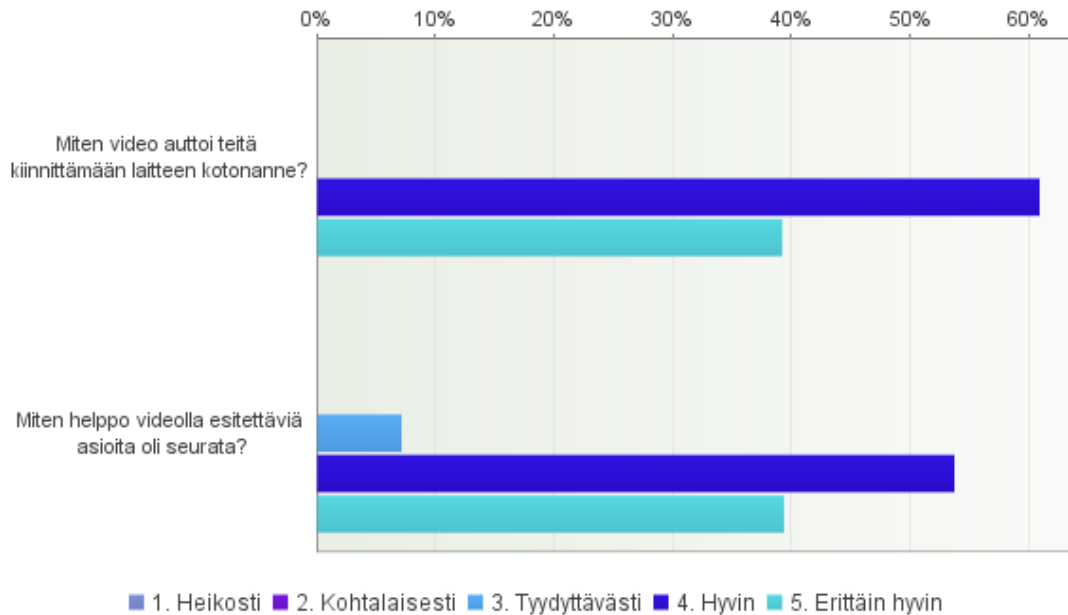
Palautteisiin olemme todella tyytyväisiä. Kaikkiaan palautteita tuli yhteensä 28 (Kuvio 3). Se mitä lähdimme tavoittelemaan ja mikä oli päämäärämme ohjausvideolta, näyttää nyt toteutuneen hyvin. Yhteenvedona voidaan todeta, että ohjausvideolla otettiin hyvin huomioon potilaslähtöisyys, selkeys ja laitteen kiinnittämisen onnistuminen kotona. Suurin osa (65 %) vastaajista oli sitä mieltä, että video on hyödyllinen. Alla on kolme kuviota kaikkien kyselyyn vastanneiden yhteenlaskettu arvio prosentuaalisesti.



KUVIO 4. Asiakaslähtöisyys ja käyttökelpoisuus



KUVIO 5. Hyödyllisyys



KUVIO 6. Videon seurattavuus ja sen apu laitteen kiinnitykseen

5.3 Projektityöskentelyn arviointi

Itse Unireki-projekti lähti liikkeelle keväällä 2016, kun löysimme kiinnostavan ja haasteellisen aiheen, joka vielä aiheena kiinnosti molempia tekijöitä. Tarkoituksenamme oli tehdä opinnäytetyönä oikeasti hyödyllinen tuote, jolla on merkitystä alan kehitykselle ja jolla on mahdollista vaikuttaa asioihin pitempi aikaisesti kliiniseen käyttöön otettuna. Tavoitteenamme oli myös kehittää omaa osaamista ja lähteä kokeilemaan itselle haasteellista maaperää. Projekti työskentelymenetelmänä tuntui heti oikealta, koska halusimme päästä oppimaan projektityöskentelyä. Projektit ovat suurena osana myös tulevaisuudessa alamme kehityksen kannalta ja halusimme saada osaamista myös tältä saralta, jotta voimme päästä vaikuttamaan ja kehittämään asioita myös jatkossa.

Aloitimme unireki-projektin laatimalla projektisuunnitelman, joka opettajan hyväksynnän jälkeen lähetettiin tilaajataholle. Tilaaja oli tyytyväinen suunnitelmaamme ja allekirjoitimme yhteistyösopimukset tämän jälkeen. Suunnitelman jälkeen pääsimme enemmän keskittymään itse videoon ja siihen liittyviin asioihin. Jälkeenpäin huomasimme, että emme tehneet riskianalyysiä

ollenkaan suunnitelmaan, mikä on erittäin olennainen osa projektia. Projektin tekemiseen liittyy aina riskejä, jotka tulee huomioida jo suunnitelmassa ja varautua niiden mahdolliseen toteutumiseen. Työssämme suurin riskitekijä oli aikataulutus, joka oli alussa karata käsistä. Saimme kuitenkin korjattua virheemme ja työ eteni melkein suunnitellussa aikataulussa.

Unireki-projektimme lähti hieman hitaasti käyntiin ja alku oli haastavaa. Alkuun olimme suunnitellusta aikataulusta huomattavasti jäljessä, mutta saimme kiristettyä tahtia melkoisesti loppua kohden. Yhteistyö Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorion kanssa on toiminut alusta alkaen erinomaisesti. Yhteydenpito hoidettiin pääsääntöisesti sähköpostin välityksellä nimetyn projektikoordinaattorin kanssa, jonka kautta suurin osa asioista hoidettiin. Yhteistyötaholle nostamme hattua heidän joustavuudestaan ja tuestaan projektiamme kohtaan. Vaikka aikataulu oli tiukka lopussa, saimme heiltä nopeasti vastauksia ongelmiimme, ja aikoja yhteisille tapaamisille järjestettiin päivänkin varoitusajalla. Ilman heidän joustavaa toimintaansa, emme olisi saaneet projektia päätökseen aikataulussa. Aikataulutusta tehtiin yhteistyötahon kanssa aina joko tapaamisen yhteydessä tai sähköisenviestinnän välityksellä yhteyttä pitäen. Asiat toteutettiin siinä ajassa, kuin oli sovittu ja päätetty aikataulutuksen suhteen.

AV-studion henkilö oli ammattitaitoinen, kokenut alansa asiantuntija, joka osasi ohjeistaa ja neuvoa meitä aina oikeaan aikaan. Ennen käsikirjoituksen aloittamista saimme AV-studiolta selkeän, ytimekkään ja napakan tietopaketin siitä mitä käsikirjoituksen täytyisi sisältää, jos halutaan saada mahdollisimman mutkaton tekoprosessi ja hyvä lopputulos.

Tietoperustan laatiminen oli pitkä prosessi. Täydensimme sitä koko työskentelyn ajan. Alun alkujaan tilaajataholla oli toiveena saada ohjausvideon lisäksi myös kirjallinen check-lista hoitajille tukemaan suullista ohjausta. Pohdimme aluksi miten toteutamme nämä kaksi työtä ja päädyimme lopuksi rajaamaan työn ainoastaan ohjausvideon tekemiseen. Projekti olisi muuten laajentunut liian suureksi, ja koska kyseessä on ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, olisi työtunnit olleet liian suuret. Halusimme panostaa 100 % yhteen asiaan ja tehdä työstämme mahdollisimman hyvä ja tilaajan toiveita vastaava.

