



MRSA HOITOTYÖN HAASTEENA JA SEN VAIKUTUS POTILAASEEN

Katsaus kirjallisuuteen

Heini Helenius

Maarit Mäkinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyö koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HEINI HELENIUS JA MAARIT MÄKINEN:
MRSA hoitotyön haasteena ja sen vaikutus potilaaseen
Katsaus kirjallisuuteen

Opinnäytetyö 39 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Maaliskuu 2013

Tämä opinnäytetyö käsittelee MRSA- potilaiden hoitotyön ja infektioiden torjunnan toteutumista sekä potilaiden kokemuksia MRSA- kantajuudesta. Opinnäytetyö luovutetaan eräälle pitkäaikaishoitolaitoksen kohorttiosastolle, josta aiheen idea on lähtöisin. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja analyysimenetelmänä oli sisällön analyysi.

Tuloksista kävi ilmi, että potilaiden itsemääräämisoikeuden ja tiedonsaannissa oli puutteita. Infektioiden torjunnassa hoitajien tiedot olivat hyvät, mutta niiden siirtyminen käytäntöön oli kyseenalaista. Suositusten mukainen käsihygienia ei toteutunut, suojaimia ei käytetty tai niitä käytettiin väärin. Infektioiden torjuntaan liittyvä ohjaus paransi sen toteutumista. MRSA:n todettiin aiheuttavan potilaalle pelkoa, ahdistusta ja häpeää.

Opinnäytetyön tavoitteena on motivoida hoitajia parempaan infektioiden torjuntaan. Tavoitteena on myös lisätä hoitajien tietoutta ja ymmärrystä potilaiden tunteista ja ajatuksista MRSA- potilaana. Tutkimuksia MRSA- potilaan kokemuksista on vähän, joten sitä pitäisi tutkia lisää. Jokainen hoitaja tulee kohtaamaan MRSA- potilaita työssään, joten sen aiheuttamat muutokset hoitotyössä ja potilaassa tulee tiedostaa ja ottaa huomioon.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of nursing

HEINI HELENIUS & MAARIT MÄKINEN:
MRSA as a challenge to nursing and its effects on the patient
Literature review

Bachelor's thesis 39 pages, appendices 4 pages
March 2013

This bachelor's thesis deals with realization of nursing MRSA patients and of infection control, and patients' experiences of being a MRSA- carrier. The study was conducted using literature review and the data were analyzed using content analysis.

The results showed that patients self-determination was not always fulfilled, and they did not always get the necessary information. Nurses' knowledge about infection control was good, but the successful transfer of knowledge into practice was open to question. Hand hygiene recommendations were not followed, nurses did not use protective equipment or it was not used correctly. Guidance on infection control improves infection controlling. Being an MRSA carrier causes fears, distress and shame to a patient.

The objective of this study was to motivate nurses towards better infection control. The objective was also to add to the existing information and understanding of the feelings and thoughts of MRSA carriers. The experiences of MRSA carriers should be researched more because only few studies on the subject have so far been done. Every nurse will encounter MRSA patients (in their work), so the changes MRSA causes in nursing work and in the patients must be taken into consideration.

Key words: literature review, mrsa, mrsa-carrier, infection control.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
4	METISILLIINILLE RESISTENTTI STAPHYLOCOCCUS AUREUS.....	9
	4.1 MRSA:n taustaa.....	9
	4.2 MRSA- bakteeri.....	9
	4.3 Tartunta.....	10
	4.4 Torjunta.....	11
5	MRSA- POTILAAN HOITO	13
	5.1 Itsemääräämisoikeus ja tiedonsaanti.....	13
	5.2 Eristyshoito	14
	5.3 Sosiaalisten tarpeiden huomiointi.....	16
6	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	17
	6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	17
7	TULOKSET	20
	7.1 MRSA potilaan hoidon erityispiirteiden toteutuminen hoitotyössä	20
	7.1.1 Tiedonsaannin ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen.....	20
	7.1.2 Infektioiden torjunnan toteutuminen hoitotyössä	21
	7.1.3 Käsihygienia.....	21
	7.1.4 Suojainten käyttö.....	23
	7.1.5 Toimintatavat hoitotyössä infektioiden torjumisen kannalta	24
	7.1.6 Kosketuseristys	24
	7.2 MRSA-kantajan kokemuksia.....	25
	7.2.1 Kokemus eristyshoidosta	25
	7.2.2 Kokemus MRSA-positiivisuudesta.....	25
	7.2.3 Kokemus tiedonsaannista.....	26
	7.2.4 Hoitajien ja omaisten suhtautuminen.....	27
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	28
	8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	30
	LÄHTEET.....	33
	Liitteet	36
	Liite 1 Tutkimustaulukko	36

1 JOHDANTO

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan vuonna 2009 ilmoitettiin tartuntatautirekisteriin 1252 MRSA- bakteerin kantajaa (Kurki & Pammo 2010, 14). Vuonna 2011 tartuntatautirekisteriin on ilmoitettu eri sairaanhoitopiireistä 1326 MRSA- kantajaa joista 431 on Pirkanmaalta (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta 2012). MRSA- bakteeri saa aikaan huomattavaa sairastuvuutta ja kuolleisuutta sekä aiheuttaa hyvin korkeita kustannuksia terveydenhuollolle. Yhden MRSA- infektion hoito maksaa 6800–20000 euroa enemmän kuin metisilliinille herkän *Staphylococcus aureus*in hoito. Suurin osa kuluista syntyy sairaalahoidon aikana. (Elberkennou 2011.) Terveydenhuollon kustannustehokkuus ja säästötoimet asettavat paineita potilaspaiikkojen ja henkilöstön vähentämiselle. Nämä toimet luovat selkeän uhan infektioiden lisääntymiselle. (Syrjälä 2010, 18.)

Panostamalla MRSA- infektioiden ehkäisyyn niiden määrää voidaan vähentää. Infektioiden torjunta on lakiin kirjoitettu velvollisuus sairaaloiden henkilökunnalle. (Lumio 2010.) Kosketustartunta tapahtuu käsien välityksellä ja on tärkein hoitoon liittyvien infektioiden leviämistapa. Sen takia terveydenhuollossa kiinnitetään erityistä huomiota tämän tartuntamahdollisuuden katkaisuun, jossa käsihygienia on tärkein infektioiden torjunnan osa-alue. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165.)

Medialla on suuri vaikutus MRSA:n aiheuttamaan pelkoon. Mediassa puhutaan ”tappajabakteerista”, jolloin potilaalla on omat ennakkokäsityksensä MRSA- bakteerin vakaavuudesta. Realistisen tiedon antaminen MRSA:sta vähentää potilaan pelkoja ja ahdistusta.

Opinnäytetyön aiheen alkuperäisidea tuli erään vanhainkodin kohorttiosaston toiveesta. Muokkasimme opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä oman kiinnostuksemme mukaan. Opinnäytetyön rajaus ja tutkimuskysymykset muotoutuivat vasta työn edetessä vähäisten tutkimustulosten vuoksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää MRSA- potilaiden hoitotyön ja infektioiden torjunnan toteutumista sekä potilaiden kokemuksia MRSA-kantajuudesta.

Valitsimme opinnäytetyömme metodiksi kirjallisuuskatsauksen, koska MRSA on Suomessa ja Euroopassa yleinen ja paljon puhuttu ongelma, uskoimme siitä löytyvän paljon jo tutkittua ja luotettavaa tietoa. Halusimme keskittyä opinnäytetyössämme infektioiden torjunnan toteutumiseen ja potilaiden kokemuksiin. Vaikka MRSA:n torjunnasta on paljon teoretietoa ja ohjeita, sen leviämistä ei ole pystytty estämään.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksena MRSA- potilaiden hoitotyön ja infektioiden torjunnan toteutumista sekä potilaiden kokemuksia MRSA-kantajuudesta.

Opinnäytetyön tehtävät:

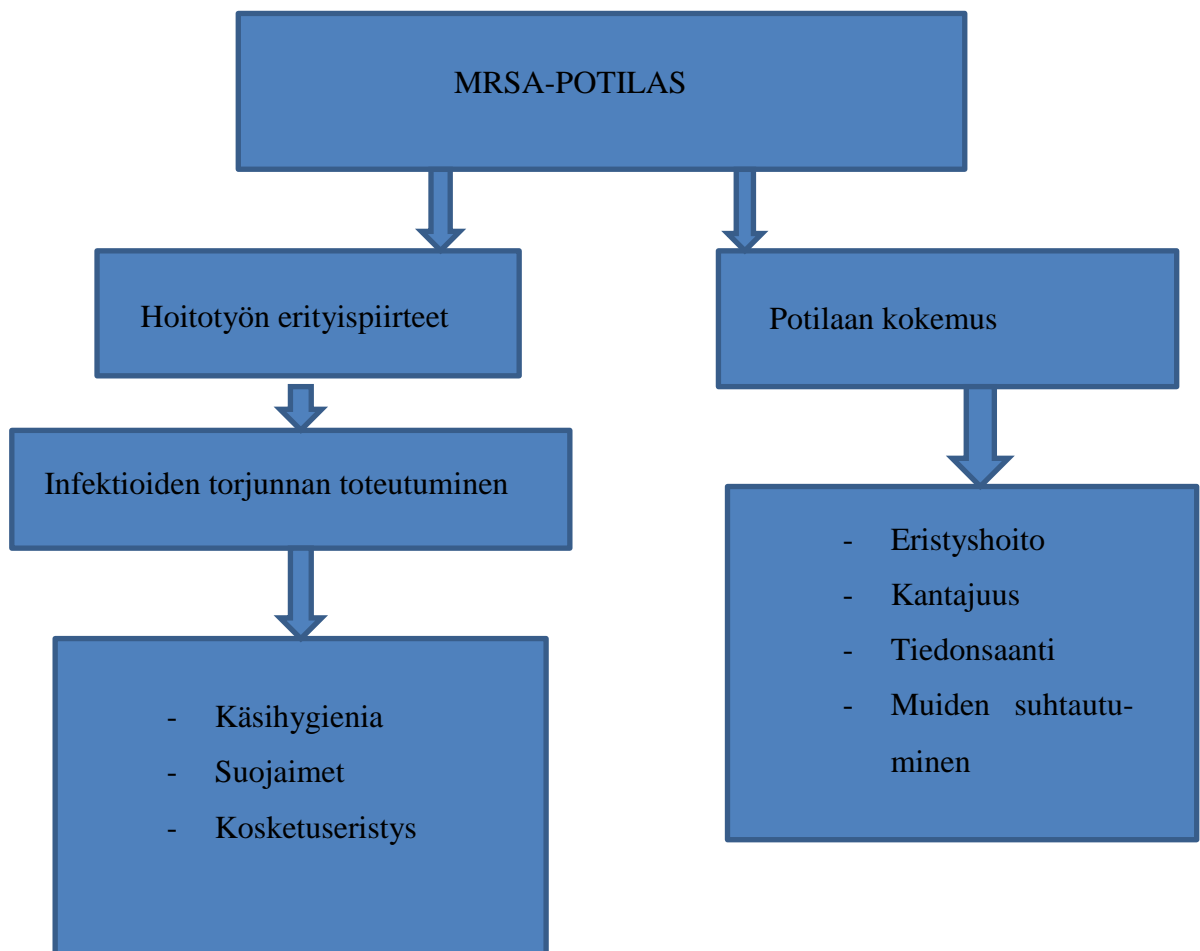
1 Miten infektiopotilaan hoidon erityispiirteet toteutuvat hoitotyössä?

