



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Suosittelvat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaana leikkaushaavan hoitoon

---

Soimula, Krista

Strand, Saira

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Suosittelvat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaan leikkaushaavan hoitoon

Krista Soimula  
Saila Strand  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Projektiraportti  
Marraskuu, 2011

Soimula Krista ja Strand Sails

### Suosittelvat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaan leikkaushaavan hoitoon

Vuosi	2011	Sivumäärä	41+1
-------	------	-----------	------

Projektiraportti on osa HYKS - sairaanhoitoalueen Naisten- ja lastentautien tulosyksikön (NALA) Naisten ja synnytysten tulosyksikön vastuualueen laadunkehittämissuunnitelmaa 2007-2012. Projektiraportti on työelämälähtöinen hanke, joka on tehty yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Naistenklinikan osasto 11:sta ja Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Projektiraportin tavoitteena oli luoda suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaan leikkaushaavan hoitoon.

Suomessa tehdään tuhansia gynekologisia leikkauksia vuosittain. Kohdunpoisto on niistä yleisin. Syynä leikkauspäätökseen voi olla vuotohäiriö, myoomat, syövät sekä laskeumat. Projektiraportti tehtiin osastolle, jonka toiminta on keskitetty gynekologisten syöpien hoitoon. Potilaat saavat osastohoidon aikana leikkaus- ja solunsalpaajahoidon. Leikkaushaavan hoito on merkittävä osa gynekologisen leikkauspotilaan hoitoa. Suositeltavien käytänteiden tarkoitus on edistää työelämän tarpeita ja toimia työvälineenä hoitohenkilökunnalle, uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Lähtökohtana työlle ovat näyttöön perustuva tieto, joka koostuu tieteellisestä tutkimusnäytöstä, hyväksi todetuista toimintanäytöistä ja kokemukseen perustuviista näytöistä. Tiedonhaun tuloksena voidaan todeta, että leikkauspotilaan hoitotyö vaatii kokonaisvaltaista kirurgisen potilaan hoitopolun osaamista, ja tärkeä huomio on aseptiikassa.

Projektiraportti aloitettiin keväällä 2010 ja päätettiin syksyllä 2011. Työ koostui tutkintutkimuksen hankinnasta ja niihin pohjautuvien suositeltavien käytänteiden luomisesta. Suositeltavia käytänteitä laadittiin yhdeksän ja ne etenevät käytännön työskentelyä myötäilevässä järjestyksessä. Suositeltavat käytänteet muodostuvat infektion ehkäisemisestä, aseptiikasta, kivun hoidosta, kudoshapetuksesta, leikkaushaavan havainnoinnista, käytännön toiminnasta leikkaushaavan hoidossa, kirjaamisesta sekä ohjaamisesta. Tiedonhaussa hyödynnettiin Medic, Helka, Laurus ja Aleksis tietokantoja suomenkielisessä tiedonhaussa. Ulkomaalaisia tutkimuksia etsittiin EBSCO ja PubMed tietokannoista.

Työstä nousivat jatkotutkimusaiheiksi käytänteiden toimivuuden mittaaminen sekä laadittujen suositusten päivittäminen. Osastolle voisi myös luoda potilasoppaan suositeltavien käytänteiden pohjalta puhtaan haavan hoidosta osasto- sekä kotikäyttöön, josta potilas saisi tukea ja varmuutta leikkaushaavan hoitoon sekä kerrata omassa rauhassa suullisesti annettuja ohjeita.

Asiasanat: Gynekologinen leikkauspotilas, suositeltavat käytänteet, haavanhoito, infektioiden ehkäisy, aseptinen toiminta

Soimula Krista and Strand Saila

**Recommended practices for gynecology patient's clean surgical wound care**

Year	2011	Pages	41+1
------	------	-------	------

This project report is part of HYKS- Helsinki University Central Hospital- Quality improvement project concerning gynecological and children's diseases during the years 2007-2012. The goal of this project report was to compile recommended practices for the treatment of a surgical patient's clean surgical wound. The project was done in real work environment in cooperation with hospital district of Helsinki, Uusimaa (HUS), Women's hospital's Ward 11 and Laurea University Of Applied Sciences.

In Finland, thousands of gynecological surgeries are made every year. The most common operation is the removal of the uterus. The causes leading to a decision to operate are usually difficulties with menstrual flow, myoma, cancers and prolapses. This project report was created for a ward, which focuses on treating gynecological cancers. The patients at the ward receive surgical treatment and chemotherapy. Treating a surgical wound is a significant part of a gynecological surgery patient's treatment. The purpose of the recommended practices in this report is to function as a tool for the medical staff, new workers and students working in the field with the patients. The recommendations are based on evidence, which consists of scientific research material, reliable proof based on operations, and empirical experience. The gathered information suggests that surgical patient's medical treatment requires a thorough knowledge of the surgical patient's treatment path, with particular focus aseptics.

The project was started in spring 2010 and ended in fall 2011. It consisted of gathering of the research data and using it for the compilation of the recommended practices. In total nine practices were compiled. They are presented according to the order in the patient treatment process. The recommended practices consist of infection prevention, aseptics, pain treatment, tissue oxidization, surgical wound observation, and practical actions during surgical wound treatment, recording and directing. Finish databases such as Medic, Helka, Laurus and Aleksi, were utilized during the information retrieval for Finnish articles. Foreign research papers were found on EBSCO and PubMed databases.

This project shows the need of further research on how to measure the effectiveness of these practices and how to update the practices based on field experience. It is also recommended that a patient guidebook is compiled based on the recommended practices on treating a clean wound. This can help the patients to get support and confidence in treating a surgical wound and to revise the instructions afterwards.

Keywords: Gynecological surgery patient, recommended practises, wound treatment, infection prevention, aseptic action.

## SISÄLLYS

1	PROJEKTIN TAUSTA.....	6
1.1	Projektiraportin tarkoitus ja tavoitteet.....	7
1.2	Projektin toteutus.....	7
1.3	Projektiryhmän kuvaus.....	8
1.4	Projektitympäristön kuvaus .....	9
1.5	Gynekologista syöpää sairastavan leikkauspotilaan hoitopolku.....	9
2	TIEDONHAKU AIHEESTA: GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN PUHTAAN LEIKKAUSHAAVAN HOITO.....	10
2.1	Gynekologinen potilas .....	10
2.2	Naisen sukupuolielinten anatomia .....	10
2.3	Gynekologiset syövät .....	12
2.3.1	Endometrium eli kohdunrungon syöpä.....	12
2.3.2	Munasarjasyöpä.....	13
2.3.3	Vulvakarsinooma eli ulkosynnyttimien syöpä.....	14
2.3.4	Kohdunkaulan syöpä .....	14
2.3.5	Vaginakarsinooma eli emätinsyöpä.....	15
2.3.6	Koriokarsinooma eli istukkasypä .....	15
2.4	Gynekologiset leikkaukset .....	16
2.5	Gynekologinen leikkaushaava .....	17
2.6	Hoitohenkilökunta ja työyhteisö leikkaushaavainfektioiden torjunnassa .....	20
3	SUOSITELTAVAT KÄYTÄNTEET GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN PUHTAAN LEIKKAUSHAAVAN HOITOON.....	21
3.1	Käsihygieniä .....	22
3.2	Aseptinen toiminta.....	24
3.3	Kipu.....	25
3.4	Leikkaushaavan kosteustasapaino ja haavasidos .....	27
3.5	Havainnointi.....	28
3.6	Dreeni .....	29
3.7	Kudoshapetus .....	30
3.8	Kirjaaminen .....	30
3.9	Ohjaus.....	33
4	PROJEKTIN ARVIOINTI .....	34
4.1	Projektin tuotoksen arviointi .....	35
4.2	Oppimisen ja asiantuntijuuteen kasvamisen arviointi .....	35
	LÄHTEET .....	37
	LIITTEET .....	42
	Liite 1. Käsihygieniä .....	42

## 1 PROJEKTIN TAUSTA

Projektiraportti on Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistenklinikan yhteinen hanke (Aholaakko, Haggren, Heino, Kangas, Kohonen, Kumpula, Mäenpää, Tanskanen & Vanttinen 2009: 2). Hankkeessa yhdistyvät Laurean Learning by Developing opetussuunnitelma sekä Naistenklinikan työelämästä lähtöisin olevat tarpeet. Kehittämishanke koostuu yhteistyöstä opiskelijoiden, opettajien sekä työelämän asiantuntijoiden kesken. (Laurea-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma.) He muodostavat yhdessä hankeorganisaation, jonka toiminnan aikana osapuolet suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat hankkeen toteutumista. Hankkeen edistyessä opiskelijoiden osaaminen syventyy ja kehittyy. (Aholaakko 2009: 2.)

Naistenklinikan hankkeissa kehitetään anestesia- ja leikkaushoitotyötä sekä gynekologisen potilaan hoitotyötä. Suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaan leikkaushaavan hoitoon -projektiraportti on yksi monista gynekologisen potilaan hoitotyötä koskevista alahankkeista. (Liljeblad 2007: 2-3.) Naistenklinikan osasto 11 saa haavanhoito-ohjeet heidän hygieniahoitajalta ja yleisistä haavanhoitokoulutuksista (Mäkinen 2011). Projektiraportin tarkoituksena on luoda puhtaan leikkaushaavanhoidon suositukset.

Kehittämishankkeen kohderyhmäksi on määritelty Naisten- ja lastentautien tulosyksikön Naistentautien ja synnytysten vastuualueen henkilökunta ja potilaat sekä Laurea-ammattikorkeakoulun henkilökunta ja opiskelijat. Lisäksi hankkeessa toimii yhteistyökumppaneina kansainvälisiä organisaatioita. (Aholaakko 2009: 2.)

Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS-sairaanhoitoalueen Naisten- ja lastentautien tulosyksikön Naistentautien ja synnytysten tulosyksikön tavoitteena on luoda verkostoitunut toimintatapa, joka antaa mahdollisuuden kehittämishankkeissa oppimiselle. Hanke luo puitteet henkilökunnan ammattitaidon ja henkilökohtaisten voimavarojen kehittymiselle. Samalla mahdollistuu opiskelijoiden oppimisen verkostoituminen, asiantuntijuuden kasvu sekä vaikutusmahdollisuuksien hyödyntäminen. Hankkeen avulla kehitetään henkilökunnan ja opiskelijoiden työviihtyvyyttä, oppimismenetelmiä pohjautuen näyttöön perustuvaan, situaatio-spesifiseen, verkottuneeseen ja yhteistoiminnalliseen työhön. Dokumentoimalla hoitoalan keskeisimmät prosessit ja potilaskeskeiset prosessit sekä jakamalla evidenssipohjaisia käytänteitä parannetaan potilaiden hoidon jatkuvuutta, tuottavuutta ja taloudellisuutta. Naistenklinikan ja kätilöopiston sairaaloissa on hankkeiden myötä mahdollistettu erilaisten fyysisten ja virtuaalisten oppimisympäristöjen rakentaminen. (Aholaakko 2009: 2-5.)

## 1.1 Projektiraportin tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämishankkeen tarkoituksena on näyttöön perustuen kehittää hoitotyön laatua Helsingin sairaanhoitopiirin Naistenklinikan ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyön tuloksena (Liljeblad 2007: 6). Projektiraportin tavoitteena on tuottaa suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaan leikkaushaavan hoitoon. Projektiraportin aihe on työelämälähtöinen. Työ koostuu kahdesta osasta: tutkitun tiedon hausta sekä suositeltavien käytänteiden luomisesta.

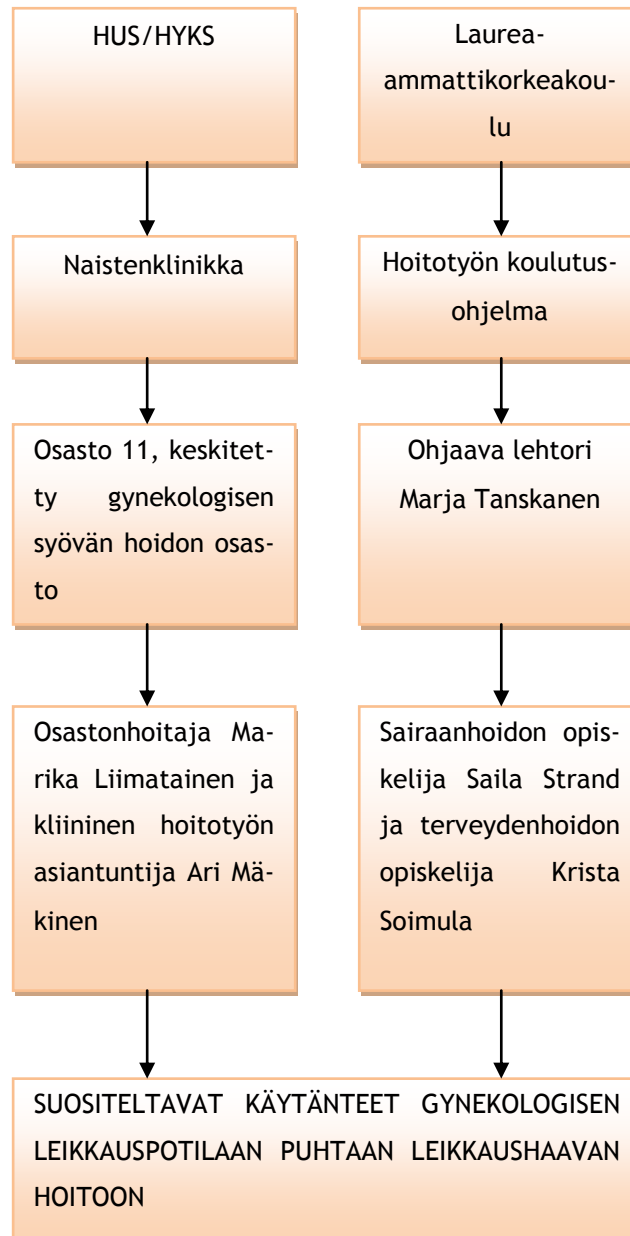
## 1.2 Projektin toteutus

Seuraavassa esitetään projektiraporttiin kulunut prosessi.



### 1.3 Projektiryhmän kuvaus

Yhteistyökumppaneina kehittämishankkeessa toimivat Naistenklinikan osasto 11 klininen hoitotyön asiantuntija Ari Mäkinen sekä osastonhoitaja Marika Liimatainen. Laurea-ammattikorkeakoulun osalta yhteistyökumppaneita ovat ohjaava lehtori Marja Tanskanen sekä hankekoordinaattori Teija-Kaisa Aholaakko. Opiskelijoina toimivat Krista Soimula ja Saira Strand.



