

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sini Vehanen

MRSA -POTILAAN OMAISTEN TIEDONSAANTI EURAJOEN
PALVELUKESKUS JOKISIMPUKASSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2007

TIIVISTELMÄ

MRSA-POTILAAN OMAISTEN TIEDONSAANTI

Vehanen Sini
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Rauma
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Joulukuu 2007
Ohjaaja: Pirilä Ritva
YKL: 59.22
Sivuja: 32

Asiasanat: MRSA, omainen, tiedonsaanti, hygienia

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, saivatko Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukassa asuvien MRSA tartunnan saaneiden potilaiden omaiset riittävästi tarvitsemaansa tietoa MRSA:sta ja, miten he sitä saivat. Tämän lisäksi pyrittiin selvittämään, pelkäsivätkö omaiset saavansa tartunnan ja vaikuttiko MRSA omaisten vierailuihin osastolla sekä heidän osallistumiseensa omaisensa hoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa Jokisimpukan henkilökunnalle ja muille Eurajoen vanhustyöhön osallistuville henkilöille siitä, kuinka hyvin he onnistuivat MRSA:sta tiedottamisessa.

Tämä tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimusaineisto kerättiin Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukan MRSA-potilaiden omaisilta (N=7). Kaikki haastateltavat olivat potilaiden lähiomaisia. Haastateltavien valintakriteerinä oli, että omaisella oli tai oli ollut MRSA bakteeri ja että omainen oli ollut hoidossa kohorttiyksikössä. Haastattelut tehtiin kesä-heinäkuun 2006 aikana.

Tutkimuksen tulosten mukaan omaiset olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon. Omaisten mielestä henkilökunnalta oli saanut hyvin tietoa MRSA:sta. Lisäksi omaiset kokivat saaneensa hyvin tietoa MRSA:sta järjestetystä tiedotustilaisuudesta. Henkilökunta oli myös opastanut suojainten käytössä. Haastateltuja omaisia MRSA ei pelottanut niin, että se olisi vaikuttanut heidän vierailuihinsa osastolla.

ABSTRACT

AVAILABILITY OF INFORMATION TO RELATIVES OF MRSA PATIENTS

Vehanen Sini

Satakunta University of Applied Sciences

School of Social Services and Health Care, Rauma

Degree Programme in Nursing and Health Care

Specialisation in Nursing and Health Care

December 2007

Tutor: Pirilä Ritva

PLC: 59.22

Pages: 32

Key words: MRSA, relative, information, hygiene

The purpose of this study was to find out whether the relatives, whose family members are MRSA- infected patients living at Eurajoki Service Center Jokisimpukka, got enough information relating to MRSA, and how the information was delivered to them. Furthermore, the study focused on whether the relatives were scared of getting infected and whether MRSA affected their visits or care for the patient. The goal of the thesis was to produce researched information for the staff of Jokisimpukka and for the other people closely involved in the care of the elderly in Eurajoki, of how well they succeeded in giving information about MRSA.

The study was a qualitative study; a themed interview was used as a research method. The research material was obtained from the relatives of the MRSA- infected patients in Eurajoki Service Center Jokisimpukka. (N =7). All the interviewed persons were close relatives of the patients. The selecting criteria for the interviewed were that the relative was or had been infected by MRSA, and that he/she had been in care at the cohort unit. These interviews were conducted during June and July 2006.

According to the results of the study the relatives of the patients were satisfied with the information they received from the staff about MRSA. The relatives also felt that they received adequate information about MRSA at the briefing organized for them. The staff had also instructed them in the use of protective gear. The interviewed relatives were not scared of MRSA to the point that it would have affected their visits at the ward.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 METISILLIINI RESISTENTTI STAPHYLOCOCCUS AUREUS.....	Virhe.
Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
2.1 MRSA:n leviäminen	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2.2 MRSA: n torjunta.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2.3 MRSA pitkäaikaishoitolaitoksissa	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2.4 MRSA -kantajan puhdistushoito	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2.5 MRSA:n torjunnan syytä	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
2.6 Hoitajien tiedot MRSA:sta.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
3 KÄSIHYGIENIA	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
3.1 Käsihygienian toteutus	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
3.2 Käsihygienian toteutuminen hoitotyössä	15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	Virhe.
Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	17
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta	17
5.2 Tutkimusaineiston keruu ja kohdejoukon kuvaus.....	18
5.3 Aineiston käsittely ja analysointi	19
6 TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Tiedonantotapa	20
6.2 Omaisen hoitoon osallistuminen	22
6.3 Tyytyväisyys tiedonsaantiin.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7 POHDINTA	25
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja pohdinta	25
7.2 Tutkimustulosten luotettavuus	27
7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
LÄHTEET	30
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Staphylococcus aureus -bakteeri on yleinen terveiden henkilöiden iholla ja nenän limakalvolla. Vakavia stafylokokki- infektioita on perinteisesti hoidettu penisilliinin sukuisilla antibiooteilla. Jotkut stafylokokit ovat kuitenkin kehittyneet vastustuskykyiseksi tavallisille stafylokokkiantibiooteille. Antibiooteille vastustuskykyisiä stafylokokkeja kutsutaan metisilliinille resistenteiksi Staphylococcus aureuksiksi eli MRSA:ksi. (<http://www.ktl.fi/portal>.)

MRSA:n aiheuttamia epidemioita on esiintynyt sairaaloissa 1960- luvulta lähtien (Agthe ym. 2004, 4). Suomessa on 1980- luvulla ja 1990- luvun alussa vuosittain ollut noin 150 uutta MRSA tapausta. Vuosina 2004- 2006 MRSA tapausten määrä on lisääntynyt jatkuvasti. Vuonna 2006 uusia MRSA tapauksia todettiin 1315 (<http://ktl.fi/>) MRSA:n aiheuttamat epidemiat ovat myös viime vuosina lisääntyneet. MRSA on aiheuttanut epidemioita paitsi sairaaloissa myös vanhainkodeissa ja muissa pitkäaikaishoitolaitoksissa. (Agthe ym. 2004, 6.)

Omaiset joutuvat uuden ja ehkä pelottavankin asian eteen, kun heidän läheisellään todetaan MRSA- infektio. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, saivatko Jolkisimpukassa asuvien MRSA tartunnan saaneiden asukkaiden omaiset riittävästi tarvitsemaansa tietoa MRSA:sta, ja miten he sitä saivat. Tämän lisäksi pyrittiin selvittämään, vaikuttiko MRSA tartunnan saaminen omaisten vierailuihin ja heidän osallistumiseensa

omaisensa hoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa Jokisimpukan henkilökunnalle ja muille Eurajoen vanhustyöhön osallistuville henkilöille siitä, kuinka hyvin he onnistuivat MRSA:sta tiedottamisessa. Saatavan tiedon avulla voidaan suunnitella toimenpiteitä vastaisuuden varalle niin, että ne mahdollisimman hyvin vastaisivat tarpeeseen. Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukasta tuli ehdotus työn tekemiseen, sillä siellä on esiintynyt MRSA:ta. Koska aihe on ajankohtainen, eikä siitä ole tehty aikaisempia tutkimuksia, päätin ottaa aiheen vastaan.

2 METISILLIINI RESISTENTTI STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Staphylococcus aureus -bakteeri on yleinen terveiden henkilöiden iholla ja nenän limakalvoilla. Väestöstä jopa 25 – 30 % kantaa sitä nenässään, mutta tällainen kantajuus ei aiheuta mitään oireita. Staphylococcus aureus saattaa aiheuttaa vaurioituneella iholla infektioita, joista suurin osa on lieviä, kuten märkänäppylät, paiseet ja muut ihoinfektiot. Staphylococcus aureus voi myös aiheuttaa vakavia infektioita kuten leikkaushaavainfektioita, keuhkokuumetta ja endokardiittia. Valtaosa S. aureus – kannoista tuottaa penisilliiniä hajottavaa penisillinaasientsyymiä ja näitä infektioita on hoidettu viime vuosikymmenet penisillinaasia kestäville stafylokokkipenisilliineillä, kuten oksasilliinillä ja kloksasilliinillä. Infektioiden hoito on kuitenkin vaikeutunut S. aureuksen kehitettyä antibiooteille vastustuskykyisiä eli resistenttejä kantoja. Metisilliinille resistenttejä S. aureusta kutsutaan MRSA: ksi. (Aghte ym. 2004, 4.) Metisilliinille resistenttien bakteerien raju lisääntyminen viime vuosikymmenien aikana johtuu ihmisten toiminnasta, antibioottien virheellisestä ja anteliaasta käytöstä sekä bakteerien kyvystä kehittää resistenssiä (Hovi & Kykyri, 2000, 10).