2 Miten potilas kokee MRSA- kantajuuden?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille infektiopotilaan hoidon erityispiirteitä ja niiden toteutumista käytännössä sekä kuvata MRSA- potilaiden kokemuksia kantajuudesta. Opinnäytetyötä voi hyödyntää infektioiden torjunnan kehittämisessä.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa lähtökohdassa (kuvio 1) tuodaan esille keskeiset käsitteet. Käsitteet on selvitetty myöhemmin työssä.



KUVIO 1: Viitekehys.

4 METISILLIINILLE RESISTENTTI STAPHYLOCOCCUS AUREUS

4.1 MRSA:n taustaa

Staphylococcus aureus löydettiin vuonna 1880. Kaksi vuotta penisilliinin käyttöön ottamisen jälkeen vuonna 1942, löydettiin sairaalasta ensimmäinen penisilliiniresistentti Staphylococcus aureus kanta. Staphylococcus aureus infektiopotilaiden kuolleisuus oli 80 %:n luokkaa ennen penisilliinin keksimistä. Vuonna 1960 huomattiin, että noin 80 % kannoista oli penisilliini resistenttejä. Vuonna 1961 todettiin ensimmäinen metisilliinille resistentti Staphylococcus aureus- kanta MRSA, kun penisillinaasiresistentti penisilliini oli ollut käytössä kaksi vuotta. Seuraavina 45 vuotena MRSA levisi maailmanlaajuisesti. (Syrjälä & Kolho 2010, 442.)

4.2 MRSA- bakteeri

Staphylococcus aureus on yleinen bakteeri, joka elää terveiden ihmisten nenän limakalvolla ja iholla. Tällainen kantajuus ei aiheuta henkilölle oireita. Väestöstä 25–30% kantaa kyseistä bakteeria. Staphylococcus aureus voi aiheuttaa infektioita vaurioituneella iholla. Infektioista suurin osa on kuitenkin lieviä, kuten märkänäpylöitä, -paiseita ja muita ihoinfektioita. Staphylococcus aureuksen aiheuttamat vakavat infektiot ovat myös mahdollisia, kuten esimerkiksi leikkaushaavainfektio ja keuhkokuume. Valtaosa Staphylococcus aureus bakteereista tuottavat penisilliiniä hajottavaa penisillinaasi entsyymiä, joten sen aiheuttamaa infektiota voidaan hoitaa stafylokokkipenisilliineillä. Staphylococcus aureus on kehittänyt kuitenkin ajan saatossa näille antibiooteille vastustuskykyisiä eli resistenttejä kantoja. Yksi yleisimmistä on metisilliinille resistentti staphylococcus aureus eli MRSA. Taudinaiheuttajana MRSA ei poikkea metisilliinille herkästä Staphylococcus aureuksesta. Molempien aiheuttamat infektiot ovat samanlaisia, sillä myös MRSA voi kolonisoida ihoa aiheuttamatta kantajalleen oireita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2004, 4,6.)

4.3 Tartunta

Tartuntatautilaissa sairaalainfektio määritellään infektioksi, joka on syntynyt tai saanut alkunsa terveydenhuollon laitoksessa annetun hoidon aikana (Tartuntatautilaki 2006). Sairaalainfektioiden asema lainsäädännössä muuttui vuoden 2004 alusta, kun tartuntatautilakiin sisällytettiin määräyksiä koskien sairaalainfektioiden seuranta ja torjuntavastuita. Sairaalainfektioiden säätely laki- ja asetusteitse tuli aiheelliseksi tartuntamäärin kasvaessa. Lain tavoitteena on erityisesti vahvistaa alueellista ja paikallista sairaalainfektioiden torjuntaa. (Kotilainen, Lyytikäinen & Ruutu 2010, 636–637.)

MRSA tarttuu kolonisoituneiden tai infektoituneiden potilaiden kosketustartuntana, useimmiten hoitohenkilökunnan käsien välityksellä (Pentti & Terho 2010, 14). Epäsuora tarttuminen eli hoitovälineiden tai ympäristön kautta on mahdollinen. Erityisesti hoitohenkilökunta, joka hoitaa MRSA-potilaita, kolonisoituvat sillä helposti. MRSA-kantajudelle altistaa aiemmat sairaalajaksot sekä antibioottihoito. Riskitekijöitä ovat myös haavat ja vierasesineet, koska niihin MRSA-bakteeri pääsee helpommin kiinnittymään. MRSA aiheuttaa harvoin ongelmia terveille ihmisille. Vanhukset joiden vastustuskyky on heikentynyt, saavat helpommin MRSA:n aiheuttaman infektion. (MRSA-ohje 2011.)

Tartunta tapahtuu, kun taudinaiheuttaja siirtyy yksilöstä toiseen. Kontaminaatio tarkoittaa mikrobin lyhytaikaista läsnäoloa esimerkiksi käsissä, hoitohenkilökunnan vaatteilla tai instrumenteissa. Kontaminaatiossa mikrobit eivät lisäänty eivätkä näin aiheuta haittaa. Kolonisaatio tarkoittaa sitä, että tartunnan aiheuttajamikrobi lisääntyy isäntäelimestössä esimerkiksi haavan pinnalla kuitenkin aiheuttamatta infektiota. (Vuento 2010, 51.)

MRSA saattaa aiheuttaa kantajalleen oireita, joita ovat esimerkiksi sairaalasyntyiset kirurgiset haava- ja luuinfektiot sekä septiset yleisinfektiot (Pentti & Terho 2010, 14).

4.4 Torjunta

Infektioiden torjunta on tärkeä osa päivittäistä potilastyötä ja sen toteutuminen on jokaisen hoitotyöntekijän vastuulla. Torjuntatyö vaatii asiantuntijoita, näyttöön perustuvia ohjeita, tiedon seuraamista ja soveltamista, henkilökunnan kouluttamista sekä luotettavaa infektioiden seurantajärjestelmää. Perusteellinen infektioiden torjuntatyö vaatii laitoksilta taloudellista panostusta. Torjuntatyön tavoitteina on vähentää hoitoon liittyviä infektioita, havaita ja pysäyttää epidemiat varhain, hallita mikrobilääkkeiden käyttöä, torjua mikrobien resistenssin kehitystä, diagnosoida ja hoitaa infektioita asianmukaisesti sekä suorittaa torjuntatoimet tehokkaasti ja taloudellisesti. Torjuntatyön tarkoituksena on suojata potilasta, työntekijöitä, vierailijoita ja muita terveydenhuollon kanssa tekemisissä olevia henkilöitä. (Elomaa, Syrjälä & Teirilä 2010, 646–650.)

MRSA:n torjunta koostuu hyvin tavanomaisista varotoimista. Erityisen tärkeää on huolehtia hyvästä käsihygieniasta, tunnistaa MRSA- kantajat varhaisessa vaiheessa sekä huolehtia MRSA- kantajan kohdalla kosketuseristyksestä. (Syrjälä & Kolho 2011, 444.)

Käsidesinfektio on tärkein yksittäinen toimenpide, joka torjuu infektioita tarttumasta ja leviämistä eteenpäin. Käsidesinfektioon käytetään alkoholipitoista käsihuuhdetta ennen ja jälkeen potilaskontaktin sekä ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön. Käsien saippuapesu on aiheellinen ennen käsihuuhteen käyttöä, jos potilaalla on todettu Norovirus tai *Clostridium difficile*. Suojakäsineet suojaavat työntekijän kontaminoitumista potilaan mikrobeilla ja pienentävät näin työntekijän infektioriskiä. Suojakäsineiden käyttö ehkäisee myös käsien tilapäistä kontaminaatiota mikrobeilla, joka taas estää niiden siirtymistä käsien välityksellä muihin potilaisiin. MRSA potilasta hoidettaessa on tärkeää muistaa suojaesiliinan tai –takin käyttö. Se suojaaa työntekijän ihoa ja vaatteita kontaminoitumiselta. (Keränen & Ylipalosaari 2011, 196–197.)

Kirurginen suu-nenäsuojus suojaaa työntekijää pisaroilta ja roiskeilta, mille hän voi altistua hoitotoimenpiteiden aikana. Suu-nenäsuojus estää myös epäsuoran kosketustartunnan syntyä (Keränen & Ylipalosaari 2011, 197).

Kosketuseristyksellä tarkoitetaan yhden hengen potilashuonetta, jossa on suositeltavaa olla omat välineet ja tarvikkeet (Hietala & Terho 1999, 35). Kosketuseristys on MRSA-potilasta hoidettaessa olennainen asia. Kosketuseristyksen tarkoituksena on katkaista kosketustartuntatie. Olennainen asia on suojainhoito, erityisesti suojakäsineiden käyttö. (Syrjälä & Kolho 2011, 201.)