#### 1.4 Projektitympäristön kuvaus

Hyksin Naisten- ja lastentautien tulosityksikköön sisältyy naistentautien, synnytysten, lastentautien, lastenneurologian, lastenkirurgian ja lastenpsykiatrian toiminnot (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri). Projektiraportin ympäristönä toimii Naistenklinikan osasto 11, jonne on keskitetty gynekologisten syöpien hoito. Osastolla 11 on 16 vuodepaikkaa leikkauspotilaille ja viikossa leikataan viisi potilasta. Heidän lisäksi osastolla käy 20 sytostaattihoidoa saavaa potilasta viitenä päivänä viikossa. Osaston hoitofilosofian mukaan hoitotyötä tehdään naisen parhaaksi yksilöllisesti, tasa-arvoisesti ja ihmisarvoa huomioiden sekä kunnioittaen. Yleisimmät leikatut gynekologiset syövät osastolla 11 olivat vuonna 2010 endometrium carcinoma (136 kpl), ovario carcinoma (104 kpl) ja tuba carcinoma (11 kpl). Lisäksi osastolla on vuonna 2010 leikattu 104 kpl potilaita, joiden sairauden alkuperää ei pystytty selvittämään, mutta patologisesti sairaus on muistuttanut gynekologista sairautta. (Mäkinen 2011.)

Osasto 11 saa leikkaushaavan hoito-ohjeet Naistenklinikan hygieniahoitajalta sekä yleisistä haavanhoitokoulutuksista. Tämän hetkisen ohjeen mukaan puhtaassa leikkaushaavassa pidetään leikkaustaitokset ensimmäiset 24 tuntia leikkauksen jälkeen. Leikkaustaitokset siis poistetaan ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Tämän jälkeen leikkaushaavaa suihkutetaan vähintään kerran päivässä. Haavan ollessa siisti, suihkutukset riittävät hoidoksi siihen saakka kunnes haavahakaset poistetaan. Tämän jälkeen suihkutuksia ei ole syytä jatkaa jos leikkaushaava on siisti ja sulkeutunut hyvin. Jos leikkaushaava punoittaa, erittää tai siinä esiintyy muita infektoitumisen merkkejä, lisätään suihkutuksia kolmeen kertaan päivässä. Muita paikallishoitoja annetaan tarpeen mukaan. (Mäkinen 2011.)

#### 1.5 Gynekologista syöpää sairastavan leikkauspotilaan hoitopolku

Valtaosa potilaista on käynyt oireiden perusteella yleislääkärillä tai gynekologilla. Jos potilaalla epäillään alkuselvittelyjen jälkeen gynekologista sairautta, potilas saa lähetteen Naistenklinikalle lisäselvittelyyn. Ajoittain potilas voi saapua myös päivystyksen kautta. Potilas saa ensin kutsun syöpätautien klinikalle, jossa lääkäri määrittää jatkohoidon tarpeen. Jos potilaan kohdalla epäillään gynekologista maligniteettia, ohjataan hänet osastolle 11 leikkaukseen tai sytostaattihoidon. Potilaan kotiutuminen osastolta 11 riippuu paljolti siitä sujuuko toipuminen ongelmitta. Esimerkiksi monisairas laparotomiapotilas, jolla ilmenee leikkauskomplikaatioita, saattaa viettää osastolla useita viikkoja. Leikkauslöydös, taudinkuva ja levinneisyys määrittävät hoitopolun jatkoon. Malignin sairauden jatkohoitona ovat sytostaattihoidot, sädehoito tai niiden yhdistelmä. Potilaan seuranta kestää kahdesta viiteen vuoteen ja se toteutetaan Naistenklinikan syöpätautien klinikalla. (Mäkinen 2011.)

## 2 TIEDONHAKU AIHEESTA: GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN PUHTAAN LEIKKAUSHAAVAN HOITO

Aineiston ja tutkitun tiedon haku aloitettiin heti hankkeen käynnistyttyä lokakuussa 2010. Tietoa haettiin Helsingin yliopiston terveystieteiden kirjastosta. Apuna käytettiin informaatiikkaa, jonka avulla sähköisiä tietokantoja päästiin hyödyntämään. Tietoa etsittiin myös manuaalisesti hoitoalan kirjallisuutta selaillen. Hakusanoina käytettiin: gynekologinen potilas, naistentaudit, leikkaushaava, haavanhoito ja infektioiden ehkäisy. Sähköisistä tietokannoista käytettiin Helsingin yliopiston Helka-järjestelmää. Muita tietokantoja olivat EBSCO, Medic, Medline, Ovid, Terveysportti, Laurus, sekä Aleks. Haussa käytettiin sekä vapaata sanahakua, että katkaisu-, yksittäis-, ja yhdistelmähakua. Sen lisäksi hyödynnettiin Laurea ammattikorkeakoulun tiedonhankinnan lehtori Monika Cseh:ia. Aineistoa rajattiin pohtimalla sen luotettavuutta ja tuoreutta.

### 2.1 Gynekologinen potilas

Gynekologisen potilaan hoitotyö jakautuu äitiyshuoltoon sekä naistentautien hoitoon. Naistentaudit käsittävät sukupuolielinten häiriöt ja niiden sairaudet. Äitiyshuolto koostuu potilaista, joilla on raskaudenaikaisia ongelmia. Ikähaarukka alkaa teini-ikäisistä jatkuen vanhusikään. (Nykänen 2002: 10-11.) Gynekologinen potilas saa lähetteen joko perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä puolelta naistentautien poliklinikalle tarkempien oireiden selvittelyihin. Lääkäri tekee gynekologisen perustutkimuksen, ultraäänitutkimuksen ja ottaa tarvittavia näytteitä, kuten irtosolututkimus (Papa), tulehdusnäytteet, kohdun limakalvonäytteet (pipele tai pistolet), ja mahdollisesti kaavintänäyte, sekä määrää laboratoriotutkimuksia, kuten PVK, CRP, Ca-12-5. Muita mahdollisia tutkimuksia ovat CT eli tietokonetomografia ja MRI eli magneettikuvaus. Tutkimustulokset määrittävät jatkohoidon ja hoitosuunnitelman, joka tehdään yhdessä potilaan kanssa. (Ihme & Rainto 2008: 247.) Genitaalialueeseen kohdistuvat tutkimukset ja hoidot ovat hyvin henkilökohtaisia ja niiden hoito voi tuntua potilaasta kiusalliselta. Hoitotilanteisiin on syytä varata aikaa, jotta luottamuksellinen hoitosuhde voi syntyä. Gynekologinen sairaus voi vaikuttaa naisen minäkuvaan ja sitä kautta peilautua parisuhteeseen. Naistentauteihin liittyy usein myös pelkoja, jotka käsittelevät seksuaalisuutta, lisääntymistä ja elämänjatkumista. Aiheen arkuuden vuoksi potilaat kokevat vuorovaikutuksen haastavana miespuolisen hoitajan kanssa. Gynekologisessa hoitotyössä henkinen tuki, empatia ja vuorovaikutus ovat tärkeässä osassa potilaan hyvinvointia. (Nykänen 2002: 10-11.)

### 2.2 Naisen sukupuolielinten anatomia

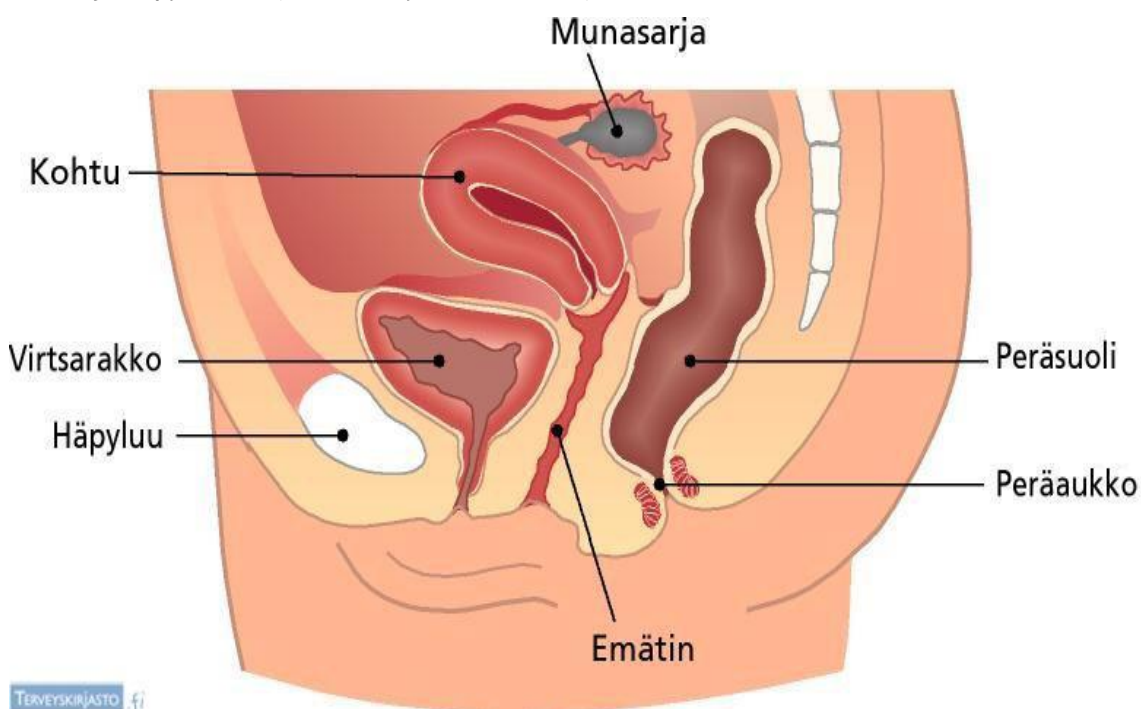
Naisen sukupuolielimet sisältävät munasarjat, munanjohtimet, emättimen, kohdun ja ulkoiset sukupuolielimet (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2008: 441).

Munasarja on rauhanen, joka sijaitsee pikkulantion sivuseinämässä ja toisaalta myös liittyy kohtuun siteiden välityksellä. Munasarja on vatsakalvon päällystämä elin, jossa on sidekudoksen sisällä eri kypsymissvaiheessa olevia munasoluja. Estrogeenit eli naishormonit sekä gestageenit eli keltarauhashormonit syntyvät pääasiassa munasarjoissa ja istukassa. (Nienstedt ym. 2008: 441-444.)

Munanjohtimet alkavat suppilomaisina munasarjan vierestä ja liittyvät kaveten kohdun yläkulmaan. Ovuloitunut munasolu joutuu lähes aina munanjohtimen suppiloon ja etenee limakalvossa olevien värekarvojen avulla sekä lihaskerroksen peristalttisten liikkeiden kuljettamana kohtuun. (Nienstedt ym. 2008: 446.)

Kohtu on ontto elin, jonka tehtävänä on kehittää hedelmöittynyt munasolu sikiöksi. Ylimpänä kohtua oleva leveä osa on nimeltään kohdun runko. Siihen liittyy kapeampi kohdun kaula sekä alimpana kohdun nupukka. Kohdun seinämä rakentuu kolmesta kerroksesta. Uloin on kohdun yläosaa peittävä vatsakalvo perimetrium. Keskimmäinen kerros on paksu lihaskerros myometrium ja sisin kerros on limakalvo endometrium. (Nienstedt ym. 2008: 446-447.)

Emätin yhdistää kohtua ja ulkoisia sukupuolielimiä. Emätin on putkimainen osa, jonka seinämät ovat yleensä painautuneet toisiaan vasten. Sukukypsällä naisella emättimen seinämällä on paksu kerrostunut epiteeli. Ulkoiset sukupuolielimet sisältävät isot häpyhuulet, pienet häpyhuulet ja häpykielen. (Nienstedt ym. 2008: 452.)



Kuva 1. Naisen sukupuolielinten halkileikkaus (Naisen sukupuolielimet 2008).

## 2.3 Gynekologiset syövät

Vuosittain naisilla tavataan Suomessa uusia syöpiä noin 13 000, joista gynekologisia syöpiä on noin 1 500. Parhaimman ennusteen omaavat kohdunkaulan ja kohdunrunon syövät. (Leminen 2009.)

Syövän sijainti	Osuus %	Ilmaantuvuus 100 000/vuosi	Tapausmäärä/ vuosi	5-vuotis- elossaololuku
Ulkosynnyttimet	5		50-80	50
Emätin	1		10-20	50
Kohdunkaula	10	3-4	120-160	70-75
Kohdunrunko	46	14-15	700-800	75-80
Munasarja	38	10	500	30-45
Istukka	0,5		5-10	90

Taulukko 1. Gynekologiset syövät Suomessa (Leminen 2009).

Gynekologisissa syövissä yhteistekijänä on korkea ikä, sillä lähes kaikissa gynekologisissa syövissä potilas on 60-65-vuotias. Sukurasituksella on myös merkitystä, sillä arvellaan, että 10 % gynekologisista syöivistä on perinnöllisiä. Riskitekijät ovat seikka, jossa gynekologiset syövät poikkeavat toisistaan. (Leminen 2009.) Prosessina syövän synty on monimutkainen ja naisen huomattavissa muutoksissa terveydessään, syöpäsolut ovat jo saattaneet jakaantua moninkertaisesti. Oma puolustusjärjestelmä ei enää pysty korjaamaan solun hallitsematonta jakaantumista. Pahanlaatuinen solu tuottaa poikkeavia soluryhmiä, joita nimitetään pahanlaatuisiksi kasvaimiksi. Syöpä voi kehittyä hitaasti vuosien ajan tai edetä vauhdilla. Syöpäpotilaan hoito on kokonaisvaltaista, joka käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tukemisen. Tieto sairastamisesta on aina kriisi ja tuo esiin kuoleman läsnäolon. (Ihme & Rainto 2008: 242-243.)

### 2.3.1 Endometrium eli kohdunrunon syöpä

Kohdunrunon syöpä on naisten kolmanneksi yleisin syöpä kaikista syöpäsairauksista. Uusia tapauksia todetaan joka vuosi 750-800 kappaletta. Kohdunrunon syöpä kehittyy kohtuontelon limakalvosta. Riskitekijöinä sairastumiselle ovat ikä, ylipaino, synnyttämättömyys, myöhäinen menopaussi sekä joissain tapauksissa perinnöllinen alttius. Ikä on riskitekijä, sillä keski-ikä kohdunrunon syöpään sairastuneille on 65-vuotta. Myös vaihdevuosien aikainen hormonihoito estrogeenillä ilman keltarauhashormonilisäystä lisää sairastumisen vaaraa. (Tiitinen 2011a.)

Kohdun limakalvon varhaisoire voi olla poikkeava verinen vuoto. 10% tapauksista, joissa vaihdevuosien jälkeen ilmaantuu veristä vuotoa, on taustalla kohdunrunon syöpä. Nuorella nai-

sella pitkittyneet kuukautisvuodot tai välivuodot voivat kertoa kohdun syövän esiasteesta. läkkäämmällä naisella ensioireena voi olla kohdun märkäinen tulehdus. (Tiitinen 2011a.)

Sairaus todetaan tekemällä papa-testi, kohdun kaikukuvaus sekä ottamalla kudoksenäytteet kohtuontelosta histologista tutkimusta varten. Kohdun limakalvon paksuus voidaan mitata emättimen kautta tehtävällä kaikututkimuksella. Aina kudoksenäyte tai kaikututkimus ei selitä syytä vuodolle ja tällöin voidaan tarvittaessa tehdä kohtuontelon kaavinta tai tähytystutkimus eli hysteroskopia. (Tiitinen 2011a.)