MRSA- infektio on yksi maassamme esiintyvistä sairaalainfektioista. Sairaalainfektioilla tarkoitetaan infektiota, joka on saanut alkunsa sairaalahoidon aikana. Sairaalainfektioita aiheuttavat virukset, bakteerit, sienet ja loisista lähinnä alkueläimet (Lumio 1996, 864.) MRSA- infektion saavat tavallisimmin sairaalapotilaat, jotka ovat iäkkäitä tai vaikeasti sairaita tai, joilla on avoimia haavoja tai katetreja. Riskiä lisää myös pitkittynyt sairaalahoido, tehohoito, aiempi antibioottihoito, kirurginen toimenpide, MRSA- nenäkantajuus tai läheinen kosketus potilaisiin, jotka ovat MRSA- kantajia. (<http://www.hus.fi>.) MRSA voi aiheuttaa infektioita myös sairaalan ulkopuolella ja tavallisimmin nämä infektiot ovat ihoinfektioita (Aghte ym. 2004, 22).

MRSA- kolonisaatiota eli kantajuutta tulee epäillä, kun henkilö on ollut hoidossa ulkomaisessa sairaalassa tai mikäli henkilöllä on aikaisemmin todettu MRSA. Lisäksi kantajuutta tulee epäillä, jos henkilö on ollut hoidettavana kotimaisessa sairaalassa, jossa on tai on ollut MRSA: n aiheuttama epidemia tai, jos henkilön lähipiirissä on MRSA: lle kolonisoitunut henkilö. MRSA- kolonisaationäyte otetaan nenästä, nielusta, perineumis-

ta, nivusista, katetrivirtsasta, ihorikoista ja dreeniaukoista. Näyte otetaan kustakin paikasta omalla erillisellä tikulla. Samasta anatomisesta paikasta otetut näytteet voidaan kuitenkin ottaa samaan tikkuun. Jokainen tikku laitetaan omaan kuljetushyytelöputkeen, johon merkitään potilaan nimi, näytteenottoaika ja aika. Katetrivirtsa otetaan virtsan-keräyspussista kierrekorkilliseen, steriiliin muoviputkeen. Näytteet otetaan vähintään kahdesti, koska on todettu, että ensimmäiset näytteet voivat olla negatiivisia, vaikka henkilöllä olisikin MRSA- bakteeri. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, ohje metisilliiniresistentin staphylococcus aureuksen torjunnasta, 2005, 6-7.)

2.1 MRSA:n leviäminen

MRSA leviää tavallisimmin potilaasta toiseen henkilökunnan käsien välityksellä (Kotilainen, 1998, 127). MRSA voi myös levitä läheisessä kosketuksessa henkilöstä toiseen. Lähes poikkeuksetta MRSA leviää suoraan ihokosketuksen välityksellä. Joskus leviäminen voi tapahtua epäsuorasti eli kosketeltaessa eritteillä tahriintuneita esineitä kuten haavataitoksia. (Agthe ym. 2004, 8.) MRSA elää pinnoilla useita päiviä, joten se voi tarttua myös pyyhkeiden, kosketuspintojen ja kosteiden pesutilojen välityksellä. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, ohje metisilliiniresistentin staphylococcus aureuksen torjunnasta, 2005, 3.) Henkilökunta saattaa myös kolonisoitua MRSA:lla hoitaessaan MRSA -potilaita, mutta yleensä ilmiö on lyhytaikainen, eikä kysymys ole MRSA-kantajuudesta (Agthe ym. 2004, 7). Lyhytaikaisessa kolonisaatiossa MRSA on viljeltävissä vain kerran yhdeltä alueelta esimerkiksi käsien iholta (Hamilas, 2005, 1).

2.2 MRSA: n torjunta

Hyvä käsihygienia on tärkein toimi, jolla MRSA: n leviämistä voidaan ehkäistä (Laine, 2004, 289). Kädet on aina desinfioitava ennen jokaista potilaskosketusta ja sen jälkeen. Kädet pestään vedellä ja saippualla ennen desinfiointia vain silloin, kun ne ovat näkyvästi likaantuneet tai tahriintuneet eritteillä. (Agthe ym. 2004, 8.)

Hyvän käsihygienian lisäksi MRSA:n leviämisen estämiseksi noudatetaan kosketuseristystä. Potilas sijoitetaan yhden hengen huoneeseen tai samaan huoneeseen muiden

MRSA- potilaiden kanssa. Potilas saa poistua huoneesta vain välttämättömien tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden vuoksi. Vierailijoiden tulee desinfioida kätensä alkoholipitoisella liuoksella potilashuoneesta poistuessaan. Lisäksi vierailijoiden tulee käyttää suojakäsineitä tai suojatakkia erityisesti, jos he auttavat potilaan hoidossa tai, jos on todennäköistä, että he joutuvat kosketuksiin potilaan ihon, virtsan, veren, haavojen tai muiden eritteiden kanssa (www.ktl.fi). Sairaalainfektioiden torjunnasta vastaava henkilökunta päättää, milloin potilaan eristäminen voidaan lopettaa. Eristys saattaa kestää pitkään, koska MRSA- infektio on vaikea hoitaa. Potilaan tulee aina kertoa häntä hoitaville lääkäreille ja hoitajille, että häneltä on löytynyt MRSA. (www.hus.fi)

Hoitajat käyttävät hoitotoimenpiteissä suojatakkia ja suojakäsineitä. Käsien desinfointi suoritetaan potilashuoneeseen mentäessä ja sieltä poistuttaessa. Näin voidaan vähentää hoitohenkilökunnan käsien kolonisoitumista MRSA: lla. Suojakäsineitä käytettäessä on muistettava, että käsineet ovat potilasta hoidettaessa toimenpidekohtaiset ja potilaskohtaiset. Kontaminoituneilla käsineillä ei saa kosketella potilaan puhtaita alueita tai katetreja. (Aghte ym. 2004, 8.) Hoidettaessa alle metrin etäisyydellä potilasta, joka on MRSA- nenä tai nielukantaja ja, jolla on hengitystieinfektio tai hoidettaessa haavoja, joissa on MRSA- kolonisaatio tai MRSA -infektio, käytetään kirurgista suu- nenäsuojusta. (Aghte ym. 2004, 8.)

2.3 MRSA pitkäaikaishoitolaitoksissa

Useimmiten MRSA kulkeutuu pitkäaikaishoidon laitokseen akuuttisairaalaan siirtyvän potilaan mukana. Laitokseen päästyään MRSA:lla on taipumus muuttua endeemiseksi, mikäli asianmukaisia torjuntatoimia ei kyetä toteuttamaan. Monet pitkäaikaishoitoon liittyvät tekijät lisäävät kantajuuden riskiä ja edesauttavat MRSA:n leviämistä pitkäaikaishoidon yksikössä. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa virtsainkontinenssi, haava, immobilisaatio, suonensisäinen kanyyli, syöttöletku, virtsatiekatetri ja antibioottihoito. (Laine, 2004, 288.)

Pitkäaikaishoito on useimmiten koko eliniän kestävä ja pitkäaikaishoitolaitos on katsottava hoidettavan kodiksi. Tällöin eristäminen saattaa olla hankalaa. Asukasta ei voi pitkiksi ajoiksi sulkea kosketuseristykseen, vaan MRSA kantajillakin on oikeus sosiaa-

lisiin kontakteihin, kuntoutukseen ja ystävyyssuhteisiin. Käyttökelpoisin tapa eristyksen toteuttamiseen pitkäaikaishoitolaitoksessa onkin kohortointi. (Laine, 2004, 290.) Kohortointi tarkoittaa sitä, että MRSA kantajat tai MRSA: n aiheuttamaa infektiota sairastavat hoidetaan erillään potilaista, joilla ei ole MRSA:ta (Aghte ym. 2004, 9). Kohortin voivat muodostaa esimerkiksi tietyt huoneet, jokin osaston osa tai voidaan muodostaa kokonaisia kohorttiosastoja. Kohortointikaan ei saa liikaa rajoittaa asukkaan elämää. (Laine, 2004, 290.)

MRSA tartuntojen vähentämiseksi myös hoitohenkilökunta pyritään kohortoimaan niin, että vain tietyt henkilöt hoitavat potilaita, joilla on MRSA. Toteutettaessa MRSA torjuntatoimia pitkäaikaishoitolaitoksessa on yhteen sovitettavana neljä eri näkökulmaa: MRSA- kantajan oikeus hyvään hoitoon ja virkistykseen, laitoksen muiden asukkaiden suojaaminen tartunnalta, laitoksen ylläpitäjän kustannukset ja MRSA torjunnan valtakunnallinen onnistuminen. (Aghte ym. 2004, 10.)

2.4 MRSA -kantajan puhdistushoito

MRSA:n kantajuutta on pyritty katkaisemaan puhdistushoitojen avulla. Pitkäaikaistulokset puhdistushoidoista ovat kuitenkin olleet vaatimattomia. Pitkäaikaishoitolaitoksessa puhdistushoito tulee kyseeseen silloin, kun laitoksessa on muutama MRSA- kantaja ja tavoitteena on koko laitoksen vapauttaminen MRSA:sta. (Laine, 2004, 290.) Puhdistushoidon tarkoituksena on poistaa MRSA- bakteeri iholta ja limakalvolta (Satakunnan sairaanhoitopiiri, tartuntataudit ja hygieniayksikkö, 2005). Puhdistushoitoa suunniteltaessa on syytä selvittää kolonisaation laajuus MRSA- viljelynäyttein, jotta osattaisiin valita sopiva hoitomuoto (Aghte ym. 2004, 15).

