

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

Kevät 2019

Hanna Salo

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSET IKÄÄNTYNEEN DELIRIUMPOTILAAN HOIDOSTA

Hanna Salo

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSET IKÄÄNTYNEEN DELIRIUMPOTILAAN HOIDOSTA

Delirium eli sekavuustila on aivotoiminnan häiriö. Se alkaa nopeasti ja sen voimakkuus vaihtelee eri vuorokauden aikoina. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikä ja muistisairaus. Deliriumin esiintyvyys on tutkimuksista riippuen 5-85%. Riittäväällä riskienkartoituksella ja ennakoivilla hoitotoimenpiteillä voidaan deliriumia ennaltaehkäistä. (Laurila ym.2006,7; Tilvis, 2015,378-384)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pilotoida aiemmin suunniteltu kyselylomake, ja tällä kyselylomakkeella selvittää hoitotyöntekijöiden kokemuksia yli 65-vuotiaan deliriumpotilaan hoidosta. Opinnäytetyötä varten laadittiin kolme ohjaavaa kysymystä: Minkälaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on iäkkään yli 65-vuotiaan deliriumpotilaan hoidosta, minkälaisia koulutustarpeita hoitotyöntekijöillä on iäkkään deliriumpotilaan hoitoon liittyen sekä miten aiemmin laadittu kyselylomake toimi käytännössä.

Kyselylomake lähetettiin erään Yliopistollisen keskussairaalan toimialueen hoitohenkilökunnalle, joka käsittää sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat (N=103). Kyselyyn vastasi 24 vastaajaa ja näin ollen lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 23 %.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että deliriumin riskiarviointi jäi osastolla vähäiseksi. Deliriumin tunnistamiseen tarkoitettuja mittareita ei juurikaan käytetty ja osastolla deliriumoireet vaihtelivat vuorokauden ajan mukaan. Koulutusta tulisi lisätä deliriumin ennaltaehkäisystä ja lääkkeellisestä hoidosta. Kehittämistarpeiksi mainittiin selkeämmät säännöt ja yhtenäisemmät käytännöt.

ASIASANAT:

delirium, hoitajien kokemukset, iäkäs potilas

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 31 number of pages, 10 number of pages in appendices

Hanna Salo

NURSES' EXPERIENCES OF ELDERLY PATIENT'S DELIRIUM CARE

Delirium is an abrupt change in human brain that develops rapidly and fluctuates during the day.

Age and dementia are the risk factors for development of delirium. Delirium is detected in 5 – 85% of the patients depending on the study. With needed risk assessment and predictive care procedure the development of Delirium can be prevented. (Laurila ym.2006,7; Tilvis, 2015,378-384)

The purpose of this thesis was to pilot the questionnaire that has been created in previous thesis. The questionnaire explores the experiences of nursing staff of the delirium patients over 65 years old. I defined three main questions for the thesis: What are the experiences of nursing staff of the over 65 years old delirium patients, what kind of training nursing staff needs related to treatment of over 65 years old delirium patients, results from the use of the questionnaire created in previous thesis

The questionnaire was sent to nursing staff of one University Hospital. The nursing staff included nurses and practical nurses (N=103). The questionnaire was replied by 24 nurses and final respond rate was 23%.

As a main conclusion can be identified that the risk assessment of delirium is not done often enough in the hospital unit. Measurements for identifying Delirium are not really used in the hospital unit and the symptoms of delirium fluctuates during the day. Training for the prevention of Delirium and use of pharmacological treatment should be increased. Need for improvement was highlighted for rules and unified practices.

KEYWORDS:

delirium, nurse experiences, elderly patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 IÄKKÄÄN POTILAAN DELIRIUM JA SEN TUNNISTAMINEN	7
2.1 Delirium	7
2.2 Sekavuustilan syyt ja ennaltaehkäisy	8
3 SEKAVUUS HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA	9
3.1 Apuvälineet deliriumin tunnistamiseen	9
3.3. Aikaisempia tutkimuksia iäkkään deliriumpotilaan hoidosta sekä hoitotyön kehittamisestä.	10
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET	12
5 EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	13
5.1 Menetelmä	13
5.2 Tietojen kerääminen	14
5.3 Aineiston käsittely ja analyysi	14
6 TULOKSET	15
6.1 Vastaajien esitiedot:	15
6.2 Osastolla olevien deliriumpotilaiden hoitaminen	15
6.3 Hoitotyöntekijöiden oman kokemuksen ja osaamisen kartoittaminen	17
6.4 Hoitotyöntekijöiden kokemuksia osastohoidon näkökulmasta	19
6.5 Hoitajien näkemyksiä ikääntyneen deliriumpotilaan hoidon oirekuvasta	22
6.6 Ikääntyneiden potilaiden deliriumin ennaltaehkäisyn kartoitus	23
6.7 Hoitotyöntekijöiden näkemys lisäkoulutuksen tarpeesta ja koulutuksen sisällöstä	24
6.8 Hoitotyöntekijöiden näkemys ikääntyneen deliriumpotilaan hoidon kehittamisestä	24
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8 POHDINTA	26
8.1 Tulosten tarkastelu	26
8.2 Jatkotutkimusaiheet	28

9 JOHTOPÄÄTELMÄT	29
-------------------------	-----------

LÄHTEET	30
----------------	-----------

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Vastaukset frekvensseinä ja prosentteina taulukkomuodossa

KUVAT

Kuva 1. Deliriumin kriteerit CAM:n mukaisesti.....	9
--	---

KUVIOT

Kuvio 1. Vastaajien työkokemus vuosina.	15
Kuvio 2. Vuodeosasto- vai valvontanäkökulma kyselyyn.	15
Kuvio 3. Kuinka usein hoitotyöntekijä hoitaa iäkästä deliriumpotilasta vuoronsa aikana.	16
Kuvio 4. Iäkkään potilaan sairastuminen deliriumiin hoitohenkilökunnan mukaan.	16
Kuvio 5. CAM-testin tunnettavuus hoitotyöntekijöiden keskuudessa.	17
Kuvio 6. CAM- testin käyttö.	17
Kuvio 7. Kuukaudet- tai viikonpäivät takaperin käyttö.	18
Kuvio 8. Henkilökunnan riittävyys osastolla ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon.	19
Kuvio 9. Deliriumin riskikartoituksen toteutuminen osastolla.	19
Kuvio 10. Moniammatillisen tiimin toteutuminen.	20
Kuvio 11. Hoitojakson pidentyminen deliriumin vuoksi.	20
Kuvio 12. Ikääntyneen potilaan lääkityksen tarkistaminen osastolla.	21
Kuvio 13. Hoidon aloittaminen ei-lääkinnällisen keinoin.	21
Kuvio 14. Oireiden vaihtelevuus vuorokauden ajan mukaan.	22
Kuvio 15. Deliriumin ennaltaehkäisyn huomioiminen.	23
Kuvio 16. Lisäkoulutusmahdollisuudet osastolla.	24

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on jatkoa keväällä 2018 Turun ammattikorkeakoulusta tehtyyn opinnäytetyöhön ”Sydäntoimenpiteen jälkeinen sekavuus ikääntyneellä potilaalla” (Jansson ym. 2018). Kyseinen opinnäytetyö on tehty osana Steppi-hanketta. Hanke on tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tarkoituksena on vahvistaa hyvän perushoidon toteutumista ja näyttää sen vaikuttavuudesta (Lundgren-Laine 2015). Kyseisessä opinnäytetyössä käsiteltiin leikkauksen jälkeistä deliriumia yli 65-vuotiailla potilailla. Mainittu opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka perusteella kirjoittajat laativat puolistrukturoidun kyselylomakkeen sairaanhoitajille.

Opinnäytetyön toimeksiantajalla oli toive pilotoida yllä mainittu kysely. Kyselylomaketta muokattiin vain pieniltä osin.

Iäkkään potilaan deliriumia, eli sekavuutta, ei ole helppo tunnistaa. Sen tunnistamiseen on olemassa apuvälineitä. Sitä voidaan ennaltaehkäistä, sekä jo syntynyttä deliriumia hoitaa lääkkeettömän, että lääkkeellisin keinoin. (Tilvis ym. 2016,378-384)

Opinnäytetyön tarkoituksena on pilotoida aiemmin suunniteltu kyselylomake ja tällä kyselylomakkeella kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia yli 65-vuotiaan deliriumpotilaan hoidosta. Lisäksi selvitetään, minkälaisia koulutustarpeita hoitotyöntekijöillä on iäkkään potilaan hoitoon liittyen. Koska kysymyksessä on kyselylomakkeen pilotointi, niin opinnäytetyön tarkoituksena on myös saada selville, miten kyselylomaketta voisi muokata paremmaksi. Opinnäytetyössä ei käsitellä iäkkään deliriumpotilaan lääkitsemistä vaan opinnäytetyö on tehty ainoastaan lääkkeettömän hoidon näkökulmasta.

Kyselyn tekemiseen saatiin tutkimuslupa. Kyselylomake lähetettiin sairaanhoitajille ja lähihoitajille erään Suomalaisen Yliopistosairaalan toimialueen kolmelle vuodeosastolle sekä valvontayksikköön.

Iäkkäiden potilaiden määrä tulee edelleen kasvamaan ja ennustettu elinikä nousee sekä miehillä että naisilla. Yli 65-vuotiaita vuonna 2020 ennustetaan olevan 22,7 prosenttia suomen kansalaisista ja vuonna 2040 ennuste on 27,5 prosenttia. (Väestörekisteri 2018.) Laurila (2012,647) toteaa Duodecim artikkelissaan Delirium ”Hyvillä hoitotyön keinoilla deliriumin ilmaantuvuutta on pystytty vähentämään jopa 40 prosenttia”.

2 IÄKKÄÄN POTILAAN DELIRIUM JA SEN TUNNISTAMINEN

2.1 Delirium

Delirium eli sekavuustila on aivotoiminnan häiriö. Se alkaa nopeasti ja sen voimakkuus vaihtelee eri vuorokauden aikoina. ”Deliriumin ilmaantuminen edellyttää yhden tai useamman elimellisen syyn, jotka lopulta laukaisevat oireyhtymälle alttiissa yksilössä deliriumtilan.” (Tilvis ym. 2016,378.)

Tutkimuksista riippuen deliriumin ilmaantuvuus vanhuspotilailla vaihtelee. Jos mukaan on otettu riskiryhmiä kuten leikkauspotilaat ja monisairaat vanhukset ovat esiintymisluvut 50-85 %. Jos ulkopuolelle jätetään riskiryhmät, on yleisyys sairaalapotilailla 5-30 % luokkaa. ”Keskimäärin neljännes iäkkäistä potilaista sairastuu deliriumiin jossakin vaiheessa akuuttia sairaalajaksoaan”. (Laurila ym. 2006,7.) Delirium aiheuttaa sairaalahoidon pitkittymistä sekä suurentaa kuolleisuutta ja komplikaatioiden riskiä. Näin ollen deliriumin riskitekijöiden minimointi ja hoito ovat oleellisia asioita. (Niemi-Murola ym.2016.)

Deliriumin tyypillisiä oireita ovat tarkkaavaisuuden häiriöt, muistihäiriöt, desorientaatio eli ajan ja paikan tajun hämärtyminen, psykomotoriikan häiriöt, aistiharhat, harhaluulot, puheen häiriö, tunne-elämän häiriöt ja havainnoinnin häiriöt. Lisäksi ei kognitiivisia oireita ovat motorinen levottomuus tai hitaus ja uni-valverytmin häiriö. Näistä deliriumitutkijat pitävät tärkeimpänä oireena tarkkaavaisuuden häiriötä. (Laurila 2012,642; Tilvis ym.2016,378).

Delirium voidaan jakaa hyperaktiivisen, hypoaktiiviseen sekä sekamuotoiseen oirekuvaan, joista vanhuksilla yleisin on hypoaktiivinen oirekuva. (Laurila 2012, 642). Strandberg (2013) kuvailee Vanhuksen sekavuustila ja sen hoito -tekstissään iästä deliriumpotilasta seuraavasti:

Deliriumpotilaiden on vaikea keskittyä tai seurata ohjeita. Ajattelu ja puhe on järjestäytymätöntä. Heidän tietoisuutensa ulkomaailmasta on heikentynyt jopa tajunnan tason laskuun saakka. Usein taudinkuvaan liittyy äkillisesti ilmaantunut muistin tai muun älyllisen toiminnan häiriö. Vain alle puolella on aistiharhoja tai levottomuutta ja aggressiivisuutta. Suuri osa sekavista vanhuksista on täysin passiivisia, omilla maailmoissaan olevia. Taudinkuva vaihtelee eri vuorokauden aikoina, oireiden ollessa usein pahimmillaan ilta-yöaikaan.

