

Maisa Hottinen

# Haptiisien käyttäminen natiiviröntgentutkimuksessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja (AMK)

Radiografia ja sädehoito

Opinnäytetyö

27.11.2013

Tekijä(t) Otsikko	Maisa Hottinen Haptiisien käyttäminen natiiviröntgentutkimuksessa
Sivumäärä Aika	29 sivua + 2 liitettä 27.11.2013
Tutkinto	Röntgenhoitaja(AMK)
Koulutusohjelma	Radiografia ja sädehoito
Ohjaaja(t)	Lehtori Marjo Mannila Lehtori Anne Kangas
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohjeistus haptiisien käytöstä natiiviröntgentutkimuksessa röntgenhoitajalle. Ohjeistuksen kautta oli tarkoitus lisätä röntgenhoitajien ymmärrystä kuurosokean ja kuulonäkövammaisen henkilön erityistarpeista natiiviröntgentutkimuksessa ja siitä miten huomioida aistivammojen merkityksen kommunikointiin ja ohjaamiseen. Opinnäytetyön aiheesta kirjoitettiin myös artikkeli. Opinnäytetyön aihe tuli Kuurosokeat ry:n kommunikaatiopäälliköltä.</p> <p>Kuurosokea on henkilö, jolla on sekä kuulo- että näkövamma. Nämä aistivammat vaikuttavat erityisesti kuurosokean liikkumiseen ja tiedon saantiin. Kuurosokeiden ryhmä on marginaalinen. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä väestön ikääntyessä tulee kuurosokeiden määrä lisääntymään. Kuurosokea saattaa itse kommunikoida puheella, mutta ei voi välttämättä ottaa tietoa vastaan näkö- ja/tai kuuloaistin kautta. Natiivikuvaushuone on usein hämärä, jolloin näköaistin käyttäminen ympäristön havainnointiin ja kommunikointiin on vielä hankalampaa. Tällöin kommunikoinnin tukena voidaan käyttää kosketusta ja viestittää asioita haptiisien eli kehoviestien avulla. Myös huonokuntoisten potilaiden kanssa kontaktin saamiseen voidaan käyttää kosketusta.</p> <p>Kosketus aistitaan tuntoaistin kautta ja se on olennaista kasvulle, kehitykselle ja hoitotyölle. Kosketuksella saatu informaatio ei ole riippuvainen ympäristön melusta tai valoisuudesta. Jokaisella ihmisellä on henkilökohtainen vyöhyke, ja on yksilöllistä kuinka kokee vieraan ihmisen lähelle tulemisen ja kosketuksen. Hoitajalla on ammattinsa puolesta erityinen lupa koskettaa. Neutraaleina kosketusalueina pidetään muun muassa käsiä, olkapäitä ja yläselkää. Näillä neutraaleilla alueilla tapahtuu myös kuurosokeiden kosketukseen perustuvat haptiisit.</p> <p>Potilasturvallisuuden ja natiiviröntgentutkimuksen laadun kannalta on tärkeää oikeanlainen ohjeistus ja asettelu. Myös kuurosokea ansaitsee saada hyvää hoitoa kommunikaatiota vastaan huolimatta.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa perehdyttiin alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin liittyen kuurosokeuteen ja kommunikointiin. Projektin tuloksena luotiin ohjeistus, perustuen teoreettiseen osuuteen ja sen soveltamiseen apuna käyttäen tekijän työkokemusta viittomakielen ohjaajana.</p>	
Avainsanat	kuurosokea, haptiisi, kommunikaatio, taktiilikommunikaatio, kosketus

Author(s) Title	Maisa Hottinen Using haptices in Plain Radiograph Examination
Number of Pages Date	29 pages + 2 appendices 27 November 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Instructor(s)	Marjo Mannila, Lecturer Anne Kangas, Lecturer
<p>The target of this final project was to produce instructions for radiographers about how to use haptices in plain radiograph examination. With these instructions, the radiographers can understand deaf-blind and hearing and seeing impaired peoples' special needs and take these needs into consideration in guiding and helping the patient. An article was written based on the final project results. The idea for this final project came from communicator manager of The Finnish Deaf-Blind Association. Subject of this final project is important, because the amount of deaf-blinds is going to grow, when population is ageing.</p> <p>Deaf-blind person may produce information by speaking, but cannot analyze information visually or aurally. Plain radiograph room is usually dark, so it's even harder to have information visually. That is when touch can be used to support communication and information can be conveyed with haptices. Also touching can be used to connect with a disordered patient.</p> <p>Touch is essential for growth, development and nursing. Information conveyed through touch is not dependent on noise or lightning of the environment. Everybody has personal space and it is dependent on the person on how he/she feels about somebody coming closer or touching. Nurses do have special permission because of their profession. Neutral touching zones are for example hands, shoulders and upper back. Haptices, which are communication messages used by touch, are also done in these neutral areas.</p> <p>Right positioning and guiding is very important for patient safety and quality of plain radiograph examination. Deaf-blind patient deserves as good care as hearing and seeing patients.</p> <p>In this final project, the theoretic part consists of literature and research on the subject of deaf-blindness and communication. Based on the results, guidelines were created based on the theoretical part and working experience of the sign language instructor.</p>	
Keywords	deafblind, haptices, communication, tactile communication, touch

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kehittämistyö	3
2.1	Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	3
3	Kuurosokeus	4
3.1	Määritelmä	4
4	Kommunikaatio	5
4.1	Kuurosokean kanssa kommunikointi	7
4.2	Taktiilikommunikaatio	8
4.3	Sosiaalishaptinen kommunikaatio	10
5	Natiiviröntgentutkimus	11
5.1	Natiiviröntgentutkimuksen kulku	12
6	Kosketus	13
6.1	Tuntoaisti	14
6.2	Kosketuksen erilaiset alueet	14
6.3	Potilaan koskettaminen hoitotyössä	15
6.3.1	Potilaan koskettaminen natiiviröntgentutkimuksessa	17
7	Kuurosokea potilas natiiviröntgentutkimuksessa	18
8	Pohdinta	24
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Natiiviröntgentutkimuksessa käytettävät haptiisit	
	Liite 2. Artikkelit	

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohjeistus haptiisien käytöstä natiiviröntgentutkimuksessa röntgenhoitajalle. Ohjeistuksen kautta on tarkoitus lisätä röntgenhoitajien ymmärrystä kuurosokean ja kuulonäkövammaisen henkilön erityistarpeista natiiviröntgentutkimuksessa ja siitä miten huomioida aistivammojen merkityksen kommunikointiin ja ohjaamiseen. Keskeisimmät asiat, joita pitää ottaa kuurosokean potilaan kanssa huomioon natiiviröntgentutkimuksessa, sekä käytetyistä haptiiseista, on kirjoitettu myös artikkeli (LIITE 2.) kuvineen (LIITE 1).

Olen edelliseltä koulutukseltani viittomakielen ohjaaja ja osaan toimia kuuron potilaan kanssa, mutta kuurosokeista potilaista minulla ei ole kovinkaan paljon käytännön kokemusta. Siksi aihe kiinnostaa minua erityisesti, sillä näin voin itsekin oppia uutta. Aihe on tullut Suomen kuurosokeat ry:n kommunikaatiopäällikkö Riitta Lahtiselta.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä eliniän ennusteen kasvaessa ja väestön ikääntyessä kuulonäkövammaisten määrä kasvaa (Mikkola 2007: 5). Käytössä on toki enemmän apuvälineitä, mutta natiivitutkimuksissa niiden käyttö ei ole aina mahdollista, esimerkiksi pään aluetta kuvattaessa ei voi käyttää päässä olevia apuvälineitä kuten silmälaseja tai kuulolaitetta.

Kuurosokeus on kuulon ja näön toimintarajoitteiden yhdistelmä, kuurosokean ei tarvitse Pohjoismaisen määritelmän mukaan olla täysin kuuro tai sokea, vaan määritelmä perustuu toiminnallisuuteen (Tarkistettu pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä). Käytännössä siis puhekielessä kuulonäkövammaisen ja kuurosokea tarkoittavat samaa. Tässä työssä käytetään termiä kuurosokea, joka kuitenkin kuvaa kaikkia kuurosokeita, myös niitä jotka eivät ole täysin kuuroja ja sokeita.

Kuulo ja näkö ovat kaukoaisteja, ja näiden alenemat lisäävät lähiaistien (tunto-, haju- ja makuaisitit, kinestetiikka ja haptiikka) avulla saatavan tiedon tarvetta (Pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä ja määritelmän selvennyksiä). Useimmiten kuurosokea voi kommunikoida itse puheella, mutta vastaanottaa tietoa jollakin muulla tavalla, kuten taktiililla viittomakielellä tai haptiiseilla (Marttila 2006: 35). Sosiaalishaptinen kommunikaatiolla jaetaan ympäristön auditiivista ja visuaalista tietoa (Lahtinen 2008: 143). Sosiaalishaptinen kommunikaatio koostuu haptiiseista, jotka ovat keholle kosketuksen kaut-

ta annettavia viestejä. Haptiisit ovat itsenäisten viestien vaihtamista ja/tai puhutun kielen tukemista. (Lahtinen 2008: 140, 143.)

Röntgenissä käytetään paljon kosketusta asettelussa. Se on varmin keino saada potilas asettumaan juuri halutulla tavalla. Jotta röntgenhoitaja voi saavuttaa hyvän kuvan kriteerit natiivikuvassa, pitää potilas ohjeistaa ja asetella oikein. Esimerkiksi keuhkokuivassa pitää hengittää voimakkaasti sisään, jotta saavutetaan riittävä, diagnostinen kuva. (Einola – Järvinen – Penttilä 2012: 12–13.) Kuurosokean potilaan kanssa röntgenhoitaja ei voi välttämättä viestittää esim. hengitysohjeita puheen, eleiden tai kirjoituksen avulla vaan tarvitaan kosketukseen perustuvaa ohjeistusta. Tällöin voidaan täydentää ja tukea ohjeistusta kosketuksen avulla (Kovanen - Lahtinen 2006: 7). Kaikki potilaat ansaitsevat yhtä hyvää hoitoa kommunikaatiotavastaan riippumatta (Scott 2007: 206).

Kuurosokeista potilaista natiiviröntgentutkimuksessa ei ole tehty opinnäytetyötä eikä siitä kuinka heidän kanssa tulisi toimia, kun kommunikointi ei voi vain perustua näkö- tai kuuloaistiin. Kuuroista potilaista röntgenissä on tehty opinnäytetyö, mutta sitä ei mielestäni voida soveltaa suoraan kuulonäkövammaisten kanssa työskentelyyn, sillä visuaalisten ohjeiden vastaanottaminen voi olla kuurosokealle mahdotonta.

Opinnäytetyön perustana on käytetty Riitta Lahtisen väitöskirjaa ”Haptiisit ja hapteemit – tapaustutkimus kuurosokean henkilön kosketukseen perustuvan kommunikaation kehityksestä” kuin myös muuta Riitta Lahtisen tuottamaa materiaalia haptiisien käytöstä. 2013 on ilmestynyt myös materiaalia heräämössä käytettävistä haptiiseista.

Tämä opinnäytetyö koostuu kehittämistyön teoriasta, jossa käydään tarkemmin läpi tämän opinnäytetyön tavoitetta. Sen lisäksi teoreettiseen osuuteen on avattu tämän työn keskeisimmät käsitteet; kuurosokeus, kommunikaatio ja erilaiset kommunikaatiotavat. Sen lisäksi työssä käsitellään natiiviröntgentutkimuksen kulkua ja koskettamisen teoreettista perustaa, sekä muutamia keskeisimpiä tutkimuksia potilaiden koskettamisesta hoitotyössä. Lopuksi on tämän teoreettisen perustan pohjalta ja käytännön kokemusta soveltaen luotu ohjeistus siitä, miten konkreettisesti natiiviröntgentutkimuksessa kuurosokean potilaan kanssa käytetään haptiiseja ja mitä muita seikkoja tulee ottaa huomioon ohjauksessa. Tärkeimmät haptiisit on havainnollistettu kuvien kautta. Liitteenä tässä opinnäytetyössä on tekijän kirjoittama artikkeli ja haptiisien kuvat tämän opinnäytetyön keskeisimmistä asioista.

