

7. Potilaan kognitiivisen toiminnan tukeminen

Tue kriittisesti sairaan potilaan orientoitumista aikaan, ympäristöön ja itseensä, sillä

- **kriittisesti sairaan potilaan orientoitumisen tukeminen säännöllisellä menetelmällä saattaa vähentää sekavuustilan ilmaantuvuutta. (C)**

Potilaan vakioitu orientoitumisen tukeminen vähensi sekavuustilan ilmaantuvuutta (vaihe I = 35,5 % vs. vaihe II = 22 %; $p < 0,020$) ja suojaasi potilasta sekavuustilan ilmaantuvuudelta (HR 0,504; 95 % CI 0,313–0,890; $p = 0,034$) verrattuna aistien stimulaatioon (ympäristö, akustiikka ja visuaalinen).

Italialaisessa yhdellä teho-osastolla tehdyssä kaksivaiheisessa prospektiivisessä tutkimuksessa¹ (I-vaihe $n = 170$ potilasta, II-vaihe $n = 144$ potilasta) arvioitiin vakioitun potilaan orientoitumista tukevan protokollan vaikutusta potilaan sekavuustilan ilmaantuvuuteen. Ensimmäisessä vaiheessa interventiona oli hoitajan tekemä potilaan säännöllinen ja vakioitu orientoitumisen tukeminen, toisessa vaiheessa orientaatiointerventioon lisättiin potilaan aistien stimulaatio (kello näkyvillä, mahdollisuus lukea lehteä ja kuunnella radiota sekä öisin virikkeiden vähentäminen). Sekavuustilaan liittyvää lääkehoitoa toteutettiin samalla tavalla molemmissa ryhmissä. Sekavuustilaa arvioitiin CAM-ICU-mittarilla kahdesti päivässä.

Tutkimuksen laatu: Kelvollinen (JBI 7/11)

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Peilein toteutettu orientoitumisen tukeminen ei vähentänyt sekavuustilan ilmaantuvuutta (20/115; 17 % vs. 17/108; 16 %) tai kestoa (MD 1 päivä; IQR 1–3 vs. 2; 1–8).

Isobritannialaisessa pilottitutkimuksessa² tutkittiin peilein toteutetun orientoitumisen vaikutusta sekavuustilan ilmaantuvuuteen elektiivisen tai päivystyksellisen sydänleikkauksen läpikäyneillä, tehohoidossa olleilla vähintään 70-vuotiailla potilailla. Interventior ryhmään satunnaistetut potilaat ($n = 105$) saivat ohjatusti käyttää kahta eri kokoista peiliä, jotka tukivat henkistä toimintakykyä, havainnointia, liikkumista ja eri aistein saavutettavaa käsitystä ympäristöstä. Peilejä käytettiin sedaatiotason muutosten yhteydessä tai heräämisen jälkeen, toimenpiteiden ja päivittäisten toimien (ruokailu, peseytyminen ym.) yhteydessä sekä mobilisaation aikana. Kontrolliryhmään satunnaistettuja ($n = 108$) hoidettiin tavanomaisen postoperatiivisen protokollan mukaan ilman peilejä. Sekavuustilaa arvioitiin kahdesti päivässä CAM-ICU-mittarin avulla.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 10/13)

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Kommentti: Kyseessä oli pilottitutkimus, jonka aineistokoko ei perustunut voima-analyysiin. Tutkijoiden näkemyksen mukaan interventio saattaa vähentää tehohoidon jälkeisiä muistiharjoja.

Kriittisesti sairailta potilailla, jotka saivat perheenjäsenen äänellä toteutettua orientaation tukea, ilmeni vähemmän sekavuustilaa kuin kontrolliryhmällä (sekavuustilan ilmaantuvuus: ryhmä 1: 6,5 %:lla vs. kontrolliryhmä: 27,3 %; $p = 0,027$).

Turkkilaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa³ verrattiin kahden erilaisen orientaatiostrategian vaikutusta sekavuustilan ilmaantuvuuteen teho-osastolla. Interventio sisälsi kaksi koeryhmää, joista toinen sai ääniorientaatiota perheenjäseneltä (ryhmä 2, $n = 31$) ja toinen ryhmä ei-perheenjäseneltä (ryhmä 1, $n = 30$). Lisäksi molemmille interventioryhmille luettiin päivän lehteä ja yöksi laitettiin unimaski. Kontrolliryhmä ($n = 33$) sai tavanomaista hoitoa, joka ei sisältänyt erityisiä sekavuustilan ennaltaehkäisytoimia. Sekavuustila arvioitiin CAM-ICU-mittarilla.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/13)

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Kriittisesti sairailta potilailla, jotka saivat kognitiivisen toiminnan harjoittelua näyttöön perustuvan hoitotyön lisänä, ilmeni vähemmän sekavuustilaa kuin kontrolliryhmällä (28,68 % vs. 42,11 %; $p < 0,05$).

Kiinalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁴ tutkittiin kognitiivisen toiminnan harjoittelun vaikutusta sekavuustilan ilmaantuvuuteen tehohoitopotilailla. Osallistujat satunnaistettiin kahden ryhmään. Koeryhmässä ($n = 38$) näyttöön perustuvaan hoitotyöhön yhdistettiin kognitiivisten toimintojen harjoittelu. Kontrolliryhmän ($n = 38$) hoito oli näyttöön perustuvaa, mutta ilman kognitiivisten toimintojen harjoittelua. Ryhmien välillä vertailtiin sekavuustilan ilmaantuvuutta, Pittsburghin unenlaatuindeksiä (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI), Mini-Mental State Exam (MMSE) -pistemääriä, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) -pistemääriä, Barthel-indeksin tasoja ja tyytyväisyyttä hoitotyöhön.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 8/9)

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Lähteet

1. Colombo R, Corona A, Praga F, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiol* 2012; 78: 1026–1033.
2. Giraud K, Pontin M, Sharples LD, et al. Use of a Structured Mirrors Intervention Does Not Reduce Delirium Incidence But May Improve Factual Memory Encoding in Cardiac Surgical ICU Patients Aged Over 70 Years: A Pilot Time-Cluster Randomized Controlled Trial. *Front Aging Neurosci* 2016; 8: 228.
3. Kasapoğlu ES, Enç N. Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatr Nurs* 2022; 44: 207–214.
4. Dai H, Liu X, Feng D, et al. Evidence-based nursing combined with cognitive function training can reduce the incidence of delirium in ICU patients and improve their cognitive function. *Am J Transl Res* 2021; 13: 3262–3269.