



SAVONIA

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

RÖNTGENHOITAJA MUISTI- SAIRAAAN POTILAAN OH- JAAJANA

Ohjevihko röntgenhoitajille

TEKIJÄT: Anne Heikkilä
Hanna Varis

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Anne Heikkilä, Hanna Varis			
Työn nimi Röntgenhoitaja muistisairaana potilaan ohjaajana – Ohjevihko röntgenhoitajille			
Päiväys	4.12.2017	Sivumäärä/Liitteet	32/3
Ohjaaja(t) Lehtori Ritva Pirinen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion kaupungin kuvantamispalvelut			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa muistisairautta sairastaa noin 193 000 ihmistä ja joka vuosi 14 500 uutta ihmistä sairastuu siihen. Väestön eliniän pidentyessä muistisairaiden ihmisten määrä kasvaa koko ajan. Tämän vuoksi myös muistisairaiden asiakkaiden kuvantamistutkimukset lisääntyvät. Haasteita röntgenhoitajille muistisairaana ohjaamisessa tuovat erilaiset muutokset muistisairaana käyttäytymisessä ja toimintakyvyssä.</p> <p>Muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita kognition osa-alueita. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, verenkiertohäiriöstä johtuva eli vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale -tauti. Usein myös esiintyy näiden sairauksien sekamuotoja.</p> <p>Erialaisten potilaiden kohtaaminen ja ohjaaminen on keskeinen osa röntgenhoitajan työtä. Röntgenhoitaja on vastuussa potilaan hyvinvoinnista tutkimuksen aikana. Ammattitaitoisen röntgenhoitajan hyvään ohjaamistaitoon kuuluu iäkkään ihmisen toimintakyvyn tunnistaminen. Muistisairaiden potilaiden kohtaamisessa röntgenhoitajan empaattinen lähestyminen on tärkeää. Röntgenhoitaja kohtaa kaikki potilaat arvokkaasti ja luottamusta luoden.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli tuottaa ohjevihko Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden röntgenhoitajille muistisairaana potilaan ohjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda röntgenhoitajille lisätietoa yleisimmistä muistisairauksista ja niiden tuomista muutoksista ihmisessä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden kanssa. Työn tuotoksena tehtiin kymmensivuinen ohjevihko sähköiseen muotoon, johon koottiin alkuun vinkkejä muistisairaana potilaan ohjaamisesta ja sen jälkeen lyhyesti tietoa yleisimpien muistisairauksien aiheuttamista muutoksista ja oireista ihmisessä. Ohjevihkon ulkoasu ja tekstit pidettiin selkeänä, jotta haluttu tieto löytyy siitä mahdollisimman helposti. Ohjevihkon kuviksi valittiin rauhallisia kuvia, jotka sopivat vihkon muun värityksen kanssa yhteen.</p>			
Avainsanat Ohjevihko, muistisairas, ohjaaminen, röntgenhoitaja			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Radiography and Radiationtherapy			
Author(s) Anne Heikkilä, Hanna Varis			
Title of Thesis Instructions for radiographers how to guide patients with memory disease – Guide leaflet for radiographers			
Date	4.12.2017	Pages/Appendices	32/3
Supervisor(s) Lecturer Ritva Pirinen			
Client Organisation /Partners Diagnostic Imaging in the city of Kuopio			
<p>Abstract</p> <p>There are about 193 000 dementia patients in Finland and each year there are 14 500 new dementia cases. As life expectancy increases, the number of dementia patients also increases. Therefore there is an increase in dementia patients' imaging examinations. The changes in the behaviour and the daily functioning of dementia patients is a challenge for radiographers in patient care.</p> <p>Dementia is a category of diseases that impairs memory and other cognitive abilities. The most common types of dementia are Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies. Mixed combinations of these forms of dementia are common.</p> <p>Meeting and guiding different kinds of patients is central to a radiographer's work. The radiographer is responsible for the well-being of a patient during an imaging examination. A competent radiographer recognizes the functioning of an elderly patient. When encountering a dementia patient it is important for the radiographer to have empathy. A radiographer treats all patients respectfully, building trust.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce a guide leaflet about encountering dementia patients for the radiographers employed by the Kuopio City imaging services. Its goal is to give radiographers information about the most common types of dementia and the changes it causes in patients.</p> <p>The thesis was written in co-operation with the Kuopio City imaging services. A ten-page-guide leaflet was produced in an electronic form. In the beginning of the leaflet there are tips about the care of a dementia patient, and afterwards some information about the most common types of dementia and their symptoms. The appearance and texts are clear so that it is easy to find the necessary information. The images in the guide leaflet are calm and agree with the other colours used.</p>			
<p>Keywords Guide leaflet, dementia, instruction, radiographer</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	RÖNTGENHOITAJAN TYÖNKUVA.....	6
3	MUISTI JA SEN TOIMINTA.....	7
4	YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET	8
4.1	Alzheimerin tauti	9
4.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus.....	10
4.3	Lewyn kappale -tauti	11
4.4	Parkinsonin tauti ja siihen liittyvä muistisairaus.....	12
5	MUISTISAIRAAN POTILAAN KOHTAAMINEN.....	14
5.1	Röntgenhoitaja muistisairaahan potilaan ohjaajana	14
5.2	Eettiset näkökulmat muistisairaahan potilaan ohjaamisessa	16
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
7	KEHITTÄMISTYÖNÄ OHJEVIHKON TEKEMINEN	19
7.1	Kehittämistyö opinnäytetyönä	19
7.2	Hyvä ohjevihko	19
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
8.1	Suunnittelu ja aineiston keruu.....	20
8.2	Ohjevihkon toteutus.....	21
9	POHDINTA	22
9.1	Kehittämistyöprosessin ja tuotoksen arviointi	23
9.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	23
9.3	Oman ammatillisuuden kehittyminen	24
9.4	Jatkokehittämisidea.....	25
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	27
	LIITE 1: MUISTISAIRAAN POTILAAN OHJAAMINEN – OHJEVIHKO RÖNTGENHOITAJILLE.....	30
	LIITE 2: OHJAUS- JA HANKKEISTAMISSOPIMUS	31
	LIITE 3: TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS	32

1 JOHDANTO

Suomessa muistisairautta sairastaa noin 193 000 ihmistä ja joka vuosi 14 500 uutta ihmistä sairastuu siihen (Muistiliitto ry 2016). Väestön eliniän pidentyessä muistisairaiden ihmisten määrä kasvaa koko ajan. Tämän vuoksi myös muistisairaiden asiakkaiden kuvantamistutkimukset lisääntyvät. Haasteita röntgenhoitajille muistisairaahan ohjaamisessa tuovat erilaiset muutokset muistisairaahan käyttäytymisessä ja toimintakyvyssä. Muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita kognition osa-alueita. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, verenkiertohäiriöstä johtuva eli vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale -tauti. Usein myös esiintyy näiden sairauksien sekamuotoja. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 85.)

Erilaisten potilaiden kohtaaminen ja ohjaaminen on keskeinen osa röntgenhoitajan työtä ja röntgenhoitaja on vastuussa potilaan hyvinvoinnista tutkimuksen aikana. Ammattitaitoisen röntgenhoitajan hyvään ohjaamistaitoon kuuluu iäkkään ihmisen toimintakyvyn tunnistaminen. (Partanen ja Äijö 2016, 26.)

Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli tuottaa ohjevihko Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden röntgenhoitajille muistisairaahan potilaan ohjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda röntgenhoitajille lisätietoa yleisimmistä muistisairauksista ja niiden tuomista muutoksista ihmisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden kanssa. Kuopion kaupungin kuvantamispalveluissa tehdään luuston ja hengityselinten tutkimuksia, mammografia- ja ultraäänitutkimuksia sekä suun terveydenhuollon tarvitsemia kuvantamistutkimuksia. Kuopion kaupungin kuvantamispalveluita on kolmessa eri toimipisteessä: Savotalossa toimiva pääterveysaseman röntgen, Harjulan sairaalan röntgen ja Nilsiänsäntien terveysaseman röntgen. Ohjevihkoa on tarkoitus käyttää kaikissa kolmessa kuvantamispalveluiden toimipisteessä.

Ohjevihko toteutettiin Microsoft Office Wordilla ja toimitettiin tilaajalle sähköisessä muodossa. Ohjevihkon alkuun tehtiin sisällysluettelo, joka helpottaa halutun tiedon hakemista vihkosta. Vihkon yleisilme pidettiin selkeänä ja helppolukuisena hillityllä värimaailmalla ja rauhallisilla kuvilla, jotka sopivat vihkon muuhun värikytöön.

Opinnäytetyön aiheeksi halusimme helposti lähestyttävän ja käytännönläheisen aiheen. Työelämässä ja ammattitaitoa lisäävissä harjoitteluissa käydyt keskustelut henkilökunnan kanssa toivat ilmi röntgenhoitajien tarpeen ja kiinnostuksen aiheeseen; miten kohdata ja ohjata muistisairasta. Röntgenhoitajakoulutuksessa muistisairauksia ja niiden vaikutuksia ei juurikaan käsitellä ja hoitajat kaipasivat lisätietoa aiheesta. Aihe oli mielenkiintoinen ja työnä sellainen, jollaista olimme etsineet, joten taruimme kiinnostavaan aiheeseen. Tulemme myös itse röntgenhoitajina hyötymään työstä tulevaisuudessa.

2 RÖNTGENHOITAJAN TYÖNKUVA

Röntgenhoitaja toimii työssään radiografia- ja sädehoitotyön asiantuntijana. Röntgenhoitajat työskentelevät terveydenhuollossa, esimerkiksi terveyskeskusten röntgenosastoilla ja sairaaloiden röntgen-, isotooppi-, ja sädehoito-osastoilla erilaisissa kuvantamistutkimuksissa ja radiologisissa toimenpiteissä. Röntgenhoitajan on hallittava lääketieteellisen säteilyn käyttö potilaan hoidossa. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016.) Työssään röntgenhoitajan tuottaa hyvää ja luotettavaa terveydenhoitopalvelua ja toimii niin, että kuvantamistutkimuksissa syntyvä säteilyrasitus pysyy väestölle mahdollisimman pienenä (Valtonen 2000, 26). Kun terveydenhuollossa käytetään ionisoivaa säteilyä ihmiskehoon, on röntgenhoitajan noudatettava ALARA-periaatetta (as-low-as-reasonable-achievable) pyrkimässään hyvään tutkimustulokseen (Valtonen 2000, 25).