5 MRSA- POTILAAN HOITO

5.1 Itsemääräämisoikeus ja tiedonsaanti

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilaan oikeuden saada tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Laki kiteyttää hoitoon liittyvät asiat kuten potilaan kohtelun, tiedonsaantioikeuden ja itsemääräämisoikeuden (Järnström 2011, 48).

Potilaan itsemääräämisoikeus on edellytys asiakaslähtöisen hoitotyön toteuttamiselle. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa ihmisen oikeutta toimia itsenäisesti sekä sisältää yksilön ja yhteisen edun yhteen sovittamisen. Tarkoituksenmukainen ja osaava hoito on kaikkien potilaiden oikeus sekä tiedonsaanti sairauden tilasta ja hoidosta. (Järnström 2011, 48–49). Potilaan oikeutta tiedon saantiin korostetaan paljon hoitotyössä (Poikkimäki 2004, 8). Terveystieteiden ammattihenkilön on huolehdittava siitä, että potilas ymmärtää saamansa tiedon sisällön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

MRSA- potilaan hoito aiheuttaa pitkäaikaishoitolaitoksessa erityishuomiointia. Huomiota tulee kiinnittää hoidon toteutukseen, laitoksen toimintatapoihin, asukkaiden sijoitteluun, henkilöstön mitoittamiseen ja toimintakuluihin. (Hamilas, Rintala, Santapere & Virkanen 2007, 199.) Jokaisessa pitkäaikaishoitolaitoksessa olisi hyvä olla määritellyt toimintatavat, hoidon linjaus ja torjuntaperiaatteet MRSA:ta varten (Wilskman 2004, 9). Kosketuseristyspotilasta hoidettaessa hoitajan tulee tuntea tartuntamekanismit ja vaadittavat eristystoimet sekä osata toimia aseptisesti (Hietala & Terho 1999, 35).

MRSA- potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, tinkimättä kuitenkaan lisätartuntojen ehkäisystä. Eristyshoidosta johtuen pitää kiinnittää erityishuomiota sosiaalisten suhteiden tukemiseen ja virikkeelliseen toimintaan. Hoidossa on tärkeää informoida potilasta ja omaisia, jotta he saavat MRSA: sta oikeaa tietoa ja tarvittavaa tukea MRSA: n kanssa elämiseen. (Hamilas ym. 2007, 201.)

MRSA leviämisen ehkäisytoimet sairaalassa saattavat herättää aiheetonta pelkoa. MRSA on vaikeahoitaisempi mikrobilääkeresistenssin vuoksi, mutta se ei ole yhtään ”tappavampi” kuin herkkien stafylokokkien aiheuttamat infektiot. (Hietala & Terho 1999, 73,74.)

5.2 Eristyshoito

MRSA- potilasta hoidetaan kosketuseristyksessä ja eristyshuoneessa, jonka merkitys täytyy potilaalle kertoa. Eristyshuone tarkoittaa yhden hengen huonetta, jossa on omat wc- ja pesutilat. (Wilskman 2004, 10–11.) Potilaan hoitoympäristö koostuu tällöin lähinnä fyysisestä tilasta, potilashuoneesta sekä hänen rakentamastaan sosiaalisesta verkostosta, johon kuuluu myös hoitohenkilökunta (Hagelberg 1999, 52). Eristyshoito aiheuttaa potilaalle hämmennystä, koska hänellä ei välttämättä ole mitään oireita MRSA:sta. Hämmennystä lisää myös se, että potilaat ovat eristyshoidossa vain sairaalassa. Sairaalan ulkopuolella he saavat jatkaa elämää normaaliin tapaan, eikä kantajuudesta tarvitse kertoa kenellekään terveydenhuollon ulkopuolella. (Pekkalin 2013, 8.)

Hoitajat käyttävät hoitotoimenpiteitä tehdessään suojatakia, suojakäsineitä ja suunänsuojusta. Eristyspotilaan hoitotoimenpiteet ja tutkimukset suunnitellaan etukäteen. MRSA- kantajuus ei ole syy jättää potilasta ilman tarpeen mukaista hoitoa, mutta se tulee huomioida hoidon suunnittelussa. Eristyshoidosta johtuvat eriävät toimintatavat vaativat potilaalta kärsivällisyyttä ja sopeutumista. (Wilskman 2004, 10–11.)

Tarkasteltaessa ihmisoikeuksien periaatteita potilaan eristäminen voi tuntua ristiriitaiselta, sillä jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus vapauteen (Hagelberg 1999, 53). Kosketuseristys potilaan kohdalla on kuitenkin muistettava, että eristetään tautia eikä potilasta. Potilasta ei saa jättää yksin, häntä ei eristetä henkisesti. Pyritään siihen, että potilaan vapautta rajoitetaan mahdollisimman vähän. (Pentti 2010, 798.)

Jo sairaalaan joutuminen erottaa potilaan luonnollisesta ympäristöstä ja mitä eristyshoitoon tulee, se vaikuttaa heikentävästi potilaan pyrkimykseen ylläpitää omaa sosiaalista verkostoa. Eristettynä oleminen on potilaalle raskas kokemus ja sitä on yleensä potilaan vaikea hyväksyä. Potilaan täytyy pystyä toteuttamaan itseään niin henkisesti kuin sosiaalisestikin, mutta eristyshoidossa nämä tekijät puuttuvat. Potilaan fyysinen olemassa-

olo on rajoitettua ja vapauden puute ehkäisee sosiaalisten kanssakäymisten normaalin tapahtumisen, se myös luo epätietoisuutta tulevaisuudesta. (Hagelberg 1999, 53.) Potilaan vierailijoiden tulisi ilmoittautua hoitohenkilökunnalle ensimmäisen kerran saapuaan vierailulle, jotta heille voidaan antaa tarvittava ohjeistus ennen potilashuoneeseen menoa (Boras & Niemi 2011, 3).

Suuri osa potilaista, jotka eristetään lyhyeksi aikaa reagoivat eristykseen luontevasti sopeutumalla. He ymmärtävät eristyksen tarkoituksen ja hyväksyvät sen. Myös suojaeristyspotilaiden kohdalla ymmärrys eristystä kohtaan on suotuisampi, kuin niillä potilailla, jotka on eristetty tartuntavaaran vuoksi. Jos kyseessä on kuitenkin pitkäaikainen eristys sairauden tai esimerkiksi infektion vuoksi, saattaa potilas kokea eristyksen hyvinkin traumaattisena. Potilaan oma suhtautuminen eristämiseen on hoitoprosessin onnistumisen perusta. On erittäin tärkeää huomioida, että potilashuone on fyysisenä ympäristönä hänelle vieras, myös pelottava ja virikkeetön ympäristö. Kun potilas sijoitetaan vieraaseen ympäristöön, hänen kapasiteettinsa käsitellä ongelmia heikkenee. Merkittävin sopeutumisessa on kuitenkin ihmisen kyky ymmärtää eristyksen syy ja mitä se mahdollisesti tuo mukanaan. Eristyspotilaan hoito ja hoitosuhteen luominen vaatii hoitajalta ymmärtävää suhtautumista. Hoitaja luo omalla rauhallisella ammatillisella työkentelyllään ja keskustelemalla potilaan kanssa luotettavan ilmapiirin eristyksestä huolimatta. (Hagelberg 1999, 53–54.)

Kun pyritään siihen, että potilas hyväksyy eristyksen ja sen tarpeellisuuden, on muistettava, että kaikki tapahtuu ymmärtämisen kautta. Helpompaa on motivoida nuorta potilasta, jolla on elämässä vielä päämääriä, johon pyrkiä. Vanhaa, jopa parantumattomasti sairasta ihmistä, jolla ei ole sosiaalista verkostoa sairaalan ulkopuolella tuottaa erityisiä haasteita, jotta potilas ymmärtäisi eristyshoidon tarkoituksen ja hyödyn. Yleensä erityispotilaat ovat vanhuksia, joilla on MRSA tai VRE. Vanhetessa ihmisen sopeutumiskyky ja halukkuus muutokseen vähenee. Jotta potilas voisi mahdollisimman helposti hyväksyä eristyshoito, on kartoitettava hänen tyydyttämättömät tarpeensa ja yritettävä täyttää sen aiheuttama tyhjiö. (Hagelberg 1999, 56–57.)

On tärkeää pohtia hoitotyön keinoja, joilla voidaan auttaa potilasta paremmin hyväksymään ja sietämään eristyksessä oloa. Niiden pohtiminen ja toteuttaminen ennaltaehkäisee eristyksestä aiheutuvien ongelmien syntymistä, kuten potilaan masennusta. Ongelmien ennaltaehkäisy on aina helpompaa, kuin niiden korjaaminen. Eristyshoidossa on

kiinnitettävä riittävästi huomiota potilaalle tarjottaviin virikkeisiin. Potilashuoneessa potilaalla voi esimerkiksi olla oma tv ja radio. Myös askartelu ja keskustelutuokiot voivat auttaa potilasta suuntautumaan ulos omasta sairaudestaan. Ennen kaikkea potilaalle on luotava turvallinen ympäristö niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. (Hagelberg 1999, 58–59.) Potilaan korostunut psyykkisen tuen tarve tulee eristyshoidossa huomioida (Broas & Niemi 2011, 3).

5.3 Sosiaalisten tarpeiden huomiointi

Yhdessäolo on ihmiselle erittäin tärkeä tarve. Ihmisen sosiaalinen verkosto muodostuu sosiaalisista yhteyksistä, joita hän on elämänsä aikana luonut. Eristyksessä olevan potilaan yhteys omiin läheisiin vaikeutuu, mikä vaikuttaa potilaan vointiin hoitajakson aikana. Usein syntyy tilanteita, joissa hoitohenkilökunta on potilaan ainoa sosiaalinen tuki. Omaisille täytyy painottaa heidän merkitystään. He ovat yhteys potilaan ja ulkomaailman välillä, he auttavat pitämään yllä potilaan todellisuudentajua sekä toimivat potilaan tukena vaikeina hetkinä ja pitävät seuraa. Omaisat ymmärtävät yleensä paremmin potilaan tarpeita, jolloin potilas tulee paremmin ymmärretyksi myös hoitohenkilökunnan keskuudessa. Hoitotyössä tulee muistaa kartoittaa potilaan sosiaalinen tukiverkosto, koska sosiaalisten tarpeiden tyydyttäminen riippuu pitkälti siitä millaiset sosiaaliset suhteet potilaalla on ja kuinka hän pystyy niitä ylläpitämään. (Hagelberg 1999, 54–56.)