Kohdunrungon syöpä hoidetaan leikkauksella. Leikkauksessa poistetaan aina kohtu, munasarjat sekä kohdun viereiset lantion alueen imusolmukkeet, jotta voidaan arvioida syövän levinneisyyttä. Leikkauksen jälkeiseen hoitoon liitetään usein emättimen paikallinen sädehoito. Tarvittaessa voidaan antaa laajempaa sädehoitoa tai solunsalpaajahoitoa. (Tiitinen 2011a.)

### 2.3.2 Munasarjasyöpä

Munasarjasyöpä on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä Suomessa. Tautiin kuolleisuus on enemmän kuin muihin gynekologisiin syöpiin yhteensä, sillä tauti on alkuvaiheessa oireeton, jolloin taudin toteaminen viivästyy. (Tiitinen 2011b.) Suurin ilmaantuvuus munasarjasyövälle on 65-69-vuotiailla. Periytyvyys munasarjasyövälle on harvinaista, kun taas lapsettomuus ja pitkäkestoinen vaihdevuosien hormonikorvaushoito lisäävät riskiä. (Bützow, Grenman, Kuoppala, Mervaala, Mäenpää, Puistola, Ristolainen, Salmi, Taina, Vuento & Yliskoski 2007: 3.) Kaksi kolmasosaa munasarjasyövästä todetaan myöhäisessä vaiheessa, kun se on jo levinnyt muualle vatsaonteloon. Oireina voi esiintyä vatsakipua, ummetusta, täyttymisen tunnetta, virtsaamisvaivoja, pahoinvointia ja alaraajojen turvotusta. (Ihme & Rainto 2008: 245.)

Kasvaimet luokitellaan munasarjojen kolmen eri kudosalueen mukaan. Ne ovat pinnan yksikerroksinen ituepiteeli, strooma ja itusolut. Näiden mukaisesti munasarjakasvaimet luokitellaan epiteliaalisiin kasvaimiin, sukupienakasvaimiin ja itusolukasvaimiin. Jokaisesta luokasta löytyy hyvän- ja pahanlaatuisia kasvaimia, ja lisäksi epiteelikasvainryhmään kuuluu niin sanottuja borderline-kasvaimia, joita voidaan pitää hyvän- ja pahanlaatuisten kasvaimien välimuotona käyttäytymisensä ja histologisen kuvansa vuoksi. (Salmi & Leminen 2007: 471.)

Käypä-hoito suosituksen mukaan diagnosointi tapahtuu kudoksenäytteiden histopatologisella tutkimisella. Preoperatiivisesti diagnoosi varmistetaan ja syövän levinneisyys selvitetään kasvainmerkkiainetutkimuksilla sekä kerros-, kaiku- tai magneettitutkimuksilla. Myös laparoskopiaa voidaan käyttää diagnoosin varmentamiseksi. Hoitona käytetään leikkausta eikä solunsalpaajahoitoa tarvita jos kasvain on rajoittunut munasarjaan. (Bützow, Grenman, Kuoppala, Mervaala, Mäenpää, Puistola, Ristolainen, Salmi, Taina, Vuento & Yliskoski 2007: 4.)

### 2.3.3 Vulvakarsinooma eli ulkosynnyttimien syöpä

Ulkosynnyttimien syöpää esiintyy yleisimmin isoissa häpyhuulissa, mutta sitä tavataan myös pienissä häpyhuulissa, klitoriksessa sekä välilihan ihoalueella. Harvinaisempi pahanlaatuinen sairaus on Pagetin tauti, (Tiitinen 2011c.) jota esiintyy peräaukon seudulla, ulkoisten sukelinten iholla ja limakalvoilla ihottuman tapaisena muutoksena. Ulkosynnyttimien syövän oireita ovat usein kutina ja kirvely sekä syöpäalueen haavautumiseen liittyvä kipu ja verinen vuoto. Mahdolliset etäpesäkkeet eli metastaasit ilmestyvät ensin pinnallisiin nivusimusolmukkeisiin, sitten syviin ja lopuksi lantion imusolmukkeisiin. (Salmi & Leminen 2007: 453.)

Ulkosynnyttimien syöpä hoidetaan leikkauksella ja jatkohoitona voidaan antaa säde- tai solunsalpaajahoitoa. (Tiitinen 2011c.) Seurantahoito olisi syytä fokusoida primaarihoidon antaneeseen sairaalaan. Valta osa taudeista uusiutuu kahden vuoden aikana hoidosta, joten seuranta-käynnejä pitäisi olla 3-4 kuukauden välein. Seurantakäynneillä tehdään gynekologinen tutkimus sekä tarvittaessa kolposkopia, jolloin tutkitaan kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttimien aluetta suurentavalla optisella laitteella. Potilaiden kohdalla arvioidaan yksilöllisesti kaikututkimusten ja röntgentutkimusten tarve. (Salmi & Leminen 2007: 454.)

### 2.3.4 Kohdunkaulan syöpä

Kohdunkaulan syöpää esiintyy eniten hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Solu- ja kudostuotosten diagnostiikka perustuu seulontaan, joka tehdään noin 30-60-vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Diagnoosi ja hoito rakentuvat sytologian, kolposkopian ja sen yhteydessä otettavien kudostuotteiden hispatologiseen tutkimukseen. Ennen seulontaohjelmaa kohdunkaulan syöpä oli kolmanneksi yleisin naisten syöpä Suomessa. Vuonna 2007 se oli 19. yleisin. (Nieminen, Anttila, Bützow, Heikkilä, Hiltunen-Back, Mäenpää, Puistola, Rantanen, Rintala, Räisänen, Santalahti, Talvensaari-Mattila, Vartiainen, Vuento, & Ylikoski 2010: 2-3.)

80 % kohdunkaulan syöivistä on levyepiteelikarsinomia. Vaara sairastua siihen suurenee jos sukupuoliyhdyntä on aloitettu nuorella iällä ja jos sukupuolikumppaneita on useita. Kohdunkaulan adenokarsinoomalle altistavat diabetes, verenpainetauti sekä synnyttämättömyys ja ylipaino tautiyhdistelmänä, jonka katsotaan kuuluvan metaboliseen oireyhtymään. (Salmi & Leminen 2007: 456-458.)

Suomessa leikkaushoitoa pyritään käyttämään hoitomenetelmänä aina, kun potilaan kunto ja taudin levinneisyys sen sallivat. Säde- ja solunsalpaajahoitoa voidaan harkita liitännäishoitona tai jos leikkauksessa löydetään etäpesäkkeitä. Solunsalpaajahoitoa voidaan antaa myös en-

nen leikkausta, sillä se voi pienentää kasvaimen kokoa ja operatiivisen hoidon tuloksen maksimoinnissa. (Salmi & Leminen 2007: 460.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen kesäkuussa 2011 julkaisemassa tiedotteessa esitetään sosiaali- ja terveysministeriölle, että HPV-rokotus sisällytettäisiin osaksi kansallista rokotusohjelmaa. Rokotusta tarjottaisiin kouluterveydenhuollossa 11-12-vuotiaille tytöille ja ensimmäisenä vuonna mahdollisesti myös 13-15-vuotiaille tytöille. Samassa julkaisussa THL suosittelee kohdunkaulan syövän seulontaohjelman välitöntä kehittämistä ja erityisesti huomion kiinnittämistä seulonnan laatuun. Tämän hetkisen seulontaohjelman ongelmana pidetään sitä, että papa-testaus kohdistuu liian nuoriin naisiin, jakautuu epätasaisesti ja ehkäisee syöpää vähemmän, mutta suuremmin kustannuksin kuin tehokkaammin organisoitu seulonta voisi estää. Seulontaohjelma tulisi aloittaa nykyistä nuoremmista nykyistä vanhempiin eli 25-vuotiaista 65-vuotiaisiin naisiin. Lisäksi papa-testistä pitäisi siirtyä HPV-testiin 35-vuotta täyttäneiden kohdalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

### 2.3.5 Vaginakarsinoma eli emätinsyöpä

Emättimen syöpä on harvinainen sairaus, jota tavataan Suomessa vuosittain noin 20 naisella. Tavallisesti tautiin sairastuu 50-60-vuotiaat naiset. Yleisimmin syöpä alkaa pintasolukosta jolloin papilloomaviruksella on syövän synnyssä selkeä osuus. (Tiitinen 2011d.) Usein taudin diagnosointivaiheessa kasvain on jo metastasoitunut (Salmi & Leminen 2007: 454).

Alkuvaiheessa emätinsyöpä ei aiheuta oireita. Myöhemmin oireilu voi olla esimerkiksi yhdynnän jälkeistä verenvuotoa. (Tiitinen 2011d.) Jos muutosalue infektoituu, niin myös valkovuodon määrä lisääntyy. Pahanlaatuinen kasvain voidaan havaita gynekologisessa tutkimuksessa tai papa-testin perusteella. Yli 50 % emätinsyövistä sijaitsee vaginan yläkolmanneksen takaseinämässä. Toiseksi tavallisin sijainti on vaginan alakolmanneksen etuseinä. (Salmi & Leminen 2007: 455.)

Ensisijaisesti emättimen syöpää hoidetaan ulkoisella ja emättimen sisäisellä sädehoidolla. Mikäli sairaus uusii annetun sädehoidon jälkeen, voidaan potilaskohtaisesti harkita operatiivista toimenpidettä. Useimmiten uusiutuminen tapahtuu kahden vuoden aikana sädehoidosta. Myös solunsalpaajahoitoa on käytetty hoitona emätinsyövässä. (Salmi & Leminen 2007: 456.) Riippuen syövän levinneisyydestä hoitona on leikkauksen, sädehoidon ja solunsalpaajien yhdistelmä (Tiitinen 2011d).

### 2.3.6 Koriokarsinoma eli istukkasyöpä

Istukkasyöpä on harvinainen sairaus, jota todetaan alle 10 tapausta Suomessa vuodessa. Noin 50 % istukkasyövästä kehittyy rypäleraskauden jälkeen. Muuten istukkasyöpää tavataan synny-

tyksen, keskenmenon tai kohdunulkaisen raskauden jälkeen. Tavallisimpana oireena on synnytyksen, keskenmenon tai rypäleraskauden jälkeinen selittämätön vuoto. Ensimmäiset oireet voivat johtua etäpesäkkeistä, jotka sijaitsevat yleensä keuhkoissa. Tällöin oireena voi esiintyä veriysköksiä ja hengenahdistusta. Etäpesäkkeitä voi ilmaantua myös emättimeen, aivoihin ja maksaan. (Tiitinen 2011e.)

Kun istukasyöpää epäillään, tehdään potilaalle kohdun kaikututkimus ja määritetään veren istukkahormonipitoisuus. Tarvittaessa voidaan määrätä muita kuvantamistutkimuksia. Taudin levinneisyys määrittää hoidon valinnan. Huomioon otetaan myös riskitekijät kuten potilaan ikä, veren istukkahormonipitoisuus ja taudin toteamis aika suhteessa edelliseen raskauteen. Istukasyöpää hoidetaan pääasiassa solunsalpaajilla, mutta joskus tarvitaan leikkaushoitoa. Kun potilas on saanut solunsalpaajahoitoa, ei hänelle suositella raskautta seuraavaan vuoteen. Hoidettu tauti ei kuitenkaan ole este seuraavan raskauden onnistumiselle. (Tiitinen 2011e.)

#### 2.4 Gynekologiset leikkaukset

Gynekologisiin leikkauksiin voidaan päätyä eri terveysongelmien vuoksi. Tyypillisimpiä syitä leikkauksille ovat vuotohäiriöt, myoomat, kystat, kasvaimet, laskeumat ja endometrioosi. Leikkaukset voidaan tehdä laparotomiassa, laparoskopiasa tai hysteroskopiasa. (Ihme & Rainto 2008: 227- 229.)

Laparotomia, joka on niin kutsuttu vatsanavaus, avoleikkaus tehdään nukutuksessa ja leikkaushaava tehdään poikittain häpyluun yläpuolelle tai pitkittäin navasta alaspäin. Leikkaushaavan vuoksi toipuminen on hitaampaa. Yleensä leikkauksessa laitetaan epiduraalipuudutus kipujen hoitamiseksi. Laparoskopia on tähytysleikkaus, jossa navan alapuolelle sekä alavatsan sivuille tehdään 2-3 pientä viiltoa. Toimenpide tehdään yleensä nukutuksessa, jolloin vatsanteloon johdetaan hiilidioksidikaasua näkyvyyden aikaansaamiseksi. Laparoskopian etuna on nopea toipuminen ja lyhyt sairaalassaoloaika. Laparoskopia voidaan myös yhdistää alatieleikkaukseen esimerkiksi kohdunpoistossa. Toimenpide tehdään yleensä spinaali- eli selkäydinpuudutuksessa ja potilas on hereillä toimenpiteen ajan. Vatsan seudulle ei tule leikkaushaavaa ja kotiutuminen tapahtuu voinnin mukaan. Hysteroskopia tehdään kevyessä nukutuksessa leikkaussalissa. Toimenpide tapahtuu höylämällä resektoskoopilla. Mahdollinen kotiutuminen voinnin mukaan voi tapahtua jo toimenpidepäivänä. Gynekologiset leikkaukset vaikuttavat naisen seksuaalisuuteen. Kohdunpoiston yhteydessä kuukautiset jäävät pois eikä nainen voi enää tulla raskaaksi. Munasarjojen poiston yhteydessä estrogeeni- ja progesteronihormonituotto loppuu. Gynekologiset leikkaukset voivat aiheuttaa tuntopuutoksia, arpikudoksen muodostumista leikkausalueelle ja minäkuvan muutoksia. Yleensä leikkauksien yhteydessä laitetaan kestokatetri, joka poistetaan toimenpidettä seuraavana päivänä. Potilaan voinnin mu-

kaan huolehditaan kipulääkityksestä, jotta hän pääsee pian jalkeille ja pesulle. Aluksi suositetaan nestemäisiä ruokia, jotta suoli ei tukkeutuisi. Sairaalassa vietetään leikkaustavasta ja voinnista riippuen noin 1-5 päivää. (Ihme & Rainto 2008: 227 -232.)

Kohdunpoisto eli hysterektomia voidaan tehdä kolmella eri tavalla, joko emättimen kautta, tähytysleikkauksena tai vatsanpeitteiden läpi. Yleisimmät syyt kohdunpoistoon ovat suuret tai verenvuotoja aiheuttavat myoomat, vuotohäiriöt ja endometrioosi. Seitsemässä prosentissa tapauksista diagnoosina on syöpä. Leikkaustapaa valittaessa tulee huomioida seuraavat tekijät: ikä, paino, aiemmat leikkaukset ja anestesioidut, kohdun koko ja liikkuvuus sekä laskeumat. Suositeltavin leikkausmuoto normaalikokoisen kohdunpoistoon on vaginaalinen hysterektomia, jossa leikkaushaava tulee emättimen pohjaan ja munasarjat säästetään. Kohtuperäiset syövät leikataan usein vatsanpeitteiden päältä avoleikkauksena. Samalla voidaan poistaa myös munasarjat. Abdominaaliseen hysterektomiaan päädytään myös jos potilaalla on runsaasti kiinnikkeitä, kohtu on kookas tai näkyvyys on heikko. Laparoskooppisessa hysterektomiassa voidaan poistaa munasarjat tai niiden kasvaimia sekä sairauksia, kohdunulkoisia raskauksia sekä hoitaa munajohtimen pullistuma, sterilisaatio tai endometrioosi. (Ihme & Rainto 2008: 227-232.)

