



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ella Vuori

---

## **Sairaanhoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä päivystysosastolla**

Opinnäytetyö

Kevät 2021

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Ella Vuori

Työn nimi: Sairaanhoidajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä päivystysosastolla

Ohjaaja: Niina Keskinen, TtM, lehtori & Kirsi Kivistö-Rahnasto, TtM, lehtori.

Vuosi: 2021

Sivumäärä: 50

Liitteiden lukumäärä: 5

---

Suomessa alkoholin käyttö on eurooppalaista keskitasoa, mutta ongelmana on runsas kertakulutus eli humalahakuinen juominen. Eniten alkoholia kuluttava 10 % väestöstä käyttää noin puolet kaikesta juodusta alkoholista. Vakavimmat alkoholin käyttöön liittyvät terveyshaitat kohdistuvat usein tähän ryhmään. Alkoholidelirium on alkoholin vieroitusoireiden vaikein muoto. Alkoholidelirium on hengenvaarallinen ja se vaatii aina intensiivistä osastohoitoa. Alkoholideliriumissa potilas ei kuitenkaan yleensä tunnista tilaansa tai sen vakavuutta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päivystysosastolla työskentelevien sairaanhoidajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoidajien kokemuksista alkoholideliriumpotilaan hoitotyön toimivuudesta. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan päivystysosaston kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin neljältä päivystysosaston sairaanhoidajilta teemahaastatteluilla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tuloksissa yläteemoiksi muodostuivat: erilaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen, alkoholideliriumpotilaan hoitoprosessi sairaanhoidajien kuvaamana sekä turvallisen hoitoympäristön varmistaminen. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että alkoholideliriumpotilaiden hoitotyössä koettiin haasteita johtuen potilaiden arvaamattomasta käytöksestä sekä valvonnan tarpeesta. Opinnäytetyön tuloksista selvisi myös, että alkoholideliriumpotilaat olivat usein toistuvasti sairaalahoidossa, jolloin alkoholinkäytön puheeksi ottaminen koettiin tehottomana.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että aihetta tulisi jatkossa tutkia suomalaisessa hoitotieteessä. Jatkossa voisi kehittää yhtenäisiä toimintatapoja alkoholivieroitusoireiden arvioimiseksi sekä keinoja, joilla voitaisiin tehokkaasti estää alkoholideliriumpotilaiden hoidon tarpeen uusiutuminen.

<sup>1</sup> Asiasanat: alkoholidelirium, delirium tremens, päivystysosasto, hoitotyö, alkoholiriippuvuus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author: Ella Vuori

Title of thesis: Nurses' Experiences of Caring for an Alcohol Withdrawal Delirium Patient in The Emergency Department

Supervisor(s): Niina Keskinen MNSc, Senior Lecturer & Kirsi Kivistö-Rahnasto MNSc, Senior Lecturer

Year: 2021

Number of pages: 47

Number of appendices: 5

---

Alcohol consumption in Finland is at the European average but the big problem has been the large volume of alcohol consumed in one drinking session. 10 % of the population who drink the most, drinks almost half of all the alcohol consumed. Alcohol withdrawal delirium is the most severe form of alcohol withdrawal. Alcohol withdrawal delirium can be life-threatening. Often, the patient's ability to recognize his/ her own condition is weak.

The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of taking care of an alcohol withdrawal delirium patient in the emergency department. The aim of the thesis was to produce information on the activity of nursing an alcohol withdrawal delirium patient. The thesis was carried out in collaboration with the Emergency Department of Seinäjoki Central Hospital.

The thesis was conducted using a qualitative research method. The data was collected with theme interviews with four nurses working in the emergency department. The data was analyzed by inductive content analysis. The results of thesis were divided into three general themes: encounter of different alcohol withdrawal delirium patients, the nursing process of patients with alcohol withdrawal delirium as described by nurses and ensuring the safety hospital care environment. The results of the thesis indicate that the nursing of patients with alcohol withdrawal delirium is challenging for the nursing personnel because of the unpredictable behavior of patients. The results showed that repeated patient visits were common and that is why nurses felt patient counselling is ineffective. The topic should be studied further in Finnish nursing science. In the future, a withdrawal assessment tool could be developed for monitoring withdrawal symptoms. A way to avoid repeated hospital visits for alcohol withdrawal delirium patients should also be examined.

<sup>1</sup> Keywords: alcohol withdrawal delirium, delirium tremens, emergency department, nursing, alcoholism

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAS .....	9
2.1 Alkoholivieroitusoireet .....	9
2.2 Alkoholidelirium .....	10
3 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAAN HOITOTYÖ PÄIVYSTYSOSASTOLLA	11
3.1 Hoitotyö päivystysosastolla .....	11
3.2 Alkoholideliriumpotilaan vastaanottaminen päivystysosastolle .....	12
3.3 Alkoholideliriumpotilaan seuranta .....	13
3.4 Alkoholideliriumpotilaan lääkehoito.....	14
3.5 Potilaan rajoittaminen hoidon toteuttamiseksi.....	17
3.6 Potilaan hoito deliriumtilan jälkeen .....	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	20
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	21
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus .....	21
5.2 Aineiston keruu .....	21
5.3 Aineiston analysointi.....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	25
6.1 Osallistujien taustatiedot .....	25
6.2 Erilaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen .....	26
6.3 Alkoholideliriumpotilaiden hoitoprosessi hoitajien kuvaamana.....	27
6.4 Turvallisen hoitoympäristön varmistaminen.....	32
7 POHDINTA.....	36

7.1 Tulosten tarkastelu .....	36
7.2 Eettisyys ja luotettavuus .....	39
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	42
LÄHTEET .....	44
LIITTEET .....	50

## Kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. Richmond agitation–sedation scale .....	16
Taulukko 2 Esimerkki alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä .....	23
Taulukko 3 Esimerkki alateeman muodostamisesta. ....	24
Taulukko 4 Esimerkki yläteeman muodostamisesta .....	24
Taulukko 5. Opinnäytetyön tulokset .....	25

## 1 JOHDANTO

Suomessa alkoholin käyttö on eurooppalaista keskitasoa, mutta ongelmana on runsas kertakulutus eli humalahakuinen juominen. Alkoholi on merkittävä kuolinsyy työikäisillä, ja on arvioitu, että suomalaisista noin 500 000 on alkoholin riskikäyttäjiä eli henkilöitä, joilla alkoholin käyttö on terveysriski. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Eniten alkoholia kuluttava 10 % väestöstä käyttää noin puolet kaikesta juodusta alkoholista. Vakavimmat alkoholin käyttöön liittyvät terveyshaitat kohdistuvat usein tähän ryhmään. (Mäkelä ym. 2019, 68.)

Alkoholinkäytöstä aiheutuu haittavaikutuksia niin käyttäjälle itselleen, mutta lisäksi ne kuormittavat myös hänen lähiympäristöään ja yhteiskuntaa. Haittavaikutuksia ovat perheenjäsenten, työkavereiden ja ulkopuolisten henkilöiden kokemat haitat, mutta lisäksi myös sosiaali- ja terveystalouteen, työpaikkoihin ja koko kansantalouteen kohdistuvat kustannusmenetykset. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 5.) Maailman terveysjärjestö WHO:n (2018) mukaan alkoholin haitallinen käyttö on maailmanlaajuisesti yksi suurimmista terveysongelmista ja alkoholinkäytön on arvioitu olevan riskitekijä yli 200 sairaudelle.

Alkoholin käytön jatkuessa pitkään säännöllisenä hermosolujen toiminta pyrkii sopeutumaan alkoholin lamaavaan vaikutukseen herkistymällä. Kun alkoholin lamaava vaikutus alkoholinkäytön loputtua poistuu, hermosto on yliherkässä tilassa, joka häiritsee hermosolujen toimintaa ja on vakavimmillaan vaurioittava tila. (Vataja 2015a.)

Alkoholidelirium on alkoholin vieroitusoireiden vaikein muoto, joka alkaa 1–3 vuorokaudessa pitkäaikaisen runsaan alkoholinkäytön lopettamisen seurauksena (Jokelainen & Aalto 2015). Alkoholideliriumpotilaan hoitotyö voi olla hoitohenkilökunnalle erityisen haasteellista. Alkoholidelirium on hengenvaarallinen ja se vaatii aina intensiivistä osastohoitoa. Alkoholideliriumissa potilas ei kuitenkaan yleensä tunnista tilaansa tai sen vakavuutta. (Jokelainen & Aalto 2015.) Kuolleisuus on tavallisesti alkoholideliriumiin liittyvän lämpöhalvauksen, sydämen rytmihäiriöiden, vieroituskouristusten komplikaatioiden tai oheissairauden aiheuttamaa (Grover & Ghosh 2018). Alkoholidelirium eli delirium tremens eroaa taudin kovaltaan ja hoitomuodoiltaan tavanomaisesta deliriumista. Alkoholideliriumille

tyypillistä on voimakas psykomotorinen kiihtyminen, aggressiivisuus, autonomisen hermoston hyperaktiivisuus sekä kouristelutaipumus. (Loisa 2017.)

Opinnäytetyön aiheena on sairaanhoitajien kokemukset alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä päivystysosastolla. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan päivystysosaston kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päivystysosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista alkoholideliriumpotilaan hoitotyön toimivuudesta. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan käyttää alkoholideliriumpotilaan hoitotyön kehittämisessä. Tietoa voidaan hyödyntää osastoilla, joissa hoidetaan alkoholideliriumpotilaita.

## 2 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAS

### 2.1 Alkoholivieroitusoireet

Alkoholivieroitusoireilla tarkoitetaan oireita, joita esiintyy henkilön joko vähentäessä aikaisempaa runsasta alkoholin käyttöä, tai lopettaessa pidempään jatkuneen päivittäisen käytön (Huttunen, 2018a). Runsas alkoholin käyttö aiheuttaa lähes aina vieroitusoireita (Alho, Jokelainen & Aalto 2015). Ikääntyneillä vieroitusoireita voi ilmaantua myös pienempien alkoholiannosmäärien säännöllisen käytön yhtäkkisellä lopettamisella (Kylmänen 2020). Oireet ilmenevät tavallisesti 4–12 tunnin kuluessa alkoholin käytön lopettamisesta tai merkittävästä vähentämisestä, mutta joskus oireet alkavat vasta muutaman päivän kuluessa (Huttunen, 2018a).

Vieroitusoireet vaihtelevat käytetyn alkoholimäärän, käyttöjakson ja yksilöllisten ominaisuuksien mukaan lievästä vaikeisiin oireisiin (Kylmänen 2020). Lievimpiä mahdollisia vieroitusoireita on kertakäytön jälkeisenä lopetusoireena esiintyvä tavallinen krapula, mutta tätä voimakkaampien vieroitusoireiden ilmeneminen on lähes aina merkki kehittyvästä alkoholiriippuvuudesta (Huttunen, 2018a).

Lievemmissä vieroitusoireissa esiintyy usein päänsärkyä, pahoinvointia, oksentelua, hikoilua, sydämen tykytystä ja vapinaa (Alho, Jokelainen & Aalto 2015). Lisäksi vieroitusoireet voivat aiheuttaa ahdistusta, masentuneisuutta tai unettomuutta. (Kylmänen 2020). Lievä vieroitustila menee tavallisesti ohi itsestään ilman erillistä hoitoa (Alho, Jokelainen & Aalto 2015). Keskivaikeissa ja vaikeissa vieroitusoireissa potilas muuttuu ensin levottomaksi ja potilas saattaa muuttua sekavaksi (Partanen ym. 2018, 298). Hoitamattomana vieroitusoireet voivat pitkittää juomiskierrettä ja alkoholin käytön loputtua lisätä riskiä kouristuksiin sekä alkoholideliriumiin (Niemelä 2011).

Alkoholin vieroitushoidon tavoitteena on lievittää alkoholin käytön lopettamiseen liittyviä oireita ja ohjata potilas jatkohoitoon. Lisäksi hoidossa pyritään ehkäisemään kouristusten ja alkoholideliriumin syntyä. (Kylmänen 2020.) Lieviä tai keskivaikeita vieroitusoireita voidaan hoitaa avohoidossa klooridiatsepoksidilääkityksellä 1–3 vuorokauden ajan valvotusti. Lieviä

tai keskivaikeita vieroitusoireita voidaan hoitaa myös päihdehoitolaitoksessa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. (Alho, Jokelainen & Aalto 2015.)

## 2.2 Alkoholidelirium

Alkoholidelirium eli delirium tremens on hengenvaarallinen sekavuustila, joka kehittyy pitkäaikaisen alkoholin käytön lopettamisen jälkeen muutamassa tunnissa tai usein 2-3 päivässä lopettamisesta (Huttunen 2018b). Harvinaisissa tapauksissa oireet voivat alkaa vasta noin viikon kuluessa alkoholin käytön lopettamisesta. Vakavasti alkoholisoituneilla jo alkoholin käytön merkittävä vähentäminen voi aiheuttaa alkoholideliriumin oireita. Alkoholidelirium voi kestää 3–7 vuorokautta. (Jokelainen & Aalto 2015.)

Alkoholivieroitusvaiheessa ilmenevässä sekavuustilassa on alkoholin vieroitusoireita, mutta lisäksi potilaan tajunnan taso sekä keskittymiskyky ovat heikentyneet, tietoisuus ajasta ja paikasta on hämärtynyt, potilaalla ilmenee eriaisteisia muistihäiriöitä sekä harha-aistimuksia (Huttunen 2018b). Autonomisen hermoston aktiivisuuden vuoksi potilaan verenpaine ja syke ovat koholla ja tämä hikoilee. Myös kuume, pahoinvointi ja oksentelu ovat tavallisia oireita. Alkoholideliriumpotilailla ilmaantuu toisinaan hermosolujen yliherkkyyden seurauksena epileptisen kaltaisia symmetrisiä tajuttomuuskouristuskohtauksia eli niin kutsuttuja viinakramppeja. (Vataja 2015a.)

