



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MUISTISAIRAAN OHJAAMINEN KEUHKOJEN NATIIVIRÖNTGEN- TUTKIMUKSESSA

Kirjallisuuskatsaus

TEKIJÄ: Riina Soininen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Riina Soininen	
Työn nimi Muistisairaahan ohjaaminen keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa	
Päiväys	21.4.2018
Sivumäärä/Liitteet	43/1
Ohjaaja(t) Ritva Pirinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savonia-ammattikorkeakoulu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Natiiviröntgentutkimuksella tarkoitetaan ilman varjoainetta tapahtuvaa perusröntgentutkimusta. Keuhkojen natiiviröntgentutkimus kattaa noin 31 prosenttia kaikista natiiviröntgentutkimuksista. Röntgenkuva syntyy, kun röntgenputki tuottaa röntgensäteilyä, joka ohjataan kuvattavan kohteen lävitse kuvalevyille. Suurin osa röntgensäteilystä absorboituu kuvattavaan kudokseen ja luovuttaa energiaa kohteeseen. Kuvalevy tunnistaa kohteen läpi kulkeutuneen säteilyn määrän sekä paikan ja tämä tieto muutetaan kuvaksi. Näin muodostuu kaksiulotteinen röntgenkuva kolmiulotteisesta kohteesta.</p> <p>Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Suomessa on noin 100 000 lievästi muistisairaasta henkilö ja noin 93 000 keskivaikeasta dementiaa kärsivää henkilöä. Alzheimerin tauti, aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsa -ohimolohkorappeuma ovat yleisimpiä muistisairauksia. Ne kattavat noin 95 prosenttia kaikista muistisairauksista.</p> <p>Muistisairaahan ohjaamisessa hyvä vuorovaikutus on tärkeää. Ohjaaminen on yhdessä toimimista muistisairaahan kanssa ja hoitaja luo yhteyden muistisairaaseen. Ohjattaessa muistisairaasta on ymmärrettävä ja huomioitava kognitiivisen toimintakyvyn muutokset ja keskeistä on luoda toiminnalle turvallinen ilmapiiri kunnioittavasti.</p> <p>Opinnäytetyössä kerättiin tietoa muistisairauksista. Työn tarkoituksena oli saattaa tietoa myös muille röntgenhoitajaopiskelijoille. Tavoitteena oli lisätä röntgenhoitajaopiskelijoiden tietoa muistisairaahan ohjaamisesta keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus, joka alkaa miehen painamisen ja palauttamisen vaikeuksilla. AVH- ja Lewyn kappale ovat yleisimmät muistisairaudet Alzheimerin taudin jälkeen. Muistisairaahan potilaan ohjaamisessa tärkeimmäksi asiaksi nousivat hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot ja muistisairaahan taudin vaiheen ymmärtäminen</p> <p>Opinnäytetyön menetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, jolloin muilla röntgenhoitajaopiskelijoilla on mahdollisuus päästä hyödyntämään työtä. Työn tilaajana oli Savonia-ammattikorkeakoulu. Jatkotutkimusehdotuksiksi nousi selvittää, kuinka suuri osa potilaista kuvantamistutkimuksissa ja -toimenpiteissä on muistisairaita ja millaiseksi röntgenhoitajat kokevat oman ammattitaidon hoitaa ja ohjata muistisairasta potilasta.</p>	
Avainsanat muistisairaus, dementia, ohjaaminen, natiiviröntgentutkimus, kirjallisuuskatsaus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Radiography and Radiation therapy			
Author(s) Riina Soininen			
Title of Thesis Guiding the memory patient in the native X-ray examination of the lungs			
Date	21.4.2018	Pages/Appendices	43/1
Supervisor(s) Ritva Pirinen			
Client Organisation /Partners Savonia-ammattikorkeakoulu			
<p>Abstract</p> <p>Native X-ray is a basic X-ray examination without a contrast medium. The native X-ray examination of the lungs covers about 31 percent of all native X-ray examinations. An X-ray image is generated when an X-ray tube produces x-rays that are guided through the subject of the image to the image plate. Most X-rays are absorbed into the imaging tissue and deliver energy to the target. The image plate recognizes the amount of radiation emitted through the subject as well as the location and this information is converted to an image. This creates a two-dimensional X-ray image of a three-dimensional object.</p> <p>Memory disease is a disease that weakens both memory and other areas of information processing such as language activities, visual perception and action control. In Finland approximately 100 000 people with mild memory problems and about 93 000 people with moderate dementia. Alzheimer's disease, memory disorder due to cerebrovascular disorder, lewy's body disease and forehead-frontal degeneration are the most common memory disorders. They cover about 95 percent of all memory disorders.</p> <p>Good interaction is important in guiding the memory patient. Counseling works together with the memory patient and the caregiver connects to the memory patient. In guiding the memory patient is important to understand the changes in cognitive function and the key is to create a safe atmosphere respectfully.</p> <p>The thesis collected data on memory disorders. The purpose of the thesis was to provide information also to other radiographer students. The aim was to increase the knowledge of radiographer students about guiding a memory patient in x-ray examination of the lungs.</p> <p>According to the results of the literature review, Alzheimer's disease is the most common dementing illness that begins with the problems of return things in mind. Cerebrovascular disorder and lewy's body disease are the most common memory disorders after Alzheimer's disease. In guiding a memory patient, the most important thing was the good interaction skills of the radiographer and understanding the stage of disease.</p> <p>The method of the thesis was a descriptive literature review. The thesis is published in Theseus, allowing other radiographer students to have access to the work. The subscriber of the thesis was Savonia University of Applied Sciences. Further research proposals came up to find out how much of the patients in imaging studies and procedures are memory patients and how radiographers experience their own professional skills to manage and guide the memory patient.</p>			
<p>Keywords Memory disease, dementia, guiding, native x-ray examination, literature review</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	MUISTI JA MUISTISAIRAUDET	7
2.1	Muisti	7
2.2	Muistisairaus	8
2.3	Muistisairauksien vallitsevuus	9
2.4	Alzheimerin tauti	10
2.5	Aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus	10
2.6	Muut etenevät muistisairaudet	11
3	MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET JA OHJAAMINEN	13
3.1	Muistisairaahan käytös ja käytösoireet	13
3.2	Hyvä ohjaus ja sen edellytykset	14
3.3	Muistisairaahan kohtaaminen	16
3.4	Muistisairaahan ohjaamisen erityispiirteet	16
4	NATIIVIRÖNTGENTUTKIMUS	19
4.1	Röntgentutkimuksen oikeutus ja säteilyn käytön periaatteet	19
4.2	Röntgentutkimukset ja tutkimusten tulkinta	20
4.3	Keuhkokuvaus	21
4.4	Röntgenhoitaja tutkimuksen suorittajana	22
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
6.1	Menetelmänä kirjallisuuskatsaus	25
6.2	Aineiston hankinta	25
6.3	Aineiston valinta	26
6.4	Aineiston analyysi	28
7	TULOKSET	29
7.1	Muistisairaudet ja niiden erityispiirteet	29
7.2	Muistisairaahan ohjaaminen keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa	31
8	POHDINTA	34
8.1	Opinnäytetyö prosessin ja tulosten arviointi	34
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	35
8.3	Oman ammatillisuuden kehittyminen	36

LÄHTEET	37
LIITE 1. AINEISTOLUETTELO	41

1 JOHDANTO

Yli 65-vuotiaista jopa joka kolmas kertoo kärsivänsä muistin ongelmista, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole etenevää muistisairautta. Vuonna 2013 Suomessa oli noin 100 000 henkilöä, jotka kärsivät lievästä dementiaasta ja vähintään 93 000 henkilöä, jotka sairastavat keskivaikeaa dementiaa. (Käypä hoito 2017.) Väestö ikääntyy ja väestön ikääntyminen lisää muistisairaiden määrää (Erkinjuntti, Rinne ja Soininen 2010, 30).

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. (Sulkava 2016). Vähitellen etenevä muistisairaus johtaa dementiaan (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 45). Muistisairauksen liittyvistä oireista ja muutoksista käytetään kansallisesti sekä kansainvälisesti käytösoireen tai haasteellisen käyttäytymisen käsitettä (behavioral and psychological symptoms of dementia). Jopa 90 prosentilla muistisairautta sairastavista esiintyy jonkinlaisia käytösoireita, jotka voivat olla ohi meneviä tai jatkua vuosia. Muistisairaana kanssa toimivat kokevat tällaisen käyttäytymisen usein haasteellisenä ja vaikeasti hallittavana. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17.)

Natiivikuvaus tarkoittaa ilman varjoainetta tehtyä perusröntgentutkimusta. Röntgensäteily läpäisee kehon kudoksia eri kohdissa eri tavoin. Röntgenkuvassa tummana näkyvät kohteet, jotka säteily läpäisee helposti, kuten keuhkot. Vaaleana näkyvät kohteet, jotka säteily läpäisee huonommin, esimerkiksi luut. Yleisimpiä natiiviröntgentutkimuksia ovat keuhko- ja luukuvat. (Eskelinen 2013.) Suomessa tehdään vuosittain 3,9 miljoonaa röntgentutkimusta, joista 1,2 miljoonaa eli 31 prosenttia on keuhkokuvauksia (Järvenpää 2016). On hyvin todennäköistä, että tuossa ryhmässä on paljon myös muistisairaita ihmisiä. Tästä syystä valitsin opinnäytetyöni näkökulmaksi thorax alueen natiiviröntgentutkimukset.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kerätä tietoa muistisairauksista ja heidän ohjaamisestaan sekä näin jakaa tätä tietoa myös eteenpäin muille opiskelijoille. Tavoitteena on lisätä röntgenhoitajaopiskelijoiden osaamista muistisairaiden ohjaamisessa keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa. Opinnäytetyöni menetelmäksi olen valinnut kuvailevan eli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen. Kiinnostus aiheeseen heräsi opintojen edetessä huomattessani, etteivät kaikki erityisryhmät nouse koulutuksen laajuudesta huolimatta kunnolla esiin. Työni tilaajana on Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöni julkaisetaan Theseuksessa, jota kautta myös muilla sosiaali- ja terveysalan opiskelijoilla on mahdollisuus tutustua työhön.

2 MUISTI JA MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappaletauti, Parkinsonin tauti sekä otsa -ohimolohkorappeat ovat yleisimpiä muistisairauksia. (Erkinjuntti, Rinne ja Soinen 2010, 19.) Vähitellen etenevä muistisairaus johtaa dementiaan (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 45). Kognitiivisista heikentymistä käytetään usein käsitettä dementia, sillä siihen liittyy laaja-alainen kognitiivinen ja toiminnallinen heikentyminen. Esimerkiksi Alzheimerin tauti voidaan nykyään diagnosoida jo varhaisessa vaiheessa, jolloin potilas ei vielä täytä dementian kriteerejä. Tästä syystä degeneratiivista kognitiivista heikentymää aiheuttavista muistisairauksista on parempi käyttää käsitettä etenevä muistisairaus ja vasta sairauden edettyä potilaat kärsivät dementiasta. (Sulkava 2016.)

2.1 Muisti

Muisti sijaitsee isoivoissa tunteiden, puhutun ja kirjoitetun kielen, laskutaidon ja luovuuden tavoin. Aivosolut kasvattavat ja rakentavat keskenään monimutkaisia verkostoja muodostaen yhteyden. Tämän yhteyden, synapsin, muodostumista pidetään keskeisenä muistijäljen syntymisessä. Yksittäiset aivosolut eivät muista tai osaa mitään. (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 17.) Lähettäjäpuolelta vapautuu enemmän hermovälittäjäaineita tai vastaanottajapuolen reseptorit herkistyvät juuri tälle välittäjäaineelle, synapsin toiminta tehostuu. Näin muodostuu pysyviä vahvistuvia reittejä eli muistijälkiä. Näissä muistijäljissä säilyy elämän varrella kerätty tieto ja taito. (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 20.) Muisti tarkoittaa aivojen kykyä varastoida tietoa ja palauttaa sitä takaisin tietoisuuteen (Pohjavirta 2012, 16). Vuosikymmenien ajan muistia on yritetty paikantaa eri aivoalueille muun muassa sähköfysiologisin mittauksin, molekylaarisin ja solubiologisin menetelmin sekä käyttäen myös aivokuvantamisen keinoja. Varsinaisesti muistia ei kuitenkaan ole onnistuttu paikantamaan. Muisti kätkeytyy jänniteherkkien hermosolujen sekä niiden tuhansien haarakkeiden ja synapsien muodostamiin alati muovautuviin verkostoihin sekä sähköisesti varautuneiden hiukkasten, uusien proteiinien ja välittäjäaineiden sekaan. Muistin jäljet peittyvät kuin askeleet vastasataneen lumen alle. (Synnöve 2014, 2432.)

Muisti voidaan kestopensa perusteella luokitella ainakin kahdella eri tavalla, lyhytkestoiseen ja pitkäkestoiseen muistiin. Lyhytkestoinen muisti voi tarkoittaa hyvin lyhyttä, vain millisekunneissa mitattavaa sensorista muistia tai vähän pidempää sekunneista minuutteihin kestävää aktiivista työmuistia. Nimensä mukaisesti sensorinen muisti pyörii aivokuorialueiden hermoverkoissa. Tarkkaavaisuutta vaativaa työmuistia on puolestaan todettu erityisesti otsalohkon etuosien hermoverkkojen toiminnassa sekä muilla assosiativisilla aivokuorialueilla. Pitkäkestoiseen muistiin tiedot ja tapahtumat tallentuvat vaihtelevan pituisiksi ajoiksi ja parhaimmillaan tiedot säilyvät pitkäkestoisessa muistissa elämän loppuun saakka. Pitkäkestoisen muistin toiminnalle keskeisiä rakenteita ovat sisemmässä ohimolohkossa sijaitseva hippokampus sekä sen läheiset aivorakenteet ja aivokuori. (Synnöve 2014, 2431.)

Muistia voidaan luokitella ajan lisäksi tietoiseen ja tiedostamattomaan muistiin. Esimerkiksi polku-pyörällä ajaminen säilyy oppimisen jälkeen muistissa lopun elämää. Lisäksi voidaan ajatella olevan tuntoaistin muistia, näköjärjestelmän muistia ja kuulon muistia. Tuntoaistin muisti auttaa meitä esimerkiksi pimeässä kodissa liikkeessä ja vastaavasti näköjärjestelmän muisti esimerkiksi etsiessämme kadottamaamme esinettä. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne ja Huovinen 2009.) Mieleen painaminen, mielessä säilyttäminen ja mieleen palauttaminen ovat muistamisen kolme vaihetta. Kohdatessamme uuden tiedon tai asian, yritämme painaa sen mieleemme ja halutessamme hyödyntää tätä uutta asiaa myöhemmin, pyrimme siirtämään sen aivojen osiin, jossa sen voi säilyttää. Tarvitessamme tuota säilöttyä tietoa, käytämme muistin toimintoja, joiden avulla saamme palautettua tiedon takaisin mieleemme. (Erkinjuntti ym. 2009.) Kun muistin toiminta on parhaimmillaan, menneisyys on jäsentynyttä, uuden oppiminen onnistuu ja mieleen palauttaminen käy vaivatta (Synnöve 2014, 2433).

