

Tämä on rinnakkaistallenne.

Rinnakkaistallenteen sivuasettelut ja typografiset yksityiskohdat *saattavat poiketa* alkuperäisestä julkaisusta.

Julkaisun tekijä(t):	Rytinki, Tiina; Salin, Susanna; Tiri, Niina; Vanhanen, Minna; Alahuhta, Maija
Julkaisun nimi:	Vuorovaikutus tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisyssä
Julkaisuvuosi:	2017
Versio:	Julkaistu versio

Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä:

Rytinki, T., Salin, S., Tiri, N. Vanhanen, M. & Alahuhta, M. (2017). Vuorovaikutus tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisyssä. *Tehohoito*, 35 (2), 108-113.

## Vuorovaikutus tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisyssä

Tehohoito ja tehohoitoympäristö kuormittavat potilasta fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti, mikä altistaa potilaan deliriumille. Kuormitustekijöiden vaikutukset voivat olla kestoaltaan jopa vuosien mittaisia. Hoitohenkilökunnan tehtävä on huomioida ja minimoida tehohoidon kuormitustekijät ja tarjota aktiivisesti erilaisia tukitoimia sekä potilaalle että tämän omaisille.<sup>2</sup> Hoitajat arvioivat potilaiden kokevan enemmän stressiä kuin potilaat itse. Tämä voi johtua siitä, etteivät potilaat ole tietoisia kaikesta ympäristössään tapahtuvasta sedaation tai väsymyksen vuoksi. Potilaat eivät aina myöskään muista kaikkia tehohoidon aikaisia tapahtumia jälkikäteen. Eniten haittaa aiheuttavat stressitekijät liittyvät lähinnä fyysiseen olotilaan janoisuuden tunteeseen, kipuun ja univaikeuksiin. Eniten haittaa aiheuttaneita stressitekijöitä potilaiden arvioimana olivat tärkeysjärjestyksessä janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja erilaisiin johtoihin, kipujen tunteminen, happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla, puolison tai kumppanin ikävöinti ja kykenemättömyys nukkua. Sairaanhoidajien arvioimana potilaalle eniten haittaa aiheuttaneita stressitekijöitä olivat tärkeysjärjestyksessä kykenemättömyys nukkua, kykenemättömyys kommunikointiin, rajoittuminen hengityspotkeen ja johtoihin, hengityspotken oleminen suussa tai nenässä, kivut ja janon tunne.<sup>3</sup>

*Tiina Rytinki*  
sh (amk)

*Susanna Salin*  
sh (amk)

*Niina Tiri*  
sh (amk)

*Minna Vanhanen*  
TtM, lehtori  
Oulun ammattikorkeakoulu

*Maija Alabuhta*  
TtT, lehtori  
Oulun ammattikorkeakoulu  
maija.alabuhta@oamk.fi

**D**elirium eli sekavuusoireyhtymä on äkillinen somaattisen sairauden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä. Se itsenään ei ole sairaus, vaan sekavuustila, jonka saavat aikaan elimelliset sairaudet tai tekijät, jotka aiheuttavat aivojen vajaatoimintaa ja äkillistä sekavuutta. Sekavuustilassa potilaan tajunnantaso, huomiokyky ja tarkkaavaisuus ovat heikentyneet. Sekavan henkilön ajatus on järjestäytymätöntä, hän on kykenemätön kohdistamaan huomiotaan yhteen asiaan ja puhe voi olla harhailevaa. Potilaalla ilmenee aistiharhoja (hallusinaatio), harhaluuloja (deluusio) sekä aistinhairahduksia (illuusio), jolloin hän saattaa tulkita ympäristössä tapahtuvia asioita väärin. Myös ajan ja paikan taju sekä uni-valverytmi ovat häiriintyneet ja erilaiset pelkotilat ovat yleisiä sekavuustilassa.<sup>4</sup>

