



SAVONIA

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

RÖNTGENHOITAJAN VALMIUDET KOHDATA TYÖSSÄÄN MUISTISAI- RAS POTILAS

Kyselytutkimus röntgenhoitajille

TEKIJÄ/T: Aapo Kinnunen
Jarna Pekkarinen

Koulutusala Sosiaali-, terveyst- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Röntgenhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Aapo Kinnunen ja Jarna Pekkarinen	
Työn nimi Röntgenhoitajan valmiudet kohdasta työssään muistisairas potilas	
Päiväys	21.10.2020
Sivumäärä/Liitteet	51/2
Ohjaajat Leena Tikka, yliopettaja ja Pirjo Leppäsaari, lehtori	
Yhteistyökumppanit Tampereen ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden kuvantamiskeskukset	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Muistisairaat ovat tulevaisuudessa jatkuvasti kasvava ja merkittävä potilasryhmä Suomessa. Muistisairauksia diagnosoidaan paljon erilaisin kuvantamistutkimuksin, joten röntgenhoitajat tulevat kohtaamaan muistisairaita työssään jo tässä vaiheessa sekä hyvin mahdollisesti myös sairauden edetessä. Muistisairaiden hyvän kohtaamisen ja potilas -ja työturvallisuuden pohjaksi terveydenhuollossa on paljon teoretietoa ja suositeltuja ohjeistuksia. Teorian pohjalta tiedetään miten muistisairaat tulisi kohdata, mitä muistisairauksista tulisi tietää, mitkä ohjaamisen keinot ovat muistisairaille erityisen toimivia ja millaisia ennakoivaltautumisia kuvantamiseen on tarpeen tehdä esimerkiksi ajankäytöllä, lääkityksillä ja apuvälinein.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kyselytutkimuksella kahden yliopistosairaalan isotooppi- ja radiologisilla osastoilla työskentelevien röntgenhoitajien valmiuksia kohdata muistisairas potilas. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää röntgenhoitajien asenteita muistisairaita potilaita kohtaan. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa tutkimuksen tilaajille muistisairaahan potilaan palvelujen laadun kehittämiseen radiologisissa tutkimuksissa. Yhteistyökumppaneina opinnäytetyössä olivat Tampereen ja Oulun yliopistollisten keskussairaaloiden kuvantamiskeskukset. Tutkimus toteutettiin sähköisesti Webropol-kyselynä ja siihen vastasi 71 röntgenhoitajaa.</p> <p>Röntgenhoitajien vastausten perusteella muistisairauksista on jonkin verran tietämättömyyttä ja lisää täsmäkoulutusta toivottiin työpaikoille. Puutetta oli yleisissä tiedoissa muistisairauksista, sen oireista ja ohjaamisen keinoista. Röntgenhoitajilla oli epävarmuuden tunnetta omista taidoistaan ja rajallisesti mahdollisuuksia lisätä kohtaamisen laatua työssään. Puutetta koettiin muistisairaille täsmällisistä ohjaamisen keinoista. Koulutusvaiheesta juuri kukaan ei katsonut saaneensa riittävästi tietoa muistisairauksista työelämätarpeisiin.</p> <p>Jatkossa röntgenhoitajan koulutukseen voisi sisällyttää nykyistä enemmän tietoa muistisairauksista. Näin lisättäisiin tulevien röntgenhoitajien valmiuksia ymmärtää ja kohdata muistisairauspotilaita, joiden määrä on alati kasvava. Myös täsmäkoulutuksen sisältöä ja toteutusta työelämään voisi kehittää.</p>	
Avainsanat Röntgenhoitaja, muistisairaudet, Alzheimer, Parkinson	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Radiography and Radiation therapy			
Authors Aapo Kinnunen & Jarna Pekkarinen			
Title of Thesis Radiographer's acquirments for meeting patient with memory disease			
Date	21.10.2020	Pages/Appendices	51/2
Supervisors Senior lecturer Pirjo Leppäsaari & Senior teacher Leena Tikka			
Partners Imaging Services of Oulu University Hospital and & Tampere University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>In the future patients with memory diseases are a significant and constantly growing patient group in Finland. Because memory diseases are diagnosed with many different imaging examinations, radiographers will face patients with memory diseases a lot in their work at this point, and probably along the way when the disease advances. There is a lot of theoretical information and recommended guidelines in health care on how memory patients should be encountered. Generally, radiographers should know about memory diseases and symptoms and be aware of the patient guidance practices that are especially usable with memory patients. There are also recommendations on what kind of preparing acts radiographers should make, such as longer appointment, pre-medication and ensuring availability of assistive moving aid devices.</p> <p>The purpose of the study was to find out with survey the abilities of radiographers working in isotope- and radiological departments to face a patient with memory disease. Radiographers' attitudes towards memory patients were also studied. The aim of the study was to provide information to work units for the development of the quality of services for patients with memory diseases in radiological examinations. The partners of the thesis were Imaging department of Tampere University Hospital and Imaging department of Oulu University Hospital. The study was conducted as a Webropol-survey and it was responded by 71 radiographers.</p> <p>Based on the results of the study, radiographers seem to have some unawareness of memory diseases and more specific training was requested for the workplaces. There was lack of general knowledge of memory diseases, its symptoms and a variety of patient encountering skills. Radiographers had a sense of uncertainty about their own skills, had limited opportunities to improve the quality of patient encountering, and they felt that they did not have precise means of guidance. Hardly anyone felt they had received enough information about memory diseases in radiographers' training phase to meet the needs of working life.</p> <p>In the future, more information about memory diseases could be included in radiographers' education. This would increase the ability of future radiographers to understand and deal with the ever-increasing number of patients with memory diseases. The content and implementation of targeted training in working life could also be developed.</p>			
Keywords Radiographer, memory diseases, Alzheimer's disease, Parkinson's disease			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	ERILAISET MUISTISAIRAUDET	7
2.1	Alzheimerin tauti (AT)	8
2.2	Lewyn kappaletauti (LK-tauti)	8
2.3	Parkinsonin tauti	8
2.4	Aivoverenkierrosairauksista johtuvat muistisairaudet	9
2.5	Harvinaiset suomalaiseseen tautiperimään kuuluvat muistisairaudet.....	9
3	MUISTISAIRAIDEN DIAGNOSTIIKKA RADIOLOGISILLA KUVANTAMISTUTKIMUKSILLA	11
3.1	Magneettikuvaus.....	11
3.2	Tietokonetomografiakuvaus.....	11
3.3	Isotooppikuvaukset SPET ja PET	12
3.4	Natiiviröntgen- ja ultraäänikuvaukset	12
4	RÖNTGENHOITAJAN OSAAMISTARPEET MUISTISAIRAAN KANSSA	14
4.1	Muistisairaahan potilaan oikeuksista	14
4.2	Muistisairaahan hyvä kohtaaminen	15
4.3	Muistisairas radiologisella osastolla.....	16
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	19
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
6.1	Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko	20
6.2	Aineistonkeruu tutkimukseen	21
6.3	Kyselylomakkeen laadinta.....	21
6.4	Tulosten analysointi	22
7	KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET.....	23
7.1	Taustakysymykset.....	23
7.2	Röntgenhoitajien tiedot muistisairauksista	25
7.3	Röntgenhoitajien asennoituminen muistisairaita potilaita kohtaan	27
7.4	Röntgenhoitajien osaamistarpeet muistisairaiden kohtaamisessa.....	28
7.5	Röntgenhoitajan valmistautumismahdollisuudet muistisairaahan potilaan saapumiseen osastolle	30
8	POHDINTA.....	32
8.1	Röntgenhoitajien tiedot muistisairauksista	32
8.2	Röntgenhoitajien asennoituminen muistisairauksiin	32

8.3	Valmistautuminen ja osaamistarpeet muistisairaahan kohtaamiseen	33
8.4	Luotettavuus ja eettisyys.....	36
8.5	Tutkimusprosessin haasteet.....	38
8.6	Ammatillisen osaamisen kehittyminen	38
8.7	Jatkotutkimusehdotukset.....	39
LÄHTEET		40
LIITTEET.....		44

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen aihe ”Röntgenhoitajan valmiudet kohdata muistisairas potilas” on ajankohtainen väestön ikääntyessä ja muistisairauksien yleistyessä. Muistisairaita kohdetaan kuvantamisessa jo senkin vuoksi, että kuvantaminen on tärkeä osa muistisairauksien diagnostiikkaa (Erkinjuntti, Mäntylä, Rinne, Salonen, Valanne ja Vanninen 2015, 392–417) ja muistisairauden edetessä ja motoriikan heikentyessä potilaan riski saada luunmurtumia kasvaa (IOF 2017).

Muistisairaus on aivojen säätelmään toimintaan vaikuttava etenevä ja aivokudosta rappeuttava kuolemaan johtava sairaus. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Parkinsonin tauti ja Lewyn kappaletauti. Muistisairauksien oireisiin kuuluvat käyttäytymisen ja persoonan muutokset, motoriikan eli liikkeen hallinnan vaikeutuminen, muistiongelmia, ymmärryksen heikentyminen ja aistimuutokset. Muistisairauksiin kuuluu usein myös vaikeus tuottaa puhetta tai ymmärtää sitä (afasia), aistimisvaikeudet ja harhat (agnosia), käyttäytymisen muutokset sekä alentunut kyky toimia rationaalisesti ja aika- ja paikkaorientoituneesti. Muistisairaus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan toimintakykyyn. (Erkinjuntti, Remes, Rinne ja Soininen 2015, 18–22.) Muistisairas ei myöskään koe kipua samalla lailla kuin terve, eikä hän välttämättä osaa sitä ilmaista. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta ymmärrystä ja tietoa sairaudesta, että kivun merkit osataan tunnistaa. Kivun kokemus saattaa tulla ilmi ainoastaan potilaan levottomuutena, aggressiivisuutena tai muutoksina elintoiminnoissa. (Hallikainen ja Nukari 2017, 156–157.)

Muistisairaana potilaan ymmärryksen alennuttua ohjaaminen voi olla haasteellista ja itsemääräämiskyvyn arviointi voi olla hankalaa. Tilanteet muistisairaiden kanssa voivat olla yllättäviä ja aggressiiviset purkaukset potilailta ovat mahdollisia aiheuttaen potilas- ja työturvallisuudelle vaaratilanteita. Taudin edetessä motoriset ongelmat aiheuttavat helposti pulmia niin ajankäytöllisesti kuin siirtymistilanteiden turvallisuuteen. Nämä haasteet muistisairaiden potilaskohtaamisissa kuuluvat tyypillisesti muistisairaudesta johtaviksi, kuten mm. Erkinjuntti ym (2015) kertovat oireita laajasti muistisairauksia käsittelevässä teoksessa Muistisairaudet. Röntgenhoitajillakin on kirjavia käsityksiä ja ajatuksia muistisairaiden hoidossa, ja myös ennakoasenteilla on vaikutusta potilaskohtaamisen sujumiseen. Alastalon, Erholan ja Kehusmaan tutkimus 2017 muistisairaana hoidon toteutumisesta osoitti, että epäselvyyttä ja taidonpuutteita on hoitajillakin. Sama päätelmä löytyy myös Challen, Low`n ja McEnteen Australialaisesta tutkimuksesta vuodelta 2018.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kyselytutkimuksella kahden yliopistosairaalan isotooppi- ja radiologisilla osastoilla työskentelevien röntgenhoitajien valmiuksia kohdata muistisairas potilas. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää röntgenhoitajien asenteita muistisairaita potilaita kohtaan. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa tutkimuksen tilaajille muistisairaana potilaan palvelujen laadun kehittämiseen radiologisissa tutkimuksissa.

2 ERILAISET MUISTISAIRAUDET

Muistisairauksista yleisimmät ovat Alzheimerin tauti (AT), Lewyn kappaletauti (LK-tauti), Parkinsonin tauti ja erilaiset aivoverenkiertosairauksien myötä kehittyvät muistisairaudet. Alzheimerin tauti on noin 70 %:lla muistisairaista. Sairastuneilla muistisairaus voi olla myös sekamuotoinen, jossa tyypillisiä oireita ja aivomuutoksia on havaittavissa useasta eri muistisairaudesta. Dementia ei ole tauti itsessään vaan oirediagnoosi jonkin muistisairauden tai aivovamman aiheuttamana jälkitilana. (Erkinjuntti, Remes, Rinne ja Soininen 2015, 18–22.)

Suomessa ei ole tarkkaa tilastoa muistisairaiden määrästä, mutta eri rekistereistä ja väestön ikärakenteesta on arveltu nykyhetkessä sairastavia olevan jopa 193 000, ja sairastavuuden kasvun on ennustettu kiihtyvän. Enimmäkseen muistisairaudet ilmenevät iäkkäillä, ja 75 % pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista sairastaa muistisairautta. Työikäisiä muistisairaita Suomessa on noin 7000. (THL 2018.) 2000-luvulta lähtien ikääntyvien ja eläkeläisten määrä on ollut nousussa, kun taas työikäisten määrä on laskenut (Tilastokeskus 2018). Vuonna 2060 keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaita ennustetaan olevan Suomessa jopa 240 000, kun vuonna 2013 heitä arveltiin olevan 93 000 (Sulkava ja Viramo 2015, 35).

Joillakin elintavoilla ja muistisairauden puhkeamisella on olemassa vähintäänkin sekundäärinen yhteys. Tutkimuksilla on osoitettu, että ylipaino, diabetes, kohonnut verenpaine ja valtimotaudit ovat muistisairauksien riskitekijöitä. Niitä voi ennaltaehkäistä terveellisellä ruokavaliolla, fyysisellä aktiivisuudella, tupakoimattomuudella ja riittävällä unensaannilla. Muistisairauden kehittyminen on pitkäkestoinen prosessi, joka usein nähdään alkavan keski-ikäen elämäntapavalinnoista. Ennaltaehkäisyyn ja elämäntapakorjauksiin on tärkeää havahtua viimeistään keski-ikässä, jolloin haitallinen kolesteroli ja verenpaineen nousu usein alkavat. (Kivipelto ja Strandberg 2017.) On tehty myös useita tutkimuksia ilmansaasteiden vaikutuksesta muistisairauksien riskitekijöinä, yksi tuoreimmista Enerothin, Granden ja Ljungmanin tutkimus vuodelta 2020.

Alkoholin suurkulutus saattaa olla eteneviin muistisairauksiin yksi osatekijä. Syyt alkoholin myötävaiikutukseen ovat sekundäärisiä ja moninaisia, kuten päihtyneenä helposti saadut tapaturmaiset päavammat, puutokset muussa ravitsemuksessa (erityisesti tiamiinin puutos), metaboliset muutokset sekä maksan toimintahäiriöistä johtuvat enkefalopatiat (aivosairaudet). On todettu, että muistisairauspoliklinikoiden asiakkaista viidenneksellä ja pitkäaikaishoidossa olevista muistisairaista kolmanneksella on taustallaan alkoholin suurkulutusta. Myös joka neljäs yli 65-vuotias alkoholin suurkäyttäjä on muistisairas. (Vataja 2016.) Vuonna 2018 julkaistussa Näin Suomi juo-kirjassa todetaan, että pitkäaikaisen alkoholin käytön haittojen riskiryhmään kuuluu 564 000 suomalaista. (Lintonen ja Mäkelä 2018).

2.1 Alzheimerin tauti (AT)

Alzheimerin tauti jaetaan perinnölliseen ja myöhäisiän muotoon. AT:n eteneminen jakaantuu oireetomaan, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan tautiin. AT johtaa potilaan kuolemaan keskimäärin 2–12 vuodessa ja on muistisairauksista yleisin. Tauti tuhoaa potilaan hermosoluja aivoissa muodostaen neurofibrillimuutoksia ja aikaansaa aivoissa atrofiaa eli kudostuhoa. Sisemmän ohimolohkon muutokset vaikuttavat erityisesti muistiin, mutta taudin edetessä se vaikuttaa muuallakin aivoissa, ja vaikutus näkyy vaurioituneen alueen ohjaamissa toiminnoissa. (Erkinjuntti, Hallikainen, Remes 2015, 119–136.)

Usein ensimmäinen oire taudista on muistiongelmia, mutta oirekuva muuttuu taudin edetessä kirjavammaksi. Keskivaikean taudin oireita ovat mm. hallusinaatiot, sekavuus, eksyminen, jokapäiväisten perustoimintojen (ADL=All Daily Life) osittainen unohtaminen, ilmeettömyys, jäykkyys, masennus ja erilaiset pelot. Vaikeaan tautiin kuuluvat edellisten lisäksi myös vaikeat motoriset puutteet, pidätyskyvyttömyys, suuri avuntarve ADL-toimissa, käytöshäiriöt ja niihin liittyvät tunnepurkaukset. Tauti todetaan yli 6 kk kestäneen kliinisen oireiston perusteella sekä kuvantamisesta ja laboratoriotutkimuksista tehdyin löydöksiin. (Erkinjuntti, Hallikainen ym.2015, 119–136.)

