



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tania Quispe Vargas

HOITOTYÖN MENETELMÄT MUISTISAI- RAAN ASUKKAAN KÄYTÖSOIREIDEN HOI- TAMISESSA

Kvantitatiivinen tutkimus

Sosiaali- ja terveysala
2024

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tania Quispe Vargas
Opinnäytetyön nimi	Hoitotyön menetelmät muistisairaahan asukkaan käytösoireiden hoitamisessa Kvantitatiivinen tutkimus
Vuosi	2024
Kieli	suomi
Sivumäärä	28 + 3 liitettä
Ohjaaja	Hilkka Korpi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitotyön menetelmiä muistisairaahan asukkaan käytösoireiden hoitamisessa ja sitä, taustatekijät yhteydessä hoitajien menetelmin käyttämiseen. Lisäksi haluttiin selvittää mistä hoitajat ovat saaneet osaamista muistisairaahan käytösoireiden hoitamiseen. Tavoitteena oli saadun tiedon avulla kehittää hoitotyötä muistisairaahan asukkaan käytösoireiden hoitamisessa.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu muistisairauksista, käytösoireista, lääkkeettömien hoitomenetelmistä ja lääkehoitomenetelmistä. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi 5 taustakysymystä ja 3 asiakysymystä. Kyselyyn vastasi yhteensä 44 Vaasan asumispalveluyksiköissä työskentelevää lähihoitajaa ja sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin käyttäen muuttujien frekvenssijakaumia ja ristiintaulukointia SPSS-ohjelmaa käyttäen.

Tutkimuksesta selvisi, että käytösoireita esiintyi päivittäin työpaikalla ja kolmannes hoitajista hoiti käytösoireita lääkkeillä, eniten käytetty lääkkeetön menetelmä oli vuorovaikutus. Nuoremmat ja vähemmän kokemusta omaavat hoitajat käyttivät lääkehoitoa useammin. Keskimmäisen ikäryhmän hoitajat (41–53) hoitivat käytösoireita vuorovaikutuksella harvemmin verrattuna nuorimpaan ja vanhimpaan vastaajista. Työkokemus ei merkittävästi vaikuttanut vuorovaikutuksen käyttämiseen hoidossa. Hoitajat ovat saaneet osaamista peruskoulutuksesta, omasta kokemuksesta ja kollegoilta.

Avainsanat muistisairas, käytösoireet, lääkehoito, lääkkeetön hoito

ABSTRACT

Author	Tania Quispe Vargas
Title	Nursing Methods in Treating the Behavioral Symptoms in Resident with Dementia
Year	2024
Language	Finnish
Pages	28 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Hilkka Korpi

The purpose of this bachelor's thesis was to describe nursing methods in treating the behavioral symptoms of a resident with a memory disease and whether the background factors are related to the nurses' use of the methods. A further purpose was to find out where the nurses have acquired the skills to treat the behavioral symptoms of residents with dementia. The goal was to use the information obtained to develop nursing work in treating the behavioral symptoms of a resident with a memory disease.

The theoretical reference framework of the study consists of memory disorders, behavioral symptoms, non-pharmacological treatment methods and pharmacotherapy. The bachelor's thesis was carried out as a quantitative study. The data was collected using a questionnaire prepared for this study. The questionnaire contained 5 background questions and 3 topic questions. A total of 44 registered nurses and practical nurses working the housing unit services in Vaasa responded to the survey. The data was analyzed using variable frequency distributions and cross-tabulation using the SPSS program.

The research revealed that behavioral symptoms occurred daily at the workplace and a third of the nurses treated behavioral symptoms with medication, the most used non-pharmacological method was interaction. Younger and less experienced nurses used medication more often. Nurses of the middle age group (41–53) treated behavioral symptoms with interaction less often compared to the youngest and oldest respondents. Work experience did not significantly affect the use of interaction in the treatment. The nurses have acquired skills from basic training, from their own experience and from colleagues.

Keywords memory disease, behavioral symptoms, pharmacotherapy, non-pharmacological treatment

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
3	MUISTISAIRAUS	9
	3.1 Alzheimerin tauti.....	9
	3.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	9
	3.3 Lewyn kappale-tauti.....	9
	3.4 Parkinsonin taudin muistisairaus.....	10
	3.5 Otsa-ohimolohkorappeumat	10
4	KÄYTÖSOIREET.....	11
	4.1 Käyttösoireiden lääkkeettömät hoitomenetelmät	11
	4.2 Käyttösoireiden lääkehoitomenetelmät	12
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	14
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	14
	5.2 Aineiston analyysi	15
6	TUTKIMUS TULOKSET	16
	6.1 Taustakysymykset.....	16
	6.2 Hoitotyön menetelmät muistisairaassa asukkaan käyttösoireiden hoitamisessa	18
7	POHDINTA.....	23
	7.1 Tutkimuksen luotettavuus	23
	7.2 Tutkimuksen eettisyys	23
	7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	24
	LÄHTEET	26

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	17
Taulukko 2. Käyttöoireiden esiintyvyys työn aikana.....	18
Taulukko 3. Käyttöoireiden menetelmien käyttö.....	19
Taulukko 4. Iän yhteys lääkkeiden käyttö.....	20
Taulukko 6. Työkokemusta palvelutalossa yhteys lääkkeiden käyttö.....	21
Taulukko 7. Työkokemusta palvelutalossa yhteys vuorovaikutus.....	22