Delirium voi kestää päivän jopa useita kuukausia ja pidentää potilaan hoitojaksoa. Delirium on raskas sekä potilaalle, omaisille että hoitavalle henkilökunnalle. (Tilvis ym. 2016, 388-389.)

2.2 Sekavuustilan syyt ja ennaltaehkäisy

Deliriumille altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, rappeuttavat aivosairaudet (erityisesti dementiaan johtavat sairaudet), polyfarmasia, leikkauksen jälkitila, immobilisaatio, yleisti-laa heikentävät pitkäaikaissairaudet. Akuutin deliriumin taustalta löytyviä tavallisia syitä ovat infektiot kuten keuhkokuume, aineenvaihduntasairaudet esimerkiksi virtsaumpi tai sokeritasapainohäiriö, sydän- ja verisuonisairaudet, vammat, keskushermoston sairau-det, myrkytykset ja muut kuten kipu. Leikkauksen jälkeiselle deliriumille altistavat muun muassa huono hapetus, anemisoituminen tai matala verenpaine leikkauksen aikana sekä antikolinergisten lääkeaineiden käyttö. Varsinkin iäkkäiltä potilailta deliriumin tautalta löydetään usein lukusia samaan aikaan vaikuttavia laukaisevia tekijöitä. Hoidon perustana on laukaisevan tekijän/tekijöiden löytäminen ja niiden asianmukainen hoito. (Laurila 2012, 642-647; Strandberg 2013; Tilvis ym. 2016, 381.)

Oireiden hoidossa tulisi keskittyä ennen kaikkea lääkkeettömään hoitoon. Hoitoon pys-tytään vaikuttamaan nesteytyksen, ravitsemuksen ja hapetuksen avulla. Lisäksi erityis-toimintojen puutteet korjataan ja potilaan hoitoympäristö pyritään rauhoittamaan. Poti-lasta tulee orientoida muun muassa pitämällä näkyvillä kalentereita ja kelloja. Omaisen valokuva yöpöydällä ja myös pieni yövalo voi rauhoittaa yöllä heräävää potilasta. Poti-laan vuorokausirytmistä huolehditaan, kerrotaan aina mitä tehdään ja miksi, varmistetaan, että potilas tietää missä on ja miksi ja tarvittaessa toistetaan. (Laurila 2012, 644; Koivula & Peltomaa 2017).

Britanniassa hoitosuosituksia tekevä NICE (National Institute for Health and Care Ex-cellence) teki asiantuntijaneelin avulla hoitosuosituksen deliriumin ehkäisystä. Pa-neeli päättyi 13 suositukseen. Näistä mainittakoon nesteytyksen lisäksi muun muassa, että potilaita ei pitäisi siirtää paikasta toiseen, suolen toimintaa tulee seurata, virtsaka-tetreita tulisi välttää, potilaan unihygieniaa tulisi tukea ja potilas tulisi saada liikkeelle mahdollisimman varhain. Moniammatillisen tiimin tulisi olla koulutettu deliriumin hoi-toon. (Pitkälä 2012, 331.)

3 SEKAVUUS HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

3.1 Apuvälineet deliriumin tunnistamiseen

Maailmalla on käytössä erinäisiä apuvälineitä deliriumin tunnistamiseen. Yksi näistä on CAM-testi (Confusion Assesment Method) sekä tehohoitoon suunnattu CAM-ICU-testi (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). (Tilvis ym.2016,379; Hautamäki,2006)

Kuva 1. Deliriumin kriteerit CAM:n mukaisesti

<p>1) Äkillinen alku ja vaihteleva oireiston kulku Tämä selvitetään tavallisesti omaiselta tai hoitajalta. Tarvitaan myönteinen vastaus kumpaankin seuraavista kysymyksistä: Onko näyttöä, että tutkittavan psyykinen tila on muuttunut nopeasti perustilastaan? Onko epänormaali käyttäytyminen ollut kulultaan vaihtelevaa, ts. onko se ollut mahdollisesti välillä kokonaan poissa tai vaihdellut vaikeudeltaan?</p> <p>2) Tarkkaavuushäiriö Myönteinen vastaus seuraavaan kysymykseen: onko tutkittavalla vaikeutta kiinnittää huomiotaan, esim. onko hän helposti hämmentynyt tai onko hänellä vaikeutta pysyä puhutussa asiassa?</p> <p>3) Hajanainen ajattelu Myönteinen vastaus seuraavaan kysymykseen: onko potilaan ajattelu hajanaista, sekavaa, kuten harhailevaa tai asiaankuulumatonta puhetta, epäselvää tai epäloogista ajatustenvirtaa tai ennakoimatonta siirtymistä asiasta toiseen?</p> <p>4) Poikkeava tajunnan taso Onko tutkittavan tajunnan taso jotain muuta kuin normaali? Potilaan tajunnan tason arviointi: normaali (valpas), ylivalpas (säpsähtelevä, yliherkkä ympäristön virikkeille), unelias (helposti herätettävissä), erittäin unelias (tokkurainen, vaikeasti herätettävissä) tai tajuton (ei herätettävissä). Deliriumdiagnoosi edellyttää myöntävän vastauksen kysymyksiin 1 ja 2 sekä 3 tai 4.</p>
--

(Lähde: Tilvis ym.2016, 379)

Kangas ym. (2016,714-715) toteaa Lääkärilehden artikkelissaan ”Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista”, että MMSE-testiä, jota käytetään muistitutkimuksissa, ei ole perusteltua tehdä akuutin sairauden aikana. CAM-testi taas vaatii käyttäjältä perehtyneisyyttä. Artikkelissa todetaan, että ”Deliriumin tunnistamiseen on myös kehitelty suppeampia testistöjä, joiden tarkoituksena on tunnistaa potilaat, joiden tilannetta tulisi kartoittaa paremmin.” Näitä testejä ovat muun muassa kuu-kaudet takaperin testi, josta käytetään lyhennettä MOTYB (Months of the Year Backwards). Tämän testin etuna on nopeus ja se onkin havaittu hyväksi seulontatestiksi. Lisäksi artikkelissa mainitaan The 4 A’s Test (4AT), josta löytyy myös internetistä suomenkielinen versio sekä Single Question in Delirium (SQiD), josta ei löydy suomennettua versiota, mutta pääpiirteittäin tarkoitus on kartoittaa omaiselta/hoitavalta taholta, onko potilaan tila muuttunut äkillisesti.

3.2. Deliriumin kirjaaminen

Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa tehdyssä poikkileikkaustutkimuksessa selvitettiin muistitoimintojen häiriöiden ja deliriumiin viittaavaan tarkkaavaisuuden häiriön yleisyyttä 70-vuotta täyttäneillä potilailla. Aineisto koostui 151 potilaasta. Potilaille tehtiin muistitoimintojen häiriöiden tunnistamiseksi kuuden kohdan muistiseulaa ja deliriumin yleispiirteenä olevan tarkkaavaisuuden häiriön tunnistamiseen pyydettiin potilaita luettelemaan kuukaudet takaperin. Kolmasosalla tutkimukseen osallistuneista todettiin joko muistitoimintojen tai tarkkaavaisuuden häiriö tai molemmat. Vain alle puolella potilaista, joiden tarkkaavaisuus oli häiriintynyt, oli kirjauksissa merkintä sekavuudesta. Aiempi muistisairaus oli mainittu diagnoosina vain neljällä potilaalla. (Kangas ym. 2018, 713-718.). Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli deliriumin ensioireiden kirjaamisessa (Jansson ym. 2018, 37).

3.3. Aikaisempia tutkimuksia iäkkään deliriumpotilaan hoidosta sekä hoitotyön kehittämisestä.

Aiempiä deliriumin hoitotyöhön ja sen arviointiin liittyviä tutkimuksia etsin Pubmedista, Medical tietokannasta sekä Terveystietokannasta. Kriteeriksi valitsin alle viisi vuotta vanhat julkaisut. Haasteena oli löytää tutkimuksista juuri iäkkäiden deliriumin hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia. Pääosin hoitotyöntekijöille tehdyistä tutkimuksista oli suunnattu teho-osaston hoitajille. Hoitajat ovat raportoineet, että virallinen koulutus on lisännyt deliriumin havaitsemista (Marino ym. 2015,273) ja hoitajilla on avainrooli deliriumin havainnoinnissa käytettäessä CAM-ICU-testiä (Boot,2011,185).

Australialaisessa kyselytutkimuksessa haastateltiin teho-osaston hoitajien kokemuksia CAM-ICU:n käytöstä (n=65). Kyselyn ensimmäisessä osiossa kävi ilmi, että hoitajien mielestä deliriumin arviointi oli tärkeää, mutta heistä vain 20% tiesi mikä on CAM-ICU testi ja 7 % käytti testiä silloin tällöin. Kysely tehtiin toisen kerran (n=45). Tällöin 33 prosenttia vastaajista koki, että testiä on vaikeaa käyttää mutta silti 82 % halusi jatkaa CAM-ICU:n käyttöä. (Eastwood ym. 2012, 162.)

Lääkärilehden artikkelissa "Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä" kerrotaan, kuinka Päijät-Hämeen keskussairaalassa otettiin vanhuspotilaan kognition arvioiminen dementian, depression ja deliriumin osalta osaksi päivystyksen käytäntöä yli 65-vuotiailla potilailla. Deliriumia päivystyksessä kartoitetaan CAM-mittarilla. Lisäksi deliriumia ja sairaalahoitoon liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä ehkäistään päivystyksessä käyttämällä aiemmin mainittua NICE:n ohjeistusta. Kognition arvioimiseen liittyvä koulutus pidettiin kuukausittain Akuutti24-päivystyksen työntekijöille ja pienelle ryhmälle asia perehdytettiin tarkemmin. Kirjaaminen auditoitiin viikon ajalta ja sen mukaan akuuttigeriatrian puolella kirjauksia tuli selvästi enemmän kuin päivystyksen puolella. Sekä lääkärit että hoitajat kirjasivat potilasasiakirjoihin tietoja kognitiosta sovittujen mittarien lisäksi myös sanallisesti. Muutosvastarinta vaatimuksesta kirjata potilaan kognitiosta yllätti tutkijat ja vastarintaa esiintyi vaihtelevasti koko vuoden ajan. Artikkelin lopussa todetaan, että vanhuspotilaan kognition arviointi sopii osaksi päivystyksen toimintaa ja moniammatillinen koulutusinterventio osoittautui hyväksi keinoksi uuden toimintamallin käyttöönotossa. (Helin & Orre 2017,2542-2543.)

Espanjalaisessa tutkimuksessa (Palacionos-Ceña ym. 2016) tehtiin vertailua sekä lääkärin että hoitajien kesken sekavien teho-hoitopotilaiden hoitamisesta. Tutkimuksessa tuli esiin, että hoitotyöntekijät kaipasivat selkeitä ohjeita sekavan potilaan hoitamiseen myös yöajaksi sekä lääkäreiltä lisäohjeita lääkitykseen. Tutkimuksen lopputuloksena oli, että deliriumpotilaiden hoitoprosesseja pitäisi parantaa.

Hong Kongilaisessa United Christian sairaalassa tehtiin lonkkamurtumapotilaille ennaltaehkäisevä suunnitelma iäkkäiden deliriumpotilaiden hoitamiseen. NICE:n ohjeistukset mukautettiin paikalliseen hoitoon ja riskikartoitus tehtiin ennakkoon jo kaikille yli 60-vuotiaille. Tässä julkaisussa kuitenkin todetaan, että jatkoseurantaa ohjeistuksen käytöstä tarvitaan, sitä ei tässä tutkimuksessa tehty. (Tsang, 2014, 23-34.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa ortopedisille hoitajille koulutettiin CAM-testin käyttöä. Tutkimuksessa otettiin verrokiksi vuoden 2013 kolmen kuukauden data vs. 2014 data potilaiden sairaalaolopäivistä ja tuloksena oli, että sairaalaolopäivät vähenivät 22 prosenttia koulutuksen jälkeen. (Todd ym. 2015, 214-221.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pilotoida aiemmassa opinnäytetyössä suunniteltu kyselylomake ja tällä kyselylomakkeella kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia yli 65-vuotiaan deliriumpotilaan hoidosta. Lisäksi selvitän, minkälaisia koulutustarpeita hoitotyöntekijöillä on iäkkään delirium potilaan hoitoon liittyen. Koska kysymyksessä on kyselylomakkeen pilotointi, niin opinnäytetyön tarkoituksena on myös saada selville, miten kyselylomaketta voisi muokata paremmaksi.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on iäkkään yli 65-vuotiaan deliriumpotilaan hoidosta?
2. Minkälaisia koulutustarpeita hoitotyöntekijöillä on iäkkään deliriumpotilaan hoitoon liittyen?
3. Miten aiemmin laadittu kyselylomake toimii käytännössä?