2.2 Lewyn kappaletauti (LK-tauti)

Lewyn kappale-tauti on etenevä aivoja rappeuttava sairaus. Sen tyypillinen toteamiskä on 50–80-vuotiailla, ja se johtaa kuolemaan 2–12 vuodessa. Kliinisen oireiston perusteella AT:n, LK-taudin ja Parkinsonin erottaminen on usein vaikeaa tai mahdotonta, ja Lewyn kappale-tauti onkin usein sekamuotoinen kombinaatio. (Rinne 2015, 165–170.)

Taudin oireina ovat hitaahko muistin heikentyminen, motoriset ongelmat, hallusinaatiot ja paranoidi käytös. Erityispiirteinä LK-taudissa on toistuvat ja yksityiskohtaiset näköharhat. Tautia sairastavien aivoista on löydettävissä nk. Lewyn kappaleita, jotka ovat patologisia muutoksia. Kuvantamisesta LK-taudin toteamiseen on apua vain PET -ja SPET- isotooppikuvauksista, joissa saatetaan todeta ohimo-päälaki- ja otsalohkojen verenkierron ja metabolian huonontumista. (Rinne 2015, 165–170.)

2.3 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tautia todetaan eniten keski-ikäisistä vanhuusikäen, ja Suomessa sitä sairastavia on arviolta 10 000 henkilöä. Parkinsonin tauti liitetään usein Lewyn kappale-tautiin, ja niiden erottaminen on vaikeaa. Oireiston esiintymisjärjestyksen mukaan on ehdotettu, että jos tiedonkäsittelyn oireet tulevat 12 kk ennen ekstrapyramidaalisia (motoriikan liikehäiriöitä), kyseessä olisi LK-tauti. Päinvas-taisessa tapauksessa ekstrapyramidaalisten oireiden tullessa ensin, potilaalla olisi Parkinson. Parkinsonin taudin oireet johtuvat dopamiinin puutteesta aivojen tyvitumakkeissa. (Karrash ja Rinne 2015, 157–161.)

Oireina Parkinsonin taudissa ovat hitaasti etenevät motoriikan vaikeudet, kuten jatkuva vapina, jäykkyys, töksähtelevät liikkeet, autonomisen hermoston oireet sekä masennus. Muistioireita esiintyy

dementiatasolle asti, mutta muistioireiden ongelmallisuus on usein miedompaa kuin AT:ssa. Parkinsonin tautia voidaan hoitaa dopamiinienergisillä lääkkeillä, kuten Levodopa ja entakaponi. (Karrash ja Rinne 2015, 160–164.)

2.4 Aivoverenkiertosairauksista johtuvat muistisairaudet

Aivoverenkierron sairaudet (Vascular Cognitive Impairment, VCI) ovat syynä noin 15–20 % muistisairauksista. Tauti voi olla joko pienten tai suurten aivoverisuonten alueella, ja samanaikaisesti potilaalla voi olla muukin todettu muistisairaus, kuten Alzheimerin tauti. Kuvantamisessa voidaan nähdä eriasteisia aivoverenvuotoja tai infarkteja, joiden jälkitilana muistisairaus kehittyy. (Erkinjuntti, Jokinen ja Melkas 2015, 137–138.)

Oireisto riippuu verisuonivaurion kohdasta ja laajuudesta aivoissa, mutta usein hitaammin kehittyvässä pienten suonten taudissa oireina on pääosin tiedonkäsittelyn vaikeutta, afasiaa, ja neglect-oireita eli toispuoleista huomioimattomuutta. Suurten suonten tauti kehittyy usein nopeasti ja oireet ovat hankalampia. Ne voivat aiheuttaa potilaalle edellisten lisäksi mm. pareeseja eli halvauksia, näkökenttäpuutoksia, muistioireita, persoonamuutoksia ja tasapainovaikeuksia. (Erkinjuntti, Jokinen ym. 2015, 142–146.)

2.5 Harvinaiset suomalaiseseen tautiperimään kuuluvat muistisairaudet

Suomalaisten tautiperimään kuuluvia parantumattomia muistisairauksia ovat Nasu-Hakolan-, Cadasil- ja Huntingtonin taudit sekä otsa-ohimolohkorappeuma. Ne ovat selvästi muita muistisairauksia harvinaisempia esiintyvyydeltään, geneettisesti perinnöllisiä ja puhkeavat usein jo nuorilla työikäisillä. Nämä taudit todetaan kuvantamisen lisäksi varmistavalla geenitestauksella.

Nasu-Hakolan tautia sairastavia on Suomessa vain muutamia kymmeniä ja maailmassakin vain noin pari sataa potilasta. Tauti periytyy resessiivisesti eli peittyvästi ja puhkeaa jo nuorilla aikuisilla. Oireina on aluksi kystisiä luumuutoksia, nivelkipuja ja raajojen turvotusta, ja luunmurtumia esiintyy tavallista enemmän. Aivomuutokset (atrofia ja kalkkikertymät) tulevat taudin edetessä ja tauti johtaa kuolemaan usein jo keski-ikässä. (Pirttimäki 2007)

Cadasil-tauti on geenivirheestä alkava, dominantisti eli vallitsevasti perinnöllinen tauti. Se vaikuttaa pienten suonten supistumiseen koko kehossa, vaikka tuntuvimmat oireet tulevat aivojen suonten vaurioitua lukuisista pikkuinfarkteista. Tautiin ei ole parantavaa hoitoa. Cadasil-taudista käytetään myös nimitystä moni-infarktitauti. Suomessa geenivirhettä on todettu 50 suvussa, ja sairastuneita on noin 250 kpl. (Pöyhönen ja Roine 2015.)

Huntingtonin tauti on geenivirheestä johtuva, nuorena aikuisena puhkeava tauti, jota ei voida parantaa. Esiintyvyys ja perinnöllisyys Suomessa on noin 200 sairastunutta, ja geenivirhe periytyy siinäkin vallitsevasti. Huntingtonin taudissa muisti- ja persoonamuutosten lisäksi näkyvimmit oireet ovat pakkoliikkeitä ja vapinaa, josta syystä tautia on kutsuttu myös tanssitaudiksi. (Martikainen 2015.)

Otsa-ohimolohkorappeuma eli FTD on myös geenimutaation aikaansaama, ja tämä mutaatiotyyppi on suomessa paljon yleisempi kuin maailmalla. Taudille tyypilliset oireet ovat afasia ja muutokset persoonassa ja käytöksessä, riippuen siitä onko rappeumaa enemmän ohimo- vai otsalohkossa. Varsinaiset muistioireet ovat vähäisiä. FTD johtaa kuolemaan muutamassa vuodessa. (Haanpää, Junttila, Remes, Suhonen ja Solje 2018.)

3 MUISTISAIRAIDEN DIAGNOSTIIKKA RADIOLOGISILLA KUVANTAMISTUTKIMUKSILLA

Muistisairauksia voidaan diagnosoida kuvantamisen erilaisilla menetelmillä, kuten isotooppikuvauksella, tietokonetomografia- tai magneettikuvauksilla. Kuvantamisessa löydetään aivoissa tapahtuvat muutokset, kuten vuodot, tukokset, tai kasvaimet. Kuvantaminen tulisikin tehdä mahdollisimman pian jo tautia epäillessä. (Erkinjuntti, Mäntylä ym. 2015, 392–399.) Parkinsonin tautia voidaan tutkia jo ennen oireiston kehittymistä isotooppikuvauksella. Magneettikuvausta sekä tietokonetomografiakuvausta käytetään myös yleisesti erilaisten muistisairauksien diagnostiikassa, näillä voidaan selvittää niiden tunnusomaisia piirteitä (esim. kuduskato eli atrofia) aivojen rakenteessa. (Erkinjuntti, Mäntylä, ym. 2015, 392–417.)

Muistisairaat voivat sairastua myös sekundäärisesti muistisairauden oireistosta johtuvasti tai muistisairaudestaan riippumatta kuten kuka tahansa. Tällöin kuvausindikaation mukaisesti tarpeen voi olla mikä tahansa kuvantamismodaliteetti muutoinkin kuin muistisairautta diagnosoitaessa. Murtumaepäilyt kuvannetaan yleisesti natiiviröntgenkuvauksilla. Muistisairauden oireistoon kuuluvien virtsaamisongelmien onkin osoitettu lisäävän mm. lonkkamurtumia, kun jatkuvat yöllisetkin wc-käynnit aiheuttavat kaatumisia (Kaukua ja Mustajoki 2008).

3.1 Magneettikuvaus

Magneettikuvaus (MRI, Magnetic Resonance Imaging) on tarkan erottelukyvyn kuvaus ilman ionisoivaa säteilyä, jossa hyödynnetään magneettikenttien ja radiotaajuuksien aikaansaamia vetyatomien virstytiloja. Magneettitutkimusta pidetään parhaana aivojen kuvantamisen menetelmänä sen tarkan kudoserottelukyvyn vuoksi, eikä se aiheuta ihmiselle haittaa. Magneettitutkimuksen kudoserottelua voidaan tehostaa Gadolinium-yhdisteellä. (Soinila ja Valanne 2015.)

Magneettitutkimus on esimerkiksi Alzheimerin taudin varhaisdiagnostiikan suositeltava kuvantamistutkimus, jossa saadaan selville taudille tyypilliset aivoatrofia-alueet: hippokampus, otsa- ja ohimolohkot sekä kortikaali- eli aivokuorikerros. Magneettikuvauksen tulokinnassa avuksi on kehitetty tekoälyohjelmia, jolla voidaan automatisoidusti ja objektiivisesti mitata muutoksia. (Hallikainen, Herukka, Hokkanen, Koivisto, Lötjönen, Paajanen, Rinne ja Vanninen 2018.) Aivojen kuvantamisen lisäksi magneettitutkimus sopii hyvin esimerkiksi vatsan alueen sekä tuki- ja liikuntaelimiin kuvaukseen hyvän tarkkuutensa vuoksi. (Niskanen, Lauerma, Kivisaari, Perhomaa, Tanskanen 2016.)

3.2 Tietokonetomografiakuvaus

Tietokonetomografiakuvaus (TT, CT = Computed Tomography) on ionisoivaa röntgensäteilyä käytävä viipalekerroskuvaus, jolla saadaan tarkka kudosten erottelukyky. TT-kuvaus on hyvä ja nopea tutkimus, mutta aiheuttaa potilaalle suuren säderasituksen. Muistisairautta diagnosoitaessa TT-kuvauksella varjoaineavusteisesti voidaan tehdä aivojen mikroverenkierron tutkimus, perfuusio-TT, aivoinfarktien ja vuotojen jälkitilat tai kuvata poissulkumielessä kasvaimia. (Soinila ja Valanne 2015.)

Tietokonetomografiaa voidaan käyttää hyvin myös esimerkiksi koko vatsan, keuhkojen sekä nenän sivuonteloiden kuvaukseen, sekä erilaisiin verisuonitutkimuksiin. TT-kuvauksen etuina ovat nopeus sekä tarkkuus. (Kortesniemi ja Lantto 2015.)

Potilaan liike aiheuttaa kuvaan häiriöitä. MRI-kuvausta nopeampaa TT-kuvausta käytetäänkin muistisairaana kuvantamisessa etenkin, jos potilas ei voi olla kauaa paikallaan, tai ensisijaiseksi suositeltua MRI-kuvausta ei muista syistä voida tehdä. Muistisairautta tutkittaessa TT-kuvauksella on tärkeää näkyä kuorikerrosta ja hippokampukset, joiden muutokset ovat tyypillisiä muistisairauden kehittyessä. (Erkinjuntti, Mäntylä, ym. 2015, e-kirja.)

3.3 Isotooppikuvaukset SPET ja PET

SPET eli (yksifotoniemissiotomografia) ja PET (positroniemissiotomografia) ovat radioaktiivisia isotooppeja (radionuklideja) hyödyntäviä kuvantamistutkimuksia. Potilaalle annetaan radionuklidin ja kantoaineen muodostama radiolääke, joka kulkeutuu spesifisti kohteeseensa elimistössä. Radionuklidin hajoaminen elimistössä tuottaa gammasäteilyä, joka havaitaan PET- tai gammakameralla. Isotooppitutkimukset ovat toiminnallisia tutkimuksia, joihin usein liitetään TT-kuvaus antamaan anatomista paikkatietoa, jossa taudille tyypilliset merkkiainekertymät ovat. Kuvauksista saatavat leikkeet fuusioidaan päällekkäin, kun radiolääkekertymät voidaan sijoittaa oikeille anatomisille paikoille. Yleisiä kohteita aivojen lisäksi isotooppikuvantamisessa ovat luusto, munuaiset, sydän, keuhkot sekä kilpirauhanen. (Saarakkala 2017.)

Isotooppikuvantamisella voidaan kuvantaa ja tutkia aivoihin kulkeutuvien merkkiaineiden aivojen aineenvaihduntaa, verenvirtausta ja taudista kertovien valkuaisaineiden kertymiä, joihin radiolääke sitoutuu. PET-merkkiaineita on FDG:n (Fluorodeoksiglukoosi) lisäksi useita, jotka on hyväksytty osaksi Alzheimer-diagnostiikkaa. Näillä voidaan tutkia esim. Beta-amyloidin ja Tau-proteiinin kertymistä erityisesti otsa- ja päälaenlohkojen alueille. SPET-kuvantamisella taas saadaan tietoa erityisesti aivojen verenkierrosta. Isotooppikuvantamista käytetään myös erotusdiagnostiikassa Lewyn kappaletaudin ja Alzheimerin taudin välillä. (Rinne 2016.)

3.4 Natiiviröntgen- ja ultraäänikuvaukset

Röntgensäteily on ionisoivaa säteilyä, joka kerryttää potilaaseen säteilyannosta. (Nieminen 2017). Röntgenkuva muodostuu kudosten tiheyseroista: tiheä kohde, kuten luu, läpäisee säteilyä huomattavasti vähemmän näkyen kuvassa valkoisena. Tiheydeltään harvemmat (pehmytkudos ja nesteet) läpäisevät säteilyä enemmän näkyen kuvassa tummana. Natiiviröntgenkuvausta käytetään perustutkimuksena enimmäkseen luumurtumaepäilyissä, mutta hyvin yleinen natiivikuvausindikaatio on myös pneumonia- eli keuhkokuume-epäily. (Eskelinen 2013.)

Ultraääni- eli kaikukuvantaminen perustuu ääniaallon pitkäikäiseen etenemiseen väliaineessa mekaanisena värähtelynä. Ultraääni ei tuota ionisoivaa säteilyä eikä siten kerrytä potilaalle säteilyannosta,

vaan kuvanmuodostus perustuu kaiun takaisinheijastukseen kudoksen rajapinnoista. Ultraäänikuvantaminen on nopea ja edullinen, helposti saatavilla oleva ja turvallinen menetelmä hyvällä paikanerotuskyvyllä. (Saarakkala 2017.)

Yleisimmin ultraäänellä tutkitaan sydäntä ja verisuonia, ja kehon pehmytosakudoksia. Suomessa tehdään joka vuosi yli puoli miljoonaa ultraäänitutkimusta. (STUK 2015.) Muistisairauksien yleisiin oireisiin kuuluu erilaiset virtsaamisvaivat, kuten inkontinenssi eli virtsankarkailu. Etenkin Parkinson-potilailla virtsaoireet ovat erittäin tavallisia ja voivat tuoda tarpeen myös erilaisille ultraääniohjatusti asennettaville kestokatetreille. (Nuotio 2012.) Virtsaelinten tutkimukset tehdään usein ensisijaisesti ultraäänellä.

4 RÖNTGENHOITAJAN OSAAMISTARPEET MUISTISAIRAAN KANSSA

Röntgenhoitajan koulutukseen kuuluu monipuolisesti tietoa ihmisen sairaanhoidosta ja sairauksista, mutta valtaosin koulutuksessa keskitytään säteilyn turvalliseen käyttämiseen terveydenhuollossa (Opetussuunnitelmat 2019). Röntgenhoitajan koulutuksessa potilaan kohtaaminen ja ohjaus on ollut tärkeässä roolissa. Erityisesti muistisairaudet ja muistisairaana potilaan kohtaaminen on huomioitu eri asiayhteyksissä kuitenkin vain vähäisesti, vaikka muistisairaajat ovat ja tulevat olemaan iso osa potilasvirtaa.

Society of radiographers (SOR) mainitsee vuonna 2015 julkaistussa ohjeessaan muistisairaita kuvantaville ja hoitaville ammattilaisille, että muistisairas potilaana voi olla haaste työntekijöiden ammatillisuudelle ja asenteellisuudelle. Myös kuvantamisen henkilökunnan täsmällisen koulutuksen tärkeyttä muistisairauksista korostetaan, koska tieto sairauden piirteistä auttaa hoitajaa ymmärtämään muuttuvia tilanteita ja oireistoja, joita hän muistisairaana kanssa työskennellessään ehkä kohtaa. Röntgenhoitajan on tiedettävä muistisairauksista yleisesti ja oltava perillä muistisairauksien tuomista piirteistä potilaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Muistisairaana oikeanlainen ja potilaskohtainen ohjaaminen on olennainen osa niin potilas- kuin työturvallisuutta. Ohjeessa mainitaan myös, että muistisairaana muiden hoitajien ja omaisten tietoja olisi hyvä voida hyödyntää potilaan hoidossa.