Päivittäisessä työssään röntgenhoitaja vastaa tutkimusten valmisteluista sekä laitteiden käyttövalmiudesta ja laadusta. Röntgenhoitajan työ on monesti itsenäistä. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitaja sekä kohtaa potilaan että suorittaa kuvauksen yksin. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016.) Kuvantamistutkimukseen tarvitaan aina lähete, joka on oikeutus tutkimukselle eli ionisoivan säteilyn käytölle. Läheteestä käyvät ilmi tutkimustapa, potilastiedot, indikaatio ja tutkimuspyyntö (Valtonen 2000, 55.) Röntgenhoitaja huolehtii potilaan ohjaamisesta ja hoidosta kuvantamistutkimuksen aikana. Tarkoituksena on tehdä tilanteesta potilaalle mahdollisimman miellyttävä. Röntgenhoitaja käy läpi kuvauksen tai tutkimuksen kulun potilaan kanssa ennakkoon, minkä avulla hälvennetään mahdollisia pelkoja ja ohjataan potilasta tarvittavalla tavalla. Tarvittaessa potilaan vointia seurataan kuvauksen tai tutkimuksen jälkeen ja hänelle annetaan mahdolliset jatkohoito-ohjeet. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016.)

Röntgenhoitajan ammattitaitoon kuuluu osata huomioida eri tekijöiden vaikutukset suhteessa työn kokonaisuuteen, niin että kuvantamistutkimus onnistuu. Koska vuorovaikutustilanteet eri sidosryhmien ja potilaiden kanssa ovat röntgenhoitajan työssä usein lyhytkestoisia, nousevat hoitajan hyvät keskustelu- ja yhteistyötaidot tärkeään rooliin. Röntgenhoitaja tekee yhteistyötä potilaan, radiologin, fyysikon ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Valtonen 2000, 88.) Alati kehittyvät tutkimukset ja kuvantamismenetelmät edellyttävät röntgenhoitajalta kykyä omaksua uusia työtapoja ja menetelmiä nopeasti. Oman ammattitaidon jatkuva ylläpitäminen kuuluu olennaisesti röntgenhoitajan työhön. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016.)

3 MUISTI JA SEN TOIMINTA

Muisti perustuu aivojen hermoverkkojen laaja-alaiseen yhteistoimintaan. Edellytykset oppimiselle, työkyvyille ja itsenäiselle elämälle ovat muistin ja tiedonkäsittelytaitojen varassa eli miten onnistumme tiedon tallentamisessa, säilyttämisessä, palauttamisessa ja tunnistamisessa. (Hallikainen 2014c, 13.) Aivot ottavat vastaan tietoa eri aistien kautta. Aistien kautta lähetetty uusi tieto välittyy keskushermoston kautta talamukseen ja sieltä aivokuoreen. Talamuksen ja aivokuoren välillä on paljon yhteyksiä, jotka vaikuttavat tiedon jalostukseen. Viestien vastaanottamisen jälkeen aivoissa alkaa tapahtua vertailua ja asioiden yhdistelemistä jo olemassa olevan tiedon kanssa. Uuden informaation tulee tallentua muistiin, jotta pystymme hyödyntämään oppimaamme. Aistihavainnot tarkastellaan jokaiselle aistille ensisijaisella aivokuoren alueella, mistä saatu tieto siirtyy aistispesifisille assosiaatioalueille. (Tanila ja Hänninen 2015, 61–62.)

Muisti on tiedon käsittelyn sisältöön liittyvän toiminnan keskeinen alue. Muistia voidaan luokitella ajan ja tietoisuuden mukaan. Ihmisillä on lyhykestoinen muisti, jota kutsutaan työmuistiksi ja johon mahtuu vain tietty määrä muistettavaa kerralla. Ihminen käyttää työmuistiaan tietoisesti ja aktiivisesti, työmuisti on ajattelumme työtila. Tiedon laatu vaikuttaa siihen annammeko tiedon unohtua vai siirrämmekö sen työmuistista pitkäkestoiseen muistiin. Pitkäkestoinen muisti eli säilömuisti säilöo tiedon pidemmäksi aikaa, josta se voidaan tarvittaessa nostaa esille (esimerkiksi eilisen tapahtumat ovat meillä säilömuistissa, mistä ne voidaan tarvittaessa palauttaa mieleen). Säilömuistin kapasiteettia pidetään rajattomana. Polkupyörällä ajaminen on taas tiedostamatonta muistamista, kun ajamaan on kerran oppinut, se pysyy muistissa aina. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne ja Huovinen 2009, 12–14.)

Muistamisen toinen puoli on unohtaminen. Unohtamista voi tapahtua kahdella eri tavalla. Muistijäljet voivat haalistua niin, ettei niitä pysty enää palauttamaan mieleen. Unohtumista voi tapahtua myös silloin, kun mieleen painetun muistiaineksen päälle tulee koko ajan uutta muistettavaa, mikä hankaloittaa muistiin palauttamista. (Erkinjuntti ym. 2009, 21–22.) Muistimuutokset kuuluvat normaaliin ikääntymiseen ja muutokset ovat yksilöllisiä, vaikeuksia on yleensä mieleen painamisessa ja mieleen palauttamisessa. Erot normaalissa ikääntyvässä muistissa ja esimerkiksi Alzheimerin taudissa muodostuvat siitä, että Alzheimerin tautiin sairastunut voi unohtaa hyvinkin perusteellisesti mieleen painetut asiat, eikä hän useinkaan tunnista ongelmiaan, kun taas normaalisti ikääntynyt tarkkailee muistiaan ja siinä tapahtuvia muutoksia. (Erkinjuntti ym. 2009, 24.)

On tärkeää erottaa muistihäiriöiden syyt, ovatko ne ohimeneviä ja hoidettavissa olevia vai pysyviä ja eteneviä. Ohimenevien muistihäiriöiden syitä voivat olla esimerkiksi aivoverenkiertosaireus, lievä aivovamma, lääkkeet tai sekavuustila (delirium). Pysyvän muistihäiriön tila voi johtua esimerkiksi aivovammasta, aivoverenkiertohäiriöstä tai leikkauksesta. Etenevät muistihäiriöt tulevat esiin muistisairauksina, mitkä useimmiten johtavat dementiaoireyhtymään. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosaireudet (VCI) ja Lewyn kappale -tauti. (Erkinjuntti ym. 2009, 40–42.)

4 YLEISIMMÄT MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia ja muita kognitiivisia osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnan ohjausta. Näiden lisäksi muistisairaus voi aiheuttaa käyttäytymisen muutoksia. Käyttäytymisen muutoksia voivat olla muutokset käyttäytymisessä tai tunne-elämässä, esimerkiksi aggressio, ahdistuneisuus, harha-aistimukset ja masennus. Muistisairauden etenemistä tai sairaudelle tyypillisten oireiden ilmaantumista ei voi ennustaa, koska taudin kulku ja oireiden ilmaantuminen ovat yksilöllistä. (Hallikainen 2014b, 45.)

Muistisairaudet ovat enimmäkseen iäkkäiden ihmisten sairauksia. Suomessa on noin 193 000 muistisairasta ihmistä ja 14 500 uutta sairastunutta vuosittain. (Muistiliitto ry 2016.) Ihmisten eliniän pidentyessä muistisairaiden ihmisten määrä kasvaa koko ajan. Tämän vuoksi myös muistisairaiden asiakkaiden kuvantamistutkimukset lisääntyvät. Haasteita muistisairasta ohjatessa kuvantamistilanteissa röntgenhoitajalle tuovat erilaiset muutokset muistisairaahan käyttäytymisessä ja toimintakyvyssä.

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (60 %), verenkiertohäiriöstä johtuva eli vaskulaarinen dementia (15 %) ja Lewyn kappale -tauti (15 %). Myös näiden sairauksien sekamuotoja esiintyy usein. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 85.) Eteneviin muistisairauksiin ei ole olemassa parantavia hoitoja, joten ainoa mahdollisuus on pyrkiä lievittämään oireita ja hidastamaan taudin kulkua (Erkinjuntti ja Viramo 2015, 56–57). Etenevät muistisairaudet ovat kansantauteja, jotka rappeuttavat aivoja ja heikentävät toimintakykyä sekä edetessään aiheuttavat dementiaoireyhtymän. Dementiaa sairastavan ihmisen muisti ja tiedonkäsittelyntaidot ovat heikentyneet niin, että sairastavan päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on hankalaa. (Muistiliitto ry 2016.)

Edellä mainittujen yleisimpien muistisairauksien lisäksi on olemassa otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus, joka alkaa monesti huomaamatta ja etenee hiljalleen. Sairaus alkaa yleensä ennen 65 ikävuotta. Myös Parkinsonin tauti luetaan eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttaman tietojenkäsittelyvaikeuksien vuoksi. (Muistiliitto ry 2016.) Parkinsonin taudin muistisairautta sairastaa Suomessa noin 3000 henkilöä ja sille altistavat korkea ikä, motoriset vaikeudet, varhain ilmenevät muistioireet ja vaikea parkinsonismi (Erkinjuntti, Remes, Rinne ja Soininen 2015, 21). Tässä opinäytetyössä käsittelemme muistisairauksien lisäksi Parkinsonin tautia, koska hyvin monella muistisairaalla ihmisellä on myös Parkinsonin taudin oireita.

Muistipotilaan hoitoketju käynnistyy, kun potilas on tunnistettu mahdolliseksi muistipotilaaksi. Potilas itse tai omainen voi tuoda esille muistin tai muun tiedonkäsittelyn heikentymisen tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö voi tunnistaa potilaassa muutoksia. Tärkeimpänä kulmakivenä muistipotilaan taudinmäärityksessä pidetään lääkärin tekemää haastattelua ja kliinistä tutkimusta. Lääkäri selvittää muistissa ja tiedonkäsittelyssä, toimintakyvyssä sekä mielialassa ja käytöksessä tapahtuvia muutoksia. (Hallikainen ja Rosenvall 2015, 342–343.)

Aivojen kuvantaminen on tärkeä osa muistipotilaan perustutkimuksia. Kuvauksien aiheita ovat kallon sisäisten syiden havaitseminen ja erityisesti muistisairauksien (esimerkiksi AT) tunnusomaisten piirteiden havaitseminen ja eri sairauksien erotusdiagnostiikka. Useimmiten hoidettavien kallonsisäisten syiden poissulkuun riittää aivojen tietokonetomografia. Laajat iskeemiset muutokset ja edennyt kudskato voidaan havaita tietokonetomografiatutkimuksella. Varhaisessa diagnosoinnissa ensisijaisena kuvantamismenetelmänä käytetään aivojen magneettikuvausta sen paremman kudoserottelukyvyn takia verrattuna tietokonetomografiakuvaukseen. (Vanninen ym. 2015, 392.)