6 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on koota yhteen aikaisemmat tutkimustiedot, jotka eri tutkijat ovat tuottaneet. Katsauksessa esitetään mitä aiheesta jo tiedetään, mistä näkökulmista sitä on tutkittu ja millaisilla menetelmillä. Kirjallisuuskatsauksen tekijän tarkoitus on esittää tutkimus aineisto organisoituna ja analysoituna kokonaisuutena sekä analysoida kriittisesti jo tutkittua tietoa. (Vahderpää 2008,19.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on katsauksen suunnittelu, toinen on tiedon haku, analysointi ja synteesi, kolmas vaihe on raportin tekeminen. (Johansson 2007,5.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen suunnitteluun kuuluu aiheeseen liittyvien tutkimusten tarkastelu sekä oman katsauksen tarpeen määrittely. Suunnittelu vaiheessa tehdään tutkimussuunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan selkeät tutkimuskysymykset, joihin etsitään vastauksia. Jos vastauksia kysymyksiin ei löydy voi tutkittu tieto olla riittämätöntä, jotta kirjallisuuskatsaus voitaisiin tehdä. (Johansson 2007, 6.)

Kirjallisuuskatsauksessa on lähtökohtana tutkimus kysymykset tai tutkimusongelma. Tutkimusongelman perusteella koottu tieto rajataan koskemaan ja vastaamaan vain tutkittavaan kysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen perusteena on, että aiheesta löytyy jo tutkittua tietoa. (Leino- Kilpi 2007, 2.) Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat on esitetty kappaleessa kaksi.

Suunnitelman seuraavassa vaiheessa valitaan hakutermit ja tietokannat. Katsaukseen valittavia tutkimuksia varten on suunniteltava sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kriteerit voivat perustua tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Kirjallisuuskatsauksessa tulee olla vähintään kaksi tekijää, jotta voidaan katsoa, että tutkimusten valinta ja käsittely on pitävää. (Johansson 2007, 6,7.) Tutkimusaineiston muodostaa ne tutkimukset, jotka läpäisevät tutkijoiden asettamat kriteerit. Kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset ja niiden tulokset arvioidaan ja taulukoidaan. (Vahderpää 2008, 20.)

Tiedonhaku tehtiin syksyllä 2012 ja keväällä 2013 elektronisista tietokannoista. Tiedonhaussa käytimme pääosin Nelli- tiedonhaku portaalia, Mediciä ja Cinahlia. Cinahlisista etsimme kansainvälisiä lähteitä englannin kielellä ja Medicistä suomenkielisiä tutkimuksia. Lisäksi teimme manuaalista tiedonhakua Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta ja kirjaston oma-kirjastotietokannassa. Manuaalisessa tiedonhaussa tutkimme sairaalahygienia ja sairaanhoitaja lehdet sekä hakusanoilla löytämäämme materiaalia kuten esimerkiksi pro-gradujen paperiversioita. Hakusanoina käytimme: MRSA, potilashoito, kosketuseristys, MRSA patient experiences ja sairaalainfektiot.

Sisäänottokriteerit, joiden perusteella valitsimme opinnäytetyöhön tutkimukset olivat; tutkimuksen kielenä suomi tai englantia, tutkimus on korkeintaan 10 vuotta vanha, tutkimusjoukkona potilaat tai hoitajat, tutkimuksessa käsitellyt aiheita on MRSA, MRSA-potilaan kokemus, infektioiden torjunta tai niiden toteutuminen.

Hakujen tuloksena löytyi 45 aihetta kuvaavaa otsikkoa, joista luimme tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella valitsimme 16 julkaisua, joista luimme kokotekstit. Kokotekstien perusteella työhömmä valikoitui kahdeksan tutkimusta. Poisrajutat julkaisut eivät täytäneet määrittelemiämme kriteerejä.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusaineisto rudusoidaan eli pelkistetään, toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään ja kolmannessa vaiheessa luodaan ryhmille teoreettiset käsitteet. (Vahderpää 2008, 22.) Raportissa kerrotaan katsauksen tulokset, tehdään niistä johtopäätökset sekä suositukset (Johansson 2007, 7).

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysi menetelmällä. Julkaisut taulukoitiin kirjaamalla tekijät, julkaisuvuosi ja -maa, tarkoitus, kohderyhmä, aineiston keruu ja analysointi sekä tulokset. Valituista julkaisuista huomioimme vain ne tulokset, jotka vastasivat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön erittelyllä. Tutkimuskysymysten perusteella pelkistimme ja ryhmittelimme aineiston kahteen osaan. Yläkäsitteiksi muodostui infektioiden torjunta hoitotyössä ja MRSA- potilaiden kokemukset. Yläkäsitteistä muodostimme kumpaankin kysymykseen keskeiset teoreettiset alakäsitteet. Nämä keskeiset käsitteet näkyvät tuloksien otsikoinnissa.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on näyttöön perustuvan hoitotyön yksi kulmakivi. Sillä voidaan koota ajankohtainen tieto ja kokemukset erilaisista menetelmistä sekä tuoda luotettavaa tietoa käytännön hoitotyön tarpeisiin kuten suositusten määrittämiseen. (Vahderpää 2008, 21).

Kuvio 2 Aineiston valintaprosessin kulku

Tietokannat	Hakutermien kuvaus	Rajaukset	Yhteensä	Otsikon perusteella hyväksytyt	Tiivistelmän perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt
Medic	MRSA	Vain koteksti Kieli Suomi	38	5	4	1
			Potilashoito	25	3	2
Nelli	Kosketuseristys	Muiden korkeakoulujen opinnäytteitä	54	7	4	2
Chinal	MRSA patient experiences	Full text 2004-2012	147	6	4	2
Tamk kirjasto Oma-kirjastotietokanta	Sairaalainfektiot	Asiasanat Kieli Suomi	38	5	3	2

7 TULOKSET

7.1 MRSA potilaan hoidon erityispiirteiden toteutuminen hoitotyössä

7.1.1 Tiedonsaannin ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Järnströmin (2011) ja Poikkimäen (2004) tutkimuksissa tutkittiin potilaiden tiedonsaannin ja asiakaslähtöisyyden toteutumista. Tutkimusten eriäväisyytenä on eri ikäjakauma ja erityyppiset osastot. Geriatrisella osastolla vanhukset kokivat tiedonsaannin olevan puutteellista, mutta sisätauti-kirurgisella osastolla vähintään 60-vuotiaat potilaat kokivat tiedonsaannin olevan riittävää. Samalla osastolla olleet 17–49 vuotiaat potilaat tunsivat tiedonsaannin jääneen vajavaiseksi. (Poikkimäki 2004, 66–68, 70–72; Järnström 2011, 6, 194–195.)

Molemmissa tutkimuksissa potilaat kaipasivat lisätietoa sairaudestaan, lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista. Vanhusten keskuudessa nousi esille myös tietämättömyys omasta jatkohoitosuunnitelmasta. (Poikkimäki 2004, 66–68, 70–72; Järnström 2011, 6, 194–195.)

Sisätauti-kirurgisella osastolla potilaille esitettiin avoimia kysymyksiä tiedonsaannin kehittämiseksi. Ylivoimaiseksi asiaksi nousi riittävä vuorovaikutus hoitajan kanssa sekä omahoitajuus suhde, että potilaan ei tarvitsisi kertoa asioita sairaudestaan monelle hoitajalle. Potilaista olisi myös tärkeää, että he saisivat käydä hoitajan kanssa lääkärinkierrolla käytyt asiat läpi vielä kierron jälkeen, koska jotkut asiat jäävät heille epäselviksi. Potilaan ja lääkärin välistä loppukeskustelua toivottiin käytettävän esimerkiksi potilaan sairaalajakson päätyttyä. Geriatrisella osastolla vanhukset toivoivat hoitohenkilökunnalta oma-aloitteisuutta tiedon antamiseen, koska usein vanhus joutui itse kysymään hoitoaan koskevista asioista. (Poikkimäki 2004, 66–68, 70–72; Järnström 2011, 6, 194–195.)

Sisätauti-kirurgisella osastolla potilaiden mielestä itsemääräämisoikeus toteutui. Geriatrisella osastolla itsemääräämisoikeuden toteutumisesta saatiin varsin kielteisiä tuloksia. Toteutumiseen vaikutti tiedonsaanti ja potilaiden omien mielipiteiden huomiointi. Puolet potilaista oli sitä mieltä, että heidän mielipiteet hoidossa otettiin tarkoin huomioon ja heillä oli myös mahdollista kieltäytyä hoidoista tai hoitotoimenpiteistä jos niin halusi-

vat. Suurin osa vanhuksista oli sitä mieltä, ettei heidän toiveitaan, mielipiteitään tai ajatuksiaan geriatriisella osastolla kysytty. Tiedonsaannin puute ja mielipiteiden huomiotta jättäminen on este itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. (Poikkimäki 2004, 74, 76; Järnström 2011, 175–178.)

7.1.2 Infektioiden torjunnan toteutuminen hoitotyössä

Von Schantzin (2005) tutkimuksessa pyydettiin määrittelemään sairaalainfektio. Hoitajista noin 90% tulkittiin vastanneen kysymykseen oikein. Potilailta kysyttäessä samaa noin 83% pyrki jotenkin sanallisesti kuvailemaan sairaalainfektiota. Potilaiden vastauksissa sairaalainfektiota kuvattiin tartunnaksi, jonka kuka tahansa voi saada sairaalassa ollessaan. Se miellettiin tarttuvaksi useimmiten myös leikkauksissa.