Jatkoimme projektia laatimalla tietoperustaa. Halusimme lisäksi päästä tutustumaan aiheeseen käytännönläheisesti ja Kliinisen neurofysiologian laboratorio ehdottikin meille, että tulisimme seuraamaan suullisia potilasohjaustilanteita. Kävimme molemmat vuorotellen seuraamassa suullisia ohjauksia eri hoitajien suorittamana. Yhteensä tunteja tuli vajaa seitsemän per henkilö.

Potilailta kysyttiin aina suostumus läsnäoloomme henkilökohtaisesti. Kertaakaan kukaan ei tästä kieltäytynyt. Hoitajilla oli taito ottaa ohjaustilanne haltuun, johon hoitajat pystyivät käyttämään noin 45 minuutin mittaisen ajan. Kuitenkin osa hoitajien antamista ohjaustilanteista vaikutti rutiininomaiselta suorittamiselta. Hoitajat pystyivät kuitenkin aina olemaan läsnä potilaalle juuri siinä hetkessä, vaikka ohjauksia olisikin ollut jo useampi takana. Hoitajilla oli ymmärrettävä puhetyyli ja selkeä ohjauksenkulku ohjausta antaessaan. Teimme näissä tilanteissa samalla kirjallisia muistiinpanoja. Tällöin saimme kuvaa siitä, millaisia asioita videolla olisi hyvä painottaa ja mitkä asiat tuottavat hankaluuksia ohjaustilanteissa. Koemme saaneemme paljon hyödyllistä ja tärkeää lisätietämystä aiheesta, ja juuri näiden ohjaustilanteiden ansioista aihe tuli meille läheisemmäksi ja konkreettisemmaksi. Osasimme katsoa jälkepäin aihetta erinäkökulmista ja soveltaa tätä saatua tietoa videon käsikirjoituksessa.

Ennen käsikirjoituksen aloittamista kävimme lainaamassa kirjastosta useita eri opinnäytetyönä toteutettuja ohjausvideoita. Tarkoituksenamme oli saada laajempaa kuvaa siitä, millaisia videoita on tehty ja millaisia toteutusratkaisuja niissä on käytetty. Katsoimme videoita yhdessä ja poimimme videoista asioita, jotka toimivat hyvin ja jotka taas olivat huonoja. Arvioimme muun muassa taustamusiikkia ja sen voimakkuutta. Useissa videoissa musiikki oli liian päälle käyvää ja häiritsevää, että itse videolla ohjattu asia jäi taka-alalle. Myös liian nopea tempoinen eteneminen ja asioiden ja kuvien esittäminen oli vaikeasti seurattavaa. Näitä videoita katsottuamme keskustelimme siitä, mitä haluamme videoltamme ja poimimme näistä katsotuista videoista hyviä ideoita ja toteutusratkaisuja, joita halusimme käyttää omassa videossamme. Halusimme myös välttää näitä huonoiksi kokiamme asioita ja tehdä videostamme mahdollisimman potilaslähtöisen ja helposti seurattavan.

Pääsimme tutustumaan lisäksi itse yöpolygrafialaitteeseen henkilökohtaisesti. Saimme laitteen viikonlopuksi lainaan, jolloin kokeilimme itse laitteen asettamista keholle kotioloissa. Lisäksi toiselle suoritettiin itse unenrekisteröinti, jolloin laitteen kanssa nukuttiin koko yö. Tämä havainnollisti konkreettisesti sitä, miltä potilaasta tuntuu olla laitteen kanssa. Kokemus ei ollut mitenkään miellyttävä ja laite häiritsi unta. Vaikka olimme itse olleet seuraamassa useita ohjaustilanteita, ei laitteen asettaminen ollut itsestäänselvyys. Otimme omakohtaisia havaintoja mukaan käsikirjoitukseen ja mietimme nämäkin asiat aina potilaan kannalta. Laitteen saaminen kokeiltavaksi oli erilainen kokemus ja lähensi projektin tekemistä henkilökohtaisemmaksi.

Kahden henkilön aikataulujen ja yhteistyön sovittaminen ei ollut aina mutkatonta. Molempien kiireinen aikataulu ja muut opinnot lisäsivät haastetta projektityöskentelyyn. Asiaa helpotti se, että työtä tehtiin pitkälti sähköisellä työskentelyalustalla, jossa molemmat tekijät saattoivat työstää kirjallista työtä omien aikataulujen mukaisesti. Projekti jaettiin aina työvaiheisiin ja yhdessä sovittiin mitä osa-aluetta kulloinkin työstettiin. Tällöin työmäärä jakautui suhteellisen tasavertaisesti. Työn etenemistä olisi kuitenkin helpottanut se, että yhdessä olisi aina sovittu nimetyt päivämäärät, jolloin kyseinen osa-alue olisi pitänyt valmistua. Projektin suunniteltu aikataulu venyi osaltaan juuri tämän takia.

Olemme tämän Unireki-projektin työstämisen vaiheissa kohdanneet erilaisia vastoinkäymisiä ja haastavia tilanteita, ja olemme yhdessä näistä keskustelemalla myöntäneet omat virheemme ja kehitystarpeemme. Juuri näiden omien heikkouksien ja virheiden takia olemme pystyneet kehittämään omaa toimintaamme ja koemme olevamme nyt valmiimpia toimimaan osana projektiorganisaatiota. Olemme kehittyneet myös itse projektitoiminnassa oman tietotaidon kehittyessä. Tämän projektin myötä olemme oppineet virheistämme ja osaamme jatkossa toteuttaa projektityöskentelyä paremmin.

Projektityöskentelyn käynnistyessä emme missään vaiheessa joutuneet suunnitellun kustannusarvion kanssa vaikeuksiin. Saimme hankittua rekvisiittaan tarvittavat tavarat pienellä rahasummalla. Videon kuvauspäivän aikana menneet ruokakulut hoituivat myös pienellä budjetilla. Osan materiaaleista, joita kuvauspäivänä käytimme rekvisiittaan, hankimme itseltämme, eikä näin ollen tarvinnut käyttää rahaa hankintoihin. Arvioitujen matkakulujen osuus nousi suuremmaksi, mitä olimme kustannusarvioon alun perin laatineet. Kustannusarvio kuitenkin lähes kokonaisuudessaan pitäneen näin ollen paikkansa.

Unireki-projektin alkaessa emme vielä osanneet ajatella riskejä, mutta työn edetessä huomasimme kuinka paljon erilaisia riskejä projektiin voi kuulua. Onnistunut käsikirjoitus ei vielä takaa sitä, että video olisi onnistunut. Tajusimme, että olemme yhden suurimpien riskien alla siinä vaiheessa. Potilailta, opiskelijoilta ja projektin muilta työryhmään kuuluilta jäseniltä saatu hyvä palaute ja vastaanotto poistivat suuren riskin videon käyttökelvottomuudesta. Yhteistyötahomme kanssa olisi voinut olla hankaluuksia ja näin johtaa vaikeasti löydettävään yhteisenlinjan löytämiseen. Meidän onneksemme kävi toisin. Saimme tehdä saumattomasti yhteistyötä kaikkien projektiin osallistuneiden kanssa, ilman mitään suurempia epäonnistumisia.