4.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti (AT) on tavallisin etenevä muistisairaus, syytä taudin ilmaantumiselle ei tiedetä. Tauti voi oireilla monin eri tavoin, minkä vuoksi puhutaan eri tautimuodoista. Näitä ovat tyypillinen, epätyypillinen ja sekatyypinen Alzheimerin tauti. Tyypillinen Alzheimerin tauti ilmenee muistioireilla ja epätyypillinen Alzheimerin tauti alkaa muilla kuin muistioireilla esimerkiksi näönvaraisen hahmotamisen tai kielellisten toimintojen heikentymisellä. Sekatyypistä Alzheimerin tautia sairastavalla on taudin lisäksi muu aivoverenkierron sairaus. Kaikilla tautimuodoilla on myös yhteisiä tekijöitä. Alzheimerin taudin oireiden puhkeamista edeltää yleensä ainakin kaksi vuosikymmentä kestävä oireeton vaihe, jolloin tautiprosessia voi hidastaa tai se voidaan jopa pysäyttää. AT:ssa hermosolujen tuhoutuminen alkaa tyypillisesti sisemmän ohimolohkon alueelta, mistä se leviää laajemmin isoaivo-kuorelle. (Tienari, Myllykangas, Polvikoski ja Tanila 2015, 100.)

Alzheimerin taudin mahdollisia riskitekijöitä ovat keski-ikä korkea kolesteroli, verenpainetauti sekä diabetes ja erityisesti ennen 65 ikävuotta alkanut tauti voi olla perinnöllinen. Alzheimerin taudin kliininen oirekuva voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. (Remes, Hallikainen ja Erkinjuntti 2015, 120, 122.)

Varhaisen Alzheimerin taudin oireisiin kuuluvat lisääntyvät muistivaikeudet, muistiaineksen oppimisen työläys, uusien nimien muistamisen työläys sekä vieraan kielen vaikea hallitseminen. Oireet näkyvät hidastumisena ja epävarmuutena työssä, vaikeutena uusissa ja vaativissa tilanteissa, harrastusten vähentymisenä ja stressioireina. Myös uupumus on mahdollista varhaisen vaiheen AT:ssa. Käytösoireisiin kuuluvat varhaisessa vaiheessa esimerkiksi masentuneisuus ja ahdistuneisuus tai lisääntynyt ärtyvyys. (Remes ym. 2015, 125–126.)

Lievässä AT:ssa muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen on laajempaa, jolloin omatoimisuus on vaikeampaa. Myös sanojen löytäminen ja nimeäminen vaikeutuvat, prosessointi hidastuu ja sujuvuus heikentyy. Monimutkaisten arkitoimien, kuten taloudellisten asioiden hoitaminen vaikeutuu. (Remes ym. 2015, 126–127.)

Keskivaikeassa taudissa omatoimisuus on selkeästi vähentynyt ja sairastunut tarvitsee ulkopuolisen apua päivittäisissä arjen askareissa. Sairastunut ei tunnista asianmukaisesti selviytymisvaikeuksiaan eikä kyselee toistuvasti samoja asioita ja kadottaa tavaroitaan. Keskivaikeassa vaiheessa tapahtuma

muisti on niin huono, että muistituetkaan eivät auta. Sairastuneen keskittymiskyky on heikko ja tavallisenkin keskustelun seuraaminen on vaikeaa. Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa harhaluuloisuutta esiintyy jopa puolella potilaista ja nykyisyys ja menneisyys sekoittuvat entistä enemmän taudin edetessä. (Remes ym.2015, 127-129.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa muisti toimii enää satunnaisesti ja potilaalla on huomattavia puheen ymmärtämisen vaikeuksia. Perustoiminnot eivät onnistu ilman apua, eikä potilasta voi jättää enää yksin. Masennus saattaa ilmetä levottomana käytöksenä tai ahdistuneisuutena. Apatiaa on vaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa yli 90 prosentilla potilaista. Sairastuneen kaatuilutaipumus lisääntyy eikä liikkeellelähtö tahdo onnistua jalkojen tottelemattomuuden takia. Kävely muuttuu lyhytaske-liseksi ja leveäraiteiseksi sekä ryhti on etukumara. Vaikeassa taudin vaiheessa tulevat esille primitiiviheijasteet, jonka takia potilas tarraa esimerkiksi ovenkahvoihin eikä pysty irrottamaan otettaan. Osalla potilaista saattaa esiintyä säpsähtelyä ja raajojen nytkähtelyä tai epileptisiä kohtauksia. (Remes ym. 2015, 129–131.)

Lievässä ja keskivaikeassa Alzheimerin taudissa lääkityksenä käytetään asetyylikoliiniesteraasin estäjiä (AKE). AKE-lääkityksen ansiosta toimintakyky kohenee ja edellytykset kotihoidossa selviytymiseen paranevat. (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008, 88-89.) Lääkehoidon odotettavia vaikutuksia ovat yleisen aktiivisuuden ja aloitteellisuuden kohentuminen, arkitoimien joustavampi sujuminen, käyttäytymisen muutosten lievittyminen ja oireiden hitaampi eteneminen. Lääkehoito on yhtä tehokasta kaikissa Alzheimerin taudin muodoissa, se tulisi kuitenkin aloittaa varhain toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Hallikainen 2014a, 264, 271). Yli puolella 80-vuotiaista Alzheimerin tautia sairastavalla on samanaikainen aivoverenkiertosaireaus (Melkas, Jokinen ja Erkinjuntti 2015, 144).

4.2 Aivoverenkiertosaireauden muistisairaus

Aivoverenkiertosaireauden muistisairaus (vascular cognitive impairment, VCI) on toiseksi yleisin etenevän muistisairauden syy. Aivoverenkiertohäiriön taudinkuva on monimuotoinen ja joskus siinä voi olla mukana myös Alzheimerin taudin piirteitä. Taudin taustalla voi olla monia aivoverenkiertosaireauksia, kuten aivoinfarktut, aivoverenvuodot tai aivojen syvien osien hapenpuutteesta johtuvat vauriot. VCI:n riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesterolitaso, diabetes, ylipaino ja liikunnan vähäisyys. Edellä mainitut epäterveelliset elämäntavat lisäävät riskiä saada aivoverenkiertohäiriön, joka taas altistaa verenkiertoperäiselle muistisairaudelle. (Atula 2015b.)

Aivoverenkiertosaireauden muistisairauden päätyypit ovat pienten aivoverisuonten tauti ja suurten suonten tauti eli kortikaalinen tauti (kuorikerros). Nämä jaetaan sen mukaan ovatko muutokset enemmän aivojen kuorikerroksella vai syvissä osissa. Aivojen syvissä osissa tapahtuvat tukokset, vuodot ja muut muutokset kuuluvat pienten aivoverisuonten tautiin ja aivojen kuorikerroksella tapahtuvat muutokset kuuluvat suurten suonten tautiin. Yli puolet aivoverenkiertosaireauden muistisairautta sairastavista kuuluvat pienten aivoverisuonten tautia sairastaviin. (Atula 2015b.)

Pienten suonten taudissa varhainen oire on toiminnan ohjauksen häiriö. Toiminnan ohjauksen häiriössä tavoitteenasettelu, toiminnan aloittaminen, suunnitelmallisuus, järjestelmällisyys, toiminnan jaksottaminen ja sen toteuttaminen tai toimintatavan vaihtaminen ja sen säilyttäminen sekä käsitteellinen ajattelu ovat heikentyneet. Pienten suonten taudissa tavallisesti mieleenpainaminen ja oppiminen tuottaa vaikeuksia tai voi olla tehotonta, mutta unohtaminen on vähäisempää. Pienten suonten taudissa opittujen asioiden tunnistaminen onnistuu melko hyvin ja hakuvihjeet auttavat mieleenpalautuksessa. (Erkinjuntti, Melkas ja Jokinen 2014, 277.) Monesti oirekuvaan kuuluvat puheentuition ongelmat, toispuoliset halvausoireet, kömpelö kävely ja tasapainohäiriöt (Atula 2015b). Myös masennus ja virtsankarkailu kuuluvat pienten aivoverisuonten kliiniseen taudinkuvaan (Melkas ym. 2015, 142). Huomioitavaa on, että oireet voivat kuitenkin olla lieviä ja muistihäiriöt epäselvempiä kuin muissa muistisairauksissa (Atula 2015b).

Suurissa aivoverisuonissa tapahtuvista tukoksista aiheutunut hapenpuute saa aikaan kuolioalueita aivojen kuorikerroksessa. Oireet riippuvat vaurion sijainnista ja laajuudesta. Toispuolisen halvauksen ja kävelyhäiriöiden lisäksi oireina voi olla näkökenttäpuutoksia tai sanojen löytämistä vaikeutta. Myös yleisluontoiset oireet, kuten vireystilan, tarkkaavuuden tai toiminnan ohjauksen häiriöt ovat tavallisia. Suurten aivoverisuonten tukoksien syyt voivat olla aivo- ja sydänperäisiä. (Atula 2015b.) Suurten suonten taudissa oireiden alkua on yleensä nopea, se voi olla jopa tunteja. Oireet pahenevat portaittain ja ne vaihtelevat. Riskitekijöiden ollessa hallinnassa, suurten suonten tautia sairastavalla on usein jopa vuosien mittaisia tasaisia vaiheita. (Erkinjuntti ym. 2014, 277.)

Verenkiertoperäisessä muistisairaudessa toimintaohjaus heikentyy muistia selvemmin, eivätkä oireet etene tasaisesti vaan usein portaittain. Oireet alkavat nopeammin kuin Alzheimerin taudissa, jolloin muutoksia voi tapahtua toiminnan ohjauksessa jopa päivissä. VCI:ssä voi olla muitakin neurologisia oireita vaurioita kärsineen aivoalueen mukaan, kuten esimerkiksi kävely ongelmia, halvausoireita ja puheen tuoton ongelmia. (Atula 2015b.) Sekä pienten että suurten aivoverisuonten taudissa voi olla oireina luonteen muuttuminen, mielialahäiriö ja psykomotorinen hidastuminen. Aivoverenkiertosairauden muistisairauden tunnistaminen aikaisessa vaiheessa on tärkeää, koska tiedonkäsittelyn lievä heikentyminen on usein palautuva tila ja sen vaikeutumista voidaan mahdollisesti hidastaa. (Melkas ym. 2015, 137, 143.)

Verisuoniperäiseen muistisairauteen ei toistaiseksi ole olemassa lääkehoitoa, vaan sairautta lähdetään hoitamaan huolehtimalla perussairauksien hyvästä hoitotasapainosta (diabetes, verenpaine, kolesteroli). Hoidossa keskitytään välttämään uusien tukosten syntyä ohjaamalla ja kannustamalla potilasta kohti terveellisiä elämäntapoja, kuten lisäämään liikuntaa ja lopettamaan mahdollisen tupakoinnin. (Atula 2015b.)