## 2 Kehittämistyö

Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tarkoitetaan järjestelmällistä ja suunnitelmallista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja uusien sovellusten löytämiseksi tietoa käyttämällä. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan kriteerinä on, että toiminnalla tavoitellaan jotain oleellisesti uutta. (Tutkimus ja kehittämistoiminta.)

Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jossa tähdätään johonkin selvästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. (Toikko – Rantanen 2009: 14.) Kehittämistoiminnalla tavoitellaan jotakin tehokkaampaa tai parempaa kuin aikaisemmat toimintatavat tai – rakenteet. Kehittämisen yksi keskeisimmistä elementeistä on tavoitteellisuus. Lähtökohtana kehittämistoiminnalle voivat olla ongelmat nykyisessä toiminnassa ja tilanteessa tai näky jostakin uudesta. (Rantanen – Toikko 2009: 16.) Kehittämistyö pohjautuu tutkimusten tuloksiin ja/tai käytännön kokemuksen kautta saatuun tietoon ja näiden käyttämistä uusien aineiden, palveluiden, tuotteiden ja menetelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen (Niemi 2011). Kehittämistoiminnan tavoitteena on käytännön kysymysten ja ongelmien ratkaisun lisäksi niiden kuvaaminen ja välittäminen laajempaan keskusteluun (Rantanen – Toikko 2009: 22).

Kehittämismenetelmä tavallisesti perustuu oletukseen, jonka mukaan valitulla menetelmällä saadaan aikaan tavoiteltu tulos. Kehittämistoiminnassa tulisi pohtia miksi-kysymystä. Miksi toimintaa tulee kehittää? Ulkoiset tai sisäiset tekijät voivat olla perusteluna kehittämistoiminnalle. Sitä voidaan perustella myös muuttuneella toimintaympäristöllä. Kehittämistoiminnan keskeinen osatekijä on kysymys intresseistä. Kenen näkökulmasta kehittämistoiminta perustellaan? Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla voi näkökulma olla joko potilaan tai organisaation. (Rantanen – Toikko 2009: 18 – 19.) Potilaat kaipaavat parannusta palveluiden saatavuuteen, jolloin toimintaa voidaan kehittää niin, että toimipaikkoja lisätään. Organisaation näkökulmasta voidaan taas haluta lisätä tehokkuutta, jolloin toimipaikkojen vähentäminen voi lisätä toiminnan tehokkuutta keskittämällä.

### 2.1 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Kehittämistyöni tarkoituksena on tehdä ohjeistus haptiisien käytöstä natiiviröntgentutkimuksessa röntgenhoitajalle. Ohjeistuksen kautta on tarkoitus lisätä röntgenhoitajien

ymmärrystä kuurosokean ja kuulonäkövammaisen potilaan erityistarpeista natiiviröntgentutkimuksessa ja siitä miten huomioida aistivammojen merkityksen kommunikointiin ja ohjaamiseen. Näin röntgenhoitaja voi kehittää kuurosokean potilaan tarpeiden yksilöllistä huomioimista natiiviröntgentutkimuksessa, jolloin potilaan saaman palvelun ja hoidon laatu paranee. Kuurosokea potilas ei välttämättä voi ottaa tietoja vastaan näkö- ja/tai kuuloaistin avulla, jolloin paras tapa kommunikointiin on kosketus ja kehoviestit, eli haptiisit. Erityistä huomiota tulee kiinnittää myös potilasturvallisuuteen. Tämän työn tarkoitus on siis kehittää käytännön toimintaa.

Tämän kehittämistyön idea tuli Suomen Kuurosokeat ry:n kommunikaatiopäälliköltä Riitta Lahtiselta, joka on tehnyt väitöskirjan haptiiseihin liittyen. Suomen Kuurosokeat ry valvoo kuurosokeiden ja vaikeasti kuulonäkövammaisten henkilöiden oikeuksia, tuottaa palveluita ja toimii kuurosokeusalan asiantuntijana (Kuurosokeiden oma järjestö). Tässä työssä lähtökohtana kehittämislle on potilas ja hänen tarpeensa. Natiiviröntgentutkimuksessa käyvän potilaan laadukkaan ja yksilöllisen hoidon kannalta on tärkeää, että röntgenhoitaja tietää, kuinka voi tukea kommunikaatiota haptiisien avulla ja millaisia asioita tulee ohjauksessa ottaa huomioon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee, että jokainen potilas on oikeutettu laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ilman syrjintää. Väestön ikääntyessä tulee kuulonäkövammaisten henkilöiden määräkin lisääntymään (Mikkola 2007: 5). Tässä työssä käsitellään aihetta siis kuurosokean potilaan näkökulmasta ja keskitytään erityisesti natiiviröntgentutkimustilanteeseen. Kehittämistyötä varten on syvennytty erityisesti kuurosokeuteen, kommunikaatiotapoihin ja kosketukseen. Näin teorian kautta on luotu perusta, jota soveltaen yhdessä käytännön kokemuksen kanssa on saatu aikaan kehittämistyö, joka tässä tapauksessa on ohjeistus.

### **3 Kuurosokeus**

#### **3.1 Määritelmä**

”Kuurosokeus on erityinen toimintarajoite. Kuurosokeus on kuulon ja näön toimintarajoitteiden yhdistelmä. Tämä rajoittaa henkilön suoriutumista ja täyttää osallistumista yhteiskuntaan siinä määrin, että se edellyttää yhteiskunnalta tukea erityispalveluihin, ympäristön mukauttamiseen ja/tai tek-



nisten apuvälineiden saamiseen.” (Pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä ja määritelmän selvennyksiä.)

Kuurosokea tai kuulonäkövammaisen nimitystä käytetään henkilöstä, jolla on kaksois-aistivamma; kuulo- ja näkövamma (Kovanen 2012: 8-9). Yleisin kuurosokeuden aiheuttaja on Usherin syndrooma, jossa syntymästä saakka lievä tai vaikea-asteinen kuulo- vamma yhdistyy asteittain etenevään verkkokalvonrappeumaan. Usherin syndrooma on peittyvästi periytyvä sairaus ja syntymäkuuroilla sitä esiintyy Suomessa noin 5 %:lla. (Koskinen 2000: 27, Lahtinen 2008: 22, Mesch 2004: 10, 19.)

Kuurosokeuden asteita on erilaisia; harva on täysin kuuro ja sokea, vaan useimmilla on kuulon- ja/tai näön jäänteitä. Kuurosokeus tulee nähdä ihan omana vammanaan, sillä kuurosokea ei ole kuuro sokea eikä sokea kuuro, aistivammojen yhteisvaikutus on merkittävämpi kuin kuulo- ja näkövamma yhteensä ja pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä kuvaakin sen erityisenä toimintarajoitteena. Kuurosokeus ei ole kuitenkaan este vuorovaikutukselle ja itsenäiselle toiminnalle. (Koskinen 2000:3, Kovanen 2012: 8.) Rouvinen (2003.) muistuttaakin tutkimuksessaan, että kuurosokeat ovat ensisijaisesti ihmisiä, vasta toissijaisesti kuurosokeita.

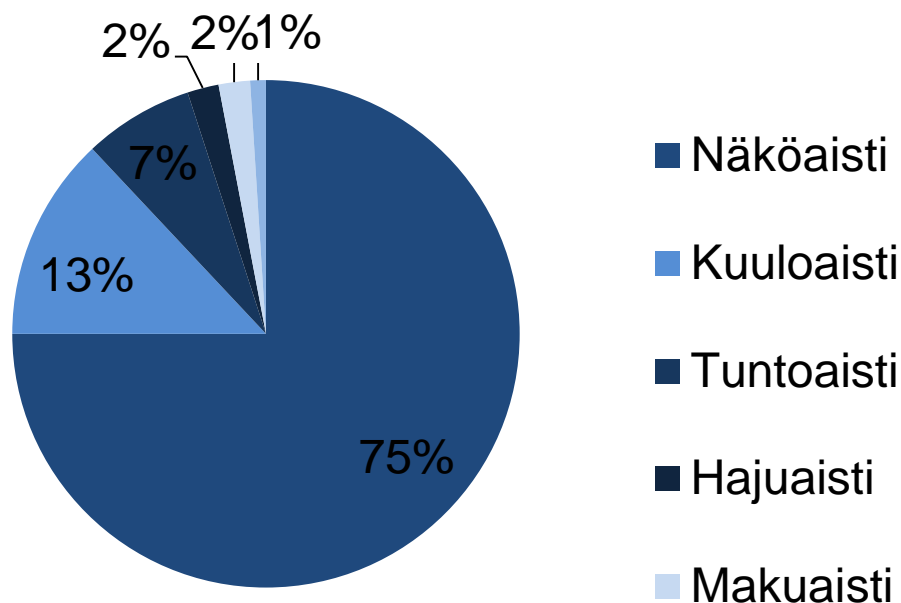
Kuurosokeiden ryhmä on hyvin marginaalinen niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin (Rouvinen 2003: 9). Arvioidaan, että kuurosokeiden määrä olisi noin 40 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Suomen kuurosokeat ry:ssä jäseniä on noin 850 ja joidenkin arvioiden mukaan kuurosokeita on Suomessa noin 1200. Tähän lukuun ei ole laskettu kaikkia ikääntyneitä, yli 65-vuotiaita kuulonäkövammaisia, joiden määrä on koko ajan kasvamassa väestön ikääntymisestä ja kehittyneistä tunnistusmenetelmistä johtuen. (Lahtinen 2008: 20, Rouvinen 2003: 9, 17.)

#### **4 Kommunikaatio**

Ihmiset käyttävät keskinäiseen kommunikointiin kielellistä viestintää. Tämä kielellinen viestintä voidaan jakaa viestin tuottamiseen ja viestin vastaanottamiseen. Viestien vastaanottamiseen käytetään eri aisteja, jolloin saadaan hyvä kokonaiskuva ja sitä kautta voidaan viesti ymmärtää lähettäjän tarkoittamalla tavalla. Kielet jaotellaan viitottuihin ja puhuttuihin kieliin. Kaikkiin kieliin kuuluu myös suurena osana ei-kielellinen viestintä,

joka käsittää esimerkiksi kommunikoijan ilmeiden, eleiden, äänenpainojen ja vaatetukseen tuottamat viestit. Tällä ei-kielellisessä viestinnällä on tärkeä merkitys viestin sisällön ymmärtämisen kannalta, sillä se vahvistaa ja täydentää kielellisen viestin tarkoitusta. (Marttila 2006: 34.)

Ihmisellä on viisi pääaistia; kuulo, näkö, haju, maku ja tunto. Kehon asentoja ja liikkeitä ilmaisee kinesteettinen aisti, kuudes aisti, joka käsittää lihas- ja nivelaistin eli tasapainoaistin. (Rouvinen 2003: 32.) Enimmillään ihminen käyttää kaikkia aistejaan kommunikointiin ja tiedon saamiseen (Kovanen – Lahtinen 2006: 8). Rouvinen (2003) tuo teoksessaan esille tutkimusten tuloksia, joiden mukaan ihminen saa noin 75% informaatiostaan näköaistin välityksellä, 13% kuuloaistin, 7% tuntoaistin, 2% hajuaistin, 2% makuainin ja 1% kinesteettisen aistin välityksellä (KUVIO 1). Joidenkin tutkimusten mukaan visuaalisen kanavan osuus olisi jopa 90%. Kun on ongelmia kahden pääaistin, kuulo- ja näköaistin, kanssa, korostuu tällöin aistien tietoinen hyväksikäyttö ja yhteistoiminta (Rouvinen 2003: 32, 39.)



