



MRSA-OHJELEHTINEN

Koukkuniemen vanhainkodin

asukkaiden omaisille

Eveliina Vallinkoski

Åsa Virtamaa

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VALLINKOSKI EVELIINA & VIRTAMAA ÅSA:
MRSA-ohjelehtinen - Koukkuniemen vanhainkodin asukkaiden omaisille

Opinnäytetyö 55 sivua, josta liitteitä 14 sivua
Maaliskuu 2013

MRSA on metisilliinille resistentti staphylococcus aureus –bakteeri. MRSA-kantajien määrä on viime vuosikymmenien aikana lisääntynyt ympäri maailmaa ja sen leviämisen ehkäisyyn on kiinnitetty viime aikoina yhä enemmän huomiota. Koukkuniemen vanhainkotiin perustettiin kohorttiosastoja MRSA-tartunnan saaneille vanhuksille MRSA:n leviämisen ehkäisemiseksi.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä, jonka tarkoituksena oli tehdä MRSA-ohjelehtinen Koukkuniemen vanhainkodin Iltala-talon kahdelle MRSA-kohortti osastolle. Ohjelehtinen suunnattiin vanhainkodin asukkaiden omaisille sekä muille osastolla vieraileville henkilöille. Sen avulla oli tarkoitus lisätä omaisten tietoa MRSA:sta ja ohjeistaa heitä toimimaan oikein MRSA:n leviämisen ehkäisemiseksi.

Ohjelehtisen sisällön suunnittelun vuoksi haastateltiin Koukkuniemen vanhainkodin asukkaiden omaisia. Haastatteluilla kartoitettiin heidän aikaisempaa MRSA tietämystään sekä kokemuksiaan MRSA:han liittyen. Haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluina neljälle Koukkuniemen vanhainkodin asukkaalle omalle talvella 2012. Teemahaastattelut eli puolistrukturoidut haastattelut analysoitiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä käyttäen ja saatuja tuloksia hyödynnettiin ohjelehtisen laadinnassa.

MRSA-ohjelehtiseen koottiin MRSA:sta sellaista tietoa, jota omaisten olisi hyvä tietää, ja mitä he haastatteluiden perusteella kokivat tarpeelliseksi. Ohjelehtisessä kerrottiin tiivistetysti ja selkeästi MRSA:sta. Ohjeeseen selvitettiin milloin MRSA aiheuttaa oireita, milloin ja miten MRSA tarttuu. Pääasiassa keskityttiin MRSA:n leviämisen ehkäisemisen ohjeistukseen, erityisesti huolellisen käsihygienian toteuttamiseen.

Ohjelehtisestä hyötyvät omaisten lisäksi myös vanhainkodin hoitohenkilökunta. Ohjelehtinen helpottaa heidän työtaakkaansa vähentämällä ohjaukseen ja ohjeistukseen käytettyä aikaa. Ohjelehtisen avulla voidaan taata myös omaisten saaman ohjauksen sisällön samanlaisuus. Hoitohenkilökunta pystyy käyttämään opinnäytetyön teoreettista osuutta uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Kehittämisehdotukseksi nousivat ohjelehtisen tekeminen työntekijöille ja tämän opinnäytetyönä toteutetun ohjelehtisen käytön onnistumisen ja hyödyllisyyden tutkiminen.

Asiasanat: MRSA, omaiset, ohjaus, ohjeet.

ABSTRACT

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

VALLINKOSKI EVELIINA & VIRTAMAA ÅSA:
MRSA Instruction Leaflet for the Relatives of Koukkuniemi Old People's Home's Residents

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 14 pages
March 2013

MRSA is a methicillin-resistant staphylococcus aureus bacteria. The number of MRSA carriers has increased in the past decades all around the world and more attention has been paid to prevent its spread in recent years. Cohort wards have been established to Koukkuniemi old people's home for the residents who are MRSA carries.

The aim of this thesis was to make an instruction leaflet for the relatives of Koukkuniemi old people's home's residents. The objective of this study was to give information of MRSA and increase relatives' knowledge of the prevention of MRSA transmission.

An output-oriented approach was used in this study. The output of this thesis, the instruction leaflet, consisted of the results by interviewing the relatives of the residents and analyzing the interview material, using qualitative content analysis.

The findings showed that the relatives required information of MRSA in a condensed and straightforward form, including information of the transmission of the bacteria and its possible symptoms and infection symptoms. The focus of the information was on hand disinfection and prevention of MRSA transmission.

The instruction leaflet benefits the relatives and also the staff of the old people's home. The staff is able to take advantage of the theoretical part of this study and use it as a tool when training new personnel and students.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	MRSA	8
3.1.1	MRSA:han liittyviä käsitteitä.....	8
3.1.2	MRSA:n toteaminen	9
3.1.3	MRSA:n leviäminen	10
3.1.4	MRSA:n leviämisen ehkäisy.....	11
3.1.5	Käsihygienia.....	13
3.2	Vanhainkodin asukas	18
3.3	Omainen.....	19
3.4	Omaisien ohjaus.....	20
3.5	Kirjallinen ohjelehtinen	21
3.5.1	Hyvä kirjallinen ohje.....	22
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	24
4.1	Opinnäytetyöprosessi.....	24
4.2	Omaisten haastatteluiden tulokset	26
4.3	MRSA-ohjelehtinen	29
4.3.1	Sisältö.....	30
4.3.2	Ulkoasu	31
5	POHDINTA.....	33
5.1	Eettisyys.....	33
5.2	Luotettavuus.....	34
5.3	Opinnäytetyöprosessi.....	35
5.4	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset.....	38
	LÄHTEET.....	39
	LIITEET.....	42
	Liite 1. Tutkimustaulukko	42
	Liite 2. Teemahaastattelu	45
	Liite 3. Saatekirje	46
	Liite 4. Suostumus	47
	Liite 5. MRSA-OHJELEHTINEN: Tietoa MRSA:sta	48

1 JOHDANTO

MRSA on metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* -bakteeri. Ensimmäiset MRSA-kannat löydettiin 1960-luvun alussa Englannista ja Tanskasta (Vaara 2009). Maailmalla MRSA alkoi yleistyä 1980–90-lukujen aikana, erityisesti sairaaloissa (Sariola 2005). MRSA-kantajien määrä on viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt Suomessa, lähinnä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella (MRSA-ohje 2011). Suomessa todetaan vuosittain yli 1200 uutta MRSA-tapausta. Uusien tapausten määrä on kuitenkin laskenut vuoden 2008 huipusta, jolloin todettiin yli 1770 uutta MRSA-tapausta. (Kansanterveyslaitos 2004–2012.)

Pirkanmaalla vuonna 2001 alkanut MRSA-epidemia alkoi pitkäaikashoidon puolelta, mutta viime vuosien aikana sen on todettu lisääntyneen myös akuuttisairaanhoidon potilailla. Vuonna 2007 Suomen MRSA:n ilmaantuvuuden keskitaso oli 24/100 000 asukasta kohden, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella se oli yli kaksi ja puoli kertaa keskitasoa korkeampi, 61/100 000 asukasta kohden. (MRSA-ohje 2011.)

Lisääntyneen MRSA:n ilmaantuvuuden vuoksi Tampereen kaupunki on pyrkinyt torjumaan MRSA:ta ja sen leviämistä vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Torjunnan ja leviämisen ehkäisyn keinoina kaupunki on perustanut laitoshoitoon erityisosastoja MRSA-bakteeria kantaville vanhuksille sekä jatkanut hoitajien hygieniakoulutusta. (Ala-Honkola 2011.)

Tämän opinnäytetyön aihe syntyi työelämän tarpeesta saada MRSA:sta ohjelehtinen omaisille Koukkuniemen vanhainkodin kohortti-osastoille. Omaisilla on hyvin vähän tietoa MRSA:sta, sen leviämisen ehkäisystä ja sen kanssa elämisestä. Lisäksi ohjaus MRSA:n liittyen on ollut hyvin vähäistä ja suppeaa. Tämän opinnäytetyönä tuotettavan ohjelehtisen tavoitteena on tuoda omaisille oikeanlaista tietoa MRSA:sta ja varmuutta omaan toimintaansa. Hoitajat voivat käyttää ohjelehtistä apuna ja runkona omaisten ohjauksessa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallinen ohjelehtinen MRSA:sta asukkaiden omaisille sekä muille osastolla vieraileville henkilöille Koukkuniemen vanhainkodin kohortti-osastoille.

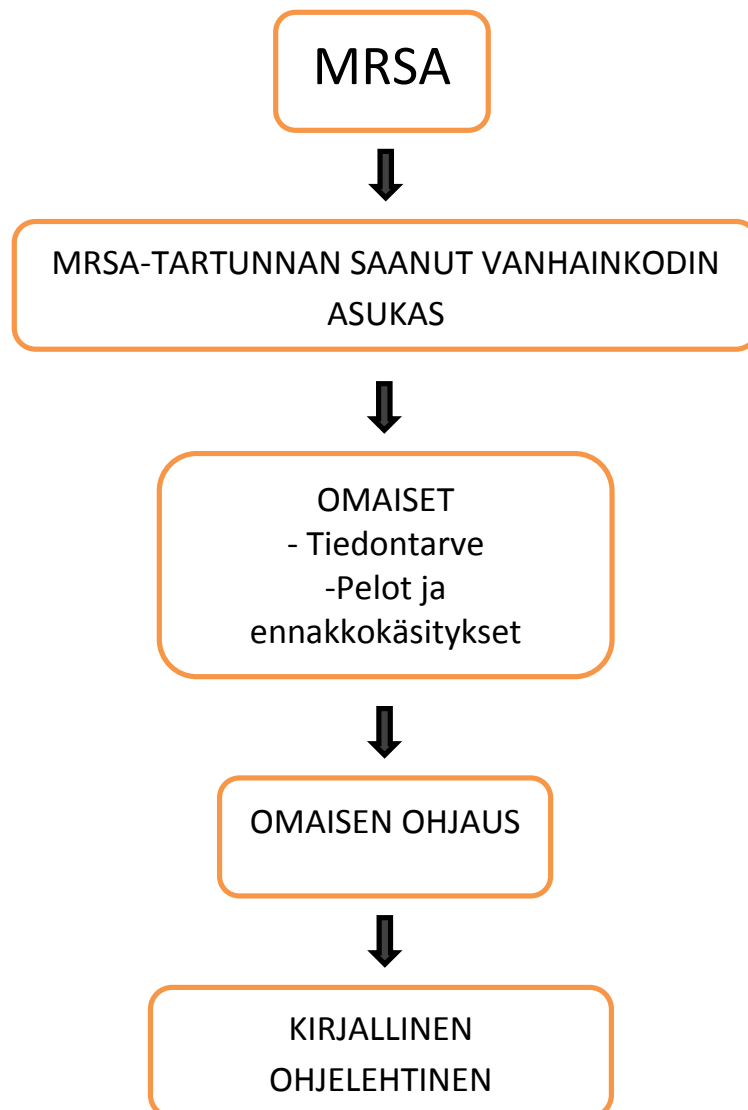
Opinnäytetyön tehtävät ovat seuraavat:

1. Mitä tietoa omaiset tarvitsevat MRSA:han liittyen?
2. Miten omaiset kokevat läheisen MRSA-tartunnan?
3. Millainen on hyvä ohjelehtinen?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä omaisten tietoutta MRSA:sta sekä lieventää siihen liittyviä ennakkokäsityksiä ja pelkoja. Tavoitteena on ohjelehtisen avulla tuoda omaisille varmuutta omaan toimintaansa sekä käytännön ohjeita MRSA:n leviämisen ehkäisyssä. Ohjelehtisen tavoitteena on myös, että hoitajat voivat käyttää sitä apuna ja runkona omaisten ohjauksessa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien tarkoituksena on yhdistää ammatillinen käytäntö ammatilliseen teoreettiseen tietoon. Teoreettisen tiedon avulla perustellaan opinnäytetyössä tehtyjä valintoja. (Vilkkä & Airaksinen 2003.) Tämän opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina ovat MRSA, MRSA-tartunnan saanut vanhainkodin asukas, omaiset, omaisen ohjaus ja kirjallinen ohjelehtinen. Omaiset-käsitettä on avattu kahdella alakäsitteellä: tiedontarve sekä pelot ja ennakkoluulot. Teoreettisessa lähtökohdassa (kuvio 1.) ilmenee keskeiset käsitteet sekä niiden merkitys tässä opinnäytetyössä.



KUVIO 1. MRSA:n merkitys omaisille ja omaisten ohjauksessa

3.1 MRSA

MRSA on lyhenne sanoista metisilliinille resistentti (vastustuskykyinen) *Staphylococcus aureus*. Terveiden ihmisten ja eläinten iholla ja limakalvoilla on runsaasti *Staphylococcus aureus* – bakteereja. Tavallisista *Staphylococcus aureus* - bakteereista MRSA eroaa ainoastaan antibioottilherkkyytensä vuoksi. Kyseinen kanta sai alkunsa vuonna 1961, vuosi metisilliinin käyttöönoton jälkeen. Metisilliinin lisäksi MRSA on resistentti penisilliinille, amoksisilliinille, oksasilliinille sekä useille muille antibiooteille. Nenässään sitä kantaa tietämättömänä 25–30 % väestöstä. Tällainen kantajuus on usein oireetonta. (Aghte, Kanerva & Kolho ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 13; Levine 2012.)