## Deliriumin esiintyvyys

Deliriumin esiintyvyys tehohoitopotilailla vaihtelee 16–74 % riippuen käytetystä arviointimenetelmästä ja potilasta. Esiintyvyyden uskotaan lisääntyvän, jos tehohoidossa on iäkkäämpiä potilaita.<sup>5</sup> Noin 66–84 % tehohoidossa olevista deliriumpotilaista jää diagnosoimatta, sillä etenkin iäkkäillä potilailla delirium sekoitetaan usein masennukseen, dementiaan tai sitä pidetään tehohoitoon kuuluvana oireena. (Hautamäki 2006, 308) Deliriumin on tavallisimmin todettu ilmenevän tehohoidon toisena tai kolmantena päivänä ja kestävän noin kolme päivää. (Hautamäki 2006, 308) Hoitamattomana delirium on henkeä uhkaava tila, joka on usein ehkäistävissä. Delirium lisää hoidon kustannuksia ja tehohoitokuolleisuutta sekä aiheuttaa potilaalle pitkäaikaisia vaikutuksia myös tehohoidon päättymisen jälkeen.<sup>6</sup>

## Deliriumin päätyypit

Delirium voidaan jakaa kahteen päätyyppiin, hyperaktiiviseen deliriumiin ja hypoaktiiviseen deliriumiin. Hyperaktiivinen delirium on yleisemmin tunnettu ja sen tunnistaminen on kliinisesti helpompaa kuin hypoaktiivisen deliriumin.<sup>6</sup> Hyperaktiivinen delirium on helposti havaittava ja usein vaikeaoireinen. Sen hoitoon tarvitaan usein psykiatrista osastohoitoa tai konsultaatiota.<sup>7</sup> Oireina hyperaktiivisessa deliriumissa on aggressiivisuus, harhaisuus ja kiihtyneisyys.<sup>4</sup> Sen osuus on noin 2 % sekavuustiloista.<sup>5</sup> Hypoaktiivisessa deliriumissa potilaat ovat henkisesti ja motorisesti passiivisia ja hiljaisia. Se sekoitetaan usein vaikeaan depression tai alkavaan dementiaan. Se jää usein tunnistamatta, vaikka näiden potilaiden ennusteen on todettu olevan huonompi kuin hyperaktiivilla potilailla.<sup>7</sup> Hypoaktiivista muotoa esiintyy noin 44 % sekavuustiloista.<sup>5</sup> Tehohoitopotilaan delirium on usein vaikeasti tunnistettava tila ja siitä syystä alidiagnostoitu. Tämän arvellaan johtuvan siitä, että hypoaktiivisen deliriumin osuus on suuri ja tehohoidossa keskitytään ns. henkeä uhkaavampien elintoimintahäiriöiden hoitoon ja ehkäisyyn.<sup>6</sup> Deliriumin alatyypien määrittelyyn ei ole toistaiseksi yhtenäisiä hyväksytyjä kriteereitä, jonka vuoksi sekavuustilan kolmanneksi alatyypiksi usein nimetään näiden kahden muodon se-

### Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata vuorovaikutuksen merkitystä tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisyssä. Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku toteutettiin marras–joulukuun aikana vuonna 2016 kuudessa eri tietokannassa: Medic, Melinda, Sage Journals, Ebsco (Cinahl), PubMed ja Science Direct. Aineisto koostuu kuudesta englanninkielisestä tutkimuksesta, jotka olivat ilmestyneet vuosina 2006–2016. Hakusanoina käytettiin sanojen delirium, tehohoito, icu, critical care, vuorovaikutus, communication ja interaction eri yhdistelmiä. Tutkimukset käsittelivät deliriumin lääkkeetöntä ennaltaehkäisyä tai vuorovaikutusta tehohoitopotilaan kanssa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuskysymyksenä oli, miten vuorovaikutuksen huomioimisella voidaan ennaltaehkäistä tehohoitopotilaan deliriumin kehittymistä. Tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tehty oppinäytteenä Oulun ammattikorkeakoulussa.<sup>1</sup>