Harhat voivat olla konkreettisia näköharhoja, tuntemusharhoja, ja harvemmin esiintyy myös ääni- ja hajuharhoja. Harhaluulot esimerkiksi vainottuna olemisesta ovat tavallisia. Potilaan mieliala voi vaihdella äkisti, mutta tavallisesti se on tuskainen, pelokas tai aggressiivinen. Potilas ei kykene nukahtamaan ja voi olla vaaraksi itselleen tai muille toimiessaan harhojensa mukaisesti. (Vataja 2015a.) Alkoholidelirium on hengenvaarallinen, eikä potilas itse ymmärrä tilaansa. Hoitamattomana joka viides alkoholideliriumtila johtaa kuolemaan. Alkoholidelirium vaatii aina sairaalahoitoa. (Huttunen 2018b.)

### **3 ALKOHOLIDELIRIUMPOTILAAN HOITOTYÖ PÄIVYSTYSOSASTOLLA**

Terveydenhuoltolain (L30.12.2010/1326, 1 luku, 8 §) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hoitotyön on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785, 1 luku, 3 §) säättää potilaan oikeudesta laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Alkoholideliriumpotilaan hoitotyössä keskitytään levottomuuden sekä muiden sekavuustilaan liittyvien oireiden lieventämiseen, oheissairauksien tunnistamiseen ja hoitoon sekä riittävään ja nopeaan alkoholin vieroituksen hoitoon (Grover & Ghosh 2018). Tavoitteena on saada potilas lääkehoidon avulla rauhoittumaan ja nukkumaan (Jokelainen & Aalto 2015.) Potilaan hoidossa on otettava huomioon potilaan riittävä seuranta, turvallisuus, nesteytyksestä ja ravitsemuksesta huolehtiminen, elintoimintojen turvaaminen sekä varhainen mobilisointi (Mainerova ym. 2015.)

#### **3.1 Hoitotyö päivystysosastolla**

Seinäjoen keskussairaalan päivystysosastolla hoidetaan erikoisalojen aikuispotilaita; sisätaudit, kirurgia, neurologia ja psykiatria. Potilaiden hoidosta vastaa kyseisen erikoisalan lääkäri. Päivystysosastolle potilaat saapuvat yhteispäivystyksestä lyhytaikaista seurantaa tai diagnoosin varmistumista varten. Osastolla on 22 potilaspaikkaa, joista neljä on intensiivivalvonnan paikkoja. Päivystysosastolta potilaat siirtyvät usein muualle jatkohoitoon tai kotiutuvat. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, päivystysosasto [viitattu 16.9.2020].)

Päivystysosastolla tarkoitetaan päivystysalueella sijaitsevaa osastoa. Päivystysosastohoito mahdollistaa lyhytkestoisen osastojakson joko päivystyspotilaan diagnostiikan täydentämiseksi tai hoidon aloittamiseksi. Päivystysosastoilla potilaiden nopea vaihtuminen edellyttää täsmällistä ja järjestelmällistä potilasohjausta ja tiedon siirtoa. (Valli & Vaala 2018.) Päivystyshoitotyössä sairaanhoitaja tarvitsee laaja-alaista osaamista hoitaessaan äkillisesti sairastuneita tai vammautuneita potilaita. Hoitotyössä korostuvat potilaan voinnin

seuranta, hoitoa koskevien päätösten tekeminen sekä jatkohoidon turvaaminen. (Lankinen 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) ohjeistuksessa päihtyneen henkilön akuuttihoidosta määritellään, että päihtymys ei saa estää henkilön akuuttihoidon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä, päihtymys ei saa estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Päihtyneen kiireellistä hoitoa vaativaksi tilanteeksi määritellään muun muassa vieroitusdelirium. Ohjeistuksessa määritellään, että alkoholin käytön aiheuttama delirium tremens on ensisijaisesti vaikea somaattinen sairaus, joka tulee pääsääntöisesti hoitaa somaattisessa sairaalassa.

Ihmisiä ei saa terveyspalveluita annettaessa asettaa eriarvoiseen asemaan, ja hoitopäätöksiä tehtäessä syinä saavat toimia vain lääketieteelliset perustelut. Perustuslaissa oleva yhdenvertaisuussäännös turvaa sen, että kaikki saavat riittävät terveyspalvelut asuinkunnastaan riippumatta. (Valvira 2018.)

### **3.2 Alkoholideliriumpotilaan vastaanottaminen päivystysosastolle**

Mahdollisimman varhainen hoidon aloitus on tärkeää, sillä mitä enemmän aikaa kuluu alkoholinkäytön lopettamisesta, sitä vakavampia oireet ovat (Keys 2011). Alkoholideliriumpotilas tuodaan päivystysosastolle yhteispäivystyksestä. Päivystysosaston henkilökuntaa on ohjeistettu tekemään ennakoilmoitus vartijalle (Mylläri & Oosi 2019.) Alkoholideliriumin vakavuuden arvioimiseksi tulee arvioida vieroitusoireita ja sekavuustilaa, mutta lisäksi muiden riskitekijöiden ja raskaaseen alkoholinkäyttöön liittyvien sairauksien huomioiminen on tärkeää. Tieto alkoholin käytön lopettamisen ajankohdasta ja etenkin aikaisemmista vieroitusoireista tai alkoholideliriumin hoidosta on tärkeää, sillä aikaisemmat vieroitusoireet ennustavat vaikeampia vieroitusoireita. Potilaan lääkitys on tärkeää selvittää, ja erityisen tärkeää on tietää, onko potilas käyttänyt bentsodiatsepiineja. Potilaan tiedoista on tärkeä ottaa huomioon myös pään vammat. (Grover & Ghosh 2018.)

Potilaan sijoittelussa tulee huomioida ympäristötekijät, joiden tulisi tukea potilaan rauhoittumista. Potilas tarvitsee rauhallisen ja huolehtivan ympäristön. (Mainerova ym. 2015.) Potilashuoneen tulisi olla sellainen, jossa potilas olisi helposti tarkkailtavissa

alkoholideliriumiin liittyvien aistiharhojen tai kouristusten mahdollisuuden vuoksi (Kylmänen 2020). Potilas tulisi mahdollisuuksien mukaan sijoittaa yhden hengen huoneeseen ja ympäristö tulisi minimoida tarpeettomista esineistä sekä ulkopuoliselta melulta (Mainerova ym. 2015). Rauhoittavan ja tukevan puheen avulla voidaan lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta (Kylmänen 2020). Jos potilaalla on harhoja, potilasta tulee orientoida nykyhetkeen haastamatta tai kärjistämättä potilaan harhoja ja levottomuutta (Elliot ym. 2012).

### 3.3 Alkoholideliriumpotilaan seuranta

Hengityslaman mahdollisuuden vuoksi potilas on osastolla monitoriseurannassa, jossa vitaalielintoimintoja seurataan jatkuvasti. Lisäksi potilaan MET-pisteet mitataan tämän saapuessa päivystysosastolle ja jatkossa vähintään kerran jokaisen työvuoron aikana. (Mylläri & Oosi 2019.) MET-pisteillä tarkoitetaan National Early Warning Score (NEWS) eli aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmää. Pisteytysjärjestelmä kuvaa potilaan peruselintoimintojen tilaa ja näin mahdollistaa varhaisen reagoinnin kehittyviin peruselintoimintojen häiriöihin. Pisteytyksessä huomioidaan potilaan hengitystaajuus, happisaturaatio, syketaajuus, tajunnantaso, lämpötila sekä mahdollinen lisähappi. (Karjalainen ym. 2018.)

Potilaalta otetaan laboratorionkokeista nestetasapaino sekä muut lääkärin määräämän kokeet. Potilaan vatsan toimintaa sekä riittävää virtsantuloa ja nesteytystä seurataan. (Mylläri 2020.) Alkoholideliriumia voi pahentaa jokin somaattinen sairaus, minkä vuoksi ne pyritään tunnistamaan (Jokelainen & Aalto 2015).

Alkoholideliriumpotilailla seurataan myös sekavuusoireita eli tajunnantaso, huomiokykyä, aikaan ja paikkaan orientoitumista eli desorientaatiota, hallusinaatioita, aistiharhoja, levottomuutta sekä univalverytmiä. Päivystysosastolla on ollut aikaisemmin käytössä lomake liittyen potilaan rajoittamiseen sekä seurantaan, ja hoitajat tekivät tämän perusteella kirjauksia potilaan seurannasta. Tällä hetkellä päivystysosastolla ei ole käytössä mitään yksittäistä menetelmää vieroitusoireiden seurantaan. (Mylläri 2020.) Vieroitusoireiden arvioinnissa käytetyimpänä työkaluna tunnetaan CIWA-Ar asteikko (LIITE 4), jossa on 10 arvioitavaa vieroitusoiretta (Sutton & Jutel 2016). Ongelmana asteikon käytössä kuitenkin

on, että potilaan kanssa täytyy pystyä keskustelemaan ja tämän täytyisi vastata kysymyksiin, mikä rajoittaa työkalun käyttöä tietyillä potilailla (Manasco ym. 2012).

Nestetasapainon korjaus ja elektrolyyttihäiriöiden hoitaminen ovat keskeinen osa alkoholideliriumin hoitoa ja se nopeuttaa potilaan toipumista. Elimistön kuivuminen on alkoholideliriumpotilaille yleistä, ja nesteitä voidaan joutua usein antamaan jopa 4–10 litraa ensimmäisen vuorokauden aikana. Vaikeammat suolatasapainon häiriöt hoidetaan parenteraalisesti, poikkeuksena hyponatremia, joka tulee korjata hitaasti, suun kautta annettavalla suolalisällä. Hypokalemia on korjattava, sillä se voi pahentaa vieroitusoireita sekä lisätä rytmihäiriöiden riskiä. (Niemelä 2011.)

### **3.4 Alkoholideliriumpotilaan lääkehoito**

Alkoholivieroitusoireiden ja alkoholideliriumin lääkehoidosta on tehty paljon tutkimuksia. Bentsodiatsepaamien on todettu olevan tehokkaimpia vieroitusoireiden ja alkoholideliriuminhoitoon. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä -hoitosuositus 2018.) Sairaalassa kyllästyshoitona käytetään pääasiassa diatsepaamia (Diapam). Lääkehoito vaatii jatkuvaa seurantaa ja arviointia. Tavallisin virhe lääkehoidossa on diatsepaamin liian hidas annostelu. (Kylmänen 2020.) Lääkehoito on toteutettava huolellisesti samalla ennakkoiden potilaan tilan mahdollisia muutoksia (Partanen ym. 2018, 306).

Ennen diatsepaamikyllästyksen aloittamista on suljettava pois kallovamman, diabeteksen, lääkemyrkytyksen ja infektion mahdollisuus (Simojoki 2020). Vieroitushoidon suunnittelun kannalta on tärkeää kartoittaa muiden päihdyttävien aineiden käyttö. Erityisen tärkeää on tietää, onko potilas käyttänyt bentsodiatsepaameja suurina annoksina. (Niemelä 2011.) Alla on kuvattu alkoholideliriumpotilaiden lääkehoitoa teoretiedon pohjalta, mutta potilaan lääkityksen määrää aina lääkäri.

Diatsepaamia annostellaan 10–20 mg 1–2 tunnin välein nestemäisenä suun kautta tai tarvittaessa valvotusti suoneen. Annostelua jatketaan, kunnes potilas nukkuu tai saavutetaan 200 mg:n kyllästysannos. Kyllästyshoidon aikana on tärkeää seurata tiiviisti potilaan hengitystaajuutta sekä tajunnan tasoa. Bentsodiatsepiinin sekakäyttäjille tulee annostus harkita tarkkaan, sillä he saattavat tarvita suurempia annoksia.

Diatsepaamilääkitys tulee purkaa asteittain. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Iäkkäillä sekä potilailla, joilla on vaikea maksasairaus, voidaan käyttää diatsepaamin sijasta loratsepaamia lyhyemmän puoliintumisajan vuoksi, eikä siitä aiheudu maksametabolialia (Mylläri & Oosi 2019).

Potilaalla voi alkoholideliriumin takia olla väkivaltaisuutta ja aistiharhoja, tai tämä voi olla voimakkaasti kiihtynyt. Näistä syistä hoitoa voidaan tehostaa diatsepaamin rinnalla annettavalla haloperidolilla (Serenase), jota annetaan 5 mg lihakseen 30–60 minuutin välein, kunnes potilas rauhoittuu. Lääkityksen aikana on seurattava potilaan hengitystä, verenkiertoa ja nestetasapainoa. Alkoholideliriumpotilailla antipsykootteja ei kuitenkaan suositella suurina annoksina, sillä ne alentavat kouristelukynnystä sekä verenpainetta. (Kylmänen 2020.)

Bentsodiatsepiineihin reagoimattoman potilaan lääkehoidossa käytetään deksmedetomidiniä (Rossinen 2018), joka annetaan aina intensiivivalvonnassa (Mylläri & Oosi 2019). Deksmetomidini (Dexdor) on selektiivinen alfa2-agonisti ja sen käyttö alkoholideliriumin lääkehoidossa on lisääntynyt (Loisa 2017). Deksmetomidinisedaation aikana tulee monitoroida potilaan verenpainetta ja pulssia (Uustalo & Grönlund 2018).

Deksmetomidinin vasteen seurannassa käytetään RASS-asteikkoa. (Mylläri & Oosi 2019.) RASS-asteikko eli The Richmond Agitation-Sedation Scale (Taulukko 1) on kriittisesti sairaiden potilaiden levottomuutta ja sedaatiota arvioimaan suunniteltu lääketieteellinen asteikko. (Grover & Ghosh 2018.) Deksmetomidinin käytössä tarkoituksena on saavuttaa sedaatiotaso, jossa potilas on herätettävissä puhuttelemalla mikä vastaa RASS-asteikolla pisteitä 0 – -3.

Taulukko 1. Richmond agitation–sedation scale (Kangasmäki &amp; Pudas-Tähkä 2017).