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Kyselylomake

LIITE 3. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat lisääntymässä Suomessa. Vuosittain ilmaantuu noin 14 500 uutta tapausta ja muistisairautta sairastaa noin 7 000 30–65-vuotiasta työikäistä (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015). Muistisairaudet ovat yleisin yli 65-vuotiaiden toimintakyvyttömyyden aiheuttaja. Muistisairaus koskettaa myös läheisiä ja perhettä. Muistisairaus ja sen hoito ovat taloudellinen haaste. Muistisairauden varhainen diagnosointi on sairaan, hänen läheisten ja yhteiskunnan kannalta edullisinta. (Hallikainen, Immonen, Mönkäre & Pihlakari 2019)

Muistisairauden hyvä hoito mahdollistaa toimintakyvyn ylläpitämisen ja hyvän elämän. Hoitohenkilökunnan hyvä osaaminen on tärkeää, jotta pystytään tarjoamaan hyvä hoito. Haastavinta on oppia tunnistamaan käytösoireet, jotta osataan antaa yksilöllistä hoitoa. (Hallikainen ym. 2019). Käytösoireet aiheuttavat haasteita hoidossa hoitohenkilökunnalle ja ne rasittavat hoitohenkilökuntaa. Käytösoireiden hoitaminen oikealla tavalla vaatii hyvää muistisairaaseurainta ja sairaudenaiheuttajien selvittämistä. (Erkinjuntti ym. 2015)

Tällä tutkimuksella halutaan tuoda esiin, millä menetelmillä muistisairaaseurainta käytösoireita hoidetaan asumispalveluyksiköissä ja mistä hoitohenkilökunta on saanut osaamista käytösoireiden hoitamiseen; saadun tiedon avulla on tarkoitus kehittää hoitotyötä muistisairaaseurainta asukkaaseurainta käytösoireiden hoitamisessa.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön menetelmiä muistisaira-
raan asukkaan käytösoireiden hoitamisessa asumispalvelu yksiköissä. Opinnäyte-
työn tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairautta sairastavan asukkaan käytösoi-
reiden hoitomenetelmistä, jota voidaan käyttää kehittämään hoitotyötä muistisai-
raan asukkaan käytösoireiden hoitamisessa.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä menetelmiä hoitajat käyttävät muistisairautta sairastavan asukkaan
käytösoireiden hoitamisessa?
2. Mistä hoitajat ovat saaneet osaamista muistisaira-
raan käytösoireiden hoita-
miseen?

3 MUISTISAIRAUS

Muistisairaus ymmärretään sairautena, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnan ohjausta. Yleisemmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -muutoksiin liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tauti, sekä otsa-ohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti ym. 2015, 20–21.)

3.1 Alzheimerin tauti

70 prosentia muistihäiriötapauksista diagnosoidaan Alzheimerin taudiksi. Alzheimerin tauti on etenevä aivosairaus, jossa on aivoalueiden välisten yhteyksien ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen vaurioituminen. Alzheimerin taudin oireet ovat uusien muistettavien asioiden mieleen painamiseen, erityisesti mieleen palauttamisen vaikeudet. Taudin edetessä käytösoireet yleistyvät ja vaikeutuvat sekä omatoimisuus heikkenee. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021)

3.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Aivoverenkiertosairaudessa syynä on verisuoniperäisiä tekijöitä ja aivomuutoksia. Sairaudessa ilmenee rajallisia oireita yhdellä tai useammalla tiedonkäsittelyn alueella ja toisaalta kauaskantoisia eteneviä tiloja, jotka johtavat vakavaan muistin heikkenemiseen. Aivoverenkiertosairaus on muistisairauden aiheuttajana toisella sijalla 15–20 % kaikista muistisairaustapauksista. Alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021)

3.3 Lewyn kappale-tauti

Taudissa on hidas alku, tavallisia oireita ovat tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu, näköharhat ja ekstrapyremidaalioireet kuten jähmeys,

hitaus, kävelyvaikeus ja joskus vapina. Sen diagnoosia varten on löydettävä kuvantamisessa solunsisäisiä Lewyn kappaleita limbisen järjestelmän rakenteissa ja aivokuoressa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021)

3.4 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin tautia sairastaa 10 000 ja heistä 3 000:lla on muistioireita eli Parkinsonin taudin muistisairaus. Parkinsonin taudin varhaisessa vaiheessa ilmenevät lepovapina, lihasjäykkyys ja liikkeiden hitaus. Sairauden edetessä tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus sekä muistitoiminta ovat heikentyneet ja hidastuneet. Oireita aiheuttavat Lewyn kappaleiden kiertymisen vaikutus aivojen kuorikerroksessa sekä välittäjäainejärjestelmien muutokset, kuten asetyylikoliini, noradrenaliini ja serotoniini. Käyttöoireina esiintyvät aloitekyvyn heikentyminen, persoonallisuuden muutos, näköharhat, harhaluulot ja väsymys. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021)

