



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Karolin Sirniö

Sekava, harhainen tai ahdistunut potilas ortopedisessä hoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

15.11.2019

Tekijä Otsikko	Karolin Sirniö Sekava, harhainen tai ahdistunut potilas ortopedisessä hoitotyössä
Sivumäärä Aika	22 sivua + 3 liitettä 15.11.2019
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoito
Ohjaaja	Liisa Montin TtT, sh, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikaisempaa tutkimustietoa sekavan, harhaisen ja ahdistuneen ortopedisen potilaan hoitotyöstä. Tavoitteena oli, että saatua tietoa voidaan hyödyntää ortopedisen potilaan hoitotyön kehittämisessä.</p> <p>Opinnäytetyön toteutusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Työhön hyväksytyt artikkelit löytyivät kolmesta eri tietokannasta Cinahl, Medline ja ScienceDirect. Aineisto koostuu kolmestatoista (n=13) englanninkielisestä tieteellisestä artikkelista, jotka analysoitiin sisältöanalyysimenetelmää käyttäen. Mukaan valikoituneet artikkelit vastasivat opinnäytetyössä esitettyihin kysymyksiin: ”Mitä tiedetään sekavan ortopedisen potilaan hoitotyöstä?”, ”Mitä tiedetään harhaisen ortopedisen potilaan hoitotyöstä?” ja ”Mitä tiedetään ahdistuneen ortopedisen potilaan hoitotyöstä?”</p> <p>Opinnäytetyöhön mukaan otetun aineiston perusteella aihe jakaantui kahteen yläluokkaan: ”Sekava ja harhainen ortopedinen potilas” sekä ”ahdistunut ortopedinen potilas”. Käsitteet sekava ja harhainen yhdistettiin samaan yläluokkaan, koska sekavalla henkilöllä ilmenee usein aistinhairahduksia, aistinharhoja ja harhaluuloja. Molemmat yläluokat jaettiin alaluokkiin, missä käsiteltiin keskeisimmät riskitekijät ja hoitotyönkeinot. Sekavuuden, harhaisuuden ja ahdistuneisuuden kehittymisen riskitekijät jakaantuivat kahteen eri luokkaan: potilaslähtöisiin - ja perioperatiivisiin tekijöihin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tuloksissa korostuu sairaanhoitajan vastuu ja osaaminen sekavien, harhaisten ja ahdistuneiden ortopedisten potilaiden hoitamisessa. Hoitotyön kulmakivenä on teoretieto riskitiedoista, käytännön osaaminen potilaan tarkkailussa sekä oireilun syyn tunnistaminen, ja sen hoitaminen moniammatillisen tiimin jäsenenä. Ahdistuneen potilaan hoitotyössä korostuu lisäksi hoitajan herkkyys aistia jokaisen potilaan yksilölliset ohjaustarpeet, ja osaaminen toimia niiden mukaisesti.</p>	
Avainsanat	harhainen, sekava, ahdistunut, ortopedinen potilas, ortopedinen hoitotyö

Author Title	Karolin Sirniö Confused, Delusional or Anxious Patient in Orthopedic Nursing Care
Number of Pages Date	22 pages + 3 appendices 15 November 2019
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe previous knowledge in nursing among confused, delusional or anxious orthopaedic patients. The aim of this thesis is that the knowledge obtained can be used in development of orthopaedic nursing.</p> <p>A descriptive literature review was used as the method of implementation of the thesis. The material used in this thesis were gathered from three different databases, Cinahl, Medline and ScienceDirect. The material consists of thirteen (n = 13) scientific articles which were published in English. Articles were classified according to the study questions.</p> <p>According to the material included in this thesis, the main topic was divided into two groups: "Confused and delusional orthopaedic patient" and "anxious orthopaedic patient". The terms confused and delusional were combined into the same group because confused individuals often experience sensory dysfunction. Both groups were divided into sub-groups which consist of key risk factors and nursing interventions. According to the results risk factors for developing confusion, delirium or anxiety can be patient related or consequences of the perioperative treatment period.</p> <p>The results of this thesis highlight the nurses responsibility and expertise in treating confused, delusional and anxious orthopedic patients. Based on the results the cornerstones of nursing are theoretical knowledge of risks, practical skills in patient monitoring, identifying the cause of a symptom and treating it as a member of a multi-professional team.</p>	
Keywords	confusion, delirium, anxiety, orthopaedic patient

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	2
2.1	Ortopedia ja ortopedinen hoitotyö	2
2.2	Sekavuus, harhaisuus ja ahdistuneisuus	3
3	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	3
4	Työn toteutus	4
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	4
4.2	Tiedonhaku ja aineiston sisäänottokriteerit	4
4.3	Kuvailun rakentaminen	6
4.3.1	Kuvailun rakentamisen vaiheet	6
4.3.2	Tuloksien luokittelu	7
5	Tulokset	8
5.1	Sekava ja harhainen ortopedinen potilas	8
5.1.1	Sekavuuden ja harhaisuuden riskitekijät	8
5.1.2	Hoitotyönkeinot sekavuuden ja harhaisuuden lievittämiseen	10
5.2	Ahdistunut ortopedinen potilas	11
5.2.1	Ahdistusta lisäävät tekijät	12
5.2.2	Hoitotyön keinot ahdistuksen lievittämiseen	13
6	Yhteenveto	15
7	Pohdinta	17
7.1	Tulosten pohdinta	17
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus	18
7.3	Opinnäytetyön eettisyys	19
7.4	Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset	19
	Lähteet	20
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 2. Opinnäytetyössä analysoidut artikkelit	
	Liite 3. Tuloksien luokittelu	

1 Johdanto

Ortopedinen hoitotyö tarkoittaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja -vammojen hoitamista. Käyttämällä näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä varmistetaan parhain mahdollinen hoitotyö, mikä mahdollistaa yksilön kykyjen, hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantamisen. Edellytyksenä on, että ortopediset hoitajat integroivat näyttöön perustuvan tiedon, kliinisen asiantuntemuksensa sekä potilaan/omaisten mieltymykset ja arvot voidakseen tarjota optimaalista hoitoa. Ortopedinen hoitotyö kehittyy jatkuvasti, mikä osaltaan johtuu myös ortopedisten potilaiden kasvavasta määrästä. (Harvey ym. 2013: 141, 144.)

Vuonna 2009 tuki- ja liikuntaelintoimenpideryhmän yleisimmät toimenpiteet kohdistuivat polven - ja säären alueelle. Toiseksi yleisimmät toimenpiteet kohdistuivat puolestaan lapaaluun -, solisluun - ja olkapään alueelle ja kolmanneksi eniten lonkan alueelle. (THL 2011.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan vuonna 2015 Suomessa tehtiin noin 400 000 kirurgista toimenpidettä, joista ennalta suunniteltuja, eli elektiivisiä oli noin 80 prosenttia. Näistä leikkauksista suurin osa kohdistui tuki- ja liikuntaelimiin. Leikkauksien määrä kyseisessä ryhmässä oli noin 60 000. Yleisimmät yksittäiset toimenpiteet olivat polven tekonivel ilman lumpio-osaa eli liukuproteesi (6751 leikkausta) ja lonkan tavallinen, sementitön kokotekonivel (4981 leikkausta). (THL 2017.)

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen ylläpitämän implanttirekisterin mukaan, vuonna 2016 Suomessa tehtiin 9656 lonkan tekoniivelen ensileikkausta ja polven tekoniivelleikkauksia 12 251. Samana vuonna on tehty 1735 lonkan - ja 906 polven uusintaleikkausta. 57 % lonkkaleikkauksista ja 64 % polvileikkauksista tehtiin naisille. Yli 75-vuotiaiden osuus lonkkaleikkauksissa oli 29% ja polvileikkauksissa 28%. (THL 2018.) Keskimääräinen hoitoaika lonkan tekoniivelleikkauksissa on kolme päivää, ja polven tekoniivelleikkauksissa neljä päivää (THL 2017).

Delirium eli sekavuustila on merkittävä kliininen ongelma ortopedisen potilaan hoitotyössä. Sen ilmoitettu yleisyys on noin 13-61 %. Ikääntymisen normaalit fysiologiset muutokset, monilääkitys ja kipulääkityksen epäkohdat ovat tärkeitä altistavia tekijöitä sekavuuden kehittymiselle. Deliriumin kehittyminen nostaa myös ortopedisen potilaan kuolleisuusriksiä. (Staus 2011: 231, 236.)

Ortopedisten potilaiden on myös todettu kärsivän ahdistuksesta. Tutkimuksien mukaan tästä kärsivät eniten elektiiviset, eli etukäteen sovitusti leikkaukseen menevät potilaat. Ahdistukseen viittaavat oireet (kuten alakuloisuus, tunteiden herkistyminen sekä syrjään vetäytyminen) kehittyvät yleensä 2-3 päivän sisällä leikkauksesta. Ahdistuksesta kärsivän potilaan hoitajakson on todettu olevan odotettua pidempi, ja liittyvän heikompaan leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. Tätä ilmiötä on pyritty selittämään myös sopeutumishäiriön kautta, missä leikkauksen katsotaan aiheuttavan potilaalle merkittävän stressitapahtuman. Potilaat joutuvat tilanteeseen, missä heidän on opittava toimimaan uudella tavalla ja sopeuduttava leikkauksen tuomiin muutoksiin. (Nickinson – Board – Kay 2008: 307, 309.)

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Ortopedia ja ortopedinen hoitotyö

Ortopedia on kirurgian ja lääketieteen ala, joka on erikoistunut luu- ja tukielinsairauksiin. Kyseessä on kuitenkin hyvin laaja erikoisala, jonka toimenpiteitä ovat mm. tekonivelleikkaukset, traumaperäisten luunmurtumien korjaukset, selkäleikkaukset (kuten välilevytyrä- ja skolioosileikkaukset), rasitusvammojen hoidot, nivelrikkoihin kohdistuvat toimenpiteet ja jännevammojen leikkaukset. Ortopedia on myös merkittävä osa urheilulääketiedettä. (Whitlock 2016.)

Ortopedisien hoitotyön perustajana pidetään Agnes Huntia, joka 1800-luvun lopulla perusti Englannissa ensimmäisen ortopedisen sairaalan vammautuneille lapsille. Hänen toimintansa perustui tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien lasten kuntouttamiseen, myöhemmin myös aikuisten. Ortopedinen hoitotyö on kehittynyt valtavasti tutkimusten ja käytännön kautta, mikä on edistänyt myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ehkäisyä ja hoitoa. Ennaltaehkäisyyn, akuuttiseen - ja krooniseen hoitoon sekä kuntoutukseen keskittyminen heijastaa ortopedisen lääketieteen ja terveydenhuollon nykyisiä painopisteitä ja kehityssuuntia. (Harvey ym. 2013: 140.)

Ortopedinen hoitotyö alkaa jo leikkaukseen odottavan potilaan ohjauksella. Tarkoitus on valmistella potilas tulevaan tapahtumaan, ja tarjota tietoa liittyen leikkaukseen ja sen jälkeiseen aikaan. Postoperatiivinen ortopedinen hoitotyö alkaa, kun potilas siirretään leikkauksalasta heräämöhön ja jatkuu vuodeosastolla. Hoitotyön tavoitteena on peruselintointojen turvaaminen, ihon ja haava-alueen hoito, leikkauskomplikaatioiden ehkäisy,

lääkehoito, kuntouttaminen, sosiaalisen tuen antaminen, tapaturmien ehkäisy, potilasohjaus ja kotiuttamisen valmistelu. (Erämies 2017.)

2.2 Sekavuus, harhaisuus ja ahdistuneisuus

Deliriumilla eli sekavuustilalla tarkoitetaan aivojen vajaatoimintaa, jonka seurauksena henkilön ajattelutapa on jäsentymätöntä ja harhailevaa. Delirium kehittyy yleensä lyhyessä ajassa, ja sen tyypillisiä piirteitä ovat tajunnan tason, tarkkavaisuuden ja puheen heikentyminen. Sekavuustilassa potilas saattaa olla paikkaan ja aikaan orientoitumaton sekä kärsiä harhaluuloista ja aistinharhoista. Tyypillisiä syitä häiriön kehittymiselle ovat erilaiset sairaudet, nestetasapainon häiriöt, myrkytykset, päihteet sekä leikkauksen jälkitila. Hoitamattomana sekavuustila voi olla hengenvaarallinen. (Huttunen 2018a.)

Harhainen potilas kokee yleensä aistimuksia, joita ei todellisuudessa tapahdu tai ole olemassa. Harhat voivat esiintyä näkö-, kuulo-, tunto-, maku- tai hajuaisteina. Ne voivat olla luonteeltaan hetkittäisiä tai hyvin eläviä kokemuksia, jolloin henkilö on vakuuttunut harhojen todellisuudesta. Jälkimmäisessä tapauksessa kyseessä voi olla psykoottinen sairaus, jossa henkilön todellisuudentaju vääristyy. (Huttunen 2018b.)

