



Veera Niemi ja Venla Niskanen

Tehohoitopotilaan sekavuus ja omaisen tukeminen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

24.3.2022

Tekijät	Veera Niemi Venla Niskanen
Otsikko	Tehohoitopotilaan sekavuus ja omaisen tukeminen
Sivumäärä	30 sivua + 3 liitettä
Aika	24.3.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Anna-Kaisa Partanen, Lehtori
<p>Delirium on nopeasti alkava elimellinen aivo-oireyhtymä, jonka aiheuttaa jokin somaattinen sairaus. Vaikka deliriumilla on merkittäviä vaikutuksia hoitojakson kustannuksiin, kuolleisuuteen ja sitä on tutkimuksissa havaittu 20–80 %:lla tehohoitopotilaista, on oireyhtymä alidiagnosoitu. Sillä on myös huomattavia pitkäaikaisvaikutuksia potilaalle. Kriittisesti sairaan hoidossa omaisen on vahvasti mukana hoitoprosessin kulussa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla sekavuustilassa olevan tehohoitopotilaan omaisen tukemista sekä osallistumista deliriumin ehkäisyyn. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota terveydenhuollonammattilaiset voisivat hyödyntää hoitotyössä. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: millaista tukea sekavuustilassa olevan tehohoito potilaan omaiset tarvitsevat? ja Miten omaiset voivat osallistuvat deliriumin ehkäisyyn?</p> <p>Työ toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmin. Aineisto kerättiin Cinahl ja Pubmed tietokantojen kautta. Haut rajattiin ja valittiin sisäänotto- ja poissulkukiriteereiden avulla. Aineistoksi valikoitu kahdeksan hoitotieteellistä tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia mukaillen.</p> <p>Tuloksissa ilmeni, että omaisilla raportoitiin monenlaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita potilaan ollessa tehohoidossa. Omaiset eivät saaneet tarpeeksi ohjausta ja tietoa deliriumista. He kokivat, että tiedon saanti olisi tärkeää ja auttaisi heitä käsittelemään myös potilaassa tapahtuvia muutoksia. Tulosten mukaan läheiset haluaisivat myös osallistua deliriumin ehkäisyyn ja hoitoon. Hoitohenkilökunnan mielestä omaisten osallistumisesta olisi hyötyä, mutta omaisten ymmärtämättömyys on koettu esteeksi. Omaiset olisivat valmiita auttamaan kaikin keinoin potilaana olevaa omaistaan, jos he saisivat siihen riittävästi tietoa ja ohjausta.</p> <p>Aihetta on tutkittu vähän, varsinkin näin tehohoitopotilaan deliriumin näkökulmasta. Suomessa tehtyjä tutkimuksia ei löytynyt aiheesta työn hauilla yhtään. Työn tuloksia voivat hyödyntää tehohoidon hoitohenkilökunta delirium potilaan omaisen tukemissa, sekä omaisen hoitoon mukaan ottamisessa. Tulokset ovat merkityksellisiä tehohoidossa ilmenevän deliriumin yleisyyden sekä alidiagnosoinnin vuoksi. Jatkotutkimuksia tarvittaisiin sairaanhoitajien konkreettisista keinoista tukea tehohoidossa olevan delirium potilaan omaista ja omaisen osallistumisen vaikutuksista deliriumin ehkäisyyn tehohoidossa.</p> <p>.</p>	
Avainsanat	Tehohoito, sekavuustila, omaisen, tukeminen ja ehkäisy.

Author	Veera Niemi Venla Niskanen
Title	Intensive care patients' delirium and supporting the relatives
Number of Pages	30 pages + 3 appendices
Date	24.3.2022
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Instructors	Anna-Kaisa Partanen, Senior Lecturer
<p>Delirium is a rapidly incipient organous brain syndrome caused by some somatic disease. Although delirium has significant effects on the cost of the treatment period, mortality and studies show that it has been found in 20 to 80 % of intensive care patients, The syndrome is underdiagnosed. It also has considerable long-term effects for the patient. In the treatment of a critically ill person relatives are strongly involved in the course of the treatment process.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the support of a delirious intesive care patients relative and the relatives participation in delirium prevention. The goal was to produce information that could be utilized by health care professionals in nursing work. The research questions in the thesis were: What kind of support do relatives of delirious intensive care patient need? and How can relatives participate in the prevention of delirium?</p> <p>The work was carried out using the methods of a descriptive literature review. The data was collected through Cinahl and Pubmed databases. Searches were demarcated and selected using the entry and exlusion criteria. Eight nursing research articles were selected as the material. The data was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>The results showed that relatives reported a wide range of mental and physical symptoms while the patient was in the intensive care. Relatives didn't get enough guidance and knowledge about delirium. They felt that access to information would be important and would help them deal with changes in the patient as well.</p> <p>Loved ones would also like to participate in the prevention and treatment of delirium. Nursing staff feel that there would be a benefit to the involvement of relatives, but the lack of understanding of relatives has been perceived as an obstacle. Relatives would be willing to help the patient by all means if they received sufficient information and guidance to do so.</p> <p>Little research has been done on the subject, especially from the point of view of the intensive care patient delirium. Studies conducted in Finland Were not found on the subject at searches. The results of the work can be utilized by intensive care staff in supporting the family of delirious patient and involving them in patient care. Results are relevant due to the prevalence of delirium in intesive care as well as underdiagnosis. Further studies would be needed on the concrete means of nurses to support the relatives of the delirious patient in the intensive care and the effects of family member involvement in the prevention of delirium in intensive care.</p>	
Keywords	Intesive care, delirium, relative, support, prevention

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Teoreettinen tausta	6
2.1	Keskeiset käsitteet	6
2.2	Delirium tehohoidossa	7
2.3	Deliriumpotilaan omaisen tukeminen	8
2.4	Omaisen osallistuminen deliriumin ehkäisyyn	9
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
4	Menetelmät	11
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	11
4.2	Aineiston haku ja valinta	12
4.3	Analyysimenetelmä	15
5	Tulokset	17
5.1	Aineiston kuvaus	17
5.2	Deliriumpotilaan omaisen tukeminen	20
5.2.1	Omaisen tukemisen haasteet	20
5.2.2	Omaisen tukemista helpottavat tekijät	20
5.3	Omainen osana deliriumin ehkäisyä	21
5.3.1	Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen mahdollistajat	21
5.3.2	Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen haasteet	22
6	Pohdinta	23
6.1	Tulosten tarkastelu	23
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	24
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	25
6.4	Tulosten hyödynnettävyys ja merkityksellisyys	26
	Lähteet	28

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku taulukko

Liite 2. Analysoitavat artikkelit

Liite 3. Sisällönanalyysi

1 Johdanto

Deliriumia esiintyy tehohoitopotilailla jopa 19–80 %:lla. Delirium huonontaa potilaan ennustetta, pitkittää hoitoa ja altistaa erilaisille komplikaatioille tehohoidossa. Deliriumin kuitenkin ajatellaan jäävän diagnosoimatta 66–84 %:lla potilaista. (Hautamäki 2006: 308.) Sekavuustilan alidiagnosointi ja toisaalta haitalliset seuraukset vaativat aiheesta lisää tutkimusta, etenkin ajankohtaisesti, sillä pandemiatilanteesta johtuen yhä useampi joutuu tehohoitoon.

Potilaan joutuminen tehohoitoon on myös omaisille pelottava ja stressaava tilanne. Siksi erityisesti tehohoito ympäristössä omaisten tarpeiden kohtaaminen on merkityksellinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, ja vaikuttaa olennaisesti potilaan hoitoon ja perheen kokemukseen hoitojaksosta. (Hotus 2017.)

Kuormituksen seurauksena läheisillä voi ilmetä erilaisia stressioireita kuten ahdistusta, pelkoa, elimistön toiminnallisia häiriöitä, univaikeuksia, depressiivisyyttä tai aggressiivista käytöstä. Hoitohenkilökunnan tulee osata tunnistaa omaisen tuen tarpeen laajuus sekä ottaa huomioon esimerkiksi kriisissä olevan ihmisen tiedon vastaanottokyky. Omaiset eivät välttämättä oma-aloitteisesti hakeudu avun piiriin ja hoitajan tulisi tarjota käytettävissä olevia psykososiaalisia tukimuotoja varhain, jotta estetään akuuttitilanteen muuttuminen pitkäkestoiseksi posttraumaattiseksi stressioireyhtymäksi. (Kaarola. 2011: 38–39.)

Omaisten hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että hän voi jutella hoitohenkilökunnan kanssa mieltä painavista asioista ja saa osakseen lohdutusta ja myötätuntoa. Avainasemassa on myös rehellisen ja ajantasaisen tiedon saaminen, joskus voi myös olla tarpeen muistuttaa omaista levon ja syömisen tärkeydestä. (Joenpolvi. 2021: 136–137.)

Opinnäytetyössä pyrittiin kuvailemaan sekavuustilassa olevan tehohoitopotilaan omaisen tukemista sekä osallistumista deliriumin ehkäisyyn kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tutkimuskysymykset koskivat tehohoidossa olevan potilaan omaisen tuen tarvetta ja tapoja, joilla omaisen voi osallistua deliriumin ehkäisyyn. Tavoitteena oli, että kuvattua tietoa voi hyödyntää hoitotyön tukena sekavuustilassa olevan tehohoi-

topotilaan omaisen tuen tarpeiden tunnistamisessa ja tukemisessa sekä omaisen osallistamisessa osastojakson aikana. Opinnäytetyö tehtiin Neurokeskuksen (HUS) tilauksesta.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Keskeiset käsitteet

Tehohoito: Lääketieteen erikoisala, joka tarkoittaa vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa ja jatkuvaa tarkkailua osastolla, jossa on välittömät valmiudet elintoimintojen häiriöiden korjaamiseen (Vaasan keskussairaala 2018). Tarve tehohoidolle voi johtua vakavasta sairaudesta tai esimerkiksi onnettomuudesta. Hoidon aikana potilasta seurataan tarkasti valvontamonitoreilla ja elimistöä kannatellaan hoitolaitteilla, lääkkeillä sekä toimenpiteillä ja leikkauksilla. (Tays 2021.)