4.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on vaikeasti tunnistettava muistisairaus, joka alkaa hitaasti tavallisesti 50–80 vuoden iässä. Taudissa ilmenee hermosolujen sisäisiä patologisia muutoksia aivokuorella ns. Lewyn kappaleita. Lewyn kappale -tautia sairastavien osuus kaikista muistisairautta sairastavista on noin 15

% Muistiongelmien ei ole sairauden alussa yleisiä, mutta taudin edetessä myös muisti heikkenee vähitellen. Myöhemmässä vaiheessa ilmenevä muistihäiriö on erilainen, kuin Alzheimerin taudissa. Tautia sairastavalle asioiden hakeminen muistista on työlästä, mutta vihjeiden avulla muistaminen onnistuu, koska tunnistava muisti on säilynyt. Ensioireita ovat yleensä tiedonkäsittelyn heikkeneminen sekä tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Tautia sairastavilla esiintyy monesti Parkinsonin taudissa huomattavia oireita, kuten kävelyvaikeuksia, liikkeiden jäykkyyttä ja hidastumista. Taudin oireisiin kuuluvat harhat, näkö- ja vainoharhat, voivat olla sairauden ensimmäinen oire ja hoitoon hakeutumisen syy. Näköharhoja esiintyy 30–60 prosentilla potilaista ja ne ovat yleensä tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Vainoharhat voivat liittyä esimerkiksi varasteluun tai puolison uskottomuuteen. Lewyn kappale -taudin muita piirteitä ovat toistuvat kaatumiset ja pyörtäilyt sekä tajunnanhäiriökohtaukset. Tautia sairastavilla voi esiintyä vilkkaita ja pelottavia unia nukkuessaan, milloin he äännelevät ja liikkuvat voimakkaasti raajojaan. (Rinne 2015, 165–166.)

Lewyn kappale -tautia on usein hankala erottaa Alzheimerin taudista ja suurella osalla henkilöistä onkin samanaikainen AT ja Lewyn kappale -tauti. Yleensä Lewyn kappale -taudissa muistin ja kielellisten toimintojen heikkeneminen on lievempää kuin AT:ssa. Lewyn kappale -taudille on tyypillistä tarkkaavuuden sekä muiden tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden vaihtelu, jotka saattavat vaihdella jopa tuntien kuluessa. Hahmotuskyky, sanasujuvuus ja ongelmanratkaisu ovat taas voimakkaammin heikentyneitä Lewyn kappale -taudissa kuin AT:ssa. (Rinne 2015, 168–169.)

Lewyn kappale -tautiin ei ole parantavaa hoitoa. Lääkehoito on hyvin haasteellista ja siinä joudutaan tekemään usein kompromisseja liikuntakyvyn, sekavuuden ja harhojen hoitamisen välillä. Tautia sairastavat ovat poikkeuksellisen herkkiä tietyille psykiatrisille lääkkeille, näin ollen esimerkiksi lääkkeitä joista potilas voisi saada käytösoireita helpottavaa apua, ei voida käyttää. Myös Parkinsonin taudin lääkkeet voivat lisätä sekavuutta ja harha-aistimuksia, vaikka niistä muuten voisi olla hyötyä taudin hoidossa. Jotta sairastuneen liikuntakyky saataisiin ylläpidettyä mahdollisimman pitkään, on suositeltavaa aloittaa fysioterapia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Atula 2015a.)

4.4 Parkinsonin tauti ja siihen liittyvä muistisairaus

Parkinsonin tautia sairastavia on Suomessa noin 10 000. Parkinsonin tautia sairastavista noin 20–40 prosentilla on muistisairaus eli Parkinsonin taudin muistisairaus. Parkinsonin tautia sairastavilla on eteneviä tiedonkäsittelyoireita 4–6 kertaa enemmän kuin terveellä ihmisellä. (Vataja 2014, 295–296.) Parkinsonin tautia sairastavilla potilailla on noin kuusi kertaa korkeampi riski saada muistisairaus kuin väestöllä keskimäärin. Parkinsonin tauti aiheuttaa aivoissa dopamiinin (tietoja kuljettavan välittäjäaineen) vähenemisen, mikä aiheuttaa vapinaa, liikkeiden hidastumista, lihasjäykkyyttä ja lukuisia muita oireita. Tauti alkaa hitaasti ja oireet ovat aluksi toispuolisia, mutta sairauden edetessä motoriset oireet leviävät myös toiselle puolelle. Ennen motoristen oireiden alkamista Parkinsonin taudissa esiintyy usein ei-motorisia oireita, esimerkiksi hajuaistin häviäminen, REM-unihäiriöt, ummetus tai muut autonomisen hermoston oireet sekä tiedonkäsittelyssä ilmenevät oireet. Parkinsonin potilaalla työmuistin suorituskyky on usein heikentynyt, eikä potilas kykene säilyttämään mielessään useita

asioita samanaikaisesti. Sairastuneista 35 prosentilla on jokin impulssikontrollin häiriö (pelihimo, hyperseksuaalisuus, ostoriippuvuus, ahmimishäiriö). (Rinne ja Karrasch 2015, 158–159.) Parkinsonin tauti vaikuttaa myös laajasti kognitiota (tiedollinen) ja tunne-elämää säätelevien aivojen hermora-verkkojen toimintaan. Sairaus on etenevä ja parantavaa hoitoa ei ole vielä keksitty, mutta on olemassa lääkehoito, jonka avulla pystytään korjaamaan dopamiini-välittäjäaineen puutosta. (Vataja 2014, 295–296.)

Parkinsonin taudissa muistisairaus on hyvin samankaltaista kuin Lewyn kappale -taudissa, myös Parkinsonissa aivoihin kertyy samankaltaisia lewyn kappaleita. Parkinsonin taudissa muistisairaus on kuitenkin hitaasti etenevää. (Vataja 2014, 295–296.) Parkinsonin taudin muistisairaus kehittyy joillekin jo muutamassa vuodessa, toiset saattavat sairastua vasta 20 vuoden sairastamisen jälkeen. Parkinsonin taudin muistisairauden toiminnallisia muutoksia ovat tarkkaavuuden häiriöt, toiminnanohjauksen vaikeudet, muistin heikkeneminen ja avaruudellisen hahmottamisen vaikeudet. Tiedonkäsittely hidastuu, koska potilaan muisti alkaa toimia hitaammin. Parkinsonin taudin potilailla tiedonkäsittelyn joustavuus myös usein vähenee. Mahdollisia käytösoireita ovat aloitekyvyn heikentyminen, persoonallisuuden muutos, näköharhat, harhaluulot ja huomattava päiväsaikainen väsymys. (Kelo, Lau-niemi, Takaluoma ja Tiittanen 2015, 214–215.)

5 MUISTISAIRAAN POTILAAN KOHTAAMINEN

Muistisairaahan kohtaamisen peruseriaatteisiin kuuluvat kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Kunnioittamista on mm. muistisairaahan rinnalle asettuminen, elämänkokemuksen huomioon ottaminen, kuunteleminen ja hyväksyminen. Arvostamista taas on ihmisarvon kunnioittaminen, toiveiden ja mielipiteiden huomioonottaminen, tunteiden hyväksyminen, toimintakyvyn ja voimavarojen tukeminen sekä eläytyminen muistisairaahan kokemusmaailmaan. Luottamuksen voi saavuttaa antamalla aikaa, pitämällä yllä turvallisuuden tunnetta ja suhtautumalla ymmärtäväisesti muistisairasta potilasta kohtaan. (Mönkäre 2014, 86–87.)

On hyvä muistaa, että vaikka ihmisellä olisi paha muistisairaus, muistisairas potilas silti tuntee, kokee ja ymmärtää. Potilaan empaattinen ja ymmärtäväinen kohtelu on muistisairaahan potilaan oikeus ja samalla osoitus inhimillisyydestä ja välittämisestä. Hoitajan on osattava arvioida ohjattavan eli muistisairaahan kyky omaksua asioita ja sen perusteella valittava tapa, jolla viestii hänen kanssaan.

Hoitajien kohdennettu koulutus muistisairauksista parantaa muistisairaahan potilaan empaattista kohtaamista. Empatia kuuluu hoitajien ammattiarvoihin ja tulisi huolehtia, että se ei jää jatkuvan terveydenhuoltoalan teknisen kehityksen jalkoihin. Hoitajien empatia potilasta kohtaan on edellytys onnistuneelle muistisairaahan potilaan kohtaamiselle. (Digby, Lee and Williams 2016, 57.) Henkilökunnan tulisi saada lisäkoulutusta muistisairauksiin ja niiden hoitoon liittyen. Tämän tulisi muuttaa huonosti toimivia kulttuurisia normeja ja sen pitäisi sisältää hoidon emotionaaliset, sosiaaliset, älylliset ja käytännölliset näkökulmat. (Freeman 2015, 12.)

Iäkkäällä muistisairaalla on usein eriasteisesti alentunut kognitiivinen toimintakyky, jonka seurauksena uusien asioiden oppiminen tai aiemmin opittujen asioiden mieleen palauttaminen on vaikeaa. Muistisairaalle on ominaista myös puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeudet sekä mahdollisesti vaikeus pukeutua ja suorittaa motorisia liikesarjoja. Sairauteen liittyvät lisäksi toiminnan ohjaamisen vaikeudet, jolloin esimerkiksi ohjeiden noudattaminen voi olla haasteellista. (Henner, Holmström ja Karhumaa 2016, 8.)

5.1 Röntgenhoitaja muistisairaahan potilaan ohjaajana

Röntgenhoitaja muistisairaahan potilaan ohjaajana on aiheena ajankohtainen muistisairauksien lisääntymisen ja väestön ikääntymisen vuoksi. Tämä kasvava ikääntyneiden ryhmä tulee todennäköisesti tarvitsemaan lisääntyvässä määrin kuvantamisen palveluita. Sen vuoksi on olennaisen tärkeää, että röntgenhoitajilla on taidot ymmärtää ja tukea muistisairasta kuvantamistilanteissa. Hyvillä ja yksilöllisillä muistisairaahan ohjaamistaidoilla he saavat aikaan parhaan mahdollisen lopputuloksen. (Freeman 2016, 21.)