Staphylococcus aureus aiheuttaa haavainfektioita, paiseita, märkärupsea, selluliittia, karvatuppi- ja kynsivallitulehduksia sekä nekrotisoivia infektioita (Käypä hoito -suositus 2010). Verenkiertoon päästyään *Staphylococcus aureus* voi aiheuttaa vakavan yleisinfektion eli verenmyrkytyksen. MRSA aiheuttaa samankaltaisia infektioita, mutta resistentin kannan vuoksi sen aiheuttamien infektioiden hoitaminen on kalliimpaa ja vaikeampaa. *Staphylococcus aureus* aiheuttaa Suomessa vuosittain kymmeniä tuhansia haavatulehduksia ja noin 900 vakavaa verenmyrkytystä, joista noin yksi prosentti on MRSA:n aiheuttamia. MRSA:n aiheuttamissa verenmyrkytyksissä kuolleisuus on kaksinkertainen verrattuna muiden bakteerien aiheuttamiin verenmyrkytyksiin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007; Lumio 2009.)

MRSA-infektion saamisen riski on korkea vaikeasti sairailta tai iäkkäillä sairaalapotilailla, joilla on katetreja tai avoimia haavoja. Riskiä lisäävät myös tehohoito, kirurgiset toimenpiteet, pitkittynyt sairaalahoito, aikaisempi antibioottihoito, MRSA-nenkantajuus tai läheinen kontakti potilaisiin, joilla on MRSA-infektio tai -kantajuus. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007.)

3.1.1 MRSA:han liittyviä käsitteitä

MRSA-potilailla tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat MRSA:n kantajia tai joilla on MRSA:n aiheuttama infektio. MRSA-infektio tarkoittaa oireista infektiota esimerkiksi ihotulehdusta, kuten märkivää haavaa tai ihottumaa, keuhkokuumetta, nivel- tai

luutulehdusta tai yleistynyttä tulehdusta, jos bakteeri on päässyt verenkiertoon. Yleisimpiä ovat MRSA:n aiheuttamat pinnalliset ihoinfektiot. (Ohje MRSA:n kantajalle 2013, 1.)

MRSA-kantajasta puhuttaessa tarkoitetaan, että henkilö on kolonisoitunut eli MRSA on todettu bakteeriviljelyn avulla toistuvasti yhdestä tai useammasta kehonosasta. MRSA-kantajalla on kyseinen bakteeri iholla tai limakalvolla, yleensä nenän limakalvoilla tai nielussa, mutta se ei aiheuta hänelle infektiota. Henkilö, jolla on ollut oireinen MRSA-infektio, voi usein jäädä MRSA-kantajaksi MRSA-infektion parannuttua. (Aghte ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 13, 15.)

MRSA-altistunut henkilö tarkoittaa henkilöä, joka on ollut samassa potilashuoneessa MRSA-potilaan kanssa tai samalla osastolla MRSA-epidemian aikana. Jos samalla osastolla on kaksi tai useampia toisiinsa liittyviä MRSA-tapauksia, puhutaan MRSA-epidemiasta. Kohortointi tarkoittaa MRSA-kantajien tai MRSA:n aiheuttamaa infektiota sairastavien potilaiden sijoittamista erilleen potilaista, joilla ei ole todettu MRSA-tartuntaa. Myös henkilökunnan kohortoinnista puhutaan, kun henkilökunnan tietyt jäsenet on nimetty hoitamaan vain MRSA-potilaita. (Aghte ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 13.)

3.1.2 MRSA:n toteaminen

MRSA:ta epäiltäessä potilaalta otetaan näytteet bakteeriviljelyllä. MRSA-viljelynäytteet otetaan infektiokohdista, ihorikkoalueilta, sieraimista, nielusta, aiemmin kolonisoituneiksi todetuilta alueilta, mahdollisten katetrien ja dreerien juurelta, katetrivirtsasta, perineumin (välilihan) alueelta sekä vastasyntyneiltä navan alueelta. Tapauskohtaisesti voidaan harkita edellä mainittujen näytteenottokehtien lisäksi näytteenottamista esimerkiksi kainaloista tai nivustaipeista kolonisaation laajuutta ja potilaan tartuttavuutta tutkittaessa. (Aghte ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 17.)

MRSA-viljelynäytettä otettaessa näytteenottokehtaa ei puhdisteta. Kuivalta alueelta otettaessa näytteenottotikku voidaan kostuttaa steriilillä keittosuolalla ennen näytteenottoa sekä haavoista voidaan poistaa haavalle laitettut hoitavat aineet ja -geelit. Näytteenottaja desinfioi kädet käsihuuhteella ja käyttää tehdaspuhtaita käsineitä

näytteenotossa. Sierainnäyte otetaan molemmista sieraimista pyöräyttämällä näytteenottotikkua noin sentin syvyydessä. Näytteenottotikku laitetaan kuljetusputkeen. Muista näytteidenottokohdista otetaan näytteet vastaavalla tavalla ja laitetaan omiin kuljetusputkiinsa. Kuljetusputkeen merkitään tarralapulla näytteenotto kohta, potilaan nimi ja päivämäärä. (Aghte ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 17.)

3.1.3 MRSA:n leviäminen

MRSA:n tavallisin leviämistapa on kosketustartunta, joka tarkoittaa mikrobien leviämistä paikasta toiseen kosketuksen avulla. Mikrobit ovat pieneliöitä esimerkiksi bakteereja, viruksia, alkueläimiä tai sieniä. MRSA voi levitä myös pisara- tai ilmatartuntana. Pissatartunnassa mikrobit leviävät ysköspisaroiden tai aivastuksen mukana ympäristöön. Ilman välityksellä mikrobit tarttuvat ilmassa leijuviin pöly- ja hilsehiukkasiin sekä pieniin pisaroihin, joiden mukana ne kulkeutuvat ympäristöön. (von Schantz & Matilainen 2009, 128, 138–140.)

Useimmiten bakteeri tarttuu suorana kosketustartuntana potilaasta toiseen henkilökunnan käsien välityksellä, mutta myös potilaiden välisissä kosketuksissa. MRSA voi tarttua myös välillisenä kosketustartuntana erilaisilta pinnoilta sekä yhteisistä hoitovälineistä kuten verenpainemittareista, stetoskoopeista ja kuumemittareista, ellei niiden käyttö, huolto ja puhdistus ole asianmukaista. (Aghte ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 16.)

Tietämättään bakteeria voi levittää oireeton MRSA:n kantaja. Tällä hetkellä merkittävimpiä riskiryhmiä ovat potilaat, jotka on aiemmin todettu MRSA:n kantajiksi, MRSA-potilaan kanssa samassa huoneessa hoidetut potilaat ja ulkomaalaisissa sairaaloissa hoidetut potilaat. Jos ihminen tietää olevansa MRSA:n kantaja, on hänen kerrottava siitä aina hakeutuessaan terveydenhuollon piiriin. (von Schantz & Matilainen 2009, 128–129.) Anderssonin (2011, Liite 1.) tutkimuksen mukaan potilaat jättivät kertomatta MRSA-tartunnastaan, koska heitä pelotti muiden ihmisten suhtautuminen.

3.1.4 MRSA:n leviämisen ehkäisy

MRSA:n leviämisen ehkäisyssä tärkeintä on huolellisen käsihygienian toteuttaminen. Pyrkimyksenä on estää käsien likaantuminen. Huolellista käsihygieniaa noudattaa niin hoitohenkilökunta, potilas itse kuin vierailijatkin. Upshaw-Owenssin & Baileyn (2012) mukaan hoitohenkilökunnan on erittäin oleellista ymmärtää ja noudattaa MRSA:n leviämisen ehkäisyyn liittyviä ohjeita ja sääntöjä. Hoitohenkilökunta opettaa potilaille ja omaisille, miten he voivat omalla toiminnallaan edistää MRSA:n leviämisen ehkäisyä. Hoitohenkilökunta desinfioi kädet käsihuuhteella aina ennen hoidettavan potilaan koskettamista ja huoneeseen mentäessä sekä huoneesta poistuttaessa ja lyhyenkin koskettamisen jälkeen. Käsien desinfektio toteutetaan myös, jos kosketetaan hoidettavan potilaan liinavaatteita tai pyyheliinoja. Tarvittaessa kädet pestään vedellä ja saippualla. MRSA:n leviämistä ehkäistään myös hoitovälineiden asianmukaisella käsittelyllä ja huoltamisella. Hoitotoimenpiteissä, joihin liittyy eriteroiskeiden vaara, hoito-henkilökunta suojautuu kertakäyttöisellä esiliinalla tai hoitotakilla, suojakäsineillä ja suusuojuksella. (Kurki & Pammo 2010, 19–20; von Schantz & Matilainen 2009, 129–130.)

Asianmukaisella hoitovälineiden käsittelyllä ja huoltamisella tarkoitetaan monikäyttöisten tutkimus- ja hoitovälineiden puhdistusta välittömästi käytön jälkeen. Puhdistus tehdään sellaisella desinfektioaineella mitä välineet kestävät tai huuhteludesinfektioaineella. Jos välineet eivät kestä puhdistusta desinfektioaineella, niiden pitää olla kertakäyttöisiä. Tutkimus- ja hoitovälineiden, esimerkiksi verenpainemittarin ja kuumemittarin, on hyvä olla potilaskohtaisia, jos niitä käytetään toistuvasti. Potilaskohtaiset välineet säilytetään potilashuoneessa ja puhdistetaan, kun ne ovat likaantuneet, tai kun potilas poistuu osastolta. (MRSA:n leviämisen ehkäisy vuodeosastolla 2011, 5.)

Käsihygienian ja tavanomaisten varotoimien, kuten eriteroiskeilta suojautumisen, lisäksi MRSA:n leviämisen ehkäisyssä on tärkeää noudattaa kosketuseristystä. Henkilökunnan käsien kolonisoitumista MRSA:lla voidaan vähentää käyttämällä suojatakkia ja suojakäsineitä käsidesinfektion lisäksi potilaan lähihoidossa. Suojakäsineet ovat aina toimenpidekohtaiset, ja niitä käytetään käsiteltäessä eritteitä, rikkiäistä ihoa ja potilaan kontaminoituneita alueita sekä potilaan huoneeseen mentäessä. Kontaminoituneilla suojakäsineillä ei saa koskettaa potilaan katetreja tai puhtaita alueita. Ennen

suojakäsineiden pukemista ja niiden riisumisen jälkeen tehdään käsidesinfektio. Suu-
nenäsuojusta käytetään, jos työskennellään alle metrin etäisyydellä nenä-, nielu- ja
nenänielukantajista, joilla on hengitystieinfektio tai hoidettaessa MRSA:lla
kolonisoituneita tai infektoituneita haavoja. (Agthe ym. 2004.) Anderssonin (2011, Liite
1.) tutkimuksen mukaan potilaat luottivat enemmän hoitohenkilökunnan toimintaan
kuin omaan tietoonsa esimerkiksi tunnistaessaan tilanteita, joissa hoitohenkilökunnan
olisi pitänyt suojautua asianmukaisemmin.

MRSA-potilaiden hoito tulisi toteuttaa yhden hengen eristys huoneissa, joissa on oma
wc ja pesutila. MRSA-potilaat käyttävät yhteisiä peseytymistiloja vasta muiden
potilaiden jälkeen tai eri päivinä, jos yhden hengen huoneeseen ei ole mahdollisuutta.
Käytön jälkeen tilat puhdistetaan huolellisesti klooripitoisella puhdistusaineella,
esimerkiksi kloori 1000 ppm tai Erisan Oxy+ 2 % (MRSA:n leviämisen ehkäisy
vuodeosastoilla 2011, 2). Puhdistuksessa kiinnitetään erityistä huomiota
kosketuspintoihin ja tarttumakohtiin. Yhden hengen huoneisiin varataan huonekohtaiset
siivousvälineet ja kertakäyttöisiä siivousliinoja. Likapyykit pakataan huolellisesti
eristys huoneeseen. MRSA-potilaita voidaan hoitaa myös kohortissa sijoittamalla heidät
samaa huoneeseen, jos samaa MRSA-kantaa on usealla potilaalla. Vanhusten
palvelutaloissa ja pitkä-aikaishoitolaitoksissa kosketuseristys täytyy suunnitella
vallitsevien olojen mukaan. (Agthe ym. 2004; Kurki & Pammo 2010, 18–19.)

Jos potilas on kerran todettu MRSA:n kantajaksi, kosketuseristystä jatketaan koko
hoitjakson ajan sekä seuraavalla hoitjaksoilla. Vaikka MRSA-näytteet olisivat välillä
negatiiviset, kosketuseristystä ei pureta. Jos potilaan seulontanäytteet ovat toistuvasti
negatiivisia aiemmin todetun MRSA-positiivisuuden jälkeen, potilas sijoitetaan omaan
eristys huoneeseen erilleen tuoreista kantajista. MRSA:lle altistuneelle potilaalle riittää
yhdet negatiiviset seulontanäytteet, jotta kosketuseristys voidaan purkaa. Jos
seulontanäyte otetaan antibiootihoidon aikana, se uusitaan viikon kuluttua
antibiootihoidon loppumisesta. (MRSA:n leviämisen ehkäisy vuodeosastoilla 2011, 2–
3.)

Vierailuja MRSA-potilaiden luokse ei tarvitse rajoittaa ja potilaat voivat liikkua ulkona
vapaasti. Vierailijat saavat hoitohenkilökunnalta asianmukaiset käyttäytymis- ja
suojautumisohjeet, joista oleellisin on hyvä käsihygienia. Hoitohenkilökunta opettaa
potilaille ja omaisille miten he voivat omalla toiminnallaan edistää MRSA:n leviämisen

ehkäisyä. Ennen huoneeseen menemistä ja sieltä poistuessa vierailijat desinfektoivat kätensä käsihuuhteella, ja potilaan hoidossa he suojautuvat kuten hoitohenkilökunnankin. (Kurki & Pammo 2010, 18–19.) Hoitohenkilökunta noudattaa ja toteuttaa hyvää käsihygieniaa myös itse, koska omaiset ja potilaat ottavat mallia hoitajan toiminnasta, ja ohjaavat muita potilaita ja omaisia hoitajan toimintatapojen mukaan (Upshaw-Owens & Bailey 2012).

