

Johanna Alanko
Petri Hallami
Kimmo Laarko

Röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta kuvantamistutkimuksessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Röntgenhoitaja
Radiografian ja sädehoidon tutkinto-
ohjelma
Opinnäytetyö
27.11.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Johanna Alanko Petri Hallami Kimmo Laarko Röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta kuvantamistutkimuksessa 32 sivua + 4 liitettä 27.11.2014
Tutkinto	Röntgenhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Radiografia ja sädehoito
Suuntautumisvaihtoehto	-
Ohjaaja(t)	Lehtori Anne Kangas Lehtori Marjo Mannila
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta röntgenhoitajan näkökulmasta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin kahdesta HUS-kuvantamisen toimipisteestä pääkaupunkiseudulla, joissa molemmissa työskenneltiin myös päivystysaikaan. Aineisto kerättiin teemakirjoitusmenetelmällä. Teemakirjoitukseen vastasi kahdeksan päivystystyötä tekevää röntgenhoitajaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tuloksista selvisi, että röntgenhoitajat kokivat rauhallisen vuorovaikutuksen auttavan päihdeongelmaisten kohtaamistilanteissa. Päihdeongelmaisten kohtaamiseen ei ollut saatu koulutusta ja teoreettiselle tiedolle koettiin tarvetta. Kokemus kohtaamistilanteista oli kerätty työkokemuksen kautta. Haastavana röntgenhoitajat pitivät potilaiden vaikeuden ymmärtää ja vastaanottaa annettuja ohjeita, sekä vaikeuden pysyä liikkumatta. Eri päihteillä kuvailtiin olevan erilaisia vaikutuksia potilaan käytökseen. Turvallisuuskysymyksissä esiin nousivat väkivallan uhka, työ yksin yöaikaan ja vartijan tuoma turva. Päihtyneiden ja päihdeongelmaisten potilaiden määrää pidettiin suurena etenkin päivystysaikaan.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää röntgenhoitajaopiskelijoiden koulutuksessa, sekä röntgenhoitajien lisäkoulutuksen kehittämisessä.</p>	
Avainsanat	röntgenhoitaja, päihdeongelmat, hoitaja-potilassuhteet, kuvantamismenetelmät

Author(s) Title Number of Pages Date	Johanna Alanko Petri Hallami Kimmo Laarko Radiographers' experiences in encounters with patients with substance-related disorders in diagnostic imaging 32 pages + 4 appendices 27.11.2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Specialisation option	-
Instructor(s)	Anne Kangas, Lecturer Marjo Mannila, Head of Degree Program
<p>The purpose of this thesis was to study radiographers' experiences in encounters with patients with substance-related disorders. The objective was to produce information about encounters with these patients in diagnostic imaging.</p> <p>The study was carried out using a qualitative research method. Survey material was collected in two Helsinki metropolitan area hospitals. Survey material consisted of essays written by eight radiographers working both day and night shifts and analysed using a qualitative content analysis.</p> <p>The results suggest that radiographers' calm interaction in encounters with patients with substance-related disorders was found helpful. These radiographers had no training for this patient group in question, and their knowledge was based on work experience. Need for further information was expressed. The radiographers found it challenging to make a patient understand the instructions for an examination and to make them stay put. Different intoxicants were described having different effects on the behaviour of a patient. Main security concerns included the threat of violence and working alone at night. The amount of intoxicated patients and those with substance-related disorders was especially high in the night duty, and therefore, presence of a guard was found important bringing a feel of safety.</p> <p>The results of this study can be utilised both in the training of radiography students and in the further training of professionals.</p>	
Keywords	radiographer, substance-related disorders, nurse-patient relations, diagnostic imaging

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät	2
3	Röntgenhoitajan ja päihdeongelmaisen potilaan välinen kohtaaminen kuvantamistutkimuksissa	2
3.1	Päihteiden ongelmakäyttäjä potilaana	3
3.2	Väkivalta ja sen uhka	4
3.3	Vuorovaikutus ja kohtaaminen päihteiden käyttäjän kanssa	6
3.4	Röntgenhoitajan työnkuva ja ammatillisuus	8
4	Päihteet ja niiden vaikutukset	10
4.1	Alkoholi	11
4.2	Kannabistuotteet	12
4.3	Stimulantit	13
4.4	Opiaatit	14
4.5	Rauhoittavat ja unilääkkeet	16
4.6	Hallusinogeenit	16
4.7	Muita huumausaineita	17
5	Aiemmat tutkimukset	17
6	Opinnäytetyön toteutus	19
6.1	Tutkimusmenetelmä	19
6.2	Aineiston keruu	19
6.3	Aineiston analyysi	20
7	Tulokset	22
7.1	Röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta	22
7.2	Tulosten tarkastelua	27
7.3	Röntgenhoitajien kokemukset	27
7.4	Röntgenhoitajien valmiudet	28
8	Pohdinta	29
8.1	Työn eettisyys ja luotettavuus	29
8.2	Kehitysehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	30

8.3 Opinnäytetyö oppimisprosessina	31
Lähteet	32
Liitteet	
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Teemakirjoitelma	
Liite 3. Analyysiesimerkkitaulukko	
Liite 4. Aiemmat tutkimukset taulukoituna	

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia pääkaupunkiseudulla työskentelevien röntgenhoitajien kokemuksia päihteiden ongelmakäyttäjien kohtaamisesta kuvantamistutkimuksessa. Lisäksi tutkimme röntgenhoitajien valmiuksia kohdata päihdeongelmainen potilas. Ilmiön ajankohtaisuudesta kertoo Helsingin Sanomissa 24.2.2014 julkaistu artikkeli, jonka mukaan päihtyneiden potilaiden määrä päivystysasemilla on valtakunnallisesti n. 20–60%. Usein päihtyneille tehdään päivystyskäynnin yhteydessä jonkinlainen kuvantamistutkimus. Tavanomainen tutkimus on tietokonetomografia tai natiiviröntgentutkimus. Tutkimukset suorittaa röntgenhoitaja.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) päihdetilastollisen vuosikirjan mukaan vuonna 2012 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 21 640 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli päädiagnoosina. Lisäksi on kirjattu 32 506 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus on ollut pää- tai sivudiagnoosina. Hoitojaksoja joissa päädiagnoosina oli kirjattu huumeisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus kirjattiin yhteensä 3663 tapausta. Hoitojaksoja joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina kirjattiin 6483 tapausta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2013: 39–40.) Alkoholin aiheuttamat haittakustannukset terveydenhuollolle olivat vuonna 2010 n. 108,7 miljoonaa euroa. Huumehaittakustannukset olivat n. 38 miljoonaa euroa. (Päihdehaittakustannukset 2010.) Suomessa huumeaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä. Vuonna 2010 päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtaneena päihteenä olivat opiaatit, joista peräti kolmanneksella ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä oli buprenorfiini (esim. Subutex®). (Varjonen ym. 2012: 56.) Näiden tilastojen perusteella voidaan päätellä, että päihteiden ongelmakäyttö on merkittävä ongelma, joka vaikuttaa myös röntgenhoitajien työhön.

Aihetta rajatessa jätämme tupakkatuotteet työn ulkopuolelle. Päihdeongelmaksi käsitämme alkoholin suurkulutuksen, huumeaineiden käytön ja sekakäytön muodot. Aihetta lähestytään laadullisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineistonkeruu toteutetaan teemakirjoitelmana. Tiedonantajina toimivat päivystystyötä tekevät röntgenhoitajat kahdessa eri HUS-kuvantamisen toimipisteessä pääkaupunkiseudulla. Aineistolla pyrimme kuvaamaan tutkittavan ilmiön tuot-

tamia haasteita ja tilanteita, joihin röntgenhoitaja voi tänä päivänä työssään joutua. Aiemmin aiheesta on tehty opinnäytetöitä ainakin hoitotyön ja ensihoidon koulutusohjelmissa. Aihetta ei ole aikaisemmin tutkittu röntgenhoitajien näkökulmasta.

Röntgenhoitajan työtä ohjaavat säteilylaki, säteilyasetus sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä. Lisäksi noudatetaan säteilyturvallisuukskeskuksen antamia erilaisia ohjeistuksia ja röntgenhoitajille sovellettuja eettisiä ohjeita. Terveystuollon ammattihenkilöä ohjaavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Jokaisella potilaalla tulee olla oikeus saada mahdollisimman tasavertaista hoitoa, päihety mistilastaan huolimatta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Tämän työn tarkoituksena on tutkia pääkaupunkiseudulla päiivystystyötä tekevien röntgenhoitajien kokemuksia päihtyneiden potilaiden kohtaamisesta, sekä millaisia valmiuksia heillä on päihtyneiden potilaiden kohtaamiseen. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta röntgenhoitajan näkökulmasta.

Tutkimustehtävät, joihin työllä pyrimme saamaan vastauksia:

- 1) Millaisia kokemuksia röntgenhoitajilla on päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta?
- 2) Millaisia valmiuksia röntgenhoitajalla on kohdata päihdeongelmainen potilas?

3 Röntgenhoitajan ja päihdeongelmaisen potilaan välinen kohtaaminen kuvantamistutkimuksissa

Suomessa päihtymys ei saa estää henkilön akuuttihoiton tarpeen arviointia tai hoidon järjestämistä. Päihtyneellä potilaalla, kuten muillakin potilailla, on oikeus saada asianmukaista palvelua ja kohtelua. (Päihtyneen henkilön akuuttihoito. 2006.)

Päiivystysasemalle hakeutuneen tai sinne tuodun henkilön tarve saada hoitoa on arvioitava klinisen kokonaistilanteen perusteella. Päihtymyksen lisäksi potilaalla saattaa olla somaattisia, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Tilanteen mukaan tarpeelliseksi katsotut tutkimukset kuten laboratorio- ja radiologiset tutkimukset ja toimenpiteet tulee suorittaa,

eikä päihtyneisyys saa viivyttää tutkimuksien suorittamista. (Päihtyneen henkilön akuuttihoito. 2006.)

Röntgenhoitajan työssä päihdeongelmaiset potilaat ovat yleinen potilasryhmä, koska runsaaseen päihteiden käyttöön liittyy lisääntynyt tapaturma-alttius. Yliannostus ja vieroitusoireet saattavat aiheuttaa päihteiden ongelmakäyttäjälle mm. kouristuskohtauksen. Näissä tapauksissa tehdään tyypillisesti pään tietokonetomografiatutkimus, vuodon ja kasvaimen poissulkemiseksi (Soimakallio – Kivisaari – Manninen – Svedström – Tervonen 2005: 515).

3.1 Päihteiden ongelmakäyttäjä potilaana

”Päihdepotilaat ovat useimmilla päivystysasemilla kaikkein vähiten toivottuja. Monista syistä he tuntuvat pilaavan lääkärin työpäivän tai häiritsevän muiden potilaiden asioimista. He ovat aina väärässä paikassa väärään aikaan, heitä on mahdoton auttaa ja auttaminen tuntuu vielä aivan turhalta. Itsepähän he ovat ongelmansa aiheuttaneet, toisin kuin esimerkiksi yskivät tupakoitsijat ja rintakipuiset ylipainoiset.”

Näin kuvaa sarkastiseen tyyliin Pekka Laine päihteiden käyttäjiin terveydenhuollon päivystyksessä monesti kohdistuvia ennako-odotuksia. (Laine 2002: 312.)

Päihteiden ongelmakäyttäjät mielletään usein jo esitietojen perusteella hankaliksi, aggressiiviseksi ja vaativiksi asiakkaita. Hoitohenkilökunnan asenteisiin vaikuttaa se, mielletäänkö päihteiden käyttö huonoksi tavaksi vai lääketieteelliseksi ongelmaksi. Apua tarvitseva ja päivystykseen päätyneet ongelmakäyttäjät on usein kriisissä, ja tuntee häpeää, syyllisyyttä ja epäonnistumisen tunteita. Ulospäin tämä voi heijastua aggressiivisuutena, ylimielisyytenä ja hoidon vastustamisena. Aggressiivista käyttäytymistä ei toki tule hyväksyä, mutta tulee ottaa huomioon että sen taustalla syyt ovat usein ylivoimaisen pelottaviksi koetut passiivisuuden ja avuttomuuden tunteet. Muita syitä aggressiivisuuteen voivat olla päihteiden käytöstä aiheutuva harhaisuus tai persoonallisuushäiriö. Kohtaanmistilannetta vaikeuttavat myös päihdeongelmaisten usein käyttämä puolustusmekanismi, jossa päihteidenkäyttäjä puolustele toimintaansa hakemalla syyt muista ihmisistä. Lisäksi päihdeongelmat kulkevat usein käsi kädessä mielenterveysongelmien kanssa. (Tuomola 2013:46–47.)

