Tampereen ammattikorkeakoulu

SOSIAALISHAPTISEN KOMMUNIKOINNIN KÄYTTÖ ENSIHOIDOSSA KUULO- JA NÄKÖVAMMAISTEN POTILAIDEN KANSSA

Oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle

Vesa Lukkarila
Emilia Vanhala

OPINNÄYTETYÖ

Tammikuu 2020

Ensihoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoitajakoulutus

VANHALA, EMILIA & LUKKARILA, VESA:
Sosiaalishaptisen kommunikoinnin käyttö ensihoidossa kuulo- ja näkövammaisten potilaiden kanssa

Opinnäytetyö 74 sivua, joista liitteitä 31 sivua
Tammikuu 2020

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusmateriaalia Tampereen ammattikorkeakoulun ensihoidon opettajille sosiaalishaptisen kommunikoinnin käytöstä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa kuulo- ja näkövammaisten kanssa. Työn tehtävänä oli vastata seuraaviin kysymyksiin: Mitä sosiaalishaptinen kommunikaatio on, kuinka voi hyödyntää sosiaalishaptista kommunikaatiota kuulo- ja näkövammaisten kanssa työskennellessä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ja minkälainen on hyvä opetusmateriaali?

Sosiaalishaptinen kommunikaatio on kosketuksen välityksellä tapahtuvaa viestintää, jota voidaan käyttää itsenäisenä kommunikaatiomuotona tai puheen, huulioluvun, viittomisen ja taktiiliviittomisen tukena. Sosiaalishaptista kommunikaatiota voidaan soveltaen hyödyntää kuulo- ja näkövammaisten kanssa sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Opinnäytetyön yhteydessä laadittu oppimateriaali on informatiivinen ja se toteutettiin Powerpointin muodossa. Dioihin sisällytettiin teoriaa sekä toimintaa havainnollistavia videoita. Tuotos tehtiin täydennykseksi Tampereen ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoiden ammatillisen vuorovaikutuksen kurssille. Tuotoksen tavoitteena on parantaa tulevien ensihoitajien vuorovaikutustaitoja kuulo- ja näkövammaisten kanssa. Sosiaalishaptisella kommunikoinnilla voidaan parantaa vuorovaikutusta sekä sujuvoittaa potilaan tutkimista sekä hoidon aloittamista.

Jatkossa olisi tärkeää kehittää karkean neurologisen statuksen tutkimista kuulo- ja näkövammaisten potilaiden kohdalla. Opinnäytetyön esittelemää kosketusviestien hyödyntämistä voidaan tutkia myös muilla potilasryhmillä, esimerkiksi lapsilla.

Asiasanat: sosiaalishaptinen kommunikaatio, kuulovammainen, näkövammainen, kosketusviestintä, sairaalan ulkopuolinen ensihoito, oppimateriaali

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

VANHALA, EMILIA & LUKKARILA, VESA:
Utilisation of Social-Haptic Communication in Emergency Care with Hearing and Visually Impaired Patients

Bachelor's thesis 74 pages, appendices 31 pages
January 2020

Social-haptic communication is a form of tactile communication that can be used independently or in addition to other types of communication. Social-haptic communication can be beneficial in prehospital emergency care when treating patients with visual and hearing impairment. In the future it would be important to do further research concerning rapid neurological examination when treating visually and hearing impaired patients and potential benefits of the social-haptic skills presented in this thesis to other patient groups, for example children.

The education program of emergency care nurses at Tampere University of Applied Sciences includes professional interaction but lacks learning material on how to interact with hearing and visually impaired patients. The purpose of this study was to produce learning material concerning the use of social-haptic methods for paramedics when treating hearing and visually impaired patients in prehospital emergency care. The purpose of this study was to find answers to following questions: What is social-haptic communication, how can one utilize social-haptic communication when treating hearing and visually impaired patients and how to produce good educational materials?

This study was carried out as practice-based thesis. The aim was to improve interaction skills of the upcoming emergency care professionals when treating hearing and visually impaired patients. As the result of the study, informative learning materials were produced in the Powerpoint format.

Key words: social-haptic communication, hearing impaired, visually impaired, learning material, prehospital emergency care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT 6
2.1 Teoreettinen viitekehys 6
2.2 Keskeiset käsitteet 6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET 10
4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT 11
5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI 12
6 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN ENSIHOITO 14
7 KUULO- JA NÄKÖVAMMAISET 15
7.1 Näkövammainen 15
7.2 Kuulovammainen 18
7.3 Kuurosokea 20
8 IHO JA TUNTOAISTI 23
9 SOSIAALISHAPTINEN KOMMUNIKAATIO 25
9.1 Sosiaalishaptinen kommunikointi 25
9.2 Tuotoksen sisältö 28
10 HYVÄ OPPIMATERIAALI 32
11 POHDINTA 35
LÄHTEET 39
LIITTEET 44
Liite 1. Videokäsikirjoitus 44
Liite 2. Tuotos 51

1 JOHDANTO

Ensihoidolta odotetaan tulevaisuudessa entistä yksilöllisempää palvelua. Potilasturvallisuus on yhä tärkeämmässä roolissa (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2018, 29). Nykyinen ensihoidon opetussuunnitelma Tampereen ammattikorkeakoulussa ei tarjoa riittävästi keinoja vuorovaikutukseen kuulo- ja näkövammaisten potilaiden kanssa. Vuorovaikutuskeinojen vähäisyys voi vaikeuttaa potilaan tutkimista ja hoitoa yhteisymmärryksen puuttuessa. Pahimmillaan tilanne voi johtaa potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Kuulo- ja näkövammoihin johtavat syyt koostuvat perinnöllisistä ja traumaperäisistä tekijöistä sekä ikääntymisen fysiologisista muutoksista. Ikääntyminen on tavallisin syy kuulo- ja näkövammaan, joten väestön vanhetessa myös kuulo- ja näkövammaisten määrä lisääntyy.

Tämän opinnäytetyön myötä sosiaalishaptinen kommunikaatio tuodaan uutena vuorovaikutuksen keinona Tampereen ammattikorkeakoulun ensihoidon koulutukseen. Opinnäytetyö sisältää teoriatietoa kuulo- ja näkövammaisista, ihosta, tuntoaistista ja sosiaalishaptisesta kommunikaatiosta. Opinnäytetyössä perehdyttiin sosiaalishaptiseen kommunikaatioon ja sen käytön mahdollisuuksiin ensihoidossa, kun kohdataan kuulo- ja näkövammainen.

Tuotokseen on valittu sosiaalishaptisesta kommunikoinnista ensihoidon kannalta hyödyllisiä ja käytännöllisiä menetelmiä. Tuotoksessa esitellään teoriatiedon ja havainnollistavien videoiden muodossa kosketusviestejä ja potilaan jäljellä olevien aistien hyödyntämistä. Sosiaalishaptisen kommunikoinnin avulla ensihoitaja mahdollistaa kuulo- ja näkövammaisen potilaan orientoitumisen tapahtuviin tutkimus- ja hoitotoimiin. Powerpoint- esityksen muodossa toteutettu tuotos on valmis oppimateriaali. Halutessaan opettaja ja opiskelijat voivat käyttää lisämateriaalina opinnäytetyön raportointiosuutta.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Teoreettinen viitekehys

Tämän opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana on sosiaalishaptinen kommunikaatio. Viitekehys muodostuu sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta, kuulo- ja näkövammaisista ja hyvästä oppimateriaalista. Tuotoksena on oppimateriaali Powerpoint-muodossa, joka yhdistää teoreettisen lähtökohdan ja viitekehyksen.

KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

2.2 Keskeiset käsitteet

Haptiikka

Tiedon saantia objektista kosketuksen välityksellä kutsutaan haptiikaksi. Haptisella tutkimisella hahmotetaan ympäristöä ja esineitä tuntoaistin ja liikkeestä saadun tiedon avulla. (Lahtinen & Palmer 2014, 16.)

Haptiisi

Yksittäinen informatiivinen viesti, joka annetaan keholle kosketuksen ja liikkeen välityksellä. Haptiiseilla kommunikoidaan non-verbaalisti ja sen kieliopin muodostaa hapteemit. (Lahtinen 2008, 14; Lahtinen & Palmer 2014, 10.)

Hapteemi

Hapteemilla tarkoitetaan sosiaalishaptisen kommunikaation kehomuuttujia eli kosketuksen osatekijöitä. Kehomuuttujia ovat mm. kosketettava alue keholla, kosketuksen voimakkuus, liikkeen vauhti, suunta ja suunnan muutos. Haptiisit rakentuvat siis eri tavoin tuotetuista hapteemeista. (Lahtinen 2008, 14; Lahtinen & Palmer 2014, 27–28.)

Sosiaalishaptinen kommunikaatio

Sosiaalishaptinen kommunikaatio tarkoittaa kahden henkilön vuorovaikutusta haptiisien välityksellä. Sen avulla välitetään tietoa ympäristöstä sekä kielellisiä ja ei-kielellisiä viestejä. (Lahtinen 2008, 15; Lahtinen & Palmer 2014, 10.) Käytännössä kahden tai useamman haptiisin tekeminen on sosiaalishaptista kommunikointia (Lahtinen 2019).

Opinnäytetyön tuotokseen on valittu sosiaalishaptisen kommunikoinnin tavat seuraavien kriteerien mukaisesti:

1. Ei vaadi hoitajalta aiempaa tietämystä sosiaalishaptisesta kommunikaatiosta.
2. On potilaalle ymmärrettäviä ilman aiempaa tietämystä sosiaalishaptisesta kommunikaatiosta.
3. Ovat hyödyllisiä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa kuulo- ja näkövammaisen potilaan tutkimisessa ja hoidon aloittamisessa.
4. Parantavat kuulo- ja näkövammaisen potilaan potilasturvallisuutta ja kokemusta hoidosta.

Näkövammainen

Duodecim määrittelee näkövammaisiksi sokeat ja heikkonäköiset (Näkövammainen: Duodecim n.d.). Tässä opinnäytetyössä tarkoitamme näkövammaisella henkilöä, jolla on pysyvä tai etenevä näkövamma. Teoriaosuudessa esittelemme tyypillisimpiä näkövammaan ja sokeuteen johtavia sairauksia antaaksemme lukijalle käsityksen potilasryhmästä.

Kuulovammainen

Duodecim määrittelee kuulovammaisiksi kuurot, huonokuuloiset ja tinnitusta potevat (Kuulovammainen: Duodecim n.d.). Tässä opinnäytetyössä esittelemme tyypillisimpiä kuulovammaisuuteen ja kuurouteen johtavia sairauksia ja syitä. Rajaamme tinnituksen opinnäytetyön ulkopuolelle.

Kuurosokea

Kuurosokeaksi Duodecim määrittelee henkilön, joka on kuuro sekä sokea. (Kuurosokea: Duodecim n.d.). Kuurosokeuteen johtavista syistä suurin on kuulovamman sekä näkövamman yhdistelmä ikääntyessä. Muita syitä tälle ovat oireyhtymät. (Määritelmä: Suomen kuurosokeat ry n.d.)

Sairaalan ulkopuolinen ensihoito

Sairaalan ulkopuolisella ensihoidolla tarkoitetaan, potilaan luona tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia, hoitotoimenpiteiden aloittamista ja kuljettamista hoitolaitokseen (Kuisma ym. 2018, 14; Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012, 14). Tässä opinnäytetyössä ensihoidolla tarkoitetaan sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa potilaan tutkimista ja hoidon aloittamista niiltä osin, missä ensihoitaja voi parantaa vuorovaikutusta sosiaalishaptisen kommunikaation avulla toimiessaan kuulo- ja näkövammaisen potilaan kanssa. Opinnäytetyöhön on valittu seuraavat ensihoidon toimenpiteet, joihin sosiaalihaptisen kommunikaation keinoja voidaan soveltaa:

-Kohteeseen saapuminen, valaistuksen parantaminen ja esittäytyminen
-Saturaatio- ja verenpainemittaus
-EKG-elektrodien laitto ja riisuminen
-EKG-rekisteröinti
-Puristusvoimien testaus
-Happihoidon aloittaminen
-Suoniyhteyden avaaminen ja nestehoidon aloittaminen
-Kaarimalja pahoinvointia varten
-Siirtyminen kantotuoliin ja käsien pitäminen sylissä

Opinnäytetyön ulkopuolelle on rajattu ensihoidon tekemistä tutkimuksista sekä hoidon aloittamisista toimenpiteet, jotka vaatisivat ensihoitajalta sekä potilaalta sellaista sosiaalishaptisen kommunikoinnin osaamista, jota emme voisi tuotoksellamme opettaa. Esimerkiksi haastatteluun, kokonaisvaltaisen neurologisen statuksen tekemiseen tai lääkkeiden antamiseen ensihoitajalla ja potilaalla tulisi olla aikaisempaa kokemusta sosiaalishaptisesta kommunikoinnista.

Hyvä oppimateriaali

Hyvän oppimateriaalin tekoon on perehdytty selkeän kirjallisuuteen esityksen, verkko-oppimateriaalin sekä videon käyttämisestä oppimateriaalina.

Tuotos

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus on toteutettu Powerpoint-esityksenä. Tuotos pitää sisällään opinnäytetyössä esiteltyjä sosiaalishaptisen kommunikoinnin keinoja, joita ensihoitaja voi hyödyntää kohdatessaan kuulo- ja näkövammaisen potilaan. Tuotoksen luomiseen vaikuttivat teoriatieto selkeän esityksen luomisesta sekä videon käyttämisestä oppimateriaalina. Tuotoksessa esitellään sosiaalishaptista kommunikointia kirjallisesti sekä videoilla havainnollistaen. Tuotos on luotu Tampereen ammattikorkeakoulun ensihoidon koulutusohjelman opettajille oppimateriaaliksi.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa oppimateriaalia Tampereen ammattikorkeakoulun ensihoidon opettajille sosiaalishaptisen kommunikoinnin käytöstä ensihoidossa kuulo- ja näkövammaisten potilaiden kanssa. Tavoitteena on parantaa Tampereen ammattikorkeakoulusta valmistuvien ensihoitajien ammatillista osaamista vuorovaikutustilanteissa kuulo- ja näkövammaisten kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä sosiaalishaptinen kommunikaatio on?

2. Mitkä ovat yleisimmät kuulo- ja näkövammojen aiheuttajat?

3. Kuinka sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa voidaan hyödyntää sosiaalishaptista kommunikaatiota tutkimisessa ja hoidon aloittamisessa, kun kohdataan kuulo- ja näkövammaisia potilaita?

4. Minkälainen on hyvä oppimateriaali?

4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja se toteutetaan laadullisen tutkimuksen menetelmin. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta, opinnäytetyön raportista sekä tuotoksesta (Vilkka & Airaksinen 2003, 65). Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen sekä käytännönläheinen. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisen toiminnan käytännön ohjeistamista, toiminnan järjestämistä tai järkeistämistä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10.) Tuotoksen toteutustapana toimii Powerpoint-esitys kirjoitetun teoriatiedon sekä videon muodossa.

Laadullinen tutkimus soveltuu opinnäytetyöhön, kun aikaisempia tutkimuksia on vähäisesti (Kananen 2014, 17). Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten välistä ja sosiaalista merkitysmaailmaa. Laadullisessa opinnäytetyössä merkityskokonaisuudet ilmenevät muun muassa ihmisestä lähtöisinä ja ihmisiin päätyvinä tapahtumina toiminnan muodossa. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytäminen, vaan tutkimisen pohjalta voidaan luoda tietoa, toimintaperiaatteita ja ohjeita. (Vilkka 2015, 118–121.)