Olenaisena osana muistiin liittyy myös unohtaminen (Erkinjuntti ym. 2009). Jo nuoruudessa asioita unohtuu, muistot voivat heikentyä ja jopa kadota kokonaan (Synnöve 2014, 2433). Unohtamista tapahtuu kahdella tavalla. Muistijäljet haalistuvat ajan kuluessa niin, että niiden mieleen palauttaminen ei enää onnistu tai mieleen jo painetun tiedon päälle kertyy uutta muistia koko ajan, mikä tekee mieleen palauttamisesta vaikeaa. Normaali ikääntyminen aiheuttaa muutoksia muistissa, mutta muistiongelmia ja -häiriöt liittyvät psyykkiseen hyvinvointiin sekä häiriöihin aivotoiminnassa. Ikääntyneenä mieleen painaminen ja palauttaminen hidastuu, useampaan asiaan keskittyminen yhtä aikaa vaikeutuu ja väsymys ja kiire vaikuttavat muistiin enemmän kuin nuoremmilla. Oppimiskyky ja äly toimivat kuitenkin yhä ja terve ikääntyvä ihminen ei tylsisty tai höperöidy. Kaksi hälyttävää eroa normaalin ikääntyneen ja esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavan välillä ovat, että muistisairautta sairastava voi unohtaa mieleen painetut asiat aivan perusteellisesti, sillä ne eivät säily mielessä. Toinen ero on siinä, ettei muistisairautta sairastava välttämättä tunnista muistiongelmiaan, vaan muistin heikkenemisen havaitsevat omaiset tai ystävät. (Erkinjuntti ym. 2009.)

2.2 Muistisairaus

Muistisairaus on ikääntyneillä henkilöillä tärkein tekijä, joka johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, avuntarpeeseen ja laitoshoitoon. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17.) Päätelyn ongelmat, muistin ja toiminnanohjauksen häiriöt, afasia eli kielelliset häiriöt ja agnosia eli hahmottamisen vaikeudet ovat muistisairauksien tyypillisiä oireita. Oireet ovat usein eteneviä kuten esimerkiksi Alzheimerin taudissa tai voivat säilyä ennallaan tai parantua osittain kuten aivoinfarktin tai B12-vitamiinin puutoksen ollessa taustalla. (Sulkava 2016.) Muistisairauksia ymmärretään ja niistä tiedetään vähemmän kuin esimerkiksi syöpätaudeista. Parannuskeinoa ei nykypäivänä ole, mutta varhaisessa vaiheessa todettua sairautta voidaan hidastaa lääkityksellä ja näin pyrkiä pitämään toimintakykyä yllä. (Freeman 2015.)

Vuosittain Suomessa ilmenee noin kolmetoistatuhatta (13 000) muistisairautapausta ja joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa muistioireista. Etenevistä muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin, noin 70 prosenttia muistisairauksista. Toinen merkittävä sairaus on aivoverenkiertohäiriöistä johtuva

muistisairaus, joka kattaa noin 15-20 prosenttia sairauksista. Lisäksi 10 prosenttia sairastaa aivoverenkiertohäiriön ja Alzheimerin taudin yhdistelmää, joka on merkittävä osa vanhemmissa ikäryhmissä ja voi tulevaisuudessa olla etenevien muistisairauksien yleisin alatyyppe. Lewyn kappale -taudin ja sen sekä Alzheimerin taudin yhdistelmiä sairastaa noin 10-15 prosenttia. (Suhonen, Pirttilä, Erkinjuntti, Koponen, Makkonen, Puurunen, Raivio, Rinne, Rosenvall, Strandberg, Vanninen ja Vataja 2017.) Muistisairaus ei ole pelkästään iäkkäiden sairaus. Arviolta 5000-7000 työikäistä sairastaa muistisairautta (Kansallinen muistiohjelma 2012).

Dementia voidaan luokitella kolmen vaikeusasteen mukaan: lievä, keskivaikea ja vaikea. Lievässä vaiheessa muistisairaalla on vielä tallella kohtalainen arvostelukyky ja kyky elää itsenäisesti, vaikka työkyky sekä sosiaalinen selviytyminen saattavat olla heikentyneet merkittävästi. Keskivaikeassa vaiheessa muistisairas tarvitsee jo jonkinasteista valvontaa, autolla-ajokyky on heikentynyt ja selviytyminen itsenäisesti vaarantunut. Tässä vaiheessa myös oikeustoimi- ja testamenttikelpoisuus ovat rajoittuneet. Vaikeassa vaiheessa oleva potilas tarvitsee jatkuvaa valvontaa. (Erkinjuntti 2008.) Muistisairaajat eivät ole yhtenäinen ja homogeeninen ryhmä. He oireilevat eri tavalla ja yksilöllisesti. Oireiden vakavuus voi vaihdella ja kehittyä ajan myötä. Myös ihmisen persoonallisuus, elämäkerta, fyysinen terveys, ympäristö ja sosiaaliset sekä kulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa muistisairauden kulkuun. (Freeman 2015.)

Yksinkertainen tapa testata ihmisen muistia on kertoa hänelle kolme asiaa ja pyytää häntä viiden minuutin kuluttua toistamaan ne. Muistisairaalla tieto ei tallennu lyhytaikaiseen muistiin eikä siirry sieltä pitkäaikaiseen muistiin, joten tehtävä on hänelle vaikea, sanat eivät voi palautua mieleen. Aikaisemmin suuremmin mieltimättä suoritettut toiminnot kuten kahvin keittäminen, ruoanlaitto ja pesytyminen muuttuvat vaikeiksi ja unohtuvat. Elämän sujuminen perustuu muistamiseen. Ihminen ei ole enää entisellään lähimuistin heikennyttyä, sillä uusi aines ei enää kiinnity muistiin, vaan poistuu sieltä saman tien. (Pohjavirta 2012, 16-17.)

2.3 Muistisairauksien vallitsevuus

Vallitsevuudella tarkoitetaan tietyllä hetkellä väestössä tautia sairastavien tai oireesta kärsivien henkilöiden suhteellista osuutta (Erkinjuntti ym. 2010, 30). Riippuen tutkimusmenetelmästä, väestön ikärakenteesta ja muistisairauden vaikeusasteesta, vallitsevuus on 5-9 prosentin luokkaa. 85-vuotiaiden ikäryhmässä vallitsevuus on 15 -kertainen verrattuna 60-vuotiaiden ryhmään. Muistisairaudet liittyvät korkeaan ikään. Sukupuolten välillä eroja vallitsevuudessa ei esiinny, joskin naisilla vanhemmissa ikäryhmissä vallitsevuus on suurempi kuin miehillä. (Erkinjuntti ym. 2010, 30.) Yli 65-vuotiaista jopa joka kolmas kertoo kärsivänsä muistin ongelmista, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole etenevää muistisairautta. Alzheimerin tauti, aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsa -ohimolohkorappeuma kattavat arviolta 95 prosenttia kaikista muistisairauksista. Kuitenkin hoitoilmoitustrekisterin mukaan vuonna 2007 laitoshoidossa, palveluasumisessa tai säännöllisessä kotihoidossa oli kaikkiaan 35 651 henkilöä, joilla oli diagnosoitu jokin muistisairaus, mutta valtaosalla heistä sairauden syy oli tarkemmin määrittelemättä. (Erkinjuntti ym. 2010, 32.)

Maanosien välillä vallitsevuudessa esiintyy vain vähäisiä eroja, ja ikäriippuvuus on yhteinen tekijä kaikkialla maailmassa. Erot tulevat eri muistisairauksien jakaumista. Aasiassa yleisimpiä ovat vaskulaariset kognitiiviset heikentymät eli aivoverenkierron häiriöistä johtuvat muistisairaudet. Tämä on yläkäsite aivoverenkiertosaireuksiin liittyvälle muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiselle. Pohjois- ja Länsi-Euroopassa taas Alzheimerin taudin osuus kaikista muistisairauksista on suurempi kuin Etelä-Euroopassa. Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus. Toisen maailmansodan jälkeen on julkaistu arviolta yli neljä sataa tutkimusta, jotka ovat selvittäneet muistisairauksien vallitsevuutta, eikä muutoksia ole juuri tapahtunut. (Erkinjuntti ym. 2010, 30.) Väestön ikääntymisen vuoksi muistisairauksien esiintyvyys on kasvussa (Pesonen 2015). Myös mahdollinen muistisairauksien varhainen diagnostiikka lisää muistipotilaiden määrää, mutta muistisairauden yleistymisestä ei voida puhua. (Erkinjuntti ym. 2010, 30.)

2.4 Alzheimerin tauti

Yleisin dementiaan johtava sairaus on Alzheimerin tauti ja sen osuus kaikista demenciasairauksista on reilusti yli puolet, 65-70 prosenttia (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 62). Iän myötä Alzheimerin taudin esiintyvyys lisääntyy. Alzheimerin tauti eli AT on aivojen rappeutumissairaus, joka etenee tyypillisin vaihein, tasaisesti ja hitaasti. Oireiden alkaminen ja eteneminen on yksilöllistä, samoin eri vaiheiden kesto. Oireet johtuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista. AT diagnosoidaan tyypillisen oirekuvan perusteella sekä kliinisillä, neuropsykologisilla, kuvantamis- ja laboratoriolöydöksillä. Tyypillisen oirekuvan perusteella AT voidaan diagnosoida jo hyvissä ajoin ennen laaja-alaista arkiselviytymiseen vaikuttavaa kognitiivista heikentymää eli dementiaa. (Erkinjuntti ym. 2010, 16.) Tauti etenee hitaasti tyypillisin vaihein alkaen muistioireilla. Taudin eri vaiheissa käytösoireet vaihtelevat, mutta lisääntyvät taudin etenemisen myötä. (Käypä hoito 2017.)

Alzheimerin tauti alkaa mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeuksilla, lievillä muistihäiriöillä. Lähi-muisti heikentyy taudin edetessä, potilas ei muista enää muutamien minuuttien takaisia asioita ja ajan- ja paikantaju häviävät. Taudin edetessä sairastunut voi laihtua, vaikka saisi riittävästi ravintoa ja sanat alkavat kadota. Noin 4-6 vuoden kuluttua taudin alkamisesta potilalla alkaa ilmetä jäykkyyttä ja kävely muuttuu töpöttäväksi ja asento etukumaraksi. Alkaa ilmetä myös virtsan karkailua ja ulosteenpidätyskyvyttömyyttä. Myöhemmin, noin 5-8 vuotta taudin alkamisesta, kävelykyky häviää kokonaan ja raajat alkavat mennä koukkuun ja virheasentoihin. Tätä voidaan ehkäistä säännöllisellä kävelyttämällä ja venyttelyllä. Miehet sairastavat keskimäärin pari vuotta naisia lyhyemmän aikaa, mutta Alzheimerin taudissa kuolema seuraa yleensä 10-12 vuoden kuluttua. (Sulkava 2016.)

2.5 Aivoverenkiertohäiriöistä johtuva muistisairaus

Verenkiertohäiriöiden aiheuttamat aivokudoksen vauriot voivat myös olla muistisairauden syynä. Verenkiertoperäisiä eli vaskulaarisia muistisairauksia on Suomessa kaikista muistisairauksista noin 15-20 prosenttia. Aivoverenkiertohäiriöstä eli AVH:sta johtuvat muistisairaudet jaetaan useaan alatyyppiin vaurioiden sijainnin ja niiden syntymekanismin perusteella. Subkortikaalinen muoto on yleisin, noin 60-70 prosenttia. Tässä aivokuorenalaisessa muodossa aivojen syvien osien pienet valtimot

tukkeutuvat ja ahtautuvat. Toinen päätyyppi on kortikaalinen muoto, joka painottuu aivokuorelle. Tukokset muodostuvat aivojen päävaltimoiden haaroihin, jotka aiheuttavat aivoinfarkteja pääosin aivokuorelle. (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 75.)

AVH:sta johtuva muistisairaus voi oireilla eri tavoin, riippuen siitä, missä kohdassa aivoja verenkiertohäiriö on. AVH peräinen muistisairaus alkaa yleensä nopeasti. (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 76.) Oireet ovat yksilöllisiä vaurion sijainnista riippuen, ja ne voivat vaihdella tapahtumamuistin lievästä heikkenemisestä yölliseen sekavuuteen ja depression. Yhteistä kaikissa AVH:sta johtuvissa muistisairauksissa on laihuminen ja kävelyn muuttuminen töpöttäväksi ja käytösoireita esiintyy enemmän kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Sairastunut voi menettää liikuntakykynsä jo varhaisessa vaiheessa ja näin joutua vuodepotilaaksi. Vaskulaarinen dementia kulkee suvuittain, sillä aivoverisuoniperäisille riskitekijöille altistavat tekijät ovat periytyviä. (Sulkava 2016.) AVH:sta johtuvan taudin tyyppillisinä oireina on tiedonkäsittelyn heikkeneminen ja toiminnan ohjauksen vaikeudet. Muisti säilyy paremmin kuin AT:ssa, mutta käytösoireina esiintyy usein masennusta, persoonallisuuden muutoksia ja psykomotorista hidastumista. AVH -peräinen tauti alkaa vaihtelevasti ja etenee usein tasaisesti ilman suurempia pahenemisvaiheita. (Käypä hoito 2017.)

AT ja AVH -peräinen muistisairaus ovat yksi tärkeä alatyyppi etenevien muistisairauksien ryhmässä. Yli 80-vuotiaista muistisairaista sitä sairastaa vähintään puolet ja tulevaisuudessa tämä saattaa olla yksi yleisimmistä muistisairauksien ryhmistä. (Käypä hoito 2017.)

2.6 Muut etenevät muistisairaudet

Muita eteneviä muistisairauksia on lukuisia. Lewyn kappale -taudin on arvioitu olevan kolmanneksi yleisin dementoiva sairaus. Jopa 20:lla prosentilla dementiaa sairastaneista on ruumiinavausaineistojen perusteella havaittu tälle taudille tyypillisiä muutoksia aivoissa. Kaikilla näillä vainajilla ei kuitenkaan ole ollut kliinistä Lewyn kappale -tautia, vaikka heillä on ollut dementiatasoisia kognitiivisia häiriöitä. (Erkinjuntti ym. 2010, 31-32.) Lewyn kappale -tauti on saanut nimensä histopatologisessa tutkimuksessa nähdystä kortikaalisista Lewyn kappaleista, jotka ovat hermosolun sisäisiä jyväsiä. (Sulkava 2016.) Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti ja jopa puolella potilaista voidaan aivoissa nähdä myös AT-muutoksia. Tyypillisiä piirteitä ovat näköharhat, tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelut, hitaus ja kävelyvaikeus. Sen sijaan muistin ongelmat eivät alkuvaiheessa ole tyypillisiä. (Käypä hoito 2017.) Sairautena Lewyn kappale -tauti on keksitty vasta 1980, kun taudin oireet yhdistettiin muutoksiin aivoissa. Keskimäärin Lewyn kappale -tauti alkaa noin 60-65-vuotiaana. Se voi alkaa myös jo 50-vuoden iässä tai vasta yli 80-vuotiaana. Myös taudin ennuste vaihtelee, kesto voi olla pahimmillaan alle viisi vuotta. Usein tautia sairastetaan vuosia ja joskus jopa yli 30 vuotta. (Sulkava 2016.)

Otsa -ohimolohkorappeumat ovat epäyhtenäinen tautiryhmä, joiden vallitsevuudesta ei ole tarkkaa tietoa. Pohjaten suppeisiin ja valikoituihin aineistoihin on esitetty, että muistipotilaista alle viisi prosenttia sairastaisi jotakin otsa -ohimolohkorappeumaa. (Erkinjuntti ym. 2010, 32.) Aivojen etenevä surkastuminen keskittyy otsa- ja ohimolohkoihin ja joissakin tapauksissa myös päälakilohkoon. Tämä

frontotemporaalinen degeneraatio voidaan jakaa eteneviin afasioihin ja otsalohkodementiaan. Otsalohkodementiassa tyypillistä ovat kontrolloimattomat impulssit, jotka voivat ilmetä esimerkiksi seksuaalisena häiriökäyttäytymisenä. Toisaalta taas sairastuneen oma-aloitteisuus voi heiketä vahvasti. Muistin toiminnot säilyvät paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja on usein myös kestoaltaan hyvin samankaltainen. Frontotemporaalinen degeneraatio on usein perinnöllistä ja esiintyy suhteellisen nuorilla potilailla. (Sulkava 2016.)