3.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumaa eli frontotemporaalista degeneraatiota sairastavia on alle tuhat Suomessa, joka merkitsee 5 % kaikista muistisairastavista. Sairaus alkaa työikäisenä 45–64 iän välissä. Otsalohkorappeumat laukaisevat oireita kuten persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos (pelihimo, päihteiden käyttö, ahminen, seksuaalisten normien rikkominen), masennus ja apatia. Ohimolohkorappeumat aiheuttavat kielellisiä ongelmia, kuten sujumaton puhe, änkytys, lukemista ja kirjoitushäiriöt, heikentynyt toistamiskyky ja mutismi. Taudin pitkälle edenneissä vaiheissa kehittyy muistivaikeuksia. (Muistiliitto 2023)

4 KÄYTÖSOIREET

Käyttöoireet ovat haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä, jotka esiintyvät 90 % potilailla jossain vaiheessa muistisairaudessa. Käyttöoireet sisältävät mm. aggressiota, ahdistuneisuutta, apatiaa, depressiota, harha-aistimuksia, harhaluuloja, itsensä vahingoittamista, kuljeskelua, poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuutumista, tavaroiden keräilyä ja kätkemistä ja ärtyneisyyttä. (Erkinjuntti ym. 2015, 20.) Lääkkeettömiä hoitoja käytetään ensisijaisesti, mutta käytännössä lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä hoitoja voidaan soveltaa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021)

4.1 Käyttöoireiden lääkkeettömät hoitomenetelmät

Livingston ym. (2014) tarkastelivat 33 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, joissa löydettiin tehokkaat muistisairaisiin kohdistuvat interventiot, kuten musiikkiterapia ja ryhmätoiminta, jotka vähensivät käyttöoireita, mutta vaikutus ei ollut pitkäkestoista (6 kuukauden jälkeen). Sensoriset menetelmät hoidot kuten hieronta ja kosketus vähensivät käyttöoireita välittömästi. Valoterapia ja aromaterapia menetelmät eivät olleet tehokkaita. Liikunnasta ei ollut riittävästi tutkimusnäyttöä. Muistisairaahan hoitohenkilökunnan käytämiä tehokkaita hoitomenetelmiä olivat hoitavien henkilöiden kommunikaatio- taitojen koulutus ja muistisairauksista kärsivien potilaiden hoitokartoitus ja valvonta.

Ueda, Suzukamo, Sato & Izumi (2013) systemaattisessa katsauksessaan, analysoivat 20 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, kontrolloitua tutkimusta tai ko-horttitutkimusta; jossa yhteensä 651 muistisairaita potilasta. Tutkijoiden mukaan musiikkiterapian vaikutukset ahdistuneisuusoireisiin olivat kohtalaisia, kun taas vaikutukset masennukseen ja käyttöoireisiin olivat vähäisiä; pitkä musiikkiterapia interventio näytti olevan jonkin verran tehokkaampi ahdistuneisuusoireiden hoidossa.

Orgeta, Qazi, Spector & Orrell (2018) systemoidussa katsauksessa ja metaanalyysissään tarkastelivat 6 tutkimusta, tästä tutkijat osoittivat että psykoterapia vähensi muistisairauspotilaiden masennusoireita, mutta psykoterapialla ei ollut vaikutusta kognitioon, elämänlaatuun, käytösoireiden määrään tai päivittäiseen toimintakykyyn.

4.2 Käytösoireiden lääkehoitomenetelmät

Käytösoireiden ensisijainen lääkehoito on muistisairauden lääkehoito. Käytösoireet muuttuvat ja sen takia on tärkeä arvioida asiakkaat säännöllisesti 3–6 kuukauden välein. Masennuslääkkeet (esitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, sertraliini, sitalopraami, nortriptyliini, duloksetiini, milnasipraani, mirtatsapiini, moklobemidi ja venlafaksiini) ovat ensimmäinen hoitolinja masennukseen, ahdistuneisuuteen, aggressiivisuuteen ja univaikeuksiin. Psykoosilääkkeitä (aripratsoli, haloperidoli, ketiapiini, klotsapiini, olantsapiini, risperidoni, tziprasidoni) käytetään vaikeaan aggressiivisuuteen, levottomuuteen, harhaluuloihin ja aistiharhoihin. Rauhoittavat, muistisairaille sopivat lääkkeet ovat lyhyt- ja keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja (loratsepaami, oksatsepaami ja tematsepaami) lyhyissä jaksoissa. Epilepsialääkkeet (okskarbatsepiini ja valproaatti) ovat suositeltavia maanisen motoriikan aktiivisuuteen. Lääkehoidolla ei ole mitään vaikutusta kuljeskeluihin, hyperseksuaalisuuteen, masturbointiin, tavaroiden keräilyyn ja kätkemiseen, tarkoituksettomaan pukeutumiseen ja riisuutumiseen, puheen perseveraatio taipumukseen, esineiden syömiseen ja itsensä vahingoittamisen. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021; Vataja 2019, 79–80.)

Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon niiden käyttöön liittyvät mahdolliset haittaoireet. Bentsodiatsepiinit heikentävät kognitiivisia tiedonkäsittelytoimintoja ja lisäävät sekavuus- ja kaatumisvaaraa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021) Nelsonin ym. (2011) systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä, joka sisälsi lumekontrolloituja tutkimuksia, joissa he analysoivat yhteensä 330 masentunutta muistisairaasta, joita saivat yhtä seuraavista masennuslääkkeistä: sertraliini, imipramiini, klomipramiini, venlafaksiini tai fluoksetiini. Tuolloin havaittiin, että

lääkevastetulokset eivät eronneet lumeryhmistä; toisin sanoen masennuslääkkeet eivät välttämättä ole tehokkaita masennuksen oireisiin muistisairailta.

Psykoosilääkkeiden käyttöön ilmeisesti liittyy aivoverenkiertohäiriöiden ja kuolleisuuden lisääntymisen riski. Risperidoni on tehokas laitospotilaiden dementiaan liittyvien vaikeiden käytösoireiden hoidossa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021) Maust ym. (2015) retrospektiivisessä verrokkitutkimuksessa Yhdysvalloissa 1998–2009 välisenä aikana, tarkasteltiin 90 789 muistisairasta, 46 008 määrättiin haloperidoli, olantsapiini, ketiapiini tai risperidoni, tutkimuksesta todettiin, että psykoosilääkkeillä kuollisuusriski lisääntyi 2,0–3.8 %.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan mitata erilaisia muuttujia, sekä tarkastella muuttujien välisiä yhteyksiä. Ehtona määrälliseen tutkimukseen on, että aiheesta on riittävästi teoria, jonka pohjalta laaditaan kyselylomakkeet. Määrälliseen tutkimukseen sisältyy erilaisia tilastollisia analyysimenetelmiä. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Tämä tutkimus on poikittaistutkimus koska tutkimusaineisto kerätään kerran.

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tätä tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa Pohjanmaan hyvinvointialueelta, tutkimuslupa saatiin elokuussa vuonna 2023. Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Kotirannan ja Ruukinkartanon asumispalveluyksiköissä työskentelevä hoitohenkilökunta, yhteensä noin 65 lähihoitajaa ja sairaanhoitajaa.

Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta (liite 1), jossa oli viisi taustamuuttujaa kysymystä, jotka olivat ikä, ammattinimike, työkokemus sote-alalta, työkokemus asumispalveluyksikössä ja työsuhde. Kyselylomake sisälsi kaksi kysymistä käytösoireiden esiintymisestä ja käytösoireiden hoitoon käytetyistä menetelmistä, joihin vastausvaihtoehtona olivat ”ei koskaan”, ”harvemmin kuin kerran viikossa”, ”useita kertoja viikossa”, ”useita kertoja päivässä” ja ”useita kertoja tunnissa”. Lisäksi oli yksi käytösoireiden hoitamisen osaamiseen liittyvä kysymys.

Tutkimukseen osallistuville laadittiin saatekirje (liite 2) jossa tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta, siihen osallistumisesta sekä tutkijan yhteystiedot. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaaminen toteutettiin anonyymisti paperisella kyselylomakkeella, johon ei kerätty vastaajien henkilökohtaisia tietoja. Tulokset raportoitii ryhmätasolla, jolloin yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Osallistujilta

saatua tietoa ja tuloksia käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kyselylomakkeen täyttäminen ja kyselyn tulokset eivät millään tavalla haittaa osallistujien työskentelyä työpaikalla.

Paperisia kyselylomakkeita viettiin Kotirannan palvelutaloon sihteerin toimistoon ja Ruukinkartano palvelutaloon jokaiseen pienkotiin kansliaan. Osallistujat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet suljettuun laatikkoon syyskuussa vuonna 2023.

5.2 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoinnissa käytettiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) tilasto-ohjelmaa. Analyysi suoritettiin käyttäen muuttujien frekvenssijakaumia sekä ristiintaulukointia. Lomakkeilla saatiin numeerista tietoa tutkimukseen osallistujilta. Tutkimuskysymyksiin vastattiin numeroilla ja prosenteilla (Tampereen yliopisto 2023)

Taustamuuttujat ja käytösoireiden hoitomenetelmistä ja osaamista väittämät kuvattiin käyttäen frekvenssijakaumia. Taustamuuttujista iän ja työkokemuksia nykyisessä työyksikössä luokiteltiin uudelleen kolmiluokkaiseen muuttujan. Hoitomenetelmien vastausvaihtoehdot muutettiin tulosten raportointiin sopivampaan muotoon. ”Ei koskaan” ja ”harvemmin kuin kerran viikossa” muutettu muotoon ”ei koskaan tai harvoin”, ”useita kertoja viikossa” muutettu muotoon ”Viikoittain” ja ”useita kertoja päivässä” ja ”useita kertoja tunnissa” muutettu muotoon ”päivittäin”. Uudelleen luokitellut taustamuuttujat ikä ja työkokemus nykyisessä työyksikössä ja sen yhteys käytösoireiden hoitomenetelmien käyttöön tutkittiin käyttäen ristiintaulukointia ja Khiin neliötestiä. Khiin neliötesti ei toteutunut näissä ristiintaulukoinneissa aineiston ollessa määrälliseksi tutkimukseksi pieni, ristiintaulukointi ei ollut mielekästä. Significance arvo (P) ei ollut tilastollisesti merkitsevä eli ryhmien välillä ei ollut eroja. Tämän otoksen tulosta ei voi yleistää kuvaamaan koko perusjoukkoa eli tulokset kertovat ainoastaan tästä otoksesta.