Myös Suomen röntgenhoitajaliitto on julkaissut vuonna 2000 ohjeen röntgenhoitajan ammattietikasta. Röntgenhoitajan kuuluu suhtautua jokaiseen potilaaseen yhtä hyvin yksilöllisen tarpeen mukaisesti, riippumatta hänen terveysongelmastaan tai persoonastaan. Röntgenhoitaja myös tarvitsee työnsä pohjaksi riittävän tiedon potilaasta mm. lähetteestä. Röntgenhoitajaliitto ohjeistaa myös röntgenhoitajia pitämään ammattitaitoaan ajan tasalla ja tuomaan työnantajalleen tietoon mahdolliset lisäkoulutustarpeensa.

4.1 Muistisairaana potilaan oikeuksista

Muistisairauden tuomista rajoitteista huolimatta sairastuneella on samanlainen itsemääräämisoikeus hoitoonsa kuin kenellä tahansa potilaalla. Hoitotyössä vaikeasti muistisairaana kanssa hoitohenkilökunnan on otettava huomioon hänen tekemänsä hoitotahto, tai muu aikaisemmin ilmaisema toiveensa hoidostaan tai puolestaan päättävistä henkilöistä. Potilaan tahdon ei kuitenkaan automaattisesti tarvitse mennä hoidon turvallisen toteutuksen edelle. (Alastalo, Erhola ja Kehusmaa 2017.) Hoitotahdossa potilas voi myös ilmaista, kenelle potilas antaa luvan kertoa hoidostaan (Nikumaa 2017, 196–198).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrätään potilaalle oikeus saada tietoa hoidostaan ymmärrettävästi. Laissa mainitaan myös, että jos potilas itse ei kykene hoidostaan päättämään, on hänen omaistaan tai laillista edustajaa kuultava potilaan tahdon selvittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on valmistellut vuodesta 2017 uutta asiakas- ja potilaslakia, joka voimaan-

tullessaan vahvistaisi potilaan itsemääräämisoikeutta ja tarkentaisi tilanteita, joissa sitä voidaan rajoittaa. Laki velvoittaisi hoitohenkilökuntaa ennakoimaan ja määrittämään tarkemmin tilanteet, joissa itsemääräämisoikeuden rajoittamista tarvitaan. (Hämeen-Anttila 2018 ja STM 4/2018.)

Jo edenneen muistisairauden vuoksi potilas tarvitsee usein omaisten apua, saattajan tai useita muita oheistukipalveluita lukuisine ammattilaisineen, jotka auttavat häntä liikkumisessa ja asioimisessa (Käypä hoito 2017). Terveystieteiden henkilökunnasta myös röntgenhoitajien on siis tärkeää tietää, mitkä ovat asiakaspalvelun hyvät käytännöt ja laitteet. Ei esimerkiksi ole ihan sama, kenelle ja mitä muistisairaalle potilaan tietoja saa antaa. Käytänteistä on hyvä tiedostaa, millaista tukea muistisairas tarvitsee myös röntgenhoitajalta.

Henkilökunnalla on oikeus keskustella potilaan hoidosta saattajan kanssa vain, jos hän on saattamassa ammattinsa puolesta vaitiolovelvollisena tai hän on potilaan hyväksymä omaishoitaja/saattaja. Ajanvaraukset, saapumis- ja valmistautumisohjeet on hyvä antaa myös kirjallisena, ja informoida näistä myös saattajaa/omaishoitajaa. Potilaan ennakkovalmistautumisten toteutumisesta on varmistuttava, samoin jälkihoidon onnistuminen on ennakkoon huolehdittava. Ajanvaraus hoitoon on hyvä suunnitella potilaalle optimaalisimpaan aikaan, esimerkiksi väsymys huomioiden. Tulevasta hoitotilanteesta on hyvä tehdä myös muistutussoitto. (Hallikainen ja Nukari 2017, 22–23.)

4.2 Muistisairaalle hyvä kohtaaminen

Muistisairaalle hyvän asiakaspalvelun pohjana on kiireetön, rauhallinen ja lämminhenkinen kohtaaminen. Vieras ja vaihtuva ympäristö, hälinä ja runsas joukko tuntemattomia ihmisiä voi laukaista levottomuutta, pelkoa ja aggressiivisuutta muistisairaalle. Muistisairasta ei ole hyvä jättää yksin odotustilassakaan, vaan henkilökunnan olisi hyvä olla näkyvässä avun tarpeen tullen. Tämä myös potilaan poistumisriskin vuoksi, etenkin jos hänellä ei ole saattajaa. (Hallikainen ja Nukari 2017, 22–23.)

Aikaa potilaalle on hyvä varata hieman normaalia enemmän siirtymiin ja keskusteluun, jotta voidaan varmistaa hänen ymmärtävänsä. Tämä voi vaatia paljon toistoa. Muistisairasta kohdellaan ymmärtämisen tilasta huolimatta aina ikänsä mukaisesti aikuisena, ja häntä puhutellaan aina ensisijaisesti, sitten vasta saattajaa. Saattajakin on tärkeää huomioida, koska hänellä voi olla myös arvokasta tietoa potilaan erityistarpeista ja lääkityksestä. Hän voi toimia muistisairaalle sanansaattajana, jos potilas itse ei kykene. (Hallikainen ja Nukari 2017, 22–23.)

Muistisairaalle hyvää ympäristöä voidaan jaotella fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen ympäristöön. Fyysisen ympäristön osia ovat esimerkiksi sopiva valaistus, joka ei luo varjoja tai pimeitä nurkkia, muttei myöskään häikäise. Peilit muistisairas saattaa kokea pelottavana. Värien käytön hyvällä suunnittelulla luodaan muistisairaalle turvallisuutta ja vähennetään harhoja ja virhetulkintoja. Keltaisen ja oranssin värin tiedetään rauhoittavan, voimakkaiden värieröjen taas vaikeuttavan kontrastin hahmottamista. Esteetön kulkeminen riittävän väljässä tilassa tarvittaessa myös apuvälinein on tärkeää ja kalusteiden sopivuus ja selkeys auttavat muistisairasta hahmottamaan tilaa. Sosiaalisella ympäris-

töllä tarkoitetaan muistisairaana omaa osallisuutta hyväksyttynä aikuisena, kuulluksi tulemista, henkilökunnan toimintatapoja ja yleistä ilmapiiriä. Symbolinen ympäristö taas huomioi esim. sisustukselliset tekijät, kuten ikkunanäkymän, sekä ahdistusta tai turvaa aiheuttavat esineet. (Nukari 2017, 88–94.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkijat Josefsson, Sinervo ja Vehko ovat julkaisseet vuonna 2018 tutkimuksen, jossa selvitettiin suomalaisen vanhustenhuollon hoitohenkilökunnan kokema fyysistä ja henkistä väkivaltaa, sekä esitettiin siihen liittyviä syitä ja ratkaisuja. Tutkimuksessa haastateltiin liki 2000 lähi- ja sairaanhoitajaa. Tutkimuksen mukaan yli 70 % hoitajista, jotka työskentelivät vanhusten laitoshoidossa, olivat kokeneet fyysistä väkivaltaa potilailtaan, henkistä väkivaltaa kertoi kokeneensa yli puolet hoitajista. Suurin syy väkivaltaan on huonokuntoisten vanhusten muistinkäsittelyn ja ymmärryksen ongelmat yhdistettynä hoitohenkilökunnan kiiretilanteisiin potilaskohtamisissa. Myös yksin työskentely oli riskitekijä väkivallan kohtaamiseen. Tutkimus keräsi hoitajien ehdotuksia, miten ongelmia jatkossa vähennettäisiin. Ratkaisuksi hoitajat itse ehdottivat mm. henkilökunnan koulutusta muistisairauksista, parempaa ajankäytön suunnittelua hoitotilanteisiin sekä parityöskentelyä. (Josefsson, Sinervo ja Vehko 2018.) Tutkimuksen tulosta voi hyvin soveltaa suuntaa antavaksi myös röntgenhoitajien työssä, koska muistisairaiden oireet ja ailahteleva käyttäytyminen eivät muutu sen mukaan, minkä erikoisalan hoitaja muistisairasta on hoitamassa. Kiire, huono yhteisymmärrys potilaan ja hoitajan välillä sekä puutteelliset tiedot potilaasta tai sairaudesta ovat kaikilla terveydenhuollossa yhteisiä ongelmia ja riskitekijöitä.

Muistisairas ja iäkäs ihminen on hyvin altis monenlaiselle kaltoinkohtelulle. Terveydenhuollossa tämä voi näkyä esimerkiksi liian rajuna otteina hoitotilanteissa sekä itsemääräämisoikeuden tai hoidon tarpeen huomioimattomuutena. Myös liiallista tai puutteellista lääkehoitoa voidaan pitää pahoinpitelyinä. Aina nämä eivät ole tahallisia tilanteita, vaan voivat johtua myös hoitohenkilökunnan tiedon puutteesta, välinpitämättömästä asenteellisuudesta ja potilaan alentuneen ymmärryksen hyväksikäytöstä, jolloin potilas jää vaille sairautensa vaatimaa hyvää hoitoa. Kaikkia muistisairaana hoitoon osallistuvia onkin tärkeää kouluttaa, koska muistisairaana hoito vaatii erityistä osaamista. Erityisesti olisi hyvä keskittyä lisäämään osaamista vaihtoehtoisista keinoista, ettei lääkitystä tai pakkokeinoja tarvitsisi edes käyttää. (Mäkisalo-Ropponen ja Okkonen 2016, Suvanto ry s.a.)

4.3 Muistisairas radiologisella osastolla

Muistisairaalla on usein mukanaan saattaja, joka potilaalle tuttuna ihmisenä auttaa luomaan turvallisen ilmapiirin. Saattajan läsnäoloon hoitotilanteessa pitää aina olla potilaan lupa. Potilasta hoitavan henkilökunnan olisi myös hyvä perehtyä ennalta potilaan muistisairauteen ja varautua sen mukaisiin erityisiin avuntarpeisiin. Vaikka potilas ei itse hoitoa tahdo, täytyy hänen tahtonsa ottaa huomioon siinä määrin, kun potilaan kokonaisuymmärrys asiaan riittää. Muistisairaus itsessään ei ole syy jättää toimenpidettä tekemättä, jos se on potilaan edun mukainen. (Hallikainen ja Nukari 2017, 22–24, 34.)

Muistisairaalle erityisesti on tärkeää kertoa hitaasti, mitä ollaan tekemässä ja miksi, ja potilaalle annetaan aikaa reagoida. Varoittamatta ei saa tehdä mitään. Hoitotilanteet pyritään suunnittelemaan

siten, että ne ovat mahdollisimman lyhytkestoisia. Jos välttämätön hoitotilanne ei onnistu, tarvittaessa voidaan turvautua anestesiaan tai muuhun rauhoittavaan lääkitykseen. (Hallikainen ja Nukari 2017,22–24.)

Muistisairaahan motoriikan ja ohjeiden ymmärtämisen heikentyminen luo haasteita potilaskohtaamisiin. Kinestiikka on siirtymis- ja avustustilanteissa potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä, jossa huomioidaan potilaan omat voimavarat ja osallistetaan häntä liikkeissään mahdollisimman paljon. Tätä tuetaan esimerkiksi riittävällä ajan antamisella, hallitulla kosketusohjaamisella, sekä huomioinnilla, minkä aistien varassa potilas ohjautuu parhaiten toimimaan. Oikein valituilla kinestiikkakeinoilla ja apuvälineillä hoitajan työ helpottuu ja fyysinen kuorma kevenee, ja muistisairaalle tärkeä osallistuminen omaan hoitoonsa toteutuu. Näin vältetään turhaa potilaan puolesta tekemistä ja nostelua, ehkäistään tapaturmia ja ylläpidetään muistisairaahan oman kehon hallintaa. Osallistavalla toiminnalla potilaan huomio kiinnittyy tekemiseen, jolloin myös potilaan mahdolliset käytöshäiriöt vähenevät. Toimiva kinestiikka onnistuakseen vaatii hoitajalta aikaa ja ymmärrystä ihmisen kehon toiminnasta. (Hantikainen 2016.)

Australialainen tutkimus kuvantamistilanteista dementiapotilaille, heidän hoitajilleen, röntgenhoitajille ja alan opiskelijoille osoitti, että röntgenhoitajillakin oli negatiivisia ennakoasenteita dementiapotilaiden kuvantamistilanteista. Yhdeksi asenteiden syyksi mainittiin sanallinen ja fyysinen väkivalta hoitajia kohtaan. Myös potilaan sekavuus, ahdistuneisuus, pelko ja kivun kokemus koettiin kuvantamistilanteissa hankaliksi kaikkien paikalla olevien osalta, ja potilas miellettiin jo etukäteen potentiaalisesti hankalaksi. Omaisilta saatu tieto havaittiin tärkeäksi ja sen todettiin auttavan kuvantamistilanteissa, mutta esille nousi myös, että omaisilta saatavaa tietoa ei aina otettu dementiapotilaiden hoidossa riittävästi huomioon. Kuvantamisen henkilökunta koki, että heillä ei ollut riittävästi tietoa muistisairauksista, eikä myöskään aina ollut riittävästi aikaa valmistautua muistisairaiden kohtaamiseen. Kuvantamisympäristön hälinän ja valoisuuden rauhoittamisella potilastilanteet olisi saatu rauhallisemmiksi. Samoin potilaan kivunhoito ennakkoon tiedettiin helpottavaksi, mutta käytännön toteutuksessa oli puutteita. Suurimmiksi ongelmiksi ja kaikille kuvantamisen osallisille eniten tyytymättömyyttä aiheuttaviksi asioiksi koettiin röntgenhoitajien tiedonpuute dementiasta, ennakoasenteet, huono kommunikointitaito potilaan ja omaisten kanssa sekä puutteet ennakkoon valmistautumisessa. (Challen, Low ja McEntee 2018.)

Leena Walta Turun yliopistosta haastatteli omassa vuonna 2012 julkaistussa väitöstutkimuksessaan röntgenhoitajia viidessä suomalaisessa kuvantamiskeskuksessa. Tuloksissa mainitaan, että röntgenhoitajat arvioivat kuormittuvansa työssään melko usein sellaisten potilaiden kanssa, joilla on vaikeutta ymmärtää ohjeita. Noin 20 % arvioi kuormittuvansa, kun työskentelee ahdistuneen, psyykkisesti sairaan tai muistamattoman potilaan kanssa. (Walta 2012, 62.)

Kuvantaminen onnistuakseen tarvitsee potilaan kykyä sitoutua hetkeen ja useimmiten myös pysyä paikallaan liikkumatta. Myös laitteet itsessään voivat olla meluisia (MRI), tutkimus kestää pitkään (MRI, SPET) ja röntgentilat ovat tyypillisesti isoja, viileitä ja ikkunattomia ”bunkkereita”. Väljät tilat

toisaalta auttavat potilaan esteetöntä liikkumista myös apuvälinein, ja hämyinen valaistus voi rauhoittaa. Kolkko tila, potilaan ymmärtämättömyys ja mahdollinen vähäpukeisuus voi toisaalta aiheuttaa muistisairaassa pelkoakin. Muistisairaana joutuessa epämukavuusalueelleen tilanne voi olla hänelle hyvin epämiellyttävä kokemus, jolloin kuvantamistilanne tai tutkimus voi jopa jäädä kokonaan toteutumatta.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kyselytutkimuksella kahden yliopistosairaalan isotooppi- ja radiologisilla osastoilla työskentelevien röntgenhoitajien valmiuksia kohdata muistisairas potilas. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin röntgenhoitajien asenteita muistisairaita potilaita kohtaan. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa tutkimuksen tilaajille muistisairaahan potilaan palvelujen laadun kehittämiseen radiologisissa tutkimuksissa.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Mitkä ovat röntgenhoitajan tiedot ja taidot muistisairaahan kohtaamiseen työssään?
2. Miten röntgenhoitajat asennoituvat muistisairaisiin potilaisiin?
3. Mitä osaamistarpeita röntgenhoitajilla on muistisairauksien suhteen?
4. Miten röntgenhoitaja pystyy valmistautumaan muistisairaahan potilaan saapumiseen osastolle?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko

Määrällinen tutkimus on mitattavaan tietoon perustuvaa, jonka tulos analysoidaan numeeriseen muotoon. Määrällinen tutkimus antaa vastauksia esimerkiksi kysymyksiin, kuinka paljon, kuinka usein. Määrällisessä tutkimuksessa tavoitellaan myös suurta otantaa perusjoukosta. Näin tutkimuksesta saadaan hyvin edustava ja otannasta vertailukelpoinen isoon joukkoon. (Vilkkä 2007, 14–17.) Mitä suurempi on otos perusjoukosta, sitä luotettavampana sitä voidaan pitää (Vilkkä 2007, 57). Otantamenetelmiä ovat esimerkiksi satunnaisotanta, jossa osallistujat arvotaan. Systemaattisella otannalla valitaan järjestelmällisesti esim. joka kolmas perusjoukosta. Ositetussa tai -ryväsoitannassa perusjoukko on jaettu jonkin ominaisuuden mukaan. Harkitussa otannassa mukaan poimitaan perustellen vain halutuilla ominaisuuksilla olevat osallistujat. (Vilkkä 2007, 52–54.)