Limakalvo- ja ihonäytteiden lisäksi näytteen ottaminen nielusta on suotavaa, koska nielukolonisaation hoito edellyttää yleensä systeemisesti vaikuttavan mikrobilääkkeen käyttöä (Aghe ym.2004,15). Limakalvoja ja ihoa varten käytössä ovat mupirosiini hoitovoiteet. Nenäkantajalla käytetään lisäksi klooriheksidiiniä sisältävää suuhuuhdetta. (Kurvinen, Routamaa & Terho, 2004, 9.) Kantajuuden hoidossa voidaan käyttää systeemisesti vaikuttavia bakteerilääkkeitä, paikallishoitoa sekä erilaisia desinfiioivia aineita. Kantajuuden rajoittuessa terveelle iholle tai pinnallisille limakalvoille, voidaan

MRSA parhaiten häätää paikallishoidolla. Systemisesti vaikuttavien mikrobilääkkeiden käyttöä harkitaan, jos potilaan MRSA- kantajuus ulottuu alueille, joille paikallishoitoa ei voida antaa. Tällöin hoidoksi valitaan yleensä kahden sellaisen suun kautta annettavan mikrobilääkkeen yhdistelmä, joille kyseisen MRSA kannan on osoitettu olevan herkkä. Paikallishoitoon yhdistetään systeemihoido, mikäli todetaan myös pinnallista kantajuutta. (Aghte ym.2004, 14.)

MRSA- kannat ovat vastustuskykyisiä monille antibiooteille, ja niihin tehoavat vankomysiini tai linetsolidi. Vankomysiiniä käytetään haavainfektioiden ja verenmyrkytysten hoidossa ja sitä on saatavilla vain suonensisäisesti annettavassa muodossa, joten sen käyttö edellyttää yleensä potilaalta sairaalassa oloa. Linetsolidiä on saatavilla sekä suonensisäisesti annettavassa että tablettimuodossa, ja toistaiseksi se tehoaa kaikkiin Suomessa tavattuihin MRSA- kantoihin. (Ritmala - Castren, 2004, 13.)

Puhdistushoidon aikana MRSA-potilaiden iho ja hiukset pestään päivittäin klooriheksiidiiniä sisältävällä pesunesteellä. Lisäksi päivittäin vaihdetaan kaikki ihokosketuksessa olevat vaatteet, pyyhkeet ja vuodevaatteet. Myös kammat ja hammasharjat on puhdistettava. Hammasharjan voi puhdistaa keittämällä ja kamman voi puhdistaa vedellä ja saippualla. (Kurvinen, Routamaa & Terho, 2004, 11.)

Mikäli MRSA- kantaja on pitkäaikaishoitolaitoksessa, puhdistushoito suoritetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Sitten kun asukas palaa puhdistushoidosta hänelle järjestetään huone-eristys vanhainkodin yksikössä niin sanotulta puhtaalta puolelta. Ensimmäiset laajat MRSA- näytteet otetaan neljän viikon kuluttua puhdistushoidon lopettamisesta, ja näytteet otetaan viikoittain kolmen viikon ajan. Huone- eristys voidaan purkaa silloin, kun kolmet ensimmäiset näytteet ovat olleet negatiiviset. Ensimmäisten negatiivisten näytteiden jälkeen asukas voi liikkua yleisissä tiloissa, ei kuitenkaan yhteisissä saunatiloissa. (Santapere, 2005, 1.)

2.5 MRSA:n torjunnan syitä

MRSA:n aiheuttama epidemia aiheuttaa monia ongelmia terveydenhoidolle sekä bakteerin kantajille. MRSA- tapausten lisääntyminen lisää voimakkaasti laitosten eristystilojen, henkilökunnan kohortoinnin ja suojaamisen tarvetta, sekä hankaloittaa potilasliikennettä. Kasvanut seulonnan tarve lisää laitoksen bakteerinäytteistä johtuvia kuluja. MRSA -epidemian riistäytyminen hallinnasta aiheuttaa ongelmia mikrobilääkkeiden valinnassa ja aiheuttaa pysyviä muutoksia sairaalan ekologiassa. Lisäksi se voi johtaa tavanomaisiin infektioihin liittyvän kuolleisuuden lisääntymiseen, lisää riskiä resistenttitekijöiden siirtymiseen muihin patogeeneihin ja lisää tarvetta käyttää kalliita erikoismikrobilääkkeitä. MRSA:n vuoksi pitää myös rakentaa ja varustella eristystiloja ja lisätä suojainten käyttöä. Yksi MRSA- tapaus maksaa kymmeniätuhansia euroja. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, ohje metisilliiniresistentin staphylococcus aureuksen torjunnasta, tartuntataudit- ja hygieniayksikkö, 2005, 3-4.)

2.6 Hoitajien tiedot MRSA:sta

Tutkimuksissa on käynyt ilmi että hoitajat tarvitsevat lisää tietoa MRSA: sta. Hyppönen ja Voutilainen (2003, 37-39) tutkivat opinnäytetyössään, mitä sairaanhoitajat (N=91) tiesivät MRSA tilanteesta, hoidosta ja torjunnasta. Vastaajien työkokemus vaihteli vastavalmistuneista yli 25 vuoden työkokemuksen omaaviin hoitajiin. Tutkimus suoritettiin kyselylomakkein Keski- Suomen Keskussairaalassa. Tutkimuksesta ilmeni, että suurimmalla osalla hoitajista oli heikot tai tyydyttävät tiedot MRSA:sta ja MRSA tilanteesta. MRSA positiivisen potilaan hoidosta ja leviämisen ehkäisystä hoitajilla oli enemmän tietoa. Vastaajien mukaan koulutusta MRSA:sta tulisi olla enemmän. Heidän mielestään kirjallisia ohjeita osastoilla oli saatavilla, mutta käytännön perehdytystä MRSA:sta ei ollut riittävästi.

Haavisto ja Kirjanen (2005, 35-40) tutkivat Satakunnan alueen vanhainkodeissa työskentelevien sairaanhoitajien (N=103) kokemaa tiedontarvetta MRSA- infektiota sairastavien asukkaiden hoidossa. Tutkimus suoritettiin kyselylomakkein Satakunnan alueen vanhainkodeista. Tutkimuksen tulosten mukaan kolmasosa vastanneista ei ollut saanut tietoa MRSA:sta ammatillisen koulutuksensa aikana. Suurin osa hoitajista tiesi mitä

MRSA oli. Vastaajista 40 % ilmoitti, ettei tiennyt, miten toimia, jos osastolla on MRSA- tartunnan saanut asukas. Sairaanhoitajista viidesosa vastasi, ettei heidän osastollaan ollut minkäänlaisia kirjallisia ohjeita MRSA asukkaan hoitotyöstä. Yli puolet vastaajista ilmoitti, että osastolta löytyi jonkinlaiset toimintaohjeet MRSA- potilaan hoitotyöstä. Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista 84 % kaipasi yhtenäistä ja selkeää nimenomaan vanhainkotiin suunnattua kirjallista ohjeistusta MRSA- infektiota sairastavan asukkaan hoidosta. Tutkimuksen tulosten mukaan työnantaja ei ollut tarjonnut koulutusta MRSA:sta, vaan hoitajat olivat omatoimisesti hakeneet tietoa aiheesta. Tutkimuksessa ilmeni, että vaikka sairaanhoitajat kokivat tietonsa hyviksi, he toivoivat silti lisää tietoa MRSA:sta. Kaksi kolmasosaa vastanneista kaipasi lisää tietoa käsihygieniasta ja kolme neljäsosaa aseptisestä työskentelystä.

Hovin ja Kykyrin (2000, 41) opinnäytetyössä tutkittiin hoitajien (N=118) tietoja ja toimintaa MRSA:een liittyen. Tutkimuksessa vertailtiin tietoja ja toimintaa Suomessa ja Ruotsissa. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla Turun yliopistollisessa keskussairaalassa ja Ruotsissa Tukholman Södersjukhusetissa. Tulosten perusteella hoitajien tietojen todettiin olevan melko hyvät, mutta silti lähes kaikki hoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa jostakin MRSA:een liittyvästä aihealueesta. Suomalaiset hoitajat kaipaivat eniten tietoa hoitajien MRSA- kolonisaatiosta ja siitä aiheutuvista seurauksista. Ruotsalaiset hoitajat toivoivat lisää tietoa MRSA:een liittyvistä hoitomuodoista. Kummankin maan hoitajat eivät kokeneet tarvitsevansa lisätietoa käsihygieniasta.