Röntgenhoitajan tulisi omalla ammattitaidollaan tunnistaa muistisairas potilas ja sairauden vaikeusaste. Potilaan lähetteessä tulisi olla maininta muistisairaudesta, mikä helpottaa hoitajan valmistautumista kohtaamaan muistisairas potilas, valitettavasti näin ei läheskään aina ole. Usein muistisairaalla

potilaalla itsellään ei ole sairautentunnetta ja hänen oma käsityksensä tilanteestaan ja omasta selviytymisestään arjessa voi olla hyvinkin erilainen kuin todellisuus. Tämä voi hankaloittaa ohjaamistilannetta, minkä vuoksi potilaan mahdollisesti mukana olevien omaisten tai hoitajan haastattelu on hyvin tärkeää. (Vataja 2015, 350.) Röntgenin henkilökunnan olisi hyvä tarvittaessa ja mahdollisuuksien mukaan kääntyä muistisairasta hoitavan yksikön puoleen ja hyödyntää heidän osaamistaan (Freeman 2016, 20). Muistisairas ei ole tahallaan hankala, vaan hän on itsekin sairautensa tuomien muutosten armoilla. Asian muistaminen auttaa hoitajaa pääsemään hankalistakin tilanteista eteenpäin. Rauhallinen ja lämmin suhtautuminen, sekoitettuna sopivalla ja harmittomalla huumorilla auttaa muistisairaahan kohtaamisessa ja ohjaamisessa. Hoitajan täytyy mukautua tilanteeseen ja antaa potilaalle aikaa. (Mönkäre 2014, 87.)

Muistisairaahan tullessa kuvaukseen, tulisi kuvantamisympäristö tehdä rauhalliseksi poistamalla huoneesta ylimääräiset ärsykkeet ja huolehtia siitä, että kuvaustilanne on hyvin organisoitu ja se sujuu jouhevasti. Hoitajia olisi hyvä olla huoneessa mahdollisimman vähän ja yhden heistä ottaa ohjat kuvauksen aikana. Jos on mahdollista, voi hoitaja neuvotella muistisairasta potilasta hoitavan henkilökunnan kanssa parhaasta vastaanottoajasta, jolloin pystytään välttämään muistisairaahan kokemaa stressiä ja muuttamaan hänen normaaleja rutiineja mahdollisimman vähän. (Freeman 2015, 22.)

Ohjaamista lähdetään viemään eteenpäin muistisairauden edellyttämällä tavalla. Potilasta avustetaan tarvittaessa riisumisessa ja pukeutumisessa mahdollisen motorisen toimintakyvyn heikentymisen vuoksi, samoin häntä tulee avustaa myös siirtymisissä. (Lähdesmäki-Mäkinen ja Koistinen 2012.) Omaisten tai mukana olevan saattajan käyttäminen avustavissa tehtävissä on suotavaa ja usein myös järkevää, koska mukana oleva henkilö on potilaalle tuttu. Tämä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. (Lähdesmäki-Mäkinen ja Koistinen 2012; Freeman 2015, 11.) Muistisairaahan kanssa yhteistoiminta onnistuu usein, kun muistisairasta kuullaan ja vastataan siihen, mitä hän itse toivoo. Toiveisiin vastaaminen ei välttämättä tarkoita konkreettista tekemistä siten kuin muistisairas toivoo, vaan se voi olla hetkeksi pysähtymistä, rauhallista läsnäoloa ja hienovaraista toimintaa. Muistisairas aistii helposti tunteet ja ilmapiirin, jolloin kiireinen ja hermostunut ilmapiiri heijastuu muistisairaahan kykyyn toimia toivotulla tavalla. (Mönkäre 2014, 90–91.)

Potilaalle annettujen ohjeiden tulee olla selkeitä ja lyhyitä ja niitä tulee toistaa tarvittaessa välttämällä rönsyilevää puhetyyliä (Lähdesmäki-Mäkinen ja Koistinen 2012). Hoitajan on hyvä tarkkailla muistisairaahan sanatonta sekä sanallista viestintää ja olettaa, että jonkinlainen kommunikointi on aina mahdollista. Hoitajan tulisi kommunikoida muistisairaahan potilaan kanssa yhdenvertaisesti, vaikka potilaan kommunikaatio olisikin rajallista. Hoitaja lähestyy potilasta rauhallisesti, lempeästi ja rennolla otteella sekä käyttää pehmeää äänensävyä. Hän voi myös selvittää ja käyttää nimeä, jota potilas haluaa itsestään käytettävän. Ennen ohjeiden antamista on hyvä varmistaa, että hoitajalla on muistisairaahan potilaan huomio. Potilaalle puhutaan suoraan, vaikka he eivät pystyisi vastaamaan tai pitämään yllä katsekontaktia. Hoitajan kannattaa kysyä potilaalta yksinkertaisia kysymyksiä, joihin voi vastata joko kyllä tai ei. Ohjeiden antamisen aikana tulisi välttää liikkumista ja sen jälkeen antaa potilaalle aikaa reagoida ohjeisiin, ennen niiden toistamista. Hoitajan on hyvä tiedostaa, että potilaan käytös on kommunikointitapa ja tunnistaa vetäytyminen tai passiivisuus hätäntyneeksi reaktioksi.

Muistisairas potilas voi käyttäytyä hätäntyneesti kivun, väsymyksen, nälän tai muun epämukavan olotilan vuoksi. Olisi hyvä yrittää tunnistaa käytöksen syy ja välttää muistisairaahan potilaan normaaliin rutiinien rikkomista. Muistisairaalla voi olla oma todellisuudentaju, jonka rikkomisen voi aiheuttaa hätäntymistä. (Freeman 2016, 24.)

Tarvittaessa röntgenhoitaja itse voi näyttää potilaalle hitaana suorituksena kuvauksessa tarvittavat asennot. Hoitajan täytyy olla rauhallinen ja läsnä tilanteessa. (Lähdesmäki-Mäkinen ja Koistinen 2012.) Kun potilasohjauksessa tulee tilanne, missä puhuminen tai selittäminen ei enää auta, pyritään luomaan muistisairaalle turvallinen ilmapiiri; ”olet turvassa” ja ”kaikki on hyvin”. Tuetaan turvallisuuden tunnetta, minkä avulla tarvittava kuvaus tai toimenpide saadaan suoritettua. (Mönkäre 2014, 94.)

5.2 Eettiset näkökulmat muistisairaahan potilaan ohjaamisessa

Etiikan avulla ihminen voi arvioida omaa toimintaansa. Terveystieteiden ammattihenkilöstön toimia ohjaavat ammattieettiset periaatteet. Röntgenhoitajan ammattieettisiin periaatteisiin kuuluvat terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen sekä kärsimysten lievittäminen. Röntgenhoitaja tutkii ja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin kunkin yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Röntgenhoitaja on sitoutunut ammattieettisiin arvoihin käyttäessään lääketieteellistä säteilyä työssään. Terveystieteiden alan työtä ohjaavat elämän ja ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteet. (Suomen Röntgenhoitajaliitto 2000.)

Kaikkien potilaiden kohtaamiseen kuuluvat samat periaatteet, niin myös muistisairaiden. Näitä ovat toisen kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Röntgenhoitajan tulee olla potilaskohtaamisissa empaattinen, välittävä ja kärsivällinen. Koska muistisairaahan vuorovaikutustaidot heikkenevät sairauden edetessä, hoitajan kohtaamisen taidot korostuvat. Tärkeää on säilyttää tasa-arvoisuus, vaikka tasavertaisuus muuttuu. (Mönkäre 2014, 86.) Eettiset kysymykset nousevat erityisen merkittäviksi, silloin kun ohjataan potilaita, jotka eivät pysty ottamaan vastuuta päätöksenteosta ja vastaamaan omasta hoidostaan esimerkiksi muistihäiriöiden vuoksi. Hoitajan riittävä tieto potilaasta mahdollistaa hänen yksityisyyden kunnioittamisen ja auttaa sovittamaan ohjauksen potilaan tarpeiden mukaiseksi. Muistisairaahan ohjaamista pystytään tukemaan hyvällä eettisellä ympäristöllä. Hyvässä ja eettisessä ympäristössä on aikaa keskustelulle sekä ohjaamiselle. (Kyngäs ym. 2007, 155.) Osastojen organisaatiokulttuurin tulisi olla joustava ja osallistava ja sen pitäisi arvostaa hyviä käytäntöjä sekä tukea henkilökeskeistä hoitoa (Freeman 2016, 22). Kuvantamistutkimukselle on varattava riittävästi aikaa ja rauhallinen ympäristö. Eettisessä ohjausympäristössä huolehditaan, että hoitajalla on valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 155.) Osastojen olisi hyvä pyytää palautetta potilailta ja hoitohenkilökunnalta heidän kokemuksistaan röntgenissä ja mahdollisuuksien mukaan toimia näiden palautteiden pohjalta (Freeman 2016, 22).

Suomen laissa on määritelty oikeudelliset periaatteet, jotka turvaavat potilaan aseman ja oikeudet. Potilaan oikeuksia ovat hyvä ja laadukas terveyden ja sairauden hoito. Potilasta tulee kohdella niin,

ettei hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään loukata. Potilaan yksilölliset tarpeet tulee ottaa huomioon terveydenhuollossa niin hyvin kuin se on mahdollista. Terveyspalveluiden tarjoajan on huolehdittava, että potilaiden kohtelu on yhdenvertaista. Laki myös turvaa potilaan itsemääräämisoikeuden, jolloin hänellä on oikeus päättää itseensä liittyvissä asioissa niin kauan kuin hän on siihen kykenevä. (STM s.a.) Muistisairaankohdalla on muistettava, että itsemääräämisoikeus tarkoittaa nykyisen lisäksi hänen terveenä ollessaan ilmaisemia toiveita. Ja hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee ammattihenkilökunnan ja läheisten kunnioittaa. Muistisairaankohdalla tekemille ratkaisuille tulee antaa etusija niin kauan kuin hän ymmärtää kysymyksessä olevan asian merkityksen. (Nikumaa 2014, 171.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyö tehtiin kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli tuottaa ohjevihko Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden röntgenhoitajille muistisairaana potilaan ohjaamisesta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä röntgenhoitajien tietoa yleisimmistä muistisairauksista ja niiden tuomista muutoksista ihmisessä.

Lisätiedon avulla röntgenhoitaja pystyy tunnistamaan muistisairaana potilaan ja ohjaamaan muistisairasta sairauden edellyttämällä tavalla. Onnistunut ohjaus on lähtökohta onnistuneelle tutkimukselle. Tuloksellinen tutkimus vähentää röntgenhoitajien työn kuormittavuutta ja auttaa heitä työskentelemään turvallisesti muistisairaana potilaan kanssa sekä luomaan luotettavan ja onnistuneen tutkimustilanteen muistisairaalle.