Sekavuustila (delirium): tarkoitetaan äkillistä sekavuustilaa ja aivojen vajaatoimintaa, jonka voivat aiheuttaa monet erilaiset elimelliset tekijät ja sairaudet. Delirium kehittyy lyhyessä ajassa, muutamasta tunnista yhteen vuorokauteen. Sekavuustilassa olevan henkilön tajunnan taso, tarkkaavaisuus ja huomiokyky heikkenevät. Hän saattaa tulkita ympäristöä väärin ja hänellä ilmenee sekä aistihairahduksia, aistiharhoja sekä harhaluuloja. (Terveyskirjasto 2018.)

Omaisen tukeminen: Potilaan perheenjäsenen tai läheisien sukulaisen tukeminen. Tuen tarpeet voivat olla tiedollisia, emotionaalisia, käytännöllisiä, hengellisiä tai sosiaalisia. Tukeminen voi olla tiedonantoa, ohjaamista, kohtaamista, kuuntelemista, tarvittaessa kriisiavun ja muiden käytettävissä olevien tukipalveluiden järjestämistä sekä saatavilla oloa. (Karpinen & Partanen & Meriläinen 2017.)

Ehkäiseminen (preventio): Sairauksien torjuntatoimet (primaarinen), varhaisessa vaiheessa olevan taudin kehittymisen estäminen (sekundaarinen) ja taudin etenemisen torjuminen (tertiarinen). (Terveyskirjasto 2016.)

2.2 Delirium tehohoidossa

Delirium eli sekavuus on nopeasti alkava elimellinen aivo-oireyhtymä, jonka aiheuttaa jokin somaattinen sairaus (Koivula & Peltomaa 2017: 470). Vaikka deliriumilla on merkittäviä vaikutuksia hoitojakson kustannuksiin, kuolleisuuteen ja sitä on tutkimuksissa havaittu 20–80 %:lla tehohoitopotilaista, on oireyhtymä alidiagnosoitu. Sillä on myös huomattavia pitkäaikaisvaikutuksia potilaalle. (Liisanantti 2011: 290.)

Deliriumin kliinisen kuvan vaihtelu potilaiden välillä on suurta. Yleensä se alkaa toisena tai kolmantena hoitopäivänä nopeasti, kestää keskimäärin kolme päivää ja on palautuva tila. (Koivula & Peltomaa 2017: 471.) Sekavuustilan fysiologista prosessia ei ole täysin ratkaistu, mutta sen ajatellaan johtuvan keskushermoston välittäjäaineiden ja aminohappojen epätasapainosta, tulehduksesta ja aivojen huonosta hapettumisesta (Liisanantti 2011: 290).

Deliriumin alidiagnosointiin vaikuttaa sen vaikea tunnistettavuus (Liisanantti 2011: 291). Oireyhtymälle tyypillistä on desorientaatio sopimaton puhe, hallusinaatiot, univalverytmin muutokset ja oireiden vaihtelu. Erityisesti deliriumin yleisempi ilmenemismuoto, hypoaktiivinen delirium, on vaikea tunnistaa ja se sekoitetaan usein vaikeaan depressioon tai alkavaan dementiaan. Sen oireisiin kuuluu nukahtelu, tietoisuuden aleneminen ja vähentynyt motorinen aktiivisuus. Hyperaktiivisen deliriumin yleisempään tunnistettavuuteen vaikuttavat mahdollisesti oireiden intensiteetti. Aggressiivisuus, kiihtyneisyys ja motorinen levottomuus kuuluvat tyypilliseen oirekuvaan. Tavataan myös sekamuotoista deliriumia, joka on edellä mainittujen muotojen yhdistelmä. (Koivula & Peltomaa 2017: 471.)

Sekavuustilan tunnistamiseen on saatavilla validoituja arviointimittareita, joista tutkituimmat ja yleisemmin käytetyt ovat confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) ja intensive care delirium screening checklist (ICDSC), joista kummatkin ovat alttiita tunnistamaan deliriumin, jopa ennen ilmeisten oireiden esiintymistä, tai potilaissa, joiden delirium jää teho-osaston henkilökunnalta tunnistamatta. (Liisanantti 2011: 291.) CAM-ICU arvioi neljää piirrettä, joista ensimmäisen ja toisen lisäksi sekä kolmannen tai neljännen täytyttyä potilaalla on delirium. Arvioitavat piirteet ovat: 1. Mielentilan äkilliset muutokset tai vaihtelevuus 2. Keskittymiskyvyttömyys 3. Ajattelun sekavuus ja 4. Tajunnantason muutokset. ICDSC on deliriumin seulonnassa käytetty tarkituslista, jossa arvioidaan oireiden toteutumista, yli neljän oireen toteutuminen

viittaa deliriumiin. Arvioitavat oireet käsittävät tajunnan, huomiokyvyn, desorientaation, hallusinaation, agitaation, puheen, univalverytmin ja oireiden vaihtelun. (Koivula & Peltomaa 2017: 471.)

Vaikka tehohoitopotilaan deliriumista on vain vähän tutkimuksia, on joitakin altistavia tekijöitä pystytty osoittamaan (Liisanantti 2011: 290). Akuutit sairaudet, kuten sepsis, enkefaliitti, hypoksia, intoksikaatio, erilaiset metaboliset häiriöt ja aivoverenkiertohäiriö ovat riskitekijöitä deliriumin muodostumiseen. Myös muun muassa perussairaudet, muistisairaus, runsas alkoholin käyttö (alkoholivieroitusoireyhtymä, delirium tremens, huomioidaan erikseen) ja nikotiiniriippuvuus altistavat deliriumille. (Koivula & Peltomaa 2017: 473.) Potilaan korkean iän ajatellaan olevan altistava tekijä, mutta sen merkittävyys on epäselvää. lääkällä kuitenkin opioidien ja sedatiivien käyttö näyttäisi altistavan deliriumille. Unenpuutteen merkityksestä on puutteellisesti tutkimustietoa, mutta sillä on todennäköisesti merkittävä vaikutus deliriumin kehitymisessä. (Liisanantti 2011: 290.)

Deliriumin hoidossa voidaan käyttää lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä keinoja. Lääkkeettömiin keinoihin kuuluu vuorokausirytmien ylläpito, aikainen mobilisaatio ja fysioterapia, mahdollisten omien silmälasien ja muiden apuvälineiden käyttö sekä rauhallisen hoitoympäristön luominen. (Koivula & Peltomaa 2017: 472.) Tehohoitodeliriumin lääkehoidon perustana pidetään haloperidolia. Myös muita antipsykootteja käytetään, mutta tutkimuksissa ei ole löydetty olennaista eroa haloperidoliin. Bentsodiatsepiinien käyttöä on vältettävä, sillä ne voivat lisätä sekavuutta. (Liisanantti 2011: 291.) Poikkeuksena delirium tremens, jonka hoidossa bentsodiatsepiinit ovat olennaisia (Koivula & Peltomaa 2017: 472).

2.3 Deliriumpotilaan omaisen tukeminen

Potilaan omainen on hänen perheenjäsenensä tai hänen itsensä määrittelemä lähi-sukulainen (Suomisanakirja. Omainen). Jos potilaan joutuessa tehohoitoon hän ei ole kykeneväinen tekemään päätöksiä omaan hoitoonsa liittyen, on aina saatava laillisen lähiomaisen suostumus hoitoon liittyvistä toimenpiteistä ja linjauksista (Valvira 2019ana).

Tutkimuksen mukaan tehohoidossa olevan deliriumpotilaan omaiset kokivat merkittäviä haitallisia seurauksia. Näitä olivat muun muassa ahdistus, masennus, epävarmuus ja viha. Deliriumin todistaminen teho-osastolla aiheutti huolta ja pelkoa. (Assa & Wicks &

Umberger 2021: 476.) Omaisen omista psyykkisistä ja fyysisistä oireita huolimatta he kokevat tärkeämmäksi tiedon saannin läheisensä hyvinvoinnista, kuin omasta hyvinvoinnistaan (Joenpolvi 2021: 136–137).

On todettu, että deliriumista kärsivän tehohoito potilaan omaisilla ilmenee enemmän psykosomaattisia oireita, kuin pelkästään tehohoidossa olevan potilaan omaisilla. Negatiivisten tunteiden taustalla on usein potilaan tilan äkillinen muutos, tiedon puute ja riittämätön kommunikointi terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. (Assa ym. 2021: 476)

Omaisten hyvinvointia voidaan edistää monella tapaa. Omaiset ovat kokeneet tärkeimmäksi realistisen toivon ylläpitämisen, rehellisen tiedon saannin, hoidon ennusteen ja syy-seuraus-suhteen yhtenäisen mielipiteen kuulemisen hoitohenkilökunnalta ja ammattimaisen ja inhimillisen hoidon saannin. (Karlola 2011: 38–39.) Informaatiota ja emotionaalista tukea saaneet omaiset ilmaisivat positiivisia tunteita mukanaolosta, kuulluksi ja kunnioitetuksi tulemisesta (Assa ym. 2021: 476).

Omaisen hyvinvointiin vaikuttavat paljon hoitohenkilökunnalta saatu emotionaalinen, henkinen, tiedollinen ja konkreettinen tuki. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot ja yhteistyö omaisen kanssa lisäävät myös omaisen hyvinvointia. (Joenpolvi 2012: 136–137.) Tutkimusten mukaan ahdistusta ja epävarmuutta helpottavat aktiivinen tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta ja tieto, miten itse voi osallistua läheisensä hoitoon (Boehm ym. 2021: 1–12).

Psyykkistä hyvinvointia voidaan hoitohenkilökunnan osalta edistää, kun heillä on aikaa keskustella omaista painavista asioista ja antaa heille johdonmukaista ja yhtenevää tietoa läheisestä. Hoitohenkilökunnan pitäisi osata ohjata keskusteluapua sosiaalityöntekijöiden tai papin kanssa. Fyysistä hyvinvointia voidaan hoitohenkilökunnan puolesta edistää ohjaamalla omaista riittävän levon ja syömisen tärkeydestä. (Joenpolvi 2012: 136–137.)

