

Sairaanhoitajan aseptinen työskentely heräämössä

Merja Lähteenmäki, Sari Mäki ja Susanna Sinkko



Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Sairaanhoitajan aseptinen työskentely heräämössä

Merja Lähteenmäki
Sari Mäki
Susanna Sinkko
Opinnäytetyö Marraskuu 2014

Laurea-ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tikkurila

Sairaanhoitaja (AMK) / Hoitotyön koulutusohjelma

Merja Lähteenmäki, Sari Mäki ja Susanna Sinkko

Sairaanhoitajan aseptinen työskentely heräämössä

Opinnäytetyö 28 sivua + 3 liitettä

Marraskuu 2014

Tämän opinnäytetyön aihe on sairaanhoitajan aseptinen työskentely heräämössä. Opinnäytetyö toteutettiin projektiyhteistyönä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Naistenklinikan leikkauas- ja anestesiaosaston kanssa. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan aseptista työskentelyä heräämössä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin avoimin kysymyksin lomakekyselynä kolmen eri sairaalan heräämössä työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Tutkimustuloksista ja kirjallisuudesta etsittiin tietoa sairaanhoitajien aseptisestä työskentelystä heräämöhoidotyössä.

Tuloksista selvisi että, sairaanhoitajat pitivät aseptista työskentelyä tärkeänä heräämöhoidotyössä. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajan on hallittava aseptiikan osaaminen potilaan perioperatiivisessa hoidotyössä: esimerkkinä heräämössä tehtävät toimenpiteet. Tutkimustuloksissa korostui hoitohenkilökunnan tarve saada ajantasaista tietoa aseptiikasta.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää keskusteltaessa aseptiikan merkityksestä heräämöhoidotyössä. Aseptiikan kulmakiviä voitaisiin hyödyntää esimerkiksi sairaanhoidon opiskelijoiden ohjauksessa ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Avainsanat: aseptiikka, aseptinen työskentely, sairaanhoitaja, heräämö, postoperatiivinen hoitoympäristö

University of Applied Sciences

ABSTRACT

Bachelor's Degree in Nursing and Health care

Merja Lähteenmäki, Sari Mäki and Susanna Sinkko

Nurses' aseptic working in Recovery Room

Bachelor's Thesis pages 28 + 3 appendices pages

November 2014

The purpose of this Thesis was to do research on nurses' aseptic working in recovery room. Laurea-ammattikorkeakoulu, University of Applied Sciences and Naistenklinikka hospital are working together in a project based on needs in working level.

Our research method was qualitative. The research materials was collected by questionnaires for the nurses who work in the recovery room in three different hospitals. The answers of the questions were looked for the results and the literature, if there were any characteristics in aseptic working of the nurses working in perioperative nursing. The data was analyzed by using qualitative content analysis gathering together the wholeness of details and the meanings.

The results revealed that, the nurses considered aseptic working important in perioperative nursing, in the recovery room. Throug out the patients' postoperative nursing the nurse has to have good knowledge of aseptic working, for example all medical procedures in the recovery room. The results showed that there is a need for a hygiene manager giving some up-to-date information and training.

The results of this Thesis could be used for nurses working in recovery room. It could help them to keep in memory of the importance of asepsis. The cornerstones of asepsis could be used for example giving student guidance in nursing and employee orientation.

Key words: asepsis, aseptic nursing, nurse, recovery room, postoperative nursing

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Käsitteiden määrittely	7
	2.1 Perioperatiivinen hoitotyö	7
	2.2 Heräämöhoidotyö.....	8
	2.3 Heräämössä tehtävät toimenpiteet.....	11
3	Aseptiikka.....	11
	3.1 Käsihygienia	12
	3.2 Käsien pesu ja desinfektio.....	14
	3.3 Suojakäsineiden käyttö.....	15
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	16
5	Tutkimuksen aineisto ja analyysi.....	17
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	17
	5.2 Tutkimusaineiston keruu	18
	5.3 Aineistonkeruumenetelmät	19
	5.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	19
6	Tutkimustulokset.....	20
7	Tutkimustulosten arviointi.....	25
	7.1 Tutkimuksen eettisyys.....	25
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	26
	7.3 Tutkimustulosten arviointi / pohdinta.....	26
	7.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	28
	Lähteet.....	29
	Liitteet.....	31

Johdanto

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Laurea-ammattikorkeakoulun ja HUS:in Naistenklinikan leikkausosaston yhteisessä hankkeessa. Laurea-lainen toimintamalli LbD (Learning by Developing) on kehittämispohjaista oppimista, joka toteutuu yhteistyössä työelämän kanssa. Lähtökohtana on toimia aidosti mukana työelämässä luoden uusia toimintamalleja, käytäntöjä ja uutta osaamista työyhteisön tarpeisiin.(Laurea-ammattikorkeakoulu.)

Tutkimuksen aihe valittiin Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston työelämän tarpeita kehittävän toiminnan pohjalta. Osa opinnäytetyöntekijöistä ovat olleet syventymässä perioperatiiviseen hoitotyöhön kyseissä hoitoympäristössä. Tutkimus liittyy olennaisena osana Naistenklinikan ja Laurean hoitotyön kehittämishankkeeseen.

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu asiantuntijuus aseptiikassa. Ammatillisuuteen ja aseptisen toiminnan perusteiden hallintaan kasvaminen vaatii selkiintynyttä tieto- ja taitorakennetta, joka luo ammatillisen toiminnan sisällön. (Lauri, S. 2006.) Potilasturvallisuuteen on alettu kiinnittää huomiota laajasti Suomessa. Infektioiden ehkäisyä on tutkittu viime vuosina useasti. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) on lanseerannut yksittäisen teemakampanjan: Hyvä käsihygienia vähentää infektioita - jonka tavoitteena on vaikuttaa terveydenhuollon henkilöstön asenteisiin siten, että se toteuttaa huolellista käsihygieniaa. Näin vähenee hoitoon liittyvien infektioiden määrä. Infektioiden torjuntatyö tulee huomioida kaikessa päivittäisessä potilastyössä. Se on tärkeä osa jokaisen työntekijän ja hoitoyksikön arkipäivää. Infektioiden kokonaisvaltainen torjunta ja hallinta edellyttävät monipuolista asiantuntemusta ja laaja-alaista paneutumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kokemuksepäistä tietoa Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien aseptisestä työskentelystä heräämössä. Tavoitteena on opinnäytetyön tutkimustulosten avulla nostaa heräämötöön aseptiikka yleiseen keskusteluun perioperatiivisessa hoitotyössä.

Työelämän yhteyshenkilöinä toimivat ylihoitaja Kirsi Heino ja leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja Helena Vanttinen Naistenklinikalta. Heidän yhteystietonsa ovat seuraavat:

Ylihoitaja Kirsi Heino. kirsi.heino@hus.fi

Leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja Helena Vanttinen.
helena.vanttinen@hus.fi

Laurea-ammattikorkeakoulusta opinnäytetyöryhmään kuuluvat ohjaava lehtori Marja Tanska-nen sekä sairaanhoitajaopiskelijat Merja Lähteenmäki, Sari Mäki ja Susanna Sinkko.

2 Käsitteiden määrittely

2.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Sana ”peri” on kreikkaa ja tarkoittaa ympäri. Perioperatiivinen tarkoittaa potilaan leikkaushoidon kokonaisuutta, johon sisältyy ajallisesti ja toiminnallisesti leikkauksen eri vaiheet. (Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010.) Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien toteuttamaa hoitotyötä.

Perioperatiivinen hoitotyö jaotellaan pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyöhön. Preoperatiivinen toiminta käsittää leikkausta edeltävän hoitotyön. Intraoperatiivinen hoitotyö käsittää leikkauksen aikaisen hoitotyön ja postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirrosta heräämään (Lukkari et al. 2010.)

Preoperatiivinen hoito alkaa, kun päätös leikkauksesta on syntynyt. Tämä vaihe sisältää potilaan valmistamisen leikkaukseen, potilaan ohjaamisen ja tarvittavien tietojen keräämisen. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu lisäksi potilaan yksilöllisen hoitoympäristön valmistelu ja luominen. Preoperatiivinen vaihe päättyy potilaan siirtyessä leikkausosastolle. (Lukkari et al. 2010.) Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan tullessa leikkausosastolle. Intraoperatiivisessa vaiheessa potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon hänelle sovitetulla anestesiamenetelmällä. Intraoperatiivisessa vaiheessa korostuu yksilöllisyys ja vaihtelu.

Erittäin tärkeitä on potilaan turvallisuus, tarkkailu, arviointi, hoitomenetelmien hallinta sekä aseptiikan osaaminen ja kirjaaminen. Hoitohenkilöstön ensisijaisena tavoitteena auttaa ja tukea potilasta. Potilaan siirryttyä valvontayksikköön intraoperatiivinen hoitotyön osa päättyy. (Lukkari et al. 2010.) Postoperatiivisessa hoitotyön vaihe on alkanut, kun potilas on siirretty leikkaussalista heräämään. Potilasta tarkkaillaan ja seurataan hänen toipumistaan leikkauksesta. Postoperatiivisen hoidon tavoitteena on potilaan elintoimintojen vakiintuminen, kivuttomuus ja turvallisuuden tunne. Postoperatiivinen vaihe saattaa kestää toimenpiteen jälkeiseen päivään asti. (Lukkari et al. 2010.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin postoperatiiviseen eli leikkauksenjälkeiseen hoitotyöhön.