Potilaan ohjaus aloitetaan jo ennen leikkausta. Potilaalle kerrotaan miten leikkaushaavan tulisi parantua ja miten sitä seurataan. Hänen kanssaan käydään läpi jälkivuoto sekä yleisvoimien hoito kotiutuksen jälkeen. Kotihoito-ohjeita kerrataan ja siten varmistetaan, että itsehoito toteutuu. Jos leikkauksessa on tarvittu tikkiompeleita, poistetaan ne avohoidossa 6-7 päivän kuluttua leikkauksesta. Sairausloman määrään vaikuttaa työ, ikä ja muut yksilölliset seikat. Jälkitarkastus suoritetaan yleensä ennen sairausloman loppua. (Ihme & Rainto 2008: 227-233.)

## 2.5 Gynekologinen leikkaushaava

Synnytys- ja naistentautien osastolla tehdyt leikkaukset vaikuttavat aina potilaan naiseuden tunteeseen ja seksuaalisuuteen. Gynekologinen leikkaushaava on haastava hoidon toteuttamisen ja ohjauksen kannalta, sillä se sijaitsee naisen intiimeimmällä alueella. (Vitikainen & Väisänen 2008: 30.) Gynekologinen leikkaushaava tehdään lähes poikkeuksetta aseptisissä olosuhteissa. Leikkaushaavan odotetaan paranevan ilman komplikaatioita. Leikkaushaavaa tulee havainnoida. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002: 50.) Keskeisiä tekijöitä haavanhoidossa ovat kosteustasapaino, lämpötila, kivun hallinta, kudoshapetus, tarkka aseptinen toiminta ja antibiootti profylaksi ennaltaehkäisevänä toimena ennen leikkausta (Chandan 2009: 9).

Ennen leikkausta leikkausalueen ihon tulee olla siisti ja hyvässä kunnossa. Ihottumat ja naarmut tulee olla ennalta hoidettuna. Potilas käy suihkussa leikkauispäivän aamuna. Jos ihokarvoja täytyy leikata, tulee se tehdä kaksi tuntia ennen leikkausta infektion välttämiseksi. Leikkauksen aikana eri tekniikoita käyttäen pyritään minimoimaan bakteerien pääsy leikkausalueelle. Mahdollinen antibioottihoito voidaan aloittaa ennaltaehkäisevistä syistä. (Iivanainen & Syväoja 2009: 514-515.) Antibioottiprofylaksi eli ennalta ehkäisevä antibioottihoito, on tärkeä tapa torjua kirurgiaan liittyviä infektioita, vaikka se ei oikaise kirurgisen leikkaustekniikan, aseptisen leikkauksalityöskentelyn ja hoitotoimien puutteita. Suomessa käytetään yleisimmin kefuroksiimia ja se on säilyttänyt hyvin tehonsa laajasta käytöstä huolimatta. (Rantala 2005: 1676.)

Tärkein sairaalainfektioiden torjumismenetelmä on käsihygienia. Tyypillisesti mikrobi tarttuu kosketustartuntana käsien välityksellä joko henkilökunnan tai potilaan käsistä tai haavanhoitovälineistä pienissäkin kontakteissa. Leikkaushaavan infektioita ehkäistään hyvällä käsihygienialla, johon sisältyy käsihuuhteen käyttö, käsien pesu tarvittaessa sekä suojakäsineiden käyttö. (Terho 2007: 738.) Jokainen hoitotyön henkilökunnasta on vastuussa siitä, että hoitotyössä noudatetaan aseptisiä työtapoja. Aseptinen työskentely näkyy niissä hoitohenkilökunnan valinnoissa ja toimissa, joissa he pyrkivät ehkäisemään mikrobien kulkemisen potilaan elimistöön ja lisääntymiseen siellä. Aseptinen työskentely tarkoittaa toiminnan etenemistä puhtaasta likaiseen alueeseen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen: 2008: 153.)

Leikkauksen jälkeen ensimmäiset 24 tuntia leikkaushaavaa hoidetaan steriilisti. Haavasidos saa olla paikoillaan ensimmäiset 24-48 tuntia, mutta jos veri vuotaa sidoksesta läpi niin se vaihdetaan steriilisti. Yleensä potilas voi käydä suihkussa kun leikkauksesta on kulunut 24-48 tuntia. Leikkaushaavaa ei saa saippuoida, mutta saippuavesi saa valua haavan yli. Leikkaushaavan hankaamista vältetään ja se kuivataan kevyesti taputtelemalla. Ennen haavahakasten poistoa vältetään uimista, saunomista ja ammekylpyä. (Tanninen & Koivula 2007: 306.)

Leikkaushaavan kivun hoito on moniammatillista ja sairaanhoitajan vastuuksi jää erityisesti kivun tunnistaminen, kivun hoidon toteutus ja sen seuranta. Jos määrätty kivunhoito on riittämätön, konsultoidaan asiasta lääkäriä. Sairanhoitajan tehtävänä on ennakoida tilanteita, jotka tuottavat potilaalle leikkaushaavan alueelle kipua ja huolehtia lääkityksestä hyvissä ajoin. Hyvän kivun hoidon ehtona on riittävä määrä henkilökuntaa, jolla on tarvittavat tiedot leikkausalueen kivusta ja sen hoidosta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006: 175-176.)

Leikkaushaavan havainnointi:

- leikkaushaavaympäristön iho, lämpö, väri, tunto
- vuoto/eritys, hematooma

- turvotus, ihon kireys
- dreeneritys, dreenin juuri
- paikallisinfektion oireet
- kipu
- arpikudos

Leikkaushaavaa seurattaessa tarkkaillaan sen paranemista. Tarkkailijan tulee tietää leikkaushaavan paranemisen vaiheet. Kaikki leikkaushaavat paranevat samojen vaiheiden kautta. Leikkaushaavan paranemisen biologia käsittää kolme eri vaihetta, jotka tapahtuvat parantumisen edetessä lomittain. Leikkaushaavan paranemisen vaiheet ovat inflammaatio-, proliferaatio-, ja maturaatiovaihe. Leikkaushaavan synnyttyä alkaa inflammaatiovaihe eli tulehdusvaihe, joka kestää muutaman päivän. Sen aikana leikkaushaava puhdistuu kuolleista soluista, bakteereista ja vieraista aineista. Inflammaatiovaihe saattaa pitkittyä ompeleiden, hematooman, serooman, infektion tai nekroottisen kudoksen seurauksena. Proliferaatiovaiheessa eli fibroblastivaiheessa kudokset uusiutuvat. Tämä kestää yleensä yhdestä neljään viikkoa. Leikkaushaavan aineenvaihdunta on kiihtynyttä. Leikkaushaavaan kasvaa granulaatiokudosta reunoilta ja leikkaushaavan pohjasta. Kudoksen kasvu edellyttää riittävää kosteutta. Samalla kasvaa myös leikkaushaavan vetolujuus. Liian kireät ompeleet, paikallinen verenvuoto, infektion aiheuttama turvotus, keltainen kate ja nekroottinen kudos hidastavat proliferaatiovaihetta. Maturaatio on kypsymisvaihe, joka kestää kuukausista vuosiin. Granulaatiokudos muuttuu hitaasti vähäsoluiseksi sidekudosarveksi, jolloin se saavuttaa lopullisen vetolujuutensa. Lopuksi arven punoitus vaalenee asteittain ja arpi muuttuu vaaleammaksi kuin normaali iho-kudos. (Hietanen ym. 2002: 28-32.)

Olosuhteiden ollessa hyvät leikkaushaavan paranemiselle, epiteelisolut kasvavat noin millimetrin vuorokaudessa. Leikkaushaavan parantumisessa on tietenkin olemassa yksilöllisiä eroja, joihin vaikuttavat eri seikat, esimerkiksi ikä, ravinto, yleiskunto; neste- ja elektrolyyttitasapaino, leikkaushaavan puhtaus, leikkaushaavan immobilisointi, jotkut sairaudet; kuten syöpä, jotkin lääkeaineet, kuten kortisoni ja sytostaatit, sekä sädehoito. (Iivanainen & Syväoja, 2009: 499.) Leikkaushaava on parantunut normaalisti jos tikkien/hakasten poiston jälkeen ei havaita epänormaaleja oireita. Metallihakaset sisältävät hieman nikkeliä, joka saattaa ärsyttää ja lisätä punoitusta ja kutinaa leikkaushaava-alueella. (Hietanen ym. 2002: 50.)

Puhtaan leikkaushaavan omaavia potilaita ei tule sijoittaa leikkaushaavainfektiopotilaiden viereen ja heidät hoidetaan ennen leikkaushaavainfektiopotilaita ja eri pesutiloissa. Hoitoympäristön pintojen täytyy olla kuivia ja puhtaita. Leikkaushaavaeritteet täytyy putsata pinnoilta välittömästi, jotta mikrobit eivät pääse lisääntymään. Leikkaushaavapotilaiden pesutilat tulee puhdistaa jokaisen potilaan jälkeen ja kostea lattia on kuivattava. (Hietanen ym. 2002: 66.)

Elimistöön kertyvät nesteet ovat hyvää ravintoa mikrobeille. Elimistöön kertyneet nesteet voivat myös aiheuttaa toiminnallisia häiriöitä. Dreenin eli laskuputken tehtävänä on johtaa elimistöön kertyneet nesteet pois. Dreeni asennetaan leikkauksen yhteydessä ennen leikkaushaavan sulkemista. Leikkaushaavan tihkuva veri ja kudospaste pääsevät elimistöstä pois dreenin pienen reikien avulla. Putken päähän on yhdistetty keräyspussi, josta neste-eritys voidaan laskea ja sitä voidaan tarkkailla. Dreeni voi toimia alipaineella tai ilman. Dreenin juuri tulee putsata antiseptisellä aineella juuresta poispäin. Dreenin erittäessä runsaasti tulee dreenin käyttöä jatkaa. Helakka veri kertoo, että leikkaushaavassa on aktiivista vuotoa. Tumma tai rusehtava veri viittaa leikkaushaavan tyrehtymiseen. Kellertävä ja kirkas vuoto on normaalia kudoseritettä. Paksu, samea ja haiseva erite viittaa tulehdukseen. Dreenin poiston toteuttaa sairaanhoitaja lääkärin määräyksestä. Poistossa käytetään tehdaspuhtaita hanskoja, steriiliä ompeleen katkaisinta tai saksia sekä kuivaa taitosta, jossa on valmis liimareuna. (Iivanainen & Syväoja 2009: 75, 499-450.)

Potilaalle tulee kertoa leikkauksen jälkeiset ohjeet, jotta leikkaushaavan parantuminen olisi mahdollisimman vaikuttavaa. Raskas fyysinen rasitus, ammekylpy, uiminen ja saunominen ovat kiellettyjä ompeleiden tai hakasten poistoon asti. Myös mahdolliset leikkaushaavan tulehduksen oireet ja hoitoon hakeutuminen käsitellään yhdessä potilaan kanssa. Mahdollisia tulehduksen oireita ovat leikkaushaavaympäristön kipu ja punoitus, märkäinen vuoto leikkaushaavasta, kuume ja infektoitunut leikkaushaava. Potilasta kehoitetaan välttämään raskaita kantamuksia sekä selvitetään, missä ompeleet/hakaset voi poistattaa. Ruokavalion merkitystä leikkaushaavan paranemiseen ei tule unohtaa. Erityisesti kasvikset ja valkuaispitoiset ruoat edistävät terveen kudoksen rakentumista. (Iivanainen & Syväoja 2009: 514-515.)

## 2.6 Hoitohenkilökunta ja työyhteisö leikkaushaavainfektioiden torjunnassa

Tartuntatautilaissa sanotaan, että tartuntatautiin vastustamistyöhön kuuluu sairaalainfektioiden torjunta. Laissa sairaalainfektio tarkoittaa terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkunsa saanutta infektiota. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on ohjata alueellaan sairaalainfektioiden torjuntaa. (L 1986/583.)

SIRO on sairaaloiden ja THL:n yhteistyössä kehittämä sairaalainfektioiden ehkäisy- ja torjuntaohjelma. Sairaala voi halutessaan osallistua SIRO-toimintaa hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemiseksi. SIRO-ohjelman tavoitteena on sairaalainfektioiden ehkäisy, seurannan kehittäminen, torjuntaohjeiden- ja suositusten laatiminen sekä koulutus ja tutkimus. (Potilasturvallisuusopas 2011: 21.)

Laadukasta leikkaushaavanhoitoa toteuttaessa on tärkeää, että henkilökunnalla on yhtäläinen näkemys leikkaushaavanhoidon toteutuksesta. Koko henkilökunnalla on vastuu omien tietojen-

sa päivittämisestä. Jokaisen työntekijän panosta ja sitoutumista tarvitaan, jotta tavoitteet laadukkaaseen leikkaushaavanhoitoon saavutetaan. (Vitikainen & Väisänen 2008: 31.) Kansainvälisen kokemuksen nojalla on tullut ilmi, että laadukkaan leikkaushaavanhoidon oleellisin tekijä on hyvä organisaatio ja eri ammattiryhmien systemaattinen koulutus (Juutilainen & Niemi 2007: 985). Nykyisin sairaaloista löytyy kirjalliset ohjeet henkilöhygieniasta. Toivottavaa olisi, että myös sairaalan johto olisi sitoutunut niihin. Esimiesten tehtävänä tulisi huolehtia uusien työntekijöiden perehdytyksestä ja varmistaa, että ohjeita noudatetaan. Kirjallinen materiaali ei yksin riitä, vaan käsihygieniakäytäntöä tulisi lisätä henkilökohtaisella palautteella. Johtotehtävissä olevien tulisi toimia esimerkkeinä, vaikka eivät olisikaan mukana hoitotyössä. Kun esimies saa alaisensa sitoutumaan vaivattomiin käsihygieniasääntöihin, säästetään sillä ihmishenkiä sekä hoitopäiviä. (Kainulainen 2010: 149.)