Harvinaisista muistisairausten syistä posttraumaattinen dementia on tavallisin, noin 4,9 prosenttia dementoituneista ja toiseksi tavallisin alkoholidementia, noin 1,9 prosenttia dementoituneista. Muita harvinaisia dementian aiheuttajia ovat lääkkeet tai muut päihteet, Huntingtonin tauti, Pickin tauti, Creutzfeldt-Jakobin tauti sekä Wilsonin tauti. (Erkinjuntti ym. 2010, 32-33.) Runsas ja jatkuva alkoholinkäyttö heikentää kognitiivisia kykyjä, mutta harvoin dementian asteelle saakka. Jos potilaalle kehittyy dementia, on hänellä usein myös taustalla muita altistavia tekijöitä, kuten ruokavalion puutteellisuudesta johtuva B-vitamiinien puutos tai humalatilassa aikaan saadut aivovammat. Alkoholidementiapotilaalla voi olla aloitekyvyttömyyttä ja estottomuutta, toiminnanohjauksen vaikeuksia ja huono lähimuisti. Muistisairautta sairastaviksi alkoholidementiaa sairastavat ovat suhteellisen nuoria, noin 50-60-vuotiaita. Henkiset kyvyt voivat palautua osittain, jos potilas raitistuu. Huntingtonin tauti voi alkaa oireilla jo 20-vuotiaana, mutta yleisimmin 35-40-vuotiaana ja on kestoaltaan noin 15 vuotta. Tauti on periytyvä etenevä sairaus, joka oireilee jäykystymisenä, kömpelyytenä, nykivinä pakkoliikkeinä ja vähitellen alkavana subkortikaalisena dementoitumisena. (Sulkava 2016.)

Harvinaista Creutzfeldt-Jakobin tautia todetaan Suomessa noin viisi tapausta vuodessa. Tauti on prioniproteiinin aiheuttaman tarttuva dementia, joka alkaa yhdellä kolmesta potilaasta kognitiivisilla ja käytösoireilla, yhdellä kolmasosalla systeemioireilla eli väsymyksellä, unettomuudella ja ruokahaluttomuudella. Yksi kolmasosa puolestaan saa fokaalisia neurologisia oireita, jotka muistuttavat ALS-tautia eli lihasten surkastumiseen tai aivoverenkiertohäiriöihin viittaavia neurologisia oireita. Creutzfeldt-Jakobin taudissa tyypillisinä oireina esiintyy säpsähtely, lihasnykäykset ja persoonallisuuden muuttuminen sekä nopea dementoituminen ja tauti johtaa kuolemaan noin neljän kuukauden kuluessa oireiden alkamisesta. Potilaan hoidossa henkilökunta käyttää vastaavia varotoimenpiteitä kuin esimerkiksi hepatiittipotilaan hoidossa. Myös Parkinsonin tauti voi olla dementian taustalla, noin kolmasosalle Parkinsonin tautia sairastavista kehittyy taudin loppuvaiheessa subkortikaalisytyppinen dementia. Tämä dementian muoto oireilee toiminnanohjauksen häiriöinä, fyysisenä ja psyykkisenä hidastumisena, aloitekyvyttömyynä ja vaihtelevina muistihäiriöinä. (Sulkava 2016.)

3 MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET JA OHJAAMINEN

Muistisairauteen liittyvistä oireista ja muutoksista käytetään kansallisesti sekä kansainvälisesti käytösoireen tai haasteellisen käyttäytymisen käsitettä (behavioral and psychological symptoms of dementia). Jopa 90 prosentilla muistisairautta sairastavista esiintyy jonkinlaisia käytösoireita, jotka voivat olla ohi meneviä tai jatkua vuosia. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17.)

Ohjaus -käsitettä käytetään hoitotyössä paljon. Ohjaus ajatellaan osana hoitotyön ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Eri aikoina on ohjauksella sisällöllisesti tarkoitettu eri asioita. Siis, mitä ohjauksessa kulloinkin on korostettu, ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnalliset, ammatilliset, filosofiset, sosiaaliset ja teoreettiset muutokset. Nykyään asiakas ymmärretään aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana ja ohjauksessa painotetaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia. Ohjauksessa asiantuntijuus jaetaan asiakkaan ja hoitajan kesken ja asiakas ottaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

3.1 Muistisairaahan käytös ja käytösoireet

Kognitiiviset kyvyt heikkenevät muistisairauden edetessä ja tämä voi aiheuttaa muistisairaalla turvatomuuden tunnetta, joka puolestaan voi aiheuttaa poikkeavaa käyttäytymistä. Muistisairaahan kanssa toimivat kokevat tällaisen käyttäytymisen usein haasteellisena ja vaikeasti hallittavana. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17.) Tärkein käytösoireita selittävä tekijä on potilaan sairastama aivosairaus ja sen vaikeusaste (Sulkava 2016). Ympäristön vaikeaksi ja ongelmalliseksi kokemia käytösoireita esiintyy lähes jokaisella muistisairaalla (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17).

Muistisairaus eli dementia on sairaus, joka tuo tulleessaan muutoksia käyttäytymiseen sekä psykologisia oireita. Oireet vaihtelevat dementoivasta sairaudesta riippuen ja tästä syystä taudin aiheuttaja on tärkeää diagnosoida hoidon kannalta. Käytösoireita pyritään hoitamaan ja näin helpottamaan muistisairaahan itsensä sekä omaisten arkea. Oireet voivat vaihdella nopeasti ja ennalta arvaamattomasti. (Sulkava, Viramo ja Eloniemi-Sulkava 2006, 3-5.) Ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt voivat aiheuttaa aggressiivisuutta tai mielialahäiriöitä muistisairaalle. Tutussa ja turvallisessa ympäristössä käytösoireita ilmenee usein vähemmän. Myös kanssaihmisillä ja ympäristöllä on merkitystä. Muistisairaahan kanssa toimivan henkilön epäarvostava tai pakottava suhtautuminen, kiireisyys, liiallinen ärsykkeiden määrä, meluisuus ja jatkuvasti vaihtuvat ihmiset voivat lisätä käytösoireita. Käytösoireille altistavia tekijöitä ovat myös potilaan huonovointisuus, nälkä, kivut ja vaikeus ilmaista itseään. (Sulkava 2016.) Muistisairaus aiheuttaa ihmisessä myös sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenevän ja ihminen ei pysty enää ilmaisemaan toiveitaan ja tarpeitaan selkeästi. Hän tulee helposti väärinymmäretyksi tai hänen ilmaisuaan ymmärretään väärin. Kyky säädellä omaa käyttäytymistä heikkenee. Ihmisen oma elämänhallinta ja itsetunto voi heikentyä ja aiheuttaa muistisairaassa erilaisia tunteita ja oireita, kuten mustasukkaisuutta, epäluuloisuutta, levottomuutta sekä toisto-oireita. Lisäksi muistisairaahan kanssa tulee muistaa, että hänen elämänsä vaikuttavat myös muut iän mukanaan tuomat muutokset hyvinvoinnissa. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 18-19.)

Alzheimerin tautia sairastavan käytösoireet voivat olla monimuotoisia, mutta taudin alkuvaiheessa ahdistusta ja masennusta esiintyy kaikista eniten, noin joka toisella. Keskivaikeassa vaiheessa käyttäytymiseen tulee muutoksia ja aggressiivisuus sekä levottomuus ovat tyypillisiä oireita. Voimakkaat käytösoireet voivat heikentää vielä jäljellä olevia kognitiivisia taitoja. Lisäksi voi esiintyä näköharhoja, unihäiriöitä ja varastamiseen liittyviä harhoja. (Sulkava ym. 2006, 7.)

Aivoverenkierron häiriöistä johtuva muistisairaus eli vaskulaarinen dementia voi aiheuttaa paljon saman kaltaisia käytösoireita kuin Alzheimerin tauti. Erona on kuitenkin se, ettei vaskulaarista dementiaa sairastavan käytösoireet lisääny, vaikka kognitiivinen toimintakyky heikkenee. Unihäiriöt ovat yleisiä sekä yösekavuus. Lisäksi vaskulaarisen dementian käytösoireisiin kuuluu masennus, ahdistus ja harhaluuloisuus. (Sulkava ym. 2006, 9.) Lewyn kappale -tautia sairastavan tyypillisiin käytösoireisiin liittyy sekavuus ja väsymys sekä aggressiivisuus. Lisäksi tautia sairastava voi saada tajuttomuuskohtauksia tai kaatuilla selittämättömästi. Harhaluuloisuuden lisäksi voi esiintyä kuulo- ja näköharhoja. Otsa -ohimolohko rappeumaa eli frontaalista dementiaa sairastava voi oireilla hyvin monimuotoisesti ja muisti saattaa olla säilynyt kohtalaisesti. Frontaalista dementiaa sairastavalla potilaalla estot katoavat ja sekä puhe että käytös voivat olla seksuaalisia. Potilas on usein sairaudentunnoton ja huoleton. (Sulkava ym. 2006, 10-13.)

Ohjaus -käsitettä käytetään hoitotyössä paljon. Ohjaus ajatellaan osana hoitotyön ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Eri aikoina on ohjauksella sisällöllisesti tarkoitettu eri asioita. Siihen, mitä ohjauksessa kulloinkin on korostettu, ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnalliset, ammatilliset, filosofiset, sosiaaliset ja teoreettiset muutokset. Nykyään asiakas ymmärretään aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana ja ohjauksessa painotetaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia. Ohjauksessa asiantuntijuus jaetaan asiakkaan ja hoitajan kesken ja asiakas ottaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Ohjaamisessa keskeistä ovat hyvät vuorovaikutustaidot. Hoitotyössä tärkeä taito on hallita tavoitteellinen vuorovaikutus. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyötä tekevä osaa havaita myös sanatonta viestintää; liikkeitä, äänensävyä, eleitä ja kosketusta. Ohjaussuhteen tasavertaisuuden kunnioittaminen on perusedellytys. Täytyy muistaa, että asiakas on asiantuntija omassa elämässään ja hoitaja taas on asiantuntija tietyissä asioissa. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira saa kaikkein eniten valituksia hoitotyöntekijöiden puutteellisten vuorovaikutustaitojen vuoksi. Hoitotyötä tekevän on syytä tiedostaa tämä tosiasia. Potilaan etukäteistietoihin huolellisesti tutustuminen voi luoda hoitajalle ennakoasenteita potilasta kohtaan ja näin vaikuttaa hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiseen. Hoitajan on pystyttävä toimimaan avoimesti ja ennakkoluulottomasti, jotta hän pystyy tunnistamaan potilaan voimavarat ja saa luotua hyvän vuorovaikutussuhteen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

3.2 Hyvä ohjaus ja sen edellytykset

Ohjaus -käsitettä käytetään hoitotyössä paljon. Ohjaus ajatellaan osana hoitotyön ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Eri aikoina on ohjauksella sisällöllisesti tarkoitettu eri asioita. Sii-

hen, mitä ohjauksessa kulloinkin on korostettu, ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnalliset, ammatilliset, filosofiset, sosiaaliset ja teoreettiset muutokset. Nykyään asiakas ymmärretään aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana ja ohjauksessa painotetaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia. Ohjauksessa asiantuntijuus jaetaan asiakkaan ja hoitajan kesken ja asiakas ottaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Ohjaamisessa keskeistä ovat hyvät vuorovaikutustaidot. Hoitotyössä tärkeä taito on hallita tavoitteellinen vuorovaikutus. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyötä tekevä osaa havaita myös sanatonta viestintää; liikkeitä, äänensävyä, eleitä ja kosketusta. Ohjaussuhteen tasavertaisuuden kunnioittaminen on perusedellytys. Täytyy muistaa, että asiakas on asiantuntija omassa elämässään ja hoitaja taas on asiantuntija tietyissä asioissa. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira saa kaikkein eniten valituksia hoitotyöntekijöiden puutteellisten vuorovaikutustaitojen vuoksi. Hoitotyötä tekevän on syytä tiedostaa tämä tosiasia. Potilaan etukäteistietoihin huolellisesti tutustuminen voi luoda hoitajalle ennakkosenteita potilasta kohtaan ja näin vaikuttaa hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiseen. Hoitajan on pystyttävä toimimaan avoimesti ja ennakkoluulottomasti, jotta hän pystyy tunnistamaan potilaan voimavarat ja saa luotua hyvän vuorovaikutussuhteen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. Ohjauksen hyvälle toteuttamiselle asettavat omat haasteensa lyhyet hoitoajat ja osittain puutteelliset ohjausresurssit. Haasteellisissa tilanteissa asiakkaiden ohjaaminen edellyttää ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista, mitä ohjaus on ja mistä tekijöistä se koostuu. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Hoitotyössä on monta rinnakkaista käsitettä ohjaus -käsitteelle ja tämä tekee ohjauksen tunnistamisen vaikeaksi. Muun muassa tiedon antaminen, neuvonta ja opetus esiintyvät hoitotyössä rinnakkain ohjaamisen kanssa. Näiden käsitteiden välillä on kuitenkin eroja, sillä opetus on systeemi suunniteltuja toimintoja ja ohjaus puolestaan edeltää opetusta. Neuvonta puolestaan on prosessi, jossa hoitaja auttaa asiakasta tekemään valintoja esimerkiksi päättämällä opeteltavan asian. Ohjauksen ja neuvonnan suurin ero on siinä, että ohjauksessa pidättäytyään suorien neuvojen antamisesta. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.) Potilaan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tavoitteena tulisi olla kumppanuus, sillä potilaat haluavat usein vaikuttaa myös itse. Kun saadaan luotua kumppanuussuhde, on molemmilla osapuolilla mahdollisuus kertoa omat mielipiteensä ja neuvotella yhdessä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 170-171.)

Hoitajan ja asiakkaan taustatekijöiden huomiointi on ohjauksen perusta. Tällaiset taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin sekä ympäristötekijöihin. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Unohtako asiakas asioita, kieltäkö hän niitä tai vältteleekö hän ohjausta. Fyysisiä ominaisuuksia ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden kesto ja laatu sekä sen vaikutus asiakkaan arkielämään. Hoitajan toimintaan vaikutusta voi puolestaan olla asiakkaan iällä, koulutuksella ja sukupuolella. Ohjaukseen on hyvä olla sellainen ympäristö, jossa voi häiriöttä keskittyä ohjaukseen ja joka ei herätä asiakkaassa negatiivisia

tunteita, jotka mahdollisesti häiritsevät ohjausta. Turvallisella ohjausympäristöllä voidaan vaikuttaa siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaustilanteen. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Asiakkaan motivaatio, terveystokokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet ovat psyykkisiä ominaisuuksia, jotka huomioidaan ohjauksessa. Esimerkiksi asiakkaan motivaatiolla on vaikutusta siihen, haluaako hän omaksua asioita hoitoonsa liittyen tai kokeeko hän ohjauksen sisällön tärkeäksi. Asiakkaan kanssa keskustelu on tärkeää. Näin asiakas voi tuoda ilmi omia toiveitaan ja odotuksiaan ohjaukseen liittyen ja hoitaja saa tietoa, kuinka paljon ohjausta kukakin asiakas tarvitsee. Myös ohjausmenetelmiä on erilaisia ja sopivan ohjausmenetelmän valinta edellyttää tietämystä siitä, miten asiakas omaksuu asioita eli millainen hänen oppimistyylinsä on. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

Kulttuuriset, sosiaaliset, uskonnolliset ja eettiset tekijät ovat ohjauksen kannalta merkittäviä taustatekijöitä. Nämä asiat vaikuttavat asiakkaan toimintaan ja ovat osa niin asiakkaan kuin hoitajankin maailmankatsomusta. Ohjauksessa tulisi huomioida asiakkaan kulttuuriin mahdollisesti liittyvät tabut, uskomukset ja perinteet. Tämän lisäksi ohjaukseen osalistumista voi vaikeuttaa vieras äidinkieli. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.)