6 POHDINTA

Alun alkujaan, kun aloimme miettiä tulevaa opinnäytetyötä, tiesimme jo heti silloin, että tulemme tekemään projektimuotoisen työn, jolla oikeasti tulisi olemaan kliinistä merkitystä hoitotyön kannalta. Löysimme nopeasti molempia kiinnostavan aiheen ja yhteistyö tilaajan kanssa alkoikin pian tämän jälkeen. Tuotekehittelyprojekti oli meille molemmille entuudestaan tuntematon. Tämän takia se osaltaan kiehtoi, mutta samalla aiheutti meille pelon sekaisia tunteita. Loppu viimein projekti oli haastava, mutta mukaansa tempaava, ja se opetti meille paljon, niin projektityöskentelystä kuin johtamisestakin. Koska tilaajalla ei ollut aiheesta aikaisempaa videota ja tarve oli suuri, näimme mahdollisuutemme auttaa tässä tilanteessa. Meillä oli mahdollisuus tehdä opinnäytetyö, josta voisi olla konkreettista hyötyä hoitotyöhön. Tavoitteenamme oli saada näkyväksi tuleva opinnäytetyömme. Kokonaisuudessaan projekti oli mielestämme erittäin onnistunut ja olemme tyytyväisiä lopputulokseen.

Sairaanhoitajaopinnoissa painotetaan potilasohjauksen merkitystä hoidon kannalta. Sillä on todella suuri merkitys potilaan hoitomyöntyvyyteen ja hoitoon sitoutumiseen. Useimmiten ohjaus tapahtuu sekä suullisena että kirjallisena ohjauksena. Tässäkin tapauksessa tilaajalla oli jo aikaisemmin käytössään henkilökohtainen suullinen ohjaus ja tämän lisäksi vielä kuvallinen laitteen asennusohje, joka löytyy liitteenä 3. Videota ohjausmenetelmänä näkee käytettävän hieman harvemmin, mutta se on mielestämme erinomainen lisä tukemaan suullista ja kirjallista ohjausta. Jokaisella ihmisellä on omat metodinsa oppimisen suhteen, ja on paljon niitä ihmisiä, joille audiovisuaalinen oppiminen on se tehokkain oppimisentapa. Nyt videon myötä potilasohjaukseen on käytettävissä useampia eri oppimismenetelmiä hyödyntäviä vaihtoehtoja, joten jokaiselle tulee varmasti löytymään se oikea.

Tietoperustan laatiminen oli pohja projektille, jolla kaikki alkoi. Olemme koko opiskelujen ajan harjoitelleet tiedon hankintaa ja olemme koulun puolelta saaneet siihen hyvät eväät. Aiheeseen oli mielenkiintoista perehtyä, koska sitä ei ollut koulussa sen suuremmin käsitelty. Saimme luotuaamme itsellemme hyvät tietotaidot aiheeseen. Yhtenä kehitystavoitteistamme olikin laajentaa asiantuntijuuttamme aiheen suhteen. Ajoittain tieto perustan laatiminen oli kuitenkin haastavaa ja jäimme osaltaan aikataulusta alun perin jälkeen juuri sen takia. Haasteellisinta siinä oli sovittaa aikataulu sen kirjoittamiseen kaikkien niiden muiden kirjallistentehtävien lisäksi, joita samaan aikaan oli muiden kurssien ohella.

Unireki-projektin myötä voimme todeta, että hyvin ja perusteellisesti laadittu suunnitelma on kaiken a ja o. Suunnitelmasta löytyy kaikki ne olennaisimmat asiat, mitkä liittyvät projektin koko tuotantoprosessiin, joten se kannattaa tehdä huolellisesti. Kun suunnitelma on hyvä, on helppo lähteä viemään projektia eteenpäin ja arvioida projektin etenemistä. Huomasimme puutteita omassa projektisuunnitelmassa, mutta ne eivät vaikuttaneet lopputulokseen. Kuitenkin tunnemme kehittyneemme sen suhteen ja jatkossa osaamme kiinnittää asioihin erilain huomiota. Ilman kunnollista projektisuunnitelmaa ei projektilla ole sitä punaista lankaa.

Itsellemme Unireki-projekti tarjosi hienon mahdollisuuden päästä osaksi yhtä työyhteisöä ja näkemään sellaisen hoitotyön osa-alueen, jossa tuskin itse tulee koskaan työskentelemään. Kliininen neurofysiologian laboratorio on oma erikoisosaamisen vaativa paikka, jossa työskentelee pääasiallisesti bioanalytikoita. Oli mielenkiintoista päästä näkemään toisen ammattiryhmän työskentelyä ja tutustumaan myös heidän työhönsä. Sairaanhoidajan työ on kuitenkin niin moniammatillista ja yhteistyötä tehdään kaikkien ammattiryhmien kanssa, joten oli todella antoisa nähdä toistenkin työskentelyä. Projektityö antoi omaan ohjaamiseen lisäväititä ja erilaisten potilaiden näkeminen vahvisti kuvaa projektin tarpeellisuudesta. Yhteistyö tilaajan kanssa oli ongelmaton ja meidät otettiin opiskelijoina hyvin vastaan. Keskustelu oli tasavertaista ja oli kiva huomata, että meitä kuunneltiin ja meiltä odotettiin asioiden johtamista muun muassa keskusteluissa. Tämä on kasvattanut meitä kommunikoijina ja ryhmän vetäjinä antaen hyvää lisävarmuutta jatkoon.

Itse videon kuvaus oli meille mielenkiintoinen ja jännittävä prosessi. Olimme siinä täysin uudella maaperällä, ja todellakin omalla epämukavuusalueella. Asiaa piristi kuitenkin positiivinen palaute käsikirjoituksesta, jota keuhuttiin erinomaiseksi. Yllätyimme siitä, että se meni ensiyrittämällä läpi videon kuvanneen tahon tarkastuksesta. Tämä nosti mielialaamme suuresti ja motivoi saattamaan opinnäytetyömme valmiiksi. Kuvaaja ilmoitti, että hänen työnsä olisi helppoa, jos käsikirjoitukset olisivat aina yhtä tarkasti ja selkeästi toteutettuja. Tunsimme onnistuneemme ainakin yhdessä asiassa. Ja vielä asiassa, joka oli meille ennen projektin aloittamista täysin tuntematon. Saimme videolle esiintymään ulkopuolisen henkilön, jolla oli aikaisempaa taustaa kameran edessä olemisesta. Ajoittain oli kuitenkin haasteellista sovittaa kaikkien osapuolten aikataulut ja menot yhteen. Työ vaati melkoista koordinoitokykyä ja sovittelutaitoja.