Leikkaushoitotyö on ryhmätöitä ja tavoitteena on tarjota potilaalle ammattitaitoista ja tehokasta leikkaushoitoa. Leikkaustiimiin kuuluu kirurgin ja assistentin lisäksi anestesia lääkäri ja kolme sairaanhoitajaa. (Torkki, P. 2012.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelevät sairaanhoitajat jaotellaan työtehtävien mukaisesti anestesia- ja sairaanhoitajiin, instrumentoihin ja valvoviin sairaanhoitajiin. (Lukkari et al. 2010.) Nykyisin jako ei ole näin suoraviivainen, vaan sairaanhoitajat tekevät perioperatiivisessa hoitotyössä useita työtehtäviä.

2.2 Heräämöhoidotyö

Heräämö- hoitoympäristöllä tarkoitetaan kaikkia tiloja, pintoja, huonekaluja, välineitä ja aineita jopa eläimiä, joita sairaalan sisällä on (lukuunottamatta ihmisiä). Hoitoympäristö sisältää aina runsaasti mikrobeja. Eritteissä on mikrobeille ravintoa, suojaa ja kosteutta. On muistettava, että veressä ja eritteissä mikrobit lisääntyvät nopeasti ja saattavat päästä asiakkaaseen. Lattialla veri- ja eritetahrat aiheuttavat myös liukastumisvaaran, joten tahrat poistetaan välittömästi. (Alila et al. 1999 ; Anttila et al. 2010.)

Aseptiikan kulmakivet pätevät hoitoympäristön siisteydestä huolehtimisessakin. Hoitaja oma käyttäytyminen on ratkaisevaa, onko hoitajalla tietoa ja ymmärrystä aseptiikan kulmakivistä. Heräämössä huomioidaan aseptinen työjärjestys jossa edetään puhtaammasta likaiseen alueeseen. Myös kognitiivista valmiutta ja asennetta tehdä oikein tarvitaan. Nämä kaikki on päätetty yhteisöllisesti työyhteisössä.

Valvontayksiköstä käytetään kirjallisuudessa erilaisia termejä, joita ovat anestesian jälkivalvontayksikkö, leikkauksen jälkeinen valvontayksikkö, valvontaosasto, valvontahuone tai valvontasali. Suomen anestesiologiyhdistyksen suosituksessa valvonnasta anestesian ja leikkauksen jälkeen käytetään termiä valvontayksikkö. (Lukkari, Kinnunen & Korte, 2010.) Valvontayksikössä potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan, kunnes potilas ei tarvitse välitöntä postoperatiivista valvontaa. Potilaan tärkeät elintoiminnot ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. Potilaan tarkkailu valvontayksikössä kestää tavallisimmin 1-3 tuntia. Potilaan valvonta-aika heräämössä riippuu potilaan voinnista anestesian aikana, potilaan ASA-luokituksesta sekä anestesian ja leikkauksen laajuudesta. (Lukkari et al. 2010.)

Potilaan anestesian ja leikkauksen jälkeinen välitön hoito jatkuu toimenpiteen jälkeen leikkausosaston yhteydessä sijaitsevassa valvontayksikössä eli heräämössä ellei potilasta siirretä suoraan leikkaussalista tehohoidon osastolle. Tästä alkaa perioperatiivisen hoidon kolmas vaihe eli postoperatiivinen hoitotyö. (Lukkari, Kinnunen & Korte, 2010.) Heräämö erillisenä leikkauksen jälkeistä toimintaa sisältävänä tilana kehitettiin toisen maailmansodan jälkeen. Jo Florence Nightingale oli aikoinaan ehdottanut, että potilaat siirrettäisiin leikkauksen jälkeen

pieneen erilliseen huoneeseen toipumaan. Ensimmäinen heräämö keksittiin vahingossa Washingtonissa. Tarkoituksena oli suojella muita potilaita leikkauksenjälkeisen potilaan kohtaamiselta. Tuolloin anestesiasta heräämiseen liittyi voimakas oksentelu, kipu, kova huutaminen ja usein myös kuolema. Leikkauksien nopean kehittymisen myötä heräämön tarve huomattiin ja sen suosio lisääntyi ympäri maailman. (Fraulini, K. E. 1987.)

Heräämöhoidossa sairaanhoitaja huomioi potilaan kokonaisvaltaisen, yksilöllisen ja laadukkaan hoidon, jossa potilaan kaikki elintoimintojen eri alueet on huomioitu. Sairaanhoitajan luo turvallisen ja rauhallisen hoitoympäristön, laadukkaan hoidon toteutuksen ja kykenee hyvään yhteistyöhön eri ammattiryhmien välillä. Heräämössä sairaanhoitajan on omattava riittävästi tietämystä aseptiikasta, infektioiden aiheuttajista, mikrobin tartuntateistä ja asianmukaisesta suojautumisesta sekä ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta. (Lukkari et al. 2010, Ahonen, J. & Drachman-Mertsalmi, R. 2012.)

Valvontayksikössä potilasta tarkkaillaan enimmäkseen potilaan vierellä. Joissakin valvontayksiköissä on käytössä erillinen valvontapöytä, jolloin sairaanhoitaja voi tarkkailla monen potilaan vointia samanaikaisesti. Valvontayksikössä tarkkaillaan potilaan hengitystä, verenkiertoa, tajunnan tasoa, kipua, pahoinvointia, lihasvoiman palautumista, lämpötasapainoa, nestetasapainoa ja leikkausaluetta. (Lukkari et al. 2010.) Valvontayksikössä potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan, kunnes potilas ei tarvitse välitöntä postoperatiivista valvontaa. Potilaan tärkeät elintoiminnot ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. Potilaan tarkkailu valvontayksikössä kestää tavallisimmin 1-3 tuntia. Potilaan valvonta-aika heräämössä riippuu potilaan voinnista anestesian aikana, potilaan ASA-luokituksesta sekä anestesian ja leikkauksen laajuudesta. (Lukkari et al. 2010)

Naistenklinikan heräämö sijaitsee leikkausosaston välittömässä läheisyydessä luoden tiiviin yhteyden valvontayksikön ja leikkaussalien välille. Heräämö on kolmipaikkainen, jossa on yksi paikka postoperatiiviselle tehohoitopotilaalle. Sairaanhoitajilla on työtilasta näköyhteys potilaspaikoille, jotka sijaitsevat yhdellä seinustalla. Potilaita tarkkaillaan ja valvotaan jatkuvasti, koska anestesiasta tai leikkauksesta ilmenevät komplikaatiot voivat tulla äkillisesti tai hiljalleen, vaikka potilas näyttäisikin hyväkuntoiselta.

Sektiolla tarkoitetaan toimenpidettä, jossa sikiö autetaan ulos kirurgisesti tehdystä haavasta vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi. (Berghella, V. & Landon, M. 2012.) Suunniteltu eli elektiivinen sektio on sovittu ennalta synnytystavaksi. (Eskola, K. & Hytönen, E. 2008.) Leikkaus tehdään tällöin noin viikkoa ennen laskettua aikaa. (Rouhe, H., Saisto, T., Toivonen, R. &

Tokola, M.2013.) Suunniteltujen sektioiden indikaatiot ovat sikiön poikkeava tarjonta, äidin lantion ja sikiön koon epäsuhta, aikaisempi kohtuun kohdistunut leikkaus, istukkaongelmat, äidin sairauden tai raskauskomplikaation riski tai vaikeutuminen. Myös pelko alatiesynnytystä kohtaan, aikaisempi komplisoitunut alatiesynnytys, synnytyksen käynnistymättömyys, istukan toiminta tai varhainen pre-eklampsia eli raskausmyrkytys ovat elektiivisen sektion indikaatioina (Rouhe et al.2013.)

Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla tehdään myös hätäsektioita. Hätäsektiolla tarkoitetaan välittömästi tehtävää toimenpidettä sikiön tai äidin hengen pelastamiseksi.(Terveysportti.)

Keisarileikkauksen eli sektion jälkeen äiti viedään heräämöhön, jossa häntä tarkkaillaan noin kahden tunnin ajan. Heräämössä seurataan äidin yleistilaa, leikkaushaavasta ja emättimestä tulevaa jälkivuotoa ja äidin kiputuntemuksia.(Eskola, K. & Hytönen, E. 2008.) Lisäksi seurataan kohdun supistuvuutta, virtsantuloa sekä puudutuksen poistumista. Kohdun supistuvuutta tarkkaillaan kohtua painamalla. Jos äidillä on kaikki hyvin, hän pääsee noin kahden tunnin kuluttua lapsivuodeosastolle. (Rouhe et al. 2013.)

Elektiiviseen sektioon, jossa lapsivesi ei ole mennyt, liittyy vähäinen infektioriski.(5%) . Jos sektioon päädytään kesken synnytyksen tai lapsivesi on mennyt aikaisemmin, postoperatiivinen tulehdusriski on selvästi kohonnut (15-25%). Keisarileikkaukseen liittyviä infektioita ovat leikkausalueen infektiot ja virtsatieinfektiot.

2.3 Heräämössä tehtävät toimenpiteet

Naistenklinikan heräämössä tehtävät itsenäiset heräämötöimenpiteet eivät vaadi leikkausliympäristöä. Näitä toimenpiteitä ovat muunmuassa veripaikan laittaminen, keskuslaskimokate-trin asettaminen,epiduraalikatetrin asettaminen, arteriakanyylin laitto,verinäytteen otto, rytminsiirto, tunneloidun spinaalikatetrin laitto, PCA-kipupumpun asettaminen ja erityistarkkailua vaativan potilaan seuranta.