2.4 Omaisen osallistuminen deliriumin ehkäisyyn

Perheen osallistuminen deliriumin ehkäisyyn voi olla hyödyllistä, harvoissa tutkimuksissa on tutkittu interventioita, joihin perheenjäsenet osallistuvat. Tähän tilanteeseen

voi vaikuttaa yleisesti teho-osastojen pyrkimys rajoittaa vierailuaikoja. (Hwang & Kim 2021: 566.)

Perheen osallistuminen hoitoon hyödytti sekä perheenjäseniä, että potilasta. Perheenjäsenen potilaan kanssa viettämää aikaa pidettiin hyödyllisenä, koska se edistää potilaan hoitoon sitoutumista tavalla, joka oli potilaalle tutumpi ja merkityksellisempi. (Boehm ym. 2021.) Omaiset voivat vaikuttaa potilaan reaktioihin, toivoon ja turvallisuuden tunteeseen. He voivat tuoda potilaalle tuttuja tavaroita sekä keskustella esimerkiksi potilaan kiinnostuksen kohteista, mistä puhuminen voi auttaa potilasta uudelleen orientoitumaan. (Hwang & Kim 2021: 566.)

Läheisen yhtäkkinen kognition ja käytöksen muutos deliriumin myötä voi kuitenkin olla omaisille hyvin stressaavaa ja traumaattista. Omaisten on todettu kokevan vakavaa ahdistusta, jopa potilaita ja hoitajia enemmän. Jotta omainen voidaan ottaa potilaan hoitoon mukaan tulisi terveydenhuollon ammattilaisen kattavasti käsitellä potentiaalisia stressitekijöitä, jotka voisivat vaikuttaa omaisen mielenterveyteen. (Assa & Wicks & Umberger 2021: 472.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvailla sekavuustilassa olevan tehohoitopotilaan omaisen tukemista sekä omaisen osallistumista deliriumin ehkäisyyn kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tavoitteena oli kuvailla ajankohtaista tutkimustietoa aiheesta. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää kuvattua tietoa hoitotyön tukena, sekavuustilassa olevan tehohoitopotilaan omaisen tuen tarpeiden tunnistamisessa ja tukemisessa sekä omaisen osallistamisessa osastojakson aikana. Opinnäytetyön tekeminen edisti myös tekijöiden asiantuntijuutta aiheesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista tukea sekavuustilassa olevan tehohoito potilaan omaiset tarvitsevat?
2. Miten omaiset voivat osallistua tehohoidossa olevan potilaan deliriumin ehkäisyyn?

4 Menetelmät

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää teoreettista ymmärrystä ja arvioida olemassa olevaa teoriaa. Sen avulla on mahdollista muodostaa kokonaiskuvaa tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt, Axelin Suhonen 2016: 7.) Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen pääkatsaustyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Näiden avulla voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin olevia kirjallisuuskatsauksia. (Salminen 2011: 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkoja rajoja ja sääntöjä. Tutkittava ilmiö pyritään kuvamaan laajasti ja tarvittaessa luokitellaan sen ominaisuudet. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa erottuu kaksi orientaatiota, narratiivinen ja integroiva katsaus. (Salminen 2011:6.) Narratiivisella katsauksella pyritään kuvailemaan viimeaikaista tai tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella pyritään tuottamaan uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Se auttaa myös kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa ja syntesoinnissa. (Stolt ym. 2016: 12–13.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Tarkoituksena on kartoittaa keskustelua ja seuloa esiin tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. (Salminen 2011: 9.) Meta-analyysi jaetaan kahteen perussuuntaukseen, laadulliseen ja määrälliseen meta-analyysiin. Laadullisen meta-analyysin idea on yhdistää samaa aihetta tarkastelevat tutkimukset, jotta niiden olettamukset, nyanssit ja tekstimiljööt voidaan paljastaa. Pääosin niitä tarkastellaan yhtäläisyyksien ja erojen valossa, jotta itse aihealueesta rakentuu kokonaiskuva. Määrällinen meta-analyysi on metodisesti vaativan kirjallisuuskatsauksen tyyppi. Siinä yhdistetään ja yleistetään kvantitatiivisia tutkimuksia tilastotieteen menetelmin. Sen avulla tehdään päätelmiä olemassa olevien tutkimusten olennaisesta sisällöstä sekä yhdenmukaistetaan tutkimustuloksia. (Salminen 2011: 12–14.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmin. Se on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä, aineistot laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pyritään kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokitellaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011: 9.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluu tutkimuskysymyksien muodostamisen, aineiston kerääminen, valitseminen ja analysointi, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastelu. Rungon kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle muodostaa tutkimuskysymys, se ohjaa koko tutkimusprosessia. Valmiin työn tulee vastata tutkimuskysymyksiin. (Kangasniemi ym. 2013: 294.)

4.2 Aineiston haku ja valinta

Kirjallisuuskatsauksessa suoritetaan järjestelmällinen tiedonhaku. Menetelmässä ilmoitetaan kuvataan yleistävästi, hakuprosessin ei tarvitse olla yhtä systemaattinen kuin esimerkiksi meta-analyysissa. Systemaattisessa kirjallisuushaussa pyritään löytämään sellaiset alkuperäistutkimukset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Menetelmässä on oleellista asianmukaisten sisäänotto- ja poissulkukriteerien luominen, jotta haun tulokset olisivat kelpoisia. (Stolt ym. 2016: 25–26.)

Tiedonhaussa hyödynnettiin Boolean toimijoita AND, OR ja NOT, joilla yhdistettiin hakulausekkeita kokonaisuuksiksi (Stolt ym. 2016: 25). Hakuun käytettiin Cinahl ja Pubmed tietokantoja. Hauissa käytettiin hakusanoja: tehohoito, omainen, tukeminen ja delirium. Englanninkielistä aineistoa hakiessa käytimme hakusanoina: delirium, acute confusion, icu psychosis, icu delirium, icu, intensive care unit, family, families, relatives, parents, siblings, caregiver, mental health, well-being, emotional health, psychological health ja support. Suomenkielisestä tietokannasta ei tullut yhtään osumaa hauillemme, joten kaikki löydetty artikkelit olivat englanninkielisiä. Käytetyt tietokannat, hakusanat, rajaukset ja osumat sekä aineiston valinta on esitetty tiedonhaku taulukossa liitteessä 1.

Tietoa etsittiin myös manuaalisesti löytyneiden tutkimusten lähteistä ja avainsanoista sekä suomalaisten hoitotieteellisten lehtien sisällysluetteloita selattiin. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös oppilaitoksen kirjaston informaatikon asiantuntemusta. Hakukriteerejä rajattiin niin, että tulokset olisivat tutkimusartikkeleita, suomeksi, englanniksi tai ruotsiksi julkaistuja ja enintään kymmenen vuotta vanhoja, koska viiden vuoden hauilla ei löytynyt tarpeeksi tutkimustietoa.

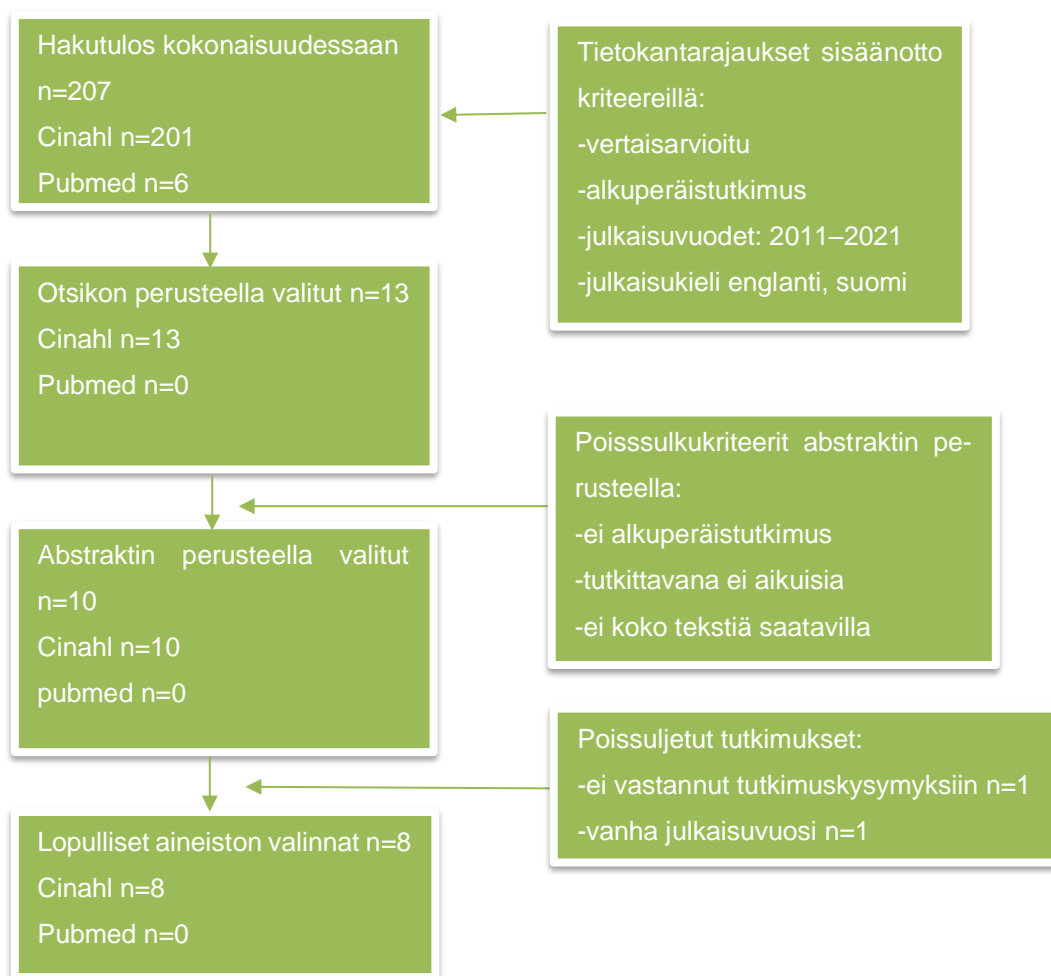
Sisäänottokriteerejä olivat vertaisarvioidut tutkimusartikkelit, julkaistu suomen, englannin tai ruotsin kielellä, vastaa sisällöltään tutkimuskysymyksiin ja julkaisut ovat vuosilta 2011–2021. Poissulkukriteerejä olivat vertaisarvioimattomat tutkimusartikkelit, kirjalli-

suuskatsaukset, uutiset, kolumnit, pääkirjoitukset, tutkimukset, jotka olivat yli kymmenen vuotta vanhoja, tutkimukset, jotka ei vastanneet tutkimuskysymyksiin ja tutkimukset, jotka eivät olleet alkuperäistutkimuksia. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 1. (Stolt ym. 2016: 25–26.)

