

Jenni Liedes

**SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA DELIRIUMIN HA-
VAINNOINTISIVUN KÄYTÖSTÄ DELIRIUMPOTILAAN TE-
HOHOITOTYÖSSÄ**

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2013**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Joulukuu 2013	Tekijä/tekijät Jenni Liedes
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA DELIRIUMIN HAVAINNOINTISIVUN KÄYTÖSTÄ DELIRIUMPOTILAAN TEHOHOITOTYÖSSÄ		
Työn ohjaaja Lehtori, TtM Anita Hollanti		Sivumäärä 40+6
Työn tarkastaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		
<p>Tehohoidon aikainen delirium on yleinen alidiagnosoitu ongelma ja viime vuosina sen tunnistamisen tehostamiseksi on kehitetty useita erilaisia mittareita. Tehohoidonaikainen delirium tarkoittaa elimellisistä syistä johtuvaa sekavuustilaa ja se on hyvin usein pitkittyneen tehohoidon komplikaatio. Delirium voi aiheuttaa potilaalle vahvoja pelkotiloja, joista hän voi kärsiä pitkään tehohoidon jälkeen. Deliriumilla voi olla myös pitkällä aikavälillä kognitiivisia kykyjä alentavia vaikutuksia ja siten se voi altistaa myös dementialle. Tehohoidonaikainen delirium myös pitkittää hoitojaksoa ja aiheuttaa siten lisäkustannuksia.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia deliriumin havainnointisivun käytöstä ja hyödynnettävyydestä deliriumpotilaiden hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena oli se, että saadun tiedon avulla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osaston hoitohenkilökunta voisi hyödyntää mittaria entistä paremmin käytännön hoitotyössä sekä kehittää edelleen valmiuksiin deliriumpotilaan tunnistamisessa</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä ja se analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla joulukuussa 2012 sekä keväällä 2013.</p> <p>Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan sairaanhoitajilla oli paljon kokemuksia erityisesti pitkittyneestä tehohoidosta sekä alkoholista johtuvasta deliriumista. Deliriumin tunnistaminen perustui omiin asteilla tehtyihin havainnointeihin sekä tietotaitoon. Deliriumsivun vaikutukset hoitotyöhön olivat olleet pääasiassa positiivisia tai neutraaleita. Havainnointisivun koettiin vaikuttaneen positiivisesti oireiden tunnistamiseen kun potilaalla on alkava tai lievä delirium. Sivun ei kuitenkaan koettu vaikuttaneen oireiden tunnistamiseen silloin kun kyseessä oli selkeästi deliriumissa oleva potilas. Esille tulleet kehityshaasteet liittyivät havainnointisivun ulkoasuun ja sen käyttämiseen.</p>		
Asiasanat Delirium, tehohoito, havainnointisivu, ICDSC		

ABSTRACT

Unit Unit of Health, Welfare and Culture	Date December 2013	Author Jenni Liedes
Degree programme Nursing degree programme		
Name of thesis Nurses' experiences About Using Delirium Observation Page in Delirium Patient's Intensive Care Nursing		
Instructor M.H.S.C. Anita Hollanti		Pages 40+6
Supervisor D.N.S.C Annukka Kukkola		
<p>Intensive care delirium is common but underdiagnosed problem and some new various indicators have been developed to improve recognizing delirium in recent years. Intensive care delirium means confusional condition which is caused by organic reasons and it is very often prolonged intensive care nursing complication. Delirium may cause strong fear conditions to patient and patient may suffer from it for a long time after intensive care. Delirium may also lower cognitive abilities in a long time frame and it also may expose to dementia. Intensive care delirium also prolongs treatment and causes more costs.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out nurses' experiences about using delirium observation page and it's utilization in delirium patient's nursing. The aim of the present thesis was that by the acquired information Central Ostrobothnia Central Hospital's nursing personnel could utilize observation page in practical nursing even better and also develop their preparedness to observe delirium patients.</p> <p>This final project was conducted through qualitative research method and material was analyzed by inductive content analysis. The data was collected in December 2012 and in spring 2013.</p> <p>Results indicate that nurses had a lot of experiences of prolonged intensive care induced delirium and alcohol induced delirium. Delirium had been recognized by their own observation and know-how. Observation page had been impacted to nursing positively or neutrally. Observation page had had a positive impact on recognizing delirium symptoms in question when it was an incipient or mild delirium. The observation page had no impact on recognizing delirium symptoms in case of a clearly delirium patient. Improvement challenges concerned appearance and using of the observation page.</p>		

Key words

Delirium, intensive care, observation page, ICDSC

Lyhenteet

ARDS	Acute respiratory distress syndrome
CAM-ICU	Confusion assessment method for the intensive care unit
GCS	Glasgow Coma Scale
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	DELIRIUMPOTILAAN HOITOTYÖ	3
2.1	Teho-osasto hoitoympäristönä	4
2.2	Deliriumin riskitekijät sekä kliininen kuva	5
2.2.1	Deliriumin tunnistaminen	6
2.2.2	Deliriumin ennaltaehkäisy ja hoitotyö teho-osastolla	7
2.2.3	Hoitotyön laatu	8
2.2.4	Potilaan tehohoidon jälkeinen elämänlaatu ja jälkihoidon merkityksellisyys	9
3	ERILAISET MITTARIT HOITOTYÖN VÄLINEENÄ	10
3.1	Teho-osastoilla käytettävä sekavuuden arviointimenetelmä (CAM-ICU)	10
3.2	Tehohoidonaikaisen deliriumin seulonnan tarkistuslista (ICDSC)	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
5	MENETELMÄ JA AINEISTO	15
5.1	Tutkimusmenetelmän valinta	15
5.2	Aineiston keruu teemahaastattelulla	16
5.3	Aineiston analysointi	17
5.4	Etiikka ja luotettavuus	19
5.4.1	Opinnäytetyön etiikka	19
5.4.2	Opinnäytetyön luotettavuus	21
6	TULOKSET	23
6.1	Hoitajien kokemukset deliriumin tunnistamisesta ennen havainnointisivun käyttöönottoa	23
6.2	Hoitajien keinot ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia	24
6.3	Hoitajien kokemukset deliriumin havainnointisivun käytöstä hoitotyössä	25

6.4	Deliriumsivun käyttöön liittyvät kehityshaasteet	28
7	POHDINTA	30
7.1	Tulosten tarkastelua	30
7.2	Opinnäytetyön etiikka ja luotettavuus	32
7.3	Opinnäytetyö prosessina	33
7.4	Jatkotutkimushaasteet	35
7.5	Ammatillinen kasvu	35
7.6	Johtopäätökset	36
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tehohoitopotilaan delirium on yleinen alidiagnosoitu ongelma (Liisanantti 2011a). Tehohoidonaikainen delirium tarkoittaa elimellisistä syistä johtuvaa sekavuustilaa ja se on hyvin usein pitkittyneen tehohoidon komplikaatio. Delirium voi aiheuttaa potilaalle vahvoja pelkotiloja, joista hän voi kärsiä pitkään tehohoidon jälkeen. Deliriumilla voi olla myös pitkällä aikavälillä kognitiivisia kykyjä alentavia vaikutuksia ja siten se voi altistaa myös dementialle. (Ely, Shintani, Truman, Speroff, Gordon, Harrel, Inouye, Bernard & Dittus 2004.) Tehohoidonaikainen delirium myös pitkittää hoitajaksoa ja aiheuttaa siten lisäkustannuksia. (Liisanantti 2011a.) Deliriumin tunnistamista tehostamaan on kehitetty useita erilaisia mittareita, joita on viime vuosina pyritty tuomaan osastojen käyttöön.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia deliriumin havainnointisivun käytöstä ja hyödynnettävyydestä deliriumpotilaiden hoitotyössä Keski-pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla. Tutkimuksen tavoitteena on se, että saadun tiedon avulla hoitohenkilökunta voi hyödyntää mittaria entistä paremmin käytännön hoitotyössä sekä kehittää edelleen valmiuksiaan deliriumpotilaan tunnistamisessa. Tuloksia voidaan hyödyntää myös kehitettäessä mittariin perehdytystä ja koulutusta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös muissa tulosyksiköissä, joissa on käytössä samanlainen deliriumin havainnointisivu. Omalla opinnäytetyölläni pyrin selvittämään sitä, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin havainnoimisesta ennen havainnointisivun käyttöönottoa, minkälaisia kokemuksia heillä on havainnointisivun käytöstä ja onko olemassa mitään havainnointisivun käyttöön liittyviä asioita, joita tulisi kehittää tai huomioida jatkossa. Työelämäyhteytenä työssäni on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osaston osastonhoitaja Kaija Ojanperä.

Aiheen valintaan vaikutti henkilöstön oma toive sekä aiheen ajankohtaisuus. Viime vuosina osastoilla on otettu käyttöön useita erilaisia mittareita hoitotyön tehostamiseksi sekä laadun varmistamiseksi. Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osaston toiminta- ja laadunhallintasuunnitelmassa 2012–2014 mainitaan useaan otteeseen uusien työntekijöiden asianmukainen ja hyvä perehdytys hyvän ja tasa-

laatuisen hoitotyön varmistamiseksi. Perehdytyksellä pyritään varmistamaan myös hyvien hoitokäytäntöjen siirtyminen seuraaville sukupolville. Rajasin aiheen käsittelemään deliriumin havainnoimiseen käytettäviä menetelmiä, sillä kaikkien hoitotyössä käytettävien mittareiden tutkiminen olisi ollut liian laaja tehtävä. Myös Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisissä ohjeissa painotetaan alalla tapahtuvan tutkimustyön tärkeyttä tulosten ja menetelmien jatkuvan paranemisen kannalta. Eettisissä ohjeissa rohkaistaan erityisesti hoitotyön tuloksellisuuden dokumentoimisen parantamiseen. Aiheen valintaan vaikutti myös henkilökohtainen kiinnostus akuuttihoitotyötä kohtaan.

Teoriaosuudessa tarkastelen tehohoitopotilaan hoitotyötä, deliriumin havainnointia, riskitekijöitä ja hoitoa. Sen lisäksi käsittelen mittareiden käyttöä hoitotyössä yleensä, deliriumin havainnointiin käytettäviä mittareita CAM-ICU:ta ja ICDSC:ta sekä deliriumin havainnoinnin merkitystä. Olen valinnut nämä aihealueet kirjallisuuskatsaukseen siitä syystä, että ne oleellisesti liittyvät deliriumiin, deliriumiin johtaviin tekijöihin sekä sen havainnointiin. Sen lisäksi olen täydentänyt teoriaosuutta sen mukaan, mitä tulososiossa on tullut ilmi. Tutkimuksen toteuttamista kuvaavassa osassa kuvataan tutkimusongelmat, aineiston hankinta sekä aineiston analysointiin käytettävät menetelmät. Pohdintaosuudessa tarkastelen tutkimustuloksia, luotettavuutta, johtopäätöksiä, hyödynnettävyyttä, jatkotutkimusaiheita sekä omaa ammatillista kasvuani.

2 DELIRIUMPOTILAAN HOITOTYÖ

Tehohoitopotilaan hoitotyö koostuu akuutin hengitys- ja verenkiertovajauksen, neurologisten ongelmien sekä neste- ja elektrolyyttitasapaino-ongelmien tarkkailusta, ehkäisystä ja hoidosta. Tehohoitopotilaan hoitotyö on myös infektioiden ehkäisyä, potilaan orientoitumisesta huolehtimista, kivun hoitamista, mobilisointia ja asentohoitoa sekä potilaan lämpötasapainosta huolehtimista. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Sääsmänen & Varjus 2001, 81-113.)

Hengityksen- ja verenkiertovajauksen tarkkailussa ja hoidossa tärkeimpiä hoito- toimia ovat hengitystiheyden, hengityksen syvyyden, rintakehän liikkeiden, ihon värin, hikisyyden sekä apuhengityslihasten käyttö. Toisaalta hoitajan tulisi tarkkail- la verenpainetta ja pulssia, laskimotäyttöä ja virtsan eritystä. Happisaturaation tarkkaileminen ei anna luotettavaa kuvaa potilaan kaikkien kudosten hapensa- an- nista, koska yksittäiset elimet voivat kärsiä hapenpuutteesta vaikka happisatura- tio olisikin näennäisesti hyvä. Veren hiilidioksiditason säilyminen normaalina on tärkeätä, koska kohonnut hiilidioksidipitoisuus aiheuttaa elimistön happamoitumis- ta ja vastaavasti matala hiilidioksidipitoisuus emäksisyyttä. Tarvittaessa potilaan hapetus turvataan hengityskonehoidolla. Verenkiertohäiriöiden hoitaminen tapah- tuu lääkkeiden avulla. (Blomster ym. 2001, 115–131.)

Neurologiset ongelmat voivat olla syynä sille, että potilas joutuu teho-osastolle. Toisaalta neurologiset ongelmat voivat kehittyä tehohoidon aikana. Sen takia poti- laan tajunnantaso seurataan systemaattisesti säännöllisin väliajoin. Tajunnanta- son häiriöt jaetaan systeemisiin sekä aivoperäisiin syihin. Tajunnantason selvittä- minen aloitetaan puhuttelemalla potilasta. Mikäli hän reagoi omaan nimeensä, sel- vitetään potilaan orientoituminen ja mahdolliset hallusinaatiot. Samalla kiinnitetään huomiota mahdolliseen puheen sammaltamiseen, uneliaisuuteen sekä aggressii- visuuteen. Jos hän ei reagoi puhutteluun, potilasta ravistellaan kevyesti olkapääs- tä. Liikevastetta havainnoidaan pyytämällä potilasta puristamaan kädestä sekä koukistamaan raajoja. Huomiota kiinnitetään samalla käsien puristusvoimaan sekä puolieroihin. Neurologista tilaa arvioidaan myös tarkkailemalla potilaan pupilleja. Mahdollisen tajuttomuuden syitä etsitään laboratoriokokeiden avulla. Potilaan neu-

rologisia häiriöitä hoidetaan niin lääketieteellisin kuin hoitotyön keinoin. Esimerkiksi potilaan pää voidaan tukea tyynyjen avulla hyvään asentoon, jotta laskimoveri pääsee virtaamaan vapaasti pois pään alueelta ja näin ennaltaehkäistään aivopaineen nousua. (Blomster ym. 2001, 149–154.)