Kanadalaistutkimuksessa mitattiin sisätautiyksikön hoitajien asenteita huumehistorian omaaviin potilaisiin. Tutkimuksen mukaan hoitajien asenteet näitä potilaita kohtaan olivat neutraaleita. Tutkimustulokset viittasivat kuitenkin alentuneeseen työmotivaatioon sekä tarpeeseen saada tarvittaessa neuvoja hoitajana toimimiseen näiden potilaiden kanssa. Tutkimus suoritettiin St. Michaelin sairaalassa Torontossa, joka on suuri kaupunkisairaala ja hoitajat siellä ovat tottuneita huumausaineita käyttäviin potilaisiin. (Chu – Galang 2013.)

Päihteidenkäyttäjän kohtaamiseen ei olekaan selkeää ohjetta, vaan hänet tulisi kohdata kuten muutkin vastuulliset aikuiset. Kohtaamisessa tulee ottaa huomioon, että potilaalla voi olla huonoja kokemuksia aiemmista kohtaamisista hoitohenkilökunnan kanssa, ja että potilas voi olla epävarma siitä osataanko häntä auttaa. Onnistuneen kohtaamisen kulmakivi on neutraalisuus, ja se että potilasta kohdellaan niin kuin toivoisi itseään kohdeltavan. Hoitotilanteessa tulee olla ymmärrettävä, kärsivällinen, selkeä ja rauhallinen. Provosoitumista, uhkailua, moralisointia ja alentavaa suhtautumista tulee välttää. (Tuomola 2013: 47–48.)

Röntgenhoitajan ja päihteitä käyttävän potilaan välinen kohtaaminen jää tyypillisesti melko lyhyeksi, eikä röntgenhoitajan työssä varsinaisesti voida puhua päihdeongelman kuntoutumisesta tai auttamisesta. Kuitenkin potilaan hyvinvointia edistää se, että hän tuntee itsensä arvokkaaksi ja tärkeäksi, eli ihmisoikeuksien arvoiseksi (Tuomola 2013:49).

3.2 Väkivalta ja sen uhka

Päihtynyt potilas työllistää hoitohenkilöstöä keskimäärin enemmän kuin muut potilaat. Hän on usein levoton, sekava, vaativa, impulsiivinen tai aggressiivinen ollessaan päihteiden vaikutuksen alaisuudessa tai päihteidenkäytön jälkitilassa. Perussairaudet ovat hoidotta eikä lääkityksiä ole otettu. (Kantonen – Niittynen – Mattila – Kuusela-Louhivuori – Manninen-Kauppinen – Pohjala-Sintonen 2006: 4926.)

Aina persoonallisuushäiriöiden ja regression vuoksi päihdeongelman käyttäytyminen ei välttämättä ole edes siedettävää. Akuuttiensiapua voi olla vaikeaa antaa ongelmien monimuotoisuuden vuoksi. Kuitenkin oikeanlaisella asenteella voidaan päihteidenkäyttäjän kanssa päästä tyydyttäviin hoitotuloksiin. (Laine 2002: 312.)

Väkivaltatilanteet ovat viimevuosina lisääntyneet yhteiskunnassamme. Syitä kasvavaan väkivaltaisuuteen voidaan nähdä yhteiskunnassa vallitsevassa epävarmuudessa, yleistyneessä päihteiden käytössä, aggressiivisen käytöksen lisääntymisessä sekä uusissa rikollisryhmissä. Monissa työtehtävissä on varauduttava väkivaltaan ja sen uhkaan. Perinteisiä ns. väkivalta-aloja ovat olleet poliisi, vankeinhoito ja mielisairaanhoido. Nykyisin väkivaltaa ja sen uhkaa esiintyy suhteellisesti eniten sosiaali- ja terveysalalla, sekä työvoimahallinnon ja kaupan piirissä. (Weizmann – Henelius 1997: 7.)

Päihteiden vaikutuksen alaisina olevista potilaista on muodostunut suuri ongelma sosiaali- ja terveysalalla. Terveyskeskusten vastaanotoilla, päivystyspoliklinikoilla on jouduttu varautumaan väkivaltatilanteisiin. Sairaaloissa on turvahenkilöstöä ja kameravalvomoita. Sosiaalialalla mm. sosiaalitoimistoissa työntekijöillä on turvanaan vahtimestareita. (Weizmann–Henelius 1997: 8.) On tutkittu että uhkailutilanteista 82 %, häiriötilanteista 92 % ja saattajan aiheuttamista häiriötilanteista 80 % liittyi päihdeongelmaan. Päihteidenkäyttäjä myös usein viipyy esimerkiksi päivystyspoliklinikalla pidempään kuin ei-päihtynyt henkilö. (Kantonen ym. 2006.)

Tutkimuksen mukaan alkoholia käyttäneistä päihtyneistä päivystysasemalla 1,6 % käytäytyi uhkaavasti ja 5,1 % häiritsevästi (Kantonen ym. 2006). Amfetamiinin käyttöön kuuluvat persoonallisuuden muutokset, aggressiivisuus, sekavuus, paniikki- ja vainoharhatilat sekä joskus skitsofrenia. Amfetamiinin käyttö voi myös johtaa ohimeneviin tai toisiinsa pysyviin amfetamiinipsykooseihin. (Amfetamiini. 2011.)

Yhdysvalloissa julkaistun laajan tutkimuksen mukaan 25 % ensiapupoliklinikoiden hoitajista oli kokenut yli 20 kertaa fyysistä väkivaltaan työssään viimeisen kolmen vuoden aikana ja melkein 20 % oli kokenut sanallista väkivaltaa yli 200 kertaa samalla aikajaksona. Vastaajat jotka kokivat toistuvaa fyysistä ja sanallista väkivaltaa, kertoivat pelon kostosta ja sairaalahallinnon tuen puutteen olevan syitä miksi väkivallasta ei raportoida. Tutkimuksen johtopäätöksissä nähtiin erittäin tärkeänä että asiaan puututaan lainsäädännöllisesti. Osassa osavaltioista hyökkäys hoitajaa kohtaan on jo nyt luettu törkeäksi rikokseksi, toisissa taas ei. Valitettavasti lainsäädäntö edistyy yleensä vasta kun jotakin törkeää on jo tapahtunut. Lainsäädännön saattamiseksi ajan tasalle, nähtiin ammattijärjestöjen rooli tärkeäksi, jotta päättäjien tietoisuus väkivallasta nousee ja lainsäädäntöä muutetaan. Ilman lainsäädännön muutoksia ja sairaalahallinnon tehokasta strategiaa, ei ole toivoa väkivallan vähentymisestä. (Gacki– Smith ym. 2009.)

Väkivallan kohteeksi joutuminen ja sen pelko ovat aina traumatisoiva kokemus. Väkivaltaisen asiakkaan tai potilaan kohtaaminen kuormittaa työntekijää ja alentaa työtehoa. Kyseessä on kriisitilanne, jos tilanne muodostuu työntekijälle kestäättömäksi. Hän kokee että hänen olemassaolonsa, koskemattomuutensa, turvallisuutensa ja identiteetinsä on uhattuna. Tällöin ihminen voi kokea, ettei hän kykene selviytymään henkisesti rasittavasta tilanteesta, vaan pelkää jatkuvasti ja on epävarma työssään. Tämä johtaa pidemmällä aikavälillä erilaisiin stressireaktioihin. (Weizmann – Henelius 1997: 8.)

Tilanne, jossa potilas käyttäytyy väkivaltaisesti tai uhkaavasti, on vuorovaikutustilanne. Tilanteessa on osapuolina sekä työntekijä että potilas ja siinä esiintyy aina laukaisevia tekijöitä. Laukaisevia tekijöitä voivat olla vuorovaikutuksessa tapahtuvat seikat, työntekijä tai potilas itsestään. Laukaisevia tekijöitä ei ole helppo havaita mutta väkivaltaisesti käyttäytyneet henkilöt ovat jälkepäin kysyttäessä sanoneet vuorovaikutuksessa olleiden seikkojen aiheuttaneen käyttäytymisensä. (Weizmann – Henelius 1997: 8.) Täytyy kuitenkin huomioida päihdeongelmaisten usein käyttämä puolustusmekanismi, jossa päihteidenkäyttäjä puolustelee toimintaansa hakemalla syytä muista ihmisistä (Tuomola 2013: 46–47). Väkivaltaisella ihmisellä on usein huono itsetunto, eikä hän pysty sietämään masentavia tunteita tai tarkistelemaan omaa itseään ja käyttäytymistään. Hänen käsityksensä luonteestaan, kyvyistään ja itsestään on epärealistinen ja virheellinen. Positiivinen minäkuva syntyy jäykkien defenssien avulla. Virheellistä, positiivista minäkäsitystä hän ylläpitää kieltämällä negatiiviset tunteet itsestään ja projisoimalla ne muihin ihmisiin. (Weizmann – Henelius 1997: 48.)

Kohdatessaan väkivaltaisen potilaan on työntekijän hyvä yrittää pysyä neutraalina. Neutraalius ei provosoi potilasta lisää aggressiivisuuteen. Säikähtäminen, huutaminen tai toimintakyvyn lamaantuminen antavat viestin että tilanteen hallinta on siirtymässä työntekijältä pois. Neutraalius tarkoittaa että työntekijä ei ota vahvaa kantaa asioihin. Mikäli väkivaltatilanteen pystyy ennakoimaan, sitä ei pidä kohdata yksin. (Kiviniemi ym. 2007: 130.)

3.3 Vuorovaikutus ja kohtaaminen päihteiden käyttäjän kanssa

Vuorovaikutus tarkoittaa kahden tai useamman ihmisen välistä kanssakäymistä, jossa osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Vuorovaikutus on ihmissuhteiden perusta ja sillä on suuri merkitys sosiaali- ja terveysalalla, missä asiakkaana on apua tarvitseva ihminen. Hoitotilanteessa sekä hoitajalla että potilaalla on omat tarpeensa, toiveensa ja odotuksensa,

jotka motivoivat heitä, mutta toimintaan vaikuttavat myös sosiaalisen ympäristön odotukset ja vaatimukset. Vuorovaikutustilanteessa osapuolet tuovat mukaansa arvomaailmansa, kokemustaustansa, ihmiskäsityksensä, ennakkokäsityksensä sekä mielikuvansa, jotka ohjaavat heidän toimintaansa. Usein osapuolet omalta kokemuspohjaltaan olettavat tietävänsä, miten toinen ajattelee, tuntee ja kokee ja miten hän vastaisuudessa reagoi. Toisesta luodaan mielikuva ja häneen reagoidaan siltä pohjalta. Asennoituminen muuttuu jos toisen henkilön oletetaan olevan vaarallinen tai avuton ja arka. Arkaa ihmistä saatetaan kohdella vaarallisena, jos on syntynyt käsitys hänen vaarallisuudestaan. (Weizmann – Henelius 1997: 62–63.)

Ihminen ilmaisee itseään kokonaisvaltaisesti koko kehollaan. Sanat, eleet, asennot, katse ja liikkeet antavat informaatiota ihmisestä, hänen tunnetiloistaan, ajatuksistaan ja pyrkimyksistään. Erilaiset tunteet kuten viha, raivo, pelko, mielihyvä, ilo ja suru ovat ihmisen reaktioita erilaisiin ärsykkeisiin ja heijastavat hänen sisäistä maailmaansa. Reaktiot ärsykkeisiin näkyvät emotionaalisessa ilmaisussa, mm. kasvojen ilmeistä voi päätellä paljon ihmisen emotionaalisesta tilasta, onko hän iloinen surullinen, pelästynyt tai hämmentynyt. Myös äänenpaino, eleet ja asennot kertovat tunnetilan vaikka tunteen syntytilanteesta ei tiedettäisi mitään. Perustunnetiloina, jotka ovat todettu olevan samoja eri kulttuureissa, pidetään onnellisuutta, surullisuutta, suuttumusta, inhoa, pelkoa ja hämmentystä. Useat muut eleet ja asennot saattavat saada eri merkityksen eri kulttuureissa. Esimerkiksi nyökkäys tarkoittaa joissakin kulttuureissa kielteistä vastausta. (Weizmann – Henelius 1997: 63–64.)

Ihmisen puhe ja kehonkieli eivät aina vastaa toisiaan. Puhe ja sanat ovat enemmän tahdonalaisia, rationaalisia viestejä. Kehon kieli korostuu tilanteissa joissa ihminen ei sanallisesti ilmaise itseään. (Weizmann – Henelius 1997: 64.)

Olttaessa vuorovaikutuksessa apua hakevien henkilöiden kanssa on tärkeää tulkita eleet, ilmeet ja sanat oikein. Mitä suurempia tunne-elämän vaikeuksia ihmisellä on, sitä hankalampaa on vuorovaikutus hänen kanssaan. (Weizmann – Henelius 1997: 64.) Päihdeongelmat kulkevat usein käsi kädessä mielenterveysongelmien kanssa. (Tuomola 2013: 46–47.)