Toimeksiantajana toimii erään Yliopistollisen keskussairaalan toimialue, jossa toimii kolme vuodeosastoa, että yksi valvontayksikkö. Tätä työtä voi toimeksiantaja hyödyntää pohtiessaan hoitotyöntekijöiden osaamistasoa sekavan potilaan hoitoon liittyen sekä koulutusmateriaalin kehittämisessä. Opinnäytetyön kysymyksiä muutosehdotuksiin voidaan hyödyntää myöhemmin laadittavissa kyselytutkimuksissa.

5 EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Menetelmä

Ennen varsinaista opinnäytetyötä tein tutkimussuunnitelman, jonka perusteella sain tutkimukselle tutkimusluvan. Tutkimussuunnitelman liitteeksi tuli liittää saatekirje, että kyselylomake.

Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimusmenetelmänä, jonka avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Sitä voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Sillä pystytään kartoittamaan olemassa oleva tilanne, mutta ei riittävästi selvittämään asioiden syytä. (Heikkilä 2014, 15.)

Määrällinen tutkimus perustuu teorioihin, joista johdetaan tutkimuksessa käytettävät kysymykset. Kyselylomake on tavallisin tapa kerätä aineistoa määrällisessä tutkimusmenetelmässä. (Kananen, 2015, 221; Vilka, 2015, 61.) Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta, mikä oli kehitetty aiemman opinnäytetyön ”Sydäntoimenpiteen jälkeinen sekavuus ikääntyneellä potilaalla” yhteydessä (liite 2). Lomakkeen työvaiheet ja aineisto, johon kysymykset perustuvat, löytyvät kyseisestä opinnäytetyöstä (Jansson ym. 2018, 42-45). Lomakkeeseen tehtiin vain muutamia muutoksia. Kyselylomakkeessa käytettiin sekä monivalintakysymyksiä, joissa vastaajalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot, että 5-portaista Likertin-asteikkoa, johon oli lisätty en osaa sanoa -vastausvaihtoehto. Tässä asteikkoihin perustavassa kysymystyyppissä vastaajalle esitetään väittämiä. Vastaaja valitsee niistä sen vaihtoehdon, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. (Hirsijärvi, 2009, 200.)

Kyselylomakkeessa oli lisäksi neljä avointa kysymystä. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden kertoa omin sanoin mielipiteensä ja saada tietoa, jota ei strukturoidulla kysymyksillä voida saada. Avointen kysymysten käyttö kvantitatiivisessa tutkimuksessa lisää aina tutkijan työmäärää. Avoimet kysymykset eivät tarkoita, että tutkimuksessa käytettäisiin myös laadullista tutkimusmenetelmää vaan avoimet kysymykset voidaan käsitellä jälkikäteen numeraalisesti. Tämä edellyttää vastausten analysointia ja luokittelemista ryhmiin. (Hirsijärvi ym. 2009, 198-201; Kananen 2015, 234; Vilka, 2015, 69. ”Tutkimuksen tiedon intressi ja avoimien kysymysten analysointitapa määrää tutkimusmenetelmän, ei kysymysten muoto” (Vilka, 2015, 69).

Yksi verkkotutkimuksen muodoista on sähköpostikysely. Yleisin ja käyttökelpoisin ratkaisu on lähettää tutkimuskutsu sähköpostissa olevan osoitteen avulla. Tällöin vastaajalle avautuu näytölle kyselylomake ja vastaukset tallentuvat suoraan tietokantaan. (Kananen, 2015, 209). Tämä opinnäytetyön kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla, johon Turun Ammattikorkeakoulun opiskelijoilla on opinnäytetyön tekoheikellä käyttöoikeus.

5.2 Tietojen kerääminen

Saatekirje (liite 1) ja kysely (liite 2) lähetettiin osastonhoitajien toimesta sähköpostitse sekä sairaanhoitajille että lähihoitajille. Kysely lähetettiin 103:een sähköpostiosoitteeseen (N=103). Vastausaikaa annettiin kaksi (2) viikkoa. Muistutusviesti lähetettiin viikon päästä. Kyselyä edeltävästi opinnäytetyöntekijä kävi osastokokouksissa kertomassa kyselystä ja kyselystä mainittiin kokouksien muistioissa. Kanasen (2015, 218) mukaan ennakkoinformointi parantaa aina vastaushalukkuutta.

Kyselyyn vastasi yhteensä 24 vastaajaa (N=24). Tämä on 23 prosenttia vastaajista.

Webropol-kyselylinkin kautta vastaukset näkyvät käsittelijällä anonymisti, eikä vastaajan henkilöllisyyttä pysty näin ollen selvittämään.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Kysely sulkeutui kahden (2) viikon päästä sen lähettämisestä ja aineiston käsittelyyn ja analysointi aloitettiin mahdollisimman pian. Taulukointi ja analysointi edellyttävät, että kyselylomaketta suunniteltaessa pitää muuttujille antaa jokin arvo (Vilka, 2015,71).

Tarkasteltaessa vain yhtä muuttujaa puhutaan suorasta jakaumasta. Jokaiselle kysymyksen vaihtoehdolle lasketaan sekä lukumäärä eli frekvenssi että prosenttiosuus eli suhteellinen frekvenssi. (Karjalainen, 2010, 39). Kanasen (2015,264) mukaan pienillä aineistoilla ei voida tehdä syvällisiä tilastollisia analyysyjä. Tällöin joudutaan tyytymään pelkästään suoriin jakaumiin. Koska vastausprosentti jäi hyvin alhaiseksi, 23 prosenttiin, ei ristiintaulukointia esimerkiksi vuode- ja valvontaosaston näkökulman välillä kannattanut tehdä vaan aineisto on esitetty suoran jakauman mukaisesti.

Webropol aineiston raportointiosasta sain siirrettyä kysymykset suoraan Excel-tiedostomuotoon. Monivalintakysymysten vastauksista sai helposti ohjelmasta siirrettyä luvut prosentti- ja frekvenssiluvuiksi. Eniten työtä aiheutti Likertin asteikolla tehdyt mielipidekysymykset, sillä niistä ei saanut suoraan tehtyä peruskaavioita vaan aineistoa piti muokata helpommin luettavaksi. Likertin asteikkoon perustuvaa aineistoa voidaan analysoida yhdistämällä positiivinen ja negatiivinen osa omaksi alueeksi helpottaen analyysia. (Kananen, 2015,303)

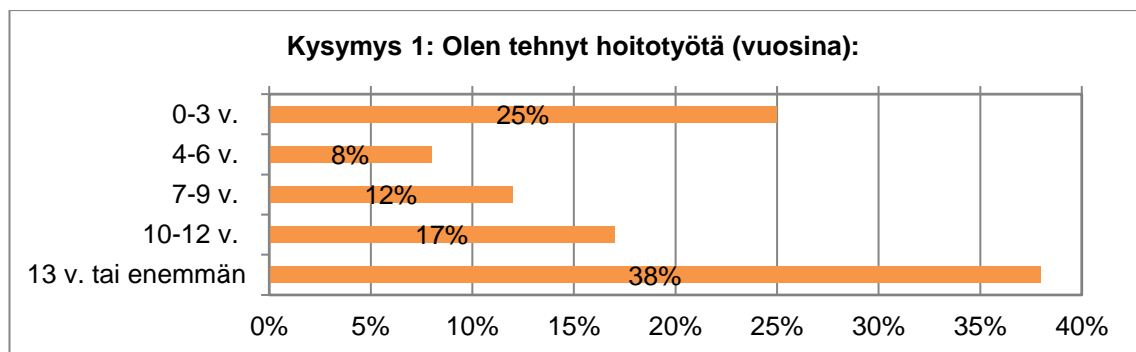
Avoimet kysymykset käsiteltiin numeraalisesti. Yksinkertaisin käsittelytapa avointen kysymysten käsittelyyn on tekstinkäsittelyohjelma, minkä jälkeen teksti muutetaan taulukomuotoon. Koodaaminen perustuu yhden sanan eli käsitteen käyttöön. (Kananen,2015,296.). Tässä opinnäytetyössä avoimet vastaukset siirrettiin tekstinkäsittelyohjelmaan ja vastaukset luokiteltiin ryhmiin, joista laskettiin frekvenssit. Vilkan (2015, 105) mukaan kvantifioidessa tutkimusaineistoa, eli ilmoittaa jonkin määrän lukuina, suositellaan puhumaan sisällön erittelystä.

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien esitiedot:

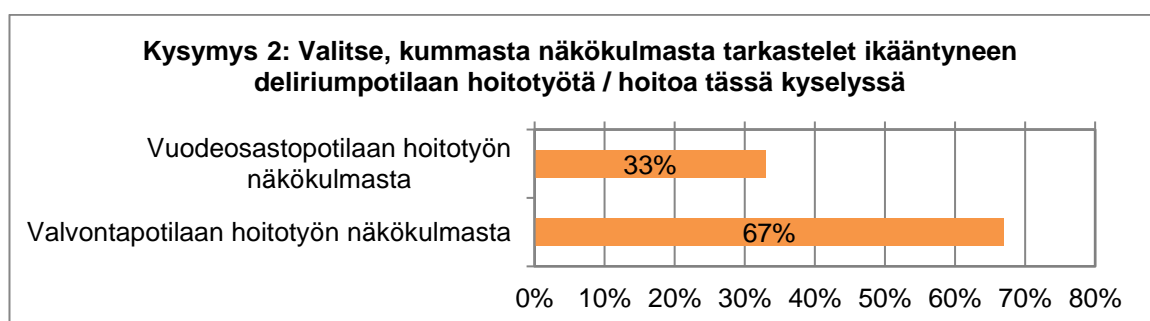
Vastaajia oli yhteensä 24 vastaajaa 103:sta eli vastausprosentti oli 23 %. Vastauksien frekvenssiluvut esitetään erikseen liitteenä kolme (3).

Kysymys yksi (1) koski vastaajien työkokemusta. Vastaajista 55 % oli tehnyt hoitotyötä yli 10 vuotta. Vastaajista 25 % oli tehnyt hoitotyötä alle kolme (3) vuotta ja 20 % vastaajista oli tehnyt hoitotyötä 4-9- vuoden välillä.



Kuvio 1. Vastaajien työkokemus vuosina.

Kysymys kaksi (2) koski hoitotyöntekijöiden vastausnäkökulmaa. Osa toimeksiantajan henkilökunnasta toimii sekä vuode- että valvontaosastolla. Tästä syystä kyselyssä annettiin mahdollisuus valita näkökulma, josta vastaaja tarkastelee ikääntyneen deliriumpotilaan hoitotyötä/hoitoa. Vastaajista 67 % (f=16) vastasi, että vastaa kyselyyn valvontatasoisen potilaan hoitotyön näkökulmasta ja 33 % (f=8) vastasi vuodeosastotasoisen potilaan hoitotyön näkökulmasta.

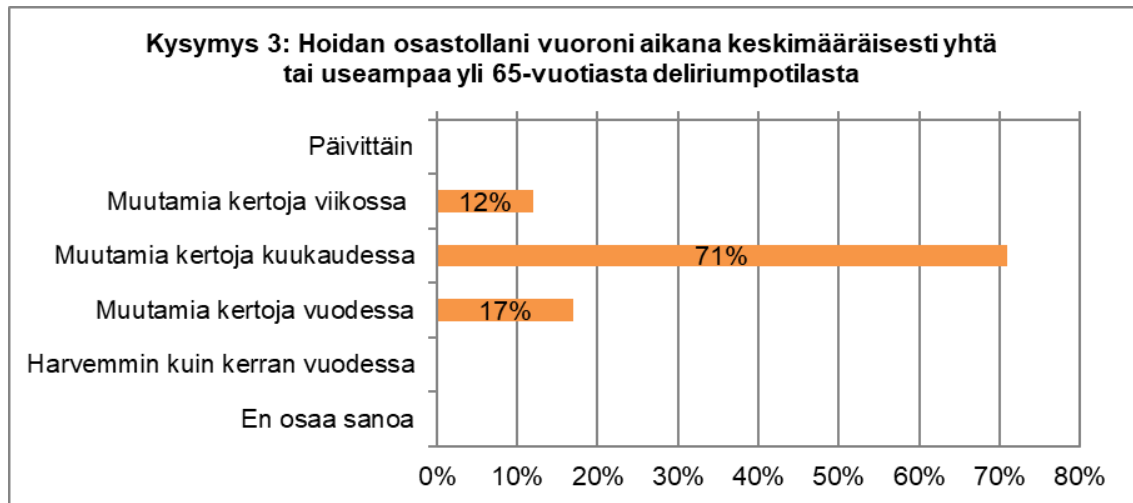


Kuvio 2. Vuodeosasto- vai valvontanäkökulma kyselyyn.

