



KUOLEMA KOSKETTAA

Röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden
kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa

Nina Hyyppä
Veera Räksi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Radiografian ja sädehoidon
koulutusohjelma
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma

NINA HYYPPÄ & VEERA RÄNSI:

Kuolema koskettaa - Röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa

Opinnäytetyö 48 sivua, liitteet 13 sivua
Lokakuu 2010

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Tutkimustehtäviä olivat: 1. Miten röntgenhoitajat kokevat potilaan kuolemantapauksen kuvantamistutkimuksissa? 2. Miten röntgenhoitajat kokevat jälkipuinnin potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja millainen on röntgenhoitajien tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen? Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä yhteistyökumppanille tietoa röntgenhoitajien kokemuksista liittyen potilaiden kuolemantapauksiin sekä mahdollisesta tuen tarpeesta. Opinnäytetyö tehtiin röntgenyksiköissä Pirkanmaan alueella.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Aineisto kerättiin teema-haastattelua käyttäen yksilöhaastatteluna kolmelta Pirkanmaan alueella työskentelevältä röntgenhoitajalta. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Teoreettinen viitekehys koostui kuolemasta käsitteenä sekä kuoleman roolista osana hoitotyötä, röntgenhoitajan työnkuvasta sekä röntgenhoitajan työn erityispiirteistä. Aikaisemmat tutkimukset aiheesta ovat hoitotyön ja hoitotieteen näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia hoitotyöntekijöiden kokemuksista potilaan kuolemantapauksissa. Opinnäytetyön aihetta ei ole tutkittu aikaisemmin röntgenhoitajien näkökulmasta.

Tutkimustulosten mukaan röntgenhoitajat kokivat erilaisia tunteita liittyen kuvantamistutkimuksen aikana tapahtuneeseen potilaan kuolemantapaukseen. Aiemmin koettu lähiomaisen kuolemantapaus ei röntgenhoitajien kokemusten mukaan vaikuttanut potilaan kuolemantapaukseen suhtautumiseen. Aiemmin työssä koetut potilaiden kuolemantapaukset sekä työkokemus helpottivat suhtautumista potilaan kuolemantapaukseen kuvantamistutkimuksissa. Potilaan kuolemantapauksen jälkipuinti koettiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi, mutta siihen ei ollut tarjottu mahdollisuutta haastateltavien röntgenhoitajien työyksiköissä. Röntgenhoitajien kokema tuen tarpeen määrä oli vähäinen potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Keskeisiksi tuen tarpeen muodoiksi röntgenhoitajat kokivat mahdollisuuden keskustella potilaan kuolemasta sekä mahdollisuuden saada palautetta työtovereilta.

Asiasanat: röntgenhoitaja, kuoleman kokemus, kuvantamistutkimus, jälkipuinti, tuentarve.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Radiography and Radiotherapy

HYYPPÄ, NINA & RÄNSI, VEERA:
Death Affects – Radiographers' Experiences of Patients' Deaths on Imaging
Examinations.

Bachelor's thesis 48 pages, appendix 13 pages
October 2010

The purpose of this thesis was to describe radiographers' experiences of patients' deaths on imaging examinations. The survey tasks included 1. How radiographers experienced the death of a patient on imaging examinations? 2. How they experience the meaning of debriefing in handling incidents where patients die and what kind of support they needed after the death of a patient? The aim of this thesis was to accumulate information on radiographers' experiences on patient deaths and possible need of support.

The method of this study was qualitative. The data were collected through individualized theme interviews of three radiographers who worked in Pirkanmaa District. The data were analyzed by using deductive content analysis. The theoretical framework of this thesis consisted of death at health care and responsibilities at radiographers' work.

The result of this thesis was that radiographers experienced the death of a patient individually. Experiencing the death of a patient at the workplace led to varying feelings among them. Debriefing was experienced as consequential. However, radiographers' need of support after the death of a patient was insignificant. The possibility of discussion and feedback from other radiographers was considered important after patient deaths on imaging examinations.

The finding indicates that radiographers' need of support after the death of a patient is similar to other professions in health care. Debriefing and discussion should be a part of handling the death of a patient in work communities.

Keywords: radiographer, death experience, imaging examination, debriefing, need of support.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KUOLEMA TRAUMAATTISENA KOKEMUKSENA	7
2.1 Kuolema ja siihen liittyvät tunteet	7
2.2 Potilaan kuolema hoitotyön osaamisen haasteena	10
2.3 Potilaan kuolemantapauksen käsitleminen.....	11
3 RÖNTGENHOITAJAN TYÖ OSANA TERVEYDENHUOLTOA	13
3.1 Röntgenhoitaja terveydenhuollon ammattilaisena	13
3.2 Röntgenhoitajan työn erityispiirteet.....	14
3.3 Haasteet röntgenhoitajan työssä	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	17
5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	18
5.2 Aineiston keruu.....	18
5.3 Aineiston analysointi.....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	25
6.1 Taustatiedot tiedonantajista.....	25
6.2 Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuolemasta kuvantamistutkimuksissa.....	25
6.2.1 Kuoleman kokeminen	25
6.2.2 Röntgenhoitajien aikaisemmat kokemukset kuolemasta.....	29
6.2.3 Työkokemus ja potilaan kuolemantapaukseen suhtautuminen	31
6.3 Röntgenhoitajien kokemukset jälkipuinnista potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja röntgenhoitajien tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen.....	34
7 POHDINTA	38
7.1 Tulosten tarkastelu	38
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	41
7.3 Opinnäytetyön eettisyys	43
7.4 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimushaasteet.....	44
LÄHTEET	46
LIITTEET.....	49

1 JOHDANTO

Kuoleman kohtaaminen on haaste, oli kuolema sitten odotettu tai äkillinen (Kübbler-Ross & Kessler 2006, 234). Kuolemaan liittyvät tapahtumat muuttavat usein elämän arvoja ja vaikuttavat koko elämään. Äkillinen kuolema on usein psyykkisesti järkyttävä tapahtuma, sillä tilannetta ei voida kontrolloida eikä siihen voida vaikuttaa. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 20.)

Suomessa potilaat kuolevat yleensä sairaalassa. Kuolema on osa hoitotyötä ja sen kohtaaminen on yksi hoitotyön vaativimmista osaamisen haasteista. Potilaan kuolemasta koituva suru kuluttaa työntekijän henkisiä voimavaroja, jonka vuoksi potilaan kuolemantapausten aiheuttamien tunteiden purkaminen ja käsitteleminen työyhteisössä on tärkeää työntekijän henkisen jaksamisen kannalta. (Kaunonen, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2001, 278; Saari 2000, 277–279.)

Röntgenhoitajan työ on potilaslähtöistä työtä, jonka tavoitteena on potilaan yksilöllinen huomioon ottaminen sekä terveyden edistäminen (Opetusministeriö 2006, 58–59). Röntgenhoitajan työn päämääränä on potilaan terveyden edistämisen lisäksi kuvantamistutkimuksen toteuttaminen (Walta 2001, 138). Boothin (2007, 330) mukaan röntgenhoitajan työhön liittyy stressaavia tilanteita, joiden käsitteleminen on tärkeää röntgenhoitajan psyykkisen jaksamisen kannalta. Potilaan voinnissa voi tapahtua kuvantamistutkimuksen aikana odottamattomia muutoksia, jotka pahimmillaan johtavat potilaan kuolemaan (Valtonen 2000, 56).

Opinnäytetyön aiheena on röntgenhoitajien kokemukset potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata röntgenhoitajien kokemuksia potilaan kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Tavoitteena on kerätä yhteistyökumppanille tietoa siitä, miten röntgenhoitajat kokevat potilaan kuolemantapauksen kuvantamistutkimuksissa ja millainen on röntgenhoitajien mahdollinen tuen tarve potilaan kuolemantapauksen käsittelemisessä. Opinnäytetyö tehtiin röntgenyksiköissä Pirkanmaan alueella.

Tässä opinnäytetyössä kuvantamistutkimuksilla tarkoitetaan natiiviröntgen- sekä tietokonetomografiatutkimuksia. Natiiviröntgen- ja tietokonetomografiatutkimukset perustuvat kuvantamismenetelmältään ionisoivan röntgensäteilyn käyttöön (Säteilyturvakeskus 2009). Tässä opinnäytetyössä potilaan kuolemantapauksella tarkoitetaan natiiviröntgen- tai tietokonetomografiatutkimuksen aikana tapahtunutta äkillistä ja odottamatonta potilaan kuolemantapausta, johon kuvantamistutkimuksissa työskennelleet röntgenhoitajat eivät ole osanneet etukäteen varautua.

2 KUOLEMA TRAUMAATTISENA KOKEMUKSENA

2.1 Kuolema ja siihen liittyvät tunteet

Vuonna 2008 Suomessa oli kuolemantapauksia kaiken kaikkiaan 49 090 (Tilastokeskus 2009a). Vuoden 2008 kuolemantapauksista yli kolmasosa (40 %) johtui verenkiertoelimistön sairauksista (Tilastokeskus 2009b). Sydäninfarktit ja aivoverenvuodot ovat yleisimpiä syitä äkkikuolemiin (Saari 2000, 31; Hartikainen, Mäkijärvi & Huikuri 2008, 614). Poijulan (2002, 68) mukaan äkillinen kuolema on odottamaton ja yllättävä tapahtuma.

Äkillistä kuolemaa on vaikea käsittää. Murskaava uutinen ja menetys ovat jotain, mihin ei ehdi valmistautua etukäteen. Äkillisestä kuolemasta syntyy tuskaa sekä järkytystä ja se voi saada aikaan ympärillä olevissa ihmisissä shokkitilan. Kuoleman äkillisyys voi vaikuttaa suremisen keston. Mitä äkillisempi kuolema, sitä kauemmin sureminen saattaa kestää. Ensimmäinen reaktio äkilliseen kuolemaan on usein kieltäminen, koska mahdollisuutta hyvästelemiseen ei ollut. Äkillisen kuolemantapauksen jälkeen voi olla myös vaikeuksia sopeutua elämään. Usein tapauksessa mukana olleille ja läheisille ihmisille nousee kysymys: ”Mitä jos kyseinen henkilö ei olisikaan kuollut?” (Kübler-Ross & Kessler 2006, 226–228, 230.)

Kuolema herättää ihmisissä pelkoa ja hämmennystä ikään katsomatta. Kuolemaan liittyy yleensä voimakkaita tunteita, joista voi olla vaikea puhua. Kaikki kuolemaan liittyvät tilanteet ovat uusia ja ainutkertaisia. Kuoleman kohtaaminen voi olla lamaannuttava tilanne. (Idman 2009, 11.) Saaren (2000) mukaan äkillisesti kuolevan ihmisen iällä on merkitystä siihen, kuinka tilanteessa olevat kokevat äkillisen kuoleman. Nuoren ihmisen äkillinen ja odottamaton kuolema koetaan yleensä järkyttävämpänä kuin vanhemman ihmisen, koska nuoren ihmisen äkillisen kuoleman odotetaan olevan epätodennäköisempää. (Saari 2000, 30–31.)

Äkillinen kuolema on yksi tavanomaisimmista traumaattista kriisiä aiheuttavista tapahtumista (Murtomaa ym. 1998, 26). Traumaattista kriisiä aiheuttavalle tilanteelle on ominaista, että tapahtuma on yllättävä eikä siihen voida etukäteen varautua psyykkisesti. Tilanteessa olevat henkilöt eivät pysty vaikuttamaan tapahtumaan. Traumaattinen tilanne voi aiheuttaa ihmisen elämässä kriisin. (Murtomaa ym. 1998, 13.) Kriisin ilmenemiseen vaikuttavat stressaavan tilanteen laatu sekä traumaattiseen tilanteeseen joutuneen henkilön aiemmin kohtaamat traumaattiset tilanteet sekä psyykinen herkkyys (Hammarlund 2004, 96).

Kriisillä tarkoitetaan ihmisen aiemmin opittujen kokemusten ja toimintatapojen joutumista koetukselle. Kriisi on yleensä vaikeasti käsiteltävä asia, jossa oma elämönhallinta rakoilee. Ennakointi tulevasta koetaan vaikeaksi ja aikaisemmat kriisikokemukset voivat nousta mieleen. Kriisi voi saada aikaan fyysisiä oireita sen kokeneessa ihmisessä. Käsittelemättömät aikaisemmat kriisit voivat saada uuden tapahtuneen kriisin tuntumaan hyvin raskaalta, mutta toisaalta aikaisemmista kriiseistä voi myös olla apua uuden kriisin selvittämisessä. On tärkeä huomioida, että toiset tarvitsevat enemmän aikaa kriisistä toipumiseen kuin toiset. (Cullberg 1991, 115,149–150; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009a.) Kriisin kokeneet voivat myös löytää itsestään sellaisia voimavaroja, joiden olemassaolosta eivät edes tiedeneet (Cullberg 1991, 154; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009b).

Traumaattisen kriisin vaiheet jaetaan neljään eri osaan: shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe (Cullberg 1991, 141; Kübler-Ross & Kessler 2006, 25–26; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c). Shokkivaiheessa kielletään ja torjutaan juuri tapahtunutta asiaa. Tilanteeseen otetaan etäisyyttä tunnetasolla ja kriisiä aiheuttaneeseen tilanteeseen liittyy epätodellisuuden tunne. Kieltäminen ja torjuminen kuuluvat tässä vaiheessa kriisistä selviytymisen keinoihin, mikäli ne eivät jatku liian pitkään. (Hammarlund 2004, 98; Kübler-Ross & Kessler 2006, 23; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c.) Shokkivaiheessa tilanteeseen voidaan reagoida myös hämmennyksen ja paniikin tunteilla (Hammarlund 2004, 98).

Reaktiovaiheessa ihmisen mieli koettaa aluksi vielä kieltää asioita, mutta sen jälkeen voivat tulla esiin mahdolliset fyysiset oireet kuten pyörrytys, vapina ja sydämen tykytys. Puhumisen merkitystä korostetaan reaktiovaiheessa. (Cullberg 1991, 150–151; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c.) Syyllisyyden, pelon ja masennuksen tunteet kuuluvat reaktiovaiheeseen. Traumaattisen kriisin kokenut ihminen voi myös tässä kriisin vaiheessa koettaa syyllistää joko itseään tai muita. Reaktiovaiheeseen liittyvät voimakkaat tunnereaktiot ovat tärkeitä ja auttavat traumaattisen tilanteen käsittelemisessä. (Hammarlund 2004, 99; Kübler-Ross & Kessler 2006, 26–27, 32; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c).

Käsittelyvaihe on prosessi, jonka aikana ihminen tekee varsinaista surutyötä ja alkaa ajatustasolla suuntautua tulevaisuuteen (Cullberg 1991,151; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c). Kriisin viimeisessä vaiheessa traumaattinen tapahtuma on jäänyt taakse ja siihen liittyneet kokemukset kuuluvat luonnollisena osana ihmisen elämään (Hammarlund 2004, 99–100). Uudelleen suuntautumisen vaiheessa kriisin kokenut henkilö alkaa sopeutua tapahtuneeseen ja kokee kaiken tapahtuneen voimavaraksi (Kübler-Ross & Kessler 2006, 42, 45; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c).

Koulutus, psyykkinen vahvuus sekä aiemmin koetut tilanteet vähentävät traumaattisen tilanteen aiheuttaman kriisin voimakkuutta ja kestoa (Hammarlund 2004, 96). Terveystieteiden työntekijöiden koulutus, kokemus sekä ammatillinen osaaminen suojaavat yleensä työn aiheuttamalta stressiltä. Psyykkinen puolustusmekanismi auttaa jaksamaan vaikeissakin tilanteissa. (Murtomaa ym. 1998, 45.) Jokaisella on kuitenkin henkilökohtainen tapa ja herkkyys reagoida stressaaviin tilanteisiin sekä stressaavista tilanteista mahdollisesti aiheutuviin kriiseihin (Murtomaa ym. 1998, 45; Hammarlund 2004, 100).

2.2 Potilaan kuolema hoitotyön osaamisen haasteena

Aspilan ja Majurin (2004) mukaan kuolema on osa hoitotyötä. Potilaan äkillinen kuolema aiheuttaa hyvin voimakkaita tunteita, kuten surua, ahdistusta ja voimattomuutta. Potilaan odottamaton kuolema järkyttää ja on usein yksi työuran haastavimmista tapahtumista (liite 1, taulukko 1). (Aspila & Majuri 2000, 24.) Kuolemaan liittyvät työtilanteet herättävät syyllisyyden ja riittämättömyyden tunteita (liite 1, taulukko 1). Potilaan kuolemantapaus voi toimia oppimisprosessina, jonka avulla opitaan elämisen taitoja. (Nuikka 2002, 76.)

Monet terveydenhuollon työntekijät kohtaavat jatkuvasti traumaattisia kokemuksia ammatissaan. Stressaavimmiksi tilanteiksi osoittautuvat uudet, ennen kokemattomat tilanteet. (Saari 2000, 275–277; Ehrlich & Daly 2009, 87.) Nuikan (2002, 71–72) mukaan vähäinen elämäkokemus sekä työkokemus vaikeuttavat potilaan kuolemantapaukseen suhtautumista ja lisäävät ahdistuksen tunteita. Työkokemuksella tarkoitetaan kaikkea käytännön kokemusta työntekijänä (Käyttäjän opas 2005, 19). Työkokemus vaikuttaa traumaattisten tilanteiden kokemiseen ja niiden aiheuttamien tuntemusten käsittelyyn. Mitä enemmän työkokemusta kertyy, sitä luonnollisemmiksi työntekijät kokevat traumaattiset tilanteet. (Saari 2000, 275–276.) Kanninen ja Salminen-Ali (2002) toteavat, että koulutus, kokemus sekä ammattitaito vähentävät stressin ja riittämättömyyden tunteen määrää (liite 1, taulukko 1). Työkokemus helpottaa potilaan äkilliseen kuolemaan liittyvien tunteiden hallintaa ja potilaan äkillisen kuoleman herättämät tunteet pidetään usein ammatillisesti kurissa. (Kanninen & Salminen-Ali 2002, 36–38.)