3.3 Muistisairaahan kohtaaminen

Tunnetilan myötäily on merkityksellistä muistisairaahan kohtaamisessa. Muistisairautta sairastava muistaa hoitotilanteiden tunnelman ja tästä syystä tunnelma on tärkeää pitää mielekkäänä ja positiivisena. Osoita arvostavasi muistisairasta ja keskustele hänelle mielekkäistä asioista sekä anna tunnustusta hänen tekemisestään. (Pohjavirta 2012, 33, 63.)

Puheen tuottaminen voi olla haastavaa muistisairaalle. Tulkinnan sijaan tarkasta, on hyvä tarkistaa, että on ymmärtänyt oikein, ja jos sanoja ei ole käytettävissä, hoitaja voi vahvistaa muistisairaahan viestiä peilaamalla hänen tunteitaan. Kyseessä ei ole matkiminen, vaan peilaaminen ihmisen liikkeiden ja tunteiden mukaan. Vuorovaikutuksen keskipisteessä ovat ruumiin kieli, eleet ja ilmeet. Kosketuksen avulla voi luoda yhteyden muistisairaaseen, joka ei puhu. Muistisairauden edetessä läheisyyden merkitys kasvaa ja kosketus voi herättää lohduttavia ja rauhoittavia tunteita. On tärkeää kuitenkin muistaa, että kaikki eivät pidä kosketuksesta. On hyvä olla rauhallinen ja läsnä ja viestiä omalla olemuksellaan kiireettömyyttä. (Pohjavirta 2012, 34, 37; Burakoff ja Haapala 2013, 14.)

3.4 Muistisairaahan ohjaamisen erityispiirteet

Ohjaamisella tarkoitetaan yhdessä toimimista muistisairaahan kanssa. Muistisairaalle vuorovaikutus on tärkeää. Hyvällä vuorovaikutuksella tarkoitetaan, että hoitaja luo yhteyden muistisairaaseen ja vahvistaa häntä yksilönä, toimijana ja yhteisön jäsenenä. Vuonna 2003 Eloniemi-Sulkavan tutkimusryhmä on selvittänyt muistisairaiden ihmisten elämänlaatua kahdeksassa suomalaisessa hoitokodissa. Tutkimusryhmä pani merkille, että vuorovaikutustilanteiden myönteisyyteen vaikuttivat tietyt asiat. Näitä asioita olivat muun muassa arvokkuuden tunteminen eli kohtelu vertaisena aikuisena,

kohtaaminen oman ikäisenä miehenä tai naisena, minuuden tukeminen eli omien toiveiden ja mieltymysten huomioon ottaminen, ihmisenä hyväksyminen, läheisyyden tunteen vahvistaminen, yhteenkuuluvuuden vahvistaminen, tilanteeseen mukautuminen, pyrkimys ymmärtää eli kunnioitus ihmisen omaa todellisuutta kohtaan, avun tarjoaminen hoidettavalle eli lohduttaminen ja turvallisen olon luominen sekä hoidettavan oman toiminnan ja hallinnan tunteen tukeminen eli luodaan edellytykset sille, että ihminen voi toimia itse. Muistisairaahan tukeminen ja ohjaaminen edellyttää ammattitaitoa. Se vaatii hoitajalta erityistä herkistymistä, pysähtymistä, kuuntelemista ja ymmärrystä. (Pohjavirta 2012, 18-19.)

Ohjattaessa muistisairasta on ymmärrettävä ja huomioitava kognitiivisen toimintakyvyn muutokset ja keskeistä on luoda toiminnalle turvallinen ilmapiiri kunnioittavasti. Muistisairaahan toiveita on hyvä kuunnella ja rauhallinen läsnäolo on tärkeä taito ohjaavalle henkilölle. Muistisairaahan kanssa on hyvä muistaa, että asioiden vaatiminen ei auta suoriutumaan paremmin, vaan voi päinvastoin saada aikaan ahdistavan ja pelottavan tunnelman. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari ja Forder 2014, 90-91.) Potilaaseen ja asiakkaaseen tulee suhtautua kunnioittavasti. Hoitaja voi työssään syyllistyä kaltoinkohdeltuun vanhuksen tai muistisairaahan kohdalla, varsinkin jos hoitoympäristö on kiireinen ja aikaa ei ole. Hoitaja saattaa unohtaa tasavertaisuuden ja ei esimerkiksi puhu potilaalle, koska ajattelee, ettei huonokuntoinen tai dementoitunut kuitenkaan ymmärrä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 174-175.) Potilaalle tulisi kuitenkin puhua suoraan ja luoda katsekontakti, vaikka hän ei pystyisi vastaamaan. Muistisairaalle voi esittää lyhyitä kysymyksiä, joihin vastaus voi olla kyllä tai ei ja antaa riittävästi aikaa vastata ennen kysymyksen toistamista. Hoitajan tulee pysyä rauhallisena, jos potilas kiihtyy. (Freeman 2015.)

Toisinaan muistisairaahan käytös voi olla haasteellista. Käyttäytymisellä on kuitenkin merkityksensä ja sitä on tärkeää ymmärtää. Muistisairaahan käytös voidaan kokea sopimattomaksi itsekontrollin ja entisten käyttäytymistapojen heikentyessä, mutta taustalla on muistisairaahan pyrkimys tuoda esille omia tarpeitaan ja toiveitaan. Hän ei enää ymmärrä ja tunne ympäristöä samalla tavalla. (Hallikainen ym. 2014, 91-92, 95.) Esimerkiksi kuvantamistutkimukseen saapuvalla muistisairaalle pitäisi pyrkiä luomaan rauhallinen ja turhista ärsykkeistä riisuttu ympäristö (Freeman 2015). Muuttuvan käyttäytymisen vuoksi ohjaavan henkilön rauhallisuus ja ymmärtävä suhtautuminen on tärkeää, jotta voidaan välttää tilanteiden kärjistyminen. Ohjauksessa on hyvä kiinnittää huomiota, että se on selkeää ja sanallisesti lyhyttä sekä kosketuksen avulla liikkumista voi ohjata oikeaan suuntaan. (Hallikainen ym. 2014, 91-92, 95.) Jos mahdollista, ohjaustilanteessa voi hyödyntää potilaan mukana olevaa muistisairaalle tuttua henkilöä (Freeman 2015).

Muistisairaahan ohjaamisessa on hyvä huomioida sairauden vaiheet. Varhaisessa vaiheessa muistisairas keskustelee ja toimii ymmärrettävästi ja oma-aloitteisesti, muistaa ja kertoo tapahtumista. Sairauden edetessä vuorovaikutus muuttuu hankalammaksi ja sanallinen ilmaisu heikkenee. Keskivaikeasti muistisairaahan henkilön sanavarasto pienenee ja lauseet lyhenevät, mutta hän pystyy viestimään tarpeitaan ja tunteitaan myös sanattomasti ja ymmärtää konkreettista puhetta sekä aistii muiden tunteita. Sairauden ollessa vaikeassa vaiheessa muistisairaalla voi olla käytössään yksittäisiä sanoja tai puhe on jo kadonnut kokonaan. Muistisairas kuitenkin tarvitsee ja nauttii vuorovaikutuksesta ja

ilmaisee itseään sanattomasti. Vaikeassa vaiheessa oleva muistisairas tarvitsee aikaa ja vaatii ohjaajalta kykyä eläytyä hänen maailmaansa. Käytöksellään ja toiminnallaan hän pyrkii ilmaisemaan itseään. (Burakoff ja Haapala 2013, 8, 10-12.) Röntgenhoitajan tulee kohdata jokainen potilas yksilönä ja ymmärtää, mitä haasteita muistisairaus tuo potilaan kanssa toimimiseen kuvantamisympäristössä. (Freeman 2015). Muistisairaahan hoitaminen vaatii laaja-alaista hoitotyön osaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja, tietoa muistisairauksista ja ammattiatittoa soveltaa teoriaa asiakaslähtöisesti käytännön tilanteisiin. Lisäksi potilaan hoitomyönteisyys vaikuttaa hoitotilanteeseen. (Hultqvist 2013.)

4 NATIIVIRÖNTGENTUTKIMUS

Erilaiset radiologiset menetelmät poikkeavat perusteiltaan suuresti toisistaan. Tutkimusmenetelmät voivat perustua röntgensäteilyyn, kuten röntgenkuvaus ja tietokonetomografia, sähkömagneettiseen säteilyyn (magneettikuvaus), ultraäänessä käytettäviin ääniaaltoihin tai muuhun ionisoivaan säteilyyn kuten esimerkiksi isotooppitutkimuksissa. Tutkimusmenetelmien erot vaikuttavat saatavan informaation määrään, laatuun ja kuvan tulkintaan sekä menetelmien käytettävyyteen eri kliinisissä tilanteissa. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Natiivikuvaus tarkoittaa ilman varjoainetta tehtyä perusröntgentutkimusta. Röntgensäteily läpäisee kehon kudoksia eri kohdissa eri tavoin. Röntgenkuvassa tummana näkyvät kohteet, jotka säteily läpäisee helposti, kuten keuhkot. Vaaleana näkyvät kohteet, jotka säteily läpäisee huonommin, esimerkiksi luut. Yleisimpiä natiiviröntgentutkimuksia ovat keuhko- ja luukuvat. (Eskelinen 2013.)

Röntgenkuvaus eli natiivikuvaus on yleisin radiologinen tutkimus ja tutkimusmenetelmänä se käsittää 80 prosenttia kaikista radiologisista tutkimuksista. Röntgenkuva syntyy, kun röntgenputki tuottaa röntgensäteilyä, joka ohjataan kuvattavan kohteen lävitse kuvalevyille. Suurin osa röntgensäteilystä absorboituu kuvattavaan kudokseen ja luovuttaa energiaa kohteeseen. Kuvalevy tunnistaa kohteen läpi kulkeutuneen säteilyn määrän sekä paikan ja tämä tieto muutetaan kuvaksi. Näin muodostuu kaksiulotteinen röntgenkuva kolmiulotteisesta kohteesta. Tästä syystä on usein tarpeen kuvata kohde kahdesta eri suunnasta. Kuvan kaksiulotteisuuden takia kuvassa esiintyy aina kuvattavan kohteen sijainnista aiheutuvia vääristymiä: mitä lähempänä kuvalevyä kohde on, sitä pienempänä ja näin ollen lähellä todellista kokoaan se näkyy. Vastaavasti sen suurempana kohde kuvautuu, mitä kauempana kuvalevyä kohde on. Yleisimmät kuvaussuunnat eli projektiot perustuvat röntgensäteilyn etenemissuuntaan, kuten anteroposteriorinen eli AP ja sivu- eli lateraalisuunta, tai potilaan asentoon, kuten maaten tai seisten. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Tyypillisesti röntgenkuvassa on erotettavissa neljä eri tiheyttä harmaan sävyjä: vaalea edustaa luuta, metallia tai muuta tiheämpää rakennetta, kuten proteesia tai vierasesinettä, harmaa edustaa pehmytkudosta, tummat sävyt edustavat rasvaa ja musta ilmaa. Kuvan tiheyserojen suhdetta toisiinsa ei voida muuttaa jälkeenpäin, vaikka tummuutta pystytään jonkin verran säätämään kuvan ottamisen jälkeen. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

4.1 Röntgentutkimuksen oikeutus ja säteilyn käytön periaatteet

Röntgentutkimus on yleensä perusteltu, kun sillä on vaikutusta potilaan saamaan hoitoon, jatkohoitoon tai ennusteeseen. Oikeutusperiaate on kuitenkin hieman monimutkaisempi kokonaisuus, sillä radiologista tutkimusta suunniteltaessa on otettava huomioon potilaalle säteilystä tai toimenpiteestä aiheutuva haitta. Säteilyn käyttöön liittyvät ja laissa säädetyt perusperiaatteet ovat oikeutusperiaate, optimointiperiaate ja yksilönsuojaperiaate. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Oikeutusperiaatteella tarkoitetaan, että toiminnasta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin siitä aiheutuva haitta. (Säteilylaki 2§). Oikeutusperiaatteen valvonta on lähettävän lääkärin vastuulla. Ennen tutkimusta tulee varmistaa tutkimusläheteiden ja tutkimusindikaatioiden oikeellisuus. Tutkimus tai toimenpide on toteutettava niin, että siitä aiheutuva säteilyaltistus rajoitetaan siihen määrään, jota pidetään tutkimuksen ja hoidon kannalta välttämättömänä. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Optimointiperiaatteella eli ALARA periaatteella (as low as reasonably achievable) tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa käytettävä säteilyaltistus on pidettävä mahdollisimman pienenä. (Säteilylaki 2§). Säteilystä tulee pienentää niin paljon kuin mahdollista, tutkimukselle määrättyjen raja-arvojen alitus ei pelkästään riitä. On toiminnan järjestäjän vastuulla huolehtia optimointiperiaatteen toteutumisesta. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Yksilönsuojaperiaatteen mukaan säteilyaltistusta aiheuttava toiminta on järjestettävä ja toteutettava niin, että säteilylle altistuvan henkilön altistus ei ylitä annosrajoja. Säteilyturvakeskus (STUK) määrittelee annosrajat. (Blanco Sequeiros ym. 2017.) Annosrajoja ei sovelleta lääketieteelliseen käyttöön, jossa tutkittava tai hoidettava henkilö altistetaan tarkoituksella säteilylle. (Säteilylaki 38§).

4.2 Röntgentutkimukset ja tutkimusten tulkinta

Röntgenkuvauksen tarpeellisuus harkitaan tarkkaan säteilyn haitallisuuden vuoksi. Säteilyn käytöstä saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin siitä aiheutuvan haitan. Säteilyaltistus on pidettävä niin pienenä kuin kohtuudella on mahdollista. (Eskelinen 2013.) Ionisoivaa säteilyä käytettäessä on niin tutkimuksen tilaajan kuin kuvien tulkitsijan, tiedostettava tutkimuksesta saatava hyöty suhteessa potilaalle tutkimuksesta aiheutuvaan haittaan. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Radiologisen tutkimuksen arvo ja arvioiminen perustuvat asiantuntevan kliinisen kysymyksenasettelun pohjalta oikein valittuun tutkimukseen. Lääkärin on tiedettävä, mikä radiologinen tutkimus kulloinkin kannattaa valita ja tutkimus on ajoitettava oikein. Aina tutkimuksen tulkitsija ei ole radiologi eli röntgenlääkäri, joten tutkimuksista saadun tiedon perusteella tehtävät päätökset diagnostiikasta ja hoidosta vaativat tuntemusta ja kliinisen kokonaisuuden hahmottamista. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Kuten kliinisessä lääketieteessä yleensä, patognomiset eli tyypilliset löydökset ovat harvinaisia. Radiologinen tutkimus ei yleensä anna suoraa vastausta diagnoosista. Menetelmästä riippumatta kuvantamistutkimusten tarkkuus perustuu kuvan kokonaisvaltaiseen ja järjestelmälliseen tulkintaan ja käytetyn kuvantamismenetelmän edut ja rajoitukset on tiedostettava. Tulee varmistaa, että tutkimus on tehty asianmukaisesti, on laadultaan riittävä tulkintaan ja että kysymyksen asettelu ja tutkimus vastaavat toisiaan. Tavoitteena on, että oikea tutkimus tehdään oikealle potilaalle oikeassa paikassa. (Blanco Sequeiros ym. 2017.)