Videon toteutusta miettiessämme pohdimme todella millaisen videon haluamme. Mitkä ovat videon tavoitteet? Kenelle video on suunnattu? Kun kerran olimme ryhtyneet suunnittelemaan ja

toteuttamaan videota, emme halunneet tehdä sitä sinne päin. Tehtyjä DVD-opinnäytetöitä tarkasteltuamme teimme kaikista omat analyysit ja otimme jokaisesta videosta jotain hyvää. Videoiden katsominen vaati paljon kriittisyyttä ja asettumista potilaan asemaan. Olemme hoitoalan tuntijoita ja saatamme helposti unohtaa, että ulkopuoliset, joilla ei ole minkäänlaista kosketusta sairaalamaailmaan, eivät välttämättä ymmärrä meille itsestään selviä asioita. Eivätkä varmasti ymmärräkään. Siksi koimme niin tärkeäksi, että ajattelimme koko videon toteutusprosessin ajan sitä potilasta, joka tulee istumaan ja katsomaan videotamme saatuaan sen yhdessä laitteen kanssa kotiin. Tällä keinolla yritimme tehdä videosta mahdollisimman selkokiehisen ja potilaslähtöisen. Mielestämme onnistuimme tässä suhteellisen hyvin, ainakin videosta saamamme palautteen perusteella.

Videon valmistuttua testasimme sitä eri ryhmillä. Olimme tyytyväisiä siitä saatuun palautteeseen. Lisäksi tilaaja oli videoon tyytyväinen, mikä oli pääasia. Video vastasi heidän tarpeitaan ja oli sellainen kuin he olivat toivoneet. Kopioimme videosta muutaman DVD:n, joilla testasimme sitä. Loppujen lopuksi jää tilaajan päätettäväksi, missä muodossa he käyttävät videota. Voi olla, että video tulee internettiin linkin alle, josta potilaat voivat sen halutessaan käydä katsomassa. Tekniikka kehitty ja DVD alkaa jo olemaan menneen talven lumia. Kuitenkin video on nyt olemassa, joten se on helppo jatkossa muuttaa mihin muotoon tahansa eikä rajaa näin sen käyttömahdollisuuksia.

Kehityshaasteena videoon tulee varmasti jatkossa olemaan videon sisällön muuttuminen laitteiden ja tekniikan kehittyessä koko ajan. Teimme videon tarkoituksella siten, että videon taustalla on kertoja, jonka repliikit on puhuttu videoon. Näin ollen jatkossa on helppo muuttaa taustakerrontaa mahdollisten muutosten takia. Esimerkiksi nyt uutena asiana käyttöön oli otettu kertakäyttöiset jalkaelektrodit ja johdot monikäyttöisten tilalle. Jos jatkossa johdot muuttuvat takaisin monikäyttöisiksi, on se helppo muuttaa videolle kerrontaa muuttamalla. Näemme myös videomme lisäksi tarpeellisena myös check-listan kehittämisen, jota meiltä pyydettiin videon lisäksi. Jokaisella hoitajalla on nyt oma tapansa pitää suullinen ohjaus eikä mitään tukilistaa ole käytössä. Kun 45 minuutin pituisia ohjauksia pitää kolme peräkkäin, saattaa vahingossa välistä unohtua jotain olennaista tai sitten asioita alkaa olettaa, mikä ei ole hyvä potilaiden kannalta. Tämän vuoksi tarvittaisiin standardoitu muistilista suullisen ohjauksen tueksi, jotta ohjauksen laatu tasoittuisi ja yhtenäistyisi hoitajien kesken sekä potilaiden saama informaatio ohjauksesta olisi varmistettu. Tässä voisi olla joillekin opiskelijoille hyvä aihe opinnäytetyönä toteutettavaksi.

Jos yhteenvetoa haluaa tästä koko projektista, niin kaiken kaikkiaan tämä matka on ollut todella antoisa ja opettavainen. Emme olisi uskoneet projektin alkaessa, millainen vaiherikas matka tästä tulisi ylä-alamäkineen. Koemme kasvaneemme tämän projektin myötä niin taidollisesti, kuin henkisesti ihmisinä. Unireki-projekti on opettanut meille tuotekehittelyprosessin vaiheet ja sen toteutuksen sekä vahvistanut ammattitaitoamme toimia jatkossa projektien jäseninä. Olemme oppineet ottamaan vastuuta ja johtamaan organisaatiota. Ei ole aina ollut helppo pitää kaikkia nyörejä käsissä ja työskentely on vaatinut tietynlaista itsekuria ja ajankäytön hallintaa. Asettuminen epämukavuusalueelle on tehnyt hyvää. Unireki-projekti oli ajoittain jopa raskas, mutta viime kädessä se oli niin mukaansa tempaava, että se imaisi mukaansa ja kaikki muu ympäriltä unohtui. Usko omaan tekemiseen ja halu saada projekti tehtyä, antoi lisäpontta tekemiseen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 1993. Käsikirjoittajan työkalupakki, Helsinki, Painatuskeskus Oy
- Gasparini, G. Vicini, C. De Benedetto, M. Salamanca, F. Sorrenti, G. Romandini, M. Bosi, M. Saponaro, G. Foresta, E. Lafori, A. Meccariello, G. Bianchi, A. Toraldo, D.M. Campanini, A. Montevecchi, F. Rizzotto, G. Cervelli, D. Moro, A. Arigliani, M. Gobbi, R. and Pelo, S. 2015. Diagnostic Accuracy of Obstructive Airway Adult Test for Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea, Hindawi Publishing Corporation, BioMed Research International, viitattu 20.3.2017, <http://web.b.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=e1276f1a-6ab8-4320-9321-bf6b08a95eab%40sessionmgr103>
- Granlund, S. 2012, Unihygienia vaikuttavana tekijänä unettomuuden hoidossa, Kymenlaakson AMK, viitattu 21.2.2017, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41195/Granlund_Sofia.pdf?sequence=1
- Hakkarainen, T. 2010. Yöt livarin kanssa. Hengitys. 65 (1), 10-13.
- Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Itä- suomen Yliopisto. Opinnäytetutkielma, viitattu 31.3.2017, https://www.uef.fi/documents/370514/635606/Tiivistelmat_2010.pdf/fb692ea3-9d0f-4f27-908d-3d08ebc065bd
- Iivanainen, A, Jauhiainen, M. & Pikkarainen P. 2006. Sairauksien hoitaminen, Helsinki: Tammi.
- Karteenaho, R. Brander, P. Halme, M. & Kinnula, V. 2013, Keuhkosairaudet, diagnostiikka ja hoito, Duodecim
- Karvinen, M. 2012. Uniapneetikon elämä keventyi. Hengitys. 67 (1) 6-9.
- Kinnula, V. Brander, P.E. & Tukiainen, P. 2005. Keuhkosairaudet. Duodecim.
- Kotila, J. Axelin, A. Fagerström, L. Flinkman, M. Heikkinen, K. Jokiniemi, K. Korhonen, A. Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016, Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin, Sairaanhoidajaliitto, viitattu 9.5.2017, <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>
- Kourkouta, L, Papathanasiou, L-V. 2014. Communication in nursing practice. Materiasociomedica, viitattu 9.4.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/>
- Kreivi, H-R. 2013, Obstructive sleep apnea from symptoms to follow-up, Department of Pulmonology University of Helsinki, viitattu 9.4.2017, https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40858/kreivi_dissertation.pdf?sequence=1
- Käypähoito 2010, Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla), Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä, viitattu 9.1.2017, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikeli=ykt00191&p_haku=uniapnea

Lin, H.S., Zuliani, G., Amjad, E.H., Prasad, A.S., Badr, M.S., Pan, C.G & Rowley, J.A., 2007 Treatment compliance in patients lost to follow-up after polysomnography, American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, viitattu 21.2.2017, <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/j.otohns.2006.08.007>

Leino, T. 2003. Sanoista eläviä kuvia, Keuruu, Otavan kirjapaino Oy

Leponiemi, K. 2010. Videokuvaus, taitoa ja tekniikkaa, Jyväskylä, Docendo, WSOYpro OY

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset, Oulu: Medica.