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan tunnetilaa, jossa henkilö kokee pelkoa tai huolta liittyen nykyiseen tai tulevaan tapahtumaan. Lievinä ilmiöinä pelko ja ahdistus ovat terveitä reaktioita, jotka auttavat selviytymään uhkaavassa tilanteessa. Ahdistuneisuus aktivoi elimistön sympaattisen elimistön aiheuttaen mm. sydämentykytystä, hengenahdistusta, huimausta, suun kuivumista ja verenpaineen kohoamista. Ääri-ilmiönä ahdistus voi pitkittyä, aiheuttaen päivittäistä jännittyneisyyttä tai järjenvastaisia pelkotiloja. Ahdistuneisuus voi myös olla oire jostain somaattisesta sairaudesta, kuten diabeteksesta, astmasta, kilpirauhasen vajaatoiminnasta tai sydänperäisestä sairaudesta. Myös yksinäisyys tai kuoleman pelko voivat olla ahdistuksen syitä. (Huttunen 2018c.)

3 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Työn tarkoituksena oli kuvailla sekavan, ahdistuneen tai harhaisen ortopedisen potilaan hoitotyötä. Tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa ortopedisen hoitotyön kehittämisessä.

Tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Mitä tiedetään sekavan ortopedisen potilaan hoitotyöstä
2. Mitä tiedetään harhaisen ortopedisen potilaan hoitotyöstä
3. Mitä tiedetään ahdistuneen ortopedisen potilaan hoitotyöstä

4 Työn toteutus

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aineistolähtöisen menetelmän tarkoitus on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä perehtyen ajankohtaisiin tutkimuksiin aiheesta (Cronin – Ryan – Coughlan 2008: 38).

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ohjaa tutkimuskysymyksen muodostaminen, mikä on koko prosessin keskeisin tekijä. Kysymyksen muodostamisen jälkeen, tarkoitus on löytää tutkimuskysymykseen vastaavaa ja mahdollisimman ajankohtaista aineistoa aikaisemmin julkaistuista tutkimustiedoista. Aineiston keruuta seuraa tutkittavan ilmiön kuvailu. Tavoitteena on tutkimuskysymykseen vastaaminen harkitusti valitun aineiston avulla. Aineistoa tullaan yhdistämään keskenään, ja sisältöä tullaan kriittisesti analysoimaan. Prosessin viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu. Siinä pohditaan tuotettua tulosta ja käytettyjä menetelmiä sekä arvioidaan työn luotettavuutta ja eettisyyttä. (Kangasniemi ym. 2013: 294 – 297.)

4.2 Tiedonhaku ja aineiston sisäänottokriteerit

Aineistoa kerättiin Medic-, Cinahl-, Medline- ja ScienceDirect tietokannoista. Hakusanoina käytettiin ahdist*, harha*, sekav*, delirium, anxiety ja confusion. Aineiston valintaa ohjasivat ennalta määritellyt tutkimuskysymys sekä sisäänotto- ja poisjättökriteerit (taulukko 1).

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poisjättökriteerit

Sisäänottokriteerit	Poisjättökriteerit
“Orthopaedic nursing” tai “Journal of orthopaedic nursing” lehtien artikkeli.	Muulla julkaistut artikkelit
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Ajankohtainen	Vanhentunut tieto
Julkaisu saatavilla	Koko julkaisu ei saatavilla
Elektiivinen potilas	Ei elektiivinen potilas
Aikuinen potilas	Alaikäinen potilas
Suomen- ja englanninkieliset artikkelit	Muissa kielissä julkaistut artikkelit

Kyseisillä hakusanoilla löytyi yhteensä 436 artikkelia. Näistä julkaisuista otsikon perusteella mukaan valikoitui 76 artikkelia. Tiivistelmän perusteella artikkeleita oli 42. Lopulta koko tekstin perusteella mukaan valikoitui yhteensä 13 artikkelia, jotka vastasivat edellä mainittuja kriteerejä. Cinahl- tietokannasta valikoitui mukaan 4 artikkelia ortopedisen potilaan harhaisuudesta, 1 artikkeli ortopedisen potilaan sekavuudesta ja 7 artikkelia liittyen ortopedisen potilaan ahdistukseen. ScienceDirect tietokannasta valikoitui mukaan 1 artikkeli liittyen ortopedisen potilaan harhaisuuteen.

Työhön valittiin analysoitaviksi artikkelit, jotka olivat julkaistu lehdissä Journal of orthopaedic nursing ja Orthopaedic Nursing. Orthopaedic Nursing on vertaisarvioitu ja kansainvälinen ortopedisen hoitotyön lehti, joka tarjoaa ajankohtaista tietoa tapahtumisista, organisaatiotoiminnoista, lääkehoidosta ja tutkimuksista. Lehden artikkelit heijastavat sitoutumista hoitotyön ammattiin ja sen kehitykseen sekä ortopedisen erikoisalueen klinisiin, hallinnollisiin ja akateemisiin tutkimuksiin. Orthopaedic Nursing on National Association of Orthopaedic Nurses (NAON) liiton virallinen lehti. (Orthopaedic Nursing n.d.)

Journal of Orthopaedic Nursing (vuodesta 2010 alkaen tunnettu nimellä International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing) on vertaisarvioitu lehti, joka pyrkii edistämään erikoisosaamisen kehittämistä ortopedisen hoitotyön ja traumakäytäntöjen puitteissa. Lehdessä pyritään edistämään parhaita käytäntöjä levittämällä laadukkaita tutkimustuloksia. Kohdeyleisönä ovat sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset, jotka osallistuvat ortopedisten ja niihin liittyvien traumaattisten sairauksien hoitoon. Kyseessä on Association of Maltese Orthopaedic Nurses, the Australian New Zealand Orthopaedic Nurses Association, Canadian Orthopaedic Nurses Association ja RCN Society of Orthopaedic and Trauma Nursing liittojen virallinen lehti. (International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, n.d.)

4.3 Kuvailun rakentaminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeisin osa on tutkimuskysymykseen vastaaminen harkitusti valitun ja tutkimuskysymyksen kannalta olennaisen aineiston avulla. Löydetty alkuperäinen tieto yhdistetään keskenään ja analysoidaan kriittisesti, eli luodaan synteesi. Analyysin tavoitteena on sekä vertailla olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia että luoda aineiston sisäistä vertailua. Tämä voi johtaa alkuperäisen tiedon pohjalta uusien tulkintojen syntyyn. Analyysin voi rakentaa eri tavoin. Tutkimuskysymyksessä olevaa ilmiötä voi luokitella ja tarkastella teemoittain tai suhteutettuna eri käsitteisiin, kategorioihin tai teoreettiseen lähtökohtaan. (Kangasniemi ym. 2013: 296, 297.)

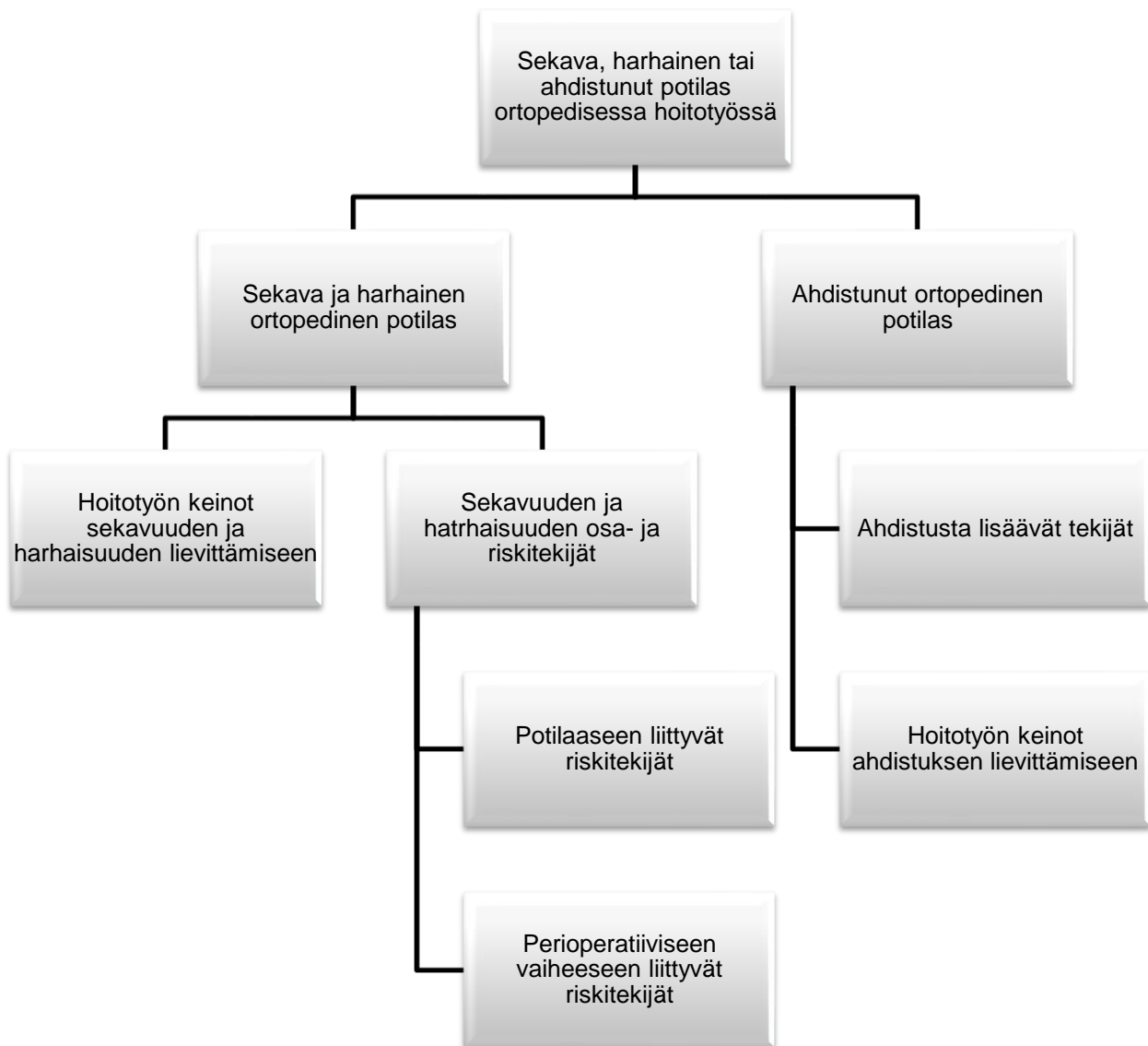
4.3.1 Kuvailun rakentamisen vaiheet

Kuvailun ensimmäiset vaiheet tapahtuvat jo osittain aineiston valinnan aikana, jolloin aineistoa analysoidaan sen perusteella, miten se vastaa tutkimuskysymykseen (Kangasniemi ym. 2013: 296 – 297).

Valittu aineisto pyrittiin pelkistämään ilmiötä kuvaaviksi havainnoiksi. Pelkistämisen ja analysoinnin tukena hyödynnettiin taulukointia. Aineisto numeroitiin, ja niistä poimittiin taulukkoon opinnäytetyön kannalta keskeisemmät tulokset. Menetelmän tuloksena tehty analyysitaulukko löytyy liitteenä (liite 2).

4.3.2 Tuloksien luokittelu

Mukaan otetusta, ja taulukkoon pelkistetystä aineistosta etsitään ilmiön kannalta relevantteja seikkoja (Kangasniemi ym. 2013: 297). Tulokset luokiteltiin erikseen alaluokiksi, jotka puolestaan yhdistettiin niiden sisältöä vastaaviksi yläluokiksi. Yläluokiksi muodostuivat sekava ja harhainen ortopedinen potilas sekä ahdistunut ortopedinen potilas (kuvio 1), jotka yhdistettiin yhdeksi pääluokaksi: Sekava, harhainen tai ahdistunut potilas ortopedisessa hoitotyössä (liite 3).



Kuvio 1. Sekava, harhainen tai ahdistunut potilas ortopedisessa hoitotyössä

5 Tulokset

Harha-aistimuksia, eli aistimuksia, joita ei todellisuudessa ole tai tapahdu, voi esiintyä myös sekavuustilassa (Huttunen 2018b). Siitä johtuen tässä työssä tarkastellaan sekavuutta ja harhaisuutta yhtenä kokonaisuutena.