Anderssonin (2011, Liite 1.) mukaan potilaat eivät saaneet riittävästi ohjausta MRSA:sta. He olivat epävarmoja kuinka toimia erilaisissa tilanteissa. Esimerkiksi he eivät tieneet, voivatko enää matkustaa julkisilla kulkuvälineillä tai kätellä tuttavია. MRSA-potilaan ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon käsihygienia ja sen hallitseminen. Ohjauksessa käydään läpi käsienpesu sekä käsihuuhteenkäyttö erityisesti laitosoloissa. Potilas käyttää käsihuuhdetta aina poistuessaan huoneestaan sekä wc-käynnin jälkeen. Hän huolehtii myös, että ihon rikkoumat sekä haavat pidetään peitettynä, ja niiden turhaa koskettelua vältetään. MRSA-potilaalle annetaan tietoa hänen sairastamastaan taudista, sen tarttuvuudesta ja eristämisen tarkoituksesta. Potilaan on tärkeä ymmärtää, mikä hänessä on tartuttavaa, miten ja miksi hänen liikkumisvapauttaan rajoitetaan vuodeosastoilla, mitä hän voi tehdä MRSA-bakteerin leviämisen ehkäisemiseksi sekä miten huolehtia henkilökohtaisista hygieniavälineistä. (Kurki & Pammo 2010, 23–24; MRSA:n leviämisen ehkäisy vuodeosastolla 2011, 3–4.)

3.1.5 Käsihygienia

Terveydenhuollossa käsihygienialla tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla pyritään ehkäisemään mikrobien leviämistä henkilökunnan käsien välityksellä. Näitä toimenpiteitä ovat käsienpesu sekä käsidesinfektio eli alkoholipitoisen desinfektioaineen hierominen käsiin. Potilaiden ja ympäristön koskettamisen seurauksena ihon väliaikaiset mikrobit siirtyvät henkilökunnan käsiin. Potilasta kosketettaessa, hengitysteiden hoidossa ja eritteiden käsittelyssä työntekijän käsiin kertyy minuutissa noin 16 mikrobipesäkettä. Potilaiden mikrobeja tarttuu työntekijän käsiin jo hyvin lyhyen toimenpiteen aikana, kuten verenpainetta mitatessa. Mitä kauemmin hoitotoimenpide kestää, sitä enemmän mikrobeja siirtyy työntekijän käsiin. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165–167.) Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan huolellisen käsihygienian toteuttaminen vie hoitohenkilökunnalta vain vähän aikaa. Kuitenkin sen

huonoa toteuttamista selitetään kiireellä ja työntekijäpulalla. (Joffe, Washer & Solberg 2011, 673–678.)

Monet vakavia hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavat mikrobit, esimerkkinä *Staphylococcus aureus*, kestävät kuivumista ja voivat elää tartuntakykyisinä iholla pitkiä aikoja. Joffen ym. (2011, 673–678.) tutkimuksen mukaan kiire sairaalassa sai potilaat pitämään sairaalaa likaisena paikkana ja sai heidät pelkäämään tartunnan saamista sairaalasta enemmän kuin ennen. Useat potilaat syyttivät tartunnastaan sairaalan johtoa ja henkilökunnan huonoa käsihygieniää. He ihmettelivät miten sairaalalla voi olla varaa uusien toimistotarvikkeiden hankkimiseen, vaikkei hoitajilla ole aikaa noudattaa huolellista käsihygieniää. Käsihygienian tärkeimpänä tavoitteena on käsidesinfiektion avulla hävittää käsistä väliaikainen mikrobisto ja pysäyttää mikrobien leviäminen. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165–167.)

Näkyvän lian poistamiseksi terveydenhuollossa suositellaan käsien saippuapesua nestemäisellä perussaippualla. Kädet kostutetaan haalealla vedellä ja niihin hierotaan nestemäistä saippuaa. Kädet pestään ja huuhdellaan juoksevan veden alla, jonka jälkeen ne kuivataan kertakäyttöpyyhkeeseen. Myös vesihana suljetaan kertakäyttöpyyhkeellä, etteivät kädet likaannu uudelleen. Riittävän tehon saamiseksi käsien saippuapesuun tulee käyttää aikaa 60 sekuntia. Liian lyhyt, alle 10 sekunnin käsienpesu vähentää mikrobien määrän korkeintaan puoleen tai voi jopa lisätä niiden määrää. Saippuapesu on käsidesinfiectiota tehokkaampi tapa poistaa bakteerien itiöt käsistä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 167.)

Käsidesinfektio

Potilaan ja ympäristön koskettamisesta käsiin joutuneet väliaikaiset mikrobit saadaan nopeasti vähenemään käsidesinfiektion avulla. Hoitoon liittyvien infektioiden, myös MRSA:n, tehokkain leviämistapa on kosketustartunta, joten sen katkaisu on tärkeää (von Schantz & Matilainen 2009, 128). Terveydenhuollossa käsidesinfiectiota käytetään aina ennen ja jälkeen jokaisen potilaskosketuksen, ennen hoitotoimenpidettä ja kosketettaessa potilaan hoitovälineitä hänen lähiympäristössään. Käsidesinfiectio toteutetaan myös ennen käsineiden pukemista ja niiden riisumisen jälkeen sekä potilaan hoidossa likaiselta alueelta puhtaalle siirryttäessä. Suomessa käsien desinfiectioaineiden vaikuttavana aineena käytetään useimmiten 80 % etanolia. Käsidesinfiectio vaikutus

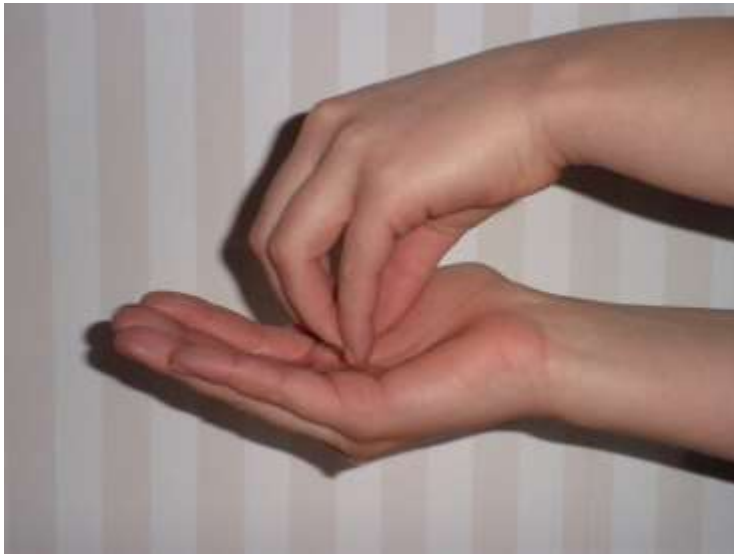
perustuu alkoholin haihtumiseen käsien hieronnan yhteydessä. Käsi-desinfektion teho on parempi, jos kädet pysyvät pidempään kosteina. Alkoholin vaikutuksesta iholla olevat väliaikaiset mikrobit tuhoutuvat nopeasti. Tavallisesti käsihuhuhteisiin on lisätty myös 1-2 % glyserolia ja muita ihoa hoitavia aineita. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165, 167–168; Syrjälä, Teirilä, Kujala & Ojajärvi 2005, 615.)

Käsien desinfektiohieronta edellyttää oikeaa tekniikkaa ollakseen riittävän tehokasta. Käsihuhde otetaan kuiviin käsiin. Riittävä määrä käsihuhdetta on noin 3 millilitraa eli 2–3 painallusta annostelijasta ja käsien koosta riippuen (kuva 1).



KUVA 1. Käsihuhteen ottaminen.

Ensin käsihuuhdetta hierotaan sormenpäihin ja peukaloon, joilla ensisijaisesti kosketetaan potilasta (kuva 2; kuva 3).



KUVA 2. Käsihuuhteen hierominen sormenpäihin.



KUVA 3. Käsihuuhteen hierominen kämmeniin ja peukaloihin.

Sen jälkeen huuhdetta hierotaan sormet koukistettuina vastakkain (kuva 4.) ja joka puolelle käsiä (kuva 5.), kunnes ne ovat kuivat. Jotta käsidesinfektio on riittävän tehokasta, on käsien kuivumiseen kuluvan hieronta-ajan oltava 20–30 sekuntia.



KUVA 4. Käsihuuhteen hierominen sormet koukistettuina vastakkain.



KUVA 5. Käsihuuhteen hierominen joka puolelle käsiä.

”Ylimääräistä” käsihuuhdetta käsistä ei saa kuivata paperilla, vaatteisiin tai kyynärvarsiin, koska hieronta-aika lyhenee ja käsidesinfection teho heikkenee. Kyynärvarsista käsiin saadaan uudelleen mikrobeja ja käsidesinfection teho häviää kokonaan. Käsihuuhdetta ei myöskään saa ”tuulettaa” kuivaksi ilmassa vaan käsiä hierotaan niin kauan, kunnes kädet ovat kuivuneet. (Syrjälä & Teirilä 2010, 169–170; Syrjälä ym. 2005, 618.)

Käsihuuhteen käyttö on todettu tehokkaammaksi kuin aiemmin suositeltu kaksivaiheinen käsienspesu eli ensin käsien saippuapesu ja sitten desinfektio käsihuuhteella. Saippuapesu voi ärsyttää ihoa. Nykyisin saippuapesua suositellaan vain näkyvän lian poistamiseksi. Pesun jälkeen kädet täytyy kuivata hyvin, koska vesi laimentaa alkoholia ja heikentää desinfektion tehoa. Runsaan käsihuuhteen käytön jälkeen kädet voivat jäädä tahmaisiksi, jolloin pikainen käsien huuhtelu haalealla vedellä poistaa tahmeuden (Syrjälä & Teirilä 2010, 170). Käsien ihoa voidaan hoitaa käsivoiteilla iho-ongelmien ehkäisynä. Käsivoide parantaa ihon kuntoa ja auttaa säilyttämään ihon pysyvää mikrobiflooraa ja ylläpitää siten kolonisaatioresistenssiä. On havaittu, että käsistä leviää bakteereja ympäristöön tavallista vähemmän jopa neljän tunnin ajan käsivoiteen käytön jälkeen. (Syrjälä ym. 2005, 616–617, 621.)

3.2 Vanhainkodin asukas

Vuonna 2011 Suomessa vanhainkodeissa asuvien asukkaiden ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden keski-ikä oli 83,2 vuotta. Heistä alle 65-vuotiaita oli vain noin neljä prosenttia. Keskimääräisen hoidon tarpeen arvo oli 4,5, joka tarkoittaa lähes jatkuvaa ja/tai jatkuvaa ympärivuorokautista hoidon tarvetta. (Tossavainen & Kuronen 2011.) Vanhainkodin asukkailla tarkoitetaan usein varsin iäkkäitä ja paljon hoitoa tarvitsevia ihmisiä.

Tässä opinnäytetyössä vanhainkodin asukkaalla tarkoitetaan sellaista ihmistä, joka on pitkäaikaishoidossa vanhainkodissa jonkin toiminnanvajauksen tai sairauden takia. Tai henkilöä, joka on vanhainkodissa lyhytaikaishoidossa sen vuoksi, ettei kykene sillä hetkellä asumaan sen hetkessä kodissaan sosiaalisten, fyysisten tai psyykkisten syiden takia. (Lehtonen 2005, Liite 1.)

3.3 Omainen

Omainen tarkoittaa useimmiten perheenjäsentä tai lähisukulaista. Laajemmin ymmärrettynä omaiskäsitteeseen kuuluu oman perheen lisäksi myös sukulaiset, heidän puolisonsa sekä ystävät, jotka ovat hyvin läheisiä. Joissain tapauksissa omaisella voidaan tarkoittaa myös työkaveria, naapuria tai muuta läheistä ihmistä. Jokainen ihminen määrittelee itse perheensä ja ihmiset, jotka siihen kuuluvat. Nykyisin omaiskäsitteen ainoana kriteerinä ei pidetä enää sukulaissuhdetta. (Anttila ym. 2006; Nikki & Paavilainen 2010, 313, Liite 1.) Suhteet perheeseen ja omaisiin ovat useimmiten tunnepitoisia, vastavuoroisia, pysyviä ja korvaamattomia (Kejo 2003, 7, Liite 1).

Perheen ja ystävien vierailut takaavat vanhainkodin asukkaan ihmissuhteiden säilymisen. Omaisilla on suuri merkitys vanhainkodin asukkaan sosiaalisten ja psyykkisten tarpeiden tyydyttämisessä. Heidän käyntinsä koetaan tärkeinä, virkistävinä ja odotettuina tapahtumina. Vanhusten hoidossa omaiset haluavat olla arvostettuja ja saada tunnustusta työstään sekä tulla kohdelluiksi partnereina tai osallisina. Omaisten hoitoon osallistumisen tarkoituksena on vahvistaa perheiden yhtenäisyyden tunnetta sekä kohdella omaisia, jotka osallistuvat laitoshoidossa olevan vanhuksen hoitoon, yhteistyökumppaneina tai asiakkaina. (Laitinen-Junkkari & Rissanen 1999, 61; Lehtonen 2005, Liite 1.)

Potilasoikeuslain (1992/785) mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, kuten myös laitoksessa asuvalla asukkaalla. Asukkaalle tulee antaa tietoa hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja hänen terveydentilastaan. Lisäksi hoitosuunnitelma tulisi laatia yhdessä asukkaan kanssa. Jos asukas ei kykene itse ajamaan omia oikeuksiaan tai ilmaisemaan omaa tahtoaan, asukkaan asioista päättää omainen. Tällöin omaisen tulee saada tarpeeksi tietoa asukkaan terveydentilasta ja hoidosta, jotta hän voi tehdä ratkaisuja läheisensä hoitoon liittyvissä asioissa. Tällaisissa tilanteissa hoitosuunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä omaisen kanssa. (Lehtonen 2005, Liite 1.)