Tämä tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Tarkoitus oli saada hyvin yleistettävä tulos ja se haluttiin turvata riittävän isolla otannalla. Tutkimuksen kohdejoukkona oli kahden yliopistosairaalan (Tays ja Oys) radiologisilla- ja isotooppiosastoilla työskentelevät röntgenhoitajat, jotka olivat töissä tutkimusajankohtana. Yhteensä tutkimukseen sai kutsun 340 rtg-hoitajaa. Radiologisilla osastoilla röntgenhoitajat työskentelivät diagnostisissa MRI-, TT-, natiivi- ja ultraäänikuvauksissa. Diagnostiikan lisäksi röntgenhoitajia työskenteli toimenpideradiologiassa ja isotooppikuvauksissa. Tays:n erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä oli vuonna 2019 noin 900 000 ja Oys:n noin 740 000 suomalaista. Tays:ssa työskenteli 200 röntgenhoitajaa radiologisilla ja isotooppiosastoilla. Vuonna 2018 tutkimuksia radiologisilla osastoilla oli noin 280 000 kpl ja isotooppikuvauksia tehtiin noin 6700. Oys:ssa työskenteli 140 vakituista röntgenhoitajaa ja kuvantamisyksikön vuotuinen potilasmäärä on noin 200 000 kpl.

Osallistujat tähän tutkimukseen valittiin harkitulla otannalla. Tutkimukseen haluttiin laajasta joukosta ne röntgenhoitajat, jotka todennäköisimmin kohtaavat työssään muistisairaita potilaita. Sellaisia työkohteita ovat ainakin MRI-, TT- ja isotooppitutkimukset, joissa muistisairaita käy paljon sairautensa diagnostiikan ja seurannan vuoksi. Muistisairailta motoriikan heikentyminen altistaa tapaturmille ja murtumille (IOF 2017), joten siksi natiivi- ja ultraäänitutkimukset haluttiin tutkimukseen.

Muistisairaus voi estää sädehoidon turvallisen toteuttamisen ja sädehoidon vasteessa on otettava huomioon myös muistisairauden ennuste odotettavissa olevaan elinikään. Sädehoidossa vaaditaan myös potilaalta ymmärrystä sairaudestaan sekä sitoutumista hoitoon, joihin muistisairaajat eivät ehkä kykene (Huovinen 2016.) Sädehoidossa työskentelevät röntgenhoitajat rajattiin kyselystä pois, koska muistisairaita ei useimmiten sädehoideta.

6.2 Aineistonkeruu tutkimukseen

Tiedon hankkimiseen tarvitaan mittari, joka määrällisessä tutkimuksessa voi olla esimerkiksi kyselylomake. Kysymykset voivat olla joko vakioituja, avoimia tai sekamuotoisia. Strukturoimalla eli vakioimalla kyselylomake tutkimusongelmat saatetaan sellaiseen muotoon, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset mahdollisimman samalla tavalla. Avoimissa vastauksissa voi vastata omin sanoin vapaasti, mutta nämä vastaukset on strukturoitava jälkikäteen, jotta ne voidaan koodata eli muuttaa numeeriseen muotoon. Sekamuotoiset kysymykset voivat sisältää sekä vakioitun että avoimen osion. (Vilka 2007, 14–17, 32 ja 67–69.)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselyllä, ja se toteutettiin internetissä Webropol-kyselynä (liite 2). Vastaajat saivat kyselystä sähköpostiinsa sähköisen linkin suoraan kyselyyn. Aineisto kerättiin kahden viikon aikana keväällä ja alkukesällä 2020.

6.3 Kyselylomakkeen laadinta

Määrällisessä tutkimuksessa tieto kerätään usein kyselyllä. Kyselyn on oltava vakioitu eli standardoitu, jolloin kysymykset ovat kaikille vastaajille samat järjestystä myöten. Kysely on toimiva, kun halutaan saada mitattavaan muotoon esimerkiksi asenteita, mielipiteitä tai ominaisuuksia. Kysely on myös helppo toteuttaa internetissä, varsinkin kun vastaajia on paljon eri paikoissa. Kyselyä pohjustamaan tehdään saate, jossa tutkimusaihe esitellään ja vastaajan mielenkiinto herätetään. Saatteessa myös kerrotaan, mihin ja miten tutkija käyttää hänen vastauksiaan. (Vilka 2007, 17, 27, 28, 81.)

Tutkimuksessa on erilaisia muuttujia, joilla saadaan mitattua ja numeerista tietoa jäsenellyssä muodossa. Muuttujia ovat tutkimus- sekä taustamuuttujat. Tutkimusmuuttujat liittyvät suoraan tutkittavan asiaan, taustamuuttujat antavat yleisempää tietoa. (KvantiMOTV 2003.) Taustamuuttujia tutkimuksessa ovat esim. vastaajan ikä ja työkokemuksen pituus. Tutkimusmuuttujia ovat esim. asenteet, tiedot ja taidot. Kyselylomakkeen sopivuus on hyvä arvioida ennen toteutusta, koska tutkimuksen aikana sen toimivuuteen vaikuttavia virheitä ei voi enää muuttaa (Vilka 2007, 78).

Likertin asteikko on ns. asenneasteikko ja on mielipiteitä mittaavissa kyselytutkimuksissa paljon käytetty. Asteikossa vastaukset suuntautuvat ääripäihinsä keskikohdalta eroten, kuten samaa mieltä-yhdentekevää-eri mieltä. voi olla portaistettu 3–7 kohtaan, useimmiten 5-portaisena. (Vilka 2007, 45–47.) Tämän kyselyn alkuun tehtiin saate (liite1), jossa kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta. Kyselyssä kartoitettiin ensin taustatietoa, ja muut kysymykset liittyivät tutkimusongelmiin. Kysymykset laadittiin vastamaan niitä havaintoja, joita työelämässä oli tehty ja hoitajien työskentelystä aistittu. Tämä kysely tehtiin Likert-asteikolliseksi.

6.4 Tulosten analysointi

Tutkimusongelmiin saadaan vastaus vain oikein valitulla analysointimenetelmällä. Menetelmä valitaan sen mukaan, montako muuttujaa tutkitaan. Tutkimustulokset esitetään taulukoin, graafisesti kaavioin, tai sanallisesti tekstinä. Myös näitä kaikkia voidaan käyttää tukemaan toisiaan. Määrällisessä tutkimuksessa tulokset ovat numeerisia, joten taulukko on hyvä esitysmuoto siihen. Numeerisen tiedon jäsentelyn lisäksi tutkija tekee päätelmiä ja esittää tuloksia sanallisesti. (Vilka 2007, 106, 119, 135–136 ja 147–148.)

Tutkimuksen tulosta analysoitiin numeerisessa muodossa taulukoin. Analysoinnin apuna käytettiin Webropolin analysointityökalua.

7 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET

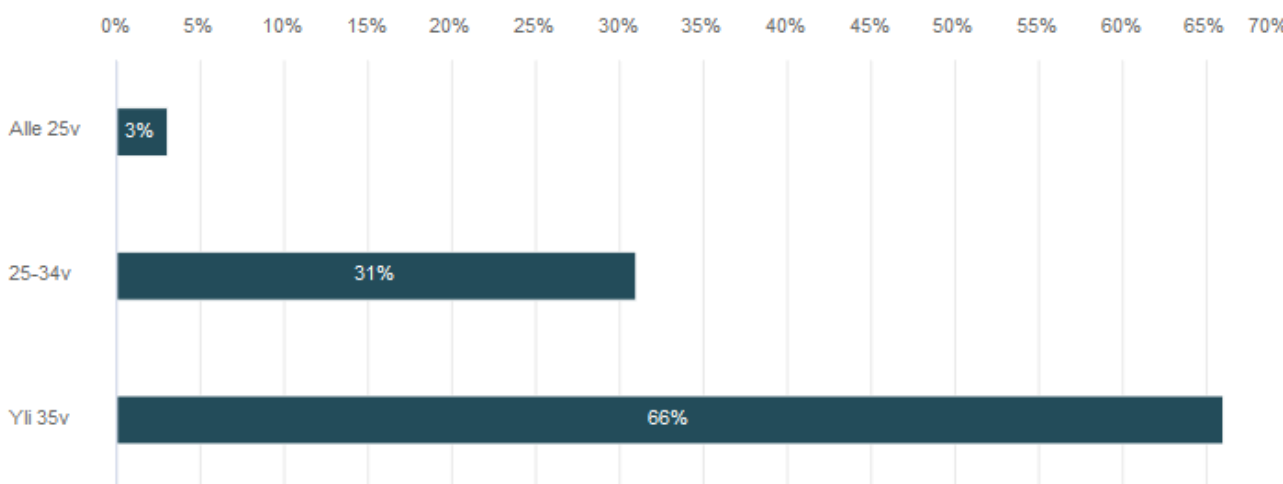
Tutkimus toteutettiin tutkimusyksiköissä touko-kesäkuun vaihteessa 2020. Kysely oli auki kaksi viikkoa, ja vastaajille lähetettiin sen loppupuolella vielä kyselystä muistutusviesti. Tutkimuksen taustatietoina kysyttiin vastaajien sukupuolta, ikää, työvuosia röntgenhoitajana kokonaisuudessaan sekä työvuosia nykyisessä yksikössä ja työsuhteen vakituisuutta tai määräaikaista.

Tutkimuksen osallistujamäärä jäi melko pieneksi. Kyselyyn sai yhteensä 340 röntgenhoitajaa Tays:sta ja Oys:sta ja siihen vastasi 71 röntgenhoitajaa. Vastausprosentti oli 20,8 % (molempien sairaaloiden keskiarvona) kaikista kyselykutsun saaneista. Molemmissa tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa vastaukset olivat melko yhteneväiset, joten tulokset esitellään siksi ja toisaalta vähäisen vastaajamäärän vuoksi yhdistettyinä. Vain muutamassa kysymyksessä oli merkittävämpiä eroavaisuuksia sairaaloiden välillä, ja ne mainitaan erikseen yhteyksissään.

7.1 Taustakysymykset

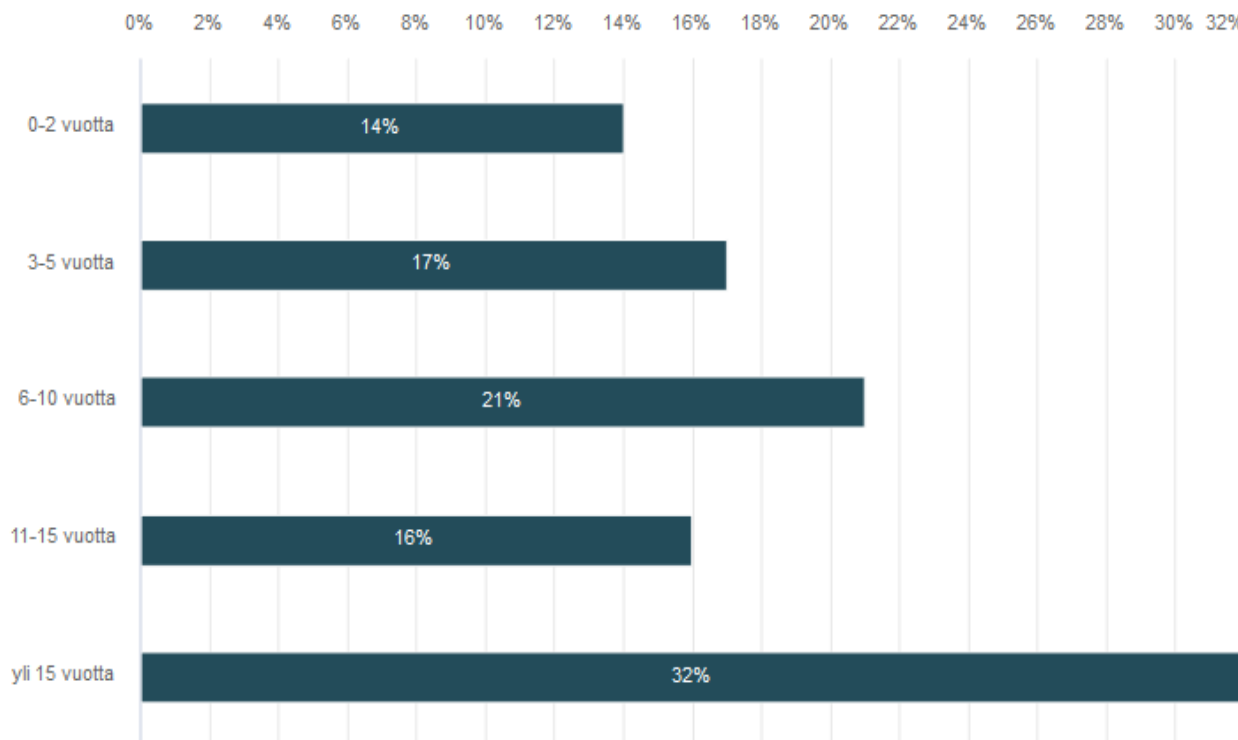
Vastaajajoukko oli hyvin naisvoittainen. Naisia vastaajista oli 96 % (n=68) ja miehiä 4 % (n=3). Toki terveydenhuoltoalalla on perinteisesti ollut töissä enemmän naisia, joten vastaajajoukon sukupuolijakauma on odotetusti sen suuntainen. Sukupuolen mahdollista vaikutusta vastauksissa ei eritellä, koska miehiä oli vastaajissa vain 3 kpl.

Kuviosta 1 voidaan havaita, että vastaajista valtaosa eli noin kaksi kolmasosaa (n=47) oli iältään yli 35-vuotiaita. Toiseksi suurin vastaajaryhmä, liki kolmasosa, oli 25–34-vuotiaita (n=22). Vähäisin osa vastaajista noin 3 % (n=2) osuudella oli alle 25-vuotiaita.



KUVIO 1: Vastaajien ikäjakauma (n=71)

Kuviossa 2 havainnollistetaan vastaajien työkokemusta röntgenhoitajana kaikkiaan. Uransa alkutai-paleella olevista vastaajista 14 % (n=10) kertoi tehneensä röntgenhoitajan työtä 0–2 vuotta ja 17 % (n=12) vastaajista 3–5 vuotta. Työkokemusta 6–10 vuotta oli kertynyt 21 %:lle (n=15) vastaajista ja 11–15 vuotta oli työskennellyt 16 % (n=11). Yli 15 vuotta työskennelleet olivat vastaajista suurin ryhmä 32 % (n=23) osuudella.



KUVIO 2: Työkokemus röntgenhoitajana (n=71)

Taustakysymyksessä vastaajien työvuosista nykyisessä työpaikassaan jakauma oli melko tasainen. Alle kaksi vuotta röntgenhoitajan työssä nykyisessä työpaikassaan olleita oli 15 % (n=11) ja 3–5 vuotta työskennelleitä oli 20 % (n=14). Suurin ryhmä vastanneista (27 %, n=19) ilmoitti työskennelleensä röntgenhoitajana samassa yksikössä 6–10 vuoden ajanjakson. Työkokemusta 11–15 vuotta oli kertynyt 17 %:lle (n=12) vastaajista ja yli 15 vuotta työskennelleitä oli 21 % (n=15).

Työsuhteen laatua selvitettävässä kysymyksessä toistaiseksi voimassa olevalla sopimuksella, eli ns. vakituisena työntekijänä ilmoitti olevansa 77 % (n=55) vastaajista. Loput 23 % (n=16) vastaajista työskentelee yksikössä määräaikaisena. Määräaikaiset työsuhteet ovat usein vakituisen työntekijän sijaistamiseen tarkoitettuja työsuhteita (vanhempainvapaat yms.), tai muuhun tilapäiseen tarpeeseen palkattuja työntekijöitä, kuten lyhyet sairauslomat tai muut lomat.

7.2 Röntgenhoitajien tiedot muistisairauksista

Kysymyksillä röntgenhoitajan valmiuksista muistisairaahan kohtaamiseen työssään selvitettiin röntgenhoitajien teoreettista tietopohjaa muistisairauksista ja kuinka hoitajat kokevat sen riittävän työssään. Kysymysten teoreettiset väittämät (kymmenen ensimmäistä) ovat teoreettisen tiedon pohjalta oikein, eli muistisairauden voidaan katsoa olevan kuolemaan johtava, se aiheuttaa inkontinenssia jne. Vastausten tulokset esitellään taulukossa 1.