Normaalianatomian ja anatomian variaatioiden tuntemus on kuvan tulkinnassa tärkeää. Kuvassa erottuvat poikkeavat muutoksen määrittelyä ja paikannetaan. Muutoksen määrittelyllä tarkoitetaan

löydöksen tarkastelua normaalitilanteeseen verrattuna ja on huomioitava, että havainnot vaihtelevat tutkimusmenetelmästä riippuen. Huolellisen määrittelyn perusteella kudoksen patologinen prosessi hahmottuu ja auttaa päättämään, mitkä olisivat löydöksen erotusdiagnostiset vaihtoehdot. Tutkimus tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja järjestelmällisesti senkin jälkeen, kun potilaan tilannetta selittävä löydös on havaittu. (Balco Sequeiros ym. 2017.)

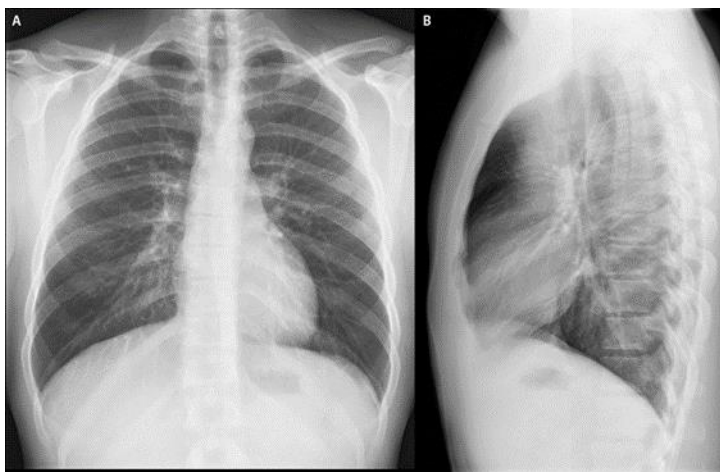
4.3 Keuhkokuvaus

Rintakehä eli ammattitermiltään thorax on yleisin ihmiskehon kuvantamiskohde ja edelleen rintakehän alueen yleisin yksittäinen kuvantamistutkimus. Nimi thorax kuvaa hyvin tutkimusta, sillä keuhkojen lisäksi kuvausalueella näkyy muutakin, kuten kylkiluut, sydän ja rintaranka. Vuosittain Suomessa tehdään 3,9 miljoonaa röntgentutkimusta, joista 1,2 miljoonaa eli 31 prosenttia on keuhkokuvaus. Kahdenkymmenen viime vuoden aikana määrät ovat vähentyneet 5-10 prosenttia. Tämä johtuu todennäköisesti rutiinomaisten seurantakuvausten vähenemisestä ja uusien kuvantamistekniikoiden tarjoamasta runsaammasta informaatiosta. Ei ole tiedossa thoraxkuvaa parempaa menetelmää, jolla voisi saada anatomista tietoa rintaontelon sisärakenteista yhtä edullisesti ja laajasti yhtä pienellä säteilymäärällä. Keuhkojen yhden etu- ja sivukuvan aiheuttama säteilyannos on 0,1 millisieverttiä. Tämä vastaa samaa määrää kuin pääkaupunkiseudulla asuva saa huoneilman radonista 2-3 viikon aikana. (Järvenpää 2012; Mustajoki ja Kaukua 2008.)

Anatomiansa vuoksi thorax on vaativa kuvauskohde, sillä kuvaan tulee säteitä hyvin läpäisevää kudosta, keuhkot, sekä säteitä huonosti läpäisevää kudosta, sydän ja luusto. Tulkinnan kannalta thoraxkuvat ovat radiologian vaikeimpia. Olennaisesti virhemahdollisuudet kasvavat, jos teknisesti heikkolaatuisia kuvia tulkitsee kokematon lääkäri. Tulkintaa helpottaa hyvän thoraxkuvan kriteerit: kuvat tulee ottaa hyvässä sisäänhengitysvaiheessa, niiden on oltava suorina, oikein rajattuja ja tummuusasteeltaan sopivia. Lisäksi sydämen ja suurten suonten jatkuva liike ja kohteen suuri koko tuottavat ongelmia. Näitä verenkierron pulsaatioliikkeistä aiheutuvia haittoja pyritään vähentämään nopeilla kuvausajoilla. Thoraxkuva perustuu ilmapitoisen keuhkon ja tiiviimpien rakenteiden väliseen kontrastiin. Jotta kontrasti saadaan riittäväksi, tarvitaan korkea kuvausjännite, vähintään 120 kV, lisäksi kuvattavalle potilaalle annetaan hengitysohjeet kuvauksen ajaksi, pyydetään hengittämään keuhkot täyteen ilmaa ja pidättämään hengitystä. (Soimakallio, Kivisaari, Manninen, Svedström ja Tervonen 2005, 93-95; Järvenpää 2012.)

Keuhkokuvaan kuuluu kaksi projektiota; etukuva eli PA ja sivukuva (kuvat 1a ja 1b). Molemmat projektiot otetaan potilaan ollessa seisaallaan. PA kuvassa sädesuunta on posteroanteriorinen eli potilas on aseteltuna rinta mahdollisimman suoraan filmiä vasten, olkapäät ja leuka kiinni kuvaustelineessä sekä olkavarret kierrettyinä ulospäin siten, että lapaluut eivät kuvautuisi keuhkojen päälle. Sivukuvassa potilas on aina vasen kylki kuvalevyä vasten kädet kohotettuina ylös ja mahdollisimman suorassa. Jos potilas kuitenkin kuvataan istuen tai makuulla, kuvaan tulee merkitä kuvausasento. (Soimakallio ym. 2005, 95.) Kahdesta suunnasta kuvan ottaminen on tärkeää tulkinnan kannalta. Etukuva näyttää kohteen sijainnin vain yhdessä suunnassa mutta sivukuvan avulla pystytään paikantamaan myös kohteen syvyys, onko muutos lähellä vai kaukana rintakehästä. Keuhkokuva on suosittu

tutkimus monipuolisuutensa vuoksi, mutta myös siksi, että se on yksinkertainen ja nopea eikä vaadi valmistautumista etukäteen. (Mustajoki ja Kaukua 2008.)



Kuva 1a etukuva 1b sivukuva (Järvenpää 2016.)

4.4 Röntgenhoitaja tutkimuksen suorittajana

Röntgenhoitajan työ on itsenäistä työtä perustuen tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon. Röntgenhoitajan toiminnan päämääränä on väestön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien parantaminen, ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen. (Suomen Röntgenhoitajaliitto 2000.)

Röntgenhoitajalla on tietotaito tuoda säteilysuojellinen ja radiografinen näkökulma moniammatilliseen työhön. Työssään röntgenhoitaja toimii kliinisen radiografian asiantuntijana, jossa korostuu teknologian hyödyntäminen ja lääketieteellisen säteilyn käyttö osana potilaan hoitoa. Lisäksi röntgenhoitaja on työssään säteilysuojelun ja säteilyvalvonnan asiantuntija. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018.)

Röntgenhoitaja työskentelee erilaisten kuvantamismenetelmien parissa, kuten röntgen-, ultraääni-, magneetti- ja isotooppitutkimuksissa sekä näihin liittyvissä radiologisissa toimenpiteissä. Lisäksi röntgenhoitajan osaamisalueeseen kuuluu sädehoito ja potilaan hoito sekä ohjaus. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018.) Röntgenhoitajan vastualueeseen perus- ja erikoissairaanhoidossa sekä yksityisissä terveyspalveluissa tuottavissa laitoksissa kuuluvat hoidosta vastaavan lääkärin läheteellä potilaalle tehtävät kuvantamistutkimukset, niihin liittyvät toimenpiteet ja sädehoidot. (Opetusministeriö 2006). Röntgenhoitaja suorittaa röntgentutkimuksen itsenäisesti ja käsittelee sekä arkistoi kuvat. Laadunvarmistus on osa röntgenhoitajan työtä. Laitteet tulee tarkastaa säännöllisesti, jotta tutkimukset voidaan suorittaa turvallisesti ja jotta tutkimustulokset ovat laadukkaita. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018.)

Röntgenhoitajan ammattietiikka perustuu lainsäädäntöön, erilaisiin ohjeisiin ja terveydenhuollon etiikkaan. Lisäksi työtä ohjaa röntgenhoitajan eettiset ohjeet. Työssään röntgenhoitaja kohtaa potilaan yksilöllisesti, inhimillisesti ja oikeudenmukaisesti. Hän huomioi ja hoitaa potilaan kulttuurista, rodusta, sukupuolesta, ihon väristä tai yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Potilaan ja rönt-

genhoitajan välinen hoitosuhde perustuu luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen ja röntgenhoitaja on sitoutunut salassapitoon kaikkiin potilaan tietoihin liittyen. Yhteistyö potilaan ja potilaan omaisten kanssa on osa röntgenhoitajan työtä. (Suomen Röntgenhoitajaliitto 2000.) Ihmisarvoisen elämän kunnioittaminen ja potilaan erilaisten elämäntilanteiden ja näkemysten huomioon ottaminen on osa potilaslähtöistä radiografia- ja sädehoitotyötä. (Opetusministeriö 2006).

Röntgenhoitajan työn ja toiminnan perustana on huolehtia omalta osaltaan siitä, että säteilylle altistava tutkimus tai toimenpide on oikeutettu. Tämä edellyttää hyvää sädehoitosuunnitelmaa tai lähetettä, joka sisältää riittävän kliinisen informaation. Röntgenhoitaja toimii työssään ALARA-periaatteen (as low as reasonably achievable) mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että hän huolehtii siitä, että potilaan, itsensä ja muiden henkilöiden saama säteilyannos jää niin pieneksi kuin se käytännöllisin toimenpitein on mahdollista. (Suomen Röntgenhoitajaliitto 2000.) Tutkimuksen tai toimenpiteen aikana röntgenhoitaja huolehtii potilaasta ja asettelee potilaan tutkimukseen. Röntgenhoitajan tavoitteena on luoda mahdollisimman hyvä tutkimus- tai hoitotilanne ja hän käy tutkimuksen tai toimenpiteen potilaan kanssa läpi. Potilaat voivat olla pelokkaita ja ennakkoluuloisia ja röntgenhoitaja pyrkii hälventämään niitä keskustelemalla potilaan kanssa. Röntgenhoitajan tehtäviin kuuluu myös tutkimuksen jälkeinen potilaan voinnin seuranta ja mahdollisten jatkohoito-ohjeiden antaminen toimenpiteen jälkeen. (Ammattinetti 2018.) Röntgenhoitajan työssä potilaskontaktit vaihtelevat kestoltaan ja luonteeltaan. Tämä edellyttää nopeaa yksilöllisen ja luottamuksellisen hoito- ja vuorovaikutussuhteen luomista. Röntgenhoitaja osaa toteuttaa lääkehoitoa ja kykenee nopeisiin ja eettisesti kestäviin päätöksiin potilaan tilan äkillisissä muutoksissa. Lisäksi röntgenhoitajan tulee tuntee tehoste- ja varjoaineiden sekä radiolääkkeiden ominaisuudet ja hän hallitsee niiden turvallisen käytön radiografiatyössä. (Opetusministeriö 2006.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kerätä tietoa muistisairauksista ja muistisairaiden ohjaamisesta sekä näin jakaa tätä tietoa myös eteenpäin muille alan opiskelijoille. Kiinnostuin aiheesta opintojen edetessä huomattessani, etteivät kaikki erityisryhmät nouse koulutuksen laajuudesta huolimatta kunnolla esiin. Tulevana röntgenhoitajana kohtaan monenlaisia potilaita ja heidän taustojen ja sairauksien ymmärtäminen helpottaa heidän kanssaan työskentelyä. Tavoitteena on lisätä röntgenhoitajaopiskelijoiden osaamista muistisairaiden ohjaamisessa keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa. Muistisairaus on pääsääntöisesti ikääntyneiden sairaus. Aiheeni on rajattu tarkasti juuri keuhkokuvaukseen, koska keuhkokuva on yksi yleisimmistä kuvantamistutkimuksista. Työni tilaajana on Savonia-ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset:

Millaisia muistisairauksia on olemassa ja mitä erityispiirteitä niihin liittyy?

Mitä asioita muistisairaahan ohjaamisessa tulisi ottaa huomioon keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tiedosta on tullut yhä merkittävämpi tekijä erityisesti terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa yleisesti. Näyttöön perustuva toiminta on asettanut sekä terveysalan koulutuksen, että käytännön hoitotyön uudenlaisten oppimishaasteiden eteen. Tiedon määrän valtava lisääntyminen, saatavuuden paraneminen, ja samanaikaisesti tietoisuus tiedon nopeasta vanhenemisesta asettavat käyttäjälleen haasteita. Näyttöön perustuvan toiminnan perusajatuksena on tutkitun tiedon saattaminen sellaiseen muotoon, että se olisi helposti saatavilla ja käytännön sovellettavissa. (Elomaa ja Mikkola 2010.)

6.1 Menetelmänä kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksia on kolmea päätyyppiä: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja määrällinen sekä laadullinen kirjallisuuskatsaus. Useista katsaustyypeistä huolimatta ne sisältävät samat tyypilliset osat, jotka ovat kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi tai analyysi. Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus kertoo tai kuvaa aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta sekä sen laajuutta ja määrää. (Stolt, Axelin ja Suhonen 2016, 8-17.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan opinnäytetyön aihepiirin kokonaisuutta ja saadaan tietoa siitä, miten paljon tutkimustietoa on olemassa sekä millaisesta näkökulmasta aihetta on tutkittu aiemmin ja millaisin menetelmin. Opinnäytetöissä on teoreettinen viitekehys, jossa määritellään opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja viitekehys perustuu systemaattiseen tiedonhakuun. Tämä teoreettinen viitekehys on kirjallisuus- eli tutkimuskatsaus, jossa kuvataan opinnäytetyön käsitteellistä taustaa ja miten tekeillä oleva työ liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. (Hirsjärvi, Remes ja Saja-vaara 2009, 121.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä ja sitä voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt ja aineistot voivat olla laajoja. Tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laajalaisesti ja tarvittaessa pystytään luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on metodisesti kevyin kirjallisuuskatsaus. Sen avulla pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa, mutta ei tarjoa varsinaisesti analyttisintä tietoa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kokoaa epäyhtenäisen tiedon jatkuvaksi tapahtumaksi ja pyrkii lopputulokseen, joka on samalla helppolukuinen. (Salminen 2011, 7.)

6.2 Aineiston hankinta

Aineiston hankintaa ennen olen muotoillut selkeät tutkimuskysymykset, joihin lähdän etsimään vastausta. Kysymykset on myös rajattu tarkkaan. Tiedon hakua ohjaa ratkaisua edellyttävän ongelman

tunnistaminen ja muotoilu selkeän kysymyksen muotoon. Tämä on ratkaisevaa koko prosessin onnistumisen kannalta. (Elomaa ja Mikkola 2010.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa pyritään löytämään paras ja ajankohtaisin tieto. Internetin avulla sähköinen tiedonvälitys on yleistynyt ja tuonut tiedon kaikkien saataville ajasta ja paikasta riippumatta. Tiedonhakijalla on haasteenaan, mistä tietoa on järkevintä hakea ja miten sen luotettavuutta voi arvioida. Kun selkeää osoitetta ei ole tiedossa, voi internetissä tehdä hakuja hakukoneiden avulla. (Elomaa ja Mikkola 2010.)