Kuormittavia tekijöitä hoitotyössä ovat surun aiheuttamat tunnekokemukset, kokemukset tilanteen todellisen hallinnan puutteesta sekä omien tietojen riittämättömyys (Nuikka 2002, 102). Kriisitilanteissa toimiminen edellyttää terveydenhuollon työntekijöiltä nopeutta sekä kykyä hahmottaa, mikä on tärkeysjärjestys tilanteessa toimimiseen (Ehrlich & Daly 2009, 87). Potilaan kuolemantapaus aiheuttaa usein kysymyksiä siitä, olisiko jotain voitu tehdä toisin ja mitä olisi voitu tehdä potilaan hyväksi (Nuikka 2002, 76).

2.3 Potilaan kuolemantapauksen käsitteleminen

Työntekijän henkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeää on traumaattisen stressin sekä mieltä järkyttävien kokemusten purkaminen (Poijula 2002, 69–70; Saari 2003, 277–279). Potilaan kuolemantapauksen herättämistä tunteista tulisi voida puhua, jotta tilanteet eivät jää vaivaamaan mieltä (Aspila & Majuri 2000, 28–29: liite 1, taulukko 1). Joskus työntekijät voivat kokea, että tilanteen aiheuttamia tunteita ei tarvitse käsitellä lainkaan (Kanninen & Salminen-Ali 2002, 36–38). Kiire voi myös vaikuttaa negatiivisesti mahdollisuuteen käsitellä potilaan kuolemantapausta ja siihen liittyviä tunteita, vaikka asian käsittelyyn olisi tarvetta (Aspila & Majuri 2000, 28).

Terveystieteiden ammattilaisilla tulisi olla välineitä sekä herkkyyttä käsitellä kuolemaa omassa mielessään. (Idman 2009, 11). Stressaavissa tilanteissa käytetään usein suojautumiskeinona kokemusten etäistämistä sekä kyynistä suhtautumista työhön. Nämä keinot vaikuttavat negatiivisesti työntekijän kykyyn hoitaa työtehtäviään. Työyhteisön ilmapiirillä voidaan katsoa olevan merkittävästi vaikutusta työntekijöiden tapaan käsitellä traumaattisten kokemusten aiheuttamia tunteita, minkä vuoksi on tärkeää, että työyhteisön ilmapiiri säilyisi luottamuksellisena sekä myönteisenä. Traumaattisen tilanteen jälkeen työyhteisön tulisi järjestää työntekijöille mahdollisuus keskustella mieltä järkyttäneistä tilanteista työntekijöiden henkisen hyvinvoinnin tukemiseksi. (Saari 2000, 277–281.)

Työntekijöiden yhteistyö on kriisitilanteen selvittämisen kannalta tärkeää (Ehrlich & Daly 2009, 87). Työtovereiden kanssa keskusteleminen ja heiltä saatu palaute sekä vertaistuki ovat hyviä keinoja potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä (Aspila & Majuri 2000, 26–29; Kanninen & Salminen-Ali 2002, 36–38; Tumi, Tuominen & Vainio 2003, 27). Aspilan ja Majurin (2000, 26–29) mukaan työtovereilta saatu tuki on tärkeää työssä jaksamisen kannalta ja työtovereiden antama palaute tukee ammatillista kasvua.

Saaren (2000) mukaan on erityisen tärkeää, että sairaalaympäristössä esimiehet kiinnittävät huomioita työntekijöiden tarpeisiin ja huomioivat tilanteen käsittelyn merkityksen potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Työntekijät voivat vähätellä tai kieltää tarpeensa tilanteen käsittelemiseen esimiehen sitä kysyessä, vaikka siihen todellisuudessa olisikin tarvetta. Työntekijät voivat kokea tilanteen käsittelyn ja jälkipuinnin pyytämisen esimieheltä leimaavan työntekijän heikoksi tai epäammattimaiseksi. Työyhteisön ilmapiirillä on merkitystä siinä, uskaltavatko työntekijät tunnustaa heikkoutensa ja pyytää työyhteisöä järjestämään jälkipuuntia. Työilmapiirin ollessa avoin ja kannustava työntekijöiden on helpompi pyytää työyhteisöltä tukea traumaattisen tilanteen käsittelemiseen. (Saari 2000, 279–280.)

Tumin, Tuomisen ja Vainion (2003, 27) mukaan jälkipuinnista on hyötyä potilaan kuolemantapauksesta aiheutuvien tunteiden käsittelyssä. Debriefing eli jälkipuuntia on kehitetty työssä tapahtuneiden traumaattisten tilanteiden purkamiseen. Menetelmän avulla traumaattinen tapahtuma ja sen kulku käsitellään uudelleen läpi mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Saari 2000, 155, 157; Hammarlund 2004, 109.) Jälkipuuntia on ryhmämenetelmä, jossa traumaattista kokemusta käsitellään yhdessä samassa tilanteessa olleiden kanssa. Ryhmän jäsenet näkevät millaisia reaktioita tilanne on aiheuttanut sekä saavat erilaisia malleja, kuinka traumaattista tilannetta voidaan käsitellä. Jälkipuuntia osallistuminen keskustelemalla, sekä myös pelkästään sen seuraaminen, edesauttavat omien tunteiden käsittelyä. (Saari 2000, 164.)

Jälkipuinnin tarkoituksena on vähentää työperäistä stressiä. Menetelmää käytetään psyykkisen stressin purkamisessa sekä voimakkaiden tunteiden ja mullistavien tilanteiden käsittelemisessä. Jälkipuinnin avulla saadaan tietoa työyhteisön jäsenten valmiuksista kohdata psyykkisesti stressaavia tilanteita ja taidoista käsitellä kyseisistä tilanteista aiheutuvia tunteita. (Hammarlund 2004,109.)

3 RÖNTGENHOITAJAN TYÖ OSANA TERVEYDENHUOLTOA

3.1 Röntgenhoitaja terveydenhuollon ammattilaisena

Terveydenhuollossa toiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen sekä edistäminen. Terveydenhuollossa työskentelevän ammattihenkilön työskentelyn lähtökohtana on sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994; Suomen röntgenhoitajaliitto ry 2000.) Radiografian ja säteilynkäytön asiantuntijana toimiva röntgenhoitaja tuottaa väestölle terveystalveta monipuolisten teknisten kuvaus- ja hoitolaitteiden avulla (Opetusministeriö 2006, 58).

Terveydenhuollossa röntgenhoitaja voi työskennellä joko perussairaanhoidossa, erikoissairaanhoidossa tai yksityisessä terveystalveta tuottavassa yrityksessä (Opetusministeriö 2006, 58–59). Samoin kuin muissa terveydenhuollon ammateissa, myös röntgenhoitajan työssä työn lähtökohtana ovat potilas ja tämän terveyden edistäminen. Kvanttaminen ja säteilyn käyttö tekevät röntgenhoitajan työstä erityisen verrattuna muuhun terveydenhuoltoon. (Walta 2001, 138.) Niemen (2006) mukaan röntgenhoitajan työ on tekniikan ja hoitotyön yhdistämistä. Perinteistä hoitotyötä ei pidetä röntgenhoitajan työhön kuuluvana, vaan röntgenhoitajan työn katsotaan olevan oma erityisalansa. Työ on potilaan tutkimista, ei niinkään hoitamista. (Niemi 2009, 58–59, 90.) Röntgenhoitajan työn päämäärän saavuttaminen edellyttää kuitenkin sekä potilaaseen liittyvien toimintojen että teknisen osaamisen hallintaa (Walta 2001, 132). Röntgenhoitajan työtä ohjaavat hoitotyön periaatteet ja työn lähtökohtana on ihmisarvoisen elämän kunnioittaminen. Röntgenhoitajien toimintaa ohjaavat lainsäädännön lisäksi röntgenhoitajan eettiset ohjeet, jotka tukevat röntgenhoitajaa ammattieettisessä päätöksenteossa. (Opetusministeriö 2006, 58–59.)

3.2 Röntgenhoitajan työn erityispiirteet

Röntgenhoitajan työtehtävänä on potilaan kuvantamistutkimuksen ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttaminen (Opetusministeriö 2006, 58–59). Röntgenhoitaja toimii kuvantamistutkimuksissa itsenäisesti sekä yhteistyössä radiologin ja fyysikon kanssa. Röntgenhoitaja osaa kuvantamisen teknisen suorittamisen sekä hallitsee käyttämiään radiografisia menetelmiä. Kuvantamistutkimukseen liittyy potilaalle tehtäviä toimenpiteitä, joiden suorittamisesta röntgenhoitaja vastaa omalta osaltaan. Potilaan säteilyaltistuksen määrittäminen ja optimointi liittyvät tiiviisti kuvantamistutkimuksiin. (Opetusministeriö 2006, 58–59.)

Kuvantamistutkimuksen avulla saadaan tietoa potilaan sairauksista sekä terveydentilasta. Syynä kuvantamistutkimuksen toteuttamiseen on potilaan tarve saada hoitoa sairauteen tai vammaan liittyviin oireisiin. Kuvantamistutkimus toteutetaan erilaisia kuvantamismenetelmiä käyttäen. Erilaisilla menetelmillä käytetään erilaisia kuvantamisenergioita tai säteilyä sekä niiden käyttöön soveltuvaa laitteistoa. (Valtonen 2000, 53, 55, 59.) Kuvantamistutkimuksia ovat röntgen-, ultraääni-, magneetti- sekä isotooppitutkimukset (Opetusministeriö 2006, 58). Yleisimpiä röntgentutkimuksia ovat luuston ja keuhkojen tutkimukset (Säteilyturvakeskus 2009). Tietokonetomografiatutkimuksissa käytetään usein varjoainetta (Tervahartiala 2005, 72). Valtosen (2000, 56) mukaan varjoaineen käyttö voi aiheuttaa potilaalle vakavia komplikaatioita, kuten allergisen reaktion, joka voi mahdollisesti johtaa jopa potilaan kuolemaan. Potilaan jälkihoidon merkitys korostuu varjoaineen käytön jälkeen (Turula & Riihijärvi 2006, 51). Tutkimukseen liittyvien riskien ennakoiminen on tärkeää ja sen avulla voidaan vaikuttaa siihen, että potilaan vointi ei huonone tutkimuksen aikana (Valtonen 2000, 57).

Potilaalle toteutettavan kuvantamistutkimuksen lisäksi röntgenhoitajan työtehtäviä ovat erilaiset valmistelut koko tutkimuksen ajan sekä hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen tutkimuksen jälkeen. Potilaan lääkehoidon toteuttaminen, ensihoitotilanteissa toimiminen sekä varjoaineiden turvallinen käyttö kuuluvat röntgenhoitajan työhön. Itsenäinen sekä moniammatillinen

työskentely ovat osa röntgenhoitajan työtä. Moniammatillisen työskentelyn vuoksi on tärkeää huomioida työtovereiden yksilöllisyys. Ymmärrys, keskinäinen apu ja tuki ovat työyhteisön keskeisiä periaatteita, joiden avulla röntgenhoitajien välinen tiimityöskentely toimii. (Opetusministeriö 2006, 58–59.) Röntgenhoitajat työskentelevät yhteistyössä myös muiden potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Walta 2001, 130).

3.3 Haasteet röntgenhoitajan työssä

Potilaskontaktit röntgenhoitajan työssä ovat lyhyitä verrattuna esimerkiksi sairaanhoitajan työhön, sillä potilaskontaktit kestävät tutkimuksesta riippuen muutamasta minuutista alle tuntiin (Niemi 2009, 58–59, 90). Ero kuvantamisyksikön sekä vuodeosaston toiminnan välillä on merkittävä, sillä potilaat viipyvät kuvantamisyksikössä vain lyhyen ajan. Vuodeosastoilla potilaiden hoito on yleensä pidempiaikaista. (Aatsinki 2002, 44.) Yksi röntgenhoitajan työn ominaispiirteistä on potilaskontaktien lyhytkestoisuus, joka röntgenhoitajien kokemusten mukaan vähentää myös työn stressaavuutta (Walta 2001, 73). Potilaskontaktien keston vaihtelevuuden vuoksi röntgenhoitajan tulee kyetä luomaan nopeasti luottamuksellinen hoito- ja vuorovaikutussuhde potilaaseen (Valtonen 2001, 89; Opetusministeriö 2006, 59).

Nopea teknologian kehitys edellyttää röntgenhoitajalta tietoperustan laajentamista ja jatkuvaa oman ammattitaidon sekä itsensä kehittämistä. Jatkuvassa muutospaineessa eläminen on röntgenhoitajan työssä haastavaa. (Opetusministeriö 2001, 59.) Wallan (2001) mukaan potilaan ohjaaminen ja kohtaaminen sekä laitteiden ja välineiden samanaikainen hallinta ovat röntgenhoitajan työn päämääriä. Työssä kohtaavat sekä potilas tarpeineen ja terveysongelmineen – että terveydenhuollon teknologia.

Röntgenhoitajan työssä eri teot liittyvät vankasti toisiinsa ja ovat riippuvaisia toisistaan. Tämän vuoksi työ on hyvin monitasoista ja röntgenhoitajalla on suuri vastuu työssään. Hyvin sairaat ja kivuliaat potilaat asettavat röntgenhoitajan osaamiselle oman haasteensa. Röntgenhoitajalta edellytetään kliinistä osaamista potilaan vointiin sekä sen arviointiin ja seurantaan liittyvissä toimissa. (Walta 2001, 132–136, 139.)

Kuvantamisen lisäksi potilaan voinnin seuranta on erittäin tärkeää. Potilaan sairaus tai vamma vaikuttaa röntgenhoitajan kommunikaatioon potilaan kanssa. Onnettomuustapauksissa röntgenhoitajan tulee työskennellä tehokkaasti, sillä potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset voivat pahimmillaan johtaa potilaan kuolemaan. (Booth 2007, 324, 327.) Työnantajan on huolehdittava, että työntekijöillä on tarvittavat ohjeet ensiaputilanteissa käyttäytymisestä ja valmiudet sekä välineet toimia ensiapua vaativissa tilanteissa. Röntgenhoitajan työssä ensiaputaitojen osaaminen on tärkeää. Röntgenhoitajan puutteelliset valmiudet toimia ensiaputilanteissa lisäävät työn kuormittavuutta. (Valtonen 2000, 56–57, 87–88; Työturvallisuuslaki 738/2002.) Huoli potilaan voinnista sekä huono työilmapiiri ja huonot työskentelyolosuhteet ovat kuormittavia tekijöitä. Valtosen (2000, 87) mukaan edellä mainitut tekijät vaikuttavat siihen, että röntgenhoitajan työ on psyykkisesti raskasta. (Valtonen 2000, 87–88.)

Tunnetasolla stressaavien tilanteiden välttämiseksi röntgenhoitajan tulisi keskittyä potilaan kanssa tunteikkaan keskustelun sijasta enemmän teknisten laitteiden käyttämiseen. Tämä helpottaa röntgenhoitajan työn aiheuttamaa psyykkistä kuormitusta. Röntgenhoitajien aikaisemmat kokemukset stressaavista tilanteista vaikuttavat röntgenhoitajien työskentelytapoihin sekä käyttäytymiseen. Stressaavat tilanteet aiheuttavat kuolemaan liittyviä pelkoja sekä surun, epäonnistumisen, voimattomuuden ja turhautumisen tunteita. (Booth 2007, 327–330.) Booth (2007, 330) näin ollen painottaa stressaavissa ja tunteikkaissa tilanteissa työskentelevien röntgenhoitajien tuen tarvetta.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Tavoitteena on kerätä yhteistyökumppanille tietoa röntgenhoitajien kokemuksista liittyen potilaiden kuolemantapauksiin sekä mahdollisesta tuen tarpeesta.

Tutkimustehtäviä ovat:

1. Miten röntgenhoitajat kokevat potilaan kuolemantapauksen kuvantamistutkimuksissa?
2. Miten röntgenhoitajat kokevat jälkipuinnin potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja millainen on röntgenhoitajien tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen?

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat tutkimustehtävät sekä tutkittava kohde (Hirsjärvi & Hurme 2008, 28). Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä perustuu kokemuksen ja käsitysten tutkimiseen. Tutkijan tavoitteena on selvittää erilaisia ilmiöitä, toimintatapoja tai kuvailla tapahtumia. (Eskola & Suoranta 2003, 61.) Vilkan (2005, 97) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan merkityksiä, jotka liittyvät joko kokemukseen tai käsityksiin.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui parhaiten opinnäytetyön tutkimusongelmien selvittämiseen, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa.

Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla saadaan tietoa siitä, kuinka tutkittavat käsittävät asian, jota tutkitaan. Menetelmän avulla voidaan tuoda esiin tutkittavien näkökulma asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 28.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä useilla eri tavoilla (Vilkka 2007, 100). Aineisto kerätään useimmiten haastattelemalla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71).

5.2 Aineiston keruu

Haastattelua käytetään kun halutaan tietää mitä ihminen ajattelee tai miksi ihminen toimii tietyllä tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Haastattelu sopii hyvin aineistokeruumenetelmäksi etenkin silloin, kun kyseessä on vähemmän tutkittu, tuntematon aihe tai kun tutkitaan arkoja asioita. Haastattelun avulla

tutkittavat saavat mahdollisuuden tuoda vapaasti esiin omia käsityksiä tutkittavasta aiheesta. Menetelmänä haastattelu tarjoaa tutkijoille mahdollisuuden suoraan vuorovaikutussuhteeseen tutkittavien kanssa, jolloin tutkittavien asioille luomat merkitykset tulevat yleensä paremmin esille. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34.)

Teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun avulla pyritään saamaan vastauksia asetettuihin tutkimustehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Teemahaastattelun avulla tutkittavien ääni saadaan kuuluviin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 28; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 155). Teemahaastattelu etenee keskeisten teemojen mukaan ja siinä otetaan huomioon ihmisten tulkinnat asioista sekä asioiden merkitykset (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48).