TAULUKKO 1: Röntgenhoitajien tietotaso muistisairauksista (n=71)

Mikä ovat röntgenhoitajan valmiudet muistisairaahan kohtaamiseen työssään?	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Muistisairaus on aina etenevä ja kuolemaan johtava	12,68 %	40,84 %	35,21 %	11,27 %
2. Muistisairaus aiheuttaa harhaisuutta, pelkotiiloja ja arvaamatonta käytöstä	39,44 %	49,29 %	8,45 %	2,82 %
3. Muistisairaus aiheuttaa inkontinenssia	9,86 %	42,25 %	28,17 %	19,72 %
4. Muistisairaus aiheuttaa potilaalle motorisia ongelmia	14,08 %	49,3 %	21,13 %	15,49 %
5. Yleinen hälinä aiheuttaa muistisairaalle pelkoja ja levottomuutta	45,07 %	47,89 %	5,63 %	1,41 %
6. Muistisairaahan tuntema kipu ei aina tule esille yhtä selkeästi kuin terveillä	56,34 %	38,03 %	4,22 %	1,41 %
7. Kommunikointia muistisairaalle voi tehostaa puhumalla hitaasti, toistelemalla ja helpoilla sanavalinnoilla	74,65 %	25,35 %	0 %	0 %
8. Muistisairaalle on tärkeää kertoa, mitä on tapahtumassa ja varoittaa, jos esim. pistetään	92,96 %	7,04 %	0 %	0 %
9. Vähäpukeisuus voi aiheuttaa muistisairaalle turvattoman tunteen	60,56 %	32,4 %	5,63 %	1,41 %
10. Voimakkaat, kuten mustan ja valkoisen rajat, voivat haitata muistisairaahan hahmotuskykyä	11,27 %	40,85 %	42,25 %	5,63 %
11. Mielestäni muistisairauksista saa riittävästi tietoa jo opiskeluvaiheessa	0 %	14,08 %	45,07 %	40,85 %
12. Tietoni muistisairauksista on tullut enimmäkseen elämäkokemuksen tai työn kautta ns. hiljaisena tietona	63,38 %	33,8 %	1,41 %	1,41 %
13. Lisää ajantasaista tietoa ja koulutusta muistisairauksista olisi hyödyllistä työpaikassani	25,35 %	57,75 %	12,68 %	4,22 %
14. Tiedän miten eri muistisairaudet eroavat toisistaan	4,23 %	38,03 %	40,84 %	16,9 %

Vastaajista reilu puolet oli osittain tai täysin sitä mieltä, että muistisairaus johtaa kuolemaan. Noin 90 % (n=64) tiesi muistisairauden aiheuttavan harhaisuutta, pelkotiiloja ja arvaamatonta käytöstä. Inkontinenssin ja motoristen ongelmien olevan muistisairauden oireita tiesi noin puolet vastaajista. Valtaosa eli noin 93 % (n=66) oli sitä mieltä joko osittain tai täysin, että yleinen hälinä aiheuttaa muistisairaalle pelkoja ja levottomuutta ja muistisairaahan kivunaistimus poikkeaa terveistä ihmisistä.

Samalla vastaajaosuudella lähes kaikki vastaajat olivat myös sitä mieltä, että vähäpukeisuus voi aiheuttaa turvattoman tunteen. Kysymyksessä muistisairaiden hahmotuskyvystä voimakkaiden värierojen kanssa noin puolet vastaajista oli joko osittain tai täysin sitä mieltä, että värierot haittaavat muistisairaahan hahmotuskykyä. Noin 5 % (n=4) oli täysin eri mieltä. Kaikki olivat sitä mieltä täysin tai osittain, että muistisairaalle on tärkeää sanoittaa mitä ollaan tekemässä esimerkiksi pistämistilanteissa ja muistisairaalle kommunikoimista voi tehostaa puhumalla hitaasti, toistelemalla ja helppoilla sanavalinnoilla.

Kukaan vastaajista ei kokenut saaneensa muistisairauksista riittävästi tietoa jo opiskeluvaiheessa. Valtaosa eli noin 96 % (n=68) vastaajista oli täysin tai osittain sitä mieltä, että ei ole saanut riittävästi tietoa muistisairauksista opintojensa aikana. Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat tietonsa muistisairauksista kertyneen enimmäkseen elämäkokemuksena ja työn ohella ns. hiljaisena tietona. Lisää koulutusta muistisairauksista työpaikalleen kaipasi noin 83 % (n=59) vastaajista jossain määrin, vain noin 4 % (n=3) vastaajista ei kokisi sitä hyödyllisenä. Kuitenkin noin 56 % (n=40) vastaajista oli osittain tai täysin sitä mieltä, että ei tiedä miten eri muistisairaudet eroavat toisistaan.

Vastauksissa sairaaloiden välillä oli hyvin vähän eroa kokonaisuuteen, kun vaaka jaetaan kahtia samaa mieltä/eri mieltä-puoliin. Oys:ssa vastaukset painottuivat kuitenkin rohkeammin jompaankumpaan ääripäähän, siinä missä Tays:n vastaukset sijoittuivat usein miedommin vaihtoehtoon osittain samaa/eri mieltä. Oys:n vastaukset erottuivat eniten, kun kysyttiin, olisiko lisäkoulutus työpaikalla hyödyllistä (väittämä nro 13). Väittämään 13 vastanneista röntgenhoitajista Oys:ssa 90 % (n=36) oli joko osittain tai täysin samaa mieltä.

7.3 Röntgenhoitajien asennoituminen muistisairaita potilaita kohtaan

Kysymyksissä haluttiin selvittää röntgenhoitajien asenteita muistisairaita kohtaan. Kysymykset on laadittu osittain myös työelämähavaintojen perusteella. Röntgenhoitajan asenteita selvittävistä kysymyksistä tehtiin tarkoituksella rohkeita ja hieman provosoiviakin ajatuksella, että suoraan kysymyseen saadaan suora vastaus. Toisaalta kysymyksillä haluttiin herätellä osallistujia pohtimaan osaltaan suhtautumistaan muistisairaisiin. Esitetyt väittämät ja vastaukset asenteellisuudesta ovat taulukosta 2.

TAULUKKO 2: Röntgenhoitajien asenteet muistisairaisiin potilaisiin (n=71)

Miten röntgenhoitajat suhtautuvat muistisairaisiin potilaisiin?	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Puhuttelen muistisairasta suoraan itselleen ja ikänsä mukaisesti aikuisena, vaikka potilas käyttäytyy lapsellisesti	63,38 %	30,99 %	5,63 %	0 %
2. Uskon ettei sanoillani ole muistisairaalle enää merkitystä, eikä hän muista tai ymmärrä niitä	1,41 %	7,04 %	30,99 %	60,56 %
3. Saatan lässyttää tai puhua muistisairaalle kuin lapselle	0 %	5,63 %	21,13 %	73,24 %
4. Muistisairaahan potilaan tullessa ärsyynnyn joskus valmiiksi, koska muistisairas potilas voi olla haasteellinen, hidas, väkivaltainen tai ilkeä	1,41 %	4,22 %	30,99 %	63,38 %
5. Suhtaudun muistisairaaseen neutraalisti, mutta hermoilen, miten tilanne sujuu	0 %	26,76 %	32,39 %	40,85 %
6. Pelkään oman työturvallisuuteni puolesta kohdata muistisairaita potilaita, koska muistisairaahan käytös voi olla arvaamatonta	4,23 %	32,39 %	25,35 %	38,03 %
7. Haluaisin väistellä muistisairaiden kohtaamisia, koska tunnen taitoni epävarmaksi	0 %	2,82 %	22,53 %	74,65 %
8. Olen pahoittanut mieleni, jos muistisairas on sanonut jotain asiatonta	2,82 %	1,41 %	5,63 %	90,14 %
9. Olen joskus epävarma muistisairaahan kanssa, koska en tunne sairautta tai sairaudelle spesifejä potilaan ohjaamiskeinoja	8,45 %	33,8 %	25,35 %	32,4 %

Vastaajista lähes kaikki olivat joko täysin tai osittain sitä mieltä, että puhuttelevat muistisairasta ikänsä mukaisesti aikuisena, vaikka potilaan käyttäytyminen ei hänen ikäänsä vastaisikaan. Suurin osa eli n. 90 % (n=64) vastaajista myös uskoi sanojensa olevan muistisairaalle merkityksellisiä. Noin 5 % (n=4) vastaajista oli osittain sitä mieltä, että saattaa lässyttää potilaalle kuin lapselle, ja vastaavan suuruinen osuus myös ilmoitti ärsyyntyvänsä valmiiksi muistisairaahan tullessa.

Noin neljäsoset kaikista vastaajista oli osittain sitä mieltä, että suhtautuu muistisairaisiin neutraalisti, mutta saattaa hermoilla tilanteen sujumista. Mahdollisesti arvaamattoman muistisairaahan kanssa oman työturvallisuutensa puolesta pelkäsi joko osittain tai täysin reilu kolmasosa vastaajista. Juuri

kukaan ei kuitenkaan halunnut vältellä kohtaamista muistisairaana kanssa johtuen omasta epävarmuutensa taitojensa suhteen. Muutama vastaaja (n. 4 %) (n=3) vastasi joko osittain tai täysin olevansa sitä mieltä, että on pahoittanut mielensä muistisairaana puheista, mutta yli 90 % (n=64) vastaajista ei ole kokenut muistisairaana asiatonta puhetta mieltään loukkaavaksi. Noin 40 % (n=28) vastaajista ilmoitti olevansa joko osittain tai täysin sitä mieltä, että kokee joskus epävarmuutta muistisairaana kanssa, koska ei tunne kyseessä olevaa sairautta ja sille täsmällisiä ohjaamiskeinoja.

Oys:n ja Tays:n vastaukset erosivat hieman väittämässä kuusi ja yhdeksän. Oman työturvallisuutensa puolesta (väittämä 6) pelkäsi hieman suurempi osuus hoitajista Oys:ssa. Samoin Oys:ssa hieman suurempi osuus hoitajista tunsivat olonsa joskus epävarmaksi väittämässä yhdeksän.

7.4 Röntgenhoitajien osaamistarpeet muistisairaiden kohtaamisessa

Muistisairaiden kanssa työskentely vaatii röntgenhoitajalta tietoa lainsäädännön määräyksistä ja hyvistä käytännöistä. Potilaan asioiden tietoturvallisten ohjeiden mukaan ei ole ihan sama, miten muistisairaana asioita voidaan hoitaa ja kelle tietoa voidaan potilaasta antaa. Myös muistisairauksista itsestään olisi oltava peruskattava tietopohja, jotta potilaskohtaamisessa huomioitavia asioita osataan valmistella oikein. Röntgenhoitajan täytyy pystyä myös ammatillisesti asennoitumaan tilanteisiin oikein potilaan sairauden vaatimalla tavalla. Tuloksia osaamistarpeita kartoittaviin kysymyksiin esitetään taulukossa kolme.

TAULUKKO 3: Röntgenhoitajan osaamistarpeet muistisairaiden kohtaamisessa (n=71)

Mitä osaamistarpeita röntgenhoitajilla on muistisairauksien suhteen?	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Tiedän mistä saan tiedon esim. potilaan hoitotahdosta ja edunvalvojasta	11,27 %	50,7 %	25,35 %	12,68 %
2. Osaan muistisairaalle soveltuvia kinestiikan keinoja, kuten ele- ja kosketusohjaaminen	5,64 %	25,35 %	43,66 %	25,35 %
3. Osaan käyttää erilaisia siirtymisen apuvälineitä potilaan tarpeiden mukaan	40,85 %	50,7 %	5,63 %	2,82 %
4. Tiedän muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteuttamisen hyvät käytännöt ja milloin itsemääräämisoikeus voidaan ohittaa	12,68 %	33,8 %	39,44 %	14,08 %
5. Minulla on riittävästi tietoa muistisairauksista, että pystyn kohtaamaan potilaan hänen sairautensa vaatimalla tavalla	11,27 %	52,11 %	30,99 %	5,63 %
6. Hallitsen työni aina ammatillisesti, enkä koskaan provosoidu mahdollisesti haasteellisen muistisairaana kanssa	57,75 %	33,8 %	5,63 %	2,82 %

Vastaajista 11 % (n=8) ilmoitti tietävänsä ja puolet vastaajista tiesi osittain mistä saisi tiedon potilaan hoitotahdosta. Kinestiikan eli ele- ja kosketusohjaamisen keinoista vastasi valtaosa eli noin 70

%(n=50) vastaajista, ettei juuri tunne tai tunne ollenkaan millaisilla kinestiikan keinoilla muistisairasta voi ohjata. Apuvälineiden käytöstä valtaosa (n. 90 %) (n=64) vastasi osaavansa käyttää siirtymisen apuvälineitä potilaan tarpeiden mukaisesti. Tiedoistaan muistisairaahan potilaan itsemääräämisoikeudesta oli epävarmuutta reilulla puolella vastaajista.

Vastaajista noin 63 %(n=45) koki täysin tai osittain, että tietotasonsa muistisairauksista on riittävä potilaan kohtaamiseen sairauden vaatimalla tavalla. Vastaajista n. 37 %(n=26) oli väittämässä epävarmempi. Valtaosa (yli 90 %) (n=64) myös ilmoitti ammatillisuutensa pitävän provosoitumatta vaikka muistisairas olisi hankalakin. Muutama prosentti vastaajista myönsi, että sellaisissa tilanteissa ei ehkä hallitse työtään ammatillisesti. Kysymyksissä röntgenhoitajan osaamistarpeista vastaukset jakaantuivat paljon eri vastausvaihtoehtoihin. Osassa väittämistä kaikkiaan hieman rohkeammin jompaankumpaan ääripäähän vastasivat Oys:n röntgenhoitajat. Prosentuaalista keskiarvoa enemmän oltiin Tays:ssa täysin samaa mieltä väittämässä kolme ja viisi.

7.5 Röntgenhoitajan valmistautumismahdollisuudet muistisairaahan potilaan saapumiseen osastolle

Ennakoimalla muistisairaahan saapuminen osastolle voidaan saada tilanne sujumaan aikataulullisesti hyvin ja potilaallekin miellyttäväksi ja turvallisesti. Tämä kuitenkin vaatisi sen, että muistisairas huomataan potilaslistalta ja hänelle voitaisiin varata riittävästi aikaa. Muistisairaahan kipukokemus voi taudin edetessä olla hyvinkin erilainen ja voimakkaampi kuin terveiden, ja kipuaistimus voi eskaloitua aggressioksi, jolloin esikipulääkityksen tärkeys korostuu. Kysymyksillä kartoitettiin röntgenhoitajien mahdollisuuksia varautua ennakolta muistisairaahan tarpeisiin. Aiheen kysymykset ja tulokset esitellään taulukossa 4.

TAULUKKO 4: Röntgenhoitajan valmistautuminen muistisairaahan potilaan kohtaamiseen (n=71)

Miten röntgenhoitaja pystyy valmistautumaan muistisairaahan potilaan saapumiseen osastolle?	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Minulla on aikaa tutustua lähetteisiin etukäteen ja huomata muistisairas jo siinä vaiheessa	8,45 %	26,76 %	47,89 %	16,9 %
2. Pystyn vastaanottamaan vinkkejä omaiselta potilaan kanssa toimimiseen	8,45 %	8,45 %	40,85 %	42,25 %
3. Potilaan kipu- tai rauhoittavasta lääkityksestä pystytään huolehtimaan etukäteen	15,49 %	42,25 %	36,62 %	5,64 %
4. Muistisairaahan turvallisuutta voidaan valvoa riittävästi myös odotustilassa	23,94 %	50,7 %	21,13 %	4,23 %
5. Henkilökuntaa on riittävästi akuuttia lisäapua varten	9,86 %	45,07 %	36,62 %	8,45 %
6. Potilaalle on mahdollista saada pidempi ajanvaraus jo lähtökohtaisesti	56,34 %	21,13 %	18,31 %	4,22 %
7. Potilaantahtisiin siirtymisiin ja hänen osallistamiseensa siirroissa on tarpeeksi aikaa	14,09 %	52,11 %	25,35 %	8,45 %
8. Käytettävissä on siirtymisen apuvälineitä monipuolisesti (esim. returner, kääntötuolit, nosturit)	32,39 %	36,62 %	26,76 %	4,23 %

Yli puolet vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä, että lähetteisiin olisi riittävästi aikaa tutustua muistisairaahan huomaamiseen potilasvirrasta. Vajaa 9 %(n=6) koki ajan riittävän. Yli 80 %(n=59) vastaajista koki joko osittain tai täysin pystyvänsä vastaanottamaan potilaastaan hyödyllisiä tietoja omaiselta.

Muistisairaahan kipu- tai rauhoittavan lääkehoidon huolehtiminen kuvausta varten etukäteen toteutui täysin tai osittain n. 40 %(n=28) vastaajien mielestä, mutta 60 %(n=43) koki ennakoivan lääkehoidon joko täysin tai osittain jäävän huonoksi. Kysymyksessä muistisairaahan turvallisuuden valvonnasta myös odotustilassa vastaajista lähes kolme neljästä oli joko osittain tai täysin sitä mieltä, että muistisairaahan turvallisuuden valvontaa odotustilassa ei voida toteuttaa riittävästi.

Vastaajista hieman yli puolet koki joko osittain tai täysin henkilökunnan riittävän myös akuuteissa lisäävun tilanteissa. Vastaavasti hieman alle puolet taas koki osittain tai täysin, että henkilökuntaa on riittävästi, jos muistisairaana kanssa tarvitaan yllättäen lisäkäsiä. Kysymyksessä onko potilaalle mahdollista saada pidempi ajanvaraus jo lähtökohtaisesti, n. 56 % (n=40) vastasi, ettei se toteudu ja 21 % (n=15) vastasi sen toteutuvan osittain. Vain n. 4 % (n=3) vastasi olevansa täysin sitä mieltä, että pidempi ajanvaraus olisi mahdollinen. Potilaantahtisiin siirtymisiin ja hänen osallistamiseensa siirroissa on tarpeeksi aikaa n. 66 % (n=47) mielestä täysin tai osittain. Potilassiirtoihin käytettäviä apuvälineitä oli riittävän monipuolisesti n. 30 % (n=21) vastaajien mielestä joko osittain tai täysin, ja loput hieman vajaa 70 % (n=48) vastasi olevansa joko osittain tai täysin eri mieltä.