Väkivaltaisuutta voidaan parhaiten ehkäistä kohtelemalla ja suhtautumalla potilaaseen myönteisesti. Ensimmäinen kontakti potilaaseen on tärkeä, se määrää suuresti vuorovaikutuksen kulkua. Potilas tulee ottaa ystävällisesti ja asiallisesti vastaan. Ystävällinen

ja kunnioittava suhtautuminen sekä ammattitaitoinen ja asianmukainen kohtelu takaavat parhaiten onnistuneen vuorovaikutuksen potilaan kanssa ja sen että ristiriitatilanteilta vältytään. Kaikkiin potilaan toiveisiin ei kuitenkaan aina voida suostua ja potilastyössä tuleekin usein vastaan tilanteita jolloin tulee asettaa rajoja tai kieltää potilaalta jotakin mitä hän haluaa. Silloin on tärkeää että kiellot ja päätökset perustellaan asiallisesti ja tarjotaan vaihtoehtoja kun se on mahdollista. Työntekijän tulee myös ymmärtää ja hyväksyä potilaan toiveet joita hän ei kuitenkaan pysty täyttämään ja osata ottaa vastaan pettyneen ihmisen tunnereaktiot provosoitumatta. (Weizmann – Henelius 1997: 102–103.)

Jos työntekijä kokee kielteiset tunteet ongelmallisina hän voi pyrkiä toiminnassaan välttämään ristiriitoja joko kieltämällä tai vähättelemällä niitä. Jos ihminen ei kykene toimimaan ristiriitatilanteissa, voi se johtaa työskentelytapaan, jossa rajojen asettaminen tai kielteisten asioiden esiintuominen potilaalle jää tekemättä. Kun tämä toiminta on tiedostamatonta, ilmenee se liiallisena sallivuutena. Rajoja ei kyetä asettamaan, mikä taas voi olla aggressiivisesta potilaasta olla provosoivaa. Kun omat vihantunteet pelottavat, voi työntekijä alkaa kokea tiedostamattaan uhkaavan potilaan päinvastaisena. Vihantunteiden kokemisen sijaan hän kokee asiakkaan myönteisenä. Tämä johtaa moniin vaaratilanteisiin. Työntekijä voi myös tuntea mielihyvää siitä että potilas ilmaisee vihamielisiä tunteita joita hän itse ei pysty ilmaisemaan. Tällä tavalla hän saattaa tukea aggressiivista toimintaa, sen tuottaessa hänelle tyydytystä että joku toinen ilmaisee hänen kokemiaan tunteita. (Weizmann – Henelius 1997: 100–101.)

On tärkeää että työntekijä pystyy käsittelemään tunteita joita väkivaltaiset potilaat hänessä herättävät. Työyhteisössä tulisi olla avoin ilmapiiri, joka antaa työntekijälle selkeän viestin siitä, että pelon, ahdistuksen, turhautumisen, avuttomuuden, syyllisyyden ja toivottomuuden tunteet ovat normaaleja vaikeiden potilaiden herättämiä tunteita. (Weizmann – Henelius 1997: 101.)

3.4 Röntgenhoitajan työnkuva ja ammatillisuus

Radiologiset kuvantamismenetelmät ovat osa useita hoitotoimenpiteitä ja ne ovat keskeinen osa kliinistä diagnostiikkaa ja hoidon seurantaa. Fysiikan eri alueiden ilmiöiden hyödyntäminen on perusta kuvantamismenetelmissä. Näiden menetelmien jatkuva ke-

hittyminen mahdollistaa nopean ja erottelukykyisen kuvantamisen. Vanhojen analogisten kuvantamistekniikoiden väistyminen mahdollistaa kuvatiedon tehokkaan jatkokäsittelyn yhdistämisen ja sähköisen siirron. (Soimakallio ym. 2005: 11.)

Röntgenhoitajat työskentelevät säteilynkäytön asiantuntijoina erilaisissa lääketieteellisen kuvantamisen yksiköissä niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Työn kuvaan kuuluu radiologisten tutkimusten tekninen ja hoidollinen toteutus yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa, niihin liittyvät toimenpiteet, sädehoitotyö ja potilaan ohjaus. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2014.)

Ammatillinen identiteetti on monimutkainen kokonaisuus, joka kehittyy työntekijän koko työuran aikana. Sen avulla ymmärretään ihmisen elämänsisällönsä perustuvaa käsitystä itsestä ammatillisena toimijana: Millaiseksi työntekijäksi hän itsensä ymmärtää suhteessa työhön ja ammattilaisuuteen, sekä millaiseksi hän kokee ns. ihanteellisen työntekijän ja mihin hän itse työntekijänä pyrkii. Ammatilliseen identiteettiin kuuluu myös tuntemus yhteisöön kuulumisesta, samaistumisen kohteista ja arvoista, joita työntekijä pitää ammatissaan tärkeinä. (Eteläpelto ym. 2006: 26.)

Suomen Röntgenhoitajaliitto on julkaissut eettiset ohjeet röntgenhoitajille. Ohjeisiin on kirjattu röntgenhoitajan yleinen työnkuvaus, suhde potilaaseen, suhde työhön yleisesti, suhde työtovereihin, suhde ammatin kehittämiseen ja suhde yhteiskuntaan. Ohjeet ovat viitteelliset, mutta ne ovat tarkoitettu kaikkien ammatissa olevien röntgenhoitajien ja röntgenhoitajaopiskelijoiden ohjenuoraksi. (Röntgenhoitajan eettiset ohjeet 2000.)

Röntgenhoitajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että röntgenhoitajan tulee suhtautua potilaaseen inhimillisesti, oikeudenmukaisesti ja ainutkertaisena ihmisenä huolimatta potilaan poliittisesta suuntautumisesta, ihonväristä, kulttuurista, sukupuolesta tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Röntgenhoitajan eettiset ohjeet 2000.)

Laki potilaan oikeuksista sanoo, että Suomessa potilaalla on oikeus saada hyvää kohtelua, ja hyvää terveyden -ja sairaudenhoitoa ilman syrjintää. Tämä tarkoittaa, että kaikkien potilaiden yksityisyyttä ja vakaumusta kunnioitetaan, eikä heidän ihmisarvoaan loukata. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta, ja hän voi kieltäytyä vaikka hoito olisikin tarpeellinen potilaan hengen ja terveydentilan suojaamiseksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.)

4 Päihteet ja niiden vaikutukset

Erilaisten päihteiden ja niiden ongelmakäytön tuntemus auttaa röntgenhoitajaa ymmärtämään paremmin kuvaukseen tulevien potilaiden fyysisiä ja psyykkisiä oireita, jotka saattavat aiheutua päihteiden liikkakäytöstä. Aineiden vaikutukset ilmenevät jokaisen kohdalla yksilöllisesti, joten jokaisen potilaan kohtaaminen on omanlaisensa vuorovaikutustilanne.

Kaikkia päihtyneessä tilassa olevia kuvantamistutkimukseen päätyneitä henkilöitä ei toki voi luokitella päihteiden ongelmakäyttäjäksi. Suurin osa suomalaisista käyttää alkoholia. Alkoholi liittyy juhlaan, itsensä palkitsemiseen ja rentoutumiseen. Ongelmaksi alkoholin käyttö muodostuu, kun ylitetään sen kulutukselle asetetut riskirajat. Alkoholin hallitusta kohtuukäytöstä voidaan puhua silloin, kun alkoholin juominen ei tavoittele humaltumista. Perinteistä suomalaista rajua kertajuomista ei voi pitää hallittuna käyttönä vaikka tätä tapahtuisi harvoin eivätkä kohtuukäytön rajat ylittyisi. Runsaaseen humalahakuiseen juomiseen liittyy yli yhden promillen humalassa nopeasti kasvava tapaturmariski. (Havio ym. 2009: 55.)

Alkoholin käytölle on määritelty suurkulutuksen riskirajat, tosin kaikki suurkuluttajat eivät ole alkoholisteja. Alkoholitit tosin ovat alkoholin suurkuluttajia. Suurkulutuksen rajoja asettaessa on nähty, että suurkulutuksen rajat ylittävä käyttö johtaa usein erilaisiin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin. Suurkulutuksen rajojen voidaan sanoa ylittyneen, kun alkoholimäärä ylittää miehillä 24 annosta ja naisilla 16 annosta viikossa. (Havio ym. 2009: 53–56.)

Sekakäyttö on alkoholin käytön jälkeen yleisin päihteiden käytön muoto. Tyypillisin sekakäytön muoto on alkoholin ja/tai huumeiden samanaikainen tai perättäinen käyttö, jolla pyritään tehostamaan alkoholin vaikutusta tai lieventämään alkoholista tai muista päih-teistä ilmenneitä sivuvaikutuksia. Sekakäytöllä tarkoitetaan tahallista tai tahatonta alkoholin, huumeiden ja/tai lääkkeiden samanaikaista tai peräkkäistä käyttöä. Sekakäyttö on yleistynyt viime vuosina erityisesti nuorten, miesten ja alkoholiongelmaisten keskuudessa. (Havio ym. 2007: 64–65.)

Huumausaineiden käytön tasot voidaan jakaa käytön tiheyden mukaan alkaen kokeilu-käytöstä ja päätyen säännölliseen ja jatkuvaan käyttöön.

- Kokeilu: Huumausainetta on käytetty vain kerran eikä käyttöä jatketa.
- Satunnainen käyttö: Huumausaineita ei pyritä itse hankkimaan, mutta niitä käytetään sellaisissa tilanteissa kun niitä on helposti saatavilla.
- Ajoittainen käyttö: Huumausaineita ei tietoisesti pyritä hankkimaan, mutta ajoittain hakeudutaan tietoisesti tilanteisiin joissa huumausaineita on saatavilla.
- Säännöllinen kuukausittainen käyttö: Huumausaineiden käyttö edellyttää niiden hankkimista, niiden käyttö on toistuvaa ja säännöllistä, n. 3-4 kertaa kuukaudessa tapahtuvaa.
- Säännöllinen viikoittainen käyttö: Huumausaineiden käyttö edellyttää niiden hankkimista ja siihen voi liittyä myös huumausaineiden välittämistä oman käytön rahoittamiseksi. Huumausaineita käytetään vähintään kerran viikossa. (Havio ym. 2013: 60.)

4.1 Alkoholi

Suomalaiselle alkoholin käyttökulttuurille on tyypillistä, että juodaan harvakseltaan mutta humalahakuisesti. Alkoholismi on sairaus, johon kuuluu riippuvuus alkoholista, alkoholin sietokyvyn nousu ja juomisen loppumisesta seuraavat vieroitusoireet. (Kuisma ym.2013: 663.)

Alkoholin vieroitusoireet alkavat yleensä 12–48 tunnin kuluttua alkoholin nauttimisesta, ja niiden voimakkuus riippuu käytetyn alkoholin määrästä, käyttöjakson pituudesta ja yksilöllisistä ominaisuuksista (Havio ym. 2009:145). Alkoholin vieroitusoireet vaihtelevat lievistä vieroitusoireista vaikeisiin vieroitusoireisiin. Lieviä vieroitusoireita ovat pahoinvointi, päänsärky, oksentelu, vapina, sympaattisen hermoston ylivilkkaus (mm. silmien pupillien laajeneminen, sydämen lyöntitiheyden nousu ja supistuvoiman suureneminen). (Kuisma ym. 2013: 663–665.)

Delirium tremens eli. ns. juoppohulluus on vaikea alkoholin vieroitusoire. Alkoholidelirium alkaa tyypillisesti 1-3 vuorokautta pitkään jatkuneen ja runsaan alkoholinkäytön lopettamisesta. Alkoholisoituneilla ihmisillä deliriumin oireita voi esiintyä jo alkoholin käytön vä-

hentämisen seurauksena. Oireita ovat huono orientoituminen paikkaan ja aikaan, sekavuus, hallusinaatiot, unettomuus, sydämentykytys, kuume, vapina, pahoinvointi, oksentelu ja hikoilu. Harhat ovat yleensä uhkaavia näköharhoja. Alkoholideliriumissa oleva henkilö on levoton, sekä käyttäytyy ja puhuu sekavasti. Alkoholideliriumissa oleva henkilö ei yleensä itse tunnista oireitaan. (Jokelainen 2010: 141–143.)

Viinakrampiksi kutsuttua alkoholin vierotusoireisiin liittyvää koristelua esiintyy, kun useamman päivän jatkunut alkoholinkäyttö lopetetaan. Tämä kohtaus ilmaantuu usein 1-2 päivän kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta, ja siihen liittyy myös muita vierotus oireita kuten takykardiaa, vapinaa ja levottomuutta. (Kuisma ym. 2013: 414.)

Alkoholipitoisissa juomissa alkoholi on etanolia. Ns. korvikealkoholeihin on lisätty pieni määrä metanolia, joka voi pieninäkin määrinä aiheuttaa myrkytyksen. Tyypillisiä myrkytyksen ensioireita ovat pahoinvointi, päänsärky, vatsakivut ja oksentelu. Tämän latenssivaiheen jälkeen käyttäjälle kehittyviä oireita ovat näköhäiriöt, sokeus, kouristukset, tajuttomuus ja metabolinen asidoosi. Noin 40 % hoitoon hakeutuneista metanolia käyttäneistä potilaista kuolee. Tyypillisin kuolinsyy on hengityspysähdys. Näiden korvikealkoholien käytön syitä ovat niiden helppo saatavuus, halpa hinta sekä erittäin korkea alkoholipitoisuus. (Havio ym.2009: 80; Jokelainen 2010: 136–137.)