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vertaisarvioidut tutkimukset.	Vertaisarvioimattomat tutkimusartikkelit, uutiset, kolumnit, pääkirjoitukset.
Kymmene vuoden aikavälillä julkaistut.	Yli kymmenen vuotta vanhat.
Julkaistu suomen, englannin tai ruotsin kielellä.	Muilla kielillä julkaistut kuin suomen, englannin tai ruotsin.
Vastaa sisällöltään tutkimuskysymyksiin.	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Alkuperäistutkimus	Ei alkuperäistutkimus

Katsauksen aiheesta löytyi tutkimuksia niukasti, joten hakujen tuloksien määrä ei ollut kovin suuri. Aineiston valintaprosessia on kuvattu kuviossa 1. Aineistosta jätettiin pois tutkimuksia, jotka muun muassa perehtyivät pelkästään lasten tai vanhusten tutkimiseen sekä tutkimuksia, joista ei ollut koko tekstiä saatavilla. Loppujen lopuksi aineistoksi valikoitui kahdeksan tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Valituista artikkeleista taulukoitiin tekijät, tarkoitus, menetelmät, osallistujat ja päätulokset (liite 2). Aineistoa valittaessa tarkistettiin missä maassa tutkimukset olivat tehty. Tutkimuksista seitsemän oli tehty maissa, jotka olivat hyvin sovellettavissa Suomen terveydenhuoltoon: Tanskassa, Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Ranskassa ja Kanadassa. Yksi tutkimuksista oli tehty Iranissa, joka ei ole tehohoidollisesti verrattavissa Suomeen. Se sisällytettiin aineistoon, koska tutkittava aihe ja omaisten kokemukset eivät ole riippuvaisia paikasta.



Kuvio 1. Aineiston valintaprosessi.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten systemaattinen laadunarviointi on tärkeää. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019.) Laadunarviointiin käytettiin Joanna Briggs instituutin arviointikriteeristöjä. Arviointikriteeristöjen lomakkeet ja ohje niiden täyttöön löytyivät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta. Kaikki alkuperäistutkimukset kävivät läpi laadunarvioinnin kahden tämän työn tekijän toimesta. Laadunarvioinnissa täytettiin jokaisesta mukaan otetusta tutkimuksesta laadunarviointilomake. Lomakkeessa vastattiin kysymyksiin ja kyllä-vastaukset määrittivät tutkimuksen riittävän laadun. Jokaisen tutkimuksen laadunarviointipisteet on ilmoitettu liitteessä 2.

Valikoiduista kahdeksasta tutkimuksesta viisi oli laadullisia tutkimuksia (Smithburger ym. 2017, Smithburger ym. 2017, Bohart ym. 2019, Parsons Leigh ym. 2020 ja Aghaie ym. 2021.), yksi oli pitkittäinen prospektinen havainnointi tutkimus (Ferge ym. 2021), yksi oli tehty monimuotoisella menetelmällä (Turner- Gobba ym. 2016) ja yksi oli diagnostinen tarkkuustutkimus (Fiest ym. 2020). Kuuteen niistä käytettiin laadullisen tutkimuksen kriteeristöä, yhteen käytettiin diagnostisen tarkkuus tutkimuksen kriteeristöä ja

yhteen tutkimukseen käytimme kohorttitutkimuksen kriteeristöjä. Kahteen tutkimukseen jouduimme soveltamaan JBI-kriteeristöjä, koska kyseisiin tutkimuksiin ei olla laadittu omia kriteeristöjä. Näistä tutkimuksista toinen oli tehty monimuotoisella menetelmällä, laadullinen ja määrällinen ja toinen oli tehty pitkittäisen prospektiivisen havainnointi tutkimuksen menetelmin. Monimuotoiseen tutkimukseen sovelsimme laadullisen tutkimuksen kriteeristöä ja havainnointi tutkimukseen sovellettiin kohorttitutkimuksen kriteeristöä.

Aineiston julkaisualustat tarkastettiin julkaisufoorumien sivuilta. Sivulta saa julkaisufoorumi-luokan, jotka ovat yksi viiva kolme. Yksi tarkoitti perustasoa, kaksi tarkoitti johtavaa tasoa ja kolme tarkoitti korkeinta tasoa. Työhön valittujen tutkimusten julkaisualustoista kuudella luokka oli yksi ja kahdelle alustalle ei saatu luokkaa ollenkaan. Näiden tutkimusten julkaisualustan luotettavuus tarkistettiin ja todettiin luotettavaksi.

4.3 Analyysimenetelmä

Sisällönanalyysi on perus analyysimenetelmä, jota on käytetty sosiologiassa, psykologiassa, liiketaloustieteessä ja viestinnän tutkimuksessa sekä hoitotieteessä tutkimusten aineiston analyysissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 166.) Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jolla aineistoa voidaan analysoida objektiivisesti ja systemaattisesti. Menetelmässä on tavoitteena saada tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018: Luku 4. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi.) Lopulta tutkittavasta ilmiöstä tuotetaan kategorioita ja kuvataan niiden hierarkiaa sekä suhdetta toisiinsa pelkistykseen, ryhmittelyyn ja abstrahoinnin kautta. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 5).

Analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi, koska kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä ymmärtämiseen pyrkivä ja aineistolähtöinen, jossa aineiston sisällöllisellä valinnalla on paljon painoarvoa (Kangasniemi ym. 2013: 296–299). Induktiivisessa sisällönanalyysissä kategorisoidaan ilmauksia aineistosta niiden käsitteellisten merkitysten perusteella. Luokittelu pohjautuu loogiseen päättelyyn, jota tutkimuskysymykset ohjaavat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 167.) Analyysin alkuvaiheessa aineistosta etsitään asiat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin ja nämä lauseet luetteloidaan yksinkertaisiksi ilmaisuiksi (Tuomi & Sarajärvi 2018: Luku 4. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi). Nämä pelkistetyt ilmaukset pyritään kirjaamaan mahdollisimman samalla tavalla, kuin ne on aineistossa kuvattu (Kyngäs &

Vanhanen 1999: 5). Sen jälkeen samansisältöiset ilmaukset ryhmitellään tutkijan tulkinnan mukaan alakategorioiksi ja ne abstrahoidaan, eli nimetään sisältöä kuvaavasti. Prosessi jatkuu toisiaan vastaavien alakategorioiden yhdistämisellä yläkategorioiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018: Luku 4. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi.) Teoreettinen kokonaisuus on tarkoitus luoda niin, että aiemmat teoriat, tiedot ja havainnot eivät ohjaa analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017: 167.)

Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä, kun taas deduktiivinen lähestymistapa pohjaa edeltävän tutkimuskirjallisuuden perusteella johonkin etukäteen säädettyyn analyysirunkoon (Stolt ym. 2016). Deduktiivista analyysia käytetään tyypillisesti, kun aikaisempaa tutkimustietoa halutaan tarkastella uudessa asiayhteydessä. Aineistosta etsitään analyysirunkoon sopivia ilmauksia joko väljästi tai strukturoidusti. Väljässä rungossa aineistoa luokitellaan sen sisälle induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Strukturoidussa rungossa aineistosta poimitaan vain siihen sopivia ilmaisuja. Mikä voidaan nähdä myös hypoteesien, kategorioiden, käsitteiden ja mallien testaamisena. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 7–9.)

Aineiston käsittely tehdään, kun aineisto on valittu ja sen laatu arvioitu. Tarkoituksena on tuottaa kattava ja luotettava kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Valittu aineisto ja sen tuottamat tulokset esitellään tulososiossa. Aineiston käsittelyn eteneminen ja tuotettujen tulosten tulee olla esitettynä loogisesti. (Stolt ym. 2016: 80)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset luettiin moneen kertaan läpi. Niistä poimittiin alkuperäisilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset suomennettiin ja muokattiin pelkistyksiksi, joita yhdistämällä saimme kokonaisuuksia eli alaluokkia. Alaluokista muodostettiin suurempia kokonaisuuksia yläluokiksi. Yläluokista nousi vielä teemoittain pääluokkia. Näiden avulla tuloksia olisi myöhemmin helpompia kuvata selkeästi. Taulukossa 2 on esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"Families also believed that one-on-one education with a health care provider is the most effective way to learn about how to participate in delirium-prevention activities" (2)	Terveystenhuollon ammattilainen puhui omaisten kanssa deliriumin ehkäisystä harvoin.	Deliriumin ehkäisystä ei puhuta	Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen haasteet
"When family members were asked about the best strategy to reduce discomfort with participating in care, the most common response was having a discussion with the bedside nurse regarding concerns" (2)	Keskustelu huolenaiheista sairaanhoitajan kanssa vähensi epämukavuutta hoitoon osallistumisesta.	Kommunikointi sairaanhoitajan kanssa	Tukemista helpottavat tekijät