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu soveltui haastattelumuodoista parhaiten opinnäytetyön tutkimustehtävien selvittämiseen, koska tarkoituksena oli kuvata röntgenhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Opinnäytetyön arkaluontoinen aihe ja se, että aihetta ei ollut tutkittu aiemmin röntgenhoitajien näkökulmasta, olivat myös perusteena aineiston keräämiselle teemahaastattelun avulla.

Teemahaastattelun teemat perustuvat aikaisempaan tietoon tutkittavasta aiheesta. Teemat muodostetaan teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja haastattelutilanteessa voidaan edetä vapaassa järjestyksessä huomioiden kuitenkin teema-alueiden sisällä pysyminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Teemahaastattelujen teema-alueet määritettiin etukäteen aikaisempien tutkimusten ja opinnäytetyön tutkimustehtävien avulla. Keskeisiksi teema-alueiksi muodostuivat kuoleman kokeminen, kokemukset kuolemasta, työkokemus, tuen tarve sekä jälkipuinti (liite 2).

Teema-alueet kuvasivat teoreettisessa viitekehyksessä esiin nousseita potilaan kuolemantapaukseen liittyviä tunteita, aikaisempien kokemusten ja työkokemuksen merkitystä potilaan kuolemantapaukseen suhtautumisessa sekä jälkipuinnin ja tuen tarpeen merkitystä potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä.

Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on syventää tietämystä tutkittavasta asiasta tai luoda uusia näkökulmia, jolloin harkinnanvarainen näyte on runsaan otoksen sijasta riittävä halutun tiedon selvittämiseksi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 59). Haastateltavilla tulee olla mahdollisimman paljon kokemusta tutkittavasta asiasta, joten laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien harkinnanvarainen valinta on perusteltua tutkimusaineiston riittävyuden kannalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86).

Haastateltavat röntgenhoitajat valittiin harkitusti, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Tutkittaessa henkilökohtaisia kokemuksia, haastateltaviksi soveltuivat vain sellaiset röntgenhoitajat, jotka olivat henkilökohtaisesti kokeneet potilaan kuolemantapauksen. Harkinnanvarainen otantamenetelmä perustui myös siihen, että röntgenhoitajat olivat kokeneet potilaan kuolemantapauksen natiiviröntgen- tai tietokonetomografiatutkimuksessa. Tiedot potilaan kuolemantapauksen kokeneista röntgenhoitajista saatiin röntgenyksiköiden esimiehiltä ja teemahaastatteluihin valittiin harkinnanvaraisesti kolme röntgenhoitajaa.

Haastateltaviksi valittuihin röntgenhoitajiin otettiin yhteyttä sähköpostitse. Yhteydenotossa varmistettiin suostumus haastateltavaksi ja kerrottiin lyhyesti haastattelun aiheesta, nauhoituksesta sekä haastattelun arvioidusta kestosta. Kaikki kolme röntgenhoitajaa suostuivat haastateltaviksi. Tuomen ja Sarajärven (2009, 73) mukaan haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että haastateltavat saavat tutustua teemahaastattelun teemoihin tai kysymyksiin etukäteen. Opinnäytetyön keskeiset teema-alueet sekä niihin liittyvät tarkentavat kysymykset (liite 2) lähetettiin haastateltaville röntgenhoitajille aiheeseen tutustumista varten ennen haastatteluja.

Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina maaliskuussa 2010 haastateltavien röntgenhoitajien työyksiköissä. Haastattelutilaksi valittiin rauhallinen ja hiljainen huone haastateltavien työyksiköistä. Haastateltava röntgenhoitaja istui haastattelutilanteessa kahta haastattelijaa vastapäätä pöydän ääressä ja nauhuri sijoitettiin pöydän keskelle. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät tekemään haastattelutilanteesta mahdollisimman luontevan haastateltavalle röntgenhoitajalle.

Ennen varsinaisen haastattelun ja nauhoituksen aloittamista opinnäytetyön tekijät kysyivät haastateltavalta kuulumisia sekä kertoivat haastateltavalle röntgenhoitajalle, että haastattelu voidaan aloittaa kun hän vain itse on valmis. Opinnäytetyön tekijät kertoivat haastateltaville röntgenhoitajille haastattelun digitaalisesta nauhoittamisesta sekä korostivat, että haastateltava saa rauhassa vastata kysymyksiin eikä haastattelulle ole aikarajaa. Haastattelut aloitettiin keskusteluilmapiirin ollessa vapautunut ja avoin. Haastattelutilanteen aluksi haastateltavia informoitiin aineiston käsittelystä sekä haastateltavien anonymiteetista.

Haastattelutilanteessa opinnäytetyön tekijät esittivät vuorotellen kysymyksiä haastateltavalle röntgenhoitajalle. Haastattelijat seurasivat haastattelurungon avulla, että kaikki teema-alueet ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset käytiin läpi perusteellisesti. Haastattelutilanne oli luonnollinen keskustelutilanne, jossa edettiin haastateltavan ehdoilla. Kysymyksien järjestys vaihteli haastateltavan kertomuksen etenemisen mukaisesti ja tarvittaessa haastateltavalta kysyttiin tarkentavia kysymyksiä saatuihin vastauksiin. Haastattelun vapaamuotoisen etenemisen vuoksi haastattelijoiden tehtävänä oli huolehtia, että haastateltava pysyi käsiteltävällä aihealueella ja tarvittaessa keskustelun kulkua ohjattiin palaamalla haastattelijoiden johdolla takaisin käsiteltävien teema-alueiden aiheisiin. Yksi haastattelu kesti keskimäärin noin 30 minuuttia. Haastattelut tallennettiin digitaaliselle nauhurille ja sähköinen aineisto tallennettiin tietokoneelle aineiston analysointia varten.

5.3 Aineiston analysointi

Eskolan ja Suorannan (2003) mukaan aineiston analyysin tarkoituksena on tiivistää kerätystä aineistosta tärkeimmät asiat ja tuottaa analysoinnin avulla uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Aineistosta ei saa poistaa olennaista tietoa, vaan analyysin avulla tiivistää olennainen asia selkeäksi tulokseksi. Aineistoa voidaan ryhtyä analysoimaan eri tavoilla. (Eskola & Suoranta 2003, 137, 150.) Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. Analyysin etenemistä ohjaa joko aineisto tai aiemman tiedon perusteella valitut teemat tai kategoriat. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5.)

Teorialähtöinen eli deduktiivinen analyysi perustuu tutkittavasta asiasta aiemmin tiedettyyn, jolloin aiemmin tutkittua ilmiötä tutkitaan uudella osa-alueella ja aineiston analyysia ohjaa aikaisempi tutkittavaan aiheeseen liittyvä tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97). Opinnäytetyön aineiston analysointimenetelmäksi valittiin teorialähtöinen sisällönanalyysi. Potilaiden kuolemantapauksiin liittyviä kokemuksia oli tutkittu aikaisemmin hoitotieteen aloilla. Teorialähtöinen sisällönanalyysi soveltui hyvin analysointimenetelmäksi, koska opinnäytetyössä tutkittiin jo aiemmin tutkittua ilmiötä nyt röntgenhoitajien näkökulmasta.

Aineiston analysointi aloitettiin haastattelunauhoitusten litteroinnilla. Litterointi tarkoittaa nauhoitetun aineiston puhtaaksikirjoittamista sanatarkasti (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138). Digitaalisesti nauhoitetusta haastatteluaineistosta saatiin litteroitua aineistoa yhteensä 24 sivua, kun paperikoko oli A4, fonttikoko 12 ja riviväli 1. Aineistoa verrattiin litteroinnin jälkeen digitaalisesti nauhoitettuun aineistoon ja tarkistettiin, että litteroitu aineisto vastasi alkuperäistä haastatteluaineistoa. Tämä vaihe toistettiin useaan kertaan aineiston luotettavuuden vuoksi.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 115) mukaan teorialähtöinen sisällönanalyysi perustuu tutkimustehtäviin vastaavien sisältöjen etsimiseen sekä niiden ryhmittelemiseen aikaisemman teoratiedon avulla muodostettavien kategorioiden mukaisesti. Aineiston pelkistäminen aloitetaan etsimällä aineistosta tutkimustehtäviä kuvaavia ilmaisuja (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Tutkijan tulee määrittää analyysissä käytettävä analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi lause tai ajatuskokonaisuus (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Opinnäytetyön analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus.

Opinnäytetyön tekijät lukivat aineiston läpi useaan kertaan ja yhdessä pohtivat sen jälkeen tutkimustehtävien sisältöön liittyviä ilmaisuja. Ilmaisut yliviivattiin litteroidusta aineistosta opinnäytetyötä ohjaavien tutkimustehtävien mukaisesti erivärisillä korostuskynillä. Tämä vaihe toistettiin muutamaan kertaan, jotta aineistosta saatiin kaikki oleellinen tieto tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Aikaisemman teorian perusteella muodostettavan analyysirungon rakentaminen aloitettiin muodostamalla opinnäytetyön tutkimustehtävistä analyysirungon pääluokkia. Teoreettisesta viitekehuksesta esiin nousseet teema-alueet jaettiin yläluokiksi niitä ohjaavien tutkimustehtävien mukaisesti (taulukko 2; liite 3, kuvio 1).

TAULUKKO 2. Teema-alueiden jakautuminen tutkimustehtävien mukaisesti

Tutkimustehtävät (Pääluokat)	Teema-alueet (Yläluokat)
1. Miten röntgenhoitajat kokevat potilaan kuolemantapauksen kuvantamistutkimuksissa?	1. Kuoleman kokeminen
	2. Kokemukset kuolemasta
	3. Työkokemus
2. Miten röntgenhoitajat kokevat jälkipuinnin potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja millainen on röntgenhoitajien tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen?	4. Tuentarve
	5. Jälkipuinti

Litteroidusta aineistosta poimittiin tietokoneen tekstinkäsittelyohjelman avulla analyysirungon pää- sekä yläluokkien avulla korostuskynällä erotetut röntgenhoitajien ilmaisut, jotka sijoitettiin tekstinkäsittelyohjelman ”leikkaa ja liitä” -toimintoa käyttäen digitaaliseen analyysirunkoon. Tutkimustehtävien sisältöä vastaavista ilmaisuista muodostettiin niiden sisältöä yksinkertaisemmin kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia (taulukko 3). Pelkistetyt ilmaukset sijoitettiin digitaaliseen analyysirunkoon ja seuraavassa analyysin vaiheessa muodostettiin pelkistettyjen ilmausten sisältöä kuvaavia alaluokkia (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Esimerkki opinnäytetyön aineiston analyysirungosta

PÄÄ-LUOKKA:	YLÄ-LUOKKA:	ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa	Kuoleman kokeminen	"Kyllähän se tietysti niinku vähä voimaton."	Voimaton olo	Voimattomuuden tunne
		" Et kyllä se niinku tunteita laidasta laitaan herättää, vaikois kuinka tottunu siihen kuolemaan."	Herättää tunteita laidasta laitaan	Erilaiset tunteet
		"Avuttomuutta, koska se oli niinku nii just että osaan mä tehdä jotain, mun täytyy osata, mä oon ammatti-ihminen ja tota pitäis osata toimia sitten oikeella tavalla"	Avuttomuutta osaako toimia oikein	Epävarmuus omasta osaamisesta
		" Siinä tilanteessa, ei juurikaan, ei koskaan tuu mitään tunteita"	Tilanteessa ei tule tunteita	Tunteiden sivuuttaminen
		"Sitten tämmösiä mitä ei tarvis ammattilaisella olla ollenkaan semmosta tavallaan vähän paniikinomaista tunnetta."	Tunteet, joita ammattilaisella ei saisi olla	Epäammattimaiset tunteet
		"Sillon illalla tietysti se pyöri tottakai mielessä, että tekikö ite jotain, niinku olisko voinu ite toimia eritavalla tai tai muuta."	Olisiko voinut tehdä jotain toisin	Toisin toimiminen
		"Enemmän sitä että skarppaa siinä tekemisessä että haluaa tehdä paremmin kun mitä siinä tilanteessa koki pystyvänsä, pystyneensä tekemään. Että sillä lailla vaikutti, oikeestaan se motivoi siihen, että mun täytyy tehdä paremmin näitä asioita ja osata paremmin"	Halu ja motivaatio parempaan tekemiseen ja osaamiseen	Motivaatio toimia paremmin
		"Ei se tavallaan mun työskentelyyn vaikuttanu muuta ku että paska juttu ja seuraava potilas sitte että."	Ei vaikuttanut työskentelyyn, työt jatkui	Ei vaikutusta työskentelyyn
		"Ja mitä enemmän sitä tekee, sitä enemmän sä sitä näät ja mitä enemmän sitä näkee niin aika kylmä pitää olla jos ei millään lailla vaikuta jaksamiseen."	Useasti näkeminen vaikuttaa työssä jaksamiseen	Työssä jaksaminen

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Taustatiedot tiedonantajista

Haastateltavat röntgenhoitajat olivat iältään 29–60 –vuotiaita ja heillä oli työkokemusta röntgenhoitajana toimimisesta 3-19 vuotta. Röntgenhoitajat olivat suorittaneet röntgenhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon (AMK) tai röntgenhoitajan opistotasaisen tutkinnon. Aikaisempaan koulutukseen kaikilla haastateltavilla röntgenhoitajilla oli ylioppilastutkinto. Röntgenhoitajat työskentelivät potilaiden kuolemantapausten tapahtuessa Pirkanmaan alueen röntgenyksiköissä natiiviröntgen- tai tietokonetomografiatutkimuksissa. Haastateltavat röntgenhoitajat eivät työskennelleet potilaan kuolemantapausten sattuessa yksin. Potilaan kuollessa läsnä oli haastateltavan röntgenhoitajan lisäksi toinen röntgenhoitaja tai muita hoitoalan ammattiryhmien edustajia.

6.2 Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuolemasta kuvantamistutkimuksissa

6.2.1 Kuoleman kokeminen

Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuoleman aiheuttamat tunteet vaihtelivat. Röntgenhoitajien kokemuksista korostui potilaan kuolemantapausten aiheuttama voimattomuuden tunne. Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuoleman vaikeana ja epämiellyttävänä tilanteena. Kuolemantapaus kuvantamistutkimuksen aikana koettiin potilaan kannalta ikäväksi. Potilaan kuolema herätti röntgenhoitajien kokemusten mukaan myös surun, vihan ja ahdistuksen tunteita. Vihan tunteet liittyivät siihen, että potilas kuoli äkillisesti röntgenyksikössä sen sijaan, että potilaan kuolema olisi esimerkiksi voinut tapahtua vuodeosastolla. (Liite 3, kuvio 2.)

”..voimaton tietysti ja vähä surullinen ja tota sitten oli vähä niinkun tuli semmosta vihantunnetta et me jouduttiin siihen tilanteeseen..”

Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuoleman aiheuttavan avuttomuuden tunteita sekä epävarmuutta omasta osaamisesta ja omasta roolista toimia potilaan kuoleman tapahtuessa. Epävarmuus omasta osaamisesta aiheutti röntgenhoitajien mukaan pelon sekä paniikin tunteita liittyen oman osaamisen riittävyyteen potilaan kuoleman tapahtuessa. Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuolemantapaukseen liittyneet hädän ja paniikin tunteet epäammattimaisiksi. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan kyseiset tunteet eivät saisi kuulua ammattitaitoiseen työskentelyyn. Potilaan kuolemantapaus herätti ajatuksia ja kysymyksiä siitä, kuinka tilanteessa tulisi toimia ja mitä pitäisi tehdä. (Liite 3, kuvio 2.)

”..no mitä mitä mun pitäis tehdä ja että ei, että mikä on mun rooli on nyt tässä kohtaa että mitä pitäis ruveta toimiin..”

”..avuttomuutta, koska se oli niinku nii just että osaan mä tehdä jotain, mun täytyy osata, mä oon ammatti-ihminen ja tota pitäis osata toimia sitten oikeella tavalla ja omalla laillaan sellasta tietynlaista pelkoo ja pelkoo, että semmosta ei tarvis tulla..”

”..sitten tämmösiä mitä ei tarvis ammattilaisella olla ollenkaan semmosta tavallaan vähä paniikinomasta tunnetta..”

Potilaan kuoleman tapahtumahetkellä röntgenhoitajien ajatukset kohdistuivat ainoastaan tilanteessa toimimiseen. Potilaan kuolemasta aiheutuneet tunteet nousivat mieleen vasta myöhemmin potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Röntgenhoitajat kokivat, että potilaan kuolemaan liittyvät tunteet jäivät potilaan kuolemantapauksen jälkeen taka-alalle, koska töitä on jatkettava potilaan kuolemantapauksesta huolimatta.

”..siinä tilanteessa, ei juurikaan, ei koskaan tuu mitään tunteita..”

”..mutta ei se niinku, hetken aikaa sitä vaan ajattelee mutta sit ne on vaan pakko työntää sivuun ja jatkaa töitä..”

Röntgenhoitajat kokivat pohtineensa potilaan kuolemantapauksen jälkeen potilaan kuolemaa tapahtumana sekä henkilökohtaista panostaan kyseisessä tilanteessa toimimisessa. Potilaan kuolemantapauksen jälkeen röntgenhoitajat pohivat, että tekivätkö he tilanteessa riittävästi tai olisiko jotain voinut tehdä toisin. Potilaan kuolemantapaus herätti röntgenhoitajissa ajatuksia siitä, olisiko potilaan äkillinen kuolema kuvantamistutkimuksen aikana voitu välttää, jos kuvantamistutkimus olisi tehty nopeammin. (Liite 3, kuvio 2.)

”..kyllä siinä jää vähäks aikaa päähän pyörimään, ja miettimään niitä asioita. mitä ois voinu tehdä toisin ainaki..”