Lipponen, K, Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit, Oulu: Pohjois- pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Millerson, G. Owens, J. 2008, Video Production Handbook, Elsevier; Focal Press

Pohjola - Katajisto, A. 2008. Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset, Pori: Porin kaupunki.

Russel, J.O. Gales, J. Bae, C. & Kominsky, A. 2015, Referral Patterns and Positive Airway Pressure Adherence upon Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea, American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation, viitattu 9.4.2017, <http://journals.sagepub.com.ezp.oamk.fi:2048/doi/pdf/10.1177/0194599815596169>

Ruuska, K. 2001, Projekti hallintaan; asiantuntija-sarja, Helsinki, Talentum Media Oy

Sahlman, J. 2012. Elimistön tulehdustila liittyy uniapneaan. Hengitys. 67 (3) 12-13.

Saaresmaa, T. 2012. Uuta uniapneasta. Hengitys. 67 (1) 12-13.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Oulu: Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos Pro gradu- tutkielma.

Vehmasaho, H & Rantovaara, L.M. 2010, Potilasohjaus hoitotyössä, Turun AMK, viitattu 9.1.2017, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29007/Rantovaara_Laura_Vehmasaho_Hanna-Kaisa.pdf;jsessionid=ED1B2063EB7DA75775C94014058D5422?sequence=1

Virtanen, P. 2000, Projektityö, Helsinki, Werner Söderström Osakeyhtiö

LIITTEET

LIITE 1: Käsikirjoitus

LIITE 2: Arviointilomake

LIITE 3: Kuvallinen asennusohje yöpolygrafialaitteelle (OYS)

YÖPOLYGRAFIA UNIAPNEA DIAGNOSTIIKASSA

Ohjausvideon laatiminen laitteen kiinnittämisestä

PPSHP, OYS kuvausryhmä Korhonen ym.

Maija Kosamo & Jenni Haxhaj
Käsikirjoitus
Kevät 2017
Sairaanhoitaja AMK
Oulun ammattikorkeakoulu

KÄSIKIRJOITUS

Ohjausvideon tavoitteena on luoda potilaalle selkeä, helposti ymmärrettävä ohjaus- ja neuvontavideo suppean yöpolygrafialaitteen kiinnittämisestä. Kohderyhmäksi valikoitui suppean yöpolygrafialaitteen käyttäjät, alan opiskelijat sekä Kliinisen neurofysiologianlaboratorion henkilökunta. Ohjausvideo on tarkoitettu kotona katsottavaksi. Videon avulla varmistetaan yöpolygrafialaitteen oikein kiinnittäminen keholle ja näin samalla varmennetaan rekisteröinnin onnistuminen. Ohjausvideo on jaettu pienempiin yksityiskohtiin. Kuvat ja tekstit ovat videossa selkeitä, lyhyitä sekä ymmärrettäviä. Ohjausvideon tarkoituksena on saada lyhyt ja kompakti kokonaisuus, jonka avulla katsoja saa varmuuden laitteen kiinnittämisestä.

LYHYT SYNOPSIS

Kotona makuuhuoneen vuoteen reunalla istuu mies mietteliään näköisenä. Hän on saanut suppean yöpolygrafialaitteen kotiin rekisteröimään mahdollisia unenaikaisia hengityshäiriöitä. Rekisteröinti on sovittu yhdessä hoitavan tahon kanssa suoritettavaksi tulevana yönä kotona. Potilas on saanut mukaansa kotiin kirjallisen ohjeen, jota hän voi käyttää apunaan varmistaakseen, että mittausanturit tulevat oikeisiin paikkoihin ja rekisteröinti onnistuu. Videon taustalla soi rauhallinen musiikki, jolla aktivoidaan katsoja keskittymään videon katselemiseen.

Aluksi videolla kehoitetaan valmistautumaan yöpukuun tai paitaan pukeutumalla ja sijoittamalla rekisteröintisalkku lähelle vuodetta. Seuraavassa vaiheessa videolla käydään läpi laitteen eri osat yksitellen lävitse. Laitte-esittelyssä osat kuvataan vuorotellen siten, että kuvassa on selkeä kuva laitteen osasta ja yläreunassa on laitteen osan nimi. Taustalla kertoja antaa hieman tietoja kyseessä olevasta osasta.

Videon seuraavassa vaiheessa potilas kiinnittää mittausanturit päälleen aloittaen rekisteröintilaitteesta. Kertoja kuvaa taustalla tapahtumat siten, että jokainen anturi tulee oikeaan kohtaan ja neuvoo, miten osat tulee olla paikoillaan. Tämän jälkeen potilas on valmis nukkumaan ja rekisteröintilaitte aloittaa automaattisesti rekisteröinnin. Rekisteröinti loppuu myös automaattisesti. Videon lopuksi kuvataan mies nukkumassa vuoteessaan suppean yöpolygrafialaitteen kanssa. Videolle ilmestyy teksti Hyvää yötä ja taustalla soi sama musiikki, jolla video alkoi.

KUVA	ÄÄNI
<p>1. Johdanto</p> <p>Video alkaa otsikolla "Ohjausvideo suppean yöpolygrafialaitteen kiinnittämisestä". Taustaväri on tummansininen ja teksti valkoinen.</p> <p>Seuraavaksi videolla tulevat tekstit 1. ja 2. tummansinisellä taustalla ja valkoisella tekstillä.</p>	<p>Musiikki soi alkutekstien ajan taustalla aktivoiden katsojan.</p> <p><u>TEKSTI 1.</u></p> <p>Olet saanut suppean yöpolygrafialaitteen kotiin. Laitteen avulla selvitetään unen aikaisia hengityskatkoksia ja jalkojen liikehäiriöitä. Hoitaja on ohjelmoinut laitteen käynnistymään ja sammumaan automaattisesti.</p> <p><u>TEKSTI 2.</u></p> <p>Laite kiinnitetään rintakehälle yöpaidan päälle ennen nukkumaan menoa. Yöpaidan käyttö on suositeltavaa, mutta ei välttämätöntä.</p> <p>Musiikki taustalla loppuu.</p>