4.2 Kannabistuotteet

Kannabistuotteita ovat marihuana, hasis, hasisöljy ja synteettiset kannabioidit. Kannabistuotteita käytetään pääasiassa piipussa tai savukkeina, mutta niitä voidaan käyttää myös juomiin tai leivonnaisiin sekoitettuna. (Kuisma ym. 2013: 675.)

Kannabiksen välittömiä vaikutuksia ovat hilpeys tai mietiskeleväisyys. Joissain tilanteissa, tietyn ärsytyksen laukaisemana käyttäjä saattaa saada myös psykoottisia, paniikinomaisia pelkotiloja. Pitkäaikaisessa käytössä ilmenee unettomuutta, passiivisuutta ja flegmaattisuutta. Erityisesti nuorten kannabisten käyttäjillä on myös yhteyksiä erilaisten psykoottisten ongelmien, kuten skitsofrenian ilmenemiseen. (Kuisma ym. 2013: 675.)

Kannabistuotteet aiheuttavat harvoin yliannostusreaktioita, mutta toisinaan voi ilmetä pahoinvointia, oksentelua, levottomuutta ja ahdistuneisuutta. (Kuisma ym. 2013: 690).

4.3 Stimulantit

Stimulantteihin luokitellaan amfetamiini, metamfetamiini, ekstaasi, kokaiini, khat ja muuntohuumeet. (Kuisma ym. 2013: 676–678).

Amfetamiinia käytetään usein suonensisäisesti. Lisäksi amfetamiinia voidaan käyttää myös lihaksensisäisinä injektioina, nuuskaamalla tai suun kautta otettuna. Amfetamiinin välittömiä vaikutuksia ovat levottomuus, pulssin kiihtyminen, verisuonten supistuminen, hikoilu ja sydämen rytmihäiriöt. Aluksi vaikutus on kiihtyneisyys, joka muistuttaa seksuaalista hyvänolon tunnetta. Tätä tunnetta seuraa pelot, hermostuneisuus, masennus, unettomuus, ruokahaluttomuus, aistiharhat sekä kohonnut itsetunto ja lisääntynyt vireys. (Havio ym. 2009: 85–86.)

Pitkäaikaisessa amfetamiinin käytössä ilmenee masentuneisuutta, muistihäiriöitä, vainoharhaisuutta, äkkipikaisuutta ja ahdistuneisuutta. Ongelmakäyttäjät käyttävät amfetamiinia monta kertaa vuorokaudessa, joka johtaa usean vuorokauden valvomiseen. Tällaisen käyttörupeaman aikana käyttäjälle tyypillistä, maanisuuteen asti menevää toimintaa ovat tavaroiden jatkuva järjestely, siivoaminen, esineiden purkaminen ja uudelleen koostaminen. Tällaisesta yhtämittäisestä käyttörupeamasta johtuva unettomuus voi aiheuttaa käyttäjässä aggressiivisuutta ja vainoharhaisuutta. (Havio ym. 2009: 85–86; Kuisma ym. 2013: 676.)

Metamfetamiinin käyttötavat ja vaikutukset ovat samankaltaiset kuin amfetamiinilla, mutta yleensä metamfetamiini on voimakkaampaa. Kokaiinia käytetään yleensä nuuskaamalla tai suun kautta otettuna. Kokaiinin välittömät vaikutukset ovat amfetamiinin kaltaisia. (Kuisma ym. 2013: 676–677.)

Ekstaasia käytetään suonensisäisesti, suun kautta tai nuuskaamalla. Ekstaasin välittömiä vaikutuksia ovat voimakas mielihyvän tunne sekä amfetamiinin kaltainen elintoimintoja kiihdyttävä vaikutus. Ekstaasilla on muita stimulantteja voimakkaampi euforisoiva vaikutus. Muita välittömiä vaikutuksia ovat mm. lisääntynyt itsetunto ja tarkkaavaisuus, hampaiden narskuttelu, leukalukko ja alaleuan spastisuus. Mikäli ekstaasia käytetään useita kertoja vuorokaudessa, tämä euforinen tunne hiipuu ja amfetamiinin tapaan ekstaasi pitää käyttäjän hereillä. Lähivuorokausina ekstaasin käytön jälkeen ilmenee lihaskipuja, väsymystä, unihäiriöitä, tyhjiudentunnetta ja keskittymiskyvyttömyyttä. (Havio ym. 2009: 88; Kuisma ym. 2013: 676.)

Pitkäaikaisessa ekstaasin käytössä ilmenee masentuneisuutta, pelkotiloja, paniikkikohtauksia, unettomuutta ja maksan toiminnan häiriöitä. Lisäksi ekstaasin käytön vaaroja ovat dehydraatio ja hypertermia erityisesti silloin kun ekstaasia käytetään juhlimisen yhteydessä. Ekstaasin käyttö voi myös johtaa hengenvaaralliseen serotoniinioireyhtymään kun ekstaasia käytetään samanaikaisesti serotoniinin takaisinotonestäjinä käytettyjen masennuslääkkeiden kanssa. Serotoniinioireyhtymän oireita ovat pahoinvointi, kouristelu, hypertermia ja verenpaine kriisi. Harvinaisia sivuvaikutuksia ovat paranoidinen tai krooninen psykoosi, ahdistus- ja tuskatilat, pelko- ja paniikitilat. (Havio ym. 2009: 88.)

Khat -kasvin lehtiä ja versoja käytetään huumaustarkoituksessa pääsääntöisesti maahanmuuttajien (Itä -ja Etelä Afrikan alueelta muuttaneiden) keskuudessa. Khatia pureskellaan usein miespuolisten maahanmuuttajajen henkilöiden keskuudessa. Khatin välittömät vaikutukset ovat piristäviä ja lievästi euforisoivia. Khatin käyttö saattaa aiheuttaa sydämen rytmihäiriöitä, hyperaktiivisuutta, unettomuutta ja aggressiivisuutta. (Kuisma ym. 2013: 678.)

Muuntohuumeet ovat aineita, jotka vaikutuksensa, koostumuksensa ja muiden ominaisuuksien mukaan ovat kuin huumausaineita, mutta molekyyli rakenteeltaan sellaisia etteivät ne lainsäädännön mukaan ole huumausaineita. Muuntohuumeiden käyttö ja vaikutus on usein amfetamiinin kaltaista. Usein muuntohuumeet ovat kuitenkin amfetamiinia vahvempia ja voimakkaammin riippuvuutta aiheuttavia. (Kuisma ym. 2013: 678.)

Kaikkien stimulanttien yliannostusoireet ovat keskenään hyvin samankaltaisia. Yleisimpiä stimulanttien aiheuttamia yliannostusoireita ovat sekavuus ja psyykkiset kiihtymystilat, hypertermia, aggressiivinen riehuminen ”excited delirium”, korkea verenpaine ja nopea syke sekä kouristelu.

4.4 Opiaatit

Oopiumin käyttäjät ovat yleensä maahanmuuttajia Aasiasta tai Lähi-Idästä. Oopiumia käytetään yleensä polttamalla piipussa, tai oopiumteenä. Oopiumin välittömiä vaikutuksia ovat uneliaisuus ja euforinen olo. Riippuvuus kehittyy usein nopeasti ja vierotusoireet ovat usein voimakkaita. (Kuisma ym. 2013: 678.)

Heroinia käytetään pääasiassa suonensisäisesti tai polttamalla. Sen välittömiä vaikutuksia ovat hyvin voimakas hyvänolon tunne, sekavuus ja euforia. Muita välittömiä vaikutuksia ovat verenpaineen lasku ja pulssin hidastuminen, hengityskeskuksen lamaantuminen, kivun aistimuksen heikkeneminen, väsymys, silmäterien supistuminen ja heikko reagointi ärsykeille. Heroinin yliannostus aiheuttaa hengityksen hidastumisen tai sen lamaamisen, joka voi johtaa kuolemaan. (Kuisma ym. 2013: 679, 687.)

Pitkäaikaisessa heroinin käytössä ilmenee epäpuhtauksien aiheuttamia hermoston, sydän -ja verenkiertoelimistön sekä maksan eriasteisia vaurioita. Lisäksi pitkäaikaisesta käytöstä seuraa useita fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia ongelmia, kuten ylähengitystietulehduksia, ruuansulatukseen ja ruokahaluun liittyviä vaivoja, hedelmällisyyteen sekä libidoon liittyviä ongelmia sekä eristyneisyyttä, passivoitumista ja aineen hankintaan liittyviä ongelmia. (Havio ym. 2009: 88–89; Kuisma ym. 2013:679.)

Morfiinia liikkuu katukaupassa vähän. Väärinkäytössä morfiinia käytetään heroinin tapaan, ja morfiinin aiheuttamat vaikutukset ja vieroitusoireet ovat heroinin kaltaisia. (Kuisma ym. 2013: 679.)

Fentanyylin varsinainen käyttötarkoitus on kovien kiputilojen hoito, ja sitä käytetään anestesia ja ensihoitotilanteissa. Fentanyylin vaikutukset ovat samat kuin heroininilla, mutta huomattavasti vahvempia. Fentanyylin valmistemuotoja ovat injektioneste sekä iholle liimattava laastari. Väärinkäytössä käyttäjät liuottavat näitä laastareita tai niiden paloja nesteessä, joka sitten käytetään suonensisäisesti heroinin tapaan. (Kuisma ym.2013: 679.)

Bubrenorfiinin (esim. Subutex®, Temgesic®) alkuperäinen käyttötarkoitus on ollut heroininista vieroitus, ja se on suomalaisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa yleisimmin käytetty opioidi. Korvaushoidossa bubrenorfiini annostellaan potilaalle resoribletteina yleensä päivittäin. Väärinkäytössä käyttäjät liottavat tabletin ja pistävät sen suonensisäisesti. Ensikäyttäjät kokevat bubrenorfiinin kuten muutkin opiaatit, eli euforisena olona. Käyttäjälle syntyy kuitenkin helposti voimakas toleranssi ja riippuvuus, eikä bubrenorfiinin käyttö enää tuo euforiaa vaan käyttäjä kokee pysyvänsä bubrenorfiinin avulla ”terveenä” koska vierotusoireita ei synny. Bubrenorfiinia käytetään yleisesti bentsodiatsepiimien, alkoholin ja kannabiksen kanssa samanaikaisesti. Vaikka bubrenorfiinin yliannostusriskin onkin melko pieni muihin opiaatteihin verrattuna, se voi samanaikaisesti muiden

päihteiden kanssa aiheuttaa kuolemaan johtavan myrkytyksen. (Kuisma ym. 2013: 576; Hietalahti 2011.)

4.5 Rauhoittavat ja unilääkkeet

Bentsodiatsepiimit ja pitkä -ja lyhytvaikutteiset unilääkkeet ovat nykyään eniten väärinkäytettyjä lääkkeitä. Myös barbituraattien käyttöä esiintyy jonkin verran. Näitä lääkkeitä käytetään päihtymistarkoituksessa niiden keskushermostoa lamaavan vaikutuksensa vuoksi, ja kaikki nämä lääkkeet aiheuttavat liian suurina annoksina eriasteisia päihtymys- ja tokkuratiloja tajuttomuuteen asti. (Havio ym. 2013: 80–81.)

Bentsodiatsepiimeja käytettäessä päihtymistarkoituksessa ovat annokset lääkinnällistä tasoa suurempia. Bentsodiatsepiimeista aiheutuva päihtymystila ilmenee välinpitämättömyytenä, sekavuutena, väsyneisyytenä, puheen vaikeutumisenä ja liikkeiden epävarmuutena. Suuret annokset voivat muuttaa sydämen syketiheyttä ja alentaa verenpainetta. Lisäksi voi esiintyä pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, suun kuivumista, oksentelua ja vatsan toimintahäiriöitä. Kuolemantapaukset yksistään bentsodiatsepiimeja käytettynä ovat melko harvinaisia, mutta alkoholin ja muiden päihteiden kanssa yhteiskäytössä myrkytykset ovat yleisiä. (Havio ym.2007: 82.)

4.6 Hallusinogeenit

LSD on voimakkaasti hallusinoiva aine, jota tavataan useimmiten pieniin paperilappuihin imeytettynä. Välittömänä vaikutuksena LSD aiheuttaa käyttäjälleen aistikokemusten vääristymistä, ja sen vaikutus kestää useita tunteja. Käyttö voi aiheuttaa myös vainoharhoja, ahdistusta ja persoonallisuuden hajoamisen tunteen. LSD:n "flash-back" vaikutuksia voi ilmetä jopa kuukausia käytön jälkeen. LSD:n käytöllä ei varsinaisesti ole kuolemanvaaraa aiheuttavaa yliannostusriskiä, mutta käyttäjä voi jäädä "tripille" jolloin LSD:n aiheuttama tila jää pysyväksi. Psilocybe-sienet nautitaan usein kuivattuna sellaisenaan. Käyttäjälle niiden vaikutus on LSD:n kaltainen. (Kuisma ym. 2013: 680.)