6 TUTKIMUS TULOKSET

6.1 Taustakysymykset

Kyselyyn vastasi 44 hoitajaa. Vastanneista 33,3 % oli 18–40-vuotiaita, 31,0 % oli 41–53-vuotiaita ja 35,7 % oli 54–64-vuotiaita. Enemmistö vastaajista 77,3 % oli perus- tai lähihoitajia, seuraava ryhmä oli sairaanhoitajia 18,2 % ja 4,5 % oli terveydenhoitajia. Vastaajien työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla taustakysymyksessä 34,1 % vastaajista oli työskennellyt alalla 0,5–8 vuotta, vastaajista 34,1 % oli työskennellyt 9–25 vuotta ja vastaajista 31,8 % oli työskennellyt 26–40 vuotta. Suurin osa vastaajista 40 % oli työskennellyt nykyisessä työyksikössä 8–40 vuotta, 31 % oli työskennellyt 4–7 vuotta ja 28,6 % työskennellyt 0,3–3,5 vuotta. Enemmistöllä vastaajista oli vakituinen työsuhde 84,1 % ja 15,9 % oli määräaikainen työsuhde. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot (n = 44)

Taustamuuttujat	n	%
Ikä		
18–40	14	33,3
41–53	13	31,0
54–64	15	35,7
Ammattinimike		
Sairaanhoitaja	8	18,2
Perus- tai lähihoitaja	34	77,3
Muu	2	4,5

Työkokemus sote-alalla

0,5–8 vuotta	15	34,1
9–25 vuotta	15	34,1
26–40 vuotta	14	31,8

Työkokemus nykyisessä työyksikössä

0,3–3,5 vuotta	12	28,6
4–7 vuotta	13	31,0
8–30 vuotta	17	40,0

Työsuhde

Vakituinen	37	84,1
Määräaikainen	7	15,9

Yli puolet vastaajista 60,5 % oli siitä mieltä, että muistisairailta asukkailla käytösoireitä esiintyy useita kertoja päivässä, viides osaa vastaajista 18,6% vastasi että useita kertoja viikossa, toinen viides osaa vastaajista 18,6 % vastasi että useita kertoja tunnissa ja 2,3% vastasi ei lainkaan tai harvemmin. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Käytösoireiden esiintyvyys työn aikana (n = 43)

Esiintyvyys	n	%
Ei lainkaan tai harvemmin	1	2,3
Useita kertoja viikossa	8	18,6
Useita kertoja päivässä	26	60,5
Useita kertoja tunnissa	8	18,6

6.2 Hoitotyön menetelmät muistisairaana asukkaan käytösoireiden hoitamisessa

Suurin osa vastaajista käytti päivittäin vuotovaikutusta 88,1 %, läsnäoloa 83,7 %, kosketusta 83,7 % ja kuuntelua 79,1 %. Laukaisevien tekijöiden eliminointia 25,9 %, hierontaa 22,5 %, musiikkiterapiaa 12,1 % ja luovia toimintoja 5,4 % käytettiin harvemmin. 31 % vastaajista käyttivät lääkehoitoa päivittäin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Käytösoireiden menetelmien käyttö %

Menetelmiä	Ei koskaan tai harvemmin	Viikoittain	Päivittäin
Lääkkeitä	42,9	26,2	31,0
Musiikkiterapia	54,5	33,3	12,1
Musiikin kuunteleminen	11,4	52,3	36,4

Liikunta	51,3	35,9	12,8
Luovatoiminnot	70,3	24,3	5,4
Kuunteleminen	7,0	14,0	79,1
Vuorovaikutus	0,0	11,9	88,1
Rauhoittava muistelu	20,0	40,0	40,0
Läsnäolo	2,3	14,0	83,7
Kosketus	0,0	16,3	83,7
Hieronta	47,5	30,0	22,5
Laukaisevien tekijöiden	40,7	33,3	25,9

eliminointi

18–40-vuotiaista yli kolmas osa vastaajista (38,5 %) käytti lääkehoitoa päivittäin, 30,8 % käytti lääkehoitoa viikoittain ja 30,8% ei koskaan. 41–53-vuotiaita melkein puolet vastaajista 41,7 % käytti lääkehoitoa päivittäin, 8,3 % viikoittain ja puolet 50,0 % ei koskaan tai harvoin. 54–64-vuotiaita alle viides osa vastaajista 13,3 % käytti lääkehoitoa päivittäin, 40,0 % käytti lääkehoitoa viikoittain ja melkein puolet 46,7 % ei käyttänyt koskaan tai harvoin. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Iän yhteys lääkehoidon käyttämiseen% (n)

Ikä	Ei koskaan tai harvoin	Viikoittain	Päivittäin
18–40	30,8 (4)	30,8 (4)	38,5 (5)
41–53	50,0 (6)	8,3 (1)	41,7(5)
54–64	46,7 (7)	40,0 (6)	13,3 (2)