6.2 Osastolla olevien deliriumpotilaiden hoitaminen

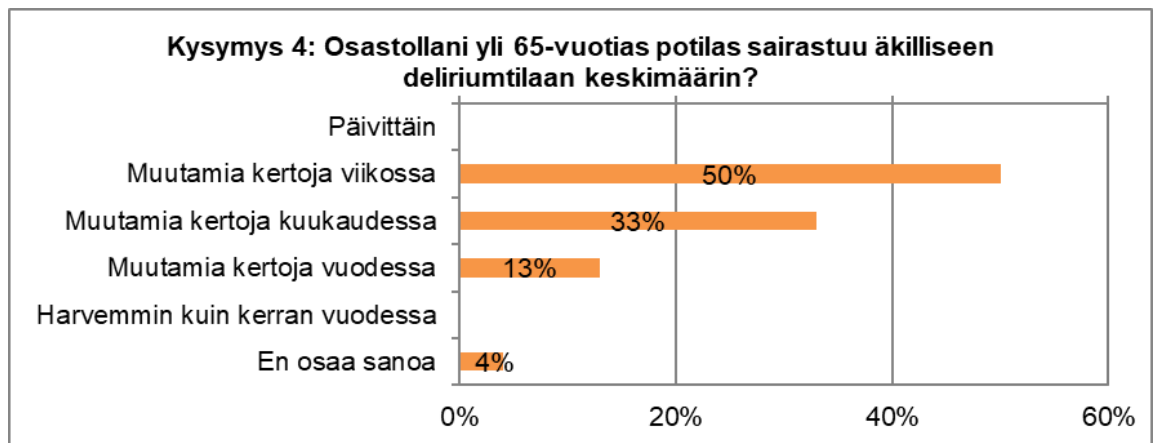
Kysymys kolmessa (3) ja neljässä (4) selvitettiin kuinka usein vastaajat hoitavat iäkästä deliriumpotilasta ja kuinka usein osastolla iäkäs potilas vastaajan mukaan sairastuu

äkilliseen deliriumtilaan. Noin kaksi kolmännestä ($f\%=71$) vastasi hoitavansa deliriumpotilasta noin muutamia kertoja kuukaudessa.



Kuvio 3. Kuinka usein hoitotyöntekijä hoitaa iäkästä deliriumpotilasta vuoronsa aikana.

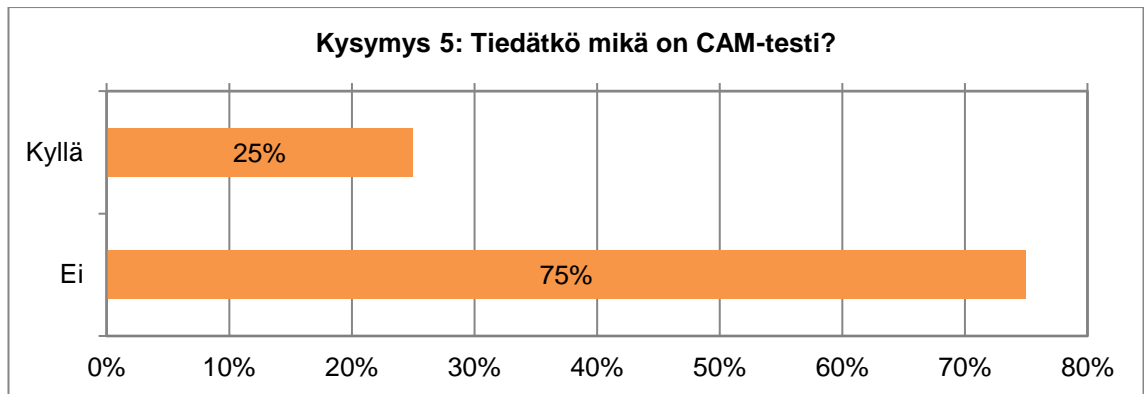
Vastaajista puolet ($f\%=50$) oli sitä mieltä, että osastolla hoidettava yli 65-vuotias sairastuu äkilliseen deliriumtilaan muutamia kertoja viikossa. Yksi kolmesta vastasi ($f\%=33$) muutamia kertoja kuukaudessa.



Kuvio 4. Iäkkään potilaan sairastuminen deliriumiin hoitohenkilökunnan mukaan.

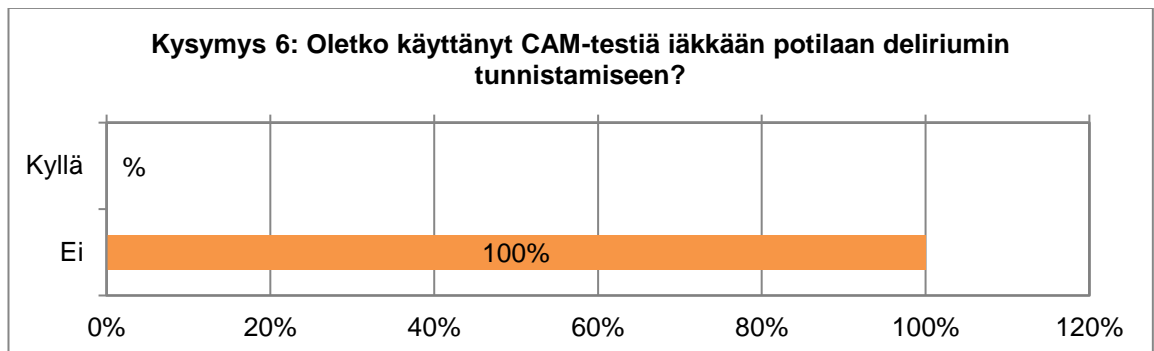
6.3 Hoitotyöntekijöiden oman kokemuksen ja osaamisen kartoittaminen

Kysymyksessä viisi (5) kysyttiin tietävätkö hoitotyöntekijät mikä on deliriumin tunnistamiseen käytettävä CAM- testi. Vastaajista kolme neljäsosa (f%=75) ei tiennyt mikä on potilaan deliriumtilaan selvittämiseen liittyvä CAM-testi ja yksi neljästä (f%=25) tiesi kyseisen testin.



Kuvio 5. CAM-testin tunnettavuus hoitotyöntekijöiden keskuudessa.

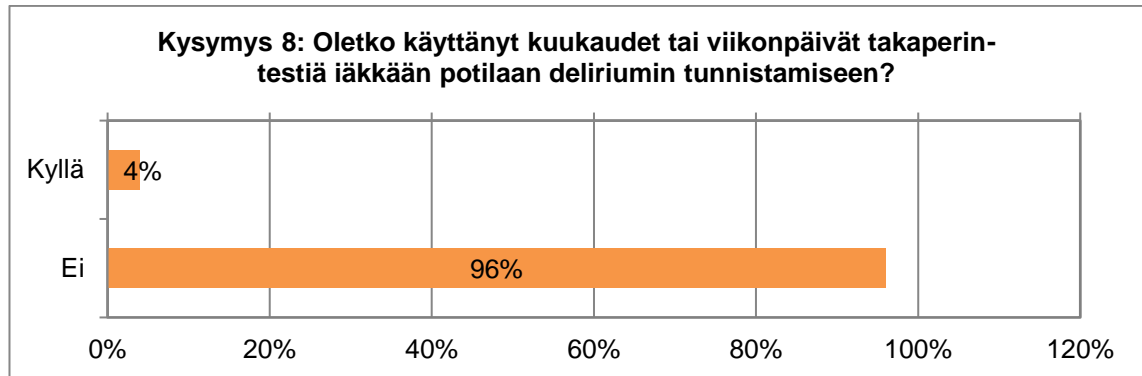
Kysymys kuudessa (6) kartoitettiin ovatko hoitotyöntekijät käyttäneet CAM-testiä. Vastaajista yksikään ei ollut käyttänyt kyseistä CAM-testiä.



Kuvio 6. CAM- testin käyttö.

Kysymyksessä seitsemän (7) selvitettiin, onko NICE:n hoitosuositus hoitotyöntekijöille entuudestaan tuttu. Vastaajista suositus oli yhdelle (f%=4) tuttu ja loput (f%=96) vastasivat, että eivät tunne kyseistä hoitosuositusta.

Kysymys kahdeksassa (8) selvitettiin, ovatko hoitotyöntekijät käyttäneet kuukaudet- tai viikonpäivät takaperin testiä. Vastaajista vain yksi (f%=4) oli käyttänyt iäkkään deliriumpotilaan tunnistamiseen kuukaudet- tai viikonpäivät takaperin testiä ja loput (f%=96) vastasivat, että ei ole käyttänyt kyseistä testiä.



Kuvio 7. Kuukaudet- tai viikonpäivät takaperin käyttö.

Kysymys yhdeksän (9) oli avoin kysymys, jossa kysyttiin ”Millaisena koet ikääntyneen deliriumpotilaan hoidon?”. Kysymykseen vastasi 21 hoitotyöntekijää. Kolmetoista (f=13) koki hoidon haastavana ja raskaana kun taas muutama mainitsi hoidon haastavana mutta mielekkäänä (f=2). Avoimissa vastauksissa tuli esille, että usein valvontolosuhteissa potilas saa sekavuuden hoitoon asianmukaisen lääkityksen, eikä uhkaavissa olosuhteissa tarvitse olla yksin. Vuodeosastopuolella potilaan seuraaminen jää vastaajien mukaan vähemmälle. Yksi vastaajista mainitsi, että iäkkään deliriumpotilaan kanssa jää hoitajana yksin varsinkin yövuoroissa. Muutama mainitsi, että selkeitä ohjeita ei ole ja lääkitseminen aloitetaan usein melko myöhäisessä vaiheessa. Mielipiteistä tuli selvästi esiin, että osa kaipaa kehitystä deliriumpotilaan hoitamiseen ja käytäntöihin ja yksi vastaisi, että omalla osastolla on selkeät periaatteet deliriumpotilaan hoitoon.

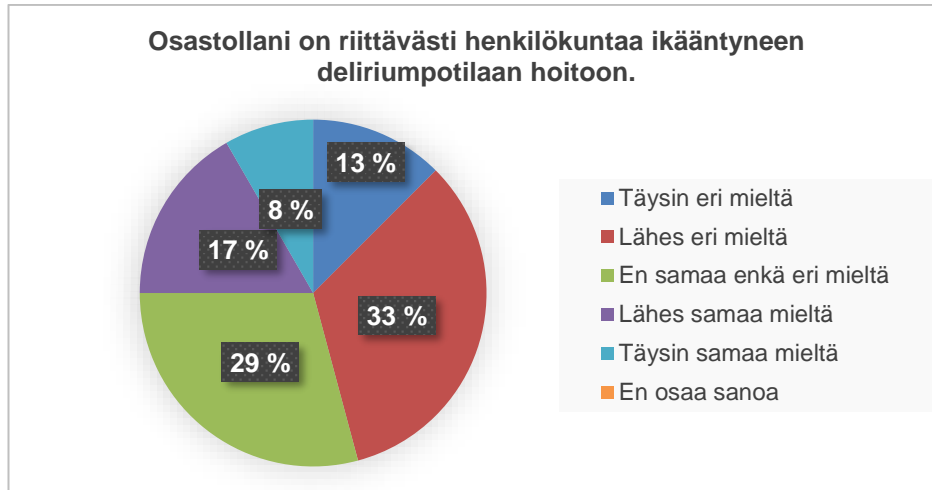
Kysymys kymmenen (10) käsitteli 13 väittämää Likertin asteikolla, joista kaksi ensimmäistä kysymystä käsitteli hoitotyöntekijöiden omaa osaamista. Loput väittämät käsitelään seuraavissa kappaleissa.

Vastaajista yli puolet (f%=58) oli lähes tai täysin samaa mieltä, että oma osaaminen ikääntyneen deliriumpotilaan hoitamiseen on riittävällä tasolla. Lähes eri mieltä oli kolmannes vastaajista (f%=29).