”..kyllähän se tietysti mielessä oli, eihän sitä voi sanoa että miettii tietysti sitä et mitä ois tehny toisella tavalla ja ja tota jos olis ottanu hänet nopeemmin kuvaukseen..”

”..oisko jotain voinu tehdä toisin olisko se lopputulos ollu toinen sitten jos ois saatu hänet nopeemmin eteenpäin..”

Potilaan kuolemantapauksella ei ollut kielteistä vaikutusta röntgenhoitajien työskentelyyn. Röntgenhoitajat kokivat, että potilaan kuolemantapaus oli herättävä kokemus, joka lisäsi työmotivaatiota ja halua toimia paremmin. Röntgenhoitajien mukaan potilaan kuolemantapauksen jälkeen he alkoivat tarkkailla eri tavalla varsinkin huonokuntoisia potilaita. (Liite 3, kuvio 2.)

”..varsinkin ny jälkeinpäin ni tavallaan eri tavalla vähän tarkkailee potilaita ku on itelle sattunu niin, että potilas ihan oikeesti voi siinä tilanteessa kuolla, että on niin huonokuntonen..”

”..alko niinku tarkkaileen ainaki sillon alkuun varsinkin kun tuli huonokuntosia potilaita niin alko tarkkaileen sitä että miten se ihminen hengittää ja että miten se on että on niinku tavallaan valmiina jos jotaki tapahtuu että se on niinku semmone mikä on jääny että osaa katsoo sitä ihmistä vähän erilailla..”

Potilaan kuolemantapaus motivoi röntgenhoitajia myös oman osaamisen sekä työskentelytapojen kehittämisessä. Potilaan kuolemantapauksen myötä röntgenhoitajat kokivat tiedostavansa aikaisempaa selkeämmin, että aina on olemassa mahdollisuus potilaan äkilliseen kuolemantapaukseen kuvantamistutkimuksen aikana. Potilaan kuolemantapaus motivoi röntgenhoitajia ensiaputaitojen ylläpitämisessä sekä kehittämisessä. (Liite 3, kuvio 2.)

”..enemmän sitä että skarppaa siinä tekemisessä että haluaa tehdä paremmin kun mitä siinä tilanteessa koki pystyvänsä, pystyneensä tekemään. että sillä lailla vaikutti, oikeestaan se motivoi siihen, että mun täytyy tehdä paremmin näitä asioita ja osata paremmin..”

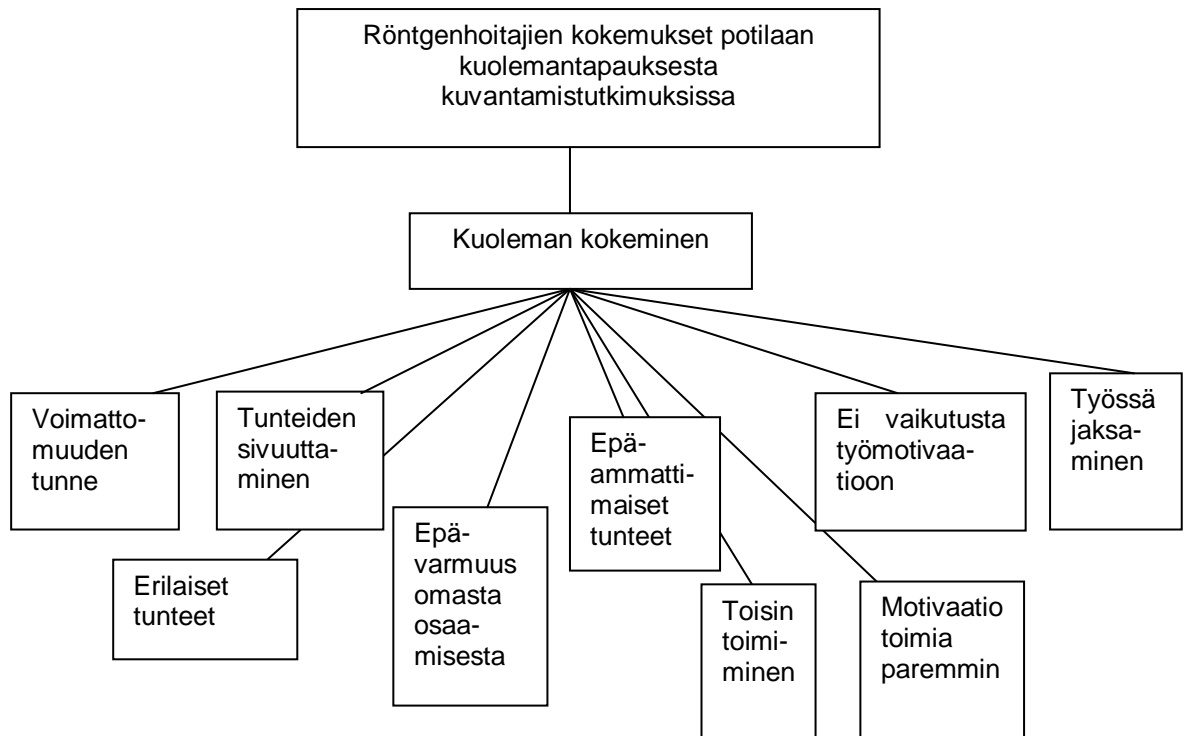
”..vaikuttanu sitten noin jälkikäteen että on niinku ottanu tosissaan sen että käy näissä tämmösissä ku on näitä elvytysjuttuja meillä aina säännöllisin väliajoin että käy sitten harjottelemassa, että mitä pitää tehdä.. ”

Röntgenhoitajien kokemuksista nousi esiin, että useasti koetut potilaiden kuolemantapaukset vaikuttavat röntgenhoitajien jaksamiseen. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan päivystysluonteinen työ on raskasta, koska päivystysluonteisessa työssä kohtaa useammin potilaiden kuolemantapauksia. Useiden työssä koettujen kuolemantapausten myötä röntgenhoitajat kokivat kaipaavansa normaalia työtä. (Liite 3, kuvio 2.)

”..ja mitä enemmän sitä tekee, sitä enemmän sä sitä näät ja mitä enemmän sitä näkee niin aika kylmä pitää olla jos ei millään lailla vaikuta jaksamiseen..”

”..et tota tietyllä tavalla ku niitä tulee paljon niin sitä sitten kaipaa välillä vähä nähdä jotai muutaki..”

Kuviossa 3 nähdään yhteenveto röntgenhoitajien kokemuksista liittyen potilaan kuolemantapauksiin kuvantamistutkimuksissa.



KUVIO 3. Röntgenhoitajien kokemukset kuoleman kokemisesta liittyen potilaan kuolemantapauksesta kuvantamistutkimuksessa

6.2.2 Röntgenhoitajien aikaisemmat kokemukset kuolemasta

Röntgenhoitajilla oli aikaisempia kokemuksia kuolemasta henkilökohtaisella tai ammatillisella tasolla. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan henkilökohtainen, lähiomaisen kuolemantapaus oli kokemuksena erilaisena kuin potilaan kuolema kuvantamistutkimuksen aikana. Lähiomaisen kuolemaan koettiin liittyvän erilaisia tunteita verrattuna potilaan kuolemantapauksen herättämiin tunteisiin. Aikaisemmalla kokemuksella lähiomaisen kuolemantapauksesta ei ollut vaikutusta potilaan kuolemantapaukseen suhtautumisessa. (Liite 3, kuvio 4.)

”..mulle täysin erilainen tapahtuma koska (henkilön) kuolema oli odotettu ja siinä oli niinku erilainen tunnekin mukana kun se oli kuitenkin lähiomainen..”

Röntgenhoitajilla oli aikaisempia kokemuksia potilaan kuolemasta röntgenhoitajakoulutuksen aikana. Röntgenhoitajat olivat kokeneet potilaiden kuolemantapauksia aiemmin myös työelämässä. Röntgenhoitajien aikaisemmat kokemukset potilaan kuolemasta olivat joko kokemuksia vainajista tai kokemuksia potilaan äkillisestä kuolemantapauksesta, jonka tapahtuessa röntgenhoitajat olivat olleet paikalla.

”..no ensimmäinen oikeestaan millon mä oon vainajan nähny ni opiskeluaikana..”

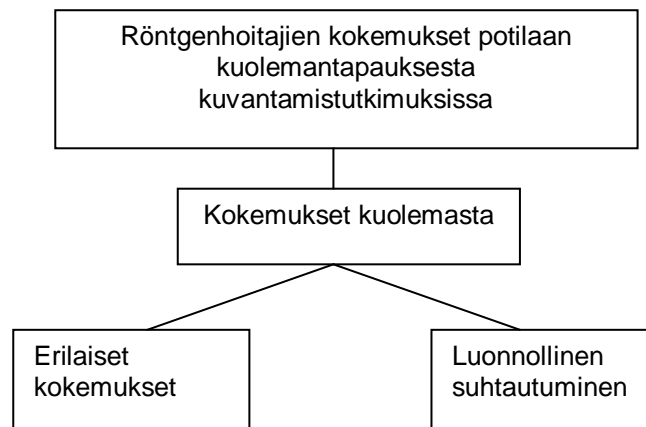
Röntgenhoitajat kokivat, että opiskeluaikana ja työssä koetut kuolemantapaukset helpottivat heidän suhtautumistaan potilaan kuolemantapaukseen. Aikaisempien kokemusten ja työssä koettujen potilaan kuolemantapausten myötä potilaan kuolemaan suhtautuminen muuttui luonnollisemmaksi sekä helpommaksi. (Liite 3, kuvio 4.)

”..kyllähän siihen tavallaan niinkun tottuu..”

Röntgenhoitajien kokemusten mukaan useiden aikaisemmin koettujen potilaan kuolemantapausten myötä potilaan kuolemantapaus on helpompi hyväksyä. Kuoleman kanssa tullaan tekemisiin väkisinkin, koska kuolema on osa elämää. Röntgenhoitajat kokivat, että vaikka potilaan kuolemaan tottuu kokemusten myötä, jokaisen potilaan kuolema on kuitenkin ainutlaatuinen. Potilaan kuolema koskettaa aina. (Liite 3, kuvio 4.)

”..no tietyllä tavalla. että tota siihen suhtautuu luonnollisemmin ettei reagoi tai ajattele sitä asiaa sillä tavalla suurena tuntemattomana koska sitä näkee arkipäivässä töissä..”

”..no onhan se aina kun se tilanne tulee niin yks kaks, et vaik on nähnykki ja kokenu monenmoista ni onhan se aina, se on aina sen tietyn ihmisen kuolema ja tavallaan, että kyllä se sillai aina koskettaa ei sitä niinku voi sanoo vaik on hoitoalalla, että tavallaan jossain mielessä on tottunu siihen, että tässä työssä saattaa tulla eteen..eteen tämmöstäkin että joku voi kuolla ja olla..olla niin huonokuntoinen..”



KUVIO 5. Röntgenhoitajien aikaisemmat kokemukset kuolemasta liittyen potilaan kuolemantapaukseen suhtautumiseen

6.2.3 Työkokemus ja potilaan kuolemantapaukseen suhtautuminen

Röntgenhoitajat kokivat, että potilaan kuolemantapauksista oli mainittu jonkin verran röntgenhoitajakoulutuksen aikana. Aiheesta oli puhuttu vähän opintojen loppuvaiheessa tai pastorin pitämällä luennolla. Röntgenhoitajien kokemuksista nousi esiin, että röntgenhoitajakoulutuksessa saa teoriassa tiedon siitä, että potilaan kuolema voi mahdollisesti tapahtua kuvantamistutkimuksen aikana. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan röntgenhoitajakoulutus ei kuitenkaan voi valmistaa kohtaamaan potilaan kuolemantapausta, vaan tilanne on koettava henkilökohtaisesti. (Liite 3, kuvio 6.)

"..olihan meillä niistä puhuttu siinä koulutuksen aikana tämmösistä tapauksista.."

"...en mä tiä voiko koulutus sitten sen enempää tehdä mitä meillä oli niistä puhetta ja muuta että ne on vaan niin ne ensimmäiset tilanteet ja ensimmäiset kohtaamiset tämmösen asian kans et ne vaan et ne on vaan niinku koettava..."

Röntgenhoitajien mukaan ensiapu- ja elvytystaitojen opetteleminen olivat kuuluneet röntgenhoitajakoulutukseen. Röntgenhoitajien kokemuksista kävi ilmi, että röntgenhoitajakoulutuksen aikana opittuja ensiaputaitoja oli kerrattava sekä syvennettävä työelämään siirryttäessä. Röntgenhoitajat kokivat ensiaputaitojen osaamisen tärkeäksi. (Liite 3, kuvio 6.)

”kyl meitä oli niinku siihen valmistettu siinä mielessä siihen kyllä että ja ensiapukoulutustaki oltiin saatu ja kaikki”

” kyllä mä niinku teoriatasolla tiesin sen mitä pitää tehdä”

Röntgenhoitajien kokemukset omasta ensiaputaitojen osaamisesta sekä mahdollisuudesta kerrata ja syventää osaamista vaihtelivat eri työyksiköissä. Röntgenhoitajilla oli työelämän vaatimat perustaidot toimia ensiaputilanteissa sekä tietämys siitä, kuinka ensiaputilanteissa voidaan hankkia lisäapua. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan ensiaputaitojen osaaminen vaihteli eri työyksiköissä hyvästä osaamisesta heikkoon osaamiseen. Mahdollisuudet ensiaputaitojen kehittämiseen sekä henkilökohtaiseen kouluttautumiseen olivat röntgenhoitajien mielestä joko puutteellisia tai erinomaisia. (Liite 3, kuvio 6.)

”..meillähän on aika, onko väärin sanoo huonot, mutta eihän meillä oo ollu siis ensiapukoulutusta..”

”..pitää käydä ensiapuvalmiudet ja käytännöt läpi, mutta sitä saa ylläpitää koko ajan, et tää niinku itse elvytykseen, siihe toiminnalliseen tapahtumaan, ni siihen saa kyllä hyvät valmiudet täältä..”

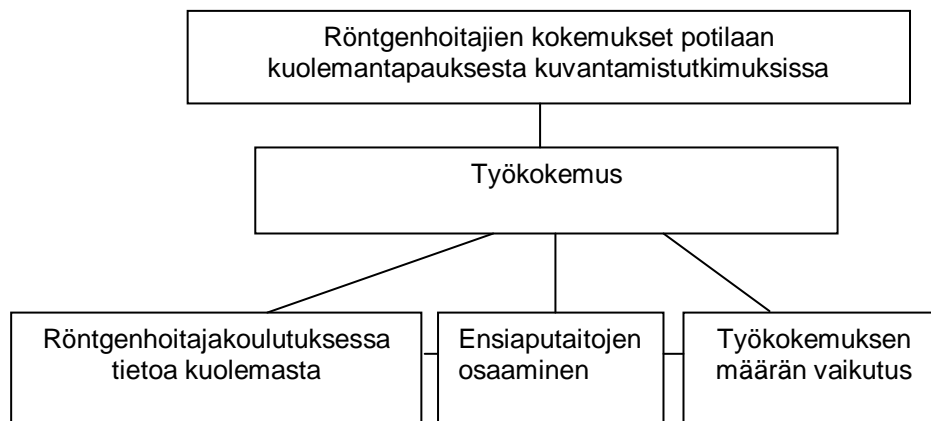
Röntgenhoitajat kokivat, että työkokemuksen määrä vaikutti potilaan kuolemantapaukseen suhtautumiseen. Potilaan kuolemantapaus, kyseisessä tilanteessa toimiminen sekä vastuu potilaasta tuntuivat röntgenhoitajista pelottavilta työkokemuksen määrän ollessa vähäinen. Vähäinen työkokemus vaikutti röntgenhoitajien kokemuksiin omasta osaamisesta ja siihen liittyvästä itsevarmuudesta potilaan kuolemantapauksen aikana. (Liite 3, kuvio 6.)

”..se nimenomaan vaikutti siihen, että oli siinä vaiheessa niin lyhyt työkokemus että ilman muuta vaikutti siihen koko tilanteeseen et noin niinku pelästy tavallaan sitä vastuuta että oikeesti hei mä oon vastuussa näistä ihmisistä ja mun täytyy osata tehdä ja tietää mitä tehdä..”

Röntgenhoitajien kokemusten mukaan työtehtävät ja potilasaineisto vaikuttivat työkokemuksen laatuun sekä potilaan kuolemaan suhtautumiseen. Röntgenhoitajien kokemuksista nousi esiin, että päivystystyössä potilaan kuolemantapauksia sattuu useammin. Tällöin potilaiden kuolemantapauksiin suhtautuminen muuttui nopeasti luonnollisemmaksi ja potilaiden kuolemantapaukset kuuluivat röntgenhoitajien kokemusten mukaan luonnollisena osana työhön. Röntgenhoitajat kokivat, että työkokemuksen määrä voi olla lyhyestä työhistoriasta huolimatta suurempi silloin, kun työssä kohtaa useasti potilaan kuolemantapauksia. (Liite 3, kuvio 6.)

"..se tuntuu tavallaan pidemmältä ku on enemmän kokemuksia.."

Kuviossa 7 nähdään yhteenveto röntgenhoitajien työkokemuksesta liittyen kokemuksiin potilaan kuolemantapauksesta kuvantamistutkimuksissa.



KUVIO 7. Röntgenhoitajien työkokemus liittyen röntgenhoitajien kokemuksiin potilaan kuolemantapauksesta kuvantamistutkimuksissa

6.3 Röntgenhoitajien kokemukset jälkipuinnista potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja röntgenhoitajien tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen

Röntgenhoitajat käsitelivät potilaan kuolemantapausta muiden tilanteessa olleiden kanssa. Potilaan kuolemantapauksesta keskusteltiin tilanteessa läsnä olleiden röntgenhoitajien tai muiden hoitoalan ammattilaisten kanssa potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Röntgenhoitajat olivat käsitelleet potilaan kuolemantapausta myös tilanteessa olleen työtoverin kanssa työvuoron päätyttyä. (Liite 3, kuvio 8.)