Lisäksi heräämössä toteutetaan sektiopotilaan haavan postoperatiivista hoitoa. Lukkarin ym. 2010 mukaan leikkaushaavan käsittelyä vältetään ensimmäisten 24:n tunnin aikana toimenpiteestä. Leikkaushaavan erittäessä voimakkaasti ja sidosten kastuessa ne tulee vaihtaa steriilisti uuteen steriiliin sidokseen, koska veri ja kudospainokset ovat hyviä kasvualustoja taudinaiheuttajille. Aseptiseen työtapaan pyritään käyttämällä steriilejä suojakäsineitä ja suu-

nenäsuojusta. Haavasidokset poistetaan ja laitetaan steriilein käsiainein vaihtamalla steriilit suojakäsineet työvaihekohtaisesti. (Ahonen et al. 2012.)

Sektiopotilaan kohtua painetaan kohdun supistumisen seuraamiseksi. Leikkaushaavan aseptiikkaa pyritään huomioimaan siten, ettei kosketa haava-aluetta tarpeettomasti. Tässä toimenpiteessä käytetään tehdaspuhtaita suojakäsineitä. (Ahonen et al.2012.)

Hoitajan aseptiseen työtapaan kuuluu niin sanottu non touch -tekniikka, jossa varotaan koskettamasta potilaan tartuntaportteja käsin. Mahdollisia infektioportteja ovat verisuonikanyylit ja -katetrit sekä virtsakatetrit. Katetreja käsiteltäessä noudatetaan tarkkaa aseptiikkaa. Sairaalabakteremioista yli 50% on arvioitu olevan lähtöisin katetreista. (Duodecim.)

3 Aseptiikka

”Tänäkin päivänä pätevät antiikin aikaiset opit: puhtaus luo terveyttä ja terveys puhtautta” (Anttila et al. 2010.) Sekä tiedottaminen että oikea asennoituminen antavat luotettavan pohjan hygieniasasioiden ymmärtämiselle ja käytännön soveltamiselle myös hoitotyössä. Aseptiikka on työskentelytapa, jolla pyritään estämään kudosten tai steriilin materiaalin kontaminaatio mikrobeilta. Aseptiikan tarkoitus on suojata steriiliä materiaalia tai elävää kudosta mikrobeilta. Hyvällä aseptiikalla voidaan ehkäistä jopa 20 prosenttia sairaalainfektioista, esimerkiksi katetriperäisistä infektioista. Kaikessa hoitotyöhön liittyvässä toiminnassa edellytetään aina aseptiikan noudattamista. (Anttila, V-J., Hellstèn, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. 2010. Viitattu 30.4.2014.)

Aseptisellä omallatunnolla tarkoitetaan aseptiikan etiikkaa eli sitä millaista hoitoa potilas saa. Aseptinen omatunto lähtee aina hoitajasta itsestä ja se on sisäistetty toimintatapa. Aseptisen toiminnan perusteina ovat muun muassa tieto ja ymmärrys aseptiikan perusteista, kognitiivinen valmius ja asenne tehdä oikein sekä yhteisöllinen päätös. Aseptiikka on näyttöön perustuva hoitotyötä, jossa aseptiikan noudattaminen keskeisin hoitajan tehtävä. Hoitaja edistää terveyttä ja torjuu infektioita, käsihygienialla ehkäistään mikrobien siirtymistä hoitajan käsistä potilaaseen. (Lukkari et al. 2010.)

3.1 Käsihygienia

Käsihygienialla terveydenhuollossa tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään infektioiden ja niitä aiheuttavien mikrobien siirtymistä käsien välityksellä. Käsihygieniaan terveydenhuollossa kuuluvat: käsien hoito, kynsien siisteys ja käsikoruja välttäminen, suojakäsineiden oikea ja tarkoituksenmukainen käyttö, käsien pesu ja käsien desinfiointi sekä hoitoympäristön puhtaudesta huolehtiminen. (Terveysportti.)

Terveydenhuollossa on kiinnitettävä erityistä huomiota käsien välityksellä tapahtuvaan kosketustartuntaan ja tartuntamahdollisuuden katkaisuun. Käsien ihon mikrobisto jaetaan väliaikaiseen (transient flora) ja pysyvään mikrobistoon (resident flora). Terveydenhuollon työntekijöillä käsien mikrobimäärien on todettu vaihtelevan henkilöstä toiseen, mutta tutkimusten mukaan mikrobimäärät pysyvät melko vakiona jokaisella henkilöllä. Potilasta koskettaessa, hengitysteitä hoidettaessa ja eritteitä käsitellessä käsiin kertyy keskimäärin 16 mikrobi-pesäkettä minuutissa. (Anttila et al. 2010.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen teemakampanjassa lisätään johdon, potilaiden että kansalaisten tietoisuutta käsihygienian tärkeydestä. ”Jokaisella potilaalla on oikeus siihen, että häneen ei kosketa ilman desinfioituja käsiä” (WHO 2009).

Toukokuussa 2014 Uudessa-Seelannissa tehtiin kyselytutkimus Hand Hygiene New Zealand`n (HHNZ) toimesta sairaaloissa työskenteleville terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Kyselyyn vastasi 344 työntekijää, joista yli puolet sairaanhoitajia. Sairaanhoitajien käsihygienian taso on parantunut etenevästi lokakuusta 2012, ollessa 65% , verrattuna tämän hetkisiin lukuihin, 75%:iin. Lääkäreiden osuus oli 62,5%. Artikkelin mukaan hyvä käsihygienia voi vähentää potilaan infektioita 10:llä prosentilla. (HHNZ`n) lääketieteellinen johtaja, Joshua Freeman kertoi kyselytutkimuksen tulosten osoittaneen sen, että vain muutamien sairaanhoitajien olisi syytä miettiä uudelleen käsihygienian tärkeyttä. Vain 59% sairaanhoitajista uskoi, että käsihygieniasta oli tullut sosiaalinen tapa tai odotus työpaikallaan. Sairaanhoitajat myös korostivat, että hyvän käsihygienian noudattamatta jättämisen syytä olivat huonot tavat (53%), kiire (46%), käsineiden käyttö (38%), unohtaminen (33%) ja käsihuhdeannostelijan epäsopiva sijoitus (30%).

Freemanin mukaan sairaanhoitajat ovat työskennelleet poikkeuksellisen paljon ottaessaan haasteen vastaan käsihygienian parantamisessa. Uuden-Seelannin käsihygieniahjeet perustuvat WHO:n (Maailman terveysjärjestön) määrittelemään ”5 Moments of Hand Hygiene”-ohjeisiin, jotka asettavat korkean riman sairaanhoitajille. Freeman kertoo sairaanhoitajien epäitsekästä käsihygienian toteutumisen käytännön harjoittelusta. 72% sairaanhoitajista oli huolissaan käsihygienian toteutumisesta potilailleen, kysyttäessä käsihygienian merkityksestä heille itselleen (50%) ja vanhemmille kollegoille (48%).

Terve ja kimmoisa iho antaa hyvän suojan mikrobeja vastaan. Käsien tiheät, toistuvat saippupesut kuivattavat ihoa ja altistavat kädet ihottumille. Iho-ongelmien syntymistä voidaan ehkäistä käsien ihon kunnon ylläpitämisellä, mm. käsivoiteen säännöllisellä käytöllä.

Ehjällä ja hyväkuntoisella iholla on todettu olevan vähemmän bakteereita ja erityisesti myös taudinaiheuttajiksi katsottuja bakteereita kuin karhealla ja ihottumaisella iholla. Terveen ihon desinfektio onnistuu karhean ja kuivan ihon desinfektiota paremmin. Käsihuhteiden runsas käyttö pitää kädet hyvässä kunnossa.

Kynsivallin tulehdukset sekä muut käsi-ihottumat on hoidettava huolellisesti, koska niihin voi pesiytyä paitsi tulehdusta aiheuttavia bakteereita, myös muita sairaalassa esiintyviä bakteereita. Kynsienhoito on tärkeä osa käsihygieniää, koska kynsien alla ja kynsien seudussa on suuri osa käsien mikrobeista. Suojakäsineet on helpompi pukea kun kynnet ovat lyhyet. Kynnenaluset on syytä pitää puhtaina, koska kynsien alta mikrobit voivat siirtyä sormien päihin. Lohkeilleessa tai yli vuorokauden ikäisessä kynsilakassa on todettu olevan paljon mikrobeja. Potilastyössä ei tämän vuoksi voi käyttää kynsilakkaa ollenkaan. Potilastyössä ei myöskään saa käyttää rakenne- ja tekokynsiä, koska niiden alle kerääntyy helposti kosteutta ja likaa, jotka tarjoavat otollisen kasvualustan mikrobeille. Ne estävät myös tehokkaan käsien desinfektion. Hoitotyössä sormusten käyttö on kielletty. Niiden alla on enemmän mikrobeja kuin muualla sormien iholla. Myös käsi-ihottumien on todettu saavan usein alkunsa sormusten alle jääneen kosteuden ja pesuainejäämien vuoksi. Hoitotyöhön eivät kuulu myöskään kellot ja käsikorut, koska ne vaikeuttavat käsienpesua ja -desinfektiota. (Terveysportti.) Luonnollisesti sormukset, kellot ja rannekorut poistetaan ennenkuin päästään toteuttamaan käsihygieniää (WHO:n mukaan.) Teho-osaston sairaanhoitajille tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin sormukset kiistattomaksi riskitekijäksi gramnegatiivisten sauvojen ja hiivasienten kontaminaatiolle. Käsissä oli 14 kertaa enemmän gramnegatiivisia sauvoja ja 12 kertaa enemmän hiivasieniä kuin sormuksettomissa käsissä. (Syrjälä 2005. Duodecim.)