<p>Otsikko ”Yöpolygrafialaite Nox T3” Näytetään valokuva laitteesta aukaistuna. Kuva ja teksti ovat selkeästi näkyvillä.</p> <p>Kuvataan laitteen osat yksitellen, sitten että kuvassa näkyy selkeästi laitteen nimi kuvan yläreunassa.</p> <p>1. Rekisteröintilaite</p> <p>2. Vyönturit</p>	<p>SPEAK ”Olette saaneet kotinne kuvassa näkyvän Nox T3 yöpolygrafialaitteen. Seuraavaksi esittelemme teille laitteen osat yksitellen.”</p> <p>TEKSTI Rekisteröintilaite.</p> <p>SPEAK ”Rekisteröintilaite. Rekisteröintilaite kiinnitetään yöpaitaan rintakehän kohdalle. Laitteessa on kaksi klipsiä, joilla laite kiinnitetään paikoilleen. Laite sisältää asentoanturin sekä mikrofonin, joka äänittää kuorsausta. Huomio, että laite tallentaa ääntä koko rekisteröinnin ajan. Unenaikaiset muutokset rekisteröityvät laitteeseen.”</p> <p>TEKSTI Vyönturit.</p> <p>SPEAK ”Vyönturit. Paidanpäälle tulevat vyönturit mittaavat hengityслиikkeitä. Ensimmäinen vyö kiinnitetään rintakehälle kainaloiden korkeudelle ja toinen vyö kiinnitetään vyötärölle navan yläpuolelle.”</p>
--	---

<p>3. Viikset ja termistori.</p>	<p>TEKSTI Viikset ja termistori</p> <p>SPEAK</p> <p><i>”Viikset ja termistori. Sieraimiin tulevat viikset mittaavat uloshengityksen ilmavirtausta. Termistori tulee noin 1½ cm suun eteen ja se mittaa hengityksen lämpötilamuutoksia.”</i></p>
<p>4. Liikeanturit</p>	<p>TEKSTI Liikeanturit</p> <p>SPEAK</p> <p><i>”Liikeanturit. Liikeantureiden elektrodeista kaksi tulee molempien jalkojen säärilihasten päälle ja yksi elektrodi tulee lonkkaluun kohdalle. Liikeanturit rekisteröivät jalkojen liikkeitä yön aikana”.</i></p>
<p>5. Oksimetri</p>	<p>TEKSTI Oksimetri</p> <p>SPEAK</p> <p><i>”Oksimetri. Oksimetri mittaa veren happipitoisuutta ja pulssia sormeen tulevan anturin avulla. Ranteeseen tuleva oksimetri on bluetooth-yhteydessä rekisteröintilaitteeseen.</i></p>

<p>6. Kiinnitysteipit</p> <p>Otsikko "Yöpolygrafialaitteen kiinnittäminen"</p> <p>Otsikossa aikaisempaa tummaa taustaväriä hieman vaaleampi sinisävyinen tausta ja valkoinen teksti, otsikko häviää häivyttämällä ja video alkaa.</p> <p>Video kuvataan kodinomaisessa ympäristössä.</p> <p>Kuvataan potilas istumassa vuoteen reunalla yöpuvussa tai paidassa katse kääntyneenä yöpöydällä olevaan yöpolygrafialaitesalkkuun. Potilas ottaa rekisteröintilaitteen salkusta ja kiinnittää sen rintakehän kohdalle yöpuvun tai paidan päälle rekisteröintilaitteessa olevilla klipseillä kiinni.</p>	<p>TEKSTI</p> <p>Kiinnitysteipit</p> <p>SPEAK</p> <p><i>"Kiinnitysteipit. Kiinnitysteipeillä voidaan kiinnittää viikset, termistori ja oksimetri sekä johdot tukevasti paikoilleen."</i></p> <p>SPEAK</p> <p><i>"Aloita laitteen kiinnittäminen ottamalla rekisteröintilaite salkusta ja kiinnittämällä se paitaan kahdella klipsillä rintakehän kohdalle. Muistathan, että laite on ohjelmoitu aloittamaan ja lopettamaan rekisteröinti automaattisesti. Sinun ei tarvitse painaa rekisteröintilaitteen nappeja."</i></p>
---	--

Kuvataan vielä rekisteröintilaitetta ja klipsejä lähempää, kun potilas on sen kiinnittänyt paikoilleen.

Kuvataan, kun potilas asettaa vyön tulemaan kainaloiden alta etupuolelle ja kiinnittää vyön toisen pään vyössä olevalla nepparilla rekisteröintilaitteeseen. Tarkistaa vyön kireyden viemällä kädet vyön alle. Toista nepparia kiinnittäessä kuvataan läheltä nepparin toimintamekanismi.

Seuraavaksi kuvataan, kun potilas kiertää toisen vyön vyötärön ympäri ja kiinnittää sen laitteeseen. Kuvataan jälleen nepparien toiminta läheltä.

Kuvataan potilas ottamassa seuraavaksi viiksiä salkusta. Kuvataan läheltä, jossa näkyy viikset oikein päin, tällöin kuvakulma

SPEAK

”Seuraavassa vaiheessa kiinnitetään vyöanturit. Väiden toiset päät ovat jo valmiiksi kiinnitettynä laitteeseen. Ota ylempi rintakehälle tuleva vyö ja vie se kainaloiden alta toiselle puolen ja napsauta kiinni rekisteröintilaitteeseen. Tarkista, että vyö on tarpeeksi napakasti, mutta ei kuitenkaan liian kireällä. Voit tarkistaa tämän viemällä kädet vyön alle ja kokeilemalla kireyttä. Rintakehällä olevan vyön tulee olla kainaloiden alla suorassa linjassa kehonympäri.”

SPEAK

”Vie toinen vyö kehon ympäri navan yläpuolelle ja kiinnitä sen toinen pää neppareilla laitteeseen. Varmista, että vyö on napakasti kiinni, mutta ei kuitenkaan liian kireällä.”

SPEAK

”Ota viikset ja termistori salkusta. Aseta viikset sierainaukkoihin ja vie johdot korvien

<p>sivusta. Tämän jälkeen kuvaus hieman kauempaa, kuvassa näkyy kehon yläosa.</p> <p>Kuvataan, kun potilas asettaa viikset paikoilleen, kiristää johtoja leuan alta(kuvaus lähempää) ja teippaa viikset teipillä poskipäiden kohdalta kiinni ihoon.</p> <p>Seuraavaksi potilas säätää termistoria. Kuvataan lähempää, kun potilas säätää termistorin n. 1½ cm etäisyydelle suusta. Sen jälkeen potilas näyttää, miten hän siirtää termistoria suun edestä juodakseen ja asettaa takasin termistorin 1 ½ cm etäisyydelle paikoilleen.</p> <p>Kuvataan ensin hieman kauempaa. Potilas laittaa viiksien ja termistorin johdot kiinni rekisteröintilaitteeseen. Yhdistäessä johtoja laitteeseen, kuvataan läheltä.</p> <p>Kuvataan, kun potilas jatkaa rekisteröintilaitteen pukemista. Potilas ottaa liikeanturit salkusta. Kuvataan seuraavaksi lähempää potilaan säärilihaksia, jonka aikana potilas taivuttaa nilkkaa saaden</p>	<p>taakse. <i>Huomioi, että viikset tulevat sieraimiin oikein päin.</i>”</p> <p><i>”Kiristä johtoja leuan alta. Teippaa viikset poskipäiden kohdalta kiinni ihoon.”</i></p> <p>SPEAK</p> <p><i>”Taivuta termistori noin 1 ½ cm etäisyydelle suusta. Jos joudut yöaikaan juomaan, nosta termistori suun edestä pois ja aseta termistori takaisin paikoilleen jatkaessasi nukkumista.”</i></p> <p><i>”Kiinnitä viiksien kirkas, paksu johto rekisteröintilaitteen ensimmäiseen reikään, jonka kohdalla lukee PRES. Seuraavaksi termistorin johtojen sininen pää laitetaan rekisteröintilaitteen 1+ reikään ja valkoinen pää 1- reikään.”</i></p> <p>SPEAK</p> <p><i>”Aseta liikeanturit jalkoihin. Ota salkusta kaksi valkoista johtoa. Poista liikeantureiden suojatarrat ja kiinnitä tarrat molempien jalkojen säärilihasten päälle. Yhdistä johtojen päät rekisteröintilaitteen 2+ ja 2- reikiin.”</i></p>
--	---

näkymään säärilihaksen ja samalla potilas tunnustelee molemmilla

käsillä säärilihaksia tarkistaen oikean kohdan liikeantureille. Potilasta kuvataan, kun hän poistaa tarrasuojat liikeantureista ja asettaa liikeanturit molempiin jalkoihin säärilihasten päälle. Seuraavaksi kuvataan, kun potilas yhdistää johdot rekisteröintilaitteeseen.