5.1 Sekava ja harhainen ortopedinen potilas

Sekavuuden tunnistamisen vaikeus on yksi hoitohenkilökunnan haaste. Potilaat ovat usein tuntemattomia, eikä hoitoa edeltävää tajunnantasoja välttämättä tiedetä. Ikääntymisen fysiologiset muutokset yhdistettynä anestesiaan ja leikkauksen jälkeen käytettävien kipulääkkeiden haittavaikutuksiin, tekevät ikääntyneistä erityisen herkän potilasryhmän sekavuuden kehittymiselle. Väestön ikääntyessä vanhempien aikuisten määrä ortopedisellä osastolla kasvaa. Tästä johtuen on tärkeää, että kirurgisissa yksiköissä työskentelevät saavat koulutusta deliriumin ja sen riskitekijöiden tunnistamiseen. (Meako – Thompson – Cochrane 2011: 247.)

Sekavuustilan ja harhaisuuden ydinoireet luokitellaan neljään tasoon: akuutisti alkava, tarkkaamattomuus, orientoimaton ajattelutapa sekä tajunnantason muutokset. Akuutisti alkavan sekavuustilan oireiden ilmaantuvuus on vaihteleva. Tämän vaiheen huomaavat yleensä potilaan omaiset tai omahoitaja, sillä potilaan käytös ja tajunnantaso ovat ajoittain poikkeavia. Tarkkaamattomuudessa potilaalla on vaikeuksia keskittyä esimerkiksi keskusteluun tai ohjeiden noudattamiseen on vain osittaista. Orientoimattomassa ajattelutavassa potilaan ajattelu- ja puhetapa saattavat sijoittua eri aikaan tai paikkaan. Potilas voi myös niin sanotusti hypätä aiheesta aiheeseen. Viimeisenä tasona on tajunnantason muutokset. Potilas saattaa olla touhuava ja tavallista valppaampi tai tavallista uneliaampi. Uneliaisuuden tason vaihtelevat. Potilas saattaa olla joko helposti, vaikeasti tai ei ollenkaan heräteltävissä. (Denny – Lindseth 2017: 403.)

5.1.1 Sekavuuden ja harhaisuuden riskitekijät

Sekavuus ja harhaisuus liitetään erityisen usein ikääntyneisiin, johtuen vanhenemiseen liittyvistä fysiologisista muutoksista. Denny ja Lindsethin tutkimuksen tulokset antavat osviittaa siihen, että lievä sekavuus on yleisempää erityisesti ikääntyneillä ortopedisillä

potilailla verraten muihin kirurgisiin erikoisaloihin. Riskitekijät jo lievän sekavuuden oireisiin ovat aikaisempi kaatumishistoria, leikkausta edeltävä paasto aika, perussairaudet ja kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt. (Denny – Lindseth 2017: 406-407.)

Perussairauksien kuormittavuutta sekavuuden kehittymiselle voi mitata Charlson Comorbidity Index (CCI) -mittarilla. Kyseinen mittari antaa pisteitä tietyistä perussairauksista ja iästä. Jo neljän pisteen tulos lisää sekavuuden kehittymisen riskiä. Kognitiivisen toimintakyvyn voi määrittää käyttämällä Mini-Cog -työkalua, jonka alhainen tulos viittaa kognitiivisen toimintakyvyn häiriöön ja mahdollisesti dementiaan. Kaatumistaipumus tai viimeaikainen (6 kuukauden sisällä, ennen leikkausta ilmenevä) kaatumishistoria lisää huomattavasti riskiä sekavuuden kehittymiselle. Erityisesti riskialttiit ovat yli 75-vuotiaat henkilöt, joilla kaatumishistoriaan liittyy alentunut fyysinen toimintakyky. Leikkausta edeltävän paastoajan vaikutus sekavuuden kehittymiselle perustuu elimistön kuivumiseen. Mitä pidempi paasto aika sitä suurempi riski on sekavuuden kehittymiselle. Sekavuuden oireet voivat esiintyä vasta kolmannen postoperatiivisen päivän aikana. (Denny – Lindseth 2017: 408 – 409.)

Alkoholin vieroitusoireet voivat aiheuttaa potilaalle sekavuutta ja harhaisuutta, mikä voi kestää viidestä päivästä kahteen viikkoon. Vieroitusoireita ovat ahdistus, levottomuus, valo- ja ääniherkkyys, pahoinvointi, voimakas hikoilu, kohonnut verenpaine ja syke, rytmihäiriöt, hallusinaatiot, tajunnantason häiriöt ja sopimaton käyttäytyminen (esimerkiksi aggressiivisuus ja esteettömyys). Oireet, kuten ahdistus, nukkumisvaikeudet ja autonomisen hermoston häiriöt voivat jatkua 3-6 kuukauden ajan. Alkoholin vieroitusoireita ja sekavuuden oireita voimistavat rajoituksien käyttö, esimerkiksi katetrit, dreenit, turvalaidat ja lepovyöt. Isoimmat potilasturvallisuuden riskit ovat mahdolliset lääkeannostuksen virheet, potilaan väkivaltainen ja holtiton käytös, putoaminen sekä lepoaikaikäisten käyttöön liittyvät riskit kuten tukehtuminen, nöyryytys ja posttraumaattinen stressihäiriö. (Cunningham – Puskar 2007: 95 – 96.)

Alkoholin vieroitusoireista johtuvan sekavuushäiriön riskipotilaiden tunnistaminen ajoissa voi auttaa vähentämään kuolleisuutta ja sairastuvuutta. Huolellisella preoperatiivisella haastattelulla ja leikkauksen jälkeisellä oireiden tarkkailulla voi ennaltaehkäistä isompien vaurioiden syntyä. Riskipotilaiden seulomisessa on koettu hyödyksi CAGE ja The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) mittareiden käyttö. (Cunningham – Puskar 2007: 93.)

Riittämätön kipulääkitys on yhteydessä sekavuuteen ja harhaisuuteen. Ikääntyneiden ja sekavien kipua hoidetaan vähiten, ja vähiten kipulääkkeitä saaneet kärsivät eniten sekavuudesta ja harhaisuudesta. Samalla henkilöt, jotka ilmoittivat kärsivänsä eniten kivuista, saivat eniten kipulääkkeitä eivätkä kärsineet sekavuudesta. (DeCrane ym. 2014: 228.)

Riskit kasvavat merkittävästi, kun potilaan lääkelistalle merkitään vähintään kolme uutta lääkettä 24 tunnin sisällä. Muita riskitekijöitä ovat nestehukka, elektrolyyttien epätasapaino, metaboliset häiriöt, ravitsemukselliset puutteet, ympäristölliset tekijät, ahdistus, immobilisaatio, virtsakatetrien pitkittynyt käyttö, tulehdukset, hypo- ja hyperglykemia, hypo- ja hypertermia, hypo- ja hyperkalemia ja hapenpuute. (Neitzel – Sendelbach – Larson 2007: 358 – 359.)

5.1.2 Hoitotyönkeinot sekavuuden ja harhaisuuden lievittämiseen

Sekavuuden ja harhaisuuden hoitotyön apukeinona on ennalta määritelty työohje. Kehittäjinä oli ryhmä ortopedeja, jotka perustivat protokollan ohjeet tutkittuun tietoon. Protokollassa on erikseen mainintoja, milloin pitäisi ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin saadakseen lupa jatkaa hoitolinjauksien toteuttamista. Sekavuustilan hoito-ohjeita ei saanut noudattaa, kun kyse oli alkoholin vieroitusoireista. Hoito-ohjeiden lisäksi henkilökunnalle tarjottiin yhden kuukauden kestävää koulutusta sekavuustilasta, mihin osallistui kuusikymmentä hoitajaa ja farmaseuttia. Pilottitutkimuksessa sekavuustilan hoidon ensisijaisena lääkkeenä käytettiin Haloperidolia. Loratsepaami oli vaihtoehdona potilaille, joilla saattoi olla bentsodiatsepiinien vieroitusoireita. Myös Ketiapiini suositeltiin sekavuustilan hoitoon lyhyen puoliintumisajan ja laajemman annostelumahdollisuuden takia. Tupakoi-ville henkilöille tarjottiin lisäksi nikotiinikorvaushoitotuotteita. Protokollan hoito-ohjeisiin kuului myös virtsakatetrien turhan käytön minimointi, potilaan rutiininen kunnioittaminen ja niiden noudattamiseen kannustaminen, riittävän unen, levon ja rauhallisen ympäristön mahdollistaminen, varhainen kuntouttaminen sekä muiden hoitomuotojen, kuten musiikkiterapian tarjoaminen. Lääkekuormituksen ja yhteisvaikutuksien vähentämiseksi potilaiden lääkelistat tarkistettiin tarpeettomien lääkkeiden varalta. Pilottitutkimuksen tuloksien mukaan hoitajakso lyheni 4.9 päivästä 4.4 päivään protokollan käytön aikana (Neitzel ym. 2007: 359 – 361.)

Gentle Persuasive Approach (GPA) on opetussuunnitelma, joka on alun perin tarkoitettu hoivakoteihin muistisairaiden hoitotyöhön. Tämä potilaskeskeinen lähestymistapa hoitotyöhön on sittemmin otettu käyttöön myös ortopedisessä ympäristössä. Opetussuunnitelman mukaan hoitajan pitäisi olla vuorovaikutuksessa omaisten kanssa ymmärtääkseen potilaan käyttäytymisen takana olevat syyt, tunnistaa ja hoitaa potilasta häiritsevät ärsykkeet tai tarpeet sekä ymmärtää potilaan käyttäytymisen johtuvan sairaudesta. Hoitajan tulisi myös seurata merkkejä lisääntyvästä levottomuudesta, kuten ärtyneisyys, huutaminen ja levoton liikehdintä sekä pyytää lupa yksilön henkilökohtaiseen tilaan mentäessä. Näin tehdessä potilaalle annetaan tunne oman tilan kontrollista. Hoitajan on peräännyttävä, jos henkilö pyytää lopettamaan toimenpiteet tai hänen käyttäytymisensä menee levottomaksi. Potilasta voi lähestyä myöhemmin uudestaan, mutta potilaan tunteita on kunnioitettava. Hoitotoimenpiteissä on oltava kaksi henkilöä, jolloin yksi hoitotimin jäsen kommunikoi potilaan kanssa sinä aikana, kun toinen suorittaa toimenpiteen. Kommunikaation on tapahduttava kunnioittavasti ja kannustavasti. Tarpeen tullen on hyödyllistä käyttää uudelleenohjaustekniikoita. Edellä mainittujen asioiden lisäksi, on muistettava kollegoiden hyvän työn tunnustaminen ja tuen tarjoaminen. GPA koulutuksen saanut ortopedinen henkilökunta integroi saamansa opin osaston työhön. Kyseisen yksikön väkivaltavaaratilanteet olivat vuodessa pudonneet vain yhteen tapaukseen. Aikaisempina vuotena tilanteita oli yksitoista. Henkilökunta koki hyötyvänsä GPA-menetelmästä, vaikka se ei jokaisessa tilanteessa toiminutkaan potilasta rauhoittavana. (Pizacalla ym. 2015: 104 – 106.)

Ihanteellinen hoitotyöhön soveltuva mittari on tutkittuun tietoon perustuva, luotettava ja helppokäyttöinen. Esimerkkeinä Inoyen Confusion Assessment Method (CAM) ja Neelon NEECHAM, Confusion Assessment Scale. NEECHAM ilmaisee sekavuustilan kehittymisen riskipotilaat. CAM puolestaan sisältää A Mini-Mental State Examination (MMSE) mittarin yhtenä komponenttina. MMSE -työkalua käytetään henkilön kognitiivisen toimintakyvyn määrittämiseen. (Neitzel 2007: 358.) Denny ja Lindseth (2017: 405) arvioivat potilaiden sekavuustilaa käyttäen CAM -työkalua sekä Mini-Cog -työkalua, joka on myöskin tarkoitettu kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin ja muistisairauden määrittämiseen.

5.2 Ahdistunut ortopedinen potilas

Hoitamaton ahdistus voi aiheuttaa ortopediselle potilaalle tarpeetonta kipua, kipulääkkeiden ja anesteettien liika-annostusta, hoitoajan pidentymistä, infektioiden tartuntavaaran

ja muiden komplikaatioiden riskin kasvua. Leikkausta edeltävä ahdistus on yhdistettävissä leikkauksen jälkeiseen ahdistuksen ja masennuksen oireiden esiintymiseen. Leikkauksen jälkeinen ahdistus voi puolestaan hidastaa paranemisprosessia vaikuttamalla negatiivisesti kivun kokemukseen ja sitä kautta fyysiseen kuntoutumiseen. Ahdistuksen ja masennuksen oireet ovat usein vaikeasti tunnistettavissa, väärin diagnosoituja ja alihoitettuja. Osastohoidon henkilökunnasta hoitaja viettää eniten aikaa potilastyössä. Tästä johtuen sairaanhoitajien vastuu korostuu riskipotilaiden tunnistamisessa ja asianmukaisen hoidon tarjoamisessa. (Sveínsdóttir – Skúladóttír 2012: 310.)

