



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Suositteltavat käytänteet synnyttäneen äidin episiotomiahaavan hoitoon

---

Törrönen, Tuulikki

Valmi, Tuire

Vuorialho, Marleena

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

Suosittelvat käytänteet synnyttäneen äidin haavanhoitoon

-Projektiraportti

Törrönen, Tuulikki  
Valmi, Tuire  
Vuorialho, Marleena  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2011

Tuulikki Törrönen, Tuire Valmi & Marleena Vuorialho

### Suosittelvat käytänteet synnyttäneen äidin episiotomiahaavan hoitoon

Vuosi 2011 Sivumäärä 53 +11

---

Projektimme on osa Laurea-ammattikorkeakoulun sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön 2007 -2012 laadunkehittämishanketta. Kehittämishankkeessa opiskelijat, opettajat ja työelämän asiantuntijat työskentelevät yhdessä luoden uusia hoitotyön käytänteitä, malleja ja suosituksia. Projektin tavoitteena on kehittää hoitotyötä tutkimusnäyttöön perustuen. Projektiryhmäämme kuuluvat Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat Tuulikki Törrönen, Tuire Valmi ja Marleena Vuorialho, lehtori Marja Tanskanen ja Naistenklinikalta kliinisenä ohjaajana kättilö Miia Virtanen.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli luoda suositellavat käytänteet synnyttäneen äidin episiotomiahaavan hoitoon sekä tehdä kotihoito-ohje synnyttäneille äideille. Suositukset ja ohjeet perustuvat kliiniseen sekä tutkittuun tietoon. Luomamme suositellavat käytänteet pohjautuvat suorittamaamme tiedonhakuun. Aihetta on kansallisella tasolla tutkittu niukasti ja olemme ottaneet kansainvälisiä tutkimuksia suosituksen tueksi. Laadimme 11 suositeltavaa käytännettä, jotka perustuvat pääosin tutkittuun tietoon, mutta myös kokemukseräistä tietoa on hyödynnetty. Episiotomia tarkoittaa välilihan leikkausta alatiesynnytyksen yhteydessä. Niiden määrä on vähentynyt viime vuosikymmeninä, mutta silti tämä aihe koskettaa osaa synnyttäneistä äideistä. Episiotomiahaavan hoito on suurelta osin kättilöiden ”hiljaisen tiedon” varassa ja episiotomiahaavan hoidossa kokemukseräisen tiedon vaikuttavuus on huomattavaa. Asenteet episiotomian tarpeeseen ovat muuttuneet vuosien mittaan, 1980-luvulle asti episiotomioita tehtiin lähes rutiininomaisesti, kun taas nykypäivän ajatuksena on, että repeämät paranevat paremmin kuin episiotomiat.

Tiedonhaun perusteella voidaan todeta, että yhtenäisille hoitokäytänteille on tarvetta. Synnyttäneen äidin hoidossa tulee huomioida sekä äiti että vauva, joka voi tuoda haasteita hoitotyöhön. Tänä päivänä monikulttuurisuus on osa hoitotyötä, mikä tuo oman lisänsä synnyttäneen äidin hoitoon. Naisen hoidossa tulee huomioida intimitettisuoja, koska hoidot kohdistuvat naisen genitaalialueelle, joka koetaan hyvin araksi alueeksi. Tiedonhaun tuloksena voidaan todeta, että tutkittuun tietoon perustuvaa lähdemateriaalia löytyi eniten haavanhoidosta. Episiotomiahaava ja erilaiset repeämät ovat olleet viime aikoina olleet esillä mediassa. Potilasohjaus episiotomiahaavan hoidossa on merkittävässä asemassa.

Avainsanat: Suositellavat käytänteet, synnyttänyt äiti, haavanhoito, episiotomia, väliliha

Tuulikki Törrönen, Tuire Valmi & Marleena Vuorialho

**Recommended practices for the episiotomy wound care of a recently delivered mother**

Year	2011	Pages	53 + 11
------	------	-------	---------

---

This thesis is part of the quality improvement project between Laurea University of Applied Sciences and the fields of gynecology and obstetrics of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The purpose of this project is to improve evidence-based nursing education through improvement projects and professional qualifications.

The goal of this thesis was to create recommended practices for the episiotomy wound care of a recently delivered mother and also to provide written home care advice for mothers. The recommended practices and instructions are based on evidence-based nursing which consists of action-based, scientifically-based and experience-based evidence. These recommended practices are based on the literature review portion of this thesis. At the national level there is little research on this subject, and thus we have used international research papers and reviews as a basis for the recommended practices. During this thesis process we have detected the demand for recommended practices. These recommended practices are mainly based on research but we have also used empirical knowledge. The episiotomy wound care is mostly influenced by the midwife's tacit knowledge. This issue is sensitive and challenging for both mothers and medical staff. The attitudes towards episiotomy have changed over the years. Until 1980s episiotomies were performed almost routinely but nowadays the opinion is that perineal tears heal better than episiotomies.

Based on the research it can be stated that there is a need for unified practices in nursing. In the care of a recently delivered mother it is important to pay attention to both the mother and child which brings challenges to nursing. Nowadays multiculturalism plays a significant role in patient care issues which has an effect on nursing. An episiotomy is a cut in the perineum during vaginal childbirth. Although the number of episiotomies has decreased in the last decades, the subject involves some mothers. In the treatment of a woman privacy is important because the treatment concerns the genital area. As a conclusion it can be said that the source material based on research is mostly about wound care. The episiotomy wound and various tears have recently been discussed in media. Patient guidance in the treatment of an episiotomy wound is important.