Tämän osion vastauksista väittämiin 1, 3, 5 ja 6 Tays:n röntgenhoitajat vastasivat keskiarvoista prosenttimäärää enemmän osittain tai täysin samaa mieltä- puolelle. Oys:ssa painotuttiin hieman enemmän eri mieltä-puolelle väittämissä 3–7.

8 POHDINTA

Tämän tutkimuskyselyn tuloksista näkyy se sama suuntaus, joka on tullut esiin jo aikaisemmissa tutkimuksissa aiheesta (Alastalon ym. 2017, Challen ym. 2018, Walta 2012). Hoitajien tiedoissa muistisairauksista vaikuttaisi olevan puutteita, eikä muistisairauksia tunneta kokonaisuutena kovin hyvin. Myös hoitajien kokemus puutteellisesta koulutuksesta tulee osaltaan ilmi.

Tästä tutkimuksesta huomataan, että muistisairauksista johtuvien oireiden tunnistamisessa oli paljon tietämättömyyttä. Vastauksista tulee vaikutelma, että muistisairauksien ajatellaan vaikuttavan vain nimensä mukaisesti muistiin. Sairauden vaikutusta koko kehoon ei ehkä joko tiedetä, tai osata yhdistää aivoterveysten merkitystä muuhunkin kuin kognitiivisiin toimintoihin.

8.1 Röntgenhoitajien tiedot muistisairauksista

Muistisairauksia pidetään parantumattomina, ja ne ennen pitkää aiheuttavat potilaan kuoleman. (Erkinjuntti ym. 2015). Reilu kolmannes tähän tutkimukseen vastanneista hoitajista ei tiennyt muistisairauden johtavan kuolemaan. Hoitajien vastaukset jakaantuivat myös liki puoliksi kumpaankin suuntaan, kun kysyttiin erottavatko he eri muistisairauksia toisistaan.

Muistisairauksiin kuuluu hyvin kirjava psykofyysinen oireisto koko kehon toiminnoissa inkontinenssista käytöshäiriöihin ja aistimusongelmiin (Erkinjuntti ym. 2015). Esimerkiksi motoriset ongelmat ja inkontinenssi tautiin kuuluviksi oireiksi oli tiedossa vain reilulla puolella vastaajista. Muistisairaana värien ja kontrastierojen aistimusongelmat tiedostivat niin ikään reilu puolet vastaajista. Muutama prosentti hoitajista oli myös sitä mieltä, ettei muistisairaus vaikuttaisi esimerkiksi kipuaistimukseen, harhoihin, käytösongelmiin tai yleiseen turvallisuudentunteeseen. Ne kuitenkin ovat tyypillisiä muistisairauden aiheuttamia oireita ja piirteitä (Hallikainen ja Nukari 2017, 156–157).

Harva potilas on tahallaan ja perusuonteeltaan hankala, ymmärtämätön, ilkeä tai muuten työyhteisökyvytön, mutta nämä muistisairaiden yleiset piirteet kuitenkin saattavat nostattaa hoitajankin ärtymistä ja stressiä potilaskohtaamisissa. Oirekirjon ymmärtämisellä voisi olla hyvä ennakoiva vaikutus potilaskohtaamisiin ja erityisesti muistisairaiden kanssa työskentelevää henkilökuntaa olisikin tärkeää siihen kouluttaa (Mäkisalo-Ropponen ja Okkonen 2016, Suvanto ry s.a.).

8.2 Röntgenhoitajien asennoituminen muistisairauksiin

Asenteita mittaavista kysymyksistä saatiin joitakin hyvinkin rehellisiä vastauksia, kuten että muistisairas potilas saattaa ärsyttää jo valmiiksi ja asiaton käytös hoitajaa kohtaan loukkaa mieltä henkilökohtaisesti. Kyselyssä muutama rohkeni vastata myös, ettei itse aina pysty olemaan provosoimatta, puhu aina potilaalle kuin aikuiselle tai edes usko sanojensa olevan potilaalle enää merkityksellisiä, koska hän ei kuitenkaan muista tai ymmärrä niitä. Nämä vastaukset kertovat siitä vain inhi-

millisestä piirteestä, jonka huonosti käyttäytyvä tai kiiretilanteessa hankalasti ohjautuva ja hidaskuinen ihminen voi synnyttää kenessä tahansa. Paine saada tilanne hoitumaan alta pois aikataulussa on olemassa, ja se pakottaa herkästi oikaisemaan mm. potilaan oman osallistamisen kanssa. Tässä kaikessa on riskinsä käyttää potilaan ymmärtämättömyyttä tai muistamattomuutta oman ärtymyksen tai väsymyksen sanalliseen purkamiseen, vaikka hoitajilta odotetaan aina moitteettoman empaattista ja asiallista käyttäytymistä.

Ennakoasenteet potentiaalisesti hankalasta potilaasta ovat omiaan luomaan sellaisia jännitteitä, jotka muistisairaana kanssa eskaloituvat helposti, eikä kuvantamistilanteesta tule mukava kokemus kenellekään. Tiedon lisääminen hoitotyöhön ja sitä kautta hoitajan itsevarmuuden kasvu hyödyttäisi varmasti kaikkia osapuolia, kun hoitaja ymmärtää potilastaan. Potilaan käyttäytymisen tuomat ongelmat ja sanalliset solvaukset hoitajalle voisivat tuntua vähemmän henkilökohtaisina, kun ammatillinen taito ymmärtää ne taudin oireistoon kuuluvina olisi vahvempi. Tämän toteaa myös Society of radiographers (SOR) 2015.

8.3 Valmistautuminen ja osaamistarpeet muistisairaana kohtaamiseen

Lääkityksen puutteet voivat tehdä kuvantamisesta tai siirrosta kivuliaan, ja muistisairaana kipu voi näkyä myös aggressiivisuutena. Hämmennyttä ja levoton potilas taas ei ehkä pysty olemaan kuvauksen vaatimalla tavalla, jolloin riski tutkimusten uusimiseen ja turhiin sädealtistuksiin kasvaa. Tämä olisi ehkäistävissä rauhoittavalla tai kipulääkkeellä tarvittaessa, mutta edellyttäisi lääkitystarpeen huomaamista jo lähetteen lukemisen vaiheessa. Noin kolmasosalla tähän tutkimukseen vastanneista röntgenhoitajista ei ole aikaa lähetteen perusteelliseen perehtymiseen, vaikka Suomen röntgenhoitajaliittokin sitä suosittelee. Yli puolet hoitajista oli osin tai täysin sitä mieltä, että aikaa ei ole huolehtia potilaan kipulääkitystä kuntoon jo ennakkoon. Olisi hyvä tiedostaa, että väärä lääkitysvalinta tai sen täydellinen puuttuminen voidaan ajatella potilaan kaltoinkohteluna, kuten Mäkisalo-Ropponen ja Okkonen toteavat 2016.

Hoitajilla ja potilailla on molemmilla oikeus fyysiseen turvallisuuteen, ja työssä kuin työssä on väkivallalle nollatoleranssi. Tämän tutkimuksen vastausten perusteella röntgenhoitajilla on fyysisen työturvallisuutensa puolesta jonkin verran pelkoa. Vanhusten ja muistisairaiden kanssa työskenteleeviinkin kohdistuva väkivalta onkin varsin yleistä (Josefsson, Sinervo ja Vehko 2018). Muistisairaana mahdollisiin aggressiivisiin purkauksiin kuitenkin olisi toimivia ennaltaehkäiseviä keinoja, kuten kinestiikan keinot, riittävä aika, potilaantahtisuus ja viimekädessä mahdollinen lääkityskin, mutta nämä keinot eivät tutkimuksen vastaajien mielestä toteudu työssä aina riittävän hyvin. Yli puolet hoitajista oli sitä mieltä osin tai täysin, että potilaantahtisiin siirtymisiin ei ole aikaa. Potilaan mahdollisuus vaikuttaa esim. siirtojen toteutukseen lisäisi turvallisuutta, koska hän voisi itsekkin ohjautua liikkumaan hänelle tutuimmalla tavalla (Hantikainen 2016). Hoitajan liian nopea puuttuminen siirtymisen tapaan voi aiheuttaa turhaa kompurointia ja turvattomuuden tunnetta. Riittävä aika myös rauhoittaa, jolloin taudin hidastama potilas pysyy paremmin mukana koko kuvantamistilanteessa. Rauhallisen ja kiireettömän potilaskohtaamisen tärkeyttä muistisairaana kanssa korostetaan ja omaisten mahdollisuutta antaa tietoja potilaasta kannustetaan hyödyntämään (Hallikainen ja Nukari 2017, 22–23.) Käytännössä

suositus pidemmästä ajanvarauksesta ei kuitenkaan työssä toteudu: vastausten perusteella melkein 70 % röntgenhoitajista ei pitänyt mahdollisena tehdä muistisairaalle jo lähtökohtaisesti pidempää ajanvarausta. Omaisten vinkkejä kuitenkin suurin osa hoitajista vastasi pystyvänsä vastaanottamaan. Tämän oletettavasti mahdollistaa muistisairaahan mukana oleva saattaja, usein omainen, joka jo kysymättäkin saattaa kertoa miten potilaan kanssa on paras toimia.

Kyselyn vastauksista voidaan päätellä myös potilasturvallisuuspuolta monelta kannalta. Röntgenhoitajista yli puolet vastasi, että potilaan turvallisuutta ei koeta voivan valvoa jo odotustilassa, eikä henkilökuntaa ole tarpeeksi akuuteissa lisäavun tilanteissa. Muistisairaant ovat alttiita eksymään ja voivat hyvinkin lähteä odotustilasta ja eksyä. Myös potilaan yhteistyöhalukkuus saattaa muuttua nopeasti huonompaan tai tarvitaan lisääpua siirtymisiin. Potilaan valvonta ja henkilökunnan riittävyys olisivat teorian pohjalta (Hallikainen ja Nukari 2017,22–23) tiedostettuja tärkeitä tarpeita muistisairaahan kanssa.

Potilassiirtoihin tarvittavien apuvälineiden riittävyyteen hoitajat eivät olleet kyselyssä tyytyväisiä, eikä apuvälineitä koettu olevan riittävän monipuolisesti. Niitä apuvälineitä mitä käytettävissä on, lähes kaikki hoitajat kertoivat kuitenkin osaavansa käyttää. Siirtymisen apuvälineillä voitaisiin keventää niin hoitajan fyysistä työtaakkaa ja vähentää työtaturmia, kuin parantaa potilaan omaa osallistuvuutta ja siirron turvallisuutta. (Hantikainen 2016, Nukari 2017, 88–94).

Hoitajan hyvällä ennakkoinnilla, selkeydellä ja toistoilla kommunikoidessa muistisairaalle voidaan edesauttaa tilanteiden sujuvuutta (Hallikainen ja Nukari 2017, 22–23). Tästä käytännön ohjaamisesta liki kaikki tähän tutkimukseen vastanneet röntgenhoitajat olivat samaa mieltä. Kinestiikan keinot ohjaamisessa taas olivat vastausten perusteella tuntemattomampi asia: vain vajaa kolmannes vastasi osaavansa ele- ja kosketusohjaamisen keinoja. Tämä olisi kuitenkin ohjaamisen keinoista se, joka säästäisi vaivaa toisaalla. Onnistuneella kinestiikkaohjaamisella voidaan vähentää lääkityksen tarvetta, sujuvoittaa ajankäyttöä siirtymisissä, lisätä turvallisuutta sekä potilaan omaa toiminnallisuutta. Oma toiminnallisuus taas pitää potilaan ajatukset omassa toiminnassaan ja vähentää näin muuta häiriökäyttäytymistä. (Hantikainen 2016.) Kinestiikan keinot ohjaamiseen on yksi spesifi, potilasystävällinen ja ennaltaehkäisevä tapa muistisairaiden kanssa toimimiseen ja vähentäisi muuta kaivoavampaa tarvetta hallita tilanteita.

Potilaan oman tahdon vastaiset tilanteet ovat aina vaikeita ja niiden hoitaminen vaatii myös lainsäädännön tuntemusta. Muistisairas ei aina välttämättä ymmärrä tarvetta tutkimukselle tai toimenpiteelle, joka on hänelle välttämätön. Lääkärin ja hoitajan oikeutta rajoittaa potilasta (kuten kiinnipitäminen) tai hoidon/tutkimuksen tekeminen väkisin perustuu lakiin, mutta myös hoitotahtoa pitäisi tässä rinnalla huomioida. (laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992.)) Potilas on voinut vielä täydessä ymmärryksessä ollessaan ilmoittaa, kuinka haluaa toimittavan elämää pitkittävien tai muiden hoitolinjausten kanssa, kun hän ei voi niistä enää tahtoaan ilmaista. Potilas on myös saattanut ilmoittaa terveydenhuollolle luotetun henkilön, jonka toivoo asioitaan hoitavan ja jolle tietoja saa antaa (Alastalo, Erhola ja Kehusmaa 2017). Hoitotahdon ja edunvalvojatiedon vastasi löytävänsä

reilu 50 % tämän kyselyn vastaajista. Kyselyn mukaan potilaan itsemääräämisen hyvistä käytännöistä ja milloin sen voi ohittaa oli hyvin perillä alle puolet hoitajista. Vain n. 12 % vastasi itsevarmasti olevansa täysin sitä mieltä, että hallitsee tämän. Tämänhetkistä tilannetta sekoittaa hieman muuttumassa oleva asiakas- ja potilaslaki, joka selkeyttäisi näiden tilanteiden toimintaa etenkin muistisairaiden kanssa. Uuden lain on uumoiltu vahvistavan potilaan itsemääräämisoikeutta ja antavan selkeämmät ohjeet tilanteista, joissa voidaan tehdä pakko- tai rajoitustoimia (Hämeen-Anttila 2018 ja STM 4/2018). Lakia on valmistelu jo vuosia ja sen piti tulla voimaan 2020, mutta on yhä kesken tätä kirjoittaessa syksyllä 2020.

Nämä kaikki edellä mainitut seikat hyvin toteutettuina olisivat positiivisesti vaikuttavia niin työhyvinvointiin kuin potilaskokemukseen ja turvallisuuteen. Kyselyn vastausten perusteella ne eivät edelleenkään näy riittävästi käytännön työssä toteutuvina. Kinestiikka ja lääkeosaaminen ovat toki helpommin järjestettävissä ja hoitajan opeteltavissa, kun koulutusta tarjotaan. Henkilökunnan riittävyys, apuvälinehankinnat, potilaantahtisuus ja pidemmät ajanvaraukset taas ovat isommasta rakenteellisesta asenteesta ja taloudellisen tuloksenteon paineesta kiinni, mutta niilläkin olisi suuri vaikutus potilaskokemukseen ja henkilökunnan jaksamiseen. Se onkin ollut terveydenhuollon ikuisuusky-symys: paljonko laatu saa maksaa ja kenelle sitä katsotaan kannattavaksi suoda? Muistisairaiden kasvavassa joukossa tähän asiaan panostaminen ainakin hyödyttäisi merkittävän isoa joukkoa, hoitajien työhyvinvoinnista puhumattakaan. Suomessa myös tutkimusten mukaan on hyvin paljon potentiaalia valtavaan muistisairaiden joukkoon. Muistisairauksien alttius on osoitettu kuuluvan osin suomalaiseen geeniperimään ja myös pinttyneet elintavat ja juomakulttuurikin altistavat taudille. (Kivipelto ja Strandberg 2017, Lintonen ja Mäkelä 2018, Vataja 2016.)

Kaikki hoitajat olivat tämän tutkimuksen mukaan myös mielipiteissään melko yksimielisiä siitä, että röntgenhoitajien koulutuksessa ei ole tarpeeksi tietoa muistisairauksista. Hoitajien tiedot ovat tulleet pääosin vasta kokemuksen eikä koulutuksen kautta. Nyt on alettu laajemmin yleisesti tiedostamaan, että muistisairaita tulee olemaan jatkossa nykyistä runsaampi osuus väestöstä. Myös valistus väestölle muistisairauksien ehkäisystä, synnystä ja oireista on ollut entistä näkyvämpää kaikkialla mediassa. Jokaisen omaa vastuuta aivoterveysteen ja omien elintapojen vaikutusta on alettu nostaa esille sitä mukaa kun siitä luotettavaa tutkimustietoa saadaan.

Näyttöön pohjautuvan tiedon muistisairauksista toivoisi näkyvän korostetummin myös röntgenhoitajien koulutuksessa, ja lisäkoulutusta tutkimuksemme mukaan toivovat jo työelämässä olevat hoitajatkin. Omassakin koulutuksessamme muistisairaudet käsiteltiin hyvin kevyesti ohimennen, mutta ei mitenkään spesifisti kuvantamisen kannalta eikä varsinkaan muistisairaahan ohjaamisen keinoista. Tämän tutkimuksen tulosten perustella voi ajatella, että röntgenhoitajilla on koulutustarvetta ihan kaikissa muistisairauteen liittyvissä asioissa.