3.4 Omaisen ohjaus

Keskeinen osa hoitotyötä on asukkaan ja hänen omaisensa ohjaus. Asukkaan ja omaisen ohjauksesta vastaavat suurimmaksi osaksi hoitajat. Tämän takia ohjaus on olennainen ja tärkeä osa hoitajan työtä. Ohjauksesta käytetään useita eri käsitteitä. Rinnakkaisia käsitteitä ohjaukselle ovat terveysneuvonta, opetus, tiedon antaminen ja neuvonta. Synonyymejä ohjaukselle ovat koulutus, valmennus ja kasvatus. Useiden eri käsitteiden käyttö voi vaikeuttaa ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista hoitotyössä. (Kyngäs ym. 2007, 5–6, 25.)

Kyngäksen ym. (2007, 25) mukaan ohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä tavoitteellista sekä aktiivista toimintaa, joka on yhteydessä heidän taustatekijöihinsä. Ohjauksen tarkoituksena on parantaa asukkaan elämänlaatua, tukemalla hänen ja omaisensa aloitekykyä sekä osaamista. Ohjauksessa asukas ja hänen omaisensa tekevät itse päätöksensä, hoitaja ei tee päätöksiä heidän puolestaan vaan tukee päätöksenteossa. Rakenteeltaan ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa ja sisältää myös tiedon antamista.

Tieto läheisen sairastumisesta saattaa koetella omaista monilla eri tavoilla. Jotkut omaiset saattavat kärsiä psyykkisistä vaivoista, toiset voivat sairastua fyysisesti. Monet kärsivät sekä psyykkisesti että fyysisesti saatuaan tiedon läheisen sairaudesta. Skymanin (2010, Liite 1.) tutkimuksen mukaan omaiset kokivat pelon ja epävarmuuden tunteita silloin, kun he saivat tietää läheisensä MRSA-tartunnasta. Heidän käyttäytymisensä tartunnan saanutta kohtaan muuttui etäisemmäksi. Tartunnan saaneet kokivat, etteivät he olleet enää niin tervetulleita omaistensa luokse. Heidän lähellään oleminen tuntui vaikeammalta eikä niin luonnolliselta kuin ennen. Omaiset pelkäsivät pienten lastensa vuoksi, eivätkä siksi kutsuneet tartunnan saanutta esimerkiksi lasten syntymäpäiville tai muihin juhliin, joissa oli lapsia. Tartunnan saaneet kokivat itsensä ulkopuolisiksi sekä tunsivat syyllisyyttä ja häpeää tartunnastaan. Hoitajat voivat tukea omaista ohjauksen avulla. Ohjaukseen voi sisältyä sekä emotionaalista että tiedollista tukemista. (Anttila, Kukkola, Mattlar ym. 2006.)

Omaiset kokivat tarvitsevansa hoitajilta eniten tiedollista tukea. Tiedollisella tukemisella tarkoitetaan tietojen antamista. Niiden tarkoitus on helpottaa yksilöä ongelmien ratkaisuisissa. Tiedon avulla omaiset pystyvät siis helpommin käsittelemään

läheisen sairautta ja siihen liittyvää stressiä. Lähtökohtana tiedolliselle tuelle on omaisen aiemmat tiedot, kyky vastaanottaa, tulkita ja käyttää uutta tietoa. Omaiset odottavat saavansa tiedollista tukea pyytämättä, jatkuvasti ja rehellisesti. (Anttila ym. 2006.)

Omaisen ohjaus on hoitohenkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä, johon kuuluu omaisten tarpeista huolehtiminen, omaisten ottaminen mukaan vanhuksen hoitoon ja toimiva vuorovaikutus (Nikki & Paavilainen 2010, 318–319, Liite 1). Osallistuakseen vanhuksen hoitoon omaiset tarvitsevat tietoa potilaan tilasta ja sairauksista sekä mahdollisista rajoituksista: missä, milloin ja miten he voivat osallistua hoitoon. Ohjaukseen tulee sisältyä tiedon antamisen lisäksi myös omaisen tukemista. (Nuutinen & Raatikainen 2005, 133, Liite 1.)

3.5 Kirjallinen ohjelehtinen

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia oppaita ja ohjeita, jotka voivat olla lyhyitä yhden sivun pituisia lehtisiä, monisivuisia pieniä oppaita tai kirjasia. Kirjallisen ohjelehtisen tarkoituksena on olla tukena suulliselle ohjaukselle. Sen ainoa tarkoitus ei ole tiedon siirtäminen hoitohenkilökunnan välillä. Kirjallinen ohjelehtinen sisältää myös merkityksiä. Omaisen voi kerrata ja tarkistaa tietojaan kirjallisesta ohjelehtisestä kotona tai jakaa niitä kirjallisen ohjeen avulla. Kirjallisen ohjeen tulee olla kullekin kohdejoukolle sopiva sekä heidän tarpeidensa ja tietojensa mukainen. (Kyngäs ym. 2007, 124; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11.) Saadaksemme ohjelehtisestä juuri vanhainkodin asukkaiden omaisille sopivan haastattelimme omaisia, ja loimme ohjelehtisen käyttäen apuna heidän tarpeitaan ja tietojaan.

Kirjalliset ohjeet on usein kirjoitettu liian vaikeasti. Sen takia ohjeiden tieto ei tavoita niitä lukevaa asiakasta. Sisältö on usein liian laajaa ja yleistä, jolloin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ei ole otettu ohjeissa huomioon. Vaikeaselkoiset ja huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet saattavat johtaa väärinkäsityksiin ja lisätä asiakkaan huolestuneisuutta ja pelkoja. Tämän takia erityistä huomiota tulisi kiinnittää kirjallisten ohjeiden selkeyteen ja ymmärrettävyyteen. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Kirjalliset ohjeet tulee antaa kullekin asiakasryhmälle sopivassa paikassa, sopivaan aikaan. Riippuen siitä mitä ohjausmateriaalin on tarkoitus asiakkaalle kertoa. Jos ohjeiden tarkoitus on antaa potilaalle tietoa tulevaa leikkausta varten, tulee se antaa tai lähettää hänelle kotiin ennen leikkausta. Jos ohjeiden tarkoituksena on antaa tietoa ja toimintaohjeita sairaalassa tai vanhainkodissa toimimiseen, asiakkaan olisi saatava ne mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tehokas, hyvin suunniteltu, asiakkaan oppimiskyvyn huomioon ottava ja oikein suunnattu kirjallinen ohje toimii apuvälineenä asiakkaan itseopiskelussa ja tiedon jakamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

3.5.1 Hyvä kirjallinen ohje

Hyvä kirjallinen ohje palvelee tietyn laitoksen henkilökuntaa, asukkaita ja omaisia. Asiat tulisi esittää ohjeessa mahdollisimman paikkakohtaisesti, esimerkiksi ”käsidesin löydät vierailijoiden hissien vierestä”. Paikkakohtaisuus helpottaa ohjeiden noudattamista ja toteuttamista. Ohjeen kirjoittamisen lähtökohtana ovat käytännön hoitotyön tarpeet ja ongelmat. Laitoksella on tarve ohjata potilaita ja omaisia toimimaan oikein sekä potilailla että omaisilla tarve saada olennaista tietoa. (Kyngäs ym. 2002, 126; Torkkola ym. 2002, 34–36.)

Luettavuuden kannalta ohjeen tärkeimmät osat ovat otsikot. Hyvä kirjallinen ohje alkaa pääotsikolla, josta ilmenee ohjeen aihe, esimerkiksi ”Tietoa MRSA:sta”. Hyvän otsikon tarkoitus on herättää lukijan mielenkiinto. Väliotsikot jakavat tekstin sopivan pituisiin osiin. Niiden tehtävänä on kertoa alla olevan tekstin oleellisin asia, eli herättää lukijan mielenkiinto lukemaan ohjetta eteenpäin. Tärkeintä väliotsikoissa on, että ne auttavat lukijaa lukemaan ohjeen loppuun asti. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Hyvän kirjallisen ohjeen tekstiosuus alkaa pohdinnalla, kenelle ohje on ensisijaisesti kirjoitettu. Ymmärrettävässä ja selkeässä kirjallisessa ohjeessa kerrotaan mikä on ohjeen tarkoitus. Käsiteltävää asiaa voi selkeyttää konkreettisten kuvauksien ja esimerkkien avulla. Tieto, joka halutaan asiakkaan oppivan, esitetään vain pääkohdittain. Tällöin se on helposti ymmärrettävää, eikä tietoa ole liikaa. Jos ohjeissa kerrotaan konkreettisesti miten asiakkaan tulee toimia missäkin tilanteessa, se helpottaa asian ymmärtämistä.

Ohjelehtisessä on hyvä olla kerrottuna, mistä saa hankittua lisätietoa ja mihin voi ottaa yhteyttä itseään askarruttavissa asioissa. (Kyngäs ym. 2002, 126; Torkkola ym. 2002, 34–36.)

Hyvä kirjallinen ohje puhuttelee lukijaansa. Lukijan puhuttelu on erittäin tärkeää, kun ohjeessa on käytännön toimintaohjeita päivittäisistä toiminnoista. Lukijan tulee voida ymmärtää tekstistä heti ensisilmäyksellä se, että teksti on tarkoitettu hänelle. Ohjeen puhuttelutapa riippuu siitä, kenelle ja minne ohje kirjoitetaan, eli teititelläänkö vai sinutellaanko lukijaa. (Torkkola ym. 2002, 36.)

Ohjeiden sisällön tulee olla ajantasaista ja tarkkaa. Niistä pitäisi löytyä vastaus kysymyksiin: miksi, mitä, milloin, missä ja miten. Kirjallisten ohjeiden tulee olla yksilöllisiä ja asiakkaan kokonaisuuden huomioon ottavia. Jos ohjeissa on käsitelty vain asiakkaan fyysistä ongelmaa ja miten sitä hoidetaan, ei ohjaus ole riittävää. Ohjeiden tulisi sisältää se, miten hoito, sairaus tai tutkimus vaikuttaa asiakkaan elämään, sosiaalisiin suhteisiin, käyttäytymiseen, mielialaan ja päivittäisiin toimintoihin. (Kyngäs ym. 2002, 126.)

Kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyyttä lisää selkeä kirjasintyyppi, tarpeeksi iso kirjasinkoko (ainakin kirjasinkoko 12) ja selkeä tekstin asettelu ja jaottelu. Tiedon ymmärrettävyyttä voi lisätä mielenkiintoa herättävillä, tarkoilla ja objektiivisilla kaavioilla, kuvioilla, kuvilla tai taulukoilla. Kuvien alla tulisi aina olla kuvien luentaa ohjaavia ja helpottavia kuvatekstejä. Hyvä kuvateksti kertoo kuvasta jotain sellaista, mitä siitä ei voi suoraan nähdä. Tärkeitä kohtia voi painottaa alleviivauksella tai muulla korostuskeinolla. Keskeistä on ottaa huomioon myös ohjeen koko ja värytys. (Kyngäs ym. 2002, 127; Torkkola ym. 2002, 40.)

Ohjeen tekstissä yhtä kappaletta kohden esitetään vain yksi asia, ja pääasian tulee selvitä ensimmäisestä kappaleesta. Ensisilmäyksellä tekstistä pitää saada käsitys siitä mitä se sisältää. Kielen tulee olla selkeää, sanojen ja termien pitää olla tuttuja, konkreettisia ja yksiselitteisiä. Lyhyet ja helpot sanat eivät yksinään paranna vaikeaselkoisten ohjeiden ymmärrettävyyttä. (Kyngäs ym. 2002, 127.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Käytännötoiminnan ohjeistaminen, opastaminen, järjestäminen sekä järjeistäminen ovat tyypillisiä asioita, joita tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee. Tuotokseen painottuvaan opinnäytetyöhön kuuluu tuotos eli produkti, joka on yleensä kirjallinen. Tuotoksen toteutustapana voi olla kohderyhmästä riippuen vihko, kansio, opas, kotisivut tai cd-rom. Produktin lisäksi tuotokseen painottuva opinnäytetyö sisältää raportin, josta käy ilmi miksi ja miten työ on tehty, millainen työprosessi on ollut, ja millaisiin tuloksiin sekä johtopäätöksiin työtä tehdessä on päästy. (Vilka & Airaksinen, 2003, 9, 65.)

Valitsimme tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska käytännöllisen ohjelehtisen tekeminen ajankohtaisesta asiasta kiinnostaa meitä. Koemme tuotokseen painottuvan opinnäytetyön selkeänä ja hyödyllisenä toteutustapana. Opinnäytetyömme on kertaluontoinen projekti, joka sisältää teorian, raportin sekä tuotoksen. Tuotoksemme on kirjallinen ohjelehtinen, joka on suunnattu Koukkuniemen vanhainkodin asukkaiden omaisille. Ohjelehtinen sisältää tiivistettyä tietoa MRSA:sta, sen leviämisestä, tarttuvuudesta sekä ehkäisystä.

4.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprojektimme alkoi tammikuussa 2012 aiheenvalintaseminaarissa, kun löysimme meitä kiinnostavan aiheen. Helmikuussa esittelimme aiheen opponenteille ja ohjaavalle opettajalle ideaseminaarissa. Maaliskuussa kävimme työelämäpalaverissa, johon osallistuivat opinnäytetyömme organisaatioon kuuluvat henkilöt: opinnäytetyötä ohjaava opettaja, Iltala-talon osastonhoitaja, ja työelämäyhteyshenkilöt, lisäksi paikalla olivat opponentit. Työelämäpalaverissa pohdimme ja rajasimme aihetta niin, että opaslehtinen on suunnattu omaisille. Työelämäyhteys toivoi ohjelehtisen palvelevan myös uusia työntekijöitä. Päätimme, että ohjelehtinen on suunnattu vanhusten omaisille, jotta ohjelehtisen sisällöstä ei tule liian laajaa. Opinnäytetyön teoriaosuutta voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Huhtikuussa osallistuimme omaisten iltaan, jossa omaisille esiteltiin tulevaa opinnäytetyötä ja sen tuotosta. Samalla omaisilla

oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja toiveita opinnäytetyöhön liittyen. Omaisten illassa saimme varmuuden opinnäytetyömme aiheen tärkeydestä ja tarpeellisuudesta.