Arviointimenetelmä	Potilaan käyttäytymisen kuvaus	Luokka	Pistemäärä
Potilaan tarkkailu	Potilas on väkivaltainen, välitön vaara henkilökunnalle.	Väkivaltainen	+4
	Pyrkii poistamaan katetrit, aggressiivinen.	Hyvin kiihtynyt	+3
	Tarkoituksetonta jatkuvaa liikehdintää, ei sopeudu hengityslaitteeseen	Kiihtynyt	+2
	Levotonta liikehdintää, ei aggressiivinen	Levoton	+1
	Toimii rauhallisesti ja tarkoituksenmukaisesti.	Rauhallinen	0
Jos potilas on unelias, sanotaan potilaan nimi ja pyydetään avaamaan silmät ja katsomaan kohti (äänistimulaatio).	Ei täysin hereillä, helposti heräteltävissä puheella (silmien avaus tai katsekontakti kestää yli 10 s).	Unelias	-1
	Avaa hetkeksi silmät puhuteltaessa ja ottaa alle 10 s kestävä katsekontaktin.	Kevyt sedaatio	-2
	Reagoi tai avaa silmät puhuteltaessa, mutta ei ota katsekontaktia.	Kohtalainen sedaatio	-3
Jos potilas ei reagoi puhutteluun, ravistetaan potilasta olkapäästä ja/tai painetaan potilasta rintalastasta (fyysinen stimulaatio).	Ei reagoi puheeseen, avaa silmät tai liikuttelee raajojaan spontaanisti.	Syvä sedaatio	-4
	Ei reagoi puheeseen eikä ravisteluun.	Ei heräteltävissä	-5

Wernicken enkefalopatia on tiamiinin eli B1-vitamiinin puutoksesta johtuva usein vaikeasti vammauttava aivosairaus, joka liittyy tavallisesti pitkäaikaiseen alkoholin käyttöön. Normaalisti aivojen hermosolut käyttävät energianlähteenään glukoosia, mutta alkoholin ongelmakäyttäjällä aivot tottuvat käyttämään energian lähteenä etanolia, minkä seurauksena aivojen aineenvaihdunta muuttuu. Aivot tarvitsevat tiamiinia glukukoosiaineenvaihdunnassa syntyvien myrkyllisten aineenvaihduntatuotteiden hajottamiseen ja lisäksi tiamiinilla on keskeinen rooli esimerkiksi aivojen välittäjäaineiden ja hermosolujen solukalvojen synteesissä. (Vataja 2015b.) Wernicen taudin oireet ja löydökset ovat vaihtelevia, eikä taudille ole löydetty ominaisia kliinisiä oireita ja löydöksiä, joiden

perusteella diagnoosi olisi varma. Tiamiinin puutoksesta ei aiheudu oireita, kunnes oireyhtymä puhkeaa. (Hillbom & Marttila 2010.) Oireyhtymässä on usein alkuvaiheessa samankaltaisia oireita kuin alkoholideliriumissa. Muina oireina voi olla muun muassa silmien liikehäiriötä, motoriikan epävarmuutta eli ataksiaa ja vaikea lähimuistin häiriö, amnestinen oireyhtymä, jossa potilas menettää oppimiskyvyn ja esimerkiksi unohtaa saman tien juuri käytyt keskustelut. Muistiaukkoja potilas paikkaa satuilemalla. Vaikka potilas selviytyy akuuttivaiheen hengenvaarasta, voi tilasta jäädä pitkäkestoinen tai pysyvä muistivaikeus. (Vataja 2015b.) Wernicen enkefalopatian ehkäisemiseksi alkoholideliriumpotilaille annetaan rutiininomaisesti tiamiinia 250 mg joko suonensisäisesti tai lihakseen kolmen vuorokauden ajan. Suun kautta annettaessa tiamiinin imeytyminen ei ole riittävän varmaa. Nestehoidossa ei saa antaa glukoosia ennen tiamiinilisää. Mikäli potilaalla epäillään Wernicen enkefalopatiaa, tiamiinia tulisi annostella suoneen 500 mg 14 vuorokauden ajan. (Kylmänen 2020.)

### **3.5 Potilaan rajoittaminen hoidon toteuttamiseksi**

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785, 2 luku, 6 §) määritellään, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai toimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116, 2 luku, 8 §) mukaan täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta vain, jos tämän todetaan olevan mielisairas, hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan, vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuutta ja mitkään muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömät.

Vaikeiden vieroitusoireiden kohdalla henkilö voi hakeutua hoitoon itse tai läheisen avustuksella ennen kuin alkoholideliriumiin liittyvä sekavuus ja harhat pahenevat. Alkoholidelirium on hengenvaarallinen tila, joka vaatii aina intensiivistä osastohoitoa. Alkoholideliriumissa potilas ei kuitenkaan yleensä tunnista tilaansa tai sen vakavuutta. (Jokelainen & Aalto 2015.) Somaattisella puolella ei ole olemassa yksittäistä selkää lakia

potilaan rajoittamisesta kuten psykiatrisessa sairaanhoidossa, vaan eri lakeja joudutaan soveltamaan (Mylläri 2020).

Alkoholideliriumpotilaalla yleisinä komplikaatioina voi tulla vammoja esimerkiksi sängystä putoamisen seurauksena. Potilas voi myös tahattomasti loukata itseään, jos tämä yrittää paeta osastolta. (Mainerova ym. 2015.) Mikäli potilasta ei muutoin voida hoitaa, joudutaan käyttää magneettivyö- tai leposide-eristystä. Näihin tarvitaan aina lääkärin määräys. Ennen päätöstä leposidehoidon aloittamisesta lääkärin on kuultava ja tiedotettava potilasta. Lääkäri kirjaa potilasasiakirjoihin leposidehoidon aloittamisen ja lopettamisen, hoito- ja seurantaohjeet sekä perustelee syyt leposidehoidolle. Lääkäri ei voi antaa lupaa leposideiden käytölle ennakoivasti vaan tarve tulee arvioida aina tilannekohtaisesti. (Mylläri 2020.) Potilaan liikkumista voidaan rajoittaa ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin on välttämätöntä (Valvira 2020). Lääkäri ei voi antaa leposidehoitomääräystä puhelimitse vaan tämän on tultava paikalle arvioimaan tilanne ja potilaan vointi. Akuuttitilanteissa myös hoitohenkilökunta voi laittaa potilaan lepositeisiin, mutta päivystävä lääkäri on kutsuttava paikalle heti kun on mahdollista. (Mylläri 2020.)

Leposidehoitoa vaativat potilaat hoidetaan aina intensiivivalvonnassa, jossa hoitaja on jatkuvassa näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Leposidehoidon tarve arvioidaan säännöllisesti. Hoitajien on tarkkailtava säännöllisesti potilaan lääkehoidon vaikutusta, yleisvointia ja elintoimintoja. Lisäksi huomiota on kiinnitettävä leposideiden kiinnityskohtiin sekä niiden kuntoon sekä raajojen verenkiertoon. (Mylläri 2020.)

### **3.6 Potilaan hoito deliriumtilan jälkeen**

Alkoholideliriumin oireet häviävät tavallisesti 3–7 vuorokaudessa (Kylmänen 2020). Vieroitusoireita saattaa esiintyä useita päiviä deliriumtilan jälkeen. Potilaan seuranta tulisi jatkaa muutaman päivän ajan, jotta varmistutaan ettei tila uusiudu. (Jokelainen & Aalto 2015.)

Alkoholidelirium on potilaalle traumaattinen kokemus riippumatta siitä, muistaako tämä harhojansa (Mainerova ym. 2015). Toistuvat alkoholin käytön lopettamiseen liittyvät hermoston muutokset aiheuttavat Kindling-ilmiötä, jolloin riski vieroitusoireiden

esiintymiseen sekä vaikeampiin vieroitusjaksoihin ja alkoholideliriumiin kasvaa (Elliot ym. 2012). Alkoholideliriumia edeltää vuosikausia kestänyt runsas alkoholin käyttö ja taustalla on aina alkoholiriippuvuus (Jokelainen & Aalto 2015) eikä alkoholideliriumin poistuminen poista itse alkoholiriippuvuutta. Jatkohoidon järjestäminen ja hoidon piirissä pysyminen ovat potilaan kannalta olennaisia riippuvuuden katkaisemiseksi. (Niemelä 2011.) Vain joka neljäs alkoholiriippuvaisista hakee itse hoitoa. Alkoholin käytön jatkuminen on suuri uhka potilaan terveydelle ja hyvinvoinnille, joten hoitotahtojen tulee aina pyrkiä aktiivisesti hoitotoimien käynnistämiseen. (Aalto 2015b.)

Hellumin, Bjerregaardin ja Søgaaardin (2016) tekemän tutkimuksen mukaan alkoholinkäytön puheeksi ottaminen voidaan kokea hankalaksi lyhyiden osastojaksojen sekä vähäisten resurssien vuoksi. Myös sairaanhoitajien tietoisuus alkoholiongelmaisten potilaiden hoitoon ohjauksesta vaikuttaa alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen. Päivystysosaston ohjeistuksena on, että kun alkoholidelirium on hoidettu, potilaalle tehdään Audit-kysely (Mylläri & Oosi 2019). AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä kyselytesti. Se on suositeltava menetelmä alkoholin ongelmakäytön seulonnassa. AUDIT sisältää kymmenen kysymystä, joista jokainen pisteytetään nolasta neljään, jolloin kyselyn maksimipistemäärä 40. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyypillistä käyttömäärää, kolmas humalahakuisten juomisen toistuvista. Kysymykset 4–6 selvittävät riippuvuusoireita ja 7–10 selvittävät erilaisia alkoholista johtuvia haittoja. (Aalto 2015a.) AUDIT-kyselyä voidaan pitää hyvänä keinona aloittaa keskustelu potilaan alkoholin käytöstä (Hellum ym. 2016).

Päivystysosastolta alkoholideliriumpotilaalle järjestetään jatkohoitopaikka sekä tarvittaessa kontrollikäynti ja potilaalle annetaan tietoa eri hoitomahdollisuuksista ja hoitoon hakeutumisesta. Päivystysosastolta konsultoidaan sosiaalityöntekijää. Tarpeen vaatiessa voidaan myös tehdä lastensuojeluilmoitus tai lääkäri konsultoi psykiatria. (Mylläri & Oosi 2019.) Potilaalla on myös oikeus saada kattavasti tietoja hänen terveydentilastaan ja eri hoitovaihtoehdoista (Valvira 2018).

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päivystysosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista alkoholideliriumpotilaan hoitotyön toimivuudesta. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan käyttää alkoholideliriumpotilaan hoitotyön kehittämisessä. Tietoa voidaan hyödyntää osastoilla, joissa hoidetaan alkoholideliriumpotilaita.

Tutkimuskysymys on:

Millaisia kokemuksia päivystysosaston sairaanhoitajilla on alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 160) luonnehtivat laadullisen tutkimusmenetelmän tyypillisiä piirteitä kokonaisvaltaisena tiedonhankintana, jossa ihmistä suositaan tiedon keruun instrumenttina. Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja, minkä vuoksi aineisto analysoidaan tyypillisesti induktiivisella analyysillä. Aineiston keruussa käytetään laadullisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat sekä ääni pääsevät esille ja tutkittavat valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tapauksia myös käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tutkitaan sen mukaisesti.

Monia hoitotyön ilmiöitä ei voida mitata pelkästään määrällisenä, vaan tutkittavan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan ihmisten omia kokemuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 74.) Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä, koska tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana onkin todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi ym. 2009). Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö oli myös perusteltua, sillä sairaanhoitajien kokemuksista alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä ei löytynyt suomalaisia tutkimuksia (Kyngäs, Mikkonen & Kääriäinen 2020.)

### 5.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla neljältä (N=4) päivystysoastolla työskentelevältä sairaanhoitajalta. Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelu sopii aineistonkeruu menetelmäksi, kun tiedetään, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen ja tutkittavan ilmiön oletettavasti tärkeitä osia ja kokonaisuutta on alustavasti selvitetty. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 47.)

Teemahaastattelussa olennaisinta on se, että tarkkojen yksityiskohtaisten kysymysten sijaan, haastattelu etenee ennalta määrättyjen teema-alueiden mukaan (Hirsjärvi ym. 2009, 203, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 125). Teemahaastattelu on lähellä

strukturoimatonta eli syvähaastattelua, mutta haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 47).

Haastattelu kohdennettiin ennalta määriteltyihin teema-alueisiin, jotka muodostuivat teoratiedon pohjalta (Vilkkä 2015). Teema-alueet olivat keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. (LIITE 1). Haastatteluissa varmistettiin, että teema-alueet käytiin kaikkien haastateltavien kanssa läpi, mutta laajuus ja järjestys vaihteli haastattelusta riippuen. (Eskola, Lähti & Vastamäki 2018.) Teema-alueiden lisäksi haastatteluissa oli apuna tukilista mahdollisesti käsiteltävistä asioista. Teemahaastattelun valinta aineistonkeruumenetelmäksi oli perusteltua, koska etukäteen ei tiedetty, minkälaisia vastauksia hoitajilta saadaan. Teemahaastatteluiden avulla saatiin esiin sellaisia kehityskohtia ja huomioita, joista ei olisi osattu kysyä. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 35.)

Haastateltavat valittiin tarkoituksenmukaisuuden perusteella eli haastateltavaksi haluttiin sairaanhoitajia, joilla on kokemusta alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 125). Sopivat haastateltavat valittiin opinnäytetyön yhteyshenkilön toimesta. Tutkimusaineisto kerättiin pieneltä joukolta, sillä tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan mahdollisimman rikas aineisto. Tutkittavien määrän rajaaminen mahdollisti aineiston analysoinnin ja oleellisten asioiden löytymisen. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Teemahaastattelut toteutettiin päivystysosastolla ennalta sovittuna ajankohtana. Haastattelut saatiin järjestettyä paikan päällä huomioiden koronavirusepidemian aikaiset suositukset. Haastattelutilanteissa käytettiin kasvomaskia ja huolehdittiin turvaväleistä. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Haastatteluiden nauhoittaminen mahdollisti haastatteluiden luontevan etenemisen ilman katkoja. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 92.)

### **5.3 Aineiston analysointi**

Opinnäytetyön aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analyysissä edetään tutkimusaineiston ehdoilla. (Kyngäs ym. 2020.) Useat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysi

voidaan nähdä yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2017.)