*Aikaisella mobilisaatiolla ja potilaan kuntoutuksella voidaan ennaltaehkäistä tehohoidosta aiheutuvaa deliriumia.*

kamuoto (mixed delirium). Epidemiologisten tutkimusten mukaan tämä on tavallisin deliriumin muoto.<sup>7</sup> Sen osuus deliriumtapauksista on 54 %.<sup>5</sup>

## Deliriumin ehkäisy ja hoito

Deliriumin ehkäisemisessä on tärkeää mahdollisten riskitekijöiden tunnistaminen ja niiden nopea korjaaminen. Tällaisia toimenpiteitä ovat muun muassa aktiivinen hengityskonehoidosta vieroittaminen, metabolisten häiriöiden ja hypoksian korjaaminen, antipsykoottien tarkka harkinta sekä tiettyjen lääkeaineiden välttäminen. Deliriumin syntymistä voitaisiin ehkäistä opioidien ja sedaatiolääkkeiden välttämisellä sedaatioprotokollaa käyttämällä.<sup>4</sup> Deliriumin ennaltaehkäisyyn kannalta tärkeää ovat deliriumin laukaisevien tekijöiden hoito, yleistilan hoito (kuntoutus, makuuhaavojen esto, nestetasapaino, virtsaummen esto, suolentoiminta) ja levottomuuden hallinta esimerkiksi valaistuksen, kiireettömyyden ja informoivan keskustelun avulla.<sup>7</sup>

Deliriumin oireiden hoidossa tulee keskittyä lääkkeettömään hoitoon. Lääkkeettömän deliriumin hoito sisältää hyvän ravitsemuksen, neste- ja elektrolyyttitasapainon, happeutumisen sekä potilaan hoitoympäristön rauhoittamisen.<sup>5,7</sup> Lisäksi kivunlievitys, tarpeettomien lääkkeiden eliminointi, suolen ja virtsarakon normaali toiminta sekä post-operatiivisten komplikaatioiden ennaltaehkäisy, aikainen huomiointi ja hoito ovat osa deliriumin lääkkeetöntä hoitoa.<sup>5</sup> Turvallinen ympäristö ja tutut hoitavat henkilöt ja läheiset vähentävät sekavuutta. Ajan ja paikan muistuttaminen potilaalle sekä tutut esineet auttavat potilasta orientoitumaan. Musiikin kuuntelu ja potilaan kevyt hieronta voivat rauhoittaa potilasta. Myös normaalista unirytmistä huolehtiminen lääkkeettömästi vähentää osaltaan deliriumin esiintyvyyttä.<sup>6</sup> Aikaisella mobilisaatiolla ja potilaan kuntoutuksella voidaan ennaltaehkäistä tehohoidosta aiheutuvaa deliriumia.<sup>5,6</sup> Pitkälän ym.<sup>8</sup> mukaan varhaista mobilisaatiota tulee hyödyntää, vaikka potilaan tarvitsisi paljon apua liikkumiseen. Fyysinen toimintakyvyttömyys on tunnistettu riskitekijä deliriumille. Tehohoidossa potilailla on liikkeitä rajoittavia tekijöitä, kuten katetreja ja valvontalaitteita. Tärkeää liikkumisen kannalta olisi, että kaikki ylimääräiset johdot ja letkut poistettaisiin, heti kun se on potilaan voinnin kannalta mahdollista. Tällainen tilanne on esimerkiksi silloin, kun potilas odottaa tehosastolla paikkaa vuodeosastolle. Aikainen mobilisaatio on

hyväksi monesta syystä, se lisää lihasmassaa ja voimaa, estää verisuonitukoksien muodostumista sekä keuhkojen tulehduksista.<sup>5</sup>

Tärkeä deliriumin ennaltaehkäisy menetelmä on koulutuksen järjestäminen hoitohenkilökunnalle. Koulutuksessa olisi tärkeää korostaa, mitä voidaan tehdä deliriumin ennaltaehkäisemiseksi tietyille potilasryhmille tai tietyille deliriumin riskitekijöille. Kun osastolla otetaan käyttöön deliriumin tunnistamisen työkalu, tulee hoitohenkilökunta kouluttaa sen käyttöönottoon.<sup>5</sup>