8.4 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa ja arvioi korkeakoulujen ja tiedeyhteisöjen kanssa yhteistyössä tutkimusetiikkaa ja hyviä käytäntöjä. Tutkimus täyttää luotettavuuden ja eettisyyden kriteerit vain, kun se tehdään hyvää tieteellistä tutkimustapaa käyttäen lain ja yleisten hyvien tutkimustapojen mukaisesti sekä kunnioittaa tekijänoikeuslakia. Olennaista eettisyyden kannalta on avoimuus ja rehellisyys. (TENK 2012, 1,4–7.)

Tutkimus on kokonaisluotettava, kun sekä validiteetti että reliabiliteetti toteutuvat. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen mittari mittaa sitä mitä on tarkoituskin, vastaten tutkimusongelmiin, eikä siinä ole systemaattista eli toistuvaa tutkimusvirhettä. (Vilka 2007, 152, 172–179.) Reliabiliteetti eli luotettavuus kertoo tutkimuksen toistettavuudesta ja pysyvyydestä. Tutkimus on reliabeli, kun tulos on toistettavissa samalla mittarilla uudelleenkin (Vilka 2007, 177.)

Tutkimuksen luotettavuuden takana on asiallisesti hankitut tutkimusluvut, luotettavat ja varmenne-
tut lähteet oikein viitaten sekä tutkijoiden sidonnaisuuksien ilmoittaminen. (TENK 2012, 1,4–7.) Tälle tutkimukselle haettiin tutkimusluvut kyselyyn osallistuvista sairaaloista. Tutkimuksessa noudatettiin yleisiä hyviä tutkimustapoja, ja valittiin luotettavia sekä tuoreudeltaan ajankohtaisia tutkimuksia tutkimuksen lähteiksi. Lähteitä etsittiin kirjastoista sekä internetistä Savonia ammattikorkeakoulun lissensseillä hankituista tietokannoista ja Google Scholarista. Internetlähteiden hakukriteerinä muistisairauksiin liittyvissä tiedoissa pyrittiin pitämään viittä vuotta, jota uudempaa tietoa huomioitiin eniten. Hakusanoja käytettiin laajasti koko aihepiiristä suomeksi ja englanniksi. Hakuja tehtiin myös täsmällisillä ilmaisuilla. Tietoa osattiin etsiä myös työelämäkokemuksen tuomilla konkreettisilla huomioilla ja tiedoilla, joille haluttiin löytää tieteellinen tutkimuspohja. Teoreettista perustietoa muistisairauksista haettiin paljon luotettavista ja asiantuntevista lähteistä, ja joista hoitajatkin todennäköisesti tarvitessaan tietoa hakisivat. Tällä opinnäytetyöllä ei haluttu etsiä hoitotyöhön uutta tietoa muistisairauksista, vaan pääasiassa tutkia miten hyvin röntgenhoitajat tuntevat perusteet muistisairauksista ja kuinka se näkyy heidän työssään. Tämän ja työn rajaamisenkin vuoksi päädyttiin esittelemään muistisairauksista lyhyesti se perustaso, mitä röntgenhoitajien olisi hyvä tietää.

Kokonaisluotettavassa tutkimuksessa otos on sopivan kokoinen ja edustava, tutkitaan sopivalla tutkimusmenetelmällä, tuloksia ei vääristellä ja mahdolliset virheet huomioidaan (Vilka 2007, 152, 172–179). Validiteettia ja reliabiliteettia arvioitiin mittaria suunnitellessa, tutkimusta tehdessä ja tuloksia analysoidessa. Mittarin toimivuutta tarkasteltiin etukäteen tekemällä kysely itse läpi jokaisen muutoksen jälkeen ja kyselystä pyydettiin mielipide muutamalta ulkopuoliselta ihmiseltä. Otoksen riittävää kokoa yritettiin varmistaa tekemällä tutkimus yksiköissä, jossa tutkimusaiheen parissa työskenteleviä on paljon. Kysely myös haluttiin toteuttaa vastaajille helpolla ja vaivattomalla tavalla internetissä.

Eettisesti kestävä tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen ja anonyymiin vastaamiseen. Tutkimukseen osallistujien anonymiteetistä on huolehdittava ja tutkimuksesta on heille kerrottava rehellisesti, mihin heidän vastauksiaan käytetään. Tutkimus tehdään huolellisesti ja tulokset julkaistaan avoimesti. (Vilkkä 2007, 89–91.) Tutkimus toteutettiin anonyymina, jolla haluttiin varmistaa tieto- ja yksilösuoja ja toisaalta vastausten rehellisyys ja jäljittämättömyys keneenkään henkilönä. Yksilöiviä henkilötietoja, kuten nimeä, syntymäaika, yhteystietoja tai asuinpaikkatietoa ei kyselyssä kerätty ja kyselyn linkin sisältänyt sähköpostiviesti lähetettiin kaikille osallistujaehdokkaille työ sähköpostina yksiköiden yhteyshenkilöiden toimesta. Kyselyllä kerättyä aineistoa käsiteltiin tietoturvallisesti ja kyselyllä kerätyt tiedot hävitettiin työn valmistuttua. Kyselyn ohkeen tehtiin vastaajan luettavaksi EU:n yleisen tietosuojasetuksen vaatima tietosuojailmoitus (Savonia Amk 2019), jonka pääsi lukemaan suoraan saatekirjeen linkistä.

Ihan kyselyn alussa saatiin yhdeltä ensimmäisistä vastaajista viesti, että kyselyyn oli livahtanut kirjoitusvirhe yhteen kysymyksistä. Se korjattiin välittömästi, ja päädyttiin olla hylkäämättä niitä kolme ensimmäistäkään vastausta, jotka oli ehditty vastata kirjoitusvirheen vielä ollessa näkyvissä. Vastaukset päätettiin säästää, koska virhe ei vaikuttanut kysymyksen ymmärtämiseen eikä vastausten loogiseen etenemiseen.

Vastaajien anonymiteetti toteutui hyvin. Vastaajien nimiä tai yhteystietoja ei missään vaiheessa tullut tutkimuksen tekijöiden tietoon muutoin kun yllämainitussa tapauksessa, jossa yksi vastaajakandidaatti otti yhteyttä kirjoitusvirheen huomattuaan. Tässäkään tapauksessa ei tiedetä, onko kyseinen henkilö vastannut kyselyä loppuun. Näin ollen on vain hänen tiedossaan, onko hän vastanneiden joukossa. Vain loppuun asti tehdyt ja lähetetyt vastaukset ovat tuloksissa mukana.

Pienen vastaajamäärän vuoksi suunnitelmaa tutkimustulosten esittämisestä muutettiin joiltakin osin. Tuloksia ei esimerkiksi haluttu eritellä vastaajien sukupuolen mukaan, koska vastaajista vain kolme kpl oli miehiä, eikä niin pienen joukon voi katsoa edustavan laajempaa miesröntgenhoitajien joukkoa. Myös vastaajien anonymiteetti säilytettiin varmemmin, kun vastaajia käsiteltiin yhtenä joukkona sukupuolta erittelemättä. Suuremmalla osallistujamäärällä vertailu sukupuolten kesken olisi ollut toteutettavissa. Olisi ollut varsin mielenkiintoistakin nähdä, olisiko etenkin asenteisiin kohdistuneissa kysymyksissä ollut vastauseroja miesten ja naisten välillä.

Tulosten esittämisessä päädyttiin yhdistämään kummankin sairaalan vastaukset ja tällä parannettiin myös vastaajien anonymiteettiä. Tulokset esitetään taulukoissa yhtenä vastaajajoukkona, koska yksiköiden vastauksissa eroavaisuuksia esiintyi enimmäkseen vain muutaman prosenttiyksikön verran. Muutamassa kysymyksessä eroavaisuutta oli sairaaloiden välillä hieman selkeämmin. Erot päätettiin mainita hyvin yleisellä tasolla asiayhteydessään lähinnä sen vuoksi, jos ko. tulosta haluttaisiin tarkastella ja kehittää yksikkökohtaisesti.

Jos tutkijoilla on sidonnaisuuksia tai heillä on odotettavissa taloudellista etua tutkimuksesta, on näistä ilmoitettava. Tutkimuksessa käytettävät lähteet merkitään oikein, jolla kunnioitetaan toisen

tekemää työtä omimatta sitä. (Vilkkä 2007, 89–91.) Tämän tutkimuksen tekijöillä ei ole sidonnaisuuksia eikä tutkimuksesta saatu taloudellista etua.

8.5 Tutkimusprosessin haasteet

Opinnäytetyön prosessi kohtasi matkallaan sellaisia haasteita, joihin ei osattu varautua aikataulua suunnitellessa. Kyselyn ajankohtaa viivästyttivät useat eri sattumat, mm. prosessiin kuuluneiden ihmisten tavoitettavuus ja vaihtuminen hidastivat etenemistä jokainen sattumus osaltaan. Tutkimuksen aikaan olleella Covid19-pandemiallakin oli osuutensa. Pandemian hillitsemiseksi määrättyjen varotoimi- ja tapaamisrajoitusten vuoksi ihmiset tekivät töitään etänä ja pandemia saattoi vaikuttaa itse kenenkin työjaksamiseen poikkeusolojen keskellä, jolloin työtehtävien priorisointia on ehkä pitänyt pohtia.

Osallistujia kyselyyn saatiin harmillisen vähän. Näin siitakin huolimatta, että kahden viikon kyselyajan loppupuolella pyydettiin lähettämään vielä kutsun saaneille muistutus. Ensimmäinen viesti asiasta oli saattanut sattua kiireiseen hetkeen, kyselyn joutua keskeyttämään ja jatkaminen olisi päässyt unohtumaan. Muistutuksella saatiin kummastakin sairaalasta muutama lisävastaus. Vastausprosenttien pienuuden syitä voidaan vain arvella: hukkuiko kysely nykyajan sähköpostitulvaan, tai ehkä röntgenhoitajat olivat jo vastailleet kevään aikana muihin kyselyihin kyllästymiseen asti, eikä tähän enää riittänyt intoa. Kysely myös ajoittui kesän taitteeseen osan työntekijöistä ollessa jo lomalla, joten kyselyn jakelussa käytetty työsähköposti ei ehkä kaikkia käytännössä tavoittanut. Vaikka vastajien pieni määrä onkin harmillista, tälläkin osallistujajoukolla saatiin hyvää tietoa tutkimukseen.

8.6 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Tämän tutkimuksen tekeminen lähti omasta mielenkiinnosta aiheeseen. Teoriatiedon etsiminen opetti valtavasti ja tietous muistisairaudesta karttui huomattavasti. Teoriamateriaalin keräämisessä luettiin läpi lukuisia tutkimuksia suomeksi ja englanniksi. Aihe vei usein mukanaan lukemaan paljon sellaistaakin, mikä oli jo rajattava tästä työstä ulkopuolelle. Esille tuli myös ennusteita, teorioita, tulevaisuuden hoitolinjauksia ja uusia vasta koekäytössä olevia diagnosointi- ja hoitokeinoja. Opittu tieto muistisairaista on auttanut työelämässä selvästi sujuvoittavasti. Ymmärrys ja kunnioitus myös omaisia/omaishoitajia kohtaan voimistui entisestään.

Tieteellisen tutkimuksen tekeminen ja opinnäytetyö prosessina oli uusi kokemus. Työtä tehdessä omia tapoja työskentelyyn piti hioa jo sen vuoksi, että olimme tahoillamme eri puolilla Suomea eikä kasvokkain tekeminen ollut vaihtoehto. Työstäminen tapahtui myös kaiken muun opiskelun sekä työharjoittelujen tai työn ohessa. Tietotekninen osaaminen kasvoi monipuolisesti: esimerkiksi Webropolissa huomattiin toimintoja olevan runsaasti. Joitain kyselyn kysymyksiä olisi voinut esittää myös hie- man toisin. Analysointivaiheessa yksittäisillä sanavalinnoilla ja kysymyksen laveudella huomattiin olevan paljonkin merkitystä, kun haluttiin tieto ihan täsmällisesti johonkin. Jos jatkossa tekisimme tutkimusta, se varmasti toteutuisi kaikin puolin helpommin ja nopeammin, kun prosessiin vaiheet on nyt

kertaalleen läpi käyty. Myös tiedonhaun tehokkuus ja kriittisyys sai hyvää harjoitusta teorian tietoa etsiessä.

Aiheeseen perehtyminen aiheutti paljon eettistä pohdintaa, miten terveydenhuollon laatu jakautuu eri potilasryhmille ja kuinka käytettävissä olevat resurssit jaetaan. Vanhustyön epäkohdat ja vanhus-
ten hoidon huono arvostus ovat jo yleisessä tiedossa olevia laajamittaisia ongelmia. Muistisairaat voidaan laskea kuuluvaksi tähän samaan vanhusjoukkoon.

Muistisairas ei todennäköisesti ole se, joka reklamoi hoidostaan tai antaa itse siitä kovin uskottavaa palautetta. Voihan todella olla, ettei muistisairas hetken päästä muista kuvantamisessa käyneensä-
kään, olipa kokemuksensa siitä millainen tahansa. Silti kuvantamisessa viettämänsä hetki on kuitenkin todellinen ja merkityksellinen hänelle ajanhetkessään. Muistisairaat ovat se hiljaisin, vähiten puo-
lian pitämään pystyvä aikuispotilasjoukko ja sen vuoksi helppo ohittaa. Röntgenhoitajatkin ovat työssään paljon vartijoina huolehtimassa, että muistisairaahan potilaan kohtelu säilyy kautta linjan asi-
allisenä. Potilaskohtaaminen ja potilaan arvostaminen ovat niitä seikkoja, joiden laatuun voi itse ku-
kakin rakenteellisten asenteiden muutoksia odotellessa ainakin vaikuttaa, vaikka puutteita olisi apu-
välinesaatavuudessa tai missä tahansa muussa.

8.7 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa röntgenhoitajan koulutukseen voisi sisällyttää nykyistä enemmän tietoa muistisairauksista. Näin lisättäisiin tulevien rtg-hoitajien työelämävalmiuksia ymmärtää ja kohdata muistisairauspoti-
laita, joiden määrä on alati kasvava. Muistisairaustietoa päivittävien koulutusten sisältöä ja toteu-
tusta tulisi kehittää työelämän tarpeisiin. Mielenkiintoista olisi myös toteuttaa kysely muistisairaiden
parissa työskenteleville lähi- ja sairaanhoitajille.

LÄHTEET

- ALASTALO, Hanna, ERHOLA, Kaaren, KEHUSMAA, Sari 2017. Muistisairaahan kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. [verkko-julkaisu]. THL. [Viitattu 2019-04-01]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN_ISBN_978-952-302-924-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CHALLEN, Rachel, LOW, Lee-Fay ja McENTEE, Mark 2018. Dementia patient care in the diagnostic medical imaging department. Julkaisussa: Radiography October 2018 vol 24. S33-S34. [Viitattu 2019-03-08.]
- ERKINJUNTTI, Timo, HALLIKAINEN, Merja ja REMES, Anne 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudin määrittäminen. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 119–136.
- ERKINJUNTTI, Timo, JOKINEN, Hanna ja MELKAS, Susanna 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 137–145.
- ERKINJUNTTI, Timo, MÄNTYLÄ, Riitta, RINNE, Juha, SALONEN, Oili, VALANNE, Leena ja VANNINEN, Ritva 2015. Aivojen kuvantaminen. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 392–417.
- ERKINJUNTTI, Timo, MÄNTYLÄ, Riitta, RINNE, Juha, SALONEN, Oili, VALANNE, Leena ja VANNINEN, Ritva 2015. Muistisairaahan aivojen kuvantaminen. Muistisairaudet [e-kirja]. [Viitattu 2019-11-02.]
- ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilka 2015. Muistisairauksiin liittyviä käsitteitä ja termejä. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 18–22.
- ESKELINEN, Seija 2013. Röntgentutkimusten käyttöperiaatteita [verkkoartikkeli]. Kuvantamistutkimukset. Duodecim terveystietokirjasto [verkkosivusto]. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-10-30.]
- Finlex 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [Viitattu 2019-03-02]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- GRANDE, Giulia, ENEROTH, Kristina, LJUNGMAN, Petter 2020. Association Between Cardiovascular Disease and Long-term Exposure to Air Pollution With the Risk of Dementia. Karoliininen instituutti. JAMA Neurology. [Viitattu 2020-08-09.] Saatavissa: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2763459>
- HAANPÄÄ, Ramona M, JUNTTILA, Anna, REMES, Anne M, SUHONEN, Noora-Maria ja SOLJE, Eino 2018.) Otsalohkodementia – salakavala muistisairaus [Verkkoartikkeli]. Lääkärilehti [verkkosivusto]. [Viitattu 2020-07-10.]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/otsalohkodementia-ndash-salakavala-muistisairaus/?public=989ddb04b2fb7e544f635e3c5501f7d5>
- HALLIKAINEN, Merja ja NUKARI, Toini 2017. Kivun arviointi ja hoito. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta ja NUKARI, Toini 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 156–157.
- HALLIKAINEN, Merja ja NUKARI, Toini 2017. Muistisairas vastaanotolla. Julkaisussa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta ja NUKARI, Toini 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 22–23.
- HALLIKAINEN, Merja, HERUKKA, Sanna-Kaisa, HOKKANEN, Laura, KOIVISTO, Anne M., LÖTJÖNEN, Jyrki, PAAJANEN, Teemu, RINNE, Juha ja VANNINEN, Ritva 2018. Alzheimerin taudin varhainen tunnistaminen [verkkoartikkeli]. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 2019-09-23.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/24/duo14670>
- HANTIKAINEN, Virpi 2016. Kinestiikka muistisairaahan henkilön kohtaamisessa-toimivan vuorovaikutuksen mahdollistaja [verkkoartikkeli]. Memo-lehti. Suomen muistiasiantuntijat ry. [Viitattu 2019-11-16.]