5.2.1 Ahdistusta lisäävät tekijät

Leikkausta edeltävän ohjauksen on koettu lievittävän potilaan ahdistuksen ja pelon tuntemuksia. Epävarmuudella ja tietämättömyydellä koetaan olevan päinvastainen vaikutus. Leikkausta edeltävän ohjauksen sisältöön liittyvät tarpeet vaihtelevat kuitenkin yksilöllisittäin. Potilaat saattavat kokea liiallisen informaation ahdistusta lisäävänä tekijänä, vaikkakin he kokisivat tiedon hyödylliseksi. Esimerkiksi kovin yksityiskohtaiset tiedot mahdollisista leikkaukskomplikaatioista tai -riskeistä on koettu liian laajana, jolloin kaiken tiedon muistaminen luo potilaalle paineita ja lisää siten ahdistusta. (Aquilina – Baldacchino 2007: 196 – 197.)

Riittämätön informaatio voidaan kokea ahdistusta lisäävänä tekijänä. Potilaat toivoivat lisää todenmukaista tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta ja kivunhoidosta sekä kivunhoidosta kotona: milloin lääkitystä pitäisi vähentää tai lopettaa. (Sveínsdóttir ja Skúladóttír 2012: 307, 309.)

Henkilöiden yksilöllisyydestä johtuen potilasohjaus on monimutkainen tapahtuma, mihin tarvitaan ammattilainen, joka osaa ottaa huomioon jokaisen potilaan henkilökohtaiset tarpeet. Näin potilas saa tarpeellisen ohjauksen, mikä puolestaan laskee potilaan ahdistuksen tasoa. (Aquilina – Baldacchino 2007: 197.)

Riittävä ja laadukas uni on tärkeässä asemassa psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin näkökulmasta ja helpottaa toipumista sairaalahoidon ja sairauden aiheuttamasta stressistä. Univajeesta kärsivien potilaiden tunnistaminen ja sopivan hoidon tarjoaminen vähentää ahdistuksen ja masennuksen kehittymisen riskiä. Myös tukiverkostolla on vaikutus potilaan ahdistuksen tasoon. Henkilöt, jotka ilmoittivat saavansa vähemmän tukea läheisiltään tai ilmoittivat olevansa vastuussa toisesta henkilöstä, joka oli riippuvainen heidän

avustansa päivittäisessä elämässä, kärsivät myöskin eniten ahdistuksen ja masennuksen oireista. On siis ilmeistä, että perheen tilanne on tärkeä tekijä tässä potilasryhmässä, joka on otettava huomioon myös hoitotyössä. (Sveínsdóttir – Skúladóttir 2012: 308.)

5.2.2 Hoitotyön keinot ahdistuksen lievittämiseen

Potilasohjaus ennen leikkausta koetaan pääasiallisesti ahdistusta lieventävänä. Potilaat saavat siinä konkreettista tietoa ja vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Ohjauksen avulla potilaat voivat varautua tulevaan leikkaukseen hakemalla tarvittavat apuvälineet valmiiksi kotiin ja tekemällä mahdolliset korjaukset kotona, kuten apukahvojen asennus. Erittäin hyödylliseksi koettiin infokirje, joka lähetettiin kotiin ennen varsinaista potilasohjausta. Tämä mahdollisti materiaaliin etukäteen tutustumisen ja synnytti potilaissa kysymyksiä, joihin he saivat vastauksen ohjauksen aikana. Tämän avulla myös uuden tiedon tulva väheni. Erilaiset ohjauskeinot auttavat potilaita hahmottamaan tiedon kokonaisuutena. Tällaisia ovat muun muassa kuvat, lehtiset ja verbaaliset ohjaukset. Omaisten läsnäolo ohjauksessa koetaan positiivisena niin potilaan kuin myös omaisten näkökulmasta. Näiden potilasohjauksen erityispiirteiden on todettu vähentävän potilaan leikkausta edeltävää jännitystä ja ahdistusta. (Aquilina – Baldacchino 2007: 199 – 200.)

Ortopedisen potilaan ahdistuksen hoidosta löytyy useita artikkeleita, missä on yhdistetty erilaisia ei-lääkkeellisiä hoitokeinoja perinteiseen lääkehoitoon. Yhtenä keinona oli yhdistää useammat ei-lääkkeelliset hoitokeinot yhdeksi paketiksi, mitkä jaettiin interventioryhmän jäsenille. Paketissa oli muun muassa rentouttavaa musiikkia sisältävä kasetti ja korvakuulokkeet, ohjatun rentoutumisen kasetti, stressipallo, hierontaväline ja ohjeet leikkaamattoman alueen hierontaan sekä lehtinen, joka sisälsi tietoa erilaisista rentoutumistekniikoista. Paketti sisälsi myös mahdollisimman yksinkertaiset käyttöohjeet. Potilaat saivat käyttää itselle mieluisia hoitokeinoja, ja tuloksien mukaan he kärsivät vähemmän ahdistuksen oireista. Interventioryhmän jäsenet käyttivät myös vähemmän opioideja kivunhoidossa. (Pellino ym. 2005: 184, 187.)

Musiikkiterapeutin ohjaaman musiikkiterapian on todettu vähentävän ortopedisen potilaan kokemaa postoperatiivista ahdistusta, kipua ja tietyissä tapauksissa myös pahoinvointia. Kyseisessä terapiamuodossa musiikkiterapiaan erikoistunut ammattilainen tarjoaa yksilöllisesti ohjattua musiikkiterapiaa. Musiikkiterapeutti räätälöi terapiat potilasta kuunnellen. Eri terapian muotoja ovat mm. laulaminen, soittaminen, improvisointi, musiik-

kin kuuntelu, ohjattu rentoutusharjoitus tai musiikkiin liittyvistä muistoista keskustelu. Musiikkiterapian hyödyt postoperatiivisen ahdistuksen hoidossa olivat todettavissa koko hoitajakson aikana. (Gallagher ym. 2018: 126, 128.)

Musiikin vaikutusta ahdistukseen on tutkittu myös rentoutumisharjoitusten kanssa. Siinä potilaat osallistuivat joko ohjattuun rentoutumisharjoitukseen, jonka taustalla soi rauhallista musiikkia tai katsoivat musiikkivideon Japanin puutarhoista. Kummatkin ohjelmat olivat saatavilla potilashuoneen televisioista, jolloin potilas kykeni itse valitsemaan parhaan hetken rentoutumiselle. Vaikka interventoryhmien ahdistuksen tasot olivat jo valmiiksi alhaiset, laskivat ne entisestään rentoutumisharjoitusten jälkeen jokaisessa ryhmässä. Tulos antaa osviittaa siihen, että kyseinen interventio on toimiva ortopedisten potilaiden ahdistuksen lievittämisessä. (Eckhouse ym. 2014: 345 – 346.)

Hoitava kosketus -terapia on myöskin yksi ei-lääkkeellinen keino ahdistuksen ja kivun hoidossa. Terapian ohjaajana toimii sertifioitu parantavan kosketuksen -terapeutti. Kyseisen hoitomuodon on todettu lievittävän ortopedisten potilaiden leikkauksen jälkeisen ahdistuksen ja kivun tasoja. Terapialla on osoitettu olevan epäsuora vaikutus myös potilaan kuntoutukseen, jonka avulla potilaat kävelivät keskimäärin pidempiä matkoja leikkauksen jälkeen. Kyseinen tulos oli kuitenkin tilastollisesti merkityksetön ja tarvitsee tukeen lisää tutkimuksia. (Hardwick – Pulido – Adelson 2012: 7 – 9.)

Mielikuvaharjoitusten tehokkuutta kivun ja ahdistuksen hoidossa on tutkittu tekonivelleikkauspotilaiden hoitotyössä. Vaikkakin tulokset olivat tilastollisesti merkityksettömiä, todettiin interventoryhmässä matalammat kivun ja ahdistuksen tulokset. Tuloksissa huomattiin kipukokemuksen olevan korkeampi niillä potilailla, joilla todettiin korkeimmat ahdistuksen tasot. (Thomas – Sethares 2010: 397.)

Hoitotyössä käytetyt ahdistuksen mittarit ovat muun muassa Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI) (Eckhouse ym. 2014: 343; Hardwick ym. 2012: 7; Pellino ym. 2005: 184), Beck Anxiety Inventory (Thomas – Sethares 2010: 396), The Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety (HADS-A) (Sveínsdóttir – Skúladóttir 2012: 304) ja numeerinen järjestelmä 0-10 (Gallagher ym. 2018: 126).

6 Yhteenveto

Kirjallisuuden perusteella sekavan ja harhaisen potilaan hoitotyön kulmakivet ovat riskiryhmien ja riskiä lisäävien tekijöiden tunnistaminen sekä niihin tekijöihin puuttuminen. Yhtenä riskiryhmänä pidetään ikääntyneitä, etenkin yli 80-vuotiaita. Riski ei kuitenkaan perustu pelkästään ikään, vaan siihen liittyviin fysiologisiin muutoksiin, kuten näön ja kuulon heikentyminen, perussairauksien yleistymisen, kognitiivinen heikentyminen ja vähentynyt nestemäärä. (Meako 2011: 243 – 247.) Toisena riskiryhmänä pidetään alkoholin vieroitusoireista kärsiviä henkilöitä (Cunningham – Puskar 2007).

Sekavuuden ja harhaisuuden syinä pidetään pidentynyttä paastoaikaa, kaatumistaipumusta tai -historiaa, monisairastavuutta (Dawn – Lindseth 2017), kipulääkityksen riittämättömyyttä (DeCrane ym. 2014), nestehukkaa, elektrolyyttien epätasapainoa, metabolisia häiriöitä, useamman uuden lääkeytyksen aloittamista 24 tunnin aikana, vajaaravitsemusta, ahdistusta, liikkumattomuutta, hapenpuutetta, nukkumisvaikeuksia, ja ympäristöllisiä tekijöitä (Neitzel ym. 2007: 358). Oireita pahentavat vielä rajoitteiden käyttäminen, kuten katetrit, dreenet, imut, mittarit ja lepovyöt. Tämän vuoksi näiden hoitotoimenpiteiden haitat ja hyödyt on punnittava tiheästi ja poistettava käytöstä, jos käyttöperusteet puuttuvat tai haitat osoittautuvat hyötyjä isommiksi. (Neitzel ym. 2007: 358 – 359.)

Kipulääkitykselläkin on selkeä yhteys sekavuuteen, erityisesti ikääntyneiden hoitotyössä. Erään tutkimuksen tulosten perusteella ikääntyneiden kipua hoidettiin vähiten. Eniten sekavia olivat he, jotka saivat vähiten kipulääkitystä, samalla kun henkilöt, jotka ilmoittivat kärsivänsä eniten kivuista, saivat parhaiten kipulääkitystä ja kärsivät vähiten sekavuudesta. Kummallakin ryhmällä oli samankaltainen jatkuva kipulääkitys ja ero näkyi tarvittavien lääkkeiden käytössä. Kyseinen tulos korostaa riittävän kipulääkityksen merkitystä ortopedisten potilaiden hoitotyössä. (DeCrane ym. 2014: 228.)

Sekavuuden ja harhaisuuden hoitotyössä korostuu hoitajan osaaminen riskipotilaiden ja riskitekijöiden tunnistamisessa. Tärkeintä on tunnistaa kyseisen tilan oireet jo varhaisessa vaiheessa. Ikääntyneiden kohdalla on muistettava muistisairauden erottaminen sekavuustilasta, koska oireet voivat usein olla samanlaisia, mutta hoito on hyvin erilaista. (Meako 2011: 247.)

Erialaisten mittareiden käyttö jo potilaan esihaastattelun aikana auttaa seulomaan riskiryhmän potilaat muista potilaista. Riskiryhmien hoidossa koettiin hyödylliseksi myös lääkäreiden ennalta määritetyt yleiset hoito-ohjeet, minkä mukaan potilaita hoidettiin. Erialaisten hoito-ohjeiden käyttö vaatii hoitajilta erikoisosaamisen tunnistaa sekavuustila, joka ei ole niin yksiselitteinen vaihtelevan oirekuvan takia. (Neitzel ym. 2007: 361 – 362.) Sekavuustilan tunnistamiseksi hoitohenkilökunta koki hyötyvän jopa lyhyestä, noin tunnin kestävästä, lisäkoulutuksesta (Meako 2011: 247).

Ahdistusta lisäävinä tekijöinä pidettiin tietämättömyyttä tuntemattoman edessä, liiallista tietoa mahdollisista komplikaatioista (Aquilina – Baldacchino 2007: 196), tukiverkoston puuttumisesta, riittämätöntä kipulääkitystä, univajetta ja rauhatonta toipumisympäristöä (Sveínsdóttir – Skúladóttir 2012: 308).