”..sen kummempaa mitä me keskenämme juteltiin et ei sitä käsitelty sen paremmin..”

”..et se oli ihan semmonen hyvä, hyvä hetki sitten just sen tilanteen jälkeen kun me lähdettiin kotiin ni purkaa sitä..”

Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemantapauksesta keskusteleminen muiden tilanteessa olleiden kanssa oli hyvä keino käsitellä potilaan kuolemantapausta. Potilaan kuolemantapauksesta oli mainittu myös työtovereille, jotka eivät olleet tilanteessa, mutta aiheesta ei ollut keskusteltu sen enempää. Röntgenhoitajat kokivat, että potilaan kuolemantapauksen käsittelemiseen tulisi olla mahdollisuus, vaikka kaikki eivät välttämättä haluakaan käsitellä potilaan kuolemantapausta sen kummemmin. (Liite 3, kuvio 8.)

”..että se oli vähän tämmönen vaan, et kerrottiin että tämmönen tapaus sattui ja että ei ei niinku sen kummosempaa..”

Röntgenhoitajat kokivat, että potilaan kuolemantapausta ei käsitelty työyhteisöissä. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan röntgenosastoilla ei haluta puhua potilaiden kuolemantapauksista tai niistä puhutaan vain vähän. Mahdollisuus puhumiseen koettiin tärkeäksi keinoksi käsitellä potilaan kuolemantapausta. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan mahdollisuutta työyhteisön järjestämään potilaan kuolemantapauksen varsinaiseen jälkipuintiin ei ollut. (Liite 3, kuvio 8.)

”..täällä ei puhuta, juurikaan..”

”..no siis paras tapahan on puhua niistä, eihän siinä siis tota, yksinkertaisesti. Se että kenelle sä voit puhua asiasta, josta oma työyhteisö ei välttämättä halua hirveesti puhua ja joka on kuitenkin potilassalaisuuden piirissä. Niin se onkin sitten hyvä kysymys..”

”..ei sitä niinku oikeesti käsitelty sitä asiaa, että kyl se niinku jäi ihan sellaseks puhe.. tässä ny niinku jutellaan vaan, semmoseks että ei sitä oikeesti käsitelty sitä asiaa..”

Röntgenhoitajat kokivat, että potilaiden kuolemantapauksista tulisi puhua ja tilannetta tulisi käydä läpi osastokokouksessa. Mahdollisuus potilaan kuolemantapauksen jälkipuintiin koettiin hyväksi ja tärkeäksi. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemantapauksen jälkeen tulisi olla mahdollisuus osallistua työyhteisön järjestämään jälkipuintitilaisuuteen. Röntgenhoitajien kokemuksista kävi ilmi, että jälkipuinti olisi hyvää työnohjausta. (Liite 3, kuvio 8.)

”..kuitenkin että oli se tilanne minkälainen tahansa ni olis hyvä kuitenkin pitää semmonen jos siihen koetaan tietysti tarvetta. Eihän kaikki semmosta haluakkaan sitten enää jälkipuida että, mut mahdollisuus ehkä olis hyvä olla..”

”..et se on niinku hyvä juttu, että olis tämmönen ihan jälkipuintitilaisuus..”

”..mun mielestä se olis tosin hyvä että olis sellanen mahdollisuus jälkipuintiin..”

”..semmosen asian olis voinu käydä jossain osastokokouksessa kaiken kaikkiaan läpi tai jossakin, että kaikki muutkin olis niinku kuullu sen ja miettineet mitä tällasessa tilanteessa pitäis tehdä ja miten me toimitaan kun jotain tämmöstä sattuu..”

Röntgenhoitajien tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen kohdistui mahdollisuuteen puhua potilaan kuolemantapauksesta sekä osallistua potilaan kuolemantapauksen jälkipuintiin. Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuolemasta ja siihen liittyvistä tunteista puhumisen tärkeäksi. (Liite 3, kuvio 8.)

”..mutta yleisesti ottaen että voi puhua kuolemasta tai niinku näistä kokemuksista tai tunteista..”

Röntgenhoitajien kokemuksista ei noussut esiin puhumisen ja jälkipuinnin lisäksi muuta tuen tarvetta. Röntgenhoitajat kokivat, että he eivät tarvinneet henkilökohtaisesti muunlaista tukea. Työkokemuksen ollessa vähäistä röntgenhoitajat eivät olleet osanneet ajatella tarvitsevansa tukea potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Vähäinen työkokemus vaikutti röntgenhoitajien kokemusten mukaan myös kykyyn vaatia työyhteisöltä tukea potilaan kuolemantapauksen jälkeen. (Liite 3, kuvio 14.)

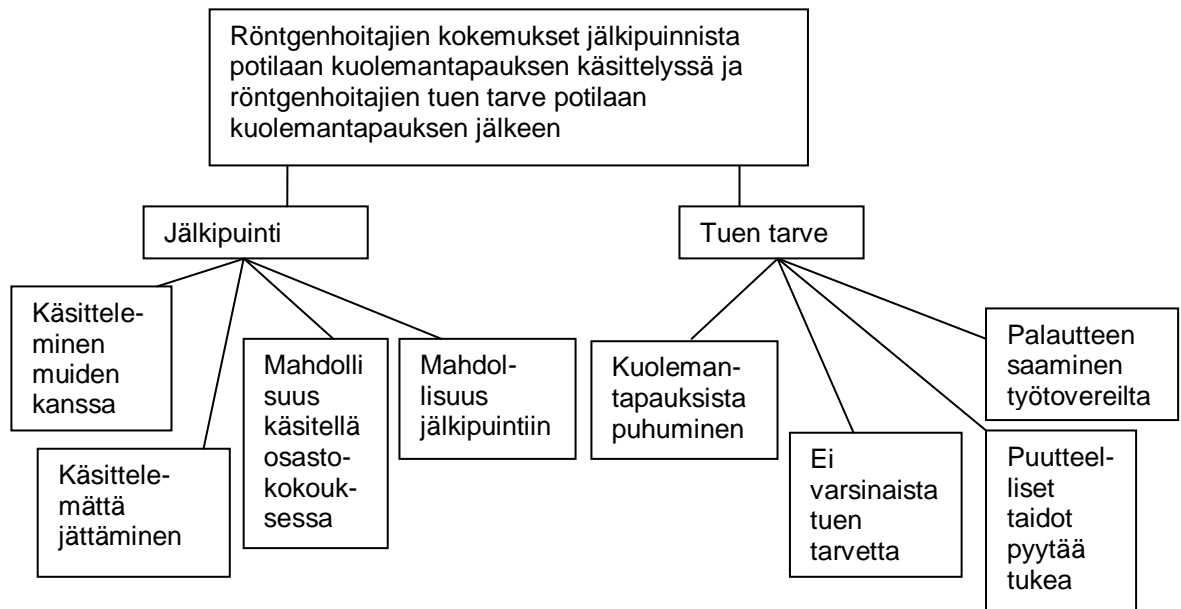
”..ainahan on hyvä tietysti miettiä sitä tilannetta ja niitten ihmisten kanssa käydä sitä läpi, mut en mä sillai varsinaista tukee sillai kaivannut..”

”..en mä tiä niinku osasinko mä ajatella et mä tarviin tukee..”

Röntgenhoitajat eivät saaneet palautetta muilta työyksikön röntgenhoitajilta potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Röntgenhoitajat kokivat, että työtovereiden palaute olisi ollut tärkeä osa potilaan kuolemantapauksen käsittelemistä. Röntgenhoitajat olivat saaneet potilaan kuolemantapauksen jälkeen palautetta työskentelystään muilta hoitoalan ammattiryhmien työntekijöiltä, jotka olivat olleet läsnä potilaan kuoleman tapahtuessa. Röntgenhoitajat kokivat saamansa palautteen antavan varmuutta siitä, että potilaan kuolemantapauksen aikana oli toimittu oikein. (Liite 3, kuvio 8.)

”..itseasiassa, no tota, kyllä se tietyllä tavalla tietysti niinku ajattelee toiminnallisesti, niin se tuo sitä varmuutta, et tietää toimineensa ja tehneensä asiat oikein..”

Kuviossa 9 nähdään yhteenveto röntgenhoitajien kokemuksista liittyen jälkipuintiin potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä sekä röntgenhoitajien tuen tarpeesta potilaan kuolemantapauksen jälkeen.



KUVIO 9. Röntgenhoitajien kokemukset liittyen jälkipuintiin potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja tuen tarpeeseen potilaan kuolemantapauksen jälkeen

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Idmanin (2009, 11) mukaan kuoleman kohtaaminen herättää voimakkaita tunteita. Potilaan kuolemantapauksiin liittyy usein voimattomuutta, surua ja ahdistusta (Aspila & Majuri 2000, 24). Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemantapaukseen kuvantamistutkimuksissa liittyi erilaisia tunteita. Röntgenhoitajien kuvaamista potilaan kuolemantapaukseen liittyvistä tunteista korostuivat voimattomuuden tunteet. Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuolemantapauksen aiheuttavan voimattomuuden lisäksi surun, vihan sekä ahdistuksen tunteita. Nuikan (2002, 76) mukaan kuolemantapauksen kokeminen on vaikea ja ahdistava tilanne. Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuolemantapaukseen liittyvistä tunteista näyttäisivät olevan samankaltaisia sairaanhoitajien kokemusten kanssa (Aspila & Majuri 2000, 24). Kannisen ja Salminen-Alin (2002, 37) mukaan potilaan äkillisen kuoleman herättämät tunteet pidetään usein ammatillisesti kurissa. Röntgenhoitajat kokivat, että potilaan kuoleman herättämät tunteet siirretään usein syrjään, koska töitä tulee pystyä jatkamaan normaalisti heti potilaan kuolemantapauksen jälkeen.

Potilaan kuolemaan liittyy riittämättömyyden sekä syyllisyyden tunteita (Nuikka 2002, 76). Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuolemantapauksen jälkeen syyllisyyden ja riittämättömyyden tunteita, jotka liittyvät henkilökohtaiseen ammatilliseen osaamiseen potilaan kuoleman tapahtuessa. Epävarmuus omasta osaamisesta korostui röntgenhoitajien työkokemuksen ollessa vähäinen. Vähäinen työkokemus aiheutti röntgenhoitajien kokemusten mukaan myös pelon sekä hätäännyksen tunteita, jotka olivat röntgenhoitajien kokemusten mukaan epäammattimaisia tunteita. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan hätäännyks ja paniikin tunteet eivät kuulu ammattimaiseen työskentelyyn. Työkokemuksen määrä vaikuttaa potilaan kuolemantapaukseen liittyvien tunteiden hallitsemiseen (Kanninen & Salminen-Ali 2002, 36–38).

Saaren (2000, 276) mukaan työkokemus vaikuttaa mieltä järkyttävien tilanteiden kokemiseen. Terveystieteiden työntekijöiden koulutus, kokemus sekä ammatillinen osaaminen vähentävät työstä mahdollisesti aiheutuvaa stressiä (Murtomaa ym. 1998, 45). Tumi, Tuominen ja Vainio (2003, 24–25) sekä Nuikka (2002) toteavat työkokemuksen ja aiempien kokemusten kuolemasta vaikuttavan potilaan kuolemaan suhtautumisessa. Työkokemus ja aiemmat kokemukset kuolemasta helpottivat röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemaan suhtautumista. Aikaisempien kokemusten sekä työkokemuksen myötä röntgenhoitajien suhtautuminen potilaiden kuolemantapauksiin muuttui luonnolliseksi.

Potilaan kuolemantapaus aiheuttaa usein kysymyksiä siitä, olisiko jotain voitu tehdä toisin ja mitä olisi voitu tehdä potilaan hyväksi (Nuikka 2002, 76). Röntgenhoitajat jäivät potilaan kuolemantapauksen jälkeen pohtimaan olisiko potilaan kuolemantapaus voitu välttää. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemantapauksen jälkeen heräsi ajatuksia myös siitä, olisiko jotain voitu tehdä toisin. Potilaan kuolema motivoi röntgenhoitajia oman osaamisen ja työskentelyn kehittämisessä. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemantapaus motivoi ensiaputaitojen ylläpitämisessä ja lisäksi halua toimia paremmin vastaavassa tilanteessa. Röntgenhoitajat kokivat potilaan kuolemantapauksen jälkeen tarkkailevansa enemmän huonokuntoisia potilaita. Kokemus kuolemasta voi toimia voimavarana (Kübler-Ross & Kessler 2006, 42, 45; Suomen Mielenterveysseura Oy 2009c). Röntgenhoitajien kokemusten mukaan potilaan kuolemantapaus ei vaikuttanut kielteisesti röntgenhoitajien työmotivaatioon potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Potilaan kuolemantapaus pikemminkin kannusti röntgenhoitajia kiinnittämään enemmän huomiota ammatilliseen osaamiseen.

Tilanteen purkaminen ja siitä puhuminen ovat tärkeitä keinoja potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä (Saari 2000, 279; Poijula 2002, 69–70; Aspila & Majuri 2000, 25, 28–29). Röntgenhoitajien kokemuksissa korostui puhumisen tärkeys, sekä mahdollisuus purkaa tilanteita työtovereiden kanssa.

Kiire röntgenhoitajan työssä vaikeutti röntgenhoitajien mahdollisuuksia käsitellä potilaan kuolemaa tapahtuneen jälkeen. Aspilan ja Majurin (2008, 28) mukaan kiireinen työtahti voi vaikuttaa negatiivisesti mahdollisuuteen käsitellä potilaan kuolemantapausta vaikka asian käsittelyyn olisi tarvetta.

Terveystieteiden ammattilaisten tulisi osata käsitellä potilaan kuolemaa omassa mielessään (Idman 2009, 11). Röntgenhoitajat pohtivat potilaalle sattunutta kuolemantapausta työpäivän jälkeen omassa mielessään tai työtovereiden kanssa. Työyhteisön tulisi järjestää työntekijöille mahdollisuus keskustella traumaattisista tilanteista (Saari 2000, 278–281). Röntgenhoitajat kokivat, että työyhteisö ei järjestänyt tarvittavaa jälkipuintia potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Potilaiden kuolemantapauksista ei puhuta röntgenhoitajien työyhteisöissä eikä röntgenhoitajilla ole mahdollisuutta osallistua potilaan kuolemantapauksen jälkipuintiin. Boothin (2007, 330) mukaan stressaavissa ja tunteikkaissa tilanteissa työskentelevät röntgenhoitajat tarvitsevat tukea.

Tumin, Tuomisen ja Vainion (2003, 27) mukaan jälkipuinti on tärkeää potilaan kuolemantapauksesta aiheutuvien tunteiden käsittelyssä. Jälkipuinnissa traumaattista kokemusta käsitellään yhdessä samassa tilanteessa olleiden kanssa ja menetelmän avulla jälkipuintiin osallistuvat näkevät erilaisia traumaattisen tilanteen aiheuttamia reaktioita sekä saavat esimerkkejä erilaisista tavoista käsitellä traumaattista tilannetta. Jälkipuinnin avulla omien tunteiden käsittely on helpompaa. (Saari 2000, 164.) Röntgenhoitajat kokivat jälkipuinnin merkityksen tärkeäksi. Röntgenhoitajien kokemukset osoittivat, että potilaan kuolemantapauksen jälkeen tulisi olla mahdollisuus osallistua jälkipuintiin. Mahdollisuus käsitellä potilaan kuolemantapausta osastokokouksessa koettiin tärkeäksi keinoksi osana potilaan kuolemantapauksen jälkipuintia.

Vertaistuki ja työtovereilta saatu palaute ovat tärkeitä työssä jaksamisen ja ammatillisen kasvun kannalta (Aspila & Majuri 2000, 27–29; Kanninen & Salminen-Ali 2002, 37; Tumi, Tuominen & Vainio 2003, 27). Röntgenhoitajat kokivat, että he eivät saaneet palautetta muilta työyksikön röntgenhoitajilta potilaan kuolemantapauksen jälkeen. Röntgenhoitajien kokemusten mukaan

työtovereiden palaute olisi ollut tärkeä osa potilaan kuolemantapauksen käsittelemistä. Röntgenhoitajat kokivat palautteen antavan varmuutta siitä, että potilaan kuolemantapauksen aikana oli toimittu oikein.