## Tulokset

Sisällön analyysissä päädyttiin kahteen pääluokkaan: vuorovaikutusta vahvistaviin ja vuorovaikutusta heikentäviin tekijöihin (taulukko 1). Kriittisesti sairaalla potilaalla on tarve kommunikoida hoito-henkilökunnan ja läheistensä kanssa tehohoidon aikana<sup>9,10</sup>, mutta hän voi olla kykenemätön puhumaan tai kertomaan asiaansa ääntä rajoittavien tekijöiden, kuten trakeostomian tai intubaatioputken takia.<sup>10,11</sup> Magnusin & Turkingtonin<sup>11</sup> mukaan potilaita ei oltu informoitu trakeostomian tai puheen ja äänen muutoksen väliaikaisuudesta ja he eivät olleet tietoisia, miksi he eivät voineet puhua normaalisti. Potilaalle puhuminen, läsnäolo, kunnioitus ja potilaan osallistuttaminen hoitoonsa ovat tärkeitä. Potilaan kunnioitusta on myös se, että hoitaja kertoo potilaalle, mitä tekee ja miksi. Potilasta on tärkeää motivoida yhteistyöhön, jotta he voivat olla enemmän osallisena omissa hoidossaan. Hoitajan tulee kommunikoida, toimia ja tehdä hoitotyötä aktiivisesti yhdessä potilaan kanssa.<sup>9</sup> Potilaat kokevat negatiivisena kokemuksena läheisten ja hoitajien kykenemättömyyden ymmärtää, hänen yrittäessä kommunikoida heidän kanssaan. Tärkeä kommunikaation este on, että unohtetaan potilaan persoona hoidon aikana.<sup>11</sup> Kun potilas nähdään yksilönä ja tämä saa jakaa päivittäisiä tapahtumia hoitohenkilö-

kunnan ja läheisten kanssa, potilaan itsekunnioitus kasvaa ja hän kokee kuuluvuutta sosiaaliseen kontekstiin.<sup>9</sup> Magnusin & Turkingtonin<sup>11</sup> tutkimuksessa hoitajat kohtelevat potilaita kuin lapsia ja jättävät huomioimatta, kun potilas yrittää sanoa jotain, jonka vuoksi potilas tuntee itsensä olemattomaksi.

Kriittisesti sairas potilas kokee eristäytymistä tutusta ympäristöstä ja läheisistä, irrallisuutta tutusta itsestään ja kehostaan, tietämättömyyttä puheäänien palautumisesta sekä ärsyntyneisyyttä ja turhautumista kykenemättömyydestä kommunikoida.<sup>9</sup> Tembon ym.<sup>10</sup> tutkimuksessa potilaat kuvasivat ”äänettömänä olemisen” ärsyttäväksi ja turhauttavaksi, osa tunsivat itsensä eristäytyneeksi. He kokivat olevansa loukussa toimimattomassa kehossaan, jonka ääni on tuntematon ja epäluotettava. Äänen menetyksen koettiin vastaavan kontrollinen menetyksiä ja voimattomana olemista. Äänen menettämisen vuoksi he tunsivat olevansa hoitohenkilökunnan armoilla. Tehohoidon jälkeen potilaat kokivat olevansa vammautuneita ja kamppailleensa saadakseen takaisin aiemman identiteettinsä. Hoidosta johtuvan äänen menetyksen myötä he kokivat menettäneen oman identiteettinsä sekä olevansa erossa ja irrallaan tutusta itsestään ja läheisistään. Ääni oli raakkuva, käheä ja katoaa usein kuiskaukseksi. He kokivat elävänsä äänen kanssa, joka oli erilainen ja johon he eivät enää voineet luottaa. Potilaat odottivat tutun, luotettavan äänen palautumista. Potilaat kokivat negatiivisia tunteita masentuneisuudesta yksinäisyyteen. He kokivat olevansa vangittuna, turhautuvat kommunikoinnin ongelmien vuoksi, tunsivat voimattomuutta ja turhautumista äänen menetyksen vuoksi.