Ahdistuneen potilaan hoitotyössä korostui leikkausta edeltävän esihaastattelun ja -ohjauksen tärkeys. Hyvä potilasohjaus koettiin sellaiseksi missä annettiin rehellistä tietoa leikkauksen jälkeisestä toipumisajasta, kivunhoidosta, kuntoutumisesta ja kotiutumisen jälkeisestä ajasta. Esihaastattelussa annetun tiedon pitäisi olla kattava, mutta ei liian laaja ja yksityiskohtainen, jotta tietoa ei koeta liian ahdistavan. (Aquilina – Baldacchino 2007: 198.)

Onnistuneen haastattelun edellytyksenä on hoitajan osaaminen, mihin vaaditaan asianmukainen perehdytys ja teoriatieto. Hoitajan on hyvä määrittää potilaan tiedon taso ja ohjaustarve. Komplikaatioiden riskeistä on hyvä puhua varoen, empaattisesti ja erityisesti korostaen keinoja, joilla potilas voi ehkäistä kyseiset komplikaatiot (esimerkiksi aikainen liikkeelle lähtö, apuvälineiden käyttö ja asentohoidot). Ohjaustilanteen pitäisi olla kiireetön. Potilaat kokevat, että tiedon tarjoaminen sekä suullisesti, kirjallisesti että visuaalisesti auttaa informaation omaksumisessa. Siinä koetaan tärkeäksi myös omaisen rooli, mikä toimii niin sanotusti toisena muistina ja samalla sosiaalisena tukena. (Aquilina – Baldacchino 2007: 198 – 201.)

Potilasohjauksen sujuvuuden kannalta koettiin hyvänä apukeinona tietolehtinen, mikä lähetetään potilaalle ennen esihaastattelua. Lehtisessä on ohjaukseen liittyvät asiat lyhyesti kirjoitettuna, joten aihe on vastaanotolla tutumpi potilaalle. Tämä koettiin ahdistusta lieventävänä ja hoitajan työmäärää keventävänä tekijänä. (Aquilina – Baldacchino 2007: 199, 201.)

Myös kotiutumiseen liittyvä ohjaus koettiin ahdistukseen vaikuttavana tekijänä. Kotiin meno ja siellä pärjääminen leikkauksen jälkeen on usein jännittävää ja pelottavaa. Potilaat toivoivat selkeitä hoito-ohjeita ja kipulääkitykseen liittyvää tietoa, kuten milloin ja miten vahvemman kipulääkityksen käyttöä pitäisi vähentää tai lopettaa. (Sveínsdóttir – Skúladóttir 2012: 308.)

Ahdistuksen hoidossa korostuivat lääkkeettömät hoitomuodot. Osa hoidoista oli sellaisia, joita potilas kykenee itse tekemään tai harjoittamaan, ja loput olivat toisen henkilön puolesta toteutettavia. Ohjattuihin hoitomuotoihin kuului musiikkiterapia ja hoitava kosketus-terapia. Kummassakin terapiassa ohjaajana toimii laillistettu ammattilainen. Hoitomuotoja, joita potilaat kykenivät itse suorittamaan, pidettiin kustannustehokkaina, koska ne eivät vaatineet ylimääräisiä henkilöresursseja ja potilaat kykenivät itse vaikuttamaan hoidon ajankohtaan. Potilaat hoitivat ahdistusta muun muassa CD -levyllä missä oli joko ohjattu rentoutumisharjoitus tai rentouttavaa musiikkia, hierontapallolla, televisiosta saatavalla rentoutumisohjelmalla tai hengitysharjoituksilla. Ohjeet näiden käyttöön oli annettu kirjallisena ja suullisena esimerkiksi jo esihaastattelun aikana. (Gallagher ym. 2018: 128; Hardwick ym. 2012: 8 – 9.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla mitä tiedetään sekavan, harhaisen ja ahdistuneen potilaan hoitotyöstä. Tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa ortopedisen hoitotyön kehittämisessä. Opinnäytetyön prosessin aikana tutkimuskysymykset muokkautuivat niin että sekavuus ja ahdistuneisuus liitettiin yhdeksi kokonaisuudeksi

7.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyössä ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastaavia artikkeleita löytyi niukasti. Tämä voi johtua tarkoin määritetyistä sisäänotto- ja poisjättökriteereistä. Erityisesti aineistoa rajaavana tekijänä koettiin lähteiden supistaminen kahteen vertaisarvioituun ortopedisen hoitotyön lehteen. Näin tehden opinnäytetyön luotettavuus lisääntyi, mutta samalla mahdollinen aineisto kaventui.

Sekavan ja harhaisen, eli sekavuustilan potilaan hoitotyön artikkeleista suurin osa käsiteli ikääntynyttä traumapotilasta, mikä loi haasteita aineiston keräämiselle. Myös opinnäytetyöhön mukaan otetuista artikkeleista elektiivisen potilaan hoitotyöstä enemmistö

käsitteli ikääntyneitä ortopedisiä potilaita. Näin ollen on mahdollista, ettei opinnäytetyö kuvasta kaikkia aikuisiän saavuttaneita ikäryhmiä.

Sekavuustilan riskitekijöitä käsiteltiin paljon, mutta hoitotyön keinot olivat rajallisia. Nämä perustuivat enemmänkin riskitekijöiden karsimiseen ja hoitohenkilökunnan rooliin oireiden tunnistamiseen. Eniten tietoa löytyi ahdistuksen erilaisista lääkkeettömistä hoitokeinoista, samalla kun ahdistuksen varsinaisia syitä käsiteltiin vain yhdessä artikkelissa. Ahdistuksen hoitokeinoja oli sekä ammattilaisen kanssa että myös yksin toteutettavia. Vaikkakin lääkkeettömät hoitokeinot vaikuttivat potilaan kokemaan ahdistukseen lieventävästi, jää silti epäselväksi, kuinka paljon tuloksiin vaikutti toisen henkilön läsnäolo ja huomion osoitus ja kuinka paljon vaikutti itse terapia.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadun tarkalla arvioinnilla lisätään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Sitä varten tutkimukseen mukaan otettaville artikkeleille on määritettävä sisäänottokriteerit. Vaatimuksena on tutkimusten kyky vastata tutkimuskysymykseen, artikkeleiden pohjautuminen tutkittuun tietoon ja niiden ajankohtaisuus. Alkuperäistutkimusten käyttö opinnäytetyössä lisää työn luotettavuutta. (Cronin – Ryan – Coughlan 2008: 40, 41.)

Toistettavuuden ja läpinäkyvyyden varmistamiseksi opinnäytetyöhön liitettiin tutkimustaulukko, josta selviävät opinnäytetyössä käytetyt tietokannat, hakusanat, haun tulokset ja mukaan valitut tutkimukset (Liite 1).

Sisäänotto- ja poisjättökriteerit (Taulukko 1) määriteltiin ennen aineiston hakua, ja niitä noudatettiin aineiston valinnassa. Yhtenä sisäänottokriteerinä oli määritetty julkaisun ajankohtaisuus, mikä on kuitenkin subjektiivinen käsite. Kyseisessä opinnäytetyössä artikkelin ajankohtaisuus määriteltiin julkaisuvuoden ja sisällön perusteella. Kaikki artikkelit ovat julkaistu vuoden 2005 jälkeen. Artikkelit vastasivat opinnäytetyössä esitettyihin kysymyksiin.

Mukaan otetut julkaisut ovat englanninkielisiä. Vieraskielisten artikkeleiden suomentaminen lisää tulkintavirheiden mahdollisuuksia ja näin ollen heikentää työn luotettavuutta. Kaikki mukaan otetut artikkelit ovat julkaistuna vertaisarvioituissa hoitotieteellisissä lehdissä, jotka ovat erikseen määriteltynä sisäänottokriteereissä. Työssä viitataan alkupe- räisiin lähteisiin.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, johon pätee tutkimusten eettiset periaatteet, kuten tekijänoikeuksien kunnioittaminen ja plagioinnin välttäminen (Wager – Wiffen 2011: 134).

Tutkimuseettisen lautakunnan (TENK) mukaan kirjallinen raportti voi olla eettisesti luotettava ja sen tulokset uskottavia, jos sen kaikissa prosesseissa on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näihin käytäntöihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, vastuullisuus, avoimuus ja kunnioitus.

Opinnäytetyö toteutettiin suunnitelman mukaisesti. Prosessin jokaisessa vaiheessa noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyössä kunnioitettiin tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla heidän artikkeleihinsa asianmukaisella tavalla ja säilyttämällä heidän saavutuksillensa kuuluva arvo ja merkitys. Tiedonhankinta ja analyysimenetelmä on avointa ja näkyvää (Liite1 ja Liite 2). Plagioinnin estämiseksi opinnäytetyö tarkastettiin turnit -ohjelmassa.

7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Elektiivisen ortopedisen potilaan sekavuustilasta löytyi hyvin vähän tietoa. Enemmistö artikkeleista käsitteli ikäänntyneitä potilaita, poikkeuksena alkoholin vieroitusoireista kärsivät potilaat. Tämän takia nousi mieleen useampi kysymys. Kuinka yleinen sekavuustila on työikäisillä ortopedisillä potilailla, ja ovatko syyt rinnastettavissa tässä opinnäytetyössä esitettyihin syihin?

Ahdistuksen hoitoon käytetyt lääkkeettömät terapianmuodot olivat tehokkaita myös kivun ja pahoinvoinnin hoidossa. Kyseisten terapioiden integrointi hoitotyöhön vaatii kuitenkin resurssien lisäämistä henkilökunnan muodossa. Tutkimuksissa niiden mainittiin olevan kustannustehokkaita, vaikka siitä puuttuu konkreettinen näyttö. Olisi mielenkiintoista nähdä, vähentääkö terapeuttien palkkaaminen osastoille muita kustannuksia, jos oletuksena on, että terapioiden myötä potilaiden hoitajaksot lyhenevät ja tyytyväisyys kasvaa.

Terapioiden lisäksi ahdistusta oli myös mahdollista hoitaa omatoimisesti esimerkiksi potilastelevisioista saatavilla rentoutumisohjelmilla. Kyseisestä hoitomuodosta voisi tehdä

ajankohtaisemman tutkimuksen. Nykyajan sairaaloissa olisikin tutkimukselle otollinen tilanne, sillä yksilöhuoneiden määrä on lisääntymässä uusimissa rakenteissa, mikä antaisi potilaille vapauden kuunnella ja tehdä harjoituksia oman mielentilan mukaisesti. Videotallenteiden tekeminen potilaiden käyttöön voisi olla kustannustehokkaampaa, kun lisähenkilökunnan palkkaaminen.

Lähteet

Aquilina, Reggie – Baldacchino, Donia 2007. An exploratory study of Maltese patients' perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission clinic. *Journal of Orthopaedic Nursing* 11. 194 – 203.

Cronin, Patricia – Ryan, Frances – Coughlan, Michael 2008. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing* 17 (1). 38 – 43.

Cunningham, Lori – Puskar, Kathy 2007. Nursing implications of alcohol withdrawal in the postoperative orthopaedic patient. *Journal of Orthopaedic Nursing* 11, 91–97.

Denny, Dawn.L – Lindseth, Glenda 2017. Preoperative Risk Factors for Subsyndromal Delirium in Older Adults Who Undergo Joint Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing*. 36 (3). 402 – 411.

Eckhouse, Diane R. – Hurd, Mary – Cotter-Schaufele, Susan – Sulo, Suela – Sokolowski, Malgorzata – Barbour, Laurel 2014. Randomized Controlled Trial to Determine the Effects of Music and Relaxation Interventions on Perceived Anxiety in Hospitalized Patients Receiving Orthopaedic or Cancer Treatment. *Orthopaedic Nursing* 33 (6). 342 – 351.

Erämies, Tuija 2017. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. *Duodecim*. Verkkodokumentti. < <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 26.9.2019

Gallagher, Lisa M. – Gardner, Vickie – Bates, Debbie – Mason, Shelley – Nemecek, Jeanine – Baker DiFiore, Jacquelyn – Bena, James – Li, Manshi – Bethoux, Francois 2018. Impact of Music Therapy on Hospitalized Patients Post-Elective Orthopaedic Surgery. A Randomized Controlled Trial. *Orthopaedic Nursing* 37 (2). 124 – 133.

Hardwick, Mary E. – Pulido, Pamela A. – Adelson, Wendy S. 2012. Nursing Intervention Using Healing Touch in Bilateral Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing* 31 (1). 5 – 11.

Harvey, Carol V. – David, Jonathan – Eckhouse, Diane R. – Kurkowaki, Tina – Mains, Cherie – Roberts, Dottie 2013. The National Association of Orthopaedic Nurses (NAON) Scope and Standards of Orthopaedic Nursing Practice, 3rd Edition. *Orthopaedic Nursing* 32 (3). 139 – 152.