Elimistön happo-emästasapaino tarkoittaa elimistön vetyionipitoisuutta, joka ilmoitetaan pH-arvona. Terveellä ihmisellä pH-arvo vaihtelee 7,35 ja 7,45 väillä. Elimistön happamoitumista kutsutaan asidoosiksi ja emäksisyyttä alkaloosiksi. Nämä tilat jaetaan respiraattoriseen sekä metaboliseen asidoosiin ja alkaloosiin. Respiraattorinen alkaloosi kehittyy silloin, kun potilaalla on liiallinen keuhkotuuletus. Tällöin potilaalla voi esiintyä hypokalemiaa, takykardiaa sekä rytmihäiriöitä. Päinvas-
taisessa tilanteessa, eli respiraattorisessa asidoosissa, keuhkotuuletus on liian vähäinen ja se voi johtua useista eri syistä, esimerkiksi traumasta tai infektiosta. Metabolisessa asidoosissa on kyse joko bikarbonaattien liiallisesta menettämisestä tai vetyioninen liiallisesta kertymisestä ja se voi johtua niin ikään useista eri syistä, esimerkiksi verenkiertovajauksesta tai myrkytyksestä. Metabolisen alkaloosin syynä on usein hapon liiallinen menetys esimerkiksi oksentelun, alkalisten aineiden liiallisen annon tai hypovolemian takia. (Blomster ym. 2001, 163–164.)

2.1 Teho-osasto hoitoympäristönä

Tehohoitopotilaan hoitoympäristö koostuu hoitotoimenpiteistä, ohjauksesta, vierailuista, lääkärin kierroista, hoitolaitteistosta sekä niistä muodostuvista kokemuksista ja muistoista. Näihin muistikuviin vaikuttavat potilaan hoitoympäristössä tapahtuvat asiat, kuten melu, lämpötila, valaistus, unen määrä ja laitteet. Meriläisen (2012) haastattelututkimuksessa kävi ilmi, että potilaiden sisäiset muistikuvat olivat pääasiassa epämiellyttäviä ja sisälsivät pelkotiloja, joita potilaat eivät voineet selittää tai määrittellä. Potilaat olivat kokeneet hoidon aikana myös harhoja. Kaikkiin näihin muistikuviin ei voida vaikuttaa. Siitä huolimatta hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus omalla käyttäytymisellä, hoitotoimenpiteiden sekä fyysisen ympäristön suunnittelulla vaikuttaa potilaiden kokemuksiin. Potilaspaikat tulisi olla riittävän suuria potilaan esteettömän hoidon turvaamiseksi. Teho-osastolla on käytössä runsaasti erilaisia laitteita, jotka vievät ison osan potilaspaikan tilasta. Hoitolaitteet aiheutta-

va myös melua, joka ei saisi nousta yli 40 dB. Meriläisen (2012) tutkimuksessa teho-osaston melutaso oli n. 58 dB luokkaa ja pahimmillaan se kävi 81 dB:ssä. Potilaiden unta häiritsivät eniten hoitohenkilökunnan keskustelut sekä laitehälytykset. Potilaat eivät välttämättä herää meluun, mutta se heikentää heidän unenlaatua. Suurin osa melusta olisi vältettävissä ja hoitohenkilökunnan tulisi enemmän tiedostaa melun vaikutusta potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Potilaiden hoitoa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon myös valaistuksen määrä ja laatu sekä heijastavat pinnat. Meriläisen tutkimuksessa potilaat reagoivat valoon avaamalla silmiään ja kääntämällä päätään valonlähteeseen päin. Hoitohenkilökunnan tulisi siis huomioida paremmin tarpeenmukainen valaistus potilashuoneissa ja pyrkiä karsimaan ylimääräisiä ärsykejä. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi suorittamalla hoitotoimenpiteet yhtä aikaa. (Meriläinen 2012.)

2.2 Deliriumin riskitekijät sekä kliininen kuva

Deliriumilla tarkoitetaan äkillistä sekavuusoireyhtymää. Tutkimusten mukaan teho-
hoitopotilaista jopa 83 prosentilla havaitaan deliriumia. (Ely, Inouye, Bernard, Gordon, Francis, May, Truman, Speroff, Gautam, Margolin, Hart, & Dittus 2001.) Oireet ilmestyvät muutaman tunnin ja yhden vuorokauden sisällä. (Leinonen & Alanen 2009; Laurila 2012; Huttunen 2011.)

Deliriumin riski lisääntyy sitä mukaa, mitä useammalle riskitekijälle potilas altistuu. Toisinaan pienikin stressitekijä riittää laukaisemaan sekavuuskohtauksen, ja toisinaan siihen tarvitaan suurempi häiriö. Tehohoitopotilaat altistuvat noin kymmenelle tai useammalle riskitekijälle hoidon aikana. Riskitekijät voidaan jakaa potilaasta, sairaudesta, hoidosta ja ympäristöstä johtuviin syihin tai altistaviin ja nopeuttaviin riskitekijöihin. (Ely ym. 2001; Hautamäki 2006; Girard, Pandharipande & Ely 2008.) Potilaasta johtuvia syitä ovat ikä, perussairaudet, madaltuneet kognitiiviset toiminnot, aliravitsemus, anemia, dementia, huonontunut kuulo tai näkö, neurologiset häiriöt, alkoholismi tai tupakointi. Akuuteista sairauksista riskiä lisää infektio, aivoverenkiertohäiriöt, hypoksia, monielinvauriot, äkillinen hengitysvaikeusoireyhtymä (ARDS), yliannostukset, vieroitusoireet metaboliset häiriöt ja koholla olevan biliubiini ja verenpaine. Hoidosta johtuvia asioita ovat sedatoivien lääkkeiden tai opi-

aattien käyttö, erityisesti morfiinin epiduraalinen annostelu, immobilisaatio, hengityslaittehoito ja nutritio. Ympäristöstä johtuvia tekijöitä ovat meluisa, levoton ja vieras ympäristö, unihäiriöt ja unen puute. (Hautamäki 2006; Liisanantti 2011a.) Lääkkeistä erityisesti lorazepam, midazolami, fentanyl, morfiini ja propofoli ovat merkittäviä tekijöitä deliriumin synnyssä. (Pandharipande, Shintani, Peterson, Truman, Wilkinson, Dittus, Bernard & Ely 2006.)

Deliriumissa henkilön tarkkaavaisuus, tajunnan taso, ajan- ja paikantaju sekä ympäristön huomiointi ovat heikentyneet. Potilas hikoilee, syke nousee, verenpaine ja lämpötila kohoavat ja mustuaiset ovat usein laajentuneet. Potilaalla saattaa esiintyä harhoja, jotka saattavat korostua erityisesti öisin. Yleensä harhat ovat näköharhoja, mutta joskus saattaa esiintyä kuulo- ja tuntoharhoja. Harhat voidaan kokea uhkaavina, minkä vuoksi potilaat voivat olla aggressiivisia. Psykoosioireet voivat johtua primaarisesta psykiatrisesta häiriöstä, tai ne voivat liittyä aivoorganiseen tai toksiseen tilaan. Deliriumissa yleensä unirytmihäiriintyminen ja oireyhtymän kliininen kuva voi vaihdella rajusti eri vuorokauden aikoina. (Leinonen & Alanen 2009; Laurila 2012; Huttunen 2011; Hautamäki 2006.)

2.2.1 Deliriumin tunnistaminen

Delirium on alidiagnosoitu ongelma, ja sen takia sen havainnoimiseen on kehitetty useita eri seulontamenetelmiä, mutta silti järjestelmällistä seulontaa tehdään vain muutamissa yksiköissä. (Liisanantti 2011a.) Diagnoosin tekemisen kulmakivi on potilaan tajunnan seuranta. Tajunnan lisäksi selvitetään potilaan motorinen aktiivisuus, mielentila ja kognitiivisten toimintojen taso. Tämä tapahtuu spesifisen tutkimuksen avulla. Perustutkimuksina otetaan pieni verenkuva, maksa- ja bilirubiinitaso, verikaasuanalyysi sekä happo-emästasapaino, virtsanäyte, EKG ja thoraxröntgen. Kliinisen tutkimuksen perusteella määritellään tarkemmat verikokeet ja kuvantamistutkimukset. (Hautamäki 2006.)

2.2.2 Deliriumin ennaltaehkäisy ja hoitotyö teho-osastolla

Deliriumin ennaltaehkäisy on tärkeää, koska deliriumin on havaittu aiheuttavan dementiaa ja sillä on yhteys myös korkeampaan kuolleisuuteen sekä pidempiin hoitjaksoihin. (Ely ym. 2004.) Deliriumin ehkäisemisessä on tärkeää riskitekijöiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen. Se tarkoittaa mahdollisimman nopeaa ekstubaatiota, mobilisaatiota ja fysioterapian aloittamista sekä virtsakatetrin poistamista. Deliriumin ennaltaehkäiseminen on myös hypoksian ja metabolisten häiriöiden korjaamista, oikean unirytmien palauttamista lääkkeettömästi, silmälasien ja kuulokojeiden käyttämisestä sekä toistuvaa ajasta ja paikasta muistuttamista. Näiden lisäksi pitäisi erityisesti kiinnittää huomiota sedatoivien lääkkeiden ja opiaattien tarpeellisuuteen ja niiden perusteltuun käyttöön sekä purkaa lääkitystä mahdollisuuksien mukaan. (Hautamäki 2006; Girard ym. 2008.)

Keskeisintä deliriumin hoidossa on aiheuttajan selvittäminen ja siihen puuttuminen. Ensimmäisenä asiana on sulkea pois henkeä uhkaavat tilat, kuten aivoverenvuoto tai infektiot. Tämän jälkeen huomioidaan lääkkeiden mahdollisuus deliriumin kehittymiseen. Huomiota tulee kiinnittää erityisesti viimeksi määrättyyn lääkkeeseen ja arvioida sen osallisuutta deliriumin syntyyn. Kun henkeä uhkaavat tekijät ja lääkkeiden vaikutus on poissuljettu, aloitetaan empiirisesti deliriumin hoitaminen. Neste- ja elektrolyyttitasapainosta huolehtiminen on tärkeää, koska se voi olla yksi deliriumin aiheuttajista. Uni- ja valvorytmi pyritään saattamaan tasapainoon sekavuusoireiden vähentämiseksi. Hapetuksesta ja ravitsemuksesta tulee myös huolehtia asiallisesti. Oireita voidaan lievittää psykieläkkeillä, ja ne voivatkin vähentää komplikaatioita. Toisaalta psykieläkkeiden käytössä täytyy olla varovainen, sillä jotkin lääkkeet aiheuttavat sekavuutta. Sen takia niitä ei tulisikaan käyttää kuin vaikeasti oireileville potilaille. Käyttöindikaatioita ovat muun muassa voimakkaat epämiellyttävät harhat ja käänteinen vuorokausirytmä. Käytetyimmät lääkkeet ovat haloperidoli ja atyyppiset lääkkeet. Atyyppisillä lääkkeillä on todettu olevan vähemmän haittavaikutuksia haloperidoliin verrattuna. Potilaan fyysinen rajoittaminen ei ole missään tapauksessa ensisijainen hoitomuoto. (Leinonen & Alanen 2009; Laurila 2012.)

2.2.3 Hoitotyön laatu

Hoitotyön laatua voidaan määritellä monista eri näkökulmista. Näitä ovat terveyden- ja sosiaalihuollon, organisaation, yksikön, hoitajan ja potilaan näkökulmat. Sen takia on huomioitava, että nämä näkökulmat yksinään eivät riitä luomaan kattavaa kuvaa hoitotyön laadusta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee hoitotyön laadun minimitason jota ei saisi alittaa missään tilanteessa. Laatukriteerin tulee olla relevantti, perustua työntekijöiden asiantuntemukseen sekä uusimpaan tietoon. Laadukkaassa hoitotyössä pyritään saavuttamaan paras mahdollinen hyöty potilaalle ja toisaalta välttämään mahdollisia sivuvaikutuksia. Tähän kaikkeen pyritään mahdollisimman pienin kustannuksin. Hoitotyön laatua on tavallisesti kuvattu hoitohenkilökunnan näkökulmasta, mutta nykyään on alettu korostamaan potilaan näkökulmaa hoidon laadusta. Hoitajan ja yksikön näkökulma korostaa hoitoympäristön, työntekijöiden toiminnan tärkeyttä sekä hoitotyön tuloksellisuuden tärkeyttä. (Blomster ym. 2001, 175-180; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Leino-Kilven, Waltan, Heleniuksen, Vuorenheimon ja Välimäen (1995) HYVÄ HOITO-mittariin liittyvässä raportissa hyvän hoidon laadun osatekijät koostuvat hoitohenkilökunnan ominaisuuksista, hoitoon liittyvistä toiminnoista, ihmiseen suuntautuvista toiminnoista, hoidon edellytyksistä, hoitoympäristöstä, hoitoprosessin etenemisestä sekä potilaan omista selviytymisstrategioista. Henkilökunnan tärkeimpiä ominaisuuksia ovat huolellisuus, tarkkuus, rehellisyys, luotettavuus ja ystävällisyys. Hoitoon liittyvistä toiminnoista tärkeimpinä pidettiin hoitotoimenpiteiden suorittamista, potilaan informoimista, lääkehoidon toteuttamista, laitteiden hallitsemista sekä henkilökunnan yhteistyötä. Potilaaseen kohdistuvia tärkeitä toimintoja ovat tasapuolinen kohtelu, huolenpito, rohkaisu, tukeminen ja kuuntelu. Resurssien riittävyys on myös tärkeä asia. Hoidon edellytyksiin liittyviä tärkeitä asioita ovat riittävä ja kokenut hoitohenkilökunta, hoitajien tietotaito sekä hoitoon liittyvät erilaiset tekniset välineet. Osaston siisteys sekä turvallisuus, riittävä lämpötila sekä tila ja rauha ovat myös potilaille tärkeitä. Nopea hoitoon pääsy sekä eri osastojen välinen yhteistyö ovat myös tärkeitä.