Hygieniatyöryhmä on avainasemassa infektioiden ehkäisyssä. Heidän vastuualueensa sisältää infektioiden seurannan ja rekisteröinnin, sairaalainfektioiden torjunta toimenpiteissä ja ohjeistuksesta päättäminen, desinfektioaineiden valinta ja käytöstä päättäminen sekä koulutuksen järjestäminen. Infektioiden rekisteröinti helpottaa infektiotilanteen seuranta, vaarallisten bakteerikantojen ilmaantumista ja tartuntalähteiden jäljittämistä. Rekisteröinnin hyötynä on myös hygieniakäytäntöiden aiheuttamien muutosten seuranta sekä antibioottiresistenssitilanteen seuranta. Rekisteröinnillä voidaan myös selvittää mitkä toimenpiteet ovat olennaisia infektioiden torjunnassa. Hygieniahoitaja on vastuussa rekisteröinnistä. Hän tekee johtopäätökset rekisteröidystä tiedoista ja päättää niistä aiheutuvista toimenpiteiden esittämisestä. Hygieniahoitaja laatii ohjeet aseptisestä toiminnasta ja oikeista desinfektio- ja sterilointimenetelmistä. (Holmia ym. 2008: 153.)

Leikkaushaavoja hoitavalla henkilökunnalla tulee olla taipumaton aseptinen omatunto. Sen kehittymiseen työyhteisössä vaikuttaa vahvasti mallioppiminen, joka alkaa uusien työntekijöiden sosiaalistamisella työyhteisöön. Aseptinen työote kuuluu kaikille terveydenhuollon työntekijäryhmille ylilääkäristä laitoshuoltajaan ja potilaskuljettajaan. Aseptiikan pettäminen josain kohdin voi johtaa suuriin, vaikkakin inhimillisiin vahinkoihin. Potilas voi saada leikkaushaavaansa moniresistentin mikrobikannan, joka puolestaan vaikuttaa hoitopäätöksiin. (Pukki 2007: 13.)

### 3 SUOSITELTAVAT KÄYTÄNTEET GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSPOTILAAN PUHTAAN LEIKKAUSHAAVAN HOITOON

Suosittelvat käytänteet ovat ”systemaattisesti kehitettyjä lausumia”, jotka luodaan edistämään korkeatasoista näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tarkoituksena on selkiyttää hoitajan vastuualuetta potilastyössä. Suositellut käytänteet helpottavat hoitotyön toiminnan ratio-

nalisointia sekä laskevat hoitoon sopimattomien interventtioiden ja toimenpiteiden käyttöä. Lähtökohtana suositusten luomiselle on näyttöön perustuva tieto, joka muodostuu tieteellisestä tutkimusnäytöstä, hyväksi todetusta toimintanäytöstä ja kokemukseen perustuvasta näytöstä. Suositeltavien käytänteiden tiedonhaun lähtökohtana on potilaiden ja perheiden ohjaus sekä heidän tukeminen ja hoitoon liittyvät haasteet, joiden ratkaisemiseksi tahdotaan tutkittua tietoa. (Lauri 2003: 40.)

Suosituksen muodostaminen alkaa määrittelemällä ongelma-alue ja mitä siitä halutaan tietää. Tämän jälkeen suoritetaan systemaattinen tiedonhaku olemassa olevista tutkimuksista ja niiden pohjalta laaditaan katsaus ongelma-aluetta koskevista ratkaisuvaihtoehdoista ja niiden vaikutuksesta. Tarkoitus on arvioida tieteellisesti havaitun tutkimusnäytön tuloksien vahvuusastetta ja verrata sitä näyttöön perustuvaan tietoon. Suosituksille asetettuihin kysymyksiin haetaan vastauksia hyväksi havaitusta toiminnasta ja hoitajien kokemukseen perustuvasta tiedosta. Näiden pohjalta valitaan paras ratkaisuvaihtoehto ja priorisoidaan muut vaihtoehdot. Seuraavaksi laaditut suositukset arvioidaan neuvottelemalla aiheeseen perehtyneiden hoitoalan asiantuntijoiden kanssa ja mahdollisesti potilaiden sekä asiakkaiden kanssa. Vaihtoehdoissa pyritään yksimielisyyteen heidän kesken, joita suositukset koskevat. Lopuksi suoritetaan käytännön testaus ja arvioidaan suositusten käyttökelpoisuus ja vaikuttavuus potilastyössä. (Lauri 2003: 40-41.)

### 3.1 Käsihygieniä

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 1:** Leikkaushaavan hoidossa tulisi huomioida hoitajan hyvä käsihygieniä.

Perustelut:

Leikkaushaavan hoidossa noudatetaan aina hyvää aseptiikkaa. Hyvä käsihygieniä (Liite1.) varmistetaan käyttämällä alkoholipitoista käsihuhdetta ennen ja jälkeen leikkaushaavan hoidon. Hoitaja käyttää suojakäsineitä leikkaushaavanhoidon yhteydessä. (Vaalasti, Heikkilä, Juutilainen, Kuokkanen, Malanin, Nissinen-Paatsamala, Reunala, Tuuliranta, Valve & Viljamaa 2007: 2145; Kuusela 2010: 160.) Suojakäsineet ovat aina toimenpidekohtaiset. Leikkaushaavaa hoitavan henkilön tulisi tiedostaa eri työvaiheet, kuten leikkaushaavasidoksen poistaminen, leikkaushaavan puhdistus ja uuden sidoksen asettaminen. Työvaiheiden välissä tulisi desinfioida kädet ja vaihtaa suojakäsineet, sillä infektion aiheuttajamikrobi voi olla lähtöisin potilaasta itsestään. (Iivanainen, Skarp & Alahuhta 2008: 28.) Kun käytetyt leikkaushaavasidokset on poistettu leikkaushaavalta, desinfioidaan kädet ja vaihdetaan uudet suojakäsineet. Suojakäsineiden materiaali ei kestä käsihuhdetta. (Pukki 2007: 13; Meriö-Hietaniemi & Hietaniemi 2011: 88-90.)

Käsien saippuapesulla poistetaan iholta näkyvä lika ja mahdollinen runsaan käsihuuhteen aiheuttama tahmeus. Riittävän tehon saamiseksi käsien saippuapesun tulisi kestää 60 sekuntia. Bakteerien itiöt poistuvat saippuapesulla tehokkaammin kuin käsihuuhteella. Käsien saippuapesussa kädet kostutetaan ensin haalealla vedellä. Sen jälkeen niihin hierotaan nestemäistä saippuaa ja lopuksi pestään juoksevan veden alla, huuhdellaan ja kuivataan kertakäyttöpapeeriin. (Syrjälä & Teirilä 2010: 165.) Vesipesu kuivattaa ihoa ja voi aiheuttaa ihon rikkoja, joissa bakteerit viihtyvät. Leikkaushaavan hoidossa käsien vesipesu ei ole tarpeen jos iholla ei ole näkyvää likaa. Kosteuttava perusvoide estää ihoa kuivumasta ja hilseilemästä. (Pukki 2007: 12.)

Tärkein yksittäinen toimenpide infektioiden ehkäisyssä on käsien desinfektio. Desinfioidulla kädet iholta poistetaan ja tuhotaan väliaikainen mikrobifloora. (Korhonen, Helminen, Joutsu, Malmila, Saarela, Sinkkonen & Soikka 2006: liite 4.) Hieromalla käsiin alkoholivalmistetta, katkaistaan tavallisiin hoitoon liittyvien infektioiden tartuntatie. Käytännön kannalta tärkeintä on oikeanlainen käsien desinfektio. (Syrjälä & Teirilä. 2010: 167-168.) Käsihuhdetta käytetään hieromalla sitä 3ml huolellisesti kuiviin käsiin, sormenpäihin ja -väleihin sekä peukaloihin niin kauan kunnes kädet ovat täysin kuivat eli noin 15-30 sekunnin ajan. Leikkaushaavanhoidon yhteydessä käsihuhdetta käytetään aina ennen ja jälkeen potilaskontaktin, ennen ja jälkeen suojakäsineiden käyttöä, ennen ja jälkeen puhtaiden välineiden käsittelyä sekä aina potilashuoneeseen mentäessä ja sieltä poistuttaessa. (Korhonen ym. 2006: liite 4.)

Suojakäsineillä suojataan sekä potilasta että hoitajaa mikrobikontaminaatiolta. Suojakäsineet ovat kertakäyttöiset, potilaskohtaiset ja työvaihekohtaiset. Kädet desinfioidaan aina ennen suojakäsineiden laittoa sekä niiden riisumisen jälkeen. (Korhonen, ym. 2006: liite 4.)

Leikkaushaavanhoidossa kuten hoitotyössä yleensäkin ei käytetä sormuksia, kelloja tai muita koruja, sillä niiden alle jäävä kosteus luo hyvät olosuhteet mikrobikasvustolle. Rannekello estää käsien pesun ja desinfektion tarpeeksi ylhäältä. Hoitajan on pidettävä kynnet lyhyinä niin, että ne eivät ulotu sormenpäiden yli. Lyhyiden kynsien alla on huomattavasti vähemmän mikrobeja kuin pitkien kynsien alla. Lyhyet kynnet mahdollistavat suojakäsineiden helpon pukemisen eivätkä suojakäsineet rikkoudu helposti. Lohkeilleessa ja yli vuorokauden vanhassa kynsilakassa on runsaasti mikrobeja. Myös rakenne- ja geelikynnet ovat infektioriski ja niiden onkin todettu aiheuttaneen leikkaushaavaninfektioita. Sen lisäksi rakennekynsien käyttäjillä on havaittu kynsivallintulehduksia ja sieni-infektioita. (Ratia & Routamaa 2010; Mattila & Niemi 2011: 157-159.)

Potilaallakin on oma rooli infektioiden torjunnassa. Hänellä on oikeus huomauttaa käsihuuhteen käytöstä häntä hoitavalle henkilökunnalle, sillä käsihygienian laiminlyönti koituu hänen haitakseen. (Iivanainen ym. 2008: 28.) Käsihygienian kehittämistarpeet koskettavat myös po-

tilaan ohjausta. Edellytyksenä asianmukaiselle toteutukselle on riittävä tietoperusta niin hoitavalla henkilökunnalla kuin potilaallakin. Eri käsitteet kuten vesipesu ja käsien desinfektio tulisi myös selittää potilaalle. (Von Schantz, Salanterä & Leino-Kilpi 2008: 99.)

### 3.2 Aseptinen toiminta

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 2:** Leikkausaava tulisi hoitaa aseptisten ohjeiden mukaan.

#### Perustelut:

Aseptisen työskentelytavan tavoitteena on estää kudosten ja steriilin materiaalin kontaminoituminen mikrobeilla. Leikkaushaavanhoidossa aseptinen työjärjestys etenee niin, että ensin hoidetaan potilaat, joilla on puhdas leikkaushaava ja viimeiseksi infektoituneet leikkaushaavat. (Iivanainen ym. 2008: 25.)

Leikkaushaavan hoitoperiaate on puhtaus ja suojaus. Leikkaushaavan kontaminoitumista leikkaushaavaympäristön mikrobeilla vältetään käsittelemällä leikkaushaavaa mahdollisimman vähän. Tällöin leikkaushaava saa myös parantua rauhassa. (Pukki 2007: 11.) Leikkaushaavaa hoitavan henkilön on syytä kiinnittää pitkätkä hiukset, jotta ne eivät osu leikkaushaavaan tai sen eritteisiin (Pukki 2007: 13). Puhdas leikkaushaava ei tarvitse päivittäistä puhdistamista. Puhtaan leikkaushaavan siistiminen riittää 2-3 päivän välein. (Laato, Veräjänkorva & Kössi 2010: 209.) Keittosuolaliuoksen (0.9 %) käyttö on suosituttua leikkaushaavan puhdistuksessa, koska se on isotoninen liuos eikä häiritse normaalia paranemisprosessia, vahingoita kudosta, aiheuta herkistymistä tai allergiaa tai muuta ihon normaalia bakteeriflooraa. Vesijohtovesi on myös suositeltavaa ja sen etuja ovat kustannustehokkuus ja helppo saatavuus. (Fernandez & Griffiths 2010.) Sidokset tulisi vaihtaa ensimmäisen kerran 1.-2. postoperatiivisena päivänä. Jos sidokset kuitenkin vuotavat läpi, on ne vaihdettava. Kosteaa ja veristä sidosta on oiva elatusalusta bakteerien kasvulle ja se tarjoaa ympäristön bakteereille pääsyn leikkaushaavalle. Puhtaassa suljetussa leikkaushaavassa epiteelikerroksen yhdentyminen jatkuu 24-48 tuntia. Sen vuoksi sidosvaihto tehdään steriileillä suojakäsineillä ja sidosmateriaaleilla kun leikkauksesta on kulunut vasta 24 tuntia. Kun leikkauksesta on kulunut vuorokausi, riittävät tehdaspuhtaat suojakäsineet. (Pukki 2007: 11.) Likaiset leikkaushaavasidokset tulee laittaa heti roskakoriin (Pukki 2007: 13). Puhdas ja granuloiva leikkaushaavapinta ei tarvitse antiseptistä ainetta ”varmuuden vuoksi”, sillä sen vaikutus voi ennemminkin olla haavan paranemista hidastava (Juutilainen & Niemi 2007: 982).

Kertakäyttöisen suojaesiliinan käyttö vähentää 30-kertaisesti työasun likaantumista sekä työvaatteiden mikrobimäärää, jolloin vaatteiden välityksellä tapahtuva tartuntariski pienenee. Vahvaa tieteellistä näyttöä ei vielä ole työvaatteiden osuudesta tartuntojen levittäjinä. (Iiva-

nainen ym. 2008: 25). Toimenpiteissä, joissa on roiskevaara, on hyvä käyttää suojatakia tai muoviesiliinaa. Leikkaushaavan hoidossa muoviesiliina on riittävä suoja (Pukki 2007: 13).

Leikkaushaavan hoitotuotteita säilytetään kuivassa ja huoneenlämmössä. Monikäyttöiset käytetyt leikkaushaavan hoitovälineet laitetaan pesu- ja desinfektio koneeseen sekä steriloidaan. (Iivanainen ym. 2008: 28-29.) Leikkaushaavan hoidossa käytettyjä instrumentteja ei saa jättää potilaan yöpöydille lojumaan vaan ne tulee huoltaa jokaisen leikkaushaavan hoidon jälkeen (Vitikainen & Väisänen 2008: 31).

### 3.3 Kipu

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 3:** Potilaan kipu tulisi huomioida osana leikkaushaavan hoitoa.

Perustelut:

Riittävä ja säännöllinen kivunhoito leikkauksen jälkeen kulkee käsi kädessä leikkaushaavan hoidon ja sen paranemisen kanssa (Vitikainen & Väisänen 2008: 30). Asiallisesti toteutettu kivunlievitys helpottaa potilaan mobilisointia. Miedompiin kipulääkkeisiin siirrytään asteittain seuraten potilaan tuntemuksia kivun luonteesta. (Eskola & Hytönen 2005: 336.)

Hoitamaton kipu huonontaa potilaan elämänlaatua ja hidastaa leikkaushaavan paranemista. Tilannearviolla, leikkaushaavasidosten asianmukaisella valinnalla, asiantuntevalla leikkaushaavanhoidolla ja yksilöllisellä kipulääkityksellä voidaan vähentää leikkaushaavan hoitoon liittyvä kipua. Leikkaushaavan kipu on moniulotteinen tunne, jossa psykososiaalinen ympäristö vaikuttaa fysiologiseen kipukokemukseen. (Harding 2004: 19; Flinkman & Salanterä 2004: 18.)