Jotta potilas tulee ymmärretyksi, hänelle täytyy antaa aikaa, että hän saa ilmaistuksi sen, mitä hän haluaa ilmaista.<sup>9</sup> Hoitaja voi ohjata potilasta puhumaan hitaasti ja toistaa potilaan sanat, jotta potilas tulee ymmärretyksi oikein.<sup>11</sup> Potilaslähtöistä keskustelua voi toteuttaa kysymällä potilaalta, kuinka hän haluaa itseään kutsuttavan.<sup>12,13</sup> Suoria kysymyksiä voidaan käyttää kommunikaation helpottamiseksi.<sup>12</sup> Po-

**Taulukko 1. Vuorovaikutusta vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisyssä**

Vuorovaikutusta vahvistavia tekijöitä	Vuorovaikutusta heikentäviä tekijöitä
Potilaslähtöinen keskustelu, läsnäolo, kunnioitus	Tehohoidosta aiheutuvat rajoitukset siihen, että potilas on kykenemätön puhumaan ja ilmaisemaan itseään sanallisesti
Kerrotaan potilaalle mitä tehdään ja miksi	Potilas on tietämätön tai häntä ei ole informoitu, miksi hän ei voi puhua
Potilaan osallistuttaminen omaan hoitoonsa	Potilas on tilanteessa, jossa häntä ei ymmärretä tai hän ei tule kuulluksi ja kohdelluksi yksilönä
Kevyen sedaation käyttäminen	Muutokset potilaan äänessä tai äänen menettäminen
Kärsivällisyys ja ajan käyttö kommunikoidessa potilaan kanssa	Tehohoidosta ja kommunikaatiokyvyn muutoksista johtuva eristäytyminen
Selkokielen ja yksinkertaisten kysymysten käyttäminen vuorovaikutuksessa	Henkilökunnan vaihtuvuus
Potilaan orientoiminen aikaan ja paikkaan	Potilas kykenemätön liikkumaan ja käyttämään eleitä
Kognitiivisen stimulaation käyttäminen vuorovaikutuksessa	Kommunikaation apuvälineitä ei ole käytössä
Nonverbaalisen viestinnän hyödyntäminen	Potilas on tilanteessa, jossa hän ei tiedä tai ymmärrä, mitä ympärillä tapahtuu
Kommunikaation apuvälineiden käyttö	Yhtenäisen hoidon ja kommunikaation puute koskien potilaan hoitoa
Moniammatillisen henkilökunnan käyttö kommunikaation tukena	Negatiiviset tunnekokemukset kohdistuen potilaaseen itseensä
Potilaan läheisten osallistuminen hoitoon	Potilaan negatiiviset tunnereaktiot hoitohenkilökunnan toiminnasta johtuen

tilasta oppii ymmärtämään paremmin ja kommunikaatio helpottuu, kun viettää paljon aikaa potilaan kanssa. Hoitohenkilökunnan jatkuva vaihtuvuus tuovat sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle haasteita opetella tuntemaan toisensa sekä opetella kommunikaatiotapa, jolla potilas voi osallistua hoitoonsa.<sup>9,11</sup>

Potilaan orientaatio aikaan ja paikkaan samaan aikaan joka päivä on tärkeää.<sup>12</sup> Potilaan tulisi olla ajan tasalla myös hoitajaksonsa kulusta: hoitajakson pituudesta, sairauden kuluista, tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä kliinisestä statuksesta.<sup>12</sup>

Kognitiivinen stimulaatio on osa deliriumin ennaltaehkäisyä, jolloin kysymysten avulla stimuloidaan potilaan kognitiivisia toimintoja. Potilaan kanssa keskustellaan tavalla, joka vaatii muistiin palauttamista.<sup>13</sup> Hoitaja voi kysyä esimerkiksi ”Mikä on suosikki urheilujoukkueesi? Katsoitko heidän viimeisimmän ottelun?”, ”Onko sinulla sisaruksia? Mikä on mieluisin tarina heistä?”, ”Katsoitko tänään uutisia? Mitä tänään on tapahtunut?”.<sup>13</sup>