Vastaajista kolme neljästä (f%=75) oli täysin samaa mieltä tai lähes samaa mieltä, että ikääntyneet deliriumpotilaat työllistävät hoitotyöntekijöitä muita potilasryhmiä enemmän.

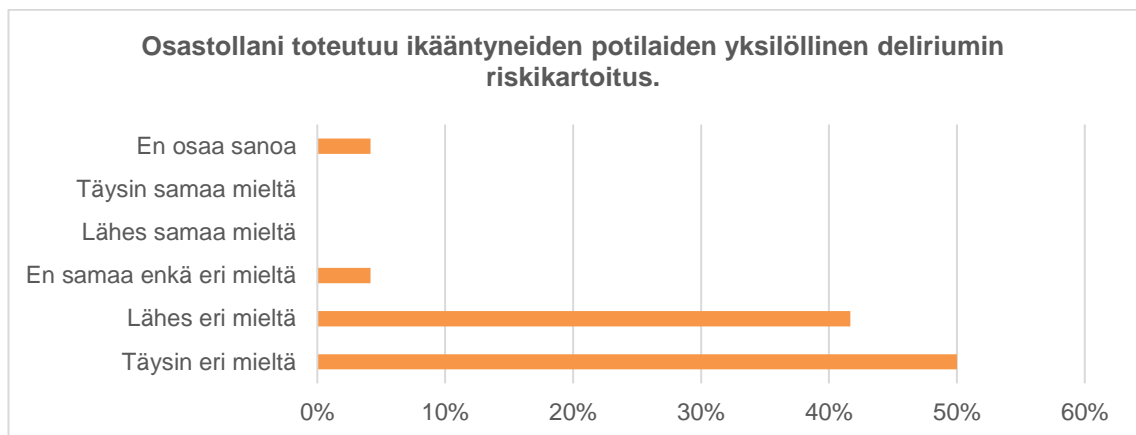
6.4 Hoitotyöntekijöiden kokemuksia osastohoidon näkökulmasta

Lähes puolet (f%=46) oli täysin tai lähes eri mieltä siitä, että osastolla on riittävästi henkilökuntaa ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon. Neutraalisti vastasi noin 30 % vastaajista.



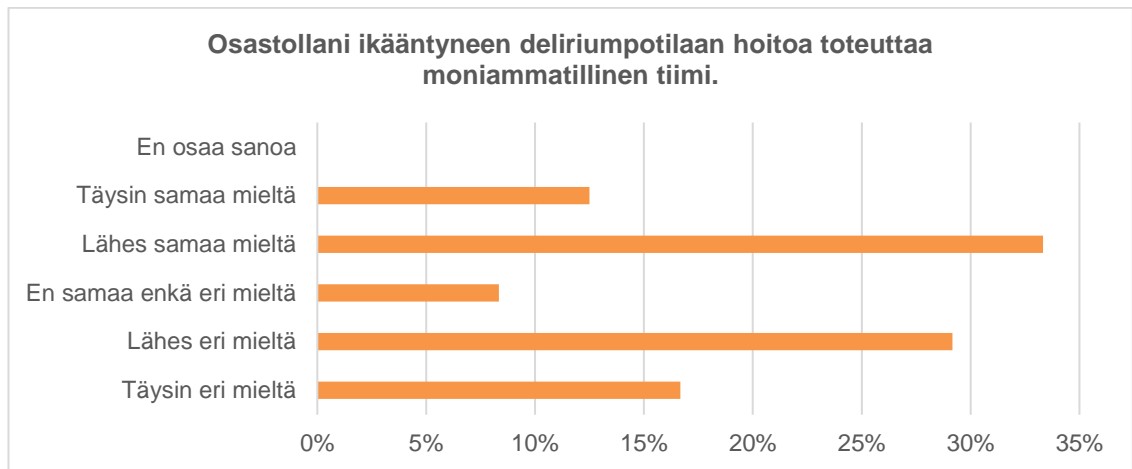
Kuvio 8. Henkilökunnan riittävyys osastolla ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon.

Vastaajista suurin osa (f%=92 %) oli täysin tai lähes eri mieltä toteutuuko osastolla ikääntyneen potilaan yksilöllinen deliriumin riskikartoitus.



Kuvio 9. Deliriumin riskikartoituksen toteutuminen osastolla.

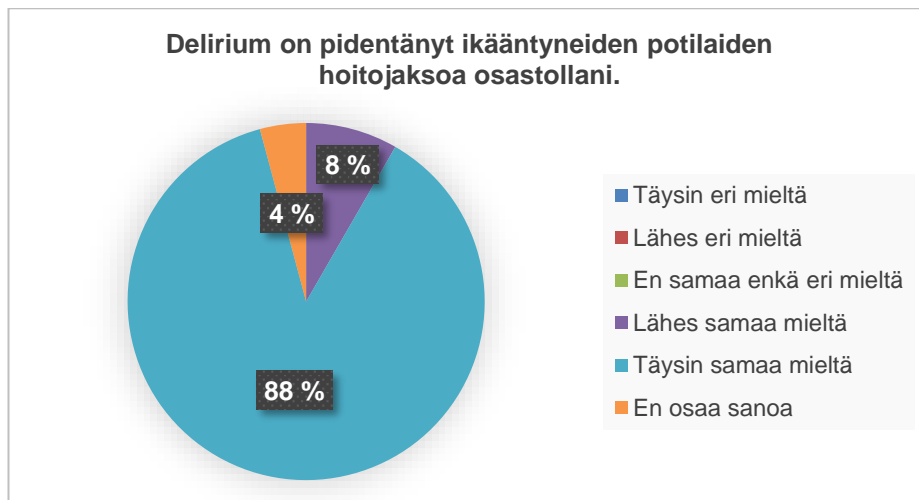
Vastaukset jakaantuivat samaa ja eri mieltä olevien kesken puoliksi, kysyttäessä hoitaako ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoa osastolla moniammatillinen tiimi.



Kuvio 10. Moniammatillisen tiimin toteutuminen.

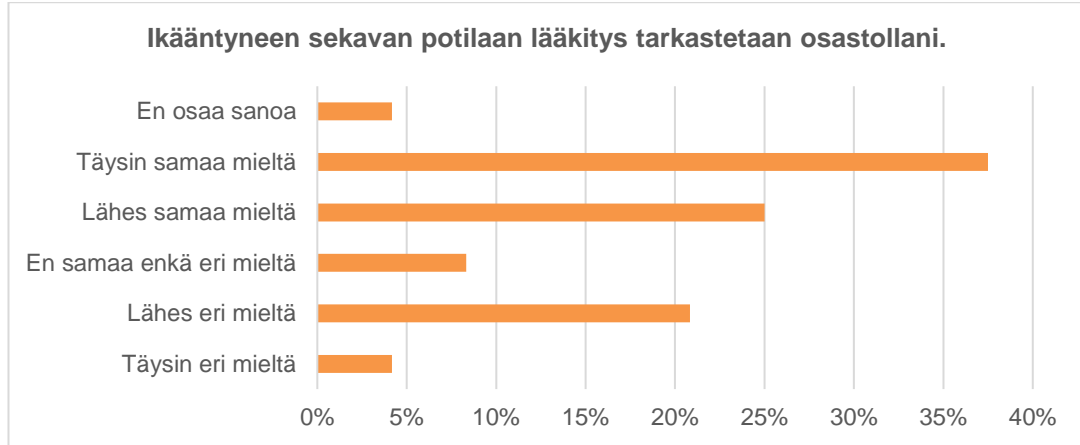
Vastaajista lähes puolet ($f\%=42$) oli lähes tai täysin samaa mieltä, että osastolla huolehditaan ikääntyneen deliriumpotilaan jatkohoidon suunnittelusta. 33 % oli lähes tai täysin eri mieltä ja 25% vastasi neutraalisti.

Lähes kaikki vastaajista oli samaa tai lähes samaa mieltä, että delirium on pidentänyt ikääntyneen potilaan hoitojaksoa osastolla.



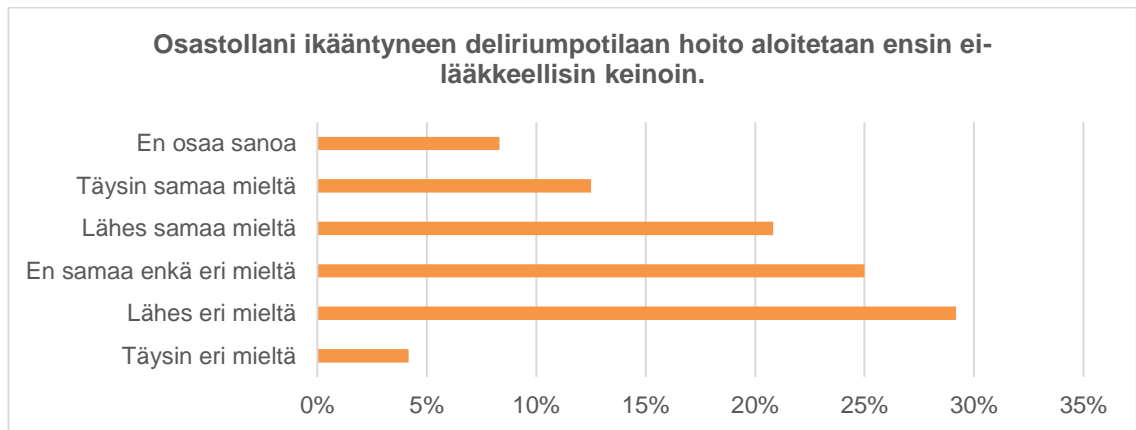
Kuvio 11. Hoitojakson pidentyminen deliriumin vuoksi.

Vastaajista yli puolet (f=63 %) oli lähes tai täysin samaa mieltä, että ikääntyneen sekavan potilaan lääkitys tarkastetaan osastolla. Yksi neljästä (f%=25) vastasi olevansa lähes tai täysin eri mieltä.



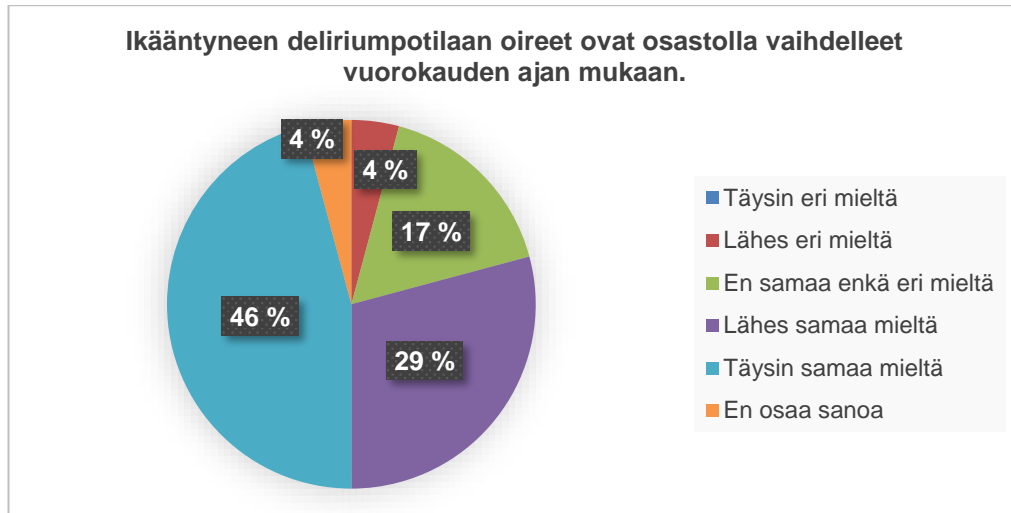
Kuvio 12. Ikääntyneen potilaan lääkityksen tarkistaminen osastolla.

Samaa, eri mieltä ja neutraalisti vastanneiden osuudet olivat lähes yhtä suuret kysyttäessä, aloitetaanko ikääntyneen deliriumpotilaan hoito osastolla ensin ei-lääkkeellisin keinoin.



Kuvio 13. Hoidon aloittaminen ei-lääkinnällisen keinoin.

Kolme neljästä (f%=75) vastaajasta oli täysin tai lähes samaa mieltä, että ikääntyneen deliriumpotilaan oireet ovat osastolla vaihdelleet vuorokauden ajan mukaan. Neutraalisti vastasi 17 % vastaajista.



Kuvio 14. Oireiden vaihtelevuus vuorokauden ajan mukaan.