7.1.3 Käsihygienia

Valtaosalla hoitotyöntekijöistä on todettu olevan hyvät tai erinomaiset tiedot käsihygieniasta ja suojakäsineiden käytöstä. Käsien desinfektio hoitoalan työntekijöiden mielestä vähentää potilaiden infektoriskiä. Von Schantzin (2005) ja Keräsen (2007) tutkimuksessa tulee ilmi, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa käsihygienian toteuttamisesta, mutta tietouden siirtyminen käytännön hoitotyöhön on kyseenalaista. MRSA-torjuntahankkeessa on todettu, että eri ammattiryhmien välisissä hygieniakäytännöissä ja sen toteuttamisessa on eroja. Hoitajilla on paremmat tiedot infektioiden torjunnasta kuin opiskelijoilla. Ammattikorkeakoulun opiskelijat ovat paremmin harjaantuneita infektioiden torjunnasta kuin opistoasteen opiskelijat. Leikkaus- ja anestesiahoitoon suuntautuneet opiskelijat sekä sisätautikirurgiseen suuntautuneet opiskelijat omaavat paremmat tiedot hoitoon liittyvistä infektioista kuin muiden suuntautumisvaihtoehtojen opiskelijat. Laajemmin koulutetut hoitajat omaavat laajempaa tietoutta infektioiden torjunnasta ja sairaanhoitajat huolehtivat käsihygienian toteutumisesta paremmin kuin lääkärit. Vanhemmat, naispuoliset työntekijät sekä korkeamman tietotason omaavat henkilöt suhtautuvat positiivisemmin hygieniaohjeisiin. (Arvola & Vuorihuhta 2011,14; Keränen 2007, 27-28; Von Schantz 2005, 56.)

Hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden infektioiden torjunnan tietämyksestä on saatu myös eriäviä tuloksia. Osalla tiedot infektioiden torjunnasta ovat varsin keskinkertaisia. Suuri osa hoitotyöntekijöistä uskoo voivansa vaikuttaa hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaan, mutta puolet heistä toteaa, ettei esimerkiksi sormuksilla tai tekokynsillä ole vaikutusta hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Von Schantzin (2005) tutkimuksessa hoitajat vastasivat kyselylomakkeisiin jossa oli erilaisia väittämiä liittyen käsihygieniaan. Yli 80% hoitajista oli oikeaa tietoa siitä missä työn erivaiheissa pitää desinfioida kädet, mutta käsien pesusta tiedot olivat puutteellisemmat. Osa hoitajista saattoi pestä kätensä turhaan jokaisen potilaskontaktin jälkeen, koska syitä suositusten vastaiseen käyttäytymiseen on löytynyt muun muassa tiedonpuutteesta sekä epävarmuudesta käsihuuhteen tehoon ja ihoystävällisyyteen. (Von Schantz 2005, 78; Keränen 2007, 28.)

Infektioiden ja moniresistenttien mikrobien torjuntaan liittyviä käytäntöjä noudatettiin vajavaisesti. Yli puolessa pitkäaikaishoitolaitoksista tehtiin havaintoja käsikoruista sekä rannekelloista, eniten työntekijöillä oli vihki- tai kihlasormuksia. Hoitolaitokset, joissa oli kosketuseristyspotilaita, 60%:lla hoitotyöntekijöistä oli sormuksia ja muista hoitolaitoksista 74%:lla. Rakennekynsien käyttöä ei havaittu, mutta noin puolella hoitotyöntekijöistä oli kynsilakkaa. Käsihygienian toteutuminen hoitotyössä havaittiin puutteelliseksi. Vain noin puolet hoitolaitoksien hoitotyöntekijöistä noudattivat käsidesinfektiota ennen ja jälkeen potilaan hoitotilanteen. Käsihuuhteen käyttöä suosittiin enemmän potilaskontaktin jälkeen. Von Schantzin (2005) tutkimuksessa selvisi, että suuri osa hoitajista pesi kätensä turhaan lähes jokaisen polikliinisen potilaskontaktin jälkeen, esimerkiksi verenpaineen mittauksen jälkeen. MRSA- torjuntahankkeen aikana asiantuntija hoitajat antoivat palautetta, neuvoivat ja ohjasivat osastoja ja yhdeksän kuukauden seurannan aikana käsihygienian toteutuminen parani huomattavasti lähtötilanteeseen nähden. On huomattu, että käsihuuhteen sijoittaminen jokaisen potilaan sängyn viereen lisää työntekijöiden käsien desinfektiota. Käsihuuhteita olikin sijoitettu hoitolaitoksissa hyvin hoitohenkilökunnan saataville asukas wc:hen ja ruokailutiloihin, mutta asukashuoneissa huuhdetta oli vähemmän saatavilla. (Arvola & Vuorihuhta 2011, 14; Keränen 2007, 12, 16, 46, 60, 63-65; Von Schantz 2005, 78.)

Myös potilaiden tietoja käsihygieniasta on selvitetty. Potilaiden tietämystä infektioiden torjunnasta kartoitettiin kysymyksin, jotka koskivat käsien desinfiointin tehoa taudinaiheuttajien tuhoamiseksi ja hoitajien käsien desinfektiota ennen potilaan hoitamista. Potilaista 54% tiesi oikein, että käsien desinfiointi on käsien pesua tehokkaampi tapa tuhota

taudinaiheuttajat. Potilaista 47% tiesi, että hoitajan tulee desinfioida kätensä ennen potilas kontaktia. Potilaiden omia käsihygieniatottumuksia kartoitettiin myös. Potilailta kysyttiin käsihygieniatottumuksia ennen ja jälkeen wc-toimintojen sekä ennen ruokailua. Oman arvion mukaan potilaista noin kolmannes pesee ja/tai desinfioi kätensä ennen ruokailua. Noin neljännes kertoo tekevänsä niin wc-toimintoja ennen ja lähes kaikki niiden jälkeen. Käsien pesun jälkeen noin 75% potilaista sulkee hanan paljaalla kämmenellä. Potilaiden haastattelussa kävi ilmi, että osa potilaista ei tiennyt kuinka käsihuuhdetta tulisi käyttää ja muutama käytti käsihuuhdetta samalla tavoin kuin saippuaa eli käytön jälkeen huuhteli kädet vedellä. (Von Schantz 2005, 59-60, 68.)

7.1.4 Suojainten käyttö

Suojainten käytön tuloksista pystyttiin päättämään, että suojainten käytöstä ei osastoilla ole selkeitä ohjeita. Hoitajilla oli parhaiten tietoa verenkierron, eristystoiminnan ja lääkitsemisen huolehtimiseen tarvittavista suojainten käytöstä. Puutteita tiedoissa havaittiin hoitajan oman turvallisuuden huolehtimisessa sekä erilaisissa työympäristöissä työskentelemisessä, myös potilaan hengityksen huolehtimisessa kuten liman imeminen potilaan hengitysteistä ja siinä tarvittavista hoitajan suojaamista kuten esimerkiksi suun- nenäsuojuksen käytöstä. (Von Schantz 2005, 61,79.)

Pitkäaikaishoitolaitoksissa hoitohenkilökunnan käyttöön oli vinyylisuojakäsineitä ja suojaesiliinoja, joiden käyttö toteutui päivittäisessä hoitotyössä. Suojaesiliinojen käytössä havaittiin kuitenkin enemmän puutteita. Kertakäyttöisiä suihkuesiliinoja saatettiin käyttää niin kauan kuin ne olivat ehjiä, eikä monikäyttöisten suojaessujen huollosta ja pesemisestä huolehdittu asianmukaisesti. Noin neljässä pitkäaikaishoitolaitoksessa, joissa oli asukkaita kosketuseristyksessä suihkuesiliinat huollettiin ja kertakäyttöiset esiliinat laitettiin suoraan roskeen. Suojakäsineiden käyttö toteutui paremmin. Hoitotyöntekijät käyttivät suojakäsineitä asukaskohtaisesti ohjeiden mukaan. Kuitenkin suurena epäkohtana havaittiin, että monessa hoitoyksikössä, noin 70% hoitolaitoksista, työntekijät kulkivat käytävällä likaiset kertakäyttöhanskat kädessään ja koskevan niillä esimerkiksi puhtaisiin pyykkeihin ja ympäristön pintoihin. Myös potilaat ovat huomanneet puutteita hoitajien suojaruustusten suhteen. Potilaat, joilla oli MRSA-infektio, kertoivat, että osa hoitajista käytti suojakäsineitä vasta tiedettyään potilaan MRSA-infektioista esimer-

kiksi haavahoitoa suorittaessaan. (Andersson, Fossum & Lindholm 2010, 49-51; Keränen 2007, 14 – 15, 49, 54, 60.)

7.1.5 Toimintatavat hoitotyössä infektioiden torjumisen kannalta

Vaipan vaihdon ja haavahoidon toteutumisessa havaittiin puutteita. Vaikka haavahoito toteutui suurimassa osassa hoitolaitoksista hyvin, infektioiden torjumisen kannalta työjärjestystä ei toteutettu. Tavallisimpia virheitä olivat tahriintuneiden suojakäsineiden käyttö puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä. Likaisilla suojakäsineillä otettiin myös puhtaita haavahoitotarvikkeita kaapista tai hoitotarvikekorista. Vaipan vaihdossa huomattiin samankaltaisia puutteita kuin haavahoidon toteuttamisessa, mutta vaipan vaihdon yhteydessä työjärjestyksen toteuttamatta jättäminen oli yleisempää ja jopa käsien desinfektio saatettiin unohtaa. Lääkejaossa hoitajat noudattivat suosituksia, eli käyttivät lääkkeitä jakaessaan lääkelusikkaa, pinsettejä tai pitivät suojakäsineitä. Osa hoitajista jakoi kuitenkin lääkkeitä paljain käsin. (Keränen, 2007, 17, 49-50.)