Leikkaushaavanhoidossa potilas voi kokea liikekipua eli läpilyöntikipua, joka aiheutuu esimerkiksi yskimisen tai leikkaushaavasidoksen liikkumisen yhteydessä. Toimenpiteeseen liittyvä kipu syntyy rutiinitoimenpiteiden yhteydessä, joita voivat olla sidosten poisto ja leikkaushaavan puhdistus. Lääkityksen lisäksi kivunhoito voi vaatia myös lääkkeettömiä menetelmiä. (Harding 2004: 20.)

Kipua arvioidaan jokaisen leikkaushaavan hoidon yhteydessä. Ennen leikkaushaavan hoitoa määritetään kivun vaikeusaste, jotta tiedetään paheneeko se hoidon aikana. Tästä syystä kivun vaikeusaste määritetään myös toimenpiteen aikana sekä sen jälkeen. Arviointi kirjataan potilastietoihin, jotta jatkossa voidaan arvioida onko kipu lievittynyt vai pahentunut. Potilas osallistuu aina kivun arviointiin. Hänen tuntemuksiin suhtaudutaan vakavasti ja niitä kunnioitetaan, vaikka potilaan ilmoittama kipu vaikuttaisikin ärsykeisiin nähden liioittelulta. Leikkaushaavaa hoitava henkilökunnan tulisi kerätä tietoa kysymyksillä siitä, mikä laukaisee kivun tai miltä se tuntuu. Potilas tulisi myös kuunnella ja tarkkailla hänen käyttäytymistään, sillä

osa potilaista voi yrittää vastata niin, ettei häntä pidettäisi hankalana. Jos potilas on tuntenut kovaa kipua leikkaushaavaa hoidettaessa, on toimenpiteen toistaminen ilman asianmukaista kipulääkettä laiminlyönti. (Harding 2004: 20-22.) Hoidon suunnittelua auttaa hyvin dokumentoitu tieto kivun voimakkuudesta ja luonteesta. Mitä nopeammin leikkaushaavan kivun hoitoon puututaan, sitä helpompaa ja tehokkaampaa kivun hoito on. (Salanterä ym. 2006: 177.)

Leikkaushaavan hoidossa kivun pisteytys on tärkeää. Tavoite on vähentää kipua ja luoda optimaaliset olosuhteet leikkaushaavan paranemisen kannalta. Kivun paheneminen voi tarkoittaa ongelmaa paranemisessa kuten infektiota tai epäsojivan leikkaushaavasidoksen käyttöä leikkaushaavalla. Kipuasteikko tulisi valita yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla, mutta kun yksi asteikko on otettu käyttöön, tulisi samaa asteikkoa käyttää hoidon loppuun dokumentoinnin johdonmukaisuuden varmistamiseksi. Asteikko voi olla esimerkiksi numeerinen luokitteluasteikko, jossa potilas ilmaisee kipunsa asteikolla 1-10. Jos potilaan kipu on vaikeusasteeltaan yli 4, tulisi siihen reagoida kipulääkitystä lisäämällä, pitämällä taukoa leikkaushaavan hoidossa, vaihtamalla leikkaushaavasidos asianmukaiseen tai tarkistamalla hoitotekniikkaa. Jos kipu on alle 4, voidaan epämieluisuutta pitää hyväksyttävänä jos se ei kestä kauan. (Harding: 2004: 21-22.)

Kipua voidaan ehkäistä valmistelemalla ja suunnittelemalla leikkaushaavan hoitotilanne. Ympäristön pitäisi olla stressitön, ikkunoiden tulisi olla suljettuina ja matkapuhelimien äänettömällä. Toimenpiteen kulku ja tekotapa selitetään potilaalle maallikkokielellä ennen toimintaa. Potilaalle huolehditaan mukava asento. Leikkaushaavan tarpeetonta koskemista, paljastamista ja siihen kohdistuvia ärsykejä tulisi välttää. Potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua leikkaushaavan hoitoon kokoajan. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi harkita yksilöllisesti ennaltaehkäisevää kivunlievitystä. (Harding 2004: 23.)

Steroideihin kuulumattomat tulehduskipulääkkeet (NSAID) sopivat hyvin toimenpiteen jälkeisen jomottavan ja sykkivän kivun hoitoon. Samalla ne vähentävät perifeeristä herkkyyttä. NSAID-lääke voidaan antaa 1-2 tuntia ennen toimenpidettä, jotta sen vaikutus olisi suurimmillaan toimenpidettä tehdessä. Parasetamoli voidaan niin ikään antaa 1-2 tuntia ennen leikkaushaavan hoitoa ja käyttää yksin tai yhdessä muiden kipulääkkeiden kanssa. Paikallispuudutteen voi käyttää esimerkiksi lidokaiinia pienenä annoksena puuduttamaan leikkaushaava-alueita hetkeksi aikaa, mutta sitä ei voi käyttää ainoana kivunlievityskäytönä. Opioidit sopivat keskivaikean tai vaikean kivun lievitykseen. (Harding 2004: 23.)

Leikkaushaavasidoksen poistaminen voi aiheuttaa potilaalle kipua, jota hoitavan henkilökunnan on vaikea ymmärtää. Potilaan kanssa keskustelemalla voidaan löytää paras poistotapa. Potilas saattaa haluta poistaa leikkaushaavasidoksen itse. Oikeanlainen leikkaushaavasidos auttaa hoitamaan leikkaushaavan kipua kun huomioidaan sidoksen ominaisuudet, leikkaushaava-

va ja leikkaushaavan ympäristö. Sidosta valittaessa tulisi huomioida, että se ylläpitää kosteaa paranemisympäristöä, ei vaurioita leikkaushaavaa tai leikkaushaavan ympäristöä, sidoksen tuoma allergia mahdollisuus ja, että se tarvittaessa imee tai pidättää nestettä. (Harding 2004: 24.)

Kylmähoitoa voi käyttää turvotuksen ja kivun vähentämiseen. Kylmähoidossa kudosten lämpötila laskee, joka johtaa hermolihasarjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Kylmähoito myös lieventää hypoksiasta johtuvaa lihasvauriota ja vähentää turvotuksen syntyä. Kipu lievenee kylmähoidolla alentamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa kylmäpakkauksina ja -pyyhkeinä ja se kestää yleensä noin 20-30 minuuttia. (Pohjolainen 2009: 238-239.) Aina ennen sängystä nousua potilaan kanssa kerrataan ylösnousutekniikka, jolloin leikkaushaavaa tuetaan, ettei se aukea. Kipulääkettä tulisi antaa hyvissä ajoin ennen kuin potilas nousee ensimmäisen kerran sängystä. (Ihme & Rainto 2008: 223.)

#### 3.4 Leikkaushaavan kosteustasapaino ja haavasidos

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 4:** Hoidossa tulisi valita haavasidos yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla ja huomioida leikkaushaavan hyvä kosteustasapaino.

##### Perustelut:

Kun leikkaushaava on suljettu ompelein tai haavahakasin, laitetaan leikkaushaavan päälle hengittävä haavateippi tukemaan leikkaushaavaa ja suojaamaan leikkaushaavan pintaa (Laato, Veräjänkorva & Kössi 2010: 209). Laparotomia-haavat suljetaan pääasiassa hakasilla, jotka poistetaan yleensä viikon kuluttua leikkauksesta (Vitikainen & Väisänen: 2008: 30). Haavateippiä ei tarvitse poistaa tai vaihtaa rutiininomaisesti päivittäin jos leikkaushaavan tarkasteluun ei ole jotakin erityistä syytä. Leikkaushaava voidaan jättää ilman haavasidosta 2-3 päivän kuluttua leikkauksesta. (Laato ym. 2010: 209.) Useimmiten leikkaushaava pidetään koskemattomana ensimmäiset 24 tuntia. On normaalia, että leikkaushaava erittää pieniä määriä ensimmäisen vuorokauden aikana. Mikäli leikkaushaavan vuoto on runsasta, voidaan siihen laittaa hiekkapussi ja ottaa yhteyttä lääkäriin. (Ihme & Rainto 2008: 222.) Ihanteellinen haavasidos suojaa leikkaushaavaa mekaanisilta vaurioilta ja likaantumiselta. Haavasidoksen tehtävänä on myös vaimentaa iskuja ja painetta sekä tukea leikkaushaavaa, antaa sille rauhaa ja lepoa, jotta elimistö saa suotuisat edellytykset edistää leikkaushaavan paranemisprosessia. (Niskasaari 2007: 19.) Leikkaushaavan tukemiseen ja liikkumisen helpottamiseen voi käyttää myös M-sidettä tai joustovyötä (Vitikainen & Väisänen: 2008: 30).

Leikkaushaavan hoidossa huolehditaan sen hyvästä kosteustasapainosta, jotta granulaatiokudoksen ja uudisepiteelin kehittyminen on varmempaa. Toisaalta liiallinen kosteus voi saada aikaan leikkaushaavan reunojen ja leikkaushaavan ympäristön maseroitumista eli hautumista.

(Kinnunen, Saranto & Ensio 2007: 44.) Kosteustasapainosta pidetään huolta valitsemalla oikeanlainen haavasidos. Leikkaushaavan ollessa kuiva tai lievästi erittävä, voidaan sidoksena käyttää kosteuttavaa tai kosteutta ylläpitävää sidosta, kuten hydrogeelejä ja -kollodeja. (Juutilainen & Niemi 2007: 983.) Haavasidoksen tehtävänä on estää leikkaushaavaa kuivumasta. Kuiva leikkaushaava hidastaa paranemista ja aiheuttaa potilaalle kipua. (Niskasaari 2007: 19.) Haavasidokselta vaaditaan voimakkaampaa imukykyä kun erityis on runsaampaa. Tällaiseen leikkaushaavaan sopivat hydrofibersidokset, alginaatit ja polyuretaanivaahtosidokset. (Juutilainen & Niemi 2007: 983.) Runsaasti erittävä leikkaushaava on hyvä kasvualusta bakteereille ja liiallinen kosteus voi myös aiheuttaa leikkaushaavan granulaatiokudoksen liikakasvua (Niskasaari 2007: 19).

Alatieleikkauksessa vuodon tyrehtyttämiseen käytetään tamponia, joka poistetaan leikkauispäivänä tai ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Vuodon määrää ja hajua tulisi seurata tamponin poiston jälkeen ja kirjata havainnot hoitosuunnitelmaan. (Ihme & Rainto 2008: 222.)

### 3.5 Havainnointi

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 5:** Leikkaushaavan ympäristöä tulisi havainnoida.

Perustelut:

Leikkaushaavan ympäristön tarkkailu kuuluu leikkaushaavan paranemisen arviointiin. Haavaympäristöstä voi arvioida:

- leikkaushaavan ympäristön väriä (kalpea, punoittava)
  - leikkaushaavan ympäristön ihoa (kuiva, kostea, hilseilevä, lämmin, maseroitunut, rakkulat)
  - esiintyykö allergisia oireita
  - leikkaushaavan ympäristön turvotus
  - leikkaushaavan ympäristön kipu, kosketusarkuus ja kutina
- (Iivanainen & Hietanen 2005: 31.)

Liian kostea, maseroitunut, ihottumainen ja rikki oleva iho merkitsee liiallista ihon ja eritteen välistä kontaktia. Punoittava ja ärtynyt iho kertoo, että haavasidoksen teippi tai kiinnitysmateriaali ärsyttää ihoa. (Niskasaari 2007: 18.)

Leikkaushaavasta ja sen ympäristöstä havainnoidaan haavainfektion kliinisiä merkkejä. Niitä ovat punoitus, turvotus, kuumotus, kipu, lisääntynyt ja märkäinen haavaerite sekä hajua. Leikkaushaavan paranemisen pitkittyessä, haavaeritteen lisääntyessä ja hauras, herkästi verestävä granulaatiokudos voivat kertoa leikkaushaavan infektiosta. (Kinnunen ym. 2007: 43.) Leik-

kaushaavan ollessa paranemisen alkuvaiheessa voi siinä todeta klassiset tulehduksen merkit eli turvotusta, kuumotusta, kipua ja punoitusta. Nämä merkit ovat kuitenkin normaali ilmiö eivätkä vielä tarkoita leikkaushaavan infektoitumista. (Kääriäinen 2007: 8.)

### 3.6 Dreeni

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 6:** Dreenillä poistetaan verta ja muita nesteitä leikkausalueelta. Dreenieritettä tulisi tarkkailla ja dreenin juurta tulisi seurata säännöllisesti.

#### Perustelut:

Nesteet, jotka kertyvät elimistöön, ovat hyvä elatusalusta mikrobeille. Kertyvä neste mahdollistaa mikrobien karsun ja voi aiheuttaa infektion. Dreenin avulla voidaan poistaa leikkausalueen eritteitä kuten verta, kudostenestettä ja märkää. Jos eritteitä ei poista elimistöstä, voivat ne aiheuttaa arpikudoksen muodostumista ja kiinnikkeiden syntymistä, jotka puolestaan voivat saada aikaan elinten toimintahäiriöitä ja kipua. (Iivanainen & Hietanen 2007: 14.)

Dreeni ei saa painaa ihoa, sillä se voi aiheuttaa potilaalle turhaa kipua tai painehaavan. Jos dreeni jätetään sidoksen sisään, voi sidos kiristää ja painaa dreeniä ihoon sekä leikkausalueeseen ja mahdollisesti estää pintaverenkiertoa. Dreeniä tarkkaillaessa on otettava huomioon, että se ei tukkeudu, mene mutkalle tai lytisty. Veriset hyytymät voivat aiheuttaa dreenin tukkeutumisen. (Iivanainen & Hietanen 2007: 15.)

Dreenin juurta ei tarvitse erityisemmin hoitaa jos se on kuiva. Juuren ollessa kostea, on se puhdistettava kerran päivässä kostutetulla sideharsotaitoksella. Ärtynyt iho tarvitsee suojaavaa hoitoainetta kuten Cavilonia®. Juuri tulee kuitenkin suojata haavatyynyllä tai polyuretaanivaahtolevyllä, jota voi pitää paikoillaan niin kauan kun sen läpi ei ole tullut eritettä. Jos dreenin juureen tulee veristä eritettä, on se putsattava. Yleensä dreenin kanssa voi käydä suihkussa. (Iivanainen & Hietanen 2007: 15.)

Dreenin tuottamaa eritteen määrä tarkkaillaan ja mitataan kahdesti päivässä ja aina kun täytynyt keräyspussi vaihdetaan. Tarkkailuun vaikuttavat eritteen määrä, dreenin laitton syy sekä potilaan kunto. Eritteen hajuun on syytä kiinnittää huomiota keräyspussia vaihdettaessa. Dreenieritteestä kirjataan potilaspapereihin määrä, viskositeetti ja väri. Keräyspussia tyhjenettäessä myös mahdollinen haju kirjataan. (Iivanainen & Hietanen 2007: 15-17.)