6.5 Hoitajien näkemyksiä ikääntyneen deliriumpotilaan hoidon oirekuvasta

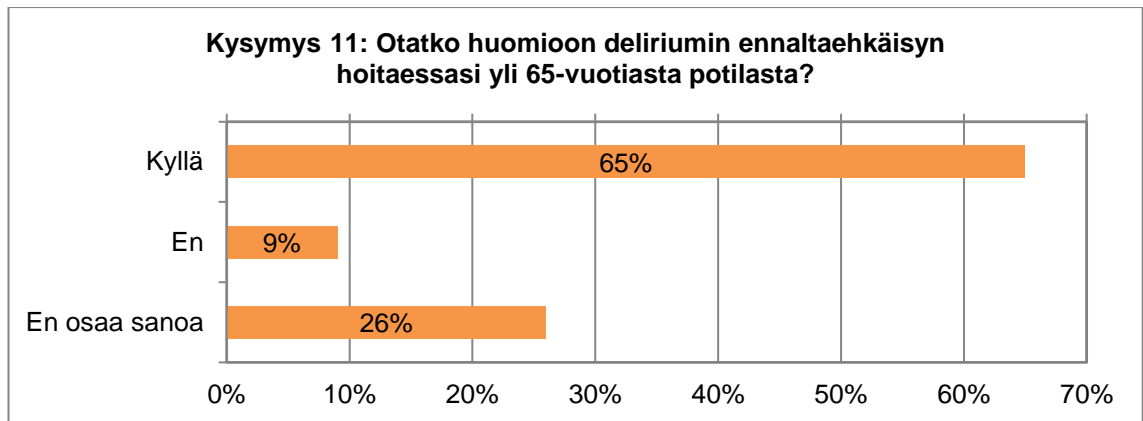
Vastaajista lähes puolet (f%=46) oli lähes tai täysin samaa mieltä, että deliriumin oireita on vaikeaa erottaa esimerkiksi muistisairaudesta. Yksi kolmannesta (f%=33) oli lähes eri mieltä ja 21 % vastasi neutraalisti.

Suurin osa vastaajista (f%=96) oli sitä mieltä, että deliriumin oireet ovat olleet niin voimakkaat, että oireet ovat haitanneet potilaan hoitamista. Lähes eri mieltä oli vain yksi vastaajista.

Lähes puolet (f%=42) vastaajista oli täysin tai lähes eri mieltä, että iäkäs delirium potilas ei ole palautunut samalle kognitiiviselle lähtötasolle kuin ennen deliriumia. Neutraalisti vastasi yksi neljästä (f%=25) ja 13 % oli lähes samaa mieltä. 21 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

6.6 Ikääntyneiden potilaiden deliriumin ennaltaehkäisyn kartoitus

Kysymyksessä 11 selvitettiin ottavatko hoitotyöntekijät huomioon deliriumin ennaltaehkäisyn hoitaessaan yli 65-vuotiasta potilasta. Vastaajista 65 % ottaa huomioon ennaltaehkäisyn ja 9 % ei ota huomioon ennaltaehkäisyä. 27 % vastasi tähän en osaa sanoa. Vastaajien lukumäärä oli 23 vastaajaa.

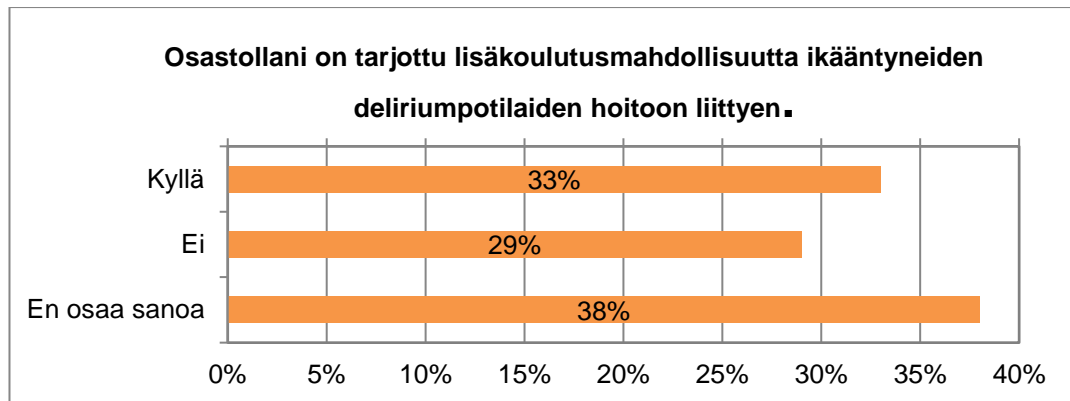


Kuvio 15. Deliriumin ennaltaehkäisyn huomioiminen.

Kysymyksessä 12 vastaajilta kysyttiin avoimena kysymyksenä ”Mitä hoitotyön keinoja käytät ikääntyneen potilaan deliriumin ehkäisemiseksi”. Mainittuja asioita olivat hoitoympäristön rauhoittaminen (f=6), vuorokausirytmien säilyttäminen (f=4), potilaan taustojen selvittäminen omaisten avulla (f=4), kivunhoito (f=3), hoitajan läsnäolo (f=3). Lisäksi mainittiin riittävä uni (tarvittaessa avuksi unilääkkeet), turvallisuuden tunteen luominen, potilaalle hoitotoimenpiteistä kertominen, taustojen selvittäminen (onko esimerkiksi alkoholi - tai psyykettaustaa), valaistuksen huomioiminen, tarkkailu, vitaalit ja niihin reagoiminen, potilaan rauhoittaminen, riskitietojen huomioiminen, nestetasapaino ja oikea lääkitys (f=2) ja niiden vaikutuksen seuraaminen. 16 vastaajaa vastasi tähän avoimeen kysymykseen.

6.7 Hoitotyöntekijöiden näkemys lisäkoulutuksen tarpeesta ja koulutuksen sisällöstä

Kysymyksessä 13 selvitettiin, onko osastolla vastaajien mukaan tarjottu lisäkoulutusmahdollisuutta ikääntyneiden deliriumpotilaiden hoitoon. Vastaukset jakaantuivat melko tasaisesti kolmen vaihtoehdon kesken. Suurin osa vastaajista ei tiennyt lisäkoulutusmahdollisuudesta.



Kuvio 16. Lisäkoulutusmahdollisuudet osastolla.

Kysymys 14 oli avoin kysymys, johon vastauksia tuli 19 kappaletta. Hoitotyöntekijöiltä kysyttiin ”Minkälaista lisäkoulutusta toivoisit osastolla järjestettävän liittyen ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon?”. Hoitajat kaipasivat koulutusta juuri ennaltaehkäisyistä (f=3), lääkkeellisestä hoidosta (f=4), lääkkeettömästä hoidosta (f=3), mikä tahansa aiheeseen liittyvä koulutus (f=6), rauhoittamisesta (f=1), mittareista (f=3) ja yhteistä keskustelua osaston kesken siitä miten toimia sekavan potilaan hoidon kanssa (f=3) esimerkiksi case tapauksien muodossa. Lisäksi mainittiin, että kaivataan yhteisiä pelisääntöjä sekä mahdollisuutta kaikkien osallistua koulutukseen (f=2).

6.8 Hoitotyöntekijöiden näkemys ikääntyneen deliriumpotilaan hoidon kehittämisestä

Viimeisessä kysymyksessä selvitettiin ”Mitä asioita ikääntyneen deliriumpotilaan hoidossa haluaisit kehittää omalla osastollasi?” Tässä kymmenen (f=10) vastaaja mainitsi ennakoinnin ja ennaltaehkäisevän hoidon. Mainittiin, että tarvitaan selkeät säännöt ja yhtenäiset käytännöt ja myös lääkärin pitäisi osallistua mukaan koulutukseen. Ennakoinnin yhteydessä mainittiin myös lääkehoito. Pitäisi reagoida ennakkoon niin, että kaikki tarvittavat lääkkeet olisivat jo kunnossa ennen kuin epäily tulee. Yksi (f=1) vastaajista mainitsi, että lääkehoitoon turvaudutaan välillä liian herkästi ja lääkkeettömät keinot jäävät liian vähälle huomiolle.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä opinnäytetyö toteutettiin noudattaen hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Lähteitä haettiin vain luotettavista tietokannoista. Muiden tutkijoiden julkaisuja ja teoksen tekijöitä kunnioitettiin viittaamalla asianmukaisesti heidän teoksiinsa. Aineiston keruulle myönnettiin tutkimuslupa. (Hirsijärvi ym. 2009,24; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-8)

Tutkijan tulee antaa tietoa tutkimuksesta ja antaa ihmisille mahdollisuuden päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Vilka, 2015, 34 & 120). Kyselyn mukana lähetettiin saatekirje, jossa mainittiin, että kyselyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Kyselyihin ei yleensä ole odotettavissa suurtakaan vastausprosenttia, kohdennetuissa sähköpostikyselyissä päästään noin 10 %:n vastaajamääriin (Kananen, 2015,279). Vastausprosentin jäädessä alhaiseksi, puhutaan tutkimusaineiston kadosta (Vilka,2015, 94). Tähän kyselyyn vastasi vain 23 % vastaajista. Kyselytutkimuksen haittoina pidetään kadon lisäksi Hirsijärvi ym. (2009,195) mukaan muun muassa seuraavia: Kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta. Lisäksi verkko-ympäristössä haasteeksi muodostuvat muun muassa sähköpostikutsun sisältö ja rakenne ja sähköpostikutsun läpimeno (Kananen, 2015, 279). Onko osastolla mahdollisesti niin kiire, että kyselyihin vastaaminen jää taka-alalle, vaikka tämänkin kyselyn tarkoituksena oli kehittää hoitotyötä. Tämän opinnäytetyön osalta tehtiin tarvittavat toimenpiteen vastausprosentin nostamiseksi.

Suurin osa vastaajista (67 %) vastasi kyselyyn valvontatason hoitotyön näkökulmasta eikä näin ollen vuodeosastopuolen näkökantaa ehkä tullut tarpeeksi esille.

Vastaaminen oli vapaaehtoista ja anonymiteetti vastaajien osalta säilyy. Yksittäisiä vastaajia ei kyetä tunnistamaan. Kysely ja sen mukana aineisto hävitetään Webropol-järjestelmästä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Vertailu aiempiin tutkimuksiin oli haastavaa, sillä osa julkaisuista on maksullisia eikä julkaisuista päässyt näkemään kuin tiivistelmän. Lisäksi suurin osa julkaisuista koski teho-osastopotilaan deliriumin hoidon arviointia. Pohdintaosiossa ja johtopäätelmissä on osaksi jouduttu turvautumaan aiempaan opinnäytetyön aineistoon, sillä kysely on laadittu aiemman opinnäytetyön yhteydessä.

Kyselylomakkeen palauttaneet henkilöt vastasivat lähes kaikkiin kysymyksiin, vaikka kysymykset eivät olleet pakollisia.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pilotoida aiemmassa opinnäytetyössä suunniteltu kyselylomake ja selvittää tällä hoitotyöntekijöiden kokemuksia yli 65-vuotiaiden deliriumpotilaan hoidosta hoitotyöntekijän näkökulmasta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millaisia koulutustarpeita hoitotyöntekijöillä on iäkkään delirium potilaan hoitoon liittyen. Tarkoitus oli myös selvittää miten kysymyslomaketta voisi muokata paremmaksi.

Yli puolet vastaajista oli tehnyt hoitotyötä yli 10-vuotta ja 67 % vastasi kyselyyn valvontapotilaan hoitotyön näkökulmasta. Noin kaksi kolmesta vastaajasta hoitaa iäkkästä deliriumpotilasta noin muutaman kerran kuukaudessa. Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että yli 65-vuotias potilas sairastuu osastolla deliriumtilaan muutamia kertoja viikossa ja yksi kolmesta vastaajasta vastasi muutamia kertoja kuukaudessa.

Mittaristoista yksi neljästä vastaajasta tiesi mikä CAM-testi on, mutta yksikään ei ollut käyttänyt kyseistä testiä. Vain yksi (f=1) vastaajista oli käyttänyt kuukaudet takaperin testiä. CAM-testin tulokset ovat lähes vastaavia, kuin aiemmin mainitussa australialaisessa tutkimuksessa (Eastwood ym. 2012, 162.) jossa 20% vastaajista tiesi mikä on CAM-ICU-testi, mutta vain 7 % oli käyttänyt sitä.

Avoimeen kysymykseen ”millaisena koet iäkkään deliriumpotilaan hoidon” tuli vastauksista esiin hoidon haastavuus ja hoitajat kokivat iäkkään deliriumpotilaan hoitamisen raskaana. Niin kuin aikaisemmin mainitussa espanjalaisessa tutkimuksessa mainittiin (Palacionos-Ceña ym. 2016), niin varsinkin yövuorot ovat haastavampia ja hoitaja jää usein yksin asian kanssa. Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista muutama hoitotyöntekijä mainitsi työn mielekkäänä, sillä monisairas vanhus, jolle delirium on mahdollisesti puhkeamassa haastaa myös hoitajan ammattitaitoa.

