

POTILAIKEN KOKEMUKSIA TARTUNTAERISTYKSESTÄ
– kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Osmo Kostama
Opinnäytetyö, syksy 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kostama, Osmo. Potilaiden kokemuksia tartuntaeristyksestä – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. 40 s., 1 liite. Helsinki, syksy 2017. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Potilaan tartuntaeristämällä pyritään estämään sairauksia aiheuttavien tai antibiooteille resistenttien mikrobien tarttuminen toisiin potilaisiin, työntekijöihin tai vierailijoihin katkaisemalla mikrobien pääasialliset tartuntatiet.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia tartuntataudin vuoksi eristetyillä potilailla oli eristyksestä. Tavoitteena oli, että terveydenhuollon henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyön tuottamaa tietoa eristyspotilaiden hoitotyössä.

Opinnäytetyön menetelmä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli koota yhteen tietoa tartuntataudin vuoksi eristettyjen aikuispotilaiden kokemuksista. Aineistoa haettiin eri tietokannoista. Haku rajattiin koskemaan kokonaan saatavilla olevia ja vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita vuosilta 2007-2017. Koska tarkoituksena oli tutkia potilaiden kokemuksia tartuntaeristyksestä, haun tuloksista suljettiin pois psyykkisistä syistä eristettyjä potilaita koskeva aineisto. Aineistohaun tuloksena saatiin kahdeksan tutkimusartikkelia.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan potilaiden myönteisiin kokemuksiin liittyi mahdollisuus sosiaaliseen vuorovaikutukseen, oman sairauden ja eristyksen syiden ymmärtäminen sekä eristys huone ja sen varustelu. Potilaiden aiemmat eristyskokemukset vaikuttivat myönteisesti heidän kykyynsä käsitellä eristystä.

Kielteiset kokemukset liittyivät sairauden herättämiin negatiivisiin mielikuviin potilaissa ja kanssaihmisissä, eristykseen liittyvään yksinäisyyden tunteeseen, hoitohenkilökunnan epä johdonmukaisiin työtapoihin sekä tiedon puutteeseen omasta sairaudesta ja eristyksestä. Eristyspotilaat kokivat myös saaneensa heikompilaatuista hoitoa kuin muut potilaat.

Asiasanat: infektiot, eristys (eristäminen muista), kokemukset

ABSTRACT

Kostama, Osmo. Patient experience of isolation – a descriptive literature review. 40 p., 1 appendice. Helsinki, fall 2017. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Health Care. Degree: Registered Nurse.

The purpose of isolation precautions is to prevent the spreading of pathogen and antibiotic resistant microbe infections by cutting off their primary routes of transmission.

The objective of this thesis was to describe the experiences of patients in isolation due to infection. The aim of the study was to gather information that health care professionals could use when nursing patients in isolation.

The research method used was a descriptive review of literature. The data was collected from various electronic databases. The inclusion criteria for data was available in full text, peer reviewed academic research articles published in the years 2007–2017.

The results of this descriptive literature review showed that many factors were either beneficial or disadvantageous to the experience of isolation. Factors beneficial to the experience included the possibility of social interaction, understanding one's disease and reasons for the isolation precautions as well as the physical environment of the isolation room.

Disadvantageous factors included the variety of negative emotions and mental images the patients associated with their disease and the isolation precautions, the inconsistencies in isolation procedures and the lack of knowledge about one's disease and reasons for the isolation precautions. Isolation patients felt the quality of care they got was lower than that of other patients.

Key words: infection, isolation, experiences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 ERISTYSPOTILAAN HOITOTYÖ	7
2.1 Aseptiikka	7
2.2 Potilasohjaus	8
3 TARTUNTAERISTYS INFEKTIOIDEN TORJUNNASSA	10
3.1 Tavanomaiset varotoimet	10
3.1.1 Käsihygienia	10
3.1.2 Suojainten käyttö	11
3.1.3 Oikeat työskentelytavat	11
3.1.4 Pisto- ja viiltovahinkojen torjunta	12
3.2 Eristysmuodot	12
3.2.1 Ilmaeristys	13
3.2.2 Pisaraeristys	13
3.2.3 Kosketuseristys	14
3.2.4 Verivarotoimet	15
3.2.5 Suojaeristys	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
5.1 Tutkimusmetodina kuvaileva kirjallisuuskatsaus	18
5.2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet	18
5.3 Tiedonhakuprosessi ja aineiston käyttö	20
6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	22
6.1 Potilaiden myönteisiä kokemuksia eristyksestä	22
6.2 Potilaiden kielteisiä kokemuksia eristyksestä	24
6.3 Muita huomioita ja havaintoja	27
7 POHDINTA	28
7.1 Tulosten pohdinta	28
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	29

7.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	31
LÄHTEET	33
LIITTEET	36

1 JOHDANTO

Tartuntatautilain mukaan tartuntatauti tarkoittaa sellaista sairautta tai tartuntaa, jonka aiheuttavat elimistössä lisääntyvät mikrobit tai niiden osat taikka loiset. Tartuntatautina pidetään myös mikrobin myrkyin aiheuttamaa tilaa ja prionin aiheuttama tauti rinnastetaan tartuntatautiin. Eristämisen tartuntatautilaki määrittelee tarkoittavan sairastuneen tai perustellusti sairastuneeksi epäillyn henkilön hoitamista terveydenhuollon toimintayksikössä muista siten erillään, että tartunnan leviäminen estyy. (Tartuntatautilaki 2016.)

Lain mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän virkasuhteinen tartuntataudeista vastaava lääkäri voi päättää yleisvaaralliseen tai yleisvaaralliseksi perustellusti epäiltyyn tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn henkilön eristämisestä terveydenhuollon toimintayksikköön enintään kahden kuukauden ajaksi, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos taudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä. (Tartuntatautilaki 2016.)

Suomesta on onnistuneen rokotusohjelman avulla saatu hävitettyä polio, kurkkumätä, tuhkarokko, sikotauti ja vihurirokko sekä lähes kokonaan poistettua vakavat *Haemophilus influenzae* tyyppi b (HiB) –infektiot. Osa näistä sairauksista kuitenkin esiintyy vielä yleisenä Euroopassa ja muilla mantereilla. Suomi kansainvälistyy ja suomalaiset matkustavat ulkomaille entistä enemmän. Suomeen palaavat ja tänne muualta matkustavat ihmiset tuovat mukanaan myös yhä enemmän erilaisia bakteereja ja bakteerikantoja. Lisäksi syrjäytyneisyyden ja huono-osaisuuden lisääntyminen ovat omalta osaltaan lisänneet tartuntatautien yleistymistä. Esimerkkejä tästä ovat asunnottomien tuberkuloosi ja huumeidenkäyttäjien HIV- ja hepatiittitartunnat. (Ruutu & Lyytikäinen 2011, 268–269.) Myös rokotevastaisuuden lisääntyminen ja rokotuskattavuuden heikentyminen lisäävät riskiä tartuntatautien leviämiseen ja esimerkiksi tuhkarokkoepidemioiden ovat Suomessa mahdollisia (Farmasialiitto 2017; THL 2017).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin millaisia kokemuksia tartuntaeristyspotilailla on eristyksestä.

Opinnäytetyö on suunniteltu yhteistyössä Jorvin sairaalan sisätautiosasto S6:n kanssa.

2 ERISTYSPOTILAAN HOITOTYÖ

Eristyspotilaiden määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan hoitoalan eri yksiköissä ja onkin tärkeää, että eri hoitavilla tahoilla on käytössään samanlaiset eristys- ja toimintakäytännöt potilaan joutuessa eristykseen (Jonsson, Karhumäki & Saros 2005, 140–141).

Sairaanhoidtajaliiton määrittelemien (Sairaanhoidtajaliitto 2015) ammatillisten kompetenssien eli osaamisvaatimusten mukaan sairaanhoitajan tulee muun muassa

- hallita infektioiden torjunnan periaatteet ja osata perustella niiden merkitys
- osata arvioida asiakkaan voimavarat ja tukea tätä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa
- osata tukea läheisten hoitoon osallistumista asiakkaan näkemyksiä ja voimavaroja kunnioittaen
- kyetä ammatilliseen vuorovaikutukseen eri-ikäisten asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa.

2.1 Aseptiikka

Potilailla on oikeus saada turvallista ja oikein toteutettua hoitoa, ja hoitajien velvollisuus on toimia aseptiikan vaatimalla tavalla. Aseptiikalla tarkoitetaan kaikkia toimia ja työtapoja, joilla pyritään estämään infektion synty ja mikrobien leviäminen steriiliin materiaaliin. Peruskäsitteitä ovat aseptinen työjärjestys, aseptinen omatunto, puhdistus, desinfektio ja sterilointi. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214.)