Tehohoidon aikainen delirium lisää huomattavasti potilaasta aiheutuvia kustannuksia lisäämällä tehohoitajakson pituutta. Toisaalta delirium myös altistaa tehohoidon aikaisille komplikaatioille. Tämän lisäksi delirium lisää myös kuolleisuutta. (Liisanantti 2011a.)

2.2.4 Potilaan tehohoidon jälkeinen elämänlaatu ja jälkihoidon merkityksellisyys

Meriläisen (2012) väitöskirjassa harhoja kokeneiden potilaiden psyykinen hyvinvointi, tarmokkuus ja roolitoiminta tehohoitajakson jälkeen olivat huomattavasti huonompia RAND-36 -mittarilla mitattuna verrattuna ei-tehohoidossa olleeseen väestöön. Toisaalta harhoja kokeneet potilaat saavuttivat ei-harhoja kokeneita potilaita nopeammin tehohoitoa edeltäneen psyykkisen hyvinvoinnin tilan.

Oireiden väistyttyä lääkitystä tulisi jatkaa niin kauan, että deliriumin aiheuttaja on myös hoidettu. Erityisesti vanhuspotilaiden ja muistisairaiden toipuminen on hidasta, ja delirium voi uusiutua herkästi. Sen takia lääkitystä olisi hyvä jatkaa myös pari päivää kotiutumisen jälkeen, jotta arki ehtisi lähteä hyvin käyntiin. Toisaalta vähäpätöisestä ärsykkeestä seurannut rajouireinen delirium voi olla merkki alkavasta muistisairaudesta, ja siksi potilaan kognitiivisia toimintoja tulisi seurata myös hoitajakson jälkeen. Deliriumista toipuminen on hidasta, ja saattaa kestää jopa kuukausia, ennen kuin potilas saavuttaa sairastumista edeltävän normaalitilan. Toisaalta osa potilaista ei koskaan saavuta kyseistä normaalitilaa. (Laurila 2012.) Potilaiden toipumista tehohoidosta seurataan tehohoidon jälkiseurantapoliklinikalla. Poliklinikalla potilaalla on keskustelumahdollisuus sairaanhoitajan sekä lääkärin kanssa. Potilaan psyykkistä selviämistä tuetaan käymällä tehohoitajaksoa läpi puhumalla sekä halutessaan potilaat voivat vieraila teho-osastolla. Poliklinikkakäynnillä omaisten rooli on tärkeä, sillä he ovat keskeisessä sijassa potilaiden toipumisen kannalta. Meriläisen (2012) tutkimuksessa potilaat kokivat poliklinikkakäynnin pääasiassa myönteisenä kokemuksena, jonka ansioista he saivat jäsenneiltyä tehohoitajakson aikaisia tapahtumia. Kyseleminen ja tiedon saaminen koettiin tärkeänä, ja keskustelut olivat heidän mielestään kannustavia ja mielialaa kohottavia.

3 ERILAISET MITTARIT HOITOTYÖN VÄLINEENÄ

Tietojärjestelmien tarkoituksena on toimia hoitajien arkea helpottavina apulaitteina. Tämän lisäksi tietojärjestelmien avulla voidaan tuottaa tehokkaammin palveluja sekä tietoa. Ne toimivat myös teho-osaston hoidon laadun vakioimisessa sekä dokumentointivarastona. Tietojärjestelmien sisältämä tieto luo myös mahdollisuuden yhdistää ja vertailla potilaan hoitoon liittyviä tietoja sekä mahdollistaa tieteellisen tutkimuksen tekemisen. Tehohoidon tilastoinnin osa-alueita ovat muun muassa potilasaineisto, hoitotyön tulokset, resurssit ja kustannukset, laadunseuranta ja ohjausmenetelmät. Tilastoinnin tarkoituksena on mahdollistaa näyttöön perustuvan hoitotyön ja laadun kehittäminen. (Lindgren-Laine 2005.)

Sairaanhoitaja tekee hoitotyön diagnooseja potilaiden terveysongelmien perusteella. Terveysongelmien vaikeusasteen määrittelemisen tapahtuu subjektiivisten ja objektiivisten tietojen avulla. Terveysongelmien sekä hoitotyön diagnoosien arviointi ohjaavat auttamismenetelmän valintaan ja siten saavuttamaan vaaditun hoitotyön tuloksen. Tehohoitotyön mallissa terveysongelmat jaotellaan neljään eri vaikeusasteeseen: mahdollinen, lievä, vaikea ja erittäin vaikea. Jokaiselle terveysongelmalle on määritelty sitä vastaava hoitotyön toiminto aina ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä helpottavaan hoitotyön toimintoon. (Pyykkö 2004.)

Mittareiden käytön tarkoituksena tehohoitotyössä on potilasaineistojen laadun luokitus, tehohoitoindeksien täsmentäminen, kriittisesti sairaiden potilaiden tunnistaminen, tehohoidon laadun ja hoitovasteen seuraaminen, hoitomenetelmien vertailu, hoitotulosten vertailun helpottaminen samassa sairaalassa ja eri sairaaloiden kesken sekä aikaansaadun terveyden kustannukset potilas- ja osastokohteisesti. (Pessi 1986.)

3.1 Teho-osastoilla käytettävä sekavuuden arviointimenetelmä (CAM-ICU)

CAM-ICU -menetelmä koostuu neljästä eri osasta: äkillisestä psyykkisestä muutoksesta, tarkkaamattomuudesta, epäloogisesta ajattelutavasta sekä muuttuneesta tajunnantasosta. Potilaan voidaan arvella olla deliriumissa, jos hän saa testissä

positiivisen tuloksen kohdista 1 ja 2 sekä 3 tai 4. Testi on tarkoitus tehdä kerran vuorokaudessa. Jokainen eri osio koostuu joko potilaan tarkkailuun liittyvistä kysymyksistä tai potilaalle tehtävistä testeistä. Ensimmäisessä osiossa arvioidaan potilaan psyykkistä tilaa Richmond Agitation Sedation Scalen (RASS) ja Glasgow Coma Scoren (GCS) avulla (LIITE 2 ja 3). Jos näissä on tapahtunut nousua tai laskua tai jos potilaan psyykkinen tila on äkillisesti muuttunut, tarkoittaa se positiivista tulosta kohdasta 1. Jos RASS on kuitenkin -4 tai -5, testiä ei voida jatkaa. (Ely ym. 2001, Truman & Ely 2003.)

Toisessa osiossa arvioidaan potilaan keskittymiskykyä. Ensimmäiseksi hänelle luetellaan kirjainsarja: S A V E A H A A R T. Jokaisen A-kirjaimen kohdalla potilaan tulee puristaa testin tekijän kättä. Seuraavaksi potilaalle esitetään viisi kuvaa, yhtä kuvaa noin kolmen sekunnin ajan. Potilasta pyydetään painamaan mieleen esitetyt kuvat. Sen jälkeen hänelle esitetään 10 kuvaa, joista 5 esitettiin aiemmin. Potilasta pyydetään ilmaisemaan, onko hän nähnyt esitetyn kuvan vai ei nyökkäämällä tai pyörittämällä päätä. Jos potilas sai visuaalisessa tai auditiivisessa testissä vähemmän kuin 8 oikeaa vastausta, tarkoittaa se positiivista tulosta. (Ely ym. 2001, Truman & Ely 2003.)

Kolmannessa osiossa potilaalle esitetään kysymyksiä ja ohjeita, joissa pyritään selvittämään potilaan sekavuutta. Jos potilas vastaa väärin vähintään kolmeen esitettyyn kohtaan, tarkoittaa se positiivista tulosta. Jos potilas on kuitenkin jo irrotettu hengityskoneesta, hoitaja voi tehdä testin keskustelemalla muun muassa esittämällä epäselviä ja epäloogisia ideoita, vaihtamalla aiheesta aiheeseen tai käymällä tietoisesti sekavan keskustelun. Kysymykset ovat: ”Uppoaako kivi veteen?”, ”Onko meressä kaloja?”, ”Painaako 1 kg enemmän kuin 2 kg?”, ”Voiko vasaraa käyttää naulaamiseen?”. Ohjeet ovat: ”Onko teillä epäselviä ajatuksia?”, ”Nostakaa kaksi sormeaa pystyyn. (Hoitaja nostaa kaksi sormeaa pystyyn potilaan edessä.)”, ”Tehkää nyt sama toisella kädellä. (Tällä kertaa hoitaja ei nosta kahta sormeaa pystyyn.)”. (Ely ym. 2001, Truman & Ely 2003.)

Neljännessä osiossa testataan potilaan tietoisuuden tilaa. Jos potilas on jotain muuta kuin valpas, kuten yliaktiivinen, unelias, tokkurainen tai koomassa, tarkoittaa se positiivista tulosta. (Ely ym. 2001, Truman & Ely 2003.)

3.2 Tehohoidonaikaisen deliriumin seulonnan tarkistuslista (ICDSC)

Tehohoidonaikaisen deliriumin seulonnan tarkistuslista on yksityiskohtainen kognitiivisten funktioiden arviointimenetelmä. (LIITE 1/1 ja 1/2) Tarkistuslista on saatu aikaan yksinkertaistamalla useita versioita monista erilaisista deliriumin seulontamenetelmistä, kuten amerikkalaisen psykiatriiliiton diagnoosi- ja tilasto-oppaasta. Seulontamenetelmästä on pyritty tekemään mahdollisimman yleispätevä, jotta menetelmä olisi luotettava myös sellaisten potilaiden kohdalla, jotka sairastavat dementiaa tai skitsofreniaa tai joilla on näkö- tai kuulovaikeuksia. Menetelmästä on pyritty tekemään myös mahdollisimman helppo- ja nopeakäyttöinen. (Bergeron, Dubois, Dumont, Dial & Skrobik 2001.)

Tehohoidonaikaisen deliriumin seulonnan tarkistuslista koostuu kahdeksasta eri kohdasta, joista on mahdollista saada yhdeksän deliriumia puoltavaa pistettä. Mikäli potilas saa yli neljä pistettä, hänellä todennäköisesti on delirium. Mittarin ensimmäisessä osiossa selvitetään potilaan tajunnan taso. Mikäli potilas ei vastaa puhutteluun, tarvitsee voimakasta herättelyä, on tokkurainen tai hänellä on vaikeuksia pysytellä tajuissaan tutkimuksen ajan, testiä ei voida tehdä. Hereillä olo tai normaali uni, josta potilas on helposti heräteltävissä, ei saa pistettä. Jos potilas on unelias tai tarvitsee heikon tai keskikovan ärsykkeen vasteen aikaansaamiseksi, tarkoittaa se yhtä pistettä. Yliaktiivisuus arvioidaan myös epänormaaliksi tajunnantasoksi, ja se tarkoittaa yhtä pistettä. (Bergeron ym. 2001.)

Testin seuraavassa osassa arvioidaan potilaan tarkkaavaisuutta. Mikäli potilaalla on vaikeuksia seurata keskustelua tai ohjeita, hänen tarkkaavaisuutensa häiriintyy heikostakin ärsykkeestä tai hänellä on vaikeuksia vaihtaa tarkkailunsa kohdetta, annetaan yksi piste. Jos potilas ei ole orientoitunut aikaan ja paikkaan nähden tai hän ei tunnista henkilöitä, annetaan yksi piste. Jos potilaalla on hallusinaatioita, harhakuvitelmia, psykoosia, kuten että hän esimerkiksi yrittää huitoa olemattomia kärpäsiä tai hänellä on salaliittoteorioita, tarkoittaa se yhtä pistettä. Hyperaktiivisuus, joka voi olla vaaraksi itselle tai muille ja vaatii joko rauhoittavaa lääkitystä tai kiinni sitomista, tai hypoaktiivisuus tai kliinisesti todettu psykomotorinen hidastuminen tarkoittaa samoin yhtä pistettä. Epäasiallinen tai tilanteeseen sopimaton puhe tai käyttäytyminen tarkoittaa myös yhtä pistettä. Jos potilaalla on ongelmia nukkumisen kanssa, kuten alle neljän tunnin yöunia tai jatkuvaa heräilyä, joka ei johdu

äänekkästä ympäristöstä, tai vaihtoehtoisesti potilas on lähes koko ajan unessa, tarkoittaa yhtä pistettä. Oireidenkuvan vaihtelu tai ilmentyminen 24 tunnin sisällä tarkoittaa myös yhtä pistettä. (Bergeron ym. 2001.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia deliriumin havainnointisivun käytöstä ja hyödynnettävyydestä deliriumpotilaiden hoitotyössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla.

Tutkimuksen tavoitteena on, että saadun tiedon avulla hoitohenkilökunta voi hyödyntää mittaria entistä paremmin käytännön hoitotyössä sekä kehittää edelleen valmiuksiaan deliriumpotilaan tunnistamisessa.

