

SAIRAANHOITAJIEN OSAAMINEN JA SUHTAUTUMINEN
KOSKETUSERISTYSTÄ TARVITSEVAN POTILAAN
HOITOTYÖHÖN
Kyselytutkimus

Emilia Airovuo

Laura Alatalo

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

Tekijät: Airovuo, Emilia & Alatalo Laura

Opinnäytetyön nimi: Sairaanhoitajien osaaminen ja suhtautuminen kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitotyöhön

Työn ohjaajat: Elsa Manninen, Tuula Nissinen & Markus Karttunen

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 65 + liitteitä 22

Kosketuseristyksellä tarkoitetaan potilaan eristämistä eristystilaan, oikeaoppisen käsihygienian toteuttamista, oikeiden suojavarusteiden valitsemista ja käyttöä, oikeaoppista hoito- ja tutkimusvälinehuoltoa sekä aseptista toimintaa. Kosketuseristyksen teho riippuu oleellisesti sen onnistuneesta toteutumisesta. Eristysten periaatteet ja käytännön toimet eristystä tarvitsevan potilaan hoidossa tulee olla helposti saatavilla hoitokäytäntöjen omaksumisen onnistumiseksi. Sairaanhoitajien suhtautuminen on sidoksissa teoreettiseen tietoon ja käytännön taitoihin. Tiedon saatavuus edesauttaa positiivista suhtautumista kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien osaamista ja suhtautumista kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Tutkimuksessa osaaminen määriteltiin arvioksi omasta osaamisesta, tiedoista ja toiminnasta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Tutkimusongelmat ja mittariin tehdyt kysymykset johdettiin tutkimuksen tarkoituksesta.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla keväällä 2011 Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) medisiinisen, lasten ja naisten sekä operatiivisen vastuualueiden sairaanhoitajilta. Kysely toimi Webropol-alustalla OYS:n Intranetissä. Kysely suoritettiin kokonaisotannalla (n=1173) ja siihen vastasi 270 sairaanhoitajaa. Vastausprosentiksi muodostui 23 %. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 17 -tilasto-ohjelmalla. Tutkimustuloksia havainnollistettiin taulukoina.

Tässä tutkimuksessa selvisi, että sairaanhoitajilla on hyvä teoreettinen tietopohja siitä, kuinka tulisi käyttäytyä ja toimia kosketuseristystilanteessa. Suurimpana ongelmana sairaanhoitaja kokivat, että tilat ja huoneet eivät olleet tarkoituksenmukaisia kosketuseristyksen toteuttamiselle. Myös kiire vaikutti hoitotyöhön ja sen laatuun. Sairaanhoitajien suhtautuminen kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön oli hyvin vaihtelevaa. Yli puolet sairaanhoitajista hoitaisi mieluummin potilaita, jotka eivät ole kosketuseristyksessä. Sairaanhoitajat kaipaavat koulutusta ja ohjeita kosketuseristyskäytännöistä sekä potilaan ja omaisten ohjaamisesta.

Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että mitä enemmän tukea ja ajankohtaista tietoa sairaanhoitajat saavat kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön, sitä positiivisemmin he suhtautuvat sen toteuttamiseen. Tiedon lisääntyminen varmentaa osaamista ja hälventää ennakkoluuloja. Tutkimustulosten pohjalta voidaan arvioida ja kehittää kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitokäytäntöjä. Lisäksi voidaan arvioida henkilökunnan ohjeistuksien ja kouluttamisen kehittämistarpeita kosketuseristyskäytäntöihin liittyen.

Asiasanat: Sairaanhoitaja, osaaminen, suhtautuminen, kosketuseristys, eristäminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Airovuo, Emilia & Alatalo, Laura
Title of thesis: Contact Isolation Patient: Skills and Attitudes of Nurses
Supervisors: Elsa Manninen, Tuula Nissinen and Markus Karttunen
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011
Number of pages: 65 + appendix pages 22

Contact isolation refers to the placing of a patient to a private room, choosing and using the right kind of protective equipment, paying attention to hand hygiene, special handling of contaminated articles and aseptic working processes. The availability of adequate theoretical information is the key to the successful implementation of contact isolation.

This thesis was conducted in co-operation with the Infection Control Unit of Oulu University hospital (OYS). The objective of this thesis was to describe the skills and attitudes of nurses caring for contact isolation patients.

The study was a quantitative retrospective investigation, and the material was gathered using an on-line Webropol based questionnaire available to informants on the OYS staff intranet during the spring of 2011. The questionnaire was available to 1173 nurses, of which 270 participated in the study, making the percentage for participation 23%. The material was analysed using SPSS for Windows 17 Programme.

According to the results, the nurses had good theoretical understanding of contact isolation. The nurses felt that the biggest obstacle to the correct implementation of contact isolation was the lack of appropriate patient rooms and shortage of staffing and time resources. The nurses also felt that they needed more training and guidelines about contact isolation practices and how to instruct patients and their relatives.

In conclusion, the more information the nurses had about the correct way of implementing contact isolation, the more positive their attitudes were towards nursing contact isolation patients. The results of this research serve as a basis for the evaluation and development of contact isolation guidelines and the evaluation of staff skills and need of training.

Keywords: Nurse, skills, attitudes, contact isolation

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	6
1 JOHDANTO.....	8
2 SAIRAAHOITAJIEN OSAAMINEN JA SUHTAUTUMINEN	
KOSKETUSERISTYSTÄ TARVITSEVAN POTILAAN HOITOTYÖHÖN	10
2.1 Kosketuseristyksessä hoidettavat sairaudet	10
2.2 Tavanomaiset varotoimet kosketuseristuksen perustana	12
2.3 Sairaanhoitajien osaaminen kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitotyössä	15
2.4 Sairaanhoitajien suhtautuminen kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitotyöhön	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	21
4.1 Metodologiset lähtökohdat	21
4.2 Kohdejoukko.....	22
4.3 Mittarin laadinta.....	22
4.4 Tutkimusaineiston keruu	25
4.5 Tutkimusaineiston analysointi ja kuvaaminen.....	26
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	29
5.1 Vastaajien taustatiedot	29
5.2 Sairaanhoitajien arvio omasta osaamisestaan kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä	32
5.2.1 Sairaanhoitajien tiedot kosketuseristyskäytännöistä.....	36
5.2.2 Sairaanhoitajien toiminta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä	37
5.3 Sairaanhoitajien suhtautuminen kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön	41
5.4 Kosketuseristyksessä olevan potilaan hoidon kehittämishaasteet	46
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	52
6.1 Sairaanhoitajien arvio omasta osaamisestaan kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä	52

6.1.1 Sairaanhoidajien tiedot kosketuseristyskäytännöistä.....	53
6.1.2 Sairaanhoidajien toiminta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä	54
6.2 Johtopäätökset sairaanhoidajien osaamisesta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä	55
6.3 Johtopäätökset sairaanhoidajien suhtautumisessa kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitotyöhön	57
7 POHDINTA	59
7.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti.....	59
7.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	62
7.3 Ammatillinen kasvu.....	63
7.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet	65
LÄHTEET.....	66
LIITTEET	75

LIITE 1. Kyselylomake

LIITE 2. Taustatekijät

LIITE 3. Esisaatekirje

LIITE 4. Saatekirje

LIITE 5. Osasto, jolla vastaaja työskentelee

LIITE 6. Osaamista mittaavat kysymykset

LIITE 7. Tietotesti

LIITE 8. Toimintaa mittaavat kysymykset

LIITE 9. Suhtautumista mittaavat kysymykset

LIITE 10. Tutkimustaulukko

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIO 1. Tavanomaiset varotoimet.....	12
TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	28
TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	30
TAULUKKO 3. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	30
TAULUKKO 4. Tiedän, milloin kosketuseristystä tarvitaan	31
TAULUKKO 5. Tiedän, miten tulee toimia siivotessani kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan eritetahroja.....	32
TAULUKKO 6. Osaan ohjata kosketuseristyksessä olevan potilaan vieraita, miten heidän tulisi suojautua ja toimia	33
TAULUKKO 7. Löydän Intranetistä PPSHP:n laatimat ohjeet kosketuseristysten käytännöistä eri tilanteissa	34
TAULUKKO 8. Osaan ohjata kosketuseristyksessä olevaa potilasta, miten hänen tulisi toimia eristyksessä	35
TAULUKKO 9. Ohjaan kosketuseristyksessä olevaa potilasta käyttämään käsidesinfektiota	37
TAULUKKO 10. Havaitsen puutteita toteuttaessani käsihygieniää.....	38
TAULUKKO 11. Käytän suojakäsineitä mennessäni kosketuseristyksessä olevan potilaan huoneeseen	38
TAULUKKO 12. Haen tietoa kosketuseristyskäytännöistä OYS:n intranetistä asianmukaisen eristuksen toteuttamiseksi	39
TAULUKKO 13. Käytän käsikoruja, kelloa tai rakennekynsiä hoitotyössä	40
TAULUKKO 14. Koen, ettei kosketuseristyksessä oleva potilas saa yhdenvertaista hoitoa muihin potilaisiin verrattuna.....	41
TAULUKKO 15. Mielestäni käsikorujen, kellon tai rakennekynsien käyttö potilastyössä ei ole este käsihygienian toteutumiselle.....	42
TAULUKKO 16. Mielestäni kiire estää minua toteuttamasta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hyvää hoitoa.....	42
TAULUKKO 17. Hoitaisin mieluummin potilaita, jotka eivät ole kosketuseristyksessä.....	43
TAULUKKO 18. Olen huolissani, että minuunkin tarttuu se,	

mitä potilaalla on	44
TAULUKKO 19. Koen saavani esimieheltäni tukea kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön liittyen.....	45

1 JOHDANTO

Valtaosa sairaalatartuntoja aiheuttavista mikrobeista leviää kosketuksen välityksellä. Kosketustartuntatien katkaisu on tärkein osa infektioiden torjuntaa ja tavanomaisia varotoimia. (Vuento 2010, 55; Ylipalosaari & Keränen 2010, 193; Lyytikäinen, Lumio, Sarkkinen, Kolho & Ruutu 2000, 4483.) Resistentit bakteerikannat luovat paineita kosketuseristystä tarvitsevien infektioiden torjunnalle ja ehkäisylle sekä riittävälle käsihygienian toteutumiselle (Summary of the Evidence on Patient Safety 2008; Kinnunen & Peltomaa 2009, 90).

Potilaan eristämällä kosketuseristykseen ei tarkoiteta pelkästään potilaan sulkemista eristystilaan, vaan myös oikeaoppisen käsihygienian toteuttamista, oikeiden suojavarusteiden valitsemista ja käyttöä, oikeaoppista hoito- ja tutkimusvälinehuoltoa sekä aseptista toimintaa. Potilaan sijoittaminen eristykseen vaatii tilajärjestelyjä, lisätyötä, ylimääräisiä välineitä sekä tarvikkeita. Eristystoimien tulee olla riittäviä ja ne on sopeutettava sujuvasti potilaan muuhun hoitoon, hoidon tarpeeseen sekä aseptisiin työtapoihin. Kosketuseristyksen teho riippuu oleellisesti sen onnistuneesta toteutumisesta. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 193–195.)

Sairaanhoitajalla on velvollisuus hoitaa kaikkia ihmisiä tasa-arvoisesti (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996; Haho 2008, 40). Kosketuseristystä tarvitsevan potilaan tulisi saada täysin samaa hoitoa kuin tavallisella osastopaikalla olevan potilaan. Sairaanhoitajien negatiivinen suhtautuminen on sidoksissa riittämättömään teoreettiseen tietoon ja huonoihin käytännön taitoihin. Eristyksen periaatteet ja käytännön toimet eristystä tarvitsevan potilaan hoidossa tulisi olla helposti saatavilla hoitokäytäntöjen omaksumisen onnistumiseksi. Tiedon saatavuus edesauttaa positiivista suhtautumista. (Seppä 2003, 94.) Tärkeää on, ettei potilaan hoidon taso laske eristyksen vuoksi (Ylipalosaari & Keränen 2010, 193–195).

Eristyksessä olleet potilaat esittivät muita useammin tyytymättömyyttä hoidon tasoon, kommunikaatioon, hoitohenkilökunnan saatavuuteen, inhimilliseen kohteluun sekä ympäristön puhtauteen (Kinnunen ym. 2009, 90). Kosketuseristyskäytäntöjen kehittämistarpeet kohdentuvat sekä hoitotyöntekijöiden että potilaiden tiedon lisäämiseen. Täy-

dennyskoulutuksia tulisi olla runsaasti tarjolla ja niiden pitäisi olla valtakunnallisesti yhteneväistä. Hygieniahoitajien asiantuntemusta ja viimeisintä tietoa suositusten mukaisiin hoitokäytäntöihin tulisi hyödyntää varauksetta ja tehokkaasti. Toisaalta hoitotyöntekijöiden oman toiminnan kriittistä tarkastelua ja itsearviointia tulisi kehittää ja ylläpitää. Potilaiden pelkoa ja ahdistusta tulisi vähentää asianmukaisella tiedolla ja ohjauksella. Käsihygienian käsitteiden tulisi olla kaikille helposti saatavilla ja ymmärrettäviä. Tartuntojen torjunnassa tarvitaan ensisijaisesti aseptista omatuntoa. (Silander 2010, 12–15; Teirilä, Kujala, Elomaa, & Syrjälä 2005, 677.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien osaamista ja suhtautumista kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa osaaminen määriteltiin arvioksi omasta osaamisesta, tiedoista ja toiminnasta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Tutkimusongelmat ja mittarin kysymykset johdettiin tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimusjoukoksi valikoitui synnytyksien, naistentautien ja genetiikan, yhteispäivystyksen, kardiologian, syöpätautien ja hematologian, neurologian, ihotautilien ja geriatrian, sisätautien ja keuhkosairauksien, anestesian ja tehohoidon, pään ja kaulan sairauksien ja pehmytkudoskirurgian sekä tukielin- ja neurokirurgian sairaanhoitajat.

Tämän tutkimuksen aiheen valintaan vaikuttivat infektioiden torjunnan ajankohtaisuus ja sen tärkeys hoitotyössä tänä päivänä. Aiheen valintaan vaikutti myös oma kiinnostus infektioiden torjuntaan. Tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineiston keruuta suunniteltiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan infektioiden torjuntayksikön kanssa. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka toimi Webropol-alustalla OYS:n Intranetissä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitotyöhön liittyen. Tutkimustulosten pohjalta voidaan arvioida ja kehittää kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitokäytäntöjä. Lisäksi voidaan arvioida henkilökunnan ohjeistuksien ja kouluttamisen kehittämistarpeita kosketuseristyskäytäntöihin liittyen. Henkilökohtaisena tavoitteena on saada kokemusta tutkimustyön toteuttamisesta. Hoitokäytäntöjen kehittämiskohteiden selvittäminen tukee osaltaan omaa ammatillista kasvua sairaanhoitajina. Ellei riittävää tietoa eristämisestä ole, sen oikeaoppinen toteuttaminen on sattumanvaraista. Teoreettinen tieto on osaamisen ja käytännön toteutuksen perusta.

2 SAIRAANHOITAJIEN OSAAMINEN JA SUHTAUTUMINEN KOSKETUSERISTYSTÄ TARVITSEVAN POTILAAN HOITOTYÖHÖN

2.1 Kosketuseristyksessä hoidettavat sairaudet

Tartunnalla tarkoitetaan taudin aiheuttajan siirtymistä yksilöstä toiseen. Tartunnat jaetaan sisäsyntyisiin ja ulkosyntyisiin. Sisäsyntyisessä tartunnassa mikrobipitoisen kudoksen bakteereita on joutunut tai kuljetettu alueelle, jossa niitä ei normaalisti olisi, kuten virtsakatetroinnin yhteydessä. Ulkopuolisessa tartunnassa henkilö on saanut tartunnan ympäristöstä tai muista ihmisistä. Joissakin tapauksissa tutkimus- ja hoitovälineet saattavat olla infektioiden lähde. Yleensä sairaalatartunnoissa tartunnan lähteenä on potilas, henkilökuntaan kuuluva tai joskus vierailija, jolla voi olla oireinen, itämisvaiheessa tai toipilasvaiheessa oleva tartuntatauti. Tavallisimmin hoitoon liittyvä, kosketuseristystä tarvitseva infektio saa alkunsa potilaan omista bakteereista tai potilaaseen sairaalahoidossa tulleista bakteereista. (Vuento 2010, 53–54.)

Tartuntatapa voi olla suora eli välitön, jolloin mikrobit siirtyvät suoraan henkilöstä toiseen kosketuksen tai pisaroiden kautta. Epäsuorassa eli välillisessä tartunnassa tartunnan lähteenä oleva henkilö kontaminoi mikrobeillaan hoito- tai tutkimusvälineet, ovenkahvat tai muut ympäristön pinnat. Tällainen välillinen tartunta voidaan todeta joko yksittäisten infektioiden yhteydessä tai epidemiatilanteessa. Potilaan eritteissä, kuten haavaeritteessä ja ulosteessa, bakteerimäärät ovat suuria ja käsillä tapahtuva kontaminaatio tapahtuu helposti. (Vuento 2010, 54–55.) Jos potilaalla todetaan tai epäillään olevan suoran tai epäsuoran kosketuksen välityksellä leviäviä sairauksia, käytetään kosketuseristystä. Kosketuseristyksen tarkoituksena on katkaista kosketustartuntatie ja estää infektioiden leviäminen. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 188; Stein, Makarawo & Ahmad 2003, 68–72.)

Kosketuseristystä tarvitsevia sairauksia ovat moniresistentit bakteerit, MRSA, VRE ja ESBL, erittävä absessi, haava- tai ihoinfektio, hengitystieinfektiot, suolistoinfektiot, *Clostridium difficile*, vyöruusu, täit sekä syyhy. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 188).

MRSA tulee sanoista metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus*. Metisilliiniä käytettiin aikoinaan stafylokokkibakteerien hoidossa, jolle stafylokokit kehittivät vastustuskyvyn eli resistentin. MRSA -kannat ovat resistenttejä kaikille penisilliiniryhmän antibiooteille. MRSA aiheuttaa yleisesti haavainfektioita ja verenkiertoon päästyään vaikeita yleisinfektioita. (Huovinen 2009.) VRE on vankomysiinille vastustuskykyinen enterokokkibakteeri. Enterokokkibakteeri kuuluu ihmisen suoliston normaaliin bakteeriflooraan. VRE on merkittävä virtsatie-, haava- ja yleisinfektioiden aiheuttaja. Sen taudinaiheuttamismekanismi on kuitenkin varsin vähäinen terveille ihmisille. ESBL (extended-spectrum beta-lactamases) on laajakirjoista beeta-laktamaasia tuottava enterobakteeri. (Vuopio-Varkila & Kotilainen, 2010.) ESBL- kannat ovat resistenttejä penisilliini-, kefalosporiini-, ja monobaktaamiryhmien mikrobilääkkeille. Suomessa yleisimmät ESBL-kannat ovat *E. coli* bakteereita. (Anttila, Meurman & Vaara 2010, 453.)