PCP:tä eli fensyklidiä käytettiin alun perin anestesia-lääkkeenä.. Tätä huumausainetta tavataan usein jauheena, kapselina tai nesteinä. PCP:n käyttö aiheuttaa euforiaa, ajatusten sekavuutta, paikan ja ajantajun häiriöitä sekä irrallisuuden tunnetta ympäristöstä

ja omasta ruumiista. Lisäksi käytöstä voi seurata voimakkaita aggressioita ja raivonpurkauksia. Suomessa PCP:n käyttö on harvinaista ja sen käyttöön liittyy yliannostuksen ja kuoleman riski. (Kuisma ym. 2013: 680.)

4.7 Muita huumausaineita

Gammaa ja lakkaa nautitaan usein juomaan sekoitettuna. Lakka on gamman esiaste. Lakkaa käytetään teollisuudessa, eikä sitä ole luokiteltu huumausaineeksi. Ne aiheuttavat käyttäjälleen rentoutuneen ja euforisen olon. Gamman ja lakan käyttöön liittyy yliannostuksen ja kuoleman riski, koska erityisesti alkoholin kanssa käytettynä ne voivat aiheuttaa käyttäjälle aivojen hengityskeskusten lamautumisen. Yliannostusoireita ovat pahoinvointi, tajuttomuus, verenpaineen lasku, huimaus, tajuttomuus ja hengityslama. (Kuisma ym. 2013: 680.)

5 Aiemmat tutkimukset

Opinnäytetyötämme varten haimme päihdeongelmaisen potilaan kohtaamiseen liittyviä aiempia tutkimuksia. Terveystieteiden työkenttelevien kokemuksia ja valmiuksia kohdata päihtyneitä potilaita on hoitotyön koulutusohjelmassa tutkittu sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja ensihoitajien toimesta useassa opinnäytetyössä. Radiografian- ja sädehoidon koulutusohjelmassa vastaavia opinnäytetöitä ei ole aiemmin tehty. Aineistohaut suoritimme Pubmedistä, Theseuksesta, Heldasta, Helmet-, Metcat-, Helka-kirjastojen tietokannoista, sekä Googlen hakupalvelusta.

Sari Mäntyniemi ja Rafael Zwegberg 2013 tutkivat opinnäytetyössään sairaanhoitajien kokemuksista päihtyneiden sekakäyttäjien kohtaamisesta terveyskeskuksessa. Opinnäytetyössä tutkittiin vuodeosastoilla ja päivystyksessä työskentelevien hoitajien kokemuksia laadullisena kyselytutkimuksena. Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että tutkimukseen vastanneilla hoitajilla on usein varautunut asenne kyseistä potilasryhmää kohtaan. Sekakäyttäjäpotilasta kohtaan koettiin pelon, turhautumisen ja säälin tunteita. Tutkimuksen yhteenvedossa todettiin lisäksi, että lisäkoulutukselle päihtyneiden kohtaamiseen työpaikoilla olisi tarvetta, sillä hoidon erityispiirteet koettiin useasti hoitajille tuntemattomiksi.

lina Pekkarinen 2013 tutki opinnäytetyössään Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitajien tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kohdata päihtyneitä potilaita työssään. Tutkimus

tehtiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Tutkimuksen tuloksena oli että ensihoitajat kokivat tulevansa ymmärretyiksi vuorovaikutustilanteessa päihtyneen potilaan kanssa. Kuitenkin päihteiden käyttöön liittyvää teoriatietoa kaivattiin lisää. Eniten puutteita vastaajat kokivat tiedollisissa valmiuksissaan.

Lassi Kuopusjärvi 2011 käsittelee opinnäytetyössään työpaikkaväkivallan kohtaamista röntgenhoitajan työssä. Osana opinnäytetyötä tehtiin tuotos, jossa käsiteltiin oppaan muodossa väkivaltatilanteiden hallintaa. Työn tavoitteena oli auttaa röntgenhoitajia havaitsemaan mahdollinen ennakoitavissa oleva väkivaltatilanne ja opastaa oikeita toimintamalleja tällaisten tilanteiden varalle. Opas esiteltiin Tampereella pienten kuvantamisyksiköiden koulutuspäivillä, ja yksin työskentelevät röntgenhoitajat kokivat esityksen hyödylliseksi ja käytännölliseksi.

Mikko Piispa 2007 pro gradu tutkielmassa övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuuutta - Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa tutkitaan huumeisiin ja alkoholiin liittyviä yliannostuskuolemia. Tutkimuksessa käsitellään myös päihteiden ongelmakäytöstä aiheutuvia sairauskuolemia, itsemurhia, henkirikoksia ja muita tapaturmia. Tutkimuksessa todettiin, että tapaturmaiset yliannostuskuolemat muodostivat suurimman huumeisiin liittyvien kuolemien alaryhmän.

Jarmo Kantonen ym. 2005 tutkivat päihtyneitä ja päihdeongelmaisia potilaita Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päihtyneiden ja päihdeongelmaisten potilaiden määrää ja kuormitusta Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä. Varmasti päihtyneiksi tai päihdeongelmaisiksi todettiin 18 % ja mahdollisesti päihtyneiksi tai päihdeongelmaisiksi 27 %. Päihtyneiden osuus oli suurin päivystysaikana.

Yhteenvetona tehdyistä tutkimuksista voidaan todeta, että päihdeongelmaiset potilaat ovat hoitohenkilökuntaa työllistävä potilasryhmä, jonka hoitoon ja kohtaamiseen kaivataan lisää koulutusta. Tätä johtopäätöstä voidaan yleistää koskemaan myös röntgenhoitajia.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Tutkimusmenetelmä

Suppeimmillaan voitaisiin yleistää, että laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus tarkoittaa tutkimusaineiston ja siitä johdettujen johtopäätösten kuvausta. Sille ominaisia tunnusmerkkejä ovat mm. aineistonkeruumenetelmä, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineiston laadullis-induktiivinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyyli ja tulosten esitystapa, tutkijan asema ja narratiivisuus. (Eskola ym. 2003: 13–15.)

6.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisista dokumenteista johdettu tieto. Näitä menetelmiä voidaan myös yhdistellä. Kyselyn tai haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman paljon tiedonantajan omakohtaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 71–73.)

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelumenetelmässä edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Menetelmällä pyritään saamaan vastauksia määrittelemämme tutkimusongelmiin, jättäen kuitenkin tilaa haastateltavien omille mielipiteille ja havainnoille. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75.)

Teemakirjoitelma eroaa teemahaastattelusta siten, että tiedonantaja antaa yhden laajemman vastauksen, tässä tapauksessa esseemuodossa. Kirjoitelman tekoa ohjaa muutama apukysymys, jotka on johdettu tutkimustehtävistä. Vastaajat kirjoittavat mitä itse kokevat tärkeäksi tuoda esille. Käytimme tässä opinnäytetyössä aineiston keräämiseen teemakirjoitelmamenetelmää, jolla pyrimme esittämään tutkittavan aiheen erityispiirteitä ja ilmiöitä.

Valikoivan teemakirjoitelmamenetelmän etuna on, että haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai muuten tietoa aiheesta. Tavanomaisen avoimen haastattelun heikkoutena kyselyyn verrattuna ovat yleensä aika ja raha, sillä avoin haastattelu on kallis ja kaikkien osapuolien aikaa vievä aineistonkeruumuoto. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 74.) Haastattelun tekeminen ilman koulutusta tai

kokemusta on usein haastavaa ja haastattelun kulkuun voi vaikuttaa myös haastattelijan ja haastateltavan henkilökohtaiset sosiaaliset taidot (Hirsjärvi ym. 2004: 34).

Aineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työskenteleviltä kahdeksalta röntgenhoitajalta kahdesta eri HUS-kuvantamisen toimipisteestä. Tiedonantajiksi valitut hoitajat tekivät töitä päivystysaikana, joka oli vaatimuksena tässä tutkimuksessa, koska tutkittavan ilmiön esiintyminen painottuu usein ilta- ja yöaikaan. Päivystystyöksi määrittelimme tässä opinnäytetyössä virka-ajan ulkopuolisen työajan eli ilta-, yö- ja viikonloppuvuorot, sekä pyhät. Päivystysaikana toimipaikoissa on yleensä vähennetty määrä hoitajia ja silloin tehdään vain akuutteja tutkimuksia.

Teemakirjoitelmat toimitettiin paperilla lomakemuotoisina. Päädyimme toimittamaan sekä noutamaan teemakirjoitelmalomakkeet toimipisteisiin itse, koska koimme tämän motivoivan tiedonantajia vastaamaan paremmin. Sähköiset lomakkeet hukkuvat nykyään helposti sähköpostiruuhkaan, jolloin niihin voi olla vaikeampi saada vastauksia. Toivoimme vastauksia kahdeksalta röntgenhoitajalta ja saimme takaisin kaikki kahdeksan lomaketta.

Tiedonantajat työskentelivät päivystysvuoroissa, joten tämä menetelmä oli kaikkien osapuolien kannalta joustavin. Lomake sisälsi tutkimuskysymyksistä johdetut apukysymykset, jotka ohjasivat kirjoittajia kuvaamaan tutkittua ilmiötä. Lomakkeen mukana toimitimme saatekirjeen ja ohjeet vastaamiseen. Korostimme vastaajia kirjoittamaan rehellisesti ja omakohtaisia kokemuksia esille tuoden. Lomakkeet toimitettiin lokakuun alussa 2014. Vastausaikaa oli noin kaksi viikkoa. Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja osallistuivat tiedonantajien valikoimiseen.

6.3 Aineiston analyysi

Laadullinen tutkimus analysoidaan yleensä kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston kuvailu, luokittelu ja yhdistely. Analyysillä pyritään löytämään yhteyksiä ja yleistyksiä tiedonantajien antamista kommentteista. (Hirsjärvi ym. 2004: 145.) Perusanalyysimenetelmä, jota tyypillisesti voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa, on sisällönanalyysi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91).

Aineiston analyysin tarkoitus on luoda selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä, jota tutkimuksen aineisto kuvaa. Hajanainen aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon, kuitenkin puuttumatta sen sisältämään informaatioon. Aineiston selkeyttämisellä saadaan tutkittavasta ilmiöstä luotettava ja selkeä kuva. Aineiston laadullisessa käsittelyssä aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan järkeväksi kokonaisuudeksi. Tämä käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa aineistoa analysoidaan. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.)

Analyysimenetelmäksi valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään luomaan kerätystä aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Sisältö johdetaan tutkimusaineiston perusteella. (Tuomi–Sarajärvi 2009: 95–97.) Aineistolähtöisen laadullisen aineiston analyysiä voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, jossa aineisto pelkistetään eli redusoidaan, sen jälkeen ryhmitellään eli klusteroidaan ja lopuksi ryhmittelystä luodaan teoreettisia käsitteitä eli aineisto abstrahoidaan. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.)

Aineiston tähän opinnäytetyöhön saimme teemakirjoituksista. Luimme teemakirjoitukset läpi useaan kertaan, samalla huomioiden asioita jotka teksteissä toistuvat, sekä niitä seikkoja jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Aineistoon perehtymisen jälkeen valitsimme analyysiyksiköiksi tiedonantajien ajatuskokonaisuudet ja niitä ryhdyttiin pelkistämään. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa sitä, että tutkimukselle epäolennaiset asiat karsitaan pois. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin alaluokkiin, jossa samaa asiaa tarkoittavista käsitteistä luotiin ryhmiä jotka nimettiin sisältöä kuvaavalla tavalla. Sisällöltään samankaltaiset luokat yhdisteltiin edelleen yläluokiksi, jotka yhdistyvät yhdeksi pääluokaksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–112.) Pääluokka kuvaa tutkittavaa aihetta, röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta (Kuvio 1).

Analysointi voi tapahtua myös abduktiivisesti eli teoriaohjaavasti. Menetelmässä on teoreettisia kytkentöjä, mutta ne eivät pohjautu suoraan johonkin tiettyyn teoriaan tai teoria voi toimia apuna analyysin tekemisessä. Teorialähtöisessä analyysimenetelmässä aineiston analyysi perustuu tiukasti johonkin teoriaan, malliin tai ennakoasetelmaan. Tutkimusta ohjaa yleensä jokin aikaisempi tieto ja tutkimuksen tarkoituksena on saada siihen nähden uutta tietoa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95–97.)

7 Tulokset

Opinnäytetyössämme loimme aiheelle teoreettisen viitekehyksen perehtymällä potilaan kohtaamiseen, päihteisiin ja väkivaltatilanteisiin liittyvään kirjallisuuteen. Lisäksi etsimme aiheeseen liittyviä aiempia kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia ja lehtiartikkeleita. Löysimme runsaasti tietoa päihteiden vaikutuksesta ihmisen käyttäytymiseen ja päihdehoitotyöstä, sekä tutkimuksia sairaanhoitajien tai ensihoitajien kokemuksista päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta. Seuraavissa kappaleissa kuvailemme teemakirjoitelmista esiintyneitä havaintoja. Suorat lainaukset elävöittävät tekstiä ja lisäävät lukijan mielenkiintoa.