Syyskuussa 2012 Tampereen kaupunki myönsi meille tutkimusluvan. Tutkimusluvan saatuamme pidimme palaverin työelämäyhteyden kanssa, jossa kerroimme opinnäytetyömme etenemisestä ja saimme heiltä yhteystiedot haastatteluun suostuneilta omaisilta. Olimme yhteyttä omaisiin ja toteutimme teemahaastattelut Koukkuniemessä marraskuussa 2012. Haastattelut etenivät suunniteltujen teemojen mukaisesti. Puolistrukturoitu haastattelu mahdollisti sen, että meillä oli mahdollisuus haastattelujen aikana esittää omaisille tarkentavia kysymyksiä, eikä omaisten tarvinnut vastata valmiiden vastausvaihtoehtojen mukaan. Haastatteluissa käytetty teemahaastattelun runko on liitteenä työssämme. (Liite 2.)

Ohjelehtisen suunnittelu aloitettiin, kun olimme saaneet opinnäytetyön teoriaosuuden sekä omaisten haastatteluiden tulokset valmiiksi. Ohjelehtisen sisältö muokkautui nopeasti, koska molemmilla opinnäytetyöntekijöillä oli selkeä käsitys siitä, millaista tietoa omaiset tarvitsevat haastatteluista saamiemme tulosten perusteella. Suunnittelimme ohjelehtisen A5-kokoiselle paperille. Ohjelehtisessä käytetyt kuvat käsihuhuhteen käyttämisestä otettiin jo opinnäytetyön teoriaosuutta varten. Päätimme jo kuvatessa, että kuvia hyödynnetään myös ohjelehtisessä.

Opinnäytetyön tekeminen on edennyt sovittujen opinnäytetyöseminaarien aikataulujen mukaisesti. Opinnäytetyö valmistui maaliskuussa 2013. Valmiin tuotoksen esittelemme Koukkuniemen vanhainkodissa hoitohenkilökunnalle ja omaisille toukokuussa 2013. Opinnäytetyön kustannukset muodostuvat opinnäytetyön muovikansien ostamisesta, tulostamisesta, matkakustannuksista ja posterin painatuksesta. Kustannuksista vastaamme itse.

Omaisten haastattelut

Opinnäytetyössämme käytimme laadullista tutkimusmenetelmää, koska se mahdollisti tiedon keräämisen monella eri tavalla. Tutkimusaineistoksi valitsimme omaisten kokemusten ja tiedontarpeen selvittämisen. Tutkimusaineistoksi laadullisessa tutkimusmenetelmässä sopivat ihmisen puhe, esineet sekä erilaiset kuva- ja tekstiaineistot. Tutkimushaastattelumuotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu

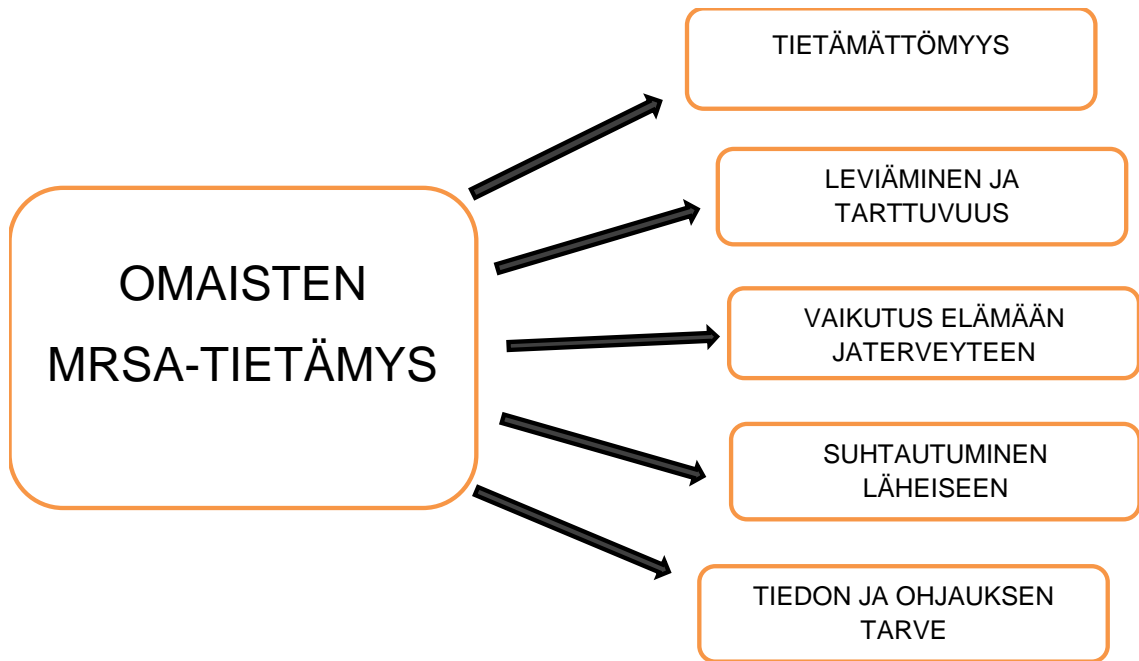
sekä avoin haastattelu. Tiedonkeruun menetelmäksi valitsimme teemahaastattelun. (Vilkkä 2005, 100–101.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on yksi käytetyimmistä tavoista kerätä aineistoa tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä. Keskeiset aiheet ja teemat poimitaan tutkimusongelmasta, johon halutaan vastaus. Teemahaastattelun tavoitteena on, että haastateltava antaa oman kuvauksensa teema-alueista. (Vilkkä 2005, 101–102.) Teemahaastattelu sopi hyvin opinnäytetyöhömmä, koska haastatteluiden tavoitteena oli selvittää omaisten tietoja, kokemuksia ja ennakkokäsityksiä MRSA:sta. Teemahaastattelun toteutimme marraskuussa 2012 Koukkuniemen vanhainkodin neljän asukkaan omaiselle. Haastattelimme omaisia Koukkuniemen vanhainkodin yhden osaston tilassa. Haastattelut tapahtuivat yksilöhaastatteluina kasvotusten haastattelijoiden kanssa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Aineiston läpikäymisen jälkeen ryhmittelimme aineiston viiteen ryhmään, jotka nousivat aineistosta opinnäytetyömme kannalta oleellisiksi asioiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91, 105–111.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä analyysia kirjoitetusta, kuullusta tai nähdystä sisällöstä. Analyysissä etenimme osittain sisällönanalyysin rungon mukaan, koska haastatteluaineistomme oli suppea, ja haastatteluiden tarkoituksena oli toimia pohjana ja tukena ohjeellisen tekemiselle. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91.) Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä aineiston läpikäymisen ja analysoinnin ei tarvitse olla yhtä järjestelmällistä ja täsmällistä kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä, koska kerätyn tiedon tarkoituksena on ohjata opinnäytetyön tekijöitä oikeaan suuntaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63–64).

4.2 Omaisten haastatteluiden tulokset

Haastatteluissa keskeisimmiksi asioiksi nousivat omaisten yleinen tietämättömyys MRSA:sta sekä sen leviämisestä ja tarttuvuudesta, MRSA:n vaikutus omaan ja läheisen elämään sekä terveyteen, suhtautuminen läheiseen ja omaisten tiedon ja ohjauksen tarve. Haastatteluiden keskeisimmät sisällöt on koottuna seuraavaan kuvioon (kuvio 2).



KUVIO 2. Haastatteluiden keskeisimmät sisällöt

Tietämättömyys

Jokaisesta haastattelusta nousi esille yleinen tietämättömyys MRSA:sta. Omaiset olivat kuulleet siitä, mutta kuitenkin heidän tietonsa rajoittui lähinnä siihen, että se on sairaalabakteeri. Useat yrittivät peitellä tietämättömyyttään kertomalla, että tietävät asiasta, mutta heidän puheestaan se ei kuitenkaan ilmennyt. Omaisten tiedot olivat hajanaisia, eivätkä he olleet varmoja niiden todenmukaisuudesta. He luottivat osaston hoitohenkilökunnan osaamiseen ja tietämykseen eivätkä sen vuoksi kokeneet tarpeelliseksi hankkia itselleen lisätietoa ymmärtääkseen MRSA:ta paremmin. Jokaisesta haastattelusta kävi ilmi epävarmuus siitä, mitä heidän pitäisi tietää MRSA:sta.

Voin sanoa suoraan, etten oikeestaan ymmärrä mikä se MRSA-tauti on.

Paraneeko se vai ei. Mutta samassa huoneessa oli ihminen tuolla toisella puolella, jolla oli se mut yhtäkkiä hän muka paranikin, ja siirrettiin toiselle puolelle sitä osastoa. Paraneeko se sitten kokonaan ja millä se paranee. Mikä lääkehoito siihen on vai onko mitään?

Leviäminen ja tarttuvuus

Omaisilla oli hyvin erilaisia käsityksiä MRSA:n leviämisestä ja tarttuvuudesta. He eivät tienneet miten ja mihin se tarttuu, kuinka helposti se tarttuu, ja voivatko he itse saada tartunnan. Haastatteluissa omaiset kertoivat suoraan, etteivät tiedä MRSA:n leviämisestä ja tarttuvuudesta riittävästi. Omaiset eivät ymmärtäneet sitä, kuinka tärkeä heidän roolinsa on MRSA:n leviämisen ehkäisyssä. Lisäksi he olivat miettineet mistä läheinen on MRSA-tartunnan voinut saada.

Miten se tarttuu ja miten pitää suojautua. Kuinka kauan tartuntavaara on?

Luotan tähän hyvään onneen, ettei oo vielääkään tarttunut.

Vaikutus elämään ja terveyteen

Omaisista mietitytti, miten MRSA vaikuttaa heidän läheisensä elämään ja terveyteen. Heitä pelotti se, miten MRSA voi vaikuttaa heidän omaan terveyteensä, jos he sairastuvat tai joutuvat johonkin toimenpiteeseen. He miettivät, voivatko tartuttaa MRSA:n muihin läheisiinsä kosketuksen välityksellä.

Ensin ajattelee, että kun on vanha niinkun mun mieheni, että miten se vaikuttaa hänen olemiseensa ja itseeni, kun mulla itsellenikin on reuma. Olin itse menossa kaihileikkaukseen ja tämmösiin niin miten se niihin vaikuttaa.

Olenko sitten sellainen, että tartutan sen helposti kaikkiin toisiin, lapsenlapsiin ja kaikkiin kehän mä kosken.

Suhtautuminen läheiseen

Omaiset kokivat, ettei suhtautuminen läheiseen ole muuttunut MRSA-tartunnan myötä. Heidän mukaansa suhde läheiseen on muuttunut perussairauksien ja iän vuoksi, eikä MRSA:lla ole ollut siihen merkitystä. Kuitenkin osa omaisista oli MRSA:n takia muuttanut omaa käyttäytymistään vieraillessaan läheisen luona.

– – toki mun isään tää suhde on muuttunu sen takia kun hän on aina vähän heikompi ja ei pysty enää puhumaan sillätavalla niinkun ennen, mutta se ei taas liity siihen milläänlailla. MRSA:n takia ei oo muttunu milläänlailla yhtäänmikäkään.

Ei, missään tapauksessa. Ei vähimmäskään määrin.

Tiedon ja ohjauksen tarve

Omaisten saama ohjaus ja tieto MRSA:sta oli vähäistä. Heitä oli ohjattu käsihygienian käytössä osastolle tultaessa ja sieltä lähdettäessä. He eivät tieneet kuinka toimia MRSA-positiivisen läheisensä luona. Osa omaisista oli hankkinut lisätietoa internetistä tai keskustellut hoitoalalla työskentelevien sukulaisten kanssa. Omaiset toivovat lisää ohjausta, erityisesti heidän kannaltaan oleellista tietoa MRSA:sta, kuten tarttuvuudesta ja leviämisestä, siitä kuinka kauan bakteeri elää pinnoilla, miten siltä suojaudutaan ja kuinka MRSA vaikuttaa elämään yleisesti.

Omaisten mukaan suullisen ohjauksen lisänä olisi hyvä olla ohjeita kirjallisena, joita on mahdollista lukea myös kotona. Ohjeita voisi antaa myös muille läheisille, jotka vierailevat vanhuksen luona sekä omaiset voisivat niiden avulla antaa tietoa vanhukselle itselleen. He toivoivat, että ohjeet olisi kirjoitettu helposti luettaviksi ja selkeiksi. Sekä niissä olisi mahdollisimman vähän hoitoalan ammattisanastoa.

– – kättä pidempää, kun eihän kaikilla oo mahollisuutta mennä johonkin googleen kätteleen että mikä tää on tai sitte vaan tulee mieleen jotain pahoja asioita tai vääriä.

Kirjallisessa muodossa, mihin voisi itse syventyä. Hyvä olisi, että tietoa olisi enemmän. Siitä on loppujen lopuksi vähän tietoa pienessä koossa.

4.3 MRSA-ohjelehtinen

Tämän opinnäytetyön tuotos, Tietoa MRSA:sta (Liite 5.), on tehty työelämän tarpeeseen antaa tietoa ja ohjausta MRSA:sta vanhainkodin asukkaiden omaisille. Ohjelehtinen löytyy kirjallisena Koukkuniemen vanhainkodin Iitala talon osastoilta, sekä sähköisenä ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseuksesta ja Tampereen kaupungin intranetti Loorasta.