Ennen varsinaista analyysivaihetta, nauhoitettu haastatteluaineisto litteroitiin eli koko haastatteludialogi kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan (Hirsjärvi & Hurme 2008). Litterointi on olennainen osa aineistoon tutustumisessa ja sen avulla aineisto muuttuu helpommin hallittavaksi (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010). Litteroitua haastatteluaineistoa kertyi noin 36 sivua. Litteroinnin jälkeen kaikista alkuperäisistä ilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Pelkistämisen tarkoituksena oli karsia aineistosta tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Pelkistämävaiheessa yhdestä lausumasta voi löytyä useampi pelkistysilmaus. Pelkistämisen jälkeen kaikki pelkistykset koottiin yhteen ja samaa tarkoittavat pelkistykset yhdisteltiin yhdeksi pelkistykseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2017.)

Taulukko 2 Esimerkki alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetty ilmaus
<p>”Että kun nämä on semmosia useimmiten useamman kerran tavattavia ihmisiä.”</p> <p>”ne samat tyypit käy täällä jatkuvasti”</p>	Usein hoidon tarve uusiutuu

Pelkistetyt ilmaukset päädyttiin yhdistämään teemoittelun avulla. Teemoittelu voidaan nähdä samankaltaisena, kuin luokittelu, mutta siinä painottuu mitä kustakin teemasta on sanottu (Tuomi & Sarajärvi 2017). Sisällönanalyysissä voidaan käyttää luokittelun sijaan teemoittelua, mutta terminologiaa on käytettävä johdonmukaisesti koko tutkimuksen ajan (Kyngäs 2020). Tyypillisesti esiin nousee teemahaastattelun teemoja, mutta myös muita teemoja, jotka voivat olla lähtöteemoja mielenkiintoisempia (Hirsjärvi & Hurme 2008, 73). Pelkistettyjä ilmauksia yhdisteltiin erilaisiin aihepiireihin, joista syntyi alateemoja. Alateemat nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla tavalla. (Kylmä & Juvakka 2017, 113.)

Taulukko 3 Esimerkki alateeman muodostamisesta.

Pelkistetyt Ilmaukset	Alateema
<p>Usein hoidon tarve uusiutuu.</p> <p>Deliriumpotilaat haastava ryhmä.</p> <p>Joskus potilaat ovat hauskoja ja helppoja.</p> <p>Potilaat ovat työllistäviä.</p> <p>Potilaat tarvitsevat valvontaa.</p> <p>Ennen oli selkeämpiä alkoholidelirium potilaita.</p> <p>Monilla on pitkä tausta alkoholinkäytössä.</p> <p>Potilaiden hoitoajat vaihtelevat, riippuen kuinka syvä harhatila on ja kuinka nopeasti potilas saadaan nukkumaan.</p> <p>Osa potilaista on deliriumtilan jälkeen kilttejä ja kiitollisia avusta.</p> <p>Toiset häpeävät tilannetta.</p>	<p>Erilaiset alkoholideliriumpotilaat</p>

Aineistosta muodostui 16 alateemaa, jotka muodostivat lopulta kolme yläteemaa. Yläteemat syntyivät yhdistelemällä sisällöllisesti samaan aihepiiriin kuuluvia alateemoja. Yläteemat nimettiin niin, että ne kuvaavat alateemojen sisältöä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113).

Taulukko 4 Esimerkki yläteeman muodostamisesta

Alateemat	Yläteema
<p>Hoitajien suhtautuminen alkoholideliriumpotilaisiin</p> <p>Erilaiset alkoholideliriumpotilaat</p> <p>Hoitajien tuntemukset alkoholideliriumpotilaiden hoidossa</p>	<p>Erilaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen</p>

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä oli; ”Millaisia kokemuksia päivystyksen sairaanhoitajilla on alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä?” Sairaanhoitajien kokemukset jakautuivat opinnäytetyön tuloksissa kolmeen yläteemaan, joita olivat erilaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen, alkoholideliriumpotilaan hoitoprosessi hoitajien kuvaamana sekä turvallisen hoitoympäristön varmistaminen.

Taulukko 5. Sairaanhoitajien kokemukset alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä

<b>Yläteema</b>	<b>Alateema</b>
Erialaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen	Hoitajien suhtautuminen alkoholideliriumpotilaisiin
	Erilaiset alkoholideliriumpotilaat
	Hoitajien tuntemukset alkoholideliriumpotilaiden hoidossa
Alkoholideliriumpotilaiden hoitotyön prosessi hoitajien kuvaamana	Potilaan vastaanottaminen
	Hoitotyön sisältö alkoholideliriumin akuutissa vaiheessa
	Alkoholideliriumpotilaan lääkehoito
	Alkoholideliriumpotilaasta seurattavat asiat
	Potilaan kotiutuminen
	Hoitotyö ja ohjaus alkoholideliriumtilan jälkeen
	Moniammatillinen yhteistyö alkoholideliriumpotilaiden hoidossa
Turvallisen hoitoympäristön varmistaminen	Potilaan tuomat haasteet turvallisuudelle
	Potilaan rajoittaminen
	Yhteistyö vartijoiden kanssa
	Tiedonkulku ja raportointi
	Potilaan turvallinen sijoittelu
	Hoitotyön fyysinen ympäristö

### 6.1 Osallistujien taustatiedot

Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää (N=4) sairaanhoitajaa. Haastateltavien työkokemus päivystyksosastolla vaihteli 2–9 vuoteen. Osalla haastateltavista oli lisäksi muuta hoitotyön työkokemusta.

## 6.2 Erilaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen

**Hoitajien suhtautuminen alkoholideliriumpotilaisiin.** Hoitajat suhtautuivat alkoholideliriumpotilaisiin kuten kaikkiin muihinkin potilaisiin. Vaikka potilas ei ollut ystävällinen, hoitajat kohtasivat potilaan ammatillisesti, eikä potilaiden kanssa lähdetty riitelemään. Potilaat hoidettiin asianmukaisesti kuntoon, vaikka ajateltiin, että potilas tulee jatkamaan alkoholinkäyttöä. Hoitajat ajattelivat, että heidän ei täytyisi kuunnella epäasiallista käytöstä määräänsä enempää.

...jotku on hyvinki ei ystävällisiä, mut se et eipä ikinä oikeestaan mennä mukaan siihe niitte semmoseen vaikka ittee se miten ottaa hermoon.

**Erilaiset alkoholideliriumpotilaat.** Hoitajat kokivat alkoholideliriumpotilaat haastavana potilasryhmänä. Potilaat olivat usein työllistäviä ja tarvitsivat valvontaa. Hoitajat kertoivat potilaiden olevan joskus hauskoja ja helppoja. Joskus potilaat olivat yhteistyökykyisiä ja halusivat Diapamia. Monilla potilaista oli pitkä tausta alkoholin käytöstä ja usein hoidon tarve uusiutui. Potilaiden hoitoajat päivystysosastolla vaihtelivat riippuen siitä, kuinka syvä potilaan harhatila oli ja kuinka nopeasti potilas saatiin nukkumaan. Deliriumtilan jälkeen potilaat saattoivat olla häpeissään tilanteesta, mutta myös kilttejä ja kiitollisia avusta.

Meidän osastollahan niinku pyritään pääsääntöisesti siihen, että kolme vuorokautta maksimissaan olis, oli niinku vaiva mikä tahansa, ja sen jälkeen siirrytään seuraavalle osastolle, jos vielä tarvitaan osastohoitoa. Mutta deliriumis on hirveen vaihteleva se, se riippuu paljo siitä, kuinka syvä se harhatila on, ja kuinka nopeesti se ihminen saadahan nukkumaan.

**Hoitajien tuntemukset alkoholideliriumpotilaiden hoidossa.** Hoitajat kokivat, että alkoholideliriumpotilaan hoitotyö voi olla henkisesti kuormittavaa. Epäasiallinen käytös hoitajia kohtaan saattoi aiheuttaa ärsyyntymistä ja joskus oli hankalaa pysyä rauhallisena. Negatiivisten kokemusten arvioitiin jäävän pidemmäksi aikaa mieleen. Hoitajat kokivat turhauttavana, jos potilas oli jatkuvasti hoidettavana saman asian vuoksi. Hoitajat kokivat kuitenkin merkityksellisenä, jos potilas otti opikseen eikä hoidon tarve uusiutunut.

Osittain tosi sillä lailla turhauttavaa ja ei oo välttämättä kauheen palkitsevaa, että kun sä saat sen täällä niinku pestyä ja puetettua ja hyväksi nukutettua niin että se lähtee niinku omin jaloin ja suurin piirtein siistinä ja hyvävointisena eteenpäin ja sitte kattotaan viikko eteenpäin niin se voi olla täällä uudestaan.

Mutta toisaalta niin siinä kohtaa, jos joku ottaa siitä opiksensa, niin se kantaa kyllä tosi kauan, että joku siitä pääsee eroon ja tosiaan ei oookkaan sitte välttämättä pitkään aikaan tai ehkä jopa ollenkaan enää käymässä.

### 6.3 Alkoholideliriumpotilaiden hoitoprosessi hoitajien kuvaamana

**Potilaan vastaanottaminen.** Alkoholideliriumpotilaat tulivat päivystysosastolle pääasiassa yhteispäivystyksestä. Joskus potilaita on tullut muilta osastoilta, jos potilas oli alun perin ollut sairaalassa muun syyn takia, minkä seurauksena potilaan alkoholin käyttö oli loppunut ja tämä on mennyt alkoholideliriumtilaan. Hoitajat kuvailivat vastaanottotilanteiden olevan vaihtelevia. Joidenkin potilaiden siirtyminen osastolle sujui hyvin, mutta joskus potilaat saattoivat herätä siirtyessään osastolle ja pelästyä tilannetta, jolloin siirtotilanne lisäsi potilaan sekavuutta.

Välillähän ne potilaat on sitte sekasin ku niitä lähdetään siirtämään. Kaikista pahin tilanne on että se on tuolla justiin nukahtanu, ja sitte tota se herää siihen siirtoon, eikä oikein pääse tilanteen tasalle että mitä nyt tehdään, niin ne yleensä sitte vähä pelästyy ja sekoaa ja tupakallekki pitäis päästä usein justiin siinä hetkessä kun kerran täs ny liikkeelle lähdetään

Hoitajien mukaan joskus potilaasta raportoitiin hyvin tarkasti tämän siirtyessä osastolle, mutta usein potilaasta saatiin vähän tietoa. Usein potilaan kotilääkitystä ei ollut selvitetty. Potilaan perussairauksien arvioitiin olevan pääosin tiedossa.

Tulovaiheessa päivystysosastolla potilaasta otettiin perusmittaukset ja haastateltiin, jos potilas oli yhteistyökykyinen. Potilaan taustatietojen ja kotilääkityksen selvittämisen kuvailtiin olevan usein melko haasteellista, jos potilas ei ollut yhteistyökykyinen. Taustatietoja pyrittiin selvittämään paremmin, kun potilaan kanssa pystyttiin kommunikoimaan sen mukaan, mitä tietoja tarvittiin.

**Hoitotyön sisältö alkoholideliriumin akuutissa vaiheessa.** Akuutissa vaiheessa hoitotyön kuvailtiin olevan pääosin läikehoitoa ja voinnin seurantaa. Tärkeää oli saada potilas nukkumaan ja harhatila pois. Hoitajien mukaan potilasta häirittiin mahdollisimman vähän. Potilas tarvitsi sekavuuden vuoksi ohjausta perusasioissa.

Joo, no sillon ollaan aika perusasioitten äärellä että, se on semmosta että nyt mennään vessaan tai tuu tänne, tai älä tee noin, että se on aivan semmosta ohjaamista, että se selkiää. Yleensä ne on sen verran sekaisin että joko ne ei saa oikein mitään aikaseksi tai sitten ne aivan liikaakin aikaseksi, että touhataan mitä sattuu.

Hoitajien mukaan potilaat saattoivat nukahtaa nopeasti, mutta joskus meni useampi päivä, että potilas saatiin nukahtamaan. Aina potilas ei ollut nukkumisen jälkeenkään vielä orientoitunut. Unen tärkeyden vuoksi suoritettiin vain välttämättömät hoitotoimenpiteet. Perushoidossa korostui virtsaamiseen liittyvät toimenpiteet ja virtsaamisen seuranta. Lisäksi huolehdittiin potilaan asentohoidosta. Päivittäisestä hygieniasta huolehdittiin tekemällä potilaalle pienet pesut.

Hoitotyössä huomioitiin potilaan nesteytyksen ja ravitsemuksen tarve. Potilaat söivät usein normaalisti, jos olivat hereillä. Kun potilas saatiin nukkumaan tätä ei herätetty syömään kesken unien. Potilaan nesteytystä tehostettiin, jos tiedettiin, että potilas ei syö. Usein nestehoidossa käytettiin vain perusnesteitä sen mukaan mitä lääkäri oli kulloinkin määrännyt.

**Alkoholideliriumpotilaiden lääkehoito.** Hoitajat toteuttivat potilaan lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. Lääkehoidossa käytetyin lääke oli Diapam, jolla lääkehoito pyrittiin aina aloittamaan. Potilaalle annettiin Diapamia maksimiannokseen asti tai kunnes potilas nukahti. Hoitajien kokemuksen mukaan Diapamilla oli usein hyvä vaste. Osa potilaista kuitenkin sietä Diapamia suurilla annoksilla. Hoitajien mukaan joskus Diapamin lisäksi potilaalle annettiin Serenasea. Diapamia annettaessa hoitajien täytyi ottaa huomioon, että suurilla annoksilla Diapam voi lamata hengitystä.

Jos potilasta ei saatu Diapamilla nukahtamaan, hoidossa voitiin käyttää Dexdoria. Dexdoria kuvailtiin osaston äärimmäisenä keinona saada potilas uneen. Jos potilas ei nukahtanut Dexdorillakaan, potilas oli siirrettävä tehohoitoon. Dexdoria annettaessa hoitajat käyttivät RASS-asteikkoa, minkä avulla tarkkailtiin säännöllisesti, että potilas oli herätettävissä. Jos potilas ei ollut herätettävissä, lääkitystä kevennettiin ja RASS-pisteitä laskettiin tehostetummin. Lisäksi lääkityksen aikana vitaalielintoimintoja oli seurattava tehostetummin ja potilas oli aina intensiivivalvonnassa.