Potilaan tajunnan tasolla ja sedaatioasteella on merkitystä potilaan kanssa kommunikointiin. Trakeostomioitu tai intuboitu potilas voi ilmaista itseään vain nonverbaalisin keinoin<sup>10</sup>, minkä vuoksi potilaat kokevat, että tehohoidon aikana voi vain kuunnella.<sup>11</sup> Huulilukeminen helpottaa kommunikaatiota. Hoitajat voivat käyttää eleitä ja kehonkieltä helpottaakseen kommunikaatiota potilaan kanssa. Kommunikaatiota vahvistavat katsekontaktin käyttö ja nonverbaalien vihjeiden lukeminen kuten silmien räpäytykset tai käden puristukset.<sup>11,14</sup> Vuorovaikutusta vaikeuttaa, jos potilas on kykenemätön liikkumaan ja käyttämään eleitä, potilasta on rajoitettu fyysisesti esimerkiksi sitomalla, he eivät kykene puhumaan tai käyttämään eleitä kommunikoidakseen hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaat kokevat olevansa ansassa omassa toimimattomassa kehossaan.<sup>10,11</sup>

Puhetta tukevia apuvälineitä voi hankkia jokaiselle potilaspaikalle teho-osastolla. Näitä ovat esimerkiksi kynä ja paperi sekä aakkostaulu.<sup>11</sup> Vuorovaikutusta helpottaa kommunikointi kuvien/kuvakorttien, sanakorttien tai elektronisten apuvälineiden kuten tietokoneavusteisten kommunikaatiolaitteiden, aakkostaulun ja kirjoitustaulun avulla.<sup>9</sup> Magnus & Turkington<sup>11</sup> mukaan kommunikaation apuvälineitä ei ole kuitenkaan käytössä riittävästi tai potilas ei saa neuvoja ja tukea apuvälineiden käyttöön. Myös puhelupäin käyttö koettiin hoitohenkilökunnan mukaan kommunikaatiota avustavaksi. Tingsvikin ym.<sup>9</sup> mukaan kommunikaation apuvälineiden jatkuva hyödyntäminen on tärkeää ja auttaa potilasta selviytymään mm. ahdistuksesta ja turhautumisesta.

Tingsvikin ym.<sup>9</sup> mukaan kevyesti sedatoidun potilaan hoitotyö koettiin haasteena, mutta positiivista on se, että potilaat ovat tietoisia, kommunikaatiokykyisiä, kykenivät ilmaisemaan tarpeitaan ja osallistumaan omaan hoitoonsa. Kuitenkin hoitaessaan ahdistunutta ja kiihtynyttä potilasta, hoitajat kokivat sedaatiotason nostamisen helpompina keinona kuin hoitotyön keinot esimerkiksi läsnäolon, kosketuksen tai vuorovaikutuksen. Tämä voi johtua tiedon ja kokemuksen puutteesta. Mikään tekniikka tai sedaatiotason muutos ei ole koskaan vaihtoehto vuorovaikutukselle potilaan kanssa. Esineellistetyillä potilailla on huonoja muistoja tehohoidon ajalta. Tällaiset muistot ja tunteet, huolimatta sedaation syvyydestä, voivat esiintyä unissa, takaumina tai ruumiillisina oireina ja voivat vaikuttaa hyvinvointiin pitkän aikaa

*Kuitenkin hoitaessaan ahdistunutta ja kiihtynyttä potilasta, hoitajat kokivat sedaatiotason nostamisen helpompina keinona kuin hoitotyön keinot esimerkiksi läsnäolon, kosketuksen tai vuorovaikutuksen.*