Röntgenhoitajien mahdollinen tuen tarve potilaan kuolemantapauksen jälkeen oli vähäistä ja liittyi potilaan kuolemantapauksesta puhumiseen sekä jälkipuintiin. Puhuminen ja jälkipuinti ovat tärkeitä keinoja potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä (Saari 2000, 279; Poijula 2002, 69–70; Aspila & Majuri 2000, 25, 28–29). Röntgenhoitajien tuen tarve näyttäisi olevan yhteneväistä teorian tiedossa ja aikaisemmissa tutkimustuloksissa esitettyjen potilaan kuolemantapauksen käsittelyyn liittyvien keinojen kanssa.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tuomi (2008, 143) toteaa, että luotettavan tutkimuksen edellytyksenä on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden on haettava opinnäytetyölleen tutkimuslupa ennen varsinaisen opinnäytetyön aloittamista. Tutkimusluvan hakemista varten tehty opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin opinnäytetyötä ohjaavien opettajien toimesta tammikuussa 2010, jonka jälkeen opinnäytetyölle anottiin tutkimuslupaa. Tutkimuslupa myönnettiin tammikuussa 2010.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan tarkastella tutkimuksen eri vaiheita. Tutkimuksen aihe voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja näin ollen tutkittavan aiheen vaikutus vastauksiin tulee huomioida. Arat aiheet voivat olla tutkittaville vaikeita ja voivat vaikuttaa vastausten luotettavuuteen, sillä vaikeaksi koettuja asioita saatetaan vähätellä tai kieltää. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.) Opinnäytetyön aihe oli luonteeltaan arka, sillä potilaan kuolemantapaus on kokemuksena hyvin henkilökohtainen. Aineistoa kerätessä oli huomioitava, että kuolemaan liittyvistä tunteista sekä kokemuksista voi olla vaikea puhua avoimesti. Haastateltavilla röntgenhoitajilla oli mahdollisuus tutustua etukäteen haastattelukysymyksiin, jonka avulla haastateltavat saivat käsityksen haastattelukysymysten laadusta ja pystyivät

etukäteen varautumaan henkilökohtaisiin kysymyksiin. Haastateltaville röntgenhoitajille annettiin etukäteen mahdollisuus palauttaa rauhassa mieleen henkilökohtaisesti koettu potilaan kuolemantapaus sekä siihen liittyvät tunteet. Haastattelujen kestolle ei ollut määritetty erityistä aikarajaa, jolloin röntgenhoitajilla oli haastattelutilanteessa riittävästi aikaa pohtia kokemuksiaan sekä vastata opinnäytetyöntekijöiden esittämiin kysymyksiin. Haastateltaville röntgenhoitajille esitettiin haastattelun aikana lisäkysymyksiä, mikäli haastateltavat röntgenhoitajat toivat esiin kokemuksiaan potilaiden kuolemantapauksista liian vähän aineiston riittävyyden kannalta.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista selvittää, miten aineisto on kerätty ja varmistaa, että aineistoa on riittävästi. Riittävän suuri aineiston määrä varmistaa kattavan analyysin. Onnistunut aineiston analyysi varmistaa, että lopullinen tiivistetty tutkimustulos vastaa koko tutkittavan joukon käsitystä asiasta. (Eskola & Suoranta 2003, 213–215.) Opinnäytetyön luotettavuuden takaamiseksi tutkimus- sekä analyysimenetelmään tutustuttiin etukäteen teoriatasolla ennen aineiston keräämisen varsinaista aloittamista. Riittävään aineiston määrään pyrittiin keräämällä mahdollisimman kattava haastatteluaineisto. Tutkijan tulee pystyä perustelemaan kuinka hän on päätenyt tekemiinsä valintoihin tutkimuksen aikana (Vilka 2007, 159–160). Opinnäytetyössä on esitetty ja perusteltu käytetyt aineiston keruu- ja analyysimenetelmät sekä aineiston analyysiprosessin vaiheet. Opinnäytetyön menetelmäosiosta käy ilmi kuinka aineisto on hankittu sekä miten opinnäytetyön tuloksiin on päädytty. Vilkan (2007, 159–160) mukaan tutkimuksen toistettavuus on yhteydessä sen luotettavuuteen. Opinnäytetyön tulokset ovat röntgenhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia, joten opinnäytetyön tuloksia ei voida käyttää yleisinä tuloksina kuvatessa röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Opinnäytetyön tuloksien siirrettävyys kuvamaan laajemmin röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista vaatisi kattavampaa tutkimusta aiheesta.

Eskolan ja Suorannan (2003, 210) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia ja tutkijan tulee arvioida toimintaansa kriittisesti, sillä tutkija on tärkein luotettavuuden arvioinnin kriteeri. Tutkijan tulee suorittaa tätä kriittistä arviointia koko tutkimuksen ajan ja pohtia oman toimintansa

perusteita (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006). Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava toisen opinnäytetyön tekijän henkilökohtainen kokemus potilaan kuolemantapauksesta kuvantamistutkimuksessa ja sen merkitys osana opinnäytetyöprosessia. Käytännössä henkilökohtaisella kokemuksella ei ollut vaikutusta opinnäytetyön tuloksiin, koska molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat aineiston keräämiseen sekä kaikkiin aineiston analyysiin vaiheisiin ja opinnäytetyön tuloksien kirjoittamiseen.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset säännöt vaikuttavat tutkijan tekemiin päätöksiin tutkimuksen yhteydessä (Tuomi ja Sarajärvi 2004, 122). Eskolan ja Suorannan (2003, 52) mukaan tutkijan kyky tunnistaa ja pohtia tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä takaavat tutkijan eettisen toiminnan. Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät tiedon keräämiseen, tutkittavien asemaan sekä tutkijan omaan toimintaan (Tuomi 2008, 145). Tutkimuksen aiheiden valintaa sekä tutkittavien asioiden tärkeyttä tai itse tutkimustoimintaa koko laajuudessaan voidaan Tuomen ja Sarajärven (2004, 125) mukaan pohtia eettisesti.

Tuomen (2008) mukaan tutkimukseen osallistuvia henkilöitä tulee informoida riittävästi tutkimukseen liittyen. Tutkittavien osallistumisen tutkimukseen tulee olla täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisesta tulee voida kieltäytyä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. (Tuomi 2008, 145–146.) Haastateltavia röntgenhoitajia informoitiin sähköpostitse opinnäytetyön aiheesta sekä aineiston keräämiseen liittyvistä haastatteluista. Haastateltaviksi valituilta röntgenhoitajilta saatiin kirjallinen suostumus sähköpostin välityksellä sekä suullinen suostumus haastattelujen alussa. Röntgenhoitajien osallistuminen opinnäytetyöhön oli vapaaehtoista.

Tutkijan tulee myös taata tutkittaville täysi anonymiteetti, jolloin tutkittavia ei voida tunnistaa tutkimuksesta missään sen vaiheessa. Tutkittavien antamat tiedot tulee pitää salassa ja tutkittavien yksityisyyttä varjella. (Tuomi, 2008, 145–146.) Haastateltaville röntgenhoitajille luvattiin täysi anonymiteetti.

Opinnäytetyön haastatteluaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja ainoastaan opinnäytetyön tekijöillä oli mahdollisuus käsitellä haastatteluaineistoa. Digitaaliset nauhoitukset, litteroitu aineisto sekä opinnäytetyön aineiston analyysirunko tallennettiin asianmukaisesti opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaisille tietokoneille. Haastateltavien röntgenhoitajien henkilöllisyys ei käy ilmi opinnäytetyöhön liittyvistä asiakirjoista tai tiedostoista.

Haastateltavien röntgenhoitajien pieni määrä tuli ottaa huomioon tuloksia auki kirjoittaessa. Röntgenhoitajien kokemukset muotoiltiin opinnäytetyön tulososioon niin, että ketään haastateltavista röntgenhoitajista ei voida tunnistaa opinnäytetyön tuloksista. Tuloksista ei kuitenkaan ole poistettu olennaista tietoa anonymiteetin huomioinnin yhteydessä. Opinnäytetyön tuloksissa käytettyihin esimerkklauseisiin valittiin vain sellaisia lauseita, joista haastateltavien röntgenhoitajien henkilöllisyyden ei ole mahdollista paljastua opinnäytetyön lukijoille.

Tutkijan oman toiminnan eettisyys korostuu tutkijan tekemissä valinnoissa. Tutkimuksessa tulee käyttää asianmukaisia viittauksia muihin tutkimuksiin sekä raportoida tutkimustulos totuudenmukaisesti. (Tuomi 2008, 146.) Opinnäytetyössä on käytetty asianmukaisia viittauksia aikaisempiin tutkimuksiin sekä teoreettisiin lähteisiin. Opinnäytetyön tuloksissa on esitetty röntgenhoitajien kokemukset potilaiden kuolemantapauksista totuudenmukaisesti mitään lisäämättä tai poistamatta.

7.4 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön tekeminen oli prosessina pitkäkestoinen, sillä aiheen suunnittelu aloitettiin jo keväällä 2009. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessin voidaan todeta kestäneen puolitoista vuotta. Opinnäytetyön tekemistä ohjasi tutkimussuunnitelmassa määritelty aikataulu, johon suunniteltiin ajankohdat opinnäytetyön eri vaiheille. Opinnäytetyöprosessin vaiheet etenivät jonkin verran jäljessä verrattuna etukäteen suunniteltuun aikatauluun. Tämän vuoksi aikataulun tekeminen ja sen noudattaminen ovat tärkeä osa opinnäytetyöprosessia.

Teoreettisen viitekehyksen sisältö rakentui aikaisempien tutkimustulosten sekä kuolemaan ja röntgenhoitajan työhön liittyvän teoreettisen tiedon pohjalta. Teemahaastattelujen teema-alueet nousivat selkeästi esiin aikaisempien tutkimustulosten perusteella. Opinnäytetyön haastavimmat vaiheet olivat aineiston keruu ja analysointi. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta haastattelijoina, joten haastattelutilanteet olivat jännittäviä. Haastattelutilanteiden harjoittelu koehaastateltavien avulla olisi voinut olla hyödyllistä ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista. Ensimmäinen haastattelu meni jännittäessä tilannetta, mutta haastattelutaidot kehittyivät aineistonkeruuprosessin edetessä.

Tuloksia kirjoitettiin monta kertaa uudestaan, jotta opinnäytetyön tuloksissa saatiin selkeästi nostettua esiin vastaukset tutkimustehtävissä esitettyihin kysymyksiin. Pohdintaosuuden kirjoittaminen oli mielekästä, koska siinä aiemmin kirjoitettu teoria keskusteli keskenään saatujen tuloksien kanssa. Opinnäytetyön tekemisen aikana opinnäytetyön tekijöiden yhteistyötaidot kehittyivät sekä ammatillinen osaaminen syventyi. Opinnäytetyön tekijät huomasivat, että teknisen osaamisen lisäksi röntgenhoitajan tulee hallita ensiaputilanteissa toimiminen. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi, joka osoitti, että röntgenhoitajan työssä on mahdollista kohdata vaikeita sekä stressaavia tilanteita.

Koska röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista ei ole tutkittu röntgenhoitajien näkökulmasta ennen tätä opinnäytetyötä, jatkotutkimushaasteena ehdotetaan laajempaa tutkimusta röntgenhoitajien kokemuksista liittyen potilaiden kuolemantapauksiin kuvantamistutkimuksissa. Kattavampi tutkimus aiheesta mahdollistaisi tulosten laajemman siirrettävyyden. Toisena jatkotutkimushaasteena ehdotetaan potilaan kuolemantapaukseen liittyvien kokemusten tutkimista sädehoidossa työskentelevien röntgenhoitajien näkökulmasta. Sädehoidossa työskentelevät röntgenhoitajat näkevät sädehoitopotilaita usein hoitajakson aikana, jolloin hoitosuhde potilaaseen on laadultaan erilainen kuvantamistutkimuksiin verrattuna.

LÄHTEET

Aatsinki, P. 2002. Potilaan yksityisyys röntgentutkimusten yhteydessä. Hoitotiede. Turku: Turun yliopisto. Pro Gradu –tutkielma.

Aspila, K. & Majuri, K. 2000. Sairaanhoidajien kokemuksia potilaan äkillisestä kuolemasta ensiapu- ja tarkkailuosastolla. Terveysalan koulutusohjelma. Sairaanhoidajan suuntautumisvaihtoehto. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Booth, L. 2007. The radiographer-patient relationship: Enhancing understanding using a transactional analysis approach. Radiography 2008 (14), 323–331.

Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkkyyssä. Suom. Rutanen, M., alkuperäinen teos 1975. Keuruu: Otava.

Ehrlich, R. A. & Daly, J. A. 2009. Patient Care in Radiography with an introduction to medical imaging. Seventh edition. Canada: Mosby Elsevier. Professional Roles and Behaviors, 42–75.

Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. Vantaa: Dark Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Suom. Toivanen, R., alkuperäinen teos 2001. Pieksämäki: RT-Print Oy.

Hartikainen J., Mäkijärvi M. & Huikuri H. 2008. Sydämenpysähdys ja äkkikuolema. Teoksessa Heikkilä J., Kupari M., Airaksinen J., Huikuri H., Nieminen M. S. & Peuhkurinen K. (toim.) Kardiologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 614–627.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Idman, I. 2009. Elämän rajallisuutta vaikea hyväksyä. HUS:n syöpätautien klinikka. Syöpä 5/2009, 11.

Kanninen, L. & Salminen-Ali, K. 2002. Äkillinen kuolema. Tutkimus pelastuslaitoksen hoitajien kokemuksista, tunteista ja jaksamisesta sekä omaisten kohtaamisesta potilaan äkkikuolematilanteessa. [pdf]. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettu 15.5.2009. <http://kirjastot.diak.fi>.

Kaunonen, M., Laakso H. & Paunonen-Ilmonen M. 2001. Hoitotieteellinen surututkimus Suomessa: vuosina 1989-2000 tehtyjen tutkimusten analyysi. *Hoitotiede* 5/2001 vol 13, 277-286.

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. 2006. *Suru ja surutyö*. Suom. Porceddu, L., alkuperäinen teos 2005. Helsinki: Besam Books Oy.

Käyttäjän opas. 2005. Leonardo da Vinci – pilottiprojekti: Your Future- Your Profit. Luettu 7.2.2010. <http://www.ecent.org>.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Murtomaa, M., Narumo, R., Poijula, S., Ponteva, M., Rousu, S. & Saari, S. 1998. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia* 1998:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Niemi, A. 2006. Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä – kulttuurinen näkökulma. *Acta Universitatis Ouluensis*. Nro D905. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidon kuormittuminen hoitotilanteissa. *Acta Universitatis Tamperensis*. Nro 849. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. [pdf]. Luettu 2.2.2010. <http://www.minedu.fi>.

Pojula, S. 2002. *Surutyö*. 2.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. *KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Luettu 10.4.2009. <http://www.fsd.uta.fi>.

Saari, S. 2000. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Suomen Mielenterveysseura Oy. 2009a. *Kriisit. Tietoa kriiseistä*. Tukinet-verkkoartikkeli. Luettu 23.2.2010. <http://www.tukinet.net>.

Suomen Mielenterveysseura Oy. 2009b. *Kriisistä selviytyminen. Tietoa kriisistä selviytymisestä*. Tukinet-verkkoartikkeli. Luettu 23.2.2010. <http://www.tukinet.net>.

Suomen Mielenterveysseura Oy. 2009c. Traumaattisen kriisin vaiheet. Tietoa traumaattisen kriisin vaiheista. Tukinet-verkkoartikkeli. Luettu 24.2.2010. <http://www.tukinet.net>.

Suomen röntgenhoitajaliitto ry. 2000. Röntgenhoitajan eettiset ohjeet.

Säteilyturvakeskus. 2009. Säteilyn käyttö terveydenhuollossa – röntgentutkimukset. Päivitetty 8.10.2009. Tulostettu 22.10.2009. www.stuk.fi.

Tervahartiala, P. 2005. Varjoaineet. Teoksessa Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E., Tervonen, O. (toim.) Radiologia. 1. painos. Porvoo: WSOY, 72–76.

Tilastokeskus. 2009a. Kuolleet 2008. Päivitetty 18.12.2010. Luettu 14.1.2010. <http://www.stat.fi>.

Tilastokeskus. 2009b. Työikästen yleisimmät kuolemansyyt. Päivitetty 18.12.2009. Luettu 14.1.2010. <http://www.stat.fi>.

Tumi, T-M., Tuominen, K. & Vainio, J. 2003. Äkillinen kuolema heräämössä. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turula, A. & Riihijärvi, R. 2006. Hyvä hoito kliinisessä radiografiassa. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto. Pro Gradu – tutkielma.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valtonen, M. 2000. Radiografian asiantuntijuus – röntgenhoitajan työ ja siinä tarvittava osaaminen. Acta Universitatis Ouluensis. Nro E41. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Walta, L. 2001. Mitä röntgenhoitajat tekevät? Kliinisen radiografian toiminnallinen sisältö ja rakenne yhdessä suomalaisessa yliopistosairaalassa. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Licensiaatintyö.

Tekijä(t), vuosi, tutkimus	Menetelmä ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset
Tumi, Tuominen & Vainio 2003 Anestesiahoitajien kokemuksia potilaan äkillisestä kuolemasta heräämössä	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, teemahaastattelu, viisi anestesiahoitajaa, 26–50 -vuotiaita	Kuolema on osa hoitotyötä. Työkokemus ja aiemmat kokemukset kuolemasta helpottavat suhtautumista potilaan kuolemaan. Jälkipuinnin merkitys koetaan tärkeäksi.
Kanninen & Salminen-Ali 2002 Pelastuslaitoksen hoitajien kokemuksia potilaan äkillisestä kuolemasta	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, kyselylomaketutkimus, Helsingin alueen palo- ja pelastuslaitoksen henkilökunta	Väsymyksen ja ahdistuksen tunteet. Vertaistuki ja työtovereiden kanssa keskustelu ovat hyviä keinoja äkillisten kuolemantapausten käsittelemisessä. Osa oli sitä mieltä, että tilanteen aiheuttamia tunteita ei tarvitse käsitellä lainkaan. Koulutus, kokemus sekä ammattitaito vähentävät stressin ja riittämättömyyden tunteen määrää.
Nuikka 2002 Sairaanhoitajien kuorimittuminen hoitotilanteissa	43 sairaanhoitajaa, 24–45 –vuotiaita, kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, teemahaastattelu.	Potilaan kuolema koetaan vaikeana ja ahdistavana. Keskeisiä tunteita ovat riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet. Työkokemus sekä elämäkokemus helpottavat suhtautumista potilaan kuolemaan. Oppimisprosessi.
Aspila & Majuri 2000 Sairaanhoitajien kokemuksia potilaan äkillisestä kuolemasta ensiapu- ja tarkkailuosastolla	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, kyselylomake-tutkimus, 18 sairaanhoitajaa	Potilaan äkillinen kuolema on uran haastavimpia kokemuksia. Kuolemantapausten yhteydessä syntyvistä tuntemuksista tulisi voida puhua. Työkokemuksen määrä ei vaikuta kuolemaan suhtautumiseen. Käytännön kokemus lisää merkittävästi hoitotyöntekijän valmiuksia kohdata potilaan kuolema.

TAULUKKO 1. Aikaisemmat tutkimukset.

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Taustatiedot:

- Ikä
- Pohjakoulutus, aikaisemmat koulutukset
- Kauanko on toiminut röntgenhoitajana
- Toimipiste röntgenosastolla

- Miten potilaan kuolema tapahtui?
- Mikä oli roolisi röntgenhoitajana tilanteessa?