Dreeniä on tarkoitus pitää mahdollisimman vähän aikaa, sillä se on suora infektioportti elimistöön. Dreenin poistaminen tapahtuu yleensä 1.-5. postoperatiivisena päivänä riippuen dreenin laitton syystä ja eritteen määrästä. Dreenin mennessä tukkoon esimerkiksi hyytyneen veren

vuoksi ja dreeniä ympäröivä iho alkaa turvota, on dreeni syytä poistaa. Eritettä poistuu kuitenkin edelleen dreeniaukosta. (Iivanainen & Hietanen 2007: 17.)

### 3.7 Kudoshapetus

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 7:** Potilaalle tulisi turvata riittävä kudoshapetus osana hyvää leikkaushaavan hoitoa. Riittävällä kudoshapetuksella turvataan infektioriskin pieneneminen ja leikkaushaavan nopeampi paraneminen.

#### Perustelut:

Riittävä kudospesu ja siihen liittyvä kudoshapetus on merkittävää leikkaushaavan paranemisen kannalta. Leikkaushaavan paraneminen edellyttää tarvittavien ravinteiden saantia ja hyvä kudospesu turvaa sen. Samalla myös infektioriski pienenee. Riittävästä kudoshapetuksesta voidaan jossain määrin huolehtia kipulääkityksen avulla sekä pitämällä potilas lämpimänä. (Murtola & Tuuliranta 2008: 18-19.) On tärkeää ymmärtää, että happi ei voi toimia erillään parantavana tekijänä haavanhoidossa. Lisähapen antoa suositellaan lisänä muulle leikkaushaavanhoidolle. (Chandan 2009: 9.)

Solujen tulee saada tarvitsemansa happimäärä ja siksi hyvä ventilaatio on tärkeää. Hoitotyössä on auttamiskeinoja hengityksen tehostamiseen. Niitä ovat asentohoito, kivun vähentäminen, huoneen tuuletus sekä lisähapen anto happiviiksillä tai ventimaskilla. Veren happipitoisuutta tulisi seurata happisaturaatiomittarin avulla. (Ihme & Rainto 2008: 218.)

Tupakointi pahentaa kudosten hapen puutetta eli hypoksiaa supistamalla verisuonia ja heikentämällä hemoglobiinin hapenkuljetuskapasiteettia. Hapen puute kudoksessa heikentää leikkaushaavan paranemista normaalisti. Kudoshypoksia lisää myös leikkaushaavan infektioriskiä. (Laato 2004: 48; Saarialho-Kere 2006: 3199.) Tupakansavun sisältämä häkä vähentää myös kudoshapetusta sitomalla hemoglobiinia monin kerroin paremmin kuin happi. Tupakansavulla on myös monia toistaiseksi tuntemattomia vaikutusmekanismeja heikentää leikkaushaavan paranemista ja lisää infektioriskiä. (Murtola & Tuuliranta 2008: 19; Koljonen, Patja, Tukiainen 2006: 3204.)

### 3.8 Kirjaaminen

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 8:** Leikkaushaavan hoidosta tulisi kirjata tarkasti potilaspapereihin.

#### Perustelut:

Keskeinen terveydenhuollon ammattilaisen työtehtävä on dokumentoida potilastietoja. Se on tärkeä keino viestiä potilaan hoidosta tarvittavat tiedot ja on näin ollen osa tiedonkulkua.

Laadukkaan ja turvallisen hoidon perustana on jatkumo dokumentoinnin ja tiedonkulun välillä. Hyvin toteutettu dokumentointi luo myös pohjan turvallisuusriskien hallinnalle. Potilasasiakirjoista tulee ilmetä hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi asianmukaiset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. (Potilasturvallisuusopas 2011: 26; Kinnunen, Saranto & Ensio 2008: 71.) Leikkaushaavan hoidon dokumentoinnilla varmistetaan, että leikkaushaavan paranemista seurataan, arvioidaan, turvataan leikkaushaava hoidon jatkuvuus, tiedon siirtyminen mahdolliseen jatkohoitopaikkaan sekä arvioidaan leikkaushaavan hoitoon käytettyjä hoitomenetelmiä (Kinnunen 2007: 29).

Potilastiedoista tulisi ilmetä selkeä leikkaushaavan hoidon suunnitelma, hoitajan huolellinen kuvaus leikkaushaavasta, annetuista hoidoista ja arvio hoidon vaikuttavuudesta (Vitikainen & Väisänen 2008: 31). Hoitajan pitäisi pystyä hahmottamaan ja raportoimaan leikkaushaavan kokonaistilanne näkemättä leikkaushaavaa. Leikkaushaavasta kirjataan sijainti, erityis ja sen määrä, leikkaushaavan ympäristön kunto, leikkaushaavan haju ja leikkaushaavan hoito. (Saarela & Tuovinen 2007: 38-39.)

Leikkaushaavan ulkonäön kuvaamisessa tulisi käyttää adjektiiveja eikä vain ilmaista ”haava siisti” tai ”parempi kuin eilen”. Ulkonäön kuvaamisessa voi käyttää värejä punainen, vihertävä, harmaa, keltainen, katteinen, nekroottinen. Myös leikkaushaavan eritteen hajua tulisi kuvailla esimerkiksi imelä, pistävä, hapan, märkäinen. (Niskasaari 2007: 18.)

Kirjaamisen arviointikriteereinä puhtaan leikkaushaavan hoidossa voi olla:

1. Leikkaushaavan puhdistus	suihkutus ja aika
	keittosuolalla tai kädenlämpöisellä vedellä pesu
2. Leikkaushaavan infektion merkkien seuranta	punoitus
	turvotus
	kuumotus
	kipu
	lisääntynyt ja märkäinen leikkaushaavaerite
	lisääntynyt haju
	viivästynyt leikkaushaavan paraneminen
	hauras ja herkästi verestävä granulaatiokudos
	bakteerilöydös leikkaushaavasta
	potilaan lämmön nousu

	kohonnut CRP ja leukosytoosi
	leikkaushaava siisti, ei infektion merkkejä

3. Leikkaushaavan vuodon määrä	leikkaushaava kuiva, kova tai karstainen
	leikkaushaava kuiva, ei eritystä
	vähäistä eritystä
	kohtalaista eritystä
	runsasta eritystä

4. Eritteen laatu	erite kirkasta
	erite sameaa
	erite veristä
	erite märkäistä

5. Leikkaushaavan ympäristö	terve
	punoittava
	turvonnut
	rikki
	maseoitunut
	kostea
	kuiva

6. Haavasidoksen vaihto	haavasidos puhdas, ei vaihdettu
	haavasidos vaihdettu

7. Käytetty haavanhoitotuote	hydrokolloidi
	alginaatti
	hydrogeeli
	polyuretaanivaaho
	hydrofiber
	muu, mikä?

8. Kudosimu, dreeni	kudosimussa eritettä
	kudosimusta tyhjennetty + määrä
	kudosimu poistettu

Taulukko 2. Kirjaamisen arviointikriteerit (Kinnunen 2007: 111-113).

### 3.9 Ohjaus

**SUOSITELTAVA KÄYTÄNTÖ 9:** Potilaalle tulisi antaa riittävästi ohjausta ja tietoa leikkaushaavan hoidosta. Hoitajan tulisi huolehtia, että potilas osaa tarkkailla leikkaushaavasta tulehduksen merkkejä.

Perustelut:

Ohjaustilanteessa potilas on aktiivinen osapuoli hoitohenkilökunnan toteuttaessa ohjausta. Ohjausta määrittävät kansainväliset sopimukset ja kansalliset lait sekä asetukset. Ne muodostavat ohjaukselle minimivaatimuksen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säättää, että potilaan on saatava asianmukaista ja tietoa terveydentilastaan, hoidon keinoista, vaikutuksista ja mahdollisista riskitekijöistä. On myös huolehdittava, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. Potilaskeskeisessä ohjauksessa tuetaan potilaan oma-aloitteisuutta ja rakennetaan potilaan ja hoitajan välille luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Tasavertainen ohjaussuhde käsittelee ohjaajan ja ohjattavan persoonalliset ominaisuudet, käytännön tuntemuksen, sekä sanattoman ja sanallisen viestinnän ilmaisut. (Kättö 2009: 7-8; Nylander 2002: 49; Kääriäinen & Kyngäs: 2004: 209-211.)

Potilaat kotiutuvat entistä nopeammin hoitoaikojen lyhentyessä, jolloin myös heille annettavan ohjauksen määrä vähenee. Potilaalle tulisi kuitenkin antaa valmiudet hoitaa itseään, jonka vuoksi heidän ohjaaminen hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa on tärkeää. Potilaan yksilölliset tarpeet tulisi selvittää ja sitä kautta tukea potilasta omahoidossaan. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005: 10; Johansson & Mikkonen 2008: 56.) Ohjauksen tulisi tapahtua kaksisuuntaisen vuorovaikutuksena. Potilaat odottavat saavansa tukea, kannustusta, kuuntelemista, positiivista palautetta ja mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteita. Ohjausprosessin tarkoitus ei ole kulkea rutiininomaisesti vaan olla aktiivista ja tavoitteellista. Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä toimintaa, jonka edellytyksiä ovat terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet, resurssit ja toimintaympäristön organisointi. (Kääriäinen ym. 2005: 10; Nylander 2002: 40.)

Kirjallinen potilasohje on merkittävä osa potilaan hyvää hoitoa. Yhdessä suullisen ohjauksen kanssa kirjallinen materiaali täydentää ja vahvistaa ääneen sanottua, josta potilaat yleensä muistavat vain osan. Suullisella ohjauksella on mahdollista tarkistaa onko potilas ymmärtänyt saamansa kirjalliset ohjeet. Kirjallisista ohjeista potilas voi kerrata tietoja omassa rauhassa silloin kun se hänelle sopii. Kirjallisesta ohjeesta on potilaalle hyötyä vain jos hän ymmärtää lukemansa tekstin ja noudattaa ohjeita oikein. (Ali-Raatikainen & Salanterä, S. 2008: 63; Alho & Nylund 2002: 58-59; Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2004: 224-225; Kääriäinen & Kyngäs 2004: 211-212.) Leikkaushaavan hoito-ohjeet ovat selkeitä käytännön toimintaohjeita. Ohjeen otsikko selvit-

tää mihin liittyvästä ohjeesta on kysymys. Käskymuotojen käyttö ei ole asianmukaista ja saa potilaan tuntemaan itsensä ymmärtämättömäksi käskyläiseksi, mikä ei luo luottamuksellista hoitosuhdetta. Suoria käskyjä toimivampi muoto on perustelut, jolloin potilas voi myös toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. Annettavan tiedon tulisi olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Kirjallisen materiaalin tulisi sisältää vastauksia kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Lukijalle on tärkeää antaa se tieto, joka on hänen kannaltaan keskeistä. Kirjallisen ohjeen lopussa tulisi olla tiedot ohjeen tekijöistä, yhteystiedot ja viitteet lisätietoihin. Hyvässä potilasohjeessa kerrotaan minne potilas voi ottaa yhteyttä jos hän ei ole ymmärtänyt ohjetta tai hänelle on tullut muuta kysyttävää. (Lampinen & Matilainen 2005: 50; Alho & Nylund 2002: 54; Johansson & Mikkonen 2008: 57.) Kuvien käyttö potilasohjeissa herättää mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään sanomaa. Kuvatekstit helpottavat kuvien luentaa eikä kuvia tulisikaan jättää tekstittämättä. Kuvien valinnassa olisi tärkeää huomioida, ettei kuva loukkaa ketään. (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006: 67.)

Kirurgiset potilaat ovat ilmaisseet tarpeensa myös perheenjäsenten ohjaamisessa ja opettamisessa. Potilas ei aina itse pysty hoitoon, jolloin vastuu saattaa jäädä omaiselle. Aviopareille annettu yhtäaikainen ohjaus auttaa muistamaan asiat kotona. Omaiset tarvitsevat rohkaisua, sillä opittavat asiat voivat olla hyvinkin vieraita ja ahdistavia henkilöille, jotka eivät ole tekemisissä hoitotyön kanssa. Potilaalta vaaditaan aina suostumus jos omaiset osallistuvat ohjaukseen ja opetukseen. (Nylander 2002: 57; Anttila, Kukkola, Mattlar, Moilanen, Risteli-Ahola, Haapsaari, Koivikko & Verronen 2006: 44-55; Kääriäinen & Kyngäs 2004: 211.)

#### 4 PROJEKTIN ARVIOINTI

Suosittelvat käytänteet laadittiin Naistenklinikan osastolle 11 aiheesta suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkauspotilaan puhtaan leikkaushaavan hoitoon. Työtä helpotti toisen projektissa työskennelleen opiskelijan työharjoittelu syksyllä 2009 Naistenklinikan osasto 30:llä. Aihe valittiin mielenkiinnosta leikkaushaavan hoitoon. Projektiraportti aloitettiin projektisuunnitelmalla, jossa aihetta alettiin rajata. Suuri osa ajasta käytettiin tiedonhakuun. Projektiraportti valmistui suunnitellun aikataulun mukaisesti. Oman haasteensa aikataulutukseen antoi kahden opiskelijan aikataulujen yhteensovittaminen. Myös projektiryhmässä tapahtunut muutos viivästytti hetken aikaa prosessin etenemistä. Suositeltavien käytänteiden luominen tuntui aluksi epävarmalta. Tiedonhaun ja lähdemateriaalin lisääntyessä sekä hoitotyön käytänteiden ja tutkimuksien toistuessa myös varmuus projektiraportin sisällöstä lisääntyi.

#### 4.1 Projektin tuotoksen arviointi

Yhtenäiset käytänteet puhtaasta leikkaushaavan hoidosta lisäävät potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Käytänteistä on tehty selkeitä ja hyvin perusteltuja, jotta ne on helppo siirtää käytännön työhön. Jokaisesta käytänteestä tehtiin lyhyt, helposti ymmärrettävä suositus, jotta ne on mahdollista poimia nopeasti muun sisällön joukosta. Suositeltavia käytänteitä luodessa haasteita on tuonut relevantin tiedon poimiminen. Prosessin edistyessä ja kokonaisuuden selkiytyessä tutkittua tietoa löytyi enemmän ja uutena haasteena tiedon runsaudelle tuli, miten työstä saadaan tiivis, selkeä ja kattava paketti.

Tiiviimpi yhteistyö osaston 11 kanssa olisi voinut tuottaa yksilöllisemmät suositeltavat käytänteet juuri heidän tarpeisiinsa ja joidenkin osa-alueiden painotus olisi voitu toteuttaa. Keskeisenä ajatuksena käytänteistä nousee leikkaushaavan infektion ehkäisy ja aseptinen toiminta. Suositeltavien käytänteiden luomisessa on pyritty huomioimaan ympäristö, jonka käyttöön ne on tuotettu.

#### 4.2 Oppimisen ja asiantuntijuuteen kasvamisen arviointi

Prosessi on yllättänyt lopputuloksellaan. Aiheen valinnasta työn valmistumiseen on kasvanut laajempi kokonaisuus kuin mitä oletettiin. Yksinkertaisesta aiheesta tuli moniulotteisempi ja tiedonhaku helpottui kun tiedettiin mitä etsiä.

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitotyöntekijä käyttää hyväksi ammatillista asiantuntijuuttaan, hoitosuosituksia, tutkimustietoa sekä potilaan tarpeisiin ja kokemuksiin perustuvaa tietoa. Hoitotiede on hoitotyöntekijän työn perusta ja hän on vastuussa ammattitaitonsa ja ammattinsa aktiivisesta kehittämisestä. Hoitotyöntekijä johtaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja arvioi sen toteutumista sekä vastaa tutkimukseen perustuvasta terveyden- ja sairaanhoidon laadusta ja kehittämisestä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006: 63.) Prosessi on opettanut hoitotyön laadun kehittämistä ja hoitotieteen vaikuttavuuden merkittävyyttä. Yhtenäisten näyttöön perustuvien käytänteiden luominen on lisännyt ammattitaitoa ja asiantuntijuutta leikkaushaavan hoidossa. Hoitotyössä korostetaan näyttöön perustuvuutta, tutkitun tiedon käyttämistä päätöksenteossa ja toiminnoissa. Nykypäivän työelämässä suuntana on asioiden kehittyminen ja innovatiivinen työote. Jatkuva oppiminen pitää työn mielekkäänä ja kehittää sen laatua. Tämän projektiraportin myötä on helpompaa lähteä jatkossa kehittämään laadullista toimintaa ja työyhteisöä sekä hyödyntää tutkittua tietoa käytännön työelämässä.

Perehtyminen naistentauteihin on tuonut tarkemman käsityksen gynekologisen potilaan hoidosta ja sairauksista. Hoitaessa gynekologista potilasta tulee olla vankka tietotaitopohja nais-

tentaudeista, naisen anatomiasta, seksuaalisuudesta potilaan kohtaamisesta ja minäkuvasta. Tämä työ on lisännyt ja syventänyt tietoutta naisen mahdollisesta sairastumisesta ja leikkaushaavan hoidosta. Yhteistyö moniammatillisessa tiimissä kuuluu sairaanhoitajan työhön. Prosessin edetessä on yhteistyötä tehty useiden eri tahojen kanssa. Kynnys toimia eri alojen asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä on pienentynyt.

Suosittelavien käytänteiden vaikuttavuutta ja terveyshyötyjä voisi tulevaisuudessa arvioida mittaamalla. Mikäli uutta tietoa julkaistaan tai käytänteissä huomataan parannettavaa, olisi niitä hyvä päivittää. Potilaiden sekä osaston omaan käyttöön voisi luoda potilasoppaan, josta tieto on nopeasti saatavilla ja potilas saisi itsehoitoonsa varmuutta sekä tukea. Kaikkea suullisesti käytyjä ohjeita on vaikea muistaa ja potilasoppaasta potilas saisi kerrata leikkaushaavan hoitoa omassa rauhassaan hänelle sopivalla hetkellä.

## LÄHTEET

- Aholaakko, T-K., Haggren, K. Heino, K., Kangas, R., Kohonen, A., Kumpula, M., Mäenpää, I., Tanskanen, M. & Vänttinen, H. 2009. Laurean ja HUS/HYKS Naisten- ja lastentautien tulosityksikön naistentautien ja synnytysten vastuualueen hoitotyön laadunkehittämishankkeen toteutumisen arviointi 2008-2009 ja hankkeen toteutumissuunnitelma vuosille 2009-2010.
- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Pro-gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ali-Raatikainen, P. & Salanterä, S. 2008. Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallisista potilasohjeista. Teoksessa Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turun yliopisto.
- Anttila, M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Haapsaari, N., Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Bützow, R., Grenman, S., Kuoppala, T., Mervaala, E., Mäenpää, J., Puistola, U., Ristolainen, R., Salmi, T., Taina, E., Vuento, M. & Yliskoski, M. 2007. Munasarjasyöpä. Päivitetty Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. [PDF-dokumentti]. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi25050.pdf>>. (Viitattu 25.10.2011).
- Chandan, K. 2009. Wound Healing Essentials: Let There Be Oxygen. Wound Repair Regen 17(1): 1-18.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-2. painos Helsinki: WSOY.
- Fernandez, R. & Griffiths, R. 2008. Water for wound cleansing (review). The Cochrane Collaboration. [PDF-dokumentti]. <[http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003861/pdf\\_fs.html](http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003861/pdf_fs.html)>. (Viitattu 17.11.2011).
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. Tutkiva hoitotyö Vol.2 (3), 16-21.
- Harding, K. 2004. Kivun vähentäminen haavanhoidossa. Haava 4, 18-25.
- Hietanen, H. Iivanainen, A. Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo. Ws Bookwell Oy.
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri a. Naisten- ja lastentautien tulosityksikkö. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,13344>>. (Viitattu 8.1.2011).
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri. Osastot. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,1213>>. (Viitattu 8.1.2011).
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.

- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. I.painos. Helsinki: Edita Prima.
- Iivanainen, A. & Hietanen, H. 2005. Avoimen haavan paranemisen arviointi ja kirjaaminen. *Haava* 3, 30-33.
- Iivanainen, A. & Hietanen, H. 2007. Dreeni, haavaimu ja niiden hoitaminen. *Haava* 1, 14-17.
- Iivanainen, A., Skarp, E. & Alahuhta, M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. *Haava* 4, 25-29.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna. Tammi. Kariston kirjapaino Oy.
- Johansson, K. & Mikkonen, S. 2008. Päiväkirurgisesta leikkauksesta toipuvan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto. Teoksessa Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto.
- Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. *Duodecim* 123, 979-985.
- Kainulainen, K. 2010. Levitänkö mikrobeja, tartutanko tauteja -käsien merkitys laitosinfektioiden torjunnassa. *Suomen Sairaalahygienialehti* 28(3): 147-150.
- Kinnunen, U.-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kinnunen, U.-M., Saranto, K. & Ensio, A. 2008. Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. *Hoitotiede* Vol. 20(2), 70-81.
- Koljonen, V., Patja, K. & Tukiainen, E. 2006. Tupakoinnin vaikutukset haavan paranemiseen. *Suomen Lääkärilehti* 33, 3203-3207.
- Korhonen, P., Helminen, M., Joutsu, M., Malmila, S., Saarela, R., Sinkkonen, J. & Soikka, M. 2009. Infektioiden torjunta vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 6/2009. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kuusela, P. 2010. Hygieenisesti saksittua. *Suomen Sairaalahygienialehti* 28(3), 160-161.
- Kättö, T. 2009. Gynekologisen tähytyspotilaan ohjaus päiväkirurgiassa. Pro-gradu- tutkielma. Turku/Turun yliopisto.
- Kääriäinen, K. & Kyngäs, H. 2004. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* Vol. 17(4), 208-214.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamistaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* Vol.3, 10-15.
- Kääriäinen, M. 2007. Leikkaushaavan paraneminen. *Haava* 3, 8.
- L 1986/583 = Tartuntatautilaki. [WWW-dokumentti].  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>>. (Viitattu 10.11.2011).
- Laato, M. 2007. Haavan paraneminen. Teoksessa Roberts, P.-J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) *Kirurgia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laato, M., Veräjänkorva, E. & Kössi, J. 2010. Leikkaushaavan paraneminen ja jälkihoito. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. 6. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lampinen, M. & Matilainen, K. 2005. Potilaan voimavaroja tukeva kirjallinen ohjausmateriaali. Teoksessa Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.) Potilasohjausta kehittämässä - innostusta ja innovaatioita-. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän yliopistopaino.

Laurea-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. [WWW-dokumentti]. <<https://opinto.laurea.fi/opas/opas.asp?opetussuunnitelmaID=4&kieli=fin&lan=fin>>. (Viitattu 30.12.2010).

Lauri, S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

Leminen, A. 2009. Gynekologiset syövät. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00106](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00106)>. (Viitattu 25.10.2011).

Liljeblad, T.-K. 2007. Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanke 2007-2012. Hankesuunnitelma.

Mattila, E. & Niemi, R. 2011. Katse kynsiin! Suomen Sairaalahygienialehti 29(3), 157-159.

Meriö-Hietaniemi, I. & Hietaniemi, K. 2011. Oikeaa käsihygieniaa - ei yksin hansikkain. Suomen Sairaalahygienialehti 29(2), 88-90.

Murtola, T. & Tuuliranta, M. 2008. Haavan paranemisen optimointi. Haava 4, 18-22.

Mäkinen, A. 2011. Vastaanottaja Strand S. Lähetetty 21.11.2011 (Viitattu 21.11.2011). Yksityinen sähköpostiviesti.

Naisen sukupuolielimet. 2008. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00250](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00250)>. (Viitattu 10.11.2011).

Naistentautienklinikka. 2008. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,1336,1340>> (Viitattu 12.1.2011).

Nieminen, P., Anttila, A., Bützow, R., Heikkilä, E., Hiltunen-Back, E., Mäenpää, J., Puistola, U., Rantanen, V., Rintala, M., Räisänen, I., Santalahti, A., Talvensaari-Mattila, A., Vartiainen, J., Vuento, M. & Ylikoski, M. 2010. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset. Päivitetty Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. [PDF-dokumentti]. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50049.pdf>>. (Viitattu 30.10.2011).

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S.-E. 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15.-17. painos. Helsinki: WSOY.

Niskasaari, M. 2007. Haavan paikallishoidon suunnittelu. Haava 1, 18-19.

Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Helsinki: Sta-kesin monistamo.

Nylander, U. 2002. Potilaan opettaminen. Lähtökohtana potilaslähtöisyys. Pro-gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Oikea käsihygienia. 2007. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p\\_navi=59736&p\\_sivu=52341](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_navi=59736&p_sivu=52341)>. (Viitattu 25.11.2011).

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Kipu. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Potilasturvallisuusopas. potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Pukki, T. 2007. Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa. Haava 3, 11-13.

Rantala, A. 2005. Kirurginen mikrobiprofylaksi: kenelle, milloin ja miten?. Duodecim 121: 1676-1678.

Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Saarialho-Kere, U. 2006. Tupakointi heikentää haavojen paranemista. Suomen Lääkärilehti 33, 3199.

Saarela, J. & Tuovinen, S. 2007. Haavanhoidon kirjaamisen kehittäminen. Haava 1, 38-39.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2007. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.-L., Pulkkinen, M.-L. & Leino-Kilpi, H. 2004. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede Vol.17(4), 217-227.

Salmi, T. & Leminen, A. 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygieniä. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Tanninen, S. & Koivula, A. 2007. Leikkaushaavan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Terho, K. 2007. Käsihygieniä sairaalainfektion ehkäisyssä. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. THL esittää HPV-rokotetta rokotusohjelmaan ja kohdunkaulan syövän seulonnan tehostamista. [WWW-dokumentti]. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=25746](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=25746)>. (Viitattu 29.10.2011).

Tiitinen, A. 2011a. Kohdunrunjon syöpä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00145](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00145)>. (Viitattu 31.10.2011).

Tiitinen, A. 2011b. Munasarjasyöpä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00156](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00156)>. (Viitattu 25.10.2011).

Tiitinen, A. 2011c. Ulkosyntyttimien syöpä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00748](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00748)>. (Viitattu 29.10.2011).

Tiitinen, A. 2011d. Emätinsyöpä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00725](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00725)>. (Viitattu 30.10.2011).

Tiitinen, A. 2011e. Istukkasyöpä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00643](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00643)>. (Viitattu 30.10.2011).

Vaalasti, A., Heikkilä, E., Juutilainen, V., Kuokkanen, O., Malanin, K., Nissinen-Paatsamala, K., Reunala, T., Tuuliranta, M., Valve, K. & Viljamaa, J. 2007. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. [PDF-dokumentti]. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50058.pdf>>. (Viitattu 31.10.2011).

Vitikainen, P. & Väisänen, T. 2008. Haavanhoitokäytäntöjä synnytys- ja naistentautiosastolla. Haava 1, 30-31.

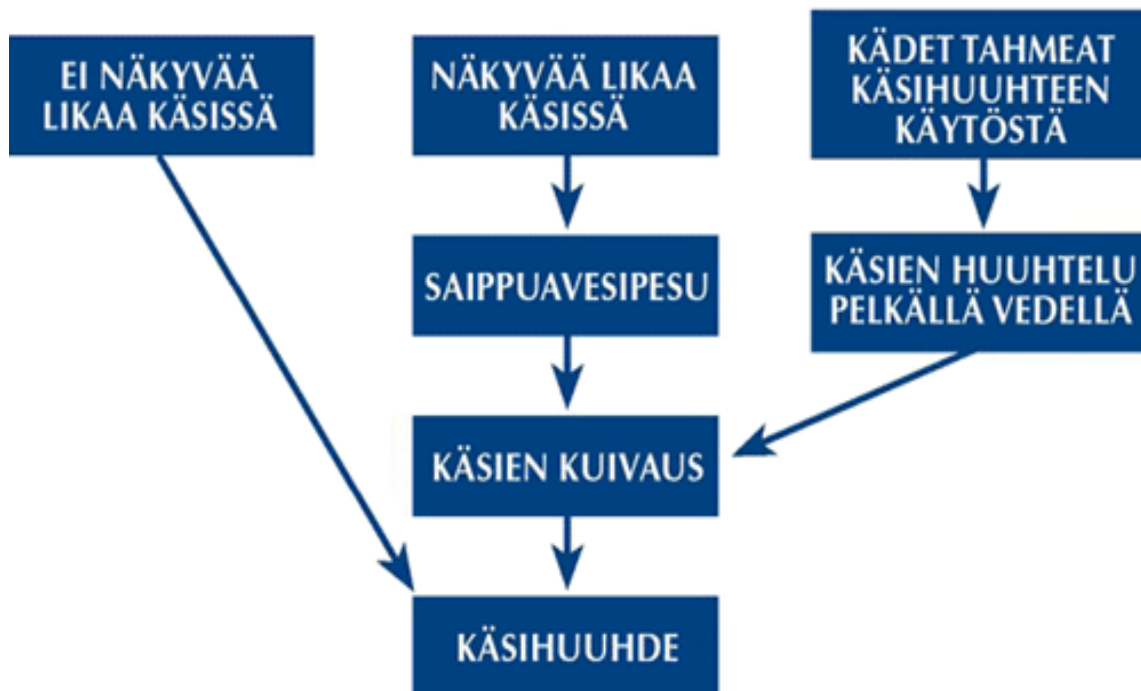
Von Schantz, M., Salanterä, S. & Leino-Kilpi, H. 2008. Hoitotyöntekijöiden ja potilaiden tiedot sairaalainfektioista ja käsihygieniasta sairaalainfektion torjunnassa. Hoitotiede Vol. 20(2), 92-100.

Ylikorkala, O. & Kauppila A. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Neljäs uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1. Käsihygienia

# KÄSIHYGIENIA



(Lähde: Oikea käsihygienia 2007.)