5 Tulokset

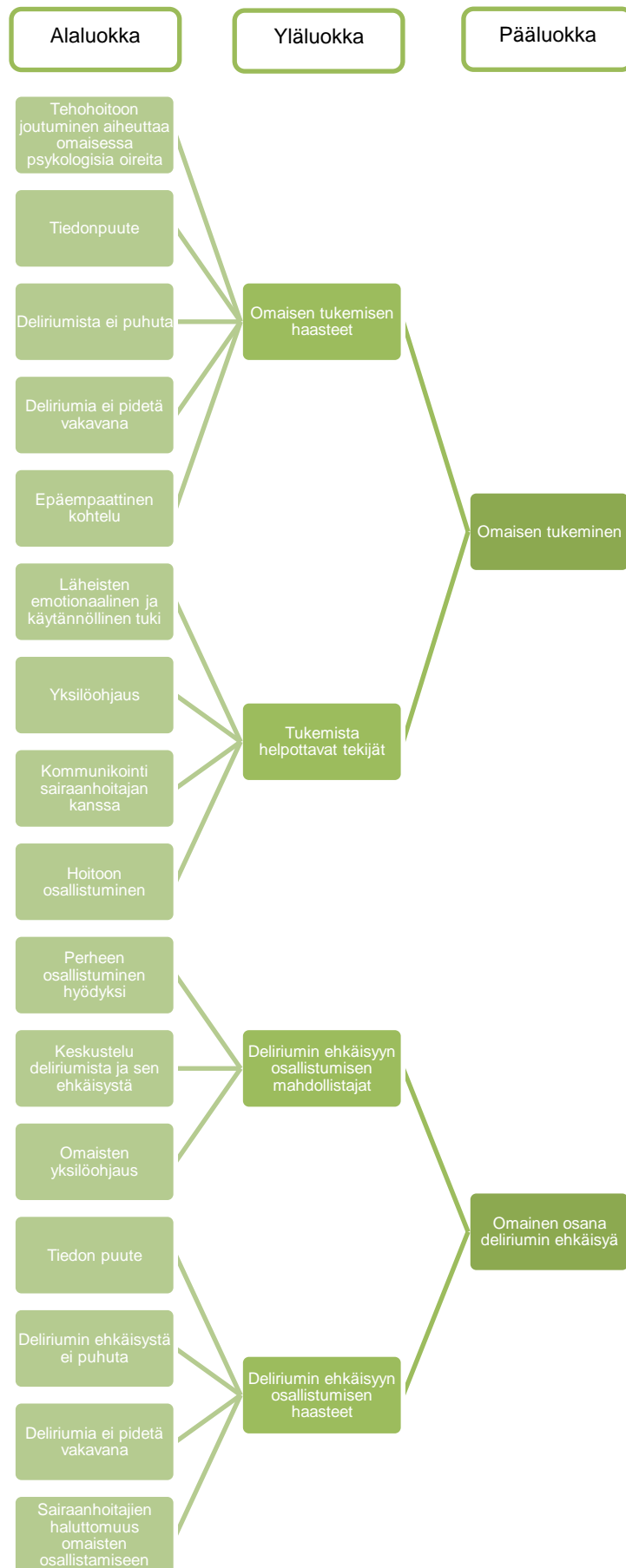
Tässä luvussa käsitellään kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkeleiden analyysien tuloksia. Tulokset jakautuvat tutkimuskysymysten mukaan omaisen tukemiseen ja omaisen osallisuuteen deliriumin ehkäisyssä. Omaisen tukeminen ja osallisuus delirium ehkäisyssä ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa.

5.1 Aineiston kuvaus

Aineistoksi valikoitui kahdeksan alkuperäistutkimusta, viisi laadullista tutkimusta (Smithburger ym. 2017a, Smithburger ym. 2017b, Bohart ym. 2019, Parson Leigh ym. 2021 ja Aghaie ym. 2021), yksi monimuoto menetelmä tutkimus (Turner-Cobba ym.

2016), yksi diagnostinen tarkkuustutkimus (Fiest ym. 2020) ja yksi pitkittäinen prospektiivinen havainnointitutkimus (Fergé ym. 2021). Kaksi tutkimusta oli tehty USA:ssa, kaksi Kanadassa, yksi Iso-Britanniassa, yksi Tanskassa, yksi Ranskassa ja yksi Iranissa. Eri tutkimuksissa osallistujat olivat eri kokoonpanoja seuraavista ryhmistä: omaiset, potilaat, sairaanhoitajat ja lääkärit. Tutkimusten maat ja osallistujaryhmät on eritelty liitteessä 2.

Alaluokkia muodostui 12: Perheen osallistuminen hyödyksi, keskustelu deliriumista ja sen ehkäisystä, omaisten yksilöohjaus, tiedon puute, deliriumin ehkäisystä ei puhuta, deliriumia ei pidetä vakavana, sairaanhoitajien haluttomuus omaisten osallistamiseen, tehohoitoon joutuminen aiheuttaa omaisessa psykologisia oireita, epäempeattinen kohdeltu, läheisten emotionaalinen- ja käytännöllinen tuki, kommunikointi sairaanhoitajan kanssa ja hoitoon osallistuminen. Yläluokkia syntyi yhteensä neljä: deliriumin ehkäisyn osallistumisen mahdollistajat, deliriumin ehkäisyn osallistumisen haasteet, omaisen tukemisen haasteet ja tukemista helpottavat tekijät. Pääluokkia syntyi kaksi: omaisen osana deliriumin ehkäisyä ja omaisen tukeminen. Kuviossa 2 on kuvattu analyysin tulokset ala-, ylä- ja pääluokittain.



Kuvio 2. Analyysin tulokset

5.2 Deliriumpotilaan omaisen tukeminen

5.2.1 Omaisen tukemisen haasteet

Omaisten tukemiseen liittyy monta osatekijää. Omaisen joutuminen tehohoitoon ja deliriumiin sairastuminen aiheuttaa perheenjäsenissä niin psyykkisiä kuin fyysisiä oireita. Fyysisiä oireita ovat esimerkiksi päänsärky, vapina, ruokahaluttomuus ja väsymys. Omaisilla ilmenneitä psyykkisiä oireita olivat esimerkiksi hermostuneisuus, stressi, huoli, ahdistus ja pelko. (Aghaie & Anoosheh & Foroughan & Mohammadi & Kazemnejad 2021: 60.) Nuorilla omaisilla on todettu PTSD:n oireita eli traumaperäistä stressihäiriötä vuoden jälkeen siitä, kun läheinen on ollut tehohoidossa. Jotta näitä PTSD:n oireita pystyttäisiin vähentämään olisi tärkeää, että nuorille omaisille annettaisiin mahdollisuus vierailuihin ja vierailuita valmisteltaisiin ja heille annettaisiin tietoa omaisen hoidosta ja tilasta. (Fergé ym. 2021: 74–75.) Perheenjäsenten tietämystaso deliriumista oli tutkimuksen mukaan alhainen heidän saapuessa teho-osastolle (Parson Leigh ym. 2021: 362). Psyykkisten oireiden voimakkuus koettiin johtuvan siitä, että ei saada tietoa deliriumista ja siitä mitä tilanteessa tapahtuu. Ristiriitaisen tiedon saanti, epäempaattinen kohtelu ja hoidon pitkittyminen aiheutti omaisissa pelkoa, ahdistusta, epävarmuutta ja sekaannusta. Pelon ja huolen koettiin myös vaikuttavan omaisten yksityis- ja työelämään (Aghaie ym. 2021: 59–60).

Tutkimuksen mukaan läheiset ajattelivat deliriumin olevan toissijainen asia muiden huolenaiheiden joukossa. Ajateltiin, että delirium on vain vakavan sairauden seurausta. Delirium yhdistettiin myös alkoholimyrkytykseen tai vieroitusoireisiin, mutta sitä ei yhdistetty tehohoitoon. Hoitohenkilökunta puhui deliriumista uupumuksena, hämmennyksenä, surullisuutena tai levottomuutena. Moni omainen ei ollut edes kuullut siitä puhuttavan teho-osastolla. (Bohart ym. 2019: 86.)

5.2.2 Omaisen tukemista helpottavat tekijät

Omaiset kokivat, että heidän täytyisi saada lisätietoa hoidosta ja deliriumista. He eivät itse sitä aina osanneet kysyä. (Bohart ym. 2019: 88.) Tärkeänä pidettiin ennaltaehkäisevää ja selkeää kommunikointia (Turner-Cobba & Smith & Ramchandani & Begen & Padkin 2016: 22) Omaiset arvostivat henkilökunnalta saamaansa tietoa toiminnoista (Turner-Cobba ym. 2016: 23). Tutkimuksen mukaan omaiset kokivat helpottavina tekijöinä myös tiedon saannin siitä, mitä odottaa hoidolta, mitkä ovat deliriumin merkkejä ja

miksi niin tapahtuu (Smithburger & Korenoski & Kane- Gill & Alexander 2017b: 7). Kun potilas ei tuntunut omalta itseltään se aiheutti omaisissa huolta. Tiedon saanti auttoi heitä käsittelemään muutoksia potilaan käytöksessä ja tietoisuudessa. Omaiset halusivat, että heidät osallistutaan hoitoon. Se lisäsi samalla heidän merkityksellisyytensä tunnetta ja he kokivat tulleen kuulluiksi. (Bohart ym. 2019: 88) Terveystieteiden ammattilaiset olivat sitä mieltä, että hoitoon osallistuminen voisi toimia suojausmekanismina tehohoidon jälkeisille mahdollisille mielenterveydenongelmille (Parson Leigh ym. 2021: 362). Tutkimuksen mukaan omaiset halusivat myös tietoa, miten pystyvät osallistumaan hoitoon (Smithburger & Korenoski & Kane- Gill 2017a:51).

5.3 Omainen osana deliriumin ehkäisyä

5.3.1 Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen mahdollistajat

Lääkärit ja sairaanhoitajat uskoivat omaisen voivan auttaa deliriumin ehkäisyssä (Smithburger ym. 2017a: 51). Yleisimpänä nähty hyöty oli deliriumin esiintymisen väheneminen teho-osastolla, sen ehkäisyyn käytetyn ajan lisääntymisen myötä (Smithburger ym. 2017a: 51). Fiest ym. (2020) tutkimuksessa perheen käyttämän deliriumin havaitsemis- työkalun sensitiivisyys parani, mutta spesifisyys väheni perinteisesti käytettyihin mittareihin ICDSC:n ja CAM-ICU:n verrattuna (Fiest ym. 2020: 959). Perheenjäsenet huomasivat hienovaraisempia muutoksia potilaan käytöksessä ja voinnissa (Parson Leigh ym. 2021: 362).