18–40-vuotiaista kaikki vastaajat (100%) käyttivät vuorovaikutusta hoitomenetelmänä päivittäin. 41–53-vuotiaista yli puolet vastaajista 69,2% käytti tätä menetelmää päivittäin, kolmas osa vastaajista 30,8% käytti viikottain. 54–64-vuotiaista suurin osaa vastaajista 92,9 % käytti vuorovaikutusta hoitomenetelmänä päivittäin, ja 7,1 % viikottain. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Iän yhteys vuorovaikutus % (n)

Ikä	Ei koskaan tai harvoin	Viikottain	Päivittäin
18–40	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (13)
41–53	0,0 (0)	30,8 (4)	69,2(9)
54–64	0,0 (0)	7,1(1)	92,9 (13)

Palvelutalossa 0,3–3,5 vuotta työskennelleistä 45,5 % käytti päivittäin lääkehoitoa, 18,2 % käytti viikottain lääkehoitoa ja 36,4 % ei käyttänyt lääkehoitoa koskaan tai harvoin. 4–7 vuotta työskennelleistä 33,3 % käytti päivittäin lääkehoitoa, 50,0 % käytti viikottain lääkehoitoa ja 16,7 % ei käyttänyt lääkehoitoa koskaan tai harvoin. 9–30 vuotta työskennelleistä 17,6 % käytti päivittäin lääkehoitoa, 17,6% käytti viikottain lääkehoitoa ja 64,7 % ei käyttänyt lääkehoitoa koskaan tai harvoin. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Työkokemuksen palvelutalossa yhteys lääkehoidon käyttöön muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa% (n)

Työkokemusta	Ei koskaan tai harvoin	Viikottain	Päivittäin
0,3–3,5	36,4 (4)	18,2 (2)	45,5 (5)
4–7	16,7 (2)	50,0 (6)	33,3(4)

9–30	64,7 (11)	17,6 (3)	17,6 (3)
------	-----------	----------	----------

Palvelutalossa 0,3–3,5 vuotta työskennelleistä 90,0 % käytti päivittäin vuorovaikutusta hoitomenetelmänä, 10,0 % käytti viikoittain vuorovaikutusta. 4–7 vuotta työskennelleistä 92,3 % käytti päivittäin vuorovaikutusta hoitomenetelmänä, 7,7 % käytti viikoittain vuorovaikutusta. 9–30 vuotta työskennelleistä 82,4% käytti päivittäin vuorovaikutusta, 17,6% käytti viikoittain vuorovaikutusta muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Työkokemuksen palvelutalossa yhteys vuorovaikutuksen käyttöön muistisairaiden käytösoireiden hoidossa % (n)

Työkokemusta	Ei koskaan tai harvoin	Viikoittain	Päivittäin
0,3–3,5	0,0 (0)	10,0 (1)	90,0 (9)
4–7	0,0 (0)	7,7 (1)	92,3(12)
9–30	0,0 (0)	17,6 (3)	82,4(14)

Kaikki vastaajat (100%) olivat saaneet osaamista muistisairaiden käytöshäiriöiden hoitoon peruskoulutuksesta, 75% omasta kokemuksesta ja 52% työkaverilta. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Käyttösoireiden hoitaminen osaamista saaminen (n = 44)

	n	%
Peruskoulutuksesta	44	100,0
Jatkokoulutuksesta	17	38,6
Työpaikankoulutuksesta	20	45,5
Työkaverilta	23	52,2
Potilaiden läheisiltä	10	22,7
Ammattiliitosta	3	6,8
Kirjallisuudesta	16	36,4
Verkkosivuilta	13	29,5
Omasta kokemuksesta	33	75,0

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus saatiin perehtymällä tutkimuksen teoreettiseen viitekehukseen. Tutkimuksen reliabiliteetti saavutettiin tuottamalla johdonmukainen mittari, joka mittasi kokonaisuudessaan muistisairauksien hoitamisen menetelmiä. Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys saavutettiin tuomalla ymmärrettäviä kysymyksiä, niin että tutkimuksen mittausmenetelmä oli oikeanlainen ja vastasi mitattavaa asiaa. Tutkimus raportoitiin selkeästi, kertoen vaiheittain mitä tehtiin ja mitä tuloksia saatiin. Kyselylomake oli luotettava ja se sisälsi helposti ymmärrettäviä kysymyksiä, jotka olivat kaikille samoja. Vastausten luotettavuus on riippuvainen vastaajista ja kyselyn kysymyksistä. (KvantiMOTV 2008.)