Kuvio 1. Informaation saanti aistien välityksellä.

#### 4.1 Kuurosokean kanssa kommunikointi

Kuurosokean henkilön kommunikointiin vaikuttaa se, että onko henkilö ollut syntymästä asti kuurosokea, syntymästään asti näkövammaisen, jonka kuulo on heikentynyt myöhemmin, syntymästään asti kuulovammaisen, jonka näkö on heikentynyt myöhemmin vai onko henkilö aikuisiässä kuurosokeutunut. (Koskinen 2000: 25 – 26.) Näkö- ja kuulotilanne vaikuttaa kommunikaatiomenetelmien valintaan ja käyttöön (Marttila 2006: 35). Syntymästään asti kuurosokeiden on erittäin haasteellista oppia kieltä. Kommunikaatiota saattavat haitata myös mahdolliset motoriset vaikeudet. Osa syntymästään kuurosokeista ei kommunikoi lainkaan kielellisellä tasolla. (Kieli, kommunikaatiotavat, kohtaaminen.)

Kuurosokeiden yhteisössä kommunikoidaan siis monipuolisesti ja yksilöllisesti eri tavoilla. Kommunikaation perustarve on kuitenkin kaikilla sama, kuurosokeat haluavat jakaa ajatuksiaan ja olla vuorovaikutuksessa kuten kaikki ihmiset (Mesch 2004: 84). Erittäin olennaisena osana kuurosokeiden kulttuuriin ja kommunikointiin kuuluu kosketaminen. Se on heille tapa saada monenlaista tietoa ja joillekin kuurosokeille kosketaminen on ainoa tapa saada tietoa ympäröivästä maailmasta. (Särkimäki 2006: 54, Koskinen 2000: 42.)

Kuurosokeat voivat hankkia tietoa eri kommunikaatiomenetelmillä: pistekirjoituksella, puhutulla suomen- tai muulla kielellä, huulioluvulla, suuraakkosilla kämmenelle tai keholle, viittomakielellä, taktiililla viittomakielellä ja/tai haptiiseilla tai vaikkapa kirjoittamalla isoilla kirjaimilla selkokieltä paperille. (Ylitalo 2006: 8, Koskinen 2000: 39.) Kuurosokeat kommunikoivat itse usein puheella. Puheen tuottaminen on mahdollista, jos kuurosokea on menettänyt kuulonsa vasta puheen oppimisen jälkeen tai on huonokuuloisen. Tiedon vastaanottamiseen he kuitenkin tarvitsevat jonkun muun kommunikaatiotavan. (Marttila 2006: 35, Rouvinen 2003: 20.) Tietyissä tilanteissa kommunikaatiomenetelmien valintaan voivat vaikuttaa vastaanottajan lähtökieli ja tottuneisuus, kommunikaatiotilanteen kesto sekä ympäristö ja sen haasteet, kuten esimerkiksi hämärä tila (Kovanen – Lahtinen 2006: 25). Esimerkiksi kuuroilla Usherin syndroomaa sairastavilla henkilöillä kommunikaatiotavat muuttuvat näkökyvyn heikentyessä ja kuurosokea muuttaakin omia toimintatapojaan ja tottumuksiaan vamman vaatimalla tavalla. (Mesch 2004: 20.)

Kuurosokean potilaan kanssa kommunikoinnissa tulee ottaa huomioon natiivikuvaus- huoneen haastavuus; taustameteli ja valaistus. Välttämättä täysi valaistus ei ole paras kuurosokean näköaistille, sillä heijastukset häiritsevät näkökykyä. Nämä asiat vaikuttavat kommunikaatiomenetelmän valintaan ja siihen, millä keinolla kuurosokea potilas vastaanottaa informaatiota. Laissa on määritelty, että jos terveydenhuollon ammattilainen ei osaa potilaan käyttämää kieltä, tai jos potilaalla on vaikeuksia tulla ymmärretyksi puhe- tai aistivian vuoksi, on mahdollisuuksien mukaan käytettävä tulkkia (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Kuurosokealla onkin usein tulkki mukana, joka toimii informaation välittäjänä.

#### 4.2 Taktiilikommunikaatio

Taktiilikommunikaatio tarkoittaa kommunikaatiota, jossa informaatio vastaanotetaan tuntoaistin kautta, eli taktiilis-kinestettisesti (Mesch 2004: 20). Täysin kuurosokeiden henkilöiden kommunikaatio ja tiedonsaanti perustuu yleensä vain taktiilisiin menetelmiin, kun taas henkilöt, joilla on vielä toiminnallista kuuloa ja/tai näköä saavat siitä tukea ja täydennystä muuhun kommunikaatioon. Myös täysin näkevä henkilö voi ottaa kieltä vastaan taktiilisti. (Kovanen - Lahtinen 2006: 7 – 8.)

Taktiilissa kommunikaatiossa tietoa ottaa vastaan usein käsi. Vastaanottava kehonosa hahmottaa kieltä tunto- ja liikeaistimusten kautta. (Kovanen – Lahtinen 2006: 11.) Myös kirjoitettua kieltä voidaan vastaanottaa taktiilisti. Voidaan käyttää joko taktiilisti sormiaakkosia tai suuraakkosia kirjoittamalla kirjain kerrallaan omaan tai vastaanottajan kämmeneen. Tämä edellyttää molemmilta osapuolilta kirjoitetun kielen taitoa. (Kovanen – Lahtinen 2006: 11.) Suuraakkosia käytettäessä kirjoitetaan tikkukirjaimilla kuurosokean kämmenen pohjaan kirjain kerrallaan ja sanojen välissä pidetään tauko. Kirjaimia voidaan tehdä myös selkään tai vaikkapa pöydän pintaan niin, että ”kynänä” toimii kuurosokean etusormi. (Koskinen 2000: 39.)

Pistekirjoitus toimii tuntoaistin avulla. Siinä on käytössä oma kirjainjärjestelmä, jossa erilaiset kohopisteistä muodostetut yhdistelmät vastaavat kirjoitetun kielen kirjaimia. Kyseessä on kuuden pisteen järjestelmä, jonka avulla voidaan muodostaa yli 60 erilaista merkkiä. Pistekirjoituksessa käytetään apuvälinettä, joten se ei anna mahdollisuutta suoraan kontaktiin kahden henkilön välillä, toisin kuin muut taktiilimenetelmät. (Kovanen – Lahtinen 2006: 11 – 12, Koskinen 2000: 40.)

Viittomia voidaan ottaa taktiilisti vastaan kaikissa viitotun kommunikaation muodoissa; viittomakielellä, viitotulla puheella ja yksittäisinä viittomina. Taktiilissa viittomakielessä kuurosokea pitää viittojan käsistä kiinni tietynlaisella otteella ja sitä kautta on suorassa kontaktissa toisen ihmisen kanssa. Kuurosokea tunnistaa käsillään viittojan käsien muodot, paikat ja liikkeet. Taktiiliviittomisessa jäävät viittomakielestä ei-manuaaliset osat pois, kuten ilmeet, katse ja huuliot, koska voi olla, että vastaanottaja näkee ne hyvin huonosti tai ei lainkaan. Näitä ei-manuaalisia ominaisuuksia voidaan korvata kuitenkin taktiilisilla menetelmillä. (Kovanen – Lahtinen 2006: 12 – 13.)

Kukaan ei synny taktiilisti kommunikoivaksi vaan siihen siirrytään yleensä vähitellen kuulo- ja/tai näkövamman edetessä tai muuttuessa (Kovanen – Lahtinen 2006: 14). Taktiilissa kommunikaatiossa ollaan suoraan fyysisessä kontaktissa toiseen ihmiseen ja etäisyys toiseen on lyhyempi kuin se, jota näkevät pitävät kohteliaan sosiaalisen kanssakäymisen etäisyytenä. Siksi taktiilisten kommunikaatiomenetelmän käyttö vaatii toisen läsnäolon hyväksymistä omalla henkilökohtaisella alueella, sekä oman kehon käyttöä kommunikaation välineenä. (Kovanen – Lahtinen 2006: 58.)

Sosiaalisissa tilanteissa keskustelukumppanin ja ympäristön havainnointi ei tapahdu vain tuntoaistin avulla vaan useiden eri aistien yhteistoiminnan seurauksena. Erilaiset tuoksut, ilmavirrat, rakenteiden kautta välittyvät värinät, valaistuksen muutokset ja äänimaailma ovat osana kokonaishahmotusta. (Kovanen – Lahtinen 2006: 19.)

Kuurosokean potilaan kanssa taktiilikommunikaatio voi olla vaikkapa kirjain kerrallaan kirjoittaminen kuurosokean kämmenpohjaan (KUVA 1). Tämä keino vaatii kuitenkin kuurosokealta kirjoitetun kielen ymmärtämistä ja kommunikaatiotapana se on hidas, mutta röntgenhoitajalle yksinkertainen tapa.



KUVA 1. Suuraakkoset tai numerot voidaan tehdä kuurosokean kämmenpohjaan.

#### 4.3 Sosiaalishaptinen kommunikaatio

Haptiikka on kosketuksen ilmenemismuoto, kontaktien ja ympäristön tutkimista ihon, lihasten ja jänteiden yhteistoiminnalla. Haptinen järjestelmä on käytössä kokonaisuudessaan vastaanottamisen osalta sosiaalisissa tilanteissa ja tarjoaa keinon sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon. Sosiaalishaptinen kommunikointi on kommunikointi tapa, joka perustuu kosketuksen käyttämiseen interaktiivisesti kommunikaatio- ja toimintatilanteissa. Tässä termissä sosiaalis-etuliite laajentaa haptiikka käsitettä usealla tavalla, se tarkoittaa mm. sosiaalista vuorovaikutustilannetta, jossa on mukana kaksi tai useampia henkilöitä jakamassa tietoa ja kokemuksia kosketuksen avulla. (Lahtinen 2008: 30,77.) Haptiiseja käytetään myös muissa maissa (Lahtinen 2005: 21). Haptiisit eivät ole tarkoitettu pelkästään kuurosokeille, vaan niistä on hyötyä myös kuulevien ja näkevien henkilöidenkin kanssa (Lahtinen - Tuomaala 2013).

Sosiaalishaptinen kommunikaatio muodostuu haptiiseista ja hapteemeista. Sosiaalishaptinen kommunikointi on yläkäsite. Haptiisi on yksittäinen viesti, kuten viittomakielen yksikkö on viittoma ja puhutun kielen sana. Hapteemi tarkoittaa kosketuksen kehomuuttujaa. Haptiisit muodostetaan, tunnistetaan ja erotetaan toisistaan hapteemeilla, aivan kuten viittomakielessäkin on käsimuodot ja orientaatiot, tai puhutussa kielessä äänneet ja painotukset. Haptiiseilla on siis oma kielipiirinsä. (Lahtinen 2008: 140.)

Sosiaalishaptinen kommunikointi koostuu siis haptiiseista, jotka ovat toimivia perustiedon välittäjiä ja lisäävät kommunikoinnin laatua. Haptiisit välittävät auditiivista ja visuaalista tietoa. Sosiaalishaptiset viestit perustuvat kehon liikkeisiin, keholle tehtyihin liikkeisiin ja kekokosketuksiin. Osa viesteistä voi olla yksityisiä, eli sovittuja henkilökohtaisessa käytössä olevia viestejä. Osa taas perustuu viittomiin tai ovat niiden muunnoksia. (Lahtinen 2008:52, 76, 141.)