4.3.1 Sisältö

Tuotoksen otsikoimme ”TIETOA MRSA:sta” työelämän toiveesta. Avasimme pääotsikon alaotsikolla ”Tietoa MRSA:sta ja sen leviämisen ehkäisystä Sinulle, jonka läheinen asuu Koukkuniemen vanhainkodin Iitala-talon osastolla.” Alaotsikko toimii samalla pohdintana, jossa kerromme kenelle ohje on kirjoitettu. Sen avulla lukija ymmärtää, että ohje on tarkoitettu juuri hänelle. (Torkkola ym. 2002, 36.)

Ohjeen alamarginaaliin lisäsimme jokaiselle sivulle ”Tietoa MRSA:sta Koukkuniemen vanhainkoti 3/2013”, jotta ohjeesta tunnistetaan, että se on tehty palvelemaan juuri kyseistä paikkaa. Torkkolan ym. (2002, 63) tekemän Potilasohjeet ymmärrettäväksi oppaan mukaan ohjeeseen tulisi liittää organisaation logo. Olimme yhteydessä työelämäyhteyteen, jonka mukaan logoa ei ole. Alamarginaalin teksti toimii siis tunnistetietona organisaation logon puuttuessa ja siitä näkyy milloin ohje on tehty tai päivitetty.

Ohjelehtinen on kirjoitettu selkeästi ja helposti ymmärrettäväksi, eikä siinä ole käytetty sairaalasanastoa. Vieraskieliset sanat on selvitetty, jotta omaisten on helppo lukea ohjetta ja teksti olisi ymmärrettävää. Ohjeeseen olemme koonneet tietoa, joka muodostui omaisten teemahaastatteluiden perusteella tarpeelliseksi. Ohje alkaa lyhyellä tietopakettilla MRSA:sta, koska omaisten on hyvä tietää mikä MRSA on, ymmärtääkseen siihen liittyvän ohjauksen.

Seuraavaksi käsittelemme MRSA:n aiheuttamia oireita. Oireiden käsitteleminen ohjeessa on tärkeää, koska yleisesti ajatellaan sairastumisen aiheuttavan aina oireita. MRSA ei kuitenkaan aina aiheuta näkyviä oireita tai sairautentunnetta henkilölle. Ohjeen seuraavalla sivulla on tietoa MRSA:n tarttuvuudesta, jota havainnollistamme käytännön esimerkkien kautta. Tieto tarttuvuudesta on tärkeää, jotta ohjeen lukija ymmärtää miten, MRSA-bakteeri kulkeutuu henkilöstä toiseen ja näin ymmärtää myös paremmin MRSA:n leviämisen ehkäisyn.

Jatkamme ohjetta luontevasti MRSA:n leviämisen ehkäisyllä. Ohjeessa olemme painottaneet käsihygienian ja sen huolellista toteuttamista, koska se on oleellista MRSA:n leviämisen ehkäisyssä. Vastuu huolellisen käsihygienian toteuttamisesta kuuluu jokaiselle. Listasimme luetteloon tilanteita, jolloin käsihuuhdetta tulee käyttää,

jotta asiat ovat selkeästi esillä ja helposti luettavissa. Kokosimme ohjeeseen mallin käsihygienian toteuttamisesta havainnollistaen sitä kuvilla ja tekstillä. Selkeä ohje huolellisen käsihygienian toteuttamisesta painottaa asian tärkeyttä ja konkreettiset kuvat helpottavat sen toteuttamista käytännössä.

Takasivulle laitoimme ohjeen tarkoituksen, jotta lukija luettuaan ohjeen ymmärtää miksi se on tehty eikä koe ohjetta syyllistävänä. Ohjeen tarkoituksena on olla omaisen apuna vierailtaessa läheisen luona ja kannustaa häntä toimimaan oikein MRSA:n leviämisen ehkäisyn edistämiseksi. Lisäksi ohjeen tarkoituksena on antaa vastauksia omaisia askarruttaneisiin kysymyksiin. Viimeiseksi ohjeessa on yhteystiedot, mihin omainen voi ottaa yhteyttä, jos hän ei ymmärrä annettua ohjetta tai hänellä on muuta kysyttävää. Takasivun alareunasta selviää ohjeen tekijät ja lähdeviite. (Torkkola ym. 2002, 44–46.)

4.3.2 Ulkoasu

Ohjeesta on pyritty tekemään ulkoasullisesti selkeä ja helppolukuinen. Otsikot on erotettu muusta tekstistä lihavoinnilla, jolloin ne on myös helppo löytää muun tekstin joukosta. Otsikoiden lihavointia olemme käyttäneet korostuskeinona säännöllisesti jokaisessa otsikossa. Fontiksi valitsimme Candaran, koska siinä kirjaimet ovat helppo erottaa toisistaan, ja se on ulkoasullisesti miellyttävää. Pää- ja alaotsikot ovat fonttikooltaan muita otsikoita suurempia. Pääotsikko on kirjoitettu suuraakkosin käyttäen WordArt-objektia fontilla 54 ja alaotsikko fontikoolla 20. Ohjeen tekstiosuus on kirjoitettu fontikoolla 14, jotta se on tarpeeksi isoa luettavaksi. Riviväli on puolitoista, koska se on luettavuuden kannalta sopiva 14 pisteen fonttikoolle. Kuvatekstit ja takasivu on kirjoitettu pienemmällä fonttikoolle. (Torkkola ym. 2002, 58–59.)

Ohjelehtinen on tehty A4 -kokoiselle paperille vaakatasossa. Paperi on taitettu keskeltä kahtia, joten yhden sivun koko on A5. Ohje on suunniteltu taitolliseksi kahdeksalle. Yhdellä sivulla tekstipalstoja on yksi, koska useampi kapea palsta olisi tehnyt tekstin vaikealukuisiksi. Ohje on kirjoitettu loogiseen järjestykseen, joka houkuttelee lukijaa jatkamaan ohjeen lukemista. Yhdessä kappaleessa on esitetty vain yksi asiakokonaisuus, joka lisää ohjeen ymmärrettävyyttä. Ohjeessa on pyritty välttämään liian pitkien

virkkeiden käyttämistä, koska ne ovat vaikeammin ymmärrettäviä kuin lyhyet virkkeet. Ohjelehtisen kirjoittamisessa olemme noudattaneet sääntöä *yksi virke – yksi asia*. (Torkkola ym. 2002, 42–43, 48–49.)

Olemme käyttäneet ohjeessa aitoja valokuvia havainnollistamaan käsihuuhteen käyttöä ja herättämään lukijan mielenkiintoa. Valokuvat on kuvattu toisen opinnäytetyön tekijän kotona. Valokuvissa tekijät toimivat itse mallina sekä kuvaajana. Kuvien ympärille on jätetty tilaa, jotta kuvien katselu on luontevaa. Lisäksi kuviin on lisätty kuvateksti parantamaan niiden ymmärrettävyyttä, eikä kuvia saisikaan jättää ilman kuvatekstiä. Kuvat on järjestetty johdonmukaisesti aikajärjestykseen ja ulkoasultaan ne ovat samantyyliisiä, jotta lukijalle ei välity rikkonainen tunnelma. Emme katsoneet tarpeelliseksi käyttää ohjeessa muita kuvia, koska ne eivät olisi helpottaneet ohjeen luettavuutta. Harkitsimme kuitenkin kuvien lisäämistä ohjelehtiseen viihtyvyyden ja mielenkiinnon lisäämiseksi, mutta edellä mainituista syistä jätimme ne pois. (Parker 1998, 109; Torkkola ym. 2002, 40–41.)

Ohjelehtinen on tulostettu valkoiselle tulostuspaperille, koska valkoinen on selkeä pohjaväri ja kustannukseltaan edullinen. Ohjelehtisen väritykseen on käytetty vihreän värin eri sävyjä. Vihreä väri edustaa terveyttä ja luontoa, sitä on helppo lähestyä ja se viestii ystävällisyydestä. (Parker 1998, 161.) Käytimme vihreää väriä otsikkossa, sivujen reunuksissa ja luettelomerkeissä.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys

Opinnäytetyön teossa tulee noudattaa tutkimuseettisiä sääntöjä ja ohjeita, riippumatta siitä onko opinnäytetyö menetelmältään toiminnallinen vai tutkimuksellinen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2009, 172) kirjassa Tutkimus hoitotieteessä on esitetty Pietarisen (2002) kahdeksan eettistä vaatimusta tutkijoille. Niitä soveltamalla voidaan todeta, että opinnäytetyötä tulee tehdä rehellisesti, tunnollisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Opinnäytetyöstä välittyvän tiedon tulee olla luotettavaa, eikä opinnäytetyön tekemisestä saa aiheutua haittaa kenellekään. Opinnäytetyön tekijöiden tulee olla aidosti kiinnostuneita työstään ja heidän tulee toimia kollegiaalisesti.

Tätä opinnäytetyötä on tehty tunnollisesti ja rehellisesti eikä sen tekemisestä ole aiheutunut vahinkoa kenellekään. Opinnäytetyön tekijät ovat toimineet kollegiaalisesti ja suuremmilta konflikteilta on välttytty. Ajoittaiset erimielisyydet on selvitetty ja niillä ei ole ollut vaikutusta opinnäytetyön tekemiseen. Motivaatio ja kiinnostus opinnäytetyön tekemistä kohtaan ovat säilyneet koko opinnäytetyöprosessin ajan. Haasteellisilta tuntuneet ongelmat ovat aiheuttaneet hetkellistä turhautumista ja toivottomuuden tunteita, mutta niistä selviytyminen on kannustanut jatkamaan opinnäytetyön tekemistä. Mielenkiinto opinnäytetyön tekemiseen on joutunut välillä koetukselle muiden koulutöiden ja työharjoitteluiden takia. Opinnäytetyöprosessista olemme kuitenkin oppineet töiden priorisoinnin tärkeyden ja niiden suunnitelmallisen toteuttamisen.

Tutkimuksen hyödyllisyys on periaatteena tutkimusetiikalle. Opinnäytetyön tulee olla hyödyllinen ammatinharjoittamisen edistämässä ja työn tulisi pyrkiä tarjoamaan jatkotutkimusmahdollisuuksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 176–177). Tämän opinnäytetyön aihe on muodostunut työelämän tarpeesta saada ohjeellinen MRSA:sta omaisille. Opinnäytetyöstä hyötyvät vanhainkodin asukkaiden omaiset. Ohjeellinen auttaa heitä ymmärtämään paremmin MRSA:ta ja toimimaan oikein MRSA-positiivisen läheisen luona. Omaisten lisäksi ohjelehtisestä hyötyvät myös vanhainkodin asukkaat ja hoitohenkilökunta. Katsomme työstä olevan hyötyä

vanhainkodin asukkaille, koska toivomme sen madaltavan omaisten kynnystä käydä vanhuksen luona. Uskomme ohjelehtisen myös helpottavan MRSA-positiivisen vanhuksen lähellä olemista, koska se vähentää epävarmuutta ja antaa omaisille varmuutta omaan toimintaan. Hoitohenkilökunta hyötyy ohjelehtisestä, koska he voivat käyttää sitä ohjauksen tukena ja runkona, eikä heidän tarvitse käyttää työaikaansa tiedon tai ohjeiden etsimiseen. Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset esitämme tämän työn lopussa (luku 5.4).

Tämän opinnäytetyön haastatteluihin osallistuneet omaiset olivat vapaaehtoisia. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta, jättää vastaamatta johonkin haastattelussa esitettyyn kysymykseen, mahdollisuus keskeyttää haastattelu koska tahansa syytä ilmoittamatta sekä kieltää oman haastatteluaineiston käyttö. Omaisille on annettu saatekirjeet (Liite 3.), joista löytyvät opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot. Haastattelutilanteessa omaiset allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen (Liite 4.) haastatteluun osallistumisesta. Samalla me varmistimme, että he ovat tietoisia haastattelujen käyttämisestä opinnäytetyössä. Omaisten anonymiteetin säilymisestä on pidetty huolta koko opinnäytetyöprosessin ajan, eikä heidän henkilöllisyyttään ole mahdollista tunnistaa. Tampereen kaupunki on myöntänyt tutkimusluvan haastatteluille, jotka tehtiin tätä opinnäytetyötä varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Olemme säilyttäneet haastatteluaineistot itsellämme, eivätkä ne ole joutuneet ulkopuolisille. Haastattelut kirjoitimme auki sana sanalta ja tarkistimme aineiston kuuntelemalla nauhan tekstiä seuraten. Haastatteluaineistot on käsitelty niin, että vastausten luotettavuus säilyy. Opinnäytetyön valmistuttua hävitämme haastatteluaineistot asianmukaisesti. (Vilkkä 2005, 35–37.)

5.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että työtä ovat lukeneet opinnäytetyöprosessin aikana muutkin kuin opinnäytetyöntekijät. Olemme käyneet säännöllisin väliajoin opinnäytetyön ohjauksessa, jossa ohjaava opettaja on kommentoinut työtä ja antanut muutos- ja korjausehdotuksia, mikä myös omalta osaltaan lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyötä on esitetty suunnitelma- sekä käsikirjoitusseminaarissa,

jolloin muut opiskelijat ovat voineet kommentoida työtä. Lisäksi opinnäytetyötä on lukenut ja kommentoinut opponenti, sekä olemme olleet tiiviisti yhteydessä työelämäyhteyshenkilöihin. (Tuomi 2008, 150–154.)