3.2 Käsien pesu ja desinfektio

Käsien näkyvä lika, veren ja muiden eritteiden koskettelu tai WC- käynnin jälkeen kädet pestään vedellä ja saippualla WHO:n mukaan käsihygienian toteuttamisen indikaationa (WHO 2009.) Samalla se vähentää ihon väliaikaista mikrobiflooraa ja sen siirtymistä ympäristöön. Vesi- ja saippuapesu lisää aina ihon kuivumista ja ärtymistä ja tämä puolestaan työntehtäjän haluttomuutta desinfioida käsiään. Kädet pestään juoksevalla vedellä ja saippualla 15-30 sekunnin ajan, huuhdellaan vedellä ja kuivataan kertapyyhkeellä silloin, kun kädet ovat näkyvästi likaiset. Käsien huuhtelu (pelkällä vedellä) poistaa käsistä mahdollisen runsaan käsihuhteen käytön aiheuttaman tahmeuden. (WHO:n mukaan.)

Sairaalatyössä suositellaan käsienvpesun sijasta käsidesinfektiota. Tämä on nopeampaa, tehokkaampaa ja käsien ihoa vähemmän rasittavaa. Käsien desinfektio on alkoholipitoisen desinfektioaineen hieromista käsiin. Suomessa käytetään 80 prosenttista etanolia sekä ihonhoitoaineena 1-2 prosenttista glyserolia tai muuta ihonhoitoainetta. Alkoholin teho perustuu käsihieronnan yhteydessä tapahtuvaan alkoholin haihtumiseen ja teho on parempi, jos kädet ovat kosteat pidempään. Vähintään minuutin hieronta tutkimusten mukaan vähentää tehokkaasti bakteerien määrää ja 3 millilitran annos on tehokkaampi kuin yhden millilitran annos. Alkoholiuhteet, varsinkin etanoli, tehoavat myös viruksiin. (Lukkari et al. 2010.)

Kädet desinfioidaan aina työpäivän aikana, heti töihin tullessa työvuoron aluksi ja lopuksi sekä aina ennen ja jälkeen potilaskontaktin. Kädet desinfioidaan aina myös ennen suojakäsineiden ja suojainten pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen. On kiinnitettävä huomiota käsien desinfektioon, oikeaan tekniikkaan ja valmisteeseen riittävään käyttöön, koska muutoin desinfektio saattaa epäonnistua. Tärkeää desinfektion onnistumiselle on se, että alkoholiuuhdetta käytetään riittävä määrä 3-5 ml (2 painallusta annostelulaitteesta). Pesualtaiden suunnittelussa huomioidaan mahdollisimman vähäinen roiskeiden riski (WHO 2009.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on seurattu vuodesta 2011 alkaen systemaattisesti käsihygienian toteutumista havainnoin. Tehdyssä tutkimuksessa tarkkailtiin käsidesinfektion toteutumista ennen potilaan koskettelua, ennen aseptisia toimenpiteitä, potilaan ja ympäristön koskettelyn jälkeen sekä potilaiden eritteiden käsittelyn jälkeen. Käsihygienia toteutui 44 prosentissa suositusten mukaisesti, osittain oikein se tehtiin 29 prosentissa havaintoja. 27 prosentissa käsihygienia ei toteutunut suositusten mukaisesti lainkaan. Käsihygienia toteutui heikoimmin ennen potilaskontaktia kuin kontaktin jälkeen, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen seuranta tutkimuksessa käsihygienian toteutuminen parantui useammin kuin valmiiden sairaanhoitajien ja lääkäreiden. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.)

Euroopan tautikeskuksen (ECDC) mukaan kansainvälisestä käsihuuhteen kulutustutkimuksesta v.2011 ilmeni, että suomalaisten sairaaloiden huuhteen kulutus oli hyvällä eurooppalaisella tasolla, mutta se ei ollut vielä tavoitetasolla. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.) Keskimäärin Suomen sairaaloissa käsihuuhdetta kuluu 34 litraa tuhatta hoitopäivää kohden. Käsien päivittäisiä desinfektioita pitäisi olla 35-50 kertaa hoitopäivää kohti, luku vastaa keskimäärin 11:tta käsien desinfektio kertaa hoitopäivää kohti.

Tärkein syy käsihygienian laiminlyömiseen tai huolimattomaan toteutukseen on kiire. Samoin asenteet vaikuttavat - niin kollegojen kuin esimiehenkin antama esimerkki. Myös erilaiset käsien desinfektion tekniset hankaluudet, esimerkiksi annostelijoiden väärä sijainti tai niiden

puuttuminen, huuhteen loppuminen tai huuhteen huonoksi koetut ominaisuudet. Kaikkiin näihin on puututtava. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.)

On kiinnitettävä huomiota käsien desinfektioon, oikeaan tekniikkaan ja valmisteen riittävään käyttöön, koska muutoin desinfektio saattaa epäonnistua. Tärkeää desinfektion onnistumiselle on se, että alkoholihuuhdetta käytetään riittävä määrä 3-5 ml (2 painallusta annostelulaitteesta). Desinfektioannostelijat sijoitetaan siten, että käsien desinfektio on helppo suorittaa potilaskontaktien välissä. On muistettava ohjata sekä potilasta että vierailijoita käsihygienian noudattamisessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.)

Selkein näyttö käsihuuhteen käytön lisääntymisestä ja infektioiden vähentymisen välisestä yhteydestä on saatu Geneven yliopistosairaalassa tehdystä tutkimuksesta vuosina 1994-1997. Kun käsihygienia-aktiivisuus lisääntyi käsihuuhteen kulutuksen lisääntymisen ansiosta 48%:sta 66%:iin, samanaikaisesti hoitoon liittyvät infektiot vähenivät 16,9%:sta 9,9%:iin. (Syrjälä 2005. Duodecim.)

3.3 Suojakäsineiden käyttö

Suomessa Terveydenhuolto- ja työturvallisuuslaki säätävät (1326/2010) ja (738/2002) työ- ja suojavaatteiden käytöstä. Työ- ja suojavaatteiden tarkoituksena on estää työntekijää ja potilasta infektoitumasta toisistaan. Suojaimet ovat joko kerta- tai monikäyttöisiä. Ne voivat olla tehdaspuhtaita, pesulapuhtaita tai steriilejä. (Anttila et al. 2010.) Suuri joukko mikrobeja esiintyy nenän ja suun limakalvoilla. Esimerkiksi syljessä mikrobien määrä voi olla satamiljoonaa millilitrassa. Tästä syystä aseptista työskentelytapaa noudatettaessa perioperatiivisessa hoitoympäristössä on käytettävä suu-nenäsuojainta. (Anttila et al. 2010.)

Aina ennen suojakäsineiden pukemista ja niiden riisumisen jälkeen kädet desinfioidaan alkoholihuuhteella. Suojakäsineiden käyttö ei korvaa hyvää käsihygieniaa, siksi käsien desinfektio on tarpeen myös käsineiden riisumisen jälkeen, koska käsineet eivät täysin estä käsien kontaminoitumista. Hyvään käsihygieniaan kuuluu, että jo ennalta pyritään estämään käsien likaantuminen mikrobeilla. Paljain käsin ei tule koskea paikkoihin, joissa on runsaan mikrobi-kontaminaation mahdollisuus. Suojakäsineiden oikealla käytöllä voidaan vähentää merkittävästi käsien kontaminaatiota ja estää mikrobien siirtymistä sekä vähentää veritartuntavaaraa. Suojakäsineet ovat potilaskohtaiset eli kertakäyttöiset. Myös työvaihe- ja toimenpidekohtaiset. Käsineet laitetaan käteen juuri ennen toimenpidettä. Suojakäsineitä ei pestä tai desinfioida; eikä niillä saa levittää infektioita. Rikkoutuneet suojakäsineet vaihdetaan uusiin.

Käsineillä ei kosketeta muuhun ympäristöön ja ne riisutaan välittömästi, kun työ on tehty. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.)

Tehdaspuhtaita suojakäsineitä käytetään käsiteltäessä limakalvoja, kehon nesteitä ja eritteitä, rikkiäistä ihoa tai haavahoitoa tehdessä. Hoitotoimenpiteissä, joissa ei läpäistä ihoa tai limakalvoa sekä lähihoidossa. Tehdaspuhtaita suojakäsineitä käytetään lisäksi verta käsiteltäessä; kanyylin laitossa tai verinäytteiden ottamisessa. Hoidettaessa kosketuserityspotilasta. Samoin eritetahradesinfektiossa, kemikaalien käsittelyssä; mm. i.v - antibioottien käsittelyssä. On muistettava huomioida luonnonkumiallergiat.