Näyttöön perustuvan tiedon etsimisessä käyttökelpoisia hakukoneita ovat Googlen yleinen hakukone www.google.fi, Googlen Scholar-hakukone, josta voi hakea tieteellistä tietoa, scholar.google.fi. Lisäksi on olemassa lukuisia tietokantoja. Tietokanta on elektronisessa muodossa oleva tiettyyn aiheeseen tai kohteeseen keskittynyt laaja dokumentti- tai viitetiedosto. Tällaisia ovat esimerkiksi Medline, joka on suurin, ajantasaisin ja kattavin kansainvälinen lääke- ja terveystieteen viitetietokanta. Medic on suomalaisen terveystieteen päätiedonlähde. (Elomaa ja Mikkola 2010.) Melinda on tietovaranto, joka sisältää muun muassa metatiedot yliopistokirjojen, useimpien yhteiskirjastojen, Eduskunnan kirjaston ja Tilastokirjaston tietokantoihin sisältyvistä aineistoista (Kansalliskirjasto 2018).

6.3 Aineiston valinta

Itse päädyin tekemään hakuja ensin pikahauilla oman kouluni kirjaston internetsivuilla ja sieltä pikkuhiljaa tarkentamaan hakuja eri tietokantoihin. Suorat linkit tietokantoihin löytyivät myös kouluni kirjaston verkkosivuilta ja niistä päädyin käyttämään Melindaa ja Mediciä. Lisäksi olen käyttänyt tiedonhaussa Googlen hakukonetta sekä Google Scholaria. Kun löysin hyviä lähteitä etsimilläni hakusanoilla, löysin lisää täsmentäviä ja tarkkoja lähteitä näiden lähteiden lähdeluetteloista, jotka vastasivat hyvin etsimääni. Kaikkia tekemiäni hakuja en heti kirjannut ylös, mutta tein niitä lukuisia ja toteusin pian, että varsinkin kuvantamisen ja muistisairauksien osalta en saanut toivomiani tuloksia. Löysin kuitenkin muutamia hyviä lähteitä, joiden lähdeluettelon pohjalta pääsin seuraavien hyvien lähteiden jäljille. Rajasin aineistoa ajan mukaan, eli kriteerinä oli, että aineiston tulisi olla vuosien 2007-2018 väliltä. Haluan käyttää mahdollisimman tuoreita lähteitä. Lisäksi rajasin aineistoa sisällön perusteella, jos aineisto ei sisällöltään kuitenkaan vastannut haluamaani, jätin sen ulkopuolelle. Esimerkiksi monet aineistot kuulostivat nimensä perusteella lupaavilta. Tarkempi silmäily kuitenkin usein paljasti, ettei aineisto sopinut tarkoitukseeni. Monet muistisairaita käsittelevät aineistot keskittyivät paljon laitoshoittoon ja siellä tapahtuvaan hoitamiseen ja ohjaamiseen. Näin ollen rajasin suurimman osan tällaisista aineistoista pois. Lisäksi arvioin lähteiden luotettavuutta. Mukaan valikoitui joitakin hakukriteereitani vanhempiakin lähteitä, sillä perusteella, että asiasisältö ja tiedon oikeenmukaisuus olivat samassa linjassa verraten uudempiin aineistoihin.

Hakutermien valinta on tärkein vaihe tiedonhakuprosessia. Vapaasanahaussa tulee käyttää hakusanan katkaisua, jotta sanan kaikki taivutusmuodot ja variaatiot tulevat mukaan hakuun. Tietokannoissa on käytössä erilaisia katkaisumerkkejä. (Elomaa ja Mikkola 2010.) Tarkkaan rajattu opinnäytetyön aiheeni ja tutkimuskysymykset ohjasivat hakusanojen valintaa. Hakusanoikseni valikoitui

muun muassa keuhkokuva, kuvantaminen, potilas, ohjaaminen, röntgen, muistis*, kuvantam* ja muisti sekä näiden sanojen eri yhdistelmät. Taulukkoon 1 olen koonnut tekemäni haut. Niin sanottu Boolean logiikka on käytössä lähes kaikissa hakukoneissa. Onnistuneet haut tarvitsevat tämän logiikan hallintaa ja osaamista. Jos hakusanoja on useampia, ne tulee yhdistää hakulauseeksi käyttämällä Boolean operaattoreita JA, TAI, EI ja vastaavasti englanniksi AND, OR, NOT. JA rajaa hakujoukkoa, TAI laajentaa ja EI karsii. (Elomaa ja Mikkola 2010.) Opinnäytetyöhön valitut aineistot on koottu omaan taulukkoon (liite 1.).

TAULUKKO 1. Tiedonhaut.

Hakukone	Hakusana	Alustavat valitut aineistot	Lopulliset valitut aineistot
Melinda	keuhkokuva JA kuvantaminen	4	1
Melinda	keuhko? JA kuvantam?	1	1
Melinda	keuhko? JA kuvantam? JA röntgen	1	1
Medic	potilas JA ohjaaminen	7	1
Medic	keuhkokuva JA röntgen	2	1
Medic	muistis* JA kuvantam*	0	0
Medic	muistis*	4	3
Medic	muisti	3	1
Medic	potilas JA ohjaaminen	7	1
Medic	keuhkokuva JA röntgen	2	1
Medic	muistis* JA kuvantam*	0	0
Medic	natiivik* JA röntgen	0	0
Medic	potil* JA ohjaaminen	0	0
Medic	ohjaa* JA hoitotyö	0	0
Savonia Finna	muisti	3	3
Google	muistisairaahan ohjaaminen	1	1
Google Scholar	Muistisairaahan fyysinen toimintakyky	2	1
Google	muistisairaahan käytösoireet	2	2
Google	Alzheimerin taudin käytösoireet	1	1
Medic	Alzheimerin tauti	0	0
Medic	Alzheimer*	2	0
Medic	dementia JA käytösoir*	2	0

6.4 Aineiston analyysi

Analyysilla tarkoitetaan tutkimuksen yhteydessä tavallisia asioita. Aineiston analyysia on huolellinen lukeminen, sisällön ja rakenteiden erittely sekä jäsentely, tekstimateriaalin järjestely ja pohtiminen. Myös sisällöllisen aineksen luokittelu eri aiheiden tai teemojen perusteella voi olla analyysia. Tarkoituksena on tarkastella tutkimusongelmien kannalta oleellisten asioiden esiintymistä ja ilmentymistä teksteissä. Tutkija lisää informaation arvoa analyysin avulla tiivistämällä ja tulkitsemalla aineistoa. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006.)

Tarkkaan mietityt ja riittävän suppeat tutkimuskysymykset toimivat suuntaviivoina analyysia tehtäessä. Tutkimuskysymysten pohjalta hahmotetaan aineistosta, mitä poimitaan mukaan ja mikä ei ole oleellista. Analyysia tekevän tulee perustella valintansa ja selittää, miksi on päätyttyä tekemiinsä ratkaisuihin. Näin tutkimuksesta tulee perusteltu ja uskottava. Analyysitapoja on erilaisia ja valittu analyysitapa ohjaa erilaisiin näkökulmiin. Samalla tavalla ja samaa kaavaa noudattavia analyysimenetelmiä ei ole. Aineistoa tulee käydä läpi systemaattisesti sekä pilkkoa, purkaa ja eheyttää. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006.)

Tekemieni hakujen perusteella valikoin aineistot, jotka mielestäni parhaiten vastasivat omiin tutkimuskysymyksiini. Kävin aineistot läpi huolellisesti ja poimin mukaan ne aineistot, jotka parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiini. Luokittelin aineistoa sisällön perusteella ja vertailin aineistoja keskenään. Tein vertailua myös uudempien ja vanhempien aineistojen kesken. Mukaan valikoitui muutama rajaustani vanhempi aineisto siitä syystä, etteivät ne sisällöltään eronneet uudemmassa aineistosta. Varsinkin muistisairauksista löytyi paljon tutkimuksia ja aineistoa, joten keskityin kokoamaan oleellisen tiedon tutkimukseni kannalta ja jäsentämään keräämäni tiedon selkeään ja ymmärrettävään muotoon. Muistisairauksien osalta päädyin analysoimaan aineistoista yleisimmät muistisairaudet ja niihin liittyvät käytöshäiriöt, koska luonnollisesti näitä muistisairauksia sairastavia potilaita röntgenhoitaja työssään kohtaan eniten. Mukaan valikoitui myös muutamia harvinaisempia muistisairauksia ja niiden osalta analyysi on tehty hieman pintapuolisemmin. En kokonaan jättänyt harvinaisempia muistisairauksia pois, koska ne kuitenkin ovat osa muistisairauksien ryhmää. Aineistoja läpi käydessäni taustalla vaikuttivat koko ajan kaksi tutkimuskysymystäni. Haastavaksi koin löytää tutkimuksia juuri muistisairaiden potilaiden ohjaamisesta kuvantamistutkimuksissa. Siksi valikoin aineistoja, joissa käsiteltiin muistisairaahan ohjaamista yleisellä tasolla. Muistisairauksista löytyy valtavasti tietoa, aineiston analyysin haaste tältä osin oli pitää rajaus riittävän tiukkana. Löydettyäni mukaan tutkimuksen, jossa käsitellään röntgenhoitajan ohjaamisosaamista muistisairaahan potilaan kanssa, sain aivan uutta näkökulmaa analysoida myös muita muistisairaahan potilaan ohjaamiseen keskittyviä aineistoja ja löysin tutkimukseni kannalta oleellisia asioita.

7 TULOKSET

Tarkastelen tässä luvussa kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Työni tarkoituksena oli kerätä tietoa muistisairauksista ja heidän ohjaamisestaan. Tavoitteenani oli lisätä muiden röntgenhoitajaopiskelijoiden tietoa muistisairaahan ohjaamisesta keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa. Käsittelen tuloksia kahdessa kappaleessa tutkimuskysymysten mukaisesti.

7.1 Muistisairaudet ja niiden erityispiirteet

Sulkavan (2016) mukaan kognitiivisista heikentymistä käytetään usein käsitettä dementia. Siihen liittyy laaja-alainen kognitiivinen ja toiminnallinen heikentyminen. Erkinjuntti, Rinne ja Soininen (2010, 19) kuvailevat muistisairauden tarkoittavan sairautta, joka heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä, kielellisiä toimintoja, hahmottamista ja toiminnanohjausta. Sulkavan (2016) mukaan degeneratiivista kognitiivista heikentymää aiheuttavista sairauksista on parempi käyttää käsitettä etenevä muistisairaus, sillä esimerkiksi Alzheimerin tauti (AT) voidaan diagnosoida nykyään jo varhaisessa vaiheessa, joilloin dementian kriteerit eivät vielä täyty. Toiminnanohjauksen ja muistin ongelmat, päätelyn vaikeudet, afasia ja agnosia ovat tyypillisiä muistisairauden oireita. (Sulkava 2016.) Yleisimpiä eteneviä dementiaan johtavia muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, otsa -ohimolohkorappeumat, Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tauti (Erkinjuntti ym. 2010, 19). Erkinjuntin (2008) mukaan dementiaan liittyy muistihäiriön lisäksi jokin muu tiedonkäsittelyn vaikeus ja se johtuu elimellisestä syystä. Näin ollen tauti voi olla etenevä, pysyvä jälkitila, kuten aivovamman jälkeen tai hoidettavissa. Muistihäiriö ilmenee vaikeutena oppia uutta ja palauttaa mieleen aiemmin opittuja tietoja ja taitoja. (Erkinjuntti 2008.) Freeman (2015) kertoo tutkimuksessaan, että muistisairaajat eivät ole heterogeeninen ryhmä, vaan he oireilevat eri tavoin ja yksilöllisesti. Hänen mukaansa sairauden kulkuun vaikuttavat myös ihmisen persoonallisuus, elämänkerta, fyysinen terveys, ympäristö ja sosiaaliset sekä kulttuuriset tekijät (Freeman 2015).

Vuonna 2017 päivitetyn Käypä hoito suosituksen mukaan jopa joka kolmas yli 65-vuotias kertoo muistin ongelmista. Suurimmalla osalla heistä ei ole etenevää muistisairautta. Käypä hoito suosituksen (2017) mukaan vuonna 2013 Suomessa oli noin 100 000 lievistä dementiaa kärsivää ja 93 000 keskivaikeaa dementiaa sairastavaa henkilöä. Työikäisiä muistisairaita oli noin 7 000. Vuosittain noin 14 500 suomalaista sairastuu muistisairauteen. Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, jota esiintyy Käypä hoito suosituksen (2017) mukaan noin 70 prosentilla kaikista muistisairaista. AT:n esiintyvyys lisääntyy iän myötä. 15-20 prosenttia sairastaa AVH-peräistä muistisairautta. (Käypä hoito 2017.) Taulukkoon kaksi on koottu yleisimmät muistisairaudet ja niiden vallitsevuus.

Erkinjuntin (2008) mukaan dementia voidaan luokitella kolmeen vaikeusasteeseen. Lievässä vaiheessa muistisairautta sairastavalla on tallella kohtalainen arvostelukyky ja hän pystyy elämään itsenäisesti, vaikka työkyky ja sosiaaliset kyvyt voivat olla heikentyneet. Keskivaikeassa vaiheessa selviytyminen itsenäisesti voi olla heikentynyt ja muistisairas tarvitsee jo jonkinasteista valvontaa. Sairauden ollessa edennyt vaikeaan vaiheeseen, potilas tarvitsee jatkuvaa valvontaa. (Erkinjuntti 2008.)

Erkinjuntin, Rinteen ja Soinisen (2010, 19) mukaan Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus, joka alkaa mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeuksilla. Tauti alkaa hitaasti muistioireilla ja etenee tyypillisin vaiheihin. Käyttöoireita esiintyy vaihtelevasti, mutta ne lisääntyvät taudin edetessä. Taudin tyypillisiä oireita ovat toiminnanohjauksen vaikeudet, jäykkyys ja töpöttävä kävely, virtsan karkailu ja ulosteenpidätyskyvyttömyys sekä raajojen virheasennot. Alzheimerin tauti johtaa kuolemaan noin 10-12 vuoden kuluttua taudin alkamisesta. (Sulkava 2016.) Myös AVH-peräisen taudin tyypillisiin oireisiin kuuluu tiedonkäsittelyn heikentyminen ja toiminnan ohjauksen vaikeudet, vaikka muisti säilyy verrattaen paremmin kuin AT-potilailla. Käyttöoireina AVH:sta johtuvaa muistisairautta sairastavalla voi esiintyä masennusta, psykomotorista hidastumista ja persoonallisuuden muutoksia. Tauti etenee yleensä ilman suuria pahenemisvaiheita. AT ja AVH-peräinen muistisairaus on tärkeä alatyyppi etenevien muistisairauksen ryhmässä, jota sairastaa vähintään puolet yli 80-vuotiaista ja Käypä hoito suositus (2017) arvioi sen olevan tulevaisuudessa yksi yleisimmistä muistisairauksista. (Käypä hoito 2017.)

Arviolta kolmanneksi yleisin dementoiva sairaus on Lewyn kappale -tauti (Erkinjuntti ym. 2010, 31-32). Tauti alkaa hitaasti ja jopa noin puolella potilaista aivoissa voidaan nähdä myös AT-muutoksia. Taudille tyypillisiä piirteitä ovat tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelut, näköharhat, kävelyvaikeus ja hitaus. (Käypä hoito 2017.) Sulkavan (2016) mukaan Lewyn kappale -tauti voi alkaa jo 50-vuoden iässä tai vasta yli 80-vuotiaana, mutta keskimäärin tauti alkaa noin 60-65-vuotiaana. Samoin taudin ennuste vaihtelee alle viidestä vuodesta yli 30 vuoteen (Sulkava 2016).