Tässä opinnäytetyössä haen vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin tunnistamisesta ennen havainnointisivun käyttöönottoa?
2. Millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin havainnointisivun käytöstä hoitotyössä?
3. Millaisia deliriumin havainnointisivun käyttöön liittyviä asioita tulee huomioida ja kehittää jatkossa?

5 MENETELMÄ JA AINEISTO

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyössä käytetty kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, aineiston keräämiseen käytettyä puolistrukturoitu teemahaastattelu, aineiston analysoiminen sekä luvun loppuun on esitetty teoriaa opinnäytetyön luotettavuudesta.

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Koska tarkoitukseni on tutkia sairaanhoitajien kokemuksia deliriumista, sen hoitamisesta ja tunnistamisesta havainnointisivujen avulla, käytin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan induktiivista ja ihmislähtöistä. Induktiivisuus tarkoittaa sitä, että tutkimus ei ohjaudu teorioiden mukaan, ja ihmislähtöisyys tarkoittaa sitä, että laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kokemuksia, käsityksiä, tulkintoja sekä motivaatioita. Kvalitatiivista tutkimusmetodia käytetään erityisesti silloin, kun halutaan kuvata jotain uutta ja sen yksi keskeisimmistä merkityksistä on lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–57.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen sekä tosiasioiden julkituominen. Tutkimuskohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tiedonlähteinä suositaan ihmisiä. Sen takia tarkoituksena ei ole minkään hypoteesin testaaminen, vaan tutkimustulosten monipuolinen tarkastelu. Kvalitatiivinen tutkimus sopii myös hyvin sen takia, että tutkittavien joukko valikoituu tarkoituksenmukaisuusperiaatteella. Tutkimuksen tekeminen on joustavaa ja tutkimuksen kulkua voidaan muuttaa tarvittaessa olosuhteiden mukaisesti. Tarkoituksena on löytää ja tuoda julki tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia teorioita ja väittämiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161–164.)

5.2 Aineiston keruu teemahaastattelulla

Aineiston keräsin teemahaastattelulla. Teemahaastattelu tarkoittaa puolistrukturoitua haastattelua, jossa tutkija käyttää haastattelutilanteessa haastattelurunkoa. Haastattelurunko koostuu teemoista, joten tarkkaa kysymysmuotoa ei ole määritelly. Haastattelun ei tarvitse myöskään noudattaa tiukasti tiettyä järjestystä, vaan se voi edetä siinä järjestyksessä, mikä on kullekin haastattelulle luontevinta. Teemojen ansiosta tiedonantajien oma ääni pääsee paremmin kuuluville ja tutkijan mahdollisuus vaikuttaa tuloksiin pienenee. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 47–48.)

Aineistonkeruu tapahtui joulukuussa 2012 sekä keväällä 2013, kun mittarin käytöstä oli haastateltaville kertynyt riittävästi kokemusta. Valitsin teemahaastattelun sen joustavuuden takia. Haastattelutilanteessa voidaan aineiston keruuta säädellä tarvittaessa tarkentavilla kysymyksillä, aiheiden järjestystä muuttamalla sekä aineistoa tarpeen mukaan myöhemmin täydentämällä. Teemahaastattelua tuki myös se, että en löytänyt tarkalleen samaan aiheeseen liittyvää tutkimusta. Teemahaastattelun huonoja puolia on se, että se on aikaa vievää ja sen tekeminen edellyttää huolellista valmistautumista. (Hirsijärvi ym. 2010, 204–206.) Tutkimus toteutettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla. Kyseisellä osastolla hoidetaan vaikeasti sairaita potilaita, joita valvotaan keskeytyksettä ja heidän elintoimintojaan pidetään tarvittaessa yllä erikoislaittein. Teho-osaston potilaat tulevat yleensä päivystyksestä, vuodeosastoilta tai leikkaussaleista. Potilaspaikkoja osastolla on neljä kappaletta, erityistilanteissa viisi, ja näiden lisäksi osastolla on käytössään eristyshuone.

Tiedonantajina toimivat tarkoituksenmukaisuuden periaatteella valitut osastolla työskentelevät sairaanhoitajat, joilla on riittävä kokemus havainnointisivun käytöstä. Sairaanhoitajien valinnan teki osastonhoitaja, jotta en olisi vaikuttanut henkilökohtaisilla valinnoillani tutkimuksen luotettavuuteen, koska tunnen henkilökohtaisesti siellä työskenteleviä hoitajia. (Hirsijärvi ym. 2010.) Aluksi haastattelin neljä osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelumateriaalia ei tullut kuitenkaan riittävästi, joten haastattelin vielä kaksi lisää. Siten haastateltuja sairaanhoitajia oli lopulta kuusi. Tämänkään jälkeen en kokenut saaneeni tarpeeksi materiaa-

lia, joten toteutin puolelle samoista sairaanhoitajista syventävän haastattelun. (LIITE 4/1 ja 4/2.)

Haastattelun teemat muodostuivat tutkimuskysymyksistä ja aikaisemmasta teoriasta. Tutkittavasta ilmiöstä poimittiin pääluokat, jotka muodostivat haastatteluteemat. Näiden pääluokkien alle muodostui tarkempia haastattelua ohjaavia aiheita, jotka eivät kuitenkaan olleet tarkassa kysymysmuodossa. Haastattelurunko toimi haastattelutilanteessa muistilistana. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66–67.)

5.3 Aineiston analysointi

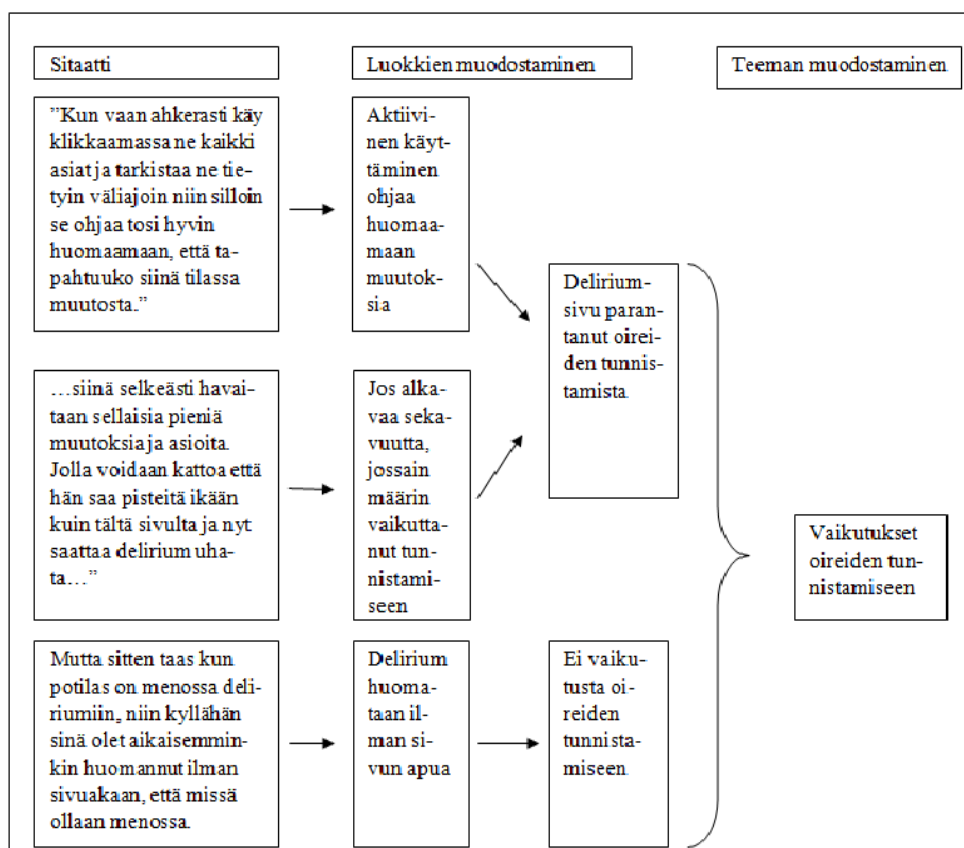
Aineiston analysointi suoritettiin sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysi on perinteinen laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmä, jonka avulla voidaan analysoida erilaisia aiheita ja kuitenkin samalla kuvata niitä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on esittää ilmiö tiiviisti siten, että samalla syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä ja -karttoja sekä malleja. Sisällönanalyysin vahvuutena on se, että sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sen avulla voidaan kuvata myös ilmiöiden välisiä suhteita. Toisaalta sisällönanalyysi on yksinkertaisuudessaan haastava, sillä se haastaa tutkijan prosessoimaan ja tarkkailemaan tuloksia aktiivisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–135.)

Sisällönanalyysi koostuu viidestä eri vaiheesta: analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumisesta, aineiston pelkistämisestä, aineiston luokittelusta ja tulkinnasta sekä luotettavuuden arvioinnista. Omassa työssäni käytin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tässä tavassa sanat luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen mukaan. Luokittelu perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota ongelmanasettelu ohjaa. Induktiivinen menetelmä on aiheellinen erityisesti silloin, kun aiheesta ei ole olemassa juurikaan tutkittua tietoa. Pyrkimyksenä on siis luoda teoreettinen kokonaisuus, joka ei ole yhteydessä aikaisempiin havaintoihin tai teorioihin. Sisällönanalyysi muodostuu pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. Analysointi alkaa litteroinnin jälkeen yksittäisen sanan tai teeman valinnalla. Samalla pitää päättää, kuinka syvästi aineistoa analysoidaan ja analysoidaanko

aineiston ilmisältöä vai piilosisältöä. Näitä asioita ohjaa tutkimusongelma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–137.)

Aloitin analysoinnin litteroimalla haastattelut haastattelu kerrallaan. Tämän jälkeen kävin litteroitua materiaalia läpi ja päätin valita analyysiyksiköksi lauseen/ajatuksellisen kokonaisuuden. Jaottelin aineiston tutkimuskysymysten mukaan värikyniä käyttäen siten, että yksi väri edusti yhtä tutkimuskysymystä. Tämän jälkeen siirsin sitaatit samoihin ryhmiin. Kävin syntyneet ryhmät uudestaan läpi luokitellen ne värien mukaan ajatuksellisiin kokonaisuuksiin. Sen jälkeen aloin pelkistää materiaalia lisää ja luoda ryhmille niitä kuvaavia teemoja. Tästä on esimerkki kuviossa 1 (KUVIO 1). Syventävien haastattelujen analysointiin käytin induktiivista sisällönanalyysia, kuten ensimmäisten haastattelujen kanssa.

Aineistossa tärkeiksi teemoiksi nousivat kokemukset deliriumiin johtavista tekijöistä, deliriumin vaikeusasteesta, tunnistamisesta ennen havainnointisivua sekä deliriumin tunnistamista ohjaavista tekijöistä ennen havainnointisivua. Näiden lisäksi tärkeiksi teemoiksi nousivat deliriumsivun ulkoasu, sivun toimivuus eri potilasryhmillä, deliriumsivun ongelmakohtia, deliriumsivun rasittavuus, ulkoasun muutokset, käyttäminen ja ei kehitettävää. Deliriumin ennaltaehkäisemiseen liittyviä teemoja olivat deliriumin ennaltaehkäiseminen ja hoitaminen lääkkeettömin keinoin ja deliriumin ennaltaehkäiseminen ja hoitaminen lääkkeillä. Deliriumsivun vaikutuksiin liittyviä tärkeitä teemoja olivat deliriumsivun vaikutus oireiden tunnistamiseen, deliriumsivun vaikutukset ajankäyttöön, vaikutukset käytännön hoitotyöhön, vaikutukset hoidon laatuun, vaikutukset kustannuksiin.



KUVIO 1. Induktiivinen sisällön analyysi

5.4 Etiikka ja luotettavuus

Tässä luvussa esitellään teoriaa opinnäytetyön etiikasta, sekä opinnäytetyön luotettavuudesta. Teoriassa on käyty läpi eettisten normistojen merkitystä opinnäytetyön tekemisessä sekä minkälainen on eettisesti hyväksyttävä tutkimus. Samoin teoriassa käydään läpi mitä tutkijan tulee ottaa huomioon varmistaakseen tutkimuksen luotettavuuden.

5.4.1 Opinnäytetyön etiikka

Eettisten normistojen tehtävänä on säädellä sekä selkeyttää tutkijan oikeuksia ja velvollisuuksia. Ne herkistävät tutkimuksen tekijää työhön liittyviin eettisiin vaatimuksiin niin, että eettisten ristiriitatilanteiden tiedostamista tapahtuu prosessi, joka vaiheessa, eikä vain silloin kun on kyse suoranaisestä epärehellisyydestä. Eettistä

arviointia hankaloittaa kuitenkin se, että eettiset normistot voivat olla ristiriidassa keskenään. (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 31–46.) Tutkimuksen etiikan kannalta oleelliset asiat ovat tutkittavien tai tiedonantajien anonymiteetin säilyttäminen sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Nämä kaksi asiaa on turvattava kaikissa tilanteissa. Vapaaehtoisuus varmistetaan siten, että tutkittaville annetaan tilaisuus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ja annetaan mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Hoitotyöntekijöiden velvollisuutena on ammattikunnan ammatin kehittäminen ja siten tutkimuksiin osallistuminen. Siitä huolimatta jokainen päättää itse, osallistuuko tutkimukseen vai ei. Tutkijan vastuulla on myös minimoida kaikki mahdolliset haitat ja toisaalta edistää hyvää. Tutkijan täytyy myös varmistaa, että kaikki tutkimukseen osallistujat ovat samanarvoisessa asemassa ja suojelee heidän yksityisyyttään mahdollisimman hyvin. Tärkeää on myös, että tutkija varmistaa tutkimuksen eettisyyden tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289–290; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176; Hirsjärvi ym. 2010, 25–26.)