Tehdaspuhtaita nitrilikäsineitä käytetään nykyisin hoitotoimenpiteissä. (Saarinen, L. Helsingin kaupungin hygieniahoitaja 2014.) Suojausteholtaan samankaltainen kuin lateksikäsine. Suositellaan diagnosoiduille lateksiallergikoille ja herkkäihoisille. Tehdaspuhtaita lateksikäsineitä käytetään pitkäkestoissa työtehtävissä, joissa käsineeltä vaaditaan istuvuutta ja kestävyyttä, toimenpiteissä, joissa altistutaan verelle ja kudospasteille (paras pistonkestävyys) sekä toimenpiteissä, joissa käsine altistuu mekaaniselle rasitukselle.

Kertakäyttöisiä steriilejä suojakäsineitä käytetään leikkauskäsineenä kirurgisissa toimenpiteissä. Tutkimus- ja toimenpidekäsineenä aseptiikkaa edellyttävissä toimenpiteissä ja noninvasiivissa steriileissä toimenpiteissä. (Lukkari et al. 2010.)

Infektioiden torjuntatyö tulee huomioida kaikessa päivittäisessä potilastyössä. Se on tärkeä osa jokaisen työntekijän ja hoitoyksikön arkipäivää. Infektioiden kokonaisvaltainen torjunta ja hallinta edellyttävät monipuolista asiantuntemusta ja laaja-alaista paneutumista.

Infektioiden torjuntaorganisaatioon kuuluvat infektio- tai sairaalahygieniatoimikunta (Infection Control Committee, ICC), infektioiden torjuntayksiköt (Infection Control Team, ICT), hygieniahoitajat, infektiolääkärit ja kliiniset mikrobiologit. (Anttila et al. 2010.)

Hygieniahoitajan työhön kuuluu tartuntojen ja infektioiden ehkäisy ja valvonta sairaalassa. Lisäksi potilaille ja työntekijöille turvallisten ja tehokkaiden hoitokäytäntöjen kehittäminen sekä käytäntöön soveltaminen.

Hoitoon liittyvien infektioiden vähentämiseksi oleellista on panostus koko terveydenhuollon henkilöstön infektioiden torjunnan koulutukseen. Ajantasaisen tiedon ylläpito ja kehittäminen on työntekijän sekä työnantajan velvollisuus. (Anttila et al. 2010.)

2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston heräämössä työskentelevien sairaanhoitajien aseptista työskentelyä. Tutkimuskysymyksen avulla pyrittiin saamaan selville mitä aseptiikalla tarkoitetaan heräämöhoidotyössä.

5 Tutkimuksen aineisto ja analyysi

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena informoituna lomakekyselytutkimuksena Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston työkiertoa tekeville sairaanhoitajille. Kyselylomakkeet jaettiin kahdellekymmenellekuudelle sairaanhoitajalle käsittäen Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston, Kätilöopiston leikkausosaston ja Kirurgisen sairaalan leikkausosaston. Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajat toimivat tällä hetkellä työkierrossa kaikissa edellämainituissa paikoissa Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston remontin vuoksi. Kyselylomakkeet jaettiin kaikissa kolmessa paikassa mahdollisimman monen sairaanhoitajan saavuttamiseksi.

Naistenklinikan leikkaus-, anestesia- ja synnytysosaston peruskorjauksen sekä vastasyntyneiden teho-osaston rakentamisen vuoksi leikkaus- ja anestesiaosasto toimii kolmessa eri kiinteistössä marraskuun 2015 loppuun saakka. Naistenklinikalle on keskitetty vaikeasti sairaiden synnyttäjien hoito, mukaan lukien keisarileikkaukset. Kätilöopiston sairaalan leikkausosastolle on keskitetty syöpää sairastavien naistentautipotilaiden leikkaushoito. Kirurgisen sairaalan päiväkirurgisessa leikkausyksikössä hoidetaan rintarauhaskirurgiset potilaat. Sairanhoitajat toimivat työkierrossa edellämainituissa paikoissa.

Osastolla on 2 leikkaussalia, joista molemmat ovat päivittäin elektiivisen leikkaustoiminnan käytössä. Salit on varustettu myös kiireellisille hätä- ja päivystysleikkauksille esimerkiksi hätäsektioille. Päivystystoiminta osastolla on ympärivuorokautista ja vaihtelevaa.

5.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen perusmenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö. Tämän tutkimuksen aineistonkeruun perusmenetelmänä käytettiin lomakekyselyä. Kyselymenetelmä on tehokas, sillä se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kysymysten avulla lomakkeista voidaan kerätä tietoja muunmuassa käyttäytymisestä ja toiminnasta, tosiasioista, tie-

doista, arvoista, asenteista sekä uskomuksista ja käsityksistä. (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010.)

Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, mutta ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Kohdejoukolla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja osallistujia on yleensä vähän. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä se, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi et al. 2010 ; Kylmä 2007.)

Naistenklinikalle jätettiin 11 kysymyskirjekuorta, Kätilöopistolle 5 ja Kirurgiseen sairaalaan 10 kysymyskirjekuorta. Naistenklinikalta palautui 7 vastattua kirjekuorta, Kätilöopistolta 2 kirjekuorta, joista 1 vastattu, 1 avaamaton ja 1 luettu ilman vastauksia. Kirurgisesta sairaalasta palautui 5 kirjekuorta, joista 1 vastattu käsittäen vain taustatiedot. Lisäksi 3 avattua kirjekuorta ilman vastauksia ja 1 avaamaton kirjekuori. Vastattuja yhteensä 9. Vastausprosentti oli 34,6%.

Kysely sisälsi neljä kysymystä, joista yksi monivalintakysymys ja neljä avointa kysymystä. Kyselylomake on liitteenä tutkimuksen lopussa.

Ennen kyselyn toteuttamista aiheeseen perehdyttiin aiemman tutkitun tiedon ja kirjallisuuden avulla. Hakusanoina käytettiin sairaanhoitajan aseptista työskentelyä heräämössä ja sairaanhoitajan aseptiikka. Tutkittua tietoa haettiin lisäksi hakusanoilla sairaanhoitaja, aseptiikka, heräämöhoitotyö ja perioperatiivinen hoitotyö. Englanninkielisissä hauissa käytettiin hakusanoja aseptic, nurse ja recovery room. Kirjallisuutta ja tutkittua tietoa aiheesta haettiin erilaisista tietokannoista esimerkiksi Medic, Ovid, Terkko ja Duodecim.

Suunnitelman mukaisesti kyselylomakkeet toimitettiin sairaanhoitajille 4.6. ja 6.6.2014 . Sairaanhoitajille oli suunniteltu vastausaika reilu viikko. Kyselylomakkeet noudettiin 12.6.2014 Naistenklinikan leikkausosastolta, 13.6.2014 Kätilöopiston sairaalan leikkausosastolta ja 16.6.2014 Kirurgisen sairaalan leikkausosastolta. Vastausajaksi muodostui Naistenklinikalla 8 päivää, Kätilöopistolla 7 päivää ja Kirurgisen sairaalan leikkausosastolla 10 päivää.

5.3 Aineistonkeruumenetelmät

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiiriinsä ja niihin liittyvät merkitykset. Tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä sekä jäsentämään todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon. (Kylmä 2007,

16, 17.) Laadullinen tutkimus on todellisen elämän kuvaamista, jossa pyritään kuvaamaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä on pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi et al. 2010,161.) Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteenä on sen induktiivisuus. Päättely on yksittäisten tapahtumien havainnointia, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tyypillisesti tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi- ja miten-kysymykset. Laadullisen tutkimuksenhan on tarkoitus tuottaa uutta tietoa, siksi sitä käytetään kun tutkittavasta ilmiöstä on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa. (Kylmä 2007.)

Tutkimusmenetelmän valintaa määrittävät kysymykset siitä, mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite ja millaista tietoa tavoitellaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistapojen yhtäläisenä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta samanlaisuuksia, toimintatapoja tai eroja. (Kankkunen.P. & Vehviläinen-Julkunen.K., 2009.)

Kysely sisälsi neljä kysymystä, joista yksi monivalintakysymys ja neljä avointa kysymystä. Tutkimus ei sisältänyt erillistä pilottitutkimusta. Tutkimus pohjautui aikaisempaan näyttöön- perustuvaan tutkittuun tietoon. Hakusanoina käytettiin sairaanhoitajan aseptista työskentelyä heräämössä ja sairaanhoitajan aseptiikka. Tutkittua tietoa haettiin lisäksi hakusanoilla sairaanhoitaja, aseptiikka, heräämöhoitotyö ja perioperatiivinen hoitotyö. Englanninkielisissä hauissa käytettiin hakusanoja aseptics, nurse ja recovery room. Tietoa haettiin erilaisista tietokannoista esimerkiksi EBSCO, Medic, Ovid Medline, Pubmed ja Terkko.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

”Sisällönanalyysiprosessin etenemisestä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi.” (Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001). Tutkimustulosten analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä siltä osin kuin se vastausten perusteella oli mahdollista. Aikomuksena oli analysoida tutkimusaineisto sisällönanalyysillä. Tutkimusaineiston vähyyden vuoksi aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysillä ja merkitysten hakemisella. Induktiivinen sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. ”Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksen asettelu ohjaavat”. (Kylmä & Juvakka 2007). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät voivat tarkentua aineiston keruun tai analyysin aikana. Sisällönanalyysin prosessi käsittää seuraavat vaiheet muun muassa analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009.) Analyysiprosessi ete-

nee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Raportointi on aineistolähtöistä. Sisällön analyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysiä. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen lause tai sana. (Kankkunen et al.2009 mukaan.)