Latvamäki (2007, 5-13) teki harjoitustyönään selvityksen hoitohenkilöstön kokemuksista ja MRSA- epidemian vaikutuksista työhön ja työyhteisöön pitkäaikaishoitolaitoksessa. Tutkimuksessa haastateltiin Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukassa työskenteleviä hoitajia (N=10). Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat pääosin tyytyväisiä tiedonsaantiin, epidemian alkuvaiheessa hoitajat olisivat tarvinneet enemmän tietoa. Hygieniahoitajan antamaan ohjaukseen oltiin tyytyväisiä, joskin sitä olisi voinut olla enemmän. Kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat hallitsevansa uudet toimintatavat. Hoitajista moni oli kokenut MRSA-epidemian uhkaavan omaa turvallisuuttaan, kaikki kuitenkin uskoivat suojautuneensa noudattamalla ohjeita. Hoitajat uskoivat toimenpiteiden olleen riittäviä epidemian leviämisen estämiseksi. Hoitajat kokivat työolosuhteet hyviksi.

Hoitajat kertoivat, että työn henkinen ja fyysinen kuormitus oli lisääntynyt. Kaikki hoitajat olivat havainneet työyhteisössä pelkoa ja epävarmuutta epidemiaa kohtaan. Puolet hoitajista oli kokenut omaisten suhtautumisen myönteisenä ja puolet kielteisenä. Kaikki hoitajat kokivat, että kohortin aiheuttamista rajoituksista huolimatta asukkaille oli pystytty tarjoamaan hyvä arki. (Latvamäki, 2007, 5-13.)

3 KÄSIHYGIENIA

Käsihygienian parantamisella pyritään sairaalainfektioiden vähentämiseen. Samalla vähennetään myös resistenttien mikrobien leviämistä sairaaloissa ja laitoksissa. (Agthe ym. 2004, 274.) Käsihygienian toteutus ontuu siitä huolimatta, että sen merkitys on yleisesti tunnustettu ja sitä pidetään erittäin tärkeänä infektioiden torjunnassa. Käsihygieniaan liittyvää koulutusta on syytä jatkaa ja kehittää, sillä lähes jokaisella on käsihygienian toteutuksessa parantamisen varaa. Koulutustarjonta voisi olla jatkuvaa ja säännöllisesti järjestettävää. (Kujala, 2004, 111 ; Silvennoinen, 2002, 53.)

Oleellista MRSA: n ja muiden sairaalainfektioiden leviämisen estämiseksi on käsihygieniasta huolehtiminen (Ritmala – Castren, 2004, 13). Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta on erilaisissa hoitolaitoksissa yleisin tartuntatie. Pienikin toimenpide, kuten verenpaineen mittaaminen saattaa kontaminoida hoitajan kädet asukkaiden MRSA mikrobeilla. (Routamaa, 2002, 6-9.) Käsihygienialla terveydenhuollossa tarkoitetaan niitä käsiin kohdistuvia toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään mikrobien tarttumista käsiin sekä poistamaan tauteja aiheuttavat mikrobit käsistä. Lisäksi käsihygienian avulla pyritään vähentämään mikrobien taudinaiheuttamiskykyä sekä estämään mikrobien siirtymistä henkilökunnan käsien välityksellä joko potilaasta toiseen tai potilaan kehon eri osa-alueelta toiselle. (von Schantz, 2005, 28.) Hyvään käsihygienian kuuluu muun muassa käsien pesu ja desinfektio, suojakäsineiden käyttö sekä käsien ihon hoito (Ojajärvi, Elomaa & Kujala, 1999, 166).

3.1 Käsihygienian toteutus

Saippuapesun tarkoituksena on poistaa käsistä näkyvää likaa ja eritteitä. Kädet pestään nestemäisellä saippualla, jota hierotaan huolellisesti kämmeniin, kämmenselkiin, sormien väleihin, peukaloihin sekä ranteisiin. Kädet huuhdellaan juoksevalla vedellä ja pyyhitään kertakäyttöpyyhkeellä (von Schanz, 2005, 28.) Hana tulisi myös sulkea kertakäyttöpyyhkeellä käsien uudelleen likaantumisen estämiseksi (Syrjälä, Teirilä, Kujala & Ojajarvi, 2005, 611). Käsien liiallista pesua vedellä ja saippualla tulee välttää, koska usein toistuva pesu aiheuttaa ihon kuivumista ja ihottumia. Huonokuntoisella iholla on todettu olevan enemmän bakteereja kuin ehjällä ja hyväkuntoisella iholla. (Santapere & Reunanen, 2005, 1.)

Käsien desinfektion tarkoituksena on poistaa ja tuhota mikrobistoa. Suomessa desinfektiovalmisteena käytetään yleensä käsihuuhdetta, jossa vaikuttavana aineena on etanoli ja käsiä hoitavana aineena glyseroli. Käsihuuhde aiheuttaa vähemmän iho- ongelmia kuin saippuavesipesu. (Syrjälä & Lahti, 2005, 101.) Käsihuuhdetta otetaan käsiin vähintään 3-5 millilitraa ja hierotaan käsissä kunnes alkoholi on haihtunut ja kädet tuntuvat kuivilta. (von Schanz, 2005, 28). Sormenpäät kastetaan huuhteeseen ja hierotaan toisen käden kämmentä vasten. Sormien välit hierotaan lomittain sekä kämmenen puolelta että selkäpuolelta. Molemmat peukalot hierotaan erikseen, sormia hierotaan myös koukistettuna vastakkain. (Syrjälä ym. 2005, 616). Käsihuuhde ei kuivaa ihoa ja sitä tulee käyttää aina yksikköön tultaessa ja sieltä poistuttaessa, jokaisen potilaskontaktin jälkeen sekä ennen uusia työvaiheita että niiden jälkeen. Lisäksi huuhdetta tulee käyttää suojakäsineiden käytön jälkeen ja suu- nenäsuojuksen riisumisen jälkeen. (Santapere & Reunanen, 2005, 1-2.)

Käsien kunnosta tulee pitää huolta. Käsien desinfektio epäonnistuu helposti, jos kädet ovat kuivat ja karheat. (Inkinen 2001, 17.) Mikäli kädet ovat kuivat, voi käsiä rasvata perusvoiteilla, sillä niiden käyttö ei heikennä käsihuuhteen tehoa. Työnantajan vastuulla on huolehtia, että työpaikalla on perusvoiteita riittävästi. (Syrjälä & Lahti, 2005, 104.) Rannerenkaita ja sormuksia ei pidä käyttää hoitotyössä, koska käsikorut estävät hyvän käsihygienian toteutumista. Käsien pesu ja desinfiointi sormusten alta ei onnistu kunnolla, lisäksi sormusten alle jäävät pesuainejäämät saattavat aiheuttaa ihottumaa. Kynnet tulee pitää lyhyinä ja kynsivallin tulehdukset sekä ihottumat tulee hoitaa. (Routa-

maa, 2002, 8.) Tavallista ärsytysihottumaa voidaan hoitaa kortisonivoiteella, joka rauhoittaa tulehdusta. Mikäli ihottuma on akuutti ja vetistävä voidaan hoitona käyttää kosteita kääreitä. Mikrobilääkkeitä käytetään hoitona, mikäli ilmenee bakteeri- infektion oireita. Myös sairausloma voi olla tarpeen. Mikäli ärsytysihottuma on kroonista, on syytä selvittää, ettei kyseessä ole allerginen kosketusekseema. (Syrjälä & Lahti, 2005, 106.)

Suojakäsineiden käytöllä torjutaan käsien kontaminoitumista ja niiden tarkoitus on estää veritartuntaa, mikrobien tarttumista käsiin sekä käsien välityksellä potilaisiin. Kertakäyttöisillä tehdaspuhtailla käsineillä suojataan hoitajan käsiä veri- ja eritekontaminaatiolta tai infektiopotilaan mikrobeilta. Kertakäyttöisillä steriileillä suojakäsineillä suojataan potilasta infektioilta ja vältetään steriilin materiaalin kontaminoitumista. Käsineet ovat aina toimenpide- ja potilaskohtaiset. (von Schanz, 2005, 32.)

Käsineiden käytön ja käsihygienian toteuttamisen välisestä yhteydestä on saatu ristiriitaisia tuloksia eri tutkimuksissa. Joidenkin tutkimusten mukaan käsineiden käyttö vähentää käsihygienian toteuttamista sekä ennen hoitotilannetta että sen jälkeen. Toisten tutkimusten mukaan käsihygienian toteuttamisfrekvenssi nousee suojakäsineitä käytettäessä. (von Schanz, 2005, 32.)

3.2 Käsihygienian toteutuminen hoitotyössä

Käsihygieniavalmisteen ja -menetelmien kehityksestä huolimatta käsihygieniasta huolehtiminen ontuu. Henkilökunta ei ehdi tai ei ole motivoitunut huolehtimaan hyvästä käsihygieniasta monista syistä. Näitä syitä ovat muun muassa ylikuormitus, kiire tai motivaation puute. (Ojajarvi, 2004, 109.)

Korkeakoski ja Vaitinniemi (2003, 24-25) tutkivat käsihygienian toteutumista päivystyspoliklinikalla (N=41). Tutkimus suoritettiin havainnomalla, kirurgian ja sisätautien päivystyksessä. Tutkimuksessa havainnoitiin, oliko toimenpide invasiivinen vai non-invasiivinen sekä toimenpiteeseen osallistuvien henkilöiden määrä. Tulosten mukaan yli puolet hoitajista ei toteuttanut oikeaa desinfiointitekniikkaa. Yli puolessa havainnoidussa toimenpiteissä hoitaja ei desinfioinut käsiään ennen eikä jälkeen toimenpiteen.