Aineisto on kerätty kirjallisista lähteistä sekä asiantuntijan kautta konsultoimalla. Konsultointi on toteutettu vapaamuotoisesti ja sen tarkoituksena on ollut teoriatiedon pätevyyden tarkistaminen. Konsultointia ei ole tarvetta litteroida, kun kyseessä on tarkoin valittu henkilö (Vilkka & Airaksinen 2003, 64). Aineistoa voidaan kerätä myös osallistuvalla havainnoinnilla, joka on tarkoituksenmukaista, kun tietoa on vähän tai tieto on hiljaista. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan tietoa, joka on kerätty havainnoimalla toisen tekemistä. (Vilkka 2015, 144.)

5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

Halusimme meitä kiinnostavan aiheen, joka hyödyntäisi tulevaisuuden ammatissamme. Aihe lähti kehittymään hätätekstiviestistä sekä aistirajoitteisten avun saannista. Toisen meistä tuttavapiirissä on kuurosokea henkilö, jonka myötä sosiaalishaptinen kommunikointi oli käsitteenä tuttu. Halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, josta lopputulokseksi jäisi jotakin uutta alallemme.

Opinnäytetyön aihe sai kannatusta opettajilta, joka vahvisti työmme tarpeellisuutta. Otimme yhteyttä Kuurosokeat ry:n, Kuuloliittoon sekä Näkövammaisten liittoon yhteistyökumppanuuden toivossa, kiinnostusta aiheeseemme osoitti sosiaalishaptisen kommunikoinnin kehittäjä Riitta Lahtinen, joka toimii Kuurosokeat ry:n kommunikaatiopäällikkönä. Opinnäytetyössä Lahtinen toimi yksityishenkilönä yhteistyöelämäkumppanina, neuvonantajana sekä hänen luomia metodejaan koskevan teoreettisen tiedon oikeellisuuden tarkastajana.

Opinnäytetyöhön kerättiin teoriatietoa samalla aiheen rajauksia miettien. Opinnäytetyön laajuuden hahmottaminen oli aluksi haastavaa, koska sosiaalishaptista kommunikointia ei ole aikaisemmin käytetty ensihoidossa. Lahtisen kautta saimme tiedon sosiaalishaptisen kommunikaation yksinkertaisimpien menetelmien soveltuvan käytettäväksi myös sellaisten potilaiden kanssa, joilla ei ole kuulo- tai näkövammaa. Opinnäytetyön laajuuden rajoittamisen vuoksi päätimme kuitenkin rajata opinnäytetyön koskemaan vain kuulo- ja näkövammaisia potilaita. Sovimme tapaamisen Lahtisen kanssa ja kartoitimme yhteistyömme mahdollisuudet sekä missä kaikessa sosiaalishaptista kommunikointia voisimme hyödyntää ensihoidossa. Saimme Lahtiselta vinkkejä lähteiksi teorian kasaamiseen.

Kun teoriaosuus oli viilausta vaille valmis, siirryimme tuotoksen suunnitteluun. Meille oli alusta asia selvää, että tuotoksessa tulee olla videoita, joilla sosiaalishaptinen kommunikointi voidaan havainnollistaa. Teimme videokäsikirjoituksen ja kysyimme Lahtisen mielipiteitä suunnitelmaan. Sovimme kuvauspäivän, johon osallistuimme me, Riitta Lahtinen, Sanna Nuutinen sekä Jussi Huttunen. Sanna Nuutinen sairastaa Usherin oireyhtymää ja toimi koepotilaana harjoitellessamme kosketusviestejä. Hän on Kuurosokeat ry:n toiminnassa mukana ja tehnyt Lahti-

sen kanssa yhteistyötä muun muassa sairaalahaptiisien kehittämisessä. Kuvauspäivä toteutettiin Arvo-rakennuksessa, josta olimme varanneet luokkatilan. Nuutinen auttoi ymmärtämään tilanteet hänen perspektiivistään. Lahtinen ohjeisti sosiaalishaptisen kommunikoinnin oikeaoppisessa toteuttamisessa. Videoinnin toteutti vapaaehtoinen viitasaarelainen harrastelijakuvaaja Huttunen. Toinen meistä toimi ensihoitajan roolissa ja toinen mallinsi kuulo- ja näkövammaista potilasta.

Videoinnin jälkeen viimeistelimme opinnäytetyömme teoriaosuuden. Olimme tutustuneet selkeän esityksen tekemiseen sekä videoon oppimateriaalina, joiden pohjalta tuotimme Powerpoint-esityksen. Videot ovat kuvattu läheltä eivätkä ne ole turhan pitkiä, jotta niiden katsominen ei ole pitkästyttävää. Videoita editoitiin lyhyemmiksi sekä taustahälyä poistettiin. Powerpoint-esityksessä oli tarpeellista esittää teoriaa videoita edeltävästi. Teorian osuus esityksessä on pidetty tiiviinä sekä helposti luettavana. Powerpoint- esityksessä seuraavaan diaan siirrytään klikkaamalla hiirtä, videoiden jälkeen siirtymä seuraavaan diaan on automaattinen esteettisyyden sekä helppouden vuoksi.

6 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN ENSIHOITO

Ensihoidon ensisijaisena tehtävänä on hoitolaitosten ulkopuolella olevien potilaiden hoidon tarpeen arviointi, hoito ja tarvittaessa kuljetus. Ensihoitopalvelu korvaa termit sairaankuljetus ja lääkinnällinen pelastustoimi, jotka ovat olleet aiemmin käytössä. (Castren ym. 2012, 14.) Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystyksellistä toimintaa, joka tapahtuu julkisilla paikoilla, työpaikoilla ja kodeissa. Ensihoitopalvelu noudattaa toiminnassaan terveydenhuollon lainsäädäntöjä ja arvoja ja kunnioittaa potilaan oikeuksia. (Kuisma ym. 2018, 14.)

Tehtävien kirjo ensihoidossa on laaja. Sydänpysähdys, lievät tapaturmat, suuronnettomuudet, mielenterveyshäiriöt, yksinäisyys ja yliannostukset ovat vain muutamia esimerkkejä ensihoidon kohtaamista tilanteista sairaalan ulkopuolella (Kuisma ym. 2018, 14). Ikääntyneen väestön ja pitkäaikaissairaiden määrän kasvu on muuttanut ensihoitotehtävien luonnetta ja määrää viime vuosina. Muutoksen odotetaan kiihtyvän lähivuosina. Yhteisöjen sosiaalisten rakenteiden muuttuminen on lisännyt syrjäytymistä ja yksinäisyyttä. Myös terveydenhuollossa tehdyt muutokset, kuten hoitoaikojen lyhentyminen ja päivystyspalveluiden keskittäminen vaikuttavat ensihoitotehtävien määrään ja luonteeseen. (Kuisma ym. 2018, 15.) Ensihoidolta odotetaan tulevaisuudessa entistä yksilöllisempää palvelua. Potilaan ja hänen läheistensä kuunteleminen korostuu, samoin potilasturvallisuus on yhä tärkeämmässä roolissa. (Kuisma ym. 2018, 29.)

Ensihoitopalveluiden järjestäminen kuuluu sairaanhoitopiirien kuntayhtymille, jotka vastaavat mm. ensihoitovalmiuden ylläpidosta, operatiivisen toiminnan johtamisesta, päivittäistoiminnasta, hälytys- ja muiden ensihoitopalvelua koskevien ohjeiden laatimisesta (STM 2017, 585). Ensihoitopalvelu perustuu lääketieteelliseen asiantuntemukseen ja se suunnitellaan yhdessä alueen ensihoitopalveluiden tuottajien, yhteistyöviranomaisten ja sosiaali- ja terveystoimen laitosten kanssa (Kuisma ym. 2018, 15).

7 KUULO- JA NÄKÖVAMMAISET

7.1 Näkövammainen

Duodecim määrittelee näkövammaisiksi sokeat ja heikkonäköiset. (Näkövammainen: Duodecim n.d.). Suomessa näkövammainen määritellään ja luokitellaan Maailman terveysjärjestön suositusten mukaisesti. Samaa määritelmää käytetään myös arvioidessa, ketkä kuuluu terveydenhuollon tuottamien tukipalvelujen piiriin. Kelalla sekä kunnilla on omat määritelmänsä näkövammaisuudesta, jotka perustuvat tarvittavien tukipalveluiden määrään. Maailman terveysjärjestön luokituksessa heikkonäköiseksi määritellään henkilö, jolla paremman silmän näöntarkkuus on lasikorjauksen jälkeen alle 0,3. Jos näöntarkkuus on alle 0,05 lasikorjauksen jälkeen tai näkökentän halkaisija on alle 20 astetta, luokitellaan henkilö sokeaksi. WHO:n luokituksen mukaisesti luokkiin 1 ja 2 kuuluvat henkilöt ovat heikkonäköisiä ja luokkiin 3,4 ja 5 luokitellaan sokeiksi (taulukko 1). (Ojamo 2018, 12–14.)

TAULUKKO 1. WHO:n suositus näkövammaisuuden luokittelusta (Ojamo 2018, 12)

Näkövamman vaikeusasteluokka	Näöntarkkuus eli visus (v)	Näkökentän halkaisija (∅)	Toiminnallinen kuvaus
1.Heikkonäköinen	$0.3 > v \geq 0.1$		Lähes normaali toiminta näön turvin mahdollista optisin apuvälinein.
2. Vaikeasti heikkonäköinen	$0.1 > v \geq 0.05$		Näön käyttö sujuu vain erityisapuvälinein. Lukunopeus on hidastunut.
3. Syvästi heikkonäköinen	$0.05 > v \geq 0.02$	∅≤20°	Yleensä ei näe lukea kuin lukuTV:llä. Suuntausnäkö puuttuu. Liikkuminen tuottaa vaikeuksia. Muiden aistien apu on tarpeen.
4. Lähes sokea	$0.02 > v \geq -1/\infty$	∅≤10°	Toiminta pääasiassa muiden aistien kuin näköaistin varassa.
5. Täysin sokea	v=0, ei valon tajua		Näöstä ei ole apua. Toiminta muiden aistien (erityisesti kuulo- ja tuntoaistin) varassa.

Näkövammainen käsitteenä kattaa heikkonäköisen ja sokean. Heikkonäköiset henkilöt saattavat pystyä liikkumaan ilman valkoista keppiä tai lukemaan, mutta eivät välttämättä näe ympäristöään. Hämäräsokeus ja häikäistymisherkkyys ovat tyypillisiä vaivoja heikkonäköisille. Hämäräsokeus ei ole itsenäinen sairaus, vaan on liitännäinen useisiin silmäsairauksiin. Sokeaksi määritellyt henkilöt voivat nähdä valon ja hahmoja. (Näkövammaisten liitto n.d.a.)

Näkövammaisten lukumäärä

Näkövammaisten tarkkaa lukumäärää Suomessa ei ole tiedossa (Ojamo 2018, 14). THL:n viimeisimmässä tutkimuksessa vuodelta 2011 näkövammaisten lukumäärän arvioitiin kuitenkin olevan runsaat 55 000. Heistä 8 400 oli sokeita, 42 000 heikkonäköisiä ja 5 000:lla näkökentän kaventuma. Tutkimuksesta käy ilmi, että valtaosa (45 000) näkövammaisista oli ikääntyneitä eli 65 vuotta täyttäneitä. Työikäisten osuus jää alle 10 000 ja alaikäisiä on noin 1 500. Sokeiden ja heikkonäköisten lukumäärän odotetaan kasvavan tulevaisuudessa, kun suuret ikäluokat saavuttavat 70-80 vuoden iän, jolloin näköä vaurioittavat sairaudet yleistyvät. (Näkövammaisten liitto n.d.b.)

Näkövammoja aiheuttavat sairaudet

Silmänpohjan rappeuma on yleisin (41%) näkövamman aiheuttaja (Ojamo 2018, 29). Silmänpohjan ikärappeumassa silmän valoa aistiva osa, verkkokalvo, vaurioituu ja vaikeuttaa tarkkaan näkemistä. Tauti aiheuttaa sekä lähi- että kaukonäön häiriöitä ja on länsimaissa yleisin näköä heikentävistä sairauksista. Suomalaisista yli 60-vuotiaista noin kymmenesosa ja yli 80-vuotiaista noin kolmasosa sairastaa silmänpohjan ikärappeumaa Yhteensä heitä arvioidaan olevan noin 100 000. Tauti jaetaan kahteen muotoon; kosteaan ja kuivaan rappeumaan. Näistä jälkimmäistä sairastaa 80% ikärappeumapotilaista eikä siihen ole parantavaa hoitoa. (Kaarniranta 2018, 192–195; Seppänen 2018a.)

Verkkokalvon perinnöllisten rappeumien ryhmä, johon kuuluu mm. verkkokalvon pigmenttirappeuma ja Usherin oireyhtymä, aiheuttaa 10% näkövammoista (Ojamo 2018, 29). Verkkokalvon pigmenttirappeumassa (retinitis pigmentosa) vaurioituu tyypillisesti ensin hämäränäöstä vastaavat sauvasolut ja sen jälkeen värinäöstä vastaavat tappisolut. Yleisimmin näön menetys alkaa näkökentän reunoilta ja johtaa putkinäköön. Joskus hyvinkin putkimaisessa näkökentässä näön-

tarkkuus saattaa pysyä hyvänä. Hämäränäön heikkouden ja näkökentän kaventuman lisäksi oireina ovat näön alenema ja häikäistymisalttius. Sairaus on etenevä eikä siihen ole parantavaa hoitoa. (Sankila 2018, 220–223.)

Näköhermojen ja näköratojen viat käsittävät näkövammojen aiheuttajista 9% (Ojamo 2018, 29). Näköhermon vaurioitumisen syitä on useita: perinnölliset, näköhermon pään turvotus, verenkierrolliset syyt, näkökeskuksen viat, traumat, näköhermon tulehdus ja surkastuma. Traumaperäisten aivovammojen lisäksi aivoverenkiertohäiriöihin liittyy aina näköratavaurion riski. Niistä seuraa näkökyvyn alenemista, näkökentän puutoksia ja värinäköhäiriöitä (Setälä, Ihanamäki & Saari 2011, 265–266; Ojamo 2018, 29).

Glaukooma aiheuttaa 8% näkövammoista (Ojamo 2018, 29). Liian korkea silmänpaine aiheuttaa näköhermon pään kovertumisen, josta aiheutuu näköhermo- ja näkökenttävaurioita (Airaksinen & Tuulonen, 2011). Glaukooma koostuu monista kymmenistä tautimuodoista, jotka ovat yleensä kroonisia, eteneviä, vähäoireisia tai oireettomia näköhermon sairauksia. Vähäisten alkuoireiden ja terveen silmän kompensoinnin vuoksi lääkäriin hakeutuminen viivästyy. Diagnosoiminen on vaikeata ilman silmälääkärin tarkastusta ja tarvittavia tutkimuksia. Ensioireina glaukoomapotilaalle voi ilmetä tekstiä lukiessa kirjainten sumentumisena tai katoamisena näkökentästä. Pitkälle edenneenä se aiheuttaa näkökenttäpuutoksia ja jopa putkinäköä. Valtaosa glaukoomaa sairastavista on yli 65 vuotiaita. (Airaksinen & Tuulonen 2011, 280–299; Seppänen 2018b; Uusitalo 2018, 114.)

Diabeettinen retinopatia aiheuttaa 4,0% näkövammoista Suomessa (Ojamo 2018, 29). Diabetesta sairastavia on arviolta puoli miljoonaa ja lisäksi noin 200 000 arvioidaan sairastavan diabetesta tietämättään. Vaikka kaikkien diabetesta sairastavien silmänpohjat tutkitaan säännöllisesti, on diabeettinen retinopatia yleisimpiä työikäisten näkövammaisuuden syitä ja 65 vuotta täyttäneillä kolmanneksi yleisin syy. Usein tauti on alkuvaiheessa oireeton mikä hidastaa sairauden toteamista. Hoitoennuste on kuitenkin hyvä, jossa tärkeimpänä on perussairauden hyvä hoitotasapaino ja laserhoito. (Summanen 2018, 198–203.)