7.1 Röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta

Päihteiden vaikutukset. Röntgenhoitajat kokivat potilaan liikkumatta pysymisen suurena haasteena. Usein sekavista potilaista pyydetään pään tietokonetomografiatutkimus, jossa potilaan liikkumattomuus on tärkeää. Liike huonontaa kuvanlaatua ja potilaat altistuvat turhaan säteilylle.

Silloin kun potilas oli kovasti humalassa, suullisten ohjeiden vastaanottaminen ei usein onnistu. Vieroitusoireisen huumeidenkäyttäjän rauhoittaminen vaatii yleensä kemiallista apua.

Yleisesti alkoholipotilaita pidettiin helpompana potilasryhmänä kuin huumeidenkäyttäjiä. Humalassa itsensä loukanneet tunsivat häpeän tunnetta. Terveytensä alkoholin takia menettäneet pysyivät ongelmastaan vaiti.

Päihtyneen potilaan käytös saattoi muuttua nopeasti aggressiiviseksi. Sekakäyttäjät ovat kaikkein arvaamattomimpia asiakkaita. Päihdepotilas saattaa olla epäilevä ja testata tarkoituksellisesti hoitajaa.

”Komennot eivät mene perille, eivät pysy paikoillaan.”

”Esim. pään tt:tä on turha kuvata, jos potilas ei pysy paikallaan - turha säteilytystä”

”Monesti humalaiset ovat todella häpeissään siitä, että ovat humalassa sauttaneet itsensä. Ne, jotka ovat pitkällä aikavälillä juoneet sisäelimensä, ovat hyvinkin vaiti siitä, että heillä olisi alko-ongelmaa.”

Käytännönhaasteet. Päihdepotilaiden hoitoon liittyy monenlaisia haasteita myös röntgenhoitajille. Veriteitse tarttuvat taudit ovat tunnettu riski. Myös IV-huumeidenkäyttäjän kanylointiin liittyy välillä haasteita. Haasteeksi koettiin myös potilaiden ajoittain huono hygienia. Päihdeongelmaiset kuvailtiin yleisesti vaativaksi potilasryhmäksi.

”Päihdeongelmaisissa erittäin suuri haaste likaisuus, hajuhaitat ja monesti erittäin ”iljettävä” habitus usein ulosteineen!”

”...kanylointi iv-huumeiden käyttäjällä saattaa olla hankalaa.”

Vuorovaikutustaidot. Röntgenhoitajan hyvät vuorovaikutustaidot korostuvat päihdeongelmaisia potilaita hoidettaessa. Oma rauhallinen käytös koettiin erityisen tärkeäksi. Provosoivaa ja vähättelevää käytöstä pyrittiin välttämään. Potilaiden puhuttelu etunimellä koettiin parantavan ihmisarvoista kohtelua. Potilasta motivoitiin tutkimuksiin kertomalla että tutkimus on potilaalle hyödyksi.

Potilaan ohjeistamisessa pidettiin tärkeänä pitää ohjeet lyhyinä ja selkeinä. Potilaalle kerrottiin, mitä tutkimuksessa tehdään ja miksi, tosin ei yhtä seikkaperäisesti kuin muille potilasryhmille.

Sekavien potilaiden tutkimukseen kului paljon aikaa. Myös potilaan saapumista sovittuun tutkimukseen pidettiin epävarmana.

”Kuvatessa oltava itse rauhallinen, antaa aikaa potilaalle”

”..pyrin päihdeongelmaisen potilaan kohdalla myös pitämään ohjeistuksen mahd. lyhyenä ja tiiviinä.”

”..tulee olla myös odottamisen taito, jotta hän voi antaa potilaalle tilaa ja aikaa vastaanottaa ohjeita.”

Väkivaltatilanteet. Kukaan ei ollut kokenut omakohtaisesti suoraa väkivaltaa, joka olisi liittynyt päihdeongelmaisen potilaan kohtaamiseen. Osa kertoi kuulleensa työtovereilta ”haastavista tilanteista”. Potilaan aggressiivinen käytös on ilmentynyt myös muuten esim. tuolien heittelynä.

Päihtyneitä potilaita kuvailtiin enimmäkseen normaaleiksi, mutta toisaalta ollessaan aggressiivisia, myös pelottaviksi. Potilaalla on saattanut olla pelottava katse. Väkivallan uhka on läsnä. Potilaiden arvaamattomuus aiheuttaa uhkaavan tunteen kokemuksia hoitajissa. Kielenkäyttö on hyökkäävää ja potilaat saattavat kokea pärjäävänsä itse.

Väkivaltatilanteita voi ennakoida. Hoitaja ei esimerkiksi käännä selkäänsä potilaalle, jolloin katsekontakti säilyy. Potilaan ilmeitä ja eleitä voi tulkita. Hoitajalla on hyvä olla pieni varautuneisuus mahdollisesti uhkaavissa tilanteissa. Vaaratilanteiden mahdollisuus on hyvä tiedostaa.

Ristiriitaisissa tilanteissa hoitajan ja potilaan välillä kutsutaan yleensä vartija. Kuvausta ei myöskään tarvitse suorittaa yksin ilman vartijaa tai päivystyksen potilasta saattavaa hoitajaa. Päihtyneet tulevat kuvaukseen usein vartijan kanssa. Työkaverit luovat turvallisuuden tunteen.

”Itse en ole koskaan kokenut fyysistä uhkaa päihtyneestä potilaasta, mutta olen kuullut kollegalta vaaratilanteista, joten ymmärrän riskin olevan olemassa.”

”Yksi huumeidenkäyttäjä väitti, että hoitaja puhkaisi tahallaan vigottaessaan hänen ainoan suonen.”

”Mikäli potilas kuitenkin esim. solvaa tai uhkailee, kutsun paikalle vartijan.”

Valmiudet. Koulutusta tai ohjausta päihdepotilaiden kohtaamiseen ei yksikään hoitajista ollut saanut. Tietoa heidän käyttäytymisestään ja vuorovaikutuskeinoista päihdepotilaan kohtaamiseen oli vähän. Oppi oli kerätty oman työkokemuksen kautta potilastilanteista.

Tärkeänä pidettiin päihdepotilaan ammatillista ja asiallista kohtelua, hoitaa tutkimus ilman omien asenteiden tuomista työtilanteeseen. Päihdepotilaiden kerrottiin herkästi aistivan hoitajan asenteen. Myös hoitajan oikeus asialliseen kohteluun koettiin tärkeäksi.

Merkintä läheteessä koettiin tärkeäksi valmistauduttaessa päihdepotilaan kohtaamiseen.

”Valmiudet kohdata päihdepotilas on melko heikot, ei ainakaan koulutusta ko. potilaidenkohtaamisesta ole tarjolla.”

”...valmiudet tulevat omien kokemusten kautta ns. kantapään kautta”

”Osaan kuitenkin käyttäytyä ammattimaisesti ja hoidan potilaat niin, ettei omat ajatukseni näy”

”Mutta koen myös niin, että minulla on oikeus saada asiallista kohtelua potilaalta”

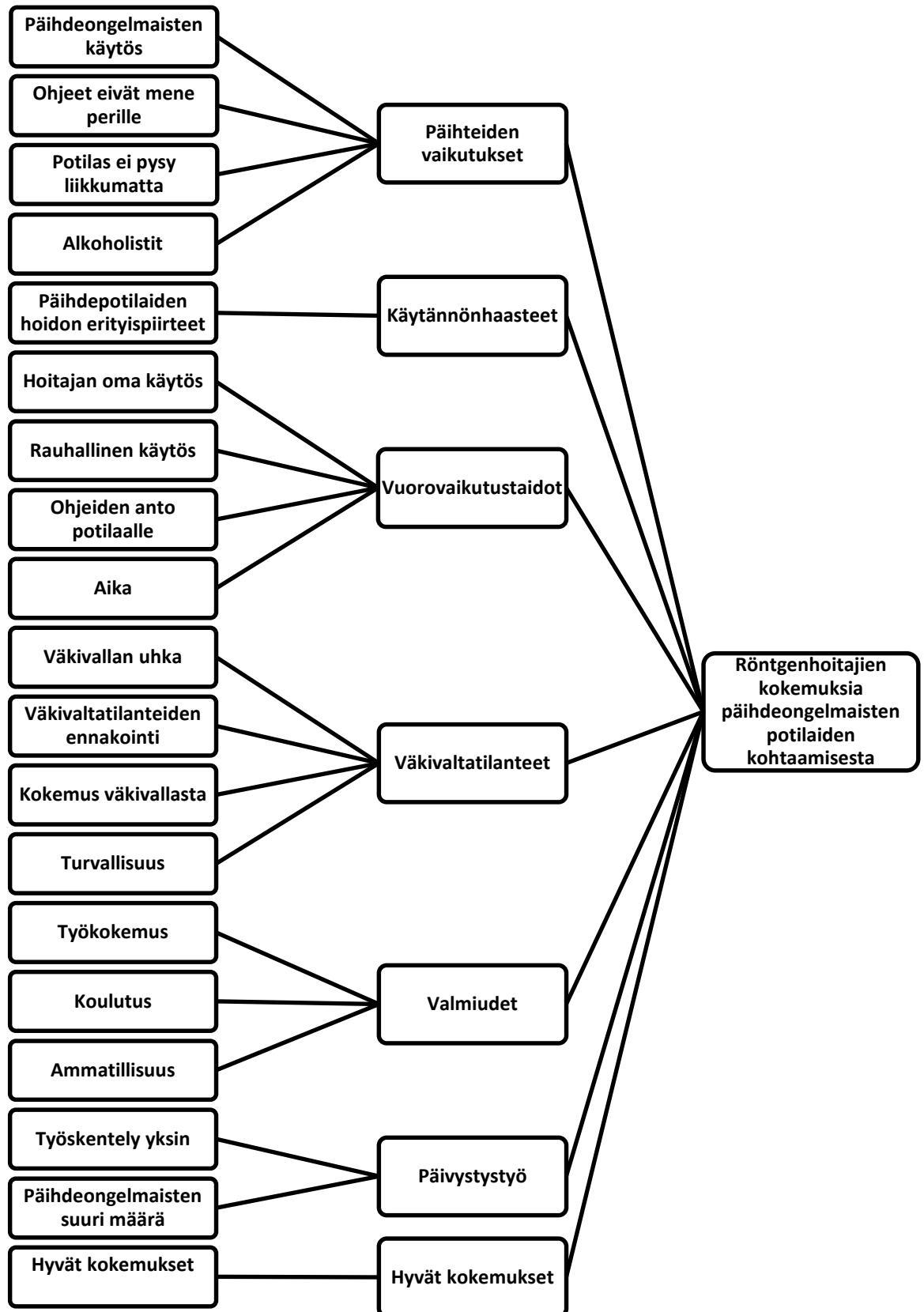
Päivystystyo. Yövuoroissa röntgenhoitaja on usein yksin. Päivystysaikaan työ koetaan haastavammaksi kuin virka-aikana. Päihdeongelmaisia on päivystysvuorojen aikana runsaasti. Päihtyneiden määrä saattaa kuormittaa hoitajia henkisesti.

”Joskus päivystysvuoron potilaista 90 % on päihdeongelmaisia.”

Hyvät kokemukset. Päihdeongelmaisten potilaiden hoidossa on omat haasteensa, mutta siitä huolimatta puolet vastaajista mielsivät kokemukset potilasryhmästä neutraaleiksi tai positiivisiksi. Potilaita pidettiin hyvántahtoisina ja ajanvarauksella tulevat potilaat yleensä asiallisiksi.

”..päihdeongelmaiset eivät aiheuta sen enempää vaivaa kuin muutkaan potilaat koska potilasaineisto on nykypäivänä sekavampaa, paljon dementikkoja ym. sekavia potilaita..”

”Minulla ei ole ollut ongelmia päihdeongelmaisten kuvaamisessa.”



Kuvio 1. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi röntgenhoitajien kokemuksista päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta kuvantamistutkimuksessa

7.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia teemakirjoitelman avulla röntgenhoitajien kokemuksia ja valmiuksia päihdepotilaiden kohtaamisesta. Vastaukset tutkimuskysymyksiimme saimme aineistolähtöisen sisältöanalyysin avulla. Näkökulma kaikissa teemakirjoitelmissa oli samankaltainen, mutta hoitajien kokemuserot toivat vastauksiin eroavaisuuksia. Tuloksia tarkastellaan tutkimuskysymyksittäin.

7.3 Röntgenhoitajien kokemukset

Päihdeongelmaisten käytös koettiin erilaiseksi riippuen siitä mitä pähteitä potilas käytti. Sekakäyttäjää pidettiin aggressiivisimpina. Humalassa itsensä satuttaneet saattoivat häpeillä sitä että he olivat satuttaneet itsensä. Alkoholiongelmainen harvoin myönsi mitään ongelmaa. Alkoholin käyttäjät koettiin yleisesti ottaen helpommaksi potilasryhmäksi verrattuna sekakäyttäjiin. Useasta kirjoitelmasta kävi ilmi, että päihtyneen potilaan kanssa on syytä olla varuillaan, sillä käytös saattaa muuttua yllättäen aggressiiviseksi.