Aseptinen työjärjestys tarkoittaa töiden suunnittelua ja toteuttamista edeten systemaattisesti puhtaasta likaiseen -periaatteella. Aseptinen omatunto on hoitajan eettinen ohje ja sisäistetty toimintatapa, jossa hoitaja toimii aina aseptisen työjärjestyksen ja steriilien periaatteiden mukaisesti. Se tarkoittaa

sitoutumista aseptiseen työskentelyyn riippumatta muiden työntekijöiden valvonnasta. Oman työskentelyn tulee kestää kriittinen tarkastelu. Suuri este aseptiikan toteutumiselle on hoitajan tietämättömyys. Oman tietämättömyyden tunnistaminen ja myöntäminen kertoo kypsästä, vastuullisesta suhtautumisesta hoitotyöhön. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214; Jonsson ym. 2010, 59.)

Puhdistuksella tarkoitetaan pölyn ja lian poistamista iholta, pinnoilta, välineistä ja ympäristöstä. Asianmukaisesti puhdistetut välineet ja ympäristö luovat turvallisen ja tarkoitukseen riittävän puhtauden toimenpiteitä suoritettaessa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214.)

Desinfektiolla pyritään tuhoamaan patogeenisiä eli tautia aiheuttavia mikrobeja. Desinfektio suoritetaan fysikaalisilla tai kemiallisilla menetelmillä. Fysikaalinen desinfektio tarkoittaa keittämistä, kuumentamista tai polttamista. Kemiallisilla desinfektioaineilla desinfioidaan iho ja limakalvot sekä lämpöä kestävämmät välineet ja pinnat. Ennen toimenpiteitä potilaan tulee peseytyä, jonka jälkeen iho desinfioidaan. Aseptinen työjärjestys määrää ihon desinfiointijärjestyksen ja suunnan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214.)

Desinfektio ei kuitenkaan tuhoa mikrobien itiöitä eikä se riitä välineille, joilla lävistetään potilaan iho tai limakalvo. Tällöin kyseeseen tulee sterilointi, mikä tarkoittaa mikrobien ja niiden itiöiden täydellistä tuhoamista. Sterilointi tappaa kaiken elollisen elottomasta materiaalista. Tarkoituksena on estää taudinaiheuttajien leviäminen potilaaseen hoitovälineiden tai hoitotuotteiden välityksellä. Sterilointimenetelmä, fysikaalinen tai kemiallinen, valitaan steriloitavan materiaalin perusteella. (Iivanainen & Syväoja 2008, 214.)

2.2 Potilasohjaus

Eristys aiheuttaa potilaille ja omaisille usein ahdistusta ja huolta. Tätä voidaan merkittävästi helpottaa ja vähentää asianmukaisella potilasohjauksella ja tiedottamisella. Potilaan hoidon tulee tapahtua yhteistyössä hänen kanssaan ja

hänen tulee saada tietoa sairastamastaan taudista ja sen tartuttavuudesta, taudin vaatimasta hoidosta sekä eristystoimien tarkoituksesta. (Ylipalosaari, Mäkeläinen & Kujala 2005, 651–652.)

Eristyspotilaalla on merkittävä osuus onnistuneen eristyksen toteutumisessa. Potilaan tulisi ymmärtää mikä hänessä on tarttuvaa, mitä ja miten eri suojaamia käytetään, miksi ja miten hänen liikkumisvapauttaan rajoitetaan sekä mitä hän voi itse tehdä estääkseen tartunnan leviämisen. (Ylipalosaari ym. 2005, 651.)

Potilasta tulee ohjata käsien desinfektiossa, hygieniassa ja eritteiden käsittelyssä. Hänelle tulisi myös ohjata oikea yskimisetiketti, jonka tarkoitus on vähentää yskiessä syntyvää ilmaan pääsevää mikrobipitoista aerosolia. Yskiessään tai aivastaessaan potilaan tulisi tehdä se suunsa ja nenänsä tiiviisti peittävään kertakäyttönenäliinaan, laittaa käytetty nenäliina tämän jälkeen suoraan muovipussiin ja sulkea se sekä desinfioida kätensä. (Ylipalosaari ym. 2005, 651–652.) Yskimisetiketti on erityisen tärkeä ilmaeristystä vaativien sairauksien kuten keuhkotuberkuloosin hoidossa, mutta sitä on ehdotettu myös sisällytettäväksi tavanomaisiin varotoimiin. (Iivanainen & Syväoja 2008, 369–370; Ylipalosaari ym. 2005, 651–652.)

Eristyksestä tulee tiedottaa niin, että tiedon saavat sitä työssään tarvitsevat, mutta eivät sivulliset. Myöskään muille potilaille ei tule tarpeettomasti antaa tietoa eristyksestä. Satunnaisesti eristyksen kanssa tekemisissä oleville, kuten vierailijoille, tulisi antaa henkilökohtaista opastusta eristyskäytännöistä. Eristys kirjataan myös sairauskertomukseen ja hoitosuunnitelmaan. Tieto eristyksestä ja varotoimista tulee toimittaa etukäteen uuteen hoitopisteeseen jos potilas siirretään. (Ylipalosaari ym. 2005, 653.)

3 TARTUNTAERISTYS INFEKTIOIDEN TORJUNNASSA

Potilaan eristäminen voi olla tarpeen monista eri syistä, mutta eristämisen periaatteet pysyvät samoina. Potilaan eristämällä pyritään estämään sairauksia aiheuttavien tai antibiooteille resistenttien mikrobin tarttuminen toisiin potilaisiin, työntekijöihin tai vierailijoihin katkaisemalla mikrobin pääasialliset tartuntatiet (Ylipalosaari ym. 2005, 646; Kujala 2011, 320).

3.1 Tavanomaiset varotoimet

Tavanomaiset varotoimet (*standard precautions*) ovat hyvään hoitokäytäntöön kuuluvia standardin mukaisia varotoimia, joita suositellaan käytettäväksi kaikkien potilaiden hoidossa riippumatta siitä onko potilaalla infektiota tai onko hänen vastustuskykynsä heikentynyt (Ylipalosaari ym. 2005, 646–647; Kujala 2011, 320). Tavanomaisia varotoimia noudatetaan, koska käytännössä ei voida tietää kenellä potilaista on esimerkiksi resistenttejä mikrobeja, ja näin ollen ei ole perusteita tiukempien varotoimenpiteiden suuntaamiseen, toisin kuin ilmeisissä tartuntatautidiagnoseissa. Tavanomaisilla varotoimilla torjutaan ennen kaikkea kosketustartuntaa ja ne muodostavat perustan eri eristysluokissa käytettäville lisätoimenpiteille (Ylipalosaari ym. 2005, 646–647; Kujala 2011, 320–321.)

Tavanomaiset varotoimet muodostuvat oikeanlaisesta käsihygieniasta, oikeanlaisesta suojainten käytöstä, oikeista työskentelytavoista sekä pisto- ja viiltovahinkojen välttämisestä. (Kujala 2011, 321; Syrjälä 2005, 27; HUS 2012)

3.1.1 Käsihygienia

Koska mikrobit leviävät yleisimmin kosketustartuntana, on hyvä käsihygienia paras tapa katkaista tämä tartuntatie. Hyvä käsihygienia koostuu käsien oikeaoppisesta desinfektioista, käsien pesemisestä saippualla ja ihon kunnosta

huolehtimisesta. Desinfektioaineeksi suositellaan alkoholiuuhdetta, jota hierotaan huolellisesti käsiin, sormenpäihin ja peukaloihin. Desinfektio tapahtuu aina ennen ja jälkeen potilaskontaktin. Käsien peseminen saippualla ja vedellä on tarpeellista vain käsien ollessa näkyvästi likaiset, WC-käynnin jälkeen tai ollessa tekemisissä *Clostridium difficile*ä tai Norovirusta sairastavan potilaan kanssa. Ihon kunnosta huolehditaan välttämällä liiallista käsien saippuapesua, käyttämällä käsirasvoja ja hoitamalla ihon haavat ja tulehdukset. (Kujala 2011, 321; Syrjälä 2005, 27; HUS 2012.)

3.1.2 Suojainten käyttö

Suojakäsineet valitaan käyttötarkoituksen mukaan. Steriliteettiä vaativissa toimenpiteissä, kuten katetroinnissa tai alle vuorokauden ikäisten leikkaushaavojen hoidossa, käytetään steriilejä suojakäsineitä. Tehdaspuhtaita suojakäsineitä käytetään aina ollessa tekemisissä veren, kehon nesteiden tai eritteiden, rikkiäisen ihon tai limakalvojen kanssa ja käsiteltäessä kontaminoituneita alueita. Käsineet suojaavat niin potilasta kuin työntekijääkin ja ovat potilas- ja toimenpidekohtaiset. Suojakäsineiden riisumisen jälkeen käytetään aina käsiuuhdetta. (Ylipalosaari ym. 2005, 653–654; Syrjälä 2005, 27–28; HUS 2012.)

Suojatakkia tai esiliinaa, kirurgista suu-nenäsuojusta ja silmäsuojaimia käytetään potilaan lähihoidossa tai toimenpiteissä, mikäli on vaara altistua veri- tai eriteroiskeille (Ylipalosaari ym. 2005, 654; HUS 2012).