Potilas yhdistää vielä lonkkaan maadoitusjohdon, joka kiinnitetään rekisteröintilaitteeseen. Teippaa johdot ihoon kiinni.

Potilas asettaa oksimetrin ranteeseen ja anturin sormeen teipaten sen kiinni. Kuvataan oksimetriä ja sen kiinnitystä lähempää.

SPEAK

”Ota salkusta lyhyt, valkoinen maadoitusjohto, joka on merkitty vihreällä tussilla. Poista suojatarra ja kiinnitä tarra lonkkaluun kohdalle. Johto tulee rekisteröintilaitteen reikään PGND, joka on viimeinen johdonreikä rekisteröintilaitteessa. Teippaa johdot vielä ihoon kiinni.”

SPEAK

”Ota oksimetri ja kiinnitä se ranteeseen. Laita oksimetrin anturi sormeen siten, että johto kulkee kämmenen päällä. Teippaa anturin johto hyvin, jotta se ei pääse yönaikana irtomaan.”

SPEAK

”Rekisteröinti laite on nyt kiinnitetty. Voit nousta ylös ja tarkistaa voiden istuvuuden ja

<p>Kuvataan potilas istumassa vuoteen reunalla suppea yöpolygrafialaite kiinnitettynä. Kuvataan kun potilas nousee ylös ja tunnustelee oloaan ennen kuin käy lepäämään vuoteeseen. Potilas ojentaa molempia nilkkoja vuorotellen viisi kertaa vuoteen reunalla istuen.</p> <p>Potilas käy vuoteeseen lepäämään ja asettaa peiton päälleen. Laittaa nukkumaan sammuttaen yöpöydän valon.</p> <p>KUVA Taustaväri on tummansininen ja teksti valkoinen.</p>	<p><i>kireyden. Ennen nukkumaan menoa suorita jalkojen liikkeet ojentamalla molempien jalkojen nilkkoja vuorotellen viisi kertaa.</i></p> <p><i>Muista</i></p> <p><i>vastata unikyselylomakkeen kysymyksiin aamulla.”</i></p> <p>SPEAK</p> <p><i>“Rekisteröinti alkaa ja loppuu automaattisesti. Voit herättyäsi riisua rekisteröintilaitteen. Palauta rekisteröintilaite yhdessä unikyselylomakkeen kanssa sovittuna ajankohtana.”</i></p> <p>TEKSTI</p> <p><i>“Hyvää yötä ja kauniita unia”</i></p> <p>Musiikki soi taustalla.</p> <p>LOPPUTEKSTI</p> <p>Video on toteutettu Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä keväällä 2017 yhteistyössä OYS Kliinisen neurofysiologian laboratorion kanssa. Video on suunnattu uniapnea diagnostiikassa oleville potilaille, henkilökunnan jäsenille sekä alan opiskelijoille.</p> <p>Käsikirjoitus</p>
--	---

<p>KUVA Lopuksi kuva, jossa OAMK + OYS logot.</p>	<p>Maija Kosamo & Jenni Haxhaj</p> <p>Kuvaus Marko Korhonen, OYS kuvausryhmä</p> <p>Ohjaavat opettajat Pirkko Sandelin & Nina Männistö</p> <p>Projektivastaava Nita Kallio, KNF</p> <p>Asiantuntijaryhmän jäsenet Kristiina Väisänen, KNF Sari Pehkonen, KNF</p> <p>Videon päähenkilö Jarno Utriainen</p> <p>Kiitämme lisäksi muita yhteistyökumppaneita sekä kliinisen neurofysiologian laboratorion henkilökuntaa ja potilaita.</p>
---	---

OAMK OULUN AMMATTIKORKEAKOULU

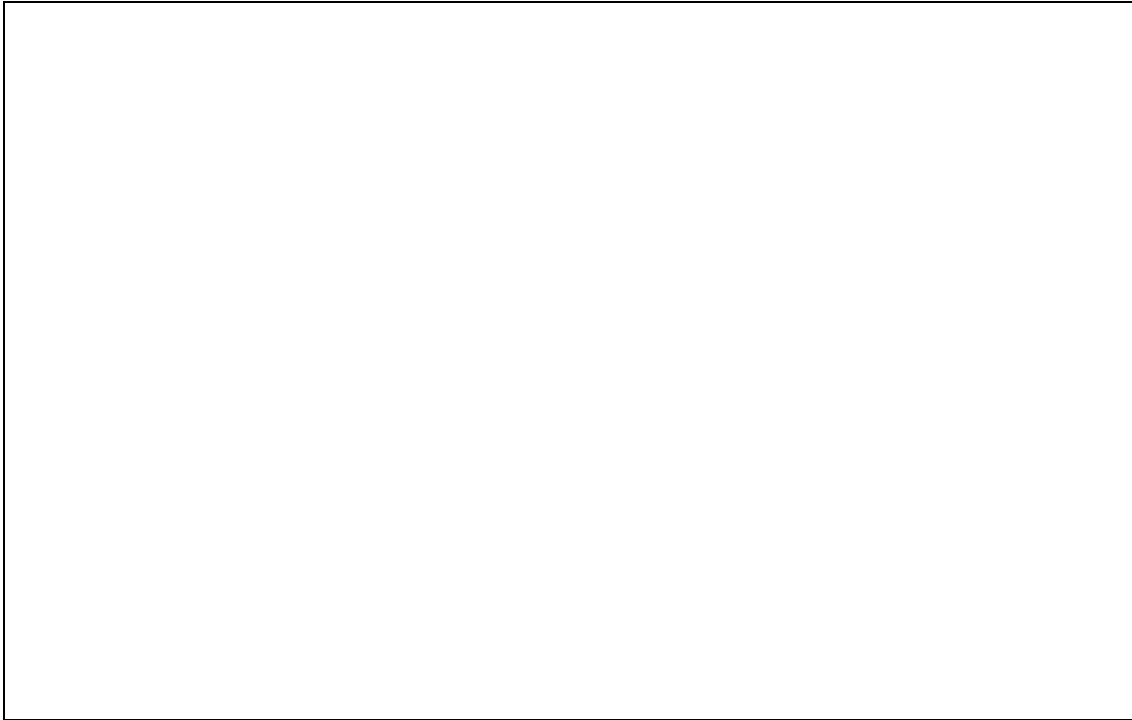
OYS OULUN
YLIOPISTOLLINEN
SAIRAALA

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta ja olemme tehneet opinnäytetyönä ohjausvideon yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan Kliinisen neurofysiologian laboratorion kanssa Yöpolygrafia-laitteen kiinnittämisestä kotona. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin videon katsottuanne. Ympyröikää kokemustanne ja mielipidettänne lähintä vastaava vaihtoehto arviointiasteikolla 1-5. Kysymyksiin vastataan nimettömästi ja niitä käytetään ainoastaan palautteen keräämiseen ja videon kehittämiseen. Vastauksenne ovat meille erityisen tärkeitä, koska niiden avulla pystymme kehittämään videota potilaslähtöisemmäksi. Pyrimme siihen, että video ohjeistaisi kotona olevaa potilasta laitteen kiinnittämisessä mahdollisimman helposti, selkeästi ja ymmärrettävästi.