Autonomisuus ja kriittisyys ovat myös tärkeässä osassa tutkimuksen etiikan kannalta. Autonomisuus tarkoittaa pyrkimystä vain ja ainoastaan oikeaan tietoon siten, ettei mitkään ulkoiset arvot voisivat vaikuttaa tuloksiin. Kriittisyys tarkoittaa taas tavoitteellista toimintaa virheiden vähentämiseksi, julkisuutta ja avoimuutta, tulosten kyseenalaistamista sekä tiedeyhteisön kriittistä keskustelua. (Hallamaa ym. 2006, 97.)

Jotta tutkimus olisi eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tulokset uskottavia, tutkimuksen tekijän on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Se tarkoittaa ehdotonta rehellisyyttä ja huolellisuutta, avoimuutta sekä eettisesti kestäviä tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tieteellisen käytännön loukkauksia ovat piittaamattomuus ja vilppi. Piittaamattomuutta voi olla holtittomuus tutkimuksen suorittamisessa sekä muiden tutkijoiden ja tutkimustulosten vähättely ja aliarvioiminen. Tämä tarkoittaa myös kollegojen arvostamista. Sitä voi olla myös tulosten huolimaton kirjaaminen tai kirjaamatta jättäminen, puutteelliset lähdemerkinnät sekä vanhojen tutkimustulosten julkaiseminen näennäisesti uusina. Vilppi on tutkimustulosten keksimistä, tehtyjen havaintojen vääristelyä, luvaton lainaamista sekä anastamista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287–288; Hirsjärvi ym. 2010, 25–26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

5.4.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Aineiston luotettavuuden lähtökohdat löytyvät haastateltavien valinnasta. Tutkittavien valinnassa tulee noudattaa ensisijaisesti tarkoituksenmukaisuuden periaatetta. Laadullisessa tutkimuksessa on huolehdittava siitä, että tietolähteiden valinnassa tulee mahdollisimman monipuolinen laatu esille. Haastateltavat saattavat ohjata tutkimustuloksia johonkin suuntaan, joten haastateltavien määrän ja laadun täytyy olla riittävä. Haastateltavien valinnan tulee olla harkittua ja perusteltua. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on esittää tiedonantajien oma näkemys tutkitavasta asiasta, joten esitettävät kysymykset eivät saa olla liian suppeita. Suppeat kysymykset voivat rajoittaa tiedonantajan omaa näkökulmaa ja sen sijaan tuoda esille enemmän tutkijan omaa näkökulmaa asiaan. Toisaalta esitettävät kysymykset eivät saa olla liian laajoja, jotta tutkimusaineistoa ei kertyisi valtavia määriä. Esitettyjen kysymysten tulee olla avoimesti esillä tutkimustuloksissa aineiston luotettavuuden vahvistamiseksi. Haastattelijan tulee varautua toisaalta monisanaisiin ja toisaalta niukkasanaisiin haastateltaviin. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää tiedonantajien halu antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia. Luotettavuutta voi heikentää myös haastattelun tilannesidonnaisuus. Haastateltavat voivat antaa haastattelutilanteessa toisenlaisia vastauksia kuin jossain toisessa tilanteessa. Sen takia olisi hyvä suorittaa koehaastattelu, jossa testataan haastatteluteemojen toimivuus sekä käytännön toteutukseen liittyviä asioita. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 217; Hirsjärvi ym. 2010, 206–207.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan ja käsitellään luomalla aineistosta yläluokituksia ja niille alaluokituksia. Tutkijan tulee siis löytää luokitteluperusteet aineistosta. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistolle ei ole siis olemassa yhtä tiettyä tulkintatapaa, vaan analyysi sisältää aina tutkijan oman näkökulman asiaan. Sen takia analyysin luotettavuuden takaamiseksi tutkijan tulee kirjata ja perustella luokitteluperusteet, joita hän on käyttänyt. Analyysin luotettavuuden ensisijaisena tukena tulee esittää riittävässä määrin alkuperäishavaintoja tai suoria lainauksia aineistosta, sillä havainnot ja luokitukset tulee olla loogisesti yhteensopivia. Syntyneiden luokitusten täytyy olla myös toisensa poissulkevia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219.)

Tynjälä (1991) kertoo artikkelissaan Lincolnin ja Gubanin luotettavuusteoriasta, jossa käsitellään tutkimustulosten siirrettävyyden käsitettä. Siirrettävyys käsite kvalitatiivisessa tutkimuksessa on vastaava kuin kvantitatiivisen tutkimuksen yleistettävyys käsite. Siirrettävyys tarkoittaa käytännössä sitä, että tulokset voivat olla siirrettävissä johonkin toiseen kontekstiin riippuen siitä, kuinka samankaltainen ympäristö kyseisellä kontekstilla on. Tutkija ei voi tehdä yksin johtopäätöksiä siirrettävyydestä, vaan vastuu siitä on myös tutkimustulosten hyödyntäjällä. Sen takia tutkijan vastuulla on kuvata aineistoaan ja tutkimustaan yleensä riittävästi, jotta lukija voi pohtia tutkimuksen siirrettävyyden käsitettä.

6 TULOKSET

Opinnäytetyössä tulokset esitetään sairaanhoitajan näkökulmasta siten, että ne tulevat esille tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

6.1 Hoitajien kokemukset deliriumin tunnistamisesta ennen havainnointisivun käyttöönottoa

Hoitajilla oli paljon erilaisia kokemuksia deliriumista. Yleisesti osastolla on tavattu eniten tehohoidosta johtuvaa deliriumia ja alkoholista johtuvaa deliriumia. Erityisesti pitkittyneessä tehohoidossa olevilla, paljon tehohoitoon liittyviä lääkkeitä saavilla potilailla sekä unettomuudesta kärsivillä on hoitajien mukaan suurempi todennäköisyys vaipua deliriumiin. Myös joissakin tautitiloissa deliriumin koettiin olevan yleisempää. Hoitajien mielestä ei kuitenkaan aina ollut selvää paljon alkoholia käyttävän potilaan kohdalla, johtuuko delirium alkoholista vai itse tehohoidosta. Postoperatiivisilla potilailla oli myös havaittu olevan joskus deliriumia, mutta harvemmin kuin muilla potilasryhmillä.

”Teholla on oikeastaan kahdenlaista deliriumia. Eli on tällaista alkoholideliriumia ja sitten on myös tehohoidosta johtuvaa deliriumia. Ne voi olla yhteydessä toisiinsa, eli voi olla alkoholin käyttäjä jolle tulee siitä (alkoholista) deliriumia ja sitten tulee vielä näistä tehohoitolääkkeistä. Mutta sitten voi olla, että ei ole mitään tekemistä alkoholin kanssa, mutta nämä tehohoitolääkkeet aiheuttavat deliriumia...”

”Kyllähän sitä esiintyy varsinkin pitkittyneessä tehohoidossa ja tietyissä tautitiloissa se on yleisempää kuin sitten muissa... Sitten tämmöiset valvontapotilaat, vähän kevyemmät postoperatiiviset potilaat, niin heillä ehkä sitten vähemmän...”

Hoitajat olivat tavanneet teho-osastolla monentasoisia deliriumia. Osalla potilaista oli saattanut olla vain lievää sekavuutta, ja toiset potilaista olivat olleet selvästi deliriumissa. Hoitajien mukaan melkein kaikilla tehohoidossa olevilla esiintyy jonkinasteista deliriumia.

”Meillä tehollahan yleensä potilaat jonkinasteisesta deliriumista kärsii. Minkälaisia kokemuksia? Kaiken näköisiä. Sellaista ihan lievää sekavuutta tai sitten ihan sellaista vallatonta oleilua. Eli laidasta laitaan...”

”...että kyllä lähes kaikki jotka ovat vakavasti sairaita teholla, niin josakin määriin esiintyy delirium oireistoa...”

Deliriumin tunnistaminen tapahtui ennen deliriumsivun käyttöönottoa samalla tavalla kuin nykyään. Hoitajat seurasivat potilaan kliinisiä oireita ja käyttäytymistä eli havainnoivat potilasta ja tarkkailivat hänestä deliriumin oireita. Tunnistamista ohjasi koulussa ja työkokemuksen kautta saatu tietotaito sekä perustiedot sairauksista. Oma arvio ja oma näkemys olivat vahvassa asemassa arvioitaessa potilaan tilaa. Tunnistamisen apuna ei käytetty mitään yhteistä toimintatapaa tai sen taustalla ei ollut varsinaista ohjaavaa teoretietoa.

”Senhän näkee ihan ammattitaidolla, sanotaan niin. Eli potilaan kliinistä kuvaa katsomalla. Hänhän muuttuu sekavaksi ja näkee pikkukukkoja, jos niin sanotaan, siis tällaisia hallusinaatioita...”

”Koulussahan tietenkin opitaan ihan perusasiat... Ennen se oli enemmän semmoinen oma-arvio ja oma näkemys, että sitä ei mikään ohjannut periaatteessa kuin se opittu ja se ikä kokemus mikä sinulla oli opiskelujen ajalta ja edellisistä kohtaamisista deliriuttisten potilaiden kanssa...”

6.2 Hoitajien keinot ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia

Hoitajien keinot ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia jakoutuivat lääkkeettömiin sekä lääkkeellisiin keinoihin. Lääkkeettömät keinot olivat hoitajien mukaan niitä, joita käytetään enemmän deliriumin ennaltaehkäisemiseen. Hoitajat pyrkivät mahdollisuuksien mukaan aktivoimaan potilaita mobilisoimalla sekä television avulla. Potilasta myös tuetaan orientoitumaan aikaan ja paikkaan. Tämä tapahtuu käytännössä siten, että potilaalle kerrotaan missä hän on, mikä päivä on ja miksi hän on osastolla. Erityisen tärkeänä hoitajat pitivät sitä, että osastolla yö erotetaan päivästä ja että yö rauhoitetaan nukkumiselle. Hoitajien mielestä ennaltaehkäisyä oli myös potilaan tarkkaileminen sekä deliriumin merkkien tunnistaminen.

”No varmasti tärkeintä on se, että pyritään erottamaan se yö päivästä ja päivä yöstä.”

”Deliriumin ehkäisy on yrittää saattaa potilasta jossain määrin ajan tasalle, eli kertoa siitä missä on, mitä tehdään, mikä päivä ja miksi on tullut...”

”Eli pyritään aktivoimaan potilaita, jos he eivät ole sedatoituina päiväsaikaan mobilisoimalla ja televisiolla...”

Hoitajien mukaan deliriumia voidaan myös ennaltaehkäistä lääkkeiden avulla, mutta deliriumin hoitaminen tapahtuu pelkästään lääkkeiden avulla. Ennaltaehkäisevä lääkehoito tarkoittaa toisaalta suoranaista ennaltaehkäisyä lääkkeillä ja toisaalta sitä, että kaikki lääkitys mitä käytetään, olisi harkinnanvaraista. Tarkoituksena olisi, että potilaat hoidetaan mahdollisimman pienellä lääkeannoksella ja mahdollisimman lyhyen aikaa. Kun potilas on sedatoitu, sedaatio pyritään välillä keskeyttämään ja siten pyritään arvioimaan potilaan tilaa. Lääkkeellistä ennaltaehkäisyä oli myös se, että potilaiden uni pyritään tarvittaessa turvaamaan unilääkkeillä. Lääkkeellinen ennaltaehkäisy ja hoitaminen eroavat toisistaan siten, että deliriumin laukaisemiseen tarvitaan huomattavan paljon isommat lääkeannokset kuin ennaltaehkäisyyn.

”Tarvittaessa käytetään lääkitystä, että saadaan potilaat nukkumaan.”

”Ennaltaehkäisevänä keinona voidaan pitää vaikka sitä, että mahdollisimman pienellä unilääkeannoksella pyritään potilas hoitamaan ja mahdollisimman lyhyellä aikavälillä. Sitten pyritään välillä sedaatio keskeyttämään ja aloitetaan uudestaan...”

6.3 Hoitajien kokemukset deliriumin havainnointisivun käytöstä hoitotyössä

Deliriumisivun vaikutukset käytännön hoitotyöhön ovat olleet positiivisia tai neutraaleja. Hoitajat kokivat deliriumisivun helpottaneen hoitotyön dokumentoimista ja heidän mielestään dokumentoimista tapahtui myös enemmän. Sen koettiin helpottavan kirjaamista vähentämällä kirjoitustyötä ja toisaalta auttamalla jäsentelemään tarkemmin potilaiden oireita ja auttamalla kuvailemaan potilasta tarkemmin. Toisin sanoen sen koettiin vaikuttaneen positiivisesti kirjaamisen laatuun. Deliriumisivu muistuttaa heitä tarkkailemaan potilaan agitoitumista ja sen avulla saa helposti tallennettua tarkat kellonajat potilaassa tapahtuville muutoksille. Deliriumisivu koettiin hyödylliseksi erityisesti nuorien hoitajien kohdalla, koska se auttoi heitä havaitsemaan lieviä deliriumiin viittaavia muutoksia. Toisaalta sivun ei koettu vaikuttaneen lääkärin toimii yksistään, vaan hoitajien mielestä heidän rooliinsa kuului edelleen viedä tieto mahdollisesta deliriumista lääkärille. Sivun ei myöskään koettu

vaikuttavan yksistään hoitajien toimiin, vaan hoitajat tarkkailivat potilasta kokonaisvaltaisesti.

”Kyllä se muistuttaa meitä, jos on muuta kiirettä siinä, huomioimaan sitä potilaan mahdollista selväpäisyys- sekavuustilaa...”

”Varmasti uudelle hoitajalle joka on vähemmän aikaa ollut, niin siitä voi olla apua, että hän hoksaa että hei että nämä asiat on nyt täällä ja tämä taitaakin olla menossa deliriumiin...”