Tutkimuksen analysointivaiheen aluksi tutkimusvastaukset luettiin läpi useita kertoja. Tutkimustulosten analysointi eteni siten, että vastausten aineisto kirjoitettiin erilliselle paperille sanasta sanaan analyysia varten. Alkuperäisten vastausten muoto näkyy kursiivilla tutkimustuloksissa.

6 Tutkimustulokset

Taustatiedoissa selvitettiin vastaajan ikä, (sukupuoli jätettiin huomioimatta), sairaanhoitajan ammatissa oloaika ja Naistenlinikalla työskentelyaika.

Vastanneista alle 30 vuotiaita oli 22,2%, 30-40 vuotiaita oli 11,1%, 40-50 vuotiaita oli 33,3% ja 50-60 vuotiaita oli 22,2%.

Sairaanhoitajan ammatissaoloaika muodostui seuraavasti: 1-5 vuotta 44,5%, 5-10 vuotta 11,1%, 10-15 vuotta 0%, 15-20 vuotta 22,2%, 25-30 vuotta 11,1% ja yli 30 vuotta 11,1%.

Naistenlinikalla työskentelyaika muodostui seuraavasti: 1-5 vuotta 55,5%, 5-10 vuotta 22,2%, 10-15 vuotta 0%, 15-20 vuotta 0%, 25-30 vuotta 11,1% ja yli 30 vuotta 11,1%.

Tutkimuskysymys 1:ssä kysyttiin kuinka merkityksellisenä pidät aseptista toimintaa Naistenklinikan heräämössä janalla 1-5 (1 erittäin merkityksetön, 5 erittäin merkityksellinen).

Vastanneista 88,8% piti aseptista toimintaa erittäin merkityksellisenä. Vastanneista 11,1% piti aseptista toimintaa merkityksellisenä.

Tutkimusvastaukset sana sanalta olivat seuraavat; alla esitellään vastaajien suoria sitaatteja kysymyksiin 1-5.

Tutkimukseen osallistuneilta sairaanhoitajilta kysyttiin lomakekyselyssä: 1. Kuinka merkityksellisenä pidät aseptista toimintaa Naistenklinikan heräämössä? (janakysymys), Perustele miksi?

"aseptinen työskentelytapa on kaiken a a ö potilastyössä!Lisää potilas turvallisuutta ja tarpeettomien infektioiden synytmistä. Aseptisella työskentely tavalla suojaat myös itseäsi."

"Aseptinen toiminta on aina merkityksellistä. NKL:n heräämössä ei kuitenkaan ole määrällisesti lukuina korkeampaa aseptiikkaa vaativia toimenpiteitä (lisäksi näitä on harvoin)"

-

"Hyvä aseptiikka ehkäisee infektoita ja tartuntatauteja"

"Aseptinen toiminta on sairaanhoitajan toimintaa aina! Aseptinen omatunto on sairaanhoitajalle ominaisuus, joka täytyisi olla kasvanut viimeistään valmistuessa"
"Hätätilanteissa pää...."

"nkl heräämössä"

"meillä onhoitajina vastuu edistää potilaan toipumista leikkauksesta ja ehkäistä postoperatiivisia infektoita"

"Erittäin merkityksellisenä, suttu, Etenkin steriliteettiä vaativissa toimenpiteissä aseptinen toiminta tulee olla kohdallaa. Ei ole olemassa" puolisteriiliä"

"infektoita aiheuttavat mikrobit kulkeutuvat myös heräämöstä leikkaussaliin tai haavalle heräämössä. Myös henkilökunnan oman suojan kannalta."

2.) Luettele viisi toimenpidettä, mitkä vaativat korkeampaa aseptista toimintaa Naistenklinikan heräämössä?

"cv:n laitto,haavan hoito, veripaikan laitto, kipuepiduraalin asetus, Arteria kanyylin laitto,Arteria kanyylistä verinäytteen otto, lääkkeiden käsittely ja käyttökuntoon saattaminen"

"PCA-laitteen käyttökuntoon valmistaminen, Epid.infuusion valmistaminen (harvoin), CV-Katetrin laitto(harvoin)Näytteenotto art-kanyylistä tai suoraan verasta"

"Kohdun painanta, hengityskonepot:n hoito, epid.kat.poisto, haavataitosten vaihto, vuotavat haavat"

"Leikkaushaavan haavalapun vaihtaminen, Nesteensiirtoletkujen käsittely, Verinäytteiden ottaminen(myös arteriakanyylista), Lääkkeiden vetäminen ja antaminen, Epiduraalikatatrin laittaminen"

"tuoreen leikkaushaavan haavalapun vaihto, Iv lääkkeenanto, epid.katetrin laitto, arterianäytteiden otto, virtsakatetrin(yli vedetty)"

"Veripaikka(sh. avustaa lääkäriä), Epid.katetrin pois ottaminen, Verisen alusen vaihtaminen, Tamponin pois ottaminen, Verinäytteiden ottaminen"

"Vuotavan haavan haavataitosten vaihtamine, Kohdun painaminen-veri hyvä elatusaine, Näytteenotto arteriakanyylista/ art.kanyylin hoitaminen, Kipu-epiduraalin/CV-katatrin laitto, Respiraattorissa olevan potilaan hoito"

"Epiduraalikatetrin laitto, Veripaikka, CV-kateterin laitto, Verinäytteiden otto arteriakanyylistä, sektiohaavan haavalapun vaihto"

"LD proteesinlaitto, Vierasaineita/proteeseja laitettu potilaaseen, plastiset leikkaukset, joissa heikkoverenkiertoisia alueita leikkausalueella"

3.) Missä toimenpiteessä käytät suojakäsineitä Naistenklinikan leikkausosaston heräämötöissä?

"Melkein kaikessa potilasöössä. Verinäytteidenotto(joko laskimosta tai arteria näytteitä ottaessa)"

"Kohdun painamisessa, epiduraali katetrin poistamisessa tai arteria kanyylyä poistettaessa. Aina kun eritteistä on kysymys(esim. pissa pussin tyhjentäminen ym. Eristys potilaita hoidettaessa,"

"kaikessa kosketuksessa potilaaseen"

"Kohdun painaminen, alusten vaihto, respiraattoripotilaan extubaatio, pesut/pesuissa avustaminen"

"Kohdun painaminen, haavalapun tarkistus eli kun nostan peittoa ja potilaspaitaa. Lisäksi aina, kun kosken potilaaseen. Alusien vaihto, epid.katetrin poisto, labrojen ottaminen, virtsapussin tyhjentäminen, heikkapussin laittaminen/poisto, vuodepesut, tukisukkien pukeminen"

"Kaikissa potilaskontakteissa"

"Edellä mainitut toimenpiteet. Ja kohtua painaessa. Tukisukkia laittaessa pot.jalkaan. Vaihtaessa puhtaat petivaatteet pot. Käsitellessäni virtsapussia."

"Kaikissa potilaskontakteissa, esim. kohdun painamisessa, epid. katetrin poistossa ja tukisukkien pukemisessa."

"Leikkausalueita, dreeni- ja virtsapusseja käsitellessä. Kanyyleita poistaessa."

4.) Oletko saanut alueesi hygieniahoitajan antamaa koulutusta viimeisen vuoden aikana? Jos olet niin millaista?

88,8 % ei ja 11,2% kyllä

ei-, ei-,

Kyllä. "-käsihuuhteen oikeasta käytöstä, "kirurgisesta alapesusta," ei-, ei-, ei-, ei-, ei-, ei- "Uudistuneet/ päivitetty hygieniaohteet olen lukenut tietokoneelta"

5.) Noudatetaanko mielestäsi heräämötyössä yleisesti hyvää käsihygieniaa?

kyllä ja en tiedä. "En ole silmällä pitänyt kollegoiden Aseptista työskentelyä, mutta uskoisin että aseptien työskentely toteutuu. Toivon ainakin, että jokaisella hoitajalla on aseptinen omatunto, mutta tietenkin aina on parantamisen varaa mitä aseptiikkaan tulee!"

EI"Käsihuuhteen käyttö on suosituksiin nähden liian vähäistä. Suojakäsineiden käyttö kuitenkin mielestäni riittävää"

En tiedä "Luulen, että osa on tarkkoja käsihygieniassa, osa ei muista käyttää hanskoja tai desinfioida käsiä ja sitten mennään koneelle tai omalle kännykälle näpelöimään."

-

-

-

-

Keskeiset tutkimustulokset

Vastauksista kävi ilmi että, aseptinen toimintatapa heräämössä on merkityksellistä. Tutkittavat eivät olleet avanneet niin sanottua aseptista omaa tuntoa, vaan kerrottiin yleisellä tasolla. Vastaajien mukaan infektioiden torjunnalla suojataan potilasta sekä työntekijää. Aseptinen toimintatapa on mikrobien kulkeutumisen ehkäisyä esimerkiksi leikkaushaavalle.

Tuloksista selvisi, että korkeampaa aseptista toimintaa vaativat toimenpiteet heräämössä olivat haavan hoito, verisuonikanyylien ja -katetrien laittaminen ja poistaminen, verinäytteen otto ja veripaikan laitto. Lisäksi esille nousivat kohdun painanta ja lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen.