3.1.3 Oikeat työskentelytavat

Oikeat työskentelytavat koetaan usein itsestäänselvyyksinä, mutta niiden huomioiminen ja tarkka noudattaminen on olennaista infektioiden tehokkaassa torjunnassa. Niillä tarkoitetaan hyvää hoitokäytäntöä edustavaa, tutkittuun ja ajantasaiseen tietoon perustuvaa tapaa toteuttaa hoitotyötä. Ohjeiden, joihin oikeat työskentelytavat perustuvat, tulee olla jatkuvasti päivitettäviä ja olla

hoitohenkilökunnan saatavilla esimerkiksi intranetistä. Infektioita voidaan torjua noudattamalla huolellista aseptiikkaa ja työjärjestystä, välttämällä infektioporttien kuten kanyylien tai virtsatiekatetriin tarpeetonta käsittelyä, poistamalla eritetahrat eritetahradesinfektiolla sekä käyttämällä suojaimia ja työvälineitä tarkoituksenmukaisesti. Nämä ovat työskentelytapoja, joilla ehkäistään mikrobien siirtymistä potilaasta toiseen tai potilaan omilta kolonisoituneilta alueilta infektioportteihin. (Kujala 2011, 321; Syrjälä 2005, 28.)

3.1.4 Pisto- ja viiltovahinkojen torjunta

Riski työperäiseen veriteitse tarttuvaan krooniseen infektiin on Suomessa kasvanut suonensisäisten huumeiden käytön lisääntymisen myötä (Anttila, Kalima & Ristola 2000). Tavanomaisista varotoimista pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen kuitenkin toteutuu kaikkein huonoimmin (Syrjälä 2005, 28). Ehkäisemällä pisto- ja viiltovahinkoja estetään veriteitse tarttuvien sairauksien leviäminen. Ehkäiseviä toimenpiteitä ovat työskenteleminen rauhallisessa ilmapiirissä ja tilavassa toimenpidetilassa, neulojen takaisin neulansuojukseen laittamisen eli ”hylsytämisen” välttäminen, neulan irrottaminen ruiskusta viiltojäeastian kantta vasten ja neulojen tai muiden terävien esineiden laittaminen viiltojäeastiaan välittömästi käytön jälkeen. Viiltojäeastia on hyvä pitää mahdollisimman lähellä työskentelypistettä, jotta viiltävä tai pistävä esine kädessä ei tarvitsisi liikkua. (Anttila ym. 2000; Kujala 2011, 321.)

3.2 Eristysmuodot

Eristysmuodot jaetaan kolmeen eri eristysluokkaan: ilma-, pisara- ja kosketuseristykseen sekä verivarotoimiin. Jokainen eristysluokka perustuu nimensä mukaisen pääasiallisen tartuntatavan katkaisuun. Osa sairauksista tarttuu usealla eri tavalla, jolloin sovelletaan useamman eri eristysluokan ohjeita. Eristyksessä käytettäviä keinoja ovat käsien desinfektio, toimintatavat, suojainhoito (*barrier nursing*), tilaeristäminen ja ilmastointijärjestelyt. (Ylipalosaari ym. 2005, 647–648.)

Käytännössä eristyksessä käytetään useimmiten erillistä yhden hengen huonetta. Näin vähennetään tartunnan mahdollisuutta erottamalla infektiopotilas muista potilaista eri ilmatilaan. Hyvässä eristyshuoneessa on sulku-tila ja omat WC- ja pesutilat, ja se on riittävän suuri hoidossa käytettävien tutkimus- ja apuvälineiden käyttöä sekä säilyttämistä varten. (Ylipalosaari ym. 2005, 653.)

3.2.1 Ilmaeristys

Sairauksia, joiden hoidossa edellytetään ilmaeristystä, ovat muun muassa keuhko- tai kurkunpää- ja tuberkuloosi ysköksen tuberkuloosivärjäyksen ollessa positiivinen tai sellaiseksi epäilty, tuhkarokko, vyöruusu ja vesirokko (Kujala 2011, 323; HUS 2012).

Ilmaeristyksen tarkoitus on katkaista ilmatartuntatietä sairauksissa, jotka tarttuvat ilmassa kauas ja kauan leijailevien mikropartikkelien välityksellä. Näitä partikkeleita erittyy ilmaan erityisesti potilaan yskiessä, aivastaessa tai hengitysteihin kohdistuvissa toimenpiteissä. Olennaista eristyksessä on hengityksensuojainten käyttö ja potilaan hoitaminen sulku-tilallisessa eristyshuoneessa, jossa on alipaineistusmahdollisuus. Sulku-tilan ovet eivät saa olla auki yhtä aikaa. Lisäksi potilaalle tulee opastaa hyvä yskimishygienia. Käynnit eristyshuoneen ulkopuolella rajoitetaan vain välttämättömään. Potilaan tutkiminen ja hoito tulee järjestää niin, että potilas on mahdollista kuljettaa ilman odotusta suoraan toimenpidehuoneeseen. Ilmaeristys jatkuu vielä 2 tuntia potilaan huoneesta poistumisen jälkeen. Mikäli yhden hengen huonetta ei ole saatavilla, tulisi huonetoverin olla joko immuuni eristettävän potilaan sairaudelle tai sairastaa lääkehoidossa olevaa samaa sairautta. (Kujala 2011, 322; Ylipalosaari ym. 2005, 656; HUS 2012.)

3.2.2 Pisaraeristys

Sairauksia, joiden hoidossa edellytetään pisaraeristystä, ovat muun muassa meningokokin ja Haemophilus influenzaen aiheuttamat tautimuodot, pertussis (hinkuyskä), difteria (kurkkumätä), streptokokki A, sikotauti, keuhkorutto ja vihurirokko (Kujala 2011, 323; HUS 2012).

Pisaraeristyksen tarkoituksena on katkaista suurten pisaroiden (kooltaan yli 5 mikrometriä) välityksellä tapahtuva tartunta. Pisaroita syntyy yskiessä, niistäessä, puhuessa, aivastaessa ja hengitysteiden toimenpiteissä. Pisarat eivät leijaile ilman mukana vaan putoavat melko pian alas. Ne eivät tavallisesti kulkeudu metriä kauemmas syntypaikastaan ja tartuntaan tarvitaan läheinen kontakti. Olennaista pisaraeristyksessä on sijoittaa potilas yhden hengen huoneeseen tai riittävän kauas viereisestä potilaasta sekä käyttää kirurgista suu-nenäsuojusta lähihoidossa ja potilaan huoneeseen mentäessä. Mikäli yhden hengen huonetta ei ole saatavilla, tulisi huonetoverin sairastaa samaa sairautta tai pitää hänet jatkuvasti yli metrin etäisyydellä eristettävästä potilaasta. (Kujala 2011, 324–325; Ylipalosaari ym. 2005, 657; HUS 2012.)

3.2.3 Kosketuseristys

Sairauksia, joiden hoidossa edellytetään kosketuseristystä, ovat muun muassa MRSA, ESBL, VRE, vyöruusu, Ebola-virus, vesikauhu, gastroenteriitti ja runsaasti erittävät paiseet, haava- tai ihoinfektiot, täit ja syyhy. (Kujala 2011, 323; HUS 2012.)

Kosketuseristys on eniten käytetty peruseristys, jonka tarkoituksena on katkaista käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta. Tärkein yksittäinen toimenpide kosketuseristyksessä on tavanomaisten varotoimien mukainen huolellinen käsien desinfektio. Tavallisten varotoimien lisäksi olennaisia ovat yhden hengen huone, käsineiden käyttö potilaskosketuksessa ja suojaesiliinan käyttö lähihoidossa.

Suojainhoidolla estetään henkilökunnan käsien ja työvaatteiden kolonisoituminen ja mikrobien leviäminen. Mikäli yhden hengen huonetta ei ole

saatavilla, tulisi huonetoverin sairastaa samaa sairautta ja huonetoveria valittaessa ottaa huomioon potilasaineisto ja mahdollisuus sairauden tarttumiseen. (Kujala 2011, 322; Ylipalosaari ym. 2005, 649–651; HUS 2012.)

3.2.4 Verivarotoimet

Sairauksia, joiden hoidossa käytetään verivarotoimia, ovat muun muassa HIV-infektio, B- ja C-hepatiitti (Ylipalosaari ym. 2005, 657).

Verivarotoimilla pyritään estämään veren välityksellä tapahtuva tartunta potilaasta, jolla tiedetään tai epäillään olevan veriteitse leviävä sairaus. Veren lisäksi tartuntaa voivat välittää myös siemenneste, emätinerite ja muut veriset eritteet. Verivarotoimissa on olennaista pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen sekä suojainten käyttö verikontaminaation ehkäisemiseksi. Tämän lisäksi verivarotoimiin kuuluu laboratorionäytteiden merkitseminen veritartuntavaarallisiksi. (Ylipalosaari ym. 2005, 657; Kujala 2011, 325–326.)