”En osaa sanoa, että tämän sivun perusteella määrättäisiin jotakin hoitoa. Kyllä se on ehkä semmoinen kokonaisvaltainen keskustelu potilaan tilanteesta...”

Deliriumsivu on vaikuttanut positiivisesti deliriumin oireiden tunnistamiseen. Hoitajien mielestä deliriumsivu ohjaa tunnistamaan deliriumin oireita erityisesti silloin, kun potilaalla on vasta alkava tai lievä delirium. Se on siis selkeyttänyt, helpottanut ja parantanut oireiden tunnistamista. Sen myös koettiin herättelevän hoitajaa tunnistamaan deliriumin oireita yleensä sekä huomaamaan miltä osin muutokset tapahtuvat. Toisaalta, kun kyseessä on selkeästi deliriumissa oleva sekava potilas, sivu ei ole vaikuttanut oireiden tunnistamiseen, vaan omat havainnot menevät sivun edelle.

”Kun vaan ahkerasti käy klikkaamassa ne kaikki asiat ja tarkistaa ne tietyin väliajoin, niin silloin se ohjaa tosi hyvin huomaamaan, että tapahtuuko siinä tilassa muutosta ja miltä osin ne muutokset tapahtuu. Ja sitten, että onko esimerkiksi lääkityksellä vaikutusta, että helpotuu se tilanne vai meneekö se vain hullumpaan päin...”

”...tuskin se ehkä on kovinkaan paljon siis lisännyt. Että sitä osaa jo tunnistaa potilaasta oireet...”

Deliriumsivun koettiin joko nopeuttaneen hoitotyötä kirjaamisen osalta tai sen koettiin säästävän aikaa. Toisaalta deliriumsivulla ei havaittu olevan juurikaan vaikutusta ajankäyttöön. Sen täyttämiseen ei siis koettu menevän erityisesti aikaa. Sivun ei todettu lisänneen työtaakkaa eikä sen myöskään koettu olevan erityisen rasittava, paitsi adekvaattien potilaiden kohdalla.

”On nopeuttanut. Se on helpompi kuvailla se potilaan tilanne kun siellä on apusanoja ja siellä on apuna eriteltynä ne eri osa-alueet mitä deliriumissakin tarkkaillaan ja havainnoidaan...”

”En koe, että siihen menisi jotenkin mitenkään erityisesti aikaa, että se on sillä tavalla yksinkertaistettu ja selkeä. Että ei siihen minun mielestä aikaa kulu mitenkään tavallista enemmän.”

Deliriumsivun ulkoasuun suhtauduttiin positiivisesti, neutraalisti tai sen koettiin olevan liian monimutkainen. Toisten vastaajien mielestä se oli tarpeeksi yksinkertainen, käytettävä, ytimekäs, helposti avattava ja hahmotettava. Se oli myös helposti täytettävä, erityisesti jos sivu oli käyttäjälleen tuttu. Toisaalta siinä koettiin olevan liikaa täytettäviä kohtia.

”Se on ihan selkeä...”

”Neutraali suhtautuminen...”

”Minä sanoisin, että siinä on liikaa niitä kohtia...”

Deliriumsivun toimivuuteen liittyviä ongelmakohtia tuli esille useita erilaisia. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin sivun toimimattomuus sedatoidun potilaan kohdalla. Silloin sivu ei anna hoitajien mielestä oikeaa tulosta. Toisaalta adekvaatin, kommunikoimaan pystyvän potilaan kanssa sivu oli hyvin toimiva ja helposti täytettävä. Erittäin tarpeelliseksi sivu koettiin silloin, kun potilaalla on alkavaa sekavuutta tai tehohoito on pitkittynyt. Erityisen adekvaatin potilaan kohdalla sivu koettiin kuitenkin turhaksi. Hoitajista tuntui myös, että kiireessä sivu jää vähemmälle huomiolle ja sen käyttäminen vaatii harjoittelua. Sivun kysymyksiin koettiin joiltakin osin olevan vaikea vastata ohjeistuksesta huolimatta. Sivun hyödynnettävyys oli jäänyt epäselväksi. Hoitajat kokivat myös, että sivusta puuttuu kohta, josta näkisi pitemmän aikavälin muutokset.

”Minä nostan sen esille, että kun potilas on sedatoitu tai nukutettu. Se on jotenkin ollut sellainen hankala...”

”Sanotaanko, että sellaisissa tilanteissa, että on paljon töitä, niin varmasti ei paneudu kovin syvällisesti...”

”Monesti tuntuu, että potilas joka on täysin adekvaatti, orientoitunut, tajuissaan, aikaan ja paikkaan orientoitunut, jolla ei ole minkäänköisiä sekavuutta, että silloin tuntuu vähän turhalta täyttää sitä sivua...”

Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että deliriumsivu on vaikuttanut positiivisesti hoitotyön laatuun. Toisaalta hoitajat olivat myös sitä mieltä, että havainnointisivulla ei ole vaikutusta hoitotyön laatuun. Sivun koettiin kuitenkin auttaneen huomamaan deliriumin merkit varhaisemmassa vaiheessa ja se myös muistutti havainnoimaan deliriumia. Hoitajien mielestä sivu myös antaa näkemyksen siitä missä vaiheessa delirium on ja mihin päin se on kehittymässä. Sivun myös koettiin autta-

van dokumentoimaan hoitotyötä paremmin. Erityisesti deliriumsivun koettiin parantaneen hoitotyön laatua silloin, kun hoidettavana on deliriumista kärsivä potilas.

”... toisaalta kyllä se varmasti panee huomaamaan sen, että semmoinen asia kuin delirium on olemassa ja se pitää huomioida.”

”... ainakin sitä nyt tulee dokumentoitua paremmin”

”... se ei ole mielekästä kaikilla täyttää sitä sivua...”

”...kyllä niillä joilla se on aiheellista hoitaa, niin se on auttanut.”

Deliriumsivun vaikutukset kustannuksiin jakaantuivat kahteen eri teemaan. Deliriumsivun koettiin vähentävän hoitotyön kustannuksia lyhentämällä hoitajakson pituutta. Pääasiassa hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että deliriumsivulla ei ole vaikutusta kustannuksiin.

”... ennemminkin säästöpolitiikkaa, jos huomataan ajoissa se delirium, niin hoitajakso ei ainakaan pitkity siksi, että potilasta hoidetaan täällä sekavuuden takia.”

”... minä en usko, että se tänä päivänä on vielä kauheasti vaikuttanut siihen.”

6.4 Deliriumsivun käyttöön liittyvät kehityshaasteet

Esille tulleet kehityshaasteet liittyivät deliriumsivun ulkoasuun sekä sen käyttämiseen. Usean hoitajan mielestä havainnointisivulle kaivattaisiin kohta, jossa tulisi selville se onko potilas sedatoituna vai ei. Sen lisäksi sivun toivottiin erottelevan yön päivästä, koska potilaat voivat oirehtia enemmän väsyneinä ja vasta heränneinä kuin täysin hereillä ollessaan. Toisaalta sivussa koettiin olevan myös liikaa täytettäviä kohtia, joten sivun toivottiin olevan pelkistetympi, selkeämpi sekä yksinkertaisempi. Sivua toivottiin kehitettävän myös siten, että se ohjaisi enemmän hoitajan toimintaa. Sivulle haluttiin lisäksi lisätä kohta, josta näkisi pitemmän aikavälin muutokset. Sen myös haluttiin olevan mahdollisimman helposti täytettävä.

”Semmoista jatkumoa ei siihen oikeastaan saada, että nähdään vain sen hetkinen. Että semmoista pitempää, miten se on hoitajakson aikana kehittynyt, niin vähän semmoista toivoisi heti...”

”Minä toivoisin, että se olisi ehkä vähän pelkistetympi ja niitä kohtia olisi vähän vähempi...”

”Jotenkin siihen samalle sivulle pitäisi saada se, että onko se potilas sedatoituna vai eikö ole sedatoituna... sitten olisi helpompi tavallaan lukeakin sitä sivua...”

”...potilaalla voi olla unessa tai unenpöpperössä enemmän semmoista sekavuutta mitä ei sitten ole päivällä, että se ei erottele sitä yötä ja päivää ja vuorokauden ajankohtaa ollenkaan...”

”...että siitä tulisi sellainen, että se suoranaisesti ohjaisi siihen toimintaan mitä voidaan tehdä...”

Käyttämistä koskevat asiat liittyivät täyttämiseen, muun muassa siihen, pitäisikö sivun olla tarvittaessa avattava, ja tämän lisäksi sivun toivottiin olevan näkyvämpi osa päivittäistä hoitotyötä. Sivun toivottiin olevan mahdollisimman nopeasti täytettävä ja ei-kuormittava. Pohdintaa aiheutti myös se, kuinka usein sivua on mielekästä täyttää ja pitäisikö se avata vasta silloin, kun oireita alkaa ilmetä. Kuitenkin usean hoitajan mielestä sivu oli hyvä sellaisenaan, eikä se heidän mielestään kaivannut kehittämistä.

”...että se olisi semmoinen tarvittaessa avattava sivu...”

”...se mitä toivoisi siltä sivustolta, olisi tosiaan miettiä, että kuinka usein sitä on mielekästä täyttää ja että se olisi semmoinen selkeä ja nopeasti täytettävä...”

”Siinä sivussa on ne tietyt asiat mistä pitää valita. On hallusinaatioita tai ei ole hallusinaatioita. Orientoituu tai ei orientoidu. Silloin kun on kyse jostain mittarista, niin minun mielestä sen pitää olla yksinkertainen ja selkeä ja minun mielestä se täyttää sen. Että en näe semmoista, että siihen voisi kauheasti mittariin sen kummempaa mitään kehittämistä olla. Tai saattaa olla, mutta jos minä ajattelen meidän potilaita, niin se, kyllä meidän potilailla se toimii ihan hyvin.”

”... joka kerta kun määrätään lääkkeitä tai sedaatiota, niin katsottaisiin kuinka paljon se deliriumsivu on. Se tekisi ehkä siitä sivusta tärkeämmän. Se tekisi siitä todellisen työkalun...”

7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tuloksia yhdistämällä opinnäytetyön tuloksia teoriaan. Samoin pohditaan myös tämän opinnäytetyön etiikkaa ja luotettavuutta. Tässä luvussa pohditaan myös opinnäytetyön prosessia ja ammatillista kasvua, esitetään jatkotutkimushaasteita sekä johtopäätökset.

7.1 Tulosten tarkastelua

Hoitohenkilökunnan kokemukset deliriumin havainnoimisesta ennen havainnointisivua olivat perustuneet pelkästään omaan tietotaitoon. Hoitajat tiedostivat, että delirium voi johtua monista eri syistä, mutta sen systemaattista seulomista ei tehty. Toisaalta hoitajat osasivat varautua deliriumiin, kun heillä oli tiedossa, minkälaisissa tautitiloissa deliriumin esiintyminen on yleisempää. Eräänä erityisenä tekijänä oli runsas alkoholin käyttö ennen tehohoitoon joutumista. Deliriumin syntyymiseen vaikuttavia tekijöitä on kuitenkin paljon muitakin. Delirium voi johtua itse tehohoidosta, siihen voi vaikuttaa jo potilaalla oleva perussairaus, kuten dementia, tai se on näiden tekijöiden yhteisvaikutuksen tulos. Tehohoitoympäristö itsessään on merkittävä tekijä deliriumin syntyymisessä. (Pandharipande ym. 2006.) Erityisesti teho-osaston kokeneilla hoitajilla on siis paljon tietotaitoa deliriumista, jota he hyödyntävät työssään.

Tuloksista käy ilmi, että hoitohenkilökunta on pääosin tyytyväinen havainnointisivuun. Havainnointisivu koetaan osastolla hyödylliseksi erityisesti silloin, kun kyseessä on sekava potilas tai potilas, jonka hoitajakso on pitkittynyt teho-osastolla. Kuitenkin tuloksista kävi ilmi, että deliriumsivun järjestelmällinen käyttö koettiin turhaksi kaikilla potilailla ja sen hyödynnettävyys oli jäänyt epäselväksi. Pitkään tehohoitoympäristössä työskennelleet hoitajat eivät myöskään kokeneet hyötyvänsä sivusta, vaan deliriumin havainnoiminen tapahtui enemmän oman tiedon ja kokemuksen avulla. Sivun käyttämiseen liittyi siis jonkinlainen motivaation puute eivätkä kaikki hoitajat olleet tiedostaneet deliriumin varhaisen tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn vaikutuksia hoitotyön laatuun ja kustannuksiin. Kuitenkin itse keinot ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia olivat hoitajilla hyvin hallussa. Esimer-

kiksi hoitajat tiedostivat hyvin lääkityksen sekä univalverytmin vaikutukset deliriumin syntyyn. (Leinonen & Alanen 2009; Laurila 2012.) Hoitajat voisivat hyötyä esimerkiksi havainnointisivuun liittyvästä koulutuksesta ja toisaalta havainnointisivun käyttämiseen liittyvää motivaatiota voisi parantaa, jos hoitajat tietäisivät missä määrin lääkärit hyödyntävät sivua.

Sivusta toivottiin tarvittaessa avattavaa niille potilaille, joilla sivun avaamiseen olisi selvä indikaatio. Liisanantti (2011b) korostaa artikkelissaan kuitenkin sitä, että delirium on alidiagnosoitu ongelma ja sen seulominen pitäisi olla rutiiniprotokolla jokaisessa tehohoitoyksikössä. Tätä asiaa vastaan puhui myös se, että sivu koettiin hyödylliseksi erityisesti sellaisten hoitajien kohdalla, joilla oli vähän työkokemusta tehohoito-osastolla. Sivun koettiin silloin auttavan huomaamaan pieniä muutoksia ja myös muistuttavan deliriumin mahdollisuudesta. Ennen havainnointisivua osastolla ei myöskään ollut käytössä mitään yhtenäistä menetelmää deliriumin tunnistamista ajatellen, ja siten sivu on tavallaan luonut sille yhtenäisen käytännön. Yhtenäiset käytännöt tasapainottavat hoitotyön laatua ja parantavat potilasturvallisuutta.