Opinnäytetyöntekijät keräsivät aineiston haastattelemalla tiedonantajia eli tässä tapauksessa omaisia, yhdessä, jotta haastatteluiden tulkintaan liittyvät eriävät tilanteet pystyttiin välttämään. Haastattelut tallennettiin nauhurille, joten aineistosta ei jäänyt mitään pelkän muistin varaan. Haastattelutilanteessa luotettavuutta saattoi vähentää nauhurin käyttäminen, koska haastateltavat eivät puhuneet täysin avoimesti tiedostaessaan nauhurin olevan päällä. Yksilöhaastattelu sekä teemahaastattelun käyttäminen puolestaan lisäsivät haastattelun luotettavuutta, kun haastateltava sai vapaasti kertoa ajatuksistaan teeman sisällä. Omaisten osallistuminen oli vapaaehtoista ja he olivat aidosti kiinnostuneita aiheesta, koska se kosketti heitä itseään. Haastateltavan näkemys pystyttiin turvaamaan, kun myös haastatteluaineiston lukivat ja analysoivat molemmat opinnäytetyöntekijät. (Tuomi 2008, 153–154.)

Tuomi & Sarajärven (2009, 132) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö vaikuttaa työn uskottavuuteen. Olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, työskentelemällä tarkasti, rehellisesti ja huolellisesti. Huolellisella teksti- ja lähdeviitteiden merkitsemisellä sekä luotettavalla sisällön raportoinnilla olemme kunnoittaneet muiden opinnäytetyöntekijöiden ja tutkijoiden töitä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3; Virikko 2012, 32–42.)

Tutkimuksessa lähdeaineistoa tulee arvioida kriittisesti, sillä tutkimustieto kehittyy nopeasti. Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme pääasiassa alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta pystymme takaamaan lähteistä saadun tiedon ajantasaisuuden. Olemme suosineet opinnäytetyössämme lähteiksi ensisijaisia lähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.)

5.3 Opinnäytetyöprosessi

Tämän opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat opinnäytetyön tekijöiden suuntautuminen sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön ja halu tehdä opinnäytetyö tuotokseen painottuvana työnä. Selkeä työelämäyhteys ja opinnäytetyönä tehtävän oppaan

todellinen tarve käytännön hoitotyössä myös osaltaan vaikuttivat aiheen valintaan ja motivoivat sen tekemistä. Opinnäytetyön aihe, joka on saatu työelämästä, lisää vastuuntuntoa opinnäytetyöstä, tukee ammatillista kasvua ja opettaa projektin hallintaa (Vilkka & Airaksinen 2003, 16–17).

Opinnäytetyö on tarpeellinen ja ajankohtainen, sillä MRSA-tilastot ovat noususuuntaisia, ja tämän takia on erityisen tärkeää ohjata myös omaisia kuinka he voivat toimia MRSA:n ehkäisyn edistämiseksi. Kun aloimme tehdä työtä, työelämä toivoi ohjelehtisen kattavan myös uusien työntekijöiden ohjaamisen. Päätimme kuitenkin rajata aiheen omaisten ohjaukseen, jottei työstä tulisi liian laaja ja ohjelehtinen olisi suunnattu yhdelle tietylle ryhmälle. Työelämäyhteyden kanssa oli helppo toimia, he luottivat meidän tapaamme tehdä opinnäytetyö ja antoivat vapaat kädet tehdä ohjelehtisestä sellaisen, kuin itse parhaaksi näimme. Yhteydenotot työelämään ja tapaamiset osastonhoitajan ja kahden sairaanhoitajan kanssa järjestyivät vaivattomasti. Työelämäyhteyden mielenkiinto tehtävään työhön ja heidän tyytyväisyytensä osittain valmiina olleeseen työhön lisäsi meidän motivaatiotamme ja kiinnostustamme opinnäytetyöprosessin eteenpäin viemisessä.

Työn rajaaminen kattamaan vain omaisten ohjauksen osoittautui hyväksi päätökseksi. Aluksi lähteiden löytäminen tuntui mahdottomalta ja aikaa vievältä. Kun aloimme löytää lähteitä ja kirjoittaa työn teoreettista osuutta, jouduimme miettimään tarkasti, mikä on oleellista ja hyödyllistä tietoa opinnäytetyössämme. Voimme siis todeta, että alun lähteiden löytämisen vaikeus osoittautui työtä tehdessämme päinvastaiseksi. Opinnäytetyön tuotos pohjautuu monipuoliseen ja laajaan teoreettiseen tietoon. Ohjeeseen on kerätty sellaista tietoa, mitä omaiset toivoivat saavansa tietää ja mikä aikaisempien tutkimusten mukaan heidän olisi hyvä tietää (Nikki & Paavilainen 2010).

Opinnäytetyössään opiskelijan tulee osoittaa kykenevänsä käytännön ja teoretiedon yhdistämiseen ammatillisessa toiminnassa (Vilkka & Airaksinen 2003, 9). Käytännön ja teoreettisen tiedon yhdistäminen näkyvät ohjelehtisessä, jossa teoreettinen tieto on tiivistettynä käytännön hoitotyö huomioon ottaen. Työn teoreettisessa osuudessa on hyödyllistä tietoa osastojen vanhoille ja uusille työntekijöille. Sitä he voivat halutessaan käyttää uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja työntekijöiden tietojen kertaamiseen tai päivittämiseen.

Opinnäytetyöprosessin ajan työn tarkoitus, tehtävät ja tavoite ovat säilyneet lähes muuttumattomina ja ne ovat toteutuneet. Teoreettisia lähtökohtia olemme muokanneet työn edetessä kattamaan paremmin koko työtä sekä joitain käsitteitä olemme muokanneet entistä rajatumpaan suuntaan. Esimerkiksi kirjallisen ohjelehtisen sijaan työn teoreettisessa lähtökohdassa oli ohjelehtinen, joka työn etenemisen ja lähdeaineistojen käyttämisen myötä muokkaantui tarkemmaksi, kokonaisuuden kattavaksi käsitteeksi.

Haasteellista opinnäytetyöprosessin aikana on ollut rajata teoreettiset lähtökohdat riittävän tiiviiksi ja ohjelehtisen kannalta merkitykselliseksi kokonaisuudeksi. MRSA:sta kertovaa osuutta olisi voinut kirjoittaa vaikka kuinka paljon, mutta sen rajaamiseen ja suuntaamiseen tehdyt valinnat ovat osoittautuneet hyväksi, työn tuotosta ajatellen. Opinnäytetyössä MRSA:n käsitteleminen on ajateltu konkreettisesti ja vanhainkodin elämään soveltuvalla tavalla, koska vanhainkodin elämä ja puitteet ovat hyvin erilaisia kuin sairaaloissa tai kotihoidossa.

Loppujen lopuksi opinnäytetyöprosessi on sujunut hyvin. Olemme tehneet opinnäytetyötä muun opiskelun ja töiden ohella, minkä takia sen tekeminen on ollut katkonaista. Aloimme tehdä työtä jo keväällä 2012, mutta melkein puolen vuoden tauon jälkeen työn tekemisen jatkaminen tuntui lähes työn uudelleen aloittamiselta. Toisaalta se saattoi sinä aikana myös paremmin sisäistyä. Työläin ja aikaa vievin osuus on ollut alkukevät 2013, joka on ollut myös työn valmistumisen kannalta tuloksellisinta aikaa. Ratkaisumme tehdä työ yhdessä on osoittautunut ajoittain haasteelliseksi aikataulujen yhteensovittamisen kannalta. Olemme kuitenkin olleet tyytäväisiä ratkaisuumme, koska olemme tukeneet ja motivoineet toisiamme työn tekemisessä sekä ratkaisseet ongelmia yhdessä. Ajattelempa, että opinnäytetyön kannalta on parempi olla kaksi tekijää, ettei näkemys asioista jää yhden tekijän yksipuoliseen näkemykseen.

Työtä tehdessämme olemme oppineet paljon MRSA:sta ja sen leviämisen ehkäisystä. Olemme oppineet yllättävän paljon myös käsihygienista ja sen toteuttamisesta. Vaikka molemmilla on jo aikaisempaa kokemusta työskentelystä iäkkäiden MRSA-positiivisten asukkaiden kanssa, on opinnäytetyö kasvattanut ammatillista osaamistamme ja herättänyt meissä ajatuksia siitä, kuinka itse toimimme MRSA-potilaiden kanssa.

5.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Omaisten teemahaastatteluista saadut tulokset olivat samansuuntaisia, kuin ennen haastatteluiden toteuttamista arvelimme niiden olevan. Toisaalta myös hieman yllätyimme heidän tietämättömyydestään ja haluttomuudestaan selvittää asioita itselleen. Haastatteluiden jälkeen varmistuimme ohjelehtisen tarpeellisuudesta. Ohjauksen tärkeyttä ja tarpeellisuutta on kuvattu myös useassa tutkimuksessa. (Andersson 2011; Nikki & Paavilainen, Liite 1.)

MRSA-ohjelehtinen on toimiva ja käyttökelpoinen materiaali omaisten ohjauksessa. Ohjelehtisen käyttöönotolla saadaan lisättyä omaisten tietoa ja halua toimia oikein MRSA:n leviämisen ehkäisemiseksi. Ohjelehtinen on käyttökelpoinen runko hoitohenkilökunnalle omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön teoriaosuutta voidaan käyttää uusien ja vanhojen työntekijöiden tiedon lisäämiseen tai päivittämiseen.

Ohjelehtinen on suunnattu omaisille, mutta tarvetta olisi myös ohjelehtiselle tai muulle ohjausmateriaalille, joka on suunnattu työntekijöille. Kehittämisehdotuksena esitämmekin, että MRSA:sta tehtäisiin ohjelehtinen tai opas vanhainkodin työntekijöille esimerkiksi opinnäytetyönä. Tähän työhön liittyen olisi mielenkiintoista saada tietää kuinka ohjelehtisen käyttö on toteutunut käytännössä ja ovatko omaiset ja hoitohenkilökunta olleet tyytyväisiä siihen. Tällaisten tulosten selvittämiseksi voisi myös tehdä jonkin työn, esimerkiksi opinnäytetyön.

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 aureusten torjunnasta. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C1/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Ala-Honkola, T. 2011. Laitoshoito keskittää mrsa-hoidon erityisosastoille. Tampereen kaupunki. Tulostettu 04.09.2012. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/ajankohtaista/62YNGrbie.html>

Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B. 2011. MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review* 58/2011, 47.53.

Anttila, M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari, N., Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilas ohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri. 2007. MRSA-sairaalabakteeri. Tulostettu 27.04.2012. <http://www.hus.fi>

Joffe, H., Washer, P. & Solberg, C. 2011. Public engagement with emerging infectious disease: The case of MRSA in Britain. *Psychology and Health* 26 (6), 667–683.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaitos. 2004–2012. Tartuntatautirekisteri. MRSA-kantajuus (2004-). Tulostettu 24.04.2012. <http://www3.ktl.fi/>

Kejo, P. 2003. Omaiset vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon laadun arvioijina. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Reinfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito –suositus. 2010. Ihon bakteeri-infektiot. Päivitetty 8.11.2010. Tulostettu 11.2.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi13020.pdf>

Laitinen-Junkkari, P. & Rissanen, S. 1999. Vanhuksen omaiset hoitoon osallistujina. Teoksessa Laitinen-Junkkari, P., Isola, A., Rissanen, S. & Hirvonen, R. (toim.) Moninainen vanhusten hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY, 61–78.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

- Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Levine, N. 2012. Understanding MRSA-infection the basics. Tulostettu 27.04.2012. <http://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/understanding-mrsa-methicillin-resistant-staphylococcus-aureus>
- Lumio, J. 2009. MRSA (metisilliiniresistentti Staphylococcus aureus). Lääkärikirja Duodecim. Tulostettu 27.04.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00586
- MRSA:n leviämisen ehkäisy vuodeosastoilla. 2011. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 02.07.2012. Tulostettu 08.02.2013. www.pshp.fi
- MRSA-ohje. 2011. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 27.12.2011. Tulostettu 24.04.2012. <http://www.tays.fi>
- Nikki, L. & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 22 (4), 312-321.
- Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17 (3), 131–144.
- Ohje MRSA:n kantajalle. 2012. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 13.12.2012. Tulostettu 11.2.2013. <http://www.tays.fi>
- Parker, R.C. 1998. Hyvältä näyttää. Jyväskylä: Gummerus.
- Sariola, S. 2005. Sairaalan ulkopuolelta hankittuja MRSA-kantoja on jo Suomessakin. Lääkärilehden uutisia. Julkaistu 02.09.2005. Tulostettu 26.07.2012. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2948/type=1
- Skyman, E., Thunberg Sjöström, H. & Hellström, L. 2010. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24/2010, 101–107.
- Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 165–183.
- Syrjälä, H., Teirilä, I., Kujala, P. & Ojajärvi. 2005. Käsihygienia. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 611–629.
- Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2012. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2011. Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.
- Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 19.02.2013.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf
- Upshaw-Owens, M. & Bailey, C. 2012. Preventing Hospital-Associated Infection: MRSA. *MEDSURG Nursing* 21 (2), 77–81.
- Vaara, M. 2009. Tauteja aiheuttavien mikrobien evoluutio haasteena lääketieteelle. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 18/2009; 2001–2006.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1. –2. painos. Helsinki: Tammi.
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Virikko, H. 2012. Kirjallisen raportoinnin ohje. Tampereen ammatikorkeakoulu.
- von Schantz, M. & Matilainen, H. 2009. Tarttuko se? Ehkäise, estä ja hoida. 1. painos. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

LIITEET

1 (3)