Useat potilaat masentuvat, heihin on vaikea ottaa kontaktia, he eristäytyvät, kun he eivät pysty olemaan yhteydessä läheisiin ja ilmaisemaan itseään hoidon aikana. Potilaat saattavat tuntea olevansa tyhmiä, koska eivät kykene kommunikoidaan tai eivät ymmärrä hoitohenkilökunnan puhetta, hoitotoimintoja tai heitä ei kuunnella. Potilas luovuttaa yritykset kommunikoida, jos hän epäonnistuu siinä useasti tai ei tule ymmärretyksi puhuessaan tai elehtiessään. Myös hoitohenkilökunta turhautuu työhönsä yrittäessään kommunikoida potilaan kanssa tuloksetta.<sup>11</sup> Magnusin ja Turkingtonin<sup>11</sup> mukaan tehohoitopotilas ei välttämättä tiedä, mitä hänen ympärillään tapahtuu eikä kykene hahmottamaan ympäristöään. Vaikka hoitohenkilökunta kertoisi potilaalle ympäristöstä ja tapahtumista, ei potilas aina kykene ymmärtämään hänelle annettavaa informaatiota. Potilaat vaativat toistuvaa muistutusta ja selittämistä tilanteestaan ja ympäristöstä. Saman asian kertominen useasti voi turhauttaa hoitajia, vaikka potilaalle asioiden kertominen useaan kertaan on tärkeää toimimisen kannalta.

Tehohoito saattaa aiheuttaa potilaissa negatiivisia tunnekokemuksia kuten pelkoa, sekavuutta, eristäytymistä, ahdistusta ja kiihtyneisyyttä. Tembon ym.<sup>10</sup> mukaan ”vangittuna olemisessa” korostui potilaiden kokemus sekavuus ja eristäytyminen tutusta ympäristöstä. Potilaita pelottivat kokemukset, joissa he eivät voineet lääkkeiden vuoksi kommunikoida ja yhtä aikaa he olivat fyysisesti sidottuina sänkyynsä. Potilaat eivät kyenneet esittämään kysymyksiä omasta tilanteestaan. Magnusin & Turkingtonin<sup>11</sup> tutkimuksessa potilaat kokivat negatiivisia tuntemuksia masentuneisuudesta yksinäisyyteen. Potilaat kuvailivat kokemusta muun muassa vangittuna olemisena, turhautumisena kommunikoinnin ongelmien vuoksi, voimattomuutena ja turhautumisena äänen menetyksen vuoksi. Potilaat kokivat pelkoa kontrollin menetyksestä. Magnusin & Turkingtonin<sup>11</sup> mukaan potilaat kuulivat painajaisista ja paranoijista toisilta potilailta, heille ei ollut kerrottu sen olevan yleistä tehohoidon aikana. Potilaat kokivat kaiken avun olevan vain lääkinnällistä, psyykkistä apua ei ollut. Tingsvikin ym.<sup>9</sup> mielestä hoitajat saattavat kokea vaikeana hoitaa potilasta, joka ei kykene kommunikoidaan ja on ahdistunut.

Tehohoitopotilaan kommunikaation tukeminen on moniammatillinen tehtävä, kuin myös koulutuksen ja resurssien tarpeen arviointi. Päävastuu potilaan kommunikaation mahdollistamisesta vaihtelee.<sup>11</sup> Rivosecchin ym.<sup>14</sup> mukaan hoitajat viettävät potilaan kanssa koko päivän, joten he ovat ensisijaisesti vastuussa kommunikaatiosta. Puheterapeutti voi tarjota erityisosaamista haastavampien ja pidempiaikaisten potilaiden kohdalla. Hoidon jatkuvuuden merkitys korostuu potilaiden kohdalla, joilla on kommunikaatiovaikeuksia. Kommunikaatiovaikeudet voidaan tunnistaa aiemmin lisäämällä henkilökunnan tietoisuutta asiasta. Kommunikaatiota helpottaa läheisten tietämys potilaasta.<sup>11</sup> Läheisiä tulee myös rohkaista osallistumaan potilaan hoitoon ja viettämään aikaa läheisensä vuoteen äärellä.<sup>9</sup>