Useimmiten myös potilaskontaktien välillä desinfiointi jäi toteutumatta. Tutkimuksen mukaan käsien desinfiointi toteutui ennen toimenpidettä 14%:ssa hoitotoimenpiteistä ja toimenpiteen jälkeen 29%:ssa. Myös desinfiointitekniikka oli puutteellista, seitsemässä prosentissa havainnoiduista tilanteista käsien desinfiointi toteutui oikein.

Tutkimuksessa selvitettiin myös toteutuiko saippuapesu sitä vaativissa tilanteissa. Yli puolet vuorossa olleista hoitotyöntekijöistä ei toteuttanut käsien pesua tullessaan työpi- teeseen tai poistuessaan sieltä, monesti suoritettiin ainoastaan käsien desinfiointi. Suu- rin osa toimenpiteisiin osallistuneista hoitajista käytti koruja työssä. Tutkimukseen osallistuneiden kynnet olivat suositusten mukaiset. (Korkeakoski & Vaitinniemi, 2003, 24-24.)

Kinnari ja Kujala (2001, 58 -71) tutkivat opinnäytetyössään käsihygienian toteutumista Kymenlaakson keskussairaalassa. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja se suoritettiin ha- vainnoimalla hoitajien (N=101) työskentelyä kolmella eri osastolla. Tutkimuksen tu- lokset antavat viitteitä siitä, että käsihygienian toteuttamista pitäisi parantaa. Käsien pesun ja desinfektion sekä kirurgisen käsienpesun ja desinfektion toteutus hoitotyössä ei ollut kovinkaan hyvä. Jotkut hoitajat käyttivät myös käsikoruja hoitotyössä. Tutki- muksen tulosten mukaan yksikään havainnoitu käsienpesu ei ollut riittävä. Esimerkiksi sormenpäät jäivät pesemättä kaikissa havainnoituissa tapauksissa. Käsien desinfektio toteutui kohtalaisesti. Käsihuhdetta otettiin yleensä liian vähän, ja se myös vaikutti käsissä liian vähän aikaa.

Inkinen (2001, 36-38) tutki opinnäytetyössään Rauman aluesairaalan kirurgisten osasto- jen hoitohenkilökunnan (N=27) tietoja sairaalainfektion synnystä ja torjunnasta, sekä heidän tietojaan ja näkemyksiään käsihygieniasta ja sen toteuttamisesta osastoilla. Tut- kimus suoritettiin kyselylomakkein. Tutkimuksesta ilmeni, että hoitajat tiesivät hyvin sairaalainfektion syistä ja sen torjunnasta. Käsihygieniasta hoitajilla oli väärää tietoa ja väärää käsityksiä. Henkilökunta olisi myös halunnut laatia kirjallisia ohjeita käsihy- gieniasta osastolle. Omat tietonsa käsihygieniasta hoitajat arvioivat riittäviksi. Tutki- muksen mukaan hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että korujen ja kellojen käyttäminen ei kuulu hyvän hoidon toteutukseen. Vastaajien mielestä osastoilla oli oikein sijoitetut pesupaikat ja niitä oli myös tarpeeksi.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten MRSA- potilaiden omaiset olivat saaneet tietoa MRSA:sta. Tämän lisäksi pyrittiin selvittämään, vaikuttiko MRSA tarkan saaminen omaisten vierailuihin osastolla ja heidän osallistumiseensa omaisensa hoitoon. Tarkoituksena oli myös selvittää, oliko omaisten saama tieto MRSA:sta riittävä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa Jokisimpukan hoitohenkilökunnalle ja muille Eurajoen vanhustyöhön osallistuville henkilöille siitä, kuinka hyvin he onnistuivat MRSA: sta tiedottamisessa. Saatavan tiedon avulla voidaan suunnitella toimenpiteitä vastaisuuden varalle niin, että ne mahdollisimman hyvin vastaisivat tarpeeseen.

Tutkimusongelmat ovat:

1 Miten omaiset ovat saaneet tietoa MRSA:sta?

2 Onko omaisen MRSA infektio vaikuttanut omaisen hoitoon osallistumiseen sekä vierailuihin osastolla?

3 Onko hoitohenkilökunnan omaisille antama tieto ollut riittävä?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämä tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa käytetään menetelmiä, jotka vievät tutkijan lähelle tutkittavaa kohdetta. Tutkijan pyrkimyksenä on tavoittaa tutkittavien näkökulma, heidän näkemyksensä tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Kiviniemi, 2001, 68.) Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on se, että tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineisto kootaan luon-

nollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2000, 152-155.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka on avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa kysymyksiä ei ole asetettu tarkkaan muotoon tai järjestykseen. Haastattelun runko koostuu aihepiireistä eli teemoista. Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuvat. Teema-alueet toimivat haastattelijan tukena ja varmistavat sen, että kaikista teemoista keskustellaan jokaisen haastateltavan kanssa. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 47-48). Haastattelun etuna on myös joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys sekä oikaista väärinkäsityksiä, lisäksi haastattelun aikana käydään keskustelua tiedonantajan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 75.)

Teema-alueet tutkimukseen laadittiin tutkimusongelmien pohjalta. Tutkimusongelmat laadittiin Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukan vanhustyön johtajan toivomusten pohjalta. Haastattelurunkoa suunniteltaessa ei tehty tarkkarajaista kysymysluetteloa, vaan teema-alueet luettiin, josta muodostettiin kysymyksiä. Haastattelurungon (LIITE 1) ensimmäinen teema-alue käsitteli tiedonantotapaa ja toinen teema-alue käsitteli omaisten hoitoon osallistumista. Viimeisessä teema-alueessa käsiteltiin omaisten tyytyväisyyttä tiedonantoon.

5.2 Tutkimusaineiston keruu ja kohdejoukon kuvaus

Tutkimusaineisto kerättiin Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukan MRSA -potilaiden omaisilta. Haastateltavien valintakriteerinä oli, että omaisella oli tai oli ollut MRSA bakteeri ja, että omaisen oli ollut hoidossa kohorttiyksikössä. Haastateltavat olivat potilaiden lähiomaisia.

Tutkimukseen suorittamiseen anottiin lupa Eurajoen sosiaalitoimen johtajalta 05.04.2006 (LIITE 2). Lupa saatiin 19.4 2006, jonka jälkeen Eurajoen vanhustyön johtaja lähetti omaisille kirjeet (LIITE 3), joissa kerrottiin tutkimuksesta. Kirjeistä kävi ilmi

opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä osallistumisen vapaaehtoisuus ja saatujen tietojen luottamuksellisuus. Kirjeen mukana olevalla erillisellä lomakkeella (LIITE 4) pyydettiin suostumusta tutkimukseen osallistumisesta. Omaiset palauttivat lomakkeet palvelukeskus Jokisimpukkaan. Kirjeet lähetettiin 17:lle omaiselle, joista seitsemän suostui haastateltavaksi. Vanhustyön johtaja lähetti opinnäytetyöntekijälle haastatteluun suostuneiden yhteystiedot sähköpostitse, jonka jälkeen opinnäytetyöntekijä soitti haastateltaville ja sopi haastatteluajat. Haastattelut tehtiin kesä-heinäkuun 2006 aikana. Kuusi haastatteluista tehtiin omaisen kotona ja yksi Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukassa. Ennen haastattelun aloitusta opinnäytetyöntekijä kysyi luvan haastattelun nauhoitusta varten. Kaikki haastateltavat antoivat luvan nauhoitukseen. Haastattelut kestivät keskimäärin 10 minuuttia.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kvalitatiivista aineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin. Tavallinen menettelytapa on se, että aineisto analysoidaan samanaikaisesti aineiston keruun, tulkinnan ja raportoinnin kanssa. Aineiston keräämisen jälkeen on käsittelyyn ja analyysiin ryhdyttävä mahdollisimman pian, koska tällöin aineisto on vielä tuore ja tietoja voidaan vielä täydentää. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 135).

Tässä tutkimuksessa haastattelut nauhoitettiin, mikä helpotti haastattelujen analysointia. Nauhoitukseen pyydettiin haastateltavilta lupa. Nauhoituksen lisäksi opinnäytetyöntekijä teki muistiinpanoja. Haastattelujen jälkeen aineiston analyysi aloitettiin kirjoittamalla haastattelut puhtaiksi, eli litteroimalla. Haastattelut kirjoitettiin sanatarkkaan muotoon, jonka jälkeen haastateltavat numeroitiin yhdestä seitsemään. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen nauhat kuunneltiin uudelleen ja varmistettiin, että kaikki haastattelujen aikana esiin tulleet asiat oli kirjattu asianmukaisesti.

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatioita ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä on olennaista, että aineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen, 2001, 21- 23.)

Analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Tällöin aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen materiaali pois. Pelkistäminen voi olla informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Pelkistämisen avulla aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimukseen. Aineiston pelkistämisen lähtökohtana ovat haastateltavien haastattelussa kuvaamat alkuperäiset ilmaukset. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään, jolloin etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Kolmas vaihe sisällönanalyysissä on abstrahointi, tällöin yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, 28 – 29; Tuomi & Sarajärvi, 2002, 110- 113.)

Tässä tutkimuksessa haastattelut kuunneltiin moneen kertaan läpi ja tarkistettiin nauhoitusten ja muistiinpanojen yhdenmukaisuus. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen aineisto luettiin moneen kertaan läpi ja etsittiin tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa. Aineistosta saadut tiedot asetettiin laadittujen teema -alueiden alle. Kaikista teemoista pyrittiin saamaan kattavat vastaukset ja kaikkien haastateltavien vastauksia hyödynnettiin tutkimuksessa. Tutkimustulosten kuvauksessa käytettiin omaisten omia ilmaisuja suorina lainauksina. Anonymiteetin säilyttämiseksi henkilönimet poistettiin ja lainauksien perässä näkyi haastateltujen omaisten haastattelunumero.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tiedonantotapa

Ensimmäisenä tutkimukseen osallistuneiden kanssa keskusteltiin niistä tavoista, joilla he olivat saaneet tietoa MRSA:sta. Omaisilta kysyttiin, oliko MRSA:sta järjestetty omaisten iltoja ja oliko niistä ollut heille hyötyä. Lisäksi kysyttiin, olivatko omaiset saaneet kirjallisia ohjeita MRSA:sta. Haastattelussa keskusteltiin myös sitä, keneltä omaiset ensisijaisesti olivat saaneet tietoa MRSA:sta. Haastatelluista viisi oli ollut omaisten illoissa, kaksi haastateltavaa ei ollut osallistunut ensimmäiseen tiedotustilaisuuteen. Omaisten iltaan osallistuneista kaikki olivat sitä mieltä, että siitä oli hyötyä ja

sieltä sai asianmukaista tietoa. Heistä yksi oli kuitenkin sitä mieltä, että kohu aiheen ympärillä oli turhaa.

”Oli mun mielest hyötty ainaki siin mieles et ihan selväst tuotiin asia esil omaisil asiallisest lähdettiin aihet purkamaa ja selvittämää.” (3)

”On järjestetty sillon heti ku se ilmeni, siäl ol paljon porukkaa, lääkäreit ja sairaanhoitajii. Kyl se tarpeeseen tul sillo ku vieras asia se ol kumminki.”(4)

”Tämä o vähä semmost ko metsättettäist kärpässi tykil, pidetään aivan turhaa kohua sen vaarallisuudest..turhaa vouhotusta sanoisin.” (2)

”Juu, kyl se ainakin selvensi et mikä tauti o kysees, siäl ol hygieniapäällikkö, lääkäri ja hoitajii, hyvin havainnoillistettiin.” (7)

”En ollu siin ensimmäisen tilaisuudes, kyl vähän pelästyin ku kuulin et semne tauti o löydet, osastol sit neuvotti.”(6)

Haastateltavista neljä ei ollut saanut kirjallisia ohjeita MRSA:sta. Yksi haastatelluista ei muistanut, oliko saanut kirjallisia ohjeita vai ei. Vastanneet kertoivat, että tiedotustilaisuudesta saatu informaatio sekä henkilökunnan antama tieto oli ollut riittävää, eivätkä he kokeneet tarvinneensa erikseen kirjallisia ohjeita. Kaksi haastateltavista kertoi saaneensa kirjalliset ohjeet ja he pitivät sitä hyvänä asiana.

”Mää en ol henkilökohtasest saanu mitää lapui, mut siäl vanhainkodi seinäl ol jottai lappui, kädest pitäe ohjattiin ensimmäisel kerral.” (3)

” Siäl laatikossa oli kirjallisii ohjeita ja niist oli hyötyä.” (7)

”Muistaakseni kotiin ei tullu ohjeita eikä mun mielest ollu osastollakaan.” (1)

”Kyl mää ole jottai kirjallissii ohjei saanu, mut en ny muist mitä niis ol.” (6)

Omaisilta kysyttiin, keneltä he olivat ensisijaisesti saaneet ohjeita MRSA:sta. Kuusi vastanneista kertoi saaneensa eniten tietoa henkilökunnalta, mutta mainitsivat myös omaisille järjestetyn tiedotustilaisuuden olleen tärkeä tiedonlähde. Yksi vastanneista kertoi saaneensa eniten tietoa internetistä.

”Hoitohenkilökunta on ensisijaisest kertonu.” (2)

” Henkilökunnalt sillai hyvin ja auliista sai tietoa, ja sillo siält tiedotustilaisuudest, ei ol tarvin muualt hakee.” (1)

”Netistä olen saanu eniten tiatoo, heti luin ett mikä tauti o kysees.” (7)

”En ol ettin mistään muualt tiatto, henkilökunta neuvoi hyvin.”(5)

”No tiedotustilaisuudest..ei ne sillai jääny mieleen ku ei siit bakteerist sen suuremppa haitta ol.”(3)

6.2 Omaisen hoitoon osallistuminen

Toisessa teemaosiossa pyrittiin selvittämään omaisten osallistumista MRSA -potilaan hoitoon, esimerkiksi pesuihin tai syöttämisiin. Omaisilta kysyttiin, olivatko he saaneet tietoa suojainten käytöstä ja pelottiko MRSA – infektio heitä niin paljon, että se oli vaikuttanut heidän vierailuihinsa osastolla.

Viisi haastateltavista kertoi osallistuneensa omaisensa hoitoon, kaksi omaista ei ollut osallistunut. Jokaista omaista oli opastettu suojainten käytössä riippumatta siitä, osallistuivatko he hoitoon vai eivät. Käsidesiä oli haastateltavien mukaan hyvin saatavilla. Lisäksi henkilökunta oli ohjannut käsidesin käytössä.

” Syöttämisee osallistuin ku ei hänehe saanu muut kontakti.” (3)

”Syötän joka kerta ku menen vierailul, haluan nähdä et edes nielu toimii, hoitajat o sit neuvoneet et miten pitää suojautua.” (7)

”Aina ku menin osastol ni neuvottii käsidesin käytös.” (5)

”en ol osallistun hoitotoimenpiteissi mut kyl ain neuvotti käsidesin käytös ku osastol mentti, sanotti et ei tarvi sen enemppä suojauttu ku me vaa vähä taputettii hänt olkapääl, kyl sillo aluks jottai suojaimi laitetti.” (6)

”Jos sanon et en ol osallistun ni vähite valehtelisi, kyl mää niist suojaimist tiedän mut en ol niit pyytän enkä käyttän.”(2)

”Kyl niist selvästi neuvottii, käsien pesu opetettii ja huoneitten edes ol pöytä mist sai suojaimii. Käsidesi ol ain saatavil.” (1)

”Käsidesin käyttö kyl iskostui mieleen.”(4)

Kaikki haastateltavat kertoivat, että heitä ei MRSA pelottanut, eikä se vaikuttanut heidän vierailuihinsa osastolla. Kaksi haastateltavista toi esiin, että lapsia ei saanut osastolle viedä, mikä toisen mielestä oli huono asia. Kaksi haastateltavista kertoi, että vanhempia ihmisiä osastolle meno pelotti. Lisäksi yksi haastateltavista toi esiin, että aluksi, kun MRSA oli uusi ja vieras aihe, osastolle meno pelotti.

” Ensiks tunnui et ne bakteeri tosa vaa leijailee ja se vähä pelotti, mut ei se mun vierailuihin vaikuttan.” (6)

” Vanhemma ystävä sin pelkkä men, vaik mä ole selittän desinfioinnist, nii ja lapse ei saa sin men vaik se kyl piristäis.” (7)

” Ei minu ainaka ol pelottan.” (5)

”Se vaa et lapsi ei sit saan osastol otta mukka, en kyl olis ottanukka mut siihen ol oikeen kielto. Emmä ol sitä osannu pelät, kyl siäl niin hyvi asia selvitettiin.”(3)

”Ei ol kyl pelottan, mut kai se joitain vanhemppi sairai ihmissi pelotta.”(2)

6.3 Tyytyväisyys tiedonsaantiin

Kolmannessa osiossa omaisilta selvitettiin, olivatko he tyytyväisiä tiedonsaantiin ja olivatko he mielestään saaneet riittävästi tietoa Jokisimpukan henkilökunnalta. Omaisilta kysyttiin, olisiko heillä jotain parannusehdotuksia tiedonsaantiin. Yksi vastanneista olisi toivonut MRSA epidemian alkuvaiheessa enemmän tietoa kuin, mitä oli saanut. Yksi vastanneista ei osannut sanoa, oliko hän saanut tietoa riittävästi. Muuten haastatellut olivat sitä mieltä, että henkilökunta oli neuvonut heitä hyvin ja he olivat saaneet asiallista tietoa. Kukaan ei esittänyt minkäänlaisia parannusehdotuksia tiedonsaantiin.