3.2.5 Suojaeristys

Suojaeristystä käytetään, kun potilaan vastustuskyky infektioita kohtaan on laskenut ja hänet täytyy eristää omaksi suojakseen. Syy potilaan vastustuskyvyn heikentymiseen on usein vakava perussairaus tai sairauden vaatima hoito. Suojaeristettäviä potilaita ovat esimerkiksi neutropeeniset potilaat, elinsiirtopotilaat tai palovammapotilaat, joiden palovamma vaatii leikkaushoitoa. Suojaeristyksessä potilas on eristettynä yhden hengen huoneeseen. Turhia sulkutilan ovien avaamisia on vältettävä. Käsihygieniää ja suojainten käyttöä noudatetaan kuten muidenkin eristyspotilaiden kanssa. Akuuttia infektiota sairastavat hoitajat eivät saa osallistua suojaeristetyn potilaan hoitoon eivätkä sairastavat vieraat saa vieraila huoneessa. Eristyshuoneeseen varataan huonekohtaiset tutkimus- ja hoitovälineet. Näytteitä ottaessa ne otetaan suojaeristyspotilaalta ennen muiden osastopotilaiden näytteiden ottamista. Jos potilas täytyy kuljettaa ulos

eristys huoneesta esimerkiksi tutkimuksiin, täytyy hänen käyttää kirurgista nenäsuusuojausta. (PSHP 2016.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla millaisia kokemuksia tartuntaeristyspotilailla on eristyshoidosta.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota ja tiivistää tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää eristyspotilaiden hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on

Millaisia kokemuksia potilailla on eristyshoidosta?

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmetodina kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä jaetaan neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostamiseen, aineiston valitsemiseen, kuvailun rakentamiseen ja tuotetun tuloksen tarkastelemiseen. Se on aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää tutkitun ilmiön kuvausta. Menetelmän avulla voidaan etsiä vastauksia kysymyksiin mitä ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Koska kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan 'tutkimuksen tutkimusta' sitä voisi kutsua katsauksen sijaan tutkimuskirjallisuuden meta-analyysiksi. (Kangasniemi ym. 2013, 292–293; Salminen 2011, 39).

Menetelmällä voidaan myös tutkia millaista on ilmiöstä käyty vallitseva keskustelu, millaisia kehityssuuntia tai teorioita tiedosta on. Tutkivan kirjallisuuskatsauksen avulla ilmiöön voidaan löytää uusia tai erilaisia näkökulmia sekä rakentaa uusia lähtökohtia jatkotutkimukselle aiempien tulosten pohjalta. (Kangasniemi ym. 2013, 292–293; Salminen 2011, 4.)

5.2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan tutkimuskysymys. Tämä tulee ohjaamaan koko prosessia ja aineistonvalintaa. Onnistuneen tutkimuskysymyksen edellytys on, että se on riittävän täsmällinen ja rajattu. Toisaalta se voi myös olla väljä, mahdollistaen ilmiön tarkastelun useista eri näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.)

Aineiston valintaa suorittaessa aineistoa analysoidaan jo samalla suhteessa tutkimuskysymykseen. Ainoastaan tutkimusaiheelle relevanttia, tutkimuskysymykseen jollain tavalla vastaavaa aineistoa käytetään tutkimusprosessissa. Aineiston haku tapahtuu yleensä sähköisistä

tietokannoista tai manuaalisesti valituista julkaisuista. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käsittelyosan tavoitteena on tutkimuskysymykseen vastaaminen valitun aineiston perusteella laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Kuvailussa eri tutkimuksissa tuotettua tietoa yhdistellään ja analysoidaan kriittisesti. Tavoitteena on luoda aineiston sisäistä vertailua, tutkia olemassaolevan tutkimustiedon vahvuuksia ja heikkouksia sekä tehdä olemassaolevaan tietoon perustuvia laajempia päätelmiä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa, tulosten tarkastelussa, kootaan yhteen ja tiivistetään tutkimuksen keskeiset tulokset. Tässä vaiheessa tapahtuu myös tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi sekä johtopäätösten ja heränneiden jatkokysymysten esittäminen. (Kangasniemi ym. 2013, 294–299.)



Kuvio 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Kangasniemi ym. 2013, 294).

5.3 Tiedonhakuprosessi ja aineiston käyttö

Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteereiden perusteella mukaan otettujen artikkeleiden tuli olla tieteellisesti vertaisarvioidussa julkaisussa julkaistuja akateemisia tutkimuksia, jotka käsittelivät täysi-ikäisiä tartuntaeristyspotilaita. Artikkelin tuli olla suomen- tai englanninkielinen, olla julkaistu vuosina 2007–2017 ja olla kokonaan maksuttomasti saatavilla. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 2.

Aineistohaun tuloksia rajattiin otsikon ja tiivistelmän perusteella. Otsikon perusteella poissuljettiin artikkelit, jotka eivät käsitelleet tutkimuksen aihetta. Tiivistelmän perusteella poissuljettiin artikkelit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksen.

Aiheesta löytyi vain niukasti suomenkielistä tutkimustietoa, joten tietoa haettiin sekä suomen- että englanninkielisillä hakusanoilla eri tietokannoista. Käytettyjä tietokantoja olivat CINAHL®Full Text, Medic, ProQuest ja PubMed. Tietoa etsittiin manuaalisesti myös Google Scholarin avulla. Hakusanoja olivat ”eristys”, ”eristyspotilas”, ”hoitokokemus”, ”isolation”, ”patient experience”, ”infection”, ”effects”, ”source isolation”, ”adverse effects”, ”psychological”, ”physiological”. Hakutuloksien määrän vuoksi hakua rajattiin hakemalla vain kokonaan saatavilla olevia ja vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita vuosilta 2007-2017. Lisäksi tietoa haettiin erilaisilla hakusanojen ja rajausten yhdistelmillä niin, että tietty hakusana esiintyy vain tutkimuksen otsikossa ja abstraktissa ja muut hakusanat itse artikkelissa, esimerkiksi:

”isolation” (title/abstract)

AND ”patient experience” (title/abstract)

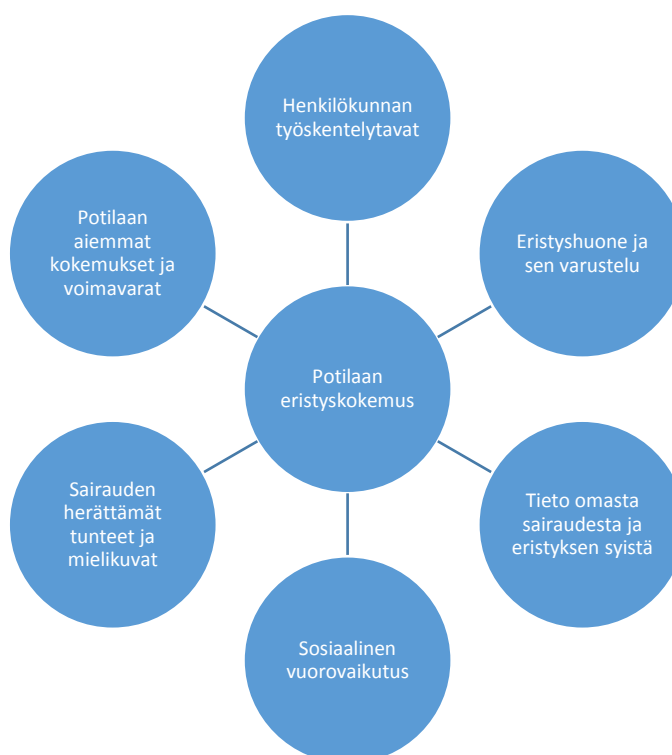
AND “effects” (anywhere)

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tieteellisesti vertaisarvioidussa julkaisussa julkaistu akateeminen tutkimus	Ei-vertaisarvioitu Kirjallisuuskatsaus Uutinen, kolumni, pääkirjoitus
Alkuperäisartikkeli	Käsittelee alaikäisiä tai psykiatrisia potilaita
Käsittelee täysi-ikäisiä tartuntaeristyspotilaita	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei kokonaan saatavilla
Saatavilla kokonaan maksuttomasti	Maksullinen
Julkaistu vuosina 2007–2017	Julkaistu ennen vuotta 2007
Julkaistu suomen tai englannin kielellä	Ei suomen- tai englanninkielinen

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Katsauksen tulokset jaoteltiin viiden eri teeman alle. Näillä teemoilla oli eristyskokemukseen vaikuttavia sekä myönteisiä että kielteisiä ulottuvuuksia. Näiden lisäksi aineistosta tuli esiin näiden viiden teeman ulkopuolelle jääviä havaintoja ja huomioita. Keskeiset teemat on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Potilaan eristyskokemukseen vaikuttavia tekijöitä.

6.1 Potilaiden myönteisiä kokemuksia erityksestä

Ympäristöön liittyvät myönteiset tekijät vaikuttivat aineiston perusteella koskevan erityisesti eristyspotilaiden mahdollisuuksia olla yhteydessä eristyshuoneen ulkopuoliseen maailmaan. Eristyshuoneen varustelu nousi tässä selkeästi tärkeäksi tekijäksi. Esimerkiksi ikkunallinen huone helpotti potilaiden eristyskokemusta tarjoamalla visuaalisen yhteyden ulkomaailmaan (Skyman, Eve; Thunberg Sjöström, Harriet & Hellström, Lisbeth 2010, 103).