## Lopuksi

Pääosin kirjallisuus, joka käsittää tehohoidossa esiintyvää deliriumia, liittyy deliriumin lääkkeelliseen hoitoon, deliriumin havaitsemiseen, arviointiin, monitorointiin tai diagnosointiin sekä sedaation, kivun tai unen merkitykseen tehohoitopotilaalle tai deliriumin kehittymiselle. Pelkästään vuorovaikutuksen merkityksestä deliriumin ennaltaehkäisemiseksi ei löytynyt tutkimuksia. Erilaisten lääkkeettömien protokollien vaikuttavuudesta deliriumin esiintyvyyteen, kestoon tai vakuuteen liittyen löytyi tutkimuksia, jotka valitsimme kirjallisuuskatsauksemme, koska näiden moniosaisten lääkkeettömien protokollien osa-alueisin liittyy vuorovaikutus potilaan kanssa.

Tehohoitopotilailla on korkea deliriumriski, koska he alistuvat monille riskitekijöille. Siitä, mitkä ovat vaikuttavimpia lääkkeettömiä ehkäisykeinoja juuri tehohoitopotilailla, ei ole näyttöä. Koska sedaation rajoittamisella ja aikaisella mobilisaatiolla tiedetään olevan hyötyä deliriumin ennaltaehkäisyssä, on vaikea arvioida muiden lääkkeettömien keinojen hyödyllisyyttä.<sup>13</sup> □

## Lähteet

1. Rytinki, T., Salin, S. & Tiri, N. 2017. Vuorovaikutus ja aistit tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisyssä. Kuvailuva kirjallisuuskatsaus. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123973/Rytinki\\_Tiina%20Salin\\_Susanna%20Tiri\\_Niina.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123973/Rytinki_Tiina%20Salin_Susanna%20Tiri_Niina.pdf?sequence=1)
2. Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
3. Sinisalo, A. 2015. Potilaiden psyykkiset stressitekijät teho-osastolla – potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmat eroavat. *Tehohoito* 33 (2), 131–134.
4. Hautamäki, R. 2006. Tehohoitopotilaan delirium. *Finnanest* 39 (4): 308–311. Viitattu 11.11.2016, [http://www.finnanest.fi/files/a\\_hautamaki.pdf](http://www.finnanest.fi/files/a_hautamaki.pdf)
5. Page, V. & Ely, E.W. 2011. *Delirium in Critical Care*. New York: Cambridge University Press.
6. Liisanantti, J. 2011. Tehohoitopotilaan delirium. *Finnanest* 44 (4): 290–292. Viitattu 7.11.2016, [http://www.finnanest.fi/files/liisanantti\\_delirium.pdf](http://www.finnanest.fi/files/liisanantti_delirium.pdf)
7. Laurila J. 2012. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, Delirium. Viitattu 7.11.2016, [www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1 &p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10163 //](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1 &p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10163 //)
8. Pitkälä KH, Laurila JV, Strandberg TE & Tilvis RS. 2006. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol.* 61: 176-81.
9. Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson & A-C. & Henricson, M. 2013. Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care* 26, 124–129.
10. Tembo, A., Higgins, I. & Parker, V. 2015. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 31, 171–178.
11. Magnus, V. & Turkington, L. 2016. Communication interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing* 22, 167–180.
12. Rivosecchi, R., Smithburger, P., Svec, S., Campbell, S. & Kane-Gill, S. 2015. Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence Based Systematic Review. *Critical Care Nurse* 1, 39–50.
13. Rivosecchi, R., Kane-Gill, S., Svec, S., Campbell, S. & Smithburger, P. 2016. The implementation of a nonpharmacologic protocol to prevent intensive care delirium. *Journal of Critical Care* 31, 206–211.
14. Avendaño-Céspedes, A., García-Cantos, N., González-Teruel, M., Martínez-García, M., Villarreal-Bocanega, E., Oliver-Carbonell, J. L. & Abizanda, P. 2016. Pilot study of preventive multicomponent nurse intervention to reduce incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. *Maturitas* 86, 86–94.