” Emmä tiä olik se riittävää, mut kyl mää sain riittävän tiadon.” (4)

” Koskaan ei ollu henkilökunta töykkiää vaik varmast niilläki ol pinna kireel, ain neuvoiva.” (3)

”Olen kyl tyytyväine, hyvin ja asiallisesi tiedotus kyl hoidettiin, ei tul mielee mittän parannettavaa.” (2)

”Kyl mää sillon ihan alus olisin ehkä tarvinnu enemmän tietoo, sillo se ol kumminki vieras asia..mut ei kyl tile mieleen parannusehdotuksia aina olen voinu kysyy asioist”(7)

”Olen tyytyväinen, luonnollisesti on suhtauduttu.”(1)

Haastattelun lopuksi haastateltavien kanssa keskusteltiin, siitä olivatko he tyytyväisiä omaisensa hoitoon Jokisimpukassa. Kaikki haastatellut olivat pääosin tyytyväisiä. Kaksi haastatelluista toi esiin, että yöhoitajia pitäisi olla enemmän ja kaksi haastatelluista toivoi yleensäkin työvuoroihin enemmän henkilökuntaa. Yksi vastanneista toi esiin, että oli huono asia, ettei kohorttiyksiköstä poistuta oikein mihinkään.

”Olis vaa enemmän henkilökuntaa, et ehtis vanhuste kans puhelema..mut ihan hyvi tääl asia kumminki o..toivon henkilökunnal jaksamist.(1)

” Ehkä nämä potilaat tarttis enemmän semmost seurusteluaikaa ja tämä eristysosasto o siit huono ku ei voi lähtee oikee mihinkää, et siäl o oltava.. et se henkilökunnan puute on rasite ja yöhoito on huonoilla kantimilla” (4)

” Hoito o hyvää ja usein o ainaki kaks hoitajaa vaik potilait o vähä, mut yöhoitajii tarttis ol enemmän” (6)

” Mä olen ain kehun hoitoo ja kehun edelleen.” (7)

” Kiitokset voi viedä Jokisimpukkaan.” (2)

”Olen todella tyytyväinen, kyl sai hyvän hoidon.”(3)

”Kyl mää ainaki olin tyytyväine.”(5)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, saivatko Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukassa asuvien MRSA tartunnan saaneiden potilaiden omaiset riittävästi tietoa MRSA: sta ja, miten he sitä saivat. Lisäksi pyrittiin selvittämään, pelkäsivätkö omaiset saavansa tartunnan ja, vaikuttiko se omaisten vierailuihin osastolla sekä heidän osallistumiseensa omaisensa hoitoon. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa Jokisimpukan henkilökunnalle ja muille Eurajoen vanhustyöhön osallistuville siitä, kuinka hyvin he onnistuivat MRSA:sta tiedottamisessa.

Haastatteluun osallistui yhteensä seitsemän omaista, joista kaikki olivat MRSA potilaiden lähiomaisia. Kaikkien haastateltavien omaisilla oli tai oli ollut MRSA- bakteeri ja he olivat olleet hoidossa kohorttiyksikössä. Haastatteluista saatu tieto vastasi sille ase-

tettuja tavoitteita. Aikaisempia tutkimuksia tästä aiheesta ei ollut käytettävissä, joten saaduille tutkimustuloksille omaisten näkemyksistä ei ollut vertailukohdetta.

Ensimmäisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää miten omaiset olivat saaneet tietoa MRSA: sta. Viisi haastatelluista oli osallistunut MRSA:sta järjestettyyn tiedotustilaisuuteen ja he kokivat sen hyödylliseksi. Sieltä sai hyvää ja asiallista tietoa. Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki haastatellut olivat sitä mieltä, että he olivat saaneet eniten tietoa MRSA:sta hoitohenkilökunnalta. Yksi haastatelluista kertoi saaneensa eniten tietoa internetistä. Hyppönen ja Voutilainen (2003, 37) tutkivat opinnäytetyössään hoitajien tietoja MRSA: sta. Tulosten mukaan hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa MRSA: sta. Haaviston ja Kirjasen (2005, 36) mukaan hoitajista 40% ilmoitti, ettei tiennyt miten toimia jos osastolla on MRSA- tartunnan saanut asukas. Latvamäen (2007, 5) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hallitsevansa MRSA potilaan hoidon sekä uudet toimintatavat.

Toinen tutkimusongelma selvitti omaisten hoitoon osallistumista. Viisi haastatelluista kertoi osallistuneensa omaisensa hoitoon. Kaikkia omaisia oli neuvottu suojainten käytössä. Kaikki omaiset toivat esiin, että MRSA ei pelottanut heitä eikä omaisen MRSA infektio ollut vaikuttanut heidän vierailuihinsa osastolla. Lisäksi omaiset toivat esiin myös sen, että Jokisimpukan henkilökunta oli ohjeistanut heitä hyvin käsidesin käytössä, ja käsidesiä oli ollut hyvin saatavilla. Latvamäki tutki hoitajien näkemyksiä MRSA: sta. Tutkimuksen mukaan omaisia oli pelottanut MRSA, ja se oli vaikuttanut omaisten vierailuihin osastolla. (Latvamäki, 2007, 15.)

Kolmannen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää omaisten tyytyväisyyttä tiedonsaantiin. Kaikki haastateltavat olivat tyytyväisiä tiedonsaantiin. Yksi haastatelluista toi esiin, että olisi alkuvaiheessa tarvinnut enemmän tietoa MRSA: sta. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että Jokisimpukan henkilökunnalta oli saanut hyvin tietoa MRSA: sta. Kukaan haastatelluista ei esittänyt parannusehdotuksia tiedonsaantiin liittyen. Latvamäen (2007, 5) tutkimuksesta kävi ilmi, että myös hoitajat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa tietoon. Hoitajat olisivat kuitenkin toivoneet epidemian alkuvaiheessa enemmän tietoa.

Kaikki haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä omaisensa hoitoon Jokisimpukassa. Työvuoroihin toivottiin enemmän henkilökuntaa, erityisesti yövuoroihin. Haastatteluista kävi ilmi, että omaiset toivoivat hoitajilta enemmän seurusteluaikaa asukkaiden kanssa. Yleisesti ottaen haastatellut olivat kuitenkin tyytyväisiä henkilökunnan toimintaan Jokisimpukassa ja kokivat, että heidän omaisensa ovat saaneet siellä hyvän hoidon.

Saatujen tutkimustulosten mukaan Jokisimpukassa oli onnistuttu hyvin MRSA:sta tiedottamisessa. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia mikä on Jokisimpukan MRSA tilanne nyt, sekä mitkä ovat hoitajien käsitykset omista tiedoistaan ja taidoistaan MRSA:een liittyen.

7.2 Tutkimustulosten luotettavuus

Tässä tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 135). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät aineiston laatuun, tutkijaan, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. (Latvala & Vanhanen - Nuutinen, 2001, 36.) Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelemalla, tällöin raportista pitäisi ilmetä mitä haastatteluteemoja tutkittaville on esitetty. Tutkimuksen luotettavuus vähenee, jos teemat ovat liian suppeita. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada selville tutkittavan oma näkemys tutkittavasta asiasta, joten liian suppeat haastatteluteemat saattavat vaikeuttaa tutkittavan oman näkemyksen esiintuloa (Nieminen, 1997, 217).

Aineiston luotettavuuden arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota myös siihen, että tapahtuman ja tutkijalle tapahtumasta annettavan kertomuksen välillä on aina aikaviive. Väli-aikana tutkittava on saattanut keskustella asioista monien henkilöiden kanssa. Tästä syystä tapahtuma saattaa haastatteluja tehdessä näyttää aivan erilaiselta kun tapahtumahetkellä. Haastattelututkimuksessa aikaviivettä on lähes mahdotonta eliminoida. (Nieminen, 1997, 216.)

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin edistämään mahdollisimman hyvin suunnitellulla haastattelurungolla. Haastatteluihin oli varauduttu kattavin kysymyksiin koskien jokaista teema- aluetta. Lisäksi joissain tapauksissa tehtiin lisäkysymyksiä, jos joku aihe jäi epäselväksi. Tämän tutkimuksen tekijällä ei ollut kokemusta haastattelujen tekemisestä, joten jokaiseen haastatteluun valmistauduttiin huolella. Ennen jokaista haastattelua haastattelurunko käytiin läpi.

Haastateltavien valinnassa pitää miettiä, mikä ryhmä parhaiten vastaa tutkimuksen tarkoitusta. Tutkimukseen pitäisikin valita sellaisia henkilöitä jotka haluavat siihen osallistua ja pystyvät hyvin ilmaisemaan itseään (Nieminen, 1997, 216.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että omaiset olivat antaneet kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta, ja heille korostettiin, että osallistuminen oli vapaaehtoista.

Haastatteluista kuusi tehtiin omaisten kotona ja yksi haastattelu tehtiin Eurajoen palvelukeskus Jokisimpukassa. Haastateltavien kotona tehtävillä haastatteluilla on suurempi mahdollisuus onnistua, koska tila on haastateltavalle tuttu ja turvallinen. Lisäksi kutsu haastateltavan kotiin kertoo osaltaan siitä, että hän on sitoutunut haastatteluun ja on valmis luottamaan tutkijaan. (Eskola & Vastamäki, 2001, 28.) Lisäksi tutkittava asia oli jokaiselle haastateltavalle henkilökohtainen ja tärkeä.