Keywords: Recommended practices, recently delivered mother, wound care, episiotomy, perineum

## SISÄLLYS

1	PROJEKTIN TAUSTA .....	6
1.1	Projektin tarkoitus ja tavoitteet .....	6
1.2	Projektiryhmän kuvaus .....	7
1.3	Projektitympäristön kuvaus .....	7
1.4	Projektin eteneminen .....	7
2	TIEDONHAKU AIHEESTA SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN HAAVANHOITO .....	10
2.1	Tiedonhaku .....	10
2.2	Synnyttänyt äiti.....	11
2.2.1	Monikulttuurisuus .....	12
2.2.2	Intimiteettisuoja.....	13
2.3	Episiotomia .....	14
2.3.1	Episiotomian historia ja yleisyys .....	16
2.3.2	Naisen genitaalialueen anatomia .....	17
2.3.3	Raskauden aikaiset muutokset naisen elimistössä .....	18
2.3.4	Synnytyksen jälkeiset anatomiset muutokset .....	20
2.3.5	Synnytysrepeämät .....	20
2.4	Haavanhoito.....	22
2.4.1	Ihon rakenne.....	23
2.4.2	Haavan paraneminen.....	24
2.4.3	Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä .....	26
2.4.4	Haavakivun hoito .....	27
2.4.5	Episiotomiahaavan hoito .....	29
2.4.6	Katsaus sairaanhoitopiirien episiotomiahaavan hoito-ohjeistuksiin ...	31
2.5	Potilasohjaus .....	32
2.5.1	Eettisyys ohjaamisessa.....	33
2.5.2	Kirjallinen potilasohje .....	34
2.5.3	Puhelinohjaus .....	35
2.6	Kirjaaminen ja raportointi.....	36
3	SUOSITELTAVAT KÄYTÄNTEET .....	37
3.1	Suosittelvat käytänteet.....	38
4	ARVIOINTI.....	45
4.1	Projektin arviointi.....	45
4.2	Oman oppimisen arviointi .....	46
	LÄHTEET .....	48
	LIITTEET .....	54
	LIITE 1 Tutkijantaulukko .....	54
	LIITE 2 Episiotomiat sekä repeämien leikkaukset Suomessa 2008-2009. ....	56
	LIITE 3: VAS-mittari.....	57
	LIITE 4: Tiedonhaku.....	58



## 1 PROJEKTIN TAUSTA

Opinnäytetyömme on osa Laurea-ammattikorkeakoulun sekä Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön 2007 - 2012 laadunkehittämiss-hanketta. Hankkeen tavoitteena on vastata naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämistarpeisiin. (Aholakko 2007: 5.) Hanke perustuu Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämään Learnign by Developing-toimintamalliin, jossa yhteen sovi-tetaan oppimisprosessi ja työelämälähtöinen kehittämishankeprosessi. Kehittämishankkeen hankeympäristössä työskentelevät yhteistyössä opiskelijat, opettajat sekä työelämän asian-tuntijat. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2010.)

Projekti on alkanut vuosina 2004- 2006 pilottihankkeella Naistenklinikan leikkaus- ja anes-tesiaosastolla. Yhteistyöhanketta päätettiin jatkaa positiivisten tulosten perusteella vuosina 2007 - 2012. Hoitotyön kehittämistä voidaan pitää tarpeellisena, sillä viime vuosina on kiinni-tetty erityistä huomiota muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon työn edellyttämään am-mattitaitoon, saavutettavuuteen, henkilökunnan riittävyteen, henkilökohtaisiin ja ammatilli-siin voimavaroihin, hoitotyön laadun kehittämiseen sekä erityisesti ammattitaidon ylläpitämi-seen. Kun hoitotyötä kehitetään ja opitaan aidoissa työelämän kehittämishankkeissa, pysty-tään vastaamaan tarvittaviin ammatillisiin kehitystarpeisiin. (Aholakko 2007:5.)

### 1.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Ammattikorkeakoulussa tavoitteena on, että opiskelija kehittyy korkeatasoiseksi ammatilli-seksi asiantuntijaksi. Asiantuntijuus kehittyy yhteydessä työelämään, minkä vuoksi ammatti-korkeakoulujen opinnäytetöiden tulisi olla lähtöisin työelämän haasteista ja opiskelijan ta-voitteena on kehittää erilaisia toimintamalleja. (Frilander-Paavilainen 2005:33.)

Projektin tarkoituksena on mahdollistaa kehittämishankkeissa oppiminen yhteistyössä Helsin-gin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiriin Naisten- ja Lastentautien tulosyksikön naistentautien ja synnytysten vastuualueen ja Laurea-ammattikorkeakoulun välillä. Hankkeen tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuvan hoitotyön laatua ja potilaan hoidon jatkuvuutta sekä laatua. Henkilökunnan ammattitaito, opiskelijoiden oppiminen sekä verkostoituminen kehittyvät han-ketyöskentelyssä. Asiantuntijuuden kehittyminen ja vaikutusmahdollisuuksien hyödyntäminen ovat myös keskeisiä asioita hanketyöskentelyssä. (Aholakko 2009:2-4.)

Opinnäytetyömme aihe on lähtöisin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin (HUS) Naisten-klinikan henkilökunnan toiveista ja tarpeista. Opinnäytetyömme tavoitteena on luoda laaduk-kaat suositeltavat käytänteet episiotomiahaavan hoitoon tutkittuun tietoon perustuen ja teh-dä niiden pohjalta episiotomiahaavan kotihoito-ohjeet äideille. Opinnäytetyömme tarkoituk-sena on yhtenäistää hoitokäytänteitä ja potilaan ohjausta. Opinnäytetyössämme syvennämme

asiantuntijuuttamme, kehitämme yhteistyötaitojamme sekä verkostoidumme. Tavoitteenamme on esitellä valmis opinnäytetyö toukokuussa 2011 Naistenlinikalla.

## 1.2 Projektiryhmän kuvaus

Projektiin kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) HYKS-sairaanhoitoalueen naisten- ja lastentautien tuloyksikön naistentautien ja synnytysten vastuualueen henkilökunta Naistenklinikan lapsivuodeosastolta. Kliinisenä ohjaajana toimii Naistenlinikalta kättilö Miia Virtanen ja Laura-ammattikorkeakoulusta projektiin osallistuvat hankekoordinaattori, yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakko, ohjaava lehtori Marja Tanskanen sekä terveydenhoitajaopiskelijat Tuulikki Törrönen ja Marleena Vuorialho ja sairaanhoitajaopiskelija Tuire Valmi.

## 1.3 Projektiympäristön kuvaus

Naistenlinikka on valmistunut vuonna 1934, jolloin se oli Euroopan suurin naistentautien ja synnytysten klinikka. Nyt Naistenlinikalla työskentelee kaikki ammattiryhmät yhteenlaskettuna 712 työntekijää, osastoja on 8 ja sairaansijoja 142. (HYKS 2011.) Synnytyksiä Naistenlinikalla vuonna 2010 oli 5 624 kappaletta ja lapsia syntyi 5 823 (HUS 2011). Lapsivuodeosastoja Naistenlinikalla toimii 3 kappaletta; osastot 51, 52 ja 61. Naistenlinikalla hoidetaan koko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin haastavimmat riskiraskaudet sekä hyvin ennenaikaiset keskossynnytykset. Näiden lisäksi Naistenlinikalla hoidetaan myös terveitä synnyttäjiä. Naistenlinikalla hoidetaan myös koko maan riskiraskauksia, joissa on esimerkiksi vaikeita epämuodostumia tai joissa äidillä tai sikiöllä on vakava sairaus. Lapsivuodeosastoilla synnytyksen jälkeen hoitoa tarjotaan perheiden, äitien ja vauvojen tarpeiden mukaisesti. (HYKS 2011.)

Projektiympäristönä toimivat HUS:n Naistenklinikan Naisten- ja Lastentautien tuloyksikön synnyttäneiden osastot 51 & 52. Osastot tarjoavat perheille turvallista ja yksilöllistä hoitoa lapsivuodeajaksi. Osastolla vauva on aina äidillä vierihoidossa, jos molempien vointi sen sallii. Perheitä opastetaan ja tuetaan vauvan hoidossa osastolla. Henkilökunta vastaa moniammatillisessa tiimissä äitien ja vauvojen hoidosta. Perheille tarjotaan mahdollisuutta keskustella synnytykseen liittyvistä asioista ja opastetaan kotiutumiseen liittyvissä asioissa. Alatiesynnytyksen jälkeen perhe pääsee kotiutumaan yleensä toisena päivänä ja sektion jälkeen kolmantena päivänä. Kotiutus tehdään yksilöllisesti, äidin ja vauvan voinnin mukaan. (HUS 2010.)

## 1.4 Projektin eteneminen

Projekti alkoi hankemessuilla keväällä 2010 (Kaavio 1). Projektin ensimmäinen virallinen tapaaminen oli 17.9.2010 Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan toimipisteessä. Läsnä olivat



hankeprojektissa työskentelevät opinnäytetyöryhmät sekä lehtori Marja Tanskanen. Sovimme tuolloin projektin yhteisestä linjauksesta ja säännöistä sekä teimme alustavaa suunnitelmaa projektin aikataulusta. Toinen projektitapaaminen oli 7.10.2010 Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan toimipisteessä. Kävimme läpi opinnäytetöiden herättämiä kysymyksiä. Sovimme alustavan opinnäytetyösuunnitelman palautuspäivästä, joka oli 12.11.2010. Läsnä tapaamisessa olivat projektissa työskentelevät opiskelijat sekä lehtori Tanskanen. Tapasimme Laurea-ammattikorkeakoulussa seuraavan kerran 17.11.2010, jolloin Laurean tiedonhaun lehtori Cseh neuvoi ja antoi esimerkkejä tiedonhausta koko hankeryhmälle.

29.11.2010 kävimme Terveystieteiden keskuskirjastossa, jossa tapasimme informaation. Hän antoi hyviä vinkkejä, mistä lähteä etsimään lähdetietoa. 14.12.2010 tapasimme oman ryhmämme kanssa uudelleen tiedonhaun lehtori Csehin, jolloin hän antoi meille henkilökohtaista ohjausta tiedonhakuun. Ohjaavan opettajan Marja Tanskasen kanssa tapasimme koululla vielä 20.12.2010, jolloin kävimme läpi projektisuunnitelmaamme ja tarkensimme aiheitamme vielä lisää. Suunnitelmaseminaarissa Naistenlinikalla 17.1.2011 esitimme projektisuunnitelman, jonka jälkeen jatkoimme opinnäytetyömme projektiraportin kirjoittamista sekä aineiston keruuta. Ohjaustapaamisia pidimme lehtori Marja Tanskasen kanssa 24.1.2011, 2.2.2011 sekä 24.3.2011, jolloin saimme ohjeistusta työn jatkamisesta sekä kommentteja siihen astisen työn tuloksista. Sovimme että lopullinen valmis työ palautetaan lehtorille viimeistään keskiviikkona 13.4.2011. Aikataulut ovat menneet suunnitelmiamme mukaan ja valmis opinnäytetyö esitetään Naistenlinikalla toukokuussa 2011.



Kaavio 1: Projektin eteneminen

## 2 TIEDONHAKU AIHEESTA SYNNYTTÄNEEN ÄIDIN HAAVANHOITO

### 2.1 Tiedonhaku

Tiedonhaussa rajaus on tehty 2000-luvun kotimaisiin ja ulkomaalaisiin julkaisuihin, eli pääosin aineisto on enintään 10 vuotta vanhaa. Olemme suorittaneet tiedonhakuja seuraavista aineistotietokannoista; Aleks, Arto, Duodecim, Ebsco (Cinahl), Elsevir, Google, HELKA, JBI+, Laurus, Linda, Medic, Ovid, Pubmed, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisut, STAKES, Suomen lääkärilehti, The Cochrane Library, Terveystietä sekä Terveyskirjasto, joista on löydetty lähdeaineistoa (LIITE 4). Projektiraportissa on käytetty paljon Internet-lähteitä, koska suurin osa hyödynnetystä tiedosta on julkaistu sähköisesti. Lisäksi olemme suorittaneet manuaalista tiedonhakuja niin koulumme kirjastossa kuin Helsingin kaupungin kirjastoissakin. Olemme käyneet Helsingin yliopiston Terveystieteiden keskuskirjastossa informaation avustuksella etsimässä aineistoa ja saaneet apua myös Laurea- ammattikorkeakoulun informaation avustajalta. Jatkoimme lähdeaineiston keräämistä sekä lähestyimme eri sairaanhoitopiirejä ja Suomen haavanhoitoyhdistystä sähköpostitse. Projektiraportissa kokemukseräinen tieto perustuu Naistenklinikan kättilö Miia Virtasen sähköpostitietoihin. Hakusanoina olemme käyttäneet seuraavia: suositeltavat käytänteet, suositukset, hoitotyön kriteerit, käytänteet, käytännöt, synnyttänyt äiti, synnytys, haavanhoito, haava, hoito, leikkaushaava, episiotomia, episiotomia haava, perineum, väliliha, nursing standards, best practise, postnatal, postpartum, wound healing, surgery wound, perineal wound, gynecology wound, episiotomy, episiotomy wound healing, wound care, perineal tears, perineal trauma ja perineal pain.

Hakusana(t)	Osumat Hakusana(t)	Osumat		Vuosi 2000-2010
Terveyskirjasto	Episiot*	0	2 aihetta sivuavaa osua	
Terveyskirjasto	Väliliha*	0	20 aihetta sivuavaa osua	
Medic	Episiotomia	6	0 aihetta sivuavaa osua	
Medic	Väliliha	0	0 aihetta sivuavaa osua	
Aleksi	Episiotomia	2	0 aihetta sivuavaa osua	
Aleksi	Väliliha	4	0 aihetta sivuavaa osua	
Lääkärilehti	Episiotomia	2	0 aihetta sivuavaa osua	
Pubmed	Episiotomy perineal	25	0 aihetta sivuavaa osua	(rajaus humans, links to full text, links to free full text)
Ebsco (Cinahl)	Episiotomy perineal	43	0 aihetta sivuavaa osua	

Taulukko 1: Esimerkkejä tiedonhausta

## 2.2 Synnyttänyt äiti

Synnytys määritellään sikiön syntymään johtavana tapahtumana, silloin kun raskaus on kestänyt vähintään 22 raskausviikkoa tai sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Raskauden keston ollessa 37 viikkoa, synnytys on täysiaikainen. (Sariola & Haukkamaa 2004:325.) Yleisin syy naisen hoidon tarpeeseen on raskaus ja synnytys. Hoitohenkilökunnalle oman haasteensa tuose, että asiakkaana on samaan aikaan kaksi tai useampia ihmisiä, eli äiti ja lapsi. Synnytystä hoitaessaan hoitohenkilökunta joutuu ottamaan huomioon sekä äidin että lapsen tai sikiön hyvinvoinnin. Itsehoidon tukeminen on keskeistä hoidettaessa raskaana olevaa tai synnyttäneitä. (Eskola & Hytönen 2005:21.) Piensohon (2001) mukaan raskauden ja synnytyksen myötä naisen elämäntilanne muuttuu täysin ja siihen liittyy paljon luopumisen tunteita. Naisen identiteetti muuttuu äidiksi tulemisen myötä. Yhtenä raskausajan haasteena on naisen ja miehen välisen suhteen muuttuminen. Lisäksi suhde omiin vanhempiin, etenkin äitiin muuttuu. Kasvu kohti äitiyttä ja synnytystä muodostuu sosiaalisista, psykologisista ja somaattisista tekijöistä. Synnytystä pidetään eräiden teorioiden mukaan osana äidiksi kasvua ja naisen omaan äitiyden kokemiseen vaikuttaa myönteinen synnytyskokemus. (Piensoho 2001:70-71,75.) Lähes kaikki äidit synnyttävät sairaalassa Suomessa. Synnyttäjien viipyminen sairaalassa on vuosien mittaan lyhentynyt; vuonna 2001 keskimääräinen sairaalassa oloaika oli 3.7 päivää, kun vastaava luku vuonna 2009 oli 3.0 päivää. (Stakes 2010a.)

Asiakaslähtöinen hoitotyö perustuu asiakkaan tarpeisiin ja yksilöllisesti suunniteltuun hoitoon, joka toteutuu tasavertaisessa yhteistyösuhteessa. Lapsivuodeosastolla on hoidon lähtökohtana äidin loukkaamaton ihmisarvo, kunnioitus ja tasavertaisuus. Äitien erilaisuus hyväksytään ja heidän perheensä huomioidaan. Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu lapsivuodeosastolla äidin ja/tai hänen perheensä sekä hoitohenkilökunnan yhteistyösuhteessa. Yhteistyösuhde on vuorovaikutusta, joka mahdollistaa äideille tiedollisen, sosiaalisen ja emotionaalisen tuen. Äidillä on oikeus saada tietoa, joka liittyy häneen itseensä tai hänen vauvansa hoitoon, ja sen pohjalta hän voi osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Äidin ja hoitajan välisessä keskustelussa on tarkoituksena, että asiakas kokee tulleensa kuulluksi ja saa vahvistusta ajatuksilleen. Keskustelu etenee hoitajan johdattamana, mutta kuitenkin asiakkaan ja hänen perheensä ehdoilla. (Rekilä 2004:10,17.) Hoitohenkilökunnan tulee säännöllisesti kysyä äidiltä hänen käsitystään omasta voinnistaan sekä vauvan voinnista. Äidille tulee tarjota näyttöön perustuvaa ajankohtaista tietoa ja perusteluja, jotka tukevat äitiä hoitamaan hänen omaa terveyttään ja hänen vauvansa terveyttä. Tarjotun tiedon avulla äiti pystyy itse tunnistamaan oireita tai ongelmia jotka saattavat vaatia lisähuomiota. Hoitohenkilökunnan tulee myös rohkaista äitiä ja perhettä ilmaisemaan huolensa tai ajatuksensa, jotka liittyvät esimerkiksi fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen terveyteen tai hänen omiin tunteisiinsa. Hoidossa tapahtuvat muutokset, seuraukset tai ongelmat tulee aina dokumentoida. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006:9.)

### 2.2.1 Monikulttuurisuus

Kaikissa kulttuureissa synnytys on samankaltainen fysiologinen tapahtuma, mutta siihen liittyvät tavat, keinot, suositukset ja roolit vaihtelevat yhteisöissä maantieteellisen sijainnin, uskonnon ja henkilökohtaisten näkemysten perusteella. Keinot hallita synnytyskipua, suositellut synnytysasennot, synnytyspaikka ja isän sekä muun sosiaalisen verkoston roolit sekä terveydenhuoltohenkilöstöön kohdistuvat odotukset vaihtelevat myös sen perusteella, missä määrin länsimaisia käytänteitä on omaksuttu yhteisöön. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009:235.) Eri kulttuurien edustajien kanssa työskentelevältä vaaditaan erilaista kulttuurituntemusta ja arvoperustojen tuntemista, mikä helpottaa erilaisten kulttuureidentapojen ymmärtämistä. Hoitaja voi pyrkiä potilaan kulttuurin erityispiirteiden huomiointiin tai hoitaa häntä oman kulttuurinsa ja sen arvojen mukaisesti. Kuunteleminen ja kyseleminen ovat tärkeitä huomionkohteita kun eri kulttuurit kohtaavat. (Eskola ym. 2005:27.)

Lapsivuodeaikaan liittyy monia kulttuurisia uskomuksia, ja se voi olla suurin terveystilaisuus naisille muissa kuin länsimaisissa kulttuureissa. Ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja puhdistautumiseen liittyvät uskomukset ja perinteet on hyvä huomioida synnyttäneen äidin hoitotyössä, sillä muun muassa henkilökohtaisen hygienian hoitoon liittyviä länsimaisia tapoja voidaan pitää joissain kulttuureissa äidin terveydelle haitallisina. Genitaalialueen kivun lievittämiseksi käytetyt kylmäpakkaukset tai -siteet voivat aiheuttaa kulttuurisen konfliktin, sillä kiinalainen yin-yang-teoria kuvaa raskautta ”kuumana” tilana. Kun suuri osa ”kuumasta” menetetään raskauden aikana, lapsivuodeajan toiminta kohdistuu yinin ja yangin välisen tasapainon saavuttamiseen. Tällaisessa tilanteessa voi käyttää lämpöpakkausta tai lämpölamppuja, jotka vilkastuttavat genitaalialueen verenkiertoa. Erilaisia ruoka-aineita saatetaan myös pitää ”kuumana” tai ”kylmänä” eri kulttuureissa, esimerkiksi hedelmät ja vihannekset saattavat olla ”kylmiä” ruokia, jolloin niiden syömistä vältetään lapsivuodeaikaan. (Abdelhamid ym. 2009:236-237.)

Muslimi- ja länsimaisissa kulttuureissa on eroja, jotka tulisi ottaa huomioon lapsivuodeosaston hoitotyössä. Musliminaisen tulisi ottaa terveydenhuollon palveluita käyttäessään aina muslimimies mukaansa, ja monesti mukana on koko perhe. Mukana oleva muslimimies voi haluta olla tutkimusten aikana läsnä, etenkin jos hoitohenkilökunnan edustaja on mies. Musliminainen saa näyttää ja antaa koskea intiimialueeseensa tutkimuksen, hoidon tai ohjeistuksen takia. Aviomies hoitaa yleensä puhumisen, vaikka nainen osaisikin suomea tai englantia, mistä koituu usein ongelmia. Muslimiperheissä mies tekee myös naisen terveydenhoitoa koskevat päätökset, joka voi viivästyttää esim. toimenpiteiden suoritusta. (Maiche 2010:27; Tuominen 1998:149.) Sairaalassa muslimipotilaan saa pestä vain perheenjäsen, ellei potilas itse pysty sitä tekemään. Jos muslimipotilaalla on paastoamisaika, potilasta saa paaston aikana lääkittää suoneen, lihakseen tai ihoon, mutta ruoansulatuselimistöön ei lääkettä saa laittaa. Terveyttä ja henkeä uhkaavassa tilassa lääkäri saa päättää potilaan paastoamisesta. (Maiche 2010:27-

28,34.) Ympärileikatuilla naisilla voi ilmetä synnytyksessä useita ongelmia. Synnytyspelko ja ponnistusvaiheen pitkittyminen voivat olla seurauksia ympärileikkauksesta. Synnytyksen kulun seuranta sekä sikiön voinnin seuranta voi olla haastavaa, ja repeämät, verenvuodot ja tulehdukset ovat yleisiä. Katetrointi on haastavaa ja synnytyselimet ovat hyvin alttiita tulehduksille. (Abdelhamid ym. 2009:236,248.) Lapsivuodeosastolla tulee ottaa ympärileikatun naisen erityistarpeet huomioon, ja kiinnittää erityistä huomiota intiimihygieniaan sekä kivun hoitoon.

### 2.2.2 Intimiteettisuoja

Intimiteettisuojaa pidetään osana ihmisten fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tiedollista yksityisyyttä (Leino-Kilpi & Välimäki 2004:181-182). Episiotomiahaava sijaitsee naisen intiimialueella ja se vaikuttaa naiseuteen sekä seksuaalisuuteen, sillä välilihan leikkaus altistaa muun muassa yhdyntäkivuille. (Vitikainen & Väisänen 2008:30- 31; Aukee ym. 2010:4.) Naisen sukupuolielimiin kohdistuvat tutkimukset ja hoidot ovat hyvin henkilökohtaisella ja intiimillä alueella. Intiimin alueen paljastaminen on paljon arkaluontoisempaa kuin muun vähemmän tunnelatausta sisältävän alueen. (Eskola ym. 2005:22.) Yksityisyyden puute lapsivuodeosastolla voi aiheuttaa usein eettisen ongelman. Suomalaiset synnyttäneet äidit kokevat kuitenkin yksityisyyden toteutuvan lapsivuodeosastoilla hyvin, vaikka huoneissa on usein samaan aikaan muitakin synnyttäneitä äitejä. Psyykkisen yksityisyyden ongelmia taas voi aiheuttaa epäkunnioittava tunkeutuminen naisen ja hänen perheensä yksityiselle alueelle. Esimerkiksi sukupuolielämää koskevat kysymykset voivat olla hyvinkin vaivaannuttavia aiheita, etenkin jos naisella ei ole selvyttä minkä takia tämänlaisia kysymyksiä kysytään ja mikä merkitys niillä on hänen hoidolleen. (Leino-Kilpi ym. 2004:181-182.) Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota äidin lapsivuodeaikaisiin vaivoihin ja myös jälkitarkastuksessa kysyä aktiivisesti hänen voinnistaan. Äidit eivät aina uskalla kertoa kaikista vaivoistaan, sillä intiimit aiheutavat olla nolostuttavia. (Raussi-Lehto 2006:300.) Ihminen pyrkii suojelemaan intiimeinä kokemiaan alueita toisilta ihmisiltä, jotta pystyisi säilyttämään sisäisen hallintansa. Henkilökohtaiselle alueelle tunkeutuminen on vierailta ihmisiltä kielletty, mutta hoitotoimenpiteissä tunkeutuminen tapahtuu esimerkiksi ihokarvojen ajelun yhteydessä. (Tervo 2006:537.) Lapsivuodeosastolla kätilö tai sairaanhoitaja tunkeutuu äidin henkilökohtaiselle alueelle esimerkiksi silloin, kun hän tarkistaa jälkivuodon määrää tai repeämien paranemista.

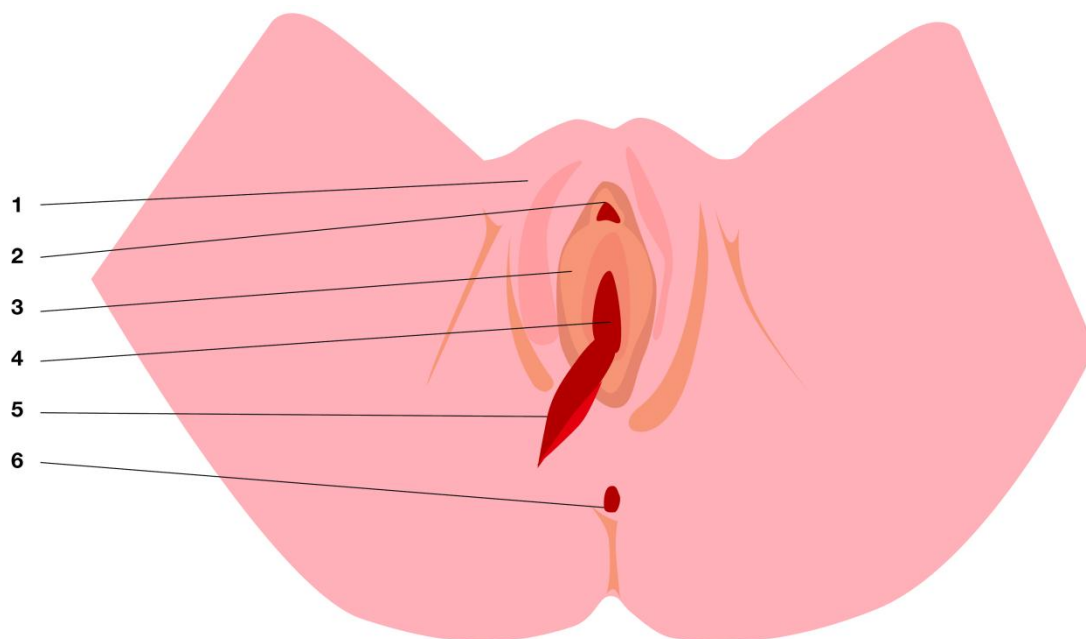
Synnytyksen jälkeen äideille tehtävät tutkimukset ja toimenpiteet kohdistuvat hyvin usein intiimeille genitaalialueille, ja äidillä saattaa liittyä niihin pelkoja esimerkiksi niiden kivuliaisuuden vuoksi. Alapesujen aikana hoitotyöntekijän läsnäolo ja kosketus saattavat tuntua hyvin kiusalliselta. Äidille aiheutuvaa ahdistusta voidaan lieventää etukäteen kertomalla toimenpiteestä. Intimiteettisuoja tulee varmistaa hoitohenkilökunnan toimesta, tarpeetonta riisumista ja asiakkaan paljastamista välttämällä. Empaattinen ja kannustava suhtautuminen, hoitohenkilö-

kunnan aito läsnäolo, kommunikointitaidot, huolehtiminen, rohkaiseminen ja toivon antaminen ovat toimintoja jotka tukevat potilasta ja terveyttä edistävää työtä. Hoitoon ja myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulee antaa tietoa ilman, että potilas kysyy niistä. (Tervo 2006:538.)

### 2.3 Episiotomia

Episiotomia eli välilihanleikkaus tehdään synnytyksessä ulkosynnyttimen aukon laajentamiseksi sekä repeämien ehkäisemiseksi (Eskola ym. 2005:224,234). Episiotomia suojaa myös ennenaikaisissa synnytyksissä sekä suurten sikiöiden kohdalla sikiötä kallonsisäisiltä vaurioilta (Räisänen 2007:25). Haava leikataan äidille ponnistusvaiheessa (Vitikainen ym. 2008: 30- 31). Toimenpidesynnytyksissä, joissa käytetään imukuppia tai pihtejä, välilihan leikkaus on yleinen käytäntö. Uudelleensynnyttäjillä kudokset ovat jo kertaalleen venyneet, minkä vuoksi suurin osa heistä selviää ilman episiotomiaa. (Sariola ym. 2004:330.) Muita indikaatioita episiotomiale ovat perätilasynnytys, aiempi 3. tai 4. asteen repeämä tai suuri pehmytosavastus. Episiotomia nopeuttaa synnytystä, ja se voidaan tehdä myös kohdun väsyessä tai hapenpuutteen uhatessa sikiötä. (Räisänen 2007:25.) WHO:n suositusten mukaan välilihan leikkauksen tekoa tulee harkita myös silloin jos sikiöllä on jokin hätä tai jos naisella on ennestään arpeutunutta kudosta sukuelimissä (WHO 2000:P72).

Välilihan leikkaaminen tehdään Suomessa yleensä lateraalisesti, eli vinosti välilihan oikealle puolelle (Kuva 1). Vinon leikkauksen tarkoituksena on suojata peräaukon sulkijalihasta vahingoittumasta, jos väliliha repeää. Supistuksen aikana leikataan noin 3-4 cm pituinen haava yhdellä saksien painalluksella kuvitteellisesti kello 19-20:n väliltä. (Eskola ym. 2005:233-234; Räisänen 2007:22.) Kätilöliiton (2011) suositusten mukaan ei ole yksiselitteistä näkemystä kuinka pitkä episiotomiahaavan tulisi olla. Väliliha puudutetaan useimmiten lidokaiinilla. Voimakkaasti venynyt väliliha saattaa olla tunnoton, jolloin puudutusta ei välttämättä tarvita, jos sikiön pää nousee nopeasti. (Sariola ym. 2004:330; Eskola ym. 2005:233-234.) Välilihan leikkaaminen aiheuttaa verenvuotoa, joten sitä ei saisi tehdä liian aikaisessa vaiheessa. Haava tulee ommella sulavilla ompelilla. (WHO 2000:P73.) Ompelu saattaa olla traumaattinen kokemus synnyttäjälle sen kivuliaisuuden takia, joten ompeluun tulisi kiinnittää jatkuvaa huomiota. Naistenklinikan kätilö Miia Virtasen mukaan Naistenlinikalla käytetään myös yksittäisiä knoppiompeleita, jatkuvalla ompelilla ommellut haavat ovat kuitenkin vähemmän kivuliaita. Tästä syystä knoppiompeleita käytetään nykyään vähemmän Naistenlinikalla.