7.1.6 Kosketuseristys

Pitkäaikaishoitolaitoksissa kosketuseristykseen tarvittavat vaatimukset täyttyivät. Potilaalle pystyttiin järjestämään joko oma huone tai kohorttihuone wc- ja pesutiloineen tarpeen vaatiessa. Huoneissa oli myös omat hoito- ja tutkimusvälineet. Kuitenkin henkilökunnan käsihygienian ja suojainten käytön toteutumisessa oli puutteita. (Arvola & Vuorihuhta 2011, 42; Keränen, 2007, 25- 27.)

7.2 MRSA-kantajan kokemuksia

7.2.1 Kokemus eristyshoidosta

Hellströmin ym. tutkimuksessa (2010) oli haastateltu MRSA- potilaita ja heidän kokemuksiaan MRSA- kantajuudesta. Potilailta oli kysytty miltä eristyshoito ja MRSA- kantajuus tuntuu, kuinka he olivat saaneet informaatiota tartunnan saadessaan ja kuinka heitä oli informoitu MRSA- bakteerista ja sen vaikutuksista. Tutkijat olivat ottaneet esille myös millaisia traumakokemuksia MRSA- tartunta oli potilaille aiheuttanut ja miltä heistä tuntui olla taudin kantajia.

Hellströmin (2010) tutkimuksessa potilaat kokivat kosketuseristyksen potilasta rajoittavana ja loukkaavana. Potilaat tunsivat olleensa lukittuna neljän seinän sisään, eristettynä sosiaalisista kontakteista. Muiden potilaiden tapaaminen ei ollut sopivaa, eikä huoneesta saanut poistua sairaalajakson aikana. Ainoa sosiaalinen kanssakäyminen tapahtui hoitajan kanssa silloin, kun ruoka jaettiin potilashuoneisiin tai potilaalle suoritettiin hoitoa. Muuten hoitajat eivät käyneet huoneissa. Potilaat kertoivat olleensa pitkästyneitä sairaalassa ollessaan, osa koki olonsa tylsäksi. (Hellström, Sjöström & Skyman 2010, 103—105.) Kiviluoman ym. (2012) opinnäytetyössä potilaat kaipasivat eristyshuoneeseen lisää virikkeitä. Potilaat saivat omaisilta tarpeellisia lisä virikkeitä kuten lehtiä ja tietokoneen. (Kiviluoma, Kuusela & Yli-Peltola 2012, 25).

”Oli vaikeaa olla eristettynä ja lukittuna huoneeseen. En saanut mennä ulos huoneesta, joten se oli tylsää. Se oli todella pitkästyttävää, huoneessani käytiin ainoastaan siivoamassa ja tuomassa ruokaa.” (Hellström ym. 2010, 104).

7.2.2 Kokemus MRSA-positiivisuudesta

MRSA- potilaat kokivat olevansa eriarvoisessa suhteessa muihin potilaisiin. Potilaiden alkuperäinen hoidon syy jäi MRSA- tartunnan varjoon. Tartunnan saaminen ja MRSA- kantajuus sekä mahdollinen tartunnan levittäminen oli shokki. He tunsivat häpeää, epäpuhtautta, pelkoa ja syyllisyyttä. Potilaat kokivat hoitajien huonon käsihygienian olleen tartunnan aiheuttaja ja olivat pettyneitä saamaansa hoitoon. Haastattelusta kävi ilmi, että

potilaat olivat seuranneet hoitajien käsihygienian toteutumista ja huomasivatkin huolimattomuutta esimerkiksi potilaiden välissä tapahtuvasta käsihygienian käytännöistä. Tartunnan saatuaan potilaat itse olivat valveutuneita käsihygienian tärkeydestä. (Hellström ym. 2010, 103- 105.)

7.2.3 Kokemus tiedonsaannista

Hellströmin (2010) tutkimuksen mukaan useimmat potilaista sanoivat, että eivät olleet saaneet informaatiota MRSA:sta tai tieto oli hyvin vähäistä. Suurena ongelmana oli tiedon ristiriitaisuus ja hämmentävyys. Yksi potilaista koki tullessaan laiminlyödyksi, koska hänelle ei oltu kerrottu MRSA:n olevan moniresistentti bakteeri. (Hellström ym. 2010, 103-105.) Potilaiden ja hoitajien tiedon puute aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä, väärinkäsityksiä, pelkoa ja sosiaalista eristäytymistä (Andersson ym. 2010, 50).

Kyllin ym. (2011) opinnäytetyössä oli tutkittu kosketuseristyspotilaita. Opinnäytetyössä potilaat kokivat ensitiedon saatuaan alkusi pelkoa, epätietoa ja hämmennystä. Potilaita mietitytti myös mistä olivat tartunnan saaneet. Potilaat olivat kuitenkin tyytyväisiä annettuun ensitietoon. Tieto oli annettu moniammatillisesti ja yksiselitteisesti. Kiviluoman ym (2012) opinnäytetyössä oli myös tutkittu kosketuseristys hoidossa olevia potilaita ja tulokset olivat tiedonsaannista samansuuntaisia. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa informaatioon. Myöhemmin annetun ohjauksen ja kirjalliset ohjeet potilaat kokivat kuitenkin puutteelliseksi. Erityisesti puutteita oli tiedonsaannissa koskien kosketuseristystä ja moniresistenttejä bakteereja. (Kylli, Pohjola & Rikkola 2011, 41—42; Kiviluoma, Kuusela & Yli-Peltola 2012, 25.)

Potilaat olisivat kaivanneet lisätietoa erityisesti hoitajien suojavaatteista. He eivät ymmärtäneet miksi hoitajat välillä pukeutuivat vaatteisiin ja välillä eivät. (Kiviluoma, Kuusela & Yli-Peltola 2012, 27.)

” Yksi hoitaja käski minua menemään infektioklinikalle. Miksi tekisin niin? Se oli kamala kokemus, kun en tiennyt miksi sinne pitäisi mennä.”(Hellström ym. 2010, 103.)

7.2.4 Hoitajien ja omaisten suhtautuminen

Hoitajien käyttäytyminen oli potilaiden mielestä epäammattimaista. Hellströmin (2010) tutkimuksessa MRSA- potilaita ohjattiin välttämään yleisiä odotustiloja esimerkiksi terveyskeskusten päivystyksessä. Tämän potilaat kokivat leimaavana ja heistä tuntui, että heillä olisi jokin ”kulkutauti”. Omaisten reaktiot olivat negatiivisia, joka pahensi potilaiden mielialaa entisestään. Potilaat olivat epätietoisia siitä, että onko MRSA este normaalille kanssakäymiselle ja ihmisten tapaamiselle. Tartunnan saatuaan potilaat eivät saaneet omaisilta tarvitsemaansa tukea ja hyväksyntää, joka potilaiden oli vaikeaa hyväksyä. (Hellström ym. 2010, 103–105.) Vastaavassa tutkimuksessa potilaat olivat kokeneet saavansa eriarvoista hoitoa sekä potilaat olivat huomanneet hoitajien arastelleen heitä tai jopa heidän pelkäävänsä MRSA- tartuntaa (Andersson ym. 2010, 49–51). Kuitenkin Oulussa tehdyn opinnäytetyön haastatteluissa kosketuseristyksissä olleet potilaat olivat tyytyväisiä hoidon laatuun. He eivät huomanneet eroa hoitajien suhtautumisessa tai vierailujen määrässä potilas huoneessa ennen ja jälkeen eristyshoidon aloitusta. (Kylli, Pohjola & Rikkola 2011, 45.)

Eläminen MRSA:n kanssa voi olla potilaalle todella stressaavaa. Henkilökunnalta vaaditaan tietoa ja empatiaa potilaiden kokemusten käsittelyyn sekä tasavertaiseen kohtaamiseen. (Andersson ym. 2010, 49–51.)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Suomessa MRSA- potilaiden kokemuksia kantajuudesta on tutkittu vähän. Ruotsissa aihetta on tutkittu jonkin verran enemmän. Suomalaisten MRSA- potilaiden kokemuksia tulisi tutkia lisää ja verrata niitä kansainvälisesti muissa maissa tehtyihin tutkimuksiin. MRSA- potilaiden hoitokäytännöt vaihtelevat eri maissa. Esimerkiksi Ruotsissa MRSA- potilaat joutuvat välttämään yleisiä tiloja kuten sairaalan odotustiloja. Suomessa MRSA- potilaita ei eritellä avohoidossa, mutta vuodeosastohoitojen aikana MRSA- potilaat eristetään omiin huoneisiinsa. Suomessa on perustettu myös joihinkin laitoksiin kohorttiosastoja, joihin sairaalainfektio potilaat sijoitetaan. Kohorttiosastolle potilaita sijoittamalla pystytään ehkäisemään potilaan sosiaalinen eristäytyminen hoitajakson aikana.

Työmme tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksena MRSA- potilaiden hoitotyön ja infektioiden torjunnan toteutumista sekä potilaiden kokemuksia MRSA- kantajuudesta. Hoitotyön ja infektioiden torjunnan näkökulmasta työ vastasi paremmin tarkoitustaan, kun taas MRSA-potilaiden kokemuksista löytyi hyvin niukasti tietoa.

Kaikilla potilailla on oikeus hyvään hoitoon. Potilaan sairaudet tai muut terveyteen liittyvät ongelmat eivät saa estää itsemääräämisoikeuden ja tiedonsaannin toteutumista. Tulosten perusteella pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantia laiminlyödään. (Järnström 2011, 6, 194–195.)

Hoitohenkilöstöllä on hyvät tiedot infektioiden torjunnasta, mutta tulosten perusteella voidaan todeta, että käytännön työssä ne eivät aina toteudu. Infektioiden torjunnan toteutukseen vaikuttaa ammattiryhmien väliset erot, ikä, sukupuoli sekä koulutustaso. Infektioiden torjunnassa suojainten käytöstä ei ole riittäviä ohjeita tai niitä ei noudateta. MRSA- potilaiden hoidossa suojainten käyttö on yleisempää.

Virheellinen ja puutteellinen suojakäsineiden käyttö altistaa sekä potilaat että hoitotyöntekijät mikrobirtunnoille. Käsihygieniaan liittyviä tapoja on hankala muuttaa, sillä ihmisten toiminta on yksilöllistä. Toimintaan vaikuttaa biologinen sekä vaistomainen käytös, ympäristö, koulutus ja jopa kulttuuri. Ihmisellä on yksilönä oma asenteensa ja uskomukset, joiden täytyy muuttua ennen kuin odotetaan muutosta käyttäytymisessä.