Huttunen, Matti 2018a. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. < https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357>. Luettu 15.1.2019

Huttunen, Matti 2018b. Harha-aistimus (hallusinaatio). Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. < https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00371>. Luettu 15.1.2019

Huttunen, Matti 2018c. Ahdistuneisuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. < https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188>. Luettu 15.1.2019

International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, n.d. Verkkodokumentti. < <https://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-orthopaedic-and-trauma-nursing>>. Luettu 7.7.2019

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291 – 301.

Meako, Michelle E. – Thompson, Hilaire J. – Cochrane, Barbara B. 2011. Orthopaedic Nurses' Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. *Orthopaedic Nursing* (30) 4. 241 – 248.

Neitzel, Jennifer – Sendelbach, Sue – Larson, Linda R. 2007. Delirium in the Orthopaedic Patient. *Orthopaedic Nursing* 26 (6). 354 – 363.

Nickinson, Richard S. J. – Board, Timothy N. – Kay, Peter R. 2008. Post-operative anxiety and depression levels in orthopaedic surgery: a study of 56 patients undergoing hip or knee arthroplasty. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15. 307 – 310.

Orthopaedic Nursing n.d. Verkkodokumentti. < <https://journals.lww.com/orthopaedic-nursing/Pages/aboutthejournal.aspx>>. Luettu 7.7.2019

Pellino, Teresa A. – Gordon, Debra B. – Engelke, Zeena K. – Busse, Kjersten L. – Collins, Mary A. – Silver, Catherine E. – Norcross, Nancy J. 2005. Use of Nonpharmacologic Interventions for Pain and Anxiety After Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing* 24 (3). 182 – 192.

Pizzacalla, Anne – Montemuro, Maureen – Coker, Esther – Martin, Lori Schindel – Gillies, Leslie – Robinson, Karen – Pepper, Heather – Benner, Jeff – Gusciora, Joanna 2015. Gentle Persuasive Approaches Introducing an Educational Program on an Orthopaedic Unit for Staff Caring for Patients with Dementia and Delirium. *Orthopaedic Nursing* (34) 2. 101 – 107.

Staus, Ruth 2011. Delirium in the Older Adult Orthopaedic Patient Predisposing, Precipitating, and Organic Factors. *Orthopaedic Nursing* 30 (4). 231 – 238.

Sveínsdóttir, Herdís – Skúladóttir, Hafdís 2012. Postoperative Psychological Distress in Patients Having Total Hip or Knee Replacements. An Exploratory Panel Study. *Orthopaedic Nursing* 31 (5). 302 – 311.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 5/2011. Tilastoraportti. Toimenpiteelliset hoitojaksot 2009. Verkkodokumentti. < <https://docplayer.fi/12822575-Toimenpiteelliset-hoitojaksot-2009-vardeperioder-med-atgarder-2009.html>>. Luettu 6.3.2019

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 10/2017. Tilastoraportti. Somaattinen erikoissairaanhoido 2014-2015. Verkkodokumentti. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132354/Tr10_17.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Luettu 6.3.2019

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2/2018. Tilastoraportti. Lonkan ja polven tekonivelet 2016. Verkkodokumentti. < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135941/Tr02_18.pdf?sequence=10&isAllowed=y>. Luettu 15.1.2019

Thomas, Karen M. – Sethares, Kristen A. 2010. Is Guided Imagery Effective in Reducing Pain and Anxiety in the Postoperative Total Joint Arthroplasty Patient? *Orthopaedic Nursing* 29 (6). 393 – 399.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. < <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 26.10.2019

Wager, Elizabeth – Wiffen, Philip J. 2011. Ethical issues in preparing and publishing systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine* 4: 130 – 134.

Whitlock, Jennifer 2016. Orthopedic Surgery explained. The Surgical Specialty of Orthopedics. Verkkodokumentti. < <https://www.verywellhealth.com/what-is-orthopedic-surgery-3157128>>. Luettu 15.1.2019

Taulukko 2. Tiedonhakupöytä

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Cinahl	Delirium	Orthopaedic nursing -lehti	17	14	10	4
Cinahl	Confusion	Orthopaedic nursing -lehti, 2000-luvun julkaisut.	17	3	2	1
Cinahl	Anxiety	Orthopaedic nursing -lehti, 2000-luvun julkaisut.	24	14	13	6
Cinahl	Anxiety	Journal of orthopaedic nursing	6	3	3	1
ScienceDirect	Delirium	Journal of orthopaedic nursing	19	2	1	1

			yhteensä 436	yhteensä 76	yhteensä 42	yhteensä 13
--	--	--	-----------------	-------------	-------------	-------------

Taulukko 3. Opinnäytetyössä analysoidut artikkelit

Tekijät, julkaisu- ja -paikka. Otsikko.	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keruu	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Harhainen potilas ortopedisessä hoitotyössä			
<p>1. Cunningham, Lori – Puskar, Kathy 2007. Nursing implications of alcohol withdrawal in the postoperative orthopaedic patient. Journal of Orthopaedic Nursing 11, 91–97</p>	<p>- Artikkelin tarkoituksena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä ja ymmärrystä ortopedisen potilaan leikkauksen jälkeisestä alkoholin vieroitusoireista.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus + esimerkki tapaus.</p>	<p>Työkalut alkoholin käytön selvittämiseen: -CAGE -AUDIT</p> <p>Vieroitusoireet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ahdistus, levottomuus, valo- ja ääniherkkyys, pahoinvointi, voimakas hikoilu, kohonnut verenpaine ja syke, rytmihäiriöt, hallusinaatiot, disorientoituminen ja sopimaton käyttäytyminen. - Alkoholin vieroittautumisesta johtuva delirium voi kestää 5 päivästä kahteen viikkoon. - Alkoholin vieroitusoireet alkavat 4-12 tunnin sisällä alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. 24h sisällä oireiden voimakkuus on huipussaan ja laskee vasta 4. tai 5. päivän aikana. Oireet kuten ahdistus, nukkumisvaikeudet ja autonomisen hermoston toimintahäiriöt voivat jatkua 3-6 kk ajan. <p>Lääkehoito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentsodiatsepaami - Haloperidoli <p>Turvallisuus:</p>

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">- Alkoholin vieroitusoireista kärsivien potilaiden turvallisuutta koskevat huolenaiheet liittyvät lääkevirheisiin, väkivaltaisen käytöksen riskiin, putoamisriskiin ja rajoitusten, kuten lepovyön, käyttöön.- Oltava aina kirjallinen ohjeistus, ylilääkityksen välttämiseen.- Lepovöiden käytössä oltava kirjallinen määräys, joka tarvittaessa uusitaan. Otettava huomioon riskit, kuten potilaan tukehtuminen, nöyryytys ja posttraumaattinen stressihäiriö. Huolellinen kirjaaminen ja jatkuva arvio rajoitusten käyttämisen tarpeista ja turvallisuudesta.- Intervaation tarjoaminen.
- Ajoissa niiden potilaiden tunnistaminen, jolle voi kehittyä alkoholin käytöstä johtuva delirium voi auttaa vähentämään kuolleisuutta ja sairastavuutta. Huolellisella preoperatiivisella haastattelulla ja leikkauksen jälkeisen oireiden tarkkailulla voi ennaltaehkäistä isompien vaurioiden syntyä. |
|--|--|--|--|

2. Denny, Dawn.L – Lindseth, Glenda 2017. Preoperative Risk Factors for Subsyndromal Delirium in Older Adults Who Undergo Joint Replacement Surgery. Orthopaedic Nursing. 36 (3). 402 – 411.

- Selektiivisten leikkauksien preoperatiiviset riskitekijät deliriumin kehittymiseen ikääntyneillä ortopedisillä potilailla.

- 53 elektiivistä tekonivelleikkauksen potilasta (naisia 30, miehiä 23.)
- Iältään 65 tai vanhemmat.
- Ennen tutkimukseen osallistumista potilaille tehtiin CAM ja Mini-Cog arvio. Leikkausta edeltävä sekaavuustila oli poisjättökriteerinä.
- Seurattiin kolmen ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana.
- Tiedot analysoitiin deliriumoireiden ja seuraavien preoperatiivisten riskitekijöiden välisten suhteiden osalta kuten lisääntynyt sairastuvuus, kognitiiviset häiriöt, kaatumis historia ja preoperatiivinen paasto-aika.
- Arviointiin käytettiin CAM-työkalua

- Tulokset:

- Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä noin 25% potilaista kärsii yhdestä delirium oireesta. Toisena postop. päivänä 1-2 oireista kärsii yhteensä 55% potilasta ja delirium kehittyi 6%:lle. Kolmantena päivänä 1-2 oireista kärsii 53% potilaista ja deliriumissa oli 19% potilaista.
- Osittaisista deliriumin oireista kärsii yhteensä 68% potilaista. 1 oire kehittyi 68%:lle, 2 oireetta kehittyi 33%:lle, samalla kun täysdeliriumista kärsii 17% potilaista. 15% potilaista olivat kokonaan oireettomia tutkimuksen aikana.
- Potilaat jotka ilmoittivat kaatuneensa noin 6kk aikana ennen leikkausta kärsivät eniten deliriumin oireista. $r = .33$
- Paastoajan vaikutus: Pidentynyt paasto-aika lisää delirium oireita, jotka ilmenevät erityisesti kolmantena postoperatiivisena päivänä. ($r = .30$)
- Monisairastavuus: Tulos epäselvä. Arviona käytettiin Charlson Comorbidity Index – työkalua. Noin 50% potilaista joille kehittyi delirium, oli tulos ollut 4 tai isompi.
- Tutkimuksessa noin 25%:lla potilaista todettiin kognitiivinen häiriö ja 15%:lla oli aikaisemmin todettu dementia. Korrelaatio- ja regressioanalyysin perusteella ei todettu merkittävää yhteyttä kognitiivisen häiriön ja osittaisen deliriumin oireiden välissä.

<p>3. Neitzel, Jennifer – Sendelbach, Sue – Larson, Linda R. 2007.. Delirium in the Orthopaedic Patient. Orthopaedic Nursing 26 (6). 354 – 363.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Delirium ortopedisessä hoitotyössä - Deliriumin esiintyvyys - Riskiryhmän tunnistaminen - Lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoitotyön keinot - Katsaus siihen, miten yksi erikoissairaala toteutti ortopedisten potilaiden deliriumin ehkäisy- ja hoito-ohjelman. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kirjallisuuskatsaus - +Pilottitutkimus - 224:sta ortopedista potilasta. - 29:lle tehtiin NEECHAM avulla arvio deliriumin riskistä. 	<p>Riskitekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nestehukka. Elektrolyyttien epätasapaino, erityisesti natriumiin ja kaliumiin liittyvä epätasapaino - Metaboliset häiriöt, kuten atsotemia, pH-muutokset ja ravitsemukselliset puutteet - Ympäristölliset tekijät - Ahdistus - Immobilisointi <p>Ehkäisy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aikainen mobilisaatio - Lääkityksen tarkastus + vasteen tarkkailu - Haloperidolin profylaksia - Ahdistuksen lievittäminen - Riittävä hapetus, neste- ja elektrolyyttitasapaino, optimaalinen kivunhallinta, tarpeettomien lääkkeiden poistaminen, suoliston / virtsarakon toiminnan säätely, riittävä ravitsemuksellinen saanti, varhainen kuntoutus, suurten komplikaatioiden ehkäiseminen, asianmukaiset ympäristöön kohdistuvat ärsykkeet ja vakavan levottomuuden hoito. - Riittävä lepo ja rauhallinen ympäristö <p>-Erialaisten terapiamuotojen mahdollistaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deliriumin seurauksia: <ul style="list-style-type: none"> - Kaatumiset, postoperatiiviset komplikaatiot - Painehaavojen riski kasvaa - Alttius infektioille - Toiminnallisen tilan heikentyminen - Hoitojakson piteneminen - Työkalut: MMSE, NEECHAM
--	--	---	--