Turvallisuuskysymykset tulivat esiin useassa teemakirjoitelmavastauksessa. Erityisesti päivystysaikaan päihdepotilaita on paljon ja miehitystä vähän. Molemmista tutkimukseen osaa ottaneissa toimipaikoissa työskentelee yöaikaan röntgenosastolla vain yksi hoitaja. Tällöin vartijan tarjoama turva koettiin tärkeäksi. Vartija tai päivystysosaston hoitaja tulivat mukaan röntgeniin kun kyseessä oli päihdepotilas. Emme kysyneet teemakirjoitelmassamme vastaajien sukupuolta, mikä näin jälkeenpäin ajatellen olisi ollut järkevää voidaksemme vertailla naisten ja miesten asenteita turvallisuuteen. Oletamme kuitenkin suurimman osan vastaajista olevan naisia. Vartija tai lääkintävahtimestari koettiin tärkeäksi myös päivystysajan ulkopuolella jos potilas käyttäytyy uhkaavasti. Lassi Kuopusjärven (2011) opinnäytetyön mukaan väkivaltatilanteen syntymistä edesauttavia tekijöitä ovat potilaan sairaus ja päihtyneisyys, sekavuus ja mahdollinen dementia, henkilökunnan riittämätön määrä, sekä henkilökunnan asenne ja käytös. Röntgenhoitajan tulee olla varuillaan erityisesti silloin, kun kuvattavaksi tulee narkomaani, vanki tai jos tiedossa on että potilas on aiemmin käyttäytynyt aggressiivisesti. Kuopusjärvi kehoittaa työssään myös luottamaan hoitajan omaan intuitioon. Tyypillinen väkivallantekijä terveydenhuollossa on päihtynyt mieshenkilö ja uhrina on usein nuori nainen. Väkivaltatilanteet esiintyvät pääasiassa päivystysaikaan esimerkiksi yövuoroissa.

Yllätyimme että tiedonantajat eivät olleet joutuneet kokemaan omakohtaista fyysistä väkivaltaa, joka olisi päihdeongelmaisen potilaan aiheuttamaa. Väkivallan uhka tiedostettiin ja tilanteista oli saatettu kuulla työtovereilta, mutta omia kokemuksia ei kuvailtu vastauksissa. Gacki–Smith ym. (2009) tutkivat ensiapupoliklinikoiden hoitajien kokemuksia väkivallasta Yhdysvalloissa. Tuloksista kävi ilmi että 25 % hoitajista oli kokenut yli 20 kertaa fyysistä väkivaltaa työssään viimeisen kolmen vuoden aikana ja melkein 20 % oli kokenut sanallista väkivaltaa yli 200 kertaa samalla aikajaksolla. Eroavaisuudet saattavat selittyä kulttuurieroilla ja sillä että röntgenhoitajat eivät ole potilasta ensimmäisenä vastassa. Röntgeniin tullaan yleensä päivystyksen lähettävän lääkärin kautta, jolloin potilas on ollut jo tekemisissä muun hoitohenkilökunnan kanssa ja hänen käytökseensä on jo saatettu reagoida.

HUS:ssa väkivaltatilanteita on ilmoitettu seitsemän vuoden seurantajaksolla (2002–2009) 1200–1600 kpl/vuosi. Näistä noin neljännesosassa työntekijälle oli seurannut eriasteisia vammoja. Ongelmallisimmiksi yksiköiksi oli nostettu päivystysvastaanotot ja -osastot sekä psykiatrasta hoitoa antavat yksiköt. (Turvallisuutta kaikkien parhaaksi 2010.)

7.4 Röntgenhoitajien valmiudet

Hoitajan vuorovaikutustaitojen merkitys korostui lähes kaikissa vastauksissa. Kohtaamistilanteessa tärkeäksi nähtiin hoitajan rauhallinen olemus ja selkeät sekä yksinkertaiset ohjeet potilaalle. Vastauksista kävi ilmi että kommunikaatio, ohjeiden perille meneminen sekä potilaan pysyminen paikallaan koettiin haastaviksi. Päihteiden vaikutuksen takia potilaat eivät ymmärtäneen monimutkaisia ohjeita. Tästä johtuen aikaa tutkimuksen suorittamiseen saattoi kulua enemmän.

Hoitajilla ei ollut koulutusta tai teoreettista tietotaitoa päihdepotilaiden käytöksestä tai siitä miten päihdepotilaiden kanssa tulisi parhaiten kommunikoida. Tällaiselle koulutukselle nähtiin tarvetta. Vastaajien mukaan tietoperusta kohtaamiselle oli opittu käytännön työn kautta, ns. kantapään kautta. Samankaltaisiin tuloksiin päätyi Iina Pekkarinen (2013) opinnäytetyössään Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitajien tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kohdata päihtyneitä potilaita työssään. Tutkimuksen mukaan ensihoitajat kaipasivat päihteiden käyttöön liittyvää teoriatietoa ja kokivat puutteita juuri tiedollisissa valmiuksissaan.

Kirjoitelmista olisimme toivoneet saavamme tietää enemmän hoitajien henkilökohtaisista asenteista liittyen päihdeongelmaisten hoitoon, mutta ilmeisesti teemakirjoitelmalomakkeen kysymyksenasettelu ei ohjannut tähän.

8 Pohdinta

8.1 Työn eettisyys ja luotettavuus

Tämä opinnäytetyö käsittelee aihetta, joka vaikuttaa röntgenhoitajan työhön, työturvallisuuteen ja henkiseen jaksamiseen. Kuitenkaan aihe ei ole saanut sijaa röntgenhoitajien perus- tai täydennyskoulutuksessa. Tutkimuksen tulokset vahvistavat omia kokemuksiamme siitä, että päihdeongelmaiset potilaat ovat merkittävä potilasryhmä, jonka kohtaaminen ja kuvantamistutkimuksen onnistuminen voi olla haastavaa.

Tutkimuksen luotettavuus ja uskottavuus perustuu siihen, että tutkimuksen tekijät seuraavat hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksen tekijät noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132.)

Tiedonantajat osallistuivat tutkimukseen nimettömänä, emmekä tuoneet opinnäytetyössä ilmi mistä toimipisteistä tiedonannot on kerätty. Vastaajat saivat ilmaista niitä mielipiteitä ja kokemuksia, jotka kokivat merkityksellisiksi tälle tutkimukselle. Saatekirjeessä toivoimme vastaajilta mahdollisimman rehellisiä vastauksia ja kuvailua omin sanoin.

Opinnäytetyö on julkinen ja puolueeton. Kuvailimme tutkittua ilmiötä, kuten tiedonantajat ovat asiaa tuoneet esille. Tutkimuslupa haettiin HUS:n ohjeiden mukaisesti. Tutkimusluvan myönsi HUS-kuvantamisen klininen opettaja. Täten sitouduimme noudattamaan HUS:n tutkimuslupaohjeessa mainittua käytäntöä ja salassapitovelvollisuutta.

Tiedonkeruumenetelmäksi valitsimme teemakirjoitelma sopi tähän opinnäytetyön toteutukseen hyvin, sillä perinteinen teemahaastattelu olisi ollut erittäin aikaa vievä toteuttaa. Lisäksi haastattelussa annettujen tietojen luotettavuuteen olisi voinut vaikuttaa se, että haastattelijat olivat itse olleet töissä toimipisteissä joista tiedonantajat valittiin. Tällöin vastaaja ja haastattelijat olisivat tunteneet toisensa, ja heidän sosiaaliset taidot ja suhteet

olisivat voineet vaikuttaa niin tiedonantoihin kuin annetun tiedon tulkintaan. Tiedonantajat vastasivat lomakkeisiin työajalla, kun hetki oli heille sopivin. Lomakkeista ei pysty tunnistamaan vastaajan henkilöllisyyttä, eikä työpaikkaa. Opinnäytetyön valmistuttua teemakirjoitukset ja niistä otetut kopiot hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijatriangulaatio. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistui useampia tekijöitä niin aineiston kerääjinä, kuin tulosten analysoijina ja tulkitsijoina. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2005: 218.) Tutkijaryhmämme koostui kolmesta tutkijasta. Tämä parantaa tutkimuksen objektiivisuutta etenkin teemakirjoitelmavastausten sisältöjen analyysivaiheessa. Jokainen tutkija tulkitsi tiedonantoja omalla tavallaan, ja kiinnitti huomiota vastauksissa erilaisiin seikkoihin. Näin saimme aineistosta enemmän irti kuin silloin, kun tutkijoita olisi ollut esimerkiksi vain yksi.

Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää tutkijoiden kokemattomuus. Työtä tehdessä pyrimme kuitenkin toimimaan kuten aiheesta kirjoitetussa kirjallisuudessa ja käytäntölähtöisten tutkimusmenetelmien opintojaksolla oli opetettu. Lisäksi hyödynsimme ohjaavien opettajien ohjausta. Osallistuimme myös laadullisen tutkimuksen analysointiin liittyvään työpajaan koululla.

Mielestämme saimme kattavan aineiston. Osa asioista toistui useissa vastauksissa, joten mielestämme aineiston saturaatio-määrä oli sopiva tähän työhön ja tutkimuskysymyksiin suhteutettuna. Saturaatiolla tarkoitetaan vaihetta, jossa tutkimusaineisto alkaa toistaa itseään eli tiedonantajat eivät tuota enää riittävän erilaista ja tutkimukselle hyödyllistä tietoa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–112).

8.2 Kehitysehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Vastauksista kävi ilmi että hoitajilla on tarvetta lisäkoulutukselle aiheeseen liittyen. Puutteelliseksi koettiin oma tieto päihtyneiden potilaiden kohtaamisesta. Kohtaamistilanteisiin ja kommunikaatioon liittyvää koulutusta ei ollut saatu. Tutkimustuloksia voi hyödyntää esimerkiksi uusien työntekijöiden toimipaikkakohtaisessa perehdytyksessä ja suunniteltaessa täydennyskoulutusta röntgenhoitajille.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla lisäkoulutustarpeen määrittäminen päihdepotilaiden hoidon erityispiirteistä. Tutkimuksella voitaisiin selvittää minkälaiselle tiedolle ja koulutukselle hoitajilla olisi suurin tarve. Lisäksi vastauksista nousi esiin myös turvallisuuden

tunne. Jatkotutkimuksella voitaisiin selvittää mitkä asiat parantaisivat hoitajan turvallisuuden tunnetta työpaikalla.

8.3 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyöhön liittyen olemme perehtyneet kattavasti erilaiseen tietoon liittyen päihdeiden vaikutuksiin, päihdeongelmaisten hoidon erityispiirteisiin ja haasteisiin. Saimme perehtyä monipuolisesti tiedonhakuun ja laadullisen tutkimuksen tekemiseen. Teoria osuutemme palveli työtä hyvin. Keräämämme teoria oli sopusoinnussa saamiemme tulosten kanssa. Vuorovaikutustaidot, turvallisuus, eri päihdeiden erilaiset vaikutukset sekä päihdepotilaiden suuri määrä nousivat esiin niin teoriaosuudessa kuin tuloksissa joita saimme.

Työn suunnitelmavaihe alkoi tammikuussa 2014. Tällöin perehdyimme aiheen rajaukseen, aineistoon ja mahdolliseen toteutustapaan. Lisäksi etsimme aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen saimme valmiiksi toukokuussa 2014. Jatkoimme työskentelyä syyskuussa 2014, jolloin viimeistelimme suunnitelmaa kesän jäljiltä ja anoimme tutkimuslupaa. Tutkimusluvan saatuaamme, toimitimme teemakirjoitelmalomakkeet kahteen HUS-kuvantamisen toimipisteesseen. Lomakkeet saatuaamme aloitimme tulosten analysoinnin, tarkastelun ja yhteenvedon. Työ valmistui marraskuussa 2014.

Prosessin aikana huomasimme, että joitakin asioita olisi voinut tehdä toisin. Kyselylomakkeeseen olisi voinut muotoilla yhden apukysymyksen lisää, jolloin vastauksista olisi saanut enemmän arvokasta lisätietoa hoitajien omista asenteista päihdeongelmaisista kohtaan. Suuria vastoinkäymisiä ei opinnäytetyöprosessin aikana tullut vastaan. Haastavinta opinnäytetyötä tehdessä oli aihe-alueeseen liittyvien tieteellisten tutkimusten ja artikkelien vähäisyys. Kukaan tutkijaryhmän jäsenistä ei ollut tehnyt vastaavaa aineiston analyysiä aikaisemmin, mutta mielestämme onnistuimme analyysinteossa hyvin. Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi oli pitkä, mutta koemme että kolme erilaista persoonaa tekivät oppimisprosessista hedelmällisen.

Lähteet

Amfetamiini. 2011. A-klinikkasäätiö. Verkkodokumentti.