Liite 1. Tutkimustaulukko

TAULUKKO 1. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Nuutinen, Raatikainen (2005) Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa	Tarkoituksena on kuvata vanhainkotien asukkaiden ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon osastoilla olevien potilaiden omaisten arviota siitä, miten he osallistuivat asukkaiden ja potilaiden päivittäiseen hoitoon ja millaista tukea he saivat henkilökunnalta sekä osallistumisen ja tuen saamisen välisiä yhteyksiä. Tavoitteena on tutkia omaisten näkemyksiä pitkäaikaisesta laitoshoidosta Helsingissä ja löytää sen tärkeimmät kehittämiskohteet.	Kvantitatiivinen Helsingissä sosiaaliviraston kolmessa vanhainkodissa, terveysviraston kolmessa terveyskeskussa iraalassa pitkäaikaishoidon osastoilla sekä yhdessä yksityisessä vanhainkodissa. N = 611 omaista Kyselylomake Tilastollinen analyysi	- Yli puolella omaisista oli halua auttaa potilasta arkipäivän toiminnoissa - Enemmistö omaisista osallistui potilaan fyysiseen auttamiseen harvoin, lukuun ottamatta avustamista syömisessä ja juomisessa - Tk-sairaaloissa omaiset auttoivat potilasta hygienian hoidossa ja vuoteen kunnostuksessa useammin kuin vanhainkodeissa, joissa omaiset auttoivat potilasta useammin kanttiinissa käymisessä ja kävelyssä sisällä - Omaiset tukivat potilaita usein henkisesti ja sosiaalisesti, kuuntelemalla ja ilahduttamalla - Mitä enemmän omaisen koki itsellään olevan voimavaroja osallistua potilaan hoitoon sitä enemmän hän osallistui siihen - Noin puolet omaisista sai tietoa hoitoon liittyvistä asioista - Yli puolet omaisista koki, että hoitohenkilökunta tuki heitä osallistumaan potilaan hoitoon liian vähän.
Kejo (2003) Omaiset vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon	Tarkoituksena on selvittää pitkäaikaisen laitoshoidon laatua	Kvantitatiivinen n 55 osasto/yksikkö	- Eniten palautetta hoidosta antoivat naiset, nuoret ja korkeammin koulutetut, vähiten palautetta hoidosta antoivat miehet, iäkkäät ja vähiten

(jatkuu)

laadun arvioijina	vanhuspotilaiden omaisten kokemana sekä keitä ovat pitkäaikaisen laitoshoitopotilaiden ensisijaiset omaiset.	ä 23:sta eri laitoksesta ympäri Suomea, jotka olivat osallistuneet aiemmin RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto- ja benchmarking-hankkeeseen. N= 758 Kyselylomake Sisällön erittely ja tilastollinen analyysi	koulutetut. - Omaisen sosiaalisella asemalla on yhteys hoidon laadun arvioinnin tapaan. - Hoitohenkilökunta hyötyy tutkimustuloksista osaamalla suhtautua omaisten antamaan palautteeseen oikealla tavalla.
Nikki, Paavilainen (2010) Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla – kirjallisuuskatsaus	Tarkoituksena on kuvata päivystyspoliklinikalla hoidettujen aikuisten potilaiden läheisten hoitoon osallistumista sekä läheisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä. Tehtävät: Mitä on läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla? Mitä on läheisten ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla?	Kirjallisuuskatsaus Kahdeksan kvantitatiivista tutkimusta, seitsemän kvalitatiivista tutkimusta ja viisi kirjallisuuskatsausta Induktiivinen sisällönanalyysi	- Läheisten hoitoon osallistuminen oli perheen yhdessäoloa, tiedon saamista hoitavalta henkilöstöltä ja potilaan auttamista. - Perheen yhdessäolo helpotti läheisten tuskaa, potilaan läheiset halusivat tehdä pieniä asioita, joilla he voivat helpottaa potilaan oloa. - Potilaan läheiset halusivat tietoa miten auttaa potilasta, potilaan tilan muutoksista sekä suunnitelluista toimenpiteistä. - Tiedon tuli olla rehellistä ja ymmärrettävää. - Tiedon puute aiheutti vääriä mielikuvia. - Potilaan läheisellä oli merkittävä rooli potilaan henkisenä tukena ja asioiden ajajana. - Tiedon antaminen potilaasta oli tärkein ja keskeisin asia läheisten ja hoitohenkilökunnan välisessä yhteistyössä.
Lehtonen (2005) Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten	Tarkoituksena on kuvata miten yhteistyö toteutuu vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan	Kvantitatiivinen & kvalitatiivinen kyselytutkimus Suomessa	- Omaisten arvioimana yhteistyö henkilökunnan kanssa toteutuu varsin hyvin. - Yhteistyön vuorovaikutussuhteen, yhteisen suunnan ja yhteisen toiminnan

välillä.	omaisten välillä sekä miten yhteistyötä voisi edistää. Tehtävät: Miten henkilökunnan ja omaisten välinen yhteistyö toteutuu vanhainkodeissa omaisten arvioimana? Mitkä tekijät ovat yhteydessä yhteistyön toteutumiseen? Miten omaisten ja henkilökunnan yhteistyötä voisi edistää vanhainkodeissa?	yhden kunnan alueella eri vanhainkodeissa. N=192 Deduktiivinen sisällönanalyysi	arvioitiin toteutuvan erinomaisesti. - Aktiivinen kommunikointi ja yhteinen asiantuntijuus eivät toteutuneet yhtä hyvin ja vain puolet omaisista koki, että vastuu asukkaan hoidosta ja asioista on yhteinen henkilökunnan ja omaisten kesken. - Omaiset kaipasivat tehokkuutta tiedotukseen, aktiivisuutta kommunikointiin, yhteisiä neuvottelutilanteita henkilökunnan kanssa, enemmän resursseja laitoksiin sekä joustavuutta hoitopaikan valintaan.
Skyman (2010) Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.	Tarkoituksena on saada tietoa MRSA-positiivisten potilaiden kokemuksista sairaalassa oloaikana ja myöhemmin eristyksessä infektio tautien osastolla.	Kvalitatiivinen Shalgrenskan yliopistollinen sairaala, Ruotsi. N=6 Haastattelu Intersubjektiiivinen analyysi	- Potilaat kokivat itsensä loukatuiksi, koska olivat saaneet MRSA-tartunnan sairaalasta. - Potilaat kuvailivat eristyksen traumaattiseksi, mutta hyväksytyksi, koska heidän piti ottaa vastuu MRSA:n leviämisestä. - Potilaat kokivat, että heitä kohdeltiin eritavoin kuin muita potilaita, jotka olivat samassa kunnossa. - Potilaat kokivat, etteivät saaneet tietoa MRSA:sta. - Potilaat olivat haavoittuvaisia hoitohenkilökunnan, omaisten ja muiden läheisten negatiivisille reaktioille.
Andersson (2011) MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences	Tarkoituksena on kuvata potilaiden tietämystä, havaintoja ja kokemuksia ollessaan MRSA-positiivinen.	Kvalitatiivinen Tukholma, Ruotsi N=15 Haastattelu Sisällönanalyysi	- Tieto MRSA-positiivisuudesta aiheutti usein shokin kaltaisen reaktion. - MRSA-positiivisuus sai potilaat tuntemaan itsensä likaisiksi ja haitallisiksi ympäristölleen. - Tiedon puute MRSA:sta aiheutti väärinkäsityksiä, pelkoja, sosiaalista eristäytymistä ja kärsimystä.

Liite 2. Teemahaastattelu

Haastateltavan omaisen taustojen selvittäminen

1. Sukupuoli
2. Ikä
3. Vanhuksen ja omaisen välinen suhde

Omaisen kokemukset, pelot ja ennakkokäsitykset MRSA-tartunnasta

1. Kuvailisitko ensimmäisiä ajatuksia, kun saitte tiedon läheisenne MRSA-positiivisuudesta.
2. Aiheuttiko tieto MRSA-positiivisuudesta teille pelkoja tai ennakkokäsityksiä?
3. Koettiko suhtautumisenne muuttuneen läheistänne kohtaan MRSA-positiivisuuden myötä?

Omaisen tiedontarpeen selvittäminen

1. Kertoisitko millaista tietoa ja ohjausta saitte hoitohenkilökunnalta.
2. Koittekko saaneenne riittävästi tietoa ja ohjausta MRSA:sta?
3. Hankittekko lisätietoa jostain muualta, mistä?

Omaisen ohjaus

1. Millaista tietoa ja ohjausta toivoisitte hoitohenkilökunnalta?
2. Millaisessa muodossa haluaisitte saada tiedon ja ohjauksen?

Liite 3. Saatekirje

Arvoisa Koukkuniemen vanhainkodin asukkaan omainen

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä ”MRSA-ohjeellinen Koukkuniemen vanhainkodin asukkaiden omaisille”.

Nyt toivomme teidän apuunne, että saamme kerättyä haastattelemalla näkemyksiänne ja kokemuksia siitä millaista tietoa hyvän ohjeellisen tulisi sisältää. Nauhoitamme haastattelun, nauhaa käytämme vain opinnäytetyömme tekoon, jonka jälkeen hävitämme aineiston asianmukaisesti.

Opinnäytetyötä tehdessämme meillä on samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä. Olemme velvollisia turvaamaan opinnäytetyössämme haastattelemiemme henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.

Opinnäytetyöhön liittyvissä kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä meihin:

Eveliina Vallinkoski

puh.

eveliina.vallinkoski@health.tamk.fi

Åsa Virtamaa

puh.

asa.virtamaa@health.tamk.fi

Liite 4. Suostumus

SUOSTUMUS

MRSA-OHJELEHTISEN TEKEMISTÄ KÄSITTELEVÄ TUTKIMUS

Olen saanut kirjallista sekä suullista tietoa MRSA-ohjelehtisen tekemistä käsittelevästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika:

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

TIETOA MRSA:sta

Tietoa MRSA:sta ja sen
leviämisen ehkäisystä
Sinulle, jonka läheinen
asuu Koukkuniemen
vanhainkodin
Iltala-talon osastolla

Mikä MRSA on?

MRSA on lyhenne sanoista Metisilliinille resistentti (vastustuskykyinen) Staphylococcus aureus. Staphylococcus aureus on bakteeri, jota on runsaasti terveiden ihmisten iholla ja limakalvoilla.

MRSA eroaa Staphylococcus aureuksesta siten, ettei sitä voida hoitaa antibiooteilla sen vastustuskykyisyyden vuoksi. Terveiden ja hyväkuntoisten riski saada MRSA on hyvin pieni. Tartunnan riski kasvaa huonokuntoisilla ja iäkkäillä ihmisillä. Lisäksi tartunnan vaaraa lisäävät haavat ja useat sairaalahoitojaksot.

Aiheuttaako MRSA oireita vai ei?

MRSA voi aiheuttaa huonokuntoisille ja iäkkäille henkilöille infektion, esimerkiksi haavainfektion, jota on vastustuskykyisen kannan vuoksi vaikea hoitaa ja se hidastaa haavan paranemista. Kun henkilöllä todetaan MRSA:n aiheuttamia oireita, puhutaan MRSA-infektiosta.

Nenän limakalvolle tai nieluun tarttuessaan MRSA voi olla täysin oireeton. Tällöin puhutaan MRSA-kantajuudesta. Henkilö voi myös jäädä MRSA-kantajaksi esimerkiksi haavainfektion parannuttua ja oireiden hävittyä.

Miten MRSA tarttuu?

MRSA voi tarttua käsien välityksellä. MRSA voi tarttua myös erilaisilta pinnoilta kuten henkilökohtaisista tavaroista esimerkiksi hiuskammasta, hammasharjasta tai liinavaatteista. MRSA-bakteeri kestää kuivumista ja voi elää tartuntakykyisenä iholla tai puhdistamattomilla pinnoilla pitkiäkin aikoja.

Miten voit ehkäistä MRSA:n leviämistä ja suojata itsesi mahdolliselta tartunnalta?

Tärkeintä leviämisen ehkäisyssä ja itsensä suojaamisessa on huolellinen käsihygienia.

Miten voit toteuttaa huolellista käsihygieniaa?

Osaston käsihuuhteen käyttäminen on tehokkain tapa katkaista MRSA:n leviäminen. Jos käsissäsi on näkyvää likaa, pese kädet saippualla ja haalealla vedellä. Jos osallistut läheisesi hoitoon, on suositeltavaa käyttää kertakäyttöisiä käsineitä käsihuuhteen lisäksi.

Käsihuuhdetta tulee käyttää aina:

- ⌘ Osastolle ja asukkaan huoneeseen tultaessa sekä sieltä lähdettäessä
- ⌘ Asukkaan henkilökohtaisia tavaroita kosketettaessa
- ⌘ Ennen ja jälkeen asukkaan hoitoon osallistumista
- ⌘ Käsienpesun jälkeen
- ⌘ Wc:ssä käynnin jälkeen

Ohje käsihygienian toteuttamiseen:

1. Ota käsihuuhdetta
kuiviin käsiin 2–3
painallusta, noin 3 ml.



2. Hiero käsihuuhdetta
ensin sormenpäihin,
peukaloihin ja somien
väleihin



3. Hiero
käsihuuhdetta
kämmeniin...



4. ...ja sormet
koukistettuina
vastakkain.



5. Lopuksi hiero
käsihuuhdetta
kaikkialle käsiin,
kunnes ne ovat
kuivat. Hieronta-ajan
on oltava 20–30
sekuntia riittävän
tehon saamiseksi.



”Toivomme, että ohjelehtinen auttaa sinua ymmärtämään paremmin läheisesi hoitoa. Ohjelehtisen tarkoituksena on antaa sinulle tietoa ja ohjeita sekä vastata sinua askarruttaneisiin kysymyksiin.”

Vierailusi läheisesi luona ovat hänelle tärkeitä.

Toivomme, että tämä ohje kannustaa sinua jatkamaan vierailuja hänen luonaan.

Kysyttävää?

Mikäli sinulle jäi kysyttävää tai haluat tietää lisää, voit ottaa yhteyttä Iltala-talon osastoihin 14 ja 15

Lähde: Vallinkoski, E. & Virtamaa, Å. 2013. MRSA-ohjelehtinen Koukkuniemen vanhainkodin asukkaiden omaisille. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma. Opinnäytetyö.