KOKEMUKSET KUOLEMASTA

- Millaisia henkilökohtaisia kokemuksia Sinulla on kuolemasta?
- Mikäli Sinulla on aikaisempia kokemuksia kuolemasta, kuinka koet aikaisempien kokemusten vaikuttavan suhtautumiseesi työssä koettuun kuolemantapaukseen?

KUOLEMAN KOKEMINEN

- Millaisia tunteita ja ajatuksia potilaan kuolema Sinussa herätti?
- Kuvaile reaktioitasi potilaan kuolemantapauksen jälkeen.
- Miten potilaan kuolemantapaus vaikutti työskentelyysi tapahtuneen jälkeen?
- Miten potilaan kuolemantapaus vaikutti työssä jaksamiseen ja/tai työmotivaatioon?

TYÖKOKEMUS

- Miten koet ammatillisen koulutuksesi vaikuttavan potilaan kuolemantapauksen suhtautumisessa?
- Miten koet työkokemuksesi määrän vaikuttavan potilaan kuolemantapaukseen suhtautumisessa?
- Millaiset valmiudet Sinulla on toimia ensiaputilanteessa?

(jatkuu)

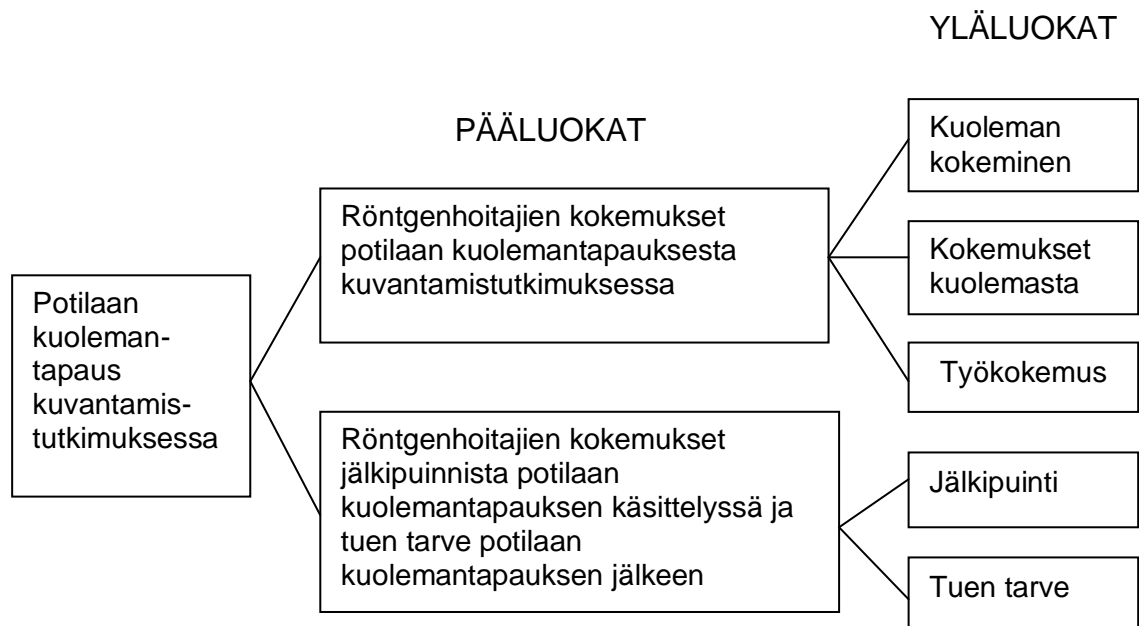
LIITE 2: 2 (2)

TUEN TARVE

- Millaista tukea koit tarvitsevasi potilaan kuolemantapauksen jälkeen?
- Mikäli et kokenut tarvitsevasi tukea, osaatko kertoa miksi?
- Millaista tukea sait työyhteisöltä potilaan kuolemantapauksen jälkeen?
- Millaista tukea toivoit työyhteisöltä potilaan kuolemantapauksen jälkeen?
- Millaista palautetta sait työtovereiltasi?
- Mitä työtovereilta saatu palaute merkitsi sinulle työsi kannalta?

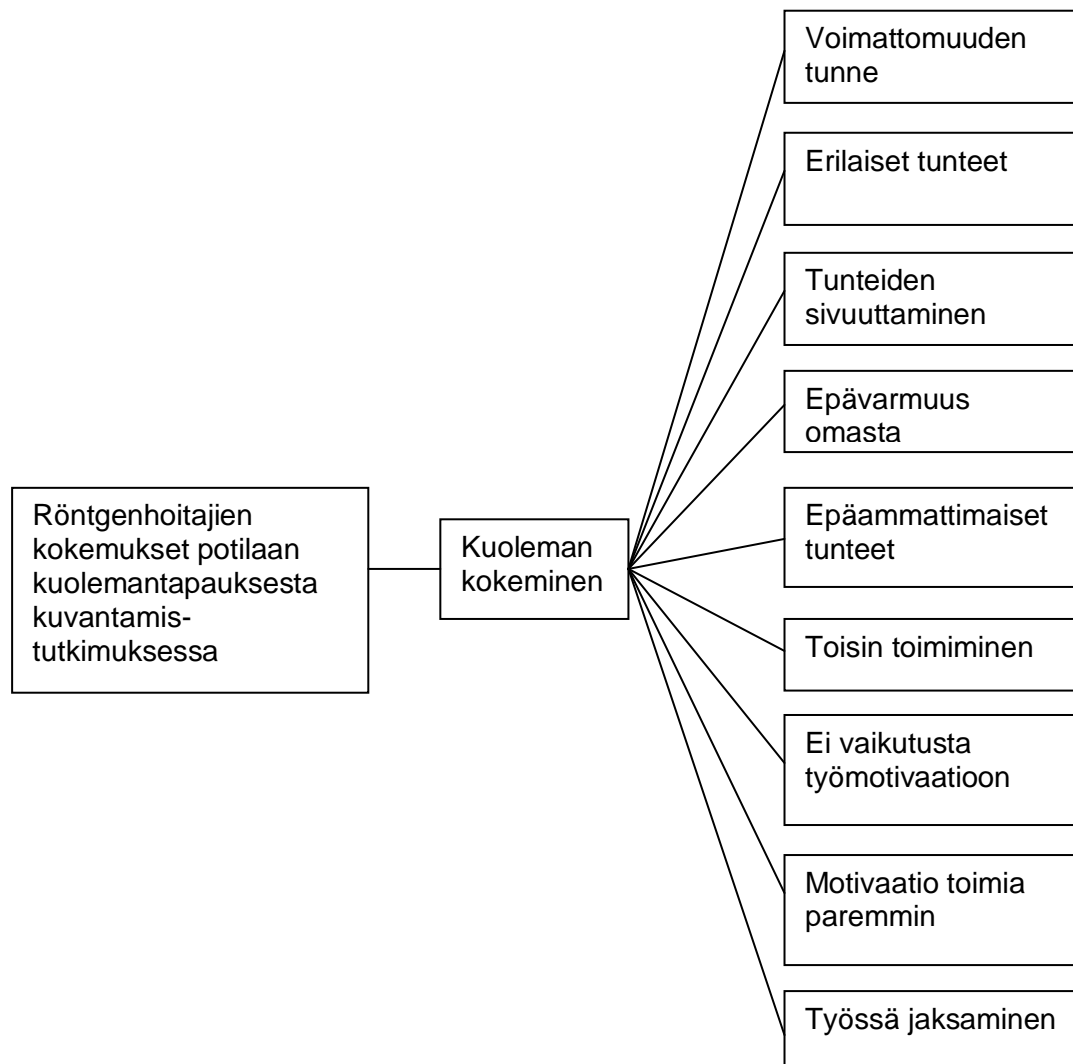
JÄLKIPUNTI

- Miten käsittelit potilaan kuolemaa tapahtuneen jälkeen?
- Miten käsittelit potilaan kuolemasta aiheutuneita tunteita ja ajatuksia?
- Miten käsittelit potilaan kuolemantapausta muiden tilanteessa olleiden kanssa?
- Miten käsittelit potilaan kuolemantapausta työyhteisön muiden jäsenten kanssa?
- Millaista oli potilaan kuolemantapauksen jälkipuinti?
- Miten koet jälkipuinnin merkityksen?
- Millaista jälkipuintia työyhteisösi tarjosi potilaan kuolemantapauksen jälkeen?

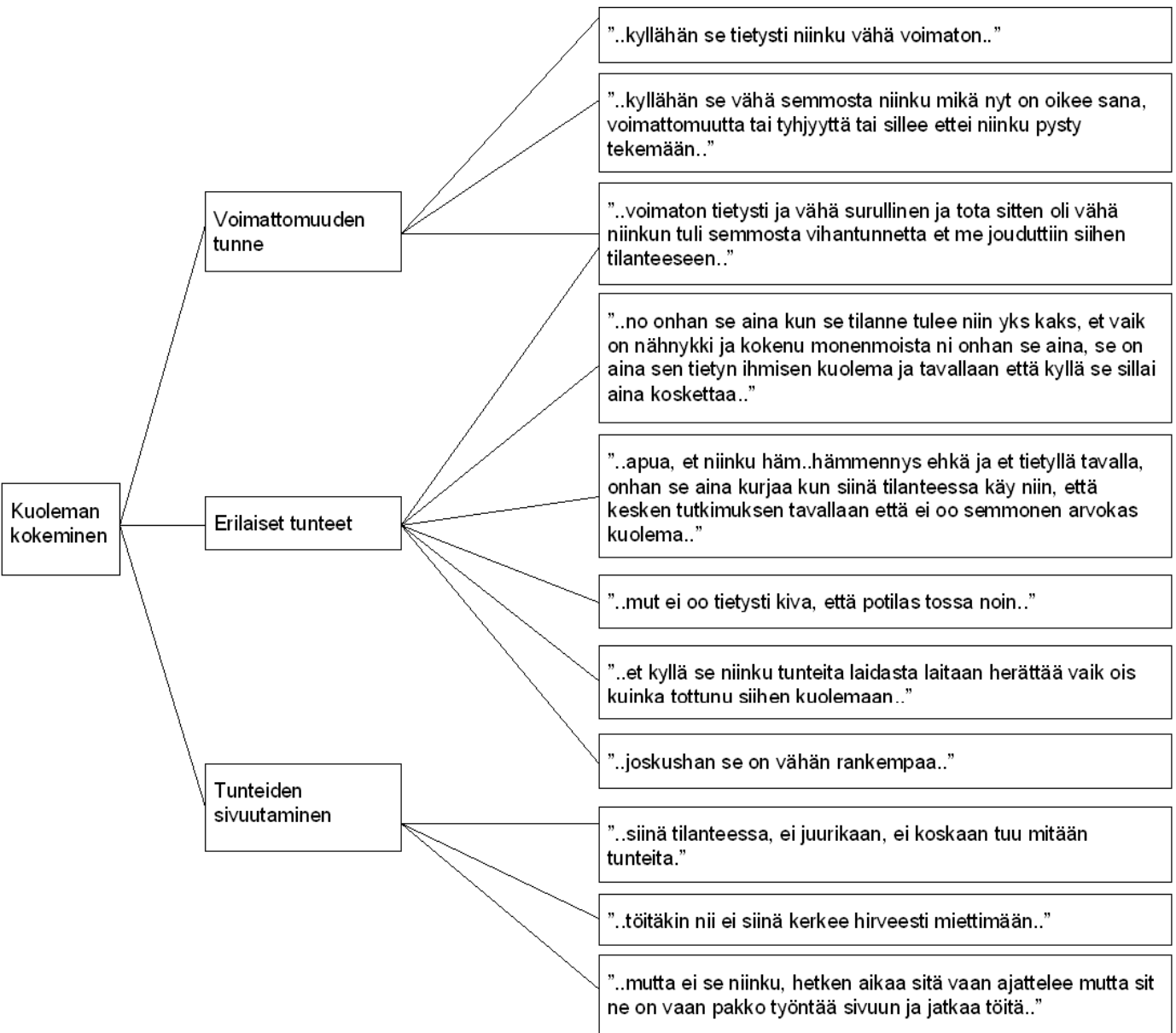


KUVIO 1. Opinnäytetyön analyysirungon pää- ja yläluokat

LIITE 3: 2 (10)



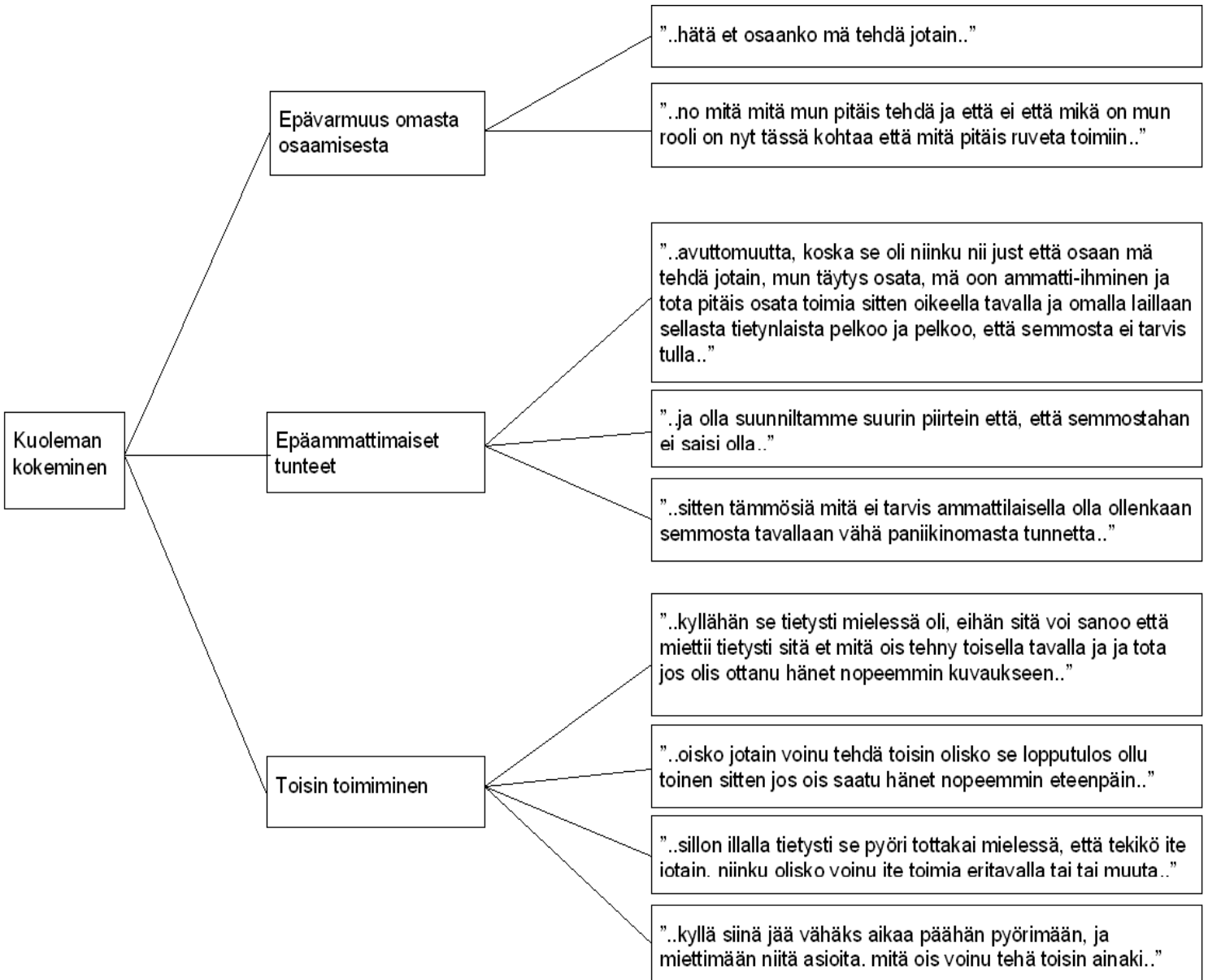
KUVIO 2. Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuoleman kokemisesta kuvantamistutkimuksessa