Haptiisit tehdään kehon neutraaleihin kehonosiin, eli käteen, käsivarteen, olkapäähän, yläselkään ja reiden kapeaan ulko-osaan. Haptiiseja tehdessä vastaanottaja tunnistaa kosketuksesta mihin haptiisi on annettu. Sen lisäksi hän tunnistaa kosketuspaikan, liikkeen ja sen suunnan sekä painovoiman. Näitä elementtejä muunnellen saadaan luotua toisistaan erottuvia haptiiseja. (Lahtinen 2005: 18.) Samalla merkillä viestiminen eri kehon osaan antaa viestillisesti eri asiasisällön. (Enäkoski – Routasalo 1998: 42.)

## 5 Natiiviröntgentutkimus

Vuosittain Suomessa tehdään noin 3,9 miljoonaa röntgentutkimusta. Tähän lukuun ei ole laskettu tavallisia hammaskuvauksia, joita tehdään noin 2,3 miljoonaa ja hampaiden panoraamakuvauksia, joita tehdään vuosittain noin 400 000. Tästä 3,9 miljoonasta röntgentutkimuksesta eniten pyydetyimpiä kuvauksia ovat keuhkokuvaukset ja mammografiatutkimus. (Röntgentutkimuksella selviää vamma tai sairaus). Natiivikuvaus on röntgentutkimus, jossa ei käytetä varjoainetta (Keuhkojen ja luuston röntgentutkimus). Säteilyannos, jonka potilas saa yhdestä keuhkokuvasta on sama kuin pientalossa, pääkaupunkiseudulla asuva saa huoneilman radonista 2-3 viikon aikana (Röntgentutkimuksella selviää vamma tai sairaus).

Röntgentutkimusta varten tarvitaan aina lääkärin lähete (Iivanainen – Syväoja 2010: 534). Lähettävä lääkäri tulee olla perustiedot säteilyn terveysvaikutuksista ja tutkimuksessa aiheutuvasta säteilyannoksesta. Lähetettä tehdessään, tulee hänen huomioida oikeutusperiaate, eli kuvauksesta saatavan hyödyn tulee olla suurempi kuin säteilystä aiheutuvan haitan, potilaan aikaisemmat tutkimukset sekä vaihtoehtoiset tutkimusmenetelmät, kuten ultraäänitutkimus, josta ei aiheudu säteilyä. Lähetteestä tulee käydä ilmi muun muassa haluttu tutkimus, lähettävä yksikkö ja lääkäri, potilaan anam-

neesi, aikaisemmat tutkimukset, nykysairaus, oireet, muut tutkimustulokset, ongelma tai indikaatio (eli mitä tutkimuksella haetaan, mistä ja millä tavalla tutkimus tulisi suorittaa), graviditeetti sekä muut rajoittavat tekijät. Röntgenkuvauksen tulisi perustua kliiniseen tarpeeseen, eikä rutiininomaiseen käytäntöön. (Soimakallio 2005: 89, Järvenpää 2005: 93.)

Röntgenhoitaja vastaa kuvantamistutkimuksessa potilaan yksilöllisestä ja turvallisesta ohjauksesta sekä hoidosta (Opetusministeriö 2006: 59), sillä jokainen potilas on yksilö niin anatomisesti, luonteenpiirteineen, vaivoineen kuin kommunikaatiotavoineen (Einola – Järvinen – Penttilä 2012: 10). Röntgenhoitajalta edellytetään monipuolisia viestintätaitoja, sillä usein potilaskontaktit ovat lyhyitä, ja luottamus pitää saavuttaa nopeasti. (Einola – Järvinen - Penttilä 2012: 10). Jokaisella potilaalla on oikeus hoitoon ilman syrjintää ja oikeus laadullisesti hyvään hoitoon. Potilaan hoidossa ja kohtelussa tulisi huomioida potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Kaikki potilaat ansaitsevat yhtä hyvää hoitoa kommunikaatiotavastaan riippumatta (Scott 2007: 206). Röntgenhoitaja vastaa siitä, että tutkimus tapahtuu turvallisesti. Tämä vaatii riittävää ohjeistusta, ohjausta ja tutkimuksen kulun informoimista potilaalle. Lähetteestä tulisi käydä ilmi tietoja, jotka voivat vaikuttaa tutkimuksen kulkuun, kuten potilaan kuulo- ja/tai näkövamma, liikuntavamma tai mielenterveysongelma. Näiden tietojen avulla pystyy röntgenhoitaja valmistautumaan kuvaukseen ja sen turvalliseen suorittamiseen, sekä ottamaan paremmin huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. (Einola – Järvinen - Penttilä 2012: 10.)

## 5.1 Natiiviröntgentutkimuksen kulku

Natiivitutkimukseen tultaessa tulee potilaan ilmoittautua neuvontaan, jossa tarkistetaan henkilöllisyys ja varmistetaan, että lähete löytyy potilastietojärjestelmästä. Röntgenhoitaja lukee huolellisesti lähetteen ja valmistelee kuvaushuoneen ja laitteet kuvausta varten. Röntgenhoitaja suorittaa lähetteessä pyydetyn kuvauksen. Jos lähetteessä on epäselvyyksiä, voi röntgenhoitaja varmistaa asian radiologilta tai lähettävältä lääkäriltä. (Soimakallio 2005: 90.)

Potilas pyydetään pukuhuonetilaan ja röntgenhoitaja varmistaa vielä henkilötunnuksen, sekä sen että lähetteen tiedot, kuten kuvattava puoli tai kohde on oikein (Einola - Järvinen – Penttilä 2012: 12). Jos potilas on hedelmöitymisikäinen nainen, varmistaa hoitaja, ettei hän ole raskaana. Potilas saa ohjeistukset riisuutumisen osalta: kuvattavalla



alueella ei tulisi olla kuvausta häiritseviä esineitä tai vaatteita. Tämän jälkeen potilas ohjataan tutkimustelineen luokse. (Soimakallio 2005: 90.)

Röntgenhoitaja neuvoo suullisesti ja käsin asettelemalla potilaan oikeaan asentoon, jotta saataisiin onnistunut kuva. Röntgenhoitaja rajaa kuvausalueen valokentän avulla tarvittavan pieneksi sekä asettaa potilaalle mahdolliset säteilysuojaimet. Jos potilaan kiinnipitämiseen tarvitaan avustaja, suojataan hänet asianmukaisesti. Kiinnipitäjänä tulisi toimia ensisijaisesti esimerkiksi potilaan omainen eikä röntgenhoitaja. Kuvauksen ajan potilasta pyydetään olemaan liikkumatta ja tietyissä kuvauksissa annetaan myös tarvittavat hengitysohjeet. (Soimakallio 2005: 90.) Esimerkiksi keuhkokuvauksessa tulisi potilaan vetää keuhkot täyteen ilmaa ja pidättää hengitystä kuvan ottamisen ajan (Einola – Järvinen – Penttilä 2012: 12). Kuvauksen aikana röntgenhoitaja ja mahdolliset avustajat eivät voi olla kuvaushuoneessa, lukuun ottamatta kiinnipitäjää. Röntgenhoitaja tarkastaa kuvat välittömästi kuvauksen jälkeen ja tarvittaessa ottaa lisäkuvia. Kun kuvat ovat onnistuneet, on tutkimus valmis ja potilas voi lähteä. Röntgenhoitaja kertoo potilaalle, milloin ja mistä voi kuvien vastausta tiedustella, sekä neuvoo pois röntgenosastolta. Röntgenlääkäri antaa niistä lausunnon ja kuvat lausuntoineen menevät sähköiseen arkistoon, josta ne ovat myös lähettävän lääkärin nähtävillä. Natiivitutkimus sisältää siis itse tutkimuksen (eli kuvauksen) ja röntgenlääkärin antaman kirjallisen lausunnon kuvista. (Soimakallio 2005: 90 – 91, Järvenpää 2005: 93.)

## 6 Kosketus

Koskettaminen määritellään kahden tai useamman ihmisen väliseksi suoraksi fyysiseksi kontaktiksi. Koskettaminen voi tapahtua joko ihon tai vaatteiden välityksellä. Kosketuksen tarkoituksena voi olla myös kielellinen kommunikaatio. Jo ennen puhuttua kieltä on todennäköisesti ollut olemassa jo kosketus ja eleet, ja ne edustavatkin edelleen vahvaa alitajunnan tuottamaa kieltä. Kehon muistiin jääneiden kosketusten ja tuoksujen aktivoiminen saattaa palauttaa mieleen unohtuneita asioita. (Koskinen 2000: 42.)

Kosketus ja sitä kautta syntyvä kommunikaatio on olennaista kasvulle, kehitykselle ja hoitotyölle. Syntymän jälkeen ensimmäinen kontakti ulkomaailmaan tapahtuu kosketuksen kautta. Usein myös elämän viimeinen kokemus on kosketus. (Simola 2011: 7.)

## 6.1 Tuntoaisti

Tuntoaisti on kaikista tärkein aisti, eikä ilman sitä voisi elää. Se on aisti, jolla on monta tehtävää. Tuntoaisti on sosiaalisuusaisti, turvallisuusaisti, nautintoaisti ja kommunikatio- sekä tiedonsaantiaisti. Ihon eri osat ovat eriasteisesti herkkiä; kaikista herkin on kielen kärki. Toiseksi herkin on sormenpää. (Rouvinen 2003: 32.) Ihon eri kerroksissa olevat vastaanottoreseptorit reagoivat kosketukseen eri tavalla. Kosketus aiheuttaa ärsykkeen, joka on ihon pinnan mekaaninen siirtymä. Se tapahtuu joko pinnan painautumana tai ihokarvan taipumisena. Ihon reseptorit aistivat paineen, sen alkamisen ja loppumisen sekä muun muassa värähtelyn, naputuksen, kutinan ja pistelyn. Kommunikointi on mahdollista myös kehon kautta, ihon fysiologisen rakenteen ja toiminnan ansiosta. Ihon peittäessä koko kehoa, voi kosketuksen viestit tuntea eri puolilla kehoa, huolimatta vaatekerroksesta. Ihon kautta kommunikointi toimii ympäristön melusta ja valoisuuden vaihteluista huolimatta. (Lahtinen 2008: 28 – 29.) Kosketus voi myös korvata puheen äänensävyn, kasvojen ilmeet, silmien liikkeet, eleet ja asennon, jotka viestittyvät kuulevalle ja näkeväälle automaattisesti. (Enäkoski - Routasalo 1998: 41.)

## 6.2 Kosketuksen erilaiset alueet

Koskettaminen käsiin, käsivarsiin, olkapäihin ja yläselkään ei vaadi lupaa eikä aiheuta hämmennystä, sillä nämä alueet ovat ihmisen sosiaalista aluetta. Näitä kosketusalueita kutsutaan myös neutraalin kosketuksen alueiksi. Länsimaisessa kulttuurissa näille alueille koskettaminen liittyy tervehtimiseen, onnittelemiseen ja hyvästelyyn, siksi kosketus koetaan luvallisena ja melko neutraalina. (Enäkoski – Routasalo 1998:13.) Ihmisen intiimivyöhyke sijaitsee suurin piirtein alle puolen metrin etäisyydellä kehosta, yksilöstä riippuen. Puolesta metrillä vähän yli metriin ulottuva alue on henkilökohtainen vyöhyke. (Enäkoski – Routasalo 1998: 26.) Nämä vyöhykkeet eivät aina ole kehänmuotoisia, eivätkä vyöhykkeet kaikissa suunnissa välttämättä ulotu yhtä pitkälle (Simola 2011: 6).

Länsimaisessa kulttuurissa kosketus sosiaaliselle vyöhykkeelle(kädet, käsivarret, selkä ja olkapäät) ei aiheuta hämmennystä, mutta kosketus läheiselle vyöhykkeelle (suu, ranteet ja jalat) vaatii lupaa tai ainakin rauhallista lähestymistä. Haavoittuva vyöhyke (kasvot, niska ja vartalon etuosa) on seksuaalisesti latautunutta ja siksi suojeltua aluetta. Voimakkaimmin kosketukselta suojeltu alue on intiimivyöhyke (genitaalialue).(Simola 2011: 10.)