Potilas hoidetaan kosketuseristyksessä, kun hänellä on runsaasti erittävä haava, ihoinfektio tai abskessi. Haavainfektion diagnoosi perustuu oireisiin sekä haavasta otettuihin bakteeriviljelyihin. Hengitystieinfektiot, jotka leviävät kosketuksen välityksellä, hoidetaan kosketuseristyksessä. Tällaisia ovat esimerkiksi RSV-, parainfluenssavirus-, enterovirusinfektio pikkulapsella tai immunosuprimoidulla potilaalla. (Koli 2010.)

Suolistoinfektion alkuvaiheessa taudinaiheuttajaa ei tunneta. Kosketuseristyksessä hoidetaan jokainen potilas, jolla epäillään olevan tarttuva oksennusripulitauti. Hoitava lääkäri arvioi potilaan ulostenäytteen tarpeen. (Tarttuvaa oksennus-ripulitautia sairastavien potilaiden kosketuseristys 2009.) *Clostridium difficile* on itiöitä muodostava suolistobakteeri, jonka muodostamien toksiinien erittyminen suoleen aiheuttaa ripulin. Kosketuseristystä tarvitsevat kaikki potilaat, joilla epäillään tai on todettu *Clostridium*-ripulia. (*Clostridium difficile*- potilaiden kosketuseristys OYS:n vuodeosastoilla 2009.)

Vyöruusu on vesirokkoviruksen aiheuttama paikallinen infektio. Vesirokkovirus on helposti tarttuva ja leviää kosketustartuntana suoraan henkilöstä toiseen tai kontaminoituneiden pintojen välityksellä sekä ilmatartuntana. Viruksen itämisaika on 10 - 12 vuorokautta, minkä jälkeen puhkeaa rakkulainen ihottuma. Potilas voi tartuttaa muita jo 2 - 4 vuorokautta ennen ihottuman puhkeamista ja sen jälkeen noin viikon rakkuloiden rupeutumiseen saakka. Vyöruusua sairastavilla potilailla käytetään kosketuseristystä, kos-

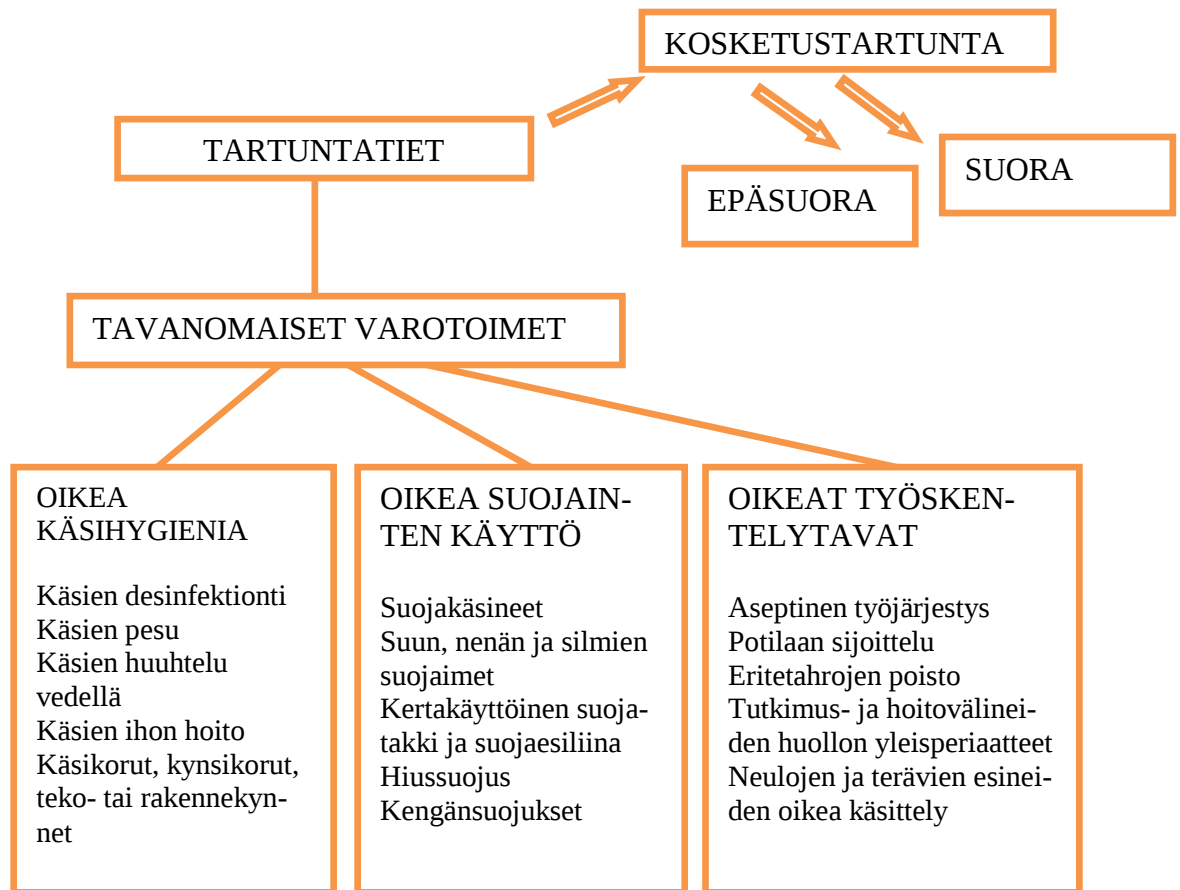
ka vesirokkovirus saattaa olla henkeä uhkaava potilaalle, joka ei ole aiemmin sairastanut virusta. (Haanpää 2010; Lauhio & Anttila 2009.)

Syyhypunkin aiheuttama syyhy on ihotauti, jonka yleisimpänä oireena on kova iltakutina. Syyhy tarttuu ihokosketuksessa paljaalta iholta toiselle ja välillisesti vuode- ja käyttövaatteista, tavarosta ja pinnoilta. Syyhy voi aiheuttaa epidemioita, siksi sen hoidossa on tärkeä käyttää kosketuseristystä. (Syyhy laitoshoidossa ja syyhy-potilaan kosketuseristys 2009.) Syyhyn tavalla myös tait tarttuvat helposti kosketuksen avulla vaatteiden ja tavaroiden kautta. Myös tällöin käytetään kosketuseristystä. (Salonen 2010, 490.)

2.2 Tavanomaiset varotoimet kosketuseristyksen perustana

Tavanomaisilla varotoimilla tarkoitetaan hyviä hoitokäytäntöjä mikrobien tartuntateiden katkaisemiseksi potilaan hoidossa. Hoitokäytäntöjen tarkoituksena on torjua mikrobien siirtymistä potilaasta, työntekijästä, hoidossa käytettävistä työvälineistä tai hoitoympäristön välityksellä toisiin potilaisiin tai työntekijään itseensä. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185.)

Tavanomaiset varotoimet (Kuvio 1.) perustuvat oikeaoppiseen käsihygieniaan, tarvittavien suojaimien käyttöön sekä oikeisiin toimintatapoihin. Oikeisiin toimintatapoihin kuuluvat niin pisto- ja viiltovahinkojen esto kuin oikea yskimisetikettikin. Tavanomaiset varotoimet ovat perustana eristysluokissa käytettäville lisävarotoimille. Kosketuseristys eroaa tavanomaisesta varotoimesta kahdella eri tavalla. Potilas sijoitetaan omaan huoneeseen eli tilaeristetään ja suojakäsineitä käytetään aina. (Syrjälä 2010, 28; Ylipalosaari & Keränen 2010, 185–187.)



KUVIO 1. Tavanomaiset varotoimet (Jakobsson, Teirilä & Holttinen 2007)

Potilasta hoitava lääkäri päättää potilaan hoitamisesta kosketuseristyksessä. Erillinen huone estää tartunnan mahdollisuutta infektioiden torjunnassa rajaamalla mikrobikolonisaatiota pienempään tilaan. Samaa infektiota sairastavat potilaat tai saman mikrobin kantajat voidaan yleensä sijoittaa samaan huoneeseen. Käytännössä yhden hengen huone kuitenkin usein helpottaa eristystoimien toteuttamista. Eristyshuone siivotaan aina muiden potilashuoneiden jälkeen ja siivouksessa käytetään yleispuhdistusainetta. Poikkeuksena siivoukseen liittyen ovat VRE, *Clostridium difficile* sekä eräät virukset, kuten norovirus. Tällöin suositellaan päivittäisessä siivouksessa käytettävän 500ppm:n vahvuista klooripitoista pesuainetta. Siivouksessa kiinnitetään erityistä huomiota kosketukseen alttiiden pintojen puhdistukseen. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 194–195.)

Bakteerien siirtymisen potilaista toisiin on todettu tapahtuvan yleisimmin hoitohenkilökunnan käsien välityksellä (Lumio 2010). Käsidesinfektio on tärkein yksittäinen toimenpide kosketustartuntojen torjunnan osa-alueelta. Käsihygienia tarkoittaa tapaa, jolla

vähennetään infektioiden ja niitä aiheuttavien mikrobien tarttumista käsien välityksellä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 16; Kainulainen 2010, 147–150.) Hyvässä käsihygieniassa kädet desinfektoidaan alkoholihuuhteella ennen ja jälkeen potilaskontaktin, kädet pestään vain kun ne ovat näkyvästi likaantuneet. Itiökontaminaatiossa tai viruksessa, johon alkoholihuuhteella ei ole merkittävää tehoa, täytyvät kädet kuitenkin pestä vedellä ja saippualla ja vasta sen jälkeen käyttää alkoholipitoista käsihuuhdetta. Tällaista toimintatapaa suositellaan esimerkiksi *Clostridium difficile*, syyhyä ja tarttuvaa oksennusripulitautia sairastavan potilaan kohdalla. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185–187, 196, 199.) Myös potilaiden ja omaisten käsihygieniaan kiinnitetään huomiota ja heitä ohjataan sen toteuttamisessa ja erityisesti käsihuuhteen käytössä (Syrjälä & Teirilä 2010, 165; Rothschild, Bates, & Leape 2000, 2718).

Työ- ja suojavaatetuksen sekä suojaaimien oikealla käytöllä ehkäistään infektioiden leviämistä. Sairaalat ja työyksiköt ovat laatineet omia ohjeistuksia työ- ja suojavaatetusten käytöstä. Suojaimia ovat suojatakki, suojaesiliina, hiussuojus, suu- ja nenäsuojus, silmäsuojus ja suojakäsineet sekä kengänsuojat. Suojakäsineiden käyttö kosketuseristyksessä on oleellisin varotoimi. (Routamaa & Ratia 2010, 155, 162; Syrjälä 2010, 28.) Suojakäsineitä käytetään käsiteltäessä eritteitä, verta, rikkiäistä ihoa, limakalvoa tai infektioportteja. Suojatakkaa, muoviesiliinaa tai nenä- ja silmäsuojaimia käytetään vain, kun on vaara roiskeista hoitotoimenpiteissä. Kengänsuojuksia ei käytetä. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185–187.)

Työasun merkitystä on pidetty vähäisenä infektion torjunnan keinona. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että vaatteisiin jää mikrobikasvustoa hoitotoimien yhteydessä. Edwardsin, Petersonin sekä Mu'n (2009) tekemässä tutkimuksessa hoitajien työvaatteista 65 % oli kontaminoitunut, jos he olivat tehneet aamutoimet potilaille, joilla oli MRSA:ta virtsassa tai haavassa. (Routamaa & Ratia 2010, 156; Edwards, Peterson & Mu, 2009, 783–805.) Mikrobien on todettu säilyvän työvaatteissa hengissä niin kauan, että tartunnat saattavat olla mahdollisia. Tieteellinen näyttö työvaatteiden osuudesta tartuntojen leviämisessä kuitenkin puuttuu edelleen. (Routamaa & Ratia 2010, 164.)

Eristyksen ajaksi eristyshuoneeseen varataan hoidossa jatkuvasti tarvittavat tutkimus- ja hoitovälineet kuten verenpaine- ja lämpömittari. Huoneeseen yleensä varataan vuorokauden käyttöä vastaava määrä hoitotarvikkeita. Tutkimusvälineet puhdistetaan ja des-

infioidaan käyttötavan mukaisesti eristyksen päätyttyä sekä tarvittaessa eristyksen aikana. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 198.)

Aseptiset toimintatavat ja työjärjestys kuuluvat oleellisena osana kosketustartuntateiden katkaisuun (Kujala & Kotilainen 2005). Näiden toteuttaminen ja huomioiminen kaikessa potilashoittoon ja tutkimuksiin liittyen on edellytyksenä infektioiden torjuntatyön onnistumiselle. Kiertojen, hoitotoimenpiteiden, haavojen hoidon, siivouksen sekä muiden valmisteluihin liittyvien toimintojen työjärjestyksen tulee noudattaa aseptisten työtapojen periaatetta. Erityistä huomiota on kiinnitettävä käsihygieniaan, käsien desinfektioon sekä suojakäsineiden vaihtoon työjärjestyksessä tapahtuviin poikkeamiin siirryttäessä ”likaiselta puhtaalle”. (Rantala, Huotari, Hämäläinen & Teirilä 2010, 224.)

Kosketuseristyksestä tiedotetaan sitä työssään tarvitseville, ei sivullisille eikä muille potilaille. Potilasta siirrettäessä uuteen hoitopisteeseen, eristyksestä tulee tiedottaa etukäteen. Laboratorion tutkimuspyyntöihin tulee merkitä eristys, jotta näytteenottaja tietää suunnitella työjärjestyksensä. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 195.)

2.3 Sairaanhoitajien osaaminen kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitotyössä

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä terveyttä edistäen sekä sitä ylläpitäen, sairauksia ehkäisten, parantaen ja kuntouttaen. Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63–68.)

Hoitotyön osaaminen tulee esille potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteessa. Hoitotyön osaaminen jaetaan kahteen pääluokkaan ja sen perustana on taidokas ja kattava teoreettinen osaaminen. Toisena oleellisena osana on hoitotoiminnallinen osaaminen, johon liittyy potilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen hoitotyön auttamismenetelmin kuten anatomian, fysiologian, farmakologian ja ravitsemustieteen alojen menetelmien

avulla. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63–68, Kassara ym. 2005, 46.)

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä sairaanhoitaja käyttää hyväksi ammatillista asiantuntemustaan, hoitosuosituksia ja tutkimustietoa. Sairaanhoitajan on kyettävä käyttämään hyväkseen tutkittua teoriatietoa potilastyössä ja pystyttävä arvioimaan tiedon luotettavuutta sekä hyödyllisyyttä potilastyössä. (Lauri 2006, 68–69.) Böckermanin ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan tiedoista potilaan eristämiseen liittyen hoitajilla oli eniten tietoa pisara- ja ilmaeristyksestä ja vähiten puolestaan kosketuseristyksestä sekä aseptisestä työskentelystä. (Böckerman ym. 2010, 29–34.)

Yleiseksi ja yhteiseksi heikkoudeksi käytännön hoitotyön osaamisessa on osoittautunut käsihygienian puutteellinen toteuttaminen (Silvennoinen 2003, 763–764). Infektioiden torjunta ja kosketuksen välityksellä tarttuvien sairauksien leviämisen ehkäisy on kohdistettu käsihygienian toteuttamiseen ja sen erilaisiin tehostettuihin interventioihin. Kohde-ryhminä ovat olleet sekä hoitotyöntekijät että muut terveydenhuollon ammattityöntekijät. Siitä huolimatta, että käsihygienian tärkeys infektioiden torjunnassa on kiistatta osoitettu, käytännön toiminnassa erilaiset inhimilliset tekijät vaikuttavat yksilötasolla käsihygienian toteutukseen. (Kuusela 2010, 160.)

Routamaan ja Huplin (2007) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijöistä 95 %:lla oli hyvät tai erinomaiset tiedot käsihygieniasuosituksista. Etenkin ihon kuntoon, kynsiin ja korujen käyttöön liittyvät käsitykset olivat lähes yhdenmukaiset käsihygieniasuositusten kanssa ja niitä pidettiin myönteisinä. Hoitotyöntekijöiden ilmoittamat yleisimmät esteet aseptiselle työskentelylle olivat mm. puutteelliset resurssit, kiire, negatiivinen suhtautuminen, käsidesinfektioannostelijoiden puuttuminen tai huono sijoittelu sekä toisaalta käsihuuhteiden epämiellyttävyys. Lisäksi myös kiire tai liian suuri työmäärä, roolimallien puute sekä uskomus, että suojakäsineet korvaavat desinifektioaineiden käytön vaikuttivat aseptiseen toimintaan. (Routamaa & Hupli 2007, 2399–2401.)

Syrjälän ja Teirilän tutkimuksessa (2008) havainnointiin hoitajien käsihygienian toteuttamista Oulun yliopistollisessa sairaalassa aikuisten somaattisilla osastoilla. Heidän mukaan käsihygienia toimi huonosti kosketuseristykseen yhteydessä. Tutkimuksessa kosketuseristyshuoneessa käynnin yhteydessä käsihygienia toteutui 43 prosentilla ennen poti-

laskontaktia ja 66 prosentilla potilaan hoitamisen jälkeen. Henkilökunta ei estänyt mahdollista moniresistentin mikrobin leviämistä omien käsiensä välityksellä toisiin potilaisiin hyvän käsihygieniakäytännön mukaisesti. (Syrjälä & Teirilä 2010, 178.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa (2009) tehtiin projekti, jonka tarkoituksena oli kartoittaa OYS:n leikkausosastoilla potilaan intraoperatiivisen vaiheen hoidon tasoa infektioiden torjunnan näkökulmasta. Hoitohenkilökunnalla oli hyvä käsitys siitä, että mikä oli aseptisesti sallittua ja mikä ei potilastyössä. Pitkiä kynsiä, sormuksia tai käsikoruja ei käytetty hoitotyössä. Kello tai sormus havaittiin muutamalla yksittäisellä anestesialääkärillä. Mahdollisuudet käsihuuhteiden käyttöön osastoilla olivat hyvät. Käsihuuhteet olivat helposti saatavilla, ja niitä oli tarjolla eri merkkejä. Leikkausosastoilla tavanomainen käsidesinfektio toteutui noin puolella (50 %) suosituksiin nähden. Tehdaspuh-
taat suojakäsineet olivat hyvin saatavilla ja niiden käyttö oli runsasta. Joissakin tapauksista suojakäsineiden käyttö korvasi käsihuuhteen, jolloin hoitohenkilökunta suojasi vain itseään potilaan sijaan. Henkilökunta tuntui tietävän kuinka tulisi käyttäytyä ja toimia, aina tieto ei kuitenkaan mennyt käytännön tasolle asti. Ohjeistukset osastoilla olivat yleensä hyvin saatavilla, joskin niiden käyttö saattoi olla harvinaista. (Similä 2010, 22–23.)