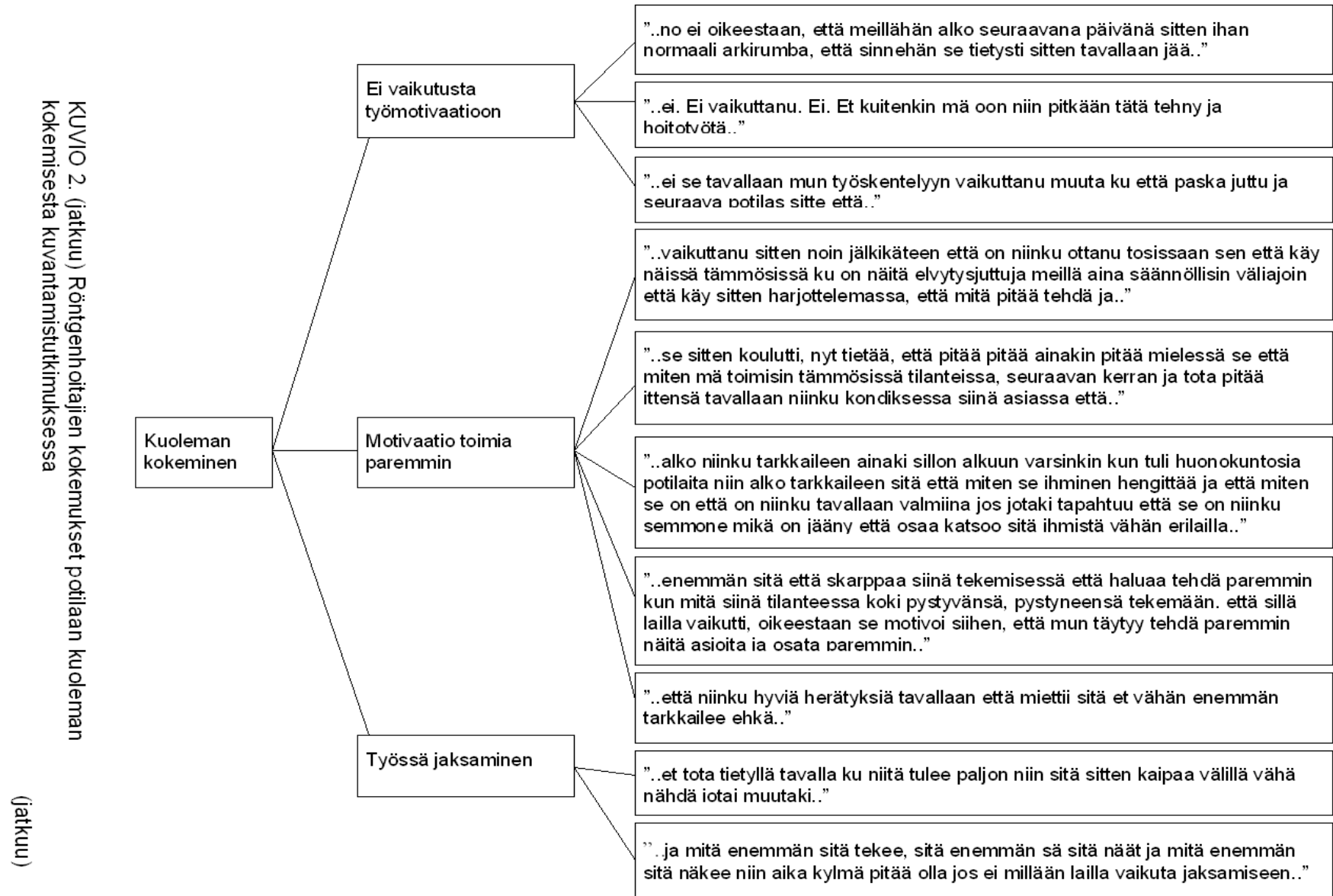


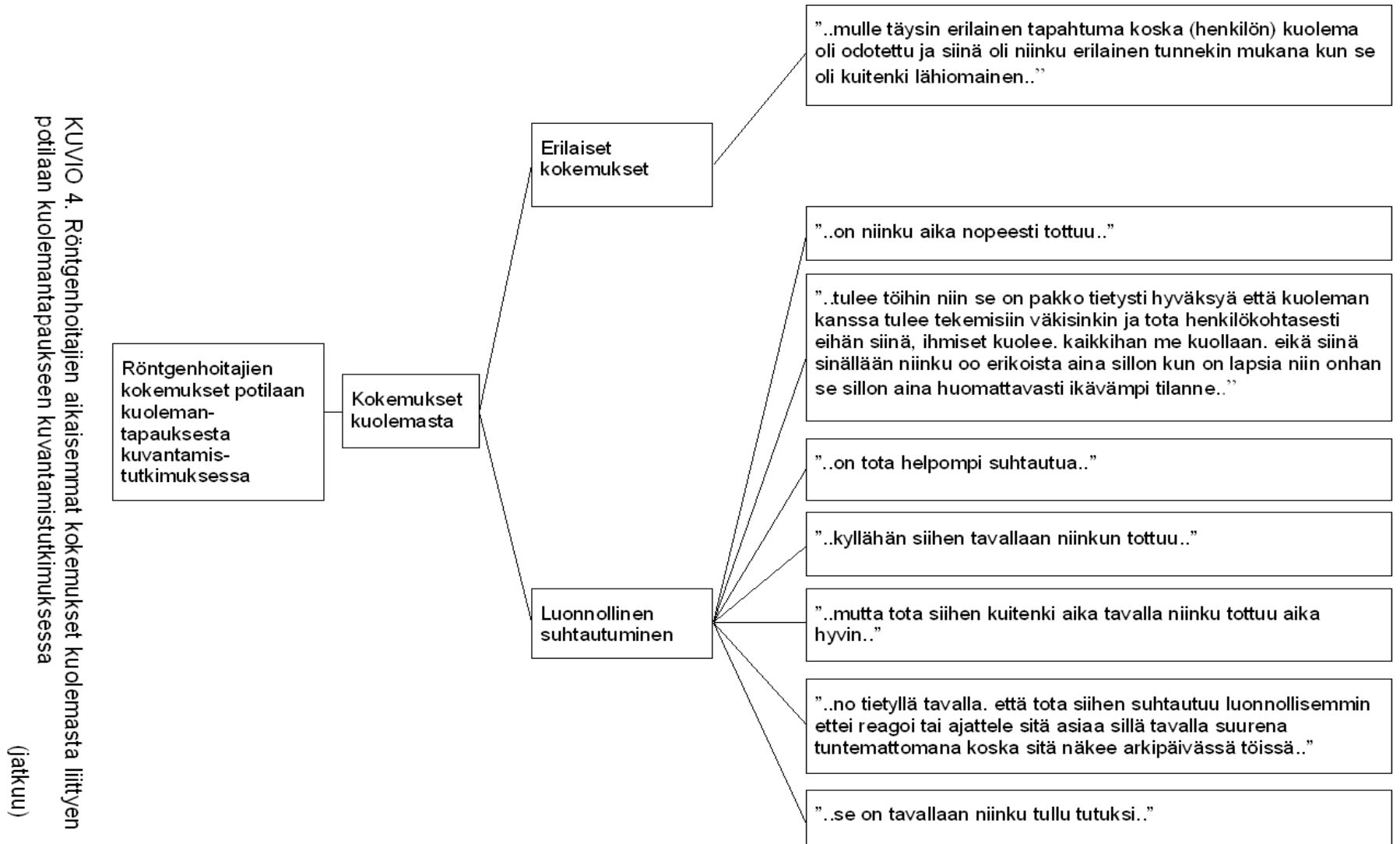
KUVIO 2. (jatkuu) Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuoleman kokemisesta kuvantamistutkimuksessa

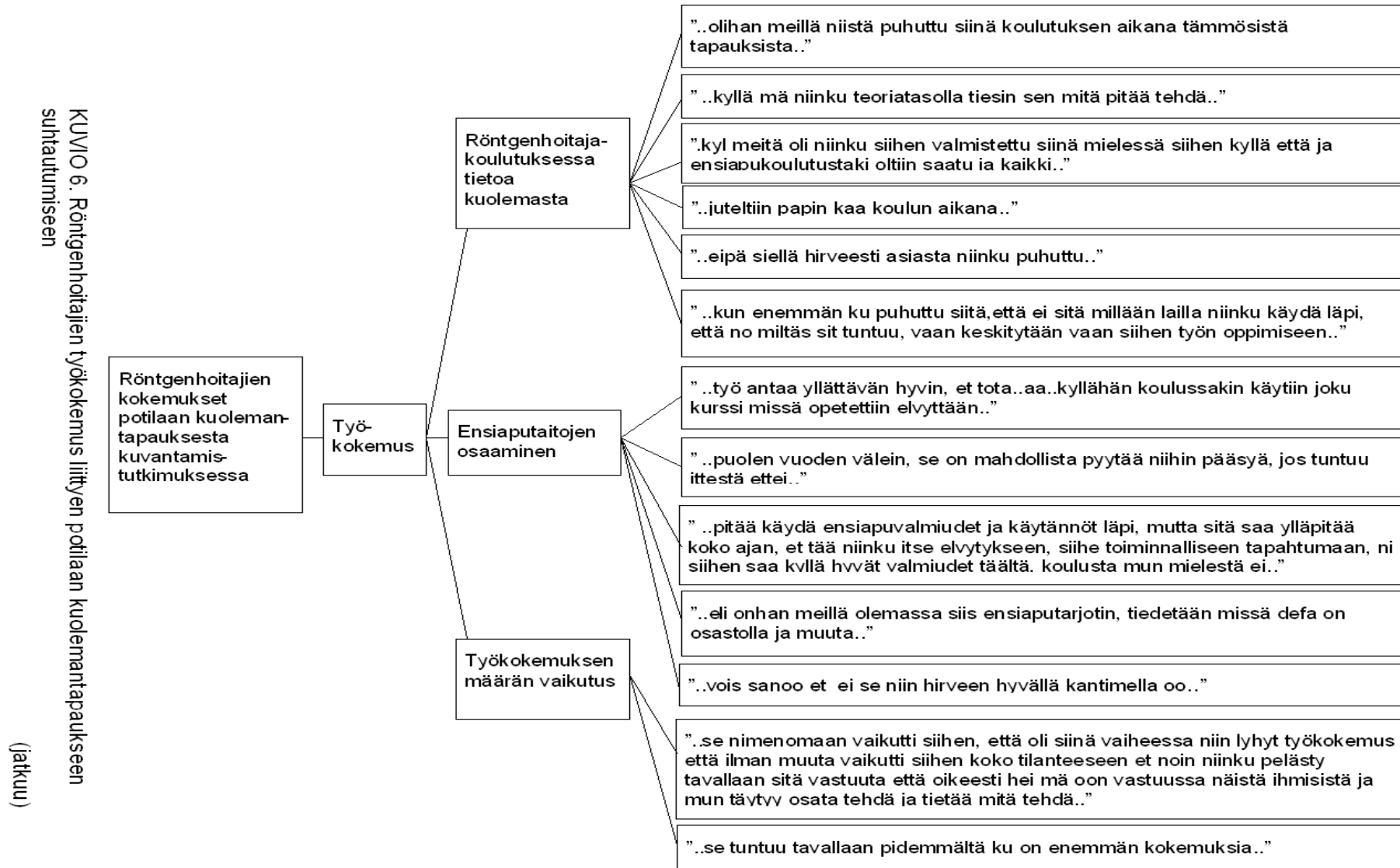
(jatkuu)

KUVIO 2. (jatkuu) Röntgenhoitajien kokemukset potilaan kuoleman kokemisesta kuvantamistutkimuksessa (jatkuu)

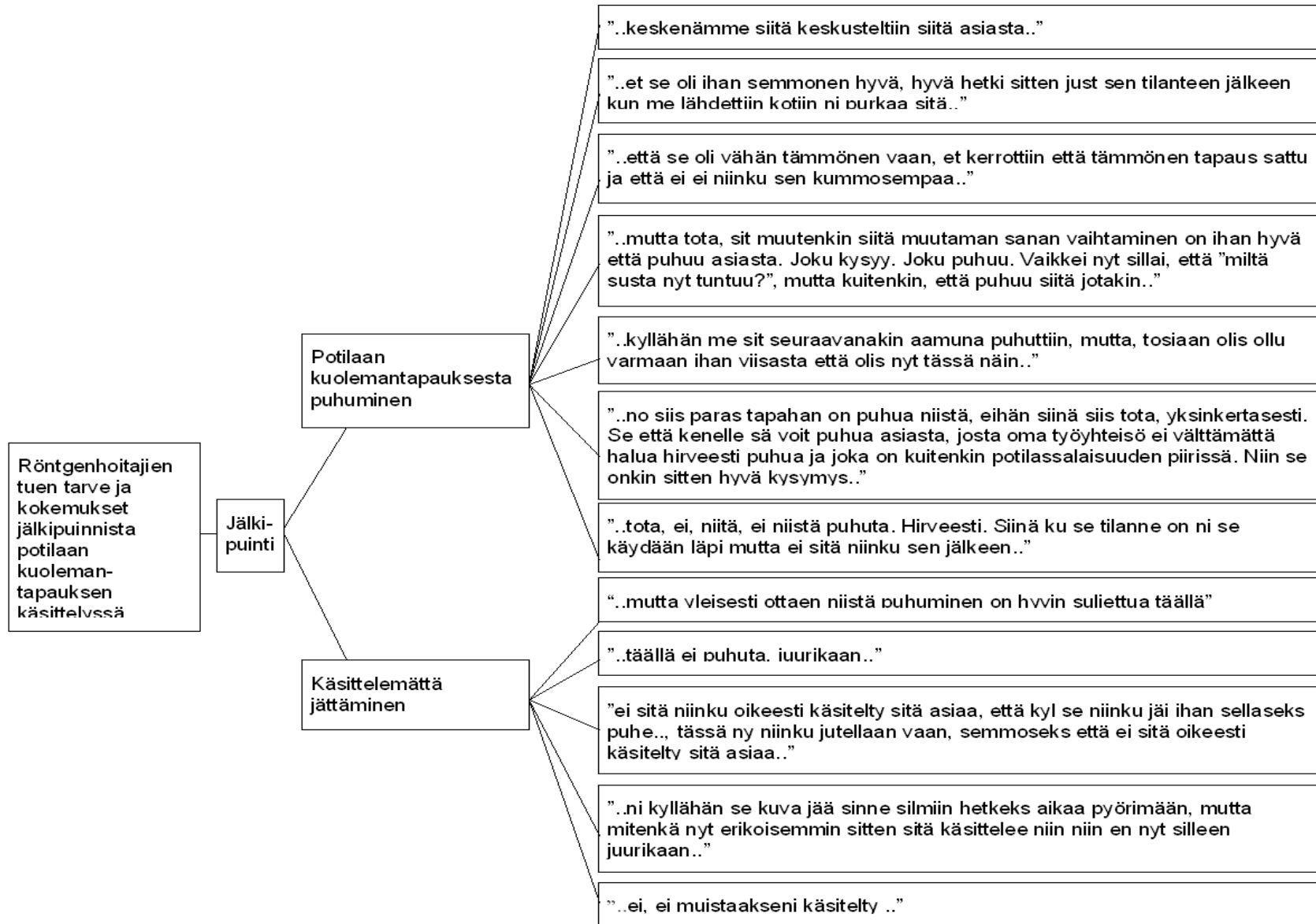






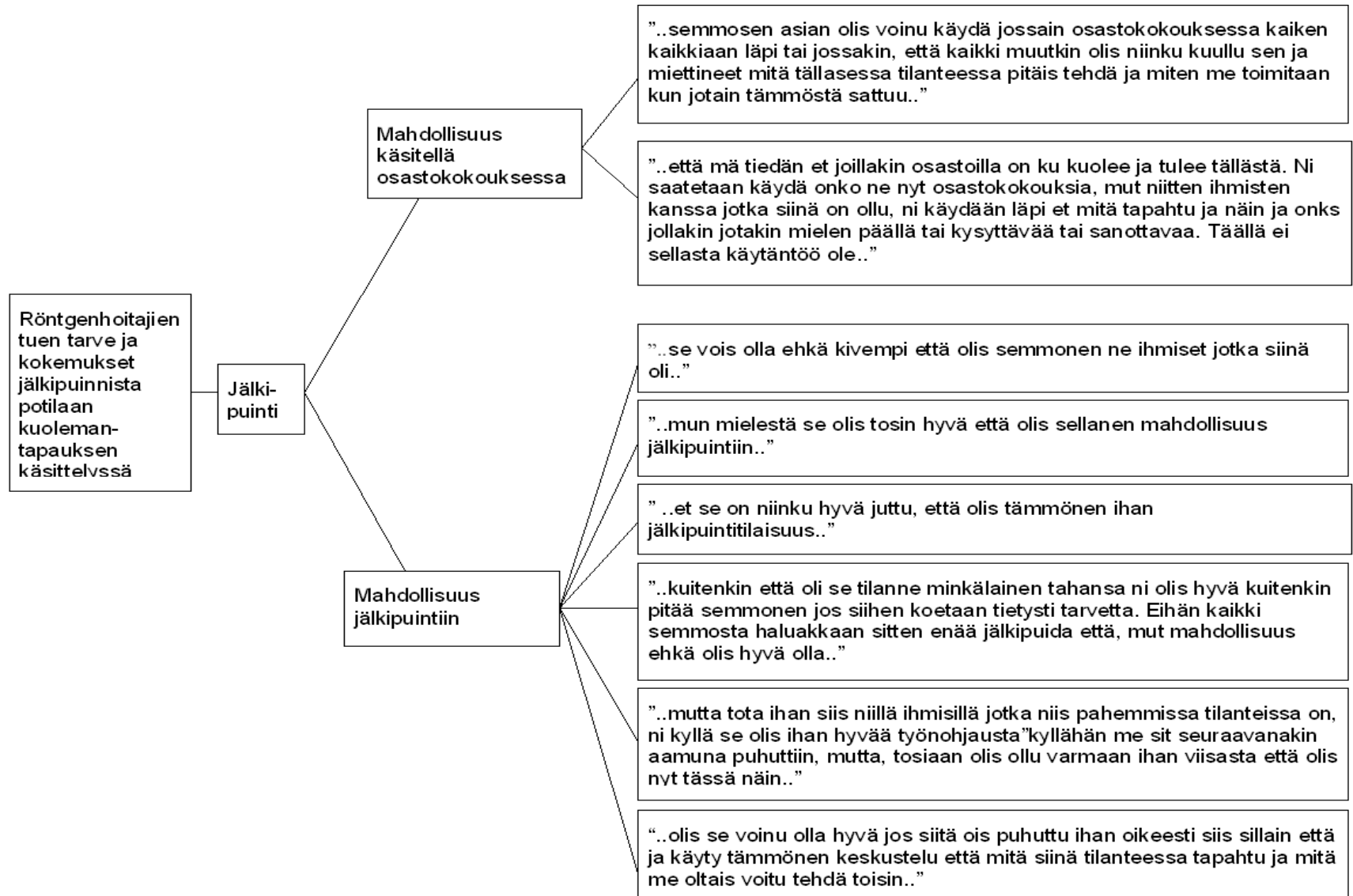


KUVIO 8. Röntgenhoitajien kokemukset jälkipuinnista potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä



KUVIO 8. (jatkuu) Röntgenhoitajien kokemukset jälkipuinnista potilaan kuolemantapauksen käsittelyssä ja röntgenhoitajien tuen tarve

(jatkuu)



KUVIO 8. (jatkuu) Röntgenhoitajien kokemukset tuen tarpeesta potilaan kuolemantapauksen jälkeen