...sitte jos Diapam ei riitä hoitona, vaan mennää Dexdoriin, niin siinä on sitten oma protokolla, siinä pitää tuota, pitää niitä RASS-pisteitä kattoo, että onko potilas heräteltävissä ja tuota vielä tarkempi seuranta. Ja siinä saattaa tulla verenpaineen laskua, lääkkeestä johtuvaa, niin sitä vähä useammin kattoo.

**Alkoholideliriumpotilaasta seurattavat asiat.** Hoitajilla ei ollut vieroitusoireiden seurantaan ja arviointiin tiettyä runkoa. Potilaan vieroitusoireiden kehittymistä tarkkailtiin sen mukaan, mitä oireita potilaalla esiintyi. Hoitajat kertoivat seuraavansa potilaan vointia, onko potilas orientoitunut, ääni- ja näköharhoja sekä tajunnantaso. Tajunnantaso kuvailtiin sanallisesti, eikä alkoholideliriumpotilaiden kohdalla käytetty esimerkiksi Glasgow'n kooma-asteikkoa. Ulkoisista vieroitusoireista esiin nousi vapinan ja hikoilun seuranta.

Mä itte seuraan sanallisesti aika paljon sitä tai se on niiku ehkä kuvailevampi sitte että minkälainen se on ja mitä, mitä sieltä niinku saa irti.

Hoitajat seurasivat potilaan vitaalielintoimintoja säännöllisesti. Aamu- ja iltapäiväkierrolla potilaalle tehtiin perusmittaukset ja laskettiin MET-pisteet. Intensiivivalvonnassa potilas oli aina monitoriseurannassa ja sykettä seurattiin jatkuvasti. Monitoriseurantaan oli mahdollisuus tarvittaessa myös potilaan ollessa osaston puolella. Tarvittaessa hoitajat seurasivat tiheämmin myös potilaan happisaturaatiota sekä verenpainetta.

**Hoitotyö ja ohjaus alkoholideliriumtilan jälkeen.** Perushoidosta ja hygieniasta huolehdittiin, kun potilas oli orientoitunut. Potilaalla saattoi olla pitkä juomisputki takana, minkä vuoksi potilas ei ollut huolehtinut ruokailusta ja päivittäisestä hygieniasta. Hoitajat reagoivat usein potilaan alkoholinkäyttöön kehottamalla potilasta lopettamaan ja potilaalle yritettiin tarjota mahdollisuutta päihdeklinalle.

Potilaan ohjaukseen vaikutti potilaan vastaanottavaisuus ja potilaan motivaatio alkoholinkäytön lopettamista kohtaan. Osalla potilaista oli kielteinen asenne hoidon suhteen. Usein potilaat tiedostivat ongelmansa, mutta eivät olleet motivoituneita hoitamaan ongelmaa, minkä vuoksi hoitajat kokivat ohjauksen tehottomaksi.

Hoitajat arvioivat, että harvat potilaat sitoutuvat jatkohoitoon, vaikka ensin haluaisivat lopettaa alkoholinkäytön. Halu alkoholinkäytön lopettamiseen saattoi haihtua jo

vieroitusoireiden ja harhojen poistuttua. Hoitajat kokivat, että päihdekliniikkakäynnit eivät ole kaikkien kohdalla riittävä apu ja usein potilailla oli jo entuudestaan kontakti päihdekllinikalle.

Kyllä niitä on mutta se on yleensä sitte se haihtuu se halu, ku se pää vähä selviää ja kun ne vihreät pienet miehet, joita ne näkee ja muuta kun se lakkaa niin kyllä ne monet sitte ne lähtee se on aamulla ensimmäisenä, että ”millon täältä pääsee pois” Ku ne saa sen unen siihe.

**Potilaan kotiutuminen.** Potilaat kotiutuivat kuten muutkin potilaat. Hoitajat arvioivat, pärjääkö potilas kotona vai järjestetäänkö potilaalle jatkohoito terveyskeskuksessa. Kaikilla potilailla ei ollut kotia, jolloin myös mietittiin terveyskeskuspaikan mahdollisuutta. Suurin osa potilaista lähti suoraa kotiin. Osa potilaista kotiutui omalla luvallaan ja osa lääkärin kotiutettua heidät. Potilalla oli oikeus lähteä kotiin halutessaan.

Osa on niin että ne mielellään jää sitte palveluiden piiriin, kun ne huomaa, että täällä on hyvä olla, sitte osa lähtee oikeestaan siltä seisomalta, kun vaan saavat silmät auki ja jotenki pysyvät pystyssä niin, osa lähtee omalla luvalla ja osa lähtee sitte ihan lääkärinkin luvalla

**Moniammatillinen yhteistyö alkoholideliriumpotilaiden hoidossa.** Hoitajat kuvailivat moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun ammattiryhmien välillä sujuvaksi. Alkoholideliriumpotilaiden hoitoon osallistuivat hoitajien lisäksi lääkärit sekä tarvittaessa myös Y-tiimi ja sosiaalityöntekijä. Kiertävät lääkärit sekä y-tiimi kävivät osastolla myös viikonloppuisin, joka mahdollisti sen, että osaston toiminta ei eronnut siitä, onko arki vai pyhä. Alkoholideliriumpotilaiden hoidossa hoitajien työ oli pääosin sairaanhoidollista, mutta hoitajat pystyivät turvautumaan sosiaalityöntekijän ja y-tiimin apuun. Sosiaalityöntekijän ja y-tiimin tarvetta arvioitiin ennen potilaan kotiutumista.

On erittäin sujuvaa kyllä, että joo ku tietää että ite ei pysty handlaamaan sitä kaikkea et se on hyvä et tietää et pystyy turvautumaan sitte niiku sossuun, joka auttaa just, vaikka raha-asioiden selvittelyissä ja tarvittaessa tekee lastensuojeluilmotuksenki ja tota nii nii ja monesti tämä psyktiimi sit ohjaa potilasta hakeutumaan sinne päihdekllinikalle ja näin että se on kyllä tosi hyvä systeemi, että voidaan heidän apuun turvautua sitte.

Hoitajat pystyivät keskustelemaan potilaan tilanteesta sosiaalityöntekijän kanssa. Sosiaalityöntekijään voitiin ottaa yhteyttä, jos potilaan kohdalla oli mietittävä lastensuojelu,

asunto tai raha-asioita. Hoitajien kokemusten mukaan harva potilaista alkoi miettimään raha-asioita sairaalassa ollessaan ja monilla potilailla oli jo entuudestaan sosiaalihuollon asiakkuus. Sosiaalityöntekijä keskusteli hoitajan kanssa ennen ja jälkeen potilaan tapaamista.

Y-tiimi kävi osastolla päivittäin ja haastatteli potilaan tarvittaessa. Hoitajat pystyivät arvioimaan y-tiimin tarpeen ja lääkäri teki lähetteen hoitajan pyynnöstä. Hoitajat hyödynsivät y-tiimiä vaihtelevasti. Osa hoitajista koki, että y-tiimi osallistuu usein potilaiden asioihin. Osa hoitajista koki, että psykiatrian puoli ei juuri huolehdi alkoholiongelmista tai ei edistä potilaan tilannetta, minkä vuoksi y-tiimin käyttö on saattanut jäädä vähemmälle. Y-tiimi saattoi ohjata potilaan päihdepoliklinikalle, mutta hoitajat eivät tieneet käyttivätkö potilaat mahdollisuuden. Tiedonkulun kannalta myönteisenä asiana koettiin, kun y-tiimin psykiatrinen sairaanhoitaja keskusteli hoitajan kanssa ennen ja jälkeen potilaan tapaamista. Psykiatri teki myöhemmässä vaiheessa kirjauksen, mutta osa hoitajista kaipasi nopeampaa tiedonkulkua, sillä psykiatrian kirjatukset eivät tulleet heti näkyviin.

No tuota niillähän tehdään vaihtelevasti psykiatrin konsultaatioita, ja he sitten ohjaavat sinne päihdepoliklinikalle. Sitä mä en tiedä enää, tarina ei sitten tänne asti enää kulkeudu, että käyttäkö ne sen mahdollisuuden vai ei.

Yhteistyö lääkäreiden kanssa koettiin pääosin toimivana. Yhteistyötä osaston lääkärin kanssa kuvailtiin helppona ja lääkäriin pystyi luottamaan. Yhteistyön toimivuutta edisti hoitajan ja lääkärin yhteinen päämäärä ja että potilaan asioista pystyi keskustelemaan lääkärin kanssa.

On sujuvaa. Se on kaikkien etu, että se ihminen saadaan nukkumaan ja saadaan se harhatila siitä pois.

Haasteita esiintyi yöaikaan, kun lääkäri ei ollut osastolla paikalla ja hoitajien oli konsultoitava päivystäviä lääkäreitä puhelimitse. Alkoholideliriumpotilaiden hoitotyössä saattoi tulla yllättäviä tilanteita, jolloin lääkäriltä kaivattiin nopeasti lisäohjeistusta. Hoitajien täytyi konsultoida lääkäreitä myös arvioidessaan Diapamin riittämättömäksi potilaalle. Yöaikaan päivystämässä oli usein nuoria lääkäreitä, joille Dexdor ei ollut tuttu. Osa hoitajista oli kokenut kommunikaation vastavalmistuneiden lääkäreiden kanssa vaikeammaksi.

Tarvittaessa hoitajat saivat kuitenkin sisätautien takapäivystäjän tai anestesia-  
lääkärin katsomaan potilasta.

... potilas menee, menee niiku yllättäen sitte sekavaksi nii tota siinä pitää sit  
vaa nopeesti lääkäriille soittaa ja pyytää sitte lisäohjeistusta.

#### 6.4 Turvallisen hoitoympäristön varmistaminen

**Potilaan tuomat haasteet turvallisuudelle.** Alkoholideliriumpotilaat olivat välillä erittäin arvaamattomia. Potilaat saattoivat olla hyökkäviä ja potilaisiin oli suhtauduttava varovaisuudella. Osa potilaista kohdisti hoitajiin väkivaltaa ja haukkuivat hoitajia. Hoitajien täytyi itse pysyä rauhallisena, etteivät omalla käytöksellä provosoineet potilasta.

...ja semmosta että tulee semmonen tunne, että menee vaikka hermot nii sitte  
pitää ittersä kerätä et ei voi vaikka potilaalle sitä näyttää koska se voi sit vaa  
provosoida potilasta, että muuttuu vielä aggressiivisemmaksi.

**Potilaan rajoittaminen.** Hoitajat arvioivat, että rajoittamista ei tapahtunut paljon, mutta joskus potilaita täytyi rajoittaa. Alkoholideliriumpotilaat koettiin myös isoimpana ryhmänä, jota täytyi rajoittaa. Potilaita rajoitettiin laittamalla potilas lepositeisiin. Lepositeitä jouduttiin käyttämään, jos potilaan hoito ei muuten onnistunut tai potilas oli vaaraksi itselleen.

Potilaasta oli usein saatu tulopaikasta ennakkotieto, jolloin osattiin varautua, että potilasta voidaan joutua rajoittamaan. Rajoitustoimenpiteisiin oli aina oltava lääkärin lupa ja lääkärin oli tultava katsomaan potilasta tehdäkseen päätöksen potilaan rajoittamisesta. Lepositeitä käytettiin vain välttämättömän ajan. Potilaiden rajoitustoimenpiteet olivat myös tärkeää kirjata. Hoitajien mukaan osastolla oltiin huolellisia, että rajoitustoimenpiteet toteutetaan laillisesti.

Lepositeitä käytettäessä potilas oli aina intensiivivalvonnassa, jossa tämä on monitoriseurannassa. Jos osaston puolella potilas meni yllättäen sekavaksi ja tätä jouduttiin rajoittamaan, siirrettiin potilas mahdollisimman nopeasti intensiivivalvontaan. Lepositeitä käytettäessä hoitaja oli jatkuvasti näkö tai kuuloetäisyydellä eikä potilaita jätetty koskaan yksin.

...että se on ainaki semmonen mitä niinku erityisesti meillä katotaan, että potilasta ei meillä jätetä lepositeissä yksin.

No kyllä deliriumpotilaat on varmaan se isoin ryhmä, jota joudutaan rajottamaan, mutta niitäki on monenlaisia.

**Yhteistyö vartijoiden kanssa.** Hoitajat kuvailivat yhteistyötä vartijoiden kanssa sujuvaksi. Vartijat saatiin nopeasti paikalle ja hoitajat pystyivät hälyttämään apua soittamalla tai käyttämällä turvanappeja. Hoitajien mukaan vartijat tietävät, että heitä ei kutsuta turhaa paikalle. Joskus vartijoiden oli pitänyt vahtia potilasta jo yhteispäivystyksestä ja tiesivät, että potilas siirtyy päivystysosastolle. Hoitajat myös tiedottivat vartijoita etukäteen, jos osastolla oli uhkaava potilas. Kun vartijat olivat saaneet tiedon mahdollisesti uhkaavasta potilaasta, he tiesivät valvoa osastoa tehostetummin. Tieto potilaista kulki myös vartijoiden kesken, eikä hoitajien tarvinnut toistuvasti ilmoittaa samasta potilaasta.

He tietävät, että me ei turhaan niitä kutsu tänne, ja me annetaan lupa, kun saa poistua ja se, se pelaa hyvin.

**Tiedonkulku ja raportointi.** Potilaan vastaanottaminen osastolle sujui paremmin, kun yllätyksiä ei tullut ja tulopaikasta oli annettu hyvä raportti. Yllättäviä tilanteita syntyi, kun tulopaikasta oli kerrottu potilaan olevan rauhallinen, mutta osastolle siirtyessä potilas ei ollutkaan enää rauhallinen. Jos potilaan tiedot näkyivät potilastietojärjestelmässä, hoitaja pystyi etukäteen lukemaan, minkälainen potilas on ollut tulopaikassa.

Aika moni tulee näin, että ”tää on ihan rauhallinen, iha asiallinen” ja sitte se voiki olla, et se delikka iskee päälle vasta sit täällä meillä tai sitte se heidän rauhallinen on vähä ehkä eri käsitys, ku se mitä se meillä on se rauhallinen, että sit se ei välttämättä meillä olekkaan rauhallinen.