Otsa- ohimolohkorappeuma eli frontaalinen degeneraatio keskittyy otsa- ja ohimolohkojen alueelle ja joissakin tapauksissa myös päälakilohkoon ja se voidaan jakaa eteneviin afasioihin ja otsalohkodementioihin. Tyypillisiä oireita otsalohkodementia potilaalle ovat kontrolloimattomat impulssit ja näistä johtuva seksuaalinen häiriökäyttäytyminen ja toisaalta taas voimakas oma-aloitteisuuden heikkentyminen. Frontotemporaalista degeneraatiota esiintyy myös suhteellisen nuorilla potilailla ja se on usein perinnöllistä. (Sulkava 2016.)

TAULUKKO 2. Yleisimmät muistisairaudet.

Muistisairaus	Luokittelu	Vallitsevuus
Alzheimerin tauti (AT)	Tyypillisiä oireita ovat toiminnanohjauksen vaikeudet, jäykkyys ja töpöttävä kävely, virtsan karkailu ja ulosteenpidätyskyvyttömyys sekä raajojen virheasennot (Sulkava 2013).	Yleisin muistisairaus, noin 70 prosenttia (Suhonen ym. 2017).
Otsa- ohimolohkorappeumat	Voidaan jakaa eteneviin afasioihin ja otsalohkodementioihin, tyypillisiä oireita ovat kontrolloimattomat impulssit ja näistä johtuva	Vallitsevuudesta ei ole tarkkaa tietoa, arviolta alle 5 prosenttia muistisairauksista (Erkinjuntti ym. 2010).

	seksuaalinen häiriökäyttäytyminen sekä voimakas oma-aloitteisuuden heikkeneminen (Sulkava 2016).	
Lewyn kappale - tauti	Tarkkaavaisuuden ja vireystilan vaihtelut, näköharhat, kävelyvaikeus ja hitaus (Käypä hoito 2017).	On arvioitu, että noin 20 prosenttia muistisairauksista (Erkinjuntti ym. 2010).
AVH peräiset muistisairaudet	Jaetaan useaan alatyyppiin vaurioiden sijainnin ja niiden syntymekanismin perusteella, oireet alkavat nopeasti ja voivat vaihdella tapahtumamuistin lievästä heikkenemisestä yölliseen sekavuuteen ja depression (Käypä hoito 2017).	15-20 prosenttia muistisairauksista (Kansallinen muistiohjelma 2012).

Sulkavan (2016) mukaan runsas alkoholinkäyttö voi heikentää kognitiivisia kykyjä, mutta harvoin dementian asteelle saakka. Dementian kehittymisen taustalla on usein myös muita altistavia tekijöitä, kuten B-vitamiinien puutos tai humalatilassa aikaan saadut aivovammat. Tyypillistä alkoholidemetiasta kärsivälle potilaalle on estottomuus ja aloitekyvyttömyys, huono lähimuisti sekä toiminnanohjauksen vaikeudet. Potilaat ovat suhteellisen nuoria, iältään noin 50-60-vuotiaita. (Sulkava 2016.)

Huntingtonin tauti on periytyvä etenevä sairaus, joka voi alkaa oireilla jo 20-vuotiaana mutta yleisimmin 35-40-vuoden iässä. Tauti oireilee kömpelytenä, jäykistymisenä, nykivinä pakkoliikkeinä ja hiljalleen alkavana subkortikaalisena dementoitumisena ja on kestoaltaan noin 15 vuotta. Sulkava (2016) arvioi, että Suomessa todetaan noin viisi tapausta vuodessa harvinaista Creutzfeldt-Jakobin tautia. Tauti on tarttuva dementia, jonka aiheuttaa prioniproteiini. Creutzfeldt-Jakobin tautia sairastavan oireisiin kuuluu säpsähtely, persoonallisuuden muuttuminen, lihasnykäykset ja nopea dementoituminen. Tauti johtaa kuolemaan nopeasti, noin neljän kuukauden kuluessa. Parkinsonin tauti aiheuttaa noin kolmasosalle tautia sairastavista dementiaa. Tämä subkortikaalisyypinen dementia oireilee fyysisenä ja psyykkisenä hidastumisena, toiminnanohjauksen häiriöinä, vaihtelevina muisti-häiriöinä ja aloitekyvyttömytenä. (Sulkava 2016.)

7.2 Muistisairaahan ohjaaminen keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa

Natiivikuvauksella tarkoitetaan ilman varjoainetta tehtyä perusröntgentutkimusta. Yleisimpiä näistä tutkimuksista ovat keuhko- ja luukuvat. Blanco Sequeirosin (2017) mukaan natiivikuvaus kattaa kaikista tutkimusmenetelmistä 80 prosenttia. Mustajoen ja Kaukuan (2008) tutkimukset tukevat edellistä näkemystä. Järvenpää (2012) on selvittänyt, että Suomessa 3,9 miljoonasta natiivitutkimuksesta 31 prosenttia on keuhkokuvia. Keuhkokuvan yleisyyttä Järvenpää (2012) selittää sillä, että

thoraxkuvan avulla saadaan paljon informaatiota rintaontelon sisärakenteista edullisesti ja pienellä sädeannoksella.

Etokuva eli PA ja sivukuva ovat keuhkokuvauksen kaksi projektiota, jotka pyritään ottamaan seisten aina kun mahdollista. Hyvän thoraxkuvan kriteerit helpottavat kuvan tulkintaa. Kuva tulee olla otettuna hyvässä sisäänhengitysvaiheessa ja hengityspidätyksessä, potilaan tulee olla liikkumatta, kuvan on oltava suora, rajauksen oikea ja tummuusasteen sopiva. Jos potilaan kunnosta johtuen kuva joudutaan ottamaan maaten, tulee se merkitä kuvaan. (Soimakallio ym. 2005, 93-95.) Mustajoki ja Kaukua (2008) toteavat, että tulkinnan kannalta tärkeää on kuvan ottaminen kahdesta suunnasta, sillä etukuvasta pystytään näkemään mahdollinen kohde ja sivukuvasta arvioimaan kohteen syvyyttä. Ennen tutkimusta tulee varmistaa tutkimusläheteiden ja tutkimusindikaatioiden oikeellisuus ja tutkimuksen aikana huolehtia myös yksilönsuojasta (Blanco Sequeiros ym. 2017).

Röntgenhoitajan ydinosaamista on natiiviröntgenkuvantaminen, hän suorittaa tutkimuksen itsenäisesti ja on säteilynkäytön ja säteilyturvallisuuden asiantuntija. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018.) Ammattietiikan mukaisesti röntgenhoitaja kohtaa jokaisen potilaan yksilöllisesti riippumatta iästä, rodusta, sukupuolesta tai yhteiskunnallisesta asemasta ja toimii työssään noudattaen ALARA-periaatetta. (Suomen röntgenhoitajaliitto 2000.) Myös Opetusministeriön (2006) laatimasta julkaisusta käy ilmi, että radiografiatyön perustana on ihmisarvoisen elämän kunnioittaminen sekä erilaisten taustojen ja näkemysten huomioon ottaminen. Vuonna 2015 myös Freeman korosti tutkimuksessaan, että röntgenhoitajan tulee kohdata muistisairas yksilöllisesti ja ymmärtää sairauden tuomat haasteet kuvantamisympäristössä.

Mäkisalo-Ropposen (2011, 168) mukaan keskeistä ohjaamisessa on hyvät vuorovaikutustaidot. Hoitotyötä tekevä havaitsee myös sanatonta viestintää, kuten liikkeitä, eleitä, äänensävyä ja kosketusta. Ohjaus kuuluu olennaisena osana hoitohenkilökunnan toimintaan ja tärkeäksi osaksi asiakkaiden hoitoa. Lyhyet hoitoajat ja puutteelliset resurssit tuovat omat haasteensa ohjauksen hyvälle toteuttamiselle. (Kääriäinen ja Kyngäs 2014.) Radiografiatyössä potilaskontaktit ovat kestoaltaan vaihtelevia ja usein lyhyitä. (Opetusministeriö 2006). Opetusministeriön (2006) julkaisusta selviää tämän tuovan haasteita nopean ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen. Pohjavirran (2012, 33, 63) mukaan muistisairas muistaa hoitotilanteiden tunnelman. Tunnelma on hyvä pitää positiivisena ja mielekkäänä ja osoittaa kunnioitusta muistisairasta kohtaan (Pohjavirta 2012, 33, 63).

Ohjatessaan muistisairasta röntgenhoitajan on hyvä muistaa, että muistisairaalle puheen tuottaminen voi olla haastavaa, joten tulkinnan sijaan on hyvä tarkastaa, että on ymmärtänyt oikein. Muistisairaaseen, joka ei tuota puhetta voi luoda yhteyden kosketuksen avulla. (Pohjavirta 2012, 34, 37; Burakoff ja Haapala 2013, 14.) Mäkisalo-Ropposen (2011, 174-175) mukaan muistisairaaseen potilaaseen tulee suhtautua kunnioittavasti. Muistisairasta ohjattaessa on huomioitava kognitiivisen toimintakyvyn muutokset (Hallikainen ym. 2014, 90-91). Muistisairaahan käytös voi olla haasteellista, mutta sillä on kuitenkin oma merkityksensä ja sitä on hyvä ymmärtää. Ohjaavan henkilön, natiivikuvauksessa röntgenhoitajan, on hyvä pysyä rauhallisena ja ymmärtäväisenä, ettei tilanne pääse kärjistymään. Ohjauksen on oltava sanallisesti lyhyttä ja selkeää. (Hallikainen ym. 2014, 91-92, 95.)

Burakoff ja Haapala (2013, 8, 10-12) pitävät tärkeänä, että muistisairasta ohjaava henkilö huomioi sairauden vaiheet. Sairauden ollessa varhaisessa vaiheessa muistisairas pystyy toimimaan ja keskustelemaan ymmärrettävästi. Keskivaikeassa vaiheessa muistisairaahan potilaan sanallinen ilmaisu heikenee ja vuorovaikutus muuttuu hankalammaksi, mutta hän kuitenkin ymmärtää puhetta ja ilmaisee itseään myös sanattomasti. Muistisairauden ollessa vaikeassa vaiheessa puhe voi olla kadonnut kokonaan tai jäljellä on muutamia sanoja. Vuorovaikutus on kuitenkin tärkeää ja muistisairaahan kanssa toimimiseen on varattava aikaa. (Burakoff ja Haapala 2013, 8, 10-12.) Freeman (2015) nostaa tutkimuksessaan esiin, että röntgenhoitajan on tärkeää luoda potilaaseen katsekontakti ja puhua hänelle itselleen suoraan, vaikka hän ei pystyisi vastaamaan. Freemanin (2015) mukaan muistisairaalle voi esittää lyhyitä kysymyksiä, joihin potilas voi vastata lyhyesti kyllä tai ei ja myös hänen mielestään on tärkeää antaa aikaa riittävästi. Hultqvist (2013) toteaa tekemässään tutkimuksessa muistisairaahan hoitamisen vaativan laaja-alaista hoitotyön osaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja sekä teoretietoa ja ammattitaitoa soveltaa teoriaa käytännön tilanteisiin asiakaslähtöisesti.

8 POHDINTA

Tässä luvussa keskityn arvioimaan koko opinnäytetyöprosessiani sekä aikaan saamiani tuloksia. Lisäksi pohdin omaa ammatillista kasvuani opinnäytetyöprosessin aikana röntgenhoitajan osaamisvaatimusten pohjalta.

8.1 Opinnäytetyö prosessin ja tulosten arviointi

Opinnäytetyö prosessini lähti liikkeelle tammikuussa 2017 aiheen valinnalla. Selvää oli, että halusin tehdä kirjallisuuskatsauksen, koska tekisin työn yksin ja tämä olisi järkevin menetelmä itselleni toteuttaa työ. Halusin kohdentaa opinnäytetyöni muistisairaisiin. Aiempi ammattini lähihoitajana ja vuosien työkokemus muistisairaiden parissa olivat tämän mielenkiinnon taustalla. Keuhkokuva valikoitui tutkimukseksi sen yleisyyden takia. Potilaan ohjaaminen on tärkeä osa röntgenhoitajan työtä, sillä tutkimuksiin ja toimenpiteisiin on omat protokollansa, kuinka ne tulee suorittaa ja tarkat ohjeet, millaiseen asentoon potilas asetellaan tutkimusta varten, jotta saataisiin mahdollisimman hyvät kuvat.

Opinnäytetyön aihekuvauksen tein keväällä 2017, ja syksyllä alkoi työsuunnitelman työstäminen. Työsuunnitelmaa tehdessäni tein myös SWOT -analyysin. SWOT-analyysiä eli nelikenttämenetelmää voidaan käyttää moneen tarkoitukseen. Neljään kenttään jaetaan vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Kohteena voi olla koko oma toiminta tai oman toiminnan tai jonkin tuotteen arviointi. Analyysi voidaan tehdä yksilö tai ryhmätöinä. SWOT-analyysin tuloksena voidaan usein huomata, että samat asiat voivat olla niin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia kuin uhkia. (Lindroos ja Lohivesi 2014, 219.) Vahvuuksiini listasin muun muassa motivaationi ja oman mielenkiintoni aiheita kohtaan. Heikkouksiksi ja uhiksi koin ajankäytön, motivaation katoamisen, lähteiden löytämisen ja aiheessa pysymisen. Prosessin edetessä tein paljon hakuja eri hakukoneita käyttäen ja hyvien lähteiden lähdeluettelot johtivat tarkempien lähteiden äärelle. Aiheen tarkka rajaus auttoi aiheessa pysymisessä. Aikataulus oli haastavaa niin kuin SWOT-analyysia tehdessäni olin jo arvellutkin. Pitkät harjoittelut veivät energiaa, ja opinnäytetyön tekemiselle ei jäänyt paljon aikaa. Sopivien lähteiden löytäminen muistisairaiden ohjaamiseen liittyen oli myös vaikeaa, mutta onnistuin kuitenkin mielestäni melko hyvin. Opinnäytetyöprosessini eteni hyvin, mutta aikataulu venyi alkuperäisestä suunnitelmasta jonkin verran. Olen kuitenkin tyytyväinen prosessiin ja työhöni, koska haasteet teorian tiedon osalta olivat tiedossa. Muistisairaahan ohjaamista kuvantamistutkimuksissa yleensäkin ei ole paljon tutkimuksia ja aihe oli rajattu vain keuhkojen natiiviröntgentutkimukseen.

Opinnäytetyötä tehdessäni huomasin, että varsinkin ulkomailta on alettu kiinnostua myös muistisairaista potilasryhmänä kuvantamisessa. Lähteitä liittyen suoraan muistisairaiden ohjaamiseen kuvantamistutkimuksissa, en löytänyt kuitenkaan kovin monta. Muistisairaata ovat suuri potilasryhmä, joilla on erilaisia oireita riippuen sairauden aiheuttajasta. Tyypillisimmiksi muistisairauden oireiksi Sulkava (2016) listasi muun muassa muistin, päättelyn ja toiminnanohjauksen häiriöt, puheen ja hahmottamisen vaikeudet.