Siihen, miten kokee toisen ihmisen tulemisen henkilökohtaiselle alueelle, on yksilöllistä ja siihen vaikuttaa persoonallisuus. Jotkut kiusaantuvat liian lähelle tulemisesta, kun

taas toiset eivät kiusaannu ollenkaan. (Rosqvist 2003: 30.) Kosketus on myös kulttuurisidonnaista ja Suomessa se rajoittuu yleensä perhepiiriin ja hyvien ystävien välisiin suhteisiin. Yleensä vain heille annetaan lupa tunkeutua omalle reviirille. (Koskinen 2000: 43.)

Se kuinka sitten varsinaisen kosketuksen kokee, on sekin yksilöllistä. Siihen vaikuttavat esimerkiksi persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset, tilanne ja kulttuuri. Kosketus on aina vastavuoroista, kosketettava reagoi kosketukseen ja lähettää näin omasta reaktiostaan viestin koskettajalle; tämä viesti vaikuttaa seuraavaan kosketukseen. Tämänkaltaisen viestintä on yleensä tiedostamatonta, tietoisesti tarkkailemalla koskettamisen aiheuttamaa reaktiota voi oppia koskettamaan miellyttävästi ja luontevasti. (Enäkoski – Routasalo 1998: 36.)

### 6.3 Potilaan koskettaminen hoitotyössä

Koponen (2009) tuo pro gradu – tutkielmassaan esille Enäkosken tutkimuksen, jossa tutkittavilta kysyttiin, missä ammateissa tai tilanteissa kosketus on sallittua. Vastauksina olivat mm. potilaan ja lääkärin välisen suhteen sekä sairaanhoitajan työn. Myös Routasalo on tehnyt tutkimuksen kosketuksessa hoitotyössä. Potilaat kokivat, että hoitajilla oli ammattinsa puolesta ”lupa” koskettaa, eikä sitä tarvinnut kyseenalaistaa. Sukupuolielimet, kasvot ja jalat koettiin kuitenkin alueiksi, joihin ei hoitajan tulisi turhaan koskea. Tutkimukseen osallistuvat kokivat kosketuksen ilmaisuun liittyvän hyväksyntää, ystävällisyyttä ja inhimillisyyttä. (Koponen 2009: 40–42.) Hoitaja voi siis kosketuksella viestittää potilaalle, kohdellaanko häntä ihmisenä, vai esineenä vailla ihmisarvoa (Simola 2011: 7). Kosketus on oleellinen osa hoitotyötä. Jokaiseen toimenpiteeseen liittyy kosketusta ja näin ollen tunkeutumista potilaan henkilökohtaiseen tilaan. (Rosqvist 2003: 33.)

Kosketusviestintä on ohimenevää; se kestää vain kosketuksen ajan. Kosketusviestintä voi olla jopa tärkein osa sanatonta viestintää. Sillä voidaan ilmasta asioita, joita voi olla hankala ilmaista sanoin. (Simola 2011: 7.) Esimerkiksi potilaan ollessa jännittynyt näytteenotossa, voi rauhallinen kosketus olkapäälle rauhoittaa potilasta ja osoittaa empatiaa. Kosketus on myös tapa kommunikoida potilaiden kanssa, joita sanat eivät enää tavoita, kuten erittäin huonokuntoiset potilaat (Simola 2011: 7). Kosketuksen avulla voi hoitotyöntekijä luoda hyvän suhteen potilaaseen lyhyessäkin ajassa ja osoittaa välittämistään. Kosketuksella voidaan saada potilaan huomio, tuottaa turvallisuuden tunnetta,

vahvistaa potilaan positiivisia tuntemuksia ja havainnollistaa hoitoa. (Rosqvist 2003: 33.) Hoitotyöhön liittyvä kosketus voidaan jakaa välttämättömään ja ei-välttämättömään kosketukseen. Jotta jokin toimenpide onnistuisi, on hoitotyöntekijän välttämätöntä koskea potilaaseen. Spontaaneissa tilanteissa esiintyy ei-välttämätöntä kosketusta, kun esimerkiksi hoitotyöntekijä pitää potilasta kädestä. Potilaat osaavat yleensä odottaa välttämätöntä kosketusta ollessaan sairaalassa, tietäen että se tapahtuu potilaan parasta ajatellen. Ei-välttämätön kosketus voi kuitenkin tulla yllätyksenä. Monet hoitotyöntekijät saattavat pitää selvänä oikeuttansa koskea lupaa kysymättä potilaan kaikkia kehon osia, jos se on tarpeellista hoitotoimenpidettä varten. Tällöin potilaiden täytyy opetella henkilökohtaista tilaansa koskevat uudet säännöt. Hoitotyöntekijöiden tunkeutuksessa potilaan kehon alueella on vaarana, että potilasta kohdellaan persoonattomana objektina. Tulisi muistaa, etteivät kaikki pidä kosketuksesta. Jotkut potilaat voivat kokea tunnepitoisen kosketuksen negatiivisena. Esimerkiksi, jos hoitotyöntekijä ottaa kädestä kiinni kivuliaan toimenpiteen aikana tai silittää hiuksia. Potilas saattaa ilmaista mielipiteensä sanoilla, liikehdinnällä tai väkivaltaisella käyttäytymisellä, tällöin kosketusta tulisi välttää jos potilas ei sitä halua. (Rosqvist 2003: 33–35.)

Potilaat oikeuttavat hoitotyöntekijän kosketuksen ja lähellä olon tämän auttaessa heitä, eivätkä koe välttämättä henkilökohtaiseen tilaan tunkeutumista loukkaavana. He kuitenkin hyväksyvät hoitotyöntekijän läheisyyden vain koska ovat sairaita ja tarvitsevat hoitotoimenpiteitä. Kun heidän vointinsa paranee, ei enää koeta hoitotyöntekijän kosketusta yhtä hyväksytyksi ja haluavat tehdä asioita itse. Hoitotyöntekijällä on suuri vastuu, kuinka hän käyttäytyy potilaan läheisyydessä. Negatiivinen kokemus vaikuttaa potilaan asenteeseen hoitotyöntekijöitä ja tutkimuksia kohtaan tulevaisuudessa. Potilaan luottamus hoitotyöntekijää kohtaan ei ole automaattista, vaan se ansaitaan. (Rosqvist 2003: 35.)

Rosqvist (2003) on toteuttanut tutkimuksen potilaan henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. Kosketus ja lähellä olo ovat hoitotyön keskeisiä ominaisuuksia potilaan ja hoitotyöntekijän välisessä vuorovaikutussuhteessa. Rosqvistin tutkimuksessa 25 % tutkimukseen osallistuneista potilaista oli kokenut hoitotyöntekijän kosketuksen epämiellyttävänä. Potilaat myös kokivat kosketuksen vaarantavan heidän yksityisyyden. Hoitotyöntekijän kosketuksen epämiellyttävyyteen vaikuttivat muun muassa kokemattomuus potilaana olosta ja tiedonsaannin puute hoitotoimenpiteestä. Potilaat kokivat erityisen epämiellyttäväksi hoitotyöntekijän kosketuksen, joka aiheutti kipua, oli tarpeetonta, esineellistävää ja ilman lupaa tapahtuvaa. Kun kos-

kettajana oli vastakkaista sukupuolta oleva hoitotyöntekijä, toi se potilaalle epämiellyttävän tunteen. Epämiellyttävästä kosketuksesta aiheutui negatiivisia tuntemuksia, joka ilmentyi potilaiden mukaan muun muassa alemmuuden, avuttomuuden ja alistavuuden tunteena. (Rosqvist 2003: 65–66.)

Rosqvistin (2003) tutkimuksessa 41 % potilaista piti epämiellyttävänä tilannetta, jossa hoitotyöntekijä koskettaa ilman lupaa pimeässä potilashuoneessa. Mutta saman verran (41 %) vastanneista ei kokenut tilannetta lainkaan epämiellyttävänä. Kolmanneksen mielestä kaikki ilman lupaa tapahtuva kosketus oli epämiellyttävää. (Rosqvist 2003: 75.) Tutkimukseen osallistuneet potilaat (100 %) kokivat hoitotyöntekijän kosketuksen olevan oikeutettua tämän auttaessa heitä. Ja loppujen lopuksi suuri osa tutkimukseen osallistuneista potilaista ei kokenut hoitotyöntekijän kosketusta epämiellyttäväksi missään tilanteessa. (Rosqvist 2003: 76, 100.)

Rosqvist (2003) tuo tutkimuksessaan esille termin taktiilinen tila, joka muodostuu potilaan tuntoaistin saamista ärsykkeistä. Kosketus on olennainen osa ihmisen käyttäytymistä; kaikenikäiset ihmiset tarvitset kosketusta ja haluavat koskea. Kosketus tapahtuu intiimivyöhykkeellä, jolloin koskijan haju, vartalon lämpö, ääni ja hengitys voidaan aistia tarkasti. Koskettaminen sopimattomalla tavalla loukkaa potilaan taktiilista tilaa ja intiimialueelle koskettaminen voi aiheuttaa levottomuutta ja kiusallisuutta. Kiusallisuutta voi myös aiheuttaa odottamaton kosketus, tai se voidaan kokea jopa uhaksi. (Rosqvist 2003: 33, 41.)

### 6.3.1 Potilaan koskettaminen natiiviröntgentutkimuksessa

Röntgenhoitajan työssä kosketuksella on suuri merkitys, jolla hoitaja pystyy viestittämään tarkoituksellisesti tai huomaamattaan. Röntgenhoitajan potilaskontaktit ovat lyhyitä ja pitää luottamus saavuttaa nopeasti. Kosketuksen avulla voi potilaaseen luoda nopeastikin hyvän ja turvallisen potilassuhteen. Vaikka edellä mainituissa tutkimuksissa kokivat potilaat hoitotyöntekijän kosketuksen oikeutettuna, tulisi muistaa neutraalit kosketusalueet ja kunnioittaa potilaan omaa tilaa. Kuten Rosqvist (2003) toi tutkimuksessaan esille, piti neljännes tutkimukseen osallistuneista potilaista hoitotyöntekijän kosketusta epämiellyttävänä. Näistä asioista johtuen tulisikin kiinnittää huomiota siihen, kuinka potilasta koskettaa, mihin ja missä tilanteessa. Röntgenhoitajan tulisi ottaa huomioon myös se, etteivät kaikki potilaat pidä koskettamista. Näiden potilaiden tunnistus vaatiikin ihmistuntemusta ja tilannetajua.

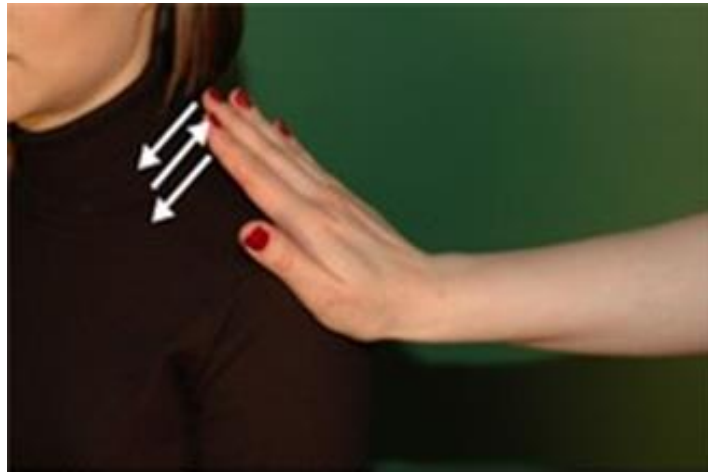
Rosqvistin (2003) tutkimuksessa 41 % piti kosketusta pimeässä huoneessa epämiellyttävänä. Natiivikuvaushuone on monesti hämärä, jolloin esimerkiksi huononäköinen potilas ei näe röntgenhoitajan aikomusta koskettaa. Odottamaton ja ilman lupaa tapahtuva kosketus voidaan kokea uhaksi, ja monesti potilas saattaakin säikähtää röntgenhoitajan äkkinäistä kosketusta, erityisesti käsien ollessa kylmät. Kosketus on kuitenkin röntgenhoitajan työssä välttämätöntä oikean asettelun takaamiseksi.