Myös mahdollisuus pitää huoneen ovea auki, nähdä käytävällä ohikulkevia ihmisiä ja kuulla puheensorinaa sekä muita ääniä huoneen ulkopuolelta koettiin eristyskokemusta helpottavina asioina. (Barrat, Shaban & Moyle 2010, 57.) Kontaktin ulkomaailmaan mahdollistava varustelu (esim. internet-yhteys, radio, televisio, puhelin) eristyshuoneessa koettiin eristyskokemusta helpottavana (Hwang, Chung Cheng; Lee, Xue Qin & Ho, Kea Tee 2008, 20–21; Ibert, Fabienne; Eckstein, Monika; Günther, Frank & Mutters, Nico 2017, 3–4).

Television katselu vaikutti toisaalta myös lisäävän ahdistusta, minkä tutkijat arvelivat johtuvan sen passiivisesta luonteesta, siinä missä internetin selailu vaati potilailta aktiivista osallistumista (Ibert ym. 2017, 3–4). Vaikka huoneeristäminen koettiin enimmäkseen rajoittavaksi, osa potilaista koki yhden hengen huoneen tuovan myös omaa rauhaa, yksityisyyttä ja mahdollisuuden käsitellä eristyksen herättämiä ajatuksia ja tunteita. (Barrat ym. 2010, 56; Hwang ym. 2008, 20.)

Tietoon ja tukeen liittyviä myönteisiä tekijöitä olivat potilaan ymmärrys omasta sairaudesta sekä heidän tukemisensa. Tieto omasta sairaudesta ja eristyksen tarkoituksesta helpotti potilaiden eristyskokemusta ja ahdistusta. Tärkeäksi nousi hoitohenkilökunnan jatkuva tuki ja potilaiden tiedottaminen. (Barrat ym. 2010, 56; Hwang ym. 2008, 20.) Potilaiden selviytymisen ja elämänhallinnan tukemisen kannalta oleellisia työmenetelmiä olivat aktiivinen kuuntelu potilaan huolen ymmärtämiseksi, emotionaalisen tuen tarjoaminen, kielteisten ajatusmallien oikaiseminen sekä tarpeen vaatiessa ohjaaminen aiheenmukaisen avun piiriin (Pacheco, Spyropoulos & Caron 2010, 172).

Sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät myönteiset tekijät olivat katsauksen aineistossa yhteydessä potilaiden mahdollisuuteen olla kontaktissa omaisten ja läheistensä kanssa. Soonin ja kollegoiden tutkimuksen mukaan potilaiden saama sosiaalinen tuki on negatiivisessa yhteydessä potilaiden masentuneisuuteen. Tärkeimmäksi koettiin potilaan perheen antama sosiaalinen tuki. (Soon, Margaret Mei Ling; Madigan, Elizabeth; Jones, Katherine & Salata, Robert 2013, 14–15; 119.) Ibert'n ja kollegoiden tutkimuksen mukaan vierailijoiden saaminen ja näiden kanssa ajanviettäminen

oli potilaille eniten eristyskokemusta helpottava tapahtuma. Jo silkkä puhelinkontakti läheisten kanssa koettiin helpottavana asiana. (Ibert ym. 2017, 4.) Ystävien ja läheisten vierailut koettiin tärkeiksi koska ne rikkoivat eristyspotilaiden kokemuksen tylsästä ja muuttumattomana etenevästä arjesta. Myös vierailijoiden osoittama aktiivinen tuki ja kannustus potilaita kohtaan loi potilaille tunteen siitä, että heitä ei oltu täysin unohdettu. (Barratt ym. 2010, 56; Hwang ym. 2008, 20.)

Vierailijat toivat myös mukanaan uutisia sekä tietoa eristyksen ulkopuolisesta maailmasta ja esimerkiksi ottivat potilaat mukaan yhteiseen ulkopuolista maailmaa koskevaan päätöksentekoon tai kysyivät potilaiden mielipidettä. Toimimalla näin vierailijat vahvistivat potilaan käsitystä omasta sosiaalisesta roolistaan eristyksen ulkopuolella. (Hwang ym. 2008, 20–21.)

6.2 Potilaiden kielteisiä kokemuksia eristyksestä

Sairauteen ja eristykseen liittyvät kielteiset tekijät koskivat potilaiden kokemuksia omasta sairaudestaan ja eristyksestään ja niiden vaikutuksista heidän elämäänsä. Sairauden vuoksi eristetyillä potilailla ilmeni runsaasti sairauteen liittyviä kielteisiä tunteita ja ajatuksia. Potilaat kokivat stigmatisoituvansa sairauden kantajiksi ja identifioituvansa yksinomaan sairauden kautta. Monet potilaat kuvasivat kokevansa itsensä ”saastaisiksi” ja ”tartuntaa levittäviksi” (*contaminated, contagious, dirty, infectious, leper, unclean*). (Barratt ym. 2010, 55; Skyman ym. 2010, 104; Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis 2012, 45.) Sairaus herätti potilaissa pelkoa, suuttumusta ja turhautuneisuutta (Barratt ym. 2010, 55; Webber ym. 2012, 45). Potilailla ilmeni myös syyllisyyden ja häpeän tunteita (Skyman ym. 2010, 104) sekä huolta ja epävarmuutta tulevaisuudesta ja elämänlaadun muutoksista sairauden myötä (Barratt ym. 2010, 56; Skyman ym. 2010, 104).

Aineistosta ilmeni, että potilaiden eristyskokemuksissa painoutuivat tunteet yksinäisyydestä (Hwang ym. 2008, 20–22; Ibert ym. 2017, 3; Pacheco ym. 2010, 169; Soon ym. 2013, 121; 135), vankeudesta (Barratt ym. 2010, 57;

Skyman ym. 2010, 106; Soon ym. 2013, 121), itsemääräämisen ja elämänhallinnan menettämisestä (Barratt ym. 2010, 57) sekä riippuvuussuhteesta hoitohenkilökuntaan (Barratt ym. 2010, 57; Ibert ym. 2017, 3). Osa potilaista koki eristyshuoneen hiljaisuuden sulkevan pois normaalit sairaalan ja henkilökunnan äänen, mikä aiheutti turvattomuutta (Skyman ym. 2017, 105).

Hoitoon liittyviä kielteiset tekijät olivat yhteydessä erityisesti hoitohenkilökunnan työskentelytapoihin ja niiden vaikutuksiin potilaissa ja heidän läheisissään. Potilaat kokivat hoitajien hygieniaosaamisessa ja tartuntaeristystä koskevassa tietotaidossa olevan suurta vaihtelua (Barratt ym. 2010, 56; Pacheco ym. 2010, 170–171; Skyman ym. 2010, 103–104). Henkilökunnan työtapojen epäjohtonmukaisuus herätti huolta potilaissa ja vaikutti kielteisesti potilaiden omaan motivaatioon noudattaa hygienia- ja eristysohjeita (Webber ym. 2012, 45–46). Epäjohtonmukaisuus suojainhoidossa ja käsihygienian noudattamisessa herätti potilaissa myös hämmennystä ja epätietoisuutta sairautensa tarttuvuudesta (Barratt ym. 2010, 56–57; Pacheco ym. 2010, 170–171; Webber ym. 2012, 46). Toisaalta vaikka potilaat ymmärsivät eristystoimien syyn ja tärkeyden sairauden leviämisen estämisessä, lisäsi suojainhoito heidän kokemaansa pelkoa ja kokemusta stigmatisoitumisesta (Barratt ym. 2010, 58).

Eristyspotilaat kokivat hoitohenkilökunnan kohtelevan heitä epätasa-arvoisesti ja saamansa hoidon laadun olevan heikompaa kuin muilla potilailla (Barratt ym. 2010, 57–58; Skyman ym. 2010, 103–104; Soon ym. 2013 109–111; Webber ym. 2012, 46). Myös sairaudesta tiedottaminen potilaille ja näiden läheisille koettiin usein puutteelliseksi (Pacheco ym. 2010, 170–171; Skyman ym. 2010, 104; Webber ym. 2012, 46). Kun potilaat eivät ymmärtäneet infektioiden tartuntateitä tai syitä omaan sairastumiseensa, he saattoivat ajatella sairastuneensa henkilökunnan puutteellisen aseptiikan takia tai oltuaan tekemisissä toisten potilaiden kanssa. Tämä johti myös potilaiden ja heidän läheistensä ylivalppauteen koskien eristyskäytäntöjä ja huolestuneisuuteen eristystoimien riittävydestä. (Pacheco ym. 2010, 169–170.) Huolta herätti myös epätietoisuus sairauden etenemisestä ja kestosta (Pacheco ym. 2010, 169).

Soonin ja kollegoiden tutkimuksessa ilmeni, että henkilökunta vietti selvästi vähemmän aikaa eristyspotilaiden kuin kontrolliryhmän kanssa, joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkittävä. Potilaat itse kokivat saavansa huomattavasti vähemmän hoitoa eristyksessä ollessaan. (Soon ym. 2013, 119–111.)