Oman kokemuksen mukaan röntgenissä on usein kiire ja aikaa yhden potilaan kanssa vain vähän. Opetusministeriön (2006) julkaisu tukee ajatustani siitä, että röntgenhoitajan on pystyttävä luomaan hyvä hoitosuhde potilaaseen nopeasti. Erilaiset muistisairaahan käytöshäiriöt ja muut oireet voivat olla haastavia kuvantamisympäristössä. Sulkava (2016) toteaa, että tutussa ympäristössä käyttöoireita ilmenee vähemmän. Natiivikuvaushuone on usein hämärä, kylmä ja kolkko. Kuten Freeman (2015) toteaa, keuhkokuvanotto tilanteessa on varmasti hyvä hyödyntää mukana mahdollisesti olevaa tuttua saattajaa rauhoittamaan muistisairasta oudossa ympäristössä. Röntgenhoitaja asettelee potilaan keuhkokuvaan seisten aina kun se potilaan vointi huomioon ottaen on mahdollista. Kuvan onnistumisen kannalta potilaan pitäisi olla liikkumatta ja noudattaa hengitysohjeita. Muistisairaahan sairauden vaihe määrittää hänen kognitiivisia taitojaan ja kykyjään. Röntgenhoitajan tulisi kyetä lyhyessä ajassa tekemään päätelmät siitä, kuinka hyvin potilas on orientoitunut ja mitkä ovat mahdollisuudet kuvauksen onnistumiselle. Freemanin (2015) tekemä tutkimus oli ainoa löytämäni tutkimus, jossa tutkimus kohdistui nimenomaan röntgenhoitajan ja muistisairaahan potilaan kohtaamiseen. Tekemäni tutkimus vahvisti ajatusta siitä, että muistisairaahan ohjaaminen vaatii ammattitaitoa, tietoa ja ymmärrystä sairautta kohtaan. Jatkotutkimusehdotuksiksi nousi selvittää muistisairaiden määrää kaikista potilaista kuvantamistutkimuksissa ja toimenpiteissä sekä selvittää röntgenhoitajien ammatillisia valmiuksia hoitaa ja ohjata muistisairasta henkilöä.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvät tieteellisen käytännön lähtökohdat, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus, tulisi ottaa huomioon tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Toisten tekstiä ei myöskään saa luvatta lainata ja esittää omanaan, tekstiä lainatessa tulee lainaus esittää asianmukaisin lähdemerkinnöin. (Hirsjärvi, Remes, ja Sajavaara, 2012, 23-26.) Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Jokainen vastaa tutkimuksen eettisistä lähtökohdista pääsääntöisesti itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimukseen tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa ja tutkimuksen tuloksia julkaistaessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta. Lisäksi hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijat ottavat muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon, viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja antavat niille kuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Omassa opinnäytetyössäni pyrin toimimaan mahdollisimman hyvin eettisten ohjeiden mukaan ja valitsemaan lähteikseni mahdollisimman luotettavia lähteitä. Pyrin siihen, etteivät omat ennakko-oletukset tai asenteet vaikuta opinnäytyöhöni. Käytin omaa alaani tukevia hakukoneita etsiessäni tietoa

ja pyrin varmistumaan tiedon oikeellisuudesta sekä ajankohtaisuudesta ja käyttämään lähteitä monipuolisesti. Noudatan opinnäytetyötä tehdessäni Savonia-ammattikorkeakoulun käytäntöjä ja toimin avoimesti ja kunnioittavasti yhteistyössä opinnäytetyöni ohjaajan kanssa.

8.3 Oman ammatillisuuden kehittyminen

Röntgenhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluu radiografia- ja sädehoitotyön hoitamis- ja ohjaamisosaaminen, viestintä ja vuorovaikutus osaaminen, menetelmä- ja turvallisuusosaaminen sekä kehittämis-, tutkimus- ja johtamisosaaminen. (Opetusministeriö 2006). Opinnäytetyö prosessi on ollut pitkä ja välillä turhauttava. Mutta on se ollut myös opettavainen. Natiivikuvantamisen teorian opiskelusta oli jo kulunut aikaa ja sen mieleen palauttaminen ja uudelleen siihen syventyminen lisäsivät myös menetelmäosaamistani. Syksyllä 2017 tein samaan aikaan opinnäytetyöni työsuunnitelman kanssa myös valinnaista harjoittelua natiivikuvantamisesta ja sain käytännön näkökulmaa erikuntoisten ja -taustaisten potilaiden kanssa toimimiseen. Potilaan ohjaus on iso osa röntgenhoitajan työtä. Se on usein myös tärkein osa, sillä potilas pitää saada juuri optimaaliseen asentoon ja tekemään yhteistyötä tutkimusta tai toimenpidettä varten. Syventyminen laajalti ohjaamisen teoriaan ja keinoihin on tuonut valtavasti ymmärrystä siihen, millaista on hyvä ohjaus ja kuinka tärkeää hyvä ohjaus on. Aina pitää huomioida potilaan tilanne ja taustat ja nopeasti havainnoida, millainen lähestymistapa on kullekin potilaalle sopiva. Vuorovaikutus potilaan kanssa ja erityisesti muistisairaana kanssa on tärkeää ja avainasemassa tutkimuksen tai toimenpiteen onnistumisen kannalta. Muistisairaiden määrä maassamme yllätti, vaikka minulla on jo taustalla aiempaa kokemusta työskentelystä heidän kanssaan.

Röntgenhoitaja on asiantuntija lääketieteellisen säteilyn käytössä ja säteilyturvallisuudessa. Oikeutus, optimointi ja yksilönsuojaperiaatteiden läpi käyminen vielä opinnäytetyötä tehdessä on lisännyt tietämystäni ja ammatillisuuttani. Samoin näyttöönperustuvan ja ajantasaisimman tiedon etsiminen on vaikuttanut ammatilliseen kasvuuni. Radiografia- ja sädehoitotyö on nopeasti kehittyvä ala, jossa tietoja täytyy päivittää usein ja on hyvä tietää kuinka ja mistä tietoa etsiä.

LÄHTEET

- AMMATTINETTI 2018. Röntgenhoitaja. [Viitattu 2018-03-15]. Saatavissa: http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/15/3/227_ammatti
- BLANCO SEQUEIROS, R., KOSKINEN, S., ARONEN, H., LUNDBOM, N. (toim.), VANNINEN, R., TERVONEN, O. (toim.) ja AHVENJÄRVI, L. 2017. Kliininen radiologia. Helsinki: Duodecim.
- BURAKOFF, K. JA HAAPALA, P. 2013. Kohdaten. Opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-08]. Saatavissa: http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten_netti.pdf
- ELOMAA, L. JA MIKKOLA, H. 2010. Näytön jäljillä: Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-12-5]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>
- ELONIEMI-SULKAVA, U. JA SAVIKKO, N. (toim.) 2011. Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- ERKINJUNTTI, T. 2008. Dementia ja muistihäiriöt. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Duodecim. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-14-03]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2008/14/duo97390>
- ERKINJUNTTI, T., ALHAINEN, K., RINNE, J. JA HUOVINEN, M. 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Duodecim.
- ERKINJUNTTI, T., RINNE, J. ja SOININEN, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- ERKINJUNTTI, T. ja HUOVINEN, M. 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY.
- ESKELINEN, S. 2013. Röntgentutkimukset. [Viitattu 2017-04-23]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04085
- FREEMAN, C. 2015. Caring for people with dementia: a clinical practice guideline for the radiography workforce (imaging and radiotherapy). [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-19]. Saatavissa: <https://www.sor.org/learning/document-library/caring-people-dementia-clinical-practice-guideline-radiography-workforce-imaging-and-radiotherapy/6>
- HALLIKAINEN, M., MÖNKÄRE, R., NUKARI, T. JA FORDER, M. (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

HIRSJÄRVI, S., REMES, P. ja SAJAVAARA, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HULTQVIST, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaana henkilön hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

JÄRVENPÄÄ, R., 2012. Thoraxkuva tänään. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

KANSALLISKIRJASTO 2018. Melinda. [Verkkosivusto]. [Viitattu 2018-03-19]. Saatavissa:

<https://www.kansalliskirjasto.fi/fi/palvelut/metatietovarantopalvelut/melinda>

KÄYPÄ HOITO 2017. Muistisairaudet. Duodecim. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-03-14]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

KÄÄRIÄINEN, M. JA KYNGÄS, H. 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja-lehti.

[Verkkójulkaisu]. [Viitattu 2017-12-03]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

LINDROOS, J. ja LOHIVESI, K. 2004. Onnistu strategiassa. Helsinki: WSOY.

MUSTAJOKI, P. JA KAUKUA, J. 2008. Keuhkojen röntgenkuvaus (thoraxkuva). Kustannus Oy Duodecim. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-03-09]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04091

MÄKISALO-ROPPONEN, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

OPETUSMINISTERIÖ 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. [Verkkójulkaisu]. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. [Viitattu 2018-03-20]. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1>

PESONEN, H. 2015. Managing life with a memory disorder: the mutual processes of those with memory disorders and their family caregivers following a diagnosis. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

POHJAVIRTA, H. (toim.) 2012. Onko tänään eilen – Tunteva-opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tammerprint Oy.

SAARANEN-KAUPPINEN, A. ja PUUSNIEKKA, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 2018-01-22]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

SALMINEN, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-12-2]. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2018. Röntgenhoitaja (AMK). [Viitattu 2018-03-08]. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/hakijalle/amk-ja-yamk-tutkinnot/kevaan-yhteishaku/rontgenhoitaja-amk-paivatoteutus>

SOIMAKALLIO, S., KIVISAARI, L., MANNINEN, H., SVEDSTRÖM, E. ja TERVONEN, O. (toim.) 2005. Radiologia. WSOY.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiväestö Suomessa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-14]. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STOLT, M. (toim.), AXELIN, A. ja SUHONEN, R., 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

SUHONEN, J., PIRTTILÄ, T., ERKINJUNTTI, T., KOPONEN, H., MAKKONEN, M., PUURUNEN, M., RAIVIO, M., RINNE, J., ROSENVALL, A., STRANDBERG, T., VANNINEN, R. JA VATAJA R. 2017. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2018-03-14]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2010/18/duo99068>

SULKAVA, R., VIRAMO, P. JA ELONIEMI-SULKAVA, U. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

SUOMEN RÖNTGENHOITAJALIITTO 2000. Röntgenhoitajan ammattietiikka. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-08]. Saatavissa: <https://sorf.fi/doc/eettisetohjeet.pdf>

SÄTEILYLAKI. L 1991/592. Stuklex. [Viitattu 2017-10-24]. Saatavissa: <https://www.stuklex.fi/fi/ls/19910592/P2#L10>

SYNNÖVE, C., 2014. Miten muisti on selitettävissä? Duodecim no. 24, s. 2431-2434.

TILVIS, R., PITKÄLÄ, K., STRANDBERG, T., SULKAVA, R., VIITANEN, M. JA ARKKILA, P. 2016. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. [Verkkoaineisto]. [Viitattu 2018-03-14].

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 25.10.2017]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

TOPO, P., SORMUNEN, S., SAARIKALLE, K., RÄIKKÖNEN, O. ja ELONIEMI-SULKAVA, U. 2007. Koh-
taamisia dementiahoidon arjessa – Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta.
Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITE 1. AINEISTOLUETTELO

Millaisia muistisairauksia on olemassa ja mitä erityispiirteitä niihin liittyy?

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Aineiston nimi	Aineiston sisältö	Keskeiset tulokset
Sulkava, R., Viramo, P. ja Eloniemi-Sulkava, U 2006	Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle	Dementia ja muistisairaahan käytöshäiriöt	
Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. ja Eloniemi-Sulkava, U. 2007	Kohtaamisia dementiahoidon arjessa – Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta	Muistisairaahan kokemuksia omasta hoidostaan	Esimerkkejä hyvistä ja huonoista käytännöistä työelämään.
Erkinjuntti, T. 2008	Dementia ja muistihäiriöt	Dementian oireet ja luokittelu	
Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J., Huovinen, M. 2009	Muistatko? Muisti ja sen sairaudet	Muistisairaudet	
Erkinjuntti, T. ja Huovinen, M. 2008	Kun muisti pettää	Muisti ja muistisairaudet	
Erkinjuntti, T., Rinne, J. ja Soininen, H. 2010	Muistisairaudet	Muistisairaudet, dementia	
Eloniemi-Sulkava, U. ja Savikko, N. 2011	MielenMuutos pitkäaikais- hoidossa	Käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen	Havainnoinnit osoittivat, että interventioryhmän asukkaiden elämänlaatu ja hyvinvointi vuorovaikutustilanteissa olivat kohonneet merkittävästi vertailuryhmään verrattuna.
Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012	Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi	Muistisairaudet Suomessa	
Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. ja Forder, M. 2014	Muistisairaahan kuntouttava hoito	Muistisairaahan hoito ja kuntouttaminen, omatoimisuuden ylläpitäminen	

Synnöve, C. 2014	Miten muisti on selitettävissä?	Muisti ja muistin synty	
Pesonen, H. 2015	Managing life with a memory disorder: the mutual processes of those with memory disorders and their family caregivers following a diagnosis	Tutkimus muistisairaiden ja omaishoitajien elämänhallinnan prosesseista muistisairausdiagnoosin varmistumisen jälkeen	Perheet pyrkivät selviytymään muuttuvassa elämäntilanteessaan huomioidulla käytettävissä olevat voimavarat, hyödyntämällä merkityksellistä sosiaalista tukea ja tavoittelemalla elämää tässä ja nyt.
Käypä hoito 2017	Muistisairaudet	Muistisairaudet ja käytösoireet	
Suhonen, J., Pirttilä, T., Eekinjuntti, T., Koponen, H., Makkonen, M., Puurunen, M., Rairvio, M., Rinne, J., Rosenvall, A., Strandberg, T., Vanninen, R. ja Vataja, R. 2017	Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito	Miten muistisairaudet diagnosoidaan ja kuinka niitä hoidetaan	

Mitä asioita muistisairaahan ohjaamisessa tulisi ottaa huomioon keuhkojen natiiviröntgentutkimuksessa?

Tekijä(t), julkaisuvuosi	Aineiston nimi	Aineiston sisältö	Keskeiset tulokset
Suomen röntgenhoitajaliitto 2000	Röntgenhoitajan ammattietikka	Röntgenhoitajan eettiset ohjeet	
Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E. ja Teronen, O. 2005	Radiologia	Radiologiset tutkimukset ja -toimenpiteet	
Opetusministeriö 2006	Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon	Röntgenhoitajan työnkuva ja ammatilliset osaamisvaatimukset	
Mustajoki, P. ja Kaukua, J. 2008	Keuhkojen röntgenkuvaus (thoraxkuva)	Keuhkokuvaus ja diagnostiikka	
Mäkisalo-Ropponen, M. 2011	Vuorovaikutustaidot sosi-aali- ja terveysalalla	Vuorovaikutus ja vuorovaikutuksen muodot	
Pohjavirta, H. 2012	Onko tänään eilen – Tun- teva-opas muistisairaita hoitaville	Tietoa muistisairauksista ja muistisairaahan tarpeista	
Järvenpää, R. 2012	Thoraxkuva tänään	Keuhkokuva ja kuvan diagnostiikka	
Eskelinen, S. 2013	Röntgentutkimukset	Radiologiset kuvantamis- menetelmät ja tutkimuk- sen tarpeen arviointi	
Hultqvist, A. 2013	Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä	Muistisairaahan hoitaminen ja kohtaaminen	Pienellä alle 15 potilaan osastolla toimitaan usein taitavasti -mallin mukaisesti, kun taas keskisuur- ella ja suurella osastolla esiintyy harvemmin taita- vasti toimimista. Työpaik- kaansa tyytyväiset hoita- jat toimivat usein taita- vasti -mallin mukaisesti.
Burakoff, K. ja Haapala, P. 2013	Kohdaten	Opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa	

Kääriäinen, M. ja Kyn- gäs, H. 2014	Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite	Potilaan ohjaaminen	
Freeman, C. 2015	Caring for people with de- mentia: a clinical practice guideline for the radiog- raphy workforce (imaging and radiotherapy)	Röntgenhoitajan työnkuva ja muistisairaahan potilaan kohtaaminen kuvantamis- tutkimuksissa	Röntgenhoitaja huomioi muistisairaahan ja hänen erityistarpeensa, tulok- sena selkeitä ohjeita muistisairaahan ohjaami- seen.
Blanco Sequeiros, R., Koskinen, S., Aronen, H., Lunbom, N., Vanni- nen, R., Tervonen, O. ja Ahvenjärvi, L. 2017	Kliininen Radiologia	Radiologiset tutkimukset ja -toimenpiteet sekä diagnostiikka	