Työntekijän tulisi itse arvioida ja pohtia toimintatapojaan sillä persoonallinen kasvu ja ammatillinen kehittyminen saavat aikaan muutoksia henkilön toiminnassa. (Keränen 2007, 14,15,28,49,60.)

Joskus tavanomaiset varotoimet eivät riitä resistenttien mikrobin tartuntaketjun katkeamiseen, vaan siihen tarvitaan kosketuseristystä. Suomessa kuitenkin kosketuseristystä ei suositella, koska esimerkiksi pitkäaikaishoitolaitokset rinnastetaan potilaiden kodiksi. Vanhainkodeissa tai muissa vastaavissa laitoksissa potilaat asuvat vuosia. Silloin kun potilaalla on MRSA, häntä ei voida eristää sosiaalisesta elämästä ilman, että hänen elämänlaatusa kärsii. Vaikka potilas olisikin moniresistentin mikrobin kantaja, se ei ole este asianmukaiselle hoidolle ja hyvälle elämänlaadulle. (Keränen, 2007, 25-27.)

Tulosten perusteella tarvittaessa kosketuseristyksen järjestäminen on hoitolaitoksissa mahdollista. MRSA-potilaalle järjestetään oma huone wc- ja pesutiloineen sekä omat tutkimusvälineet. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan noudata kosketuseristyksen aseptista ohjeistusta. Aseptisen ohjeistuksen laiminlyöminen voi johtua hoitajien kiireestä tai välinpitämättömyydestä infektioiden torjuntaa kohtaan. (Arvola & Vuorihuhta 2011, 42; Keränen, 2007, 25- 27.)

MRSA-positiivisuus on potilaalle kriisi. MRSA-kantajuus aiheuttaa häpeän, pelon ja syyllisyyden tunteita. Suurin osa negatiivisista tunteista johtuu riittämättömästä tiedonsaannista. Hoitajien antama tieto saattaa olla ristiriitaista ja hämmentävää joka aiheuttaa potilaalle tarpeetonta kärsimystä, väärinkäsityksiä, pelkoa ja voi lisätä sosiaalista eristäytymistä. MRSA- tartunnan alkuperä kiinnostaa potilaita. He uskovat hoitajien huolimattoman käsihygienian olevan tartunnan syy, jolloin potilaan kokema hoidonlaatu alenee. Potilaiden tulisi saada riittävästi tietoa MRSA- bakteerista ja siitä, kuinka MRSA-bakteeri tarttuu.

Potilaiden kokemukset kosketuseristyshoidosta ovat negatiivisia. He tuntevat tulevansa sosiaalisesti eristetyiksi. Virikkeiden puutteellisuus johti tylsistymiseen sairaala hoidon aikana.

Itsemääräämisoikeuden ja tiedonsaannin pitää toteutua MRSA- kantajuudesta huolimatta. MRSA- potilaan eristyshoidosta johtuen potilaskontaktit ovat vähäisiä, joten itse-

määräämisoikeuden ja tiedonsaannin kokonaisvaltainen toteuttaminen ei välttämättä toteudu. Opinnäytetyön tutkimuksissa huomasimme, että niiden toteutumiseen vaikuttaa myös potilaan ikä ja sairaalahoidon pituus, mutta potilaan sairaudella tai mahdollisella infektiolla ei ole osuutta asiaan.

Infektioiden torjunnan kannalta hoitohenkilökunnan koulutusta tulisi lisätä. Hoitohenkilökuntaa tulisi motivoida infektioiden torjunnan toteuttamiseen. Henkilökunnan ohjauksella ja opastuksella oli selkeä vaikutus infektioiden torjuntatoimien parantumiseen. Kehittämisen kannalta tulisi tehdä lisää tutkimuksia aiheesta kuinka infektioiden torjunta toteutuu käytännössä ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat, esimerkiksi mitkä keinot motivoivat hoitohenkilökuntaa toteuttamaan hyvää aseptiikkaa ja mitkä tekijät taas heikentävät sitä.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka tarkoittaa yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja yleisöön. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkijat käyttävät eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen teon aikana eettisyys kulkee mukana ideoinnista tulosten esittelyyn asti. Tutkimusetiikka koskee ja velvoittaa kaikkia tutkijoita alasta ja oppimäärästä riippumatta. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijoilta rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. (Vilka 2005, 29, 30.)

Muokkasimme opinnäytetyön aiheen oman kiinnostuksemme mukaan. Erilaisia ideoita saimme eräältä vanhainkodilta, mutta lopullisen aiheen rajauksen teimme itse. Työllä ei ollut varsinaista toimeksiantajaa, eikä rahoittajia. Tiedonhaussa käytimme yleisiä hakukoneita. Hakuprosessi ja työn eteneminen on vaiheittain selvitetty työssä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoin olemme raportoineet tiedonhaku prosessin, valintakriteerit, analyysi menetelmän sekä tulokset. Työ ei ole materiaaliltaan kuitenkaan niin kattava, että voitaisiin tämä työn kohdalla puhua systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. Työ on katsaus kirjallisuuteen. Olemme pyrkineet kirjoittamaan työn hyvällä suomenkielellä ja selventämään vaikeimpia käytettyjä termejä.

Tutkimustekstissä tulee mainita kuka on alkuperäisen tiedonlähteenä. Tutkimuksessa tulee mainita myös tutkijoiden suhde tutkittavaan asiaan tai toimeksiantajiin sekä olla avoin tutkimuksien rahoittajista. Tiukka aikataulu ei oikeuta tutkimusta tehdessä epä-tarkkuuteen. (Vilka 2005, 31—33.) Opinnäytetyöhön olemme merkanneet tekstiviitteet, jotta pystyy havaitsemaan mistä alkuperäinen tieto on peräisin. Tekstiviitteinä käytetyt lähteet löytyvät tarkemmin vielä lähdeluettelosta. Ne osuudet, missä ei ole viitettä on omaa tekstiämme, eikä perustu toisen kirjoittamaan tekstiin.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida seuraavien seikkojen avulla: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, omat sitoumuksesi tutkijana tässä tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen raportointi (Sarajärvi & Tuomi 2009, 140—141).

Tutkimuksen kohde ja tarkoitus ovat luotettavuudeltaan hyviä. Meillä tutkijoina ei ollut ennen opinnäytetyötä mitään siteitä kyseiseen hoitolaitokseen, eikä aiheeseen. Opinnäytetyötä tehdessämme jouduimme muuttamaan tutkimus suunnitelmaa jonkin verran jo tiedon hakuprosessin aikana. Alkuperäisen suunnitelman tutkimus kysymyksiin ei löytynyt tieteellisiä tutkimuksia. Muutoksessa itse aihe pysyi samana, mutta teimme kysymyksistä laajemmat. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoitus tutkia vain vanhuksien kokemuksia MRSA:sta, mutta tiedonpuutteen vuoksi laajensimme kysymyksen koskemaan kaikkia potilaita. Tutkimuksissa, joita käytimme käsitellessämme infektioiden torjuntaa, ei ollut mainintaa, millaisia infektio potilaita niissä oli hoidettu. Voi siis olettaa, että tutkimusjoukossa ei ollut vain MRSA- potilaita. Tiedonhaussa käytimme apuna myös Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikkoa, joka toisaalta lisää luotettavuutta siitä että käytettävää materiaalia ei vain ole saatavilla.

Katsauksessa analysoitujen tutkimusten määrä on melko suppea, mikä heikentää luotettavuutta. MRSA-potilaiden kokemuksia ei ole tieteellisesti tutkittu Suomessa. Raportoitujen tulosten perusteella ei voida tehdä yleistyksiä. Niitä voidaan käyttää vain suuntaa antavina. Yleistyksiä ei voida tehdä senkään vuoksi, koska MRSA-potilaiden hoitokulttuuri on Ruotsissa erilaista kuin Suomessa. Raportissa käytetyt Suomessa tehdyt tutkimukset olivat muiden ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä, jotka eivät täytä kaikkia tieteellisen tutkimuksen periaatteita, mikä heikentää luotettavuutta. Opinnäytetöissä oli myös pieni otanta.

Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää ja rajoittaa tutkijoiden kielitaito, joka rajoittuu suomeen ja Englantiin. Muilla kielillä hyviä kansainvälisiä tutkimuksia tähän työhön olisi mahdollisesti voinut löytyä paremmin. Myös löydetyt englannin kieliset lähteet, on tutkijoiden itse suomentamia, joka voi sinällään vaikuttaa luotettavuuteen, kun ei voida käyttää tutkimuksen alkuperäiskieltä. Luotettavuutta heikentää myös vähäinen löydettyjen tutkimusten määrä.

LÄHTEET

- Andersson, H., Fossum, B. & Lindholm, C. 2010. MRSA – global threat and personal disaster : patients experience. *International nursing review*. International council of nurses. 3/2011, 47–53.
- Arvola, P. & Vuorihuhta, M. 2011. MRSA- torjuntahanke. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 1/2011.
- Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.
- Broas, M. & Niemi, P. 2011. Kosketuseristys. Julkaistu 27.3.2011. Lapin sairaanhoitopiiri. Infektio-sairaalahygienia yksikkö. Luettu 19.3.2013.
- Elberkennou, J. 2011. Kustannus-hyötyarvio MRSA:n aiheuttamien sairaalainfektioiden ennaltaehkäisystä ja kontrollista. Julkaistu 21.03.2011. Luettu 06.03.2013. <http://mek.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=3157&q=&f=255&o=D5>
- Elomaa, N., Syrjälä, H. & Teirilä I. 2010. Infektioiden torjuntatyön organisointi. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta 2010. Helsinki: Kuntaliitto.
- Hagelberg, G. 1999. Eristetyn potilaan ympäristö ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Hietala, M & Roth- Holttinen. (toim.) Infektiot ja hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hamilas, M., Rintala, E., Santapere, M. & Virkanen, T. 2007. MRSA- epidemia pitkäaikaishoitolaitoksessa – MRSA- kantajan hyvä hoito. Suomen sairaalahygienialehti. 4/2007, 199-203.
- Hellström, L., Sjöström H. & Skyman, E. 2010. Patient´s experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 3/2010, 101-107.
- Hietala, M. & Terho, K. 1999. Varotoimet ja eristäminen hoitotyössä. Teoksessa Hietala, M & Roth- Holttinen. (toim.) Infektiot ja hoitotyö. 1999. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hietala, M. & Terho, K. 1999. Sairaalainfektiot ja moniresistentit sairaalabakteerit. Teoksessa Hietala, M & Roth- Holttinen. (toim.) Infektiot ja hoitotyö. 1999. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. 2007. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.
- Jonsson, A., Karhunmäki, E. & Saros, M. 2005. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita prima Oy.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja. Luettu 1.12.2012
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>

Keränen, T. 2007. Pitkääikaishoitolaitosten valmiudet infektioiden torjunnassa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu- tutkielma.