Hoitajat kokivat tiedonkulun päivystysosastolla toimivana. Osasto oli pieni ja hoitajat tiesivät, jos osastolla on potilas, jota täytyy tarkkailla tai varoa. Kaikki hoitajat myös katsoivat potilaiden perään. Tiedonkulun toimivuutta edisti se, että kaikilla oli pääsy potilaan tietoihin ja työkaverilta saattoi kysyä tarvittaessa tarkempia kysymyksiä. Hoitajat pystyivät myös lukea edellisen vuoron kirjauksia potilaasta. Raportoinnissa ja kirjauksissa oli tärkeää huomioida turvallisuus. Kirjauksissa huomioitiin, kuinka itsenäisesti potilaan voidaan antaa liikkuu. Turvallisuuden kannalta tärkeinä asioina huomioituun myös muiden potilaiden ja

hoitajien turvallisuus. Tärkeää oli raportoida, kuinka yhteistyökykyinen tai aggressiivinen potilas on.

Tää on kumminkin sen verran pieni osasto, että kaikki tietää aina, jos on joku semmonen, jota pitää niinku vahtia tai tarkkailla tai pelätä tai jollain muulla lailla huomioida, niin kyllä kaikki sitte osaa kattoo sen perään tuos jos se liikkuu käytävillä tai muuta.

Ja ehkä sitte, jos joku on oikein todella, todella sekava niin sittehän on tuo turvallisuus, että vartijat paikalle ja meillä on ne turvanapit, ja sitten myös huomioidaan muitten potilaitten turvallisuus.

**Potilaan turvallinen sijoittelu.** Alkoholideliriumpotilaat sijoiteltiin pääosin intensiivivalvontaan. Potilaan sijoittelu riippui lääkäristä ja potilaan voinnista. Osastolla oli yleisesti sovittu, että Diapam-kyllästyksset hoidetaan intensiivivalvonnassa, mutta vähemmän valvontaa tarvitsevat potilaat saatettiin sijoitella osaston puolelle tavalliselle potilaspaikalle. Joskus potilaita täytyi myös siirtää tavalliselta potilaspaikalta intensiivivalvontaan. Sekavat ja selkeät deliriumpotilaat hoidettiin intensiivivalvonnassa. Joidenkin hoitajien mukaan alkoholideliriumpotilaita sijoiteltiin kameravalvontahuoneisiin, mutta osa hoitajista oli sitä mieltä, että osaston puolella hoidettavat alkoholideliriumpotilaat ovat parempi kuntoisia ja kameravalvonta huoneita tarvittiin muille potilaille. Potilaat pyrittiin pitämään yksin tai mietittiin, kenen viereen potilas voitiin laittaa.

Se riippuu tosi paljon, mut kyllähän me mielellään ei panna niitä, jos on mahdollista toisen potilaan viereen mikä ei aina oo mahdollista ja sit pitää miettiä myöskin aika tarkkaan et kenen viereen niitä voi laittaa koska yhtää tiä mitä se potilas sitte intoutuu tekemään

Jos se on aivan sekasin niin sitte se yleensä otetaan intensiiviin, että sitä on helpompi valvoa.

**Hoitotyön fyysinen ympäristö.** Intensiivivalvonnan paikkojen ansiosta alkoholideliriumpotilaiden valvontamahdollisuudet olivat paremmat. Intensiivivalvonta sijaitsi lähellä hoitajien työpistettä. Intensiivivalvonnassa oli neljä potilaspaikkaa ja vuorossa oli aina kaksi hoitajaa, joka mahdollisti sen, että hoitaja on jatkuvasti paikalla. Alkoholideliriumpotilaat saattoivat olla häiriöksi muille intensiivivalvonnan potilaille, minkä vuoksi intensiivivalvonta koettiin rauhattomana. Intensiivivalvonnan potilaspaikat oli eroteltu

väliseinillä, mutta muuten tila oli avoin ja kaikki puhe kuuluu. Alkoholideliriumpotilas sai yleensä intensiivivalvonnassa tarvitsemansa rauhan, jos intensiivivalvonnassa ei ollut yhtä aikaa muita deliriumpotilaita. Jos intensiivivalvonnassa oli useita deliriumpotilaita, saattoivat potilaat provosoitua toistensa huutelusta. Hoitajat arvioivat, että intensiivivalvonnassa hengityslaitteen sekä soittokellon ääni saattoi olla häiriöntekijänä potilaan nukkumiselle.

No kyllä yleensä saa, että yleensä ne on just nämä deliriumpotilaat, jotka siellä sitä meteliä pitääkin, että ellei siellä oo kolmea muuta samallaista nii nii tota sitte siellä on yleensä iha rauha maassa

Intensiivi on semmonen, että siellä on jatkuvasti hoitaja paikalla. Siellä on kaks hoitajaa ja neljä potilaspaiikkaa, että siinä on resursseja paljo enemmän. Ja sitte siellä saa aina monitoriin potilaat, jos ne vaan pysyy niissä. Mutta niinku valvontamahdollisuudet on paljo paremmat.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista mukaan hoitajat kohtasivat alkoholideliriumpotilaat ammatillisesti, ja potilas hoidettiin asianmukaisesti kuntoon, vaikka ajateltaisiin, että potilas tulee jatkamaan alkoholinkäyttöä. Alkoholideliriumpotilaat koettiin haastavana potilasryhmänä, mihin vaikutti alkoholideliriumpotilaiden pitkä historia alkoholinkäytöstä sekä hoidon tarpeen uusiutuminen. Alkoholideliriumista johtuen potilaat olivat usein sekavia ja saattoivat käyttäytyä aggressiivisesti. Behmin (2015, 69) tekemän tutkimuksen mukaan toistuvasti saman syyn vuoksi hoitoon tulevat potilaat sekä sekavat, aggressiiviset tai huonosti käyttäytyvät potilaat herättävät hoitajissa negatiivisia tunteita. Tämä vahvistui myös opinnäytetyön tuloksista, joissa ilmeni, että hoidon tarpeen uusiutuminen aiheutti hoitajissa turhautumista ja epäasiallinen käytös hoitajia kohtaan koettiin ärsyttävänä.

Hoitajat kokivat raportoinnin melko vaihtelevaksi potilaan siirtyessä päivystysosastolle. Joskus potilaasta raportoitiin hyvin tarkasti, mutta usein tietoa saatiin vain vähän. Usein potilaan kotilääkitystä ei ollut selvitetty etukäteen. Grover ja Ghosh (2018) kuvaavat alkoholideliriumpotilaan lääkityksen selvittämistä tärkeänä ja erityisen tärkeää on selvittää, onko potilas käyttänyt bentsodiatsepiineja. Myös Niemelä (2011) korostaa, että vieroitushoidon suunnittelun kannalta bentsodiatsepaamien käytön kartoittamisen olevan tärkeää. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että alkoholideliriumpotilaiden joukossa oli myös sekakäyttäjiä. Alkoholideliriumpotilaat olivat päivystysosastolle siirtyessä usein sekavia ja siirtotilanne itsessään saattoi aiheuttaa sekavuutta. Vastaanottotilanteet sujuivat paremmin, kun yllätyksiä ei tullut. Potilas ei aina ollut yhteistyökykyinen, jolloin potilaan taustatietojen tai kotilääkityksen selvittäminen oli haastavaa. Grover ja Ghosh (2018) pitävät tärkeänä potilaan riskitekijöiden, aikaisempien vieroitusoireiden ja muiden alkoholinkäyttöön liittyvien sairauksien huomioinnin alkoholideliriumin vakavuuden arvioimiseksi.

Jokelaisen ja Aallon (2015) mukaan alkoholideliriumin hoidossa tavoitteena on lääkehoidon avulla saada potilas rauhoittumaan ja nukkumaan. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että alkoholideliriumin akuutissa vaiheessa keskityttiin siihen, että potilas saataisiin nopeasti

nukkumaan ja harhatila pois, minkä vuoksi hoitotyö oli pääasiassa lääkehoitoa sekä voinnin seuranta ja potilasta häirittiin mahdollisimman vähän.

Sairaanhoitajien mukaan päivystyososastolla alkoholideliriumpotilaiden lääkehoidossa pääasialliset lääkkeet olivat Diapam, Serenase ja Dexdor. Lääkehoito pyrittiin aina aloittamaan Diapamilla, jolla koettiin olevan usein hyvä vaste. Diapamia annosteltiin säännöllisin väliajoin, kunnes potilas nukahti. Hoitajien kokemuksista nousi esiin, että alkoholideliriumpotilaista osa sietä kuitenkin Diapamia suurilla annoksilla. Joskus potilaat tarvitsivat nukahtaakseen Dexdoria, jota kuvattiin päivystyososaston äärimmäisenä keinona saada potilas uneen. Dexdoria annettaessa seurattiin säännöllisesti RASS-asteikon avulla, että potilas on herätettävissä ja annostusta säädettiin tarvittaessa.

Koivusen, Hakalan ja Peltomaan (2017) mukaan päihdepotilaiden hoito vaatii laaja-alaista osaamista ja hoitotyön tueksi tarvitaan erityisasiantuntijoita kuten psykiatrisia sairaanhoitajia sekä sosiaalityöntekijöitä. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että alkoholideliriumpotilaiden hoitoa toteutettiin moniammatillisesti. Sairaanhoitajien työ oli päivystyososastolla pääosin sairaanhoidollista, mutta yhteistyötä tehtiin lääkäreiden, sosiaalityöntekijän sekä Y-tiimin kanssa. Hoitajat pystyivät turvautumaan sosiaalityöntekijän ja y-tiimin apuun. Y-tiimin ja sosiaalityöntekijän apua tarvittiin usein ennen potilaan kotiutumista. Moniammatillinen yhteistyö sekä tiedonkulku ammattiryhmien kesken koettiin pääosin toimivaksi. Olde Bekkink, Farrel ja Takayesu (2018) korostavat, että ammattiryhmien välinen tiedonkulku päivystyososastoilla on erityisen tärkeää turvallisen ja tehokkaan hoidon kannalta.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että alkoholideliriumpotilaiden hoitotyössä oli haasteita, kun lääkäri ei ollut osastolla paikalla. Hoitajat pystyivät konsultoimaan päivystäviä lääkäreitä, kun arvioivat, että Diapam ei ole riittävä apu potilaalle. Osalla päivystävistä tuoreista lääkäreistä ei ollut juuri käytännön kokemusta Dexdorista, jolloin hoitajien täytyi pyytää paikalle anestesia-lääkäriä tai sisätautien takapäivystäjää. Alkoholideliriumpotilaiden hoitotyössä saattoi tulla yllättäviä tilanteita, jolloin hoitajat kaipasivat lääkäriltä nopeasti lisäohjeistusta. Grover ja Ghosh (2018) korostavat, että alkoholideliriumpotilaiden hoidossa on keskityttävä riittävään ja nopeaan alkoholinvieroitukseen.

Päivystysosastolla ei ollut vieroitusoireiden seurantaan ja arviointiin tiettyä runkoa, vaan hoitajat seurasivat oireita sen mukaan, mitä oireita esiintyi. Suttonin ja Juttelin (2016) mukaan vieroitusoireiden arviossa käytetyin työkalu on CIWA-Ar asteikko. Manasco ym. (2020) toteavat kuitenkin, että asteikon käytettävyyttä voi rajoittaa potilaat, jotka eivät ole yhteistyökykyisiä. Mainerovan ym. (2015) mukaan alkoholideliriumpotilaiden hoidossa on otettava huomioon riittävä seuranta sekä elintoimintojen turvaaminen. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että vitaalielintoimintoja seurattiin säännöllisesti. Potilaat, jotka olivat intensiivivälvonnassa, olivat jatkuvasti monitoriseurannassa, mutta myös osaston puolella oli monitorointi mahdollisuus. Potilaan MET-pisteet eli NEWS-pisteet laskettiin, jokaisessa vuorossa. Karjalaisen ym. (2018) mukaan NEWS-pisteytys mahdollistaa varhaisen reagoinnin peruselintoimintojen häiriöihin.

Hellumin, Bjerregaardin ja Søgardin (2016) tekemän tutkimuksen mukaan alkoholinkäytön puheeksi ottaminen voidaan kokea hankalaksi lyhyiden osastojaksojen sekä vähäisten resurssien vuoksi. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että alkoholideliriumpotilaita usein kehoitettiin lopettamaan alkoholinkäyttö ja heille yritettiin tarjota mahdollisuus jatkohoitoon. Osa potilaista saattoi kuitenkin poistua heti herättyään omalla luvallaan, eikä hoito näin ollen toteutunut loppuun asti. Behmin (2015, 69) mukaan keinottomuus toistuvasti saman potilaan hoidossa sekä toisaalta epätietoisuus siitä, miten onnistuttiin, herättivät kielteisiä tunteita päihteen käytön puheeksi ottamista kohtaan. Päivystysosaston sairaanhoitajat arvioivat, että harva alkoholideliriumpotilaista sitoutuivat jatkohoitoon. Päihdeklินิกkäkäynnit eivät olleet kaikkien kohdalla riittävä apu ja monilla alkoholideliriumpotilaista oli jo entuudestaan kontakti päihdeklินิกalle. Alkoholideliriumpotilaan ohjausta heikensi se, että ohjaus koettiin tehottomana.

Hakalan (2020) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta piti turvallisuusosaamista tärkeimpänä päihtyneiden potilaiden hoidossa. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että alkoholideliriumpotilaat toivat erilaisia haasteita turvallisuudelle. Potilaat saattoivat käyttäytyä arvaamattomasti ja potilaaseen oli suhtauduttava varovaisuudella. Joskus potilaat kohdistivat henkistä ja fyysistä väkivaltaa hoitajia kohtaan. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan alkoholideliriumpotilaiden hoidon onnistuminen edellytti joskus, että potilas oli laitettava lepositeisiin. Päivystysosastolla huolehdittiin kuitenkin tarkkaan, että lepositeiden käyttö toteutettiin laillisesti. Turvallisuutta alkoholideliriumpotilaiden hoidossa

lisäsi myös hyvä tiedonkulu, yhteistyö vartijoiden kanssa, potilaan sijoittelu ja hoitotyön ympäristö. Sairaanhoitajat kuvailivat, että heidän täytyi yrittää pysyä rauhallisena, etteivät he omalla toiminnallaan provosoineet potilasta enempää. Elliot ym. (2012) on todennut, että potilasta tulee orientoida nykyhetkeen haastamatta tai kärjistämättä potilaan harhoja ja levottomuutta. Myös Nopparin ym. (2018) tutkimustulokset vahvistavat, että kiihtyneen tai aggressiivisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää, että sairaanhoitaja osaa olla provosoitumatta.