Suojakäsineitä käytetään toimenpiteissä joissa kosketetaan potilasta, potilaan eritteitä, kanyyleita ja dreenejä sekä haavan hoidossa. Vastaajista 88,8 % ei ollut saanut hygieniahoitajan antamaa koulutusta viimeisen vuoden aikana, mutta 11,2 % oli. Koulutus piti sisällään käsihuuhteen oikean käytön ja kirurgisen alapesun. Yksi vastaajista oli perehtynyt itse päivitettyihin hygieniaoheisiin internetissä. Heräämötyössä hyvän käsihygienian noudattamisesta ei oltu varmoja. Vastaajien mielestä osa sairaanhoitajista noudatti hyvää käsihygieniaa ja osa ei.

7 Tutkimustulosten arviointi

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Suomen akatemian tutkimuseettisten ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen tutkimuskäytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja: rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Suomen akatemian eettiset ohjeet.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lisäksi, että tutkijat soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tuloksia julkaistessaan. Tutkijoiden kuuluu ottaa huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden työtä ja heidän saavutuksilleen arvon omassa tutkimuksessaan

ja tuloksia julkaistaessaan. (Suomen akatemian eettiset ohjeet.) Tutkimuksen on lisäksi oltava suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkijan tulee julkaista tulokset avoimesti sekä ilmoittaa rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. (Suomen akatemian eettiset ohjeet.) Hyvän tutkimuksen periaatteita ovat ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys ja luottamus. (Kylmä 2007.)

Koko tutkimusprosessin ajan noudatettiin hyviä tutkimuskäytänteitä ja eettisyyteen kiinnitettiin huomiota. Tutkimusmateriaaliin pääsivät käsiksi vain opinnäytetyön tekijät ja tutkimusmateriaali hävitettiin asianmukaisesti polttamalla tutkimustulosten analysoinnin jälkeen. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa noudatettiin luotettavuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai esimerkiksi kyselylomakkeen kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Tutkimustulosten tulee antaa totuudenmukainen kuva tutkittavasta kohteesta. (Hirsjärvi et al. 2009.) Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Tutkimuksen tekijän tulee voida osoittaa, että tutkimustulokset eivät ole syntyneet sattumanvaraisesti. (Hirsjärvi et al. 2009.) Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa tutkijan objektiivisen otteen säilymistä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten soveltamista eri ympäristöön. (Hirsjärvi et al. 2009) Kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys aineiston ja tulosten suhteen. Tutkijan pitää kuvata analyysinsä mahdollisimman tarkasti. Tutkimuskontekstin kuvaus, osallistujien valinnan ja taustatietojen selvittäminen sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäinen kuvaus on edellytys tutkimuksen siirrettävyyden varmistamiseksi. (Kankkunen et al. 2009.)

Tutkimuksen eri vaiheet ja teoreettiset lähtökohdat kuvattiin tarkasti. Tutkimustuloksiin suhtauduttiin objektiivisesti ja totuudenmukaisesti.

7.3 Tutkimustulosten arviointi

Tämä opinnäytetyö selvitti kvalitatiivisen tutkimuksen avulla sairaanhoitajan aseptica työskentelyä heräämössä. Tutkimus tehtiin kyselomakkeilla kolmen eri sairaalan sairaanhoitajille,

jotka työskentelevät perioperatiivisessa hoitoympäristössä Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla, Kirurgisen sairaalan leikkausosastolla ja Kätilöopiston sairaalan leikkausosastolla. Opinnäytetyö on osa Naistenklinikan ja Laurea-ammattikorkeakoulun Learning by Development-hanketta ja lähtöisin työelämän tarpeista.

Kyselylomakkeiden avulla oli tarkoitus saada tietoa sairaanhoitajan aseptisestä työskentelystä heräämössä. Vastausten vähyyden vuoksi ei systemaattista sisällönanalyysia voitu käyttää, vaan opinnäytetyöntekijät keräsivät vastauksista kysymys kerrallaan nousseet asiat, jotka poimittiin suoraan antaen niille merkitykset. Jokainen merkitys refleктоitiin ja esiteltiin opinnäytetyössä sekä tutkimustuloksissa.

Sairaanhoitajan aseptisestä työskentelystä heräämössä ei ole tehty aiempia tutkimuksia suoranaisesti. Toki perioperatiivista työskentelyä on tutkittu paljonkin, mutta ei sairaanhoitajan aseptistä työskentelyä heräämössä. Erja Tengval vuonna 2010 julkaistussa väitöskirjassaan kuvaa leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillista osaamista, johon heräämössä työskentelevä sairaanhoitajakin kuuluu. Perioperatiivisen sairaanhoitajanhan on hallittava koko perioperatiivinen hoitoympäristö aina preoperatiivisesta hoitotyöstä postoperatiiviseen potilaan hoitoon. Tengvalin väitöskirjan tarkoituksena oli kuvata leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyyttä ja sen toteutumista, ja tulosten mukaan ammatillisen pätevyyden tärkeimmäksi osa-alueeksi ilmeni aseptiikka. Lisäksi perioperatiivisen hoitajan oli hallittava lähes aina desinfektioon, steriiliin pukeutumiseen ja potilaan peittelyyn liittyvät hoitotyön toiminnot. Ammattipätevyyden hallinta koskee myös heräämöhoidajaa, jonka ammattipätevyyden osa-alueen hallintaan, aseptiseen työskentelyyn tällä opinnäytetyöllä toivottiin vastauksia.

Riitta Meretoja on vuonna 2003 kehittänyt niin sanotun (NCS):n, Nurse Competence Scale-asteikon, joka koostuu seitsemästä osa-alueesta. Perioperatiivisessa hoitoympäristössä sairaanhoitajan päätöksentekoa ohjaa eettinen arvoperusta ja hän pitää aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostaan. Sairaanhoitaja hyödyntää toiminnassaan tutkimustietoa ja pitää ajan tasalla muun muassa aseptiikan ohjekansioita. Tutkitun tiedon hankkiminen ja potilashoidon kehittäminen moniammatillisissa työryhmissä tärkeää.

Alkuperäisenä suunnitelmana oli jakaa kaikki kyselylomakkeet Naistenklinikan anestesia- ja leikkausosastolla. Kyselylomakkeet olisivat olleet sairaanhoitajien saatavilla Naistenlinikalla kahden viikon ajan. Kaikki sairaanhoitajat olisivat saaneet lomakkeensa olleessaan työvuorossa Naistenlinikalla. Pohdimme opinnäytetyöntekijöiden kesken, olisiko tällä menetelmällä saatu suurempi vastausprosentti. Vastauksista 80 % saatiin Naistenlinikalla työvuorossa olleilta sairaanhoitajilta. 20 % vastauksista tuli Kätilöopiston sairaalassa työkierrossa olleilta sairaanhoitajilta. Kirurgisessa sairaalassa työkierrossa olleista sairaanhoitajista kukaan ei ollut vastannut kyselyyn. Epäselväksi jäi, eivätkö Kätilöopistolla ja Kirurgisessa sairaalassa työkierrossa olleet sairaanhoitajat mieltäneet kyselyn koskettavan heitä?

Pyyntö kyselylomakkeiden samanaikaisesta luovuttamisesta tuli Naistenklinikan anestesia- ja leikkausosastolta ja opinnäytetyöntekijät noudattivat tätä pyyntöä.

Mikäli vastausprosentti olisi ollut suurempi, olisi ollut erittäin mielenkiintoista nähdä hygieniahoitajan antaman koulutuksen saaneiden määrä. Nyt vain yksi yhdeksästä vastaajasta oli saanut hygieniahoitajan antamaa koulutusta.

Erja Tengvallin väitöskirjassa vuodelta 2010 anestesiahoitajista 32% toimi aina uusimman aseptisen tiedon mukaisesti ja 48% toimi näin usein. Leikkaushoitajilla vastaavat luvut olivat 20% ja 43%.

Tässä tutkimuksessa 88,8% kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista piti aseptista toimintaa Naistenklinikan heräämössä erittäin merkityksellisenä. Opinnäytetyöntekijät olisivat olleet innokkaita näkemään, olisiko suurempi vastausprosentti antanut samansuuntaisen tuloksen.

Tutkimusaineiston vähäisyys vaikutti aineiston analysointiin ja tutkimustulosten hyödynnettävyyteen, koska induktiivista sisällönanalyysiä ei nyt voitu käyttää.

Opinnäytetyö oli hidas kypsymisprosessi niin valmiille työlle kuin sen tekijöillekin. Kenelläkään ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimustyöstä, joten tutustuimme täysin uuteen maailmaan. Matkan varrelle osui monta karikkoa, joista nousimme toinen toistamme tukien. Aikuisopiskelijoilla haastetta toivat aikataulujen yhtensovittaminen, perheet ja työt. Yhteinen työ on hitsannut ystävytemme vahvalle tasolle. Tukenamme oli onneksi kokenut lehtori Marja Tanskanen, joka ohjasi meitä lämmöllä ja ammattitaidolla koko tutkimusprosessin ajan.

Ammatillista kasvua ajatellen olemme saaneet tukevan tietopaketin aseptiikasta, perioperatiivisesta hoitotyöstä ja sairaanhoitajan eri osaamisalueiden vaatimuksista ja niiden kehittämistä. Sairaanhoitaja ei voi koskaan sanoa olevansa valmis, vaan sairaanhoitajan työssä vaaditaan jatkuvaa itsensä kehittämistä ja tietojen päivittämistä työelämän tarpeita vastaaviksi.