7.2 Kuulovammainen

Duodecim määrittelee kuulovammaisiksi kuurot, huonokuuloiset ja tinnitusta potevat (Kuulovammainen: Duodecim n.d.). Kuuroksi määritellään henkilö, joka on menettänyt kuulonsa joko syntymässä tai varhaislapsuudessa eikä kuulokojeenkaan avulla pysty tulkitsemaan puhetta. Kuuloliitto määrittelee kuurouden rajaksi 85-90dB. Keskustelun melutason on mitattu olevan 50-70dB luokkaa. Kuurojen ensikieli on viittomakieli, jolla he pääasiallisesti kommunikoivat. Nykypäivänä noin 80% kuuroina tai vaikeasti kuulovammaisina syntyneistä saa sisäkorvaisistutteen. (Kuuloliitto n.d.a.; Kuuloliitto n.d.b.)

Kuuroutuneeksi määritellään henkilö, joka on puheen oppimisen jälkeen menettänyt kuulonsa kokonaan. Kuuroutunut ei saa puheesta selvää pelkän kuulokojeen avulla vaan tarvitsee tueksi tekstitulkkausta tai viittomakieltä. (Kuuloliitto n.d.a.) Huonokuuloinen kärsii osittaisesta kuulonmenetyksestä. Huuliolukua ja kuulokojetta hyödyntämällä huonokuuloinen kykenee tulkitsemaan puhetta. Raja-arvoksi huonokuuloisuudelle kuuloliitto on määritellyt 30dB. Melutasona tämä vastaisi lehtien havinaa (10-30dB). Normaalin kuulon rajana pidetään 10-20dB. (Kuuloliitto n.d.a.; Kuuloliitto n.d.b.)

Kuulovammaisten lukumäärä

Oikeusministeriön sivuilta löytyvän tiedon mukaan Suomessa on 4 000- 5 000 kuuroa henkilöä (Oikeusministeriö n.d.). Kuulovikaisia on arvioitu olevan 750 000, joista 280 000 tarvitsisi kuntoutusta. Kuntoutusta tarvitsevista suurin osa on ikääntyneitä ihmisiä. Toinen tärkeä aikuisten kuulovammojen aiheuttaja on meluvammat. (Sorri, Huttunen & Rudanko 2008, 321.)

Synnynnäiset kuuloviat

Suomessa on arvioitu syntyvän vaikeasti kuulovammaisia lapsia noin 50-60 vuodessa. Kuulovika voi olla syndroomaan liittyvä tai esiintyä itsenäisenä, se voi pysyä stabiilina tai olla etenevä. Näistä kuulovioista 50% on perinnöllisiä. Synnytyksen yhteydessä riskitekijöinä pidetään alhaista syntymäpainoa, vastasyntyneen keltaisuutta ja hapenpuutteesta johtuvaa keskushermostolamaa. Bakteerimeningiitti voi johtaa kuulovaurioon, jonka vuoksi kuulon kontrollointi olisi aiheellista tu-

lehduksen jälkeen. Harvinaisempia syitä kuulovialle etenkin länsimaissa ovat raskauden aikaiset infektiot kuten rubella ja toksoplasma. (Sorri 1999, 65–66; Sorri ym. 2008, 319–320).

Ikääntymiseen liittyvä kuulon alenema

Kasvava osa Suomen väestöstä on ikääntyneitä ihmisiä, joilla on kuulonalenemaa ilman minkään erityisen sairauden vaikutusta. Tätä pidetään normaalina iän mukanaan tuomana kuuloaistin muutoksena. (Sorri & Huttunen 2013, 186.) Korvan ja aivojen kuulojärjestelmän kehittymisen jälkeen murrosikään tultaessa, on havaittu jo ikäkuulon tuomia muutoksia sisäkorvan aistinsoluissa ja kuulohermon soluissa. Nämä solut eivät uusiudu samantapaisesti kuten ihon, luuston tai limakalvojen solut. (Jauhiainen 2007, 39.) Keskimääräisesti näitä soluja tuhoutuu vuosittain 1%. Syytä tai mekanismia tähän ei tunneta, mutta sen on arveltu johtuvan verenkierron vähentymisestä johtuvasta hapenpuutteesta. (Ylikoski 1999, 69–70.) Kuulon heikentymiseen vaikuttavat monet asiat eletyn elämän aikana, kuten ympäristö, mutta myös perinnöllinen alttius alenemalle on havaittu. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneistä jopa kahdella viidestä on kuulovika. Laiminlyöty kuulovian kuntoutus laskee epäsuorasti kognitiivista suorituskykyä ja sen on todettu altistavan dementian kehitykselle. (Sorri & Huttunen 2013, 186–191.)

Muut kuulovammat

Meluvammojen aiheuttamia kuulovammoja ilmaantuu Suomessa noin 1000 tapausta vuosittain. Työvoimasta 10% tekee melualtista työtä. Vapaa-ajan melu on nousemassa yleisyydessään tämän rinnalle. (Sorri ym. 2008, 321.) Meluvamman syntyyn vaikuttaa melun voimakkuus ja altistuksen kesto. Työpaikkamelun kohdalla kuulo alenee vuosien varrella. Äkillisen voimakkaan meluhaitan takia esimerkiksi haulikon tai kiväärin laukaisu ilman kuulosuojaimia voi aiheuttaa pysyvän kuulovamman. (Ylikoski 1999, 70–71.)

Otoskleroosia pidetään yleisenä kuulovikojen aiheuttajana, vallitsevuudeksi on arvioitu 0,5-1% väestötasolla (Sorri ym. 2008, 321). Määrällisesti tämä tarkoittaisi 27 500–55 000 henkilöä Suomessa. Taudin alkamisikä vaihtelee lähteiden mukaan 15–30 vuotiaasta (Ramsay 1999, 64) 30–40 vuotiaaseen (Blomgren, 2018).

Otoskleroosin syy on tuntematon, mutta esiintyvyys naisilla on kaksi kertaa suurempi kuin miehillä. Raskauden on todettu myös kiihdyttävän taudin kulkua. (Blomgren, 2018.)

Menieren tautia sairastavia on diagnosoitu Suomessa noin 30 000. Taudin alkamisikä vaihtelee 20:stä ikävuodesta 60:een. Taudin syntymekanismia ei vielä tunneta. Oirekuvaltaan tauti on kohtauksellinen ja siihen liittyy kuulon heikentymisen lisäksi huimausta ja paineen tunnetta korvissa. Oireilun syynä on nesteen lisääntyminen sisäkorvassa, joka vaikuttaa tasapainoon sekä kuuloon. Taudin eteneminen on yksilöllistä ja johtaa vain pienellä osalla kuulokojeen tarpeeseen pysyvästi. (Jauhiainen 2007, 48; Saarelma 2019; Suomen meniere-liitto ry 2016.)

Krooniset korvatulehdukset ovat aikoinaan olleet merkittävä huonokuuloisuuden syy. Nykypäivänä suuri osa näistä saadaan hoidettua antibiooteilla ja erikoissairaanhoidolla. Hoitamattomat tulehdukset aiheuttavat rakenteellisia muutoksia tärykalvoon ja kuuloluihin, jotka ovat usein kuitenkin leikkauksella hoidettavia. (Jauhiainen 2007, 45; Vartiainen 1999, 61.)

7.3 Kuurosokea

Pohjoismaat käyttävät yhteistä määritelmää kuurosokeudesta, joka pohjautuu Pohjoismaisen hyvinvointikeskuksen määritelmään. Kuurosokeus tarkoittaa sellaista kuulon sekä näön toimintahäiriötä, ettei toinen aisti pysty kompensoimaan toista. Kahden aistin toimimattomuuden takia tuntoaistin tärkeys korostuu liikkumisessa, sosiaalisessa kanssakäymisessä ja tiedonsaannissa. (Nordic Welfare Centre n.d.) Apuvälineitä kuten kuulokojetta hyödyntävää kuurosokeaa kutsutaan kuulonäkövammaiseksi (Lahtinen 2019).

Kuurosokeat voidaan jakaa karkeasti kahteen eri pääryhmään, synnynnäisiin ja myöhemmin todettaviin. Synnynnäinen kuurosokeus voi olla syntymästä asti tai se voidaan diagnosoida ennen kielellisten kykyjen kehittymistä. Yleisin kuurosokeuteen johtava syy on ikääntyessä kuulon heikkeneminen ja verkkokalvon ikärappeuman yhdistelmä. Kuurosokeus voi tarkoittaa molempien aistien täydellistä toimintavajetta tai jommankumman aistin osittaista toiminnanvajetta. Suuri

osa kuurosokeista näkee tai kuulee osittain. Selviytymiseen erilaisissa arjen tilanteissa vaikuttavat ympäristön sekä yksilön tekijät. (Suomen kuurosokeat ry n.d.a.; Suomen kuurosokeat ry n.d.b.) Jonka vuoksi esimerkiksi hälyisässä ympäristössä itsenäinen selviäminen on vaikeampaa kuin hiljaisessa.

Oireyhtymät

Usherin oireyhtymä on yleisin kuurosokeutta aiheuttava sairaus. Oireyhtymä tarkoittaa asteittain etenevää sisäkorvaperäistä kuulovikaa ja verkkokalvon pigmenttirappeumaa. Usein tähän liittyy myös sisäkorvan tasapainoelimen toiminnan häiriöitä. Usherin oireyhtymä jaetaan kolmeen päätyyppiin. Ne jaotellaan oireiden alkamisajankohdan, oireiden vakavuuden ja niitä aiheuttavien geenivirheiden mukaan. Suomessa yleisin on tyyppi 3 (40%) ja toiseksi yleisin tyyppi 2 (34%). Tyypit jaotellaan tarkemmin taulukossa 2. Verkkokalvon pigmenttirappeuman oireet alkavat vaihtelevasti varhaislapsuudessa tai teini-iässä, riippuen sairastetusta Usher-tyypistä. Ensioireet ovat verkkokalvon pigmenttirappeumalle tyypilliset hämäränäön heikentyminen sekä häikäistymisalttius ja myöhemmin näkökentän kaventuminen sekä näön tarkkuuden alentuminen. (National institute on deafness and other communication disorders 2017; Suomen kuurosokeat ry n.d.c.; Sankila 2018.)

TAULUKKO 2. Usherin oireyhtymän tyypit. (National institute on deafness and other communication disorders 2017; Sankila 2018, 221)

Usher tyyppi 1	
Näkö	Hämäränäkö alkaa heikkenemään lapsuudessa, vaikea näkövamma kehittyy keski-ikään mennessä.
Kuulo	Kuurous tai vaikea kuulovamma syntymästä lähtien.
Tasapaino	Tasapainoelimen häiriö syntymästä alkaen.
Usher tyyppi 2	
Näkö	Murrosikään mennessä heikentynyt hämäränäkö, vaikea näkövamma keski-ikään mennessä.
Kuulo	Keskivaikea tai vaikea kuulovamma syntymästä lähtien.
Tasapaino	Tasapaino normaali.
Usher tyyppi 3	
Näkö	Vaikeusaste ja alkamisaika vaihtelee, teini-iässä alkava hämäränäön heikkeneminen, vakava näkövamma keski-ikään mennessä.
Kuulo	Puheen oppimisen jälkeen alkava, etenevä kuulovamma.
Tasapaino	Osalla lieviä tasapainoelimen häiriöitä.

CHARGE oireyhtymä on synnynnäinen kuurosokeutumisen aiheuttaja. Suomessa se on harvinainen oireyhtymä ja siitä kärsivien määräksi on arvioitu useita kymmeniä. Oireyhtymä on periytymätön geenimutaatio, jonka syytä ei tiedetä. Oireyhtymään kuuluu geenivirheen aiheuttamana joukko erilaisia rakennepoikkeavuuksia mm. silmän rakennevirheet, nenänielun ahtaus, aivohermojen toimintahäiriöt, sydänviat, korvan ja ruokatorven poikkeava rakenne. CHARGE henkilöillä oirekuvat vaihtelevat, diagnostisesti oireyhtymä todetaan, kun henkilöllä täyttyy neljä pääkriteeriä sekä geenitutkimus on positiivinen. Koska oireyhtymä on monitahoinen vaikea yhdistelmävamma, henkilöillä on usein myös haastavaa käyttäytymistä kommunikaatiovaikeuksista johtuen. (Avela 2009; The CHARGE syndrome foundation n.d.; Suomen kuurosokeat ry n.d.d.)

8 IHO JA TUNTOAISTI

Tuntoaisti on ensimmäinen aistimme. Sen kehittyminen alkaa jo kohdussa hermoston kanssa ja ne kehittyvät samasta alkuperästä. (Enäkoski & Routasalo 1998, 67.) Sikiö voi kokea kosketuksen kasvoillaan jo 8:lla raskausviikolla, jolloin se johtaa refleksin omaiseen motoriseen reaktioon jo ennen aivojen kehittymistä. Tämän jälkeen tuntoaisti alkaa kehittymään käsiin sekä muuhun kehoon. (Huotilainen 2006, 141.)

Iho on muita aistinelimiä suurempi aistimusten vastaanottaja (Styrman & Torniainen 2018, 33) ja sen kautta tulevan tiedon analysointi tapahtuu aivoissa muita aisteja suuremmalla alueella (Tiippana 2006, 178). Sokeita tutkimalla on saatu selville, että aivojen normaalisti näkemiseen käyttämä alue hyödynnetään tuntoaistin sekä kuulemisen käytössä. Aivot ovat muuntautumiskykyiset ja “valtaavat” uusia alueita esim. peruuttamattoman onnettomuuden sattuessa. (Enäkoski & Routasalo 1998, 69.)

Tuntoinformaatio kulkee selkäytimen ja talamuksen kautta aivokuoren sensoriselle alueelle. Kevyt kosketus aktivoi ns. pintatunnon, joka välittyy aivokuorelle paksujen ja nopeiden hermosäikeiden kautta. Pintatunnon kautta saamme tiedon, mikä meitä koskettaa, mihin kehon osaan ja millä tavalla. On olemassa myös syvätunto, joka on vähemmän tutkittu. Syvätunnon tiedetään aktivoivan aivojen syvempiä osia ja vaikuttavan oksitosiinin ja endorfiinin tuotantoon, jotka lisäävät mielihyvän tunnetta. Syvätunnon välittämä informaatio kulkee ohuiden ja hitaiden hermosyiden kautta, joiden aktivoiminen vaatii toistuvaa kohtuullisella paineella tuotettua kosketusta. (Styrman & Torniainen 2018, 33–36; Uvnäs-Moberg 2007, 56.)

Somatosensorinen järjestelmä eli tuntojärjestelmä kattaa koko kehon. Siihen kuuluvat kylmä-, lämpö-, kipu-, kosketus-, liike- ja asentotunto sekä lihaksista ja jänteistä tietoa välittävät järjestelmät. (Hämäläinen & Kekoni 2006, 167.) Taktiilinen kyky eli kosketustunto koostuu erityyppisistä aistinsoluista iholla. Nopeasti adaptoituvat solut reagoivat kevyeen kosketukseen ja hitaasti adaptoituvat iholle kohdistuvaan jatkuvaan paineeseen. Kosketusaistinsolujen tiheys ja aistinsolun

reseptiivisen kentän koko vaihtelee eri kehon alueilla. Sormenpäissä aistinsoluja on tiheässä, joten 2mm etäisyydellä toisistaan olevat ärsytyspisteet on mahdollista erottaa. Selässä taas aistinsoluja on vähemmän ja reseptiiviset kentät suurempia, minkä vuoksi vasta 7cm etäisyydellä olevat ärsytyspisteet tuntuvat erillisinä. Ihminen reagoi herkimmin ärsykkeen muutokseen, jolloin hermosyiden impulssitiheys muuttuu eniten. Täten hermoston kapasiteetti keskittyy ärsykkeissä tapahtuvien muutosten analysoimiseen ja niihin reagoimiseen. (Styrman & Torniainen 2018, 42–49; Haug, Sand & Sjaastad 2012, 142–150.)