Eristyksen koettiin vaikuttavan kielteisesti potilaiden ja henkilökunnan vuorovaikutukseen. Tämä ilmeni henkilökunnan taholta esimerkiksi fyysisen kosketuksen välttämisenä ja eristyshuoneen ovelta keskustelemisena suojainten pukemisen ja huoneeseen sisääntulemisen sijaan. (Barratt ym. 2010, 57.)

Ibert'n ja kollegoiden tutkimuksessa ilmeni korrelaatio potilaiden kielteisen ajattelun ja hoitohenkilökuntakontaktien määrän välillä. Tämän arveltiin johtuvan henkilökunnan puutteellisesta osaamisesta kommunikoida eristyspotilaiden kanssa sekä vaikeudesta tunnistaa ja kohdata näiden kokemaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Tutkimuksen mukaan henkilökunnan taholta väärinymmärretyksi tuleminen mahdollisesti lisäsi potilaiden taipumusta kielteiseen ajatteluun. (Ibert ym. 2017, 3.)

Sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät kielteiset tekijät koskivat potilaiden mahdollisuutta tai sen puutetta olla vuorovaikutuksessa läheistensä kanssa. Mahdollisuus muiden ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa olemiseen koettiin hyvin tärkeäksi. Eräs potilas, jonka läheiset eivät vierailleet kertaakaan eristyshoidon aikana, kuvasi kokemustaan ”yksinäiseksi odottamiseksi ilman ketään kelle jutella” (*lonely wait with no one to talk to*) (Hwang ym. 2008, 20). Potilaiden läheiset saattoivat lopettaa tartuntaa pelätessään vierailemisen potilaiden luona, mikä johti hylätyksi tulemisen tunteisiin ja kokemuksiin olevansa ei-toivottu ja yhteisön ulkopuolinen. Potilaille oli hyvin raskasta huomata herättävänsä pelkoa muissa ihmisissä. (Barratt ym. 2010, 56; Skyman ym. 2010, 104.) Toisaalta osa potilaista, kantaessaan huolta tartunnan leviämisestä muihin potilaisiin, perheisiin tai ystäviin, kokivat suojainten käyttämisen sekä eristyksen tärkeinä (Barratt ym. 2010, 56–57). Tämä antoi potilaille tunteen eristyksen merkityksellisyydestä (Hwang ym. 2008, 21).

6.3 Muita huomioita ja havaintoja

Aiemmat kokemukset tartuntaeristyksestä olivat voimavara, joka mahdollisti potilaiden valmistautumisen tulevaan eristykseen. Vaikka potilailla oli erilaisia mielikuvia siitä, millaista uudelleen eristettynä oleminen tulisi olemaan, he kokivat olevansa valmiimpia ja tietävänsä mitä odottaa tulevalta eristykseltä sekä mitä heiltä eristyspotilaina vaadittaisiin. Myös potilaiden kokemukset esimerkiksi työelämästä saattoivat antaa valmiuksia eristykseen ja yksinäisyyden kohtaamiseen. Huolimatta potilaiden aiemmista samankaltaisista eristyskokemuksista heidän selviytymiskeinonsa ja tapansa käsitellä eristyskokemusta olivat keskenään hyvin erilaisia. Mikään yksittäinen keino tai tapa ei kuitenkaan ollut toimivampi suhteessa toisiin. (Hwang ym. 2008, 20–21.)

Vaikka eristyksellä on todettiin olevan kielteisiä psykologisia vaikutuksia, tutkimuksen mukaan alle viikon ajan eristyksessä olleiden potilaiden ja ei-eristetyn kontrolliryhmän kokeman ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden välillä ei ilmennyt eroavaisuuksia. Eristyspotilaiden ja kontrolliryhmän kokemukset hoidon laadusta ja omasta elämänlaadusta eivät myöskään eronneet toisistaan, vaan lyhytaikaisesti eristetyt potilaat olivat tyytyväisiä eristystoimiin ja saamaansa hoitoon. (Wassenberg, Severs & Bonten 2010, 79–81.)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaiden eristyskokemukseen liittyy lukuisia myönteisesti ja kielteisesti vaikuttaneita tekijöitä. Tärkeiksi osa-alueiksi nousivat erityisesti eristyshuoneen fyysinen ympäristö, vierailijat ja läheisten antama tuki, hoitohenkilökunnan työtavat sekä sairaudesta tiedottaminen.

Potilaiden kokemukset eristyksen fyysisestä ympäristöstä olivat keskenään hyvin samankaltaisia riippumatta heidän perussairauksistaan ja syistä eristykseen. He kuvasivat kokemustaan samalla tavalla niin myönteisesti kuin kielteisestikin. Eristyksen kokeminen vaikutti olevan yhteydessä tiedottamisen onnistumiseen. Potilaat, jotka eivät ymmärtäneet eristyksen syitä ja tarkoitusta, kokivat eristyshoidon kielteisempänä, jopa mielivaltaisena ja rangaistuksena. Osa potilaista kuitenkin koki eristyksen antavan myös mahdollisuuden omaan rauhaan ja yksityisyyteen. Eristyshuoneen varustelussa mahdollisuus internetin käyttöön ja uutisten seuraamiseen koettiin myönteisenä. Suomalaisissa sairaaloissa yhden hengen huoneiden varustelu on useimmiten varsin hyvä, mikä mahdollistaa nämä aktiviteetit. Eristyshuoneet ovat myös useimmiten ikkunallisia, mikä myös nousi aineistossa myönteiseksi tekijäksi.

Vierailijat ja sosiaalinen vuorovaikutus olivat poikkeuksetta tärkeä voimavara potilaille ja näiden puuttuminen koettiin hyvin raskaana. Eristyksen ja vierailijoiden puutteen aiheuttama kokemus yksinäisyydestä saattoi olla erityisen merkittävä tekijä esimerkiksi aasialaisissa kulttuureissa, jotka korostavat kollektiivisuutta ja yksilön roolia yhteisön jäsenenä.

Hoitohenkilökunnan tulisi antaa eristyspotilaille enemmän aikaa olla kontaktissa kanssaan, erityisesti jos potilailla käy vain vähän tai ei lainkaan vierailijoita.

Sairaanhoitajaliiton määrittelemien ammatillisten kompetenssien mukaan sairaanhoitajan tulisi hallita infektioiden torjunnan periaatteet ja osata perustella niiden merkitys (Sairaanhoitajaliitto 2015). Tulosten mukaan potilaat kokivat

henkilökunnan aseptisen osaamisen kuitenkin usein puutteelliseksi ja epäjohdonmukaiseksi, mikä aiheutti hämmennystä ja suuttumusta. Erityisesti sairaalahoidon aikana infektion saaneet potilaat kokivat tulleen loukatuiksi ja olivat pettyneitä hoitoon. Vaihtelevat työtavat ja suojainten käyttö saattaa antaa potilaille kuvan, että hoitohenkilökunta ei tiedä mitä tekee. Tämä saattaa pahentaa potilaiden käsityksiä sairautensa vakavuudesta ja tarttuvuudesta. Vaikka henkilökunnan eristyspotilaiden ja muiden potilaiden kanssa viettämässä ajassa ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa, kokivat eristyspotilaat saavansa hoitohenkilökunnalta vähemmän huomiota ja jopa heikompi laatuista hoitoa verrattuna muihin potilaisiin.

Onnistuneella tiedottamisella voidaan helpottaa eristyksen potilaissa ja heidän omaisissaan herättämää huolta ja ahdistusta. Tiedottaminen vaikuttaa myös eristyksen onnistuneeseen toteutumiseen kun potilaat ymmärtävät mikä heissä on tarttuvaa ja miten he voivat itse vaikuttaa tartunnan leviämiseen. Onnistunut eristyshoito toteutuu yhteistyössä potilaan kanssa. (Ylipalosaari ym. 2005, 651–652.) Tulosten mukaan tiedottamisessa ilmeni suurta vaihtelua. Huono tiedottaminen sairaudesta, sen syistä ja tarttuvuudesta johti suurempaan huoleen ja epävarmuuteen. Vastavuoroisesti onnistunut tiedottaminen helpotti potilaiden eristyskokemusta. Myös potilaiden läheiset tulisi huomioida sairaudesta tiedottaessa epäselvyyksien ja suoranaisen väärän tiedon oikaisemiseksi. Aineistossa nousi esiin potilaiden kokemus sosiaalisen vuorovaikutuksen merkittävästä vähenemisestä mahdollisten vierailijoiden kokeman tartunnan pelon vuoksi.

Tartuntaeristyspotilaiden kokemuksista ei Suomessa ole juurikaan tehty akateemista tutkimustyötä ja suomalaisten potilaiden eristyskokemusta tulisi selvittää tarkemmin.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkivaa kirjallisuuskatsausta koskevat eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muodostamiseen ja hyvän tutkimusetiikan noudattamiseen

kaikissa prosessin eri vaiheissa. Prosessin vaiheiden tarkka kuvaaminen opinnäytetyössä on keskeinen väline sen eettisyyden arvioinnissa.

Luotettavuuskysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen ja katsauksessa käytetyn aineiston valinnan perusteluihin, prosessin johdonmukaisuuteen ja kuvauksen argumentoinnin vaikuttavuuteen (Kangasniemi ym. 2013, 292).