Päivystysosaston sairaanhoitajat kokivat tiedonkulun päivystysosastolla toimivana. Turvallisuutta lisäsi, että kaikki katsoivat potilaiden perään. Tiedonkulun toimivuutta edisti se, että kaikilla oli pääsy potilaan tietoihin ja työkaverilta pystyi kysymään potilaasta. Turvallisuusasiat otettiin huomioon raportoinnissa sekä kirjaamisessa. Raportoinnissa huomioitiin esimerkiksi, kuinka yhteistyökykyinen tai aggressiivinen potilas on.

Alkoholideliriumpotilaat sijoiteltiin pääosin intensiivivalvontaan, mutta joskus vähemmän valvontaa tarvitsevia potilaita sijoiteltiin myös tavalliselle potilaspaikalle. Potilaita ei ollut mahdollisuus aina pitää erillään muista potilaista. Mainerovan ym. (2015) mukaan alkoholideliriumpotilas tulisi sijoitella ympäristöön, joka tukee potilaan rauhoittumista. Kylmänen (2020) toteaa, että hoitoympäristön tulisi olla sellainen, jossa potilas olisi helposti tarkkailtavissa alkoholideliriumiin liittyvien aistiharhojen tai kouristusten mahdollisuuden vuoksi. Intensiivivalvonta mahdollisti paremmat resurssit potilaan tarkkailuun ja hoitaja oli paikalla jatkuvasti. Opinnäytetyön tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että intensiivivalvonnan ympäristö koettiin rauhattomana tilan avonaisuuden vuoksi. Alkoholideliriumpotilas oli joskus häiriöksi muille intensiivivalvonnan huonokuntoisille potilaille. Joskus oli myös tilanteita, että alkoholideliriumpotilaita oli useampia, jolloin he saattoivat olla häiriöksi toisilleen.

## **7.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa laatinut tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisia toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus, sekä

tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimusten ja tutkimustulosten arvioinnissa

Opinnäytetyö toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuseettistä näkökulmaa pohdittiin koko opinnäytetyöprosessin ajan, ja prosessissa käytetään vain tiedeyhteisön tunnustamia eettisesti kestäviä toimintatapoja sekä tiedonhankinta-, arviointi- ja tutkimusmenetelmiä. (Vilka 2015.) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä AMK-opinnäytetöihin ja muihin hoitotyötä koskeviin tutkimuksiin vaaditaan lupa hallintoylihoitajalta. Lupahakemus toimitettiin opetusylihoitajalle. Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin tutkimustöitä koskevan lainsäädännön ja eettisten periaatteiden lisäksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin antamia ohjeita. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Lupa opinnäytetöihin ja hoitotyötä koskeviin tutkimuksiin [Viitattu 8.12.2020].)

Tutkittavan päätökseen osallistua tutkimukseen vaikuttaa se, mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa ja mitä osallistuminen tutkittavalta edellyttää. (Kuula, 2015). Teemahaastatteluiden toteuttamisesta ja järjestelyistä sovittiin päivystysosaston yhteyshenkilön kanssa ja tutkittavat saivat etukäteen tietoa aineiston keruusta. Ennen haastatteluja tutkittavat tutustuivat tiedotteeseen tutkimuksesta (LIITE 2). Tutkimukseen osallistuvat antoivat tietoisien suostumuksen ja allekirjoittivat kirjallisen suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluiden nauhoittamiseen oli myös tutkittavien kirjallinen suostumus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 219.) Tutkittavalle ei saa syntyä tunnetta osallistumisen pakollisuudesta tai pelkoa kielteisistä seuraamuksista tutkimuksesta kieltäytyttäessä. (TENK 2012). Tutkittavia ei painostettu osallistumaan tutkimukseen ja tutkittavien yhteistyöhalu oli keskeistä opinnäytetyön luotettavuuden kannalta (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 372).

Tutkittavilla on oikeus anonymiteettiin eli heidän henkilötietojaan ei paljasteta missään vaiheessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 369). Koska tutkittavien joukko oli pieni, osallistujia ei ryhmitelty esimerkiksi sukupuolen mukaan. Tulosten yhteydessä esitetyistä alkuperäisilmauksista käännettiin murre sanoja yleiskielelle anonymiteetin varmistamiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 221.)

Opinnäytetyön tulokset raportointiin rehellisesti eikä tuloksia tai haastatteluaineistoa vääristelty. Tulosten raportoinnin rehellisyyteen kuului myös, että kaikki tulokset raportoidaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 370–371.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, joten siinä ei pyritty tilastolliseen yleistettävyyteen. Opinnäytetyöstä saatu tieto on sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta se on hankittu. Näin ollen opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerein. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteereinä voidaan nähdä uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 79, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan opinnäytetyön ja sen tulosten uskottavuutta sekä uskottavuuden osoittamista (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön uskottavuutta vahvistettiin kuvaamalla tulokset siten, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198).

Vahvistettavuus voidaan nähdä mittarina siitä, kuinka hyvin tutkimustulokset tukevat teemahaastatteluilla kerättyä tietoa. Opinnäytetyön tulokset käytiin läpi toistuvasti ja arvioitiin, että tulokset vastasivat tutkimusaineistosta saatua tietoa. (Kyngäs ym. 2020.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Opinnäytetyössä kuvailtiin tutkimuksen ympäristöä sekä osallistujia, jolloin lukijan on mahdollista arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.)

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja tämän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa sekä tutkimusprosessiinsa (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyöprosessissa kiinnitettiin huomiota, etteivät mahdolliset ennakkokäsitykset vaikuttaneet omiin tulkintoihin (Laine 2018).

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeimpänä luotettavuuden kriteerinä voidaan nähdä tutkija itse, sillä arvioinnin kohteena ovat tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja

ratkaisut. Tämän vuoksi luotettavuutta arvioitiin jokaisen opinnäytetyön vaiheen kautta. (Vilka 2015.)

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päivystysosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista alkoholideliriumpotilaan hoitotyön toimivuudesta. Opinnäytetyön tuloksista saatiin tietoa, jota voi käyttää alkoholideliriumpotilaiden hoitotyön kehittämisessä.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että alkoholideliriumpotilaiden hoitotyö on haastavaa. Potilasryhmän haastavuus näkyi hoidon tarpeen uusiutumisessa, arvaamattomassa käytöksessä ja valvonnan tarpeessa. Potilaat saattoivat myös vastustella hoitoa ja potilasta oli rajoitettava lepositeitä käyttämällä, jotta hoito onnistuisi.

Hoidon tarpeen uusiutuminen näkyi hoitajien turhautumisena ja siinä, että hoitajat kokivat tehottomaksi ohjata potilasta alkoholinkäytön lopettamisessa. Alkoholideliriumpotilaiden kohdalla päihdekliniikkakäynnit eivät olleet aina riittävä apu. Potilaan tilanne otettiin kuitenkin huomioon ja hoitajat konsultoivat tarvittaessa sosiaalityöntekijää sekä Y-tiimiä.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan todeta turvallisuuden olevan keskeinen asia alkoholideliriumpotilaiden hoidossa. Turvallisuutta edisti hyvä tiedonkulku, yhteistyö vartijoiden kanssa sekä tarvittaessa potilaan sijoittelu intensiivivalvontaan. Tiedonkulku osastolla nähtiin toimivana, mutta tiedonkulkua osastojen välillä voisi entisestään kehittää. Alkoholideliriumpotilaiden sijoittaminen intensiivivalvontaan mahdollisti potilaan jatkuvan tarkkailun, mutta alkoholideliriumpotilaat saattoivat tehdä intensiivivalvonnasta rauhattoman.

Alkoholideliriumpotilaan tila saattoi muuttua nopeasti ja tärkeää oli saada potilas nopeasti nukkumaan. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö on tärkeää, jotta potilas saadaan nopeasti nukahtamaan, joka mahdollistaa sen, että sekavuustila ei etene pahemmaksi. Potilaan elintoimintoja ja MET-pisteitä arvioitiin

säännöllisesti, mutta vieroitusoireiden seurantaan ei ollut olemassa tiettyä runkoa. Hoitajien kokemuksista alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä tarvittaisiin jatkossa tutkimustietoa myös muista vastaavista hoitotyön ympäristöistä ja aihetta olisi tärkeää tutkia myös suomalaisessa hoitotieteessä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella jatkossa voisi tutkia yhtenäisiä toimintamalleja alkoholivieroitusoireiden arvioimiseksi, joiden avulla voitaisiin ennakoida sekavuustilan muutokset ja arvioida lääkehoidon vaikuttavuutta sekä tarvetta. Tärkeää olisi myös tutkia keinoja, joilla voitaisiin tehokkaasti estää alkoholideliriumpotilaiden hoidon tarpeen uusiutuminen.

## LÄHTEET

- Aalto, M. 2015a. AUDIT-kysely. [Verkkojulkaisu]. Teoksessa: M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 13.1.2021]. Saatavana terveysportti-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Aalto, M. 2015b. Oikeus hoitoon ja hoidon tarve alkoholiriippuvuudessa. Teoksessa: M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim [Viitattu 13.1.2021]. Saatavana terveysportti-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Alho, H., Jokelainen, K., & Aalto, M. 2015. Alkoholien vieroitusoireet ja niiden hoito. Teoksessa: M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana terveysportti-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2018. [Verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 18.9.2020]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028?tab=suositus>
- Behm, M. 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla: Eettisten periaatteiden toteutuminen. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 19.4.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1944-1>
- Elliott, D. Y., Geyer, C., Lionetti, T. & Doty, L. 2012. Managing alcohol withdrawal in hospitalized patients. [Verkkolehtiartikkeli]. Nursing 42 (4) 22–30. [Viitattu 30.10.2020]. Saatavana: [https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2012/04000/Managing\\_alcohol\\_withdrawal\\_in\\_hospitalized.10.aspx](https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2012/04000/Managing_alcohol_withdrawal_in_hospitalized.10.aspx)
- Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: Lyhyt selviytymisopas. Teoksessa: Valli, R. & Aarnos, E. Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. [Verkkokirja]. Jyväskylä: PS-kustannus. [Viitattu 1.5.2021]. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Päivystysosasto. [Viitattu 16.9.2020]. Saatavana: <https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys/paivystysosasto>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Lupa opinnäytetöihin ja hoitotyötä koskeviin tutkimuksiin. [Viitattu 8.12.2020]. Saatavana: [https://www.epshp.fi/ammattilaiselle\\_ja\\_opiskelijalle/opiskelijalle/opinnaytetyot](https://www.epshp.fi/ammattilaiselle_ja_opiskelijalle/opiskelijalle/opinnaytetyot)

- Global Status Report on Alcohol. World Health Organization (WHO). 2018. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 28.1.2021]. Saatavana: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- Grover, S. & Ghosh, A. 2018. Delirium Tremens: Assessment and Management. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of clinical and experimental hepatology, 8 (4) 460-470. [Viitattu 1.11.2020]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6286444/>
- Hakala, T. 2020. Hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen alkoholista päihtyneen potilaan hoidossa päivystyksessä. [Verkkajulkaisu] Tampere: Tampere University. Väitöskirja. [Viitattu 4.5.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1693-8>
- Hellum, R., Bjerregaard, L. & Nielsen, A. S. 2016. Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. [Verkkolehtiartikkeli]. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: 33(4), 415–436. [Viitattu 8.12.2020]. Saatavana Sage Journals -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hillbom, M. & Marttila, M. 2010. Vitamiinipuutosten aiheuttamat enkefalopatiat. [Verkkajulkaisu]. Duodecim. 126 (18) 2132–2138. [Viitattu 12.1.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99067>
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Helsinki: Tammi. [Viitattu 16.9.2020].
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. [Verkkokirja]. Helsinki: Gaudeamus. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Huttunen, M. 30.11.2018a. Alkoholivieroitusoireyhtymä ”krapula”. [Verkkajulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00197](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00197)
- Huttunen, M. 30.11.2018b. Juoppohulluus. [Verkkajulkaisu]. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 16.9.2020]. Saatavana: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00376&p\\_hakusana=juoppohulluus](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376&p_hakusana=juoppohulluus)
- Jokelainen, K. & Aalto, M. 2015. Alkoholidelirium eli juoppohulluus. Teoksessa: M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim [Viitattu 1.11.2020]. Saatavana terveysportti-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä S-M. 2017. Sedaation arviointi. Teoksessa: Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M

(toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 24.4.2021]. Saatavana terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä [Verkkokirja]. Helsinki: Sanoma Pro Oy. [Viitattu 8.12.2020]. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Karjalainen, M., Norrgård, M., Peltomaa, M., Pirneskoski, J., Rantala, H. & Tirkkonen, J. 2018, Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. [Verkkolehtiartikkeli]. Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 73, (12–13), 786–788. [Viitattu 5.12.2020]. Saatavana: <http://www.laakarilehti.fi/pdf/2018/SLL122018-786.pdf>

Keys, V. A. 2011. Alcohol withdrawal during hospitalization: Early recognition and consistent intervention are critical. [Verkkolehtiartikkeli]. The American journal of nursing, 111(1) 40–44. Saatavana Ovid-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Koivunen, M., Hakala, T. & Peltomaa, K. 2017. Alkoholista päihtyneiden potilaiden hoidon organisointi ja hoitohenkilökunnan osaaminen päivystyspoliklinikoilla. [Verkkolehtiartikkeli]. Yhteiskuntapolitiikka, 82 (5), 570–577. [Viitattu: 29.4.2021]. Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705\\_Koivunenym.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705_Koivunenym.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. [Verkkokirja]. Osuuskunta Vastapaino. [Viitattu 20.3.2021].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. [Verkkokirja]. Helsinki: Edita. [Viitattu 13.1.2021]. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Kylmänen, P. 2020. Alkoholivieroitustilan hoito. Teoksessa: Sairaanhoitajan käsikirja [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 30.10.2020]. Saatavana: Terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (2020). The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. [Verkkokirja]. Springer International Publishing. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana Ebsco eBook Collection- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

L 14.12.1990/1116. Mielen terveyslaki.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 30.12.2010/1202. Terveystietokannasta.