Yleisin tapa, jolla omaisia pyydettiin osallistumaan hoitoon, oli potilaan kanssa keskustelu ja tältä kysymysten kysyminen keinona kognitiivisten toimintojen stimuloimiseen (Smithburger ym. 2017a: 51). Omaiset toivat kotoa potilaalle tuttuja esineitä, joita he käyttivät uudelleen orientoitumisessa ja kommunikoinnin apuna. Omaiset saattoivat päivittää potilashuoneen kalenteria, sillä se ei aina tullut päivitettyksi hoitajan toimesta, sekä lukea potilaalle lehteä (Smithburger & Korenoski & Kane-Gill & Alexander 2017b: 5). Useat perheenjäsenet yrittivät olla vaatimatta potilaalta liikaa sekä varoivat sanomisistaan, koska eivät halunneet aiheuttaa potilaalle lisää huolia tai ahdistusta (Bohart ym. 2019: 89).

Omaisten yksilöohjaaminen deliriumista ja sen ehkäisystä oli yleisimmin valittu tapa kouluttaa perheenjäseniä (Smithburger ym. 2017a: 51). Se oli myös omaisten mielestä tehokkain tapa oppia, kuinka osallistua deliriumin ehkäisyyn (Smithburger ym. 2017a:

54). Paras keino hoitoon osallistumiseen liittyvän epämukavuuden vähentämiseksi oli omaisten mukaan huolenaiheista keskustelu sairaanhoitajan kanssa (Smithburger ym. 2017a: 54). Perheenjäsenet kokivat voivansa hyötyä ohjauksesta ja muistutuksista, tavoista, joilla he voivat orientoida potilasta ja vähentää tämän sekavuutta (Smithburger ym. 2017b: 7). Perhelähtöisen deliriumin havaitsemis- työkalun käytön suurimpana mahdollistajana omaiset näkivät ohjauksen työkalun käytöstä sekä sen tulosten tarkoituksesta (Parson Leigh ym. 2021: 363).

5.3.2 Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen haasteet

Vain 50 % lääkäreistä ja sairaanhoitajista ilmoitti keskustelewansa deliriumista ja sen ehkäisystä perheenjäsenten kanssa (Smithburger ym. 2017a: 51). Omaisilta kysyttäessä 38 % ilmoitti terveydenhuollon ammattihenkilön kertoneen, mitä delirium tarkoittaa. (Smithburger ym. 2017a: 54) Sairaanhoitajat ilmoittivat lääkäreitä enemmän kokevansa omaisille puhumisen esteeksi sen, etteivät omaiset ymmärrä deliriumista tai sen ehkäisystä, ja voisivat vahingossa vahingoittaa potilasta (Smithburger ym. 2017a: 51). Hoitajat ilmaisivat myös, että perheen mukaan ottaminen hoitoon lisäisi heidän työtaakkaansa (Parson Leigh ym. 2021: 362) ja näkivät ohjaukseen kuluvan ajan sekä halukkuuden perhelähtöisen työkalun käyttöön esteenä (Parson Leigh ym. 2021: 363). Pidettiin myös mahdollisena, että potilaalla ja tämän omaisilla on deliriumista eri käsitys kuin lääkäreillä (Fiest ym. 2020: 960).

Lääkärit kuvasivat perhelähtöisen deliriumin havaitsemistyökalun käytössä suurimmaksi esteeksi epävarmuuden tulosten tarkoituksesta. Omaiset taas näkivät työkalun käytön esteenä henkilökunnan suhtautumisen työkaluun ei-tärkeänä. Pieni osa perheistä oli myös kokenut prosessin lomakkeiden määrän ylivoimaiseksi, sekä hoitohenkilökunnalta saadun palautteen puutteen masentavaksi ja turhauttavaksi. (Parson Leigh ym. 2021: 363.)

Perheenjäsenet olivat halukkaita auttamaan (Smithburger ym. 2017b: 4), mutta eivät tunteneet voivansa osallistua (Bohart ym. 2019: 88). He kokivat usein, etteivät tiedäneet mitä voisivat tai saisivat tehdä vieraillessaan (Smithburger ym. 2017b: 6). He toivoivat saavansa hoidon alussa ohjausta deliriumista, joka auttaisi heidän olonsa mukavoittamisessa osastolla sekä tiedostamaan, miten he voivat auttaa (Smithburger ym. 2017b: 7).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset mukailevat aikaisempaa tutkimustietoa tehohoidossa olevan deliriumpotilaan perheen kokemuksista ja hoitoon osallistumisesta. Työn tuloksissa nousi esille, että potilaan delirium aiheuttaa omaisessa psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Näitä ovat muun muassa väsymys, ruokahaluttomuus, huoli, ahdistus, pelko ja stressi. Psyykkisten oireiden voimakkuus koettiin johtuvan tiedon puutteesta. (Aghaie ym. 2021) Assa ym. katsauksessa on kuvailtu samanlaisia psyykkisiä oireita tehohoidossa olevan deliriumpotilaan omaisilla. Lisäksi tehohoidossa olevien deliriumpotilaiden omaiset kokivat enemmän psyykkisiä oireita, kuin pelkästään tehohoidossa olevan potilaan omaiset.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa kävi ilmi, että omaiset eivät saaneet riittävästi tietoa deliriumista eikä sen hoidosta. Hoitohenkilökunta vähätteli potilaan deliriumin oireita. Omaisille saatettiin kertoa, että potilas on vain väsynyt, surullinen tai hämmentynyt. He kaipaivat lisää ennaltaehkäisevää ja selkeää kommunikointia, ohjausta ja tietoa toiminnoista. Tiedon saanti auttoi läheisiä käsittelemään muutoksia hoidon aikana. (Bohart ym.2019, Turne-Gobba ym. 2016, Smithburger ym. 2017.)

Aikaisempi tutkimustieto tukee saatuja tuloksia. Deliriumpotilaan tehohoidon aikana perheenjäsenet arvostivat kommunikaatiota terveydenhuollon tiimin kanssa, mikä auttoi ymmärtämään tilannetta. Omaisten saama tieto auttoi lievittämään pelkoja ja epäilyksiä hoidosta. (Boehm ym. 2021). Omaiset, jotka saivat tietoa ja emotionaalista tukea kokivat tulleen kunnioitetuksi ja arvostetuksi (Assa ym. 2021).

Tulososiossa käsiteltiin omaisten halukkuutta osallistua hoitoon. Osallistuminen koettiin tärkeäksi, se lisäsi merkityksellisyyden tunnetta ja edisti kuulluksi tulemistä. Osallistuminen hoitoon nähtiin hyödyllisenä, mutta omaiset eivät kokeneet saavansa tarpeeksi ohjausta ja tietoa hoitoon osallistumiseksi. Hoitohenkilökunta uskoi omaisten voivan auttaa deliriumin ehkäisyssä, sen uskottiin vähentävän deliriumin esiintymistä teho-osastolla. Perheenjäsenet osallistuivat hoitoon esimerkiksi keskustelemalla potilaalle, tuomalla osastolle tuttuja tavaroita, lukemalla tälle lehteä ja muuten auttamalla potilaan orientoimisessa. (Bohart ym 2019., Smithburger ym. 2017b, Smithburger ym. 2017a)

Boehm ym. (2021) metasynteesin tulokset olivat opinnäytetyön tulosten kanssa samassa linjassa. Perheen osallistuminen hoitoon hyödytti sekä perheenjäseniä, että potilasta. Perheenjäsenen potilaan kanssa viettämää aikaa pidettiin hyödyllisenä, koska se edistää potilaan hoitoon sitoutumista tavalla, joka oli potilaalle tutumpi ja merkityksellisempi. Esimerkiksi juuri tuomalla tuttuja esineitä kotoa.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen etiikka ja luotettavuus ovat sidoksissa toisiinsa, tämän vuoksi niitä tulisi koko prosessin ajan parantaa johdonmukaisella etenemisellä. Tässä opinnäytetyössä noudatettiin tutkimusetiikkaa jokaisessa kirjallisuuskatsauksen vaiheessa. Siihen kuului aineiston valinnassa ja käsittelyssä oikeudenmukainen raportointi, rehellisyys ja lähteiden oikeanmukainen käyttö ja viittaaminen. (Kangasniemi yms. 2013: 291–301.) Hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettiin. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset jaotellaan vilppiin tieteellisestä toiminnasta ja piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020). Tässä työssä pyrittiin siihen, että törkeää laiminlyöntiä ja holtittomuutta ei tapahtunut. Työssä ei myöskään esitetty tekaistuja havaintoja tai vääristeltyjä niitä. Tietoa ei ole myöskään lainattu luvottomasti eikä anastettu mitään toisilta.

Luotettavuuden arvioinnissa keskeisin seikka on aineiston perusteiden kuvaus. Luotettavuus heikkenee, jos tutkijalla on aineiston valinnassa tiedostettu tai tiedostamaton tarkoituksenhakuisuus, mutta niitä ei ole raportoitu tai eritelty. Tutkittavaan aineistoon perehtyminen ja sen raportointi lisää työn uskottavuutta. (Kangasniemi 2013: 291–301.) Olemme opinnäytetyössämme raportoineet sen etenemisen tarkasti ja rehellisesti. Aineiston hakuprosessi dokumentoitiin tiedonhaku taulukkoon. Siitä käy ilmi, mitä hakusanoja ja tiedonhakukanavia aineiston etsimiseen on käytetty, montako tutkimusta on valittu otsikon sekä tiivistelmän perusteella ja montako lopulta näistä valittu opinnäytetyön tekoon. Rajasimme hakumme myös vertaisarvioituihin, suomen, englannin tai ruotisin kielisiin ja maksimissaan kymmenen vuotta vanhoihin tutkimuksiin. Aineiston julkaisualustat tarkastettiin julkaisufoorumin sivuilta. Sivulta saa julkaisufoorumi-luokan, jotka ovat yksi - kolme. Yksi tarkoitti perustasoa, kaksi johtavaa tasoa ja kolme korkeinta tasoa. Työhön valittujen tutkimuksien julkaisualustoista kuudella luokka oli yksi ja kahdella alustalle ei saatu luokkaa ollenkaan. Näiden tutkimuksien julkaisualustan luotettavuus tarkistettiin ja todettiin luotettavaksi.