7.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Päällimmäiseksi ajatukseksi nousi tutkimustulosten hyödyntämisen osalta hygieniahoitajan antaman koulutuksen lisääminen. Hygieniahoitajan antamaa koulutusta tulisi lisätä niin, että kaikki hoitotyöhön osallistuvat sairaanhoitajat Naistenklinikan anestesia- ja leikkausosastolla pystyisivät osallistumaan hygieniahoitajan antamaan koulutukseen. Näin Naistenklinikan anes-

tesia- ja leikkausosaston sairaanhoitajat pystyvät hyödyntämään hygieniahoitajan antaman ajantasaisen tiedon päivittäisessä työssään. Hygieniahoitajan organisoimat käsihygieniapäivät ja tietoisikut voisivat toimia koko hoitohenkilökunnan saavuttavina koulutuspäivinä. Asian käsittelyä edistää myös tämä opinnäytetyöprojekti. Tämän prosessin myötä sairaanhoitajan aseptinen työskentely heräämössä nostetaan aiheena yleiseen keskusteluun aseptiikasta.

Lähteet

Ahonen, J., Drachman-Mertsalmi, R. 2012. Naistenklinikan heräämön perehdytysohje.

Anttila, V-J., Hellstèn, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 2010. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

Berghella, V. & Landon, M. 2012. Chapter.20: Caeseran delivery. Teoksessa Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Sixth Edition. Canada.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. p. Helsinki: WSOY.

Fraulini, K. E. 1987. After anesthesia. Verkkodokumentti.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Hämeenlinna: TAMMI.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2011. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: TAMMI.

Kai Tiaki Nursing New Zealand (Wellington, N.Z. : 1995) 2014: 20 (5) : 6 / Survey shows nurses' hand hygiene improving. Terkko.

Kanerva, M. & Tenhunen, M. 2012. Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavahoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karhunmäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2010. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinto-opas syksy 2011.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lyytikäinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf.

Pullinen, A., Puntila, R., Tikkanen, R., Tiilikainen, M-L. 2010. Katetriperäiset infektiot. Teho- ja valvontatyön opas. Duodecim. Verkkodokumentti.

Rintala, E. & Routamaa, M. 2011. Suomen lääkirilehti 15/2013. Hyvä käsihygienia sairaalassa - suositus vai velvollisuus ?. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Ritkala-Castrèn, M., Kokki, K. 2010. Verisuonikanyylien ja katetrien hoito. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim. Verkkodokumentti.

Rouhe, H., Saisto, T., Toivonen, R. & Tokola, M. 2013. Kun synnytys pelottaa. Juva: Bookwell oy.

Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999-2005. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 20:2481-6.

Saarinen, L. Hygieniahoitaja. Helsingin kaupunki. 2014.

Suomen akatemian eettiset ohjeet.

<http://www.aka.fi/>

Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf.

Syrjälä, H. 2005. Käsihuhde-mikrobien leviämisen eston kulmakivi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 15:1694-9.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesteziologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteidenlaitos. Terveystieteiden tiedekunta.

Terveystieteidenlaki 1326/2010. www.finlex.fi

Torkki, P. 2012. Käypä prosessi- Mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja eri sairaaloiden välillä. Väitöskirja. Aalto-yliopisto. Helsinki.

Työsuojelulaki 738/2002. www.finlex.fi.

WHO 2009. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization.

Liite 1.

Opinnäytetyön aikataulu

- 15.08.2013 Opinnäytetyön aiheen valinta
- 08.10.2013 Tutustumiskäynti Naistenlinikalla
- 18.12.2013 Opinnäytetyön ohjaus
- 16.04.2014 Opinnäytetyön ohjaus
- 13.05.2014 Suunnitelman esittely ja opinnäytetyön ohjaus
- 28.05.2014 Kyselylomakkeiden vienti
- 10.06.2014 Opinnäytetyön ohjaus
- 12.06.2014 Kyselylomakkeiden haku
- 11.08.2014 Kyselylomakkeiden avaamista
- 18.08.2014 Teorian kirjaamista
- 28.08.2014 Opinnäytetyön ohjaus
- 08.10.2014 Opinnäytetyön ohjaus
- 11.10.2014 Opinnäytetyön teko
- 18.10.2014 Opinnäytetyön teko
- 21.10.2014 Opinnäytetyön teko
- 30.10.2014 Opinnäytetyön ohjaus
- 01.11.2014 Opinnäytetyön teko
- 02.11.2014 Opinnäytetyön teko
- 03.11.2014 Opinnäytetyön teko
- 07.11.2014 Opinnäytetyön esitys Naistenlinikalla

Liite 2.

Hyvä sairaanhoitaja!

Teemme opinnäytetyötä Laurea- ammattikorkeakoulun ja HUS – Naisten – ja lastentautien tulosyksikössä, Naistenklinikan leikkaus – ja anestesiaosastolle . Hanke toteutuu Naistenklinikan työelämän tarpeita kehittävän toiminnan pohjalta. Aihe on työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa koskien sairaanhoitajien aseptista työskentelyä heräämössä.

Opinnäytetyöhön osallistumisenne perustuu vapaaehtoisuuteen. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää sen milloin tahansa.

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyön nimi on: ” Sairaanhoitajan aseptinen työskentely heräämössä”.

Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeilla Naistenklinikan heräämössä , kättilöopiston heräämössä ja kirurgisen sairaalan heräämössä työskenteleviltä sairaanhoitajilta .Kyselylomakkeella on avoimia kysymyksiä ja monivalintakysymys. Kaikkiaan kyselyssä on viisi kysymystä. Kyselylomakkeet toimitetaan teille viikolla 23 Kirurgisen- , Kättilöopiston sairaalaan ja Naistenklinikan sairaalan leikkausosastojen kanslioihin. Merja Lähteenmäki tuo kyselylomakkeet keskiviikkona 3.6.2014 naistenklinikan leikkausosaston kansliaan klo 8.00. Sari Mäki toimittaa kyselylomakkeet Kättilöopiston leikkausosaston kansliaan torstaina 4.6.2014 klo 9-10 ja kertoo samalla opinnäytetyöstä. Susanna Sinkko toimittaa kyselylomakkeet Kirurgisen sairaalan leikkausosaston kansliaan torstaina 4.6.2014 klo 9-10 ja kertoo samalla opinnäytetyöstä. Vastausaikaa on 13.6.2014 klo 17 saakka. Jokainen vastannut palauttaa kyselylomakkeensa erilliseen suljettuun kirjekuoreen, jonka tekijät noutavat 13.6.2014 klo 17.00 . Kyselyyn vastataan nimettömästi. Tutkimustulokset analysoidaan alkaen viikolta 29 induktiivisella sisällön-analyysimenetelmällä. Kyselylomakkeet hävitetään aineiston analysoinnin jälkeen asianmukaisesti eettisiä periaatteita kunnioittaen.

Merja Lähteenmäki

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

merja.lahtenmaki@laurea.fi

Sari Mäki

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

sari.maki@laurea.fi

Susanna Sinkko

Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)

susanna.S.sinkko@laurea.fi

Marja Tanskanen, opinnäytetyön ohjaava lehtori,

Terveysala, lehtori / Senior Nursing Lecturer

e-mail: marja.tanskanen@laurea.fi

Laurea- ammattikorkeakoulu /Laurea University of Applied Sciences

Ratatie 22

01300 Vantaa

Member of FUAS- Federation of Universities of Applied Sciences

Liite 3.

Tutkimuksen kyselylomake,

Tämä kyselylomake on suunnattu Naistenklinikan leikkausosaston sairaanhoitajille.

Kyselyn avulla pyritään saamaan kokemukseräistä tietoa sairaanhoitajien aseptisestä työskentelystä Naistenklinikan leikkausosaston heräämössä.

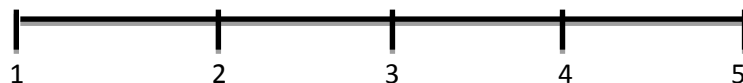
Tutkimuskysymyksessä yksi on monivalintajana. Mikäli pidät aseptista toimintaa heräämössä erittäin merkityksellisenä, valitse 5, jos pidät aseptista toimintaa heräämössä merkityksellisenä, valitse 4, jos et osaa sanoa, valitse 3, jos pidät aseptista toimintaa heräämössä merkitökösettömanä valitse 2 ja jos pidät aseptista toimintaa heräämössä erittäin merkityksettömanä, valitse 1. Vastaa ympyröimällä sopiva numero. Kysymyksissä 3 ja 4 on vaihtoehtoja. Vastaa vaihtoehtokysymyksiin rastittamalla. Avoimiin kysymyksiin voit vastata omin sanoin.

Vastaajan taustatiedot

1. Ikä _____ vuotta
2. Sukupuoli _____
3. Koulutus _____
4. Sairaanhoitajan ammatissa oloaika _____
5. NKL:lla työskentelyaika _____

Tutkimuskysymykset

1. Kuinka merkityksellisenä pidät aseptista toimintaa Naistenklinikan heräämössä?



Perustele miksi?

2. Luettele viisi toimenpidettä, mitkä vaativat korkeampaa aseptista toimintaa Naistenklinikan heräämötyössä ?

1.)

2.)

3.)

4.)

5.)

3. Missä toimenpiteissä käytät suojakäsineitä Naistenklinikan leikkausosaston heräämötyössä?

4. Oletko saanut alueesi hygieniahoitajan antamaa koulutusta viimeisen vuoden aikana?

KYLLÄ_____

EI_____

Jos olet niin millaista?

5. Noudatetaanko mielestäsi heräämötyössä yleisesti hyvää käsihygieniaa?
KYLLÄ _____ EI _____ EN TIEDÄ _____ jos ei, niin miksi?