Tässä tutkimuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä siirrettäessä haastattelun sisältöä nauhalta paperille (Hirsjärvi & Hurme, 1995, 130). Tässä tutkimuksessa haastattelunauhakirjoitettiin puhtaaksi heti haastattelun jälkeen, jolloin koko haastattelutilanne oli helppo palauttaa mieleen. Puhtaaksikirjoitetut nauhoitukset luettiin vielä useaan kertaan läpi ennen raportointia. Raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia, jolla pyrittiin takaamaan tulosten luotettavuus.

Tutkimusta varten lähetettiin haastattelupyyntö 17 omaiselle, joista seitsemän suostui haastateltavaksi. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi ollut parempi, jos haastateltuja olisi saatu enemmän. Seitsemän omaisen vastaukset eivät riitä antamaan yleistä kuvaa omaisten mielipiteistä tiedonsaantiin ja sen riittävyteen liittyen. Olisi ollut mielenkiintoista kuulla, mitä sanottavaa niillä omaisilla olisi ollut, jotka eivät tähän tutkimukseen osallistuneet. Saadut vastaukset olivat kuitenkin samansuuntaisia, joten tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että omaiset olivat tyytyväisiä tiedonsaantiin.

7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä ratkaisuja, varsinkin ihmistieteissä joudutaan eettisten kysymysten eteen tutkimuksen joka vaiheessa. Haastattelussa, jossa ollaan suoraan kontaktissa haastateltaviin, eettiset ongelmat ovat hyvin monitahoisia. Tutkijan on hyvä olla tietoinen tutkimuseettisistä kysymyksistä jo ennen tutkimuksen aloittamista. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 19.) Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus sekä henkilöllisyyden suojaaminen. Lisäksi on muistettava, että tutkija ei tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen, 2001, 39.) Eettisyys tutkimustulosten julkaisemisessa liittyy ennen kaikkea rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkija ei saa väärentää tuloksia eikä jättää oleellista osaa tuloksista kertomatta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2000, 25-28.)

Kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta on suotavaa. Tutkimuksen aikana ilmeneviin eettisiin kysymyksiin on kiinnitettävä huomiota. Lisäksi pitää kiinnittää huomiota tutkimuksen eettisiin seuraamuksiin. (Krause & Kiikkala, 1996, 65.) Tätä tutkimusta varten omaisilta pyydettiin kirjallinen lupa haastatteluun osallistumisesta. Kirjeessä kerrottiin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Ennen haastattelun aloittamista jokaiselta haastateltavalta pyydettiin suullinen lupa haastattelun nauhoittamista varten. Kaikki haastateltavat antoivat luvan nauhoittamiseen. Ennen haastattelun aloitusta opinnäytetyöntekijä kertoi omaisille, että vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä vastaajien henkilöllisyys tule ilmi missään kohtaa.

Tähän tutkimukseen ei tarvittu tarkkoja henkilötietoja haastateltavilta. Tuloksissa ei tule ilmi mitään sellaista haastateltavan piirrettä, josta hänet voitaisiin tunnistaa. Haastattelunauhauhat tuhottiin puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen. Haastatteluaineiston käsittelyssä ja tulosten julkistamisessa on tärkeää että haastateltavien anonymiteettisuoja säilyy (Vehviläinen - Julkunen, 1997, 31).

Tutkimuslupa tulee hankkia ennen tutkimuksen suorittamista. Tähän tutkimukseen anottiin ja saatiin asianmukainen tutkimuslupa Eurajoen kunnan sosiaalihoitajalta.

LÄHTEET

- Aghte, N. , Kanerva, M. , Kolho, E. , Kotilainen, P. , Kujala, P. , Levola, R. , Lumio, J. , Lyytikäinen, O. , Peltonen, R. , Routamaa, M. , Sammalkorpi, K. , Salmenlinna, S. , Tarkka, E. , Vuento, R. & Vuopio-Varkila, J. (2004). Ohje metisilliiniresistenttien *Staphylococcus aureus* torjunnasta. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.
- Eskola, J & Vastamäki, J. (2001). Teemahaastattelu? Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS- kustannus. 24-42.
- Haavisto, H., & Kirjanen, S. (2005). Satakunnan vanhainkodeissa työskentelevien sairaanhoitajien kokema tiedontarve MRSA- infektiota sairastavien asukkaiden hoidosta. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden Harjavallan yksikkö.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. (2006). MRSA- sairaalabakteeri. [verkkodokumentti] [viitattu 14.3.2006]. Saatavilla www.hus.fi/default.asp.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1995). Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. (2001). Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. , Remes, P. & Sajavaara, P. (2000). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hovi, S. & Kykyri, P. (2000). Hoitajien tiedot ja toiminta MRSA: een liittyen- vertailua Suomen ja Ruotsin välillä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.
- Hyppönen, S. & Voutilainen, H. (2003). MRSA- nurses knowledge and the availability of instructions and education in the Central Hospital of Central Finland. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Inkinen, P. (2001). Hoitajien näkemyksiä käsihygieniasta kirurgisella osastolla. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden Rauman yksikkö.
- Kansanterveyslaitos (2004). MRSA- Metisilliinille Resistentti *Staphylococcus Aureus*. Potilasohje. [verkkodokumentti] [viitattu 23.10.2006.] Saatavilla www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/.
- Kinnari, H. & Kujala, T. (2001). Käsihygienian hoitotyössä. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Kotka.
- Kiviniemi, K.(2001). Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS- kustannus. 68-84.
- Korkeakoski, M. & Vaitinniemi, J. (2003). Käsihygienian toteutuminen päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikkö.

- Kotilainen, P.(1998). Stafylokokit. Teoksessa J. Eskola., P. Huovinen & V. Valtonen (toim.) Infektiosairaudet. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 123-132.
- Kujala, P. (2004). Käsihygienian merkitys. Suomen sairaalahygienialehti, vol 22, 111-118.
- Kurvinen, T. , Routamaa, M. & Terho, K. (2004). MRSA potilaalla oikeus hyvään hoitoon ja normaaliin elämään. Sairaanhoidaja. vol. 77, 9-12.
- Krause, K. & Kiikkala , I. (1996). Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Laine, J. (2004). Miten torjua MRSA: ta pitkäaikaishoidon laitoksissa? Suomen sairaalahygienialehti, vol. 22. 288-292.
- Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY. 21-43.
- Latvamäki, E. (2007). MRSA- epidemian torjuntatyön vaikutukset työhön ja työyhteisöön pitkäaikaishoitolaitoksessa- henkilökunnan näkökulma. Turun yliopisto, kehittämistyön raportti.
- Lumio, J.(1996). Sairaalainfektioiden merkitys ja ehkäistävyys. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim, vol.112. 857- 864.
- Nieminen, H. (1997). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen- Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 215-221.
- Ojajärvi, J. , Elomaa, N. & Kujala, P. (1999). Käsihygienia ja käsien desinfektio. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 166-186.
- Ojajärvi, J. (2004). Käsihygienian kehitys. Suomen sairaalahygienialehti, vol. 22, 105-110.
- Ritmala- Castren, M. (2004). MRSA- potilaan hoito. Sairaanhoidaja, vol. 77, 13-14.
- Routamaa, M. Hygieniasuositukset 2002, Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri. Turun terveystoimi. [verkkodokumentti] [viitattu 24.10.2006]. Saatavilla www.muodossa.fi/ohjepankki.vsshp.fi/fi/dokumentit/5135/hygieniasuositukset.8.11.052doc11.doc.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. Tartuntataudit ja hygieniayksikkö. (2005). Ohje metisilliniresistentin staphylococcus aureuksen (MRSA) torjunnasta. [verkkodokumentti] [viitattu 12.11.2006]. Saatavilla <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docks>.
- Silvennoinen, E. (2002). Käsihygienia perusterveydenhuollossa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Syrjälä, H. , Teirilä, I. , Kujala, P. & Ojajärvi, J.(2005). Käsihygienia. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 611-629.

Syrjälä, H. & Lahti, A. (2005). Iho ja infektioiden torjunta. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki : Suomen kuntaliitto. 101-107.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki : Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pannonen, M & Vehviläinen- Julkunen, K (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26-34.

von Schantz, M.(2005). Sairaalainfektioiden torjunta hoitotyön toimintona. Hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tiedot ja käsitykset. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Julkaisemattomat lähteet:

Hamilas, M. (2005). MRSA- bakteeriin liittyviä käsitteitä. Ohje Jokisimpukan henkilökunnalle.

Santapere, M.(2005). Henkilökunnan suojainten käyttö puhdistushoitojen jälkeen. Ohje Jokisimpukan henkilökunnalle.

Santapere, M .& Reunanen, M. (2005). Käsihygienia vanhustenhuollossa. Ohje Jokisimpukan henkilökunnalle.