Hoitotieteen aloilla kosketusta käsitteleviä tutkimuksia on tehty 1970-luvulta alkaen ja näitä on sovellettu psykoterapian, kognitiivisen neurotieteen, neuropsykologian ja sosiaalipsykologian alueilla. Tutkimuksissa on analysoitu mm. sensorista järjestelmää, objektien kosketusta, aivotoimintoja ja tiedon käsittelyä (Lahtinen 2008, 28.)

Routasalon (1997) väitöskirjassa on koottu aiempien tutkimusten tuloksia kosketuksen vaikutuksesta potilaisiin. Routasalon (1997, 23–24, 27–28) aikaisempien tutkimusten yhteenvedossa todetaan, että kosketuksella ei ole lainkaan tai vain vähäinen mitattavissa oleva vaikutus potilaan sykkeeseen ja verenpaineeseen, mutta voimakas positiivinen vaikutus potilaan asennoitumiseen hoitajaa kohtaan erityisesti iäkkäämpien naispotilaiden kohdalla. Routasalon oma väitöskirjatutkimus tutki kuinka potilaat kokivat hoitajien kosketuksen. Potilaat kuvasivat tuloksissa kosketusta lämpimäksi, helläksi sekä lohduttavaksi. Tilanteissa, joissa potilas ei ymmärtänyt mitä hoitaja oli tekemässä, kosketus koettiin pakottavaksi sekä dominoivaksi. (Routasalo 1997, 41.)

9 SOSIAALISHAPTINEN KOMMUNIKAATIO

9.1 Sosiaalishaptinen kommunikointi

Riitta Lahtinen (kasvatustieteen tohtori, Suomen kuurosokeat ry:n kommunikaatiopäällikkö) ja hänen miehensä Russ Palmer (musiikkiterapeutti) ovat kehittäneet sosiaalishaptista kommunikaatiota 1990-luvun alusta lähtien. Sosiaalishaptisella kommunikaatiolla tarkoitetaan kosketuksen välityksellä tapahtuvaa viestintää. Lahtinen on muilta ammateiltaan sairaanhoitaja, luokanopettaja, viittomakielentulkki, kuvailutulkki ja liikkumistaidon ja näönkäytön ohjaaja. Hän on luennoinut yhdessä Palmerin kanssa eri maissa sosiaalishaptisesta kommunikaatiosta kuurosokeille henkilöille, heidän omaisilleen ja eri alojen ammattilaisille. Palmer sai Usher-diagnoosin 21-vuotiaana 1980 ja valmistui musiikkiterapeutiksi 1999 erikoisalanaan aistivammaisten musiikin havaitseminen vibraationa, josta hän on pitänyt luentoja useissa maissa. (Lahtinen 2008, 11; Lahtinen 2019.)

Sosiaalishaptista kommunikaatiota voi hyödyntää kaikkien henkilöiden kanssa, joilla on kommunikaatio- tai hahmottamisvaikeuksia. Erityisesti kuurosokeat, kuulonäkövammaiset ja näkövammaiset ovat hyötyneet kyseisestä kommunikaatiomenetelmästä. Sitä voidaan käyttää itsenäisenä kommunikaatiomuotona tai puheen, huulioluvun, viittomisen, taktiiliviittomisen ja kirjoituksen tukena. Sosiaalishaptinen kommunikointi mahdollistaa tilaan orientoitumisen, sosiaalisen osallistumisen ja kokemusten jakamisen kuulo- ja näköaistien ollessa heikot. (Lahtinen & Palmer 2014, 10–11, 33.)

Normaali kommunikaatio tapahtuu eri aistikanavien kautta. Yhden niistä heikentyessä, alkaa henkilö tietoisesti keskittymään niihin, jotka vielä toimivat. (Lahtinen 2008, 22.) Aikuisiällä kuuroutumiseen liittyy turhautumista, joka johtuu ympäristötiedon menetyksen ja siihen osallistumisen vaikeutumisesta. Kosketuksen kautta tapahtuva viestintä on mahdollisuus lisätä ja laajentaa kommunikaatiota. (Lahtinen 2008, 25.)

Sosiaalishaptisessa kommunikaatiossa käytettävillä haptiiseilla harjaantuneet osapuolet voivat muun muassa antaa pikaviestejä, kuvailla tilaa, reittejä ja esineitä ja ilmaista tunnetiloja (Lahtinen & Palmer 2014, 21). Menetelmää voidaan

käyttää kokonaisvaltaisena kommunikaatiomenetelmänä, jos molemmat osapuolet ovat kokeneita ja toimivat sekä lähettävänä että vastaanottavana osapuolena (Lahtinen 2008, 22). Kun kosketusviesti tehdään kädellä tai esineellä, kutsutaan sitä ensimmäisen tason haptiisiksi (Lahtinen 2019).

Sosiaalishaptinen kommunikaatio koostuu haptiiseista ja hapteemeista. Haptiisilla tarkoitetaan keholle kosketuksella välitettyä yksittäistä viestiä. Haptiisi koostuu hapteemeista eli kehomuuttujista. Hapteemeja ovat muun muassa kosketuksen kesto, painovoima, laajuus, toistumistiheys ja rytmi. Hapteemin tekotavalla muutetaan haptiisilla välitettävän viestin sisältöä. (Lahtinen 2008, 140.) Peräkkäisten haptiisien tekeminen on sosiaalishaptista kommunikointia. Verraten kielelliseen viestintään haptiisia voidaan kuvata yhtenä sanana, jolloin peräkkäisistä haptiiseista muodostuisi lause. (Lahtinen 2019.)

Ihmisen kehoalueet jaetaan sosiaalisiin (yläselkä, olkapäät, käsivarret ja kämmenet), luvanvaraisiin (jalat, ranteet ja suu), herkkiin (kehon etuosa, niska ja kasvot) ja intiimeihin alueisiin (Lahtinen 2008, 33). Sosiaalisille kehoalueille hapteeraus on käytännöllistä ja yksityisyyttä kunnioittavaa (Lahtinen & Palmer 2014, 19). Kohdatessa kuulo- ja näkövammainen potilas on tärkeää kyetä esittäytymään hoitohenkilökunnaksi. Silloin potilas kykenee orientoitumaan hoitotilanteeseen ja hyväksymään kosketuksen myös niillä kehoalueilla, joihin normaalissa sosiaalisessa kanssakäymisessä ei kosketa. (Lahtinen 2019.)

Kosketus jaetaan passiiviseen ja aktiiviseen kosketukseen. Passiivisessa kosketuksessa vastaanottaja on subjekti ärsykkeelle. Tästä esimerkkinä tilanne, jossa kosketetaan henkilön ihoa tai liikutetaan objektia henkilön iholla tai henkilö tuntee objektin ihollaan. (Lahtinen 2008, 28.) Passiivisesta kosketuksesta henkilö kykenee erottamaan useita eri ärsykkeitä muun muassa kosketuksen kohta, kesto, toisto, painovoima ja kontaktin laajuus sekä liikkeen suunta, reitti ja vauhti. Kosketuksen prosessoinnissa eli merkityksen luomisessa on saatujen ärsykkeiden lisäksi mukana tunteet ja asiayhteys. Erityisesti asiayhteydellä on tässä merkittävä rooli. (Lahtinen 2008, 29–30.)

Kun henkilö itse tuottaa aktiivisesti liikettä hankkiakseen tietoa tutkittavasta objektista, puhutaan aktiivisesta kosketuksesta. Aktiivisella kosketuksella henkilö

saa tietoa ympäristöä koskevasta tilasta, pintojen eroista ja avaruudellisista suhteista. (Lahtinen 2008, 28.) Haptisella tutkimisella henkilö hahmottaa lähietäisyydellä olevaa tilaa ja täydentää näin aistikokemusta ympäristöstään kosketuksen avulla. Kosketuksella hankittu tieto tukee heikentyneitä pääaisteja. (Lahtinen 2008, 30.)

Mitä merkittävämpi henkilön kuulo- ja näkövamma on, sitä enemmän tilaan ja ympäristöön orientoituminen tapahtuu tuntoaistin kautta. Heikkojen pääaistien vuoksi muutokset tilassa jäävät huomaamatta, mutta niistä on mahdollista tiedottaa kosketuksen avulla. Harjaantuneet osapuolet kuvailevat tilan, siinä olevat esineet ja ihmiset ja niiden sijainnin selkään hapteeraamalla. (Lahtinen 2019.)

Haptinen vastaanottojärjestelmä prosessoi passiivisen ja aktiivisen kosketuksen välittämää tietoa. Tietoa saadaan sekä passiivisesti omasta kehosta ja sen suhteesta ympäristöön, että käyttämällä kehoa aktiivisesti ympäristön tutkimiseen. Haptinen orientoituminen tilaan, objekteihin ja muihin ihmisiin on siis vuorovaikutuksellista ympäristön kanssa ja tapahtuu kaiken tuntoaistin välittämän tiedon avulla. (Lahtinen 2008, 30–32.) Ihmisen kyky eritellä ja tulkita kosketusaistin välittämää tietoa haptisen järjestelmän avulla mahdollistaa myös kosketusvälitteisen viestinnän eli sosiaalishaptisen kommunikaation.

Kuulo- ja näkövammaisen kanssa kommunikoidessa on tärkeää optimoida jäljellä olevien aistien käyttö kiinnittämällä huomio valaistusolosuhteisiin ja minimoida taustahäly, jotta audiovisuaalisten viestien hahmottamiseen tarvittava kontrasti saavutettaisiin (Lahtinen 2008, 20). Valaistuksen suhteen on tärkeää huomioida ja mahdollisuuksien mukaan korjata tilan hämäryys, liiallinen kirkkaus ja näkövammaista kohti suunnattu valo (Lahtinen 2008, 27). Näkövammaisten hämäränäkökyky on usein huono, joten pelkästään valaistuksen korjaaminen parantaa jäljellä olevan näkökyvyn hyödyntämistä. Näkövammaisilla on taipumusta häikäistymisherkkyyteen. Erityisesti potilaat, joilla on kaventunut näkökenttä, häikäistyvät helposti suorasta valosta. Hoitajan tulee asettua potilaan kanssa samalle tasolle, jottei kattovalaistus häikäise potilasta. Näin potilas kykenee hyödyntämään mahdollisesti kaventunutta näkökenttäänsä huuliolukuun. (Lahtinen 2019.)

Jäljellä olevan kuulon hyödyntämistä vaikeuttavat ympäristön häly ja kaiku (Lahtinen 2008, 27). Kuulovammaisen kyky erotella ääniä toisistaan on heikentynyt, mikä johtaa kuultujen äänien puuroutumiseen, mikäli äänilähteitä on useita. Jäljellä olevan kuulon hyödyntäminen parantaa myös visuaalisten viestien tulkintaa. (Lahtinen 2019.) Auditiivisen ja visuaalisen kanavan kautta saatu tieto yhdistettynä kosketuksella välitettyyn viestiin varmentaa ja yhdistää aistihavaintojen oikeellisuutta (Lahtinen 2008, 28). Kosketusviestintä eli hapteeraus on kommunikaatiokanavana aina käytettävissä, riippumatta ympäristön valaistuksesta, metelistä tai pääaistien heikentymisestä (Lahtinen & Palmer 2014, 15).

9.2 Tuotoksen sisältö

Tuotoksen sisältö pohjautuu Lahtisen kehittämiin sairaalahaptiiseihin ja hänen opettamiinsa sosiaalishaptisen kommunikaation keinoihin (Lahtinen, Palmer & Tuomaala 2013). Niitä on tuotoksen videoinnin yhteydessä sovellettu paremmin ensihoitoon sopiviksi yhdessä Lahtisen kanssa. Valituilla haptiiseilla tiedotetaan kuulo- ja näkövammaista potilasta tutkimisen ja hoidon aloituksen tapahtumista edeltävästi. Tiedottamalla potilasta kosketusviesteillä tehtävistä tutkimuksista ja hoidon aloittamisesta, potilaan on mahdollista orientoitua hoitotilanteeseen sekä tapahtumiin. Näin voidaan lisätä potilaan hoitomyönteisyyttä sekä parantaa potilaan kokemusta ensihoitotilanteessa. Hoitaja ilmoittaa aina läsnäolostaan saapuessa ja poistuessa henkilökohtaiselta alueelta kosketuksella potilaan sosiaaliselle kehoalueelle.

<u>Kohteeseen saapuminen, valaistuksen parantaminen ja esittäytyminen</u>

Näön heikentyessä hyvä valaistus on tärkeää, jotta potilas voi käyttää jäljellä olevaa näkökykyään. Hoitajan tulee asettua potilaan kanssa samalle tasolle, jotta potilaan ei tarvitse katsoa valaistusta kohden, näin kattovalaistus ei häikäise potilasta. Erityisesti näkökentän kaventumasta kärsivät häikäistyvät helposti. Mahdollinen näkökentän kaventuma huomioiden on hyvä asettua potilaan katsekentän keskelle ennen puhumisen aloittamista. Tällöin potilaan on mahdollista tunnistaa henkilö ensihoitajaksi, mikäli näkökykyä on riittävästi ja/tai hyödyntää jäljellä olevaa näköään huulilta lukemiseen.

Olkapää on sosiaalinen kehoalue ja ensikosketus on hyvä tehdä yksityisyyttä kunnioittavalle kehoalueelle. Olkapäähän koskemalla hoitaja ilmoittaa henkilökohtaiselle alueelle saapumisesta ja saapumisen suunnan. Tervehtiminen tulee tehdä kuuluvalla äänellä ja selkeästi artikuloiden. Esittäytyäkseen hoitohenkilökunnaksi hoitaja voi ojentaa potilaalle yleisesti tunnetun hoitovälineen kuten stetoskoopin, jota tunnustelemalla potilas voi ymmärtää kuka hänen lähelleen on saapunut. Stetoskoopin kalvo-osan asettaminen potilaan rinnalle auttaa potilasta ymmärtämään esineen käyttötarkoituksen.

Tunnistautuminen mahdollistaa potilaan orientoitumisen hoitotilanteeseen sekä tuleviin tapahtumiin. Hoitohenkilökunnalla on lupa koskea potilasta myös luvanvaraisiin, herkkiin sekä intiimeihin alueisiin tutkimusten ja hoidon yhteydessä. Esittäytymisen onnistuminen mahdollistaa sujuvan tutkimisen sekä hoidon aloittamisen.

Saturaatio- ja verenpainemittaus

Ilmoittaakseen uudelleen henkilökohtaiseen tilaan saapumisesta ja lähestymissuunnasta, hoitaja koskee potilaan sosiaaliselle kehoalueelle, kämmenselkään. Hoitaja antaa hapteeraamalla ennakoivan viestin saturaatiomittarista puristamalla potilaan sormesta ennen mittarin laittoa. Mittarin laiton jälkeen hoitaja puristaa uudelleen, jotta potilas ymmärtää mittarin jäävän sormeen.

Verenpainemittarin laittaminen toiseen käteen. Potilaalle ilmoitetaan kosketuksella toiseen kämmenselkään jälleen henkilökohtaiseen tilaan saapumisesta. Hoitaja pysyy kosketuskontaktissa liu'uttamalla käden olkavarteen, näin hoitajan toimet pysyvät potilaalle loogisina. Ennakoivana viestinä verenpaineenmittauksesta hoitaja tekee haptiisin olkavarteen kevyesti puristamalla. Mansetin laiton jälkeen mittauksen aloituksesta viestitään kevyellä puristuksella mansetin päältä. Ilmoittaakseen poistumisestaan potilaan henkilökohtaisesta tilasta hoitaja viestittää siitä liu'uttamalla kätensä takaisin potilaan kämmenselkään ennen kosketuskontaktin lopettamista.

EKG-elektrodien laitto ja riisuminen

Henkilökohtaiseen tilaan saapuminen ja lähestymissuunnan ilmoitus kosketuksella sosiaaliselle kehoalueelle. Potilaan käteen annetaan elektrodi, jota hän tutkii ensin kosketuksella ja sen jälkeen hoitaja näyttää potilaan kädestä ohjaamalla mihin elektrodit tulevat. Näin potilaan on mahdollista tunnistaa tapahtuva tutkimus sekä orientoitua siihen. Riisumisen on hyvä tapahtua potilaan kanssa yhteistyössä. Potilaan kädestä ohjaamalla potilaalle viestitään mitä hänen halutaan tekevän ja potilas voi hoitaa riisumisen itse. Hoitaja siis ohjaa potilaan käden riisumisen aloittamiseen.

EKG-rekisteröinti

Kosketuskontaktin luominen koskemalla olkapäähän ja potilaan rauhoittelu muutamalla silityksellä. Ekg-rekisteröinnin aloituksen jälkeen potilaan on pysyttävä liikkumatta, jonka vuoksi hoitaja pitää kohtuullisen paineen kosketuksella kumpaakin kättään potilaassa kiinni. Toinen käsi voidaan sijoittaa reidelle. Potilaalle ilmoitetaan ekg-rekisteröinnin päättyminen taputuksella vartalolle.

Puristusvoimien testaus

Hoitaja luo ensin kosketuskontaktin ja vie sen jälkeen ristikkäisen kättelyotteen loppuun. Hoitaja pyrkii mallintamalla eli omia käsiään puristamalla viestittämään potilaalle “purista”, jos potilas ei reagoi tähän voidaan vetämällä potilasta eteenpäin saada reaktionomainen puristus. Näin saadaan testattua käsien puristusvoimat, jos potilas on kykenemätön ottamaan puhuttua ohjeistusta vastaan.

Happihoidon aloittaminen

Potilaalle annetaan happimaski käteen. Tunnustelemalla eli haptisella tutkimisella, potilaan on mahdollista tunnistaa esine ja orientoitua tulevaan tapahtumaan. Happimaskin ollessa potilaan kädessä, hoitaja ohjaa maskin potilaan kasvoille. Näin potilas pysyy tietoisena tapahtumista, vaikka muut kommunikaatiokanavat eivät olisi käytettävissä.

Suoniyhteyden avaaminen ja nestehoidon aloittaminen

Jos kosketuskontakti luodaan kämmeneen, liu'uttaa hoitaja kätensä potilaan olkavarteen, jotta kosketuskontakti ei katkea ennen staassin laittoa. Potilaalle annetaan letkutettu nestepussi käteen tunnusteltavaksi. Pelkkä staasin laitto viestii potilaalle verikokeen ottamisesta, nestepussin tunnustelu kertoo kyseen olevan kanyloinnista. Staassin laitolla ja nestepussia tunnustelemalla potilaalla on mahdollisuus orientoitua tulevaan hoitotoimenpiteeseen. Ennen kanylointia tehdään kanyylin laittoa imitoiva haptiisi. Se tehdään sormenpäällä kanyloitavaan kohtaan kohtuullisella paineella ja selkeästi erillisenä liikkeenä, jotta sen erottaa muusta kosketuksesta.

Kaarimalja pahoinvointia varten

Hoitaja ojentaa potilaalle kaarimaljan ja ohjaa sen rinnan tasolle. Tämän jälkeen hoitaja tekee pyörivän liikkeen potilaan vatsalle. Kaarimaljan tunnustelun ja hoitajan tekemän haptiisin avulla potilas voi ymmärtää mikä annetun esineen tarkoitus on.

Siirtyminen kantotuoliin ja käsien pitäminen sylissä

Kantotuoli asetetaan potilaan viereen kosketusetäisyydelle. Hoitaja ohjaa potilasta tunnustelemaan kantotuolia. Tällä haptisella tutkimisella potilas orientoituu tuolin sijaintiin ja hahmottaa millaisesta tuolista on kyse. Potilaan käsi jätetään tuolille ja hoitaja avustaa potilasta siirtymisessä toisesta kädestä ohjaten. Potilaan valkoinen keppi on hyvä ottaa mukaan kotiutumista ajatellen. Ennen liikkeelle lähtöä voidaan viestittää "pidä kädet sylissä" painamalla potilaan olkavarsia kehoa vasten. Tämä on hyvä toistaa ennen ambulanssiin nostamista.

10 HYVÄ OPPIMATERIAALI

Oppimistyylit jaetaan neljään ryhmään. Visuaaliseen eli näköaistiin perustuvaan, auditiiviseen eli kuuloaistiin perustuvaan, kinesteettiseen eli tekemällä ja kokeilemalla oppimiseen sekä taktiiliin eli tuntoaistin välityksellä oppimiseen. Usein puhuttaessa oppimistyyleistä kahdesta viimeisimmästä puhutaan yhdistelmänä, kinesteettis-taktiilisena. Yleensä ihminen ei opi vain yhdellä oppimistyylillä, vaan oppiminen koostuu monesta tyylistä. (Kokkinen, Rantanen-Väntsi & Tuomola 2008, 20–23.)

Keskeisimpiä opetusperiaatteita käytännön opetustyössä ovat muun muassa havainnollistaminen ja konkretisointi, aktivointi, yhteistoiminta ja yksilöinti. Havainnollistavalla tarkoitetaan aisteja hyödyntävää oppimista. Konkreettisella tyylillä tarkoitetaan asian opettamista lähellä elettävää todellisuutta. Tämä mahdollistaa uuden opittavan asian liittämisen jo tiedettävään asiaan. (Vuorinen 1993, 39–43.) Opinnäytetyön oppimateriaali on toteutettu osittain videon muodossa, jotta kirjallinen osio saa havainnollistavaa ja konkreettista tukea. Kuvallisen ilmaisun keskeisiä tehtäviä opetuksessa ovat informatiivisuus, kokonaisuuden hahmottaminen, mielikuvien välittäminen, tunteiden herättäminen. Kuvallinen ilmaisu helpottaa myös muistamista ja mieleen palauttamista. (Vuorinen 1993, 150.)

“Aikuisten oppiminen on eriytynyt koulutuksessa oppimiseen ja arkielämän tekemällä oppimiseen” (Korhonen 2003, 24). Opetuksessa tietoa välitetään irrallisena, jolloin opiskelija oppii tiedon passiivisesti eikä osaa yhdistää sitä arkikokemuksiin. Oppimisen tulisi tämän tulkinnan mukaan tapahtua osana kontekstia, jolloin opittava asia on helpompi jäsennellä ja ohjaa oppimista. (Korhonen 2003, 24.)

Salakari (2007, 25) esittelee kirjassaan taitojen oppimisen vaiheet kolmijakoisena prosessina Fitts (1990, 284–287) mukaisesti. Ensimmäinen vaihe on kognitiivinen, jolloin opitaan työn periaatteet. Opittavaa asiaa analysoidaan ja kuvaillaan sanallisesti. Menettelytapoja ja odotettavissa olevaa tapahtumaa sekä korostettavia asioita kuvaillaan, myös virhemahdollisuuksia pohditaan. Toinen vaihe on kiinnittämisvaihe, jolloin opittujen taitojen periaatteita harjoitellaan. Jatkuvalla

harjoituksella oikeat käyttäytymismallit saadaan kiinnitettyä ja virhesuoritusten määrä putoaa lähes nollaan. Monimutkaisissa tehtävissä vaihe voi kestää useita viikkoja. Viimeisessä vaiheessa eli automaatiovaiheessa, oppija lisää joko nopeutta tai tarkkuutta virheettömissä suorituksissa, kehittää stressinsietokykyään tai pystyy vähentämään muita häiriötekijöitä työssään. (Salakari 2007, 25; Fitts 1990, 284–287.)

PowerPoint- esityksessä esiteltävä tieto tulee olla rajattu olennaiseen kohderyhmää ajatellen, jotta esitys olisi selkeä ja mielekäs seurata. Rajausta helpottaa ennalta määritelty kohderyhmä. Esityksessä kerrotaan tällöin teoria niiltä osin kuin se heille on tärkeätä tai kuinka heidän toivotaan toimivan tulevaisuudessa. (Lammi 2009, 28.) Viestin selkeyteen sekä miellyttävyyteen voidaan vaikuttaa tekstin sommittelulla. Symmetria koetaan usein kauniiksi ja turvalliseksi, koska sitä nähdään ympäristössä sekä luonnossa paljon. Epäsymmetria taasen aiheuttaa epämukavuutta ja tuntuu luonnottomalta. (Lammi 2009, 103.)

Verkko-oppimateriaali voi pitää sisällään kirjoitettua tekstiä, ääntä, liikkuvaa kuvaa tai kolmiulotteisia elementtejä. Oppimateriaalin tekoon laaditaan käsikirjoitus. (Kalliala 2002, 14, 64.) Verkko-oppimateriaalia hyödynnetään usein lähiopetuksen tukena, koska sillä pystytään havainnollistamaan opetettavaa asiaa videoiden ja audiotiedostojen tai kuvien avulla (Keränen & Penttinen 2007, 20).

Oppimateriaalin kirjallisessa osiossa tulee huomioida värin valinta taustaan suhteutettuna. Tekstin värin tulee erottua selkeästi eikä se saa olla este oppimiselle. Tekstin väriksi suositellaan mustaa tai valkoista taustan tummuudesta riippuen. (Keränen & Penttinen 2007, 101.) Väreillä voidaan kuitenkin tehostaa viestintää, koska väri ohjaa katsetta. Erityisesti punainen kiinnittää huomion, mutta myös muut kirkkaat ja puhtaat värit korostuvat. On kuitenkin huomioitava sivun muu väritys ja minkälainen kokonaiskontrasti sivulle muodostuu. Yhdessä diaesityksessä suositellaan rajoittamaan 3–5:een väriin. Samasta väristä voidaan kuitenkin käyttää eri kirkkausasteita. Korostettavien värien tulisi olla johdonmukaisia läpi esityksen, esimerkiksi otsikkotekstin värin tulisi pysyä saman värisenä. Silmän linssi ei kykene kohdistamaan kahteen kovin poikkeavaan valon aallonpituuteen samanaikaisesti, jonka vuoksi vastavärien käyttöä ei suositella. (Lammi 2009, 66–70.)

Katsojan huomio tulee ohjata muistamisen arvoisiin asioihin. Diaesityksessä tulee olla vain asiaan liittyvää visuaalista sisältöä. Kuvien ja koristeiden liittäminen mielenkiinnon lisäämisen tai tyylikkyyden hakemisen tarkoituksessa voi häiritä tarkkaavaisuutta tai kuormittaa työmuistin kapasiteettia. Aineisto suositellaan pilkkomaan yksinkertaisiksi dioiksi, esimerkiksi yksi idea yhdelle dialle, joka tehostaa aineiston mieleen painamista. Muita keinoja, joilla voidaan edistää mieleen painamista ovat asian yhdistäminen johonkin ennestään tuttuun symboleilla ja väreillä. Katsojan ei kuitenkaan tule ponnistella selvittääkseen merkitystä tehosteille, vaan on pysyttävä vakiintuneissa käytänteissä. (Lammi 2009, 130–131.)

Verkko-oppimateriaaliin valittu aineisto, esimerkiksi videoklipit, ohjaavat oppijoiden ajattelua ja toimintaa. Aineiston tarkoituksena voi tällöin olla jonkin täysin uuden asian opettaminen. Osaamisen kehittäminen ja ajattelun syventäminen voidaan mahdollistaa aineiston oikealla järjestelyllä. (Koli 2008, 105.) Videon käytöstä verkko-oppimateriaalissa ohjeistetaan sen pituudeksi alle minuuttia. Lyhyessäkin videossa pystytään välittämään paljon tietoa kuvan avulla. Lähikuva ihmisistä tai toiminnoista soveltuu parhaiten opetusmateriaaliin. Videon tulisi pyrkiä havainnollistamiseen sekä vakuuttamaan ja synnyttämään mielikuvia. (Keränen & Penttinen 2007, 198.)

11 POHDINTA

Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa tiedeyhteisön pelisääntöjen noudattamaista ja kunnioittamista. Hyvä tutkimuskäytäntö tarkoittaa, että tutkimus on tehty tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhaku- ja tutkimusmenetelmiä hyödyntäen. Muiden tutkijoiden tutkimuksiin tulee viitata rehellisesti ja vilpittömästi ja niiden merkitys tulee nousta esiin tutkimuksen julkaisussa. Edellinen osoitetaan tarkoilla lähdeviitteillä. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi kuuluvat kaikki hyvään tieteelliseen käytäntöön. Rahoituksesta, aineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista tulee sopia kaikkien tutkimuksen osapuolten kesken kirjallisesti. Tutkijoiden on arvioitava oma esteellisyytensä ja tarvittaessa pidättäydyttävä tutkimuksesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7; Vilkka 2015, 41–47).

Opinnäytetyön luotettavuuteen ja eettisyyteen panostimme alusta alkaen. Kaikkien opinnäyteyöhön osallistuvien osapuolten kanssa sovittiin yhteisymmärryksessä käyttö- ja julkaisuoikeuksista. Tutkimusluvat haettiin Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan. Vapaaehtoisten rooli opinnäytetyön tuotokseen liittyvissä kuvauksissa käy ilmi sopimuksesta ja heidän nimien julkaisemiseen opinnäytetyössä on saatu lupa.

Yhtenä luotettavuutta heikentävänä seikkana voi nähdä lähteiden vähäisyyden liittyen sosiaalishaptiseen kommunikaatioon. Lähteenä oli käytännössä vain menetelmän luojan, Riitta Lahtisen, kirjoittamat kirjat ja väitöskirja. Toisaalta lähteiden vähäisyyttä korvaa Lahtisen perehtyneisyys ja todella laaja osaaminen eiverbaalisiin kommunikaatiomuotoihin, jonka hän on elämäntyöllään hankkinut. Lahtinen on alallaan kansainvälisellä tasolla arvostettu ammattilainen ja omaa paljon aistirajoitteisten kommunikaatioon liittyvää erityisosaamista. Lähteiden vähyys on sallittavaa toimintatapojen kehittyessä uuteen suuntaan. Meille oli alusta asti selvää, että tahdomme Lahtisen toimivan laadunvalvojana opinnäytetyömme tuotosta tehdessä ja niissä teoriaosuuksissa, jotka käsittelivät sosiaalishaptista kommunikaatiota.

Opinnäytetyön tuotokseen kuuluvien videoiden kuvaamisessa oli läsnä Lahtinen ja Kuurosokeat ry:stä Sanna Nuutinen, joka sairastaa Usherin oireyhtymää. Nuutinen ja Lahtinen yhdessä opettivat opinnäytetyöntekijöitä kädestä pitäen kosketusviestien oikeaa tekniikkaa ja syvensivät meidän ymmärrystämme aiheeseen. Tuotoksessamme esiteltävät sosiaalishaptisen kommunikoinnin keinot todettiin tämän tapaamisen myötä toimiviksi sekä informatiivisiksi. Luotettavuutta olisi lisännyt suuremmalla kohderyhmällä metodien kokeileminen. Ajallisesti meillä ei ollut mahdollista toteuttaa tätä. Teimme meille opetetuista ja kerrotuista asioista muistikirjamerkintöjä, joita myöhemmin kirjasimme opinnäytetyöhön. Lahtinen on tarkistanut ja hyväksynyt opinnäytetyön sosiaalishaptista kommunikointia käsittelevän osion ja tuotoksen sisällön.

Tarkastelua prosessista ja tuotoksesta.

Sosiaalishaptisen kommunikaation ollessa meille kummallekin aiheena täysin uusi, olisi siihen pitänyt tutustua tarkasti jo aikaisemmassa vaiheessa. Tämä olisi johtanut toisenlaiseen rajaukseen, ellei jopa aihevalintaan. Aiheeseen tutustumista vaikeutti Lahtisen väitöskirjan huono saatavuus. Aiheen rajaaminen oli suurin haasteemme. Jokaisella tapaamisella meillä oli uusia ideoita, kuinka voisimme saada työstämme paremman ja hyödyllisemmän. Aikataulutimme työn heti alkuvaiheessa, mutta aikataulussa pysyminen kuitenkin tuotti haasteita. Aikataulun suunnittelussa olisi pitänyt ottaa paremmin huomioon myös työelämäkumppanin tapaamisten ajoittaminen aikaisempaan vaiheeseen.

Opinnäytetyön olisi voinut rajata koskemaan pelkästään kuurosokeita. Tämä olisi järkevöittänyt tuotosta ja lyhentänyt teoriaosuuden pituutta. Tämän tajutessamme olimme kuitenkin tehneet jo suurimman osan kuulo- ja näkövammojen teoriaosuudesta. Rajausta teimme kuulovammojen ja näkövammojen syiden ja sairauksien valinnassa. Päädyimme esittelemään vain yleisimmät, jotta emme uppoutuisi “epäolennaisuuksiin”. Oli myös vaikea löytää samanarvoista tietoa kuulo- ja näkövammaisten lukumääristä ja sairauksien yleisyydestä.

Opinnäytetyön haluttu muoto oli päätetty hyvissä ajoin. Tuotoksemme on digitaalista sekä verkko-oppimateriaalia eri lähteiden mukaan, joka tuotti haasteita oppimateriaalia käsittelevän teorian kasaamisessa. Meidän oli haasteellista löytää luotettavia aihetta käsitteleviä lähteitä ja ne lähteet joita käytimme, eivät selkeällä

tavalla erotelleet digitaalista ja verkko-oppimateriaalia näiden mennessä osin päällekkäin. Onneksi tämä epäselvyys ei vaikuttanut heikentävällä tavalla tuotoksen toteutukseen.

Kehitysehdotukset

Lahtisen mukaan työssämme esittelemiä sosiaalishaptisia kommunikoinnin keinoja voidaan käyttää myös lasten, vanhusten ja päihtyneiden kanssa. Alkuperäisissä ajatuksissa työmme olisi sisältänyt kohtaamisen kaikkien potilasryhmien kanssa, laajuuden takia jouduimme rajaamaan näitä opinnäytetyöstämme pois. Lasten kanssa käyttö olisi aiheellista, kun kielellinen kehitys tai ymmärrys ei ole vielä riittävällä tasolla. Vanhusten kanssa esimerkiksi dementoituneille tai terminaalivaiheessa oleville. Edellä mainituista ei myöskään löytynyt kirjallista teoriaa, jolloin asiaa olisi pitänyt lähestyä erilaisella tutkimuksella. Sosiaalishaptisen kommunikoinnin käyttöä voidaan kuitenkin suositella näillä ryhmillä tutkittavaksi seuraavalle aiheesta kiinnostuneelle.

Eräs ideoistamme, jonka halusimme toteuttaa opinnäytetyön yhteydessä, oli karkean neurostatuksen tutkiminen kuulo- ja näkövammaiselta potilaalta. Ideoimme mahdollisia toteutustapoja Lahtisen kanssa. Nämä olisivat kuitenkin vaatineet aikaisempaa sosiaalishaptisen kommunikoinnin osaamista potilaalta. Halusimme tutkimiseen kuitenkin toisen mielipiteen ja otimme Tays:n Neurologiin Jyrki Ollikaiseen yhteyttä asian tiimoilta. Ollikainen innostui asiasta ja pyysi tapaamiseen mukaan puheterapeutin sekä toimintaterapeutin. Tapaamisessa heiteltiin ideoita puolin ja toisin. Lopputuloksena oli hyvinkin käyttökelpoisia keinoja tutkia neurologinen status kaikilta sellaisilta potilailta, jota ei voida ohjeistaa suullisesti tutkimisen yhteydessä. Jouduimme kuitenkin toteamaan, että aihe vaatisi suurempaa tutkimusta ja olisi itsessään ollut riittävän laaja opinnäytetyöksi.

Esittelimme taitojen oppimisen vaiheet teoriassamme ja mielestämme sosiaalishaptinen kommunikointi on myös taito, jonka oppii sitä tekemällä. Sosiaalishaptista kommunikointia voisi harjoittaa kliinisen osaamisen orientoivien harjoitteluiden yhteydessä, jolloin siitä jäisi vahvempi muistijälki. Opiskelijoiden olisi hyvä myös itse kokeilla miltä tuntuu, kun kaksi aistia otetaan pois ja pari tekee tutkimuksia. Kuten alkuvaiheessa esimerkiksi perusmittausten teko, kanylointi ja laverisuihkut luokkalaisille.

Opinnäytetyön myötä teimme molemmat ensimmäistä kertaa näin laajaa kirjoitustyötä. Opinnäytetyön teko opetti meille työn porrastamista, sisällön suunnittelua ja toteutusta. Olemme oppineet, että lähdemateriaaliin tutustumiseen ja työn suunnitteluun kuluu enemmän aikaa kuin ennen tämän työn aloittamista oletimme. Opimme myös, että mitä paremmin taustatyön tekee, sitä helpommin ja lyhyemmässä ajassa varsinainen opinnäytetyön raportointi sujuu. Opinnäytetyön teko oli kurjuudestaan huolimatta mukavaa. Täydensimme omilla vahvuuksillamme toistemme heikkouksia.

LÄHTEET

Airaksinen, P. & Tuulonen, A. 2011. Glaukooma. Teoksessa Saari, M. (toim.) Silmätautioppi. 6.painos. Helsinki: Kandidaattikustannus oy, 279–301.

Avela, K. 2009. CHARGE-oireyhtymä. Julkaistu 31.07.2009. Päivitetty 1.2.2018. Kääriäinen, H. Luettu 17.8.2019. https://www.norio-keskus.fi/tietoa/diagnoo-sikohtaista-tietoa/charge-oireyhtyma.html

Blomgren, K. 2018. Otoskleroosi. Duodecim terveyskirjasto. Julkaistu 15.08.2018. Luettu 13.12.2019. https://www.terveyskir-jasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00848

Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, A., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. painos. Helsinki: Suomen punainen risti.

Enäkoski, R. & Routasalo, P. 1998. Kosketuksen voima. Helsinki: Kirjayhtymä oy.

Fitts, P. 1990. Factors in complex skill training. In Venturino, M. (Ed.): Selected readings in human factors (pp.275–295). Santa Monica, CA: Human Factors Society.

Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. 2012. Ihmisen fysiologia. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Huotilainen, M. 2006. Hermoston kehitys ennen syntymää. Teoksessa Hämäläinen, H., Laine, M., Aaltonen, O. & Revonsuo, A. (toim.) Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus. Turun yliopisto, 138–145.

Hämäläinen, H. & Kekoni, J. 2006. Tunto ja kehonkaava. Teoksessa Hämäläinen, H., Laine, M., Aaltonen, O. & Revonsuo, A. (toim.) Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus. Turun yliopisto, 167–176.

Jauhiainen, T. 2007. Huonokuuloisuus. Huonokuuloisuutta aiheuttavat sairaudet ja muutokset. Vantaa: Dark Oy.

Kaarniranta, K. 2018. Silmänpohjan ikärappeumat. Teoksessa Seppänen, M., Holopainen, J., Kaarniranta, K., Setälä, N. & Uusitalo, H. (toim.) Silmätautien käsikirja. Helsinki: Duodecim, 191–196.

Kalliala, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo-tuotteet.

Kokkinen, A., Rantanen-Väntsi, L. & Tuomola, A. 2008. Aikuisen oppijan kirja. 1. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Koli, H. 2008. Verkko-ohjauksen käsikirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Korhonen, V. 2003. Oppijana verkossa. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2018. Ensihoito. 6.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuuloliitto ry. n.d.a. Kuulo ja kuulovammat. Luettu 15.8.2019. https://www.kuuloliitto.fi/kuulo/kuulo-ja-kuulovammat/

Kuuloliitto ry. n.d.b. Vapaa-ajan melu. Luettu 20.11.2019. https://www.kuuloliitto.fi/vapaa-ajan-melu/

Kuulovammainen: Duodecim. n.d. Duodecim sanakirjat. Luettu 15.10.2019. https://www-terveysportti-fi.libproxy.tuni.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q//kuulovammainen

Kuurosokea: Duodecim. N.d. Duodecim sanakirjat. Luettu 20.10.2019. https://www-terveysportti-fi.libproxy.tuni.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q//kuurosokea

Lahtinen, R. & Palmer, R. 2014. Kehotarinoita haptiiseilla. Kosketusviestejä kaikenikäisille. Helsinki: Riitta Lahtinen.

Lahtinen, R. 2008. Haptiisit ja hapteemit. Tapaustutkimus kuurosokean henkilön kosketukseen perustuvan kommunikaation kehityksestä. Soveltavan kasvatustieteen laitos. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Lahtinen, R. Kasvatustieteiden tohtori. 2019. Haastattelu 12.11.2019. Haastattelija Vanhala, E. & Lukkarila, V. Tampere.

Lahtinen, R., Palmer, R. & Tuomaala, S. 2013. Heräämössä käytettyjä haptiiseja eli kehoviestejä. Suomen kuurosokeat ry. Julkaistu 2013. Luettu 9.11.2019. https://kuurosokeat.fi/wp-content/uploads/2019/06/Sairaala-haptiisit.pdf

Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti. Laadi selkeä esitys. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro Oy/Docendo.

National institute on deafness and other communication disorders. 2017. Usher syndrome. Päivitetty 16.3.2017. Luettu 11.11.2019. https://www.nidcd.nih.gov/health/usher-syndrome

Nordic Welfare Centre. n.d. Nordic definition of deafblindness. Luettu 16.8.2019. https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2018/03/nordic-definition-of-deafblindness.pdf

Näkövammainen: Duodecim. n.d. Duodecim sanakirjat. Luettu 12.10.2019. https://www-terveysportti-fi.libproxy.tuni.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q//näkövammainen

Näkövammaisten liitto. n.d.a. Näkövammaisuuden määritys. Luettu 15.8.2019. https://www.nkl.fi/fi/etusivu/nakeminen/maaritys

Näkövammaisten liitto. n.d.b. Arviot näkövammaisten lukumäärästä Suomessa. Luettu 19.8.2019.https://www.nkl.fi/fi/etusivu/nakeminen/julkaisu/nvrek_vuosikirja/1_3_arviot_nv_lukumaarasta

Oikeusministeriö. n.d. Viittomakielet. Luettu 15.8.2019. https://oikeusministerio.fi/viittomakielet

Ojamo, M. 2018. Näkövammarekisterin vuosikirja 2017. Helsinki: Näkövammaisten liitto & THL. https://www.nkl.fi/index.php?__file_display_id=12639

Ramsay, H. 1999. Otoskleroosi. Teoksessa Karma, P., Nuutinen, J., Puhakka, H., Vilkman, E., Virolainen, E., Ylikoski, J & Ramsey, H. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä foniatrian perusteet. Helsinki: Korvatieto: 63–65.

Routasalo, P. 1997. Touch in the nursing care of elderly patients. Department of nursing. University of Turku. Thesis.

Saarelma, O. 2019. Menieren tauti. Duodecim terveyskirjasto. Julkaistu 2.7.2019. Luettu 11.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00302&p_hakusana=menieren%20tauti

Salakari, H. 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Saarijärven offset.

Sankila, E-M. 2018. Verkkokalvon rappeuma. Teoksessa Seppänen, M., Holopainen, J., Kaarniranta, K., Setälä, N & Uusitalo, H. (toim.) Silmätautien käsikirja. Helsinki: Duodecim, 219–224.

Seppänen, M. 2018a. Silmänpohjan ikärappeuma. Duodecim. Päivitetty 12.11.2018. Luettu 17.8.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00922

Seppänen, M. 2018b. Silmänpainetauti (glaukooma). Duodecim. Päivitetty 27.2.2018. Luettu 7.10.2019. Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00452

Setälä, K., Ihanamäki, T. & Saari, M. 2011. Näköhermo ja näköhermon sairaudet. Teoksessa Saari, M. (toim.) Silmätautioppi. 6. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus, 263–279.

Sorri, M. & Huttunen, K. 2013. Kuulo. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 186–197.

Sorri, M. 1999. Varhaislapsuuden kuuloviat. Teoksessa Karma, P., Nuutinen, J., Puhakka, H., Vilkman, E., Virolainen, E., Ylikoski, J. & Ramsey, H. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä foniatrian perusteet. Helsinki: Korvatieto, 65–67.

Sorri, M., Huttunen, K. & Rudanko, S-R. 2008. Kuulo- ja näkövammat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 318–346.

STM. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 585/2017. Luettu 12.12.2019. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585

Styrman, T. & Torniainen, M. 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS kustannus.

Summanen, P. 2018. Diabeettisen verkkokalvosairauden diagnostiikka ja hoidon periaatteet. Teoksessa Seppänen, M., Holopainen, J., Kaarniranta, K., Setälä, N & Uusitalo, H. (toim.) Silmätautien käsikirja. Helsinki: Duodecim, 197–208.

Suomen kuurosokeat ry. n.d.a. Määritelmä: Kuurosokeutumisen kuvaus. Luettu 16.8.2019. https://kuurosokeat.fi/kuurosokeus/yhteispohjoismainen-kuurosokeuden-maaritelma/

Suomen kuurosokeat ry. n.d.b. Määritelmä: Toiminnanvajavuus kuurosokeus. Luettu 16.8.2019. https://kuurosokeat.fi/kuurosokeus/yhteispohjoismainen-kuurosokeuden-maaritelma/

Suomen kuurosokeat ry. n.d.c. Usherin oireyhtymä. Luettu 17.8.2019. https://kuurosokeat.fi/kuurosokeus/kuurosokeuden-aiheuttajat/usherin-oireyhtyma/

Suomen kuurosokeat ry. n.d.d. CHARGE-oireyhtymä. Luettu 17.18.2019. https://kuurosokeat.fi/kuurosokeus/kuurosokeuden-aiheuttajat/charge-oireyhtyma/

Suomen meniere-liitto ry. 2016. Menieren tauti ja hoito. Päivitetty 3/2016. Luettu 11.12.2019. https://www.suomenmeniereliitto.fi/menieren-tauti-ja-hoito/

The CHARGE Syndrome foundation. n.d. Signs & Symptoms. Luettu 17.8.2019. https://www.chargesyndrome.org/about-charge/signs-symptoms/

Tiippana, K. 2006. Moniaistinen havaitseminen. Teoksessa Hämäläinen, H., Laine, M., Aaltonen, O. & Revonsuo, A. (toim.) Mieli ja aivot. Kognitiivisen neurotieteen oppikirja. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus. Turun yliopisto, 177–184.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Julkaistu 14.11.2012. Luettu 20.12.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusitalo, H. 2018. Glaukooma. Teoksessa Seppänen, M., Holopainen, J,. Kaarniranta, K., Setälä, N. & Uusitalo, H. (toim.) Silmätautien käsikirja. Helsinki: Duodecim, 113–146.

Uvnäs-Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Suom. Kankkunen, R. Helsinki: Edita Publishing Oy. Alkuperäinen teos 2000.

Vartiainen, E. 1999. Välikorvatulehduksen aiheuttamat inaktiiviset krooniset tautitilat. Teoksessa Karma, P., Nuutinen, J., Puhakka, H., Vilkman, E., Virolainen, E., Ylikoski, J & Ramsey, H. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä foniatrian perusteet. Helsinki: Korvatieto, 59–63.

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

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorinen, I. 1993. Tuhat tapaa opettaa. 2. painos. Tampere: Resurssi.

Ylikoski, J. 1999. Meluvamma. Teoksessa Karma, P., Nuutinen, J., Puhakka, H., Vilkman, E., Virolainen, E., Ylikoski, J. & Ramsey, H. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä foniatrian perusteet. Helsinki: Korvatieto, 67–80.

LIITTEET

Liite 1. Videokäsikirjoitus

Video 1. Kohteeseen saapuminen ja esittäytyminen	
	Potilas istuu sohvalla hämärässä huoneessa.
Näön heikentyessä hyvä valaistus on tärkeää, jotta potilas voi käyttää jäljellä olevaa näkökykyään.	Kuvan ulkopuolella ensihoitaja parantaa valaistusta ja kävelee LP15 kädessään potilaan luokse.
Hoitajan tulee asettua potilaan kanssa samalle tasolle, jotta potilaan ei tarvitse katsoa valaistusta kohden, näin kattovalaistus ei häikäise potilasta. Erityisesti näkökentän kaventumasta kärsivät häikäistyvät helposti.	Hoitaja asettuu suoraan potilaan eteen.
Olkapää on sosiaalinen kehoalue ja siihen koskemalla hoitaja ilmoittaa henkilökohtaiselle alueelle saapumisesta ja saapumisen suunnan.	Hoitaja ilmoittaa kosketuksella olkapäähän läsnäolostaan.
Tervehtiminen kuuluvalla äänellä ja selkeästi artikuloiden.	Hoitaja tervehtii potilasta: ”Ensihoidosta päivää”.

(jatkuu)

Esittäytyäkseen hoitohenkilökunnaksi hoitaja voi ojentaa potilaalle yleisesti tunnetun hoitovälineen kuten stetoskoopin, jota tunnustelemalla potilas voi ymmärtää kuka hänen lähelleen on saapunut. Stetoskoopin kalvo-osan asettaminen potilaan rinnalle auttaa potilasta ymmärtämään esineen käyttötarkoituksen.	Hoitaja antaa stetoskoopin potilaan käteen tunnusteltavaksi ja käyttää stetoskoopin kalvo-osaa potilaan rinnalla. Potilas nyökyttää päätään.
	Hoitaja asettaa stetoskoopin sivuun
Video 2. Saturaatio- ja verenpainemittaus	
	Potilas istuu sohvalla, hoitaja kuvan ulkopuolella.
Ilmoittaakseen henkilökohtaiseen tilaan saapumisesta ja lähestymissuunnasta, hoitaja koskee potilaan oikeaan kämmenselkään, sosiaaliselle kehoalueelle.	Hoitaja tulee korkeaan polviasentoon potilaan eteen ja koskettaa potilaan oikeaa kämmenselkää
Hoitaja antaa hapteeraamalla ennakoivan viestin pulssioksimetrin puristamalla potilaan sormesta ennen mittarin laittoa. Mittarin laiton jälkeen hoitaja puristaa uudelleen, jotta potilas ymmärtää mittarin jäävän sormeen.	Hoitaja puristaa potilaan oikean käden sormesta, asettaa saturaatiomittarin potilaan sormeen ja puristaa mittarin päältä
Henkilökohtaiseen tilaan saapuminen ja lähestymissuunnan ilmoitus. Hoitaja pysyy kosketuskontaktissa liu'uttamalla käden olkavarteen, näin hoitajan toimet pysyvät potilaan näkökulmasta loogisina.	Hoitaja koskettaa potilaan vasenta kämmenselkää ja liu'uttaa käden olkavarteen.

Ennakoivana viestinä verenpaineenmittauksesta hoitaja tekee haptiisin olkavarteen kevyesti puristamalla. Mansetin laiton jälkeen mittauksen aloituksesta viestitään kevyellä puristuksella mansetin päältä.	Hoitaja puristaa potilaan olkavarresta, asettaa verenpainemittarin mansetin paikolleen ja puristaa mansetin päältä.
Ilmoittaakseen poistumisestaan potilaan henkilökohtaisesta tilasta hoitaja viestittää siitä liu'uttamalla kätensä takaisin potilaan kämmenselkään ennen kosketuskontaktin lopettamista.	Hoitaja liu'uttaa käden takaisin potilaan kämmenselkään ja poistuu kuvasta.
Video 3. Elektrodien laitto ja riisuminen	
	Potilas istuu sohvalla, verenpainemansetti ja pulssioksimetri paikalleen asetettuna. Hoitaja on korkeassa polviasennossa potilaan edessä.
Henkilökohtaiseen tilaan saapuminen ja lähestymissuunnan ilmoitus.	Hoitaja koskee potilaan vasempaan kämmenselkään.
Potilas tutkii elektrodia ensin kosketuksella ja sen jälkeen hoitaja näyttää potilaan kädestä ohjaamalla mihin elektrodit tulevat. Näin potilaan on mahdollista orientoitua tulevaan tapahtumaan.	Hoitaja antaa potilaan käteen elektrodin tunnusteltavaksi ja vie potilaan käden rinnalle niihin kohtiin joihin elektrodit tulevat.
Riisumisen on hyvä tapahtua potilaan kanssa yhteistyössä. Potilaan kädestä ohjaamalla potilaalle viestitään mitä hänen halutaan tekevän ja potilas voi hoitaa riisumisen itse.	Hoitaja ottaa elektrodin pois potilaan kädestä. Hoitaja vie potilaan käden potilaan veryttelyasun yläosan vetoketjulle ja näin ohjeistaa avaamaan vetoketjun.

Video 4. EKG-rekisteröinti	
	Potilas sohvalla makuulla. Elektrodit, elektrodijohdot, verenpainemansetti ja saturaatiomittari oikeilla paikoillaan. Hoitaja korkeassa polviasennossa potilaan vieressä.
Kosketuskontaktin luominen ja rauhoittelu.	Hoitaja laittaa vasemman käden potilaan oikealle olkapäälle ja sivelee kahdesti.
Ekg-rekisteröinnin aloituksen jälkeen potilaan on pysyttävä liikkumatta, jonka vuoksi hoitaja pitää kohtuullisen paineen kosketuksella kumpaakin kättään potilaassa kiinni.	Hoitaja pitää vasemman käden potilaan olkapäällä, aloittaa ekg-rekisteröinnin ja laittaa oikean kätensä potilaan oikean jalan reidelle.
Potilaalle ilmoitetaan ekg-rekisteröinnin päättyminen taputuksella vartalolle.	Rekisteröinnin jälkeen hoitaja taputtaa kummallakin kädellä potilasta kevyesti, irtaantuu kosketuskontaktista ja siirtyy tulkitsemaan ekg-nauhaa.
Video 5. Puristusvoimien testaus	
	Potilas istuu sohvalla, verenpainemansetti ja saturaatiomittari paikoillaan. Hoitaja potilaan edessä korkeassa polviasennossa.
Hoitaja luo ensin kosketuskontaktin ja vie sen jälkeen ristikkäisen kättelyotteen loppuun.	Hoitaja vie kätensä ristikkäin potilaan käsiin.
Hoitaja pyrkii mallintamalla viestittämään potilaalle “purista”, kyseinen potilas ei reagoi tähän.	Hoitaja vie kättelyotteen loppuun ja puristaa kummallakin kädellä kahdesti.

Vetämällä potilasta eteenpäin potilas puristaa hoitajan käsistä reaktionomaisesti ja näin puristusvoimien puolierot saadaan testattua.	Hoitaja vetää potilaan käsiä itseensä päin, jolloin potilas puristaa kummallakin kädellä. Hoitaja laittaa potilaan kädet takaisin potilaan polville ja irrottaa otteensa.
Video 6. Happihoidon aloittaminen	
	Potilas istuu sohvalla, verenpainemansetti ja saturaatiomittari paikoillaan. Hoitaja potilaan edessä korkeassa polviasennossa.
Henkilökohtaiseen tilaan saapuminen ja lähestymissuunnan ilmoitus.	Hoitaja koskee potilaan vasempaan kämmenselkään.
Tunnustelemalla, haptisella tutkimisella, potilaan on mahdollista tunnistaa esine ja orientoitua tulevaan tapahtumaan.	Hoitaja laittaa happimaskin potilaan vasempaan käteen potilaan tunnusteltavaksi.
Kun happimaski pysyy potilaan kädessä ja se ohjataan kasvoille. Näin potilas pysyy tietoisena tapahtumien kulusta.	Happimaski pysyy potilaan kädessä ja hoitaja ohjaa potilaan kädellä happimaskin potilaan kasvoille. Hoitaja laittaa happimaskin kuminauhan potilaan takaraivolle, ohjaa potilaan käden pois happimaskilta ja poistuu kuvasta.
Video 7. Suoniyhteyden avaaminen ja nestehoidon aloittaminen	
	Potilas istuu sohvalla. Verenpainemansetti, saturaatiomittari ja happimaski paikoillaan. Hoitajan käsi näkyy kuvassa.
Henkilökohtaiseen tilaan saapuminen ja lähestymissuunnan ilmoitus. Liu'uttamalla käden olkavarteen kosketuskontakti ei katkea ennen staassin laittoa.	Hoitaja koskee potilaan oikeaan kämmenselkään ja liu'utta käden potilaan olkavarteen, johon asettaa staassin.

Staassin laitolla ja nestepussia tunnustelemalla potilaalla on mahdollisuus orientoitua tulevaan hoitotoimenpiteeseen.	Staassin kiristyksen jälkeen hoitaja liu'uttaa käden takaisin potilaan kämmenselkään, antaa potilaalle letkutetun nestepussin tunnusteltavaksi, jonka jälkeen siirtää sen sivuun.
Kanyylin laittoa imitoiva haptiisi on tehtävä kohtuullisella paineella ja selkeästi erillisenä liikkeenä, jotta sen erottaa muusta kosketuksesta.	Hoitaja etsii suonen ja tekee etusormella kanylointia imitoivan liikkeen kanyloitavaan kohtaan kohtuullisella paineella.
	Hoitaja desinfioi alueen ja aloittaa kanyloinnin.
Video 8. Kaarimalja pahoinvointia varten	
	Potilas istuu sohvalla. Verenpainemansetti, saturaatiomittari ja happimaski paikoillaan. Hoitaja kuvan ulkopuolella.
Henkilökohtaiseen tilaan saapuminen ja lähestymissuunnan ilmoitus.	Hoitaja koskee potilaan vasempaan kämmenselkään, ojentaa potilaalle kaarimaljan potilaan käteen ja ohjaa kaarimaljan rinnan tasolle.
Kaarimaljan tarkoitus selviää potilaalle tunnustelemalla ja hoitajan käden liikkeellä vatsalla.	Hoitaja tekee pyörivän liikkeen kädellä potilaan vatsalle.
	Hoitaja irtaantuu kosketuskontaktista.
Video 9. Siirtyminen kantotuoliin ja käsien pitäminen sylissä	
	Potilas istuu sohvalla, happimaski kasvoillaan. Kantotuoli on sohvan vieressä.

Potilas ohjataan kädestä pitäen tunnustelemaan kantotuolia, jotta potilas ymmärtää mihin suuntaan ollaan siirtymässä ja millainen tuoli on kyseessä. Potilaan käden jättäminen kantotuolille tukee potilaan siirtymistä ja auttaa etäisyyden hahmottamisessa.	Hoitaja ottaa korkean polviasennon potilaan eteen, tarttuu potilaan vasempaan käteen ja ohjaa potilaan tunnustelemaan vieressä olevaa kantotuolia. Potilaan käsi jätetään kantotuolille.
Yläruumiin painopisteen korjaus helpottaa siirtymisessä avustamista. Koska potilas haptisen tutkimisen avulla ymmärtänyt siirtymisen olevan seuraava vaihe, jää jäljelle vain kevyt siirtymisessä avustus.	Siirtyminen avustetaan kädestä ja olkavarresta ohjaten. Ensin potilaan yläruumis vedetään pystyasentoon ja sitten avustetaan jaloille nouseminen.
Valkoinen keppi on tarpeellista ottaa mukaan kotiutumista varten.	Hoitaja avustaa potilaan jalat kantotuolin raudoille ja laittaa turvavyöt. Hoitaja asettaa nestepussin ja valkoisen kepin syliin potilaan pideltäväksi.
	Valkoinen 1s siirtymä
Olkavarsien painaminen kehoa vasten viestittää potilaalle “pidä kädet sylissä”.	Ennen liikkeelle lähtöä hoitaja “halaa” potilasta takaapäin.

Liite 2. Tuotos

SOSIAALISHAPTISEN KOMMUNIKOINNIN KÄYTTÖ ENSIHOIDOSSA KUULO- JA NÄKÖVAMMAISTEN POTILAIDEN KANSSA

Emilia Vanhala & Vesa Lukkarila
Ensihoitajakoulutus

Opinnäytetyön tuotos 2020

(jatkuu)

Sosiaalishaptinen kommunikointi

- Sosiaalishaptisella kommunikoinnilla tarkoitetaan kosketusviestintää. Viestintämenetelmää on käytetty henkilöiden kanssa, joilla on kommunikaatio- tai hahmottamisvaikeuksia, kuten kuulonäkövammaiset ja näkövammaiset.

- Sosiaalishaptinen kommunikointi mahdollistaa orientoitumisen tilanteisiin näkö- ja kuuloaistin puuttuessa tai ollessa heikkoja.
  - Yksittäisiä kosketusviestejä kutsutaan haptiiseiksi.
  - Useaa peräkkäistä haptiisia kutsutaan sosiaalishaptiseksi kommunikoinniksi.

- Esittelemme sosiaalishaptisen kommunikoinnin keinoja, joita voidaan hyödyntää ensihoidossa.
- Sosiaalishaptinen kommunikointi edistää kuulo- ja näkövammaisen potilaan informointia tutkittaessa sekä hoitoa aloittaessa.
- Onnistunut informointi edesauttaa potilaan orientoitumista tilanteeseen, sujuvoittaa ensihoidon toimien etenemistä sekä parantaa potilaskohtaamista.
- Sosiaalishaptisen kommunikoinnin keinoja kuvaillaan kirjallisesti ja havainnollistetaan videolla.

Valaistus ja hoitajan sijoittuminen

- Näön heikentyessä hämäränäkökyky heikkenee merkittävästi. Tämän vuoksi on tärkeää huolehtia riittävästä valaistuksesta.
- Hoitajan tulee asettua potilaan kanssa samalle tasolle, jottei kattovalaistus häikäise potilasta. Erityisesti näkökentän kaventumasta kärsivät häikäistyvät suorasta valosta helposti.
- Mahdollinen näkökentän kaventuma huomioiden on hyvä asettua potilaan katsekentän keskelle.

➢ Näin toimimalla luodaan olosuhteet, joissa potilas voi paremmin hyödyntää jäljellä olevaa näkökykyään esim. huulilta lukemiseen.

Henkilökohtaiselle alueelle saapuminen

- Henkilökohtaiselle alueelle saapumisesta ilmoitetaan koskemalla sosiaaliselle kehoalueelle kuten käteen tai olkapäälle.
- Ilmoittaminen tehdään aina henkilökohtaiseen tilaan saapuessa ja poistuessa. Kosketus kertoo potilaalle toisen ihmisen läsnäolon ja lähestymisen suunnan.
- Hoitohenkilökunnaksi esittäytyminen tehdään kuuluvalla äänellä ja selvästi artikuloiden.
- Hoitohenkilökunnaksi esittäytymisen lisäkeinona voidaan käyttää myös yleisesti tuttua hoitovälinettä kuten stetoskooppia, joka ojennetaan potilaalle tunnusteltavaksi ja viedään rinnalle hengitysäänten kuuntelua mallintaen.

Kuvakaappaus videosta

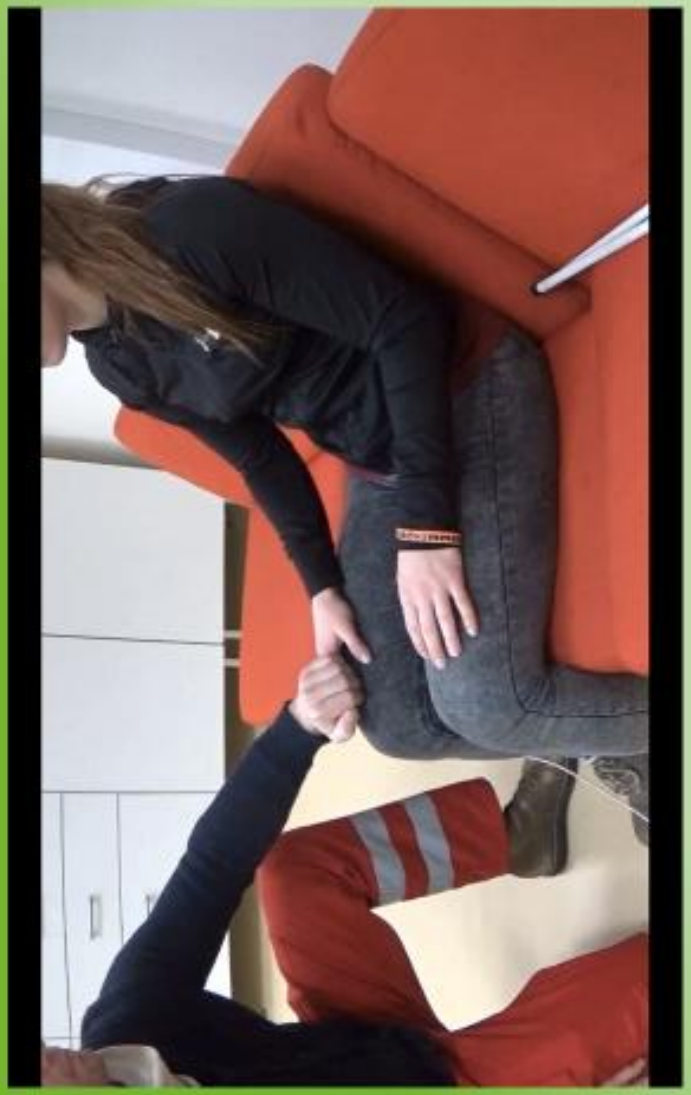
Saturaatio- ja verenpainemittaus

- Ennen pulssioksimetrin laittoa hoitaja hapteeraa ennakoivan viestin sormeen. Myös mittarin päältä puristetaan kevyesti, jotta potilas ymmärtää mittarin jäävän paikalle.

- Olkavarteen annetaan ennakoiva viesti mansetin laittamisesta. Mittauksen aloittamisesta viestitään puristamalla mansetin päältä kevyesti.

- Henkilökohtaiselta alueelta poistumisesta viestittäminen onnistuu liu'uttamalla kättä poistumisen suuntaan ennen kosketuskontaktin lopettamista.

Kuvakaappaus videosta



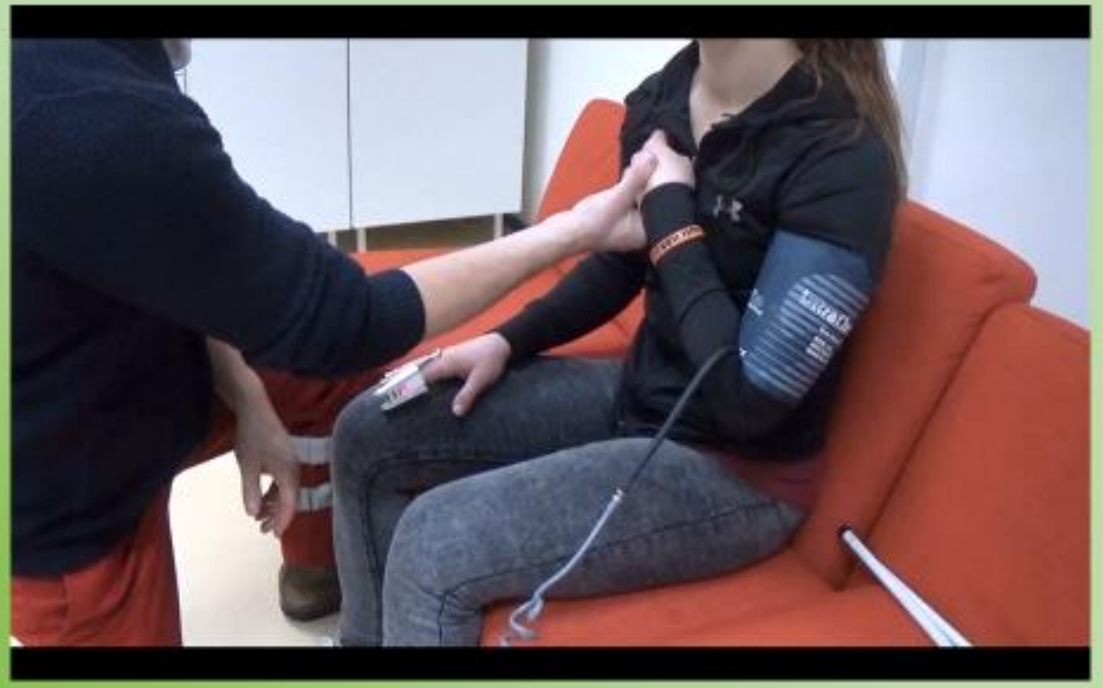
EKG- elektrodien laitto ja riisuminen

- Potilaan käteen annetaan elektrodi tunnusteltavaksi. Tämän jälkeen potilaan kättä ohjataan rintakehällä elektrodien sijoittelupaikoille ymmärryksen lisäämiseksi.

- Riisumista helpottaa yhteisymmärrys potilaan kanssa asiasta. Potilaan käsi viedään esim. vetoketjulle ja ohjataan riisuutumaan käden liikkeellä.

➢ Näin potilas ymmärtää mitä halutaan tapahtuvan ja hän voi hoitaa riisumisen itse.

Kuvakaappaus videosta



EKG-rekisteröinti

- EKG rekisteröinnin ajan potilaan tulee pysyä paikallaan rentona. Potilasta voidaan rauhoittaa ja pyytää rentoutumaan silittämällä olkapäälle.

- Paikallaan pysymisestä viestitään molemmin käsin kohtuullisen paineen kosketuksella esim. olkapäältä ja reideltä.

- Rekisteröinnin päättymisestä ja luvasta liikkua ilmoitetaan paineen kevennyksellä ja taputuksella koskettuihin kohtiin.

Kuvakaappaus videosta

Puristusvoimien testaus

- Puristusvoimia yläraajoista voidaan testata mallintamalla eli puristamalla itse potilaan käsistä.

- Jos potilas ei ymmärrä mallintamista, voidaan vetämällä potilasta eteenpäin tuottaa reaktionomainen puristus.

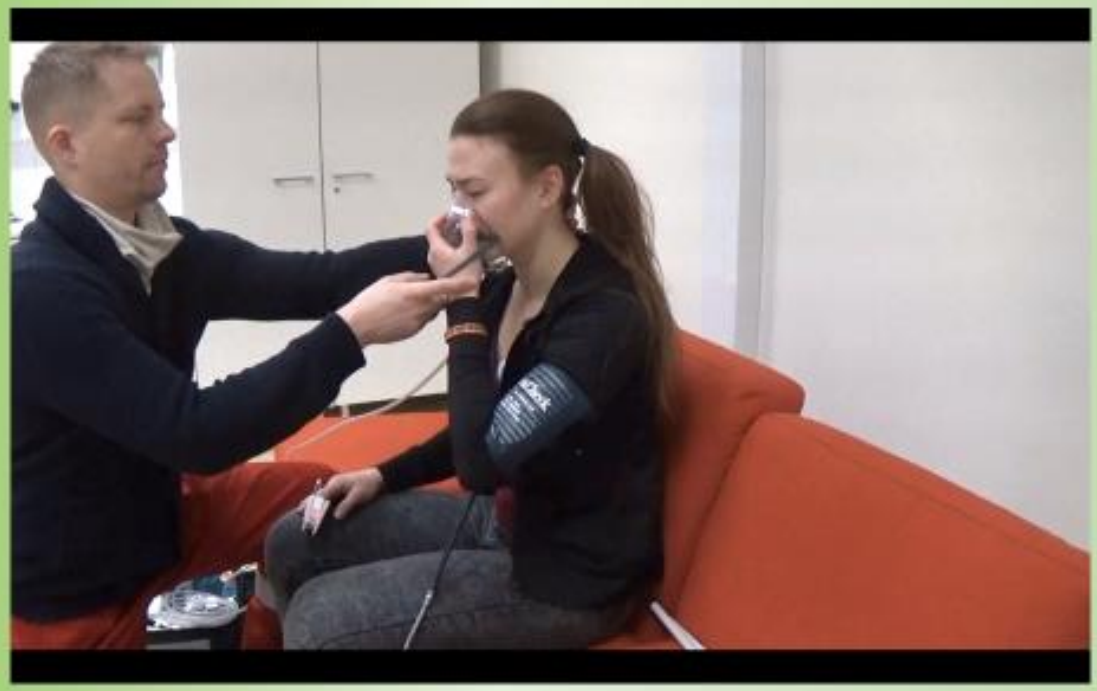
Kuvakaappaus videosta

Happihoidon aloittaminen

- Potilaan käteen annetaan happimaski, haptisella tutkimisella eli tunnustelemalla, potilaan on mahdollista tunnistaa esine ja orientoitua tulevaan tilanteeseen.
- Happimaski jätetään potilaan käteen ja ohjataan potilaan kasvoille.
- Happimaskin kiinnitysnaru viedään pään taakse ja potilaan käsi ohjataan pois maskilta.

➢ Näin toimimalla potilas pysyy tietoisena tilanteessa tapahtumien kulusta.

Kuvakaappaus videosta



Suoniyhteyden avaaminen ja nestehoidon aloittaminen

- Läsnäolosta ilmoittamisen jälkeen käsi liu'utetaan olkavarteen, staassattavaan kohtaan ja kiristetään staassi.

- Letkutettu nestepussi annetaan potilaan käsiin tunnusteltavaksi.
  - Yksinään staassin laittaminen viestii verikokeiden ottamisesta. Tämän vuoksi nestepussin antaminen käsiin on tarpeen, jotta potilas ymmärtää nestehoidon aloituksen.

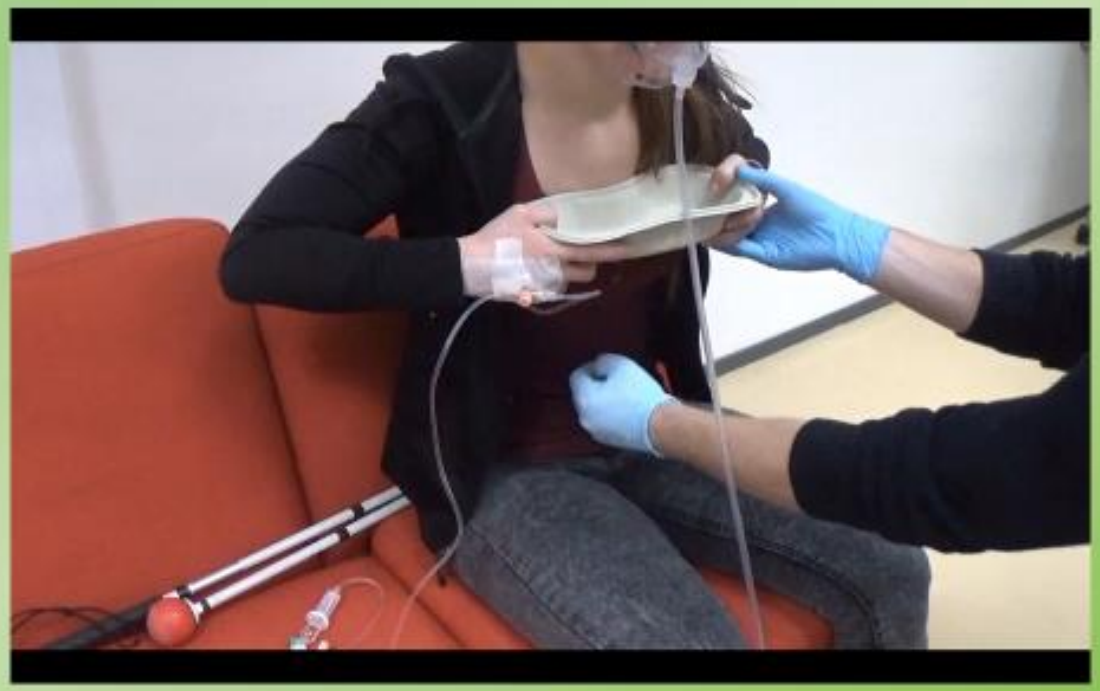
- Ennen kanylointia kämmenselkään tehdään kanylointia imitoiva haptiisi sormenpäällä.
  - Haptiisi tulee tehdä kohtuullisella paineella ja selkeästi erillään muusta kosketuksesta.

Kuvakaappaus videosta

Kaarimalja pahoinvointia varten

- Kaarimalja annetaan potilaalle käteen ja ohjataan yhdessä rintakehälle, lähelle kasvoja.
- Vatsalle tehdään pyörivällä liikkeellä kosketusviesti pahoinvoinnista, jolla tarkennetaan kaarimaljan käyttötarkoitusta.
- Kaarimalja voidaan antaa ennakoivasti.

Kuvakaappaus videosta



Siirtyminen kantotuoliin

- Potilaan käsi ohjataan tunnustelemaan kantotuolia.
  Käsi jätetään siirryttävään kohteeseen, jotta etäisyyden hahmottaminen säilyy.
- Hoitaja ottaa potilaan toisesta kyynärvarresta kiinni,
  ohjaa liikkeellä ensin eteenpäin, sitten ylöspäin.
  - Painopisteen siirtäminen eteen helpottaa nousemista.
- Kädestä potilasta ohjataan siirtymään kantotuolin suuntaan.
  Koska toinen käsi on jätetty tuolille, on potilaan
  helppo istahtaa oikeaan kohtaan.
- Hoitaja avustaa jalat kantotuolin raudoille ja kiinnittää turvavyöt.

  - Valkoinen keppi tulee muistaa ottaa mukaan!

Käsien pitäminen sylissä

- Kantotuolissa olevalle potilaalle voidaan viestiä käsien pitämisestä sylissä ”halaamalla” takaapäin painaen olkavarsia kiinni vartaloon.

- Tuolia liikuteltaessa käsien pitäminen sylissä on haasteellista jopa potilaille, joita voidaan ohjeistaa puheella. Käsien levittely siirtymisen ja nostojen aikana voi vahingoittaa potilasta.

- Paareilla olevalle potilaalle viesti tehdään asettamalla kädet syliin toivottuun kohtaan ja painamalla käsiä kiinni vartaloon.

Kuvakaappaus videosta

Lähteet

- Vanhala, E & Lukkarila, V. 2020. Sosiaalishaptisen kommunikoinnin käyttö ensihoidossa kuulo- ja näkövammaisten potilaiden kanssa. Ensihoitajakoulutus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Lahtinen, R. Kasvatustieteiden tohtori. 2019. Haastattelu 12.11.2019. Haastattelija Vanhala, E. & Lukkarila, V. Tampere.
- Nuutinen, S. Kommunikaatiotyöntekijä. 2019. Haastattelu 12.11.2019. Haastattelija Vanhala, E. & Lukkarila, V. Tampere.