7 KEHITTÄMISTYÖNÄ OHJEVIHKON TEKEMINEN

Yrityksissä ja organisaatioissa halutaan kehittää toimintaa jatkuvasti ja yksi tapa siihen on kehittämistutkimukset. Kehittämistutkimus rakentuu syklisestä prosessista, jossa kuvataan ongelma, laaditaan toimenpide-ehdotukset, toteutetaan suunnitelma ja katsotaan tulos. (Kananen 2015, 33.)

7.1 Kehittämistyö opinnäytetyönä

Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa toimivia käytännön ratkaisuja, joissa yhdistyvät kehittäminen ja tutkimus, kuten esimerkiksi toiminnallinen kehittäminen opinnäytetyönä. Kehittämistyönä voidaan tehdä työelämän toimeksiantajan kanssa yhteistyössä esimerkiksi opas tai ohjevihko, jonka avulla kehitetään työelämän toimintaa paremmaksi. Kehittämistyössä- ja tutkimuksessa on aina mukana teoretietoa, johon kehittämisessä nojataan. (Kananen 2012, 19, 42–48.) Kehittämistyön vaiheet ovat useimmiten tarpeen tunnistaminen, määrittely, suunnittelu, toteutus ja projektin päättäminen. Yleensä projekti lähtee liikkeelle tunnistetusta tarpeesta tai ideasta. Määrittelyvaiheessa arvioidaan, onko idea toteuttamisen arvoinen. Seuraavaksi siirrytään suunnitteluvaiheeseen, jossa tehdään konkreettinen projektisuunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan aikataulu, resurssit ja budjetti, joiden mukaan projekti on tarkoitus viedä eteenpäin. Toteutusvaihetta lähdetään viemään eteenpäin suunnitelman mukaan, huomioitava on kuitenkin, että työ todennäköisesti elää toteutusvaiheessa jonkin verran. Jos kaikki on mennyt suunnitelmien mukaan, toteutusvaiheen tuloksena syntyy projektisuunnitelmassa kuvattu tuotos. Tämän jälkeen seuraa projektin päättäminen. Projektin päättämiseen kuuluu loppuraportointi, työn esittäminen ja arviointi sekä jatkoideoiden esille tuominen. (Kettunen 2003, 41–42.)

7.2 Hyvä ohjevihko

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita tai oppaita. Niitä voivat olla lyhyet yhden sivun mittaiset ohjeet tai lehtiset sekä useampisivuiset pienet kirjaset tai oppaat. Kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyyteen täytyy kiinnittää huomiota, jotta ohjauksen laatu ei kärsi huonosti ymmärretyistä ohjeista. Kirjallisen ohjausmateriaalin täytyy olla sisällöltään ja kieliasultaan sopivaa sekä ymmärrettävää. Kirjallisen ohjeen tai oppaan kokonaisuutta voidaan tarkastella sisällön, ulkoasun, kielen ja rakenteen näkökulmasta. Selkeässä ohjeessa tai oppaassa kerrotaan kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Opetettava asia tulisi esittää pääkohdittain, jolloin tieto pysyy lyhyenä ja selkeänä. (Kyngäs ym. 2007, 124–126.)

Ymmärrettävässä kirjallisessa oppaassa on selkeästi luettava kirjaisintyyppi, sopiva kirjaisinkoko (vähintään 12) sekä selkeä tekstin jaottelu ja asettelu. Tärkeitä asioita voidaan painottaa esimerkiksi alleviivauksella tai muulla korostuskeinolla. Kirjallisen ohjeen tai oppaan värikykyyn ja kokoon on hyvä kiinnittää huomiota. Tekstikappaleissa esitetään vain yksi asia kappaletta kohden ja pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen. Tekstin kielen pitää olla selkeää, termien tuttuja ja konkreettisia sekä virkkeet melko lyhyitä, jotta tekstin sisällöstä saa yhdellä silmäyksellä käsityksen. Ohjeessa aktiivi muoto on passiivimuotoa parempi. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden kanssa. Työn tilaajan yhteyshenkilöinä toimivat palveluesimies ja vastaava röntgenhoitaja. Heidän kanssaan sovimme, että tuotamme kehittämistyönä ohjevihkon sekä esitämme valmiin tuotoksen henkilökunnalle.

Kuvantamispalveluiden toiveena oli, että ohjevihko sisältäisi muun muassa seuraavia asioita: miten erottaa eri muistisairaudet; mitä voit odottaa, kun kohtaat muistisairaahan potilaan; eri muistisairauksien tyypillisimmät piirteet; miten kohtelen muistisairasta, miten saisin muistisairaahan potilaan luottamuksen ja miten ohjeistan muistisairasta. Lisäksi hoitajat miettivät potilaan pärjäämistä tutkimuksen jälkeen, osaako potilas mennä kotiinsa tai ymmärtääkö hän mistä ja miten tutkimustulokset ovat saatavissa. Palaverissa otettiin esille myös hyvän lähetteen kriteerit. Hyvässä lähetteessä on kerrottu lyhyesti potilaan perussairaudet ja indikaatio tutkimukselle. Muistisairaus samoin kuin muutos toimintakyvyssä on oleellinen tieto röntgenhoitajan työn kannalta. Opinnäytetyössä ei käsitellä läheteasia tarkemmin, koska lähete on lääkäristä riippuvainen eikä liity opinnäytetyöhömmme. Lähetetä otettiin huomioon kehittämisideoissa.

Opinnäytetyön työsuunnitelman tekeminen aloitettiin keräämällä tietoa muistisairauksista ja muistisairaiden potilaiden ohjaamisesta alan kirjoista ja alan artikkeleista. Työsuunnitelmapuolesta tehtiin ohjaus- ja hankkeistamissopimus. Opinnäytetyön raportin tekemisen aikana haettiin tutkimuslupaa Kuopion kaupungilta. Teoriatiedon ollessa lähes valmis tehtiin ohjevihko ja samanaikaisesti kirjoitettiin raporttia loppuun.

8.1 Suunnittelu ja aineiston keruu

Aikataulu suunniteltiin niin, että opinnäytetyön työsuunnitelma valmistuu syksyn 2016 aikana ja varsinainen opinnäytetyö valmistuu keväällä/kesällä 2017. Opinnäytetyö olisi valmis viimeistään syksyllä 2017. Opinnäytetyöstä ei syntynyt kustannuksia, koska opinnäytetyön tuotos eli ohjevihko tehtiin sähköisenä versiona toimeksiantajalle.

Aineiston hakua toteutettiin syksyn 2016 ja kevään 2017 aikana. Suomenkielistä aineistoa haettiin pääasiassa Savonia ammattikorkeakoulun kirjaston ammattikirjallisuudesta. Kansainvälisiä lähteitä etsittiin internetistä terveysalan tietokannoista (Medic ja Chinal Complete). Hakusanoina käytettiin dementia, patient, radiology, radiography, imaging, nursing. Medicistä hakusanoilla caring, dementia, communication, nursing ja interaction sekä näiden yhdistelmillä ei löytynyt hakutuloksia. Chinal Complete tietokannasta löytyi hakusanoilla dementia ja nursing useita osumia, joita lähdettiin rajaamaan otsikkotasolla. Tämän jälkeen luettiin tiivistelmät ja lopuksi valituista aineistoista luettiin koko teksti. Haun valintakriteereitä olivat julkaisuvuosi 2010 tai sen jälkeen, englannin- tai suomenkielisyys ja hoitotieteelliset tutkimukset tai niistä tehdyt artikkelit. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman uusia lähteitä, jotta työn sisältö pysyisi luotettavana ja ajantasaisena. Muutama vanhempi lähde työstä löytyy, koska niiden sisällön katsottiin olevan vielä ajan tasalla.

Opinnäytetyön riskejä arvioitiin SWOT-analyysin avulla, joka on yksinkertainen työkalu hankkeiden ja projektien suunnittelussa. SWOT-analyysissä kirjataan ylös ensin sisäiset vahvuudet, sisäiset heikkoudet, ulkoiset mahdollisuudet ja ulkoiset uhat. Tämän pohjalta voidaan miettiä, miten vahvuuksia pystytään käyttämään hyödyksi ja miten heikkouksia voidaan muuttaa vahvuuksiksi, sekä miten tulevaisuuden mahdollisuuksia hyödynnetään ja miten uhat voidaan välttää. Tuloksena saadaan toimintasuunnitelma, jonka pohjalta on hyvä jatkaa opinnäytetyön viemistä eteenpäin. (Opetushallitus 2016.)

8.2 Ohjevihkon toteutus

Ohjevihko toteutettiin Microsoft Office Wordilla. Suunnittelu aloitettiin kirjoittamalla käsikirjoitus ohjevihkosta. Ohjevihkon alkuun laitettiin lyhyesti tietoa yleisimmistä muistisairauksista. Sen jälkeen koottiin tietoa muistisairaana potilaan kohtaamisesta ja ohjaamisesta. Lopuksi laitettiin lyhyesti tietoa yleisimmistä muistisairauksista (Alzheimerin tauti, Aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale –tauti, sekä Parkinsonin tauti ja sen muistisairaus) ja niiden tuomista muutoksista ja oireista ihmisessä. Ohjevihko haluttiin pitää selkeänä ja helppolukuisena, jolloin haluttu tieto löytyy nopeasti. Kunkin sairauden tuomat oireet ja muutokset korostettiin värillisellä alueella. Fonttikoko pidettiin sopivana ja fontti selkeänä ilman turhia koukeroita. Otsikot kirjoitettiin isoilla kirjaimilla, jolloin eri muistisairaudet löytyvät helpommin vihkosta. Värit pidettiin vaaleahkoina, mikä rauhoittaa tuotoksen ilmettä sekä kuviksi valittiin itse otettuja rauhallisia kuvia. Ohjevihkon kooksi sovittiin A5, jolloin sitä on helppo selata, eikä se vie paljon tilaa esimerkiksi työpöydällä. Ohjevihko tehtiin sähköiseen muotoon, jolloin toimeksiantaja voi painattaa sitä tarvitsemansa määrän.

Ohjevihkoa luetettiin toimeksiantajalla joitakin kertoja, ja muutoksia tehtiin heidän toiveidensa mukaisesti. Alusta alkaen olimme samaa mieltä toimeksiantajan kanssa siitä, mitä vihkoon laitetaan, jolloin vihkon tekeminen oli helpompaa, eikä suuria muutoksia tarvinnut tehdä. Vihkoon pyydetyt muutokset koskivat asioiden esitysjärjestystä, asiasisällöstä olimme koko prosessin ajan yhtä mieltä toimeksiantajan kanssa. Työn huolellinen suunnittelu oli suurena apuna tässä.