<<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Amfetamiini>> Luettu 3.10.2014.

Boxberg, Katja 2014. Viinan ja huumeiden haitat nielevät jo lähes kaksi miljardia. Helsingin Sanomat 24.2.2014. Luettavissa myös verkossa:

<<http://www.hs.fi/kotimaa/Viinan+ja+huumeiden+haitat+niele%C3%A4t+jo+l%C3%A4hes+kaksi+miljardia+/a1393133015702>> Luettu 26.2.2014.

Chu, Charlene – Galang, Ashley 2013. Hospital nurses' attitudes towards patients with a history of illicit drug. Canadian Nurse 109 (6). 29-33. Kanada. Ottawa.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Eteläpelto, Anneli – Onnismaa, Jussi 2006. Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Vantaa: Kansanvalistusseura.

Gacki-Smith, Jessica – Juarez, Altair M. – Boyett, Lara – Homeyer, Cathy – Robinson, Linda – MacLean, Susan L. 2009. Violence against nurses working in US emergency departments. The journal of nursing administration 39 (7/8). 340-349. Wolters Kluwer Health. USA. Philadelphia.

Havio, Marjaliisa - Inkinen, Maria -Partanen, Airi 2009. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi.

Hietalahti, Anne 2011. Buprenorfiini päihdekäytössä. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/321-buprenorfiini-paihdekeytossa>> luettu 21.2.2014.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kuvantaminen ja fysiologia. Toimipisteet. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/kuvantaminen-ja-fysiologia/Sivut/toimipisteet.aspx?type=x>> Luettu 26.2.2014.

Jokelainen, Kalle 2010. Alkoholimyrkytys ja muut hätätilanteet. Teoksessa Seppä, Kaija – Alho, Hannu - Kiianmaa, Kalervo (toim.):Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy. 134-143.

Kantonen, Jarmo – Niittynen, Kaisa – Mattila, Juho – Kuusela-Louhivuori, Päivi – Manninen-Kauppinen, Eila – Pohjola-Sintonen, Sinikka 2006. Suomen Lääkärilehti 47/2006 vsk 61. Luettavissa verkosta. <<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL472006-kantonen.pdf>> Luettu 3.3.2014.

Kiviniemi, Liisa – Läksy, Marja-Liisa – Matinlauri, Timo – Nevalainen, Kaija - Ruotsalainen, Kari – Seppänen, Ulla-Maija – Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveys­työn tekijänä. Helsinki: Edita.

Kuisma, Markku – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro.

Kuopusjärvi, Lassi 2011. Väkivaltatilanteen hallinta röntgenhoitajan työssä. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Laine, Pekka 2002. Päihdepotilas terveystieteiden päivystyksessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2002;118(3). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.2.1992.

Mäntyniemi, Sari – Zweyberg, Rafael 2013. Hoitajien kokemuksia päihteiden sekakäyttäjän kohtaamisesta terveystieteiden päivystyksessä. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Pekkarinen, Iina 2013. Päihtynyt ensihoidon asiakkaana : Ensihoitohenkilöstön ammatillisuus ja valmiudet kohdata päihtynyt potilas. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Piispa, Mikko 2010. Övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuuutta - Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007. Sosiologian pro gradu. Helsingin yliopisto.

Päihdehaittakustannukset 2010. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/esitykset/Tr11_12.ppt> Luettu 21.2.2014.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2013 - Alkoholi ja huumeet. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110892/SVT_PTVK_2013_korjattu%2018.2.2014_verkko.pdf?sequence=1> Luettu 21.2.2014.

Suomen Röntgenhoitajaliitto ry. Röntgenhoitajan ammattietiikka. Päivitetty 4.3.2000. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenrontgenhoitajaliitto.fi/doc/eettisetohjeet.pdf>> Luettu 31.3.2014

Soimakallio, Seppo – Kivisaari, Leena – Manninen, Hannu – Svedström, Erkki – Tervonen, Osmo 2005. Radiologia. WSOY.

Päihtyneen henkilön akuuttihoito - sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3524.pdf> Luettu 2.10.2014.

Tampereen ammattikorkeakoulu 2014. Verkkodokumentti. <[http://www.tamk.fi/cms/tamk.nsf/\\$all/86FECED373536D35C225757100427D1E](http://www.tamk.fi/cms/tamk.nsf/$all/86FECED373536D35C225757100427D1E)> Luettu 15.2.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomola, Pekka 2013. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjän kohtaaminen. Teoksessa: Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu –Kiiänmaa, Kalervo. Huume –ja lääkeriippuvuudet. Duodecim 2013.

Turvallisuutta kaikkien parhaaksi 2010. Verkkodokumentti <http://www.hus.fi/hus-tieto/henkilosto/Toimintaohjelmat_ja_ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf> luettu 28.19.2014

Viinikka, Lasse 2010. Johtajaylilääkärin ohje opinnäytetöihin. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/tutkijalle/lomakkeet/Opinnytetit%20koskevat%20lomakkeet/Opinnaytetyot_JYL%20ohje_1_100505.pdf>
Luettu 9.2.2014.

Varjonen, Vili - Tanhua, Hannele - Forssel, Martta - Perälä, Riikka 2012. Huuometilanne Suomessa 2012. Verkkodokumentti
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/THL_RAPO75_2012_7.6.13.pdf?sequence=1> luettu 10.2.2014

Weizmann-Henelius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Kirjayhtymä Oy.



Saatekirje opinnäytetyöstä

Hyvä vastaanottaja,

Olemme Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä aiheesta röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta kuvantamistutkimuksessa. Työtämme ohjaavat lehtorit Anne Kangas ja Marjo Mannila.

Työmme tarkoituksena on tutkia päivystystyötä tekevien röntgenhoitajien kokemuksia päihdeiden ongelmakäyttäjien kohtaamisesta kuvantamistutkimuksissa. Lisäksi olemme kiinnostuneita röntgenhoitajien ammatillisista valmiuksista kohdata päihdeongelmainen potilas, sekä tuoda esille millaisia haasteita päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamiseen mahdollisesti liittyy.

Tutkimme aihetta liitteessä olevalla kyselylomakkeella. Vastaamiseen on hyvä varata aikaa n. puoli tuntia. Tutkimuskysymykseen toivomme saavamme rehellisiä esseemuotoisia vastauksia, sillä aihe on radiografian ja sädehoidon puolella vielä melko tutkimaton. Saamamme vastaukset käytämme luottamuksellisesti ja niistä ei voida tunnistaa vastaajan henkilöllisyyttä. Mikäli vastaaja antaa luvan, voimme käyttää myös suoria lainauksia saaduista vastauksista. Vastausmateriaalin hävitämme asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kyselykaavakkeet toimitamme paperisessa muodossa ja vastaukset toivomme saavamme myös paperille (ilman vastaajan nimeä).

Terveisin,

Petri Hallami petri.hallami@metropolia.fi

Johanna Alanko johanna.k.alanko@metropolia.fi

Kimmo Laarko kimmo.laarko@metropolia.fi

Alkuperäinen	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Haasteita koen ajoittain, jos potilas sattuu olemaan päihteen alaisena niin ohjaaminen on ajoittain hankalaa	Päihdeongelmaisen ohjaaminen haastavaa	Ohjeet eivät mene perille	Päihteen vaikutukset	Röntgenhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten potilaiden kohtaamisesta
Päihteen ongelmallisin on mielestäni alkoholi, usein potilaat jotka ovat alkoholin kanssa olleet tekemisissä ovat sekavampia/huonokuntoisempia kuin huumeidenkäyttäjät	Kokee alkoholistit sekavammiksi kuin huumeidenkäyttäjät	Alkoholit		
Huumeidenkäyttäjillä tuntuu usein olevan sairauksia, esim. c-hepatiitti, joka kanyloidessa aiheuttaa hieman lisävarovaisuutta	Kanylointi väkivoimalla haastavaa (IV-huumeiden käyttäjät)	Päihdepotilaiden hoidon erityispiirteet	Käytännönhaasteet	
Huume-sekakäyttäjät eivät ota "käskyjä" vastaan yhtä hyvin ja kuvaushetkellä tekevät kaikkea muuta	Ohjeet eivät mene perille	Ohjeiden anto potilaalle	Vuorovaikutustaidot	
Ei tulisi koskaan kääntää selkäänsä asiakkaalle vaan pitää tarkasti silmällä tilanne	Hoitaja ei käännä selkää potilaalle	Väkivaltilanteiden ennakointi	Väkivaltilanteet	
Valmiuksia päihdeongelmaisen kohtaamiseen ei saa esim. koulutuksen kautta vaan valmiudet tulevat omien kokemusten kautta ns. kanta-pään kautta.	Valmiudet omista kokemuksista	Työkokemus	Valmiudet	
Joskus päivystysvuoron potilaista 90 % on päihdeongelmaisia	Päihdeongelmaisia on päivystysvuoroissa runsaasti	Päihdeongelmaisten suuri määrä	Päivystystyö	

Kuvio 2. Analyysiesimerkkitaulukko

Tutkimus	Tarkoitus ja tavoite	Menetelmä ja mittari	Tulokset
Chu, Charlene – Galang, Ashley 2013. Hospital nurses' attitudes towards patient with a history of illicit drug.	Tutkia sisätautiyksikön hoitajien asenteita huumausainehistoria omaaviin potilaisiin ja sitä mitkä tekijät vaikuttivat asenteisiin.	Poikkileikkaustutkimus, joka suoritettiin DDPPQ-lomakkeella.	Asenteet potilaita kohtaan olivat neutraaleita. Tulokset viittasivat alentuneeseen työmotivaatioon ja tarpeeseen saada tarvittaessa neuvoja kohderyhmän kanssa toimimiseen.
Gacki-Smith, Jessica ym. 2009. Violence against nurses working in US emergency departments.	Tutkia Yhdysvalloissa päivystysklinikoilla työskentelevien hoitajien kokemuksia ja havaintoja potilaiden ja potilaiden omaisten harjoittamasta väkivallasta.	Poikkileikkaustutkimus (n=3465), mittarina toimi 69 kohtainen kyselylomake	25 % ensiapupoliklinikoiden hoitajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa viimeisen kolmen vuoden aikana. 20 % oli kokenut sanallista väkivaltaa yli 200 kertaa samalla aikajaksolla.
Kantonen, Jarmo ym. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla.	Päihdeongelmat näkyvät sairaanhoidon päivystyspisteissä mutta aiheesta on vähän tutkimustietoa.	Tieto kerättiin lomakkeella, jonka hoitaja täytti tulohaastattelun yhteydessä.	Päivystyksen potilaista 18 % varmuudella päihtyneitä, 27 % mahdollisesti päihtyneitä. Päihtyneiden osuus suurin päivystysaikana.
Kuopusjärvi, Lassi 2011. Väkivaltilanteen hallinta röntgenhoitajan työssä.	Auttaa röntgenhoitajia ennakoimaan mahdollinen väkivaltilanne ja opastaa oikeita toimintamalleja.	Toiminnallinen opinäytetyö, julkaistu opas.	Röntgenhoitajille suunnattu toimintaopas väkivaltilanteiden varalle.
Mäntyniemi, Sari – Zweyberg, Rafael 2013. Hoitajien kokemuksia päihteiden sekakäyttäjän kohtaamisesta terveyskeskuksessa.	Tutkia sairaanhoitajien kokemuksista päihteiden sekakäyttäjien kohtaamisesta terveyskeskuksessa.	Laadullinen tutkimusmenetelmä, jossa aineisto kerättiin kyselylomakkein.	Hoitajien asenne varautunut päihteidenkäyttäjää kohtaan. Sekakäyttäjää kohtaan tunnettiin pelkoa, turhautumista ja sääliä. Lisäkoulutukseen päihtyneiden kohtaamiseen koettiin tarvetta.
Pekkarinen, Iina 2013. Päihtynyt ensihoidon asiakkaana: Ensihoitohenkilöstön ammatillisuus ja valmiudet kohdata päihtynyt potilas.	Tutkia kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitajien tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kohdata päihtyneitä potilaita.	Laadullinen tutkimusmenetelmä, tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena.	Ensihoitajat kokivat tulevansa ymmärretyiksi vuorovaikutustilanteessa päihtyneen potilaan kanssa. Teoriatietoa kaivattiin lisää. Eniten puutteita vastaajat kokivat tiedollisissa valmiuksissaan.
Piispa, Mikko 2010. Öväreitä, sekoilua ja moniongelmaisuuksia - Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007.	Tutkia ketkä Suomessa kuolevat huumeisiin liittyen, mitä on kuolemien taustalla ja millaisissa olosuhteissa kuolemat tapahtuvat.	Tutkimusmenetelmänä aineistolähtöinen grounded theory, analyysia konkreettisesti tapauksesimerkeillä.	Riski kuolla on jakautuu kolmeen ryhmään järjestyksessä: 1. narkomaanit, 2. sekoilijat 3. itsetuhoajat. Kaikilla muitakin ongelmia kuin huumeidenkäyttöä.

Kuvio 3. Aiemmat tutkimukset taulukoituna