Suurimmaksi osaksi vastaajat olivat sitä mieltä, että iäkkäät deliriumpotilaat työllistävät hoitohenkilökuntaa muita potilaita enemmän. Vain 25 % oli täysin tai lähes samaa mieltä, että osastolla on tarpeeksi henkilökuntaa iäkkään deliriumpotilaan hoitamiseen. Lähes kaikkien vastaajien mielestä delirium on pidentänyt ikääntyneen potilaan hoitajaksoa osastolla ja deliriumin oireet ovat olleet niin voimakkaat, että ne ovat haitanneet potilaan hoitamista. Jos potilas on vaaraksi sekä itselleen että muille tulisi ensimmäisenä suurentaa henkilöstöresursseja (Jansson ym. 2018, 43). Sekava potilas on myös potilasturvallisuusriski, joten itse ajattelen, että hyvä hoitajamitoitus vähentää tapauksia, joissa potilasturvallisuus on vaarassa.

Suurin osa vastaajista oli täysin tai lähes samaa mieltä, että osastolla ei toteudu täysin ikääntyneen potilaan yksilöllinen deliriumin riskikartoitus. Kysymys perustui siihen, että joka kolmas deliriumtapaus olisi voitu estää riittävällä riskien kartoittamisella ja suosituksena olisi tehdä riskiryhmään kuuluville potilaille deliriumin ennaltaehkäisy-suunnitelma (Jansson ym.2018, 43).

Deliriumpotilaan hoidon moniammatillisuus jakoi mielipiteet samaa ja eri mieltä olevien kesken puoliksi. Tähän kysymykseen tarvitaan mahdollisesti suurempi otanta. Onko

niin, että hoitohenkilökunnasta osa kokee, ettei lääkäri ota kantaa esimerkiksi ennakoon lääkkeisiin tai riskikartoitukseen. Tai miten esimerkiksi potilaan mobilisointi fysioterapian avulla toteutuu. Tätä asiaa voisi jatkossa kyselylomakkeessa tarkentaa enemmän.

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ikääntyneen sekavan potilaan lääkitys tarkastetaan osastolla. Potilaan lääkelista tulisikin tarkistaa, sillä monen lääkkeen yhteisvaikutus kasvattaa deliriumin riskiä (Jansson ym. 2018,44).

Kolme neljästä vastaajasta vastasi, että ikääntyneen deliriumpotilaan oireet ovat osastolla vaihdelleet vuorokauden ajan mukaan. Tämä tukee myös aiempaa teoriaa siitä, että deliriumpotilaan oireet vaihtelevat vuorokauden ajan mukaan (Tilvis ym. 2016,378).

Lähes puolet vastaajista vastasi, että deliriumin oireita on vaikeaa erottaa muistisairaudesta. Tähän on kuitenkin olemassa apukeinoja esimerkiksi testien muodossa. Lisäksi omaiset ovat hyvin tärkeässä roolissa selvitettäessä onko oireet syntyneet äkillisesti.

Lähes puolet vastaajista oli lähes tai täysin samaa mieltä, että osastolla huolehditaan ikääntyneen deliriumpotilaan jatkohoidon suunnittelusta. Niin kuin aiemmin on mainittu, niin delirium voi kestää jopa kuukausia. Näin ollen potilaan jatkohoidosta huolehtiminen on hyvin tärkeässä roolissa. (Jansson ym.2018,43; Laurila ym.2006,24.)

Kysymykseen, aloitetaanko ikääntyneen deliriumpotilaan hoito ensin ei-lääkkeellisin keinoin, jakoi mielipiteitä samaa mieltä, eri mieltä ja neutraalisti vastaavien kesken. Vastaajista yli puolet vastasi, että ottaa deliriumin ennaltaehkäisyyn huomioon hoitaessaan yli 65-vuotiasta potilasta. Avoimeen kysymykseen ”Mitä hoitotyön keinoja käytät ikääntyneen potilaan deliriumin ehkäisemiseksi?” tuli paljon vastauksia. Nämä olivat juuri toimenpiteitä, joita ennaltaehkäisyyn suositellaan. Vuorokausirytmien pitäminen yllä, rauhallinen keskustelu potilaan kanssa ja asioista kertominen tulivat vastauksissa esiin. Riittävästä nesteytyksestä, hapetuksesta ja esimerkiksi turhan virtsakatetrien pitämisestä ei maininnut kuin muutama. Nämä ovat kuitenkin kaikki perusasioita, joita varmasti suurin osa hoitajista tarkkailee. Artikkelissa, jossa käsiteltiin NICE:n hoitosuosituksista deliriumin ennaltaehkäisystä (Pitkälä ym. 2012, 332) todettiin, että Suomessakin edistetään tämän hoitosuosituksen toimenpiteitä. Ongelmaksi syntyy usein potilaiden turhat siirrot ja niitä tulisi välttää.

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että oma osaaminen iäkkään deliriumpotilaan hoitamiseen on riittävällä tasolla ja lähes eri mieltä oli kolmannes vastaajista. Vastaajista 38 % ei tiennyt onko osastolla tarjottu lisäkoulutusmahdollisuutta iäkkään deliriumpotilaan hoitoon liittyen. Hoitotyöntekijät kaipasivat lisäkoulutusta deliriumin ennaltaehkäisystä, lääkehoidosta, jota ei tässä opinnäytetyössä käsitelty, sekä deliriumin hoidosta.

Kehittämiskohteista esiin tuli ennakointi ja ennaltaehkäisevän hoito. Vastaajat kaipasivat myös yhtenäisiä käytäntöjä ja sääntöjä. Yksi vastaajista mielestäni kiteytti hienosti ajatuksen, että oireiden ilmaannuttua herkästi turvaudutaan lääkehoitoon ja ei-lääkkeellinen hoito jää usein vähemmälle. Ei-lääkkeellistä hoitoa tehdään, mutta mukaan pitäisi ehkä ottaa ajatus, että hyvät hoitotyön käytännöt myös ennaltaehkäisevät deliriumin syntyä.

Kyselylomake oli muuten hyvin kattava, mutta seuraavista asioista antaisin vielä kehitysehdotuksia. Kyselylomakkeesta puuttui kokonaan potilaan hoitotyön kirjaamisen

osuus. Terminä ”moniammatillisuus” on haasteellinen, sillä ajatteleeko vastaaja termistä samoin kuin kysymyksen laatija. Tästä olisi hyvä tehdä erillinen kysymys ja kyselylomakkeen alussa selittää tämä termi. Lisäksi olisi hyvä selvittää kuinka hyvin hoitotyöntekijät ottavat omaiset mukaan selvittäessään onko potilaalla delirium. Lisäksi heräsi kysymys, millaisena hoitotyöntekijät kuvailisivat deliriumpotilaan. Kokevatko hoitotyöntekijät deliriumpotilaan aggressiivisena vai osaavatko he myös tunnistaa ns. hiljaisen deliriumpotilaan. Kyselylomakkeen rakennetta kannattaisi vielä miettiä. Yksinkertaisempi kyselylomake voisi nostaa vastausprosenttia tulevaisuudessa.

Tätä työtä voi toimeksiantaja hyödyntää pohtiessaan hoitotyöntekijöiden osaamistasoa sekavan potilaan hoitoon liittyen sekä koulutusmateriaalin kehittämisessä. Lisäksi tässä opinnäytetyössä käytetyistä lähteistä voi olla hyötyä, kun suunnitellaan potilaan deliriumtilan seulontaa. Opinnäytetyön kysymyksiä muutosehdotuksineen voidaan hyödyntää, jos sekavan potilaan hoidosta myöhemmin laaditaan kyselytutkimuksia.

8.2. Jatkotutkimusaiheet

Yksi esille tulleista tuloksista oli, että vastaajista 92 %:n mukaan osastolla ei toteudu iäkkään potilaan yksilöllinen riskikartoitus. Seuraavan opinnäytetyön aiheena voisi olla riskilomakkeen tekeminen yli 65-vuotiaille potilaille.

Aiheena voi olla myös strukturoidun mallin luominen, jolla ennaltaehkäistään deliriumin syntyä ja mahdollistaa päivittäin seuraamaan potilaan tilannetta. Tästä esimerkkinä CAM-testin tekeminen osastolla kello 8 joka aamu.

9 JOHTOPÄÄTELMÄT

1. Deliriumin riskiarviointi jää hoitotyöntekijöiden mielestä osastolla vähäiseksi.
2. Yli puolet hoitotyöntekijöistä ottaa deliriumin ennaltaehkäisyn huomioon, mutta NICE:n ennaltaehkäisy-suosituksista ei tiedetty.
3. Iäkkäiden potilaiden deliriumoireet ovat vaihdelleet osastolla vuorokauden ajan mukaan.
4. Koulutusta tulisi lisätä deliriumin ennaltaehkäisystä ja lääkkeellisestä hoidosta. Kehittämistarpeiksi mainittiin selkeämmät säännöt ja yhtenäisemmät käytännöt.
5. Deliriumin tunnistamiseen käytettyjä mittaristoja ei juurikaan käytetä.
6. Tutkimusaineiston kato oli suuri. Näin ollen tutkimustulosten yleistettävyyteen on suhtauduttava kriittisesti.

LÄHTEET

- Boot, R. 2012. Delirium: A review of the nurses' role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. Issue 28, 185-189.
- Eastwood, GM.; Peck, L.; Bellomo, R.; Baldwin, I. & Reade MC. 2012. A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Australian Critical Care*. Issue 25, 162-169.
- Hautamäki, R. 2006. Tehohoitopotilaan delirium. Viitattu 5.3.2019. *Finnanest*. 39 (4). http://www.finnanest.fi/files/a_hautamaki.pdf
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Helin, U. & Orre, P. 2017. Vanhuspotilaan kognition arvioiminen osaksi päivystyksen käytäntöä. *Lääkärilehti*. Nro 44/2017, vsk 72, 2542-2543.
- Hirsijärvi, S.; Remes P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Jansson, E.; Kinnala, P. & Väisänen, V. 2018. Sydäntoimenpiteen jälkeinen sekavuus ikääntyneellä potilaalla. *Opinnäytetyö. Sairaanhoidajakoulutus*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.9.2019. Saatavilla sähköisesti: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/144052/Jansson_Elina_Kinnala_Pauliina_Vaisanen_Viivi.pdf?sequence=1
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.
- Kangas, T.; Hämäläinen, R.; Valvanne, J. & Jämsen, E. 2018. Muistin ja tarkkaavaisuuden häiriöiden seulonta sairaalassa on aiheellista. *Lääkärilehti*. Nro 11/2018, vsk 73,713-718.
- Koivula, H. & Peltomaa, M. 2017. Viitattu 8.10.2018. Saatavana sähköisesti Terveysportista -> Sairaanhoidajan tietokannat -> Teho- ja valvontatyön opas -> Tehohoitopotilaan sekavuus. <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti>
- Laurila, J. 2012. Delirium. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*. Vol. 128, No 6, 642-647.
- Laurila, J.; Pitkälä K. & Rahkonen, T. 2006. Suomen dementtiahoidoyhdistys. Kuopion Liikekirjapaino Oy. Viitattu 11.11.2018. Saatavana sähköisesti: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/DEMdeliriumOpasLR.pdf>
- Lundgren-Laine, H. 2015. Terveyttä tuottava perushoito Steppi-hanke. Viitattu 29.9.2018. Saatavilla: <https://docplayer.fi/6158944-Terveytta-tuottava-perushoito-steppi-hanke.html>
- Marino, J.; Bucher, D.; Beach, M.; Yegneswaran, B.; Cooper, B. Implementation of an intensive care unit delirium protocol. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Vol. 34 / No.5, 273-284.
- Niemi-Murola, L.; Metsävainio, K.; Saari, T.; Vahtera, A. & Vakka, M. (toim.) 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet (online). Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla sähköisesti (vaatii käyttäjätunnuksen). Viitattu 28.9.2018. <https://www.oppiportti.fi/op/atd00122/do>
- Palacios-Ceña, D.; Cachón-Pérez, JM.; Martínez-Piedrola, R.; Gueita-Rodríguez, J.; Perez-de-Heredia, M. & Fernández-de-las-Peñas C. 2016. How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open*. 2016 Jan 29;6(1).
- Pitkälä, K. 2012. NICE:ltä hoitosuositus vanhuksen sekavuustilan ehkäisyyn. *Lääkärilehti*. Nro 5/2012 vsk 67, 331-332.