Torontossa tehty kanadalaistutkijoiden tutkimus (2010) liittyi käsihygienian toteutukseen ja toteuttamatta jättämiseen. Oleellisimpina löydöksinä oli, että työmäärä ja siihen liittyvät äkkinäiset keskeytykset ja muutokset huononsivat käsihygienian toteuttamista. Tutkimuksessa haastatellut sairaalatyöntekijät pitivät käsihygieniaohteistuksia kankeina ja joustamattomina, ja siten päädyttiin pitämään omia henkilökohtaisia hygieniaratkaisuja ohjeistuksia parempina vaihtoehtoina. Suurin osa haastatelluista piti itsensä suo-
jaamista suurimpana syynä toteuttaa käsihygieniaa. Monet vastaajista ajattelivat pitempiaikaisen tai jatkuvan suojakäsineiden käytön korvaavan käsihygienian toteuttamisen. Monen käsihygieniakäyttäytymiseen vaikutti työtovereiden tapa toteuttaa käsihygieniaa. (Jang ym. 2010, 144–150.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tehtiin kartoitusta havainto- ja kyselykaavakkeiden avulla hygieniakäytännöistä ja koulutustarpeista. Tavoitteena olivat hygieniakäytäntöjen yhtenäistäminen ja selkiyttäminen sairaanhoitopiirin alueella sekä hygieniayhdyshenkilöverkoston luominen. Tutkimuksessa ilmeni, että käsihuuhteiden

käyttökerrat toteutuivat vaihtelevasti. Käsihuuhteen määrä käyttökerralla ei välttämättä ollut riittävä, ja varsinkin vanhemmat hoitajat kokivat käsienpesun paremmaksi vaihtoehdoksi kuin käsindesinfektion. Kosketuseristystä tarvitsevan potilaan kohdalla suojainten käyttö oli asianmukaista. (Perttula & Luokkakallio 2009, 141–146.)

Osaaminen on yksilöstä itsestään kiinni. Osaamisessa ja oppimisessa korostuu ihmisen oma motivaatio ja halu oppia uutta. Koulutus on yksi keskeisimmistä sairaanhoitajien osaamisen kehittämisen menetelmistä. Koulutuksella pyritään muutokseen. Hoitotyö itessään sisältää oppimista, kun ratkaistavana on jokapäiväisiä ongelmia, opitaan virheitä ja pohditaan yhdessä työn kehittämistä. (Hildén 2002, 83.)

2.4 Sairaanhoitajien suhtautuminen kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitotyöhön

Sairaanhoitajien suhtautumiseen kosketuseristystä toteuttaessa vaikuttavat monet tekijät, kuten henkilökohtaiset elämän kokemukset tai ympäröivä kulttuuri. Suhtautuminen pohjautuu tiedon lisäksi tunnetekijöihin, mieltymyksiin, uskomuksiin ja epäilyihin. Pelot tai turvallisuutta heikentävät tunteet voivat muokata suhtautumista. Osat suhtautumisiin vaikuttavista tekijöistä ovat tiedostamattomia. Ne muuttuvat olosuhteiden vaihtuessa ja niihin voi itse vaikuttaa tiedostamalla oma suhtautumisensa. (Erwin 2005, 47; Seppä 2003, 91–94.)

Suhtautuminen kohdistuu erilaisiin ihmisryhmiin (Lahikainen & Pirttilä-Backman 2004, 90). Hyvässä sosiaalisessa hoitoympäristössä sairaanhoitaja voi tukea omalla käytöksellään potilaan itsemääräämisoikeutta, yksilöllisyyttä ja identiteettiä (Ahola ym. 2002, 10). Sairaanhoitajan suhtautumista auttaa ylläpitämään työyhteisön kannustava ja myönteinen ilmapiiri, hyvä vuorovaikutus sekä omasta työstä innostuminen (Vitikainen 2008, 143; Valtonen 2001, 9). Sepän (2003) mukaan sairaanhoitajan negatiivinen suhtautuminen kosketuseristystä toteuttaessa johtuu riittämättömistä tiedoista ja huonoista käytännön taidoista. Tiedon lisääminen on suhtautumisilmapiirin muuttamisessa helpointa, kun ongelma on tiedostettu työntekijöiden keskuudessa. (Seppä 2003, 94.)

Kosketuseristystä tarvitsevan potilaan tulisi saada täysin samaa hoitoa kuin tavallisella osastopaikalla olevan potilaan siitä huolimatta, vaikka se edellyttää hoitohenkilökunnalta erityistoimia suojapukeutumisen ja oikean käsihygienian toteuttamisen muodossa. Eristyksessä olleet potilaat esittivät muita useammin tyytymättömyyttä hoidon tasoon, kommunikaatioon, hoitohenkilökunnan saatavuuteen, inhimilliseen kohteluun sekä ympäristön puhtauteen. (Kinnunen ym. 2009, 90; Valtonen 2001.)

Hoitohenkilökunta voi myös kokea ahdistusta ja epätietoisuutta kosketuseristystilanteissa. Eristyksen periaatteet ja käytännön toimet eristystä tarvitsevan potilaan hoidossa tulisi olla helposti saatavilla kirjallisesti ja sähköisesti hoitokäytäntöjen omaksumisen onnistumiseksi. Tiedon saatavuus edesauttaa positiivista suhtautumista. Yksiköiden infektioyhdysheikilöiden rooli korostuu tällaisissa tilanteissa. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 194.)

Kvick ja Pöllänen (2010) tutkivat hoitajien asennetta, tietoa, taitoa sekä organisaation tukea eristystä vaativien potilaiden hoidossa. Tuloksissa ilmeni, että eristyksen toteuttamiseen suhtaudutaan pääosin positiivisesti. Kiireen todettiin haittaavan eristystoimenpiteiden toteuttamista. Organisaatio pyrki tukemaan infektioiden torjuntatyötä. Valittujen osastojen kyselyyn vastanneet hoitajat kertoivat saavansa aina tai usein helposti yhteyden hygieniahoitajaan. Hoitajat vastasivat, että kiire ja hoitajien lukumäärä vaikutti eristystoimiin. Lisätiedon tarpeeseen hygieenisistä asioista kaikilla osastoilla suhtauduttiin heikosti. (Kvick & Pöllänen 2010, 59.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien osaamista ja suhtautumista kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön. Tässä tutkimuksessa osaaminen määritellään arvioksi omasta osaamisesta, tiedoista ja toiminnasta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Tutkimusongelmat ja mittarin kysymykset on johdettu tutkimuksen tarkoituksesta.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan arvioida ja kehittää kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan hoitokäytäntöjä. Lisäksi voidaan arvioida henkilökunnan ohjeistuksien ja kouluttamisen kehittämistarpeita kosketuseristyskäytäntöihin liittyen.

Tutkimuksella haetaan vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä?
 - 1.1. Millaiset tiedot sairaanhoitajilla on kosketuseristykseen liittyvistä käytännöistä?
 - 1.2. Millaista on sairaanhoitajien toiminta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä?
2. Miten sairaanhoitajat suhtautuvat kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön?

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Tutkimuksessa käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia ominaisuuksia ja tuloksia käsitellään numeraalisesti. Määrällinen tutkimusmenetelmä valitaan, koska tutkittavien lukumäärä on suuri ja mielipiteitä halutaan tutkia mahdollisimman objektiivisesti. (Vilkkä 2007, 13–14; Hirsjärvi ym. 2009, 140; Määrällinen tutkimus 2010.) Tutkimuksessa käytetään myös kvalitatiivista otetta täydentämään määrällistä tutkimustietoa. Tutkimus toteutetaan kertaluonteisesti ja se pohjautuu survey- strategiaan. Strategian lähtökohtana on tiettyjen ilmiöiden tai ominaisuuksien yleisyyden, esiintymisen ja jakautumisen selvittäminen. Se on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa, koska tutkittavia on paljon. (Survey 2010; Poikittaistutkimus 2009.)

Sairaanhoitajien osaamista ja toimintaa tutkitaan subjektiivisen eli henkilökohtaisen itsearvioinnin avulla mittaria apuna käyttäen sekä tietotestillä, joka tuo osaamisen tutkimiseen objektiivisen, puolueettoman ja yleispätevän näkökulman itsearviointiin verrattuna. Itsearvioinnin tarkoitus on antaa tukea, ohjata ja hyödyntää ammatillista osaamista ja toimintaa. Tietotestin avulla selviää, missä alueissa ja asioissa sairaanhoitajat tarvitsevat lisää koulutusta sekä mitkä asiat puolestaan ovat hallinnassa. Osaamisen tutkiminen selkiyttää henkilön omaa arvostusta sekä lisää osaamisen hyödyntämistä toiminnassa. (Metsämuuronen 2003, 64–66; Meretoja 2003; Meretoja & Leino-Kilpi 2004, 124–133.)

Suhtautumista mitattaessa on korostettava sitä, että vastaajat vastaavat kysymyksiin sen mukaan, mitä todella asiasta ajattelevat (Heikkilä 2008, 19; Käsitysten ja asenteiden kuvaaminen 2010). Tutkimuksessa sairaanhoitajien suhtautumista tutkittiin henkilökohtaisesti heidän omien kokemuksiensa ja näkemyksiensä kautta.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella Webropol-alustalla. Kysymykset käsittelivät sairaanhoitajien toimintaa ja mielipiteitä kosketuserityksestä ja eristystä

tarvitsevan potilaan hoitotyöstä. Kysely toteutettiin kokonaistutkimuksena, jolloin se lähetetään jokaiselle valittujen vastualueiden sairaanhoitajalle riippumatta siitä, oliko hänellä kokemusta kosketuserityksen käytöstä. Tutkimustuloksien pohjalta voitiin arvioida kosketuserityksessä hoidettavan potilaan hoitokäytäntöjen sekä henkilökunnan ohjeistuksen ja kouluttamisen kehittämistarpeita.

4.2 Kohdejoukko

Tutkimusjoukoksi valittiin kaikki ne osastot ja poliklinikat, joilla ajateltiin kohdattavan kosketuseristystä tarvitsevia potilaita. Verkkokysely osoitettiin Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisen, lasten ja naisten sekä operatiivisen vastualueiden sairaanhoitajille. Vastuualueet pitivät sisällään synnytyksien, naistentautien ja genetiikan, yhteis-päivystyksen, kardiologian, syöpätautien ja hematologian, neurologian, ihotautilien ja geriatrian, sisätautien ja keuhkosairauksien, anestesian ja tehohoidon, pään ja kaulan sairauksien ja pehmytkudoskirurgian sekä tukielin- ja neurokirurgian osastot ja poliklinikat. Vastualueiden sairaanhoitajista muodostui tutkimuksen perusjoukko (n= 1173). Tutkimuksen ulkopuolelle valikoituivat kaikki lasten ja psykiatrian osastot ja poliklinikat, koska lasten puolella kosketuseristyksessä hoidettavien sairauksien kirjo on erilainen aikuisiin verrattuna ja psykiatrian puolella ajateltiin harvemmin hoidettavan potilaita kosketuseristyksessä.

4.3 Mittarin laadinta

Mittari kehitettiin tätä tutkimusta varten yhdessä menetelmäohjaaja Elsa Mannisen kanssa. Tukea saatiin OYS:n infektioiden torjuntayksiköstä, jotta kysymykset ja väittämät olivat oikein muotoiltuja sekä sisällöltään aiheita vastaavia. Kyselylomake koostettiin siten, että se oli selkeä, siisti, houkutteleva sekä sopivan pituinen, tällöin se täytti hyvän kyselylomakkeen kriteerit (Heikkilä 2008, 48–49; Vilkkä 2007, 28; Vehkalahti 2008, 17–18,20). Teksti ja kysymykset olivat loogisesti aseteltuja ja vastausohjeet olivat selkeät ja yksiselitteiset.

Mittarin laadinnassa oli tärkeä erottaa tutkittavat käsitteet toisistaan. Tutkimuksen käsitteet sairaanhoitajien osaamisesta ja suhtautumisesta ovat abstrakteja, joten niiden mitaaminen edellytti konkreettisia kysymyksiä ja väittämiä. Käsitteet työstettiin ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon eli ne *operationalisoitiin*. (Vehkalahti 2008,18; Vilkkä 2005, 81–84.) Sairaanhoitajien osaaminen jaoteltiin osaamiseen ja toimintaan, tietoon ja taitoon sekä pätevyyteen. Sairaanhoitajien suhtautuminen operationalisoitiin kyselylomakkeelle ilmaisemalla se mielipiteenä ja henkilökohtaisena kokemuksena.

Mittarissa käytettiin Likertin ja Osgoodin asteikkoja. Likertin asteikko on järjestysasteikon tasoinen negatiivisesta vaihtoehdosta positiiviseen vaihtoehtoon siirtyvä asteikko, jossa ääripäinä käytettiin *täysin eri mieltä* sekä *täysin samaa mieltä*. Osgoodin asteikossa vastaajille esitettiin eri väittämiä, joissa vastausvaihtoehdot olivat asteikkoina. Asteikon ääripäinä käytettiin vastakohtaisia adjektiiveja (*lähes aina –aina –silloin tällöin –harvoin –en juuri koskaan*). (Heikkilä 2008, 52–53.) Absoluuttiset väittämät *aina* ja *en koskaan* jätettiin pois, koska todettiin, että asiat eivät ole välttämättä niin varmoja, että niitä tekisi aina tai ei koskaan.

Kyselylomake (Liite 1) eli mittari koostui viidestä osiosta, jotka oli numeroitu ja otsikoitu selkeästi. Osiot koostuivat taustatekijöistä (Liite 2), osaamista, suhtautumista ja käytännön toimintaa mittaavista kysymyksistä sekä tietotestistä (Liite 7) Lomakkeessa oli 45 vakioitua kysymystä, joista 12 oli tietotestin muodossa. Lisäksi lomake sisälsi kolme avointa kysymystä, joiden avulla haettiin esiin näkökulmia ja ideoita, joita ei etukäteen osattu huomioida. Kysymykset esitettiin kohteliaasti ja loogisessa järjestyksessä, eivätkä ne olleet johdattelevia. Vastaajia ohjeistettiin valitsemaan vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvasi vastaajan omaa mielipidettä, vaikka hänellä ei lähiaikoina ollut kokemusta kysytyistä asioista tai kokemusta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoidosta.

Mittarin ensimmäinen osio käsitteli sairaanhoitajien taustatietoja. Taustatietoja selvittäviä kysymyksiä oli yhteensä seitsemän. Taustatiedoissa oltiin kiinnostuneita vastaajien iästä, ammattitutkinnosta, mitä muita terveystieteiden opintoja vastaaja oli suorittanut, työvuosien lukumäärästä, millä vastuualueella ja osastolla vastaaja työskenteli sekä kuinka usein vastaajan osastolla oli ollut kosketuseristystä tarvitsevia potilaita.

Mittarin toisessa ja kolmannessa osiossa oltiin kiinnostuneita sairaanhoitajien osaamisesta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön liittyen. Toisessa osiossa osaamista käsiteltiin sairaanhoitajan oman subjektiivisen kokemuksensa mukaan. Kysymyksiä esitettiin kymmenen, joissa vastaajaa pyydettiin vastaamaan oman mielipiteensä mukaisesti omasta osaamisestaan ja tiedoistaan kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitotyöhön liittyen. Mittarin kolmannessa osiossa sairaanhoitajien osaamista tutkittiin objektiivisesti tarkastellen, jolloin käytettiin tietotestiä mittaamaan sairaanhoitajien kosketuseristyskäytäntöjen hallitsemista. Oikein – väärin -väittämiä esitettiin kaksitoista. Lisäksi mittarin toisen osion viimeisenä kysymyksenä esitettiin avoin kysymys liittyen vastaajien lisäkoulutuksen tarpeeseen kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitoon tai hoitotyöhön.

Mittarin neljännessä osiossa käsiteltiin sairaanhoitajien suhtautumista mittaavia kysymyksiä, joita esitettiin yhteensä 11. Kysymyksissä ohjeistettiin vastaajia vastaamaan omien mielipiteidensä pohjalta. Suhtautumisesta kysyttiin myös yksi avoin kysymys, jossa käsiteltiin suhtautumisen muuttumista kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitoon infektioiden torjunnan kehittymisen myötä.

Viidennessä osiossa tarkasteltiin sairaanhoitajien henkilökohtaista toimintaa kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Sairaanhoitajan tiedollinen osaaminen näkyy toiminnassa, jolloin päädyttiin käyttämään toimintaa mittaavia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa esitettiin kaksitoista kysymystä ja lisäksi yksi avoin kysymys. Avoimessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia kertomaan, mitkä asiat vaikeuttivat heidän toimintaansa kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä.

Kyselylomakkeen alustana toimi Webropol-tilasto-ohjelma. Tunnukset lomakkeen tekemistä varten saimme kuitenkin Oulun seudun ammattikorkeakoululta. Verkkolomake on käytännöllinen ja aikaa säästävä. Alaterän (2004) mukaan sähköiset kyselylomakkeet mahdollistavat monimutkaiset kysymysrakenteet ja itse lomakkeisiin voidaan luoda vuorovaikutuksellisuutta ja vastaajia ohjaavia toimintoja. (Alaterä 2004.)

Kyselyn pääsivät tekemään kaikki ne sairaanhoitajat, joilla oli käytössä OYS:n antama henkilökohtainen sähköpostiosoite. Tutkittavan vastaukset tallentuivat suoraan sähköiseen muotoon. Kyselylomakkeen toimivuutta esiteltiin OYS:n lasten ja nuorten vas-

tuualueelta lasten infektio-osaston 62 sairaanhoitajilla. Esitestausryhmä valittiin tutkimuksen perusjoukon ulkopuolelta, joten he eivät näin ollen osallistuneet lopulliseen kyselyyn. Liitteeksi esitestausryhmälle lähetettiin heitä varten tehty saatekirje.(Liite 3.) Saatekirje sisälsi lyhyen kuvauksen kenelle kysely oli suunnattu, opinnäytetyön aiheen ja tarkoituksen, miten tutkimustiedon keruu tapahtui, mistä kyselyssä oli kyse, mihin saatua tutkimustietoa käytettiin ja ketkä tutkimusluvut olivat myöntäneet. Saatekirjeessä tuli myös ilmi, että kyseinen ryhmä oli esitestausryhmä, eikä se kuulunut varsinaiseen tutkimusjoukkoon. Mittarin esitestaus suoritettiin 18.1.2011- 24.1.2011.

Kyselyyn vastasi viisi sairaanhoitajaa. Kyselylomakkeen esitestauksella saatiin tietoa kyselyn tekemiseen käytettävästä ajasta, kyselylomakkeen sopivasta pituudesta, kysymysten ja väittämien ymmärrettävyydestä sekä käyttäjäystävällisyydestä. Näiden tietojen avulla pystyimme muokkaamaan lomakkeen lopulliseen muotoon. Keskenään liian samankaltaiset, samaa asiaa kysyvät kysymykset poistettiin ja kaksi kysymystä muotoiltiin selkeämmäksi. Lomakkeen viidenteen, toimintaa mittaavaan osioon lisättiin yksi kysymys. Kyselylomake soveltui hyvin suhtautumisen, mielipiteiden ja käsitysten keräämiseen.

4.4 Tutkimusaineiston keruu

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella 4.2.- 18.2.2011 Oulun yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajien keskuudessa. Tutkimus oli tarkoitettu OYS:n vastuualueista synnytyksien, naistentautien ja genetiikan, yhteispäivystyksen, kardiologian, syöpätautien ja hematologian, neurologian, ihotautien ja geriatrian, sisätautien ja keuhkosairauksien, anestesian ja tehohoidon, pään ja kaulan sairauksien ja pehmytkudoskirurgian sekä tukielin- ja neurokirurgian kaikille sairaanhoitajille.

Tutkimukseen kuuluvia sairaanhoitajia aineistonkeruu hetkellä oli 1173 (=n). Tarkkaa sairaanhoitajien lukumäärää kyselyn ajankohtana ei voitu määritellä. Lukumäärä on arvio helmikuun sairaanhoitajien työpanoksesta, sitä voidaan käyttää luotettavana arvioina perusjoukon määrästä. Työpanos lasketaan kokonaislukuina, esimerkiksi, jos kaksi sairaanhoitajaa tekee 50 %:sta työaikaa, heidät lasketaan yhdeksi kokonaiseksi työntekijäksi. Lukumäärä ei siis vastaa henkilömäärää suoraan vaan heidän työpanostaan. Kyse-

lyyn vastasi 278 sairaanhoitajaa, joista kahdeksan poistettiin, koska he eivät kuuluneet tutkimukseen valittuun perusjoukkoon. Lopulliseksi vastaajamääräksi jäi 270 sairaanhoitajaa. Kyselyn vastausprosentti oli 23 %.

Kyselyn organisoinnista ja informoinnista vastasi OYS:n yhdyshenkilö Pia Liljamo. Yhdyshenkilö välitti kyselyn ja kyselyn liitteenä olleen saatekirjeen (Liite 4.) sähköpostin kautta osastonhoitajille ja he edelleen osastolla työskenteleville sairaanhoitajille. Kyselyn ja saatekirjeen sisältävä sähköposti lähetettiin osastonhoitajille päivää ennen kyselyn alkamispäivää. Kyselyä ei markkinoitu etukäteen osastoille ja poliklinikoille ennen varsinaista kyselypäivää, sillä markkinoinnin ajankohta olisi sattunut juuri OYS:ssa tapahtuvaan organisaatiomuutoksen vaiheeseen. Organisaatiomuutoksen myötä tuli käyttöön uudet tulosalueet, joiden mukaisesti kysely toteutettiin.

Saatekirjeessä kävi ilmi, kenelle kysely oli suunnattu, opinnäytetyön aihe ja sen tarkoitus, miten tutkimustiedon keruu tapahtui, mitä aihealueita kysely ja kysymykset käsittelivät, mihin saatua tutkimustietoa käytettiin ja ketkä luvat tutkimuksen suorittamiseen olivat myöntäneet. Saatekirjeessä oli selkeästi esitetty kyselyn ajankohta ja vastausaika.

Lomake toimi Webropol-alustalla OYS:n Intranetissä. Webropol-alusta on yleisesti käytössä Oulun yliopistollisen sairaalan kyselyissä, mikä helpotti sairaanhoitajia vastaamaan jo ennestään tutulle alustalle. Osastonhoitajat välittivät kyselyn linkin ja saatekirjeen sairaanhoitajien työsähköpostiin, joten vastaaminen tapahtui työaikana. Kyselyyn oli aikaa vastata kaksi viikkoa. Kyselyn puoliväliin ei suunniteltu erillistä muistutuskirjettä vaan lähiesimiehet informoivat kyselystä hoitohenkilökuntaa ja kannustivat vastaamaan kyselyyn Intranetissä.

4.5 Tutkimusaineiston analysointi ja kuvaaminen

Määrällisessä tutkimuksessa on kolme käsittelyvaihetta saatettaessa tutkimusaineistoa analysoitavaan muotoon. Käsittelyvaiheisiin kuuluvat palautuneiden lomakkeiden tarkistaminen, aineiston muokkaaminen eri muotoon sekä tallennetun aineiston tarkistus. (Vilkkä 2007, 105–106, 118–119, Hirsjärvi 2009, 223.)

Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tavoitteena on perustella muuttujia koskevia väitteitä numeroiden sekä tilastollisten yhteyksien avulla. Tutkimusaineiston ryhmittely edellyttää taulukointia. Taulukkomuodossa on helpointa käsitellä tutkimuksesta saatua tietoa numeroiden avulla. Tällaista taulukkoa kutsutaan *havaintomatriisiksi*. (Vilkkä 2005, 93–94; Vilkkä 2007, 118.)

Tutkimustulosten analysoinnin avulla pyrittiin etsimään vastauksia tutkimusongelmiin. Tutkimusaineisto analysoitiin maaliskuussa ja huhtikuussa 2011 SPSS-tilasto-ohjelmalla numero 17 määrällisen tutkimuksen tilastollisin menetelmin. Määrällisten tulosten tekstiä elävöitettiin ja monipuolistettiin avointen kysymysten vastauksilla. Lisäksi avoimet kysymykset analysoitiin erikseen kvalitatiivisen menetelmin sisällön erittelyn avulla.

Tutkimuksesta saatua aineistoa käytiin läpi, kun aineiston keräämisen määräaika oli mennyt umpeen. Vastaukset ajettiin ensimmäisenä Exceliin, jossa ne tarkistettiin ja virheelliset vastaukset taustatiedoista (liian epämääräiset vastaukset tai vastaaja ei ollut vastannut kysymyksessä annetun ohjeen mukaisesti tai vastaaja ei kuulunut tutkimuksen perusjoukkoon) poistettiin. Kysymykseen, mitä terveysalan ammattitutkintoja vastaaja oli suorittanut ja milloin, vastaajat olivat kirjoittaneet myös muut ammattitutkintonsa, kuten aiemmat opintonsa tai erikoistumisopintonsa. Analyysivaiheessa kysymys jätettiin analysoimatta, koska alkuoletuksena kuitenkin pidettiin, että kaikilla vastaajista oli sairaanhoitajan ammattitutkinto. Myös kysymykseen, mitä muita terveysalan opintoja vastaajat olivat suorittaneet, vastaukset olivat niin vaihtelevia, että niitä ei voinut luokitella määrällisesti, vaan vastaukset analysoitiin laadullisin menetelmin. Kyselyyn oli lisäksi vastannut kahdeksan kyselyn tutkimusjoukkoon kuulumatonta sairaanhoitajaa, nämä vastaajat poistettiin analyysin alussa, jolloin vastaajien määräksi jäi 270 sairaanhoitajaa 278 sijaan.

Excelistä tulokset syötettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan. Tilasto-ohjelmassa tuloksille määriteltiin yksittäiset muuttujat, joiden avulla ne pystyttiin luokittelemaan haluttuun muotoon. Luokiteltujen muuttujien avulla pystyttiin ajamaan halutut taulukot tuloksista. Muuttujat määriteltiin siten, että jokaiselle kysymykselle laadittiin numeroa vastaava

muuttuja. Näin jokainen kysymys oli helposti tunnistettavissa aineistosta tietyn numeron perusteella.

Aineiston käsittelyn alkuvaiheessa taustamuuttujista ikä jaoteltiin 4-luokkaiseksi muuttujaksi (20–29, 30–39, 40–49, 50–63 vuotta) ja työkokemus 5-luokkaiseksi muuttujaksi (0–4, 5–9, 10–19, 20–29, 30–40 vuotta). Myös 10-portainen asteikko jaoteltiin tulosten selkeyttämiseksi 5-portaiseksi (1= täysin eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä). Tietotestissä kysymykset luokiteltiin pisteyttämällä oikeiden vastausten mukaan, jolloin oikeasta vastauksesta sai pisteen ja väärästä sekä ”en osaa sanoa”- vastauksesta pisteitä ei saanut. Väärä vastaus ja ”en osaa sanoa”- vastausvaihtoehdot yhdistettiin keskenään.

Avoimet kysymykset analysoitiin laadulliselle tutkimukselle tyypillisen sisällönanalyysin avulla. Vastauksista saatuun aineistoon tutustuttiin, se pelkistettiin ja luokiteltiin tulkittavaan muotoon. Sisällönanalyysin avulla avointen kysymysten vastaukset pystyttiin esittämään tiiviisti käsikartan avulla. Sen avulla voitiin lisätä määrällisen aineiston informaatioarvoa. Tutkimusaineistoa kuvataan kokonaislukuina eli frekvensseinä, prosentteina.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista neljäsosa (25 %) oli 20–29 vuotiaita, kolmasosa (29 %) 30–39 vuotiaita, neljäsosa (26 %) 40–49 vuotiaita ja viidesosa (20 %) 50–63 vuotiaita. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneiden (n=270)

taustatiedot: Ikäryhmät vuosina, ammattitutkinto,
työkokemus vuosina

Ikäryhmät vuosina	n	%
20–29	67	25,3
30–39	76	28,7
40–49	68	25,7
50–63	54	20,4
Yhteensä	270	100,0

Ammattitutkinto	n	%
Sairaanhoitaja	270	100,0
Yhteensä	270	100,0

Työkokemus vuosina	n	%
0-4	51	19,2
5-9	60	22,6
10–19	71	26,7
20–29	53	19,9
30–40	31	11,7
Yhteensä	270	100,0

Koska tutkimus oli tarkoitettu sairaanhoitajille, vastaajista kaikki olivat suorittaneet sairaanhoitajan ammattitutkinnon. Vastanneista sairaanhoitajista viidesosalla (19 %) oli työkokemusta 0-4 vuotta, neljäsosalla (23 %) 5-9 vuotta, kolmasosalla (27 %) 10–19 vuotta, viidesosalla (20 %) 20–29 vuotta ja kahdeksasosalla (12 %) 30–40 vuotta. (Taulukko 1.)

Kyselylomakkeessa selvitettiin lisäksi, mitä muita terveysalan opintoja vastaajilla oli suoritettuna. Tuloksista kävi ilmi, että vastaajat olivat käyneet erikoistumis- ja jatko-opintoja (AMK/OY) tai täydennyskoulutuksia ja – kursseja (OYS). Erikoistumisopintoja oli laajasti ja niitä oli käyty oman mielenkiinnon ja työnkuvan mukaisesti. Erikoistumisopinnot sisälsivät esimerkiksi infektio- ja sydänpotilaan hoitotyötä, haavanhoitoa ja diabeteshoitajan opintoja. Erikoistumisopintojen laajuus saattoi olla jopa 30 opintopistettä. Lisäksi vastaajat olivat käyneet erilaisia työpaikkakoulutuksia. Myös avoimessa yliopistossa ja ylemmässä ammattikorkeakoulussa oli suoritettu opintoja.

Vastaajista neljäsosa (24 %) työskenteli anestesia ja tehohoidon vastuualueella. Toiseksi suurin ryhmä vastaajista (21 %) työskenteli pehmytkudoskirurgian vastuualueella. Osa vastaajista koki työskentelevänsä useammalla kuin yhdellä vastuualueella kerrallaan, mikä selittää yli sadan prosentin vastausprosentin kyseisessä kysymyksessä. (Taulukko 2.) Kysymykseen, millä osastolla vastaaja työskenteli, määrittelemättömien osastojen (ei tiedetä, millä osastolla vastaaja työskenteli, vastausesimerkki *sisäinen sijainen* tai *poliklinikka*) osuus oli suurin (10 %). Aktiivisemmin olivat vastanneet keskusleikkausosaston sairaanhoitajat (9 %), toiseksi aktiivisin vastausprosentti oli teho-osasto 1:llä (7 %) ja kolmanneksi parhain vastausprosentti saatiin osastolta kolme (6 %). (Liite 5.)

TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden (n=270)

taustatiedot: Vastuualue, jossa työskentelee

Vastuualue	n	%
Synnytykset, naistentaudit ja genetiikka	24	8,9
Yhteispäivystys	8	3,0
Kardiologia	13	4,8
Syöpätaudit ja hematologia	14	5,2
Neurologia, ihotaudit ja geriatria	15	5,6
Sisätaudit ja keuhkosairaudet	32	11,9
Anestesia ja tehohoito	66	24,4
Pään ja kaulan sairaudet	23	8,5
Pehmytkudoskirurgia	57	21,1
Tukielin- ja neurokirurgia	28	10,4
Yhteensä	280	103,8

Suurin osa (39 %) sairaanhoitajista kohtasi kosketuseristystä tarvitsevia potilaita kuukausittain tai viikoittain (39 %). Päivittäin kosketuseristystä tarvitsevia potilaita kohtasi noin kymmenesosa (8 %) ja harvemmin tai ei lainkaan seitsemäsosa (14 %). (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kyselyyn vastanneiden (n=270)

taustatiedot: Kosketuseristystä tarvitsevia potilaita viimeisen puolen vuoden aikana

Kosketuseristystä viimeisen puolen vuoden aikana	n	%
Päivittäin	21	7,8
Viikoittain	105	39,0
Kuukausittain	106	39,4
Harvemmin tai ei lainkaan	37	13,8
Yhteensä	270	100,0

5.2 Sairaanhoidajien arvio omasta osaamisestaan kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä

Osaamista arvioivat kysymyskohtaiset vastaukset ovat esitettyinä liitteessä 6.

Vastaajista yli puolet (59 %) koki tietävänsä täysin, milloin kosketuseristystä tarvitaan. Vain yksi sadasta (1 %) arvioi, ettei tiennyt milloin kosketuseristystä tarvitaan. Sairaanhoidajista neljä viidestä (83 %) koki, että heillä oli jokseenkin tai täysin kattavat tiedot kosketuseristyskäytännöistä. Vain yksi sadasta (1 %) vastaajasta koki, ettei tiennyt kosketuseristyskäytännöistä mitään. (Taulukko 4.) Ristiintaulukoinnista saaduista tuloksista kävi ilmi, että työkokemuksen pituuden perusteella parhaiten tiesivät 20–29 vuotta työssä olleet ja 50–63-vuotiaat sairaanhoidajat, milloin kosketuseristystä tarvitaan. Kosketuseristyskäytännöistä vähiten arvioivat tietävänsä iältään 20–29-vuotiaat sairaanhoidajat.

TAULUKKO 4. Tiedän, milloin kosketuseristystä tarvitaan

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	4	1,5
Jokseenkin eri mieltä	10	3,7
Ei samaa eikä eri mieltä	32	11,9
Jokseenkin samaa mieltä	116	43,0
Täysin samaa mieltä	108	40,0
Yhteensä	270	100,0

Kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoituhuoneen valmistelun vastaajista hallitsi täysin vähän yli puolet (53 %). Vastanneista sairaanhoidajista joka kahdeskymmenes (5 %) koki, että hallitsee osittain tai ei ollenkaan huoneen valmistelun. Ristiintaulukoinnissa kävi ilmi, että 30–40 vuotta työssä olleilla oli parhain osaaminen valmistella kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoituhuone. Heikoiten huoneen valmistelun arvioivat

osaavansa 0-4 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat. Iän suhteen ei ollut juurikaan eroavaisuuksia.

Vastanneista sairaanhoitajista yli puolet (57 %) arvioi tietävänsä täysin ja kolmasosa (34 %) tietävänsä melkein täysin, mitä suojaimia tulee käyttää eri tilanteissa kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoidossa. Vain kaksi vastaajaa sadasta (2 %) koki, ettei tiennyt, mitä suojaimia tulee milloinkin käyttää. Parhaiten suojainten käytön arvioivat tietävänsä 30–40 vuotta ja vähiten 5-9 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat. Iän suhteen ei ollut juurikaan eroavaisuutta.

Siivotessaan kosketuseristyksessä olevan potilaan eritetahroja vastaajista vähän yli kolmasosa (38 %) tiesi osaavansa siivota eritetahroja oikealla tavalla. Vastaajista kahdeksasosa (12 %) puolestaan koki epävarmuutta asiaa kohtaan. (Taulukko 5.) Ristiintaulukoinnissa selvisi, että parhaiten tiesivät 30–40 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat. Parhaiten eritetahrojen siivouksessa osasivat toimia 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat. Vähiten siivouksesta arvioivat tietävänsä 0-4 vuotta työssä olleet sekä 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat.

TAULUKKO 5. Tiedän, miten tulee toimia siivotessani kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan eritetahroja

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	11	4,1
Jokseenkin eri mieltä	22	8,1
Ei samaa eikä eri mieltä	42	15,6
Jokseenkin samaa mieltä	93	34,4
Täysin samaa mieltä	102	37,8
Yhteensä	270	100,0

Ohjatessaan kosketuseristyksessä olevan potilaan vieraita, miten heidän tulisi suojautua ja toimia, vähän alle puolet (45 %) sairaanhoitajista koki täysin hallitsevansa ohjaami-

sen. Sairaanhoitajista kymmenesosalla (11 %) ei ollut mielipidettä asiasta. Toiset kymmenesosa (10 %) vastanneista koki, ettei täysin hallinnut vieraiden ohjausta. (Taulukko 6.) Iän ja työkokemuksen perusteella parhaiten kokivat osaavansa ohjata 30–40 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat. Iän mukaan erot olivat vähemmän merkityksellisiä.

TAULUKKO 6. Osaan ohjata kosketuseristyksessä olevan potilaan vieraita, miten heidän tulisi suojautua ja toimia

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	12	4,5
Jokseenkin eri mieltä	13	4,8
Ei samaa eikä eri mieltä	29	10,8
Jokseenkin samaa mieltä	93	34,6
Täysin samaa mieltä	122	45,4
Yhteensä	269	100,0

Sairaanhoitajista suurin osa (77 %) koki hallitsevansa suojakäsineiden käytön hoitaessaan kosketuseristyksessä olevaa potilasta. Vastanneista viidesosa (17 %) oli sitä mieltä, että hallitsi suojakäsineiden käytön melkein täysin. Vain kaksi sadasta (2 %) arvioi, ettei hallinnut suojakäsineiden käyttöä ollenkaan. Työkokemuksen mukaan hieman muita paremmin suojakäsineiden käytön kokivat osaavansa 5-9 vuotta työssä olleet ja 30–39-vuotiaat sairaanhoitajat.

Etsiessään Intranetistä PPSHP:n ohjeita kosketuseristyksen käytännöistä eri tilanteissa, vastanneista sairaanhoitajista yli puolet (63 %) koki löytävänsä ohjeet helposti, kymmenesosalla (10 %) ei ollut mielipidettä asiasta ja joka kuudestaista (6 %) koki, ettei ohjeiden löytyminen ollut helppoa. (Taulukko 7.) Merkittävästi parhaiten ohjeet löysivät 30–40 vuotta työssä olleet ja 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat. Vaikeuksia ohjeiden löytämisessä kokivat eniten 0-4 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat.

TAULUKKO 7. Löydän Intranetistä PPSHP:n laatimat ohjeet kosketuseristyksen käytännöistä eri tilanteissa

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	5	1,9
Jokseenkin eri mieltä	11	4,1
Ei samaa eikä eri mieltä	27	10,0
Jokseenkin samaa mieltä	57	21,1
Täysin samaa mieltä	170	63,0
Yhteensä	270	100,0

Suojainten oikeanlaisen riisumisjärjestyksen poistuessaan kosketuseristyshuoneesta sairaanhoitajista lähes kaikki (90 %) tiesi osaavansa järjestyksen joko täysin tai melkein täysin. Vain pieni osa (3 %) koki epävarmuutta.

Ohjatessaan kosketuseristyksessä olevaa potilasta, miten potilaan tulisi toimia eristyksessä, kolme neljästä sairaanhoitajasta (77 %) arvioi tietävänsä joko täysin tai melkein, kuinka ohjata potilasta. Vastanneista sairaanhoitajista joka kymmenellä (10 %) ohjauksen antaminen oli epävarmaa. (Taulukko 8.) Parhaiten arvioivat osaavansa ohjata 30–40 vuotta työssään olleet sairaanhoitajat.

TAULUKKO 8.Osaan ohjata kosketuseristyksessä olevaa potilasta, miten hänen tulisi toimia eristyksessä

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	10	3,7
Jokseenkin eri mieltä	15	5,6
Ei samaa eikä eri mieltä	36	13,4
Jokseenkin samaa mieltä	81	30,1
Täysin samaa mieltä	127	47,2
Yhteensä	269	100,0

5.2.1 Sairaanhoidtajien tiedot kosketuseristyskäytännöistä

Tietotestin taulukon (Liite 7) prosentit tulevat vastanneiden vastaamista oikeista vastauksista esitettyihin väittämiin. Vääristä tai en osaa sanoa vastauksista pisteitä ei saanut. Väittämiin vastattiin suurimmilta osilta oikein. Tietotestin kysymysten keskimääräinen oikeiden vastausten prosenttiluku oli 76 %.

Viidennessä (20 %) sairaanhoidtajista arvioi, että kengänsuojukset olivat tarpeelliset kosketuseristystä vaativassa hoitotyössä. Yli puolet (52 %) vastaajista eivät tiennyt, mitä ainetta käytetään kosketuseristyshuoneen siivoamiseen. Melkein kolmasosa vastaajista (28 %) arvioi, että suojatakkia tulee käyttää aina mentäessä kosketuseristyshuoneeseen ja vähän yli kolmasosa (35 %) arvioi, että suojakäsineitä tarvitsee käyttää vain, kun ollaan potilaskosketuksessa. Vastanneista sairaanhoidtajista yli puolet (56 %) ei tiennyt, kuinka pitkäksi aikaa tutkimus- ja hoitovälineitä varattiin kerrallaan huoneeseen. Joka neljäs (24 %) sairaanhoidtajista ajatteli, että sairaalahoidossa resistenttiä bakteeria kantava potilaan ei aina tarvinnut olla kosketuseristyksessä.

Tietotestin tuloksia ristiintaulukoitiin työkokemuksen, iän ja kuinka usein kosketuseristyksessä olevia potilaita hoidettiin osastoilla viimeisen puolen vuoden aikana. Tietotes-

tin tulos suhteessa työkokemukseen selvitti, että työkokemuksen pituudella ei ollut välttämättä merkitystä tietoihin kosketuseristyskäytännöistä. Parhaimmat tulokset tietotestissä olivat 20–29 vuotta sekä 0–4 vuotta työssä olleilla. Huonoiten työkokemuksen pituuden perusteella vastasivat 30–40 vuotta työssä olleet. Iän perusteella 20–29- ja 50–63-vuotiailla sairaanhoitajilla oli parhaimmat tiedot kosketuseristyskäytäntöihin liittyen. Oikeat vastaukset jakaantuivat tasaisesti, riippumatta siitä, kuinka usein sairaanhoitajat kohtasivat osastollaan kosketuseristystä tarvitsevia potilaita. Sairanhoitajilla, jotka kohtasivat kosketuseristystä tarvitsevia potilaita harvemmin tai eivät lainkaan, oli hieman heikommat tiedot kosketuseristyskäytännöistä.

5.2.2 Sairanhoitajien toiminta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä

Toimintaa arvioivat kysymyskohtaiset vastaukset ovat esitettynä liitteessä 8.

Ohjatessaan kosketuseristyksessä olevaa potilasta käyttämään käsidesinfektiota vähän alle puolet (43 %) vastaajista koki tekevänsä sitä lähes aina, neljäsosa (24 %) usein ja joka kahdeksas (12 %) eivät ohjanneet juuri koskaan. (Taulukko 9.) Merkittävästi eniten ohjasivat 30–40 vuotta työssä olleet ja 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat. Vähiten potilaita ohjasivat 0–4 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat.

TAULUKKO 9. Ohjaan kosketuseristyksessä olevaa potilasta käyttämään käsidesinfektiota

Vastausvaihtoehto	n	%
Lähes aina	112	42,6
Usein	63	24,0
Silloin tällöin	38	14,4
Harvoin	19	7,2
En juuri koskaan	31	11,8
Yhteensä	263	100,0

Sairaanhoitajista lähes kaikki (99 %) desinfioivat kätensä lähes aina tai usein, kun tulivat töihin. Vastaajista lähes kaikki (99 %) käyttivät käsidesinfektiota lähes aina tai usein, kun he menivät kosketuseristyshuoneeseen. Sairaanhoitajista lähes kaikki (99 %) desinfioivat kätensä lähes aina tai usein ennen suojakäsineiden laittoa.

Puutteita omassa käsihygieniassaan huomasi yli kolmasosa (37 %) silloin tällöin ja kaksi viidestä (40 %) sairaanhoitajasta harvoin. Joka seitsemäs (14 %) sairaanhoitaja ei kokenut puutteita käsihygieniassaan juuri koskaan. (Taulukko 10.) Vähiten puutteita käsihygieniassaan huomasivat 50–63-vuotiaat ja 10–19 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat. Silloin tällöin puutteita omassa käsihygieniassaan huomasi 0–4 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat. Lähes kaikki (98 %) sairaanhoitajista käyttivät käsidesinfektiota, kun poistuivat kosketuseristyshuoneesta ja loput (2 %) usein.

TAULUKKO 10. Havaitsen puutteita toteuttaessani käsihygieniaa

Vastausvaihtoehto	n	%
Lähes aina	4	1,5
Usein	20	7,5
Silloin tällöin	98	36,7
Harvoin	108	40,4
En juuri koskaan	37	13,9
Yhteensä	267	100,0

Kosketuseristyshuoneeseen mennessään sairaanhoitajista suojakäsineitä käytti kolme neljästä (77 %), joka seitsemäs (14 %) usein ja joka yhdestoista sairaanhoitaja (9 %) harvemmin tai ei juuri koskaan. (Taulukko 11.) 20–29 vuotta työssä olleissa sairaanhoitajissa oli eniten sellaisia, jotka eivät käyttäneet juuri koskaan suojakäsineitä mennessään kosketuseristyshuoneeseen, verrattuna muihin ikäryhmiin.

TAULUKKO 11. Käytän suojakäsineitä mennessäni kosketuseristyksessä olevan potilaan huoneeseen

Vastausvaihtoehto	n	%
Lähes aina	206	76,9
Usein	38	14,2
Silloin tällöin	9	3,4
Harvoin	11	4,1
En juuri koskaan	4	1,5
Yhteensä	268	100,0

Sairaanhoitajista melkein jokainen (96 %) riisui suojaimensa huoneeseen tai välitilan roskapussiin poistuessaan kosketuseristyshuoneesta. Vastanneista sairaanhoitajista lähes

kaikki (96 %) desinfioivat kätensä lähes aina ja loput (4 %) usein suojakäsineiden riisumisen jälkeen. Lähes kaikki (95 %) sairaanhoitajat käyttivät kosketuseristyksessä hoidettavalle potilaalle varattuja huonekohtaisia hoitovälineitä ja loput (5 %) usein.

Kolmasosa (32 %) vastaajista haki lähes aina tietoa kosketuseristyskäytännöistä OYS:n Intranetistä asianmukaisen eristyksen toteuttamiseksi. Yksi viidestä (22 %) haki tietoa usein, yksi kolmesta (32 %) silloin tällöin, joka kymmenes (11 %) harvemmin ja loput (2 %) ei juuri koskaan. (Taulukko 12.) Vähiten tietoa hakivat 0-4 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat. Eniten tiedon hakua hyödynsivät 30–40 vuotta työssä olleet ja 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat.

TAULUKKO 12. Haen tietoa kosketuseristyskäytännöistä OYS:n intranetistä asianmukaisen eristyksen toteuttamiseksi

Vastausvaihtoehto	n	%
Lähes aina	86	32,3
Usein	59	22,2
Silloin tällöin	86	32,3
Harvoin	29	10,9
En juuri koskaan	6	2,3
Yhteensä	266	100,0

Kysyttäessä, käyttivätkö sairaanhoitajat käsikoruja, kelloja tai rakennekynsiä hoitotyössään, vastaajista lähes kaikki (94 %) totesi, ettei käytä niitä juuri koskaan, vain kaksi sadasta (2 %) harvoin ja loput (4 %) silloin tällöin, usein tai lähes aina. (Taulukko 13.) Käsikoruja, kelloja tai rakennekynsiä harvemmin käytti 30–40 vuotta työssä olleet, useammin niitä käytti 20–29 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat. Iän suhteen useammin käsikoruja, kelloja tai rakennekynsiä pitivät 40–49-vuotiaat sairaanhoitajat. Vähiten ne olivat käytössä 0-4 vuotta työssä olleilla ja 20–29-vuotiailla sairaanhoitajilla.

TAULUKKO 13. Käytän käsikoruja, kelloa tai rakennekynsiä hoitotyössä

Vastausvaihtoehto	n	%
Lähes aina	1	0,4
Usein	3	1,1
Silloin tällöin	6	2,2
Harvoin	6	2,2
En juuri koskaan	252	94,0
Yhteensä	268	100,0

5.3 Sairaanhoitajien suhtautuminen kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön

Suhtautumista arvioivat kysymyskohtaiset vastaukset ovat esitettynä liitteessä 9.

Vastaajista joka neljäs (23 %) koki, että kosketuseristyksessä hoidettava potilas saa yhdenvertaista hoitoa muihin potilaisiin nähden. Lähes viidesosa (17 %) sairaanhoitajista ajatteli, että hoito on jokseenkin yhdenvertaista. Noin puolet (46 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kosketuseristyksessä olevan potilaan hoito ei ollut lainkaan verrattavissa potilaisiin, jotka eivät olleet kosketuseristyksessä. (Taulukko 14.) Ristiintaulukoinnin tuloksista kävi ilmi, että 20–29 vuotta työssä olleet ja 40–49-vuotiaat sairaanhoitajat olivat eniten sitä mieltä, että potilaat saavat yhdenvertaista hoitoa. 0–4 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat kokivat puolestaan eniten, ettei kosketuseristyksessä oleva potilas saa yhdenvertaista hoitoa.

TAULUKKO 14. Koen, ettei kosketuseristyksessä oleva potilas saa yhdenvertaista hoitoa muihin potilaisiin verrattuna

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	62	23,0
Jokseenkin eri mieltä	45	16,7
Ei samaa eikä eri mieltä	37	13,7
Jokseenkin samaa mieltä	87	32,2
Täysin samaa mieltä	39	14,4
Yhteensä	270	100,0

Sairaanhoitajista kaksi kolmesta (69 %) koki saavansa tukea infektioiden torjuntayksiköltä kosketuseristykseen liittyvään hoitotyöhön. Noin viidesosalla (17 %) vastaajista ei ollut mielipidettä asiasta ja loput (5 %) koki, ettei tukea saanut. Eniten tukea kokivat saavansa 30–40 vuotta työssä olleet ja 40–49-vuotiaat sairaanhoitajat. Vähiten tukea kokivat saavansa 0–4 vuotta ja 20–29-vuotiaat.

Kosketuseristyskäytäntöjen toteuttaminen onnistui helposti joka neljännellä (25 %) vastanneista sairaanhoitajasta, toinen neljännes (26 %) koki puolestaan käytäntöjen toteuttamisen jokseenkin monimutkaiseksi ja joka kahdeksas (13 %) hankalaksi. Monimutkaisimmiksi käytännöt kokivat 30–40 vuotta työssä olleet, 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat. Yhtä monimutkaisena käytäntöjä eivät pitäneet 0–4 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat.

Melkein jokainen (93 %) sairaanhoitaja koki, että käsikorujen, kellon tai rakennekynsien käyttö potilastyössä oli este käsihygienian toteutumiselle. Vastaajista neljä sadasta (4 %) oli sitä mieltä, ettei edellä mainittujen käyttö ollut esteenä käsihygienialle. (Taulukko 15.) 30–40 vuotta työssä olleille ja 50–63-vuotiaille sairaanhoitajille käsikorujen, kellon ja rakennekynsien käyttö ei ollut esteenä käsihygienian toteutumiselle. Eniten esettä kokivat 0–4 vuotta työssä olleet sekä 30–39-vuotiaat sairaanhoitajat.

TAULUKKO 15. Mielestäni käsikorujen, kellon tai rakennekynsien käyttö potilastyössä ei ole este käsihygienian toteutukselle

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	251	93,0
Jokseenkin eri mieltä	6	2,2
Ei samaa eikä eri mieltä	2	0,7
Jokseenkin samaa mieltä	0	0,0
Täysin samaa mieltä	11	4,1
Yhteensä	270	100,0

Kiire oli esteenä noin joka neljännellä (26 %) vastaajista toteuttaessaan hyvää kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitoa. Toisaalta yli puolet (60 %) sairaanhoitajista ei kokenut kiireen estävän hoitoa. (Taulukko 16.) Vähiten kiireen kokivat esteeksi 10–19 vuotta työssä olleet ja 40–49-vuotiaat sairaanhoitajat. Eniten kiire häytti 5-9 vuotta työssä olleita sekä 20–29-vuotiaita sairaanhoitajia.

TAULUKKO 16. Mielestäni kiire estää minua toteuttamasta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hyvää hoitoa

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	115	42,6
Jokseenkin eri mieltä	47	17,4
Ei samaa eikä eri mieltä	38	14,1
Jokseenkin samaa mieltä	47	17,4
Täysin samaa mieltä	23	8,5
Yhteensä	270	100,0

Kollegoilta apua koki saavansa neljä viidestä (84 %) sairaanhoitajasta, kun taas joka yhdestoista (9 %) koki jonkinlaista puutetta tuen saamiseen hoidettaessa kosketuseristystä tarvitsevaa potilasta. Eniten apua kokivat saavansa 40–49-vuotiaat, kun taas vähiten 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat.

Melkein puolet (46 %) sairaanhoitajista hoiti mieluummin potilaita, jotka eivät olleet kosketuseristyksessä. Noin joka kolmannelle (27 %) vastanneista ei ollut merkitystä, oliko potilas kosketuseristyksessä vai ei. (Taulukko 17.) 30–40 vuotta työssä olleille ja 50–63-vuotiaille sairaanhoitajille ei ollut suurta merkitystä, oliko potilas eristyksessä vai ei. Mieluiten muita potilaita hoitivat 5-9 vuotta työssä olleet ja 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat.

TAULUKKO 17. Hoitaisin mieluummin potilaita, jotka eivät ole kosketuseristyksessä

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	49	18,1
Jokseenkin eri mieltä	24	8,9
Ei samaa eikä eri mieltä	46	17,0
Jokseenkin samaa mieltä	52	19,3
Täysin samaa mieltä	99	36,7
Yhteensä	270	100,0

Vastanneista sairaanhoitajista lähes jokainen (88 %) koki tarpeelliseksi osallistua eristystä koskeviin koulutustilaisuuksiin. Vain neljä sadasta (4 %) sairaanhoitajasta puolestaan koki, etteivät koulutustilaisuudet olleet niin tarpeellisia. Halukkaimpia koulutuksiin osallistujia olivat 20–29 vuotta työssä olleet ja 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat.

Lähes kolmasosa (27 %) sairaanhoitajista oli huolissaan, että heihinkin tarttuu se, mitä potilaalla on. Vastaajista vähän yli puolet (53 %) ei tuntenut juurikaan huolta tartunnan suhteen. (Taulukko 18.) Eniten huolissaan olivat 20–29-vuotiaat sairaanhoitajat. Vähiten huoletti 20–29 vuotta työssä olleita ja 40–49-vuotiaita sairaanhoitajia.

TAULUKKO 18. Olen huolissani, että minuunkin tarttuu se, mitä potilaalla on

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	83	30,7
Jokseenkin eri mieltä	60	22,2
Ei samaa eikä eri mieltä	56	20,7
Jokseenkin samaa mieltä	50	18,5
Täysin samaa mieltä	21	7,8
Yhteensä	270	100,0

Melkein puolet (43 %) sairaanhoitajista ajatteli, että heillä oli riittävästi aikaa hoitaa kosketuseristyksessä olevaa potilasta. Kolmasosa (34 %) koki ajan riittämättömäksi hoitoon. Eniten ajan riittämättömäksi kokivat 30–40 vuotta työssä olleet ja 50–63-vuotiaat sairaanhoitajat. Ajan kokivat riittäväksi 10–19 vuotta työssä olleet ja 40–49-vuotiaat sairaanhoitajat.

Sairanhoitajista lähes puolet (48 %) koki saavansa esimieheltään tukea kosketuseristyksen toteuttamiseen, lähes joka neljäs (23 %) oli sitä mieltä, ettei saanut tukea. (Taulukko 19.) Vähiten tukea kokivat saavansa 5-9 vuotta työssä olleet ja eniten 20–29 vuotta työssä olleet sairaanhoitajat.

TAULUKKO 19. Koen saavani esimieheltäni tuke kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön liittyen

Vastausvaihtoehto	n	%
Täysin eri mieltä	33	12,3
Jokseenkin eri mieltä	30	11,2
Ei samaa eikä eri mieltä	77	28,6
Jokseenkin samaa mieltä	75	27,9
Täysin samaa mieltä	54	20,1
Yhteensä	269	100,0

5.4 Kosketuseristyksessä olevan potilaan hoidon kehittämishaasteet

Avoimella kysymyksellä kysyttiin sairaanhoitajilta, millaiset asiat vaikeuttavat toimintaa kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Kosketuseristyksen toteuttamista osastolla vaikeutti huomattavasti puutteelliset tilat tai jopa tila puute. Eristystä tarvitsevat potilaat joutuivat olemaan käytävillä tai potilaat olivat monen hengen huoneessa pelkästään verhojen eristämänä. Joillakin osastoilla yksinkertaisesti ei ollut mahdollisuutta järjestää yhden hengen huonetta, jolloin kosketuseristystä tarvitseva potilas vei monen potilaan osastopaikan.

Käytännön työssä tulee vastaan tilanteita, joissa ei aina ole yksiselitteistä toimintamallia, etenkin kun potilashuonetta, jossa hoidetaan kosketuseristyspotilaita, ei ole alkujaan suunniteltu eristyspotilaiden hoitamiseen. Esim. tilanne, jossa vien alusastiaa tai kusikannua potilaspaikalta huuhteluhuoneeseen, joka osaston toisessa päässä.

Huoneiden tilat eivät olleet asianmukaisia, niistä puuttuivat omat suihkutilat, wc, eikä huoneissa ollut välitilaa.

...Osastolla ei ole eristyspotilaalle omaa suihkua, joten käyttävät samaa infektiosuihkua muiden potilaiden kanssa - vaatii suunnittelua ja järjestelyjä...

Välitilan puuttuminen heikensi hoitovälineiden ja -tarvikkeiden saatavuutta. Sairaanhoidajat olivat sitä mieltä, että hoitovälinevälineitä tulisi olla riittävästi ja niiden tulisi olla helposti saatavilla. Toisaalta ylimääräisiä hoitovälineitä ei saa kerätä huoneeseen, mutta jatkuva välineiden hakeminen hoitotoimenpiteiden välillä hankaloittaa työn tekoa.

Hoitotarvikkeita ei saa varastoida huoneeseen, jos on isot haavat, niin aina puuttuu jotakin tarviketta, joutuu ravaamaan useasti eristyshuoneesta pois tai roikkumaan oven välissä ja huudella käytävälle, jos joku antaisi puuttuvia tuotteita...

Lisäksi harvemmin kosketuseristystä tarvitsevia potilaita hoidettavilla osastoilla hoitovälineiden ja suojatarvikkeiden sijoituspaikka ei ollut aina tiedossa. Suojapukeutuminen koettiin haasteelliseksi, jos huoneesta jouduttiin poistumaan useasti ja palaamaan heti takaisin. Kiire ja yksin työskentely asetti myös haasteensa suojapukeutumiselle.

Kiire ja jos on paljon muita potilaita hoidettavana, eristyspotilaan hoito on aikaa vievää pukemisineen ja riisumisineen. Ei saa rauhassa hoitaa, vaan joutuu lähtemään kesken kaiken viemään esimerkiksi leikkaussaliin toista potilasta.

Tiedot kosketuseristyskäytännöistä ja osaaminen vaihteli eri osastoilla suuresti.

Eri käytännöt osastojen ja poliklinikoiden välisessä toiminnassa...

Joillakin osastoilla oli käytössä infektion torjuntakansiot, jotka päivitettiin tasaisin väliajoin ja ne olivat helposti sairaanhoitajien saatavilla.

Käypäohjeet ja jatkohoito-ohjeet päivitettäisiin usein ja olisi hyvä olla lyhyitä ohjeita, joissa ei ole tulkinnan varaa.

Oulun yliopistollisen sairaalan Intranet koettiin varsin sekavaksi etsiessä sieltä ohjeita.

Intranetistä ei ole helppo eikä nopea löytää ohjeita...

Potilaan henkeä uhkaavassa tilanteessa kosketuseristyskäytännöt olivat toissijaisia ja näihin äkkinäisiin tilanteisiin ei usein ollut käytössä minkäänlaisia toimintaohjeita.

Pelko että vie kotiin tartunnan. Joskus tosi harvoin suojautuminen jää osittain puutteelliseksi äkillisen tilanteen (elvytys tai muu vastaava tilanne) vuoksi.

Sairaanhoitajille toivat lisätyötä osastoilla työskentelevät sijaiset tai keikkatyöläiset, joilla ei välttämättä ollut riittäviä perustietoja yleisistä varotoimista. Sairaanhoitajat kokivat tiedon kulun eri tahoille ja osastojen välillä haasteelliseksi.

Tiedonkulku osaston ja leikkaussalin välillä(=välttämättä tieto potilaan tarvitsemasta kosketuseristyksestä, ei tule ennalta leikkaussaliin)...

Osaamattomuus ja tiedon puute vaikeutti kosketuseristyksen toteutumista.

...Lääkäreiden tiedoissa ja asenteissa on valitettavan usein vieläkin havaittavissa puutteita esim. eritteillä kontaminoituneet suojakäsineet kädessä käydään lääkelaatikoilla, kosketaan puhelimeen tai tietokoneen näppäimistöön...Erityisen huolissani olen anestesialääkäreiden osalta. He pitävät suojakäsineitä ja koskettelevat samoilla hansikkailla ensin potilasta ja sitten myös puhtaita paikkoja...

Vaikka kosketuseristys toteutui hyvin, sekavat ja muistamattomat potilaat itse eivät pysyneet huoneissaan, jolloin kosketuseristys oli hyödytön.

Kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoidon toteuttamiseen ja laatuun helpotti työka- vereiden tuki ja halu auttaa.

...Yritämme myös järjestää osastollamme työvuorot sillä tavalla, että yksi hoitaja hoitaisi kosketuseristys potilasta.

Vastaajat kokivat parityöskentelyn hyvänä vaihtoehtona.

... Parityöskentelyn koen hyvänä asiana, koska silloin toinen työparista voi hoitaa muita tehtäviä kun itse hoidan eristyspotilasta.

Hyvin kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitoon varustautuneilla osastoilla, sairaanhoitajien toiminnassa ei esiintynyt ongelmia. Osastolla saatavilla oleva infektiodyshenkilö helpotti sairaanhoitajien toimintaa.

Mitä enemmän tietoa, sitä helpompi toimia. Selkeät käytännöt osastolla helpottavat työskentelyä. Hygieniahoidajalta saa aina apua soitettaessa...Kun osastolla on käytettävissä oma asiantuntijasairaanhoitaja, koen että käytäntömme ovat selkiytyneet sekä asenteet muuttuneet tiedon lisääntymisen myötä.

Suhtautumisesta esitettiin avoin kysymys, jossa kysyttiin sairaanhoitajilta, kuinka heidän suhtautumisensa on muuttunut kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitoon infektioiden torjunnan kehittymisen myötä. Tiedon lisääntymisen myötä eristyskäytännöt ja niiden toteuttaminen koettiin aiempaa helpompana ja järkevämpänä. Suhtautuminen oli muuttunut myönteisemmäksi ja luottavaisemmaksi aina uusiutuvan tiedon myötä.

Ainakin hyvät ohjeet auttavat. Turha "hössötys" on jäänyt pois... eristyspotilaat saavat hyvin heille tarkoitettua hoitoa ja ei-eristyspotilaat taas heille sopivaa hoitoa. Potilaita hoidetaan yhtä hyvin.

Tietoa koettiin saatavan koko ajan enemmän, mutta ohjeet saatettiin kokea monimutkaiseksi ja osin käytännöstä poikkeaviksi. Koulutusta eristyksestä kaivattiin varsinkin osastoilla, joissa hoidettiin harvemmin kosketuseristyksessä olevia potilaita. Sairaanhoitajat toivoivat selkeitä ohjeita, milloin kosketuseristystä tarvitaan ja milloin sitä ei tarvitse käyttää.

...Osastolla voisi olla hyvä, jos eri eristys käytännöt olisivat havainnollistettu selkein kyltein/julistein, mitä voisi ottaa tarpeen mukaan aina esille esim. potilashuoneen väliköön muistuttamaan hoitajaa, sekä lääkäreitä ja omaisia.

Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä tietojen päivitystä ja kertausta säännöllisin väliajoin. Eristyksen toteuttaminen ei ollut aina yksinkertaista osastoilla, joilla ei ollut

käytössä kosketuseristykseen vaadittavia tiloja. Suhtautuminen oli positiivisempaa, kun osastoilla oli oma infektiöyhdyshenkilö, jolla oli viimeisin tieto kosketuseristyskäytännöistä.

Avoimessa kysymyksessä sairaanhoitajilta kysyttiin, mistä asioista he kokivat tarvitse-
vansa lisäkoulutusta kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitoon tai hoitotyöhön liitty-
en. Eri eristyksistä toivottiin kertausta säännöllisin väliajoin. Eristyksen aloittamisesta ja
lopettamisesta kaivattiin selkeitä kirjallisia ohjeita esimerkiksi altistuneen potilaan koh-
dalla. Lisäksi sairaanhoitajille oli epäselvää, kuinka monta negatiivista kontrollinäytettä
tuli ottaa potilaalta, jolla oli ollut moniresistenttibakteeri. Suojainten käytön ohjeistuk-
siin toivottiin selkeyttä, esimerkiksi, mitä suojaimia tuli käyttää käytettäessä potilasta
toimenpiteessä. Sairanhoitajat eivät välttämättä tiedäneet, millä puhdistusaineella pinto-
ja ja eritahroja siivottiin.

*...Tuntuu, että käytännöt vaihtelevat eri henkilöillä. On huolimattomuutta, mutta joilla-
kin ylisuojautumista, kun kyseessä on vain kosketuseristys...*

Ohjeita toivottiin avohoidossa ja poliklinikalla kohdattaville kosketuseristystä tarvitse-
ville potilaille.

*Päiväkirurgiassa moniresistenttibakteerikantajan on "joutunut" ohjaamaan muidenkin
kansoittamaan ruokailu- ja pukutilaan ja WC:t ovat meillä samat. Herättänyt kysymyk-
siä...*

Potilaan ja omaisten ohjaamiseen kaivattiin lisämateriaalia heille annettavaksi osastolla
ja kotiin.

Potilaan ja omaisten ohjaaminen tietoa sairauksista ja perusteluja kosketuseristykseen

Omaisten pukeutumisohjaus oli epäselvää ja ohjaaminen oli vaihtelevaa. Toisinaan hei-
tä ohjattiin käyttämään suojaimia ja toisinaan ei. Potilaalle ei ollut antaa minkäänlaista
kirjallista materiaalia liittyen kosketuseristykseen.

...Potilaat ovat yksinäisiä eristyshuoneessa. Heidän luonaan pitäisi joutaa viipymään. Potilailla on myös syyllisyyden tunteita tilanteesta."Minun takia pitää pukea nuo vaatteet" Pitäisi osata kannustaa ja tukea.

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Sairaanhoidajien arvio omasta osaamisestaan kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä

Tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa suurimmalta osin hyväksi. Yli puolet vastaajista koki tietävänsä, milloin kosketuseristystä tarvitaan ja tiedot kosketuseristyskäytännöistä olivat hallussa 83 prosentilla vastaajista. Sairaanhoidajista yli puolet osasi valmistella kosketuseristyshuoneen. Suojainten käyttö oikeissa tilanteissa oli lähes kaikilla hallinnassa. Kosketuseristyksessä olevan potilaan eritetahrojen oikeaoppisen siivoamistavan hallitsi kuitenkin vain vähän yli kolmasosa sairaanhoitajista ja 12 prosenttia vastaajista koki epävarmuutta siivotessaan eritetahroja. Perttulan ja Luokkakallion tekemässä tutkimuksessa nousi myös esiin eritetahrojen puhdistamisen ja siivouksen ongelmallisuus. Siivous oli ohjeistettu hyvin suurimmassa osassa tutkittavia yksiköitä. Osa ohjeista kuitenkin kaipasi päivitystä. Esimerkiksi pesuaineiden laimennuspullot oli huonosti merkittyjä, mitä ainetta pullossa oli, laimennuspäivä sekä pesuaineen vahvuus. Kävi ilmi, että pintojen puhdistamiseen käytettiin vääriä aineita, kuten käsidesinfektiota. Eritetahradesinfektio oli tutkimuksessa yllättävän vieras käsite monelle hoitajalle ja yleisesti sen oletettiin kuuluvan vain laitospulaiselle. (Perttula & Luokkakallio 2010, 145.)

Sairaanhoidajista suurin osa osasi ohjata potilasta, kuinka hänen tulisi toimia eristyksessä. Toisaalta vähän alle puolet sairaanhoitajista koki osaavansa ohjata kosketuseristyksessä olevan potilaan vieraita, miten heidän tulisi suojautua ja toimia. Sairaanhoidajien iällä ja työkokemuksella oli merkitystä, kuinka paljon he ohjasivat.

Suojainten oikean riisumisjärjestyksen arvioi osaavansa lähes kaikki. Suojakäsineiden käytön hallitsi myös melkein kaikki sairaanhoitajat. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Liite 10) havainnoimalla on noussut esille, että henkilökunta tietää, milloin ja miten suojakäsineitä tulisi käyttää, mutta aina tieto ei toteudu käytännössä. Torontossa (2010) tehdys- sä tutkimuksessa monet vastaajat korvasivat käsihygienian toteuttamisen käyttämällä

jatkuvasti suojakäsineitä. Kvickin ja Pöllänen (2010) tekemässä tutkimuksessa suojakäsineitä ei vaihdettu tilanteen vaatiessa, vaan joka viides sairaanhoitaja desinfioi suojakäsineitään sen sijaan, että olisi ottanut ne pois, desinfioinut kätensä ja vaihtanut uudet suojakäsineet. Myös kolmasosa vastanneista kertoi käyttävänsä kaksinkertaisia käsineitä mennessään kosketuseristyshuoneeseen. (Jang ym. 2010, 144–150; Kvick & Pöllänen 2010, 59.)

Vastaajista 63 prosenttia löysi helposti ohjeet kosketuseristyskäytännöistä PPSHP:n Intranetistä. Parhaiten ohjeet löysivät vanhemmat sairaanhoitajat, joilla oli pitkä työkokemus. Perttulan ja Luokkakallion (2010) tutkimuksessa kosketuseristysohjeita niissä yksiköissä, joissa kosketuseristystä tarvitsevia potilaita ei ollut, ei ohjettakaan ollut löydettävissä. Yleisestikin infektioiden torjuntaan liittyvää kirjallisuutta yksiköissä oli erittäin huonosti saatavilla. (Perttula & Luokkakallio 2010, 145.)

6.1.1 Sairaanhoitajien tiedot kosketuseristyskäytännöistä

Tutkimuksen tietotestin väittämiin vastattiin keskimäärin 76 %:sti oikein. Väittämät, jotka aiheuttivat eniten vääriä vastauksia, koskettivat potilaiden ruokailuvälineitä, kosketuseristyshuoneen siivoamista, suojainten käytön pääpiirteitä sekä kuinka kauaksi aikaa potilaan huoneeseen varattiin hoito- ja tutkimusvälineitä kerrallaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tutkimustuloksia. (Liite 10) Böckermanin ym. (2010) tutkimuksessa sairaanhoitajilla oli vaikeus hallita eristyshuoneen siivoaminen sekä oikea suojainten riisumisjärjestystä. (Böckerman ym. 2010, 29–34.)

Parhaiten sairaanhoitajat tiesivät, mitkä olivat tärkeimmät resistentit sairaalabakteerikannat ja, että suojakäsineiden käyttö ei koskaan korvaa käsien desinfektiota. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Liite 10) on kuitenkin noussut esille, että suojakäsineiden käyttö saattaa korvata käsidesinfektio. Oulun yliopistollisen sairaalassa tehdyssä projektissa (2009) huomattiin, että suojakäsineiden käyttö korvasi käsihuuhteen käytön joissakin tilanteissa, vaikka mahdollisuudet käsihuuhteiden käyttöön osastoilla olivat hyvät. Leikkausosastolla tavanomainen käsindeinfektio toteutui vain puolella sairaanhoitajista suosituksiin nähden. Sairaanhoitajat tiesivät, että suojatakki oli kertakäyttöi-

nen ja potilaan tutkimus- ja hoitovälineet olivat potilaskohtaisia kosketuseristysten ollessa kyseessä. (Similä 2010, 22–23.)

6.1.2 Sairaanhoidajien toiminta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä

Tutkimuksessa sairaanhoidajat kokivat oman toimintansa kosketuseristyskäytännöissä ja hoitotilanteissa suurimmalta osin erittäin hyväksi. Eniten vaihtelua sairaanhoidajien toiminnassa oli ohjaustilanteissa, oman käsihygienian toteuttamisessa, suojakäsineiden käytössä sekä kosketuseristyskäytäntöihin liittyvän tiedon haussa.

Jopa 12 prosenttia vastaajista kertoi, ettei koskaan ohjannut potilasta käyttämään käsi-desinfektiota. Kuitenkin 43 prosenttia sairaanhoidajista ohjasi potilasta lähes aina. Puutteita oman käsihygienian toteuttamisessa huomasi vain 37 prosenttia sairaanhoidajista silloin tällöin ja 14 prosenttia ei juuri koskaan.

Sairaanhoidajista kaikki desinfioivat kätensä, kun tulivat töihin. Myös kosketuseristyshuoneeseen mennessään tai sieltä poistuessaan kädet desinfioitiin aina. Sairaanhoidajista kaikki desinfioivat kätensä lähes aina tai usein ennen suojakäsineiden laittoa. TarttuVa- projektissa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa (2009) vastaajat olivat sitä mieltä, ettei kiire ollut esteenä hyvälle käsihygienialle. Havainnoinnissa kävi kuitenkin ilmi, ettei käsiä desinfioitu tarpeeksi potilaiden välillä, eikä suojakäsineiden pukemisen ja riisumisen jälkeen toteutettu käsidesinfektiota säännöllisesti. Samanlainen ilmiö todettiin myös Syrjälän ja Teirilän (2008) tekemässä tutkimuksessa, jossa havainnoitiin, että käsihygienia toimi huonosti kosketuseristysten yhteydessä. Kosketuseristyshuoneeseen mennessään käsihygienia toteutui alle puolella ja huoneesta poistuessaan vain vähän yli puolella hoitajista. (Perttula & Luokkakallio 2009, 141–146; Syrjälä & Teirilä 2010, 178.)

Sairaanhoidajista suurin osa, 77 prosenttia, käytti suojakäsineitä mennessään kosketuseristyshuoneeseen. Sairaanhoidajista 9 prosenttia käytti käsineitä harvoin tai ei juuri koskaan. Tietoa kosketuseristyskäytännöistä haki kolmasosa sairaanhoidajista asianmu-

kaisen eristyksen toteuttamiseksi. Kuitenkin 13 prosenttia sairaanhoitajista haki ohjeita harvemmin tai eivät juuri koskaan. Vähiten tietoa kaipasivat nuoret sairaanhoitajat, joilla oli lyhyt työkokemus. Aikaisemmat tutkimukset tukevat saatua tulosta. Ohjeistukset osastoilla olivat yleensä hyvin saatavilla, jolloin ne olivat helposti löydettävissä. (Similä 2010, 22–23.)

Kysyttäessä sairaanhoitajilta käsikorujen, kellon tai rakennekynsien käytöstä hoitotyössä 4 prosenttia ei kokenut niiden käyttöä ongelmana lainkaan. Tutkimuksessa ilmeni, että käsikorujen, kellon tai rakennekynsien käyttö oli yleisempää vanhemmilla sairaanhoitajilla, joilla oli pidempi työkokemus. Nuoremmat sairaanhoitajat, joilla oli vähemmän työkokemusta, kokivat niiden käytön esteenä käsihygienian toteuttamiselle. Oulun yliopistollisessa sairaalassa toteutetussa projektissa (2009) havainnoitiin hoitohenkilökuntaa. Pitkiä kynsiä, sormuksia tai käsikoruja ei käytetty juurikaan hoitotyössä. Kello tai sormus havaittiin muutamalla yksittäisellä anestesia lääkäriä ja pitkät kynnet todettiin potilastyössä neljällä anestesiahoitajalla sekä kolmella leikkaushoitajalla. (Similä 2010, 22–23.) Kuitenkin Perttulan ja Luokkakallion tutkimuksessa (2010, 145) korujen käyttö oli hyvinkin yleistä henkilökunnan keskuudessa.

6.2 Johtopäätökset sairaanhoitajien osaamisesta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä

Tässä tutkimuksessa selvisi, että sairaanhoitajilla on hyvä teoreettinen tietopohja, siitä kuinka tulisi käyttäytyä ja toimia kosketuseristystilanteessa. Aiemmissa tutkimuksissa havainnointi on paljastanut vastakkaista tuloksia (Syrjälä & Teirilä 2010, 178; Perttula & Luokkakallio 2010, 141–146; Similä 2010, 22–23). Tieto ei välttämättä kulje teorian tasolta käytäntöön. Uskomukset, roolimallien puute, joskus kiire tai liian suuri työmäärä vaikeuttivat aseptista toimintaa (Routamaa & Hupli 2007, 2399–2401). Myös Routamaa & Hupli (2007) ovat todenneet tutkimuksessaan tiedon ja toiminnan välillä olevan eroja.

Käsihygienia paranee, jos ohjeiden noudattaminen tehdään helpoksi. Tämä edellyttää esimerkiksi käsihuuhteiden hyvää saatavuutta paikasta riippumatta. (Kainulainen 2010, 149.) Käsihygienia toteutuisi nykyistä paremmin, jos käsineiden käyttö rajattaisiin vain

tilanteisiin, jossa niitä todella tarvitaan. Suojakäsineet antavat käyttäjälleen valheellisen tunteen käsien puhtaudesta, jolloin käsihuuhteen käyttö unohtuu. (Kainulainen 2010, 148.)

Useimmat tiesivät, ettei koruja tulisi käyttää, mutta asian painoarvo ei ollut kaikille yhtä tärkeä. Ei riitä, että melkein kaikki toimivat oikein, eikä myöskään se, että osastolla käytetään keskimäärin paljon käsihuuhdetta. Yksikin käsihygieniasta välinpitämätön hoitaja voi aiheuttaa infektioepidemian huolimatta siitä, että kaikki muut toimivat oikein. Esimiehen rooli korostuu esimerkkinä henkilökunnalle tällaisissa tilanteissa. Jos esimerkiksi esimies ei pysty olemaan työpaikalla koruita ja kellotta, hänen on vaikea sitä alaisiltaan vaatia. (Perttula & Luokkakallio 2010, 145; Kainulainen 2010, 149.)

Tutkimustulokset toivat esiin, että ongelmana ei ole pelkästään sairaanhoitajien osamattomuus, vaan myös vanhentuneet ja epäkäytännölliset tilat tuovat tarpeetonta lisähaastetta kosketuseristyksen toteuttamiselle. Sairaanhoitajat kokivat tilanahtauden, tilanpuutteen ja, että tilat ja huoneet eivät olleet tarkoituksenmukaisia kosketuseristyksen toteuttamiselle vaikeina. Esille nousi myös kiireen vaikutus hoitotyöhön ja sen laatuun. Sairaanhoitajat kaipaavat koulutusta ja ohjeita kosketuseristyskäytännöistä, eritetahra desinfektiosta ja potilaan ja omaisten ohjaamisesta.

Erot iän ja työkokemuksen suhteen eivät olleet suuria. Nuoremmilla ja vähän työkokemuksella omaavilla sairaanhoitajilla oli hyvät tiedot kosketuseristyskäytännöistä. Heillä oli tuorein tieto muistissa. Nuoret kokivat kosketuseristyksen toteuttamisen helpompana, kuin vanhemmat sairaanhoitajat. Nuoremmat kokivat enemmän huolta tartunnasta. He olivat myös kriittisimpiä hoidon laadun arvioijia. Nuoremmat ja vähemmän työssä olleet kokivat saavansa vähemmän tukea esimieheltään kosketuseristyksen toteuttamiselle.

Vanhemmilla sairaanhoitajilla oli pitkän työkokemuksen tuomaa osaamista kosketuseristyskäytännöistä, kuitenkin he olivat innokkaimpia saamaan lisäkoulutusta ja uutta tietoa. Potilaiden ohjaaminen oli heille luontevampaa ja he löysivät paremmin ohjeita kosketuseristyskäytännöistä. Heillä oli myös paremmat tiedot siivoamisen suhteen verraten nuorempiin. Esimiehen tukea koettiin saatavan paremmin, kuin nuoremmat kollegat.

6.3 Johtopäätökset sairaanhoitajien suhtautumisessa kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitotyöhön

Sairaanhoitajien suhtautuminen kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön oli hyvin vaihtelevaa. Lähes puolet sairaanhoitajista koki, että kosketuseristyksessä olevan potilaan hoito ei ollut verrattavissa potilaisiin, jotka eivät olleet kosketuseristyksessä. Varsinkin nuoret työuran alussa olevat sairaanhoitajat kokivat kosketuseristyksessä olevan potilaan hoidon olevan eriarvoisessa asemassa.

Yli puolet sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että infektioiden torjuntayksiköltä sai tukea tarpeen vaatiessa kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitotyöhön liittyen. Omalta esimieheltään tuki puuttui joka viidennen sairaanhoitajan mielestä. Vähiten tukea kokivat saavansa jonkin verran työvuosia omaavat nuoret sairaanhoitajat. Kollegoiden antamaan tukeen luottivat lähes kaikki sairaanhoitajat. Yli joka viides sairaanhoitaja koki kosketuseristyskäytäntöjen toteuttamisen jokseenkin monimutkaiseksi ja jopa 13 prosenttia ajatteli sen olevan hankalaa. Vaikeimmaksi kosketuseristyskäytäntöjen toteuttamisen tunsivat vanhemmat sairaanhoitajat, joilla oli pitkä työkokemus takanaan. Aiemmin Torontossa tehdyssä tutkimuksessa (2010) työmäärä ja siihen liittyvät äkkinäiset keskeytykset ja muutokset lisäsivät hoitohenkilökunnan kuormitusta ja näin ollen vaikeuttivat työskentelyä. Tutkimuksessa haastatellut henkilöt pitivät käsihygieniaohteistuksia kankeina ja joustamattomina, jolloin he päätyivät henkilökohtaisiin hygieniaratkaisuihin ohjeistuksista huolimatta. (Jang ym. 2010, 144–150.)

Kiire oli esteenä joka viidennelle sairaanhoitajalle hyvän hoidon toteuttamisessa. Yli kolmasosa sairaanhoitajista koki ajan hoitoon riittämättömäksi. Routamaan ja Huplin (2007) tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden yleisimmät esteet hyvälle aseptiselle työskentelylle olivat esimerkiksi puutteelliset resurssit, kiire sekä negatiivinen suhtautuminen käsihygieniasuositukseen (Routamaa & Hupli 2007, 2399–2401).

Yli puolet sairaanhoitajista hoitaisi mieluummin potilaita, jotka eivät olleet kosketuseristyksessä. Etenkin nuoremmat sairaanhoitajat, joilla kuitenkin oli useampia vuosia työkokemusta, eivät halunneet hoitaa kosketuseristyksessä olevia potilaita. Koulutusta ja kertausta eristystä koskeviin asioihin kaipaivat lähes kaikki sairaanhoitajat, esimer-

kiksi lähes kolmasosa sairaanhoitajista oli huolissaan, että he saavat tartunnan potilaalta hoitaessaan heitä.

Jos perustiedon puute olisi se ongelma, jolla ratkaistaan käsihygienian toteuttaminen, se olisi helppoa. Tietämättömyyttä suurempi ongelma löytyy usein suhtautumisesta. Esi-
miesten tulisi huolehtia uusien työntekijöiden perehdytyksestä ja varmistaa, että ohjeita noudatetaan. Tiedetään, että henkilökohtainen palaute lisää käsihygienian toteuttamisen aktiivisuutta. Toimintatapoja opitaan helposti ottamalla mallia kokeneemmista hoitajis-
ta. Näin myös väärät toimintatavat tarttuvat. Vaikka koulutuksessa tai perehdytyksessä opetetaan oikeat toimintatavat, niitä on vaikea toteuttaa, jos yleinen ilmapiiri toimii päinvastoin. (Kainulainen 2010, 148–149.)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Tutkimuksen reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen *kokonaisluotettavuuden*. Kokonaisluotettavuus on hyvä, kun mittaamisessa on minimoitu satunnaisvirheet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Validiteetilla tarkoitetaan onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli aikomus mitata. Validiteettia tarkastellessa käytetään sisäistä validiteettia ja ulkoista validiteettia. Sisäinen validiteetti pyrkii siihen, onko tutkija osannut luotettavasti operationalisoida teoreettiset käsitteet muuttujiksi. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Reliabiliteettia voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistossa eli toistamalla tutkimus. Jos tulokset ovat samansuuntaisia, mittaria voidaan tällöin pitää reliaabelina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2009, 74). Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia, kuin siinä käytetty mittari (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206). Käsitteiden ja muuttujien epäselvä määrittely heikentää mittaustulosta, jolloin validiteetti kärsii. Tutkimus on onnistunut, kun teoreettiset käsitteet ja ajatuskokonaisuus on saatu siirrettyä mittariin. Mittauksen luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset, kielelliset ja tekniset seikat. Mittaaminen on ainutkertaista, eikä huonosti mitattuja osioita voi korjata tai parantaa jälkikäteen. Mittauksen laatuun voidaan kuitenkin vaikuttaa etukäteen. (Heikkilä 2008,29–30; Vilkkä 2007,150.)

Mittarin laadintaan käytettiin aikaa ja sitä suunniteltiin huolella. Laadukas mittari edellytti usean asiantuntijan yhteistyötä. Tutkimuksen asiantuntijaryhmänä toimivat OYS:n Infektioiden torjuntayksikön työntekijät yhdessä erikoissuunnittelija Pia Liljamon kans-

sa sekä menetelmäohjaaja Elsa Manninen. Mittarin toimivuutta mietittiin mahdollisimman käyttäjäystävälliseksi. Vastauslomake tiivistettiin ja epäoleelliset ja epäselvät kysymykset poistettiin. Kyselyn ulkoasusta tehtiin rauhallisen ja positiivisen värinen, jolloin se oli miellyttävä silmälle. Mittariin laadittiin erilliset osiot, joissa käsiteltiin osaamista ja suhtautumista. Osaaminen jaettiin kolmeen selkeään osaan, jotka käsittelivät sairaanhoitajien omaa arviota osaamisestaan sekä tietoaan tietotestin avulla ja toimintaa kosketuseristyksessä olevan potilaan hoitotyöhön. Suhtautuminen käsiteltiin omana osionaan. Hyvin valittu tilasto-ohjelma helpotti käsitteiden muokkaamista, jolloin ne olivat mahdollisimman selkeitä ja kaikille samalla tavalla ymmärrettäviä. Vilkan (2007) mukaan yhä harvempi viitsii käyttää aikaansa pitkien ja vaikeasti tulkittavien lomakkeiden täyttämiseen (Vilka 2007, 70). Kyselylomake suunniteltiin juuri sopivan pituiseksi. Mittarin monipuolisuus mahdollisti saman asian tarkastelun eri näkökulmista, mikä vahvasti saatuja tuloksia.

Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa esitestaamalla mittaria pienemmässä joukossa ennen todellista tutkimusta. Virhetekijöitä voivat olla kysymysten paljous, kiire, kysymysten ymmärrettävyys ja niiden järjestys sekä mittausaika. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 210.) Mittarin esitestaamisella saatiin arvokasta tietoa mittarin toimivuudesta kyselyssä ja sen avulla voitiin vaikuttaa lopullisen mittarin muotoon.

Kyselytutkimuksessa *validiteettiin* vaikuttaa ensisijaisesti se, miten onnistuneita mittarin kysymykset ovat eli voidaanko niiden avulla ratkaista tutkimusongelma. Heikkilä (2008,186). Kysymyksiä käytiin läpi asiantuntijoiden neuvoilla. Kysymysten avulla oli tarkoitus saada tietoa sairaanhoitajien osaamisesta ja suhtautumisesta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyössä. Kysymykset ja väittämät olivat aiheeltaan monipuolisia ja kattavia. Kielen selkeyteen kiinnitettiin huomiota. Hyvin laadittujen kysymysten perusteella voitiin saada luotettavia tuloksia. Kyselyyn vastanneet olivat vastanneet suurelta osin huolellisesti jokaiseen kysymykseen, tämä kertoo kysymysten onnistuneesta muotoilusta. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu erittäin aktiivisesti ja monipuolisesti omia mielipiteitä ja ideoita esille tuoden. Muutamissa vastauksissa ilmeni puutteita, mutta ne otettiin mukaan tutkimustuloksiin niiden informatiivisen tiedon vuoksi.

Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan mittaukseen liittyviä virheitä ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Mittausvirheitä voi syntyä mittausvälineiden epätarkkuuden,

mittauksen vaikuttavien häiriötekijöiden, mittausmenetelmän, mittarin heikkouden vuoksi tai mitattavien käsitteiden hankaluuden vuoksi (Vilkkä 2007,152, Heikkilä 2008,186). Virheitä voi sattua myös tietojen keräämisessä, syöttämisessä, käsittelyssä sekä tulosten tulkitsemisessa. Mitä vähemmän mittausvirheitä syntyy, sen luotettavampi tutkimus tulee olemaan. (Vehkalahti 2008, 32; Heikkilä 2008, 30; Vilkkä 2007 149–150; Vehkalahti 2008, 40). Hyvän tilasto-ohjelman sekä verkkolomakkeen etuina olivat, että tietojen tallentaminen ja analysointi veivät vähemmän aikaa ja olivat vähemmän virhealttiita analyysivaiheessa. Aineisto siirrettiin kertaalleen eri tilasto-ohjelmalta toiselle asiantuntijan avulla. Tulosten tulkinta oli yksiselitteistä ja selvää onnistuneen mittarin laadinnan ja käsitteiden määrittelyn ansiosta.

Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa, mikä koettiin joillakin osastoilla liian lyhyeksi ajaksi informoida kyselystä ja vastata siihen. Tämä tekijä oli kuitenkin tutkijoista riippumaton tekijä, mutta se voi vaikuttaa tutkimuksen reliabiliteettiin jonkin verran. Toisaalta kyselyyn vastattiin lähes jokaiselta perusjoukkoon valituilta vastuualueilta. Tämä tekijä lisää tutkimuksen luotettavuutta yksittäisten osastojen puuttumisesta huolimatta. Kyselyyn oli mahdollista vastata vain työajalla, joka saattoi myös heikentää vastaamismahdollisuutta työn kiireellisyyden vuoksi.

Kyselytutkimuksen tyypilliset vastausprosentit nykyisin ovat alle 50 %:n suuruisia. Verkkolomaketutkimukset tuottavat yleensä suuremman vastausprosentin perinteiseen postilomakkeeseen verrattuna (Kuula 2006, 174). Panostamalla kyselyn näkyvyyteen, hyvään saatekirjeeseen sekä käyttäjäystävälliseen kyselylomakkeeseen, voidaan saada parempi vastausprosentti. Vastausprosentti on yksi tutkimuksen luotettavuuden tekijä. Se kertoo, kuinka moni valituista on vastannut kyselylomakkeeseen. Mikäli vastausprosentti jää liian alhaiseksi, tutkimuksen edustavuus voi jäädä kyseenalaiseksi. (Vehkalahti 2008,44.) Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 23 %. Tätä voidaan pitää hyvänä ja luotettavana tekijänä. Saatekirje oli sisällöllisesti selkeä ja helposti luettavissa. Muistutuskirjettä ei lähetetty kyselyn puolivälissä, jolla saattoi olla vaikutusta reliabiliteettiin. Toisaalta ylimääräistä sähköpostien lähettämistä haluttiin välttää. Osastonhoitajien toivottiin muistuttavan kyselystä ja siihen vastaamisesta henkilökunnalleen. Kyselyä ei mainostettu etukäteen, mikä saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

7.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksessa eettisyys on kaiken toiminnan ydin. Tutkimusetiikan pääperiaatteena ja tutkimuksen tekemisen lähtökohtana on sen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172). Tutkijan on otettava huomioon lukuisia eettisiä kysymyksiä tutkimusta tehdessään. Tutkimuksessa noudatetaan hyvää eettistä tieteellistä käytäntöä. Jo tutkimusaiheen valinnan ja sen perustelun yhteydessä on tehtävä eettisiä ratkaisuja. Tutkimuksen lähtökohta on ihmisarvoa kunnioittava. (Hirsjärvi 2009, 23–24.) Tämän tutkimuksen aiheen valintaan vaikuttivat infektioiden torjunnan ajankohtaisuus ja sen tärkeys hoitotyössä tänä päivänä. Tässä työssä keskityttiin kosketuserityskäytäntöjen toteutumiseen ja niiden kehittämisen mahdollisuuksiin ja ideoihin.

Organisaation toimintaa ja jäseniä tutkittaessa tutkimuslupa on haettava yksikön johtajalta tai johtajistolta (Kuula 2006, 264). Ennen aineiston keruun aloittamista tutkimukselle haettiin tutkimuslupa Oulun yliopistollisen sairaalan hallintoylihoitajalta. Hyväksytty tutkimussuunnitelma toimi lupahakemuksen kriteerinä.

Itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen eettisistä näkökohdista (Hirsjärvi 2009, 23–24; Räsänen, Anttila & Melin 2005, 18). Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on mahdollistettava kaikissa tutkimustoiminnoissa. Saatekirjeen on oltava siksi neutraali ja asiallinen. Tutkittavan on tiedettävä tutkimuksen luonne. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–178.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselyn saatekirjeessä kehoitettiin vastaajia vastaamaan kyselyyn, siihen kuitenkin painostamatta.

Tutkittavilla täytyy olla tiedossa, kuka heidät on valinnut tutkimukseen ja heillä pitää olla myös mahdollisuus kysyä lisätietoja tutkimuksesta sitä halutessaan (Kuula 2006, 104–105). Kyselylomakkeen saatekirjeen lopussa oli molempien tutkimuksen tekijöiden sekä tutkimusluvan myöntäneen hallintoylihoitajan sähköpostiosoitteet ja lisäksi hallintoylihoitajan puhelinnumero mahdollisia yhteydenottoja varten.

Tutkija on tehnyt tutkittavien kanssa sopimuksen tutkimusaineiston käyttötavoista, jolla tarkoitetaan tutkimuksen luottamuksellisuutta. Tutkittavien on oltava tietoisia, miten ai-

neistoa säilytetään ja missä tulokset julkaistaan. Tutkijan ja tutkittavien välisen sähköisen kanssakäymisen avulla tuotettavan tutkimusaineiston keräämisen ei tutkimusetiikan tai tietosuojan suhteen poikkea perinteisistä aineistonkeruumenetelmistä. Luottamuksellinen viestintä koskee niin sähköpostia kuin muutakin sähköistä viestintää. (Kuula 2006, 88, 100, 175; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–178.) Kyselylomakkeen saatekirjeessä kävi ilmi tutkimuksen luottamuksellisuus. Tutkimusaineistoon pääsivät käsiksi vain tutkimuksen tekijät. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti vain tutkimusta varten ja ne tuhotaan asianmukaisesti tutkimusprosessin päätyttyä.

Anonymiteetti on keskeinen asia tutkimustuloksia käsiteltäessä. Yksittäistä vastaajaa ei saa tunnistaa tutkimustulosten raportoinnista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179–183; Kuula 2006, 64.) Tässä tutkimuksessa tutkimustuloksia ei voida yhdistää yksittäiseen vastaajaan. Taustatietoja ei ole luovutettu tutkimukseen kuulumattomille ulkopuolisille henkilöille. Aineiston analysoinnin aikana vastaukset muotoiltiin niin, että anonymiteetti säilyi.

Tutkimuksen tekemisen kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyttä. Epärehellisyytenä voidaan pitää plagiointia, tulosten väärää tulkintaa ja puutteellista tai harhaanjohtavaa raportointia. Tutkimusraportissa tulee tarkasti kuvailla tutkimuksen eri vaiheet. Tulokset tulee kuvailla puhtaina tuloksina. Myös kielteiset tulokset ja tutkimuksen puutteet tulee raportoida. (Hirsjärvi 2009, 25–27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179–183.) Tässä tutkimuksessa on pyritty rehellisyyteen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Kyselylomake muotoiltiin luotettavien asiantuntijoiden avulla, jolloin pyrittiin minimoimaan tutkijoiden omien näkemysten vaikutus. Saatuja tuloksia käsiteltiin ja analysoitiin huolellisesti. Tutkimustulosten yhteydessä on frekvenssitaulukoita, joista kirjoitetut tulokset pystyy tarkistamaan.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessin aikana asiantuntijuus ja ammatillinen osaaminen kosketuseristyskäytännöistä ovat kehittyneet. Tämän prosessin aikana työskentelytapamme ja yhteistyötaidot ovat kehittyneet ja olemme molemmat

tasapuolisesti ottaneet vastuuta opinnäytetyön edistymisessä. Loppuraporttia tehtäessä kriittinen ajattelukykyämme on kehittynyt ja tukenut ammatillista kasvuamme. Myös oma kiinnostuksemme tutkimustaitojen kehittämiseen on lisääntynyt ja olemme kokeneet tarpeellisiksi hallita kyseiset taidot, myös työelämää ajatellen. Tutkimusprosessin aikana määrällisen tutkimuksen metodologia on tullut tutuksi. Myös laadullisen tutkimuksen metodologiaan on perehdytty työssä olevan osion vuoksi.

Olemme harjaantuneet tieteellisen tutkimustiedon etsimisessä ja sen hyväksikäyttämisessä niin jatko-opiskelua kuin työelämää ajatellen. Olemme oppineet soveltamaan tutkittua tieteellistä tietoa käytännön hoitotyöhön ja näemme uuden tiedon mahdollisuutena kehittää omaa ammattitaitoamme. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme tiedostaneet, mikä on hyvä ja luotettava lähde ottaa selvää asioista. Kielellinen ilmaisutaito on parantunut prosessin edetessä.

Hoitokäytäntöjen kehittämiskohteiden selvittäminen tukee omalta osaltaan ammatillista kasvua sairaanhoitajina. Kosketuseristyskäytäntöjen toteuttaminen on haastava tehtävä sairaanhoitajille. Asiantuntijuus kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoitotyöhön on kasvanut. Tiedon karttuminen on lisännyt osaamista ja varmuutta kosketuseristystä tarvitsevan potilaan hoidossa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan arvioida ja kehittää omia ammatillisia valmiuksia toimia hoitotyössä. Työprosessin edetessä on selkeytynyt mitkä asiat ovat merkityksellisiä potilastyössä. Kosketuseristyksen onnistumiselle on tärkeää, että potilas on myöntyväinen hoitoon. Tämä tarkoittaa hyvää ohjaamista. Ohjaamisen tärkeys korostuu myös omaisten ja vierailijoiden kohdalla. Oikeiden toimintatapojen hallinta on tärkeää kosketuseristyksessä tarvitsevan potilaan hoidossa ja niiden toteutus kuuluu kaikille. Omalla esimerkillä ohjataan kollegoita, sijaisia sekä opiskelijoita toimimaan oikein.

7.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet

Sairaanhoitajien osaamisen ja suhtautumisen tutkiminen on mielenkiintoista ja niitä tutkimalla saadaan kattavasti tietoa. Osaaminen ja suhtautuminen ovat myös keskenään yhteydessä ja niillä on vaikutus toisiinsa.

Tässä tutkimuksessa nousi esille paljon ideoita kosketuseristyskäytäntöjen kehittämiseksi. Erilaisia projekteja voitaisiin toteuttaa siitä, kuinka kosketuseristyskäytännöt tulisivat selvemmiksi ja helpommin toteutettaviksi. Kosketuserityshuoneiden seinille voitaisiin toteuttaa konkreettisia julisteita, joista hoitohenkilökunta ja omaiset voisivat tarkistaa, mitä varotoimia kosketuseristys vaatii. Käsidesinfektion käytöstä voitaisiin laittaa yleisesti potilaspaikoille seinäjulisteita muistuttamaan potilaita ja heidän vierailijoita käsihygienian toteutuksesta. Hygieniahoitajat osastoilla ovat tärkeinä tiedon lähteinä ja esimerkkinä muille oikeaoppisesta toiminnasta infektioiden torjunnassa. Heidän asiantuntijuuttaan tulisi käyttää enemmän hyödyksi. Ohjaamisen parantamiseksi ja tueksi tulisi kehittää kosketuseristystä koskevia ohjelehtisiä ja oppaita potilaalle ja omaisille annettavaksi. Kosketuseristykseen liittyviä ajan tasalla olevia ohjeita tulisi olla vaivattomasti saatavilla sekä kirjallisesti että Intranetissä. Yleiset ohjeet ovat riittämättömät, jos niitä joudutaan toteuttamaan kosketuseristykseen soveltumattomissa tiloissa.

Tutkimuksessa nousi esille säännöllisen koulutuksen tarve ja hyöty. Kehittämishaasteena voisi olla koulutustilaisuuksien järjestäminen. Koulutuksien tulisi olla suunnattu hyödyn ja tarpeen mukaan. Erilaisilla osastoilla on erilaiset tarpeet ja mahdollisuudet toteuttaa kosketuseristystä.

Infektioiden torjunta kuuluu jokaiselle sairaalassa työskentelevälle työntekijälle. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty muiden kuin sairaanhoitajien osaamista ja suhtautumista kosketuseristyskäytäntöihin liittyen. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia myös muiden sairaalan työntekijöiden osaamista kosketuseristyskäytäntöjen toteuttamisen suhteen. Kosketuseristyksen toteuttamiseen osallistuvat lähihoitajat, fysioterapeutit, lääkärit, laitoshuoltajat ja vahtimestarit. Olisi mielenkiintoista tehdä tutkimus myös potilaille heidän suhtautumisestaan kosketuseristykseen. Tutkimuksista saatuja tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä ja kehittää infektioiden torjuntaa kokonaisuudessaan.

LÄHTEET

Ahola, T. Ijäs, A. Isola, A. Jämsä, S. Lahtela, A. Liljamö, T. Tervo, P. Torppa, K. Ukola, L. 2002. Potilaan parhaaksi- Edistyksellistä hoitotyötä Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Alaterä, T. 2004. Tiedonkeruu verkossa.

Hakupäivä:30.10.2010

<http://www.fsd.uta.fi/hk/tuomas/yhtis/>

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Hakupäivä: 2.12.2010

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Anttila, V-J. Meurman, O. & Vaara, M. 2010. Moniresistentit gramnegatiiviset sauva-bakteerit. Teoksessa Hellsten, S. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

Böckerman, M. Eloranta, N. & Huhtala, N. 2010. Hoitohenkilökunnan tiedot eristämisestä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Hakupäivä: 11.1.2011

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23013/Bockerman_Merituuli_Eloranta_Nooru_Huhtala%20Noora.pdf?sequence=1

Clostridium difficile -potilaiden kosketuseristys OYS:n vuodeosastoilla. 2009. Oulun yliopstollinen sairaala. Infektioiden torjuntayksikkö. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Hakupäivä: 24.3.2011

http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/15891_Clostridium_difficile_-potilaiden_kosketuseristys_OYSn_vuodeosastoilla.pdf

Edwards, JR., Peterson, KD. & Mu, Y. 2009. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. Am J Infect Control 2009;37.

Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Helsinki: WSOY.

Haanpää, M. 2010. Vyöruusu. Lääkärin käsikirja.

Hakupäivä: 24.3.2011

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hengitystieinfektio%20kosketueristykse
ssä](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hengitystieinfektio%20kosketueristykse
ssä)

Haho, A. 2008. Hoitamisen eettisyys. Teoksessa Suomen sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajapäivät 2008. Tulevaisuus lähellä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huovinen, P. 2009. MRSA. Lääkärikirja Duodecim.

Hakupäivä: 23.3.2011

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=MRSA

Jang, J-H . Wu, S. Kirzner, D. Moore, C. Youssef, G. Tong, A. Lourenco, J. Stewart, R-B. McCreight, L-J. Green, K. McGeer, A. 2010. Focus group study of hand hygiene practice among healthcare workers in a teaching hospital in Toronto, Canada. Infect Control Hosp Epidemiol.

Hakupäivä: 5.4.2011

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20017635>

Jakobsson, A. Teirilä, I. & Holttinen, L. 2007. Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa. Duodecimin verkkokurssit.

Hakupäivä: 14.4.2011

http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640

Kainulainen, K. 2010. Levitäkö mikrobeja, tartutanko tauteja – käsien merkitys laitosinfektioiden torjunnassa. Suomen sairaalahygienialehti 28 (10), 147–150.

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

Kassara, H. Paloposki, S. Holmia, S. Murtonen, I. Lipponen, V. Ketola, M-L. & Hieta-nen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Hoi-totyön vuosikirja 2009. Kinnunen, M. & Peltomaa, K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Koli, E. 2010. Kosketuseristys. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Ohjepankki.

Hakupäivä: 24.3.2011

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/6303/10027/>

Kujala, P. & Kotilainen, P. 2005. Eristyksen ja varotoimien tarkoitus ja keinot. Mäyrän-pää, M. (toim.) Eistäminen ja varotoimet infektiosairauksissa. Kandidaattikustannus Oy.

Hakupäivä: 23.12.2010

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Erist%C3%A4minen_ja_varotoimet_infektiosairauksissa

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, P. 2010. Hygieenisesti saksittua. Suomen sairaalahygienialehti. 28 (10), 160–162.

Kvick, M. & Pöllänen, K. 2010. Hoitajien valmius suojautua eristystä vaativien potilaiden hoidossa. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Hakupäivä: 11.1.2011

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21318/kvick_pollanen.pdf?sequence=4

Käsitysten ja asenteiden kuvaaminen. Kurssi- ja oppimateriaaliopetus Koppa. 2010. Jyväskylän yliopisto.

Hakupäivä: 21.10.2010

https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/ongelma_nasettelu/kasitysten-ja-asenteiden-kuvaaminen

Lahikainen, A. Pirttilä-Backman, A-M. 2004. Sosiaalipsykologian perusteet.

Helsinki: Otava.

Lauhio, A. & Anttila, V-J. 2009. Vyöruusun ehkäisy ja hoito. Aikakauskirja Duodecim.

Hakupäivä: 24.3.2011

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hengitystieinfektio%20kosketueristyksessä

Lauri, S. Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa: WSOY.

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

Lumio, J. 2010. tietoa potilaalle: Sairaalainfektiot ja sairaalabakteerit. Lääkärikirja Duodecim.

Hakupäivä: 7.10.2010

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Lumio

Lyytikäinen, O. Lumio, J. Sarkkinen, H. Kolho, E. Ruutu. 2000. Veriviljelypositiiviset sairaalainfektiot ja niiden aiheuttajat. Vuoden 1999 seurantalokset. Suomen Lääkärilehti 55 (00), 4483–4484.

Meretoja R. 2003. Ammattiuramalleihin liittyvä kehittelytyö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Luento. Sairaanhoitajan ammattiuralla eteneminen. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto.

Meretoja R. Isoaho H. & Leino-Kilpi H. 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 47 (04), 124-133.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Määrällinen tutkimus. Kurssi- ja oppimateriaalipolku Koppa. 2010. Jyväskylän yliopisto.

Hakupäivä: 22.10.2010

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.

Perttula, A-M. & Luokkakallio, J. 2009. TarttuVa-Projekti Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Suomen sairaalahygienialehti* 28 (10), 141–146.

Poikittaistutkimus. Kurssi- ja oppimateriaalipolku Koppa. 2010. Jyväskylän yliopisto.

Hakupäivä: 26.10.2010

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/poikittaistutkimus>

Rantala, A. Huotari, K. Hämäläinen, M. & Teirilä, I. 2010. Leikkausalueen infektioiden ehkäisytoimet. Teoksessa Hellsten, S. (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

Rothschild, J. Bates, D. & Leape, L. 2000. Preventable Medical Injuries in Older Patients. *Archives of Internal Medicine*. 160/18 (00), 2718–2720.

Routamaa, M. Hupli, M. 2007. Käsihygienia hoitotyössä. Suomen Lääkärilehti. 62 (24), 2397 – 2400.

Hakupäivä: 6.10.10

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000028404>

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa Hellsten, S. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

Räsänen, P. Anttila, A-H. Melin, H. 2005. Tutkimus menetelmien pyönteissä. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto.

Hakupäivä: 6.10.2010

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salonen, J. 2010. Sienet. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen Kuntaliitto.

Seppä, K. 2003. Asenteet. Teoksessa Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Silander, M-L. 2010. Välillinen potilaan hoito. Takiainen 2 (10), 12–15.

Similä, E. 2010. Hoitokäytäntöjen kartoitus Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Spirium 3(10), 22–23.

Silvennoinen, E. 2003. Käsihygienia terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 58 (03), 763-764.

Stein, A. Makarawo, T & Ahmad MFR. 2003. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guide lines in Birmingham teaching hospitals. Journal of Hospital Infection 54.

Hakupäivä 3.6.2010

<http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701%2803%2900074-4/abstract>

Survey. Kurssi- ja oppimateriaalipolku Koppa. 2010. Jyväskylän yliopisto.

Hakupäivä: 21.10.2010

<https://webapps.jyu.fi/koppa/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/survey>

Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, Espanja 2008. WHO, World Alliance for Patient Safety.

Hakupäivä: 27.9.2010

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf

Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa S. Hellsten (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen Kuntaliitto.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen Kuntaliitto.

Syyhy laitoshoidossa ja syyhy-potilaan kosketuseristys. 2009. Oulun yliopistollinen sairaala. Infektioiden torjuntayksikkö. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Hakupäivä: 24.3.2011

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16128_Syyhy_laitoshoidossa_ja_syyhy-potilaan_kosketuseristys.pdf

Tarttuvaa oksennus-ripulitautia sairastavien potilaiden kosketuseristys. 2009. Oulun yliopistollinen sairaala. Infektioiden torjuntayksikkö. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Hakupäivä: 24.3.2011

http://www.ppshe.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16629_Tarttuvaa_oksennus-ripulitautia_sairastavien_potilaiden_kosketuseristys.pdf

Teirilä, I., Kujala, P., Elomaa, N. & Syrjälä, H. 2005. Infektioiden torjuntatyön organisointi. Infektioiden torjuntatyö sairaalassa. Teoksessa Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Valtonen, V. 2001. Jatkuva koulutusta ja positiivista asennemuokkausta sairaalainfektioiden torjuntatyöhön. Sairaalalehti 4 (01), 9-11.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Keuruu: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vitikainen, P. 2008. ”Terveudeksi on iloinen sydän”- positiivinen asenne syöpäpotilaan hoitotyössä, hoitajan näkökulma. Teoksessa Suomen sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajapäivät 2008. Tulevaisuus lähellä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuento, R. 2010. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa Hellsten, S. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

Vuopio- Varkila, J. & Kotilainen, P. 2010. Resistentit sairaalabakteerit. Lääkärin käsikirja.

Hakupäivä: 23.3.2011

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=MRSA

Ylipalosaari, P. & Keränen, T. 2010. Potilaan eristäminen. Teoksessa Hellsten, S. (toim.)
Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen kuntaliitto.

LIITTEET

LIITE 1. Kyselylomake

LIITE 2. Taustatekijät

LIITE 3. Esisaatekirje

LIITE 4. Saatekirje

LIITE 5. Osasto, jolla vastaaja työskentelee

LIITE 6. Osaamista mittaavat kysymykset

LIITE 7. Tietotesti

LIITE 8. Toimintaa mittaavat kysymykset

LIITE 9. Suhtautumista mittaavat kysymykset

LIITE 10. Tutkimustaulukko