<p>4. Meako, Michelle E. – Thompson, Hilaire J. – Cochrane, Barbara B. 2011. Orthopaedic Nurses’ Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. Orthopaedic Nursing (30)4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimuksen tarkoitus oli käsitellä ortopedisten sairaanhoitajien tietämystä ikääntyneiden deliriumista ja sen riskitekijöistä. Lisääkö kansallisesti suositeltu delirium aiheinen koulutus sairaanhoitajien tietämystä aiheesta? 	<ul style="list-style-type: none"> - 39-potilaspaikkainen osasto, jonka 40:sta sairaanhoitajasta tutkimukseen osallistui 23, eli 57.5%. - Tietämystä mitattiin strukturoidun kyselyn avulla sekä ennen koulutusta, että koulutuksen jälkeen. 	<p>Tutkimuksessa havaittiin puutteita sairaanhoitajien tietämyksessä deliriumpotilaan hoitotyöstä. Kaikkien osallistujien pisteytys parani lyhyen koulutuksen jälkeen 2-7 pistettä, muutoksen keskiarvo oli 3.4. Koulutuksen sisällön todettiin olevan tehokas ja hyödyllinen kaikille sairaanhoitajille, riippumatta heidän koulutustasostaan tai työkokemuksesta.</p>
<p>5. Pizzacalla, Anne – Montemuro, Maureen – Coker, Esther – Martin, Lori Schindel – Gillies, Leslie – Robinson, Karen – Pepper, Heather – Benner, Jeff – Gusciora, Joanna 2015. Gentle Persuasive Approaches Introducing an Educational Program on an Orthopaedic Unit for Staff Caring for Patients With Dementia and Delirium. Orthopaedic Nursing (34) 2. 101 – 107.</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuvata kuinka osaston hoitotyön ammattilaiset tutkivat, toteuttivat ja arvioivat vakiintunutta ja tutkittuun tietoon perustuvaa koulutustoimintaa. Tarkoituksena kehittää delirium- ja dementiapotilaiden hoitotyötä. 	<ul style="list-style-type: none"> - 32-paikkaisen ortopedisen osaston henkilökunta osallistui GPA koulutukseen. (mm. Sh:t, Lh:t, fysioterapeutit, farmaseutit, ravitsemusterapeutit, puheterapeutit, sosiaalityöntekijät ja vartijat.) - Henkilökunnasta (90 henkilöä) osallistui koulutukseen yli 80% (n 72) - GPA kouluttajien ja osastonhoitajien avulla opitut menetelmät otettiin käyttöön osastolla. 	<ul style="list-style-type: none"> - GPA koulutuksen kesto 1 päivä. - Koulutuksen muutama päälinja: <ul style="list-style-type: none"> o Selvitä käytöksen merkitys ja ymmärrä se viestinnän muotona o Ole vuorovaikutuksessa omaisten kanssa ymmärtääkseen tietyn käyttäytymisen takana olevat syyt. Potilaan yksilöllisyys. o Tunnista ja käsittele tyydyttämättömät ärsykkeet tai tarpeet o Ymmärrä käyttäytymisen johtuvan sairaudesta. Älä ota asioita henkilökohtaisesti o Seuraa merkkejä lisääntyvästä levottomasta käytöksestä kuten ärtyneisyys, huutaminen, lisääntynyt liikkuminen. o Pyydä lupa päästä yksilön henkilökohtaiseen tilaan. Antaa potilaalle tunteen oman tilan kontrollista. o Peräännä, jos henkilö pyytää lopettamaan toimenpiteet tai jos hänen käyttäytymisensä menee levottomammaksi. Lähesty potilasta myöhemmin uudelleen. o Vastaa viestin sisällä olevaan tunteeseen – kunnioita ja validoi näitä tunteita. o Hoitotoimenpiteissä oltava kaksi henkilöä. Valitkaa hoitotiimistä yksi kommunikoi toimenpiteen aikana potilaan kanssa.

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikoit kunnioittavasti ja kannustavasti. Käytä uudelleenohjaustekniikoita keskustelussa. ○ Tunnusta kollegoidesi hyvä työ ja tarjoa tukea. <ul style="list-style-type: none"> - Henkilökunta koki hyötyvänsä GPA menetelmästä. Väkivaltavaaratilanteet olivat vuodessa pudonneet yhteen tapaukseen. Aikaisempana vuotena tilanteita oli yhteensä 11.
Sekava potilas ortopedisessä hoitotyössä			
<p>6. DeCrane, Susan K. – Stark, Lori D. – Johnston, Beth – Lim, Eunjung – Hicks, Mary K. – Ding, Qinglan 2014. Pain, Opioids, and Confusion After Arthroplasty in Older Adults. Orthopaedic Nursing (33) 4. 226 – 232.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arvioida tekonivelleikkauksen jälkeisen sekaannuksen kehittymistä ja kivunhallinnan käytäntöjä ikääntyneille potilaille. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kahden kuukauden mittainen kirjauksien retrospektiivinen katsaus yksityisen sairaalan ortopedisellä osastolla. - n=98 - Kipuarvioinnissa käytettiin NRS työkalua ja arvioinnit suoritettiin säännöllisesti. - Opioidien käyttö pisteytettiin equianalgesic -muunto-kaavion avulla. 	<ul style="list-style-type: none"> - 34% tutkimukseen osallistuvista oli kirjauksia häiriintyneestä mielentilasta, niistä 20:lla oli diagnosoitu delirium. - Pienempi analgeetti annos yhdistettiin sekavuuteen. 1. postoperatiivisen päivän tulos p=.023 ja 2. päivänä p=.049 - Kaikkina 3 päivänä huomattiin iän ja analgeettien välissä yhteys. Korkeampi ikä tarkoitti pienempää analgeetin annosta. - Korkeimman NRS ilmoittaneet potilaat saivat enemmän kipulääkkeitä, eivätkä kärsineet sekavuudesta. - Kivun lääkitseminen ei lisää sekavuutta. Vähemmän analgeetteja saaneet potilaat kärsivät eniten sekavuudesta 1.pop ja 2. pop aikana. - Analgeettien vähyyys lisää sekavuuden riskiä, tai sekavat potilaat saavat vähemmän analgeetteja.
Ahdistunut potilas ortopedisessä hoitotyössä			
<p>7. Aquilina, Reggie – Baldacchino, Donia 2007. An exploratory study of Maltese patients' perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkia henkilöiden kokemuksia moniammattilaisten edustajien toimesta pidetyistä preoperatiivisistä ohjauksesta. - Annetun informaation hyödyn arviointi potilaiden kokemusten perusteella. 	<ul style="list-style-type: none"> - n=30 elektiivistä tekonivelleikkauspotilasta. - 21 polven- ja 9 lonkantekonivelleikkauspotilasta - Puolistrukturoitu haastattelu 	<ul style="list-style-type: none"> - Suurin osa potilaista koki saadun informaation selkeyttävän hoitopolkua ja helpottavan pelkoa ns. tuntemattoman edessä. - 8 henkilöä ilmoitti tiedon komplikaatioista luovan pelkoa, vaikkakin kokivat tiedon hyödylliseksi. Tiedon annossa otettava huomioon yksilöllisyys.

<p>clinic. Journal of Orthopaedic Nursing 11. 194 – 203.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ohjausta parantavien tai estävien tekijöiden tunnistaminen. 		<ul style="list-style-type: none"> - Tiedon paljous koettiin liialliseksi ja yksityiskoh- taiseksi. Omaisen läsnäolo koettiin positiiviseksi. Näin ollen voi yhdessä muistella annettuja ohjeita. - Tiedon anto suullisesti, visuaalisesti ja oraalisesti ko- ettiin positiiviseksi ja tarpeelliseksi, jotta tieto välit- tyisi kokonaan. - Ennen tapaamista henkilöille lähetettiin kotiin kirje, missä kyseiset aiheet oli tiivistetty kirjoitettuna. Hen- kilöt kokivat tämän positiivisena, koska pystyivät tu- tustumaan aiheeseen ennen tapaamista ja näin ol- len pystyivät esittämään mahdolliset kysymykset ja huolenaiheet tapaamisen aikana ammattilaiselle. - Perusteellisen informaation anto ja potilaiden valis- taminen loi potilaille turvan tunnetta ja vähensi ah- distusta. Koettiin myös tarpeelliseksi informaation antotapa. Mahdollisesti ahdistusta lisäävän infor- maation anto pitäisi olla rehellistä, mutta ns. peh- mustettua.
<p>8. Eckhouse, Diane R. – Hurd, Mary – Cotter-Schaufele, Susan – Sulo, Suela – Sokolowski, Malgorzata – Barbour, Laurel 2014. Randomized Controlled Trial to Determine the Effects of Music and Relaxation Interventions on Perceived Anxiety in Hospitalized Patients Receiving Orthopaedic or Cancer Treatment. Orthopaedic Nursing 33(6). 342 – 351.</p>	<p>Prospektiivinen tutkimus, jonka tar- koituksena tutkia musiikin ja rentou- tumisharjoitusten tehokkuutta poti- laiden ahdistuksen hoidossa sai- raalahoidon aikana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ortopediset- (n=57) ja syö- päpotilaat (n=55) tutkimus- kohteena. - Potilaat jaettiin sattumava- raisesti kolmeen eri ryh- mään. - 1. ryhmän jäsenet osallis- tuivat ohjattuun rentoutumi- seen, jonka taustalla soi rentouttavaa musiikkia. (n=38) - 2. ryhmän jäsenet katsoivat musiikkivideon, jossa oli materiaalia japanin puutar- hoista. (n=35) - 3. ryhmän jäsenille ei jär- jestetty musiikkiin liittyvää interventiota. He saivat ei- 	<ul style="list-style-type: none"> - Ryhmien välissä ei todettu merkittävää eroa pre- tai postoperatiivisten verenpaine- tai pulssiarvojen tu- loksissa - 1. ja 2. ryhmän ahdistuksen mittauksessa todettiin 6 pisteen lasku, eli ahdistuksen lieveneminen. Tulos katsottiin kuitenkin tilastollisesti merkityksettömäksi. Mainittakoon kuitenkin, että ahdistuksen taso oli ma- talampi kontrolliryhmään nähden. - Kaikkien ryhmien ahdistuksen taso postoperatiivi- sesti oli merkityksellisesti matalampi preoperatiivi- sen tulokseen verraten. - Tulokset antavat osviittaa siihen, että ei-farmakolo- giset interventiot ovat toimivia ja kustannustehok- kaita keinoja, jotka soveltuvat hyvin käytettäväksi or- topedisessa hoitotyössä.

		<p>ohjattua 20 min kestävää vapaa-aikaa, jonka aikana ei saanut kuunnella musiikkia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. ja 2. ryhmän interventio kesti 20 min, ja he osallistuivat siihen sairaalajakson aikana yhden kerran. - Jokaisen ryhmän jäsenen ahdistustaso, pulssi ja verenpaine mitattiin ennen interventiota sekä sen jälkeen. Myös 3. ryhmän osallistujien ahdistustaso, pulssi ja verenpaine mitattiin ennen musiikitonta vapaa-ajan jaksoa, sekä sen jälkeen. - Ahdistuksen mittaamisen käytettiin STAI työkalua, jonka mahdollisten pisteiden alue oli 20-80 välillä. 80 pistettä tarkoittaen korkeinta ahdistuksen kokemusta. 	
<p>9. Gallagher, Lisa M. – Gardner, Vickie – Bates, Debbie – Mason, Shelley – Nemecek, Jeanine – Baker DiFiore, Jacquelyn – Bena, James – Li, Manshi – Bethoux, Francois 2018. Impact of Music</p>	<p>Tarkoituksena ymmärtää musiikki-terapian vaikutus elektiivisten ortopedisten potilaiden kivun, mielialan, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden hoidossa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujia 163. Sattumanvaraisesti jaettu kahteen ryhmään: kontrolli- (n=79) ja interventioryhmä(n=84). - Interventioryhmän potilaat saivat 3 ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana yksilöllisesti ohjattua musiikkiterapiaa, jota ohjasi musiikkiterapiaan erikoistunut ammattilainen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kipulääkkeiden käytössä ei löydetty merkittävää eroa. - 1. postoperatiivisen päivän aikana interventioryhmä ilmoitti merkittävän vähemmän kipua, ahdistusta sekä korkeamman mielialan, kontrolliryhmään verraten. - 2. postoperatiivisen päivän tuloksissa huomattiin interventioryhmässä merkittävän iso muutos parempaan, kaikissa mittaustuloksissa.