Strandberg, T. 2013. Vanhuksen sekavuustila ja sen hoito. Viitattu 2.12.2018. Saatavilla sähköisesti <http://www.gernet.fi/artikkelit/1301/vanhuksen-sekvauustila-ja-sen-hoito>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. 2018, Liite-
taulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2070 (vuodet 2020–2070: ennuste). Helsinki:
Tilastokeskus [viitattu: 2.12.2018]. Saantitapa:
http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001_fi.html

Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.). Geriatria. 2016. 3.uudis-
tettu painos. Duodecim.

Todd, KS.; Barry, J.; Hoppough, S. & McConnell E. 2015. Delirium detection and improved deli-
rium management in older patients hospitalized for hip fracture. International Journal of Ortho-
paedic and Trauma Nursing, Volume 19, 214-221.

Tsang, LF. 2014. Nurse´ prediction prevention and management on post-operative delirium in
geriatric patients with hip fracture: The development of a protocol to guide care. International
Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. Volume 18, 23-34.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen kä-
sitteleminen Suomessa. Viitattu 28.9.2018 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.uudistettu painos. PS-kustannus. Jyväskylä.

Liite 1: Saatekirje

Hyvä kyselyyn osallistuja!

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulun Terveys- ja hyvinvointi-tulosalueella sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa.

Opinnäytetyöni tavoitteena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia ikääntyneen deliriumpotilaan hoidosta sekä selvittää hoitotyöntekijöiden koulutustarpeita iäkkään deliriumpotilaan hoitoon liittyen. Se pohjautuu Sydänkeskukselle keväällä tehtyyn opinnäytetyöhön "Sydäntoimenpiteen jälkeinen sekavuus ikääntyneellä potilaalla". Tämän kyseisen opinnäytetyön tuloksena syntyi kyselytutkimus, jota pilotoidaan nyt x.

Tässä kyselytutkimuksessa ikääntyneellä potilaalla tarkoitetaan yli 65-vuotiasta potilasta. Deliriumilla eli sekavuustilalla tarkoitetaan äkillisesti alkanutta sekavuutta ikääntyneellä potilaalla sairaalahoidon aikana.

Vastauksesi on tärkeää, jotta hoitajien mielipiteet saadaan kartoitettua mahdollisimman kattavasti.

Vastaaminen on vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen tekemiseen on saatu lupa x. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksen antajaa ei voida tunnistaa eikä yksilöidä vastausten perusteella. Vastaukset siirtyvät linkin kautta suoraan Webropol-raportointijärjestelmään eikä näin ollen vastaajaa pysty tunnistamaan. Aineisto hävitetään järjestelmästä opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyöni tulee valmistuttuaan löytymään Theseus-verkkokirjastosta.

Kyselyyn vastataan Webropol-kyselyllä ja vastausaikaa on kaksi (2) viikkoa. Pyydän ystävällisesti vastausta xx.xx mennessä.

Vastaan mielelläni kysymyksiin.
Yhteistyöterveisin

Hanna Salo
Sairaanhoitajaopiskelija
etunimi.sukunimi@edu.turkuamk.fi
puh.x

Opinnäytetyön ohjaajan tiedot: Koulutusvastaava, FT, TtM, Maika Kummel
etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Liite 2: Kyselylomake

KYSELYTUTKIMUS HOITOTYÖNTEKIJÖILLE IKAANTYNEEN DELIRIUMPOTILAAN HOIDOSTA

Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia ikääntyneen deliriumpotilaan hoidosta.

Tässä kyselytutkimuksessa ikääntyneellä potilaalla tarkoitetaan yli 65-vuotiasta potilasta. Deliriumilla eli sekavuustilalla tarkoitetaan äkillisesti alkanutta sekavuutta ikääntyneellä potilaalla sairaalahoidon aikana

Jokainen vastaus käsitellään nimettömästi eikä vastauksista pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Kiitos osallistumisesta, vastauksesi on tärkeä!

1. Olen tehnyt hoitotyötä (vuosina): *

- 0-3 v.
- 4-6 v.
- 7-9 v.
- 10-12 v.
- 13 v. tai enemmän

2. Valitse, kummasta näkökulmasta tarkastelet ikääntyneen deliriumpotilaan hoitotyötä / hoitoa tässä kyselyssä

- Vuodeosastopotilaan hoitotyön näkökulmasta
- Valvontapotilaan hoitotyön näkökulmasta

3. Hoidan osastollani vuoroni aikana keskimääräisesti yhtä tai useampaa yli 65-vuotiasta deliriumpotilasta

- Päivittäin
- Muutamia kertoja viikossa
- Muutamia kertoja kuukaudessa
- Muutamia kertoja vuodessa
- Harvemmin kuin kerran vuodessa
- En osaa sanoa

4. Osastollani yli 65-vuotias potilas sairastuu äkilliseen deliriumtilaan keskimäärin?

- Päivittäin
- Muutamia kertoja viikossa
- Muutamia kertoja kuukaudessa
- Muutamia kertoja vuodessa
- Harvemmin kuin kerran vuodessa
- En osaa sanoa

5. Tiedätkö mikä on CAM-testi?

- Kyllä
- Ei

6. Oletko käyttänyt CAM-testiä iäkkään potilaan deliriumin tunnistamiseen?

- Kyllä
- Ei

7. Onko NICE:n (British National Institute for Health and Care Excellence) hoitosuositus vanhuksen sekavuustilan ehkäisyyn sinulle tuttu?

- Kyllä
- Ei

8. Oletko käyttänyt *kuukaudet tai viikonpäivät takaperin*- testiä iäkkään potilaan deliriumin tunnistamiseen?

- Kyllä
- Ei

9. Millaisena koet ikääntyneen deliriumpotilaan hoidon?

10. Rastita jokaisen väittämän kohdalta parhaiten mielialidettäsi vastaava vaihtoehto

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Osaamiseni ikääntyneen deliriumpotilaan hoitamiseen on riittävällä tasolla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikääntyneet deliriumpotilaat työllistävät henkilökuntaa osastollani muita potilasryhmiä enemmän.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollani on riittävästi henkilökuntaa ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollani toteutuu ikääntyneiden potilaiden yksilöllinen deliriumin riskikartoitus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollani ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoa toteuttaa moniammatillinen tiimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollani huolehditaan ikääntyneen deliriumpotilaan jatkohoidon suunnittelusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium on pidentänyt ikääntyneiden potilaiden hoitojaksoa osastollani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikääntyneen sekavan potilaan lääkitys tarkastetaan osastollani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollani ikääntyneen deliriumpotilaan hoito aloitetaan ensin ei-lääkkeellisin keinoin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikääntyneen deliriumpotilaan oireet ovat osastolla vaihdelleet vuorokauden ajan mukaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deliriumin oireita on mielestäni vaikea erottaa ikääntyneellä esimerkiksi muistisairaudesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deliriumin oireet ovat olleet niin voimakkaat, että ne ovat haitanneet potilaan hoitamista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitamani ikääntynyt potilas ei ole deliriumin jälkeen palautunut samalle kognitiiviselle lähtötasolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Otatko huomioon deliriumin ennaltaehkäisyn hoitaessasi yli 65-vuotiasta potilasta?

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

12. Mitä hoitotyön keinoja käytät ikääntyneen potilaan deliriumin ehkäisemiseksi?

13. Osastollani on tarjottu lisäkoulutusmahdollisuutta ikääntyneiden deliriumpotilaiden hoitoon liittyen.

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

14. Minkälaista lisäkoulutusta toivoisit osastolla järjestettävän liittyen ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon?

Liite 3: Vastaukset frekvensseinä ja prosentteina taulukkomuodossa.

Kysymys 1: Vastaajien työkokemus vuosina.

	f	f%
0-3 v.	6	25%
4-6 v.	2	8%
7-9 v.	3	12%
10-12 v.	4	17%
13 v. tai enemmän	9	38%
Yhteensä	24	100%

Kysymys 2: Vuodeosasto vai valvontanäkökulma kyselyyn.

	f	f%
Vuodeosastopotilaan hoitotyön näkökulmasta	8	33 %
Valvontapotilaan hoitotyön näkökulmasta	16	67 %
Yhteensä	24	100 %

Kysymys 3: Hoidan osastollani vuoroni aikana keskimääräisesti yhtä tai useampaa yli 65-vuotiasta deliriumpotilasta.

	f	f (%)
Päivittäin	0	0 %
Muutamia kertoja viikossa	3	13 %
Muutamia kertoja kuukaudessa	17	71 %
Muutamia kertoja vuodessa	4	17 %
Harvemmin kuin kerran vuodessa	0	0 %
En osaa sanoa	0	0 %

Kysymys 4: Osastollani yli 65-vuotias potilas sairastuu äkilliseen deliriumtilaan keskimäärin?

	f	f %
Päivittäin	0	0 %
Muutamia kertoja viikossa	12	50 %
Muutamia kertoja kuukaudessa	8	33 %
Muutamia kertoja vuodessa	3	13 %
Harvemmin kuin kerran vuodessa	0	0 %
En osaa sanoa	1	4 %

Kysymys 5: Tiedätkö mikä on CAM-testi?

	f	f%
Kyllä	6	25%
Ei	18	75%
Yhteensä	24	100%

Kysymys 10:

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Osaamiseni ikääntyneen deliriumpotilaan hoitamiseen on riittävällä tasolla.	0	7	3	12	2	0	24
	0 %	29 %	13 %	50 %	8 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Ikääntyneet deliriumpotilaat työllistävät henkilökuntaa osastollani muita potilasryhmiä enemmän.	0	3	3	8	10	0	24
	0 %	13 %	13 %	33 %	42 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Osastollani on riittävästi henkilökuntaa ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoon.	3	8	7	4	2	0	24
	13 %	33 %	29 %	17 %	8 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Osastollani toteutuu ikääntyneiden potilaiden yksilöllinen deliriumin riskikartoitus.	12	10	1	0	0	1	24
	50 %	42 %	4 %	0 %	0 %	4 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Osastollani ikääntyneen deliriumpotilaan hoitoa toteuttaa moniammatillinen tiimi.	4	7	2	8	3	0	24
	17 %	29 %	8 %	33 %	13 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Osastollani huolehditaan ikääntyneen deliriumpotilaan jatkohoidon suunnittelusta.	1	7	6	7	3	0	24
	4 %	29 %	25 %	29 %	13 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Delirium on pidentänyt ikääntyneiden potilaiden hoitojaksoa osastollani.	0	0	0	2	21	1	24
	0 %	0 %	0 %	8 %	88 %	4 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Ikääntyneen sekavan potilaan lääkitys tarkastetaan osastollani.	1	5	2	6	9	1	24
	4 %	21 %	8 %	25 %	38 %	4 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Osastollani ikääntyneen deliriumpotilaan hoito aloitetaan ensin ei-lääkkeellisin keinoin.	1	7	6	5	3	2	24
	4 %	29 %	25 %	21 %	13 %	8 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Ikääntyneen deliriumpotilaan oireet ovat osastolla vaihdelleet vuorokauden ajan mukaan.	0	1	4	7	11	1	24
	0 %	4 %	17 %	29 %	46 %	4 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Deliriumin oireita on mielestäni vaikea erottaa ikääntyneellä esimerkiksi muistisairaudesta.	0	8	5	8	3	0	24
	0 %	33 %	21 %	33 %	13 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Deliriumin oireet ovat olleet niin voimakkaat, että ne ovat haitanneet potilaan hoitamista.	0	1	0	1	22	0	24
	0 %	4 %	0 %	4 %	92 %	0 %	100 %

	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa	Yhteensä
Hoitamani ikääntynyt potilas ei ole deliriumin jälkeen palautunut samalle kognitiiviselle lähtötasolle.	1	9	6	3	0	5	24
	4 %	38 %	25 %	13 %	0 %	21 %	100 %

Kysymys 11: Otatko huomioon deliriumin ennaltaehkäisyn hoitaessasi yli 65-vuotiasta potilasta?

	f	f%
Kyllä	15	65 %
En	2	9 %
En osaa sanoa	6	26 %
Yhteensä	23	100 %

Kysymys 13: Osastollani on tarjottu lisäkoulutusmahdollisuutta ikääntyneiden deliriumpotilaiden hoitoon liittyen.

	f	f%
Kyllä	8	33 %
Ei	7	29 %
En osaa sanoa	9	38 %
Yhteensä	24	100 %