Laine, T. 2018. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Valli, R. & Aaltola, J. Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 2, Näkökulmia

aloittelevalla tutkijalla tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. [Verkkokirja]. Jyväskylä: PS-kustannus. [Viitattu 28.4.2021]. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Lankinen, I. 2013. Päivystyshototyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. [Verkkojulkaisu]. Turku: Turun yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 13.1.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5417-9>

Loisa, P. 2017. Alkoholivieroitusoireyhtymä (delirium tremens). Teoksessa: Ala-Kokko, T., Perttilä, J., Pettilä, V. & Ruokonen, E. (toim.) Tehohoito-opas. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 5.12.2020]. Saatavana Terveysportti-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Manasco, A., Chang, S., Larriviere, J., Hamm, L. L. & Glass, M. 2012. Alcohol withdrawal. [Verkkolehtiartikkeli]. Southern medical journal (Birmingham, Ala.), 105 (11), 607. Saatavana: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23128805/>

Mainerova, B., Prasko, J., Latalova, K., Axmann, K., Cerna M., Horacek, R. & Bradacova R. 2013. Alcohol withdrawal delirium- diagnosis, course, and treatment. [Verkkolehtiartikkeli]. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 159 (1) 44-52 [Viitattu 5.12.2020]. Saatavana: [https://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201501-0007\\_alcohol\\_withdrawal\\_delirium\\_-\\_diagnosis\\_course\\_and\\_treatment.php](https://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201501-0007_alcohol_withdrawal_delirium_-_diagnosis_course_and_treatment.php)

Mylläri, A. 2020. Päivystysosasto. Alkoholideliriumin hoito. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Sähköpostikeskustelut.

Mylläri, A. & Oosi, M. 2019. Alkoholideliriumin hoito. [Verkkojulkaisu]. Päivystysosasto 2019. [Viitattu 5.11.2020]. Vaatii käyttöoikeuden.

Mäkelä, P., Härkönen, J., Lintonen, T., Tigerstedt, C., Warpenius, K. & Castrén, S. 2018. Näin Suomi juo: Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 4.11.2020]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>

Niemelä, S. 2011. Alkoholivieroitusoireiden hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim. 127 (13), 1373–1377. [Viitattu 30.10.2020]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99631>

Noppi, E., Koivunen, M., Mäkelä, K. & Hakala, T. 2018. Sairaanhoitajien kokemuksia päihtyneen potilaan kohtaamisesta päivystyshototyössä: Osaamisen näkökulma. [Verkkolehtiartikkeli]. Hoitotiede, 30(4), 334–346. [Viitattu 1.5.2021]. Saatavana: Elektra-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Olde Bekkink, M., Farrell, S. E. & Takayesu, J. K. 2018. Interprofessional communication in the emergency department: Residents' perceptions and implications for medical

education. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 3.5.2021]. International journal of medical education, 9, 262–270. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/2599>

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. [Verkkokirja]. [Viitattu 30.4.2021]. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Päihtyneen henkilön akuuttihoito: Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Helsinki 2006. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 8.12.2020]. Saatavana: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/71221>

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. [Verkkokirja]. Tampere: Vastapaino. [Viitattu 13.4.2021]. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Simojoki, K. 2020. Alkoholin vieroitusoireiden hoito. Teoksessa Lääkärin käsikirja. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 4.11.2020] Saatavana: Terveysportti-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. & Sellers, E. M. 1989. Assessment of Alcohol Withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Addiction, 84 (11) 1353–1357. [Viitattu 30.4.2021].

Sutton, L. J. & Jutel, A. 2016. Alcohol Withdrawal Syndrome in Critically Ill Patients: Identification, Assessment, and Management. [Verkkolehtiartikkeli] Critical Care Nurse, 36 (1), 28–38. [Viitattu 7.12.2020]. Saatavana CINAHL-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkojulkaisu] Helsinki: TENK. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. [Verkkokirja]. Helsinki: Tammi. Saatavana: Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Valvira, 2018. Potilaan asema ja oikeudet. [Verkkosivu]. Valvira. [Viitattu 13.11.2020]. Saatavana: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet>

Valvira, 2020. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. [Verkkosivu]. Valvira. [Viitattu 12.11.2020]. Saatavana: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista-rajoittavien-turvavälineiden-kaytto>

Valli, J. & Vaula, E. 2018. Päivystysosastohoito. Teoksessa Mäki-järvi, M., Harjola V-P., Valli, J. & Vaula, E. (toim.) Akuuttihoito-opas. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 8.12.2020]. Saatavana terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Vataja, R. 2015a. Alkoholidelirium ja kouristelukohtaukset. Teoksessa: M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 12.11.2020]. Saatavana terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Vataja, R. 2015b. Wernickin tauti. [Verkkopublication]. Teoksessa: M. Aalto, H. Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. [Verkkokirja]. Helsinki: Duodecim [Viitattu 13.1.2021]. Saatavana terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. [Verkkokirja]. Jyväskylä: PS-kustannus. [Viitattu 5.11.2020]. Saatavana Ellibs-e-kirjakokoelmasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. [Verkkopublication]. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 28.1.2021]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/handle/10024/104454>

## **LIITTEET**

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 4. CIWA-Ar-asteikko

Liite 5. Opinnäytetyön tulokset

**Liite 1. Teemahaastattelurunko**

**Taustatiedot: Työkokemus päivystysosastolla, työkokemus hoitotyöstä**

**Teema 1 Kokemukset potilaan vastaanottamisesta**

**Teema 2 Kokemukset potilaan seurannasta**

**Teema 3 Kokemukset hoitotyön toteuttamisesta**

**Teema 4 Kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä**

## Liite 2. Tiedote tutkimuksesta



Tiedote tutkimuksesta ja tutkimuksen tietosuojaseloste

### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

#### Alkoholideliriumpotilaan hoitotyö päivystysosastolla

##### 1. Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan hoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaiden hoitotyöstä päivystysosastolla. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä.

##### 2. Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta oikeuksiinne tai kohteluunne päivystysosaston työntekijänä. Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

##### 3. Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä päivystysosastolla.

##### 4. Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimus toteutetaan Seinäjoen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tilaajaorganisaatio on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Yhteyshenkilönä Anne Mylläri.

##### 5. Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkittaviksi halutaan päivystysosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia. Tutkimukseen osallistutaan joko puhelimitse tai kasvokkain.

Tutkimus on laadullinen, ja se toteutetaan yhtenä kertana tehtävänä teemahaastatteluina.

##### 6. Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

##### 7. Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustulokset julkaistaan osana valmista opinnäytetyötä Theseus-tietokannassa.

##### 8. Tutkimuksen päättyminen

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen tilanteessa, jossa tutkimusta ei ole mahdollista suorittaa loppuun.

#### **9. Lisätiedot**

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

#### **10. Tutkijoiden yhteystiedot**

Tutkija / opinnäytetyötekijä  
Nimi: Ella Vuori  
Puh. 0504146260  
Sähköposti: ella.vuori@seamk.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja  
Titteli: Lehtori  
Nimi: Niina Keskinen  
Korkeakoulu / yksikkö: Seinäjoen ammattikorkeakoulu  
Puh. 0408300303  
Sähköposti: niina.keskinen@seamk.fi

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja  
Titteli: Lehtori  
Nimi: Kirsi Kivistö-Rahnasto  
Korkeakoulu / yksikkö: Seinäjoen ammattikorkeakoulu  
Puh. 0406807015  
Sähköposti: kirsi.kivisto-rahasto@seamk.fi

### Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta



## Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

**Tutkimuksen nimi:** Alkoholideliriumpotilaan hoitotyö päivystysosastolla

**Tutkimuksen toteuttaja:**

Seinäjoen ammattikorkeakoulu  
Ella Vuori, 0504146260, [ella.vuori@seamk.fi](mailto:ella.vuori@seamk.fi)

Opinnäytetyön ohjaaja  
Niina Keskinen, 0408300303, [niina.keskinen@seamk.fi](mailto:niina.keskinen@seamk.fi)

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia alkoholideliriumpotilaan hoitotyöstä päivystysosastolla.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen. Olen tietoinen, että teemahaastattelut nauhoitetaan ja tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.**

**Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.**

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

## Liite 4. CIWA-Ar-asteikko

### Alkoholivieroitusoireet/CIWA-Ar

#### Henkilön tiedot

Etunimi  Sukunimi  Päivämäärä

#### Tutkimusvaihe

- Arviointi  
 Hoidon aloitus  
 Seuranta

#### Muuta/huomautukset

#### Mitatut tulokset

Alkoholimitarin arvo  promillea    Hengitysnopeus  /min  
 Verenpaine  mmHg    Pulssi  /min

#### Pahoinvointi ja oksentelu

- Ei pahoinvointia eikä oksentelua (0 p)  
 Lievää pahoinvointia, ei oksentelua (1 p)  
 Ajoittaista pahoinvointia ja yököttelyä (4 p)  
 Jatkovaa pahoinvointia, toistuvaa yököttelyä ja oksentelua (7 p)

#### Vapina

- Ei vapinaa (0 p)  
 Ei näkyvää, mutta voidaan tuntea sormenpäillä (1 p)  
 Kohtalaista, potilaan kädet ojennettuna (4 p)  
 Voimakasta jopa käsien lepoasennossa (7 p)

#### Hikoilu

- Ei näkyvää hikoilua (0 p)  
 Juuri ja juuri havaittavissa hikoilua. Kämmenet kosteat. (1 p)  
 Näkyviä hikikarpaloita otsalla (4 p)  
 Erittäin voimakasta (7 p)

#### Ahdistuneisuus

- Ei ahdistuneisuutta. Levollinen (0 p)  
 Lievästi ahdistunut (1 p)  
 Kohtalaisen ahdistunut tai kireä (torjuu ajatuksen) (4 p)  
 Vastaa paniikkikohtausta vaikeassa deliriumissa tai akuutissa skitsofreenisessä tilassa (7 p)

#### Kiihtyneisyys

- Normaali aktiiviteetti (0 p)  
 Lievästi levoton (1 p)  
 Kohtalaisen rauhaton tai levoton (4 p)  
 Kävelee edestakaisin lähes koko haastattelun ajan ja liikehtii jatkuvasti levottomasti (7 p)

#### Tajunnan tason hämärtyminen

- Orientoitunut ja kykenee laskemaan yhteen (0 p)  
 Ei kykene laskemaan yhteen tai on epävarma päivästä (1 p)  
 Erehtyy päivästä enintään kahdella päivällä (2 p)  
 Erehtyy päivästä useammalla kuin kahdella päivällä (3 p)  
 Erehtyy paikasta ja/tai henkilöstä (4 p)

**Tuntohäiriöt**

- Ei mitään (0 p)
- Hyvin lievää kutinaa, pistelyä, kirvelyä ja puutumista (1 p)
- Lievää kutinaa, pistelyä, kirvelyä ja puutumista (2 p)
- Kohtalaista kutinaa, pistelyä, kirvelyä ja puutumista (3 p)
- Keskimääräistä voimakkaampia tuntoharhoja (4 p)
- Voimakkaita tuntoharhoja (5 p)
- Erittäin voimakkaita tuntoharhoja (6 p)
- Jatkuvia tuntoharhoja (7 p)

**Kuulohäiriöt**

- Ei ääniä (0 p)
- Hyvin lieviä ja hyvin vähän pelottavia ääniä (1 p)
- Lieviä ja vähän pelottavia ääniä (2 p)
- Kohtalaisia ja melkoisen pelottavia ääniä (3 p)
- Keskimääräistä voimakkaampia kuuloharhoja (4 p)
- Voimakkaita kuuloharhoja (5 p)
- Erittäin voimakkaita kuuloharhoja (6 p)
- Jatkuvia kuuloharhoja (7 p)

**Näköhäiriöt**

- Ei näköhäiriöitä (0 p)
- Hyvin lieviä näköhäiriöitä (1 p)
- Lieviä näköhäiriöitä (2 p)
- Kohtalaisia näköhäiriöitä (3 p)
- Keskimääräistä voimakkaampia näköhäiriöitä (4 p)
- Voimakkaita näköhäiriöitä (5 p)
- Erittäin voimakkaita näköhäiriöitä (6 p)
- Jatkuvia näköhäiriöitä (7 p)

**Päänsärky, puristava tunne päässä**

- Ei ole (0 p)
- Hyvin lievä (1 p)
- Lievä (2 p)
- Kohtalainen (3 p)
- Keskimääräistä kovempi (4 p)
- Kova (5 p)
- Hyvin kova (6 p)
- Erittäin kova (7 p)

Pisteet yhteensä: \_\_\_\_\_

0–8 pistettä: lievät vieroitusoireet

9–19 pistettä: keskivaikeat vieroitusoireet

20 pistettä tai yli: vaikeat vieroitusoireet

**Liite 5. Opinnäytetyön tulokset**

<b>Yläteema</b>	<b>Alateema</b>
Erialaisten alkoholideliriumpotilaiden kohtaaminen	Hoitajien suhtautuminen alkoholideliriumpotilaisiin
	Erialaisten alkoholideliriumpotilaat
	Hoitajien tuntemukset alkoholideliriumpotilaiden hoidossa
Alkoholideliriumpotilaiden hoitotyön prosessi hoitajien kuvaamana	Potilaan vastaanottaminen
	Hoitotyön sisältö alkoholideliriumin akuutissa vaiheessa
	Alkoholideliriumpotilaan lääkehoito
	Alkoholideliriumpotilaasta seurattavat asiat
	Potilaan kotiutuminen
	Hoitotyö ja ohjaus alkoholideliriumtilan jälkeen
	Moniammatillinen yhteistyö alkoholideliriumpotilaiden hoidossa
Turvallisen hoitoympäristön varmistaminen	Potilaan tuomat haasteet turvallisuudelle
	Potilaan rajoittaminen
	Yhteistyö vartijoiden kanssa
	Tiedonkulku ja raportointi
	Potilaan turvallinen sijoittelu
	Hoitotyön fyysinen ympäristö