Keränen, T. & Ylipalosaari, P. 2010. Potilaan eristäminen. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta 2010. Helsinki: Kuntaliitto.

Kiviluoma, I-L., Kuusela, H. & Yli-Peltola, E. 2012. Eristyspotilaan tiedontarve- kosketuseristyksessä ja tiukennetussa kosketuseristyksessä olevan potilaan näkökulma. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50873/Kiviluoma_Ida-Lotta_Kuusela_Heidi_Yli-Peltola_Elise.pdf?sequence=1

Kolho, P. & Syrjälä, H. 2010. Metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus* eli MRSA. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 2010. Helsinki: Kuntaliitto.

Kotilainen, H., Lyytikäinen, O. & Ruutu, P. 2010. Infektioiden torjuntaa koskevat säädökset sekä viranomaistoiminta. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta 2010. Helsinki: Kuntaliitto.

Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY-pro Oy.

Kylli, H., Pohjola, S. & Rikkola, J. 2011. Potilaiden kokemuksia hoidosta ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana kirurgisilla vuodeosastoilla. Hoitotyön koulutusohjelma. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29196/valmis%20opn.pdf?sequence=1>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

Lumio, J. 2010. Sairaalainfektiot ja sairaalabakteerit. Julkaistu 06.09.2010. Luettu 06.03.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01042

MRSA- ohje. Yleistietoa MRSA:sta terveydenhuollon ammattilaisille. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Infektiosairaudet ja sairaalahygienia. TAYS. 27.12.2011.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=3914>

Ohje Metisilliiniresistenttien *Staphylococcus aureus* torjunnasta. 2004. MRSA- asiantuntijatyöryhmän suositus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. C1/2004.Helsinki.Luettu1.12.2012.<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78663/mrsa2004.pdf?sequence=1>

- Pekkalin, P. 2013. Mrsa-bakteeria yhä enemmän oireettomilla perusterveillä. Aamulehti. N:o 80. 131.vuosikerta. 21.3.2013, 8.
- Pentti, M. 2010. Tavanomaiset varotoimet, eristyksen periaatteet, tartuntatiet, eristys- ja varotoimiluokat. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja 2010. Helsinki: Duodecim.
- Pentti, M. & Terho, K. 2010. Metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus*. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja 2010. Helsinki: Duodecim.
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Progradu-tutkielma. Luettu 1.12.2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00420.pdf>
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Schantz, M. 2005. Sairaalainfektioiden torjunta hoitotyön toimintona. Hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyön tekijöiden sekä potilaiden tiedot ja käsitykset. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopiston julkaisuja.
- Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 2010. Helsinki: Kuntaliitto.
- Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 2010. Helsinki: Kuntaliitto.
- Tartuntatautilaki 10.11.2006/989.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2012. Laboratorioiden ilmoittamat mik-robilöydökset sairaanhoitopiireittäin vuonna 2011. Julkaistu 15.01.2012. Luettu 03.05.2012. <http://www3.ktl.fi/stat/>
- Vahderpää, S. 2008. Toivo. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus lasten ja nuorten toivon tutkimuksista. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro- gradu- tutkielma.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vuento, R. 2010. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 2010. Helsinki: Kuntaliitto.
- Wilskman, K. 2004. MRSA- potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja normaaliin elämään. Sairaanhoitaja. 2/2004, 9-12.

Liitteet

Liite 1 Tutkimustaulukko

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston ke- ruu ja analy- sointi	Tulokset
Anders- son, H., Fossum, B. & Lind- holm, C. 2010. Ruotsi.	Vahvistaa ja ku- vailla potilaiden tietoja, käsityksiä ja kokemuksia MRSA- positiivi- suudesta.	15 potilasta, joilla on MRSA- haa- vainfektio.	Haastattelu. Sisällönana- lyysi.	MRSA- infek- tio oli potilaalle shokkireaktio. MRSA- posi- tiivisuus on potilaita lei- maava. Potilaat tunsivat itsensä likaisiksi ja kal- toinkohdelluksi sekä pelkäsivät tartuttavansa muita.
Arvola, P. & Vuori- huhta, M. 2011. Suomi.	MRSA-epidemian py-säyttäminen, hy- gieniakäytäntöjen noudattamisen pa- rantuminen ja hoi- toon liittyvien in- fektioiden vä- heneminen.	TAYS.in 30 eri yksikön henkilö- kunta.	Havainnointi.	Hyvien hygie- nia-käytäntöjen noudattaminen oli puutteellis- ta. Toiminta parani seurannan, mittauksi- en, raportoinnin sekä palaut- teenannon seu- rauksena.

<p>Hellström, L., Sjöström, H. & Skyman, E. 2010. Ruotsi.</p>	<p>Saada tietoa MRSA-tartunnan saaneiden potilaiden kokemuksista ja hoidosta infektiokeskoksella.</p>	<p>Kuusi sairaalassa MRSA-tartunnan saanutta potilasta, joista kaksi oli naisia ja neljä miehiä, iältään 35-76 vuotiaita.</p>	<p>Haastattelu. Laadullinen analyysimenetelmä.</p>	<p>Potilaat tunsivat itsensä loukatuiksi. Tartunnan saaminen oli traumaattista. Potilaat kokivat asemansa eriarvoiseksi suhteessa muihin potilaisiin, eivät saaneet riittävästi tietoa MRSA:sta. Potilaat tunsivat hoitajien, omaisten ja muiden potilaiden reagoivan heihin negatiivisesti.</p>
<p>Järnström, S 2011. Suomi.</p>	<p>Käsitellä vanhusten asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä geriatriksessa sairaalassa</p>	<p>44:n ympärivuorokautista hoitoa tarjoavan hoitolaitoksen hoitohenkilökunta.</p>	<p>Teemahaastattelu, haastattelujen asiakertomustekstit, ryhmähaastattelu ja toiminnan havainnointi. Analysoitu etnografisen kuvauksella ja diskursiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>Itsemääräämisoikeus ei toteudu, hoitajat päättävät asioita vanhusten puolesta. Heidän mielipiteitä ja ajatuksia ei oteta huomioon eikä niitä kysytä, mielipiteillä ei ollut merkitystä ja niitä myös vähätel-</p>

				tiin.
Keränen, T. 2007. Suomi.	Selvittää pitkäaikaishoitolaitoksien valmiuksia infektioiden ja moniresistenttien mikrobien torjunnasta.	44:n ympärivuorokautista hoitoa tarjoavan hoitolaitoksen hoitohenkilökunta.	Havainnointi ja haastattelu.	Käsihygieniasta ja infektioiden torjuntaan liittyviä käytäntöjä toteutetaan puutteellisesti. Aseptisesti oikeaa työjärjestystä ei noudatettu. Eristyshuoneen järjestäminen onnistui.
Kiviluoma, I-L., Kuusela, H. & Yli-Peltola, E. 2012. Suomi.	Selvittää eristyspotilaiden tiedon tarvetta kosketuseristyksessä ja tiukentamassa kosketuseristyksessä olevan potilaan näkökulmasta Vaarisnais-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautiklinikan osastoilla.	Kuusi potilasta.	Teemahaastattelu. Aineistolähtöinen sisälönanalyysi.	Potilaat kaipaavat lisää tietoa eristyksestä ja sen syystä. Eristyshuone on virikkeetön.
Kylli, H., Pohjola, S. & Rikola, J. 2011. Suomi.	Kuvata kosketuseristyksessä olevien potilaiden hoitoa ja ohjausta Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla.	Neljä potilasta.	Teemahaastattelu. Aineistolähtöinen sisälönanalyysi.	Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, kohteluun ja tiedonsaantiin, sekä luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon

				infektioiden torjunnassa.
Poikkimäki, I. 2004. Suomi.	Selvittää miten hyvin on toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana.	83 potilasta, 111 hoitajaa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla.	Kyselylomake. Ristiintaulukointi ja khiineliö-testi. Sisällönanalyysi.	Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, kohteluun ja tiedonsaantiin, sekä luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon infektioiden torjunnassa.
Von Schantz, M. 2005. Suomi.	Analysoida ja vertailla terveysalan eri koulutusmuotojen hoitotyön opiskelijoiden, työelämässä olevien hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tietoja ja käsityksiä sairaalainfektioista ja niiden torjunnasta sekä opiskelijoiden ja potilaiden käsihygienian toteutumista.	Terveysalan opinto-asteen hoitotyön opiskelijat, terveysalan ammattikorkeakouluasteen hoitotyön opiskelijat, alue- ja terveyskeskussairaaloiden sisätauti-osastojen eri asteiset hoitotyöntekijät sekä kyseisten osastojen potilaat.	Tutkimusaineisto kerättiin opiskelijoilta kyselyllä, havainnoinnilla ja haastattelulla. Hoitajilta kyselyllä ja potilailta haastattelulla.	Sairaalainfektio käsitteenä oli tuttu valtaosalle kaikista vastaajaryhmistä. Kaikilla osapuolilla oli puutteita koskien tietoja sairaalainfektioiden esiintyvyydestä, vaikutuksista ja aiheuttajamikrobeista.