Ohjevihkon suurimpana haasteena oli varmasti se, ettei vihkosta puuttuisi mitään tärkeää, kun sen samalla pitäisi olla selkeä ja helppolukuinen. Tarvittava tieto tulisi olla nopeasti saatavilla, jotta siihen perehtyminen kuvantamistutkimuksen alussa ei veisi liikaa aikaa. Ohjevihkon tekemisen perustana on ollut erilaiset tieteelliset julkaisut, tutkimukset ja artikkelit.

9 POHDINTA

Halusimme opinnäytetyön aiheen olevan helposti lähestyttävä sekä käytännönläheinen ja opinnäytetyön aihe onkin herättänyt keskustelua niin opiskelijoiden kuin ammattihenkilöidenkin keskuudessa muun muassa siitä, onko röntgenhoitaja hoitaja vai pelkkä kuvanottaja. Mielestämme tässä keskustelussa olisi hyvä ottaa esille röntgenhoitajan ammattieettiset periaatteet, joissa todetaan, että röntgenhoitaja tutkii ja hoitaa jokaista potilasta yksilöllisesti ja huolellisesti.

Keskustelut yhteistyökumppanimme kanssa toivat ilmi selkeän tarpeen työlle. Opinnäytetyön tuotosta eli ohjevihkoa on tarkoitus käyttää kaikissa kolmessa Kuopion kaupungin kuvantamispalveluiden toimipisteissä. Kuopion kaupungin kuvantamispalveluille opinnäytetyömme voi antaa uusia työkaluja työn kuormittavuuden vähentämiseksi ja auttaa röntgenhoitajia jaksamaan työssään paremmin.

Ohjevihkon tavoitteena oli, että muistisairaahan kohtaamiseen ja ohjaamiseen liittyvä työtä helpottava tieto on nopeasti saatavilla. Työn tavoitteen onnistumisen kautta toivomme sen myös parantavan muistisairaahan potilaan kokemuksia kuvantamistutkimuksista

Opinnäytetyön tekemiseen saimme apua koululla järjestetyissä opinnäytetyöpajoissa opettajilta ja opponenteilta sekä muilta oppilailta. Pajoja tärkeämmäksi koimme kuitenkin ohjaavalta opettajalta saadut palautteet työstä. Erilliset tehtävät, jotka sivusivat opinnäytetyön aihetta, auttoivat meitä tiedonhaussa ja jäsensivät opinnäytetyötämme.

Työn tekemisen kannalta vahvuutena meillä oli mielenkiintoinen aihe ja motivaatio työn tekemiseen. Pidimme vahvuutena sitä, että työn tekijät olivat samalla paikkakunnalla syksyn ja kevään, samoin yhteistyökumppani. Yhtenä vahvuutena oli työn tekijöiden samanlaiset elämäntilanteet, jolloin toista oli helpompi ymmärtää esimerkiksi perhetilanteista johtuvista seikoista. Teimme paljon yhteistyötä opiskelujen aikana, joten tunsimme toistemme työskentelytavat sekä vahvuudet ja heikkoudet. Osasimme hyödyntää toistemme vahvuuksia opinnäytetyötä tehdessä. Heikkoutena meillä oli kokemattomuus opinnäytetyön teosta sekä tieteellisen teoriatiedon etsiminen ja sieltä olennaisen asian poimiminen, sekä tieteellisen tekstin tuottamisen vajavainen osaaminen. Heikkous oli myös yhteisen ajan puute ja kiire, sillä työskentelimme parhaiten silloin, kun saimme pohtia asioita yhdessä. Heikkoutena oli toisen opinnäytetyön tekijän muutto toiselle paikkakunnalle kesken työn tekemisen. Mahdollisuutena näimme verkostoitumisen työelämäpuolen kanssa. Opimme syventämään teoriatietoa ja omaa oppimaamme, jolloin pystymme hyödyntämään ja soveltamaan näitä taitoja työelämässä. Uhkina näimme vieraskielisten lähteiden käyttämisen ja niiden oikein ymmärtämisen. Todellimpana uhkana koimme kuitenkin aikataulun pettämisen.

9.1 Kehittämistyöprosessin ja tuotoksen arviointi

Opinnäytetyöprosessi alkoi aihekuvauksen tekemisellä. Tässä vaiheessa meillä ei vielä ollut opinnäytetyön aihetta ja teimmekin aihekuvauksen eri aiheesta kuin varsinainen opinnäytetyö tehtiin. Työsuunnitelmavaiheessa olimme saaneet lopullisen opinnäytetyön aiheen. Työsuunnitelmavaiheessa kirjoitettu teoriatieto helpotti varsinaisen opinnäytetyöraportin tekoa. Tiedon haku ja hyvien, luotettavien lähteiden löytäminen oli joissakin määrin hankalaa. Vieraskielisten lähteiden löytäminen ja niiden käyttäminen opinnäytetyössä oli haastavaa, koska tekstin väärin ymmärtämisen riski oli melko suuri.

Opinnäytetyön sisältö muuttui jossakin työn vaiheessa melko paljon otsikkotasolla. Järjestelimme ja muokkasimme otsikoita mielestämme parempaan järjestykseen, jolloin työn tekeminen lähti eteneämään nopeammin. Koimme ohjaavalta opettajalta saadut palautteet hyväksi ja työtä oli helpompi viedä eteenpäin palautteiden jälkeen. Opinnäytetyötä tehtiin yhteensä yli vuoden ajan. Väliillä oli pitkiä taukoja, ettemme tehneet opinnäytetyötä ollenkaan, koska molemmat olimme harjoitteluissa. Teoriatieto opinnäytetyöhön kirjoitettiin syksyn 2016 ja kevään 2017 aikana ja ohjevihko tehtiin syksyn 2017 aikana.

Ohjevihkon tekemisessä oli alkuun hankaluuksia, koska meillä oli puutteita Wordin käytössä. Vihko kuitenkin saatiin tehtyä, kun aikamme kokeilimme erilaisia toimintoja Wordilla. Mielestämme siitä tuli hyvä ja selkeä. Palautetta vihkosta saimme toimeksiantajalta lähinnä sisällön esitys järjestykseen ja muokkasimme sitä palauteen pohjalta. Alun perin vinkit muistisairaapotilaan ohjaamiseen olivat viimeisenä. Lopulliseen tuotokseen nämä siirrettiin heti alkuun, mistä ne löytyvät nopeasti. Vihkon tekemistä helpotti se, että meillä oli toimeksiantajan kanssa samat ajatukset vihkon sisällöstä, joten suuria muutoksia vihkoon ei tarvinnut tehdä.

Aikataulussa pysyminen oli haastavaa ja aikataulua muutettiin matkan varrella joustavasti tilanteen mukaan, kun siihen oli mahdollisuus. Kaikki sovitut asiat hoidettiin ajallaan, mutta luovalle tekemiselle, ajattelulle ja kirjoittamiselle annettiin tilaa. Aikataulu venyi suunnitellusta, mutta opinnäytetyö valmistui kuitenkin suunnitellusti syksyllä 2017.

Ohjevihko valmistui yhtä aikaa opinnäytetyön kanssa, joten vihkon käyttökokemuksia emme pystyneet tässä vaiheessa arvioimaan. Toisen opinnäytetyön tekijän työskentely työn tilaajan palveluksessa antaa meille kuitenkin mahdollisuuden saada myöhemmässä vaiheessa tietoa vihkosta ja sen toimivuudesta työyhteisössä.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä sekä tulokset luotettavia ja uskottavia. Työn eettisyyden pitää tulla ilmi työn kaikissa vaiheissa. Tehtäessä tutkimusta on muistettava, että eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan keskiö.

Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka kertoo niistä säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.)

Opinnäytetyössämme kysymykset eettisyydestä ja luotettavuudesta keskittyvät teoreettisen viitekehyksen rakentamiseen. Ohjevihkomme teossa ei käytetty henkilöhaastatteluja vaan se perustui kirjallisuuteen ja julkaistuihin tutkimustietoihin.

Tutkimusetiikka voidaan esimerkiksi jakaa kahteen lajiin, tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan tarkastelun alla olevan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Näin arvioidaan yhteyttä tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Yksi perusvaatimus on, että tutkimusaineistoa ei keksitä tyhjästä tai väärstellä. Tieteellinen kriittisyys vaatii kykyä tarkastella omia toimintatapoja erilaisista näkökulmista, samoin kuin niiden perusteita. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten siihen suhtaudutaan, esimerkiksi rahoittajien kiinnostus tutkia jotakin tietyn tyyppistä tutkimusta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Pyrimme pitämään koko opinnäytetyöprosessin ajan työn jäljen tasaisena. Harkitsimme opinnäytetyössä käyttämämme lähteet tarkasti ja merkitsimme ne tekstiin, emmekä käyttäneet toisten tekstejä omanamme. Aineiston haussa rajasimme hakua hakusanoilla ja vuosiluvuilla. Käytimme uusinta löytämäämme tietoa, jolloin lähteiksi valitut aineistot olivat luotettavia. Raportin teossa käytimme pääsääntöisesti kotimaista kirjallisuutta, mutta löysimme myös joitakin hyviä vieraskielisiä lähteitä. Vieraskielisten lähteiden kanssa ongelmana oli tekstin ymmärtäminen ja jouduimmekin pyytämään jonkin verran apua englannin kieltä taitavalta henkilöltä.

Ohjevihkossa käytetyt kuvat olivat omiamme, jolloin niiden käyttöön ei tarvinnut hakea lupaa. Opinnäytetyön aikana teimme yhteistyötä työn tilaajan kanssa sekä ohjaavan opettajan ja opponoiden kanssa. Toimiminen työn tilaajan kanssa ja työn tekijöiden kesken oli avointa ja rehellistä. Ohjaajan ja ohjeen tarkistaneiden röntgenhoitajien kanssa käydyissä keskusteluissa pyrimme noudattamaan hyviä tieteellisiä käytänteitä ja tutkimusetiikkaa.

Opinnäytetyömme oli projektimuotoinen eli toiminnallinen opinnäytetyö jonka tuotoksena oli ohjevihko. Opinnäytetyö ei ole tutkimus, mutta opinnäytetyön tekemisessä on kuitenkin samoja piirteitä kuin tutkimuksen tekemisessä, kuten esimerkiksi teoreettinen viitekehys.