OLEN: Potilas Hoitohenkilökunnan-
jäsen Opiskelija

1 Heikoksi 2 Kohtalaiseksi 3 Tyydyttäväksi 4 Hyväksi 5 Erittäin hyväksi					
ASIAKASLÄHTÖISYYS JA KÄYTTÖKELPOISUUS					
<i>Millaiseksi arvioitte videon käyttökelpoisuuden?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millaiseksi arvioitte videon havainnollisuuden?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millaiseksi koette potilaslähtöisyyden videolla?</i>	1	2	3	4	5
1 Heikko 2 Kohtalainen 3 Tyydyttävä 4 Hyvä 5 Erittäin hyvä					
SELKEYS JA JOHDONMUKAISUUS					
<i>Millainen on mielestänne videon selkeys?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millainen on mielestänne videon asioiden etenemisjärjestys?</i>	1	2	3	4	5
1 Heikko 2 Kohtalainen 3 Tyydyttävä 4 Hyvä 5 Erittäin hyvä					
KUVAN LAATU					
<i>Millainen on mielestänne videon kuvanlaatu?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millainen on mielestänne videon valaistus?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millainen on mielestänne videon ympäristö?</i>	1	2	3	4	5
1 Heikko 2 Kohtalainen 3 Tyydyttävä 4 Hyvä 5 Erittäin hyvä					
ÄÄNEN LAATU					
<i>Millainen on videolla kuullun puheen selkeys?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millainen on videolla kuullun puheen voimakkuus?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millainen on videolla kuullun puheen ymmärrettävyys?</i>	1	2	3	4	5
<i>Millainen on videolla kuullun puheen miellyttävyys?</i>	1	2	3	4	5
1 Heikosti 2 Kohtalaisesti 3 Tyydyttävästi 4 Hyvin 5 Erittäin hyvin					
HYÖDYLLISYYS					
<i>Miten video auttoi teitä kiinnittämään laitteen kotonanne?</i>	1	2	3	4	5
<i>Miten helppo videolla esitettäviä asioita oli seurata?</i>	1	2	3	4	5
1 Heikoksi 2 Kohtalaiseksi 3 Tyydyttäväksi 4 Hyväksi Erittäin hyväksi					
<i>Miten hyödylliseksi arvioitte videon?</i>	1	2	3	4	5

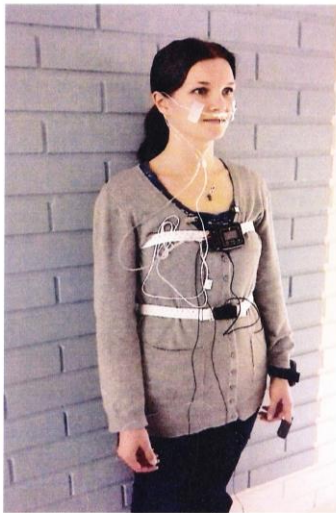
Voitte vapaasti kommentoida alla olevaan laatikkoon videoon liittyviä ajatuksia.



KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Palauttakaa kyselylomake ystävällisesti yhdessä Yöpolygrafia-laitteen kanssa Kliinisen neurofysiologian laboratorioon.

UNIAPNEAN KOTIREKISTERÖINTI

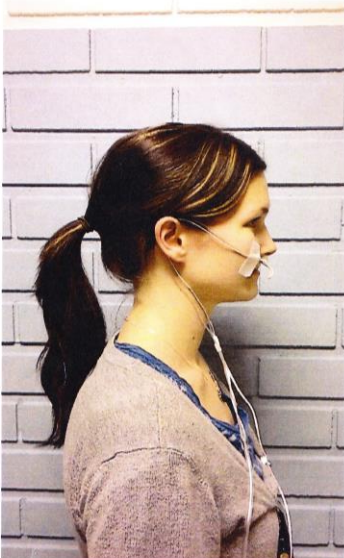


Vyöanturit

Kiinnitä hengitysvaihteluita rekisteröivät vyöanturit PAIDAN PÄÄLLE vartalon ympäri:

- kainaloiden korkeudelle tuleva vyö napsautetaan kiinni laitteeseen
- toinen vyö laitetaan pallean kohdalle (navan yläpuolelle) ja napsautetaan kiinni laitteeseen kiinni olevaan mustaan johtoon.

Kiinnitä vyöt napakasti, mutta ei liian kireälle.



TERMISTORI JA VIKKSET

Aseta viikset sierainaukkoihin. Kiinnitä letku laitteen ensimmäiseen reikään (PRES).

Termistori (valkoinen johto) tulee nenän alle. Taivuta sitä suun eteen siten, ettei se kosketa ihoa (n.1½cm:n etäisyydelle suusta). Kytke johdon sininen pää laitteen 1+ reikään ja valkoinen pää 1- reikään.

Johto ja letku kierretään korvien taakse ja kiristetään paikoilleen leuan alta. Teippaa kiinni poskiin.



OKSIMETRI

Laita oksimetrin anturi sormeen niin, että valkoinen johto tulee kämmenselän puolelle ja itse mittalaitte ranteeseen. Teippaa valkoinen johto kiinni sormeen. Kynnessä ei saa olla kynsilakkaa tai rakennekynttä. Rekisteröinnin aikana sormianturissa palaa punainen valo.

LIIKEANTURIT

Kiinnitä liikeanturit (mustat johdot) säärilihasten päälle ja maadoituselektrodi (vihreä johto) lonkalle ja liitä ne laitteeseen. Mustat johdot laitteen 2+ ja 2- reikiin ja vihreä johto PGND- reikään.

Muista tehdä jalkojen liikkeet laitteen käynnistyttyä, 5 x oik. nilkan taivutukset ja 5x vas. nilkan taivutukset.



Yleistä

Laitte rekisteröi etukäteen ohjelmoidun ajan, mitään nappia EI tarvitse painaa.

Matkapuhelimen bluetooth-yhteys saattaa häiritä laitteen toimintaa, siksi puhelimen bluetooth-yhteys suositellaan laitettavaksi pois päältä tai matkapuhelinta pidetään eri huoneessa.

PALAUTA LAITE SEURAAVANA ARKIPÄIVÄN AAMUNA KNF-LABORATORIOON