Yhtenä kriteerinä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on refleksiivisyys. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana, arvioitava omaa vaikutustaan aineistonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä ilmoitettava tutkimusraportissa lähtökohtansa ja arvionsa vaikutuksesta. Tärkeää on myös tulosten siirrettävyys, mikä tarkoittaa riittävän kuvailevan tiedon antamista esimerkiksi tutkimukseen osallistujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta lukija voi arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 613.)

Tutkimusaineistosta saadut tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman rehellisesti ja suoraan jättämättä pois tai valikoimatta tietoa mielivaltaisesti. Koska kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto on kuitenkin valittu arvioimalla subjektiivisesti sen merkitystä tutkimuskysymyksen kannalta on vaarana aineiston valinnan ja tulkinnan aiheuttama vääristymä. Tämän kirjallisuuskatsauksen ollessa yhden henkilön toteuttama on mahdollisuus vääristymään aineiston valinnassa ja tulkinnassa suurempi kuin useamman henkilön toteuttamassa tutkimuksessa.

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaun prosessi on kuvattu ja sisäänotto- sekä poissulkukriteerit on esitetty kuvauksen yhteydessä. Liitteessä 1 olevassa taulukossa on kuvattu kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto ja keskeiset tulokset sekä mistä tietokannoista valittu aineisto on haettu. Aineistohaussa on hyödynnetty Diakonia-ammattikorkeakoulun informaation apua. Olen pyrkinyt dokumentoimaan aineiston hakua ja valintaa mahdollisimman tarkasti, jotta muut tutkijat voivat halutessaan toistaa tutkimustyöni ja tarkistaa saamani tulokset.

Jotta tatsauksen tulokset olisivat luotettavia olen pyrkinyt mahdollisimman tarkkaan käännökseen, josta tutkimustieto välittyisi sellaisenaan kadottamatta tai vääristämättä haastatteluissa esiin nousseiden sanojen ja käsitteiden erilaisia nyansseja kääntäessä niitä englannista suomeksi. Haastateltavien käyttämiä sanoja on esitelty tutkimuksessani suomen lisäksi myös alkuperäiskielellä, jotta lukijat voivat halutessaan arvioida käännöstyön luotettavuutta.

Tutkimuskysymyksen väljyys sekä aineiston laajuus ja kansainvälisyys saattoivat vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Aineisto käsitteli erilaisista syistä eristettyjä potilaita, mikä vaikuttaa tulosten siirrettävyyteen. Suuri osa tutkimusaineistosta on pienillä otoksilla toteutettuja laadullisia tutkimuksia, mikä on saattanut vaikuttaa luotettavuuteen. Toisaalta tutkimuksia oli paljon ja tulokset vaikuttivat olevan keskenään verrannollisia potilaiden kuvatessa kulttuuritaustastaan tai eristyksensä syistä huolimatta kokemuksiaan samalla tavalla. Potilaiden kokemukset vaikuttivat olevan aineiston kansainvälisyydestä huolimatta hyvin yhteneväisiä.

7.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aihetta etsiessäni olin jo kiinnostunut kirjallisuuskatsauksesta tutkimusmenetelmänä, sillä minua kiinnosti tutkimustiedon etsiminen, tulkitseminen ja sen pohjalta johtopäätösten tekeminen. Aihe valikoitui kuitenkin vasta keskustellessani työelämätahon kanssa eristyspotilaiden kokemuksia käsittelevän suomalaisen tutkimustiedon vähäisyydestä.

Suomenkielistä akateemista tutkimustietoa ei löytynyt, joten päädyin etsimään aineistoa lähinnä englanninkielisistä tietokannoista. Tiedonhaku oli ajoittain vaativaa käytettyjen hakusanojen ollessa osittain monitulkintaisia (esimerkiksi sana "isolation", joka tarkoittaa tartuntaeristyksen lisäksi myös sosiaalista eristäytymistä) ja antaessa täysin eri asioita käsitteleviä vastauksia. Tiedonhakuun ja tulosten rajaamiseen sain apua ja opetusta Diakonia-ammattikorkeakoulun informaatiolta.

Sisäänottokriteereiksi määrittelin, että aineiston tulee olla akateemisia alkuperäistutkimuksia, jotka oli julkaistu vertaisarvioituissa (*peer reviewed*) tieteellisissä julkaisuissa vuosina 2007–2017. Aineiston tuli käsitellä täysi-ikäisiä tartuntaeristyspotilaita, jolloin esimerkiksi psykiatriset ja lapsipotilaat rajautuivat pois.

Aineiston käsittely, kääntäminen ja tulkinta vei huomattavasti enemmän aikaa kuin alunperin arvioin, joten aikataulusta tuli lopulta varsin tiukka.

Tutkimuskysymys olisi voinut olla tarkemmin rajattu käsittelemään esimerkiksi vain tietyn sairauden takia eristettyjä potilaita. Huolimatta sisäänottokriteereistä aineistoa kertyi lopulta varsin paljon ja monipuolisesti.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä oli haastava, mutta mielenkiintoinen. Minulla ei ole aiempaa kokemusta tutkimustyön tekemisestä ja koen oppineeni tutkimusprosessin aikana paljon tiedonhausta ja aineiston käsittelemisestä. Koen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen kehittäneen myös kriittistä ajatteluani tutkimustiedon luotettavuuden ja laadun arvioinnissa sekä antaneen valmiuksia tutkimustyöhön.

Ammatillisen kehityksen näkökulmasta kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen syvensi tietojani tartuntaeristyksestä ja auttoi ymmärtämään potilaiden kokemuksia. Tämä mahdollistaa laadukkaamman eristyshoitotyön toteuttamisen huomioimalla paremmin potilaiden näkökulma.

LÄHTEET

- Anttila, Veli-Jukka; Kalima, Sointu & Ristola, Matti 2000. Neulanpistotapaturmat työssä. Aikakauskirja Duodecim, 116 (20), 2217–2225.
- Barratt, Ruth; Shaban, Ramon & Moyle, Wendy 2010. Behind Barriers: Patients' Perceptions of Source Isolation for Methicillin-resistant 'Staphylococcus aureus' (MRSA). Australian Journal of Advanced Nursing, The, 28 (2), 53–59.
- Farmasialiitto 2017. Rokottamattomuus uhkaa jo koulujen laumasuojaa. Viitattu 22.11.2017.
<https://www.farmasialiitto.fi/uutissivu/rokottamattomuus-uhkaa-jo-koulujen-laumasuojaa.html>
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri i.a. Infektioidentorjuntaohjeet. Viitattu 18.9.2017. <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoito-ohjeet/infektioidentorjuntaohjeet/Sivut/default.aspx>
- Hwang, Chung Cheng; Lee, Xue Qin & Ho, Kea Tee 2008. An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders. Singapore Nursing Journal, 35 (1). 15-23.
- Ibert, Fabienne; Eckstein, Monika; Günther, Frank & Mutters, Nico 2017. The relationship between subjective perception and the psychological effects of patients in spatial isolation. GMS Hygiene and Infection Control, 12.
- Jonsson, Anne; Karhumäki, Eliisa & Saros, Marita 2005. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25, 291–301.
- Kujala, Pekka 2011. Eristäminen ja varotoimet. Teoksessa Hedman, Klaus; Heikkinen, Terho; Huovinen, Pentti; Järvinen, Asko; Meri, Seppo & Vaara, Martti (toim.) Infektiosairaudet. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim. 320–326.

- Kylmä, Jari; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Aikakauskirja Duodecim, 119 (7), 609–615.
- Pacheco, Monica; Spyropoulos, Vanessa; & Caron, Isabelle 2010. The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families. Canadian Journal of Infection Control, 25 (3).
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016. Suojaeristysohje. Viitattu 25.10.2017. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioohjeet/Suojaeristysohje\(51308\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioohjeet/Suojaeristysohje(51308))
- Ruutu, Petri & Lyytikäinen, Outi 2011. Teoksessa Hedman, Klaus; Heikkinen, Terho; Huovinen, Pentti; Järvinen, Asko; Meri, Seppo & Vaara, Martti (toim.) Infektiosairaudet. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim: 267–269.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Viitattu 30.11.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Salminen, Ari 2001. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. Vaasa.
- Skyman, Eve; Thunberg Sjöström, Harriet & Hellström, Lisbeth 2010. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. Scandinavian journal of caring sciences, 24 (1), 101-107.
- Soon, Margaret Mei Ling; Madigan, Elizabeth; Jones, Katherine & Salata, Robert 2013. An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore. American journal of infection control, 41 (10), e111-e113.
- Syrjälä, Hannu 2005. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintymiseen vaikuttaa? Teoksessa Hellstén, Soile (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 19–35.
- Tartuntatautilaki 1227/2016, 21.12.2016. Viitattu 25.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Pikkulasten rokotuskattavuus on Suomessa hyvä, mutta tuhkarokkoepidemiat ovat mahdollisia.

Viitattu 22.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/-/pikkulasten-rokotuskattavuus-on-suomessa-hyva-mutta-tuhkarokkoepidemiat-ovat-mahdollisia>

Wassenberg, M. W. M.; Severs, D. & Bonten, M. J. M. 2010. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. Journal of hospital infection, 75 (2), 124-127.

Webber, Kristine; Macpherson, Sherry; Meagher, Angela; Hutchinson, Susan & Lewis, Blair 2012. The Impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center. Rehabilitation nursing, 37 (1), 43-50.

Ylipalosaari, Pekka; Mäkeläinen, Riitta & Kujala, Pekka 2005. Potilaan eristäminen infektioiden torjunnassa. Teoksessa Hellstén, Soile (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 647–662.

Taulukko 1. Kuvaus kirjallisuuskatsauksen aineistosta.

Artikkeli	Tekijät, vuosi, maa	Tietokanta	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskohteet	Tutkimusmetodi	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Behind Barriers: Patients' Perceptions of Source Isolation for Methicillin-resistant 'Staphylococcus aureus' (MRSA).	Barratt, Ruth; Shaban, Ramon & Moyle, Wendy 2010. Uusi-Seelanti.	CINAHL® Full Text	Tutkia MRSA-eristyspotilaiden kokemuksia akuutissa sairaalahoidossa N=10, yli 3 päivää kosketuseristyksessä olleita aikuispotilaita, ikäjakauma 46-78 vuotta	Haastattelu	Vaikka MRSA:n takia eristetyksi tuleminen koettiin kielteisenä kokemuksena, suurin osa tutkimukseen osallistuneista löysi myönteisiä puolia yhden hengen huoneesta. Tutkimuksessa nousi esiin kolme keskeistä teemaa: MRSA-positiivisuus (<i>Being MRSA positive</i>), muiden ihmisten kanssa oleminen (<i>Being with others</i>) ja neljän seinän sisällä eläminen (<i>Living within four walls</i>). Tutkimukseen osallistuneille potilaille eristys loi esteitä oman identiteetin ilmaisemiselle ja normaaleille vuorovaikutussuhteille muiden ihmisten kanssa. MRSA:n koettiin vaikuttavan kielteisesti myös hoidon laatuun.
An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders.	Hwang, Chung Cheng; Lee, Xue Qin & Ho, Kea Tee 2008. Singapore.	CINAHL® Full Text	Selvittää miten hoitohenkilökunta voi myönteisesti vaikuttaa eristyskokemukseen N=4, hematologisia potilaita, ikäjakauma 27-58 vuotta	Haastattelu	Perheen ja läheisten antama tuki ja vierailijat sekä kontakti eristyksen ulkopuoliseen maailmaan helpottivat huomattavasti tutkimukseen osallistuneiden eristyskokemusta. Internet koettiin hyvänä tapana seurata ulkopuolisen maailman tapahtumia. Aiemmat eristyskokemukset vaikuttivat potilaiden kykyyn käsitellä eristystä. Hoitajilla oli tärkeä rooli potilaiden tukemisessa ja tiedottamisessa.

<p>The relationship between subjective perception and the psychological effects of patients in spatial isolation.</p>	<p>Ibert, Fabienne; Eckstein, Monika; Günther, Frank & Mutters, Nico 2017. Saksa.</p>	<p>PubMed</p>	<p>N=32, ikäjakauma 22-75 vuotta, eristyksessä 1–300 päivää (keskimäärin 62,5 päivää)</p>	<p>Kyselytutkimus</p>	<p>Eristyksen kestolla ja tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kokemalla ahdistuneisuudella oli tilastollisesti merkittävä korrelaatio. Hoitohenkilökunnan kanssa kontaktissa olemisella ja kielteisellä ajattelulla oli korrelaatio. Arveltiin, että hoitohenkilökunta ei osannut kommunikoida toivotulla tavalla potilaiden kanssa ja tunnistaa näiden kokemaa ahdistusta tai masentuneisuutta. Myös potilaiden riippuvuussuhde hoitohenkilökuntaan saattoi vaikuttaa asiaan. Potilaiden selviytymiskeinoilla ei välttämättä ollut myönteistä vaikutusta heidän kokemaansa ahdistukseen.</p>
<p>The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families.</p>	<p>Pacheco, Monica; Spyropoulos, Vanessa; & Caron, Isabelle 2010. Kanada.</p>	<p>CINAHL® Full Text</p>	<p>Tutkia <i>Clostridium difficile</i> –positiivisten potilaiden ja näiden perheiden kokemusta eristyksestä N=5, <i>C. difficile</i> –kantajia, aikuispotilaita, ikäjakauma 52-80 vuotta</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Yksinäisyys oli keskeinen teema potilaiden eristyskokemuksessa, erityisesti vierailijoiden puuttuessa. Potilaat ja heidän läheisensä kokivat epätietoisuutta sairauden kehityssuunnasta eivätkä aina ymmärtäneen sairauden tartuntatapaa, mikä johti eristystoimia ja suojainhoitoa koskevaan ylivalppauteen ja varovaisuuteen. Tiedotus koettiin vajavaiseksi. Henkilökunnan työskentelytavat ja eristysohjeiden noudattaminen koettiin epä johdonmukaisina, mikä herätti huolta niin potilaissa kuin heidän perheissäänkin.</p>

Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.	Skyman, Eve; Thunberg Sjöström, Harriet & Hellström, Lisbeth 2010. Ruotsi.	CINAHL® Full Text	Tutkia vuosina 1997–2001 sairaalahoidon aikana MRSA-tartunnan saaneiden ja eristykseen joutuneiden potilaiden kokemuksia vuosina N=6, ikäjakauma 35-76 vuotta, vähintään viikon ajan eristyksessä, ei lapsia tai hyvin sairaita tai muistihäiriötä sairastavia	Haastattelu	Sairaalainfektion saaneet potilaat tunsivat itsensä häväistyiksi. Eristyskokemusta luonnehdittiin traumaattiseksi, joskin hyväksyttäväksi potilaiden kokiessa olevansa vastuussa sairauden leviämisen estämisessä. Potilaat kokivat eristyksessä ollessaan, etteivät saaneet samantasoista hoitoa kuin muut potilaat. Henkilökunnan, perheenjäsenten ja muiden potilaiden kielteiset reaktiot tartuntataudin saaneisiin potilaisiin satuttivat. Potilaat sekä henkilökunta tarvitsevat lisää tietoa ja ymmärrystä MRSA:sta.
An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore.	Soon, Margaret Mei Ling; Madigan, Elizabeth; Jones, Katherine & Salata, Robert 2013. Singapore.	ProQuest	Tutkia kosketuseristyksen psykologisia vaikutuksia monilääkeresistenttejä mikrobeja kantavissa potilaissa. N=40, 20 kosketuseristyspotilasta sekä kontrolliryhmä 20 ei-eristettyä sairaalapotilasta	Kyselytutkimus, haastattelu, henkilökunnan ja potilaiden välisten toimintojen tarkkailu	Kosketuseristyspotilailla ilmeni stressiä sekä ahdistuneisuus- ja masennusoireita. Perheen ja läheisten antaman tuen puutteella ilmeni yhteys masennusoireisiin. Suurin osa eristyspotilaista koki saavansa vähemmän ja heikompilempää hoitoa kuin muut potilaat. Potilaat kokivat suuttumusta, tylsistymistä, yksinäisyyttä, pelkoa ja tarvetta sairautta koskevalle lisätiedottamiselle. Hoitohenkilökunnan eristyspotilaiden kanssa viettämä aika oli lyhyempi kuin ei-eristettyjen potilaiden kanssa.

Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients.	Wassenberg, M. W. M.; Severs, D. & Bonten, M. J. M. 2010. Hollanti. Google Scholar	CINAHL® Full Text, Google Scholar	Tutkia lyhytaikaisen (alle viikon mittaisen) eristyksen psykologisia vaikutuksia potilaisiin ja potilaiden vaikutelmia eristyksestä. N=126, joista 42 eristyspotilaita ja 84 kontrolliryhmää	Kyselytutkimus	Lyhytaikaisesti eristettyjen potilaiden ja kontrolliryhmän kokeman ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden välillä ei ilmennyt eroja. Eristyspotilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä eristystoimiin ja saamaansa hoitoon.
The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center.	Webber, Kristine; Macpherson, Sherry; Meagher, Angela; Hutchinson, Susan & Lewis, Blair 2012.	ProQuest	Tutkia kuntouttavassa hoidossa olevien MRSA-kantajien kokemuksia MRSA:sta ja eristyksestä N=9, ikäjakauma 50-70, vähintään kuukauden eristyksessä, MRSA-kantajia	Toiminnallinen tutkimus, haastattelu	Tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli vaihtelevasti tietoa MRSA:sta ja eristystoimista. Eristys vaikutti johtavan laskevan potilaiden itsetuntoa ja aiheutti leimautumisen kokemuksia. Hoitohenkilökunnan epäjohtonmukaisuus eristystoimien ja suojainhoidon noudattamisessa herätti suuttumusta. Eristyskäytäntö koettiin epäreiluna. Potilaat kokivat, että hoitohenkilökunta ei tiedota potilaita ja omaisia tarpeeksi MRSA:sta ja eristyskäytännöistä.