9.3 Oman ammatillisuuden kehittyminen

Työelämälähtöisen kehittämistyön aihe oli mielenkiintoinen ja se tuki ammatillista kasvuamme ja kehitti työelämävalmiuksiamme. Vaikka käsitteimme opinnäytetyössämme muistisairaahan ohjaamista, koimme että saimme työkaluja kohdata ja ohjata kaikkia potilaita röntgenissä. Opinnäytetyön valmistumisen myötä ymmärrämme paremmin muistisairaitapotilaita, jolloin heidän ohjaaminen on helpompaa. Saimme hyviä vinkkejä muistisairaiden kohtaamiseen ja ohjaamiseen, mitkä tulevat varmasti hyödyntämään meitä työelämässä. Ennen opinnäytetyön aloittamista tietomme muistisairauk-

sista ja niiden tuomista mahdollisista käyttöoireista olivat hyvin vähäiset. Työn kautta opimme yleisimmistä muistisairauksista sekä Parkinsonin taudista ja sen muistisairaudesta olennaiset piirteet. Käsityksemme röntgenhoitajan työn eettisyyden tärkeydestä lisääntyi ja toivomme olevamme tulevaisuudessa empaattisia ja kunnioittavia hoitajia tuleville potilaillemme.

Röntgenhoitajan ammatin osaamisalueisiin kuuluvat radiografia- ja sädehoitotyön hoitamis- ja ohjaamisosaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, menetelmäosaaminen, turvallisuusosaaminen sekä kehittäminen, tutkimus ja johtaminen. Opinnäytetyöprosessin myötä opiskelija arvioi osaamistaan näiden edellä mainittujen osaamisalueiden kautta. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016.) Opinnäytetyön tekeminen kehitti osaamistamme näillä eri osaamisalueilla. Koemme, että saimme opinnäytetyön tekemisen ja röntgenhoitajakoulutuksen aikana hyvät valmiudet lähteä tekemään röntgenhoitajana töitä.

Opinnäytetyön tekeminen opetti meitä teorian tiedon ja käytännön soveltamiseen. Sen avulla pääsimme tosielämässä harjoittelemaan, miten teoriassa opittu tieto saadaan siirrettyä käytäntöön. Työn edetessä ohjaamistaitomme syventyivät ja taitomme karttuivat myös eettisen ajattelun ja osaamisen näkökulmasta. Opimme myös ammatin kehityksen kannalta tärkeää teorian tiedon hakua ja sen syvempää ymmärtämistä. Työn aikana lähdekritiikin merkitys kasvoi, ja olihan tämä ensimmäinen näin laaja työ, jossa tiedonhankintaa suoritimme.

Opinnäytetyö opetti prosessina pitkäjänteisyyttä ja suunnitelmallisuutta. Kehityimme opinnäytetyön tekemisen aikana tekstin tuottajina. Tekstiä jouduimme muokkaamaan matkan varrella useaan kertaan. Koemme olevamme nyt parempia tekstin tuottajia, mistä on hyötyä myös työelämässä. Olimme hyvä tiimi, joka on hioutunut kolmessa vuodessa erilaisten koulutöiden kautta. Tunnistimme toistemme vahvuudet ja osasimme hyödyntää niitä. Otimme vastuun työskentelystämme ja työt jaettiin tasapuolisesti silloin, kun opinnäytetyötä työstiittiin yksin.

9.4 Jatkokehittämisidea

Tiedon välittymisen tärkeys nousi voimakkaasti esille tehtävän etenemisen myötä. Koska yleensä röntgenhoitaja aloittaa tutkimuksen tai kuvauksen valmistelun tutustumalla potilaan lähetteeseen, olisi ensiarvoisen tärkeää, että potilaan mahdollinen muistisairaus ja sen aste tulisi esille jo tässä vaiheessa. Lääkärin olisi hyvä mainita potilaan muistisairaudesta röntgentutkimuslähetteessä, samoin kuin muun hoitohenkilökunnan tai omaisen olisi hyvä tuoda esille muistisairaahan potilaan toimintakyky ja sen erityispiirteet ajanvaraukselta tehdessään. Röntgenhoitajat pystyisivät näin ennakoimaan ja valmistautumaan muistisairaahan potilaan kohtaamiseen, jotta tutkimuksessa jäisi riittävästi aikaa inhimilliselle ja lämpimälle kohtaamiselle. Tällöin pystyttäisiin myös varmistamaan, että muistisairaahan avun tarve saisi riittävästi huomiota. Näillä aika pienilläkin teoilla pystyisimme vähentämään röntgenhoitajien kuormitusta kuvaustilanteissa ja saisimme luotua turvallisen ja empaattisen tutkimustilanteen muistisairaalle.

Työelämän edustajien puolelta tuli jatkokehittämisideana kuvakortit, joita voisi hyödyntää muistisaira-
raan potilaan ohjaamisessa. Tulevat röntgenhoitajaopiskelijat voisivat toteuttaa ohjausta helpottavat
kuvakortit esimerkiksi moniammatillisena hanketyönä.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ATULA, Sari 2015a. Lewyn kappale- tauti [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-22.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105&p_hakusana=lewyn%20kappale
- ATULA, Sari 2015b. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus) [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-22.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106
- DIGBY, Robin, LEE, Susan ja WILLIAMS, Allison 2016. Nurse empathy and the care of people with dementia. Australian journal of advanced nursing volume 34 issue 1 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-05-17.] Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=df265511-8567-4ae9-9e40-21181c29c304%40sessionmgr4008&vid=5&hid=4212>
- ERKINJUNTTI, Timo, ALHAINEN, Kari, RINNE, Juha ja HUOVINEN, Maarit 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Duodecim.
- ERKINJUNTTI, Timo, MELKAS, Susanna ja JOKINEN, Hanna 2014. Vaskulaarisen kognitiivisen heikentymän alatyyppit. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka 2015. Muistisairaudet: Käsitteitä ja termejä. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- ERKINJUNTTI, Timo ja VIRAMO, Petteri 2015. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- FREEMAN, Christina 2015. Caring for people with dementia: a clinical practice guideline for the radiography workforce (imaging and radiotherapy) [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-12-30.] Saatavissa: <http://www.sor.org/learning/document-library/caring-people-dementia-clinical-practice-guideline-radiography-workforce-imaging-and-radiotherapy>
- HALLIKAINEN, Merja 2014a. Alzheimerin taudin lääkehoito. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- HALLIKAINEN, Merja 2014b. Muistisairaahan yleiset oireet. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- HALLIKAINEN, Merja 2014c. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyn mahdollisuudet. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- HALLIKAINEN, Merja ja ROSENVALL, Ari. Muistipotilaan kliininen tutkimus. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- HENNER, Anja, HOLMSTRÖM, Anneli ja KARHUMAA Liisa 2016. Ikääntynyt potilas röntgenhoitajan asiakkaana. Radiografia. Suomen röntgenhoitajaliitto ry:n julkaisu 2016/1.
- KANANEN, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 134. Toimittaja Risto Heikkinen. Tampere: Juvenes print.
- KANANEN, Jorma 2015. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 212. Toimittaja Teemu Makkonen. Tampere: Juvenes print.

- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KELO, Sini, LAUNIEMI, Helena, TAKALUOMA, Matleena ja TIITTANEN, Hannele 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KETTUNEN, Sami 2003. Onnistu projektissa. Juva: WSOY.
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- LÄHDESMÄKI-MÄKINEN, Leena ja KOISTINEN, Pia 2012. Muistisairaahan vanhuksen manuaalinen ohjaaminen liikkumisessa [seminaariesitys 2012-03-14]. [Viitattu 2016-09-05.] Saatavissa: http://www.vanhustyonosaajat.fi/vanhustyonosaajat/Vuosikokous/kutsut_ohjelmat/2012%20seminariesitykset/2012_03_14_Manuaalinen_ohjaus.pdf
- MELKAS, Susanna, JOKINEN, Hanna ja ERKINJUNTTI, Timo 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- MUISTILIITTO RY 2016. Muistisairaudet [internet sivusto]. [Viitattu 2016-09-03.] Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>
- MÖNKÄRE, Riitta 2014. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- NIKUMAA, Henna 2014. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- OPETUSHALLITUS 2016. SWOT-analyysi [verkkomateriaali]. [Viitattu 2016-11-25.] Saatavissa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- PARTANEN, Tuula ja ÄIJÖ, Marja 2016. Ohjaamisen taitoja oppimassa. Radiografia 1/2016, 26.
- REMES, Anne, HALLIKAINEN, Merja ja ERKINJUNTTI, Timo 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- RINNE, Juha 2015. Lewyn kappale –tauti. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- RINNE, Juha ja KARRASCH, Mira 2015. Parkinsonin taudin muistisairaus ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016. Tutkinnot ja työnkuva [internet sivusto]. [Viitattu 2016-11-23.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/hakijalle/amk-ja-yamk-tutkinnot/kevaan-yhteishaku/rontgenhoitaja-amk-paivatoteutus?gclid=CNbl2tKqvtACFU7cGQodPXcNCA>
- STM s.a. Asiakkaan ja potilaan oikeudet [internet sivusto]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2017-04-28.] Saatavissa: <http://stm.fi/potilaan-oikeudet>
- SULKAVA, Raimo ja ELONIEMI-SULKAVA, Ulla 2008. Muistisairaudet. Teoksessa: HARTIKAINEN, Sirpa ja LÖNNROOS, Eija (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita prima.
- SUOMEN RÖNTGENHOITAJALIITTO 2000. Röntgenhoitajan ammattietiikka [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-11-23.] Saatavissa: <http://sorf.fi/doc/eettisetohjeet.pdf>
- TANILA, Heikki ja HÄNNINEN, Tuomo 2015. Muistitoimintojen neurobiologinen tausta. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

TIENARI Pentti, MYLLYKANGAS Liisa, POLVIKOSKI Tuomo ja TANILA Heikki 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

VALTONEN, Mirja 2000. Radiografian asiantuntijuus- röntgenhoitajan työ ja siinä tarvittava osaaminen. Oulu: Oulu university press. Väitöskirja.

VANNINEN, Ritva, MÄNTYLÄ, Riitta, SALONEN, Oili, VALANNE, Leena, RINNE, Juha ja ERKINJUNTTI, Timo 2015. Aivojen kuvantaminen. Teoksessa: ERKINJUNTTI, Timo, REMES, Anne, RINNE, Juha ja SOININEN, Hilikka (toim.) 2015. Muistisairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

VATAJA, Risto 2014. Muihin sairauksiin ja aivovammoihin liittyvä muistisairaus. Teoksessa: HALLIKAINEN, Merja, MÖNKÄRE, Riitta, NUKARI, Toini ja FORDER, Marjo (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

LIITE 1: MUISTISAIRAAN POTILAAN OHJAAMINEN – OHJEVIHKKO RÖNTGENHOITAJILLE

LIITE 2: OHJAUS- JA HANKKEISTAMISSOPIMUS

LIITE 3: TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS