

Harri Kylli, Sanna Pohjola ja Jenni Rikkola

**POTILAIKEN KOKEMUKSIA HOIDOSTA JA OHJAUKSESTA KOSKE-  
TUSERISTYKSEN AIKANA KIRURGISILLA VUODEOSASTOILLA**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
SoTeLi  
Hoitotyön koulutusohjelma  
8.4.2011



Koulutusala SoTeLi	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Harri Kylli, Sanna Pohjola ja Jenni Rikkola	
Työn nimi Potilaiden kokemuksia hoidosta ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana kirurgisilla vuodeosastoilla	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Kirurginen hoitotyö	Ohjaaja(t) Taina Romppanen ja Jaana Kemppainen  Toimeksiantaja Oulun yliopistollinen sairaala, leikkaus- ja tehohoidon tulosalue, kirurgian vastuualue
Aika Kevät 2011	Sivumäärä ja liitteet 61 + 4
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kosketuseristyksessä olevien potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja ohjauksesta Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kosketuseristyksessä olevien potilaiden hoidon laatua Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoa potilaiden kokemuksista. Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata seuraaviin kysymyksiin: Millaisia kokemuksia kosketuseristyksessä olevilla potilailla on saamastaan hoidosta? Millaista tietoa ja ohjausta potilaat ja heidän omaisensa ovat saaneet kosketuseristykseen liittyvistä asioista? Millaista tietoa ja ohjausta potilaat olisivat halunneet saada kosketuseristykseen liittyvistä asioista?</p> <p>Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla syksyllä 2010. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman paljon tietoa potilaiden kokemuksista hoidosta ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana. Opinnäytetyössä haastateltiin neljää potilasta Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.</p> <p>Potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta kosketuseristyksen aikana ovat yleisesti ottaen positiivisia. Ohjausta ja tiedonsaantia potilaat kuvaavat yksiselitteiseksi. Ohjausta potilaat saavat niin hoitajilta kuin lääkäreiltäkin liian vähän. Myös omaisten ohjaamisessa on puutteita.</p> <p>Jatkotutkimusaiheiksi sopii omaisten ohjaaminen ja tiedonsaanti hänen läheisensä ollessa kosketuseristyksessä sekä siihen liittyvät epäselvyydet. Samasta aiheesta voidaan tehdä myös tutkimus hoitajien näkökulmasta. Potilaiden hoitoon sitoutumista ja ohjaamisen merkitystä kosketuseristykseen liittyen voidaan myös tutkia, jotta saataisiin tietää, miten tärkeässä asemassa ohjaaminen on kosketuseristyksessä.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	potilasohjaus, kirurginen hoitotyö, mikrobilääkeresistenssi, infektio, kosketuseristys
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Kylli Harri, Pohjola Sanna and Rikkola Jenni	
Title Patients' Experiences of Nursing Care and Counseling during Isolation in Surgical Wards.	
Optional Professional Studies Surgical Nursing	Instructor(s) Rompanen Taina and Kemppainen Jaana
	Commissioned by Oulu University Hospital, Department of Surgery and Intensive Care
Date Spring 2011	Total Number of Pages and Appendices 61 + 4
<p>The purpose of this thesis was to describe patients' experiences of nursing care and counseling during periods of isolation in the surgical wards at Oulu University Hospital. The objective was to develop the quality of patient care by enhancing the staff's knowledge about patients' experiences. The research task was to answer the following questions: What kind of experiences patients had about the nursing care they had had? What kind of information and counseling patients and their relatives had had concerning isolation? What kind of information and counseling patients would have liked to have about isolation?</p> <p>The approach of this thesis was quantitative, and the study material was collected with a theme interview in autumn 2010. The purpose was to collect as much information as possible concerning patients' experiences of information and counseling. Four patients were interviewed in the surgical wards at Oulu University Hospital. The material was analysed by using quantitative content analysis.</p> <p>Patients' experiences of nursing care during isolation were mostly positive. The information and counseling they had received was described as unambiguous. Counseling was given by both nurses and physicians. A shortcoming in counseling was the limited amount of it.</p> <p>Future study could focus on the information and counseling relatives receive about isolation and what the most common ambiguities are. Similarly, nurses' experiences could also be studied. In addition, patient compliance with and importance of counseling on isolation could also be studied in order to learn how significant a subject counseling is.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Patient counseling, surgical nursing, microbial drug resistance, infection, isolation
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 POTILASOHJAUS KIRURGISESSA HOITOTYÖSSÄ	4
2.1 Potilasohjauksen lähtökohdat	5
2.2 Potilaiden kokemuksia ohjauksesta	8
2.3 Potilasohjaus prosessina	10
2.4 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa	12
2.5 Sosiaalinen tuki	15
2.6 Omaisten ohjaus	16
3 KOSKETUSERISTYKSESSÄ OLEVAN POTILAAN HOITOTYÖ	18
3.1 Tavanomaiset varotoimet	19
3.2 Bakteerin kantajuus	21
3.3 Infektio	22
4 MIKROBILÄÄKERESISTENSSI	24
4.1 Metisilliinille resistentti Staphylococcus aureus (MRSA)	25
4.2 Vankomysiinille resistentti enterokokki (VRE)	27
4.3 Extended spectrum betalactamase (ESBL)	29
4.4 Akinetobakteeri	29
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT, TARKOITUS JA TAVOITE	31
6 TUTKIMUSMENETELMÄT	32
6.1 Aineistonkeruu	32
6.2 Aineiston analysointi	34
7 TUTKIMUSTULOKSET	40
7.1 Potilaiden kokemuksia hoidosta	40
7.2 Potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia tiedonsaannista ja ohjauksesta	41
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	44
9 POHDINTA	45
9.1 Aiheen valinta	45

9.2 Tutkimusmenetelmät	46
9.3 Tutkimustulokset	47
9.4 Tutkimuksen luotettavuus	48
9.5 Tutkimuksen eettisyys	50
9.6 Ammatillinen kasvu	51
9.7 Jatkotutkimusaiheet	53

LÄHTEET	54
---------	----

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Oys:n kirurgisten vuodeosastojen henkilökunnalle potilaiden kokemuksista saamastaan hoidosta ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana. Opinnäytetyö on laadullinen ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä potilasohjauksen suunnittelun ja toteutuksen kehittämässä kosketuseristyksessä olevan potilaan kohdalla. Tästä aiheesta ei ole Suomessa tehty aikaisempia tutkimuksia ja siksi tällaiselle opinnäytetyölle oli tarvetta.

Moniresistenttien bakteerien eli useimmille antibiooteille vastustuskykyisten bakteerien määrä on runsasta terveydenhuollon piirissä ja ne ovat edelleen lisääntymässä kaikkialla Euroopassa (European Centre for Disease Prevention and Control 2011). Vuodessa arviolta noin 50 000 potilasta saa Suomessa sairaalainfektion ja infektion saaneista potilaista hoitajakson aikana kuolee keskimäärin 5000, joista noin 1000:lla ei ole kuolemaan johtavaa perussairautta. Vasta viime vuosina sairaalainfektiot on mielletty kansanterveydelliseksi ongelmaksi ja arvioiden mukaan sairaalainfektioiden aiheuttamat kulut ovat Suomessa noin 84 miljoonaa euroa tai jopa enemmän. Tutkimusten mukaan suurin osa näistä infektioista olisi ehkäistävissä. (Ruutu & Leinikki 2003, 228.) Syitä sairaalainfektioiden lisääntymiselle ovat väestön ikääntyminen, elimistön puolustusmekanismeja häiritsevien hoitojen yleistyminen sekä vierasesineitä saaneiden potilaiden jatkuvasti kasvava määrä. Uhkia ovat myös potilaspaikkojen supistaminen sekä niukat henkilöresurssit, kun otetaan huomioon hoidon vaativuus suhteessa potilaiden lukumäärään. On pelättävissä, että nämä asiat tulevat näkymään tulevaisuudessa infektioiden lisääntymisenä ja erilaisina epidemioina. (Syrjälä 2005, 19.)

Potilaat, joilla on moniresistentin mikrobin aiheuttama infektio tai tartunta, joudutaan hoitamaan sairaalassa kosketuseristyksessä. Se on yleisimmin käytetty eristysmuoto sairaaloissa, ja sen periaatteena on käsien välityksellä tapahtuvan tartunnan ehkäisy. Eristys saattaa aiheuttaa potilaalle sekä hänen lähiomaisille ahdistusta ja huolta, jota voidaan lievittää ja torjua muun muassa asianmukaisella ohjauksella. Potilaan hoidon on tapahduttava aina yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalle kerrotaan tarkasti hänen sairastamastaan taudista, sen tarttuvuu-

desta sekä kyseisen taudin vaatimasta hoidosta ja eristystoimien tarkoituksesta. (Ylipalosaari, Mäkeläinen & Kujala 2005, 648, 651, 653; Bhattacharya 2006, 22–23.)

Potilasohjauksen tavoitteena on vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sen edistämiseen. Tarkoituksena onkin, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävän paljon ymmärrettävää tietoa sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja hoidoista. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta itseään koskevan hoidon päätöksentekoon ja edistää valmiuksia hänen itsensä hoitamiseen. Ohjauksen päätavoitteena onkin, että potilas voisi hoitaa itseään ja selviytyisi sairautensa kanssa mahdollisemman hyvin. Onnistuessaan se voi lyhentää hoitoaikoja sairaalassa ja saada aikaan myös merkittäviä kansantaloudellisia säästöjä. Haasteita aiheuttaa kuitenkin ohjausresurssien puute. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7-8, 23–24; Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Laatua voidaan määritellä monella tavalla ja eri aloilla laadun mittarit voivat poiketa toisistaan kovastikin. Hoitotyössäkin laatua voidaan mitata esimerkiksi kustannustehokkuuden-, tieteellisteknillisen- sekä kokemuksellisen laadun näkökulmista. Eri näkökulmien tulokset eivät aina tue toisiaan ja toisen kehittäminen voi heikentää laatua toisesta näkökulmasta katsottuna. (Oukka 2008, 3.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tavoitteena on hyvä laatu ja tuloksellisuus, ja näitä tekijöitä myös seurataan säännöllisesti erilaisilla mittareilla. Laadunhallinnassa sairaanhoitopiirissä käytetään ISO-9000-standardeja ja laatupalkintokriteerejä. Jokaisessa tulossyksikössä on myös oma laatukäsikirja, jolla pyritään varmistamaan hoidonlaatua. Tämän lisäksi kehittämiseen käytetään asiakastyytyvyyden kartoittamista ja laatupalkintokilpailua. (Määttä 2008, 3–5.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin arvot ja eettiset toimintaperiaatteet ovat ihmisarvo, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, uusiutumiskyky ja avoimuus. Nämä asiat ovat toiminnan kivijalka ja näillä pyritään turvaamaan kaikille asiakkaille laadukasta hoitoa jokaisessa toimintayksikössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa toimii infektioiden torjuntayksikkö, jonka tavoitteena on ylläpitää hoidon laatua infektioiden osalta ohjaamalla, valvomalla, neuvomalla ja seuraamalla erilaisia rekisteritietoja. Infektioiden torjuntayksikön toimenkuvaan kuuluu myös paljon tutkimustyötä infektioihin liittyen, ja sen kautta pyritään turvaamaan jokaiselle potilaalle laadukkaampaa hoitoa myös infektioiden näkökulmasta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)

## 2 POTILASOHJAUS KIRURGISESSA HOITOTYÖSSÄ

Kirurgisella hoidolla tarkoitetaan potilaan saamaa hoitoa, johon kuuluu yleensä kirurginen toimenpide. Hoidon suunnitteluun vaikuttavat monet tekijät, kuten sairauden kesto, vakavuus, mahdolliset aiemmat hoitokokemukset ja toteutettavat hoitomenetelmät. Nämä asiat ovat jokaisen kirurgisen potilaan kohdalla yksilöllisiä ja näin ollen potilaan huomioon ottaminen yksilönä on tärkeää. Hoito itsessään on pääasiassa joko parantavaa tai yleistilaa helpottavaa. Sairastuminen ja siitä seuraava kirurginen toimenpide tuovat monille potilaille suuria elämänmuutoksia, johon saattaa liittyä pelkoa ja epätietoisuutta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 16.)

Potilaan mielentilaan vaikuttavia tekijöitä leikkaukseen liittyen ovat sairaalamaailman kokeminen vieraana, itsemääräämisoikeuden menettäminen ja epätietoisuus siitä keneen voi luottaa. Myös pelot kivun tuntemisesta leikkauksen aikana, nukutuksen riittämättömyys ja jälki-vaikutukset saattavat vaikuttaa potilaan henkiseen valmistautumiseen ennen leikkausta. Tämän vuoksi potilaat kokevat oikeanlaisen kivunhoidon tärkeäksi. (Holmia ym. 2004, 16; Lauri, Lepistö & Käppeli 1997, 341.)

Terveysalalla pohditaan paljon sitä, miten asiat voisi ilmaista potilaalle mahdollisimman ymmärrettävästi. Yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa on tullut potilaan huomioon ottava kirjallinen ohjaustyö. Tämän kirjallisen ohjauksen kasvuun löytyy nykyään monia syitä; potilaat haluavat itse tietää enemmän sairaudestaan ja sen hoidosta sekä hoitohenkilökunta odottaa myös heiltä enemmän itsehoitovalmiuksia kuin ehkä aiemmin. Myös hoitoajat ovat lyhentyneet muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi ja potilaat saattavat olla osastolla vain muutamia tunteja. Näin ollen suulliseen ja henkilökohtaiseen ohjaukseen jää nykyään hyvin vähän aikaa. Suullinen ohjaus jää myös vajaaksi henkilökunnan kiireen vuoksi ja tällöin ohjausta täydennetään usein kirjallisilla ohjeilla. Terveystieteiden ammattilaisten ja potilaiden väliset suhteet ovat muuttumassa pikkuhiljaa myös auktoriteettisuhteesta enemmän kumppanuussuhteeksi, jossa korostuvat nimenomaan potilaiden itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus. Tämänkin myötä omatoimisuus ja itsenäisyys ovat nousseet terveydenhuoltoalan iskusanoiksi. Tulevaisuudessa voi ehkä käydä niin, että terveydenhuollon ammattilaisista tulee asiantuntijoita, joita potilaat konsultoivat vain tarpeen vaatiessa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7–8.)



Ohjauksesta käytetään hoitotyössä monia eri termejä rinnakkain, kuten tiedonantaminen, neuvonta ja opettaminen, jonka vuoksi ohjauksen tunnistaminen on ongelmallista ja epäselvää. Käsitteiden välillä on kuitenkin paljon eroavaisuuksia. Tässä työssä potilasohjauksella tarkoitetaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa ohjaajan ja potilaan taustatekijöihin. Ohjaajalla tarkoitetaan lääkäriä, sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa sekä ohjattavalla potilasta tai terveydenhuollon asiakasta. Ohjaustilanteessa ohjaaja ja potilas ovat vuorovai-kutteisessa suhteessa toistensa kanssa. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet rakentuvat ohjaussuh-teessa ja määräytyvät yksilöllisesti ohjaajan ja potilaan taustatekijöiden mukaan sekä kehitty-vät ohjaussuhteen edetessä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 257.)

Ohjauksen tavoitteena on vaikuttaa potilaiden ja heidän läheistensä terveyteen ja sen edistä-miseen (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Tarkoituksena onkin, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävän paljon ymmärrettävää tietoa sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja hoidoista. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta itseään koskevan hoidon päätöksentekoon ja edistää valmiuksia hänen itsensä hoitamiseen. Lisäksi riittävä ohjaus ja opetus vähentävät potilailla ja omaisilla sairauteen liittyviä ahdistuksen ja pelon tunteita. Ohjauksen päätavoitteena onkin, että potilas voisi hoitaa itseään ja selviytyisi sairautensa kanssa mahdollisemman hyvin. On-nistuessaan se voi lyhentää hoitoaikoja sairaalassa ja saada aikaan myös merkittävää kansanta-loudellista säästöä. Haasteita aiheuttaa kuitenkin ohjausresurssien puute. (Torkkola ym. 2002, 23–24; Kääriäinen ym. 2006.)

## 2.1 Potilasohjauksen lähtökohdat

Sairaanhoitajien käsityksen mukaan potilasohjauksessa tulisi toteutua ohjauksen kokonaisval-taisuus, jatkuvuus ja turvallisuus. Kokonaisvaltaisuus merkitsee fyysisten ja henkisten tarpei-den arviointia hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kokonaisvaltainen ohjaus tukee poti-laan kotona selviytymistä. Se saattaa sisältää myös pieniä itsestäänselvyksiä ja merkitykset-tömältä tuntuvia asioita, mutta niillä voi olla potilaan selviytymisen ja ymmärryksen kannalta suuri vaikutus. (Miettunen 2008, 36.)

Jatkuvuuden periaate merkitsee sitä, että potilasohjaus on saumatonta ja ohjausta annetaan koko hoitojakson ajan. Ohjaus liittyy kaikkiin potilaan kohdalla käytettyihin auttamismene-telmiin, toimenpiteisiin ja niihin valmistautumiseen. Ohjaustilanne voi olla ennalta suunnitel-tu tai suunnittelematon, joka tapahtuu hoidon tai toimenpiteen yhteydessä. (Miettunen 2008,

36.) Ohjaustilanteeseen tulisi kuitenkin valmistautua, ja sairaanhoitajan tulisi olla tietoinen potilaan tunnetilasta ja tilanteen tulisi edetä potilaslähtöisesti (Torkkola ym. 2002, 30).

Ohjauksen tulee sairaanhoitajien käsityksen mukaan lisätä turvallisuuden tunnetta, joka edellyttää luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa. Sairaanhoitajalla tulee olla tutkittua, perusteltua ja ajantasaista tietoa ohjattavasta asiasta, koska luotettava tieto vähentää potilaan pelkoja, epäselvyyksiä ja ristiriitoja. Hyvällä ohjauksella potilaan tarve ottaa yhteyttä hoitopaikkaan vähenee ja potilas voi ennakoida hoitoonsa liittyviä asioita paremmin. Ihanteellinen potilasohjaus on sairaanhoitajien mielestä myös kirjattua, suunniteltua ja systemaattista. Tilanteissa huomioidaan yksilöllisesti potilaan tapa oppia ja ohjaustyylit ja -sisällöt valitaan potilaalle oppimistyylin mukaan. Ohjaajilla tulee olla riittävät tiedot ohjattavista asioista sekä tieto siitä mitä asioita on jo käsitelty potilaan kanssa aiemmilla kerroilla, mitä potilas osaa ja mitä pitää vielä kerrata. Hyvään ohjaustilanteeseen on varattu oikeat tilat, henkilöt, materiaalit ja riittävästi aikaa. Ohjaus tulee myös ajoittaa oikein sairauden kulkuun, koska oppiminen on erilaista sairauden eri vaiheissa. Myös omaisten pääsy ohjaustilanteeseen on otettava huomioon. (Miettunen 2008, 36, 39; Belcher 2009, 146–151; Torkkola ym. 2002, 26–29.)

Ihanteellisessa tilanteessa ohjaus ei tule niin sanotusti ylhäältä alaspäin vaan se on tasavertaista vuoropuhelua potilaan tilanteesta. Samanarvoisuus tulee näkyä jo hoitajan asennossa eli hän on potilaan kanssa samalla tasolla eikä seiso makaavan potilaan sängynvieressä antaessaan ohjausta. Materiaaleja ei anneta potilaalle ilman, että ne käydään yhdessä läpi sairaanhoitajan kanssa. Läpikäynnillä voidaan varmistaa ymmärtääkö potilas ohjeiden sisällön ja tarvittaessa voidaan tarkentaa hänelle epäselviä kohtia. Hoidossa tarvittavia kädentaitoja ja hoitotoimenpiteitä tulee harjoitella potilaan kanssa. Paras tapa harjoitella on, että hoitaja näyttää ensin mallia ja sen jälkeen tarkkaillaan vielä potilaan omaa suoritusta ja annetaan siitä palautetta. Näin voidaan varmistaa potilaan oppimista. Ihanteellinen ohjaaminen on motivointia ja tukemista potilaan omahoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. Sairaanhoitajalta vaaditaan tällöin empaattisuutta ja ymmärtäväistä suhtautumista potilaan tilanteeseen. Sairaanhoitaja tarvitsee myös hyviä vuorovaikutustaitoja, eettistä ja esteettistä osaamista, teoreettista tietoa sekä kykyä perustella asioita potilaalle ymmärrettävästi. Nämä taidot tulee myös osata liittää ohjaukseen. (Miettunen 2008, 39; Torkkola ym. 2002, 26–27; Hankonen, Kaarela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 27.)

Käytännössä sairaanhoitajat arvioivat ohjauksen olevan suunnittelematonta, sattumanvaraista ja vain osittain kirjattua. Ohjausta annetaan kiireellä ja ohimennen hoitotyössä. Annettu tieto on yksisuuntaista tiedon siirtämistä sairaanhoitajalta potilaalle, eikä se lähde potilaan tarpeista. Yleensä oppimista ja asioiden ymmärtämistä ei kontrolloida mitenkään. Kirjaamattomuuden vuoksi potilas saattaa saada yhdestä asiasta tietoa moneen otteeseen ja osa asioista jää käymättä läpi kokonaan. Käytännössä potilaan ohjaaminen keskittyy sairauteen ja siinä unohdetaan elämänpiiri, terveyskeskeisyys, emotionaalinen tuki ja kotona selviytyminen. Tämä voi aiheuttaa potilaalle stressiä ja huolta omasta selviytymisestä. Huonon ohjauksen tuloksena potilas voi olla tietämätön tulevista toimenpiteistä ja hoidoista, jolloin hän voi olla tulematta jatkotutkimuksiin ja -toimenpiteisiin. Tietämättömyys aiheuttaa siten lisätyötä hoitohenkilökunnalle uusien aikojen järjestelyssä ja tietämättömän potilaan motivoinnissa. (Miettunen 2008, 40–41.)

Kirjallisia ohjeita ei myöskään käydä potilaiden kanssa läpi ja sisällön lukeminen sekä ymmärtäminen jäävät potilaan omalle vastuulle. Potilaat eivät myöskään saa käytännön toimenpiteisiin aina havaintoesityksiä, jotka auttaisivat itsehoidon oppimisessa. Usein myös potilaan oppimisen varmistaminen jää kokonaan kontrolloimatta. Todellinen ohjausprosessi sisältää sattumanvaraisesti potilaan tukemista ja motivointia. Ohjaus käytännössä on usein rutiininomaista, pinnallista ja toistavaa. Sairaanhoitaja ei ohjaustilanteessa juurikaan käytä persoonallisuuttaan tai vuorovaikutustaitojaan hyväksi. Kiireessä annetussa ohjauksessa asioiden perusteluun ei myöskään kiinnitetä huomiota. (Miettunen 2008, 41.)

Kääriäinen ym. (2006, 4-5, 12) ovat tutkineet hoitajien valmiuksia ja asenteita ohjata potilasta. Heidän tutkimuksensa osoittaa, että resurssit ohjaukseen ovat kohtalaisen hyvät. Ohjaukseen tarvittavia tietoja ja taitoja henkilökunnalla on hyvin. Hoitohenkilökunnalla on myös myönteinen asenne ohjata potilaita, jolloin ohjaus toteutetaan potilaslähtöisesti ja potilaan aktiivisuutta tuetaan. Hoitajat tarvitsevat kuitenkin lisätietoa kuntoutuksesta ja taitoa tukea potilasta omahoidossa. Ohjausmenetelmiä hoitajat hallitsevat yksipuolisesti ja erilaisten menetelmien käyttöön ja hallintaan tulisi kiinnittää huomiota. Ohjaukseen tarkoitettavat puitteet ovat kohtalaisia, mutta aikaa, tiloja, välineitä ja koulutusta ohjaamiseen tulisi olla tarjolla enemmän. Resursseihin vaikuttavat myös ohjaajan sukupuoli, ikä, koulutus, työyksikkö, tehtävänimike sekä ohjaukseen käytetty aika.

Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaslähtöiseen ohjauksen suunnitteluun ja ulkoiseen arviointiin, koska sillä voidaan tehostaa potilaan toiminnan hallintaa. Orga-

nisaatioissa tulisi lisäksi pohtia ohjauksen yhdenmukaisuutta ja ohjausvastuuta eri ammattiryhmien välillä, ja myös ammattiryhmien välinen yhteistyö tulisi saada sujuvaksi ja jatkuvaksi. Olennaista on kuitenkin tunnistaa, mitä on ohjaus. (Kääriäinen ym. 2006, 12.)

## 2.2 Potilaiden kokemuksia ohjauksesta

Potilasohjausta on tutkittu hoitotieteellisissä opinnäytetöissä runsaasti 1990-luvulta lähtien. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että potilaat saavat runsaasti tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä asioista, kun taas toiminnallisen ja kokemuksellisen tiedon saanti on vähäisempää. Kokemuksellisissa tilanteissa korostuivat leikkaukseen liittyvät tunteet. Eettisistä ja taloudellisista asioista tietoa ei saatu lainkaan. Tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat lisää tietoa kaikilta osa-alueilta. Taloudellisista asioista potilaat tarvitsevat paljon enemmän tietoa, ja sairaanhoitajan tulee voida antaa tietoa sosiaaliturvasta lyhyillä hoitajaksoilla, jolloin potilas ei tapaa sosiaaliohittajaa. Tutkimuksissa kävi myös ilmi, miten hoitoaikojen lyhentyessä tulee ohjausmenetelmien kehittämiseen ja ohjauksen suunnitteluun kiinnittää enemmän huomiota. (Kääriäinen ym. 2005, 208–209.)

Heikkisen (2006, 120–121, 127–128) mukaan olisi siis tärkeää pohtia millaista ohjausta potilas tarvitsee hoitonsa eri vaiheissa, jotta se tukisi potilaan selviytymistä. Kääriäinen ym. (2005, 208) ovat tutkineet ohjausta käsitteleviä hoitotieteellisiä tutkimuksia vuosina 2002–2005 ja heidän mukaansa potilaat ovat tyytymättömiä saadessaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tyytymättömyyttä aiheuttivat vähäinen tiedon saaminen ohjaustilanteessa ja tuen riittämättömyys sairauteen liittyvien tunteiden käsittelyssä. Potilaat toivoivat myös omaisten mukana oloa ohjaustilanteissa. Siitä, osaavatko potilaat määrittellä ohjaustarpeensa, on ristiriitais-ta tietoa. Potilaan tiedontarpeen arviointi on myös hoitohenkilökunnalle vaativaa, koska siinä tulee huomioida potilaan taustatekijät ja terveydentila.

Potilaiden kokemuksia ohjauksesta on tutkittu monien erikoisalojen, toimenpiteiden ja paikkojen näkökulmista. On osoitettu, että psykiatrisessa hoidossa oleva potilas odottaa ohjaamiselta keskustelua hoitajan kanssa. Keskustelussa hoitajan tulisi kuunnella, jotta potilas voi ilmaista ajatuksiaan. Ajatusten luvallinen ilmaiseminen lisää luotettavuutta ja vapauttaa potilaan oppimaan. Somaattisten potilaiden ohjauksen tarve koski neuvojen saamista kehontointojen seuraamiseen ja liikkumiseen. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että sekä psyykkisesti

että somaattisesti sairaan potilaat toivoivat ohjaajan olevan tuttu, luotettava, asiantunteva ja kiireetön. (Mattila 1998, 147–151.)

Nuorten kokemuksia ohjauksesta lyhytkirurgiassa on tutkittu ja selvisi, että nuoret olivat saaneet tietoa toimenpiteestä jo ennen leikkausta, mutta tätä tietoa nuoret kaipasivat enemmän. Nuoret pitivät tärkeänä, että ohjaus annettiin ensisijaisesti heille itselleen ja he saivat olla osallisena hoidon suunnittelussa ja tehdä hoitoa koskevia päätöksiä. Nuoret saivat tietoa ja se lisäsi heidän turvallisuuden tunnetta toimenpidettä kohtaan. Lisää tietoa ja kannustusta nuoret tarvitsivat omahoidosta sairaalassa, kun taas kotona tapahtuvasta itsehoidosta he saivat paremmin tietoa. Hoidon jatkuvuus turvattiin kotihoito-ohjeilla, joihin ohjaus kokonaisuutena painottui. Ennen toimenpidettä he kaipasivat lisätietoa siitä, mitä heille käytännössä tulaaan tekemään. (Suominen 1999, 119.) Holm & Viljanen (2006) ovat saaneet opinnäytetyösään tuloksia siitä, että aikuispotilaatkin haluavat lisää tietoa itse toimenpiteestä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että kotihoito-ohjeissa esiintyy puutteita. (Holm ym. 2006, 40.)

Koivunen, Lukkarinen ja Isola (2003, 62–63) ovat tutkineet ohitusleikattujen miesten ja naisten ohjauskokemuksia. Tutkimuksessa nousee esille miesten ja naisten kokemusten ero, jota on selitetty osin miesten saamalla paremmalla läheisten tuella. Tutkimuksessa käy hyvin ilmi se, että ohjauksessa tulisi huomioida paremmin yksilölliset tarpeet, kuten sukupuoli, perhe ja vertaistuki. Potilaat kokivat myös saavansa liian vähän ohjausta ensimmäisen puolen vuoden aikana, koska sillä ajalla ohjattiin paljon elämäntapoihin liittyviä muutoksia.

Nivelreumaa sairastaville tehdyn tutkimuksen mukaan, he saavat parhaiten tietoa sairaudesta, hoidoista, oireista, röntgenlöydöksistä, tutkimustuloksista, hoidon seurannasta, jatko-ohjeista ja apuvälineistä. Puutteita on lääkkeiden sivuvaikutuksia, ruokavaliota, henkistä jaksamista, seksuaalisuutta ja sosiaalietuuksia koskevassa ohjauksessa. Yli 50 prosenttia oli sitä mieltä, että ohjaus lähtee heidän tarpeistaan. Vain kolmannes sai mahdollisuuden keskustella tunteistaan. Huonoa ohjauksessa oli ohjeiden epätasällisyys, epäjohdonmukaisuus ja epäyksilölliset ohjeet. Ohjaus oli vastaajien mielestä kuitenkin auttanut parempaan itsehoitoon kotona ja sitä kautta yleiskunnon ja elämänlaadun paranemiseen. Potilaat kokivat myös ohjauksen antavan mahdollisuuden selvittää kotona. Ohjausta tulisi kehittää puutteiden, sisällön ja painopisteiden osalta. (Kyngäs, Kukkurainen ja Mäkeläinen 2004, 225–227.)

### 2.3 Potilasohjaus prosessina

Hyvä potilasohjaus vaatii hoitajalta ammattitaitoa osata kaikki ohjausprosessin eri vaiheet, joita ovat sairaalaan tulovaihe eli ensitietovaihe, osastovaihe ja sairaalasta lähtövaihe. Jokaisessa ohjauksen vaiheessa tulee tehdä hoidontarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ohjauksen perustana on aina asiakaslähtöisyys ja potilaan ohjaus hänen tarpeidensa mukaan. Ohjauksen jatkuvuus tulee varmistaa ohjausprosessin tarkalla kirjaamisella jokaisessa vaiheessa. Seuraavassa esimerkissä ohjattava potilas tulee sairaalaan päivystyksellisesti ja mallissa on huomioitu sairaalaan tulovaiheen, osastovaiheen ja sairaalasta lähtövaiheen ohjaus. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10–11.)

Potilaan tullessa päivystyksellisesti sairaalan ensitietovaihetta edeltää usein sairastumisvaiheen ohjaus. Siihen kuuluu pääasiassa potilaan ja saattajan vastaanottaminen, tulossyn ja -tilanteen sekä taustatietojen selvittäminen, rauhoittelu, tukeminen ja potilaan ohjaustarpeen tunnistaminen. Potilasohjauksen ensimmäisessä vaiheessa määritellään potilaan henkilökohtaiset tarpeet, jossa selvitetään kuinka kauan potilas on sairastanut ja millaiset ovat hänen aikaisemmat tietonsa sairaudestaan. Tässä vaiheessa tulee huomioida myös, onko potilas kykeneväinen ottamaan vastaan tietoa sairaudestaan. Saadut tiedot kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 12.)

Ensitietovaiheessa tehdään tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä, ja hoitaja täsmentää sekä taustatietoja että jatko-ohjaustarvetta. Tässä vaiheessa potilaalle ja omaiselle kerrotaan hoidon kulusta ja potilaan tilanteesta. Potilaan tulee saada sellaista ohjausta, että hän voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Samalla tunnistetaan välittömän ohjauksen tarpeet ja asetetaan ohjaukselle tavoitteet. Potilaalle ja omaiselle annetaan tilannekohtaista ohjausta tutkimuksista, aikatauluista, miten tehdään, mitä tehdään, mitä liittyy ja miten potilaan tulee toimia. Lääkäri kertoo potilaalle tutkimustuloksista ja hoitopäätöksistä. Lääkäriin antaman tiedon pohjalta sairaanhoitaja kertoo jatkotoimenpiteistä, kuten miten ja missä hoito jatkuu. Tässä vaiheessa kirjataan täsmentyneet taustatiedot ja toteutunut potilasohjaus sekä jatko-ohjaustarpeet. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 12–13.)

Osastovaiheen ohjaus on jaettu kolmeen osaan, joita ovat akuuttivaihe, tutkimus- ja toimenpidevaihe sekä selviytymisvaihe. Kaikkia vaiheita ei välttämättä esiinny, riippuen hoidon kulusta. Akuuttivaiheessa potilas tarvitsee tukea, kannustusta ja motivointia muuttuneen tilanteen ymmärtämiseksi. Akuuttivaiheessa potilas ja omaiset pohtivat usein myös selviytymistä

jatkossa. Nämä tiedot tulee olla tiedossa myöhemmin suunniteltaessa jatkohoitoa. Akuuttivaiheessa arvioidaan uudelleen ohjauksen tarve ja tavoitteet sekä määritellään ne tarvittaessa uudelleen. Ohjaus on tässäkin vaiheessa tukemiseen painottuvaa ja siinä huomioidaan potilaan vastaanottokyky. Akuuttivaiheessa potilas tarvitsee myös ohjausta päivittäisissä toiminnoissaan ja tietoa jatkohoidosta. Akuuttivaiheessa kirjataan potilaalle ohjaussuunnitelma sekä jo toteutunut ohjaus, ja määritetään jatko-ohjauksen tarve. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 13.)

Oireiden ja sairauden syyn selvitykset tehdään usein tutkimus- ja toimenpideoastoilla. Tässä vaiheessa tulee huomioida potilaan mielipide ja suostumus tutkimuksiin sekä toimenpiteisiin. Potilaan ohjauksen painopiste on tutkimuksiin ja toimenpiteisiin tapahtuvasta valmistelusta ja tiedon antamisesta. Tässäkin vaiheessa tavoitteet määritellään ja tutkimuksia koskevat ohjaustarpeet on hyvä nimetä. Hoitaja ohjaa potilasta toimenpiteisiin valmistautumisessa ja lääkäri kertoo tutkimusten ja toimenpiteiden riskeistä, tuloksista ja jatkosuunnitelmista. Hoitaja huolehtii jatkosuunnitelmien toteutuksesta. Kirjataan ohjaussuunnitelma ja toteutunut ohjaus arviointeineen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 14.)

Selviytymisvaiheessa potilaan tilanne on jo selkiintynyt ja tässä vaiheessa ohjaus on moniammatillista. Tässä vaiheessa tavoitteena on itsehoitovalmiuksien lisääntyminen ja potilaan kannustaminen ottamaan vastuuta hoidostaan. Potilaalle annetaan ohjausta uusista toimintatavoista siten, että siinä on huomioitu potilaan elämäntilanne ja mahdollisuudet yksilöllisesti. Ohjauksen tulisi olla keskustelumuotoista ja lähteä potilaan tarpeista. Tässä vaiheessa kirjataan arviointi potilaan osaamisesta ja ohjauksen tarpeista sekä arviointi toteutuneesta ohjauksesta. Lisäksi kirjataan jatko-ohjaustarpeet sekä potilaan oma näkemys mahdollisuuksistaan toimia terveyttä tukevalla ja edistävällä tavalla. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 14–15.)

Sairaalasta lähtövaiheen ohjauksessa on tärkeää huolehtia potilaan ohjauksesta jatkohoitopaikassaan tai antaa hänelle tietoa potilasjärjestöjen antamasta ohjauksesta. Potilaalle annetaan myös kirjallisia ohjeita. Tämän vaiheen ohjauksessa korostuu yhteistyö avohoidon tai jatkohoitopaikan kanssa. Potilaalla tulee olla selvillä ohjauksen tavoitteet ja ne tulee olla potilaan itsensä kanssa arvioituja. Tässä vaiheessa kirjataan hoitotyön yhteenveto toteutuneesta ohjauksesta, jossa ilmenee ohjauksen jatkosuunnitelmat. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 15–16.)

Potilasohjaus voidaan jakaa vielä sisältö-, potilas-, ratkaisu- ja menetelmäkeskeiseen ohjaamiseen. Sisältökeskeisessä osastolla tapahtuvassa ohjauksessa potilas saa tietoa osaston päiväjärjestyksestä, laitteista, tiloista, hoitohenkilökunnasta, sairaudesta, tutkimuksista, toimenpiteistä

ja aikatauluista, sekä myös opastusta apuvälineiden käytössä ja huollossa. Potilaskeskeinen ohjaus edellyttää sairaanhoitajalta enemmän herkkyyttä potilaan huomioidessa ja kykyä aistia potilaan tarpeita hoidon aikana. Potilaskeskeisessä ohjauksessa motivointi itsensä hoitamiseen ja tavoitteelliseen toimintaan korostuvat. Ohjauksessa huomioidaan myös sairauden aiheuttamat roolimutokset ja sopeutuminen niihin. Ratkaisukeskeisessä potilasohjauksessa huomioidaan potilaan terveydentila ja kyky selvittää päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti tai avustettuna. Näiden asioiden pohjalta autetaan valitsemaan hoitovaihtoehtoja hänelle sopiviksi. Menetelmäkeskeistä ohjausta käytetään suullisen ohjauksen tukena. Menetelmäkeskeiseen ohjaukseen kuuluu erilaiset tukimateriaalit kuten videot, kirjat ja lehtiset. Menetelmäkeskeinen tapa sopii parhaiten lääkehoidon ja hoitotoimenpiteiden ohjaukseen, koska siihen kuuluvat myös erilaiset demonstraatiot. Menetelmäkeskeistä ohjausta on myös tiedon antaminen hyvistä tietolähteistä ja lähdekriittisyyteen ohjaaminen. (Miettunen 2008, 46–48.)

#### 2.4 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa

Vuorovaikutus on hyvin tärkeä osa asiakastyötä ja sen avulla pyritään auttamaan asiakasta. Asiakas tulee nähdä ihmisenä, joka on koko ajan vuorovaikutuksessa elämänsä, historiansa, itsensä ja ympäristönsä kanssa. Asiakas voi oppia hahmottamaan ja katsomaan elämäänsä eri näkökulmasta, kun käytetään auttamismenetelmänä asiakaskeskeistä ohjausta. Vuorovaikutuksen päätavoitteena on ohjaussuhteen muodostuminen potilaan ja hoitajan välillä, ja onnistuessaan sillä edistetään potilaan hoitoon sitoutumista. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta muun muassa saavuttamaan terveydentilan kohentumiseen asetetut tavoitteet. Ohjaussuhteessa vaikuttavat aina myös hoitajan ja potilaan omat ajatukset, toiminnot ja tunteet. (Hankonen ym. 2006, 24; Belcher 2009, 146–147.)

Ohjattavan omat näkemykset elämästään ja itsestään ovat aina avainasemassa ohjaussuhteessa. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta näkemään ja löytämään uusia voimavaroja ja mahdollisuuksia uudessa valossa sekä lisäämään potilaan itsetuntemusta. Lisäksi hoitaja voi antaa myös enemmän informaatiota tiedollisissa ja taidollisissa vaikeuksissa. Pohdittaessa vuorovaikutusta syvemmin, täytyy muistaa, että siinä ovat aina läsnä sekä potilaan että hoitajan omat asenteet, persoonallisuus ja inhimillisyys. Omaan ammatillista vuorovaikutusta voi aina kehittää tiedostamalla omat asenteet ja tarpeen tullen muuttaa niitä sekä tietysti harjoittelemalla vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutustilanteessa hoitaja ja potilas voivat oppia toisistaan



sekä myös itsestään paljon. Hoitajan täytyy myös muistaa arvioida potilaan kyky omaksua ohjattavia asioita ja sen mukaan valita paras tapa viestiä ohjaustilanteessa. Tällainen hoitosuhteessa tapahtuva vuorovaikutus sisältää aina riskin tulla väärinymmärretyksi. Avoimuuskaan ei ole aina helppoa, koska siihen saattaa liittyä pelko, että tulee hylätyksi, torjutuksi, naurunalaiseksi tai arvostelluksi. (Hankonen ym. 2006, 24–25.)

Vuorovaikutus viittaa kahteen asiaan eli vaikuttamiseen ja vuorotellen tapahtuvaan toimintaan. Vuorovaikutuksessa tulee molempien osapuolien olla aktiivisia toimijoita, eli jos vain toinen voi puhua, ei ole kyse vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutustaidot ovat siis tärkeä osa hoitotyöntekijän työtä. Ne luovat perustan yhteistyölle työyhteisössä sekä potilastyössä. Tilanteessa molemmat osapuolet puhuvat, kuuntelevat ja tarkkailevat tilannetta. Tilanteessa tulee olla yhteinen, selkeä tavoite, joka terveydenhuollossa on potilaan terveyden edistäminen ja sairauksien tukeminen tai parantaminen. Vuorovaikutuksen tavoite on tehdä asioista yhteisiä ja keskustella niistä yhteisinä. Hoitotyössä haastetta luo se, miten valita sanomiselle oikea sävy. Välittykö huolenpito samoilla sanoilla kuin tieto? (Silvennoinen 2004, 15–30.)

Ammatillisessa viestinnässä sanallisella viestinnällä on tärkein merkitys, mutta ensitapaamisella kannattaa muistaa huomion kiinnittävän ulkoisiin seikkoihin. Ensivaikutelma on tärkeä vuorovaikutustilanteessa. Viestinnän alkuvaiheessa huomio kiinnittyy ensin ilmeisiin ja eleisiin, vasta sen jälkeen voi keskittyä asian sisältöön. (Silvennoinen 2004, 15–29.)

Hoitotyössä vuorovaikutusta ohjaavat eettiset periaatteet, hoitotyön periaatteet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Hoitotyössä vuorovaikutuksen eettisiä periaatteita ovat huolenpito, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Hoitotyön tärkeimpiä periaatteita ohjaussuhteessa ovat taas yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, kulttuurilähtöisyys, omatoimisuus ja vastuullisuus. Hoitajan persoonallisuudella on merkitystä ohjaussuhteen kehittymiseen ja luottamukseen. Vaikka hoitajilla olisi samanlainen tietoperusta, voi hoitajien persoonallisuuden vuoksi ohjaussuhde ja -tilanne olla hyvin erilainen. Viestinnän kannalta ohjaustilanteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat ymmärrettävyys, kesto, kiireettömyys, yksilöllisyys, johdonmukaisuus, sisältö, sanallinen ja sanaton viestintä sekä fyysinen ympäristö. Ohjattavan ja ohjaajan suhteeseen taas vaikuttavat kunnioitus, vastavuoroisuus, rehellisyys, avoimuus, yksilöllisyyden huomioiminen sekä ammatillisuus. (Hankonen ym. 2006, 26–30.)

Asiakaskeskeisessä vuorovaikutussuhteessa sujuva viestintä on tärkeää sen onnistumisen kannalta. Parasta olisi, jos hoitaja ja ohjattava ymmärtäisivät käymänsä keskustelun samalla

tavalla, puhuisivat samaa kieltä sekä pääsisivät yhteisymmärrykseen tunnetasollakin. Viestintää on kahdenlaista; sanallista ja sanatonta. Sanallinen viestintä edustaa vain murto-osaa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, ja näin ollen on hyvä kiinnittää huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanojen merkityskään ei ole samanlainen kaikille ihmisille ja se voi vaihdella jopa saman kielen ja kulttuurinkin piirissä. Sanaton viestintä tukee, täydentää, painottaa, kumoo tai jopa korvaa osaltaan sanallista viestintää. Sanattomaan viestintään kuuluvat muun muassa ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli. Runsaasti yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia ja näistä viesteistä päättelämme suuren osan ihmiseen kohdistuvista ja liittämistämme käsityksistä. (Hankonen ym. 2006, 25–26; Belcher 2009, 146.)

Fyysinen ympäristö on myös tärkeä ottaa huomioon. Ohjaustilanteen onnistumisen kannalta on tärkeää, että ympäristö on kiireetön ja tarkoituksenmukainen. Huoneen, jossa ohjaustilanne tapahtuu, tulisi olla valoisa, rauhallinen ja mielellään äänieristetty. Hoitajan on myös hyvä muistaa istua samalla tasolla ohjattavan kanssa sekä pitää noin puolen metrin pituista välimatkaa, riippuen tietysti aina keskustelijoista. Myös huoneen liiallinen lämpötila tai aurin-  
gonpaiste saattaa häiritä kovastikin keskustelijoita. (Hankonen ym. 2006, 26.)

Ohjattava-hoitaja suhteen onnistuminen edellyttää kummaltakin osapuolelta keskinäistä kunnioitusta, vilpittömtä kiinnostusta toista kohtaan ja hänen asiaansa kohtaan. Havainnointikyky ja kuuntelutaito lisäävät myös vuorovaikutussuhteen onnistumista. Vuorovaikutuksen on mahdollista onnistua ja täyttää sille asetut tavoitteet, jos otamme huomioon ja selvää toisen osapuolen toiveista ja odotuksista sekä huomioimme ne vielä omassa käytöksessämme. Ohjaussuhde perustuu aina luottamukseen, empatiaan, välittämiseen, autonomisuuteen ja vastavuoroisuuteen. Luottamuksenkin syntyyn vaikuttavat vielä monet tekijät, kuten rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus. (Hankonen ym. 2006, 25–26.)

Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen on vaativaa, koska hoitoajat ovat lyhyet ja hoitotyö kiireistä. Työyksiköissä vuorovaikutustaitojen kehittäminen jää usein vähälle huomiolle ja niiden kehittämiseksi vaadittaisiinkin jonkinlaista koulutusta. Kehittämismenetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi ohjaustilanteiden videointia työyksikössä ja näin hoitajilla itsellään olisi mahdollisuus vaikuttaa omiin vuorovaikutustaitoihin. (Hankonen ym. 2006, 27–30.)

## 2.5 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki koostuu kolmesta alueesta emotionaalinen, tiedollinen ja konkreettinen tuki. (Kankaala, Kaukua, Määttä, Simula, Suomela, Virranniemi & Vänttilä 2006, 34–37). Nämä mallit on laadittu syöpäpotilaan näkökulmasta, mutta näitä samoja asioita tulee huomioida myös hoidettaessa muita kirurgisia potilaita. Kankaala ym. (2006, 34) ovat luoneet mallin potilaan emotionaaliseen tukemiseen, jossa hoitajan tulee luoda ystävällinen ja turvallinen ilmapääpiiri, kunnioittaa potilasta, hyväksyä potilas omana itsenään, kuunnella, vastata kysymyksiin, rohkaista ilmaisemaan tunteita, auttaa löytämään myönteisiä asioita, vahvistaa potilaan voimavaroja, kannustaa perhettä ja ystäviä tukemaan potilasta sekä tarkkailla ilmeneekö ongelmia ja keskustella niistä. Emotionaalinen tuki on tieto siitä, että ihmisestä oikeasti välitetään ja häntä arvostetaan. Hoitajien antamaa emotionaalista tukea potilaat tarvitsevat yleensä pelkojen ja epävarmuuksien käsittelemiseen. Tapahtumat, joita potilas ei voi itse kontrolloida, aiheuttavat paljon ahdistusta ja stressiä. Hoitajan on hyvä muistaa arvioida potilaan pelkoa ja ahdistusta, kun ohjausta suunnitellaan ja toteutetaan.

Sosiaalinen tuki on hyvin monesti liitetty selviytymiskäsitteeseen ja sosiaalisiin taitoihin. Selviytyminen elämän tuomista vastoinkäymisistä, kuten kivuista, vaatimuksista ja ongelmista, on yleensä riippuvainen siitä tuesta, jota ihminen muilta saa. Sosiaaliset taidot vaikuttavat taasen saamiseen, verkostojen luomiseen ja niiden ylläpitämiseen. Ihmisen sosiaaliset taidot ovat yleensä persoonallisuudesta, kulttuurista sekä sosiaalisesta ja ekonomisesta asemasta riippuvaisia. Yleensä ihminen saa eniten tukea niistä verkostoista, joissa hänellä on pysyvimät suhteet. (Kankaala ym. 2006, 33.)

Kankaala ym. (2006, 35) ovat myös luoneet mallin tiedolliseen tukemiseen. Ensin tulee kertoa potilaan tiedon tarve ja hänelle oikeanlainen ohjaustapa. Tiedon tulee olla ajanmukaista, ymmärrettävää ja sitä tulee saada kaikissa hoidon vaiheissa. Tietoa tulee antaa suullisesti ja kirjallisesti. Potilaan tulee tietää minne voi ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Potilasta tulee tukea päätöksen teossa. Myös laki velvoittaa antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan ja hoidosta ymmärrettävästi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992). Eri ammattiryhmien tehtävät ja vastuut potilaan hoidossa tulee kertoa potilaalle. Omaisten tiedon tarve on myös huomioitava ja vertaistuen mahdollisuuksista kerrottava. Potilaat tarvitsevat tiedollisessa tukemisessa luotettavaa tietoa, asiallista ja rauhallista suhtautumista sekä mahdollisuutta kahdenkeskisiin keskustelutilanteisiin, jossa he voivat kysyä vielä epäselviksi jääneitä asioita ja

tarkentaa ja kerrata hoito-ohjeita. Osa potilaista saattaa myös kieltää sairauden olemassaolon tai vähättelee sen vakavuutta, vaikka ovat selvästi ilmaisseet ja näyttäneet halun keskustella asiasta hoitajan kanssa. Yleensä he pidättäytyvät syvällisimmistä keskusteluista ja haluavat puhua vain pinnallisimmista asioista. (Kankaala ym. 2006, 35.)

Kankaala ym.(2006, 36–37) kehittivät mallin myös konkreettiseen tukemiseen. Potilaan tulee saada kirjallista tietoa. Jatkohoito järjestetään tarvittaessa sekä kerrotaan mahdollisista sopeutumisvalmennuskursseista. Konkreettisen eli aineellisen tuen auttamismenetelmiä ovat ihmisuhteiden tukeminen ja keskusteleminen tuen mahdollisuuksista. Konkreettisia muotoja ovat käytännön asioiden hoitaminen potilaan puolesta, joita ovat muun muassa lääkeasiat, apuvälineet ja taloudellinen tuki. Tunnetuki ja käytännöllinen tuki ovat yleensä vaikeampi erotella toisistaan.

## 2.6 Omaisten ohjaus

Potilaan hoitamisen kannalta omaiset ovat tärkeä voimavara ja perheen toiminnoilla onkin tärkeä merkitys ihmisen paranemisella ja jopa sairauksien ennaltaehkäisyllä. Omaisten osallistuminen hoitoon lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja lisää kotihoidon osuutta, mikä monesti onkin potilaiden toivomuksena. Hoitohenkilökunnan on hyvä ottaa huomioon omaisten tarpeet, koska heillä on kuitenkin tärkeä vaikutus potilaan hyvinvointiin. Se, että omaiset jaksaisivat tukea potilasta ja sopeutua sairauden aiheuttamaan uudenlaiseen elämäntilanteeseen, täytyy hoitohenkilökunnan muistaa tukea ja auttaa omaisiakin jaksamisessa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaankin kykyä arvioida sekä potilaan fyysisistä että psyykkistä tilaa, ja tältä pohjalta pitäisi myös osata arvioida omaisten tarvitsemaa tuen ja tiedon tarvetta. Omaisten kannalta potilaan tilanteesta saatu tieto sekä mahdollisuus myös osallistua potilaan sairauden hoitamiseen ovat hyvin tärkeitä asioita, koska ne lievittävät omaisten ahdistusta ja avuttomuuden tunnetta. (Anttila, Kukkola, Mattlar, Moilanen, Risteli-Ahola, Haapsaari, Koivikko ja Verronen 2006, 44–45.)

Omaisten ohjaus on haaste hoitohenkilökunnalle ja heidän osaamistaan tulisi lisätä koulutuksella, etenkin monikulttuurisuudesta, vuorovaikutuksesta sekä ohjaamisesta yleensä. Omaisten ohjaaminen on kuitenkin kotihoidon toteutuksen kannalta hyvin tärkeä osa potilaan hoitoa. Hyvällä ohjaamisella lisätään hoidon tehokkuutta, laatua ja taloudellisuutta. Omaisten ohjaamisen tärkeys korostuu jo heti taustatietojen kartoittamisesta asti erityisesti hoidettaessa

lapsia, nuoria, vanhuksia tai vammaisia. Näiden erityisryhmien kohdalla jatkohoito on yleensä täysin omaisista riippuvaista. (Anttila ym. 2006, 52–56.)

Hoitohenkilökunnan tulee tukea ja ohjata omaista hänen läheisen sairastuessa sekä tiedollisella että emotionaalisella tasolla. Hoitohenkilökunnalta odotetaan eniten tiedollisen tuen antamista, joka auttaisi omaista ongelmien ratkaisemisessa. Omaiset tarvitsevat näitä tietoja pystyäkseen käsittelemään läheisen ihmisen sairauden aiheuttamaa stressiä. Tiedon tarve saattaa vaihdella useinkin ja siihen vaikuttavat muun muassa läheisen ihmisen sairauden vakavuus ja sen vaiheet. Kun omainen saa tarpeeksi tietoa läheisensä tilasta, se voi vaikuttaa potilaan kokemuksiin ja näin ollen jopa vähentää ahdistusta. Näin ollen omaiselle annettu tieto potilaan tilasta lisäävät sekä potilaan että omaisen kokemaa tyytyväisyyden ja turvallisuuden tunnetta. Emotionaalisella tukemisella tarkoitetaan taas omaisen tilanteen ymmärtämistä. Yksinkertaisilla kysymyksillä, kuten ”Miten te jaksatte” antavat omaiselle monesti tunteen siitä, että hänestä oikeasti välitetään. (Anttila ym. 2006, 45–46.)

Salminen-Tuomaala, Kurikka, Korkiamäki ja Paavilainen (2008, 264) ovat tutkineet saattajien saamaa ohjausta päivystyspoliklinikalla ja siinä todenneet, että omaiset saavat hyvin ohjausta poliklinikalla. Saattajat toivovat kuitenkin saavansa paremmin ohjausta toimenpiteistä poliklinikalla ja jatkohoidosta, jotta voivat osallistua potilaan hoitoon paremmin. Tässäkin ohjauksessa tulee yksilöllisesti ja realistisesti huomioida perheen voimavarat.

### 3 KOSKETUSERISTYKSESSÄ OLEVAN POTILAAN HOITOTYÖ

Potilaat, joilla on moniresistentin mikrobin aiheuttama infektio tai tartunta, joudutaan hoitamaan sairaalassa kosketuseristyksessä. Tämä eristysmuoto on kaikista yleisin ja sitä käytetään sairaaloissa eniten. Sen periaatteena on juuri käsien välityksellä tapahtuvan tartunnan ehkäisy. Olennaista tässä eristyksessä ovat tavanomaisten varotoimien lisäksi yhdenhengen huone potilaalle, käsineiden käyttö potilaskontaktissa ja suojatakkien käyttö lähihoidossa. Jos yhdenhengen huonetta ei ole saatavilla, paras vaihtoehto olisi, että huonetoverilla olisi myös sama bakteeri tai huonetoverin valinnassa otettaisiin huomioon osaston potilasaineisto ja sairauden tarttumismahdollisuus. (Kujala 2003, 269.)

Kosketuseristys alkaa yleensä siitä, että hoitava lääkäri määrää potilaan eristykseen. Huoneen olisi hyvä olla valmiina jo ennen potilaan tuloa osastolle. Eristys saattaa aiheuttaa potilaalle sekä hänen lähiomaisille ahdistusta ja huolta, jota voidaan lievittää ja torjua asianmukaisella ohjauksella. Potilaan hoidon on tapahduttava aina yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalle kerrotaan tarkasti hänen sairastamastaan taudista ja sen tarttuvuudesta sekä kyseisen taudin vaatimasta hoidosta ja eristystoimien tarkoituksesta. Potilaan osuus eristyksen toteuttamisessa on hyvin tärkeää, sillä hänen tulee ymmärtää muun muassa mikä hänessä on tarttuvaa, mitä ja miten eri suojaimia oikein käytetään, miksi ja miten hänen liikkumisvapauttaan rajoitetaan sekä mitä hän itse voisi tehdä estääkseen tartunnan leviämisen. Eristyksestä on aina tiedotettava niille, jotka siitä tietoa tarvitsevat, kuten työntekijöille ja omaisille. Eristys pitää myös kirjata sairauskertomukseen ja hoitosuunnitelmaan. Kun potilas siirtyy jatkohoitoon, eristyksestä ja varotoimista on aina tiedotettava etukäteen siirrettävään yksikköön. (Ylipalosaari ym. 2005, 648, 651, 653; Bhattacharya 2006, 22–23.)

Erillinen huone vähentää tartuntariskiä erottamalla potilaan muista potilaista eri ilmatilaan sekä muistuttamalla työntekijöitäkin tarvittavista suojatoimista, erityisesti käsien desinfektios- ta. Hyvässä eristyshuoneessa on lisäksi oma wc- ja peseytymistila. Jos näin ei kuitenkaan ole, niin potilas voi käyttää osaston yhteisiä tiloja. Kosketuseristyksessä olevan potilaan hoidossa pitää muistaa tavanomaisten varotoimien lisäksi myös käyttää suojatakkaa eritteitä käsiteltäessä tai jos on vaarana saada roiskeita päällensä. Suositeltavaa on käyttää kertakäyttöisiä suojatakkeja, mutta jos on todennäköistä altistua suurelle määrälle verta tai muita eritteitä, tulee käyttää läpäisemätöntä kertakäyttöistä suojatakkaa. Kirurginen suu-nenäsuojus suojaa lähinnä pisaroilta ja roiskeilta sekä epäsuorasti kosketustartunnalta. Näihin tarkoituksiin suu-

nenäsuojus on riittävä ja se suojaa lähinnä suurempikokoisimmilta pisaroilta. Silmäsuojus tai visiiri on tarpeen vain toimenpiteissä, joissa verta tai tartunnanvaarallista eritettä roiskuu silmille. (Bhattacharya 2006, 22–23.) Suojatakin ja hanskojen käytön jälkeen kädet pitää eristyshuoneesta lähtiessä desinfioida ja likaisilla hanskoilla ei tulisi kosketella ripoja, koska nämä ovat hyviä kasvualustoja mikrobeille (Zirakzadeh ym. 2006, 529–530). Hius- ja kengänsuojilla ei ole merkitystä eristyksessä. Eristyshuoneeseen varataan hoidossa jatkuvasti tarvittavat välineet ja ne puhdistetaan hyvin eristyksen päätyttyä. Jos potilasta joudutaan kuljettamaan huoneestaan pois esimerkiksi jonnekin toimenpiteeseen, kuljetuksessa oleva työntekijä suojautuu eristysluokan vaatimalla tavalla. Eristyksen kestoon vaikuttavat aina taudin luonne, aiheuttajamikrobi ja lääkehoito. (Ylipalosaari ym. 2005, 653–656.)

Eristystoimet tulisi aina sopeuttaa potilaan hoitoon sujuvasti ja huolehtia siitä, että hoidon taso ei laskisi eristyksen takia. Eristyksestä tulisi tiedottaa ainoastaan tietoa työssään tarvitseville, mutta ei sivullisille eikä muille potilaille. Eristämisen teho on rajallinen ja monien mikrobien torjuntatoimiin kuuluu myös suurelta osin lääkehoito, kontaktien seulontatutkimukset ja kantajuuden seuranta. Monista sairaalainfektioista on laadittukin kansallinen ohje, kuten MRSA:n torjunnasta. (Kujala 2003, 269.)

### 3.1 Tavanomaiset varotoimet

Tavanomaisissa varotoimissa katkaistaan tartuntatie estämällä mikrobien siirtyminen työntekijästä potilaaseen sekä toisinpäin. Varotoimissa on neljä keskeistä asiaa: oikea käsihygienia, oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat sekä pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen. (Syrjälä 2005, 27.) Tavanomaisia varotoimia suositellaan käytettäväksi jokaisessa sairaalassa, jokaisen potilaan hoidossa riippumatta siitä, onko potilaalla jokin infektio tai huono vastustuskyky. Varotoimet edustavat hyvää hoitokäytäntöä ja ovat perusta erityistilanteissa tarvittaville eristystoimille. (Kujala 2003, 265.) Kosketustartunta on tärkein hoitoon liittyvien infektioiden leviämisreitti ja näin ollen käsihygienia on kaikkein keskeisin osa tavanomaisia varotoimia. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että alkoholipitoista käsihuuhdetta käytetään aina ennen ja jälkeen potilaskontaktin. (Syrjälä 2005, 27.) Näkyvästi likaiset kädet pestään vedellä ja saippualla. Suojakäsineiden käyttäminen ei korvaa käsien desinfiointia (Kujala 2003, 266.) Tavanomaisissa varotoimissa käsineitä käytetään, kun kosketetaan verta, kehon muita nesteitä tai eritteitä sekä rikkiäistä ihoa tai limakalvoa. Suojakäsineitä tulee käyttää ehdottomasti

myös haavasidoksia poistaessa sekä muidenkin likaisten alueiden käsittelemisessä. Tällä tavalla suojataan sekä potilasta että hoitajaa ja ne ovat aina potilas- ja toimenpidekohtaiset. Steriilejä suojakäsineitä käytetään alle vuorokauden vanhojen leikkaushaavojen hoidossa sekä laittaessa keskuslaskimokatetria. Silmäsuojusta käytetään yleensä silloin, jos riskinä ovat mahdolliset roiskeet. (Syrjälä 2005, 27.)

Oikeiden työskentelytapojen täytyy olla jatkuvasti ajan tasalla ja nähtävissä kaikille työntekijöille. Ohjeita täytyy olla käsihygieniasta, suojainten käytöstä, verisuonikatetrien ja virtsakatetrien käsittelystä. Potilaan puhtaimmat haavat tulee käsitellä aina ennen mitään muuta toimenpidettä. Jos kuitenkin likaiset haavat hoidetaan ensin, täytyy ennen puhtaiden haavojen hoitoon siirtymistä poistaa likaiset käsineet, desinfioida kädet hyvin ja vaihtaa puhtaat käsineet, sillä muuten altistetaan potilas tarpeettomalle mikrobikuormalle. Tavanomaisista varotoimista noudatetaan kaikkein vähiten pisto- ja viiltovahinkojen torjuntaa, vaikka siinä on kyseessä työntekijän oma turvallisuus. Näillä varotoimilla pyritään kuitenkin välttämään työperäisiä veritartuntoja. (Syrjälä 2005, 27.) Täytyy aina muistaa, että neuloja ei pidä irrottaa ruiskusta käsin, vaan neulankeräysastian kantta vasten. Käytetyt neulat ja muut terävät esineet, kuten kirurgiset veitset, tulee laittaa aina tukevaan rasiaan ja säilyttää se aina mahdollisimman lähellä työskentelypistettä. (Kujala 2003, 266.)

Isossa-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan hyvällä käsihygienialla, aseptisellä toiminnalla ja tavanomaisten varotoimien noudattamisella saadaan yhtä hyviä tuloksia MRSA -tartuntojen ehkäisyssä kuin kosketuseristyksellä (Cepeda, Whitehouse, Cooper, Hails, Jones, Kwaku, Taylor, Hayman, Cookson, Shaw, Kibbler, Singer, Belligan & Wilson 2005, 295–304). Kun taas Kypraios ym. ovat tutkimuksessaan todenneet kosketuseristyksen olevan seulatutkimusten ja aseptisen toiminnan ohella merkittävä varotoimi MRSA -potilaiden hoidossa ja leviämisen ehkäisyssä (Kypraios, O'Neill, Huang, Rifas-Shiman & Cooper 2010, 1–10).

Hollannissa tavanomaisiin varotoimiin on kehitetty valtakunnallinen kartoitus- ja tuhoamissuunnitelma MRSA:n varalle, jossa kartoitetaan riskiryhmät, otetaan bakteerinäytteitä potilailta ja henkilökunnalta, eristetään infektoituneet potilaat ja kantajat. Myös kotiutuneita kantajia seurataan ja pyritään tuhoamaan bakteeri vielä kantajuusvaiheessa lääkitsemällä. Tällä kartoituksella ja tuhoamisella pyritään pitämään MRSA -infektioluvut matalina kaiken aikaa ja tutkimuksilla on osoitettu tehokkaan kartoituksen ja bakteerin nopean tuhoamisen ehkäisevän merkittävästi epidemioiden kehittymistä ja pitävän MRSA -infektioluvut matalina. (Vos, Behrendt, Melles, Mollema, De Groot, Parlevliet, Ott, Horts-Kreft, Van Belkum & Verbrugh



2009, 981–982.) Myös Kypraios ym. ovat todenneet tiheään seulonnan ja nopean eristyksen pitävän infektiolukuja pienempänä, jotta bakteeri ei ehdi levitä sairaalassa henkilökunnan käsien ja potilaiden välisten kontaktien kautta (2010).

Yhdysvalloissa nopeaan tartunnan selvittämiseen on olemassa pikatesti, joka on melko varma keino selvittää nopeasti eristyksen tarve erityisesti sellaisten potilaiden kohdalla, joilla jo ennestään on MRSA -historia. Näin vältetään turhilta eristyksiltä ja saadaan nopeasti tieto myös uuden eristyksen tarpeesta. (Spence, Courser & Dammel 2009, 601–602.) Myös VRE -infektioiden ehkäisyssä on todettu rutiiniseulontojen vähentävän infektioiden leviämistä, koska VRE on tavallisesti oireeton ja haitta ilmenee usein vasta, kun potilaan perussairauteen liittyy suuri kuolleisuus (Huang, Rifas-Shiman, Pottinger, Herwaldt, Zembower, Noskin, Cosgrove, Perl, Curtis, Tokars, Diekema, Jernigan, Hinrichsen, Yokoe & Platt 2007, 345).

### 3.2 Bakteerin kantajuus

Sairaalatartunnoissa tartunnan lähde on yleensä ihminen. Se voi olla kuka hyvänsä; potilas, henkilökuntaan kuuluva tai jopa vierailija. Tartunnan saaneella voi olla oireinen infektio, itämisvaiheessa tai toipilasvaiheessa oleva oireeton bakteeri. Kantajuus tarkoittaa bakteeritartuntaa, joka ei aiheuta oireita kantajalleen, mutta tarjoaa bakteerille toimivan leviämisreitit. Tartunnan ja infektion erottaminen toisistaan heti alussa helpottaa hoidon suunnittelua ja toteutusta. Tehokkainta taudin leviäminen on yleensä itämisajan loppupuolella, mutta tässä saattaa olla poikkeuksia riippuen taudinaiheuttajasta. (Vuento 2005, 59; Zirakzadeh ym. 2006, 529–530; Bhattacharya 2006, 20–21.)

Yleensä sairaalainfektio tulee potilaalle omasta bakteerifloorastaan. Tällöin yleensä potilas on infektion varsinainen lähde, vaikka alkulähde on jossakin muualla. Tällainen endogeeninen eli sisäsyntyinen tartunta tapahtuu, kun mikrobipitoisen kudoksen bakteereja on viety tai joutunut alueelle, jossa niitä ei normaalisti esiinny, esimerkiksi kirurgisen toimenpiteen yhteydessä näin saattaa käydä. Yleensä limakalvojen normaalifloora estää mahdollisesti tautia aiheuttavia mikrobeja tarttumasta limakalvoille ja lisääntymään siinä, mutta mikrobilääkehoidon saaminen alentaa normaaliflooraan kuuluvien bakteerien vastustuskykyä ja näin ollen tautia aiheuttavat bakteerit pääsevät lisääntymään siinä. Tartunta voi tapahtua myös potilaan ulkopuolelta eli eksogeenisesti, jolloin muut ihmiset ja ympäristö ovat tartuttajina. Jotkut infektiot

ovat levinneet muun muassa ilmanvaihtojärjestelmän tai vesijohtojärjestelmän kautta. Oireetonkin infektio tulisi selvittää ja hoitaa, jotta uusia tartuntoja ei tulisi sairaalan ulkopuolella potilaan kotiuduttua (Vuento 2005, 59; Zirakzadeh ym. 2006, 529–530; Bhattacharya 2006, 20–21.)

### 3.3 Infektio

Yleisesti infektiosairaudella ymmärretään haitallista seurausta, joka ilmenee kliinisinä oireina sairaudesta, joka on seurausta mikrobin ja isäntäelimestön kohtaamisesta riippumatta itämisajasta. Tartunnalla tarkoitetaan sitä, että jokin mikrobi joutuu tekemisiin isäntäelimestön kanssa. Tartunta voi johtaa lyhyeen bakteerin olemassaoloon aiheuttamatta minkäänlaisia oireita. Toisaalta tartunta voi myös johtaa lyhyen tai pitkän aikavälin jälkeen kliinisiin seurauksiin eli infektion syntymiseen, ja silloinkin vain osalla ihmisistä. Infektiosairauden tekee vaikeaksi määrittellä juuri tämän itämisajan ja kliinisten seurausten laaja kirjo samastakin infektiosta. Infektiotauti on määritelty aikoinaan mikrobin suoranaisesti tai sen toksiinien aiheuttamaksi tartunnaksi. Infektiotaudin määritelmä on nojannut jo sadan vuoden ajan niin sanottuun Kochin postulaatteihin. Sen periaatteena on, että samanlainen mikrobi on eristettävissä potilaista, joilla on kliinisesti samanlaiset oireet ja tämä kyseinen mikrobi aiheuttaisi samanlaisen tartunnan, jos se tartutettaisiin vapaaehtoisin koehenkilöihin. Tämä periaate oli joskus aikoinaan todella hyvä apuväline infektiotautien etiologiaa selvitettäessä, mutta nykyään niiden käyttö on jäänyt vähemmälle, koska se on aiheuttanut ongelmia eräiden kroonisten sairauksien selvityksessä. (Valtonen 2003, 308.)

Infektiot ovat myös tärkeitä komplikaatioita monissa sairauksissa ja näin ollen infektioiden hoito on osa sairauden kokonaishoitoa. Onnistunut infektion hoito enteilee yleensä myös parantunutta kokonaisennustetta perussairaudesta. Yleensä tämän perussairauden ja infektiosta johtuvien komplikaatioiden välinen raja on häilyvä eikä se ole edes osoitettavissa mikrobiologisesti. (Valtonen 2003, 309.)

Sairaalainfektiolla eli hoitoon liittyvällä infektiolla tarkoitetaan jossakin terveydenhuollon yksikössä hoidon aikana alkunsa saanutta infektiota. Näistä infektioista on ehkäistävissä noin 20 % ja nämä keinot ovat niitä perusasioita, jotka tulee huomioida aina jokaisen potilaan hoidossa ja näitä kutsutaan yleisemmällä nimellä tavanomaisiksi varotoimiksi. Syitä myös sai-

raalainfektioiden lisääntymiselle ovat väestön ikääntyminen, elimistön puolustusmekanismeja häiritsevien hoitojen yleistyminen sekä vierasesineitä saaneiden potilaiden jatkuvasti kasvava määrä. Uhkia ovat myös potilaspaikkojen määrän supistaminen sekä niukat henkilöresurssit, kun otetaan huomioon mikä on hoidon vaativuus suhteessa potilaiden lukumäärään. On pelättävissä, että nämä asiat tulevat näkymään tulevaisuudessa infektioiden lisääntymisenä ja erilaisina epidemioina. (Syrjälä 2005, 19.)

Infektioiden todentamisen tulkinnessa saattaa esiintyä ongelmia, koska hoitoaikojen lyhentyminen vuoksi osa infektioista todetaan vasta hoitajakson jälkeen, vaikka ne ovat saatu sairaalahoidon aikana. Selkeintä tilanne on kuitenkin leikkausalueen infektioissa, jotka todetaan yleensä 30 vuorokauden kuluessa toimenpiteestä. Vierasesineeseen liittyvä infektio on määriteltävissä hoitoon liittyväksi infektioksi vielä vuodenkin kuluessa. Mutta yleisesti ottaen infektiot, olivatpa ne sitten saatu kotona tai sairaalassa, diagnosoidaan ja hoidetaan aina potilaan tilanteen edellyttämällä tavalla. (Syrjälä 2005, 22–23.)

#### 4 MIKROBILÄÄKERESISTENSSI

Mikrobilääkeresistenssi tarkoittaa sitä, että mikrobilla, kuten bakteerilla, on kyky vastustaa mikrobilääkkeen vaikutusta. Mikroilääkkeille vastustuskykyisiksi muuttuvat ihmisissä elävät bakteerit, eivät ihmiset, koska he eivät voi tulla vastustuskykyisiksi mikrobilääkehoidolle, mutta juuri bakteereilla se on mahdollista. Näin ollen mikroilääkeresistenssi voi johtaa mikroilääkeaineen tehon heikkenemiseen tai jopa lakkaamiseen tietyn bakteerin aiheuttaman infektion hoidossa. Bakteerit ovat siis antibioottiresistenttejä, kun tietyt antibiootit eivät voi enää vaikuttaa niihin tappamalla tai pysäyttämällä niiden kasvua. Antibiooteille resistenttejä bakteereita on olemassa kahdenlaisia; luontaisen tai hankitun resistenssin omaavia. Luontainen resistenssi tarkoittaa sitä, että bakteeri on jo luonnostaan vastustuskykyinen erälle antibiootille, kun taas hankitussa resistentissä, bakteerit muuttuvat geneettisten muutosten myötä vastustuskykyisiksi joillekin antibiooteille. Antibiootit eivät pysty siis tappamaan antibioottiresistenttejä bakteereja, jolloin bakteerit lisääntyvät edelleen aiheuttaen pidempiaikaisen sairauden tai jopa potilaan menehtymisen. Näiden bakteerien aiheuttamat infektiot vaativat yleensä enemmän hoitoa ja kalliimpia antibiootteja, joilla saattaa myös olla vakavampia sivuvaikutuksia potilaalle. (European Centre for Disease Prevention and Control 2011)

Tartunnan saaneen potilaan ”ongelmabakteeri” jää helposti endeemiseksi eli jatkuvasti esiintyväksi ja näin ollen leviää toisiin potilaisiin ja ympäristöön yleensä kosketustartunnan välityksellä. Pääasiassa nämä bakteerit leviävät ja tarttuvat huonokuntoisiin potilaisiin ja niihin, joilla on haavoja ja meneillään oleva mikroilääkitys. Resistenttien bakteereiden torjunta suuntautuu pääosin bakteeritartunnan saaneisiin potilaisiin eikä varsinaisesti oireileviin infektiopotilaisiin. Menestyksellinen torjunta vaatii näiden tapausten nopeaa tunnistamista, riskipotilaiden seulontaa ja seurantaa sekä tietynlaista puhdistushoitoa. (Kujala, Lyytikäinen & Vuopio-Varkila 2003, 642.) Leviämisen estävinä toimenpiteinä korostuu hyvän käsihygienian ylläpito, harkinta mikroilääkkeiden käytöstä, suojainten käyttö hoitotoimenpiteissä sekä hoitovälineiden ja ympäristön puhdistus. Ongelman alkuvaiheessa on mahdollista potilaan siirtäminen kosketuseristykseen siihen saakka, kunnes tilanne kartoitetaan tältä osin. Henkilökunnan perusteellinen koulutus tartuntariskeistä ja niiden välttämisestä on tärkeää. Jos ei ole mahdollista hävittää tiettyä bakteeria osastolta, pyritään kuitenkin estämään sen leviäminen. Pyritään henkilökunnan ja potilaiden liikkuvuuden minimoimiseen muille osastoille sekä

huomioidaan asia otettaessa uusia potilaita osastolle sisään. (Sammalkorpi & Holttinen 2005, 387–388.)

EU:ssa eri maiden välillä on suuria eroja resistenttien bakteerien osuuksissa sekä myös suuria vaihteluja antibioottien käytössä. Kreikassa ja Kyproksella käytetään väestömäärään suhteutettuna eniten antibiootteja avohoidon puolella, joka on kolme kertaa enemmän kuin Alankomaissa, jossa käytetään vähiten antibiootteja. Antibioottien käyttö korreloi suoraan antibioottiresistenssin määrän kanssa; mitä enemmän antibiootteja käytetään, sitä enemmän infektioita aiheuttavissa bakteereissa esiintyy antibioottiresistenssiä. Koska mikrobilääkeresistentit mikrobit eivät vastaa hoitoon, niin näiden mikrobien aiheuttamat infektiot saattavat johtaa sairaalahoidon, pitkäaikaisen sairauden tai menehtymiseen riskiin. (European Centre for Disease Prevention and Control 2011)

Bakteeritautien esiintyvyys on muuttunut rokotusten, mikrobilääkkeiden ja elinolosuhteiden muuttumisen myötä. Uudempia muutoksia ovat aiheuttaneet lisääntynyt lääkeresistenssi ja suurten yhteiskunnallisten muutosten aiheuttamat uudet kansanterveydelliset ongelmat ja haitat sekä suurten sairaaloiden potilasaineistossa esiintyvä immuunivasteen heikentyminen. Näin ollen tulevaisuudessa voi kehittyä hyvinkin tuhoisia ja elinvoimaisia bakteerikantoja ja tätä myöten uusia infektioitauteja. (Rhen, Kuusela & Vaara 2003, 33.)

#### 4.1 Metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA)

*Staphylococcus aureus* on ihmisen normaaliflooraan kuuluva bakteeri ja infektion välitön lähde on yleensä ihmisen oma normaalifloora. Kolme tärkeää tekijää voivat aiheuttaa stafylokokki-infektion. Näitä ovat potilaan paikallisen vastuskyvyn heikkeneminen, joita ovat esimerkiksi leikkaus- tai muu haava ja huono verenkierto, potilaan yleisen vastuskyvyn heikkeneminen, esimerkiksi diabetes tai vaikea infektio ja bakteerin tavallista suurempi virulenssi eli taudin aiheuttamiskyky. (Vuopio-Varkila, Kuusela & Kotilainen 2003, 106.)

*Staphylococcus aureus* on yleisin märkäbakteeri ja tärkeä taudinaiheuttaja ihmisellä (Vuopio-Varkila ym. 2003, 98). Se on tärkein sairaalainfektioiden aiheuttaja, yleisyytensä, virulenssinsa, vaikeahoitoisuutensa ja mikrobilääkeresistenssinsä takia (Kolho & Lauhio 2005, 478). Se voi aiheuttaa infektioita täysin terveillä sekä huonokuntoisimmilla ihmisillä. Valtaosa lapsista

ja aikuisista kantavat tätä bakteeria ajoittain nenässään, joskus iholla sekä emättimessä tai peräsuolen alueella. Bakteeri voi levitä muualle iholle tai toiseen ihmiseen kosketustartunnan tai ilmatartunnan kautta. Yleensä terve iho suojaa tartunnalta, mutta jos ihmisellä on sopiva tartuntareitti, esimerkiksi ihorikko tai haava, voi *Staphylococcus aureus* näin levitä ja aiheuttaa ensin paikallisen infektion ja siitä levitessään syvemmälle yleistyneen infektion. Tärkeimpiä tämän bakteerin aiheuttamia infektiota ovat märkäiset iho- ja pehmytkudosinfektiot, kirurgiset haavainfektiot, luu- ja nivelrikot sekä vakavat yleisinfektiot. (Vuopio-Varkila ym. 2003, 98–99; Kansanterveyslaitos 2004, 3.)

Metisilliinille resistentit *Staphylococcus aureus* -kannat ovat mikrobilääkeherkkyydeltään muuntuneita *Staphylococcus aureus* -kantoja, joihin stafylokokkipenisilliinit eivät tehoa. MRSA-kannat ovat usein myös moniresistenttejä eli vastustuskykyisiä useita mikrobilääkkeitä kohtaan. (Kansanterveyslaitos 2004, 3.) MRSA on ollut Suomessa toistaiseksi harvinainen ja sen esiintyvyys kaikista sairaalassa eristetyistä kannoista on maassamme alle 1 %. Uusia tartuntoja tavataan Suomessa vuosittain noin 200, joista osa on peräisin ulkomailta. 1990-luvun loppupuolella uusien tapausten määrä oli hieman kasvanut ja myös aiheuttanut useita sairaalaepidemioita. (Vuopio-Varkila ym. 2003, 102.)

Näiden infektioiden hoito on vaikeaa juuri mikrobilääkeresistenssin vuoksi sekä siitä syystä, että ne saattavat levitä sairaalassa nopeasti ja aiheuttaa infektio- ja tartuntaepidemioita. Lisäksi bakteerin pitkäaikaiskantajuuden poisto ei usein onnistu ja näin ollen kerran tartunnan saanut henkilö voi pysyä kantajana pitkiäkin aikoja ja näin toimia sairaalahoidon aikana muiden potilaiden tartunnanlähteenä. Myös henkilökunnalla on riski saada tartunta hoitaessaan MRSA-positiivista potilasta. (Vuopio-Varkila ym. 2003, 102–103.)

MRSA leviää potilaasta toiseen hoitohenkilökunnan käsien välityksellä. Tästä syystä tärkein keino estää bakteerin leviäminen onkin hyvä käsihygienia eli desinfioivan käsihuuhteen käyttö aina ennen potilaskontaktia ja sen jälkeen. Lisäksi MRSA:n saaneet potilaat hoidetaan sairaalassa kosketuseristyksessä. Oireetonkin kantaja voi merkittävästi levittää tartuntoja, joten olisi tärkeää tunnistaa kantajat nopeasti sairaalaan tulon jälkeen. Tärkeimpiä riskiryhmiä ovat aiemmin kantajaksi osoitetut potilaat, vaikka näytteet heistä olisivatkin olleet välillä negatiiviset, MRSA -potilaiden kanssa samassa huoneessa hoidettavana olleet potilaat sekä aiemmin ulkomailla hoidettavana olleet potilaat. Potilaista tulisi tällöin ottaa näytteitä sairaalahoitojen aikana ja pyrkiä hoitamaan heitä kosketuseristyksessä, kunnes näytteet ovat osoittautuneet

negatiivisiksi. Kirurginen saneeraus eli haavan pohjan puhdistaminen kirurgisesti on myös useissa infektioissa oleellinen osa hoitoa, pinnallisissa ihoinfektioissa riittää yleensä paikallishoito. (Vuopio-Varkila ym. 2003, 103–104.)

#### 4.2 Vankomysiinille resistentti enterokokki (VRE)

Enterokokki kuuluu ihmisen normaaliin suoliston bakteeriflooraan, josta sen oletetaan infektion aiheuttaessa olevan peräisin, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, että enterokokit leviävät useimmiten myös henkilökunnan käsien ja ympäristön välityksellä (Rummukainen 2005, 485–486). Enterokokin taudinaiheuttamiskyky on terveellä ihmisellä vähäinen, mutta merkittävä immuunipuutostilassa. Enterokokkia on kymmeniä eri lajeja, mutta ihmisellä tavataan eniten *Enterococcus faecalis* (85 – 90 %) ja *Enterococcus faecium* (10 – 15 %). (Kansanterveyslaitos 2005, 3; Zirkzadeh & Patel. 2006, 530–531.) Monissa sairaaloissa resistenttimmän toiseksi mainitun bakteerin osuus on lisääntymässä. Enterokokit aiheuttavat virtsatieinfektioita, vatsan alueen infektioita, haavainfektioita ja pehmytosainfektioita sekä niitä voi esiintyä myös veressä ja pahimmillaan ne aiheuttavat verenmyrkytyksen. Yleensä haava- ja vatsan alueen infektiossa on kyseessä sekamuotoinen infektio, ja enterokokin sekä siihen liitetyn mikrobilääkkeen merkitys on edelleen epäselvä. Potilaalla on yleensä vaikea perussairaus, jos hänellä sairaalainfektion aiheuttajana on enterokokki bakteeri. Riskitekijöitä tälle infektiolle ovat muun muassa perussairaus, pitkäaikainen sairaalahoito, leikkaus, munuaisten vajaatoiminta, elinsiirto, tehohoitojakso sekä edeltävä antibioottiloito. Enterokokit ovat jo luonnostaan resistenttejä useimmille antibiooteille ja näin ollen sairaalassa annettava mikrobilääkehoito aiheuttaa enterokokkeja suosivaa valikointipainetta. Tämänkin vuoksi potilailla enterokokkien osuus mikrobikasvustossa on lisääntymässä ja näiden bakteerien aiheuttamien infektioiden määrä on näin ollen kasvusuunnassa. (Rummukainen 2005, 485–486; Zirkzadeh ym. 2006, 529–531.)

VRE tarttuu sairaalassa helposti potilaasta toiseen suoran kosketuksen kautta. Lisäksi henkilökunta levittää VRE:tä potilaasta toiseen käsien välityksellä. Hyvin kestäväenä bakteerina VRE säilyy pitkiäkin aikoja hengissä elottomilla pinnoilla, kuten ovenkahvoissa, potilassängyissä sekä erilaisissa tutkimusvälineissä. Tästä johtuen ympäristöä pidetään myös mahdollisena VRE-tartunnan lähteenä. Ilman välityksellä tapahtuvasta tartunnasta ei ole näyttöä. VRE:n torjunta tähtää nopeaan toteamiseen, tartuntareittien mahdolliseen tunnistamiseen ja

katkaisemiseen sekä tiettyjen antibioottien rajoittamiseen sairaalassa. Käsihygienia on tärkein yksittäinen tekijä tartuntojen ehkäisemiseksi, koska VRE tarttuu kosketustartuntana. VRE:n kantajaksi osoitettua potilasta hoidetaan aina kosketuseristyksessä. Myös henkilökunnalla on riski saada bakteeri hoitaessaan VRE-positiivisia potilaita, mutta hoitohenkilökunnan kantajuuden uskotaan kuitenkin olevan harvinaista eikä tästä asiasta tiedetä vielä kovinkaan paljon. Henkilökuntakantajuudesta ei myöskään katsota olevan terveystarua kantajalle itselleen tai hänen omaisilleen. Tästä syystä henkilökunnasta ei pääsääntöisesti oteta VRE-kolonisaationäytteitä. (Kotilainen, Kolho & Lyytikäinen 2005, 593–594.)

Vankomysiinille resistentit enterokokit ovat tulleet maailmanlaajuisesti merkittäväksi ongelmaksi ja aiheuttaneet hankalia epidemioita. Sen ilmaantuminen on hyvin huolestuttavaa monista eri syistä. Valtaosa näistä kannoista on myös resistenttejä muille mikrobilääkkeille kuin vankomysiinille ja vaihtoehtoiset hoitomenetelmät ovat hyvin rajalliset. Enterokokit kuuluvat ihmisen luonnolliseen suoliston normaalikasvustoon ja näin ollen hyviä keinoja VRE:n puhdistamiseksi elimistöstä ei oikein ole. VRE:stä sekä enterokokeista voi myös tulla huonokuntoisilla potilailla osa ihon bakteerikasvustoa mikä taas helpottaa mikrobin siirtymistä ihmisestä toiseen. On myös mahdollista, että enterokokit voivat siirtää tätä vankomysiiniresistenssiä muille mikrobeille, esimerkiksi stafylokokeille. (Rummukainen 2005, 486.) VRE:n hoitoon on kuitenkin jo alettu löytämään varsin tehokkaita antibiootteja, joiden on todettu tuhoavan mikrobikantoja (Zirakzadeh ym. 2006, 529–531).

Viime vuosina VRE-tilanne on ollut rauhoittumaan päin. Tämän hetken tietojen mukaan VRE-kantajuus saattaisi olla pitkäaikaista tai jopa osalla sen saaneista pysyvää. Kantajuuden poistamiseksi ei ole tarjolla mitään tehokasta lääkehoitoa ja toisaalta menetelmät, joita käytetään VRE:n toteamiseksi potilaan ulosteesta, ovat epävarmoja eikä edelleenkään ole olemassa tutkimuksiin perustuvaa näyttöä siitä, milloin potilas on oikeasti puhdistunut VRE-kantajuudestaan. Tästä syystä kerran VRE-kantajuuden saaneeseen potilaaseen suhtaudutaan uusien sairaalahoitojen yhteydessä kuten VRE-positiiviseen potilaaseen, vaikkakin VRE-viljelyt olisivat negatiiviset. Eristystoimet voidaan yleensä purkaa vain tiettyjen infektiotoinnista vastaavien henkilöiden harkinnan mukaan. (Kotilainen ym. 2005, 593.)



### 4.3 Extended spectrum betalactamase (ESBL)

ESBL:a tuottavilla kannoilla tarkoitetaan suolistoperäisiä bakteereja, jotka asettuvat lisääntymään tyypillisesti suoliston bakteerikantaan, kroonisiin ihohaavaumiin, kanyyleihin ja virtsateihin. Erilaisia ESBL:a tuottavia kantoja tunnetaan jo pari sataa ja uusia löydetään koko ajan. Ensimmäiset ESBL:a tuottavat kannat olivat Klebsiella pneumoniae –kantoja, jotka aiheuttivat paljon epidemioita teho-osastoilla ulkomailla. Viime vuosina on havaittu, että muutkin enterobakteerit, kuten *Pseudomonas aeruginosa* ja *Acinetobacter*-lajit voivat olla ESBL:a tuottavia kantoja. (Kolho 2005, 493–494.) Näiden infektioita aiheuttava kyky on huomattava ja ne voivat aiheuttaa muun muassa sepsisiä eli yleistulehdustiloja, keuhkokuumeita, virtsatie- ja haavainfektioita (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2006; Bhattacharya 2006, 21–22).

ESBL -epidemioita tunnetaan yli viisikymmentä. Osa näistä epidemioista on käsittänyt yhden sairaalan, kun taas toiset ovat saattaneet olla laajoja, useita sairaaloita käsittäviä. (Kotilainen ym. 2005, 595.) Suomessa *Enterococcus colin* ja Klebsiella-lajien herkkyys kolmannen polven kefalosporiineille on vielä tutkimusten mukaan hyvä. Kuitenkin viime vuosina ESBL -tapausten määrä on noussut huomasti Etelä-Suomessa. Monissa maissa ESBL -kantojen lisääntyminen on saatu pysähtymään kosketuseristyksen ja kolmannen polven kefalosporiinien käytön vähentämisen myötä. Näillä seikoilla epidemiat on saatu hallintaan tai ainakin ne ovat laskeneet uusien tapausten ilmaantumista. (Kolho 2005, 494; Kotilainen ym. 2005, 595.)

### 4.4 Akinetobakteeri

Akinetobakteeri on yleisesti maaperässä ja vedessä esiintyvä bakteeri, joka pystyy hyvin herkästi kehittämään vastustuskyvyn kaikille antibiooteille. Bakteeria voi esiintyä potilaan iholla, limakalvolla, haavoissa sekä ympäristössä, kuten kosteissa tiloissa. Akinetobakteeri tarttuu kosketustartuntana suoraan tai välillisesti henkilökunnan käsien välityksellä tai sairaalapintojen kautta, kuten ovenkahvoista. Terveistä ihmisistä neljänneksellä esiintyy tätä bakteeria, mutta tällöin kyseessä on yleensä antibiooteille herkkä bakteeri ja ihmiselle harmiton tilanne. Sairaalassa tämä bakteeri voi kuitenkin mikrobilääkkeiden käytön paineessa muodostaa vastustuskyvyn antibiooteille ja aiheuttaa potilaalle jopa verenmyrkytyksen. Yleisemmin Akinetobakteeri aiheuttaa kuitenkin haava-, keuhko- ja virtsatieinfektioita. Infektion kehittymisen riskitekijöinä pidetään tehohoitojaksoa, immuunipuutosta tai edeltävää mikrobilää-

kehoitoa. Bakteeri tarttuu helposti haavoihin ja palovammoihin, mutta se on hoidettavissa erityisantibiooteilla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

## 5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT, TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kosketuseristyksessä olevien potilaiden kokemuksia ja tietoja saamastaan hoidosta ja ohjauksesta eristyksen aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kosketuseristyspotilaiden hoidon laatua Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoa potilaiden kokemuksista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia kosketuseristyksessä olevilla potilailla on saamastaan hoidosta?
2. Millaista tietoa ja ohjausta potilaat ja heidän omaisensa ovat saaneet kosketuseristyksen liittyvistä asioista?
3. Millaista tietoa ja ohjausta potilaat olisivat halunneet saada kosketuseristyksen liittyvistä asioista?

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä potilasohjauksen suunnittelun ja toteutuksen kehittämisessä kosketuseristyksessä olevan potilaan kohdalla.

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyö on laadullinen, jonka kohteena olivat kosketuseristyksessä olevien potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta ja ohjauksesta, tiedonsaanti kyseisenä ajankohtana sekä puutteet tiedonsaannissa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja sillä pyritään ymmärtämään ilmiötä sen luonnollisessa ympäristössä. Kyseessä on usein induktiivinen eli aineistolähtöinen prosessi. (Metsämuuronen 2006, 88; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 155–157). Laadullista tutkimusta voidaan kuvata seuraavilla ilmaisuilla: teoreettisesti luova, strukturoimaton, pehmeä, juostava, subjektiivinen, induktiivinen ja suhteellinen. (Hirsjärvi ym. 2007, 123–124.) Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään tutkittavassa ympäristössä, jotta tiedon hankinta olisi kokonaisvaltaista. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu tutkia ihmisiä ja käyttää heitä tiedonlähteenä. Tietoa hankitaan usein haastatteleamalla ihmisiä ja valitsemalla haastateltavat tarkoituksenmukaisesti. Myös tutkimusympäristö tulee olla tutkittavalle ilmiölle luonnollinen. (Hirsjärvi ym. 2007, 157–160; Metsämuuronen 2006, 88.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä ja Juvakka 2007, 128.)

### 6.1 Aineistonkeruu

Teimme laadullisen opinnäytetyön, jossa haastattelimme neljää kosketuseristyksessä olevaa potilasta Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla syksyllä 2010. Haastateltavat potilaat valittiin tarkoituksenmukaisesti siten, että he olivat kykeneviä ja halukkaita osallistumaan haastatteluun ja he olivat haastatteluhetkellä kosketuseristyksessä hoidettavana.

Aineistonkeruun mittarina käytimme puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua, joka on strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, mutta avoimempi, kuin lomakehaastattelu tai muu täysin strukturoitu kyselytapa (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 75; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48). Haastattelurunkoa laatiessa ei tehdä yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueuuttelo. Nämä teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden alakäsitteitä, jotka ovat niitä alueita, joihin tutkimuksen haastattelukysymykset varsinaisesti kohdistuvat. Haastattelutilanteessa nämä teema-alueet ovat haastattelijan muistilistana sekä keskustelua ohjaavana kiintopisteinä. Teema-alueet kuitenkin tarkennetaan haastattelutilanteessa kysymyksillä.

(Hirsjärvi ym. 2008, 66.) Teemahaastattelua varten teimme siis haastattelurungon tutkimuskysymyksiemme pohjalta (LIITE 4). Haastattelurunkomme teemoja olivat kokemukset hoidosta kosketuseristyksen aikana, potilaiden ja omaisten saama tieto ja ohjaus kyseisenä aikana sekä puutteet tiedonsaannissa. Kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset, joita ei sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Tällöin haastateltavan rooli oli aktiivisempi. (Hirsjärvi ym. 2008, 47; Kylmä ym. 2007, 78–80.) Teemahaastattelu sopi tähän opinnäytetyöhön, koska kyseessä oli kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden satunnaisotos. Teemahaastattelun avulla saimme kuvaavia esimerkkejä ja mahdollisimman paljon tietoa potilaiden kokemuksista. Opinnäytetyömme aiheesta on olemassa vain vähän aiempaa tutkimustietoa ja siksi haastattelu sopi hyvin tutkimusmenetelmäksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 192.) Näin saimme uutta tietoa potilaiden kokemuksista kosketuseristykseen liittyen.

Ennen haastatteluja allekirjoitimme toimeksiantajamme kanssa toimeksiantosopimuksen (LIITE 2) opinnäytetyötämme varten sekä anoimme tutkimusluvan (LIITE 1) haastattelujemme toteuttamiselle tulosyksikön johtajalta. Oys:n erikoissuunnittelija informoi aluksi kaikkia kahdeksan kirurgisen vuodeosaston osastonhoitajaa tutkimuksestamme, jotta he tiesivät ottaa meihin yhteyttä mahdollisen haastateltavan tullessa kohdalle. Kun osastonhoitajat ilmoittivat meille mahdollisesta haastateltavasta, kävimme tapaamassa potilasta ja sovimme erillisestä haastatteluajankohdasta hänen kanssaan. Sisällön ja aineiston edustavuuden kannalta oli parasta, että saimme eri-ikäisiä haastateltavia (Hirsjärvi ym. 2008, 60).

Veimme potilaille ennakkotapaamisen yhteydessä potilastiedotteen (LIITE 3) ja teemahaastattelurungon. Tiedotteessa oli esitelty tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä omat yhteystietomme. Koska tämä oli ensimmäinen opinnäytetyömme, emmekä ole aikaisemmin tutkineet potilaita, käytimme tiedotteessa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin valmista saatekirjepohjaa. Teemahaastattelurungon annoimme tapaamisen yhteydessä, jotta haastateltavat pystyivät tutustumaan ennalta tulevan haastattelun sisältöön. Tiedotteen ja muiden liitteiden sekä ennakkokäynnin tavoitteena oli madaltaa kynnystä tutkimukseen osallistumisen suhteen, koska näin potilaat saivat mahdollisuuden kysyä haastatteluun liittyvistä asioista ja heillä oli aikaa valmistautua haastatteluun henkisesti.

Yleensä tavallisin tapa tehdä haastatteluja on yksilöhaastattelu. Se saattaa tuntua aloittelevasta tutkijasta paljon helpommalta vaihtoehdolta kuin muunlaiset haastattelumuodot. (Hirsjärvi ym. 2008, 61.) Teimme yksilöhaastattelun, koska olisi ollut vaikeaa muodostaa ryhmähaastattelutilannetta kosketuseristyksessä olevista potilaista. Haastattelupaikaksi valitsimme poti-

lashuoneen, koska se oli rauhallinen haastatteluympäristö ja haastateltavat olivat yhdenhen- gen huoneissa kosketuseristyksen vuoksi. Haastattelut kestivät 15 – 35 minuuttia. Haastatte- lut nauhoitimme MP3-nauhurilla, jonka jälkeen litteroimme ne eli kirjoitimme sana sanalta paperimuotoon. MP3-nauhurin ansioista saimme haastattelut kuunneltua tietokoneelta, jol- loin myös puheen hidastaminen onnistui, joka taas helpotti litterointia. Haastattelimme yh- teensä neljää potilasta ja litteroimme kukin omat haastattelumme. Se oli mielestämme no- peinta ja helpointa, koska siinä pystyi ennakoimaan tulevaa asiaa sen jo aiemmin kuultuaan.

## 6.2 Aineiston analysointi

Haastattelun käsittelimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jolla pyritään saamaan tutkit- tavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysillä pyritään siihen, että aineisto saataisiin järjestettyä tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, aluksi aineisto hajotetaan osiin ja sen jälkeen käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi. Jotta tutkittavasta ilmiöstä voitaisiin tehdä selkeitä ja luotettavia johtopää- töksiä, niin analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon. Laadullisessa aineistossa joudutaan teke- mään analyysiä tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi ym. 2009, 103, 108.)

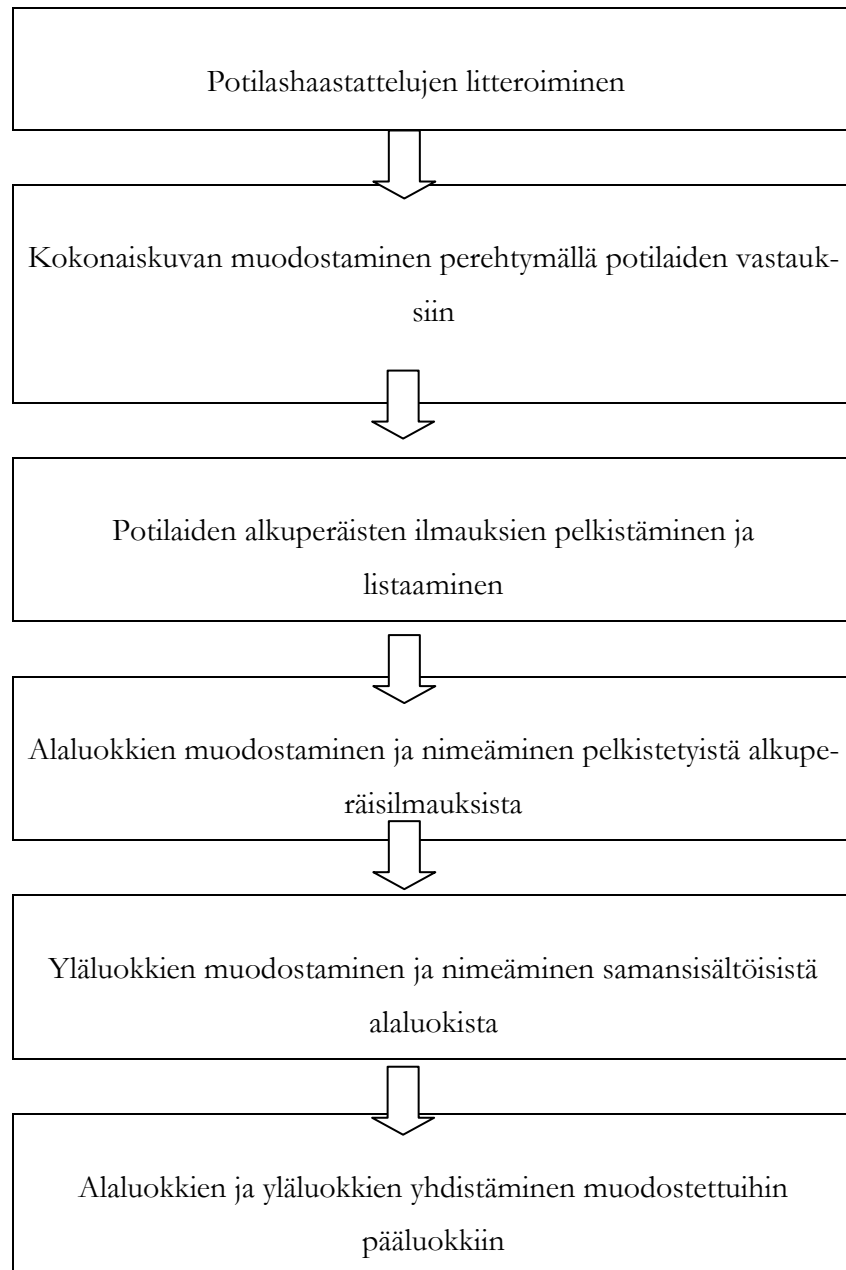
Litteroidessamme kirjoitimme vain puhutun tekstin emmekä tekstissä kommentoineet ää- nenpainoa tai puheeseen liittyviä vaihteluita. (Hirsjärvi ym. 2008, 137–138.) Huomioimme kuitenkin litteroinnin yhteydessä, jos potilas selvästi empi tai ei ymmärtänyt kysymystä, koska ne olivat merkityksellisiä asioita aineiston analysoinnissa ja tulosten luotettavuudessa. Myös haastattelun häiriötekijät kirjattiin litteroituun tekstiin, koska ne sekoittivat keskustelua ja mahdollisesti vaikuttivat aineiston luotettavuuteen. Litteroitua tekstiä saimme yhteensä noin 20 sivua tekstinkäsittelyohjelmalle kirjoitettuna. Litteroidun tekstin kävimme läpi ryhmässä. Teimme sisällönanalyysin aineistosta ryhmätyöskentelynä, jotta aineiston analyysiin ei olisi tullut suuria eroja ja samalla pystyimme pohtimaan yhdessä aineistoa. Teimme myös aineis- ton analysointia ristiin ja siinä selvisi, että olimme lähes poikkeuksetta tulkinneet aineistoa samalla tavalla. Ristiin työskentely myös avasi keskustelua aineistosta ja sen tulkinnasta. Meis- tä jokaiselle oma aineisto oli vain entuudestaan tuttua, joten sen vuoksi varasimme kaikkien aineistojen lukemiseen runsaasti aikaa, jotta saisimme kokonaiskuvan koko aineistosta ja pys-

tyimme etsimään niistä jo vastauksia tutkimuskysymyksiimme ennen varsinaista sisällönanalyysin tekoa. (Hirsjärvi ym. 2008, 142.)

Kun olimme lukeneet aineiston, tulostimme valitsemamme ilmaisut ja leikkasimme ne la-puiksi. Sen jälkeen aloimme ryhmitellä ilmauksia tutkimuskysymystemme pohjalta. Tämän jälkeen aloimme ryhmä kerrallaan pelkistää ilmaisuja ja muodostamaan niistä ylä-, ala- ja pääluokkia sekä annoimme niille kuvauksia aineiston perusteella. Sitten teimme aineiston analyysistä taulukon, jonka perusteella kirjoitimme tutkimustuloksemme ja johtopäätökset.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyyssissä saadaan vastaus tutkimustehtäviin yhdistelemällä käsitteitä. Tämä analyysimuoto perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa edetään aina empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta kohteesta. (Tuomi ym. 2009, 112.) Sisällönanalyyssissä poimimme aluksi tekstistä vain oleellimmat asiat, jonka jälkeen teimme sisällöstä pelkistettyjä ilmauksia, jotka listasimme. Pelkistetyissä ilmauksissa oli tärkeää säilyttää olennainen sisältö ja osa pelkistetyistä ilmauksista olivat lähes samoja kuin alkuperäisilmaukset. Etsimme näistä pelkistetyistä ilmauksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jonka teimme listaamalla pelkistetyt ilmaukset. Vertasimme listattuja ilmauksia toisiinsa ja teimme samoista ilmauksista uusia isompia ryhmiä, eli muodostimme pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia, joista jatkoimme jaottelua yläluokkiin. Tästä materiaalin jaottelusta syntyi kokoavia käsitteitä, joista teimme lopuksi pääluokkia. Tutkimustulokset raportoimme tutkimuskysymystemme mukaan. (Tuomi ym. 2009, 109.)

Emme aineistoa analysoidessamme peilanneet potilaiden kokemuksia mihinkään valmiiseen teoriaan vaan pyrimme tarkastelemaan niitä objektiivisesti ja peilasimme haastatteluista saatua materiaalia vain tutkimuskysymyksiimme. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analysoinnissa päättely etenee yksittäistapauksista aina yleiseen, ja päättelyssä pyritään tekemään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka sitten yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä ym. 2007, 22–23).



KUVIO 1. Yhteenveto analyysiprosessin etenemisestä.



TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston analyysistä.

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
ei ole mitään sel- laista syrjintää tai mitään	ei syrjintää	Ei syrjintää	Potilaat tyytyväisiä kohteluun	
en minä ole huomannut mi- tään, että olis mitenkään syrjin- tää tai semmos- takaan	ei ole huo- mannut syr- jintää			
kyllä ne ovat ihan reippaasti hoitaneet	reippaasti hoitaneet	Reippaasti hoi- taneet		
ei ole kyllä mi- tenkään näkynyt se, että olisivat tuota niin pelän- neet	ei ole näky- nyt, että oli- sivat pelän- neet	Hoitajat eivät näyttäneet pel- koa		
no ihan hyvin, en minä sitä voi moittia	ei voi moittia	Kohtelu hyvää		
minusta ne ovat ihan hienosti	hienosti			

kohdelleet	kohdelleet			
oon, ei oo moittimista	ei moittimista			
kyllä, kyllä käy entiseen malliin.	käy entiseen malliin	Käynnit ennal- laan	Käynnit poti- lashuoneissa eivät vähentyneet	
no ei oo kyllä, kyllä käy ihan yhtä usiasti täällä	käy yhtä usein			
ei oo kyllä ne käy ihan yhtä usiasti	käy yhtä usein			
lääkäri käy kerran päivässä tuossa, tuossa se seisoo ja sanoo sanansa	lääkäri käy kerran päivässä	Lääkäri käy päivittäin		
kyllä nuo tytötkin käy, niin kyllä ne käy jos niillä on jotain asiaa tai hoitamista, mitä milloinkin	tytöt käy, jos on asiaa tai hoitamista	Hoitajat käy tarvittaessa		

ei oo ollut mitään eroa, ei ole muuttunut tämän aikana	ei ole muuttunut	Suhtautuminen ei ole muuttunut	Suhtautuminen ei ole muuttunut	
kyllä ne on ihan reippaasti hoitaneet	reippaasti hoitaneet			
eivät oo kyllä yhtään inhonneet tai muuten siten	ei ole inhonneet			
täytyy ymmärtää, että varaltahan ne tekee	ymmärtää, että varalta tekevät	Ymmärtävät suojarusteet	Potilaat tyytyväisiä kosketuseristyksen käytäntöihin	
säännökset on säännökset	säännökset on säännökset			
se on ihan hyvä, ei haittaa yhtään	ihan hyvä, ei haittaa	Suojavarusteet eivät haittaa		Potilaat tyytyväisiä hoitoon kosketuseristyksen aikana
ei kait muu haittaa	ei kai haittaa			
se on minusta itsestään selvyys	se on itsestään selvyys	Suojavarusteet tärkeitä		→ hoidon laatu hyvä

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistuvista henkilöistä kaksi oli naisia ja kaksi oli miehiä, ikäjakauma oli 22 – 75 vuotta. Haastattelut tehtiin loka-marraskuussa 2010. Haastateltavat olivat hoidossa Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla ja jokainen heistä oli hoidettavana kosketuseristyksessä eri osastoilla. Haastateltavista potilaista kolme oli kosketuseristyksessä ensimmäistä kertaa ja tieto infektiosta oli annettu myös tällä hoitajaksolla. Potilaat olivat olleet hoidettavana kosketuseristyksessä vähintään viikon ajan ja enimmillään jopa kolme kuukautta. Kolmella potilaista oli sairaalabakteerina ESBL ja yhdellä akinetobakteeri. Tässä osiossa on esitetty opinnäytetyöstä saadut tutkimustulokset. Tulokset on esitetty tutkimuskysymysten mukaan. Ensin on käsitelty potilaiden kokemuksia saamasta hoidosta, ja sitten potilaiden ja omaisten kokemuksia saamasta tiedosta ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana. Kolmannen tutkimuskysymyksen tulokset on esitetty potilaiden ja omaisten tiedonsaannin ja ohjauksen yhteydessä.

### 7.1 Potilaiden kokemuksia hoidosta

Potilaiden kokemusten mukaan hoidon laatu oli hyvää kosketuseristyksen aikana. Hoitajakson aikana potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kohteluun. Potilaiden mielestä henkilökunnan suhtautumisessa ei ollut muutosta ennen tai jälkeen kosketuseristyksen, eivätkä he huomanneet hoitohenkilökunnan vierailujen vähentyneen hoitajakson aikana. Yksi potilaista kuitenkin oli sitä mieltä, että hoitajien ikä ja persoona saattavat vaikuttaa potilaan saamaan kohteluun kosketuseristyksen aikana.

*- kyllä ne on ihan reippaasti hommansa hoitaneet, eivätkä oo yhtään inbonneet tai muuten sitten, että mää kaiken kiitoksen annan heille.*

*- -suhtautuminen ollu sitten sen aina sen henkilökohtainen, henkilökohtainen tuota, kuka ottaa milläkin tavalla. Toiselle sitä ollaan vaan numero potilaassa ja sen huoneessa siinä ja siinä*

*No ei ollenkaan... ei ainakaan lääkäreistä, eikä kyllä nuo tytötkin niin kyllä niillä on asiaa ja hoitamista, mitä milloinkin, niin kyllä ne tulee. En minä oo huomannu mitään, että ois mitenkään syrjintää tai semmostakaan.*

*-ne käy ihan yhtä usiasti täällä. Jos jotaki tarttee niin painaa tuota hoitajanappia niin kyllä ne heti tulee. Ei ne siis oo mitenkään vähentynyt.*

Potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon ja hoitokäytäntöihin. Hoitohenkilökunnan käyttämiä suo-  
javarusteita ei koettu negatiivisena asiana ja niiden tarpeellisuus ymmärrettiin.

*-hoitajilla ja myös, jotka tänne tulee sitten vähänkään pitemmäksi aikaa, niin se on ilman muu-  
ta selvää, että, että tuota, tää suojaesiliina pitää olla, olla ja sitten hansikkaat, että mitä tabansa  
koskettaa niin se on aina... ja sitten tämä käsihygienia on hirveen tärkeä, että sitä pitäis olla.*

*-ei kait mua ahista nehän on vaan tuommoset vibiriät.. Eli ei mua ittiä ole yhtään haitannut ne.*

*Mie ymmärrän sen että pitää olla suojat ettei tartu muihin*

## 7.2 Potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia tiedonsaannista ja ohjauksesta

Potilaiden saama ensitieto vaikutti kokemukseen tartunnasta. Tieto tartunnasta herätti poti-  
laissa aluksi pelkoa, epä tietoa ja hämmennystä sekä potilaita mietitytti bakteerin alkuperä ja  
paranemisen mahdollisuus. Potilaille ensitieto oli annettu yksiselitteisesti, moniammatillisesti  
ja potilaat olivat saamaansa tietoon tyytyväisiä.

*-kyllä se vähän kauhistutti ensin, että voi kauheeta, että no miten, minkälainen tämä on ja että  
ei sitä ole milloinkaan tullut ajatelleeksi, että tämmönen pöpö vois minuun tulla.*

*-tietysti hämmästytti, että mistä se tämmönen bakteeri on tullu, että sitä nyt joudutaan eristyksiin  
aivan, aivan, mutta, ja kun ei ollu minkäänäköstä käsitystä siitä, että kuinka kauan tämmönen  
voi kestää.*

*No lääkäri, ja silloin ku mä kävin ensin haastattelussa, niin sanoivat vaan että minä kannan sai-  
raalapöpöä. Tai bakteeria. Hyvin yksiselitteisesti. Ja sitten antoivat sen listan, missä oli niitä kir-  
jaimia.*

*Niin kyllä näitä on saanu, hoitajat sitten on kertonut loput mistä mitä lääkärit salailevat tai pitävät pitävät omana tai eivät ole älynneet...*

Potilaiden mielestä ohjauksessa oli monin osin puutteita ja kaikki heille annettu tieto ei ollut ymmärrettävää. Potilaat saivat suullista ja kirjallista ohjausta vaihtelevasti. Kirjallisten ohjeiden suullisessa läpikäymisessä oli myös puutteita. Ohjauksessa esiintyi puutteita sekä kosketuseristykseen että moniresistenttiin bakteeriin liittyen.

*No, jos ei ole ymmärrettävää, niin minä olen kysynyt... Kaikki lääkärit eivät ole kauheen innokkaita selittämään, mutta joittenkin kanssa on syntynyt keskustelua.*

*Kyllä se on ollu pääsääntöisesti suullista, en mä nyt muista, että onko sitä ollu mittään sillälailta vihkosta tai, kyllä se on, kyllä se on ollu ihan näin henkilökohtasen keskustelun ja ohjeiden varassa.*

*No, en sen kummemmin, muuta ku siitä mitä ne anto sillon siinä ensibaastattelussa ne prosyyrit sitten, niin sitä mitä luin.*

*No niitä annettiin kaksi prosyyriä sillon kotiin, ja siinä oli niitä kirjainmerkintöjä.*

*Kyllä on joo. Mutta ei niitä anneta, jos ei niitä osaa pyytää.*

Potilaat uskovat hoitajilla olevan riittävästi tietoa, mutta hoitajien tiedoissa saattaa olla kuitenkin eroavaisuuksia.

*Kai niillä on... On kai ne lukeneet monta vuotta, että kai niillä on sitten, että en osaa tuohon sanoa, että kai niillä on, luulisin että on.*

*Kyllä ne niinku kirurgisesta tiedosta ovat selvillä nämä sairaanhoitajat. Ja näkkyypi olevan nämä muuki hoitohenkilökunta aika hyvin selvillä.*

*Jotku on ja jotku ei. Niin, onhan niitä eritasoisia. Että mie ymmärrän, että sairaanhoitaja on sairaanhoitaja ja antaa lääkkeitä, ja hoitaja on joka tekee.*

Potilaiden mielestä omaisten tiedonsaannissa ja ohjauksessa oli osin puutteita. Pääasiassa omaisille annettu tieto ja ohjaus koskivat kosketuseristyksen käytäntöjä. Omaiset olivat saaneet ohjausta myös kyselemällä itse henkilökunnalta.

*No ei varmaankaan oo sillä lailla... Mitä minä oon kertonu vaan, niin niin, ei oo mitenkään.*

*No täällä mitä nyt on vaan, on tuo käsihygieniä.. Sen ovat saaneet.*

*--niin jos hän ei oo muuten saanut, niin hän on ottanut selvää siitä... Hän kyllä puristaa tiedot semmoseltakin lääkäriltä, joka ei muuten ehkä suostuisi ihan niin vaan..*

*--on ne siellä saanut hyvät objeet just siitä miten suojaudutaan.*

Potilaat eivät osanneet kertoa, millaista tietoa olisivat halunneet kosketuseristykseen liittyen. Kuitenkin eräs potilaista olisi halunnut valmentavaa tietoa kosketuseristykseen liittyvistä asioista.

*Kyllä se tietysti hyvä olis, jos silloin ku tämmöseen tilanteeseen joutuu, niin tulis joku semmonen muutaman sivun moniste, jossa vähän valmennettaisiin tavallaan tämmöseen hommaan sitten.*

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Potilaat pitävät hoidossa kosketuseristyksen aikana hyvinä seuraavia asioita:

1. Hoidon laatu ja kohtelu ovat potilaiden mielestä kirurgisilla vuodeosastoilla pääosin hyvää ja hoitajat kunnioittavat potilaita.
2. Ensitiedon saaminen on potilaiden mielestä yksiselitteistä, mutta kuitenkin hyvin kerrottua. Moniammatillisuus näkyy ensitiedon saamisessa.
3. Potilaiden mielestä hoitajilla on riittävästi tietoa kosketuseristykseen liittyvistä asioista kirurgisilla vuodeosastoilla, mutta hoitajien tiedoissa on kuitenkin eroja.
4. Potilaiden mielestä käytännön asiat ovat hyvin hallussa ja kokemuksen myötä tietoa on karttunut.
5. Potilaat ovat pääosin tyytyväisiä saamaansa tietoon, mutta yksi potilaista olisi kaivannut enemmän valmentavaa tietoa kirjallisesti. Muuten potilailla ei ole mielipiteitä asian suhteen.

Kehitettävää potilaiden mielestä hoidossa kosketuseristyksen aikana on seuraavissa asioissa:

1. Potilaiden ohjaus ja tiedonsaanti on heidän mielestään osin puutteellista ja kaikki heille annettu tieto ei ole ymmärrettävää.
2. Kosketuseristykseen liittyvistä asioista ja moniresistentistä bakteerista tietoa on saanut joko kirjallisesti tai suullisesti tai ainoastaan potilaan pyynnöstä.
3. Tiedon ymmärrettävyydessä on potilaiden mielestä parannettavaa.
4. Potilaiden mielestä omaisten ohjauksessa on kirurgisilla vuodeosastoilla puutteita kosketuseristykseen liittyvissä asioissa. Käytännön asioista osataan jonkin verran kertoa ja antaa ohjausta, mutta usein kuitenkin tiedonsaannin ja ohjauksen saaminen jäävät omaisten omalle vastuulle.
5. Potilaat haluaisivat itselleen ja omaisilleen enemmän ja monipuolisemmin hoitajalähtöistä ohjausta kosketuseristykseen, moniresistenttiin bakteeriin ja hoitokäytäntöihin liittyen.



## 9 POHDINTA

Tässä osiossa pohdimme opinnäytetyömme aiheen valintaa, käytettyjä tutkimusmenetelmiä, saatuja tuloksia, työmme luotettavuutta, eettisyyttä, ammatillista kasvuamme sekä esitämme jatkotutkimusaiheet.

### 9.1 Aiheen valinta

Opinnäytetyömme aiheen valitsimme, koska sille oli tarvetta työelämän puolelta ja tutkimustietoa aiheesta oli vähän. Aiheesta ei ole Suomessa tehty aiempia tutkimuksia, mutta löysimme yhden ulkomaalaisen tutkimuksen, jonka on tehnyt Skyman, Thunberg-Sjöström & Hellström. Tutkimus on julkaistu vuonna 2010 ja se käsittelee MRSA:n saaneiden potilaiden kokemuksia kosketuseristyksestä. Potilaiden kosketuseristys on potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittava toimenpide ja sen aloittamiseen pitää olla aina perusteltu syy. Potilaan hoitomyönteisyyteen voidaan vaikuttaa hyvällä potilasohjauksella ja tiedonsaannilla kosketuseristyksen syistä ja käytännöistä. Potilasta ei voida pakottaa olemaan potilashuoneessaan eristyksen aikana, mutta se on aina suositus bakteerin leviämisen ehkäisemiseksi. Opinnäytetyössämme halusimme saada tietoa siitä, miten potilaat kokevat kosketuseristyksessä olemisen ja miten he kokevat hoitajien onnistuneen hoidossa ja ohjauksessa.

Opinnäytetyömme viitekehikseksi muodostui potilasohjaus, kirurginen hoitotyö, mikrobi-lääkeresistenssi, infektio ja kosketuseristys. Teemahaastattelurunkomme muodostui tutkimustehtävistämme. Teoriaosuuteen löysimme melko vähän aiheeseen liittyvää tutkimustietoa, mutta lähdekirjallisuuden hankintaan käytimme aikaa sekä harkitsimme tarkkaan lähteiden luotettavuuden ja ajankohtaisuuden. Joiltakin osin tutkimustietoa oli niukasti saatavilla ja alkuperäisille lähteille pääseminen oli lähes mahdotonta, joten jouduimme turvautumaan silloin ”toisen käden” lähteisiin. Lähteiden valinnassa harkitsimme kuitenkin tarkkaan luotettavuuden ja valintaan vaikutti paljon julkaisuvuosi sekä julkaisija.

## 9.2 Tutkimusmenetelmät

Laadullinen tutkimus oli oikea valinta tähän opinnäytetyöhön, koska halusimme tietoa potilaiden henkilökohtaisista kokemuksista ja käsityksistä kosketuseristyksestä, ja tästä aiheesta ei ollut paljon aikaisempaa tutkimustietoa saatavilla. Myös tutkimuskohteen rajallisuus puolsi laadullisen tutkimuksen valitsemista. Teemahaastattelu sopi aineiston keruuseen hyvin, koska pystyimme henkilökohtaisesti kysymään haastateltavilta heidän kokemuksistaan kosketuseristyksen liittyvistä asioista. Vaikka teemahaastattelun toteuttaminen oli jokaiselle meistä haastava ensimmäiseksi haastatteluksi, niin suoriuduimme siitä kohtalaisen hyvin. Teemahaastattelurungon teimme tutkimuskysymystemme ja viitekehiksemme pohjalta. Jouduimme muokkaamaan haastattelurunkoa muutamaa otteeseen, jotta saisimme tutkimuskysymyksiimme mahdollisimman kattavat vastaukset. Valmiin haastattelurungon veimme potilaalle päivää ennen haastattelua, joka oli mielestämme tarpeellista, koska tällöin haastateltava pystyi etukäteen tutustumaan tulevan haastattelun sisältöön ja valmistautumaan siihen paremmin. Yhdelle haastateltavista emme antaneet haastattelurunkoa etukäteen, mutta hän sai noin kymmenen minuuttia aikaa lukea sen läpi ennen haastattelun aloittamista. Potilas ei olisi muulloin ehtinyt osallistumaan haastatteluun. Mielestämme tämä ei kuitenkaan vaikuttanut millään tavalla haastateltavan mielipiteiden ja vastausten antamiseen verrattuna muihin haastateltaviin, jotka saivat haastattelurungon päivää aiemmin.

Vasta analysoidessamme haastatteluja huomasimme teemahaastattelurunkomme olleen osaksi puutteellinen. Haastattelurungon asettelu oli osittain huono ja se ei vastannut yhteen tutkimuskysymykseemme tarpeeksi kattavasti. Tämä olisi voitu välttää, jos haastattelurunkoa olisi esitestattu koehenkilöillä ennen varsinaista haastattelua ja testauksen perusteella olisimme voineet muokata haastattelurunkoa tarkoituksenmukaisemmaksi. Näiltä asioilta olisimme voineet myös välttyä, jos meillä olisi ollut jo valmis testattu aineistonkeruunmittari tai kokemusta sellaisen tekemisestä. Myös haastattelukokemuksesta olisi ollut hyötyä, sillä haastattelutilanne jännitti kovasti, joka osaltaan vei keskittymiskyvyn haastattelutilanteesta. Jos taas haastateltavia olisi ollut enemmän, uskomme, että viimeisistä haastatteluista olisimme saaneet tietoa kattavammin. Käyttämällämme tutkimusmenetelmällä saimme melko hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

### 9.3 Tutkimustulokset

Tavoitteena oli tehdä 9-12 haastattelua, mutta saimme vain neljä haastateltavaa. Meille kerrottiin, että kyseisenä aikana ei eristyspotilaita osastoilla ollut yhtä paljon kuin normaalisti. Tämä voi olla hyvä merkki siitä, että infektioiden torjunnassa on tuona aikana onnistuttu hyvin. Toisaalta potilaille ei välttämättä kerrottu riittävän selkeästi heidän merkityksestään asioiden kehityksen kannalta, sillä juuri potilaiden mielipiteillä voidaan vaikuttaa hoitokäytänteisiin. Pienestä osallistujamäärästä johtuen aineiston kyllästeisyys jää vähäiseksi. Halusimme kuitenkin tuoda työssämme esille mahdollisimman paljon tietoa potilaiden kokemuksista, ja siksi olemme tutkimustuloksissa kertoneet asiat niin, että jokaisen haastateltavan kokemukset tulevat esille. Emme tuloksillamme halua kertoa yleisesti, miten kosketuseristyksessä olevat potilaat kokevat hoidon ja ohjauksen toteutumisen, vaan haluamme tuoda esille haastateltaviemme potilaiden kokemukset ja käsitykset kosketuseristyksestä ja sen puutteista hoidossa ja ohjauksessa. Tutkimustuloksiamme ei siis voi sellaisenaan yleistää, mutta näitä asioita olisi hyvä miettiä, kun hoitaa ja ohjaa kosketuseristyksessä olevia potilaita.

Toisin kuin Skyman, Thunberg-Sjöström & Hellström (2010) tutkimuksessaan, haastattelemamme potilaat eivät kokeneet kosketuseristystä häpeällisenä ja rajoittavana kokemuksena, eivätkä potilaat olleet kokeneet missään vaiheessa syyllisyyttä, kuten Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa oli tullut ilmi. Merkittävä ero tuloksien välillä oli hoitohenkilökunnan käyntien vähenemisessä, koska Skyman ym. (2010) tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitohenkilökunnan käynnit olivat vähentyneet, mutta meidän opinnäytetyössä potilaat eivät kokeneet asiaa näin. On mahdollista, että Ruotsissa kosketuseristyksen toteutus on joko erilaista tai ruotsalaiset kaipaavat enemmän hoitajien henkistä tukea ja läsnäoloa kosketuseristyksen aikana kuin ennen sitä. Ruotsissa potilaat myös kokivat, että hoitohenkilökunnalla ei ole tietoa kosketuseristyksestä ja että ohjauksessa oli ollut ristiriitaa sekä sekaannusta käytäntöjen osalta. Meidän opinnäytetyössä potilaat luottivat henkilökuntaan ja heidän tiedon määräänsä, eivätkä kokeneet vastaavaa sekaannusta tai ristiriitaa kuin Ruotsissa potilaat olivat kokeneet. Molempien tutkimusten yhteisenä tekijänä olivat puutteet potilasohjauksessa. Tästä voi päätellä, että vaikka tieto lisääntyy hoitohenkilökunnan keskuudessa, niin potilaan ohjaaminen ja tiedon välittäminen ei ole kehittynyt samassa suhteessa. Voi myös olla, että hoitajana unohtaa kertoa ne ”itsestään selvät” asiat ja se osaltaan aiheuttaa puutteita potilaan ohjaamisessa.

Haastateltaviemme välillä oli eroavaisuuksia, ja aineiston analysoinnin aikana pohdimme sekä kysymystemme ymmärrettävyyttä että haastateltavan taitoa tuoda esille omia mielipiteitään, esimerkiksi yksi potilas oli usein eri mieltä asioista verrattuna muihin haastateltaviin. Hänen vastauksensa viestivät tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon ja ohjaukseen, mutta ne olivat myös hyvin niukkoja eikä hän perustellut aina vastauksiaan. On myös mahdollista, että hänen hoitoonsa kosketuseristys ei juuri tuonut rajoitteita tai hänen kohdallaan hoito ja ohjaus olivat olleet erinomaisia eikä tarvetta kehittämislle hänen kohdallaan ollut. Eräs toinen potilas taas vastasi kysymyksiin asian vierestä sekä ajoittain puhui myös muista sairauksistaan kuin sairastamastaan bakteerista. Tämä saattoi johtua osaltaan siitä, ettei haastattelija tarkentanut kysymyksissään potilaan sairastumista bakteeriin vaan puhui yleisesti sairastumisesta, jolloin potilas ilmeisesti käsitti, että kyse on hänen sairaudestaan, jonka vuoksi hän on joutunut sairaalaan. Toisaalta epäselviin vastauksiin saattoi olla syynä myös haastattelijan vaikeaselkoiset kysymykset.

Joissakin vastauksissa epäilimme myös haastateltavien jännittäneen tilannetta. Negatiivisten asioiden esille tuominen saatettiin kokea vaikeaksi, sillä potilaille saattoi olla pelko siitä, että se vaikuttaisi heidän hoitonsa tasoon. Potilaille kuitenkin kerrottiin selvästi, ettei heitä voida tunnistaa tutkimuksesta ja anonyymiteetti säilytetään jokaisen haastateltavan kohdalla. Pohdimme myös sitä, että potilaille saattoi olla sairaudesta ja siihen liittyvistä kirurgisista toimenpiteistä suurempi huoli kuin itse kosketuseritykseen joutumisesta ja siellä olemisesta. Tämä saattoi aiheuttaa osalla potilaista välinpitämättömyyttä ja mielenkiinnon puutetta opinnäyte-työtämme kohtaan, jolloin kysymyksiin vastaaminen saattoi jäädä puutteelliseksi.

#### 9.4 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten oikeellisuutta ja todenperäisyyttä, ja uskottavuutta voi lisätä myös se että tutkimuksen tekijät ovat riittävän pitkän ajan tekemissä tutkittavan ilmiön kanssa. Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprojektin kirjaamista sellaiseen muotoon, että toinen tutkija voi helposti ja ymmärrettävästi seurata prosessin kulkua. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkijat voivat päätyä eri näkemyksiin, kriteeristä tulee luonteeltaan ongelmallinen, mutta tämä on hyväksyttyä laadullisessa mallissa. Refleksiivisyydessä tutkija ymmärtää lähtökohtansa tutki-

muksen tekijänä, sekä tiedostaa oman vaikutuksensa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksesta saatujen tulosten siirrettävyyttä toiseen ympäristöön. Kuvailevan tiedon määrä, kuten tutkimukseen osallistujat ja ympäristön vaikutus, jolloin tutkimus on toistettavissa. (Kylmä ym. 2007, 128–129).

Opinnäytetyömme tuloksia ei voida yleistää, koska aineistoa ei ollut riittävästi. Tuloksemme ovat siis suuntaa antavia, mutta hoitotyössä jokaisen olisi hyvä tiedostaa millaisia puutteita hoidossa ja ohjauksessa voi olla, ja miten potilaat kokevat erilaisia hoitotoimenpiteitä. Kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden kokemuksista tarvittaisiin lisää tutkimustietoa, koska se on jäänyt hoitotieteellisissä tutkimuksissa lähes olemattomaksi. Suomesta emme ole löytäneet yhtään tutkimusta tästä aiheesta, vaikka Suomessa hoidetaan jatkuvasti potilaita kosketuseristyksessä.

Tutkimuksen uskottavuutta olemme parantaneet keskustelemalla ryhmässä siitä vastaavtko tulokset haastateltavien kokemuksia. Olemme peilanneet monessa vaiheessa tuloksia litteroituihin haastatteluihin ja varmistaneet, etteivät haastateltavien kertomukset ole analyysiä tehdessämme muuttaneet merkitystään. Olemme myös parantaneet uskottavuutta laittamalla tulosten yhteyteen suoria lainauksia haastateltavien alkuperäisistä ilmaisista. Alkuperäisiä ilmaisuja karsimme kuitenkin jonkin verran ja laitoimme vain oleelliset ja tuloksien kannalta merkitykselliset lainaukset tutkimustuloksiin. Uskottavuutta olisi parantanut se, että olisimme näyttäneet tulokset vielä haastateltaville ja tarkistaneet samalla, vastaavtko ne heidän mielestään käsityksiään antamistaan vastauksista, mutta se olisi vaatinut haastateltavalta pitkää sitoutumista opinnäytetyöhömmme, ja emme olisi näin välttämättä saaneet heitä osallistumaan ollenkaan tutkimukseen. Tällainen tapa tutkimuksen uskottavuuden parantamisessa olisi varmasti helpompi toteuttaa, jos tutkimus kohdistuisi terveydenhuoltoalan ammattilaisiin.

Vahvistettavuutta olisimme voineet parantaa vielä sillä, että olisimme pitäneet opinnäytetyön vaiheista päiväkirjaa, mutta emme alussa vielä huomanneet, että sellainen voisi olla tarpeellinen tulosten luotettavuuden kannalta. Olemme kuitenkin tutkimusraportissamme pyrkineet huolellisesti kuvaamaan, miten olemme opinnäytetyössämme edenneet ja kokonaisprosessi tulee mielestämme työssä hyvin esille.

Opinnäytetyön alussa keskustelimme ryhmässä omista käsityksistämme aiheen suhteen ja ne olivat varsin samankaltaisia. Analyysivaiheessa toimimme myös esille, jos jonkun henkilökohtai-

set käsitykset saattoivat vaikuttaa tuloksiin. Monessa kohdassa huomasimme myös, että asian yhteyttä muuttamalla voitaisiin saada erilaisia tuloksia, kun mitä nyt työssämme saimme. Siksi oli tärkeää, että meitä oli kolme tekemässä analyysiä, jolloin ryhmittely pysyi luotettavana ja emme toiminnallamme muuttaneet tutkimustuloksia. Olimme myös hyvin tietoisia siitä, että missä kohdassa olisimme valinnoillamme voineet tuloksiin vaikuttaa ja keskustelimme niissä kohdissa ryhmänä asiasta, jolloin tällaista ei edes vahingossa päässyt syntymään. Joissakin kohdissa kävimme pitkiäkin keskusteluita siitä, mihin jokin asia aineistossa sijoittuu, ja se luultavasti antoi aineistolle vielä lisää luotettavuutta.

Opinnäytetyömme ei ole vähäisen potilasaineiston, haastatteluajankohdan lyhyen pituuden tai tietyn erikoisalan vuoksi suoraan yleistettävissä. Vähäisen potilasaineiston takia toisena ajankohtana olisimme jopa saattaneet saada eri potilailta erilaisia vastauksia kysymyksiimme, eli tutkimustuloksessa saattavat olla hyvinkin riippuvaisia pienistä, muuttuvista tekijöistä. Opinnäytetyömme tulokset eivät sellaisenaan ole siirrettävissä toiseen samankaltaiseen yksikköön ja tuloksiamme ei voida pitää täysin pätevänä kuvaamaan kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden kokemuksia hoidosta ja ohjauksesta. Joka tapauksessa opinnäytetyömme ja siitä saadut tulokset ovat kuitenkin luotettavia omassa kontekstissaan. Saamamme tulokset ovat lähinnä suuntaa antavia, mutta niitä voidaan hyödyntää monessa yksikössä siten, että tiedostamalla näitä asioita voidaan parantaa potilaiden saamaa hoitoa ja ohjausta kosketuseristyksen aikana. Työssä tuomme vain näkökulmaa siitä, miten ihmiset voivat kosketuseristyksen kokea ja millaisia asioita he voivat kokea puutteelliseksi.

## 9.5 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyössämme noudatimme hyvää tutkimusetiikkaa ja yleisiä tutkimuseettisiä lähtökohtia. Koska työssämme selvitimme potilaiden kokemuksia hoidosta, tiedonsaannista ja ohjauksesta kosketuseristyksen aikana, jouduimme hakemaan tutkimusluvan ylihoitajan kautta, joka päätti, tarvitsiko opinnäytetyö tutkimuseettisen toimikunnan luvan. Opinnäytetyömme ei sitä tarvinnut vaan luvan työn tekemiselle myönsi kirurgian vastualueen ylilääkäri.

Lähtökohtana opinnäytetyössämme oli ihmisarvon kunnioittaminen, koska haastattelimme potilaita ja tällaiset tiedonhankintatavat aiheuttavat usein eettisiä ongelmia. Sen vuoksi oli hyvin tärkeää kunnioittaa potilaiden itsemääräämisoikeutta antamalla jokaiselle mahdollisuus

päättää, haluavatko he osallistua opinnäytetyöhömmе. Potilaille annettiin selvitys siitä, mitä tutkitaan ja mihin saatua tietoa käytetään. Jokaiselle potilaalle annettiin ennen haastattelua kirjallinen potilastiedote ja suostumusasiakirja, jonka luettuaan he antoivat suostumuksensa haastattelulle suullisesti. Potilaat saivat myös kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää sen missä vaiheessa tahansa ja heille annettiin myös tieto siitä. Heillä oli myös oikeus kieltää antamansa tutkimusmateriaalin käyttö osittain tai kokonaan sekä he saivat myös jättää vastaamatta osaan kysymyksistä tai hypätä yli kokonaisia teemoja, niin halutessaan. (Hirsijärvi, Remes ja Saja-vaara. 2001, 25 – 27; Hirsijärvi ym. 2008, 25; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992.)

Opinnäytetyön teossamme korostui salassapitovelvollisuus ja vapaaehtoisuus. Salassapitovelvollisuutta noudatimme kaikessa toiminnassamme, emme siis puhuneet haastateltavista ulkopuolisille tai luovuttaneet haastattelumateriaalia ulkopuolisten käsiin. Säilytimme nauhurin ja muun materiaalin kotonamme lukollisessa kaapissa ja emme näyttäneet tutkimusmateriaalia sellaisenaan kenellekään, ettei kukaan olisi voinut tunnistaa haastateltavia esimerkiksi äänen tai käytettyjen ilmausten perusteella. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeenkään emme antaneet materiaalia muiden käyttöön, vaan se toimitettiin Oulun yliopistolliseen sairaalaan hävitettäväksi asianmukaisella tavalla.

Opinnäytetyötä raportoidessammekin noudatimme hyvää tutkimusetiikkaa. Emme plagioineet suoraan toisten kirjoittamia tekstejä ja viittasimme aina asianmukaisesti toisilta lainattuun tietoon. Raportissamme kerroimme työn etenemisestä rehellisesti, ja vaikka tutkimustulokset eivät olleetkaan kaikilta osin täysin onnistuneita, emme muuttaneet tai kaunistelleet niitä, vaan kerroimme totuudenmukaisesti, millaisia tutkimustuloksia saimme valitsemallamme tutkimusmenetelmällä. (Hirsijärvi ym. 2001, 27 – 28.)

## 9.6 Ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä olemme saaneet paljon tietoa infektioiden torjunnasta sekä kosketuseristyksen käytännöistä. Olemme myös saaneet tietoa siitä, miten potilaat kokevat eristyksen, joka rajoittaa heidän oikeuttaan liikkua sairaalassa. Mielestämme opinnäytetyömme tulosten myötä saatu tieto on hyvä tiedostaa, kun hoitaa kosketuseristyksessä olevaa potilasta. Hoitajana voimme pyrkiä omalla toiminnallamme tekemään potilaan kosketuseristyksessä olemisesta inhimillisempää. Nämä asiat ovat muun muassa sairaanhoitajan osaamisvaatimuksistamme kehittäneet kliinistä osaamistamme sekä asiakkuusosaamistamme.

Päätöksenteko-osaamisemme on opinnäytetyötä tehdessä kehittynyt kovasti, sillä työtä tehdessä olemme joutuneet tekemään paljon valintoja ja perustelemaan niitä. Käytännön hoitotyössä päätöksiä tehdään päivittäin ja omille päätöksille tulee olla myös perustelut. Olemme siis kehittyneet olemaan kriittisiä omassa toiminnassamme ja tiedostamme sen, miten tärkeää hoitotyössä on olla kriittinen omille ja muiden päätöksille. Myös näyttöön perustuvan hoitotyön tärkeys on tullut osaksi toimintaamme käytännön hoitotyössä ja olemme pyrkineet kriittisesti kehittämään omaa työtämme ja päätöksiämme tutkimustiedolla. Tutkimustiedon hankkiminen on tullut helpommaksi ja osaamme myös olla kriittisiä siitä, millaista tietoa hyödynnämme toiminnassamme. Opinnäytetyömme kohensi kehittämisosaamistamme, koska osaamme nyt helpommin hakea ja hyödyntää uusinta tutkittua tietoa hoitotyössä. Opinnäytetyön tekemisen jälkeen meillä kaikilla on myös paremmat mahdollisuudet osallistua ja tehdä näillä menetelmillä parempaa tutkimus- ja kehittämistyötä kuin ennen tämän työn tekemistä.

Opinnäytetyömme kehitti myös meidän opetus- ja ohjausosaamistamme. Selkeimpänä puutteena haastatteluissa ilmeni potilasohjaus. Opinnäytetyömme on vahvistanut käsitystämme siitä, miten potilaan ohjaus jää usein puutteelliseksi ja miten tärkeää hoitajana on selventää potilaalle lääkärin antamaa tietoa. Osaamme nyt itse suhtautua kriittisemmin siihen, miten potilasta on ohjattu ja voimme hoitotilanteissa ollessaan kysellä potilailta, että onko heitä jäänyt askarruttamaan jokin asia, mistä he haluaisivat tietää enemmän. Ohjauksen puutteellisuus voi johtua monesta asiasta, mutta jokaisen hoitajan olisi hyvä tiedostaa se, että potilasohjauksen tulisi lähteä potilaan tarpeista, ja muistaa kertoa myös itsestään selviltäkin tuntuvat asiat potilaalle. Potilaan kysymyksiin tulee voida vastata selkeästi ja kysymykset tulee ottaa vakavasti sekä niihin tulee hoitajana kyetä etsimään viimeisin tutkimustieto. Jos asiasta ei heti ole varmaa tietoa, tulee voida myös myöntää puutteensa ja hankkia tietoa, koska se voi olla potilaalle ratkaisevaa juuri hoitoon sitoutumisen kannalta.

Opimme ymmärtämään, että hoitotyössä itseään tulee kehittää niin, että voi taata potilaille hyvää hoitoa. Tiedostamme tulevina hoitajina myös sen, että lisäämällä omaa tietoa asiasta, voimme vaikuttaa hyvän hoidon toteutumiseen, sillä se vähentää omaa pelkoa ja ennakkoluuloja asioista. Eettinen osaamisemme kasvoi tutkimuksen eettisiä valintoja miettiessämme ja tehdessämme, ja saimme näin ollen paljon tietoa tutkimusetiikasta. Myös se, että hoitajana meidän tulee pystyä ottamaan vastaan kritiikkiä toiminnastamme siten, että voimme sen kautta kehittyä ja tulla paremmiksi hoitajiksi, vahvistui opinnäytetyön tekemisen aikana.



Opinnäytetyömme oli työelämälähtöinen ja teimme yhteistyötä prosessin aikana Oulun yliopistollisen sairaalan erikoissuunnittelijan sekä yhden osaston infektiovastaavan kanssa. Saimme siis tehdä yhteistyötä hoitotyön kehittämiseksi sairaanhoitajien kanssa ja toimia heidän kanssaan kollegana eikä vain opiskelijoina. Saimme neuvotella heidän kanssaan työstämme ja suunnitella prosessista molempien osapuolien tarpeet täyttävän kokonaisuuden. Lisäksi pääsimme kertomaan asiantuntijoina opinnäytetyömme tuloksista kirurgisille sairaanhoitajille keväällä 2011. Myös ryhmätyöskentelytaitomme ovat kehittyneet, koska opinnäytetyön prosessin aikana olemme työskennelleet monen ihmisen kanssa ja tehneet työtä ryhmässä.

### 9.7 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella jatkotutkimusaiheiksi sopisivat omaisten ohjaaminen ja tiedonsaanti hänen läheisensä ollessa kosketuseristyksessä sekä siihen liittyvät epäselvyydet. Samasta aiheesta voitaisiin tehdä myös tutkimus hoitajien näkökulmasta katsottuna. Tutkimus kannattaisi myös tehdä suuremmalla otoksella, ja jos teemahaastattelurunko olisi tarkemmin harkittu, voitaisiin aiheesta saada kattavammin tietoa käytännön hoitotyön kehittämiseksi. Potilaiden hoitoon sitoutumista ja ohjaamisen merkitystä kosketuseristykseen liittyen voitaisiin myös tutkia, jotta saataisiin tietää, miten tärkeässä asemassa ohjaaminen on kosketuseristyksessä.

## LÄHTEET

Anttila, M. & Kukkola, L. & Mattlar, R. & Moilanen, S. & Risteli-Ahola, T. & Haapsaari, N. & Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Bhattacharya, S. 2006. ESBL – From petri dish to the patient. *Indian Journal of Medical Microbiology*. (1) vol.24. Viitattu 25.5.2010: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=19949561&site=ehost-live>

Belcher, M. 2009. Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*. Vol. 31. Viitattu 4.1.2011: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010268476&site=ehost-live>

Biley, F.C. 1989. Nurses' perception of stress in preoperative surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* (7) Vol. 14. Viitattu 3.1.2011: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=8527901&site=ehost-live>

Cepeda, J. & Whitehouse, T. & Cooper, B. & Hails, J. & Jones, K. & Kwaku, F. & Taylor, L. & Hayman, S. & Cookson, B. & Shaw, S. & Kibbler, C. & Singer, M. & Bellingan, G & Wilson, A. 2005. Isolation of patients in single rooms or cohorts to reduce spread of MRSA in intensive-care units: prospective two-centre study. *Lancet*. Viitattu 26.5.2010: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=15779921&site=ehost-live>

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2007. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20 (3): 115-125.

European Centre for Disease Prevention and Control. Euroopan antibioottipäivä. Viitattu 26.1.2011: <http://ecdc.europa.eu/fi/eaad/antibiotics/Pages/factsExperts.aspx>.

Hankonen, A., Kaarela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet –käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Heikkinen, K. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990 – 2003. *Hoitotiede* 18 (3): 120 -130.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Holm, K. & Viljanen, S. 2006. Angiografiaan ja pallolaajennukseen menevän potilaan ohjaus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori.

Holmia, S. & Murtonen, I. & Myllymäki H. & Valtonen K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY. Porvoo.

Huang, S., Rifas-Shiman, S., Pottinger, J., Herwaldt, L., Zembower, T., Noskin, G., Cosgrove, S., Perl, T., Curtis, A., Tokars, J., Diekema, D., Jernigan, J., Hinrichsen, V., Yokoe, D. & Platt, R. 2007. Centers for Diseases Control & Prevention Epicenters Program. Improving the assessment of vancomycin-resistant enterococci in routine screening. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol. 195. Viitattu 25.5.2010:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009490622&site=ehost-live>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Tammi. Helsinki.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Potilasohjauksen haasteet –käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Kankaala, J., Kaukua, I., Määttä, M., Simula, M., Suomela, A., Virranniemi, S. & Vänttilä, P. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. toim. Lipponen, K. & Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu. Oulun yliopisto. Oulu.

Kansanterveyslaitos. 2005. Ohje vankomysiinille resistenttien enterokokkien torjunnasta. Viitattu 30.5.2010: [www.ktl.fi/Julkaisut/Tyypin\\_mukaan](http://www.ktl.fi/Julkaisut/Tyypin_mukaan). VRE: Ohje vankomysiinille resistenttien enterokokkien torjunnasta 1997.

Kansanterveyslaitos. 2004. Ohje metisilliiniresistenttien Staphylococcus aureusten torjunnasta. Viitattu 30.5.2010: [www.ktl.fi/Julkaisut/Tyypin\\_mukaan](http://www.ktl.fi/Julkaisut/Tyypin_mukaan). MRSA: Ohje metisilliiniresistenttien Staphylococcus aureusten torjunnasta 2004.

Koivunen, K, Lukkarinen, H ja Isola, A. 2003 Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. Hoitotiede 15 (2): 62-73

Kolho, E. 2005. Escherichia coli ja muut enterobakteerit. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kolho, E. & Lauhio, A. 2005. Ongelmamikrobeja. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kotilainen, P. & Kolho, E. & Lyytikäinen, O. 2005. Infektioepidemioiden selvittely ja hallinta. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kujala, P. & Lyytikäinen, O. & Vuopio-Varkila, J. 2003. Sairaalainfektiot. Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, A. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja II. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kujala, P. 2003. Eristäminen ja varotoimet. Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, A. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja II. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

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

- Kyngäs, H, Kukkurainen, M ja Mäkeläinen, P. 2004 Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 16 (5): 225 - 234.
- Kypraios T. & O'Neill, P. & Huang, S. & Rifas-Shiman, S. & Cooper, B. 2010. Assessing the role of undetected colonization of isolation precautions in reducing Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* transmission in intensive care units. *BMC Infectious Diseases*. Vol 10. Viitattu 25.5.2010: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=48612487&site=ehost-live>
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitajalehti* 12 (10). Viitattu 28.5.2010: [https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/10\\_2006/muut\\_artikkelit/ohjaus-tuttu\\_mutta\\_epaselva\\_ka/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/)
- Kääriäinen, M ja Kyngäs, H. 2006. Terveysthuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1): 4 - 13.
- Kääriäinen, M ja Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5): 250 - 258.
- Kääriäinen, M ja Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. *Hoitotiede* 17 (4): 209 - 216.
- Iivannainen, A. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Tammi. Hämeenlinna.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 3.1.2011: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lauri, S. & Lepistö, M. & Käppeli, S. 1997. Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views. *Journal of Advanced Nursing* (2) Vol. 25. Viitattu 2.1.2011: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=4514097&site=ehost-live>
- Leinonen, T. & Leino-Kilpi, H. & Katajisto J. 1996. The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing* (4) Vol. 24. Viitattu 2.1.2011:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=8543423&site=ehost-live>

Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede* 10 (3): 144 - 151.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Miettunen, S. 2008. Potilasohjaus hoitotyössä -sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Määttä, O. 2008, Pohjan piiri, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.1.2011:  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16556\\_PP\\_0508\\_Netti.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16556_PP_0508_Netti.pdf)

Oukka, A-L. 2008, Pohjan piiri, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 10.1.2011:  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16556\\_PP\\_0508\\_Netti.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16556_PP_0508_Netti.pdf)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Akinetobakteeri sulkee Taysin plastiikka- ja käsikirurgisen osaston uusilta potilailta. Viitattu 26.1.2011:  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=3436&nodeid=9469&contentlan=1>.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Arvot strategian kivijalkana. Viitattu 10.1.2011:  
<http://www.ppshp.fi/ammattilaiset>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Infektioiden torjunta. Viitattu 10.1.2011:  
[http://www.ppshp.fi/infektioiden\\_torjunta](http://www.ppshp.fi/infektioiden_torjunta)

Rhen, M. & Kuusela, P. & Vaara, M. 2003. Bakteerien virulenssitekijät. Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, M. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja I. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

- Rummukainen, M. 2005. Enterokokit. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Ruutu, P. & Leinikki, P. 2003. Infektioiden merkitys Suomessa. Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, A. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja II. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Salminen-Tuomaala, M, Kurikka, S, Korkiamäki, K ja Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20 (5): 258 – 266
- Sammalkorpi, K. & Holttinen, L. 2005. Infektioiden torjunta pitkäaikaissairaanhoidossa. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2006. Infektio tiedote. Viitattu 1.6.2010:  
<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TIEDOTTEET/INFEKTIOTIEDOTTEET/TAB95387/INFEKTIOTIEDOTE0206.PDF>
- Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä
- Skyman, E., Thunberg-Sjöström, H. & Hellström, L. 2010. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* (11) Vol. 40. Viitattu 27.5.2010:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010556247&site=ehost-live>
- Spence, M., Courser, S. & Dammel, T. 2009. Polymerase chain reaction screening for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and contact isolation. *American Journal of Infection Control*.(NRO??) Vol 37. Viitattu 2.1.2011:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010412209&site=ehost-live>
- Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 11 (3): 119 - 127.
- Syrjälä, H. 2005. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintymiseen vaikuttaa? Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tammer-Paino Oy. Tampere
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Vaara, M. & Skurnik, M. & Sarvas, M. 2003. Bakteerisolun rakenne ja toiminta. Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, A. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja I. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Valtonen, V. 2003. Mikä on infektio tauti? Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, A. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja II. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Vos, M., Behrendt, M., Melles, D., Mollema, F., De Groot, W., Parlevliet, G., Ott, A., Horts-Kreft, D., Van Belkum, A. & Verbrugh, H. 2009. 5 years of experience implementing a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* search and destroy policy at the largest university medical center in the Netherlands. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. Vol. 30. Viitattu 27.5.2010:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010436357&site=ehost-live>
- Vuopio-Varkila, J. & Kotilainen, P. 2009. Resistentit sairaalabakteerit. Lääkärin käsikirja. Viitattu 25.3.2010:  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ykt00009&p\\_haku=mrsa](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00009&p_haku=mrsa)
- Vuopio-Varkila, J. & Kuusela, P. & Kotilainen, P. 2003. *Staphylococcus aureus*. Teoksessa: Huovinen, P. & Meri, S. & Peltola, H. & Vaara, A. & Vaheri, A. & Valtonen, V. (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja I. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Vuento, R. 2005. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Vähäkangas, M. 1998. Päiväkirurgisten potilaiden käsityksiä saamastaan hoidosta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Oulun yliopisto. Oulu.



Westman, M. & Backman, M. 1997. Potilaiden näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta. *Hoitotiede* 8 (1): 33 – 39.

Ylipalosaari, P. & Mäkeläinen, R. & Kujala, P. 2005. Potilaan eristäminen infektioiden torjunnassa. Teoksessa: Hellsten, S. (toim.) *Infektioiden torjunta sairaalassa*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Zirakzadeh, A. & Patel, R. 2006. Vancomycin-resistant enterococci: Colonization, infection, detection, and treatment. *Mayo Clinic Proceedings* (4) Vol. 81 Viitattu 25.5.2010: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=20449856&site=ehost-live>

LIITTEET

1. Tutkimuslupa
2. Toimeksiantosopimus
3. Potilastiedote
4. Teemahaastattelun runko

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE  
(täytettävä koneella)

Oys klinikka / laitos	? vastuuyksikkönro		DIAARINRO:	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Hiltunen Jenni, Kylli Harri ja Pohjola Sanna Maria		Henkilötunnus ...200684-2361	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kajaanin ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija	
	Kotiosoite ...Leskelänkuja 8		Postinro ja -paikka ...91500 Muhos	
	Puhelin toimeen ...040 7749118	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite ...sth6ksannap@kajak.fi	
	Suoritettu tutkinto Hoitotyön ammattitutinto	Suoritusvuosi 2011	Suorituspaikka Kajaani	
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Potilaiden kokemuksia kosketuseristyksessä ja sen aikana saamastaan ohjauksesta			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika 1.9.- 31.12.2010	
	Pääkaavanumero 902	Tutkimuksen luonteen määrittely Potilastutkimus, liittyä hoitoon		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääkietiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja			
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä Taina Romppanen <i>opettaja Kajaanin amk</i>			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Pia Liljamo, Laura Pohjo ja Tuula Keränen			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), jolle annetaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteellä)			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitään			
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain   Rahoittaja   Sopimuksen nro				
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä   Projektiin numero (EVO, KEVO, TUKE) <input type="checkbox"/> KEVO				
Päivämäärä <i>1.10.2010</i> Anojan allekirjoitus ja nimen selvitys <i>Harri Kylli Sanna Pohjola Jenni Kyllölä</i>				
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyspäivä		vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta			
	<input type="checkbox"/> <sup>2)</sup> ETENE - <sup>2)</sup> TUKIJA			
<input type="checkbox"/> Lääkelaitos <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> STM <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> VALVIRA <sup>5)</sup>				
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä			
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> Tutkijayksikön johtaja / vastuualueen johtaja / ylivoitaja <input type="checkbox"/> johtajaylilääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus			
	Päivämäärä <i>5.10.10</i>		Allekirjoitus <i>Harri Kylli</i>	
LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)				

<sup>1)</sup> ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvotteelukunta

<sup>2)</sup> TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto

<sup>3)</sup> Lääkelaitokselta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.

<sup>4)</sup> Rekisteritutkimukset

<sup>5)</sup> Kudostaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma  
Rahoitussuunnitelma  
Muita liitteitä kpl

PPSHP 07 - 040  
Asiakirja4



**TOIMEKSIANTOSOPIMUS  
OPINNÄYTETYÖT  
MUUT OPPIMISPROJEKTIT**

Päiväys

22.9.2010

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA  
MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA**

**TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT**

Toimeksiantaja OYS, leikkaus- ja tehohoidon tulosyksikkö

Osoite ja puhelinnumero PL 21, 90029 OYS puh. vaihe 08-3152011

Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta Laura Pohjo ja Pia Liljaruo

**TOIMEKSIANNON KUVAUS**

Toimeksiannon kuvaus Laadullinen opinnäytetyö potilaiden kokemuksista saamastaan ohjauksesta ja hoidosta kosketuseristyksen aikana OYS:n kirurgisilla vuodeosastoilla.  
(mahdollinen liite, projek-  
tikuvaus yms)

Aikataulu 20.9.2010 – 30.4.2011

Kustannusarvio ja kustan- Työn tekemisestä / ohjaamisesta ei makseta korvausta ja materiaalikuluja ei  
nusvastuu korvata kenellekään.

Lopputuotoksen muoto Kirjallinen opinnäytetyö ja tilaisuus jossa tuloksia esitellään.

**TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA**

Toimeksiannon tekijät Harri Kyllä, Kaikkukatu 8 IJ, 69, 88770 Kajaani, 050 5486945,  
ja yhteystiedot sth8kharrik@kajak.fi, Sanna Pohjola, Leskelänkuja 8, 91500 Muhos, 040-  
(opiskelijat) 7749118, sth8k@kajak.fi ja Jenni Rikkola, Sillankorvantie 7 as 3, 91600 Uta-  
järvi, 040-5536416, sth8kjennih@kajak.fi

Toimeksiannon ohjaaja Taina Romppanen /taina.romppanen@kajak.fi  
Kajaanin amk:ssa

Työstä tehdään  opinnäytetyö  muu, mikä

*Sanna Pohjola*  
Tekijöiden allekirjoitukset

*Jenni Rikkola*  
*Harri Kyllä*

*Pia Liljaruo*  
Toimeksiantajan allekirjoitus

**HYVINVOINTI**  
Sairaanhoitajakoulu  
Terveydenhoitajakoulu  
PL 52, (Kuntopolku 4)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9612  
Faksi (08) 6189 9620

**PAI.VELUT**  
Restonomikoulu  
PL 52, (Kuntopolku 3)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9610  
Faksi (08) 6189 9620

**PAI.VELUT**  
Tradenomikoulu  
PL 52, (Kuntokatu 5)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9454  
Faksi (08) 6189 9424

**TEKNOLOGIA**  
Iäsiinöörikuulu  
PL 52, (Kuntokatu 5)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9611  
Faksi (08) 6189 9620

## TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta	Tavoitteena on saada tietoa kosketuserityksessä hoidettavien potilaiden kokemuksista, jotta hoidon laatua voitaisiin parantaa.	
Opiskelijoiden oppimisen kannalta	Saamme opetella laadullisen tutkimuksen peruseriaatteen ja lisäksi kehityimme mm. kliinisen osaamisen, opetus- ja ohjausosaamisessa sekä hoitotyön kehittämistoiminnan osaamisessa, jotka ovat sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia.	
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)	Opinnäytetyöraportti sekä tilaisuus, jossa esittelemme keskeiset tulokset.	
Sovitut kokoukset ja raportoinnit	Otamme tarvittaessa yhteyttä ohjaajiiimme ja esitämme työmme viimeistään huhtikuussa 2011	
Projektin resurssit	Työelämän ohjaajat: Pia Liljamo ja Laura Pohto	
1. Toimeksiantaja		
2. Opiskelijat	Opponentti: Eeva Jäntti	
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit	Ohjaaja: Taina Romppanen Koordinoiva opettaja: Jaana Kempainen	
Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laitekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut	Arvio Materiaalit ym. 450 euroa Ohjauksesta ja työstä ei makseta palkkiota	Vastuu vastaamme itse
Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus	Työssämme noudatamme hyvää tutkimusetikkää ja kaikilla työhön osallistuneilla on vaihtolovelvollisuus tutkimukseen osallistuneista. Osallistuneiden anonyymiteettiä suojellaan ja vain työn tekijät saavat käsitellä aineistoa sellaisenaan. Työn tekijöillä on oikeudet tuottamiinsa tuloksiin ja johtopäätöksiin.	

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.

## HYVINVOINTI

Sairaanhoitajakoulutus  
Terveystieteidenkoulutus  
PL 52, (Kerurpolku 4)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9612  
Faksi (08) 6189 9620

## PALVELUT

Restonomikoulutus  
PL 52, (Kerurpolku 5)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9610  
Faksi (08) 6189 9620

## PALVELUT

Tradenomikoulutus  
PL 52, (Kuntokatu 5)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9454  
Faksi (08) 6189 9424

## TEKNOLOGIA

Insinöörikoulutus  
PL 52, (Kuntokatu 5)  
87101 Kajaani  
Puh. (08) 6189 9611  
Faksi (08) 6189 9620

## POTILASTIEDOTE

**Opinnäytetyön nimi: Potilaiden kokemuksia kosketuseristyksestä ja sen aikana saamastaan ohjauksesta.**

### Opinnäytetyön tarkoitus

Teitä pyydetään osallistumaan opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata kosketuseristyksessä olevien potilaiden kokemuksia ja tietoja saamastaan hoidosta eristyksen aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kosketuseristyspotilaiden hoidon laatua Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoa potilaiden kokemuksista.

Haluamme kuulla teidän kokemuksianne kosketuseristyksen aikaisesta hoidosta ja sen aikana saamastanne ohjauksesta, koska olette hoidossa Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisella vuodeosastolla.

### Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyöhön kuuluu yksi haastattelukerta, jossa kysymme kokemuksianne kosketuseristykseen liittyen. Haastattelun runko on tiedotteen liitteenä ja voitte tutustua siihen ennakkoon ja miettiä valmiiksi, millaisia tunteita ja kokemuksia kosketuseristys teissä herätti. Haastatteluja teemme syksyn 2010 aikana ja tutkimus valmistuu keväällä 2011.

Haastatteluista ei makseta rahallista korvausta eikä siitä aiheudu Teille mitään kuluja, koska haastattelu tehdään hoitojaksollanne sairaalassa.

### Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kaikki kerätty tieto säilytetään siten, ettei sitä alkuperäismuodossa käsittele muut kuin opinnäytetyön tekijät. Haastattelu nauhoitetaan ja nauhat säilytetään lukollisessa kaapissa. Nauhojen kuuntelu tapahtuu opinnäytetyön tekijöiden kotona, eikä ulkopuoliset kuule nauhoituksia. Myös kirjalliset dokumentit säilytetään lu-

kollisessa kaapissa ja käsitellään suljetusti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Aineisto siis käsitellään ja raportoidaan niin, että teitä ei voida tunnistaa tai jäljittää opinnäytetyön missään vaiheessa.

### **Vapaaehtoisuus**

Teillä, on oikeus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta ja myöhemmin halutessanne myös syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumuksenne. Kieltäytymiseen tai osallistumisenne peruuttaminen eivät vaikuta mitenkään mahdollisesti tarvitsemaanne hoitoon nyt tai tulevaisuudessakaan. Vielä haastatteluvaiheessa voitte kieltäytyä vastaamaan yksittäiseen kysymykseen tai kysymyksiin.

### **Opinnäytetyöstä vastaavan opettajan ja tutkijoiden yhteystiedot**

Opinnäytetyön tekijät:

Jenni Rikkola

sth8kjennih@kajak.fi

Harri Kylli

sth8kharrik@kajak.fi

Sanna Pohjola

sth8ksannap@kajak.fi

Vastaava opettaja:

Taina Romppanen

taina.romppanen@kajak.fi

## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO:

## 1. Perustiedot:

- Sukupuoli
- Ikä
- Mitä bakteeria sairastat ja milloin se on todettu?
- Kuinka kauan olette olleet kosketuseristyksessä?

## 2. Kokemukset saamastanne hoidosta:

- Millaisia tunteita tieto teissä herätti?
- Miten henkilökunta kertoi teille asiasta?
- Miten henkilökunta kohteli teitä kosketuseristyksen aikana?
- Oliko henkilökunnan suhtautumisessa teihin muutosta ennen ja jälkeen kosketuseristyksen?
- Vähentyivätkö hoitohenkilökunnan vierailut huoneessanne?
- Miten koitti suojavarusteet?

## 3. Tiedonsaanti ja ohjaus kosketuseristyksessä

- Saitteko riittävästi tietoa kosketuseristykseen liittyen?
- Saitteko tietoa moniresistentistä bakteerista?
- Oliko tieto teistä ymmärrettävää?
- Oliko henkilökunnalla riittävästi tietoa?
- Oliko kirjallisia potilasohjeita saatavilla?
- Millaista tietoa olisitte halunneet kosketuseristykseen liittyen?
- Miten omaisianne ohjattiin?
- Saivatko he riittävästi ohjausta