<p>Therapy on Hospitalized Patients Post- Elective Orthopaedic Surgery. A Randomized Controlled Trial. Orthopaedic Nursing 37(2). 124 – 133.</p>		<p>Musiikkiterapeutti räätäloi terapiat potilasta kuunnellen. Eri terapian muotoja olivat: laulaminen, soittaminen, improvisointi, musiikin kuuntelu, ohjattu rentoutusharjoitus tai musiikkiin liittyvistä muistoista keskustelu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaikkien osallistujien kipu, mieliala, pahoinvointi ja ahdistus mitattiin numeerisella asteikolla. Aineistoa kerättiin myös potilastiedostoista kuten kipulääkkeiden käytön määrä. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3. postoperatiivisen päivän interventioryhmän tuloksissa huomattiin kaikissa paitsi pahoinvoinnissa parannuksia. - Hoitojakson pituudessa ei huomattu ryhmien välissä merkittävää eroa. - Tutkimuksen puutteet: <ul style="list-style-type: none"> o Pahoinvoinnin osalta tulokset olivat puutteellisia, koska potilaat, jotka kärsivät vaikeasta pahoinvoinnista kieltäytyivät osallistumasta musiikkiterapiaan. o Vaikka potilaat olivat tyytyväisiä musiikkiterapiaan, moni heistä olisi toivonut terapiaa ennen leikkausta. Potilaat kokivat kärsivänsä ahdistuksesta eniten preoperatiivisessa vaiheessa. - Musiikkiterapian järjestäminen vaatii lisäkustannuksia ja järjestelyjä.
<p>10. Hardwick, Mary E. – Pulido, Pamela A. – Adelson, Wendy S. 2012. Nursing Intervention Using Healing Touch in Bilateral Total Knee Arthroplasty. Orthopaedic Nursing 31(1). 5 – 11.</p>	<p>Tarkoitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarkastella hoitavan kosketuksen hyötyä leikkauksen jälkeisessä kivunhallinnassa ja ahdistuksen hoidossa. <p>Tutkimuksen oletuksena, että hoitavan kosketuksen lisääminen tavanomaiseen farmakologiseen hoitoon vähentäisi kipua, ahdistusta ja opioidien käyttöä. Helpottaisi fyysistä kuntoutusta ja parantaisi potilaiden tyytyväisyyttä polven tekonivelleikkauksen jälkeiseen hoidon laatuun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimukseen osallistui 41 henkilöä. 20 henkilöä määrättiin interventioryhmään ja 21 henkilöä kontrolliryhmään. - Hoitava kosketus-terapia järjestettiin yksilöllisesti jokaiselle interventioryhmän jäsenelle 4 ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana noin 2h kipulääkityksen jälkeen. Terapia oli kestoltaan noin 30 minuuttia. - Terapian vetäjänä toimii sertifioitu parantavan kosketuksen -terapeutti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventioryhmän kiputulokset olivat matalampia kontrolliryhmään verraten, mutta tulos oli tilastollisesti merkityksetön. Suurin ero ryhmien välissä havaittiin 1. postoperatiivisen päivän aikana. - Interventioryhmän terapian jälkeiset kiputulokset olivat merkittävän alahaisempia verraten terapiaa edeltäviin tuloksiin kaikkina muina päivinä paitsi 1. postoperatiivisena päivänä. - Kipulääkityksen käytössä ei todettu eroa ryhmien välissä. - Ahdistuksen tuloksissa huomattiin merkittäviä eroja ryhmien välissä. 2. leikkauksen jälkeisestä päivästä alkaen interventioryhmän ahdistuksen taso oli huomattavan alhaisempi kontrolliryhmään verraten. - Kuntoutuksessa huomattiin interventioryhmän kävelvän pidempiä matkoja. Tulos oli kuitenkin tilastollisesti merkityksetön. Polven liikeradoissa ei huomattu eroja ryhmien välissä.

		<ul style="list-style-type: none"> - Interventioryhmän kipu ja ahdistus mitattiin ennen jokaista terapiaa sekä 30-60 minuuttia terapian jälkeen. - Kontrolliryhmän kipu ja ahdistus mitattiin kerran päivässä noin 2 tuntia kipulääkityksen jälkeen. - Kipumittarina käytettiin VAS -työkalua ja ahdistuksen mittarina STAI -työkalua. - Kummatkin ryhmät saivat kotiutumispäivänä mukaan The Global Assessment -kyselyn joka mittaisi yleistä kipua ja sairaalassa saadun kivunhoidon hyötyä. - Kuntoutukseen liittyvä aineisto kerättiin fysioterapeutin kirjauksista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimuksen heikkous: Kuten muissakin tutkimuksissa on vaikea sanoa kuinka paljon tuloksiin vaikuttaa ylimääräinen huomio ja ihmiskontakti mitä potilaat saavat tutkimuksen aikana.
<p>11. Pellino, Teresa A. – Gordon, Debra B. – Engelke, Zeena K. – Busse, Kjersten L. – Collins, Mary A. – Silver, Catherine E. – Norcross, Nancy J. 2005. Use of Nonpharmacologic Interventions for Pain and Anxiety After Total Hip and Total Knee Arthroplasty. Orthopaedic Nursing 24(3). 182 – 192.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verrata elektiivisten potilaiden kokemaa kipua ja ahdistusta. - Ei-farmakologisten keinojen yhdistäminen lääkehoitoon stressin ja kivun hoidossa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujia 65 henkilöä, jaettuna kahteen ryhmään. - 1. ryhmän (n=32) kipu ja stressi hoidettiin standardisoidun hoitolinjan mukaisesti - 2. ryhmä sai standardi (n=33) lääkityksen lisäksi pakkauksen, joka sisälsi ei-farmakologisia apukeinoja kivun ja stressin hoitoon. - Kipua ja stressiä mitattiin ennen leikkausta ja kolmen postoperatiivisen päivän aikana. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2. ryhmän potilaat käyttivät huomattavasti enemmän erilaisia rentoutumiskeinoja ja vähemmän opioideja. Ryhmässä todettiin 1. postoperatiivisen päivän aikana vähemmän ahdistusta, kun kontrolliryhmässä. - Kivun kokemuksessa ryhmien välissä ei ollut eroja. - Olisivatko 2. ryhmän osallistujat ottaneet vähemmän kipulääkkeitä ilman annettua pakkausta? Minkälaiset tulokset olisivat, jos stressi ja kipu olisi mitattu heti ei-farmakologisten apuvälineiden käytön jälkeen? Pitkäaikaisvaikutuksen hyödyt?

		<ul style="list-style-type: none"> - Informaatio kerättiin CSQ, BPI, STAI -työkalujen sekä hoitotietojen avulla. 	
<p>12. Sveinsdóttir, Herdís – Skúladóttir, Hafdís 2012. Postoperative Psychological Distress in Patients Having Total Hip or Knee Replacements. An Exploratory Panel Study. Orthopaedic Nursing 31(5). 302 – 311.</p>	<p>Tarkoituksena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuvata lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaiden leikkauksen jälkeistä ahdistusta ja masennusta. - Tunnistaa ja kuvata tekijät, jotka vaikuttavat ahdistukseen sekä sairaalahoitoon aikana että kotiutumisen jälkeen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eksploratiivinen tutkimus - Strukturoitu kyselylomake mihin vastattiin sairaalajakson aikana ja 4 viikon kuluttua kotiutumisesta. - Tutkimukseen osallistui 137 henkilöä. 60 polven tekonivelleikkauspotilasta ja 77 lonkan tekonivelleikkauspotilasta. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10% potilaista olisivat toivoneet enemmän informaatiota leikkauksen jälkeisestä kivusta, komplikaatioista, mobilisaatiosta sekä hoitomuodoista. - yli 30% potilaista olisi toivonut enemmän tietoa leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta. - yli 20% potilaista olisivat halunneet enemmän tietoa leikkauksen jälkeisestä kivusta, kivunhoidosta ja tarkemmat ohjeet lääkehoidosta kotona sekä tietoa vahvempien kipulääkkeiden purkamisen ajankohdasta kotona. - Tutkimuksen mukaan leikkausta edeltävä ahdistus on yhdistettynä ahdistuksen ja masennuksen oireiden esiintymiseen myös kotona leikkauksen jälkeen. Tämän takia on tärkeää tunnistaa ahdistuksen oireet sairaalassaolon aikana ja tarjota potilaille tarvitsemaansa tukea/hoidoa. - Riittävä uni näyttää olevan ratkaisevan tärkeä psykologiselle hyvinvoinnille. Unen laatu ja pituus liittyvät ahdistuneisuuteen ja masennukseen. Tutkimuksen tulokset korostavat unettomuuden hoidon tärkeyttä. - Masennusoireista kärsivät myöskin eniten ne potilaat, joilla oli pienempi läheisten tarjoama tukiverkko. - Ahdistusoireita lisäsi avun tarve kotona. Potilaat olivat epävarmoja, miten pärjäisivät päivittäisissä askareissa. - 2/3 potilaista olivat tyytymättömiä kotiutuksen aikana saatuihin ohjeisiin, mikä lisäsi epävarmuutta ja ahdistusta. - Tutkimuksen mukaan potilaat tarvitsevat perusteellisemmat kotiutumisohteet, sosiaalista tukea ja kotiutumisen jälkeistä seurantaa henkisen ja fyysisen toipumisen helpottamiseksi.

			<ul style="list-style-type: none"> - Ahdistus ja masennus voivat vaikeuttaa toipumisprosessia, vaikuttaa kivun kokemukseen ja fyysisen kuntoutumiseen.
<p>13. Thomas, Karen M. – Sethares, Kristen A. 2010. Is Guided Imagery Effective in Reducing Pain and Anxiety in the Postoperative Total Joint Arthroplasty Patient? Orthopaedic Nursing 29(6). 393 – 399.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tarkoituksena arvioida mielikuvaharjoitusten tehokkuutta kivun ja ahdistuksen hoidossa tekonivelleikkauspotilailla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empiirinen tutkimus - 121 osallistujaa, jotka jaoutuivat kahteen ryhmään. - Ryhmä 2 sai perinteisen kivunhoidon lisäksi cd:n, joka sisälsi ohjattuja mielikuvaharjoituksia. Levyä oli kuunneltava kahdesti päivässä 5 päivän aikana ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen kahdesti päivässä. - Aineistoa kerättiin haastatteleamalla ja käyttämällä työkaluja, kuten NRS ja Beck Anxiety Inventory. - Aineistoa kerättiin kolmen ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mielikuvaharjoitus -ryhmässä kivun ja ahdistuksen tulokset olivat matalammat jokaisena päivänä. Ero ryhmien välissä oli kuitenkin merkityksettömän pieni. - Tutkimuksessa todettiin kivun olevan korkeampi niillä, joilla todettiin enemmän ahdistusta. - Tutkimuksen puutteet. Osallistujien ahdistuksen ja kivun lähtötaso ei ollut selvillä. Tutkimuksesta puuttuu tarkka tieto siitä, kuinka usein osallistujat levyä kuuntelivat. Osallistujat saivat itse valita mihin ryhmään liittyvät. Mikä edustaa otantaharhaa, joka mahdollisesti suosii niitä, jotka ovat enemmän motivoituneita käyttämään ei-farmakologisia menetelmiä kivun ja ahdistuksen hoidossa.

Taulukko 4. Tuloksien luokittelu

Tulokset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Korkea ikä	Potilaasta lähtöisin olevan riskitekijät deliriumin ja sekavuuden kehittymiseen.	Harhainen ja sekava potilas ortopedisessä hoitotyössä	Sekava, harhainen ja ahdistunut potilas ortopedisessä hoitotyössä.
Dementia			
Delirium historia			
Masennus			
Alkoholin väärinkäyttö			
Heikentynyt näkö/kuulo			
Ahdistus			
Monisairastavuus			
Kaatumisia 6 kk aikana ennen leikkausta.	Preoperatiiviset riskitekijät		
Preoperatiivisen paastoajan kesto			
Metaboliset häiriöt	Muut tekijät		
Vajaaravitsemus			
Monilääkitys			
Anestesian syvyys	Leikkauksen aikaiset tekijät.		
Kipulääkitys			
Nestehoito			
Lämpötilaus			
Riittämätön kipulääkitys	Leikkauksen jälkeiset tekijät, jotka		

	vaikuttavat deliriumin kehittymiseen.		
Lepositeet/letkut			
Nestehukka, elektrolyyttien epätasapaino			
Tulehdus			
Immobilisointi			
Ympäristölliset tekijät			
Monilääkitys			
Aikainen mobilisaatio	Hoitotyön keinot deliriumin ehkäisemiseen.		
Lääkityksen tarkastus + vasteen tarkkailu			
Haloperidolin profylaksia			
Ahdistuksen lievittäminen			
Riittävä hapetuksesta, neste- ja elektrolyyttitasapainosta huolehtiminen			
Hyvä ravitsemuksellinen tila			
Komplikaatioiden ehkäiseminen. Levottomuuden hoito			
Riittävä lepo			
Rauhallinen ympäristö			
Terapiamuotojen mahdollistaminen			

GPA-menetelmä			
Optimaalinen kipulääkitys			
Kaatumiset	Deliriumin seurauksia		
Painehaavojen riski kasvaa			
Infektioalttius			
Toiminnallisen tilan heikentyminen			
Hoitojakson piteneminen			
NEECHAM	Deliriumin tunnistaminen		
MMSE			
CAM			
MINI-Cog			
Hoitajien kouluttaminen			
Perusteellisen preoperatiivisen ohjaus	Potilaan ahdistusta lievittävät tekijät	Ahdistunut potilas ortopedisessä hoitotyössä	
Riittävä uni ja lepo			
Tukiverkko			
Ei-farmakologiset hoitokeinot			
STAI	Ahdistuksen mittaamisen tarkoitettu työkalut		
Beck Anxiety Inventory			