Yleisesti ottaen sivun toivottiin olevan mahdollisimman käytettävä. Käytettävyys tarkoittaa toiminnallisuuden, loogisuuden, informatiivisen esitystavan, hyödyllisyyden, helppokäyttöisyyden, ohjeistuksen ja tunteisiin vaikuttavuuden kokonaisuutta. (Keinonen 2000.) Se tarkoittaa myös käyttämisen tehokkuutta, oppimisen helppoutta, muistamisen helppoutta, vähäisiä ongelmakohtia sekä subjektiivista miellyttävyyttä eli käyttämisen itsessään pitäisi olla miellyttävää. (Nielsen 1993, 25.) Tämän perusteella sivussa oli puutteita. Sivun koettiin antavan vääränlaisia tuloksia silloin, kun potilas oli sedatoitu ja sen toivottiin näyttävän pitemmän aikavälin muutokset. Sivun koettiin myös olevan hankala täyttää ohjeistuksesta huolimatta. Sivuuun olisi siis hyvä lisätä ”trendi”, joka näyttäisi muutokset potilaan tajunnassa pitemmältä aikaväliltä, ja sen täyttämiseen liittyviä ohjeistuksia tulisi muuttaa selkeämmiksi. Havainnointisivun voisi myös ohjelmoida jättämään huomiotta potilaan uneliaisuutta koskevan kysymyksen tai havainnointisivun täyttäminen pitäisi ohjelmoida siihen ajankohtaan, kun potilasta välillä herätellään sedaatiosta. Toisin sanoen sivun käyttäminen sedatoidun potilaan kohdalla aiheutti eniten turhautumista.

7.2 Opinnäytetyön etiikka ja luotettavuus

Omassa tutkimuksessani tutkittavien vapaaehtoisuuden selvittäminen tapahtui siinä yhteydessä, kun osastonhoitaja valitsi haastateltavat. Heiltä kysyttiin suullisesti ovatko he valmiita osallistumaan tutkimukseen. Haastattelujen aluksi kävin läpi opinnäytetyöni aiheen ja, sen mitä aion tutkimuskysymysten avulla selvittää. Tarkoitukseni oli ennen haastattelujen tekemistä esittää tiedonantajille haastatteluteemat etukäteen. En kuitenkaan antanut haastatteluteemoja etukäteen sen takia, että se olisi saattanut vaikuttaa tuloksiin siten, että tiedonantajat olisivat voineet miettiä etukäteen ”hyväksyttävämpiä” vastauksia. Anonymiteetistä huolehdin tuhoamalla nauhoitukset asianmukaisesti polttamalla kasetin sekä käymällä puhelimen tiedostot järjestelmällisesti läpi ja poistamalla nauhoitukset sekä polttamalla litteroinnit. Tämän lisäksi käänsin puhekielen yleiskieleksi, jotta tiedonantajien käyttämät murteet tai sanonnat eivät paljastaisi heidän henkilöllisyyttään. Analysointivaiheessa en käyttänyt muita haastatteluita kuin itse nauhoittamiani, ja toisaalta en jättänyt yhtään haastattelua tai haastattelun osaa pois analysoinnista. Pyrin analysoimaan materiaalin mahdollisimman hyvin mitään lisäämättä ja poistamatta.

Opinnäytetyössäni tarkoituksenmukaisuuden periaate tarkoitti sitä, että tiedonantajat valittiin deliriumin havainnointisivun käyttökokemuksen mukaan. Mielestäni ei ollut tarkoituksenmukaista valita haastateltavaksi sellaisia henkilöitä, jotka ovat työskennelleet kyseisellä teho-osastolla vain vähän aikaa. Haastateltavien valinnan suoritti teho-osaston nykyinen osastonhoitaja Kaija Ojanperä. Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta havainnointisivun käytöstä, ja tiedonantajina toimi monipuolisesti pitkän työuran tehneitä sairaanhoitajia sekä nuorempia sairaanhoitajia.

En suorittanut koehaastattelua. Kävimme yhdessä tätä asiaa läpi ohjaavan opettajan kanssa ja tulimme siihen tulokseen, että se ei ole tarpeellinen. Haastatteluteemat hyväksyin kuitenkin ennen haastatteluja ohjaavalla opettajalla sekä yliopettajalla. Olen kuitenkin sitä mieltä, että koehaastattelu olisi ollut tarpeellinen käytännön asioiden parantamiseksi. Samalla olisin voinut syventää alkuperäistä teemaa.

Analysoinnin suoritin mahdollisimman neutraalisti ja huolellisesti kuin osasin. Yritin aktiivisesti välttää minkään asian poisjäämistä ja jouduinkin välillä korjaamaan pelkistämistä neutraaliin suuntaan. Tulosten kirjaamisessa yritin olla mahdollisimman huolellinen ja kävin kaikki tuloksissa esiintyvät asiat järjestelmällisesti läpi. Tulosiota vahvistaakseni yritin etsiä mahdollisimman kuvaavat lainaukset litteroidusta materiaalista. Koko kirjoittamisprosessin ajan olen säilyttänyt opinnäytetyöhön liittyviä papereita yhdessä kansiossa ja olen tuhonnut kyseiset paperit polttamalla, jotta salassa pidettävät tiedot eivät pääse julkisuuteen.

7.3 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyön aihetta miettiessäni aloitin siitä, minkälaisessa yksikössä haluaisin tehdä opinnäytetyöni. Valitsin teho-osaston sen takia, että olen kiinnostunut akuuttihoitotyöstä. Lähestyin teho-osaston silloista apulaisosastonhoitajaa puhelimitse ja kysyin, olisiko hänellä antaa jotakin aihetta opinnäytetyötäni varten. Hän kertoi, että osastolla oltaisiin piakkoin ottamassa käyttöön Oulun teho-osastolla käytössä oleva deliriumin havainnointisivu ja että kyseisestä aiheesta voisi tehdä opinnäytetyön.

Aihe tuntui kiinnostavalta ja aloin pohtia minkälaisen opinnäytetyön siitä saisi. Tulin siihen johtopäätökseen, että itse mittarin kehittäminen tai vaikuttavuuden tutkiminen on liian haastava tehtävä, joten päätin paneutua itse havainnointisivuun ja sen käyttämiseen. Samalla tuli selväksi, että tiedonantajina olisivat hoitajat. Hoitajien lukumäärän sekä opinnäytetyön aiheen vuoksi valitsin lähestymistavaksi kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla pystyisin perehtymään aiheeseen syvällisemmin ja haastattelujen tuoman tiedon avulla pystyisin kuvaamaan hoitajien kokemuksia havainnointisivusta. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on myös joustava. Teemahaastattelun valitsin sen takia, että sen avulla pystyisin saamaan rikasta tietoa havainnointisivun käytöstä.

Aloitin opinnäytetyön tekemisen teorian etsimisellä. Etsin tietoa erityisesti deliriumista itsestään, koska se oli minulle silloin outo käsite. Teoriatieto oli myös tuke-
massa siinä vaiheessa, kun mietin tutkimuskysymyksiä ja teemahaastattelun runkoa. Tietoperustaan olen etsinyt paljon englanninkielisiä artikkeleita, koska deli-

riumista sekä havainnointisivussa käytettävistä mittareista oli saatavana vain vähän tietoa suomen kielellä. Kun olin saanut tietoperustan ensimmäisen osan valmiiksi, aloitin haastattelut.

Tietoperustan toiseen aihealueeseen oli niin ikään vaikea löytää tietoa, koska kliinisten hoitotyön mittareiden merkityksestä hoitotyössä on vain vähän tietoa. Olenkin siihen tyytymätön, että en löytänyt tuoreita lähteitä hoitotyön mittareihin liittyen. Lähteiden puutteessa kuitenkin hyväksyin vanhemmatkin julkaisut lähteiksi. Koska en löytänyt tarpeeksi tietoperustaa mittareiden merkitykseen liittyen, päätin laajentaa opinnäytetyötäni koskemaan havainnointisivun vaikutuksia hoidon laatuun ja kustannuksiin. Tämän johdosta päätin tehdä syventäviä haastatteluja samoille hoitajille, joita olin aikaisemminkin haastatellut. Syventävien haastatteluiden haastattelukysymykset koskivat havainnointisivun vaikutusta hoidon laatuun ja kustannuksiin. Koin tarpeelliseksi myös saada lisää materiaalia teemahaastattelukysymysten viidenteen kysymykseen: ”Mitä käyttöön liittyviä asioita tulisi kehittää.” Samalla halusin kartoittaa hoitajien keinoja ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia sekä saada selville konkreettisia muutoksia, joita he havainnointisivuun haluaisivat.

Prosessin seuraavana vaiheena litteroin ja analysoin syventävien haastattelujen materiaalin. Haasteena koin lisämateriaalin lisäämisen ensimmäiseen analyysiin. Pyrin käymään analyysin järjestelmällisesti läpi vielä kerran tässä vaiheessa, jotta mitään ei jäisi tuloksista pois.

Tulosten kirjaamisen jälkeen aloin kirjoittaa pohdintaa ja sain sen valmiiksi kesäkuussa 2013. Jätin opinnäytetyön tämän jälkeen lepäämään muutamiksi viikoiksi ja jatkoin pohdinnan kirjoittamista tauon jälkeen. Pitämäni tauko kirjoittamisesta osoittautui hyödylliseksi, koska sen jälkeen pystyin syventämään pohdintaosuutta. Opinnäytetyön kirjoittamisen viimeisessä vaiheessa olen keskittynyt enemmän opinnäytetyön ulkoasuun ja viimeistellyt erityisesti johtopäätösosuutta.

7.4 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen voisi toteuttaa uudestaan esimerkiksi kahden vuoden päästä eri menetelmää käyttäen tai kokonaan eri osastolla. Kyselyn voisi toteuttaa esimerkiksi koko osastolle avointa kyselylomaketta käyttäen. Tutkimuksen voisi toteuttaa myös esimerkiksi jonkin toisen paikkakunnan teho-osastolla, jolla on käytössä samanlainen havainnointisivu. Tutkimukseen saisi myös hieman erilaisen näkökulman, jos kohderyhmään otettaisiin mukaan osaston lääkäri ja osastonhoitaja.

Havainnointisivun vaikuttavuutta voisi tutkia esimerkiksi siten, että tehtäisiin tilastollinen tutkimus siitä, kuinka paljon deliriumpotilaita osastolla on ollut ennen havainnointisivun käyttöönottoa ja käyttöönoton jälkeen. Tutkimuksessa voisi selvittää, kuinka aikaisessa vaiheessa delirium on tunnistettu, kuinka vaikeaa-asteiseksi delirium on kehittynyt ja kuinka kauan se on kestänyt.

7.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on ollut vaativa, mutta antoisa kokemus. Prosessin aikana minulle on hahmottunut se mistä opinnäytetyöstä tai ylipäättään tutkimustyöstä on kysymys. Opiskeleminen Centria ammattikorkeakoulussa on antanut paljon eväitä erityisesti oman ammattitaidon kehittämistä ajatellen. Koen, että jos tarvitsen tietoa, osaan sitä myös etsiä ja prosessi itsessään on vahvistanut tiedonhaku-taitojani. Opinnäytetyön tekeminen on myös luonut aidon kiinnostuksen tutkimustyötä kohtaan ja toivonkin voivani tulevaisuudessa olla tekemisissä joko projektien tai tutkimustyön kanssa. Mahdollisia tutkimuskohteita tulee vastaan usein.

Opinnäytetyöhön olen etsinyt tietoa deliriumista sekä deliriumin seulomiseen liittyvistä mittareista. Sen takia voin sanoa, että olen saanut yksityiskohtaista tietoa erityisesti deliriumista itsestään, sen syntymiseen vaikuttavista tekijöistä sekä sen hoitamisesta. Olen myös iloinen voidessani sanoa, että olen pystynyt jo nyt hyödyntämään opinnäytetyöstäni saamiani tietoja käytännön hoitotyössä. Olen oppinut jonkin verran myös hoitotyössä käytettävistä mittareista ja opinnäytetyön tekeminen on tavallaan auttanut luomaan kriittistä suhtautumista hoitotyössä käytettäviä mittareita kohtaan. Toisaalta se on myös motivoinut hyödyntämään niitä tule-

vassa ammatissani entistä enemmän. Koen myös, että opinnäytetyö on auttanut vahvistamaan englannin kielen taitojani.