## **7 Kuurosokea potilas natiiviröntgentutkimuksessa**

On harvinaista, jos kuurosokea potilas tulee sairaalaan/terveyskeskukseen ilman tulkkia tai saattajaa (Scott Jackie 1998: 164). Kuitenkin tulkkia ei aina ole välttämättä saatavilla tai muistettu tilata tai esimerkiksi osastohoidon aikana voivat natiivitutkimukset tulla yllättäen, eikä tulkki välttämättä voi olla aina kuvaushuoneessa mukana (Koskinen 2000: 76). Potilasturvallisuus ja hoidon laatu ovat riippuvaisia täsmällisestä ja ajoissa annetusta ohjeistuksesta (Scott Anne 2007: 205). Vaikka kuurosokealla olisi toiminnallista näköä tai kuuloa jäljellä, ei välttämättä apuvälineitä, kuten kuulolaitetta tai sisäkorvaistutetta (leikkauksella asennettava sähköinen kuulolaite, tarkoitettu potilaille, jotka eivät hyödy riittävästi tavallisesta kuulolaitteesta), voi pitää natiivitutkimuksessa päällä (LapCi ry). Kuvaushuoneessa on myös monesti hämärää, jolloin näönjäänteistäkään ei ole apua. Tällöin kuurosokea ei pysty vastaanottamaan ohjeistuksia visuaalisesti eikä auditiivisesti, jolloin kosketuksella tapahtuva kommunikointi on varmin keino taata onnistunut kuvaus. Kuurosokeista useimmat puhuvat itse, mutta ottavat tietoa vastaan kosketuksella. Kuurosokean kysymyksiin voi vastata ei- ja kyllä-haptiiseilla (KUVA 2 ja 3).



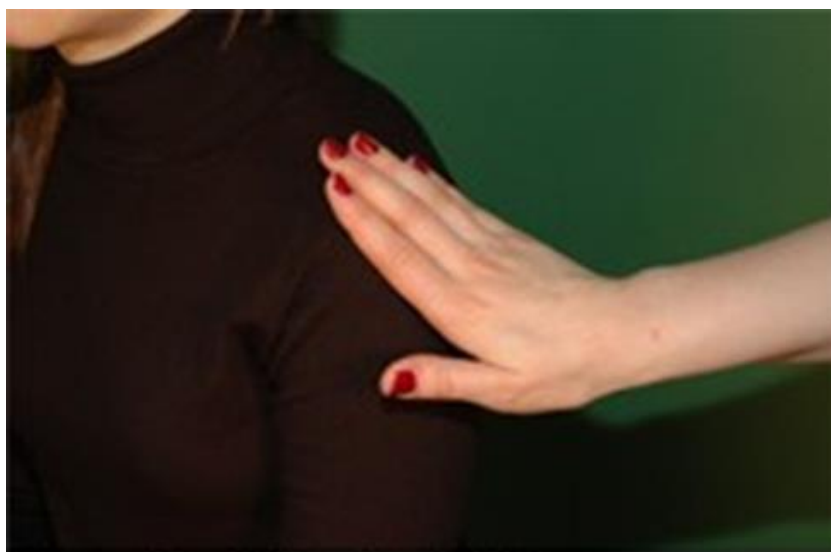
KUVA 2. Ei-palaute ilmaistaan sivuttaisella, edestakaisella liikkeellä, esimerkiksi olkapäähän, käsivarteen tai yläselkään. (Kuurosokeat ry.)



KUVA 3. Kyllä-haptiisi muodostetaan tekemällä kädellä ylös-alas-liikettä, josta syntyy ”taputus” (Kuurosokeat ry.)

Kun kuurosokealla on tulkki mukana, tulisi muistaa, että tulkki on vain kommunikoinnin ja informaation välittäjänä. Kuurosokeasta ei tulisi puhua kolmannessa persoonassa, vaan keskustelun tulisi tapahtua aivan kuten kuulevan ja näkevänkin potilaan kanssa. Viittomakielen- ja kuurosokeiden tulkit ovat ammattitaitoisia ja osaavat tulkita keskustelua, ilman että heille tarvitsee erikseen mainita, että mitä tulee tulkata. Kaikki keskustelu mitä puhutaan, on se sitten keskustelua potilaan tai toisen hoitajan kanssa, tulisi tulkata, myös non-verbaaliset viestit, kuten eleet, ilmeet ja katseet, tulisi mahdollisuuksien mukaan tulkata. (Koskinen 2000: 75.)

Kuurosokeaa potilasta lähestyttäessä ja kontaktiin pyrittäessä lähestytään rauhallisesti edestä tai etuviistosta, tällöin hänellä on mahdollisuus käyttää aistejaan tulijan havaitsemiseen paremmin kuin esimerkiksi selän puolelta lähestyttäessä. Läsnäolo tuodaan kuurosokean tietoon koskettamalla häntä rauhallisesti (KUVA 4). Hyväksyttäviä kosketamisalueina pidetään käsiä, käsivarsia, käden selkää ja hartioita. Nopea ja äkkinäinen kosketus saattaa säikyttää. Rauhallinen kosketus ja nopea kosketus aiheuttavat erilaisen reaktion: nopea toistuva kosketus tulkitaan usein kiireelliseksi kontaktinottoyritykseksi. (Kovanen – Lahtinen 2006: 20.)



KUVA 4. Saapumisesta paikalle ilmoitetaan rauhallisella kosketuksella olkapäähän. (Kuurosokeat ry.)

On hyvä tapa kertoa, kuka tulija on; viittomalla olkavarteen ”hoitaja” (KUVA 5). Kuurosokea päättelee kosketuksen suunnasta, missä kohtaa hoitaja on häneen nähden. Siksi on tärkeää, ettei vaihda heti kosketuksen jälkeen paikkaa. (Kovanen – Lahtinen 2006: 21.) Rosqvistin teettämän tutkimuksen mukaan 86% sisätautien vuodeosaston potilaista piti hoitotyöntekijän esittelyn merkitykselliseksi (Rosqvist 2003: 73.)





KUVA 5. Haptiisi ”sairaanhoidaja” (Lahtinen 2013).

Kuurosokean potilaan kanssa tulisi ottaa huomioon kuvaushuoneen valaistus. Kuurosokea potilas, jolla on jonkin verran toiminnallista näköä, voi hämärässä kuvaushuoneessa kokea olevansa täysin sokea. Myös hälinä ja ylimääräiset äänet tulisi minimoida. Tästä syystä röntgenputki on hyvä asettaa paikoilleen ennen kuin potilas tulee huoneeseen. Näin vältetään myös vaaratilanteet jos kuurosokea ei kuule taikka näe putken liikkumista.

Asettelu tapahtuu kuurosokean potilaan kanssa kuten kuulevan ja näkevänkin, mutta huomioon tulee ottaa se, ettei ohjeita voi välttämättä antaa ääneen tai näyttää visuaalisesti. Tällöin on entistä suurempi merkitys sillä, että asettelu tapahtuu pelkän kosketuksen perusteella, jolloin tulee käyttää määrätietoisia ja ohjaavia otteita. Näin saadaan onnistunut asettelu, sekä kuurosokea potilas tietää miten hänen pitää olla ja että hoitaja on läsnä. Kun röntgenhoitaja vaihtaa paikkaa potilaan toiselta puolelta toiselle, tulisi se ilmaista kosketuksella selkään (KUVA 6). Näin siksi, että kuurosokea on vain sen tiedon varassa mitä hän kosketuksella saa. Jos hoitaja päästää irti kosketuskontaktista, ei kuurosokea tiedä mitä tapahtuu.



KUVA 6. Puolen vaihtaminen ilmaistaan vetämällä kämmentä pitkin selkää, sitä mukaa kun siirtyy toiselle puolelle. Lopussa käsi jää kontaktiin hetkeksi haptiisin lopetuskohtaan. (Kuurosokeat ry.)

Päällekkäin puhumista tulisi välttää, sillä jos kuurosokealla on jonkin verran toiminnallista kuuloa jäljellä, tai kuulolaite, vaikeuttaa päällekkäin puhuminen puheen erottelua ja puhujien paikantamista. On tärkeää puhua rauhallisesti ja vuorotellen. Jos kuurosokea potilas pystyy lukemaan huuliota, tulisi kiinnittää huomiota erityisesti rauhalliseen ja selkeään puhetyyliin, jossa suun aluetta ei peitetä esimerkiksi kädellä. (Kovanen – Mielityinen – Västilä 2012: 72.) Myös esimerkiksi ilmavirta vaikuttaa kokonaistilanteen hahmottamiseen, olisi hyvä, etteivät muut hoitajat kävisi kuvaushuoneessa turhan takia, sillä kuurosokealla potilas ei voi välttämättä kuulo- ja/tai näköaistin avulla havaita keitä nämä ihmiset ovat ja mihin menivät. Tämän takia tulee ilmoittaa, kun poistuu huoneesta (KUVA 7), esimerkiksi eksponoimaan.



KUVA 7. Tilasta poistuttaessa ilmoitetaan se pyyhkäisemällä selästä siihen suuntaan mihin poistuu (Kuurosokeat ry).

Haptiisien kautta voidaan ilmaista myös hengitysohjeet. Hengittäminen ohjeistetaan siten, että hengityksen tahdissa käsi laskee ja nousee kontaktissa olkapään etupuolella. Syvään hengittäminen ilmaistaan samalla tavalla, mutta lisätään painovoima edelliseen liikkeeseen. (Lahtinen 2008: 75.) Kun esimerkiksi keuhkokuvaa varten pitää ohjeistaa hengitystä, niin ilmaistaan se, kuten edellä on mainittu., Kun kuurosokea hengittää syvään sisään, voidaan tehdä vielä stop/liikkumatta-haptiisi (KUVA 8).

Kun asettelu on valmis, ilmaistaan kuurosokealle liikkumatta oleminen haptiisilla, jossa tehdään raskas kosketus kämmenellä esimerkiksi olkapäähän (KUVA 8). Tätä haptiisia voi käyttää eri kehon osiin. Esimerkiksi kättä kuvatessa, voidaan se tehdä käsivarteen tai keuhkokuvaa otettaessa sama haptiisi tehdä kahdella kädellä hartioille. Tämän jälkeen ilmaistaan vielä, että kuvaaja poistuu tilasta (KUVA 7).



KUVA 8. Odotus/liikkumatta –haptiisi tehdään koskettamalla kämmenellä hieman raskaammin esimerkiksi käsivartta tai yläselkää. (Kuurosokeat ry.)

Myös kuurosokea potilas on oikeutettu saamaan tiedon siitä, mistä hän voi kuulla röntgentutkimuksen vastaukset ja milloin (Scott Anne 2007: 208). Nämä tiedot voidaan kertoa kuurosokealle vaikka kirjoittamalla sormella kuurosokean potilaan yläselkään tai kämmenpohjaan tikkukirjaimilla.

## 8 Pohdinta

Tavoitteena opinnäytetyössäni oli tehdä ohjeistus röntgenhoitajille haptiisien käytöstä sekä mitä erityispiirteitä pitää ottaa huomioon kuurosokean potilaan kohdalla natiiviröntgentutkimuksessa. Ohje saatiin tehtyä, ja siihen saatiin tärkeimmät asiat käytännönläheisesti ja konkreettisin tilantein, joissa kutakin haptiisia voi käyttää. Vaikka opinnäytetyö on suunnattu röntgenhoitajille, voi näitä samoja haptiiseja käyttää myös muut ammattiryhmät.

Opinnäytetyön aihetta miettiessä, halusin käyttää hyödykseni aiempaa koulutustani viittomakielen ohjaajana. Siispä otin yhteyttä useisiin eri alan järjestöihin ja kyselin aihetta. Suomen Kuurosokeat ry:n Riitta Lahtinen ottikin yhteyttä ja kertoi omasta väitöskirjastaan. Tapasimme kerran Riitta Lahtisen kanssa, jonka lisäksi osallistuin yhdeksi päiväksi hänen vetämäänsä Sosiaaliset pikaviestit – koulutukseen keväällä 2013.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, kuurosokeiden määrä tulee lisääntymään väestön ikäännyessä. Radiografia ja sädehoidon koulutusohjelmassa ei ole tehty opinnäytetyötä liittyen juurikin kuurosokeisiin potilaisiin ja heidän tarpeisiinsa. Myöskään haptiiseista ei ole tehty opinnäytetyötä. Tässä työssä on siis luotu jotakin uutta yhdistäen aiheeseen liittyvien tutkimuksien ja teoksien teoreettista pohjaa käytännön kokemukseen, jota kautta on saatu aikaan ohjeistus.

Alkuperäinen tarkoitus oli, että luotaisiin muutamia ihan uusia haptiiseja, jotka ovat erityisesti natiiviröntgentutkimukseen liittyviä. Nämä jäivät aikataulullisista syistä nyt kokonaan pois ja työssä onkin vain seitsemän erilaista haptiisia. Tätä asiaa lukuun ottamatta työ onnistui ihan hyvin, siitä tuli sellainen kuin oli tarkoitus. Haptiiseja oli myös tarkoitus testata kuurosokeilla henkilöillä, että ymmärtävätkö he ne, jos kyseessä olisi kuvantamistilanne, mutta tämäkin jäi aikataulullisista kiireistä johtuen pois. Tämä osuus olisi ollut tärkeä suorittaa, jotta nähdään toimivatko nämä oikeassa kuvaustilanteessa. Samoin näitä haptiiseja olisi voinut kokeilla röntgenhoitajilla, että osaavatko he käyttää näitä natiiviröntgentutkimuksissa. Opinnäytetyö sujui muuten suunnitelmien mukaisesti ja ilman suurempia ongelmia, lukuun ottamatta aikataulullisia seikkoja sekä muutamia teknisiä ongelmia. Aikataulullisista syistä, jouduttiin myös tekemään myönnytyksiä opinnäytetyön lopputuloksessa.

Työ on rajattu ja keskitytty juuri tämän aiheen kannalta keskeisiin aiheisiin. Keskeisimmät käsitteet määriteltiin teoriaosuudessa. Tärkeäksi koettiin teoria- ja tutkimustieto kosketuksesta, sillä se on olennainen osa sekä kuurosokeiden informaation saantia, että röntgenhoitajan työtä. On kuurosokean potilaan etu, että röntgenhoitaja osaisi käyttää haptiiseja sekä kiinnittää huomiota kuurosokean potilaan erityistarpeisiin. Tässä opinnäytetyössä käsitellään aihetta siis vahvasti juurikin potilaan näkökulmasta.

Opinnäytetyön luotettavuuden puolesta puhuu se, että lähteitä on aiheeseen nähden käytetty runsaasti. Mukana on myös muutama kansainvälinen artikkeli. Työtä varten on myös luettu paljon lähdeluettelossa näkymättömiä lähteitä, sillä aivan uuteen aiheeseen on pitänyt syventyä laajasti. Lähteitä on tarkasteltu kriittisesti ja niitä on peilattu omiin kokemuksiini. Lähteistä saatu tieto on ollut yhtenäistä eri teoksissa. Vanhemmat lähteet voivat, heikentää opinnäytetyön luotettavuutta, mutta ne sisältävät tietoa, joka on tämän aiheen kannalta muuttumaton sekä merkityksellinen, jolloin niiden käyttö on perusteltua. Materiaalia, joka olisi juuri tarkoitettu radiografia-alalle, on vähän. Siksi on käytetty jonkin verran yleisesti hoitotyöhön liittyviä materiaaleja, tämä voi olla luotettavuutta heikentävä tekijä. Näistä on kuitenkin sovellettu tietoa, joka sopii myös natiiviröntgentutkimuksiin.

Tätä työtä varten on käytetty niin painettua materiaalia kuin verkkodokumenttejakin. Verkkodokumentit voidaan kokea epäluotettavammiksi. Käytetyt verkkodokumentit ovat kuitenkin arvioitu luotettavien tahojen tekemäksi materiaaliksi, jotka on päivitetty viime aikoina. Muutamissa teoksissa on käytetty ns. toisen käden lähteitä, sillä alkuperäisiä lähteitä ei ole ollut saatavilla pääkaupunkiseudulla. Tämä heikentää työn luotettavuutta. Lähdeviittaukset on pyritty tekemään täsmällisesti ja oikein, sillä tarkoitus ei ole vääristää eikä ottaa kunniaa alkuperäiseltä kirjoittajalta. Suomen kuurosokeat ry:n kommunikatiivipäällikkö Riitta Lahtinen, joka myös ehdotti tämän opinnäytetyön aihetta, on tarkistanut tämän opinnäytetyön asiasisällön, ettei siinä ole sisällöllisiä virheitä, joten se lisää tämän työn luotettavuutta.

Jatkokehittämissideoita olisi, että luotaisiin niitä haptiiseja muutamia, jotka tästä jäivät puuttumaan. Näitä haptiiseja voitaisiin myös luoda erityisesti tietokonetomografia- ja magneettikuvaukseen liittyen. Olisi myös hyvä tietää, käytetäänkö röntgenosastolla tulevaisuudessa enemmän näitä haptiiseja. Tässä opinnäytetyössä tuotiin esille muutamia keskeisimpiä tutkimuksia liittyen koskettamiseen hoitotyössä. Kosketuksen käyt-

töä röntgenhoitajan työssä voitaisiin myös tarkastella, esimerkiksi laadullisen tutkimuksen kautta.

Olen pyrkinyt kiinnittämään huomiota suunnitelmallisuuteen, lähteisiin ja niiden merkintöihin. Olen oppinut tekemään tietokantahakuja erilaisilla hakusanoilla sekä lukemaan tieteellisiä artikkeleita. Tekstin tuottaminen on välillä tuntunut hankalalta ja opinnäytetyöprosessi itsessään stressaavalta. Olen huomannut, että ajankäyttöni ja tehokkuuteni kaipaisi vielä lisää kehitystä. Alussa tehty opinnäytetyösuunnitelma on kuitenkin auttanut, sillä sinne olin tehnyt jo alustavan sisällysluettelon, jonka mukaan oli helppo edetä.

Tärkein tavoite henkilökohtaisesti oli, että oppisin käyttämään haptiiseja ja saisin uutta näkökulmaa kuurosokean potilaan ohjauksessa nativiröntgentutkimuksessa. Aikaisempi kokemus viittomakielen ohjaajan koulutuksessa ja ammatissa on ollut hyvin vähäistä, en esimerkiksi itse osaa kommunikoida taktiililla viittomakielellä laisinkaan. Toivon kuitenkin, että tässä opinnäytetyössä näkyy se, että olen viittomakielen ohjaaja.

Olen oppinut miettimään kuurosokeiden sekä sokeiden henkilöiden kannalta erityisesti turvallisuutta ja ohjausta natiivikuvaustilanteessa. On tärkeää, että huone on valmisteltu hyvin, jottei satu vaaratilanteita. Ohjaamisessa pitää huomioida sekä kuulo- että näkövamman yhteisvaikutus potilaan toimimiseen. Olen kiinnittänyt opinnäytetyön aloittamisen jälkeen erityistä huomiota siihen, kuinka ohjaan sokeita potilaita ja yrittänyt ottaa huomioon opinnäytetyön tekemisessä esiin tulleita asioita. Näitä ovat esimerkiksi opastusasento liikkeessä ja valaistus kuvaushuoneessa.

Olen oppinut syventyessäni sosiaalishaptiseen kommunikaatioon, että näitä haptiiseja olen käyttänyt jo aiemmin huomaamattani. Jos olen halunnut, että joku lopettaa tekemänsä tai pysyy paikoillaan niin olen laskenut oman käteni toisen henkilön käsivarren päälle. Esimerkiksi ultraäänitoimenpiteissä, joissa potilaan pitäisi pysyä paikoillaan, olen toiminut juuri näin. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana olen alkanut kiinnittää tietoisesti huomiota, juuri näihin tilanteisiin. Nämä haptiisit siis ovat toimiva kommunikaation tuki myös täysin kuuleville ja näkevillekin potilaille. Sen lisäksi olen kiinnittänyt huomiota kuinka kosketan potilasta röntgenhoitajana, että käytän juuri näitä neutraaleja kosketusalueita mahdollisuuksien mukaan.

## Lähteet

Einola, Milla – Järvinen, Laura – Penttilä, Jaana 2012. Potilaan ja röntgenhoitajan välinen kommunikaatio diagnostisessa radiografiatyössä. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa

<[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41635/Einola\\_Milla\\_Jarvinen\\_Laura\\_Penttila\\_Jaana.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41635/Einola_Milla_Jarvinen_Laura_Penttila_Jaana.pdf?sequence=1)>

HUS-kuvantaminen. Natiiviröntgentutkimusten yleisohje. Tutkimusohje.

<[http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-](http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-kuvantaminen/Natiivi%20MO%20yleinen/Natiivir%C3%B6ntgentutkimusten%20yleisohje.pdf)

kuvantami-

nen/Natiivi%20MO%20yleinen/Natiivir%C3%B6ntgentutkimusten%20yleisohje.pdf> Luettu 26.9.2013

Iivanainen, Ansa – Syväoja, Pirjo 2010. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Järvenpää, Ritva 2005. Thorax. Teoksessa Kivisaari, Leena – Manninen, Hannu – Soimakallio, Seppo – Svedström, Erkki – Tervonen, Osmo (toim.): Radiologia. Helsinki: WSOY. 93 – 178.

Keuhkojen ja luuston röntgentutkimus. Satakunnan sairaanhoitopiirin liikelaitos Sata-diag. Verkkodokumentti. <<http://www.satadiag.fi/yksikot/kuvantaminen/keuhkojen-ja-luuston-rontgentutkimus>> Luettu 26.9.2013

Kieli, kommunikaatiotavat, kohtaaminen. Esite. Suomen kuurosokeat ry.

Koponen, Jukka 2009. Kosketuksen merkitys. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Koskinen, Sointu 2000. On tärkeää tehdä samaa kuin muutkin. Kuurosokean integroituminen yhteiskuntaan. Aiheita 1/2000. Helsinki: Stakes.

Kovanen, Merja – Lahtinen, Riitta 2006. Kohdataan ja kommunikoidaan. Tietoa taktiiviittomisesta ja sen opettamisesta. Helsinki: Suomen Kuurosokeat ry.

Kovanen, Merja – Mielityinen, Marianne – Västilä, Tuija 2012. Kuurosokeus osana elämää. Tietoa ja kokemuksia kaksoisaistivamman seurannaisvaikutuksista. Helsinki: Suomen kuurosokeat ry.

Kuurosokeiden kommunikaatiomenetelmät. Verkkodokumentti. Suomen kuurosokeat ry. <[http://www.kuurosokeat.fi/tietoa\\_kuurosokeudesta/kommunikaatiomenetelmat/](http://www.kuurosokeat.fi/tietoa_kuurosokeudesta/kommunikaatiomenetelmat/)> Luettu 27.1.2013.

Kuurosokeiden oma järjestö. Verkkodokumentti. Suomen kuurosokeat ry

<<http://www.kuurosokeat.fi/etusivu/>> Luettu 13.11.2013

Lahtinen, Riitta 2005. Sosiaaliset pikaviestit. Helsinki: Suomen Kuurosokeat ry.