Myös muut kirjallisuuskatsauksen vaiheet eli tutkimuskysymyksen muodostaminen ja tuotettujen tulosten johdonmukainen tarkastelu tulee raportoida, joka lisää työn luotettavuutta. (Stolt ym. 2016: 25.) Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset analysoitiin valinnan ja laadunarvioinnin jälkeen. Analyysissä käytimme induktiivista sisällönanalyysiä. Aineiston analyysiä tuli 20 sivua, jonka sisältö tiivistettiin sisällönanalyysitaulukoksi (liite 3.). Sisällönanalyysi menetelmän luotettavuuden ongelmana voi pitää tuloksen perustamista tutkijoiden subjektiiviseen näkemykseen analyysiprosessista. Aineiston pelkistäminen ja kategorioiden luominen niin, että tutkittavaa ilmiötä kuvaillaan totuudenmukaisesti voi olla haastavaa. Oleellista onkin yhteyden osoittaminen tulosten ja aineiston välillä, josta tutkijalla on eettinen vastuu. Alkuperäisaineistoa suoraan lainaamalla voidaan lisätä luotettavuutta ja osoittaa lukijalle, millaisesta aineistosta kategoriat on laadittu. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 10.)

Luotettavuuden varmistamiseksi valmis opinnäytetyö syötettiin vielä plagiointiohjelmaan. Tämän avulla nähtiin, että työtä ei ole kopioitu suoraan lähteistä, vaan teksti on tekijöiden itsensä laatimaa.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että resurssien käytön rajallisuudesta ja mahdollisesti kokemattomuudesta johtuva tietokantojen maksimaalinen hyödyntämien ei ole välttämättä onnistunut. Tällöin on voinut jäädä joitain tutkimuksia löytämättä. Työmme kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä, jolloin kieliharha on mahdollinen. Tutkimusten rajaamien kahdeksaan tutkimukseen heikentää työn luotettavuutta. Aihetta ei ole tutkittu vielä paljoa, joten luotettavaa tutkimustietoa ei pystytty löytämään enempää. Yksi tutkimuksistamme oli tehty Iranissa, eikä välttämättä ole kaikilta osin sovellettavissa Suomen terveydenhuoltoon. Tutkimus päätettiin ottaa mukaan, koska tutkimuksessa mitattiin omaisen kokemuksia, jotka ei ole riippuvaisia sijainnista.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tulosten perusteella huomataan, miten paljon omaiset tarvitsisivat tietoa ja kommunikointia hoitohenkilökunnan kanssa. Omaiset toivoisivat hoitohenkilökunnalta empaattista kommunikointia, huolista keskustelemista ja läsnäoloa. Tärkeää on, että deliriumista keskusteltaisiin ja kerrotaisiin omaisille mitä se tarkoittaa. Tämä auttaisi läheisiä käsittelemään muutoksia potilaan käytöksessä. Tiedon saannin koettiin vaikuttavan myös psyykkisen ja fyysisen oireilun vähentymiseen.

Työssä saatujen tulosten perusteella hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota kommunikointiin ja omaisen huomioimiseen. Tehohoitotyö on vaativaa, mutta omaista ei saisi unohtaa hoidon ulkopuolelle. Omaiset haluaisivat myös osallistua potilaan hoitoon, sillä on katsottu olevan positiivisia vaikutuksia niin omaiseen kuin potilaaseen. Tähän läheiset kaipaavat kuitenkin lisää ohjausta, koska he eivät tiedäneet aina mitä voisivat ja saivat tehdä, kun ovat tapaamassa potilasta. Omaisen osallistuminen hoitoon voi pitkällä tähtäimellä auttaa hoitotyössä ja deliriumin ehkäisyssä.

Tuloksien mukaan omaisen osallistuminen deliriumin ehkäisyyn voi vähentää deliriumin esiintyvyyttä. Yhdessä tutkimuksessa tutkittiin perhelähtöisen deliriumin havaitsemistyökalun käyttöä, jossa deliriumin havaitsemisherkkyys parani tavanomaisiin mittareihin verrattuna. Omaisen hoitoon mukaan ottamisella voi olla merkittäviä hyötyjä potilaan hoidossa. Hoitajat ilmaisivat omaisen mukaan ottamisen haasteeksi muun muassa perheenjäsenten tiedon uupumisen sekä ajan puutteen. Resurssien riittämättömyys aiheutti sen, että henkilökunnalla ei ollut aikaa keskustella omaisten kanssa tai antaa ohjausta siitä, miten he voivat auttaa. Omaisen osallistuminen edellyttäisi hoitajien ajan resursointia omaisten ohjaukseen sekä laadukkaan ohjauksen integroiminen päivittäiseen osastotyöhön.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä vallitsevan koronatilanteen takia tehohoitoon joutuminen koskettaa yhä useampaa ihmistä. Näin ollen omaisten tukeminen ja ohjaaminen on ollut teho-osastolla ajankohtaista. Opinnäytetyötä tehdessä havaittiin puute tutkimustiedosta sairaanhoitajien konkreettisista keinoista tukea tehohoidossa olevan deliriumpotilaan omaista. Tämä voisi olla tulevaisuudessa tärkeää tietoa hoitoalalle, jotta pystyttäisiin kehittämään konkreettisia apukeinoja omaisen tukemiseen tällaisessa tilanteessa. Toinen ehdotus jatkotutkimuksen aiheeksi olisi omaisen osallistumisen vaikutukset deliriumin ehkäisyyn tehohoidossa.

6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja merkityksellisyys

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tehohoidossa deliriumpotilaan omaisen tukemisessa sekä omaisen hoitoon mukaan ottamisessa. Työn tuloksia voivat käyttää tulevat sekä uransa alussa olevat sairaanhoitajat, kun he aloittavat työskentelynsä teho-osastolla. Tulokset antavat tehohoidon henkilökunnalle konkreettista tietoa deliriumpotilaan omaisen tukemisen merkityksestä muun muassa tiedon annon ja kommunikoinnin tärkeydestä omaisen kokemukselle, sekä omaisen hoitoon osallistumisen hyödyistä.

Opinnäytetyöstä ilmeni, että kokonaisvaltaisen tukemisen esteet ovat suhteellisen pieniä ja yksinkertaisia. Näitä tietoja voitaisiin hyödyntää ongelmiin puuttumalla, jolloin saataisiin verrattain huomattavia hyötyjä potilaan hoitoon ja omaisen kokemukseen. Tuloksia voisi hyödyntää myös perhelähtöisen deliriumin havaitsemistyökalun kehittämisessä, sillä tuloksista kävi ilmi työkalun käytön haasteita ja hyötyjä eri näkökulmista.

Tulokset ovat merkityksellisiä tehohoidossa ilmenevän deliriumin yleisyyden vuoksi. Oireyhtymä on lisäksi alidiagnosoitu, arviolta 66–84 %:lla se jää diagnosoimatta. Se lisää myös komplikaatioiden riskiä ja hoidon kustannuksia. Opinnäytetyön tulokset osoittavat omaisen osallistumisen hoitoon auttavan deliriumin ehkäisyssä esiintymisen vähenemisenä ja havaitsemisherkkyiden parantumisena. Laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi myös omainen on otettava huomioon. Työn tulokset osoittivat, että sairaanhoitajan antamalla tuella parannetaan omaisen kokemusta tehohoidosta.

Lähteet

Aghaie, Bahman & Anoosheh, Monireh & Foroughan, Mahshid & Mohammadi, Esa & Kazemnejad, Anoshirvan 2021. A Whirlpool of Stress in Families of Intensive Care Unit Patients: A Qualitative Multicenter Study. *Critical Care Nurse* 41(3), 55–64.

Assa, Amal & Wicks, Mona & Umberger, reba 2021. Family caregivers' experience of patients with delirium in critical care units: A state-of-the-science integrative review. *American Journal of Critical Care* 30(6), 471-478.

Boehm, Leanne & Jones, Abigail & Selim, Abeer & Virdun, Claudia & Garrard, Cornelia & Walden, Rachel & Ely, Wesley & Hosie, Annamarie 2021. Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *Nursing studies* 122: 1-12.

Bohart, Søs & Merete Møller, Ann & Forsyth Herling, Suzanne 2019. Do health care professionals worry about delirium? Relatives' experience of delirium in the intensive care unit: A qualitative interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 53, 84–91.

Fergé, Jean-Louis & Banydeen, Rishika & Le Terrier, Christophe & Fize, Hélène & Miguel, Mathurina & Kentish-Barnes, Nancy & Jehel, Louis & Moroy, Anne & Valentino, Ruddy & Mehdaoui, Hossein 2021. Mental Health of Adolescent Relatives of Intensive Care Patients: Benefits of an Open Visitation Policy. *American Journal of Critical Care* 30(1), 72–76.

Fiest, Kirsten & Krewulak, Karla & Ely, Wesley & Davidson, Judy & Ismail, Zahinoor & Sept, Bonnie & Stelfox, Henry 2020. Partnering With Family Members to Detect Delirium in Critically Ill Patients. *Critical Care Medicine* 48(7), 954–961.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2019. Tutkimustiedon laadun arvioimien. Viitattu 18.2.2022. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen>

Huttunen, Matti 2018. Terveyskirjasto. Sekavuustila (delirium). Viitattu 20.8.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>

Hwang, Ju Hee & Kim, Min Young 2021. Effects of A Multicomponent Intervention Program for Preventing Delirium in Geriatric Patients in the Intensive Care Unit. *Korean Journal of Adult Nursing* 33(6), 565–575.

Jylhä, Virpi & Siltanen, Hannele 2017. Kriittisesti sairaan potilaan omaisten tarpeiden kohtaaminen tehohoidossa: menetelmien vaikuttavuus. Näyttövinkki. Hotus.

Kaarlola, Anne. Tehohoito 2011, 29 (1) 38–39. Potilaan ja omaisen informointi ja tukeminen tehohoidon aikana.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna- Mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääsekeläien, Petri & Liianen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenneltyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Koivula, Heli & Peltomaa, Minna 2017. Tehohoitopotilaan sekavuus. Teoksessa Ritalmala-Castrén, Marita & Lönn, Maarit & Lundgrén-Laine, Heljä & Meriläinen, Merja & Peltomaa, Minna. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 470–473.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1(11), 3–12.

Liisanantti, Janne 2011, 44 (4) 290–292. Tehohoitopotilaan delirium. Finnanest

Lundgrén-Laine, Heljä & Lönn, Maarit & Meriläinen, Merja & Peltomaa, Minna & Ritalmala-Castrén, Marita. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 2017.

Parson Leigh, Jeanna & Krewulak, Karla & Zepeda, Nubia & Farrier, Christian & Spence, Krista & Davidson, Judy & Stelfox, Henry & Fiest, Kirsten 2021. Patients, family members and providers perceive family-administered delirium detection tools in the adult ICU as feasible and of value to patient care and family member coping: a qualitative focus group study. Canadian Journal of Anaesthesia 68(3), 358–366.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto. Viitattu 20.8.2021. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Smithburger, Pamela L & Korenoski, Amanda S & Kane-Gill, Sandra L & Alexander, Sheila A 2017a. Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. Critical Care Nurse 37 (6), 48–58.

Smithburger, Pamela L & Korenoski, Amanda S, Kane-Gill, Sandra L, Alexander, Sheila A 2017b. Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. Critical Care Nurse 37 (6), e1-e9.

Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. E-kirja. Turun yliopisto.

Suomisanakirja. Omainen. Viitattu. 20.8.2021 <https://www.suomisanakirja.fi/omainen>

Tays 2021. Tehohoito. Viitattu 15.3.2022. <https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/tehoahoito>

Thl 2021. Keskeisiä käsitteitä. Verkkodokumentti. Viitattu 21.2.2022. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>>

Tieteellinen neuvottelukunta 2020. HTK-loukkaukset. Verkkodokumentti. Viitattu 15.3.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/htk-loukkaukset>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turner-Cobba, J.M & Smith, P.C & Ramchandani, P & Begen, F.M & Padkin, A 2016. The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychology Health & Medicine* 21(1), 20–26.

Vaasan keskussairaala 2018. Mitä tehohoito on? Viitattu 20.8.2021. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/yksikot/osastot-ja-toimenpideyksikot/teho-valvonta/teho/mita-tehohoito-on/>

Valvira 2018. Potilaan asema ja oikeudet. Viitattu 20.8.2021. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omais-ten_oikeudet

Liitteet:

Liite 1. Tiedonhaku taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Cinahl	Delirium and icu or Intensive care unit and family or relatives	Englannin tai suomenkielinen, julkaistu enintään kymmenen vuotta sitten, tutkimus artikkeli	143	8	6	4
	Icu or intensive care and family or relatives or family members and mental health or well-being or well-being or emotional health or psychological health	Englannin tai suomenkielinen, julkaistu korkeintaan kymmenen vuotta sitten, tutkimusartikkeli, vertaisarvioitu	43	4	3	3
	family or families or relatives or parents or siblings or caregiver and critical care nursing or intensive care nursing and icu psychosis or icu delirium	Englannin tai suomenkielinen, julkaistu korkeintaan kymmenen vuotta sitten, tutkimusartikkeli, vertaisarvioitu	15	1	1	1

Liite 1(3)

Pubmed	Delirium, family support, family experience	Englannin tai suomenkieleinen, julkaistu enintään kymmenen vuottastitten, tutkimus	6	0	0	0
			yhteensä 207	yhteensä 13	yhteensä 10	yhteensä 8

Liite 2(3)

Liite 2. Analysoitavat tutkimukset

Kirjoittaja(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, aineistonkeruu ja analyysimenetelmä	Osallistujat	Päätulokset	JB1
(1) Turner-Cobba ym 2016. Iso Britannia.	Tarkoituksena oli tutkia tehohoidossa olevan sukulaisen psykiologista koke- musta hoidosta.	Monimuoto menetelmä. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen sekoitus. Haastattelut ja standardoidut itseraporttikyselyt. Fenologinen analyysimenetelmä ja data-analyysi.	Sukulaiset (n=6)	Tutkimus osoitti, miten sukulaiset kokivat huolta, pelkoa, epävarmuutta, ahdistusta, vihaa ja turhautumista, kun sukulaiset olivat teho-ostolla.	9/9
(2) Smithburger ym. 2017. USA	Määrittää terveydenhuollon tarjoajien mielipiteen ja halukkuuden ottaa potilaiden perheet mukaan ei- farmakologisen deliriumin- ehkäisytoimiin tehohoitoyksikössä.	Laadullinen tutkimus. Kyselyillä ja haastatteluilla. Data-analyysi.	Sairaanhoitajia (n= 60), lääkäreitä (n= 58) ja perheenjäseniä (n=60)	Terveystenhuollon ammattilaiset pitivät tärkeänä deliriumin ehkäisyä sekä perheiden osallistaminen deliriumin ennaltaehkäisyssä. Henkilökunta olisi myös valmiita keskustelemaan perheen kanssa ehkäisyteknikoista. Perheet olisivat myös itse mielellään osallisina deliriumin ennaltaehkäisyssä.	9/9
(3) Smithburger ym. 2017. USA.	Saada käsitys potilaiden perheiden mielipiteitä aktiivisesta osal-	Laadullinen tutkimus. Kysely ja haastattelu. Data-analyysi.	Perheenjäseniä (n= 60)	Potilaan omaiset pitivät tärkeänä sitä, että he saavat olla mukana omaisensa hoidossa. He koki-	9/9

Liite 2(3)

	listumisesta deliriumin ehkäisyssä.			vat, että heidän läsnäolo toi turvaa ja tukea sekavalle potilaalle. Omaiset kokivat myös, että tarvitsivat lisää tietoa siitä, mitä he voivat ja saavat deliriumista kärsivän potilaan kanssa tehdä.	
(4) Bohart ym. 2019. Tanska.	Saada lisää tietoa omaisten näkökulmasta deliriumista tehohoidossa.	Laadullinen tutkimus. Semi-strukturoidut haastattelut. Systemaattinen tekstianalyysi.	Omaiset (n=11)	(1): Delirium ei ole päähuolenaihe. (2): Kommunikointi hoitavan henkilökunnan kanssa ratkaisevan tärkeää. (3): Delirium vaikuttaa omaisiin.	9/9
(5) Fiest ym. 2020.Kanada.	Arvioidaan, onko perheen käyttämistä työkaluista apua deliriumin diagnostiikassa.	Diagnostinen tarkkuustutkimus. Havainnointi. Data-analyysi.	Perheenjäseniä (n=147)	Perheiden antamalla arvionnila on merkitystä diagnostiikan kanssa. Potilaiden perheitä pitäisi sitouttaa enemmän hoitoon mukaan.	6/10
(6) Parsons Leigh ym. 2020. Kanada.	Etsiä potilaiden, omaisten ja terveydenhuollon palveluntarjoajien näkökulmia perhelähtöisten deliriumin havaitsemistyökalujen	Laadullinen tutkimus. Kohderyhmät. Deduktiivinen temaattinen analyysi.	Lääkärit (n=5), sairaanhoitajat (n=6), potilaat (n=4) ja omaiset (n=3).	Osallistuneet kokivat perheen osallisuuden deliriumin havaitsemiseen ja perheen tekemän vieritestauksen toteutettavissa olevaksi potilaan hoi-	9/9

Liite 2(3)

	käytöstä potilas- hoidossa.			don ja perheen- jäsenten selviytymi- sen kannalta.	
(7) Fergé ym. 2021. Ranska.	Tutkia PTSD:n ja siihen liittyvien tekijöiden esiinty- vyyttä 12-17- vuotiailla teho- hoitopotilaiden sukulaisilla.	Pitkittäinen prospektii- visen, havainnoin tut- kimus. Kyselylomak- keet. Tilastollinen analyysi.	Sukulaisia (n=46) Potilaita (n=32)	33 prosentilla osal- listuneista nuorista esiintyi ptsd:tä. Nuorille pitäisi an- taa enemmän tu- kea ja heille suun- nattuja tiedotusesit- teitä, kun sukulai- nen on teho-osas- tolla. Se alentaisi stressitekijöitä ja PTSD:tä.	
(8) Aghaie ym. 2021. Iran.	Tutkia koettua stressiä teho- osaston potilai- den perheissä.	Laadullinen tutkimus. Semi-strukturoidut haastattelut. Induktiivi- nen sisällönanalyysi.	Omaiset (n=23).	Tulokset voivat aut- taa teho-osaston hoitajia ymmärtä- mään paremmin omaisten stressiä potilaan tehohoidon aikana perhelähtöi- sen hoidon toteut- tamiseksi posttrau- maattista stressi- häiriötä ja tehohoi- don jälkeistä oi- reyhtymää ennalta- ehkäisevästi.	9/9

Liite 3(3)

Liite 3. Sisällönanalyysi

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	
Perheen osallistuminen hyödyksi	Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen mahdollistajat	Omainen osana deliriumin ehkäisyä	
Keskustelu deliriumista ja sen ehkäisystä			
Omaisten yksilöohjaus			
Tiedon puute	Deliriumin ehkäisyyn osallistumisen haasteet		
Deliriumin ehkäisystä ei puhuta			
Deliriumia ei pidetä vakavana			
Sairaanhoitajien haluttomuus omaisten osallistamiseen			
Tehohoitoon joutuminen aiheuttaa omaisessa psykologisia oireita	Omaisen tukemisen haasteet		Omaisen tukeminen
Tiedon puute			
Deliriumista ei puhuta			
Deliriumia ei pidetä vakavana			
Epäempaattinen kohtelu			
Läheisen emotionaalinen- ja käytännöllinen tuki	Tukemista helpottavat tekijät		
Yksilöohjaus			
Kommunikointi sairaanhoitajan kanssa			
Hoitoon osallistuminen			