Yksi validiteettia alentava tekijä oli tutkijan kokemattomuus. Kyselylomakkeesta laadittiin vain suomenkielinen versio, joka saattoi aiheuttaa väärinymmärryksiä ruotsinkielisille hoitohenkilökunnalle tai heidän osallistumattomuutta tutkimukseen. Tutkimusotos oli pieni, mutta kyselyn vastausprosentti oli suhteellisen hyvä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (asetus 1347/1991) eettisiä ohjeita. Tutkimukseen haettiin asianmukainen lupa Pohjamaan Hyvinvointialueelta. Tutkimukseen osallistuville osoitettiin saatekirje, jossa ilmeni tutkimuksen tarkoitus, tavoite, luottamuksellisuus sekä osallistujien anonymiteetti ja vapaaehtoisuus. Hoitohenkilökunnan osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaajien anonymiteetti sekä itsemääräämisoikeus suojattiin. Vastaajilta pyydettiin suostumus tutkimukseen ja saatua aineistoa ei luovutettu tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto hävitettiin sen analysoinnin jälkeen.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimukseen vastasi 44 palvelutalojen hoitajaa. Tutkimus toteutettiin käyttämällä paperista kyselylomaketta, joka välitettiin henkilökunnalle työyksiköiden esihenkilöiden kautta. Vastaajista nuorin oli 18 ja vanhin oli 64 vuotta. Vastaajista 34 oli perus- lähihoitaja, 8 sairaanhoitajaa ja 2 terveydenhoitajaa. Vastaajilla työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla oli 0,5–40 vuotta. Kertyneettä työkokemusta palvelutaloissa oli 0,3–30 vuotta. Suurimmalla osalla vastaajista (37) oli vakituinen työsuhde ja loppuilla (7) määräaikainen. (Taulukko 1.)

Tämän tutkimuksen perusteella 26 hoitajaa koki, että käytösoireita esiintyi päivittäin työpaikalla. (Taulukko 1.) Päivittäin 31,0 % hoitajista käytti muistisairaiden käytöshäiriöiden hoitoon läikehoitoa ja lääkkeettömistä menetelmistä vuorovaikutus oli ensisijainen käytetty hoitomenetelmä 88,1 % ja vähiten käytetty oli luova toiminta 5,4 %. Tämän perustella voidaan pohtia, että lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito sovelletaan palvelutalossa ja ensisijaiseksi käytöshäiriöiden hoidetaan vuorovaikutuksella.

Tutkimustuloksen perusteella nuoremmat hoitajat ja joilla on vähemmän työkokemusta palvelutalossa ovat hoitaneet käytöshäiriöitä lääkkeillä useammin kuin iäkkäämmät ja enemmän työkokemusta omaavat hoitajat. Tämän perusteella voidaan sanoa, että tässä tutkimuksessa iäkkäämmät ja pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat hoitivat käytöshäiriöitä vähemmän lääkehoidolla.

41–53-vuotiaiden ikäryhmä hoiti käytösoireita vuorovaikutuksella harvemmin verrattuna nuorimpaan ja vanhimpaan ikäryhmään. Työkokemus palvelutaloissa ei vaikuttanut suuresti vuorovaikutusten käyttöön hoitomenetelmänä, mutta tulokset osoittavat, että hoitajat, joilla on vähemmän työkokemusta palvelutalossa hoiti useammin käytöshäiriöitä vuorovaikutuksella verrattuna niihin joilla on yli 9 vuoden työkokemusta.

Kaikki vastaajat ovat saaneet muistisairaiden käytösoireiden hoitamiseen osaamista peruskoulutuksesta, toiseksi itse hankittua kokemuksen kautta ja kolmanneksi työkaverilta. Tämä osoittaa, että hoitajien käytösoireiden jaksokoulutus on tyydyttävää peruskoulutuksessa. Kokemusta muistisairaana käytösoireiden hoidossa tulee ajan kuluessa ja muistisairaana hoitamisen on tärkeä tiimi työtä sekä suullisia raportteja ja hyvä kirjaamista päivittäisissä raporteissa.

Vain puolet hoitajista olivat saaneet osaamista työpaikankoulutuksen kautta, joka osoittaa, että tarvetta työpaikankoulutukselle olisi. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää hoitotyön menetelmiä muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa useammista asumisyksiköistä, jotta tutkimuksen tuloksia voitaisiin yleistää paremmin. Näin pystyisi myös paremmin vertailemaan eri hoitomenetelmien käyttöä muistisairaiden käytöshäiriöiden hoidossa eri asumispalveluyksiköiden välillä.

LÄHTEET

Erkinjuntti, T., Remmes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. 2019 Muistisairaahan hoito. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY.

KvantiMOTV. 2023. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. Viitattu 6.6.2023 <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Koponen, H. & Vataja, R. 2015. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remmes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Käypä hoito -suositus. Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 2.5.2023. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50044?tab=suositus#s25>

Livingston, G., Kelly, L., Lewi-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R., Katona, C. & Cooper, C. 2014. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. The British Journal of Psychiatry. 205(6):436–442. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/nonpharmacological-interventions-for-agitation-in-dementia-systematic-review-of-randomised-controlled-trials/6EEAE41E1FA6AE868BE97D18A02FF443>

Maust, D., Kim, H., Seyfried, L., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. & Kales, H. 2015. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. JAMA Psychiatry. 72(5):438–45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439579/>

Muistiliitto. 2023. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 31.5.2023. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Nelson, C. & Devanand, D. 2011. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. Journal of the American Geriatrics Society. 59(4):577-85. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x>

Orgeta,V., Qazi,A., Spector, A. & Orrell,m. 2015. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 207(4) :293-8. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychological-treatments-for-depression-and-anxiety-in-dementia-and-mild-cognitive-impairment-systematic-review-and-metaanalysis/19AE4FCADE23E8418EFB0E856ADB5355>

Tampereen yliopisto. Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Viitattu 2.5.2023. [Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/](https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/)

Ueda,T., Suzukamo, Y., Sato M. & Izumi, S. 2013. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews.*12(2):628-41. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568163713000135?via%3Dihub>

Vataja, R. 2019. Käytösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remmes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaahan hoito. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

LIITTEET

LIITE 1. SAATEKIRJE

Arvoisa hoitotyöntekijä!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta ” Hoitotyön menetelmät muistisairaana sairastavan asukkaan käytösoireiden hoitamisessa ”. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairautta sairastavan asukkaan käytösoireiden hoitomenetelmistä vaasalaisissa asumispalveluyksiköissä.

Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella. Paperisella kyselylomakkeen löydätte palvelutalon toimistosta. Täytetyt kyselylomakkeet palautatte suljettuun laatikkoon.

Käsittelen teiltä saatua tietoa ja kyselylomakkeen tuloksia luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Lomakekysely toteutetaan anonyymisti ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeen täyttäminen ja kyselylomakkeen tulokset eivät tule millään tavalla haittaamaan työskentelyänne työpaikalla.

Opinnäytetyö ohjaajani on Hilikka Korpi, sähköposti: hilkka.korpi@vamk.fi.

Ystävällisin terveisin,

Tania Quispe

sähköposti: e2101725@edu.vamk.fi

puhelinnumero: +358440995876

LIITE 2. KYSELYLOMAKE**TAUSTAMUUTTUUJAT**

1. Ikä:
_____ vuotta
2. Ammattinimike:
 1. Sairaanhoitaja
 2. Perus- tai lähihoitaja
 3. Muu
3. Kauanko olet työskennellyt sote- alalla?
_____ vuotta
4. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työyksikössä?
_____ vuotta
5. Työsuhde
 1. Vakituinen työsuhde
 2. Sijainen tai määräaikainen
6. Kuinka usein asukkailla esiintyy käytösoireita työn aikana? Valitse yksi
 1. Useita kertoja tunnissa
 2. Useita kertoja päivässä
 3. Useita kertoja viikossa
 4. Harvemmin tai ei lainkaan

7. Mitä menetelmiä käytät käytösoireiden asukkaan hoitotyössä? Valitse yksi tai useampi

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran viikossa	Useita kertoja viikossa	Useita kertoja päivässä	Useita kertoja tunnissa
1. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lääkkeettömät menetelmät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musiikkiterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musiikin kuunteleminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luovatoiminnat (kuvataide, tanssi ja kädentaitojen harjoittaminen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuunteleminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuorovaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauhoittava muistelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsnäolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosketus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hieronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laukaisevien tekijöiden eliminointi (esimerkiksi kipu, epäasianmukainen lääkitys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Mistä olet saanut osaamista muistisairaana asukkaan käytösoireiden hoitamiseen? Valitse yksi tai useampi

1. Peruskoulutuksesta
2. Jatkokoulutuksesta
3. Työpaikankoulutuksesta
4. Työkaverilta
5. Potilaiden läheisiltä
6. Ammattiliitosta
7. Kirjallisuudesta
8. Verkkosivuilta
9. Omasta kokemuksesta
10. Muu _____

LIITE 3. TUTKIMUSLUPA



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Asumispalvelut
Ylihoitaja, asumispalvelut

PÄÄTÖS
Tutkimuslupapäätös
Asianumero
932/13.01/2023
Päätöspäivämäärä
07.08.2023
§ 61/2023

Beslut om forskningslov **Päätös tutkimuslupahakemukselle Hoitotyön menetelmät muistisairaahan asukkaan käyttösoireiden hoitamisessa Kvantitatiivinen tutkimus**

Asianosainen	Quispe Vargas Tania sairaanhoitajaopiskelija VAMK
Asia	Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön menetelmiä muisti asukkaan käyttösoireiden hoitamisessa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairautta sairastavan asukkaan käyttösoireiden hoitomenetelmistä. Saadun tiedon avulla on tarkoitus kehittää hoitot muistisairaahan asukkaan käyttösoireiden hoitamisessa. Päätös koskee palvelutalot: Ruukinkartano ja Kotiranta.
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa
Allekirjoitus	Koskela Marketta Ylihoitaja, asumispalvelut Päätös on allekirjoitettu sähköisellä allekirjoituksella. Allekirjoituksen todentaminen voidaan osoittaa hyvinvointialueen asianhallintajärjestelmässä.
Liitteet	Muutoksenhakuohje (viranhaltijapäätös fi-sv)
Lisätietoja antaa	tutkimushoitaja Susann Brunell, puhelinnumero: 040 6493113, sähköpostiosoite on muotoa: etunimi.sukunimi@ovph.fi
Päätös pidetään nähtävänä	<input checked="" type="checkbox"/> Julkaisua hyvinvointialueen verkkosivuilla ei vaadita. <input type="checkbox"/> Hyvinvointialueen verkkosivuilla: www.pohjanmaanhyvinvointi.fi Lainvoimaisuus alkaen :
Tiedoksianto	Päätös on annettu asianosaiselle tiedoksi sähköpostilla.
Jakelu	Tania Quispe Vargas Hilkka Korpi Virpi Jokinen Kirsi Vapaavuori-Koskela

Pohjanmaan hyvinvointialue Hietalahdenkatu 2–4 65130 Vaasa kirjaamo@ovph