Lahtinen, Riitta 2008. Haptiisit ja hapteemit. Tapaustutkimus kuurosokean henkilön kosketukseen perustuvan kommunikaation kehityksestä. Väitöskirja Helsinki: Helsingin yliopisto.

Lahtinen, Riitta - Tuomaala, Sanna 2013. Heräämössä käytettyjä haptiiseja eli keho-  
viestejä. Seminaari esitys. Ääntä ja kosketuksia. Arkielämän tutkimuksia. Helsinki.  
15.10. Kuunneltavissa myös sähköisesti osoitteessa  
<[http://www.youtube.com/watch?v=D4k6uos8FGY&list=UUbnj5oMuxjnBclUX3PB\\_YBQ&index=3](http://www.youtube.com/watch?v=D4k6uos8FGY&list=UUbnj5oMuxjnBclUX3PB_YBQ&index=3)>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

LapCi ry. Mikä on sisäkorvaistute? Verkkodokumentti.  
<<http://www.lapci.fi/sisakorvaistute.html>> Luettu 28.10.2013.

Marttila, Jaana 2006. Kuurosokeiden kommunikaatio. Teoksessa Vartio, Eero(toim.):  
Haasteena kuurosokeus. Helsinki: Suomen Kuurosokeat ry. 34 – 40.

Mesch, Johanna 2004. Viitotaan yhdessä. Tietoa taktiilista viittomakielestä. Helsinki:  
Suomen Kuurosokeat ry.

Mikkola, Jenni 2007. ”Enää ei tarvitse sinnitellä.” Selvitys kuurosokeiden tulkkaustar-  
peiden muutoksista sisäkorvaistutteen saamisen jälkeen. Opinnäytetyö. Humanistinen  
ammattikorkeakoulu. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa  
<<http://www.kuurosokeat.fi/data/liitteet/mikkolaontvalmis-1.pdf>>

Niemi, Antti 2011. Käytäntöläheinen tutkimus- ja kehitystyön perusta. Luento diasarja.  
13.1.2011. Metropolian Ammattikorkeakoulu.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta  
valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäispisteet. Opetus-  
ministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.  
<<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>> Luettu  
29.9.2013.

Pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä ja määritelmän selvennyksiä. Verkkodoku-  
mentti. Suomen kuurosokeat ry.  
<[http://www.kuurosokeat.fi/tietoa\\_kuurosokeudesta/pohjoismainen\\_kuurosokeuden\\_maaritelma/maaritelma\\_ja\\_selvennykset/](http://www.kuurosokeat.fi/tietoa_kuurosokeudesta/pohjoismainen_kuurosokeuden_maaritelma/maaritelma_ja_selvennykset/)> Luettu 27.1.2013.

Rantanen, Teemu – Toikko, Timo 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökul-  
mia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen  
yliopisto.

Rosqvist, Eerika 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säi-  
lymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Ouli: Oulun yliopisto.

Rouvinen, Ritva 2003. Aistit avoinna – Elämässä mukana. Matka kuurosokeiden kult-  
tuuriin. Aiheita 24/2003. Helsinki: Stakes.

Röntgentutkimuksella selviää vamma tai sairaus 2013. Verkkodokumentti. STUK.  
<[http://www.stuk.fi/sateilyn-hyodyntaminen/terveydenhuolto/rontgen/fi\\_FI/index/](http://www.stuk.fi/sateilyn-hyodyntaminen/terveydenhuolto/rontgen/fi_FI/index/)> Luet-  
tu 29.9.2013.

Scott, Anne 2007. Improving communication for better patient care. Radiologic technol-  
ogy. January/February 2007. Vol. 78/no. 3.



Scott, Jackie 1998. Communicating with a deafblind person in an emergency. *Accident and Emergency Nursing* ( 1998) 6. 164-166.

Simola, Anu 2011. Potilaiden henkilökohtainen tila rikkoutuu. Miten potilaat kokevat hoitajan kosketuksen? *Opinnäytetyö*. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu.

Soimakallio, Seppo 2005. Käytännön säteilysuojaus. Teoksessa Kivisaari, Leena – Manninen, Hannu – Soimakallio, Seppo – Svedström, Erkki – Tervonen, Osmo (toim.): *Radiologia*. Helsinki: WSOY. 89 – 92.

Sosiaalishaptiseen kommunikaatioon liittyviä termejä ja viittomia. 2012. Verkkodokumentti. Suomen kuurosokeat ry.  
<[http://www.kuurosokeat.fi/kommunikaatiopalvelut/tietopiste/sosiaalishaptiseen\\_kommunikaatioon\\_liittyvia\\_termeja\\_ja\\_viittomia/](http://www.kuurosokeat.fi/kommunikaatiopalvelut/tietopiste/sosiaalishaptiseen_kommunikaatioon_liittyvia_termeja_ja_viittomia/)> Luettu 27.1.2013.

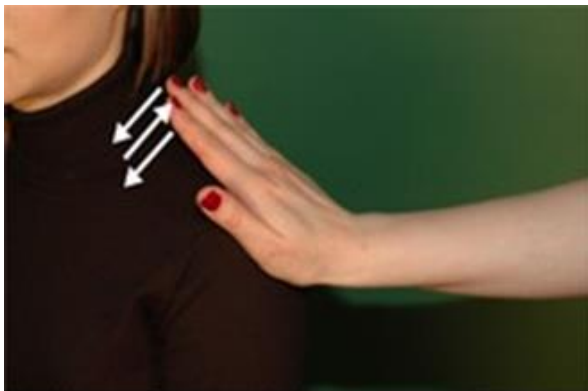
Särkimäki, Eila 2006. Kädestä käteen. Teoksessa Vartio, Eero (toim.): *Haasteena kuurosokeus*. Helsinki: Suomen Kuurosokeat ry. 51–57.

Tarkistettu pohjoismainen kuurosokeuden määritelmä. Verkkodokumentti. Suomen kuurosokeat ry.  
<[http://www.kuurosokeat.fi/tietoa\\_kuurosokeudesta/pohjoismainen\\_kuurosokeuden\\_maaaritelma/](http://www.kuurosokeat.fi/tietoa_kuurosokeudesta/pohjoismainen_kuurosokeuden_maaaritelma/)> Luettu 27.1.2013.

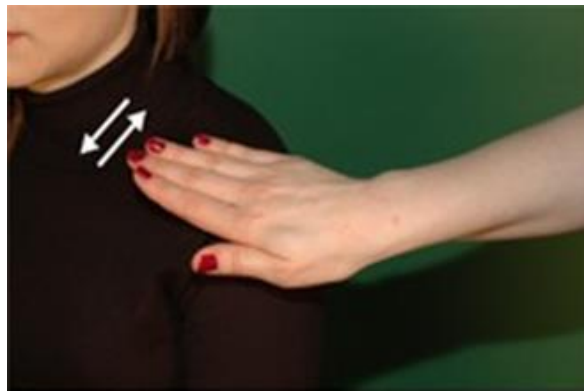
Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Verkkodokumentti. Tilastokeskus.  
<[https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/t\\_ktoiminta.html](https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html)> Luettu 19.10.2013.

Ylitalo, Anne 2006. *Muuttuva kommunikaatio*. Helsinki: Suomen Kuurosokeat ry

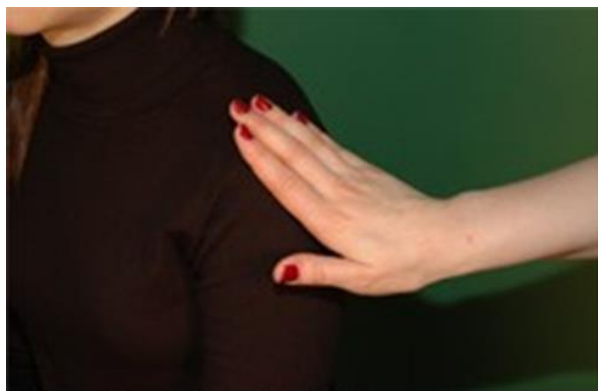
## Natiiviröntgentutkimuksessa käytettävät haptiisit



**kyllä**  
ylös-alas -liike, "taputtava"



**ei**  
sivulta sivulle liike



**olen tässä**  
kevyt kosketus olkapäähän



**puolen vaihto**  
pyyhkäisy kämmenellä yläselkää pitkin, jossa lopussa kontakti jää hetkeksi



**tilasta poistuminen**  
pyyhkäistään pitkin selkää, siihen suuntaan mihin henkilö poistuu



**odota/liikkumatta**  
käsi paikallaan, kosketus on hieman ras-  
kaampi



**hoitaja**  
risti olkavarteen piirrettynä

## Artikkeli

### Haptiisit natiiviröntgentutkimuksessa

Röntgenhoitaja vastaa kuvantamistutkimuksessa potilaan yksilöllisestä ja turvallisesta ohjauksesta sekä hoidosta, sillä jokainen potilas on yksilö niin anatomisesti, luonteenpiirteineen, vaivoineen kuin kommunikaatiotapoineen. Kuurosokea henkilö tulee harvoin polikliinisesti natiivikuvaukseen ilman tulkkia tai saattajaa. Kuitenkin kuvaustilan- teet voivat tulla yllättäen, jolloin tulkkia ei ole käytettävissä. Harva kuurosokea on täysin kuuro ja täysin sokea, vaan heillä voi olla jonkin verran toiminnallista näköä ja/tai kuu- loa jäljellä. Kuurosokealle potilaalle natiivitutkimushuone on erityisen haastava ympä- ristö. Normaalisessa valaistuksessa ja rauhallisessa ympäristössä voi kuurosokea kyetä itsenäiseen toimintaan, mutta ilman apuvälineitä, hämärässä, monesti ahtaassa ja me- luisassa kuvaushuoneessa voi kuurosokea olla täysin sokea ja kuuro.

Sosiaalishaptinen kommunikointitapa perustuu kosketuksen käyttämiseen interaktiivi- sesti kommunikaatio- ja toimintatilanteissa. Sosiaalishaptinen kommunikointi koostuu haptiiseista, jotka välittävät auditiivista ja visuaalista tietoa. Haptiisit perustuvat kehon liikkeisiin, keholle tehtyihin liikkeisiin ja kehokosketuksiin. Haptiisit tehdään kehon neut- raaleihin kehonosiin, eli käteen, käsivarteen, olkapäähän, yläselkään ja reiden kapeaan ulko-osaan.

Kun kuurosokealla on tulkki mukana, tulisi muistaa, että tulkki on vain kommunikoinnin ja informaation välittäjänä. Kuurosokeasta ei tulisi puhua kolmannessa persoonassa, vaan keskustelun tulisi tapahtua aivan kuten kuulevan ja näkevänkin potilaan kanssa. Kuurosokeaa potilasta lähestyttäessä ja kontaktiin pyrittäessä lähestytään rauhallisesti edestä tai etuviistosta, tällöin hänellä on mahdollisuus käyttää aistejaan tulijan havait- semiseen paremmin. Läsnaolo tuodaan kuurosokean tietoon koskettamalla häntä rau- hallisesti olkapäähän.

Asettelu tapahtuu kuurosokean potilaan kanssa kuten kuulevan ja näkevänkin, mutta huomioon tulee ottaa se, ettei ohjeita voi välttämättä antaa ääneen tai näyttää visuaali- sesti. Tällöin on entistä suurempi merkitys sillä, että asettelu tapahtuu pelkän koske- tuksen perusteella. Määrätietoiset ja ohjaavat otteet ovat tärkeitä, jotta saadaan onnis- tunut asettelu. Kuurosokea saattaa olla vain sen tiedon varassa mitä hän kosketuksella

saa. Hoitajan päästäessä irti kosketuskontaktista, ei kuurosokea tiedä välttämättä, mitä tapahtuu.

Mistä ja miten kuurosokea potilas saa vastaukset kuvista, voidaan kertoa esimerkiksi kirjoittamalla tikkukirjaimin ja numeroin kuurosokean kämmenpohjaan tai yläselkään.