7.6 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella esitän seuraavat johtopäätökset:

1. Vaikka havainnointisivun käytöllä on ollut pääasiassa positiivisia ja neutraaleja vaikutuksia, se on aiheuttanut myös turhautumista ja siinä on hoitajien toimesta havaittu puutteita jotka vaikeuttavat hoitotyötä. Sivu koettiin suuntaantavaksi ja siitä oli apua vain silloin kun kyseessä on lievä delirium tai potilas on vasta menossa deliriumiin. Deliriumisivun ei siis katsottu olevan hyödyksi vakavasti deliriumissa olevilla potilailla. Kuitenkin havainnointisivun herkkyys havainnoida lievästi deliriumissa olevia potilaita hyödytti kokemattomia hoitajia ja siten parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua.
2. Hoitajilla oli kahdenlaisia keinoja ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia. Deliriumia ennaltaehkäistään pääasiassa lääkkeettömillä keinoilla, kuten potilaan aktivoimisella sekä tarkkailun avulla. Toisaalta ennaltaehkäisy liittyi lääkkeiden käyttöön siten, että kaikki lääkehoito on tarkkaan harkittua ja mahdollisimman lyhytkestoista. Deliriumin hoitaminen tapahtuu pääasiassa lääkkeillä. Hoitajilla on siis tietotaitoa ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia.
3. Havainnointisivun käyttämiseen ja sen ulkoasuun kaivattiin muutoksia. Sivusta toivottiin informatiivisempaa siten, että se olisi helposti täytettävissä ja toisaalta siten, että se ohjaisi hoitajan toimintaa. Havainnointisivuun toivottiin sellaista kohtaa, josta voisi seurata pitemmän aikavälin muutokset potilaan mahdollisessa selväpäisyydestä tai sekavuudesta. Sivun toivottiin erityisesti ottavan paremmin huomioon sen onko potilas sedatoitu vai ei. Samoin hoitajat toivoivat sivusta tarvittaessa avattavaa. Sivu ei ollut merkittävässä osassa lääkärinkierrolla ja hoitajat toivoivat sivun olevan näkyvä-

mässä osassa potilaan hoidosta päätettäessä. Hoitajat eivät myöskään tiedäneet missä määrin lääkäri ottaa sivun huomioon hoidosta päätettäessä.

4. Havainnointisivun koettiin joko nostaneen tai laskeneen kustannuksia. Pääasiassa oltiin myös sitä mieltä, että sivulla ei ollut vaikutusta kustannuksiin. Kaikilla hoitajilla ei ole siis tiedossa, minkälaisia vaikutuksia kustannuksiin havainnointisivun käytöllä on.

LÄHTEET

Bergeron, N., Dubois, M.-J., Dumont, M., Dial, S. & Skrobik, Y. 2001. Intensive Care Delirium Screening Checklist. Evaluation of a new screening tool. *Intensive care med* 27, 859–864.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säasmänen, J. & Varjus, S.-L. 2001. *Tehohoitotyö*. Tammi: Helsinki.

Ely, W., Inouye, S., Bernard, G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, P. & Dittus, R. 2001. Delirium in Mechanically Ventilated Patients. Validity and Reliability of the Confusing Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA* 21, 2703–2710. Www-dokumentti.

Saatavissa: <http://jama.amaassn.org/content/286/21/2703.full.pdf+html>. Luettu 20.3.2012.

Ely, W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S., Harrell F., Inouye, S., Bernard, G & Dittus, R. 2004. Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA* 14, 1753–1762. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.sedacionweb2.com/archivos/delirium-mortalidad.pdf>. Luettu 20.3.2012.

Girard, T., Pandharipande, P. & Ely, W. 2008. Delirium in the intensive care unit. Tutkimus. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc6149.pdf>. Luettu 20.3.2012.

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. *Etiikkaa ihmistieteille*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Hakapaino Oy: Helsinki.

Hautamäki, R. 2006. Tehohoitopotilaan delirium. *Finnanest* 39, 308–311. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/a_hautamaki.pdf. Luettu 20.3.2012.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Tammi: Helsinki.

Huttunen, M. 2011. *Sekavuustila*. Lääkärikirja Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357. Luettu 19.3.2012.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY: Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro: Helsinki.

Keinonen, T. 2000. *Miten käytettävyyys muotoillaan*. Nokia Oyj. Helsinki.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet>. Luettu 20.3.2013.
- Laurila, J.2012. Delirium. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128, 642–647. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo10163&p_haku=delirium. Luettu 19.3.2012.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1.–2. painos. WSOY: Helsinki.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1995. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusraportteja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Leinonen, E. & Alanen, H.-M. 2009. Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. Suomen lääkirilehti 64, 4465–4469. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll33278&p_haku=delirium. Luettu 19.3.2012.
- Liisanantti, J. 2011a. Tehohoitopotilaan delirium. Finnanest 44, 290–292. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/liisanantti_delirium.pdf. Luettu 20.3.2012.
- Liisanantti, J. 2011b. Tehohoitopotilaan delirium. Tehohoito 1, 23.
- Lindgren-Laine, H. 2005. Tehohoidon potilastietojärjestelmä. Tulevaisuuden ”paperiroskis” vai laadunkehityksen tietovarasto. Tehohoito 2, 145.
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514298004/isbn9789514298004.pdf>. Luettu 19.3.2013.
- Nielsen, J. 1993. Usability Engineering. California: Academic press.
- Pandharipande, P., Shintani, A., Peterson, J., Truman, B., Wilkinson, G., Dittus, R., Bernard G. & Ely, W. 2006. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. Anesthesiology 1, 21–26. Www-dokumentti. Saatavissa: http://journals.lww.com/anesthesiology/Abstract/2006/01000/Lorazepam_Is_an_Independent_Risk_Factor_for.5.aspx. Luettu 20.3.2012.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.—4. painos. WSOY: Helsinki.
- Pessi, T. 1986. Subjektiiiviset kliiniset mittarit tehopotilaan hoidossa. Tehohoito 1, 31–35.

Pyykkö, A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273141/isbn9514273141.pdf>. Luettu 18.2.2013.

Truman, B. & Ely, W. 2003. Monitoring Delirium in Critically Ill Patients. Using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse* 23, 25–35. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://ccn.aacnjournals.org/content/23/2/25.full>. Luettu 18.9.2012.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22, 390–391.

Ohje deliriumin havainnointiin

Katso myös: ohje kivun havainnointiin

RASS: jos -4 tai -5 (potilas ei reagoi tai reagoi vain voimakkaalle stimulukselle) testiä ei voi tehdä. Keskeytä/kevennä sedaatio ellei se ole kielletty ja tee testi kun RASS on -3 tai enemmän. Intuboituna oleminen ei ole este testin suorittamiselle.

1. Tajunta

Jos **sedatoimaton** potilas on hereillä, reagoi normaalisti, kirjataan *normaali*. Jos potilas pitää herätellä tai hän reagoi liian voimakkaasti ulkoiisiin ärsykkeisiin, kirjataan *epänormaali*.

Jos **sedatoitu** potilas on herätettävissä pienellä stimuloinnilla, kirjataan normaali. Muussa tapauksessa kirjataan epänormaali.

2. Keskittymiskyky

Mikäli potilaalla on vaikeus seurata ohjeita, keskittyminen häiriintyy helposti ulkoisesta ärsykkeestä tai potilaan on vaikeaa keskittyä uuteen asiaan, merkitään *ei keskity*. Muussa tapauksessa kirjataan *keskittyy*.

3. Orientaatio

Selkeä orientaatio aikaan, paikkaan tai ihmisiin (esim. potilas tunnistaa oman hoitajan tai omaisen), merkitään *orientoituu*. Muussa tapauksessa merkitään *desorientoituu*.

4. Hallusinaatiot, desluusiot tai psykoosit

Potilas kuulee ääniä tai näkee näkyjä (intuboitu potilas esim. "haroo kärpäsiä") merkitään *ääniä/näkyjä*.

5. Psykomotorinen aktiviteetti

Motorinen levottomuus, agitaatio tai hypoaktiivisuus (potilas huonosti reagoiva, apaattinen ilman sedaatiota) merkitään *motorisesti levoton*.

6. Kommunikointi

Epäsopiva (huutaminen, haistattelu etc.) tai sekava puhe, tilanteeseen sopimaton tunteiden ilmaisu, merkitään *epänormaali*.

7. Nukkuminen

Mikäli potilas on nukkunut vähemmän kuin 4h edellisenä yönä, on toistuvasti heräillyt yöllä, tai potilas nukkuu päivällä merkitään *epänormaali*.

8. Muutos

Jos viimeisen 24h kuluessa on tullut jokin uusi psykiatrinen oire tai johonkin kohdista 1-7 on muuttunut huonommaksi verrattuna edelliseen vuorokauteen, merkitään *kyllä*.

– Testi tehdään aamuvuoron aikana ja se antaa tuloksen 0-8.

- Jos pistemääräksi tulee 4 tai enemmän, potilas on todennäköisesti deliriumissa tai huomattavassa riskissä ajautua deliriumiin.

Sedaation arviointi / RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

Pisteet	Termi	Määritelmä
+4	Väkivaltainen	Potilas väkivaltainen, vaaraksi henkilökunnalle
+3	Erittäin agitoitunut	Pyrkii poistamaan katetrit, on aggressiivinen
+2	Agitoitunut	Tarkoituksetonta jatkuvaa liikehdintää, ei sopeudu hengityslaitteeseen
+1	Levoton	Levotonta liikehdintää, ei aggressiivinen
0	Rauhallinen ja hereillä	
- 1	Unelias	Ei täysin hereillä, helposti heräteltävissä joksikin aikaa puhumalla (silmien avaaminen, katsekontakti) (>10 sekuntia)
- 2	Kevyt sedaatio	Heräteltävissä hetkeksi puhumalla (katsekontakti) (<10 sekuntia)
- 3	Kohtalainen sedaatio	Reagoi puheeseen liikkumalla tai avaamalla silmät (ei katsekontaktia)
- 4	Syvä sedaatio	Ei reagoi puheeseen, mutta ravisteltaessa avaa silmät tai liikuttelee raajoja
- 5	Ei heräteltävissä	Ei reagoi puheeseen eikä ravisteluun

RASS-arvion tekeminen

1. Tarkkaile potilasta
 - Potilas on rauhallinen, levoton tai agitoitunut (tulos 0-+4)
2. Jos potilas ei ole hereillä, kutsu häntä nimeltä ja pyydä avaamaan silmänsä ja katsomaan sinua
 - Potilas herää, pitää silmiään auki ja ottaa katsekontaktin (tulos -1)
 - Potilas herää, avaa silmät ja ottaa katsekontaktin, mutta ei kovin pitkään (tulos -2)
 - Potilas reagoi puheeseen liikkumalla, mutta ei ota katsekontaktia (tulos -3)
3. Jos potilas ei reagoi puheeseen yritä stimuloida häntä fyysisesti ravistamalla olkapäästä ja/tai hieromalla rintalastasta
 - Potilas reagoi jollain tavalla fyysiseen stimulaatioon (tulos -4)
 - Potilas ei reagoi minkäänlaiseen stimulaatioon (tulos -5)

Glasgow`n kooma-asteikko / GCS (Glasgow Coma Scale)

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yhteensä		3-15

Teemahaastattelukysymykset

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on deliriumin tunnistamisesta?
2. Miten delirium on tunnistettu ennen havainnointisivun käyttöönottoa?
 - a. Mikä on ohjannut deliriumin tunnistamisessa
3. Millaisia kokemuksia hoitajilla on havainnointisivun käytöstä?
 - a. Onko myönteisiä kokemuksia? Jos on, niin minkälaisia?
 - b. Onko kielteisiä kokemuksia? Jos on, niin minkälaisia?
 - c. Miten havainnointisivu on vaikuttanut ajankäyttöön?
4. Miten havainnointisivu on vaikuttanut deliriumin tunnistamiseen entiseen verrattuna?
 - a. Oireiden tunnistamiseen?
 - b. Hoidon suunnitteluun?
 - c. Hoidon toteuttamiseen?
 - d. Hoidon arvioimiseen?
5. Mitä käyttöön liittyviä asioita tulisi kehittää?
 - a. Mitä puutteita?
 - b. Mitä ylimääräistä?
6. Millaisena hoitajat ovat kokeneet havainnointisivun ulkoasun?
 - a. Käytettävyys?
 - b. Helppolukuisuus?
 - c. Selkeys?

Syventävät teemahaastattelukysymykset

1. Minkälaisia keinoja hoitajilla on ennaltaehkäistä ja hoitaa deliriumia?
2. Miten havainnointisivu on vaikuttanut hoidon laatuun?
 - a. Millä tavalla?
3. Miten havainnointisivu on vaikuttanut tehohoidon kustannuksiin?
 - a. Millä tavalla?
4. Mitä käyttöön liittyviä asioita tulisi kehittää?
5. Minkälaisia muutoksia hoitajat haluavat havainnointisivuun?

TUTKIMUSLUPA-ANOMUSOrganisaatio, jolle anomus osoitetaan: Kiuru

Vastuuhenkilö organisaatiossa: _____

Tutkimusluvan anoja(t) Jenni LiedesOsoite Kennustie 523, 68100 HiltolaPuhelin 040 8648 712Sähköpostiosoite jenn.liedes@kou.fiTutkimuksen nimi Sairaanhoitajien kokemuksia deliriuminhavainnointia päivittäin käytössä deliriumpotilaan tehohoitotyössäTutkimuksen tarkoitus Selvitää sairaanhoitajien kokemuksia deliriumin havainnointityön käytössäja hyödynnettävyydestä deliriumpotilaan hoitotyössä Keski-pohjanmaankeskussairalan tehossa osalla.Tutkimuksen kohderyhmä Keski-pohjanmaan keskussairalan teho-osastonsairaanhoitajatAineiston keruun arvioitu ajankulutus Helmikuu - toukokuu 2013Tutkimusmenetelmä läämahaastattelu

Tutkimussuunnitelma hyväksytty _____ / _____ 20__

Tutkimuksen ohjaaja Anita Hollanti

Lupa myönnettään

päikkä _____ alkua _____ / _____ 20__

 anomuksen mukaisesti
 suuttoehdotuksien
 hylätty

Luvanmyöntöjäsa allekirjoitus _____

LIIKTEET Tutkimussuunnitelma Kysely/haastattelulomake Muut liitteet, mikäli _____

**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**

Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

14 § 9.11.2012

ASIA

Liedes Jenni, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu,
Sairaanhoitajien kokemuksia deliriumin havainnointisivun käytöstä
deliriumpotilaan tehohoitotyössä. 23.10.2012.

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja