

Teija Leppäkoski & Marja-Liisa Peurala

Vanhuuden sekavuuden syiden tunnistaminen akuutissa hoitoympäristössä

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja AMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Hoitotyö

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidtaja

Tekijä: Teija Leppäkoski ja Marja-Liisa Peurala

Työn nimi: Vanhuuden sekavuuden syiden tunnistaminen akuutissa hoitoympäristössä

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, lehtori, Tarja Knuutila, TtM, lehtori

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 46

Liitteiden lukumäärä: 4

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä tiedetään vanhuuden sekavuuden syistä ja niiden tunnistamisesta.

Tavoitteena oli saatujen tulosten perusteella laatia ohje vanhuuden sekavuuden syiden tunnistamiseksi. Ohjeen tarkoituksena on selventää, mistä vanhuuden sekavuuden syyt useimmiten johtuvat.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostui alan kirjallisuudesta sekä tieteellisistä julkaisuista ja artikkeleista. Lähteinä käytettiin pääasiassa suomalaisia, mutta myös muutamia englanninkielisiä lähteitä. Teoriaosaan kerättiin aiheeseen liittyvää tutkittua tietoa, joka rajattiin aikavälille 2004 – 2014.

Tutkimus toteutettiin käyttämällä sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä lähteitä. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällön analyysiä.

Avainsanat: vanhuus, sekavuus (delirium), toimintakyky, akuutti, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: Ähtäri

Degree programme: School of Health Care and Social Work

Specialisation: Registered Nurse

Author/s: Teija Leppäkoski and Marja-Liisa Peurala

Title of thesis: Identify the causes of confusion in the elderly in the acute care setting

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Senior Lecturer and Tarja Knuuttila, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2016

Number of pages: 46

Number of appendices: 4

Purpose of this study was to describe the literature review what is known about the reasons of old age confusion and their identification.

The aim was to prepare a guidance for identifying old age causes confusion on the basis of the results obtained. Help is intended to clarify the reasons for the senile confusion mostly caused.

The theoretical framework was established in the literature, as well as scientific publications and articles. Sources used are mainly Finnish, but also a few English-language sources. Some of the theory has been collected research data on the subject, which was limited to the time between 2004 to 2014.

Research was carried out both in Finnish and English sources. The thesis were carried out as a qualitative research method. The data were analyzed using content analysis.

Keywords: old age, mental confusion (delirium), ability to function, acute, nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstracts	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 VANHUUDEN TUOMAT MUUTOKSET	7
2.1 Fyysinen vanheneminen	7
2.2 Psyykinen vanheneminen	10
2.3 Emotionaalinen vanheneminen.....	11
2.4 Sosiaalinen vanheneminen	13
3 VANHUUDEN SEKAVUUS ELI DELIRIUM.....	15
3.1 Deliriumin alatyypit.....	16
3.2 Deliriumin diagnostiikka	16
3.3 Deliriumin hoito	17
3.4 Deliriumin ehkäisy	18
3.5 Deliriumin ennuste ja jatkohoito	18
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	20
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
5.1 Kirjallisuuskatsaus	21
5.2 Toiminnallinen opinnäytetyö	22
5.3 Opinnäytetyön tiedonhaku	23
5.4 Aineiston analysointi	25
5.5 Kirjallinen ohje.....	26
6 TULOKSET	29
6.1 Vanhuuden sekavuuden yleisimmät aiheuttajat	29
6.2 Keinot tunnistaa vanhuuden sekavuus	32
6.3 Vanhuuden sekavuuden tunnistamisen haasteet.....	34

7 POHDINTA.....	36
7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	36
7.2 Tulosten tarkastelu.....	38
7.3 Jatkotutkimushaasteet	40
LÄHTEET	41
LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Kuinka tunnistaa vanhuuden akuutin sekavuuden syy tai syyt?

Tilastokeskuksen laskelmien mukaan on elinajanodote Suomessa tällä hetkellä 80 vuotta. Vuonna 2030 sen arvioidaan nousevan 85 vuoteen. Väestön keski-ikä nousemalla on Suomessa yhä enemmän ikäihmisiä ja seniorkansalaisia. Lääketiede kehittyi huimaa vauhtia joka vuosi. Saamme uusia hoitomuotoja ja lääkkeitä, jotka vaikuttavat mm. syöpäsairauksien hoidon tehokkuuteen. Monet muutkin sairaudet ovat saamassa uusia tehokkaita hoitomuotoja. Näistä lääketieteen edistysaskelista johtuen voi ihmisen keskimääräinen elinikä nousta korkeammaksi kuin edellä mainittu 85 vuotta vuonna 2030. (Kaivo-oja, 2012.)

Kun ihmiset elävät yhä vanhemmiksi, lisääntyvät sairaudet ja niiden oireet. Sekavuus on iäkkäiden ihmisten tavallisimpia sairauten joutumisen syitä, jonka monisyisen etiologian selvittäminen tuntuu sekä lääkäriltä että hoitohenkilökunnasta usein hyvin hankalalta päivystyksen kiireessä. Sekavuus on aina akuutti hätätilanne, jossa nopea diagnostiikka ja oikea hoito voivat ratkaisevasti parantaa muuten huonoa ennustetta. (Pitkälä, 2013.)

Pitkälän (2013) mukaan moni delirium-potilas tulee mahdollisesti leimatuksi dementiapotilaaksi ja se on kohtalokasta heidän ennusteensa kannalta, jos perustauti jää hoitamatta. Mahdollisesti tästä syystä osa näistä vanhuksista joutuu pitkäaikaiseen laitoshoitoon.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata, mitkä ovat vanhuuden sekavuuden yleisimmät syyt. Tavoitteena oli luoda ohje, jossa eritellään yleisimmät sekavuuden syyt vanhuusiässä.

2 VANHUUDEN TUOMAT MUUTOKSET

Vanhus eli iäkäs henkilö, tarkoittaa ikääntyneeseen väestöön kuuluvaa henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän johdosta alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Toimintakyky ymmärretään seuraavasti: kyseessä voi olla fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky. Yleisesti ihmisen toimintakyky heikkenee ja palvelujen tarve kasvaa huomattavasti noin 80-85 ikävuoden vaiheilla, mutta esimerkiksi etenevä muistisairaus voi aiheuttaa runsaiden palvelujen tarvetta huomattavasti varhaisemmassakin iässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

2.1 Fyysinen vanheneminen

Fyysinen vanheneminen tarkoittaa elimistön toimintojen hidastumista. Se on väistämätöntä ja siksi se täytyisikin nähdä ihmisen luonnollisena osana. (Vallejo Medina ym. 2006, 22.) Fyysiset muutokset, jotka liittyvät ikääntymiseen, tapahtuvat melko hitaasti eivätkä ensisijaisesti johdu ulkoisista syistä. Muutokset ovat luonteeltaan palautumattomia, ne lisäävät haavoittuvuutta ja heikentävät elimistön puolustuskykyä erilaisissa stressitilanteissa, sekä johtavat elimistön toimintakyvyn lievään heikentymiseen. Muutoksista osa on helposti havaittavia ja rakenteellisia ja osa tulee ilmi vasta kriisitilanteissa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 47–48.) Tilvis ym. (2010, 20) painottavat, että vanhenemisilmiöitä tutkittaessa on tärkeä, ettei vanhenemisoireista tehtäisi sairauksia, koska sairauksilla ja vanhenemisilmiöillä on usein samankaltainen ilmiasu.

Ihmisen tärkein säätelyjärjestelmä on hermosto, minkä muutokset vaikuttavat koko kehoon. Vanhuksen elimistössä on havaittu muutoksia jokaisessa hermoston säätelyyn tapahtuvassa osassa. Vanhus kestää nuoria huonommin hapenpuutetta, fyysistä räsytystä, kuumuutta, kylmyyttä, vaikeita traumoja ja sairauksia. Yleisesti

voi sanoa, että kaikki vanhuksen autonomisen hermoston toiminta iän myötä vaimenee. (Vallejo Medina ym. 2006, 22.)

Vanhetessa lähes kaikki aistit rappeutuvat. Näössä tapahtuu heikkenemistä. Mykiö kovettuu, minkä seurauksena sekä lähi- että kaukonäkö huononee. Heikentyntä lähinäköä voidaan jonkin verran parantaa lisäämällä valaistusta. Valontarpeen lisääntyminen johtuu silmään pääsevän valon säätimen eli mustuaisen pienenemisestä sekä mykiön valonläpäisykyvyn huononemisesta. Silmäluomien iho, tukikudokset ja lihakset menettävät vanhetessa kimmoisuuttaan sekä kyynelnesteen erityis vähenee. Adaptoituminen hämärässä näkemiseen vaatii pidemmän ajan, myös värinäkö heikkenee. Lisäksi näköärsykkeiden käsittely hidastuu ja näkökenttä kaventuu iän myötä. (Vallejo Medina ym. 2006, 23.)

Vanhuksilla kuulon heikkeneminen on tavallista. Vanhuuden presbyakusia eli huonokuuloisuus johtuu aivoihin vievien hermoratojen ja sisäkorvan kuuloelimen rappeutumisesta. Myös melun aiheuttamat vauriot voivat olla syynä huonoon kuuloon. Sisäkorvan surkastumisesta johtuu, että vanhuksen on vaikea kuulla korkeita ääniä. 70-vuotiailla jopa puolet korvasoluista on surkastunut. Vanhuuden huonokuuloisuudelle on tyypillistä, että hänen on vaikea aistia äänen tulosuuntaa. Myös taustamelu heikentää kykyä kuulla puhetta. (Vallejo Medina ym. 2006, 23.)

Ikä rappeuttaa myös sisäkorvan tasapainoelintä, mikä johtaa siihen, että vanha ihminen kaatuu helposti. Tasapainoa kontrolloivat lisäksi näköaisti ja jalkapohjien ja lihasten tuntoaistit. Vanheneminen heikentää myös maku- ja hajuaistia. Erityisesti suolaisten ja makeiden aistiminen huononee. Syöminen saattaa yksipuolistua ja huonontua, koska iäkkäät eivät välttämättä nauti ruoasta kuten nuorempana. Se taas voi johtaa lievään elimistön kuivumistilaan, mikä entisestään heikentää maku- ja hajuaistia. (Vallejo Medina ym. 2006, 23–24.)

Ikääntyessä ihmisen luumassa alkaa vähetä ja on vaara sairastua osteoporoosiin eli luiden haurastumiseen. Murtumariski kasvaa vanhuksen sairastuttua osteoporoosiin. Ihminen lyhenee noin 2 cm kymmenessä vuodessa luisen rangan heikentyessä, lisäksi ryhti huononee. Myös lihasmassa vähenee, koska lihassyt vähenevät ikääntyessä. Varsinkin nopeat lihassolut vähenevät. Koska lihasten nope-

uskin heikkenee, vanhan ihmisen on vaikea korjata nopeasti asentoaan horjahtaessaan. (Vallejo Medina ym. 2006, 24.) Iän mukana nivelten liikkuvuus heikkenee ja nivelten rustokudos kuluu. Nivelrikon alttiutta lisäävät ruston vanhenemismuutokset. Nivelrikko haittaa eniten selkärangassa sekä lonkka – ja polvinivelissä. (Kelo ym. 2015, 16.)

Ruoansulatuskanavan rakenteen ja toiminnan muutokset kuuluvat ikääntymiseen. Lääkkeet, sairaudet ja mahdollinen tupakointi aiheuttavat suun limakalvojen kuivumisen. Ruokatorven motoriseen toimintaan tulee usein häiriöitä, mistä johtuu nielemisvaikeudet ja palan tunne kurkussa. Myös mahalaukku voi oireilla: mahalapot vähenevät ja mahan tyhjeneminen hidastuu. Lisäksi suolen toiminta hidastuu ja aiheuttaa ummetusta. (Vallejo Medina ym. 2006, 24.)

Sydämen suorituskyky heikkenee ja altistuu sydämen vajaatoiminnalle. Hapenotokyky huononee, koska sydämen minuuttivolyymi pienenee ja verisuoniston seinämät paksunevat. Hengitysilihaksisto heikkenee eivätkä keuhkot ole yhtä kimmoiset kuin ennen. Virtsarakon tilavuus pienenee eikä se veny enää entiseen tapaan, koska rakon seinämässä olevat side- ja lihaskudokset veltostuvat. Myös muutokset hermokudoksessa ja aivokuoressa heikentävät virtsaamisrefleksiä. Vanhuudessa heikkenevät myös monet aivolisäkkeen hormonitoiminnot, mutta jatkuvat riittävinä. Sukupuolihormonien tuotannon väheneminen näkyy ikääntyessä selvemmin, sillä se alkaa vähentyä jo 40 vuoden iässä. (Vallejo Medina ym. 2006, 24–25.)

Ihon muutokset johtuvat vanhenemisen lisäksi myös ympäristön stressitekijöistä, joita ovat mm. lämpötilan ja kosteuden muutokset, säteilyt, myrkyt, kemikaalit, tupakointi ja mekaaninen ärsytys. Iho menettää kimmoisuuttaan ja haurastuu sekä ihonalainen rasvakerros ohenee. Koska verenkierto hidastuu, haavat paranevat hitaasti, iho tulee kalpeaksi, ihon lämmönsäätely heikkenee ja hien erityis vähenee. (Vallejo Medina ym. 2006, 25.) Kelo ym. (2015, 24) mukaan iho tarvitsee säännöllistä rasvausta, koska ihon kosteus ja kimmoisuus vähenevät iän myötä. Ikääntyneelle tulee myös helposti säärihaavoja, joten ihonhoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota.

2.2 Psykkinen vanheneminen

Psykkinen vanheneminen on kypsymistä, kehittymistä tai muuttumista. Psykkinen vanheneminen ei ole rappeutumista, vaan kehitystä ja siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Muuttuneen ja rappeutuneen kehon synnyttämä suru on käytävä läpi, jotta voi hyväksyä vanhuuden luopumiset ja rajoitukset. (Vallejo Medina ym. 2006, 25–26.) Kaikki ikääntymisen aiheuttamat muutokset eivät ole kielteisiä, silti vanhempi väestö saattaa kokea ne sellaisiksi. Ikäihmisillä on mukautumista helpottavia voimavaroja; tietoa ja kokemusta sekä erilaisia minuuteen ja persoonallisuuteen liittyviä voimavaroja. Ikääntyneillä on kokemusta miten ovat aiemmin tilanteesta selvinneet ja heillä on usein myös laaja tukiverkosto. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 49–50.)

Persoonallisuus on vaikutelma tai kokonaiskuva, joka ihmisestä saadaan tutkimusten, kokemusten tai havaintojen perusteella. Ulospäin suuntautuneisuus (ekstroverttius) ja sosiaalisuus vähenevät vanhuudessa ja sisäänpäin kääntyvyys (introverttius) lisääntyy. Ulkomaailmasta eristäytyminen saattaa johtua muistakin syistä kuin vanhenemisestä. Se voi johtua huonosta kuulosta, virikkeiden puutteesta tai toimintakyvyttömyydestä. Iäkkään ihmisen reaktiot tapahtumiin ovat usein passiivisempia, hitaampia ja tynempiä kuin nuorten. (Vallejo Medina ym. 2006, 26.)

Jo syntyessään lapsella on sosiaalinen identiteetti. Identiteetillä tarkoitetaan kysymyksiä siitä, mihin minä kuulun ja kuka minä olen. Iäkkään ihmisen identiteetissä on keskeistä, mitä elämässä on saavutettu, ei niinkään nykyinen elämäntila. (Vallejo Medina ym. 2006, 26.)

Minäkuva pitää sisällään identiteettiä laajemman vastauksen kysymykseen, millainen olen. Keskeistä minäkuvassa on itsetuntemus eli millaiseksi ihminen tuntee itsensä. Minäkuva usein heikkenee vanhetessa ja ikäihmiset kokevat oman arvonsa vähentyneen. Työ voi aiheuttaa vanhenevalle ihmiselle huonommuuden tunteita, jos hän ei ole omaan työhönsä tyytyväinen. Myös luopuminen työstä voi aiheuttaa muutoksia minäkuvaan. Yksi suurimmista elämänmuutoksista onkin eläkkeelle jääminen. Se saattaa muuttaa itsearvostusta, sosiaalista vuorovaikutusta, talou-

dellista asemaa sekä laskea statusta. Eläkkeelle jääminen voi aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, koska työn mukana voi menettää tärkeitä ihmissuhteita eikä tunne olevansa enää tarpeellinen. Eläkeläisistä enemmistö on tyytyväisiä, jopa tyytyväisempiä kuin ollessaan työssä, siihen tietenkin vaikuttaa myös terveys ja taloudellinen tilanne. (Vallejo Medina ym. 2006, 26–27.)

Joustava ja kiteytynyt älykkyys esitetään älykkyyden lajeiksi. Tiedonkäsittely hidastuu ja ongelmanratkaisukyky heikkenee iän myötä, joten joustava äly on nuorilla huipussaan ja vanhoilla jokseenkin heikentynyt. Suoriutuminen normaalista arjesta säilyy kuitenkin noin 80–85 -vuotiaaksi, ellei keskushermostossa tapahdu patologisia muutoksia. Kiteytynyt älykkyys on olevassa oleva tietoperusta ja sen soveltamista ja tätä mittaavista tehtävistä iäkkäät selviytyvät hyvin. Myös nimitystä viisautta voidaan käyttää tästä älykkyyden lajista. Viisauden tunnusmerkeiksi laskeetaan runsas tieto ja elämän pulmien ratkaisu, joka saavuttaa huipunsa vanhuudessa. (Vallejo Medina ym. 2006, 27–28.)

Vanhenevan muistissa tapahtuu muutoksia, joista osa on kielteisiä ja osa myönteisiä. Muisti voi heiketä jonkin verran vanhetessa, mutta monet kyvyt, kuten looginen päättely ja oppimiskyky eivät huonone iän myötä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 51.) Vaikeat muistiongelmat ovat vamman tai sairauden aiheuttamia. Tutkimusten mukaan vanhojen pitää nähdä enemmän vaivaa tiedon mieleen painamisessa, sekä sen palauttamisessa. (Vallejo Medina ym. 2006, 29.)

2.3 Emotionaalinen vanheneminen

Vanhenemisen tutkimuksessa kokemuksellisuudella ja tunteilla on oma tunnustettu osansa. On oltu kiinnostuneita esimerkiksi onnellisuudesta, tyytyväisyydestä, masentuneisuudesta ja yksinäisyyden kokemisesta. On kehitelty mittareita, joiden avulla on selvitetty muun muassa edellä mainittuja tuntemuksia ja niiden yhteyksiä muihin vanhenemisilmiöihin. (Jyrkämä, 2007.)

Selvästi vähemmän on tutkimuksia, joissa vanhojen ihmisten kokemusta ja tunteita on tutkittu osana vanhenemisen mukanaan tuomia sosiaalisia tilanteita ja arenoi-

ta. Tällainen tutkimus liittyy emootioiden tutkimuksen myös kysymykseen toimijuudesta, jolloin erityisesti korostuu vanhenemisen ja sen ilmiöiden kontekstuaalisuus, toisin sanoen tilanne-, aika- ja paikkasidonnaisuus. Onkin kysyttävä, voisiko toimijuusnäkökulman yhdistäminen sosiologisiin pohdintoihin tunteista lisätä uudenlaisia aineksia vanhuuden arkitilanteiden ymmärtämiselle. (Jyrkämä 2007.)

Edelleen Jyrkämän (2007) mukaan tunteiden tutkimus ei sosiaaligerontologiassa ole ollut suuren kiinnostuksen kohteena. Tunteita on tutkittu selvästi enemmän psykogerontologian ja toisaalta vanhenemiseen kohdistuneen hoitotieteen alueella. Tilanteelle on kuvaavaa, että haettaessa tietoa verkosta – Googlessa sanat emotions ja social gerontology – lähimmät tunnistettavat viittaukset kohdistuvat Laura Carstenseniin ja hänen sosioemotionaaliseen valintateoriaansa, joka kuuluu enemmänkin psyko- kuin sosiaaligerontologian puolelle. Samaa asiantilaa osoittaa, että esimerkiksi viimeisimmän sosiaaligerontologian käsikirjan (ks. Binstock ja George 2006) viitesanastosta ei löydy termiä tunteet (emotions). Tunteet ovat kuitenkin olennainen osa elämää, vuorovaikutus- ja yhteisösuhteita ja siten myös vanhenemista ja edelleen sosiaaligerontologiaa.

Vanhusta ja koko hänen identiteettinsä perustaa koskettavat syvästi läheisten ihmissuhteiden, autonomian, kodin, kenties kotiseudun menetykset ja taloudelliset muutokset. Vanhus joutuu luopumaan ainakin osittain siitä, mikä aiemmin tuotti mielihyvää ja turvallisuutta, ja etsimään näille tunteille uusia lähteitä. Erilaisten menetysten myötä hän joutuu luopumaan myös omista tavoistaan ja tottumuksistaan, laitokseen muuttaessaan myös elämänsä arjesta. (Siltala 2013, 82.)

Vanhuuden merkittäviksi kehitystehtäviksi on kuvattu menetysten kohtaaminen, uusien kestävien ihmissuhteiden muodostaminen, aktiivisuuden säilyttäminen fyysisestä heikkenemisestä huolimatta, elämän rajallisuuden tiedostaminen, oman elämänsä näkeminen perheen, yhteisön ja inhimillisen olemassaolon kokonaisuutena. Lisäksi vanhuusiässä kehitykseltä odotetaan persoonallisuuden integraatiota sekä kuolemaan valmistautumista. Keskeisenä on pidetty ikääntyvän yksilön riittävän jatkuvuuden tunteen säilymistä suhteessa omaan minään sekä elettyyn ja vielä elämättömään elämään. (Lyytinen, Korhonen & Lyttinen 1998, 402.)

2.4 Sosiaalinen vanheneminen

Fyysinen ja sosiokulttuurinen ympäristö vaikuttaa ihmisten sosiaalis-taloudelliseen asemaan, sosiaalisiin suhteisiin, käyttäytymiseen ja psykologisiin ominaisuuksiin, jotka edelleen erilaisia biologisia reittejä pitkin vaikuttavat elinajan, terveyden ja toimintakyvyn kehitykseen iän mukana. Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että ihmisen sosiaalinen verkosto vaikuttaa moniin terveyden osa-alueisiin elämäntavan riskitekijöistä sairastumisriskien kautta kuolleisuusriskeihin. Sosiaaliset suhteet säilyvät merkittävinä sairauksien ja kuolleisuuden riskitekijöinä, vaikka terveyskäyttäytymisten erot otettaisiin huomioon. Hyvän sosiaalisen integraation yhteys matalaan kuolleisuuteen on osoitettu myös vanhoissa ikäryhmissä. Myös sairastavuuden ja sosiaalisten suhteiden välillä on havaittu yhteyksiä varsinkin sydän- ja verisuonitautien suhteen: henkilöt joilla on enemmän sosiaalisia suhteita, kärsivät vähemmän mm. sydäninfarkteista ja heillä on vähemmän aivohalvauksia. Myös fyysisiä toiminnanvajauksia ja kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemistä on raportoitu vähemmän niillä henkilöillä, joilla on hyvä sosiaalinen verkosto. (Heikkinen 2008, 335–336, teoksessa Heikkinen & Rantanen 2008.)

Heikkinen (2008, 335–336.) toteaa edelleen, että käsitykset vanhenemisestä ja ihmisten omat kokemukset iästään ja vanhenemisestaan rakentuvat myös yhteisöjen sosiaalisissa prosesseissa. Arvio vanhuuden alkamisiästä on noussut suhteessa elinajan odotteen pidentymiseen. Myös uusien ikäkategorioiden synty osoittaa, että vanhenemistä koskevat käsitykset muuttuvat periodista toiseen. Toisaalta vanhuuteen kohdistuu myös ikäsortoa ja virheellisiä käsityksiä iäkkäiden ihmisten ominaisuuksista. Nämä tekijät voivat alentaa itsetuntoa ja heikentää motivaatiota omien kykyjen kehittämiseen ja käyttämiseen. Myös yhteiskunnan eräät kehityssuunnat kuten yhteisöllisyyden väheneminen ja yksilön oman vastuun korostaminen, yksin asumisen yleistyminen, muuttoliikkeiden aiheuttama sukupolvien välisen asuinetäisyyden kasvaminen ja yhteiskunnan teknistyminen voivat vaikeuttaa iäkkäiden ihmisten elämää entisestään ja ”vanhentaa” heitä. Tästä näkökulmasta katsoen voidaan sanoa, että vanhuus on biologinen mutta myös suuressa määrin sosiaalinen konstruktio.

Sosiaalisen pääoman ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä on selvitetty monissa tutkimuksissa. Sosiaalinen pääoma näyttäisi edistävän mielenterveyttä. Koska suurin osa tutkimuksista perustuu haastatteluihin, subjektiiviseen kokemukseen ja poikkileikkausasetelmaan, vaikutussuunnasta on vaikea saada varmuutta. Mielenterveyttä on arvioitu psykiatrisina diagnooseina vain muutamissa tutkimuksissa, ja etenkin vanhojen ihmisten osalta tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. Kaikkein vanhimmissakin ikäluokissa sosiaalisesta osallistumisesta ja kokoontumisesta näyttää olevan terveyshyötyä. Seuruututkimukset osoittavat, että sosiaalisesti aktiiviset henkilöt säilyttävät mielenterveytensä merkitsevästi paremmin kuin passiiviset, kun taas keskinäisellä luottamuksella ja hyvillä naapuruussuhteilla ei näyttäisi olevan vaikutusta mielialaan. (Hyypä 2008, 535–536, teoksessa Heikkinen & Rantanen 2008.)

Hyypän (2008, 535–536) mukaan sosiaalisen osallistumisen ja yhteisten harrastusten liittymistä kognitiiviseen kyvykkyyteen ja dementoitumiseen on tutkittu. Koska tutkimukset ovat kohdistuneet ikääntyneisiin henkilöihin, mitään varmaa vaikutuksen suunnasta ei voida sanoa. Seuruututkimuksista vahvistuu kuitenkin käsitys, että muiden kanssa tapahtuva harrastaminen ja puuhailu liittyvät henkiseen kyvykkyyteen, mutta vain yhdessä tutkimuksessa on selvitetty keski-ikäisten kognitiivisen kyvykkyyden suhdetta myöhemmässä iässä mitattuun henkiseen toimintakykyyn. Tämä tutkimus tuki näkemystä, jonka mukaan sosiaalinen osallistuminen ja yhdessä puuhaaminen estävät tai viivästyttävät henkisten voimien hiipumista.

3 VANHUUDEN SEKAVUUS ELI DELIRIUM

Delirium eli vanhuksen sekavuus määritellään tarkkaavaisuuden häiriöksi. Se on elimellisten tekijöiden aiheuttama kokonaisvaltainen aivotoiminnan häiriötila. Deliriumissa ovat vaurioituneet aivojen yleistä vireystilaa säätelevät hermojärjestelmät. Deliriumin keskeisenä mekanismina pidetään hermojärjestelmien toiminnan häiriötä, mikä säätelee aivojen yleistä vireystilaa. Deliriumissa esiintyy paikallisia häiriötä vireyden säätelyn kannalta tärkeillä aivoalueilla sekä yleisluonteisia muutoksia hermoverkostojen toiminnassa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 68.)

Delirium alkaa aina äkillisesti ja eri vuorokauden aikoina oireiden voimakkuus voi vaihdella. (Tilvis ym. 2010, 373). Deliriumin oireita ovat tajunnantason häiriö, tarkkaavaisuuden häiriö, uni- valverytmin häiriö, ajattelun ja muistin häiriö, puheen häiriö, havainnoinnin häiriö, motoriikan häiriö, tunne-elämän häiriö ja oireiston flukтуаatio eli oireiden voimakkuuden tai terveydentilan vaihtelu ja aaltoilu. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 6; Laurila 2008.) Myös orientaation (ajan ja paikan) häiriö, sekava puhe, levottomuus, vapina, sydämen nopealyöntisyys, hikoilu ja mielialan vaihtelut kuuluvat deliriumin oireisiin (Hartikainen & Lönnroos 2008, 68). Deliriumia edeltävät yleensä parin päivän ajan kestävät prodromaalioireet. Unihäiriöt, levottomuus ja ahdistuneisuus ovat näistä tyypillisimpiä (Tilvis ym. 2010, 373.)

Yksi lääketieteen vanhimmista termeistä on delirium (de lira = pois raiteilta). Ensimmäiset maininnat siitä löytyivät jo ajalta eKr, mutta vuosituhansien kuluessa oireyhtymän määrittely on ollut sattumanvaraista ja sekavaa. Lääketieteellisessä kirjallisuudessa sekavuustila on toistuvasti sekoitettu dementoiviin sairauksiin. Vasta vuonna 1984 ensi kerran deliriumille esitettiin selkeät diagnostiset kriteerit. Vanhuuden sekavuustiloista valtaosa jää tunnistamatta ja huomioimatta, koska delirium on useiden erillisten löydösten ja oireiden yhdistelmä. Deliriumin tunnistamista helpottaa CAM-testin (confusion assessment method) käyttö (Tilvis ym. 2010, 373–374.)

3.1 Deliriumin alatyypit

Deliriumpotilaat voidaan oirekuvan perusteella luokitella erilaisiin ryhmiin. Tavallisesti delirium jaetaan kolmeen alatyyppeihin jotka eroavat toisistaan oireistoltaan: hyperaktiiviseen, hypoaktiiviseen ja sekamuotoiseen deliriumiin (Tilvis ym. 2010, 375.)

Hyperaktiivisessa muodossa vanhus on levoton, psykomotoriikaltaan kiihtynyt ja hallusinoiva. Potilas saattaa vastustaa hoitotoimenpiteitä, repiä irti suonikanyylin-sä, virtsakatetrinsa ja nenämahaletkunsä sekä riisua vaatteensa. Vanhus saattaa jopa nousta laidan yli vuoteestaan osaston käytävälle huhuilemaan kotiin jääneitä omaisiaan. Usein tähän deliriumin muotoon liittyy paranoidisia uhkaamis- tai myrkyttämispelkoja sekä täydellinen sairaudentunnottomuus. Näissä tilanteissa tulee punnituksi henkilökunnan kärsivällisyys ja ammattitaito. (Laurila 2005, 4752.)

Hypoaktiivisessa eli hiljaisessa deliriumin muodossa tyypillistä on hidas puhe ja syrjäänvetäytyminen (Vallejo Medina ym. 2006, 98). Potilas on psykomotorisesti kaikin tavoin hidastunut, hän on jähmeä ja nukkuu paljon. Hän saattaa nukahtaa kesken ruokailun tai haastattelun, eikä pysty virkistäytymään täyteen virkeystilaan herätettynäkään. Pidemmän haastattelun aikana vanhus on täysin orientoitumaton ja kerronta sekavaa. Hypoaktiivinen delirium sekoitetaan usein dementiaan kuuluvaksi oireistoksi. Joidenkin tutkimusten mukaan hypoaktiivinen delirium on ennusteeltaan huonompi kuin hyperaktiivinen muoto. (Laurila 2005, 4752; Tilvis ym. 2010, 375.)

Sekamuotoisessa deliriumissa vaihtelevat sekä hypo – että hyperaktiivisen deliriumin oireet. Seuranta-ajan aikana oireet voivat vaihdella arvaamattomasti (Tilvis ym. 2010, 375.)

3.2 Deliriumin diagnostiikka

Kaikkein iäkkäämmässä väestössä delirium on niin yleinen, että vanhuksella todettua äkillistä sekavuustilaa on pidettävä deliriumina, kunnes toisin todistetaan (Tilvis ym. 2010, 379).

Diagnostiikan kulmakivenä on hyvä haastattelu, mutta potilas harvoin kykenee sitä antamaan. Hoitajalta tai omaiselta tulee selvittää potilaan sen hetkiset oireet, käyttäytymisen muutosten kuvaaminen, aiemmat sairaudet ja niiden oireet, käytössä oleva lääkitys ja siihen tehdyt muutokset (Tilvis ym. 2010, 379.)

Mikäli diagnoosi jää epäselväksi esitutkimusten jälkeen, saadaan lisävalaistusta kuvantamis – ja laboratoriotutkimuksista. Tutkimuksia, joita kannattaa ottaa epäiläessä deliriumia, ovat pieni verenkuvaa, elektrolyytit, sydänentsyymit, keuhkojen röntgentutkimus, virtsan sedimenttikoe, munuaisten toiminta, elektrokardiografia ja tulehdusparametrit (Tilvis ym. 2010, 379.)

3.3 Deliriumin hoito

Deliriumin hoito jaetaan laukaisevien tekijöiden hoitoon, yleishoitoon, komplikaatioiden estoon ja oireiden hillintään. Hoidon kannalta tärkeää olisi viipymättä tunnistaa ja hoitaa deliriumille altistavat ja laukaisevat tekijät. Deliriumin voi laukaista esimerkiksi lonkkamurtuma, sen hoitaminen viipymättä on potilaan toipumisen kannalta kaikkein keskeisintä (Tilvis ym. 2010, 381.)

Perustarpeista huolehtiminen kuuluu deliriumpotilaan yleishoitoon. Kehon lämpötila, verenpaine, hapetus ja muut vitaalitoiminnot tulee varmistaa. On huolehdittava myös riittävästä kivun hoidosta, nesteytyksestä ja ravitsemuksesta, suun ja hampaiden hoidosta sekä virtsaamisesta ja ulostamisesta. Tiiviin seurannan sekä somaattisen tilan hyvän hoidon lisäksi on tärkeää hoitaa myös levottomuutta, ahdistuneisuutta ja psykoosioireita, jotka liittyvät usein sekavuustilaan. Hankalien oireiden hoitoon tarvitaan lääkkeitä, mutta lääkkeettömät hoidot ovat aina ensisijaisia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 74.)

Sekavuuden oireita hillitään potilaan ja hänen ympäristönsä rauhoittamisella, läheisyydellä ja orientaation ylläpitämisellä. Selkeät rutiinit, rauhallinen ja ystävällinen puhe sekä asioiden toisto luovat sekavalle potilaalle turvallisuutta (Tilvis ym. 2010, 382.) Sekavuutta hillitsee myös tasokas hoitotyö ja varmistuminen siitä, että vanhuksen hoitoympäristö tukee hänen toimintakykyään. Vanhuksen täytyy saada

myös selkoa hoito – ja elämysympäristöstä laittamalla hänelle tarvittaessa silmälasit ja kuulolaite. (Vallejo Medina ym. 2006, 99.)

3.4 Deliriumin ehkäisy

Deliriumin ennaltaehkäisyyn tehokkuudesta on saatu huomattavasti deliriumin hoidon tehokkuutta parempi näyttö. Tehokkaimmat ennalta ehkäisevät toiminnot kuten potilaan kokonaisvaltainen tilannearvio ja sen perusteella annettu hoito (kivun hoito, tehokas nesteytys ja ravitsemus, kuulo- ja näköapuvälineiden käyttö, unen rauhoittaminen ja orientaation ylläpito) vähentävät jopa 40 % sekavuustilan ilmaantumista iäkkäillä potilailla. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 75–76; Tilvis ym. 2010, 384.)

Ennakoiva hoito myös lieventää sekavuustilan vaikeusastetta ja toipuminen nopeutuu. Etenkin dementiaa sairastavilla vanhuksilla alkavan sekavuustilan välitön diagnosointi ja hoito sekä tietoisuus suurentuneesta sekavuusriskistä äkillisen sairauden yhteydessä vähentävät sekavuustilan kestoa ja vaikeusastetta. On myös tärkeää välttää sekavuustilalle altistavien lääkkeiden käyttöä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 76.)

On tutkittu, että vanhuksilla joilla on suuri vaara sekavuustilan puhkeamiselle, deliriumin ilmaantumista voidaan estää aloittamalla pieniannoksinen antipsykootti. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 76).

3.5 Deliriumin ennuste ja jatkoahoito

Hoitamattomana deliriumin ennuste on huono. Toipuminen on hidasta ja siksi delirium yleensä kaksinkertaistaa sairaalapäivien määrän. Ennuste riippuu pitkälti deliriumin laukaisevasta sairaudesta sekä potilaan terveydentilasta. Alkamisen jälkeen hidasta toipumista tapahtuu vielä jopa 6 kk:n kuluttua. (Tilvis ym. 2010, 385.)

Delirium on merkittävä myöhemmin alkavan muistisairauden riskitekijä. On arveltu, että vielä diagnosoimattomissa oleva dementia näkyy vahvassa stressitilassa kasvaneena alttiutena deliriumin synnylle (Tilvis ym. 2010, 385.)

Deliriumin akuuttivaiheessa ei laajempia muistitestauksia kannata tehdä, sillä muistisairautta ei voi diagnosoida akuutin deliriumin aikana. Akuuttioireiden väistyttyä iäkäs deliriumpotilas tulee lähettää tarkempiin muistitutkimuksiin ja valvontaan esimerkiksi muistipoliklinikalle. Tehokkaan seurannan ansiosta dementia tunnustetaan aikaisin ja mahdollistetaan myös varhaisen hoidon aloitus. Laajemmat muistitestaukset (esimerkiksi CERAD-testi) tai muut muistitutkimukset on hyvä tehdä vasta 3-6 kuukauden kuluttua sekavuustilasta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 77.)

Jo sairaalajakson aikana on hyvä tarkistaa ja seurata deliriumpotilaan lääkityksen sopivuutta. Usein kotonakin joudutaan jatkamaan lyhyen aikaa unilääkkeen tai pienen antipsykootti-annoksen käyttöä. Oireiden huolellinen seuranta ja kirjaaminen ovat tarpeellisia myös kotihoidossa. Potilaan kotiutuksesta viimeistään kahden viikon kuluttua arvioidaan lääkityksen jatkotarve. Seurantakäynnillä on hyvä arvioida potilaan kokonaistilanne, mahdolliset sekavuustilan pitkäkestoiset oireet, kuntoutuksen tarve ja mahdollisten kotihoidon tukitoimien riittävyys. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 77–78.)

Sekavuus voi nostaa myöhemmin esiin hyvinkin kipeitä ja vaikeita asioita. Potilaan muistikuvat sekavuustilasta ovat usein puutteellisia ja harhamaailman värittämiä. Ne vaihtelevat usein pelon, ahdistuksen ja toivottomuuden välillä ja häpeän tunne on usein suuri toipumisen jälkeen. On tärkeää antaa vanhukselle mahdollisuus käsitellä ja purkaa kokemusta. Deliriumkokemus saattaa olla vanhukselle niin raskas, että seurauksena syntynyt posttraumaattinen stressireaktio voi vaatia jopa asianmukaista kriisiterapiaa. (Vallejo Medina ym. 2006, 100; Tilvis ym. 2010, 385.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata, mitkä ovat vanhuuden sekavuuden yleisimmät syyt akuutissa hoitoympäristössä. Tavoitteena oli saatujen tulosten perusteella laatia ohje vanhuuden sekavuuden syiden tunnistamiseksi. Ohjeen tarkoituksena on selventää, mistä äkilliset vanhuuden sekavuuden syyt useimmiten johtuvat. Ohjetta voidaan hyödyntää yleisesti vanhusten hoitotyössä. Tavoitteena oli myös oma ammatillinen kehittyminen vanhusten hoitotyössä.

Tutkimuksen kohteena olivat kaikenikäiset vanhukset. Tutkimus rajattiin noin kymmenen vuotta taaksepäin, vuosille 2004 – 2014. Tutkimus toteutettiin käyttämällä sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä lähteitä; tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitkä tekijät aiheuttavat vanhuuden sekavuutta?
2. Millä keinoin hoitohenkilökunta tunnistaa vanhuuden sekavuuden?
3. Mikä tekee vanhuuden sekavuuden tunnistamisesta haastavan?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Hoitotieteellisten järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten määrät ovat kasvaneet voimakkaasti 1990-luvulta alkaen. Järjestelmällisessä katsauksessa pyritään toistettavuuteen ja vähentämään katsaukseen liittyvän harhan riskiä. Ennen katsaukseen ryhtymistä laaditaan tutkimussuunnitelma, jossa määritellään kriteerit katsaukseen hyväksyttävälle alkupe- räisartikkeleille. Kuvataan mahdollisimman kattavan kirjallisuushaun teko, katsaukseen hyväksytyjen tutkimustenmenetelmällisen laadun arviointi sekä suunnitelma informaation yhdistämisestä. Kirjallisuushaun tulee pohjautua tutkimuskysymyksiin. Järjestelmällisistä kirjallisuuskatsauksista hyötyvät kaikki vaikuttavuudesta kiinnostuneet. (Malmivaara 2008, 273–278.)

Mistä kirjallisuuskatsauksessa on perimmiltään kysymys? Yleisen luonnehdinnan mukaan kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Sen avulla tehdään 'tutkimusta tutkimuksesta', eli kootaan tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011,10.) Koska opinnäytetyön tavoitteena oli ohjeen laatiminen, on kyseessä toiminnallinen opinnäytetyö.

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on artikkeli, esitelmäpaperi tai tutkielman osa, jossa käydään analyttisesti läpi tiettyyn aihepiiriin kuuluvat aikaisemmat tutkimukset. Kirjallisuuskatsauksen kirjoittaja arvioi, vertailee, luokittelee ja kommentoi aikaisempaa tutkimusta (aikaisemman tutkimuksen keskeisimmät väittämät) sekä suhteuttaa sitä omaan tutkimukseensa. Kirjallisuuskatsaus ei ole muusta tutkimuksesta erillinen monotoninen referaatti tai luettelo! (Turun yliopisto.)

Kirjallisuuskatsauksia tehdään monesta syystä. Kirjallisuuskatsauksen avulla esitellään oman tutkimuksen lukijoille aikaisempi tutkimus, sen käsittely ja tutkimusongelmat, jotta uutta tutkimusta suhteessa aikaisempaan voi arvioida. Kirjallisuuskatsaus toimii apuvälineenä omalle tutkimustoiminnalle. Katsaus on välttämätön, jotta tutkija pystyy perustelemaan oman näkökulmansa. On turha tehdä tutkimusta, jos

samanlainen tutkimus on tehty jo aiemmin. Kirjallisuuskatsauksen avulla tutkija voi löytää hyviä lähtökohtia omaan tutkimukseensa - olipa kyse sitten teoreettisista, metodisista tai käsitteellisistä valinnoista tai lähdevalinnoista. (Turun yliopisto.)

Opinnäytetyössä tarkasteltiin aihetta ”Vanhuuden sekavuuden syiden tunnistaminen” hoitotyön näkökulmasta.

5.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tarkoituksena on tuottaa aina jokin konkreettinen tuote, kuten esite tai ohje. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä on yksi yhteinen piirre: visuaalisin ja viestinnällisin keinoin pyritään muodostamaan kokonaisuus, mistä voi tunnistaa tavoitellut päämäärät. Painotuotetta tehdessä suurin osa pohdittavista asioista liittyy siihen, minkälaisia mielikuvia esitteellä halutaan kohde-ryhmälle viestittää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 52–53.)

Jokaisessa opinnäytetyössä hyvä aihevalinta on tärkeässä osassa. Hyvä aihe tukee koulutusohjelman päämääriä sekä ammatillista kasvua. (Vilkkä ym. 2003, 16–17.) Opinnäytetyömme on kaksiosainen, se koostuu kirjallisuuskatsauksesta sekä toiminnallisesta osuudesta eli esitteestä. Kuten Vilkkä & Airaksinen (2003, 9) esittävät, toiminnallisen opinnäytetyön mallissa yhdistyvät sekä käytännön toteutus, kuten ohjeen teko sekä kirjallinen raportti.

Toiminnallisen opinnäytetyön raporttiosassa tulee näkyä tiettyjä ominaisuuksia. Näitä ovat mm. lähteiden asiallinen käyttö sekä lähdekritiikki, käsitteiden ja termien määrittely sekä ratkaisujen asiallinen perustelu eli argumentointi. Lisäksi persoonallisuus- ja aikamuotojen tarkoituksenmukaiseen valintaan tulee kiinnittää huomiota sekä huomioida tiedon varmuuden asteen oikeanlainen ilmaisu. (Vilkkä ym. 2003, 101–102.) Laadittu ohje perustuu vanhuksen sekavuuden syiden näyttöön perustuvista tutkimuksista.

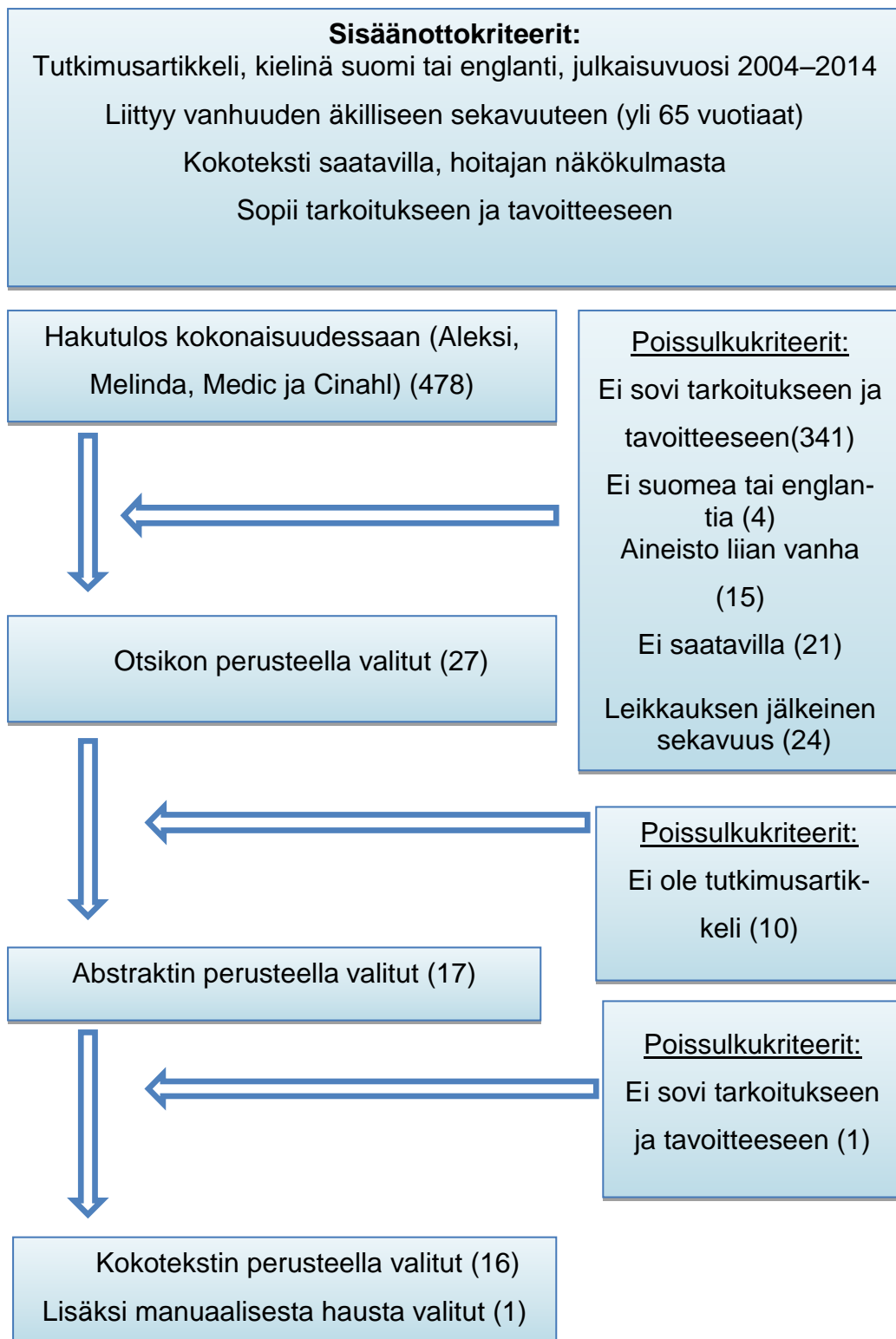
5.3 Opinnäytetyön tiedonhaku

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia sovelletulla systemaattisella tiedonhaulla. Aineiston keräämisessä käytettiin erilaisia kirjallisuustietokantoja, kuten Melinda ja Cinahl sekä artikkelitietokantoja, kuten Aleks ja Medic. Nelli tiedonhakuportaali oli varsinkin ulkomaisten artikkelien etsinnässä käytössä. Lisäksi tiedonhaakuun käytettiin erilaisia verkkolähteitä, hakukone Google sekä manuaalista hakua. Manuaalisesti käytiin läpi yliopistojen hoitotieteen laitosten väitöskirjat ja tutkielmat, sekä Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyölehtien julkaisuja. Aineistosta etsittiin aiheeseen sopivimmat tutkimukset. (Liite 1) Artikkeleita ja tutkimuksia käsiteltiin sisällönanalyysin avulla.

Aineistoa seuloessa käytiin läpi otsikot, tiivistelmät, tutkimusmenetelmät ja tutkimusten tulokset. Otsikon perusteella valittiin 27 tutkimusta, abstraktin perusteella 17 ja näiden sisäänottokriteereinä olivat tutkimuskysymyksiin löytyvät vastaukset. Tämän perusteella valittiin kirjallisuuskatsaukseen 17 tutkimusta. Suurin osa valituista tutkimuksista oli englanninkielisiä.

Tutkimusten sisäänottokriteerit olivat: kielenä suomi tai englanti, täytyi olla tutkimusartikkeli, julkaisuvuosi 2004–2014, liittyy vanhuuden äkilliseen sekavuuteen, yli 65-vuotiaat, kokoteksti saatavilla, hoitajan näkökulmasta sekä sopii tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Tutkimusten poissulkukriteerit olivat: ei sovi tarkoitukseen ja tavoitteeseen, ei saatavilla, ei suomea tai englantia, artikkeli liian vanha sekä leikkauksesta johtuva sekavuus. (Kuvio 1.)

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat olivat: vanhuus ja sekavuus, vanhuus, sekavuus, sekavuusoireyhtymä, delirium, confusion or delirium. Tiedonhaussa hakusanoja katkaistiin tarvittaessa laajempien hakutulosten saavuttamiseksi. Tiedonhaku suoritettiin sekä yksin että pareittain, se olikin yksi aikaa vievimmistä opinnäytetyön prosesseista.



Kuvio 1. Sisäänottokriteerit

5.4 Aineiston analysointi

Analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista eli laadullista sisällönanalyysiä, koska se vastaa tutkimuskysymyksiin, sopii tarkasti määriteltyjen tutkimuskysymysten selvittämiseen sekä on systemaattinen, tiettyjen vaiheiden mukaan etenevä tekstiin pohjautuva, aineistoa luokitteleva lähestymistapa.

Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin ohje, jonka tarkoituksena on tuoda selkeästi esiin syitä, joista iäkkään henkilön sekavuus saattaa johtua. (Liite 4)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Laadullisella informaatiolla tarkoitetaan verbaalissa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten raportteja ja artikkeleita. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003, 23, teoksessa Janhonen & Nikkonen 2003.)

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 23) mukaan sisällönanalyysissä on olennaista se, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla sellaisia, että ne sulkevat pois toisensa ja ovat yksiselitteisiä. Empiirisyyden haaste liittyy siis käsitteiden perustelemiseen sekä käsitteellisesti että empiirisesti. Tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella, toisin sanoen ne merkitsevät samaa asiaa. Sisällönanalyysi on enemmän kuin pelkkä tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaista kuvausta aineistosta. Sisällönanalyysissä on kyseessä seuraavat aineistossa ilmenevät merkitykset (meanings), tarkoitukset ja aikomukset (intentions), seuraukset (consequences) sekä yhteydet (context).

Edelleen Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 23) mukaan sisällönanalyysiprosessin eteneminen jaetaan seuraaviin vaiheisiin: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Liite 2)

Aineiston pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset, pelkistetyt ilmaisut, kirjataan aineiston termein. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. Aineiston ryhmitteilyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan kootulle luokalle sen sisältöä kuvaava nimi. Seuraava eli kolmas vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on aineiston abstrahointi. Aineiston abstrahointivaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia, saadaan yläluokkia, jotka taas jakautuvat alaluokiksi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24- 29.)

5.5 Kirjallinen ohje

Ymmärrettävästä ja selkeästä kirjallisesta ohjeesta käy ilmi sen tarkoitus, kohde-ryhmä sekä mitä ohjeella halutaan lukijalle kertoa. Hyvä ohje on ajantasainen, luotettava ja vastaa täsmällisiin kysymyksiin. Kielen täytyy olla selkeää ja helppolu-kuista sekä sanojen ja termien konkreettisia, tuttuja ja yksiselitteisiä. Jotta tietoa ei tule liikaa, asian tulee olla esitteessä lyhyesti ja ytimekkäästi; lyhyt ohje tulee luet-tua todennäköisemmin kuin pitkä. Lisäksi ohjeesta tulisi ilmetä kenelle se on suunnattu ja mikä on sen tarkoitus. (Kuvio 2) Ohjetta laadittaessa kirjasintyyppin täytyy olla riittävän suuri ja helposti luettava. Lihavoinnilla voi painottaa ohjeen keskeisiä sisältöjä, kuten otsikoita ja väliotsikoita. Pääotsikko ilmaisee, mitä ohje käsittelee ja väliotsikot millaisista asioista teksti rakentuu. Ohjeen huomionarvoa voi lisätä väreillä. Myös ohjeen koolla ja ulkoasulla on merkitystä. (Kyngäs ym. 2007, 126–127; Eloranta & Virkki 2011, 75-77.)

Ohjetta tehdessä otetaan huomioon mahdolliset toivomukset ja myös että se on hoitotyössä käytännöllinen. Hyvä ohje vastaa kohderyhmänsä vaatimuksiin. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35.) Yksi tärkeimmistä kriteereistä on informatiivinen teksti selkeästi jäsenneltyinä. Hyvä ohje erottuu edukseen persoonallisella ulkonäöllä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 52–53).

Taitto tarkoittaa sivun eri aineksien, kuvien, otsikoiden ja tekstin sommittelua sivul-le. Taitto on etenkin tiedon saattamista lukijalle miellyttävällä ja tehokkaalla tavalla.

Erilaisia korosteita on käytettävä säästeliäästi, että ne säilyttävät tehokkuutensa. Korosteita ovat mm. kursivointi, lihavointi sekä laatikot. On mietittävä lopputulosta, tarkoitusta ja vastaanottajaa. Hyvä kuvitus herättää mielenkiinnon ohjetta kohtaan. Kuvitus myös lisää esitteen kiinnostavuutta, ymmärrettävyyttä ja luettavuutta. Kuva jäsentää taiton kokonaisilmettä, pysäyttää lukijan ja jakaa kokonaisuuden osiin. (Loiri & Juholin 2006, 43,70–71.)



Kuvio 2. Hyvän ohjeen kriteerit

6 TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksessa käytimme sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä lähteitä. Hakujen perusteella englanninkielisiä lähteitä löytyi enemmän kuin suomenkielisiä.

6.1 Vanhuuden sekavuuden yleisimmät aiheuttajat

Aistitoiminnan häiriöt. Aistiärsykkeiden vähyyden tai runsauden on huomattu altistavan deliriumille. Tämä perustuu esimerkiksi sotavankien kokemuksiin ja psykologian selvityksiin sensorisesta deprivatiosta, jonka jatkuessaan tiedetään aiheuttavan harhoja, deluusioita ja desorientaatiota. Samalla tavalla altistavasti voivat vaikuttaa myös heikentynyt kuulo ja näkö. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 12; Sendecki 2014, 25.)

Deliriumiin johtavat taustatekijät ovat yksittäisellä potilaalla yleensä moninaiset. Oireiden taustalla olemassa oleva somaattinen syy on yleensä löydettävissä. Altistavia tekijöitä ovat aistivajaukset - ja vammat sekä laukaisevia tekijöitä eristeiset kiputilat. (Leinonen & Alanen 2008, 29; Twedell 2010, 151; Huttunen 2014.)

Toimintakyvyn muutokset. Deliriumin aiheuttajana voi olla lähes mikä tahansa ulkoinen tekijä. Mitä sairaampi ja heikompi vanhus on, sitä vähäpätöisempi tekijä siihen riittää. Delirium iskee helpommin niihin vanhuksiin, joiden kognitiiviset voimavarat ovat kaikkein vähäisimmät. (Laurila 2005, 4751.)

Delirium on tavallinen oire, joka kertoo vanhuksen reservien ehtymisestä. Monet fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä ja aistitoimintoja heikentävät tekijät altistavat deliriumille. Esimerkiksi terveydentilassa tapahtuva muutos voi johtaa fyysisiin muutoksiin ja toimintakyvyn alentumiseen minkä seurauksena vanhus voi olla sekava. (Räihä, Seppälä & Viitanen 2006, 1486; Twedell 2010, 152.)

Lääkkeet, alkoholi ja addiktiot. Delirium aiheutuu keskushermoston toiminnan häiriöstä. Syynä voivat olla yksittäinen lääke, lääkemuutokset, monilääkitys tai sovimaton lääkehoito, myrkytykset, runsas alkoholin käyttö, huumausaineet ja muut päihteet tai niiden äkillinen lopettaminen. (Laurila 2005, 4751; Huttunen 2014;

Sendecki 2014, 26.) On tavallista, että vanhukset käyttävät kotonaan unilääkkeitä tai bentsodiatsepiinejä ja saavat sairaalaan joutuessaan deliriumin näiden lääkkeiden vieroitusoireista. Nämä lääkkeet joutuvat äkillisesti tauolle, koska hoitohenkilökunta ei aina ole tietoinen akuutisti sairaiden vanhusten käyttämistä kotilääkkeistä. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 10.)

Lääkevaikutusta on pidetty tavanomaisimpana yksittäisenä laukaisevana tekijänä äkillisen deliriumin taustalla. Myös useat psyykenlääkkeet voivat laukaista deliriumin, koska ne vaikuttavat keskushermostoon. Tunnetuin sekavuusoireyhtymälle altistava lääkeryhmä ovat antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet. Muilla mekanismeilla sekavuutta voivat provosoida suuriannoksiset glukokortikoidit, monet sytostaatit ja vahvat kipulääkkeet. Myös mielialaa vaimentavien lääkkeiden, kuten valproaatin ja litiumin käytön yhteydessä on havaittu sekavuutta, joka usein liittyy suuriin lääkeainepitoisuuksiin. Bentsodiatsepiineista vaikeita ovat pitkävaikutteiset lääkkeet, jotka voivat kertyä elimistöön. Jos suuriannoksinen, pitkään jatkuva bentsodiatsepiinihoito lopetetaan yhtäkkiä, voivat vieroitusoireet kehittyä sekavuustilaksi. (Hanley 2004, 218; Laurila 2005, 4752; Leinonen & Alanen 2008, 29.)

Nestetasapainon, ravitsemuksen ja aineenvaihdunnan häiriöt. Deliriumille myötävaikuttavia tai altistavia tekijöitä ovat metaboliset häiriöt kuten anemia, nestetasapainon häiriöt, dehydraatio ja malnutritio. Myös ummetus tai virtsaumpi voi aiheuttaa vanhuksella sekavuutta. Tähän luokkaan kuuluvat näiltä vanhuksilta löytyneet useat harvinaiset endokrinologiset sairaudet. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 8; Quinlan ym. 2011, 265; Sendeck 2014, 26.)

Ikä, sukupuoli, elämäntilanne. Deliriumille yleisimmin altistaa korkea ikä, myös miessukupuoli on yksi altistavista tekijöistä. Riskitekijöihin kuuluu myös vanhuksen epäitsenäisen elämäntilanne, johon hän ei voi vaikuttaa. (Twedell 2010, 151; Laurila 2012, 642; Kennedy ym. 2014, 465.)

Muistisairaudet. Delirium iskee herkimmin niihin vanhuksiin, joiden kognitiiviset voimavarat ovat kaikkein niukimmat, siksi se on muistisairailla yleinen. Delirium on usein kehitymässä olevan muistisairauden ensimmäinen oire. Muistihäiriöisillä vanhuksilla aivoverenkierron, neuronien ja hermoimpulssien määrä aivoissa vähenevät keskimääräistä nopeammin, siksi heidän aivonsa ovat hyvin alttiita ulkoisten tekijöiden aiheuttamille häiriöille. Näillä vanhuksilla ei juurikaan ole ”reservissä”

olevaa aivokapasiteettia, joten hyvin vähäinenkin häiriö voi laukaista deliriumin. Yksi yleisimmistä vanhuuden deliriumille altistavista tekijöistä ovat orgaaniset aivosairaudet, erityisesti etenevät muistisairaudet. Myös dementian on jo pitkään tiedetty altistavan deliriumille. (Laurila 2005, 4751–4752; Inouye 1994, Laurilan 2012, 642 mukaan; Sendeki 2014, 25.)

Traumat. Deliriumin voivat aiheuttaa erilaiset vammat (esimerkiksi aivovammat ja palovammat), luunmurtumat ja muut traumat. Jos sekavalla vanhuksella on anamneesissaan pään trauma tai kaatuminen, on hyvä pitää mielessä mahdollinen kallo- sisäinen verenvuoto. (Laurila ym. 2006, 8, 10; Kennedy ym. 2014, 465.)

Aivosairaudet. Useissa tutkimuksissa ilmenneitä deliriumille tyypillisiä altistavia tekijöitä ovat aikaisemmat aivovauriot ja krooninen aivosairaus. Yleinen laukaiseva tekijä taas on aivoverenkiertohäiriö. (Hanley 2004, 217; Laurila ym. 2006, 10–11; Leinonen & Alanen 2008, 29; Leinonen & Alanen 2009, 4465)

Infektiot. Äkillisen deliriumin aiheuttaja on usein jokin akuutti tila tai tulehdussairaus. Vanhusten yleisesti tunnettuja syitä ovat infektiot, erityisesti virtsateiden infektio tai keuhkokuume, vanhuksilla usein myös kuumeettomina. Varsinkin dementoivia sairauksia sairastavilla vanhuksilla deliriumin laukaiseva sairaus voi olla suhteellisen lievä, infektiosta yleisiä ovat akuutti hengitystieinfektio ja virtsatietulehdus (Laurila ym. 2006, 8; Sendeki 2014, 26.)

Monen tekijän yhteisvaikutus. Deliriumin voi laukaista mikä tahansa ulkoinen tekijä tai äkillinen muutos ympäristössä. Vieras ympäristö, sairaalaan siirtyminen, pimeys, lepositeiden käyttö ja hoitajakso teho-osastolla ovat altistavia tai myötävaikuttavia tekijöitä deliriumin puhkeamiselle. Mitä useampia altistavia tekijöitä vanhuksella on, sitä herkemmin delirium esiintyy. (Laurila ym. 2006, 12; Rähä ym. 2006, 1486; Huttunen 2014; Sendeki 2014, 26.)

Sairaudet. Mikä tahansa akuutti sairaus voi laukaista deliriumin sille alttiilla vanhuksella. Mitä sairaampi vanhus on, sitä vähäisempi tekijä deliriumin laukaisemiseen riittää. Taustalla voivat olla äkilliset sydän- ja verisuonisairaudet ja sydämen vajaatoiminta. Yllättävän usein vanhukselta löytyi sekavuuden taustalta kivuttomia, hiljaisia sydäninfarkteja. Syöpäpotilailla voi ilmetä jossakin vaiheessa sairauttaan deliriumin oireita, tähän saattaa vaikuttaa opiaattien, muiden kipulääkkeiden ja

sedatiivien käyttö sekä kivut, kasvaimen aivometastaasi, sytostaattien sivuvaikutukset ja paraneoplastiset ilmiöt. Muita tyypillisiä laukaisevia tekijöitä ovat verenkiertoperäiset syyt, hapenpuute, verensokeritasapainon häiriö, munuaissairaudet, keskushermoston toiminnan häiriö, korkea seerumin bikarbonaattitaso, matala hemoglobiini sekä muut vaikeat sairaudet tai yleissairauksien akutisoituminen. Myös sairauden tai sairaalassa annetun hoidon aiheuttamat komplikaatiot voivat olla vanhuksen sekavuuden aiheuttajia. (Hanley 2004, 218; Laurila ym. 2006, 8, 10-12; Rähä ym. 2006, 1486; Kennedy 2014, 466.)

Psyykkiset tekijät. Aistiärsykkeiden puutteen tai runsauden sekä stressin on sanottu altistavan deliriumille. Deliriumin puhkeamisvaara on suuri niillä vanhuksilla, joita kohtaa epätavallisen voimakas fyysinen tai psyykinen rasitus. Deliriumin voivat laukaista myös levottomuus tai jatkuva univaje. (Laurila ym. 2006, 12; Rähä ym. 2006, 1485; Twedell 2010, 152.)

6.2 Keinot tunnistaa vanhuuden sekavuus

Tiedon lisääminen. Riskipotilaiden aktiiviseen seurantaan ja deliriumin varhaisten oireiden tunnistamiseen tähtäävä hoitohenkilökunnan koulutus on erittäin tärkeää. Kognition ja käyttäytymisen muutosten varhaisen tunnistamisen helpottamiseksi on suositeltavaa, että sairaanhoitajat ovat koulutettuja ja nimenomaan koulutettu tekemään protokollan mukainen arviointi potilaan tilasta käyttäen validoituja työkaluja erottaakseen akuutit ja krooniset muutokset potilaan tilassa. Tiedon lisääminen ja arvioinnin tekniikoiden parantaminen johtavat parempiin potilastiedon kirjauksiin. (Laurila 2005, 4752; Hare ym, 2008.)

Tutkimuksen mukaan vain 42 % sairaanhoitajista sai 70 % tai paremman tuloksen liittyen kysymyksiin deliriumista ja vain 3,5 % sairaanhoitajista sai 70 % tai paremman tuloksen deliriumin riskitekijöiden tunnistamisesta. (Hare 2006, Hare ym. 2008, 22 mukaan.) Tunnistaminen vaatii sekä tarkkaavaisuutta että kokemusta. (Laurila 2005, 4752.) Deliriumin tunnistamisen helpottamiseksi on kehitetty yksinkertaisia seulonta- ja jopa diagnostisia algoritmeja. Näistä on laajimpaan käyttöön päätynyt CAM-testi. (Laurila 2012, 644.)

Hoitotyön toiminnan parantaminen tällä alueella on välttämätöntä. Käytännön suosituksia tarvitaan useilla eri alueilla kuten deliriumin arvioinnin koulutus, viestintä hoitajien välillä, muutoksia terveydenhuoltojärjestelmässä ja atk:n käyttöä päätöksenteon tukena. (Steis & Fick 2008, 45.) Erotusdiagnoosi on tärkeää. (Laurila ym, 2006, 16.) Henkilökunnan ammattitaito ja kärsivällisyys tulee punnituksi hoidettaessa delirium-potilaita. (Laurila 2005, 4752.)

Kun potilaan delirium on tunnistettu, tulee siitä kertoa muulle hoitohenkilökunnalle. Ei riitä, että todetaan potilaan olevan sekava koska hänellä on dementia. Hoitotyön arviointi on tärkeää; tulee tehdä tarkka diagnoosi tilanteesta ja siitä tulee tiedottaa muille potilasta hoitaville. Tiedottaminen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutus ovat ensiarvoisen tärkeitä potilaan hoitamisessa. (Sendeck 2014, 26.)

Riittävä ajan antaminen. Sairaanhoitajat viettävät paljon aikaa potilaan vuoteen vierellä ja ovat siksi ihanteellisessa asemassa tunnistaa delirium. (Foreman 1986, Steis & Fick 2008, 40 mukaan.) Tunnistaakseen deliriumin sairaanhoitajat tarvitsevat aikaa potilaan kanssa, tietoa deliriumin keskeisistä piirteistä ja objektiivisia välineitä arvioinnin ja dokumentoinnin avuksi sekä organisaation sisäistä tukea. Diagnoosin varmistuminen edellyttää usein potilaan tilan seuranta. (Steis & Fick 2008, 45; Laurila 2012, 644.)

Testien hyödyntäminen. Saatavilla on erilaisia testejä tunnistamisen avuksi: The Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE), Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), the NEECHAM Confusion Scale ja Confusion Assessment Method (CAM). (Milisen ym. 1998, Hanley 2004, 220 mukaan.) Eniten käytetty on CAM-testi. (Liite 3.) Sen on osoitettu soveltuvan hyvin myös hoitajien käyttöön. CAM-seulontatesti on kehitetty arvioimaan järjestelmällisesti riskiryhmään kuuluvat vanhuspotilaat ja siten parantamaan deliriumin diagnostiikkaa. (Laurila 2005, 4754; Laurila ym. 2006, 14; Rähä ym. 2006, 1486.)

Delirium ja sen aikainen muistin häiriintyminen tulee kirjata sairauskertomukseen ja näyttää se toteen esim. MMSE-testillä. MMSE ja SPMSQ voivat olla hyödyllisiä arvioitaessa kognitiivista tilaa; ne eivät ole erityisesti deliriumin tutkimisen työkaluja eivätkä erota deliriumin ja dementian oireita. (Branski 1998, Hanley 2004, 220 mukaan.)

Tilanteen määrittelyssä voidaan käyttää APACHE II luokitusta, jonka pisteitä voidaan käyttää verrattaessa sairastavuutta muihin potilaisiin. (Kennedy ym. 2014, 465.)

Esitietojen kerääminen. On ilmeistä, että sairaalan henkilökunnalla ei ole aina riittävästi tietoa potilaan toimintakyvystä ennen sairaalaan tuloa ja voidaan olettaa, että potilaan käyttäytyminen on normaalia. Omaisia on syytä kuunnella aina, kun he valittavat dementoituneen läheisensä muuttuneen jollain tavalla. (O’Keeffe 1999, Speed ym. 2007, 42 mukaan; Laurila 2005, 4752.) Omaishoitajilta saadut esitiedot ovat tärkeitä deliriumin tunnistamisessa. (Fick ym. 2002, Laurila 2012, 644 mukaan.) Delirium on kliininen diagnoosi, merkit ovat usein hankalasti tunnistettavia. Potilaat, jotka ovat deliriumissa, eivät yleensä pysty antamaan tarkkaa kuvaa oireistaan ja niiden puhkeamisesta. Selviteltäessä lähtötilannetta tulee haastatella perheenjäseniä tai omaishoitajia sekä tarkastella edeltäviä hoitotietoja. (Sendecki 2014, 26.)

6.3 Vanhuuden sekavuuden tunnistamisen haasteet

Oireiden vaihtelevuus. Yksi syy deliriumin alidiagnosointiin on, että oireiden samankaltaisuus sopii kolmeen d:hen: dementia, depressio ja delirium. Erityisen haastavaa deliriumin tunnistaminen on, jos potilas kärsii myös muistisairaudesta, johon liittyy vaikeita käytösoireita. Yli puolella potilaista deliriumoireisto on vähäinen ja sen hallitsevia piirteitä ovat apatia ja vetäytyminen. (Lee 2005, Gillis & MacDonald 2006, 20 mukaan; Laurila 2012, 642; Rähä ym. 2006, 148.)

Oireiden voimakkuus voi vaihdella suuresti samankin vuorokauden aikana ja henkilö voi olla välillä lähes oireeton. Näkyvät oireet ja koko oireyhtymän intensiteetti ovat jopa niin vaihtelevia, että tunnistaminen vaatii sekä tarkkaavaisuutta että kokemusta. Delirium ilmaantuu lähes aina jonkun muun äkillisen sairauden yhteydessä. (Huttunen 2014; Laurila 2005, 4752; Laurila ym. 2006, 8.)

Hoitajien ei ole helppo tunnistaa deliriumia potilaista, joilla on esimerkiksi jokin infektio tai nestevajaus (kuivuminen). Tämä käy ilmi hoitotyön kirjallisuudesta, jossa todetaan, että sairaanhoitajat keskittyvät todennäköisimmin lääketieteellisiin diagnooseihin, mutta jättävät helposti huomioimatta käytösmuutokset vanhemmilla po-

tilailla varsinkin kiireellisissä olosuhteissa. (Inouye ym. 1999, Wang & Mentes 2009,404 mukaan.)

Riittämätön koulutus ja kokemus. Jos sairaanhoitajille ei ole nimenomaan opetettu, miten delirium ilmenee vanhemmilla potilailla, sitä ei voida olettaa tunnistettavan hoitotilanteissa. Sairaanhoitajilla on tämän suhteen asiantuntemattomuutta. (Steis & Fick 2008, 43.) Kognitiivista arviointia ei ole rutiinomaisesti sisällytetty keskeisenä osana hoitajien opetussuunnitelmaan ja sen vuoksi se ei ole tullut osaksi hoitotyön käytäntöä. (Hare ym. 2008, 24.) Hoitajat tarvitsevat tietoa deliriumin keskeisistä piirteistä, objektiivisia välineitä sekavuuden arviointiin ja deliriumin dokumentointiin. Vaikka sairaanhoitajia pyydettiin erittelemään deliriumin oireet, niitä ei tunnistettu. (Steis & Fick 2008, 45.) Deliriumin tunnistaminen vaatii sekä tarkkaavaisuutta että kokemusta. (Laurila 2005, 4752.)

Tutkimusten puute. Edustavilla aineistoilla tehtyjä suuria tutkimuksia aiheesta on vähän (Laurila ym. 2006,8).

Yhtenäisen kriteeristön puute. Yhtenäisen kriteeristön puute on hidastanut deliriumin eri ilmenemismuotojen tutkimusta. (Laurila 2012, 642.) Sairaanhoitajien käsitykset deliriumista, sen tunnistamisesta, arvioinnista ja dokumentoinnista suhteessa vanhempiin potilaisiin ovat erilaisia. ((Steis & Fick 2008, 43.)

Hoitajia kuormittavat tekijät. Virhearviointi ja kyvyttömyys hoitaa deliriumia voivat johtaa vakaviin seurauksiin. Potilaat, jotka ovat yliaktiivisia, voivat haastaa hoitajan joka saattaa olla stressaantunut ja ylikuormitettu. Kouluttamattomuus on riskitekijä ja se kuormittaa hoitajia. (Gills & MacDonald 2006, 22.)

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan perusta. Hyvän työn edellytyksiä on, että tutkija paneutuu tunnollisesti alaansa ja hänen välittämänsä ja hankkimansa tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Opinnäytetyötä tehdessä ei saa syyllistyä vilpin tekoon eikä tutkimuksen tekeminen saa loukata kenenkään ihmisarvoa tai ihmisen moraalista arvoa. Tutkijan tulee vaikuttaa niin, että tieteellisiä tuloksia käytetään eettisten vaatimusten mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Tekijällä itsellä on vastuu tutkimustyön eettisyydestä. Eettinen normisto ja lait auttavat ongelmien ratkaisujen tekemisessä. (Kuula 2006, 21.) Eettisesti hyvä työ edellyttää hyviä toimintatapoja sekä tieteellisiä tietoja ja taitoja. Hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen takaa tutkimuksen uskottavuuden ja luotettavuuden. (Kuula 2006, 34.)

Tutkijan täytyy ottaa huomioon eettisyys jo tutkimuksen aihetta miettiessään. Hänen tulee olla selvillä, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Löysimme aiheen, mikä kiinnosti meitä molempia ja meillä on ollut aito kiinnostus työn aihetta ja tiedon keräämistä kohtaan. Vanhuksen sekavuuden syitä on tutkittu todella vähän, mikä on tehnyt tutkimuksesta haasteellisen.

Huolellisesti laadittu opinnäytetyön suunnitelma on tärkeä osa eettisyyttä. Suunnitelmassa täytyy näkyä tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, menetelmä ja aikataulu. (Mäkinen 2005, 129.) Opinnäytetyön suunnitelmasta kävi ilmi kaikki edellä mainitut vaatimukset. Opinnäytetyön tuotos palvelee kaikkia hoitoympäristöjä, joissa hoidetaan vanhuksia ja näin opinnäytetyötä on ohjannut käytännön hyöty. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin ohjaaville opettajille suunniteltuna ajankohtana. Myös opinnäytetyöprosessin aikana pidimme usein yhteyttä opinnäytetyötä ohjaaviin opettajiin.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on etsiä näkökulmia tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön eettisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkijan eettinen omatunto tarkoittaa avoimuutta tutkimuksensa toteutuksen eettisille kysymyksille: tutki-

jan on tutkimusta tehdessään kysyttävä jatkuvasti itseltään mitä eettisiä ongelmia tutkimukseen voi liittyä tai miten tutkimus voi edistää hyvää ja oikeaa. (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 118.)

Kirjallisuuskatsaus koostuu aikaisemmin julkaistujen tutkimusten arvioinnista ja analysoinnista. Käytännönläheisessä toiminnallisessa opinnäytetyössä arvoa ei ratkaise lähteiden lukumäärä, vaan olennaista niiden laatu ja soveltuvuus. (Vilka & Airaksinen 2003, 76.) Opinnäytetyössämme jouduimme karsimaan suuren osan lähteistä. Lähteitä oli lopuksi puolet vähemmän mitä olimme suunnitelleet, mutta karsimalla varmistuimme että työssämme on deliriumista uusin ja laadukkaita tieto. Huomasimme, että vastaan tuli paljon samoja tekijöitä, he olivat kirjoittaneet useamman oppaan ja artikkelin sekä olivat olleet tutkimuksissa mukana.

Opinnäytetyötä tehdessä suositellaan alkuperäisten lähteiden käyttöä. Toisen käden lähteitä käytettäessä on riski, että toistetaan edellisen kirjoittajan virheet, mikäli hän on tulkinnut väärin alkuperäistä lähdettä. (Kankkunen ym. 2013, 93.) Tutkimusaineiston kerääminen, aineiston käsittely ja asianmukainen arkistointi ovat olennainen osa tiedon luotettavuutta ja tarkistettavuutta. (Kuula 2006, 24).

Omassa opinnäytetyössämme olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman luotettavia lähteitä. Tavoite oli, että lähdeaineisto on korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa, jotta välttyttäisiin liian vanhalta tiedolta. Opinnäytetyössä lähteinä käytettiin oman alan kirjallisuutta, tutkimuksia ja asiantuntija-artikkeleita. Opinnäytetyössämme haastavaa oli lähdekirjallisuuden hankinta ja tarpeeksi tuoreen materiaalin löytäminen. Suomalaisia lähteitä aiheesta on vähän ja suurin osa on yli kymmenen vuotta vanhaa. Kirjallisuuskatsauksessa käytimmekin enemmän englanninkielisiä lähteitä.

Opinnäytetyön luotettavuutta kuvaavat laadullisen tutkimuksen kriteerit, näitä ovat: uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja refleksiivisyys. Tämän kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta lisää tekstiviitteiden ja lähteiden tarkka merkitseminen kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Lähdemerkinnöistä voi tarkastaa, kenen aineistoon asiat pohjautuvat. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten hyödynnettävyyttä vastaavanlaiseen tutkimusympäristöön. Vahvistettavuutta tukee koko tutkimusprosessin kirjaaminen siten, että sen kulkua voi seurata. Refleksiivisyydellä tarkoite-

taan tutkijoiden omien lähtökohtien tiedostamista ja miten se vaikuttaa aineistoon ja prosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Sisällönanalyysi ja luokitukset löytyvät opinnäytetyön liitteistä, kuten myös analyysin ja luokkien muodostuminen. Aineiston analyysissä pyrittiin olemaan tarkkoja jo analyysirunkoa tehtäessä, että analyysi muodostetaan oikein. Oikein tehdyn sisällönanalyysin avulla saimme ohjelehtiseen oikeat ja tärkeät asiat. Näin varmistuimme myös, että ohjelehtinen on tehty luotettavasti ja eettisesti oikein. Käytetty materiaali on sama sekä opinnäytetyössä että ohjelehtisessä. Ohjeen sisältö mietittiin tarkasti kohderyhmää silmällä pitäen.

Opinnäytetyötä tehdessä pidimme tärkeänä, että teksti on helppolukuista ja ymmärrettävää sekä kielenkäyttö on selkeää. Myös tutkimustulosten yhteenveto on pyritty raportoimaan mahdollisimman tarkasti ja lukijalle ymmärrettävällä tavalla.

7.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla vanhuuden sekavuuden syitä ja niiden tunnistamista akuutissa hoitoympäristössä. Tavoitteena oli saatujen tulosten perusteella laatia ohje vanhuuden sekavuuden syiden tunnistamiseksi. Ohjeen tarkoituksena on selventää, mistä äkilliset vanhuuden sekavuuden syyt useimmiten johtuvat. Ohjetta voidaan hyödyntää yleisesti vanhusten hoidotyössä. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Mitkä tekijät aiheuttavat vanhuuden sekavuutta? Millä keinoin hoitohenkilökunta tunnistaa vanhuuden sekavuuden? Mikä tekee vanhuuden sekavuuden tunnistamisesta haastavan? Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisäksi kehittää omaa ammatillista osaamista kohdattaessa vanhuuden sekavuutta.

Deliriumin olemassaolo on tunnistettu jo 2500 vuoden ajan. Alusta alkaen sen todettiin aiheuttavan korkeaa kuolleisuutta ja kehittävän dementiaa ja toiminnallista vajavuutta. Ihmiset, joilla jo oli dementia, olivat enemmän todennäköisiä saamaan deliriumin ja heidän dementiansa paheni nopeasti. Viime vuosisadalla delirium tunnistettiin enemmän väliaikaisena tilana, joka pystyttiin parantamaan asianmukaisella hoidolla. Monet potilaat saivat takaisin heidän normaalin toimintakykynsä. (Sendekci 2014, 25.) Tästä huolimatta käytetyn tutkimusaineiston perusteella van-

huuden sekavuus tunnistetaan edelleen huonosti. Aiheesta on saatavilla vähän suomenkielisiä tutkimuksia, englanninkielisiä tutkimuksia löytyy enemmän. Sekä suomenkielisten että englanninkielisten lähteiden mukaan vanhuuden sekavuus ilmenee samalla tavalla. Oireet ja aiheuttajat ovat yhteneviä kansalaisuudesta riippumatta. Tulosten mukaan vanhuuden sekavuuden yleisimpiä aiheuttajia ovat aistitoiminnan häiriöt, toimintakyvyn muutokset, lääkkeet, alkoholi ja addiktiot, nestetasapainon, ravitsemuksen ja aineenvaihdunnan häiriöt, ikä, miessukupuoli (tuli esiin vain yhdessä englanninkielisessä artikkelissa Twedell & Aguirre 2010, 151.) Myös elämäntilanne, muistisairaudet, traumat, aivosairaudet, infektiot, monen tekijän yhteisvaikutukset, sairaudet, monisairaudet ja psyykkiset tekijät aiheuttavat sekavuutta. Tutkimusten mukaan vanhuuden sekavuus jää muiden oireiden vuoksi huomioimatta ja jää siitä syystä useimmiten tunnistamatta ja hoitamatta akuutissa hoitoympäristössä.

Käytetyn tutkimusaineiston perusteella vanhuuden sekavuuden tunnistamisen parantamiseksi on tarjolla monia keinoja. Niitä ovat hoitohenkilökunnan tiedon lisääminen koulutuksen avulla, riittävä ajan antaminen hoitotyöhön ja potilaan tutkimiseen, olemassa olevien testien hyödyntäminen ja tarvittavien ja riittävien esitietojen kerääminen.

Potilaat hyötyisivät johdonmukaisesti kehitetystä standardoidusta neurologisesta arviointimenetelmästä. Sellaiset standardisoidut tutkimustyökalut kuten CAM tai NEECHAM, on kehitetty erityisesti käytettäväksi deliriumin tunnistamisen avuksi ja ovat käytettynä hyödyllisiä. (Hanley 2004, 224.)

Vanhuuden sekavuuden tunnistaminen osoittautui käytettyjen tutkimusten mukaan haasteelliseksi. Haasteita aiheuttavat oireiden vaihtelevuus, hoitajien riittämätön koulutus ja kokemus, aiheeseen liittyvien tutkimusten puute, yhtenäisen tutkimuskriteeristön ja yhtenäisten käytäntöjen puute sekä hoitajia kuormittavat tekijät. Hoitajia kuormittavista tekijöistä mainittakoon kiire, hoitajien kokemattomuus ja tietämättömyys ja ärtymystä aiheuttavat potilaat, joita sekavat potilaat voivat usein olla.

7.3 Jatkotutkimushaasteet

Vanhuuden sekavuuden syitä on tutkittu todella vähän. Ikävä todeta, että myös hoitohenkilökunnalla tuntuu olevan todella suppea tietämys deliriumista.

Läkkäiden vanhusten osuus kasvaa jatkuvasti keskuudessamme, koska suuret ikäluokat vanhenevat kovaa vauhtia ja ihmiset elävät yhä vanhemmiksi. Sairaudet ja niiden oireet lisääntyvät, mukaan lukien delirium.

Moni deliriumpotilas vielä tänäkin päivänä tulee leimatuksi dementiapotilaaksi, mikä on todella kohtalokasta ennusteen kannalta, jos perustauti jää hoitamatta. Sekavuus on aina akuutti tilanne ja hoitamatta vanhus voi joutua pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Jokaisen lääkärin ja hoitajan pitäisi tuntea perusasiat deliriumin hoidosta ja seurannasta. Myös deliriumin ehkäisyyn täytyisi panostaa entistä enemmän, koska hyvillä hoitotyön keinoilla deliriumia pystyttäisiin vähentämään huomattavasti. Kuten Laurila (2005, 4754) toteaa, että tehokasta näyttöön perustuvaa hoitoa ei toistaiseksi ole, täytyy keskittyä oireyhtymän ennaltaehkäisyyn ja riskipotilaiden aktiiviseen seurantaan.

Hoitohenkilökunnan koulutus deliriumin varhaisten oireiden tunnistamiseen on tärkeää, koska yleensä verrattain yksinkertaiset hoitotoimenpiteet ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Näin saavutettaisiin yhteiskunnallisia säästöjä puhumattakaan vanhuksen kärsimysten vähentämisestä. Myös sairaanhoitajakoulutuksessa voisi käydä läpi perusteellisemmin deliriumin aiheuttajia ja oireita, näin tieto saataisiin paremmin paperilta käytäntöön.

Deliriumin diagnosointiin on kehitelty muutamia seulontatestejä. Olisi mielenkiintoista tietää, käytetäänkö näitä testejä ja missä vaiheessa. Jatkotutkimuksen voisi tehdä vanhuksia hoitavissa yksiköissä, tiedustella miten hyvin hoitohenkilökunta tunnistaa deliriumin ja mitä/miten seulontatestejä käytetään.

Delirium on kokemuksena hyvin haastava potilaalle, omaisille ja hoitohenkilökunnalle, siksi tunnistaminen ja asioiden läpikäyminen kannattaa. Vaikka vanhus on sekava ja hoidollisesti haastava, he tarvitsevat silti läheisyyttä, turvallisuutta ja huolenpitoa, mitä me hoitajat varmasti osaamme antaa ilman minkäänlaista kokemusta deliriumista.

LÄHTEET

- Eloranta, T & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hartikainen, S & Lönnroos, E. 2008. Geriatria; arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2008. Gerontologia. 2. uud. p. Keuruu: Otava
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Juva: WSOY
- Johansson, K., Axelin, A. , Stolt, M. & Ääri, M-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto
- Jyrkämä, J. Ikäinstituutti. Kokemus ja kokemuksellisuus ikääntyessä. 2007. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 15.9.2015]. Saatavana: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/14/>
- Kaivo-oja, J. Helsingin yliopisto, 2012. Valtioneuvosto [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 18.4.2015]. Saatavana: <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/pdf/2012/sininen-kirja/fi.pdf>
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvves Print.
- Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima OY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. Suomen lääkärilehti 60 (46), 4751–4754.

- Laurila, J. THL 2008. Vanhusten äkillinen sekavuus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.11.2015]. Saatavana: http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Vanhusten_äkillinen_sekavuus_13032008.pdf
- Laurila, J., Pitkälä, K & Rahkonen, T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Loiri, P. & Juholin, E. 2006. Visuaalisen viestinnän käsikirja. 2. uud. p. Helsinki: Inforviestintä Oy.
- Lyytinen, P., Korkiakangas, M. & Lyytinen, H. 1998. Näkökulmia kehityspsykologiaan. 1.-3. painos. Porvoo: WSOY.
- Malmivaara, A. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008:45. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta – apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.
- Pietilä, A-M & Länsimies-Antikainen, H. 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pitkälä, K. 2013. Sekavuustilan tunnistaminen. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 11.4.2015]. Saatavana: <http://www.gernet.fi/artikkelit/1301/vanhuksen-sekvauustila-ja-sen-hoito>
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 10.5.2015]. Saatavana: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Siltala, P. 2013. Vanhuus, elämä haluaa tulla eletyksi. Helsinki: Kirjapaja.
- STM, Vanhuspalvelulaki. 28.6.2013. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.4.2015]. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Torkkola, S., Heikkinen, H & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.

- Turun yliopisto. Miten teen kirjallisuuskatsauksen. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 20.4.2015]. Saatavana: <https://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx>
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- Vilkkä, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET

- Branski, S. 1998. Delirium in hospitalized geriatric patients. American Journal of Nursing 98(4), 16D-16L.
- Fick, DM, Agostini JV, Inouye SK. 2002. Delirium superimposed on dementia: A systematic review. J AM Geriatr Soc 2002; 30: 1723-1732.
- Foreman, M.D. 1986. Acute confusional states in hospitalizer elderly: A research dilemma. Nursing Research 35, 34-38.
- Gills, A,J. & MacDonald, B. 2006. Unmasking Delirium. Canadian nurse 102(9), 19-24.
- Hanley, C. 2004. Delirium in the Acute Care Setting. Medsurg Nursing 13(4), 217 – 220.,
- Hare, M. 2006. A questionnaire to determine nursing staff at Fremantle Hospital level of knowledge of delirium and its risk factors. Honours Thesis, School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Thecnology, Perth.
- Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., Speed, G. & Landsborough, I. 2008. Nurses` descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting. Australian journal of Advanced Nursing 26(1), 21-25.
- Huttunen, M. 2014. Sekavuustila (delirium). [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 18.11.2015]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

- Inoye, SK. 1994. The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patient. *Am J Med* 1994; 97: 278-288
- Inouye, S.K., Schlesinger, M.J. & Lydon, T.J. 1999. Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine* 106(5), 565-573.
- Kennedy, M., Enander, R.A., Tadiri, S.P., Wolfe, R.E., Shapiro, N.I. & Marcantonio, E.R. 2014. Delirium Risk Prediction, Healthcare Use and Mortality of Elderly Adults in the Emergency Department. *Journal compilation, The American Geriatrics Society* 62:462-469.
- Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. *Suomen lääkirilehti* 60 (46), 4751-4754.
- Laurila, J., Pitkälä, K. & Rahkonen, T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys. [Viitattu 18.11.2015]. Saatavana: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/DEMdeliriumOpasLR.pdf>
- Laurila, J. 2012. Delirium. *Duodecim* 128 (6), 642-647.
- Lee, V. 2005. Confusion: Geriatric self-learning module. *Medsurg Nursing*, 14(1),38-41.
- Leinonen, E. & Alanen, A-M. 2008. Psykykenlääkkeiden merkitys vanhuksen akuutissa sekavuusoireyhtymässä. *Suomen lääkirilehti* 63, (1-2), 29-31.
- Leinonen, E. & Alanen, A-M. 2009. Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. *Suomen lääkirilehti* 64, (51-52), 4465-4468.
- Milisen, L., Foreman, M., Godderis, J., Abraham, I. & Broos, P. 1998. Delirium in the hospitalized elderly: Nursing assessment and management. *Geriatric Nursing* 33(3), 417-436.
- O'Keeffe, S.T. 1999. Clinical subtypes of delirium in the elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5):380-345.
- Quinlan, N., Marcantonio, E.R., Inouye, S.K., Gill, T.M., Kamholz, B. & Rudolph, J.L. 2011. Vulnerability: The Crossroads of Frailty and Delirium. *Journal compilation, The American Geriatrics Society*. 59: 5262-5268.
- Räihä, I., Seppälä, M. & Viitanen, M. 2006. Geriatrian jättiläiset. *Duodecim* 122 (12), 1483-1490.

- Sendecki,C. 2014. The importance of identifying delirium in older adults in the ED: Impacts on mortality and quality of life. *Canadian Journal of Emergency Nursing* 37(1), 25-27.
- Speed,G., Wynaden,D., McGowan,S., Hare,M. & Landsborough,I. 2007. Prevalence rate of delirium at two hospitals in Western Australia. *Australian journal of Advanced Nursing* 25(1), 38-42.
- Steis, M,R. & Fick, D.M. 2008. Are Nurses Recognizing Delirium? *Journal of Gerontological Nursing* 34(9), 40-47.
- Terveysportti. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 18.1.2016]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/dtk/loma/koti>
- Twedell, D. & Aguirre, E. 2010. Delirium and Hospitalized Older Adults: A Review of Nonpharmacologic Treatment. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 41(4),151-152.
- Wang, J. & Menten, J,C. 2009. Factors Determining Nurses` Clinical Judgements About Hospitalized Elderly Patients with Acute Confusion. *Issues in Mental Health Nursing* 30:399-405.

LIITTEET

Liite 1. Käytetyt hakusanat ja tietokannat

Liite 2. Esimerkkejä induktiivisesta sisällönanalyysistä

Liite 3. CAM-testi deliriumin seurantaan

Liite 4. Ohje deliriumin tunnistamisen helpottamiseksi

LIITE 1**Käytetyt hakusanat ja tietokannat**

	Aleksi	Medic	Melinda	Cinahl	Manuaalinen haku
vanhuus ja sekavuus	1	14			
vanhuus ja delirium		12			
sekavuus	19	32	10		2
delirium	38	42	1		4
sekavuu-soireyhtymä	2	1			
confusion in elderly				8	
delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment				275	
confusion or delirium				8	

LIITE 2

Esimerkkejä induktiivisistä sisällönanalyysistä.

1. Mitkä tekijät aiheuttavat vanhuuden sekavuutta?

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä yläluokka
<p>”Deliriumille altistaa korkea ikä, dementoiva perussairaus, monisairaus, monilääkitys, heikentynyt näkö ja kuulo, aistiärsykkeiden puute/runsaus.”</p> <p>”Useissa tutkimuksissa ilmenneitä tyypillisiä deliriumille altistavia tekijöitä ovat olleet korkea ikä, krooninen aivosairaus, dementia, aivovammat, toimintakyvyn alentuminen, vaikeat perussairaudet, tulehdussairaudet, suola- ja sokeritasapainon häiriöt sekä eräiden lääkkeiden käyttö ja alkoholi.”</p> <p>”The older adult may have comorbidities such as dementia, chronic obstructive pulmonary disease, hypertension and stroke that increase risk for developing of delirium. Complicating</p>	<p>korkea ikä</p> <p>dementoiva perussairaus</p> <p>monisairaus</p> <p>monilääkitys</p> <p>heikentynyt näkö/kuulo</p> <p>krooninen aivosairaus</p> <p>dementia</p> <p>aivovammat</p> <p>toimintakyvyn alentuminen</p> <p>vaikeat perussairaudet</p> <p>tulehdussairaudet</p> <p>suola- ja sokeritasapainon häiriöt</p>	<p>korkea ikä</p> <p>dementia, dementoiva perussairaus</p> <p>monisairaus, vaikeat perussairaudet, keuhkosairaus, verenpaine-tauti, akuutti sairaus, hapenpuute,</p> <p>monilääkitys, lääkkeet, alkoholi, myrkytys</p> <p>heikentynyt näkö ja kuulo, aistiärsykkeiden puute/runsaus</p> <p>krooninen aivosairaus, aivohalvaus</p> <p>murtumat, aivovammat</p> <p>toimintakyvyn alentuminen, fyysiset rajoitteet</p> <p>tulehdussairaudet, infektio</p> <p>suola- ja sokeritasapainon häiriöt, aineenvaihdunnalliset häiriöt, ravitsemus</p> <p>kipu</p>	<p>ikä</p> <p>muistisairaus</p> <p>krooniset ja akuutit sairaudet</p> <p>infektiot</p> <p>traumat</p> <p>ravitsemus, aineenvaihdunta</p> <p>kipu</p> <p>lääkkeet, alkoholi</p> <p>toimintakyvyn muutokset</p> <p>aistitoiminnan häiriöt</p> <p>aivotominnan häiriöt/sairaudet</p> <p>usean tekijän yhteisvaikutus</p>	<p>Vanhuuden sekavuuden yleisimmät aiheuttajat</p>

<p>conditions include infections, hypoxia, metabolic disturbances, fractures, pain, nutritional deficiencies and acute illness. Medication can cause the older adult patient to develop delirium from intoxication or withdrawal.”</p> <p>“It was found that physical restraints increased the risk for delirium among older adults.”</p>	<p>lääkkeet alkoholi</p> <p>dementia</p> <p>krooninen keuhkosairaus</p> <p>verenpaine-tauti</p> <p>aivo-halvaus</p> <p>infektiot</p> <p>hapenpuute</p> <p>aineenvaihdunnalliset häiriöt</p> <p>murtumat</p> <p>kipu</p> <p>ravitsemus</p> <p>akuutti sairaus</p> <p>lääkitys</p> <p>myrkytys</p> <p>fyysiset rajoitteet</p>			
---	---	--	--	--

2. Millä keinoin henkilökunta tunnistaa vanhuuden sekavuuden aiheuttajat?

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä yläluokka
<p>”Aktiiviseen seurantaan ja deliriumin varhaisten oireiden tunnistamiseen tähtäävä hoitohenkilökunnan koulutus on tärkeää.”</p> <p>”Deliriumin seurantaan on pyritty kehittämään nopeita ja käyttökelpoisia seulontatestejä. Käytetyin on CAM-testi, joka on osoitettu soveltuvan myös hoitajien käyttöön.”</p> <p>”For nurses to recognize delirium, they need time with patients, knowledge of the key features of delirium, and objective instrument to guide their assesment and documentation of delirium, and the support of leadership within the organization.”</p> <p>”To facilitate early recognition of any change in cognition and behavior, it is recommender that nurses are educated and trained to conduct routine</p>	<p>potilaan aktiivinen seuranta</p> <p>koulutus</p> <p>CAM-testi</p> <p>aika</p> <p>tieto</p> <p>työkalut</p> <p>työyhteisön tuki</p> <p>valmennus</p> <p>tieto- ja arviointitekniikka</p>	<p>potilaan aktiivinen seuranta, ajankäyttö</p> <p>koulutus, tieto, valmennus</p> <p>CAM-testi, välineet, tieto- ja arviointivälineet</p> <p>työyhteisön tuki</p>	<p>riittävän ajan antaminen</p> <p>tiedon lisääminen</p> <p>testien hyödyntäminen</p> <p>työyhteisön tuki</p>	<p>Keinot millä tunnistetaan vanhuuden sekavuus</p>

<p>cognitive assessment using validated tool in all hospitalized patients and to differentiate between acute and chronic cognitive conditions. Improved knowledge and assessment techniques will lead to improved documentation.”</p>				
---	--	--	--	--

3. Mikä tekee vanhuuden sekavuuden tunnistamisesta haastavan?

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä yläluokka
<p>”Yhtenäisen kriteeristön puute on hidastanut deliriumin eri ilmenemismuotojen tutkimusta.”</p> <p>”Oireiden voimakkuus voi vaihdella suuresti samankin vuorokauden aikana ja henkilö voi olla välillä lähes oireeton.”</p> <p>”Because of overlapping criteria, delirium may be classified as depression or delirium.”</p> <p>“Older adult patient, especially those experiencing hyperactive delirium, can challenge the nurse who may already be feeling stressed and overburdened.”</p>	<p>oireiden voimakkuuden vaihtelu</p> <p>lähes oireeton</p> <p>yhtenäisen kriteeristön puute</p> <p>päällekkäiset kriteerit</p> <p>hoitajan stressi, ylikuormitus</p>	<p>oireiden vaihtelu</p> <p>päällekkäiset kriteerit, yhtenäisten kriteerien puute</p> <p>hoitajan stressi, ylikuormitus</p>	<p>oireiden vaihtelevuus</p> <p>yhtenäisen kriteeristön puute</p> <p>hoitajia kuormittavat tekijät</p>	<p>Vanhuuden sekavuuden tunnistamisen haasteet.</p>

LIITE 3

CAM-testi deliriumin seulontaan

CAM-testi (Confusion Assessment Method) on työkalu sairaiden vanhusten deliriumin eli sekavuusoireyhtymän tunnistamiseen.

1. Äkillinen alku ja vaihteleva oireiston kulku

- Tämä selvitetään tavallisesti omaiselta tai hoitajalta. Tarvitaan myönteinen vastaus kumpaankin seuraavista kysymyksistä: Onko näyttöä, että tutkittavan psyykkinen tila on muuttunut nopeasti perustilastaan? Onko epänormaali käyttäytyminen ollut kulultaan vaihtelevaa, ts. onko se ollut mahdollisesti välillä kokonaan poissa tai vaihdellut vaikeudeltaan?

2. Tarkkaavaisuushäiriö

- Myönteinen vastaus seuraavaan kysymykseen: Onko tutkittavalla vaikeutta kiinnittää huomiotaan, esim. onko hän helposti hämmentynyt tai onko hänellä vaikeutta pysyä puhutussa asiassa?

3. Hajanainen ajattelu

- Myönteinen vastaus seuraavaan kysymykseen: Onko potilaan ajattelu hajanaista, sekavaa, kuten harhailevaa tai asiaankuulumatonta puhetta, epäselvää tai epäloogista ajatustenvirtaa tai ennakoimatonta siirtymistä asiasta toiseen?

4. Poikkeava tajunnan taso.

- Onko tutkittavan tajunnantaso jotain muuta kuin normaali? Potilaan tajunnan tason arviointi: normaali (valpas), ylivalpas (säpsähtelevä, yliherkkä ympäristön virikkeille), unelias (helposti herätettävissä), erittäin unelias (tokkurassa, vaikeasti herätettävissä) tai tajuton (ei herätettävissä).

Delirium-diagnoosi edellyttää myöntävän vastauksen kysymyksiin 1 ja 2 sekä 3 tai 4.

(Terveysportti 2015, Jouko Laurila ja Kaisu Pitkälä)

LIITE 4 Ohje deliriumin tunnistamisen helpottamiseksi

TUNNISTA DELIRIUM

Delirium on kokemuksena haastava potilaalle itselle, omaisille sekä hoitohenkilökunnalle.

Sekavuus on aina akuutti tilanne ja hoitamatta sekava vanhus voi joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon.

Deliriumin yleisimmät aiheuttajat

Fyysiset tekijät

- nestetasapainon, ravitsemuksen ja aineenvaihdunnan häiriöt
 - toimintakyvyn muutokset
 - aistitoiminnan häiriöt
 - aivosairaudet
 - muut sairaudet
 - traumat
 - infektiot

Psyykkiset tekijät

- aistiärsykkeiden puute tai runsaus
 - muistisairaudet
 - jatkuva univaje
 - stressi

Muut tekijät

- lääkkeet, alkoholi ja addiktiot
 - korkea ikä, elämäntilanne
 - monen tekijän yhteisvaikutus