- HUOVINEN, Riikka 2016. Yli 75-vuotiaiden syövät [verkkoartikkeli]. Syöpäjärjestöt [verkkosivusto]. [Viitattu 2019-04-09]. Saatavissa: <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/yli-75-vuotiaiden-syovat/>
- HÄMEEN-ANTTILA, Lotta 2018. Uusi asiakas ja potilaslaki: Itsemääräämisoikeuslainsäädännön kokonaisuudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-02-26.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135313/URN_ISBN_978-952-302-924-8.pdf
- IOF 2017. Alzheimer's disease, dementia & bone health [potilasohje]. International Osteoporosis Foundation. [Viitattu 2019-03-12]. Saatavissa: <http://share.iofbone-health.org/WOD/2017/Factsheets/Factsheets-alzheimer-FINAL-no-logo.pdf>
- JOSEFSSON, Kim, SINERVO, Timo, VEHKO, Tuulikki 2018. Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa terveydenhuollossa? [verkkoartikkeli]. THL. [Viitattu 2020-01-12.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136184/TUTI2018_9_Asiakkaiden%20v%c3%a4kivalta%20vanhustenhuellossa_WEBk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- KARRASH, Mira ja RINNE, Juha 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 157–164.
- KAUKUA, Jarmo ja MUSTAJOKI, Pertti 2008. Virtsaelinten kaikukuvaus. Duodecim terveyskirjasto [verkkosivusto]. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-10-30.]
- KIVIPELTO, Miia ja STRANDBERG, Timo 2017. Terveet elämäntavat - terveet aivot [verkko-artikkeli]. Duodecim terveyskirjasto [verkkosivusto]. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-04-03.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/2/duo13507?keyword=terveet%20aivot>
- KORTESNIEMI, Mika ja LANTTO, Eila 2015. Tietokonetomografioiden optimointi. [verkkajulkaisu.] [Viitattu 2020-09-03.] Saatavissa: <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo12009.pdf>
- KvantiMOTV 2003. Mittaaminen: tilastoyksikkö ja muuttujat. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto [internetsivusto]. [Viitattu 2019-10-30.] Saatavissa: <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/tilastoyksikko.html>
- Käypä hoito-suositus 2017. Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-03-16.] Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50044?tab=suositus#K1>
- LINTONEN, Tomi ja MÄKELÄ, Pia 2018. Kuinka suuri osa juomisesta on alkoholin riskikäyttöä? Teoksessa: Näin Suomi juo. [verkkokirja. THL. 47. [Viitattu 2020-05-20.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136800/THL_TEE029_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MARTIKAINEN, Kirsti 2015. Huntingtonin tauti [verkkosivu]. Parkinsonliitto. [Viitattu 2020-07-10.]. Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/huntingtonin-tauti-1>
- MÄKISALO-ROPPONEN, Merja ja OKKONEN, Eila 2016. Muistisairaiden kaltoinkohtelu on todellinen ongelma [verkkoartikkeli]. Muistiliitto. [Viitattu 2020-01-12.] Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/ajankohtaista/muistisairaiden-kaltoinkohtelu-todellinen-ongelma>
- NIEMINEN, Miika 2017. Röntgensäteilyyn perustuvat menetelmät [verkkoartikkeli]. Teoksessa: Kliininen radiologia. Duodecim oppiportti. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-10-30.]
- NIKUMAA, Henna 2017. Itsemääräämisoikeus, oikeudellinen ennakointi ja oikeusturva. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta ja NUKARI, Toini 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 196–197.

- NISKANEN, Kaija, LAUERMA, Kirsi, KIVISAARI, Reetta, PERHOMAA, Marja ja Tanskanen, Päivikki 2016. Lapsen kuvantaminen. Julkaisussa: BLANCO SEQUEIROS, Roberto, KOSKINEN, Seppo, ARO-NEN, Hannu, LUNDMAN, Nina, VANNINEN, Ritva ja TERVONEN, Osmo (toim.) 2016. Kliininen Radiologia. Duodecim. [Viitattu 2020-09-03.]
- NUKARI, Toini 2017. Asuinympäristö. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta ja NUKARI, Toini 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 88–94.
- NUOTIO, Maria 2012. Inkontinenssi ja muistisairaus [verkkoartikkeli]. Memo-lehti. Suomen muisti-asiantuntijat ry. [Viitattu 2019-03-16.]
- OPETUSSUUNNITELMAT 2019. Röntgenhoitajan tutkinto-ohjelma. Savonia ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2019-09-18]. Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=1097&tab=6>
- PIRTTIMÄKI, Jouni 2007. Nasu-Hakolan tauti [verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 2020-07-10.]. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96455.pdf>
- PÖYHÖNEN, Minna ja ROINE, Susanna 2015. Casadil-tauti–tietoa ja kokemuksia [verkko-opas.] Neuroliitto. [Viitattu 2020-07-10.]. Saatavissa: https://neuroliitto.fi/wp-content/uploads/Casadil_opas_tuloste.pdf
- RINNE, Juha 2015. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 165–170.
- RINNE, Juha 2016. PET ja SPET muistisairauksien kuvantamistutkimuksina [verkkosivu]. Käypähoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2019-09-18]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01583>
- SAARAKKALA, Simo 2017. Isotooppikuvaus. Teoksessa: Kliininen radiologia [e-kirja]. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-10-14.]
- SAARAKKALA, Simo 2017. Kaiku-eli ultraäänikuvantaminen [verkkoartikkeli]. Kliininen radiologia. Duodecim oppiportti. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-10-30.]
- SAVONIA AMK 2019. Tietosuojailmoitus pohja. [Viitattu 2020-01-31.]
- SOINILA, Leena ja VALANNE, Seppo 2015. Aivojen magneettikuvaus [verkkoartikkeli]. Teoksessa: Neurologia. Duodecim Oppiportti. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-09-23.]
- SOINILA, Leena ja VALANNE, Seppo 2015. Aivojen tietokonetomografia [verkkoartikkeli]. Teoksessa: Neurologia. Kustannus oy Duodecim. [Viitattu 2019-09-23.]
- SOR 2015. Society of radiographers. Caring for people with dementia: a clinical practice guideline for the radiography workforce (imaging and radiotherapy) [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-12-17.] Saatavissa: <http://www.sor.org/learning/document-library/caring-people-dementia-clinical-practice-guideline-radiography-workforce-imaging-and-radiotherapy>
- SUOMEN RÖNTGENHOITAJALIITTO 2000. Röntgenhoitajan ammattietiikka [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-12-17.] Saatavissa: <http://sorf.fi/doc/eettisetohjeet.pdf>
- SUVANTO RY s.a. Ikäihmisten kaltoinkohtelu [verkkoartikkeli]. [Viitattu 2020-01-12.] Saatavissa: <https://www.suivantory.fi/ikaihminen-kaltoinkohtelu/>
- STM 4/2018. Uudella lainsäädännöllä halutaan vahvistaa ihmisten itsemääräämisoikeutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa [tiedote]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-02-26.] Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uudella-lainsaadannolla-halutaan-vahvistaa-ihmisten-itsemaaramisoikeutta-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palveluissa
- STUK 2015. Ultraäänitutkimus [verkkosivu]. Säteily terveydenhuollossa. [Viitattu 2019-10-30.] Saatavissa: <https://www.stuk.fi/aiheet/sateily-terveydenhuollossa/ultraaanitutkimus>

SULKAVA, Raimo ja VIRAMO, Petteri 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa: ERKIN-JUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 35.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [ohje verkossa]. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta. 6–7. [Viitattu 2019-09-10.] Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL 2018. Muistisairauksien yleisyys [verkkosivu]. [Viitattu 2019-02-26.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tilastokeskus 2018. Suomi lukuina 2018 [verkkodokumentti]. [Viitattu 2019-02-26.] Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_sul_201800_2018_19691_net.pdf

VATAJA, Risto 2016. Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus [verkkosivu]. Käypähoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2020-05-20]. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01619>

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet, 14–17. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. [Viitattu 2019-03-16.] Saatavissa: <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

WALTA, Leena 2012. Potilaan hoitaminen diagnostisessa radiografiassa ja sen kuormittavuus röntgenhoitajan arvioimana –tavoitteena inhimillinen ja turvallinen kuvantamistapahtuma [väitöstutkimus]. Turun yliopisto. [Viitattu 2020-01-12.] Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/76839/AnnalesC337Walta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LIITTEET

LIITE 1: SAATEKIRJE



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

ARVOISA VASTAAJA

Olemme kaksi röntgenhoitajaopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulun Röntgenhoitajan tutkinto-ohjelmasta ja olemme tekemässä opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kyselytutkimuksella röntgenhoitajien valmiuksia kohdata työssään muistisairas potilas.

Kysely suoritetaan kahden yliopistosairaalan radiologisilla ja isotooppiosastoilla työskenteleville röntgenhoitajille. Kyselyyn vastataan anonyymisti, ja vastaukset käsitellään luotettavasti siten, ettei vastauksia voida henkilöidä tai jäljittää. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua ja julkaista tutkimustuloksineen syksyllä 2020.

Tutkimusaineisto kerätään Webropol-kyselyllä. Siihen voi vastata kahden viikon ajan, jona aikana toivomme mahdollisimman monen vastaavan siihen. Kyselylomakkeessa on väittämiä sekä monivalintakysymyksiä, ja vastaaminen vie aikaa muutaman minuutin. Vastaamalla kyselyyn hyväksyn tietojeni käyttämisen [tietosuojailmoituksessa](#) kuvatulla tavalla.

Tutkimuksen onnistumisen ja luotettavuuden kannalta jokaiseen kysymykseen vastaaminen on meille tärkeää, jotta saamme tutkimuksesta tarpeeksi kattavan ja sillä olisi painoarvoa.

Yhteistyöstä kiittäen, Röntgenhoitajaopiskelijat Aapo Kinnunen ja Jarna Pekkarinen.
Savonia-ammattikorkeakoulu, Röntgenhoitajan tutkinto-ohjelma.

LIITE 2: KYSELYLOMAKE



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

Seuraavilla kysymyksillä (1-5) selvitetään taustatietojanne. Olkaa hyvä ja valitkaa jokaisesta kohdasta sopivin vaihtoehto.

[Edellinen](#)[Seuraava](#)

Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

1. Sukupuolenne?

- Nainen
 Mies

2. Ikänne?

- Alle 25v
 25-34v
 Yli 35v

3. Kuinka kauan olette työskennellyt röntgenhoitajana?

- 0-2 vuotta
 3-5 vuotta
 6-10 vuotta
 11-15 vuotta
 yli 15 vuotta

4. Kuinka monta vuotta olette työskennellyt nykyisessä työyksikössä?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-15
- yli 15 vuotta

5. Onko työsuhteenne

- Toistaiseksi voimassa oleva
- Määräaikainen

[Edellinen](#)[Seuraava](#)**SAVONIA****Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa-
kysely**

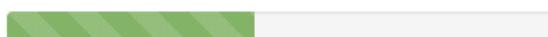
Seuraavilla väittämillä (6) selvitetään valmiuksianne kohdata muistisairas potilas ja tietojanne muistisairauksista. Valitkaa jokaiseen kysymykseen mielestänne sopivin vaihtoehto.

[Edellinen](#)[Seuraava](#)

Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

6. Mitkä ovat röntgenhoitajan valmiudet muistisairaahan kohtaamiseen työssään?

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Muistisairaus on aina etenevä ja kuolemaan johtava	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaus aiheuttaa harhaisuutta, pelkotiloja ja arvaamatonta käytöstä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaus aiheuttaa inkontinenssia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaus aiheuttaa potilaalle motorisia ongelmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yleinen hälinä aiheuttaa muistisairaalle pelkoja ja levottomuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaahan tuntema kipu ei aina tule esille yhtä selkeästi kuin terveillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunikointia muistisairaalle voi tehostaa puhumalla hitaasti, toistelemalla ja helpoilla sanavalinnoilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaalle on tärkeää kertoa, mitä on tapahtumassa ja varoittaa, jos esim. pistetään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vähäpukeisuus voi aiheuttaa muistisairaalle turvattoman tunteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voimakkaat, kuten mustan ja valkoisen rajat, voivat haitata muistisairaahan hahmotuskykyä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni muistisairauksista saa riittävästi tietoa jo opiskeluvaiheessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietoni muistisairauksista on tullut enimmäkseen elämäkokemuksen tai työn kautta ns. hiljaisena tietona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lisää ajantasaista tietoa ja koulutusta muistisairauksista olisi hyödyllistä työpaikassani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän miten eri muistisairaudet eroavat toisistaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Edellinen](#)
[Seuraava](#)




Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

Seuraavilla väittämillä (7) selvitetään suhtautumistanne muistisairaisiin potilaisiin.
Seuraavissa väittämissä valitkaa jokaisesta vaihtoehto, joka on mielestänne sopivin.

Edellinen

Seuraava



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

7. Miten röntgenhoitajat suhtautuvat muistisairaisiin potilaisiin?

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Puhuttelen muistisairasta suoraan itselleen ja ikänsä mukaisesti aikuisena, vaikka potilas käyttäytyy lapsellisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uskon ettei sanoillani ole muistisairaalle enää merkitystä, eikä hän muista tai ymmärrä niitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saatan lässyttää tai puhua muistisairaalle kuin lapselle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaahan potilaan tullessa ärsynnyn joskus valmiiksi, koska muistisairas potilas voi olla haasteellinen, hidas, väkivaltainen tai ilkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suhtaudun muistisairaaseen neutraalisti, mutta hermoilen, miten tilanne sujuu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelkään oman työturvallisuuteni puolesta kohdata muistisairaita potilaita, koska muistisairaahan käytös voi olla arvaamatonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluaisin väistellä muistisairaiden kohtaamisia, koska tunnen taitoni epävarmaksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen pahoittanut mieleni, jos muistisairas on sanonut jotain asiatonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen joskus epävarma muistisairaahan kanssa, koska en tunne sairautta tai sairaudelle spesifejä potilaan ohjaamiskeinoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Edellinen](#)
[Seuraava](#)



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

Seuraavilla väittämällä (8) selvitetään osaamistarpeitanne muistisairaiden potilaiden kohtaamiseen. Valitkaa jokaisesta väittämästä vaihtoehto, joka on mielestänne sopivin.

Edellinen

Seuraava



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

8.

Mitä osaamistarpeita röntgenhoitajilla on muistisairauksien suhteen?

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tiedän mistä saan tiedon esim. potilaan hoitotahdosta ja edunvalvojasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan muistisairaalle soveltuvia kinestiikan keinoja, kuten ele- ja kosketusohjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan käyttää erilaisia siirtymisen apuvälineitä potilaan tarpeiden mukaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteuttamisen hyvät käytännöt ja milloin itsemääräämisoikeus voidaan ohittaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on riittävästi tietoa muistisairauksista, että pystyn kohtaamaan potilaan hänen sairautensa vaatimalla tavalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallitsen työni aina ammatillisesti, enkä koskaan provosoidu mahdollisesti haasteellisen muistisairaana kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Edellinen

Seuraava



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

Seuraavilla väittämillä (9) selvitetään miten pystytte valmistautumaan muistisairaahan potilaan saapumiseen kuvaukseen. Valitkaa jokaisesta väittämästä vaihtoehto, joka on mielestänne sopivin.



Valmiutenne kohdata muistisairas potilas kuvantamistutkimuksissa- kysely

9. Miten röntgenhoitaja pystyy valmistautumaan muistisairaahan potilaan saapumiseen osastolle?

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minulla on aikaa tutustua läheteisiin etukäteen ja huomata muistisairas jo siinä vaiheessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pystyn vastaanottamaan vinkkejä omaiselta potilaan kanssa toimimiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan kipu- tai rauhoittavasta lääkityksestä pystytään huolehtimaan etukäteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaahan turvallisuutta voidaan valvoa riittävästi myös odotustilassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkiökuntaa on riittävästi akuuttia lisäapua varten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaalle on mahdollista saada pidempi ajanvaraus jo lähtökohtaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaantahtisiin siirtymisiin ja hänen osallistamiseensa siirroissa on tarpeeksi aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytettävissä on siirtymisen apuvälineitä monipuolisesti (esim. returner, kääntötuolit, nosturit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