Kuva 1: Episiotomia © Kati-Marika Vihermäki 2011

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. Isot häpyhuulet   | 4. Emättimen aukko   |
| 2. Häpykielen kärki  | 5. Episiotomia-haava |
| 3. Pienet häpyhuulet | 6. Peräaukko         |

Episiotomian hyötynä voidaan pitää sen korjaamisen helppoutta verrattuna epämääräisiin repeämiin (Räisänen 2007:25). Toimenpide helpottaa synnytystä, sillä se lyhentää ponnistusvaihetta. Sen käyttöä perustellaan myös väitteillä, joiden mukaan leikkaus vähentäisi välilihan ja peräaukon sulkijalihaksen repeämisvaaraa sekä myös lantionpohjan kudosten ylivenymistä ja veltostumista. On kuitenkin vaikeaa löytää hyviä tutkimuksia jotka puoltaisivat episiotomian hyötyjä. (Halmesmäki 2000.) Episiotomia tulisi aina tehdä perustellusti ja riittävin indikaatioin, sillä sen tekoon liittyy myös haittoja, kuten välilihan ja sulkijalihaksen repeämiä. Myös virtsanpidätyskyvyttömyydellä voi olla tutkimustulosten mukaan yhteyttä episiotomiaan, ja se voi aiheuttaa myös kipua sekä virtsaamis- ja ulostamisvaikeuksia. Kipu saattaa vaikuttaa äidin liikkumiseen ja lapsen hoitamiseen synnytyksen jälkeen. (Räisänen 2007:26-27.) Episiotomia lisää verenvuotoa verrattuna synnytyksiin joissa ei tehdä episiotomiaa. Tutkimustulosten mukaan episiotomia aiheuttaa enemmän kipua kuin repeämät. (Cleary-Goldman & Robinson 2003: 6-7.) Räisänen (2007) tutkimuksen mukaan ensisynnyttäjien synnytyksissä episiotomian käyttöä voidaan vähentää antamalla synnytyksen käynnistyä spontaanisti, käyttämällä ammetta tai suihkua kivunlievitysmenetelmänä ja suosimalla avautumisvaiheessa pystyasentoja. Episiotomian käyttöä vähentää myös äidin lyhyt omien tunteiden mukainen ponnistaminen. (Räisänen 2007:75.)



### 2.3.1 Episiotomian historia ja yleisyys

Episiotomian käyttö synnytyksissä on lähtöisin 1700-luvulta. Aluksi episiotomia indisoitiin vaikeissa synnytyksissä, ja 1920-luvulla, kun synnytykset siirtyivät kodeista sairaaloihin, episiotomian käytölle laadittiin indikaatiot. Tällöin episiotomian tarkoituksena oli suojata sikiötä, lyhentää ponnistusvaihetta synnytyksessä sekä ehkäistä repeämiä välilihassa. 1960-luvulla mediolateraalisen episiotomian käyttö yleistyi, koska sen ajateltiin suojaavan äitiä välilihan repeämiltä mediaalista episiotomiaa paremmin. (Räisänen 2007:23-24.) Toimenpiteen suosio oli huipussaan 1980-luvulla, Yhdysvalloissa se tehtiin jopa 80 %:lle ensisynnyttäjäistä (Halmesmäki 2000). Synnytystä nopeutettiin episiotomian avulla, ja väliliha saatiin korjattua lähes neitseelliseksi (Räisänen 2007:23-24).

Stakes on kerännyt tietoa välilihan leikkauksista Suomessa vuodesta 2004 lähtien. Vuonna 2009 Suomessa oli 59 921 synnytystä, joista 25,2 prosentille synnyttäjäistä tehtiin välilihan leikkaus. Välilihan leikkaukset ovat vähentyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana, sillä vuonna 1999 leikkaus on tehty 42,6 prosentille synnyttäjäistä. (Stakes 2010a:1,4). HYKS:n Naistenklinikalla vuosina 2008 -2009 tehtiin episiotomia 28,7 prosentille synnyttäjäistä. Sairaala-kohtaiset erot vaihtelevat 6,9-37,8 prosentin välillä. Ensisynnyttäjäistä Naistenklinikalla 48,0 prosenttia koki episiotomian. (Stakes 2010b.) Episiotomian käyttö on siis Suomessa oleellisesti vähentynyt vuosien myötä. Tarkemmat sairaalakohtaiset episiotomia tilastot ja 3. ja 4. asteen repeämien ompelutilastot Suomessa on esitetty liitteessä 2.

vuosi	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009
synnytykset	64 130	62 198	58 343	56 705	55 136	55 788	56 963	58 158	58 025	58 925	59 921
episiotomia %	52,3	47,1	42,1	42,6	36,6	33,9	29,6	28,9	29,0	27,0	25,2
3. & 4. asteen repeämät %	-	-	-	-	-	-	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0

Taulukko 2: Episiotomia ja 3. ja 4. asteen repeämät Suomessa

Vertailun vuoksi kokosimme myös Pohjoismaiden tilastot 3. ja 4. asteen repeämistä vuodelta 2008. Episiotomian teosta tilastotietoa ei löytynyt. Stakesin tilastoista on tulkittavissa että Suomessa pahojen repeämien prosentuaalinen osuus on muihin Pohjoismaihin verrattuna matala. Islannissa pahoja repeämiä on synnytysten määrään nähden eniten. (Stakes 2010c.)

Pohjoismaat	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska	Islanti
3. & 4. asteen repeämät %	0,9	3,5	2,6	3,0	5,6
Kaikki synnytykset	58 933	106 247	60 247	63 304	4 766

Taulukko 3: 3. ja 4. asteen repeämät Pohjoismaissa vuonna 2008.

### 2.3.2 Naisen genitaalialueen anatomia

Naisen sukupuolielimet (*genitals*) jaetaan ulkoisiin sukupuolielimiin (*genitalia feminina externa*) ja sisäisiin sukupuolielimiin (*genitalia feminina interna*). Ulkosynnyttimiin eli vulvaan kuuluvat häpykukkula (*mons pubis*), isot (*labia major pudendi*) ja pienet (*labia minora pudendi*) häpyhuulet, häpykieli (*clitoris*), emättimen eteinen (*vestibulum vaginae*), emättimen aukko (*ostium vaginae / introitus vaginae*) ja eteisrauhaset/Bartholin rauhaset (*glandula vestibularis major*), immenkalvo (*hymen*) ja väliliha (*perineum*). (Litmanen 2006: 80,88,89, 90.) Häpyliitoksen (*symphysis pubica*) päällä on runsaasti ihon alaista rasvakudosta sisältävä häpykukkula (*mons pubis*). Uloimpana ovat ihopoimuista muodostuvat isot häpyhuulet (*labia major pudendi*) ja niiden välissä ovat pienet häpyhuulet (*labia minora pudendi*) reunustamassa emättimen eteistä. Bartholin rauhaset (*glandula vestibularis major*) aukeavat molemmin puolin pienten häpyhuulien sisäpinnoille. Häpykieli (*clitoris*) sijaitsee pienten häpyhuulien yhtymäkohdassa. Emättimen eteinen (*vestibulum vaginae*) on pienten häpyhuulten välinen alue, jonne virtsaputken ulkosuu (*orificum urethrae externum*) aukeaa ja sen takana on emättimen aukko (*ostium vaginae / introitus vaginae*), jota immenkalvo (*hymen*) suojaa. Immenkalvo puhkeaa yleensä ensimmäisessä yhdynnässä. Emättimen ja peräaukon välissä on väliliha (*perineum*), joka on ohut lihaksesta ja sidekudoksesta muodostuva alue. (Ihme & Rainto 2008:40; Litmanen 2006: 89, 90.)

Sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat emätin (*vagina, kolpos*), kohtu (*uterus*), munasarjat (*ovaria*) ja munajohtimet (*tuba uteria, salpinx*) (Litmanen 2006: 80). Emätin on putkimainen elin joka yhdistää kohtua ja ulkoisia sukupuolielimiä ja joka sijaitsee peräsuolen ja virtsarakon välissä. Kooltaan emätin on 7-10 senttimetriä ja sen taka- ja etuseinämät ovat yleensä painautuneet toisiaan vasten. (Ihme ym. 2008:37; Litmanen 2006:82.) Kohtu (*uterus*) sijaitsee pikkulantiossa häpyluun yläreunan kohdalla alavatsalla, virtsarakon ja peräsuolen välissä ja se on pääasiassa sileästä lihaksesta muodostuva ontto elin. Kohdun tarkoituksena on tarjota raskauden aikana sikiölle kasvupaikka. (Ihme ym. 2008:36.) Munasarjat ja munanjohtimet ovat molemmat parillisia. Munasarjat sijaitsevat lantion sivuseinämässä ja ovat munanjohtimien välityksellä yhteydessä kohtuun. Munasarjat muodostavat munasoluja sekä tuottavat estrogeeneja ja progesteronia. Munasarjan kuorikerroksessa (*cortex*) sijaitsevat munarakkulat (*folliculus ovaricus*) joissa munasolut (*ovum*) kehittyvät. Kuorikerros ympäröi munasarjan ydintä

(*medulla*), jonka sisällä kulkevat veri- ja imusuonet sekä hermot. Munanjohdin (*tuba uterinae*) on 10 - 15 senttimetrin pituinen putki, jonka tehtävänä on kuljettaa munasolu munasarjasta kohtuun. (Ihme ym. 2008:35.)



Kuva 2: Naisen anatomia, © Kati-Marika Vihermäki 2011

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| 1. Munanjohdin       | 8. Munasarja           |
| 2. Virtsarakko       | 9. Sigmasuoli          |
| 3. Häpyluu           | 10. Kohtu              |
| 4. Emätin            | 11. Emättimen pohjukka |
| 5. Häpykieli         | 12. Peräsuoli          |
| 6. Isot häpyhuulet   | 13. Kohdunkaula        |
| 7. Pienet häpyhuulet | 14. Peräaukko          |

### 2.3.3 Raskauden aikaiset muutokset naisen elimistössä

Raskauden aikana naisen elimistössä tapahtuu paljon biokemiallisia ja fysiologisia muutoksia. Muutosten tarkoituksena on sopeuttaa elimistöä raskauteen ja valmistaa synnytykseen. Raskauden aikana naisen paino nousee kehon koosta riippuen 8-15 kg. Kohtu kasvaa, lihasolut suurenevat ja sidekudos sekä soluväliaine lisääntyvät. Kohdun paino lisääntyy raskauden aikana 100g-1200g. Kohdun kasvaessa myös verenkierto sen sivuelimissä, munatorvissa ja mu-

nasarjoissa lisääntyy. Lisäksi verekkyyks emättimessä ja ulkosynnyttimissä kasvaa. (Sariola ym. 2004:318-319.) Kohdun kaulaosa muuttuu raskauden kuluessa, sen sidekudos ja kollageenisäikeet löystyvät ja kohdun kaulakanavan rauhaset lisääntyvät ja erittävät paksua limaa. Ne muodostavat limatulpan, joka suojaa kohdunkaulan kanavaa infektioilta. Limatulppa poistuu normaalisti synnytyksen alkaessa. Emättimessä pH-arvo muuttuu hormonien vaikutuksesta, mikä lisää tulehduksien vaaraa. Lisäksi emättimen eritystoiminta lisääntyy. (Eskola ym. 2005:106-107.)

Raskauden aikaisen hormonierityksen muuttumisesta johtuen veritilavuus kehossa kasvaa (Väyrynen 2006:147, 155). Veren määrä lisääntyy raskauden aikana noin 40 % eli 1,5 litraa. Plasmavolyymi lisääntyy enemmän kuin punasolut, jonka seurauksena on fysiologinen hemoglobiinin väheneminen. Normaali hemoglobiinipitoisuuden lasku ilmenee yleensä 20.-30. raskausviikoilla, minkä jälkeen hemoglobiinipitoisuus alkaa jälleen suurentua. Mahdollista anemiaa määritetään raskauden aikana seerumin ferritiini-pitoisuudesta. (Sariola ym. 2004:320; Eskola ym. 2005:107.)

Istukka erittää lisääntyvin määrin hormoneja, joilla on erilaisia vaikutuksia. Progesteroni ja estradioli ovat raskaudenajan tärkeimpiä steroidihormoneja. Progesteroni on hormoni joka ylläpitää raskautta ja estää kohdun lihasten supistelua. Estradioli herkistää kohtua supistelemaan, mutta progesteroni estää sen, koska sitä esiintyy suhteessa enemmän. (Sariola ym. 2004:322.) Estrogeeni- ja progesteronihormonien ansiosta myös rinnat valmistautuvat maidon muodostukseen ja erittämiseen. Rinnat kasvavat hormonien vaikutuksesta, nännipiha tummenee ja laajenee, sekä Montgomeryn rauhaset kasvavat ja lisääntyvät. (Eskola ym. 2005:106.) Lisäksi raskauden aikana ihon pigmenttialueet tummuvat hormonien vaikutuksesta. Se näkyy muun muassa välilihassa, rintojen nännipihoissa sekä vatsan alakeskiviivassa. Osalle naisia ilmenee myös raskausarpia vatsan, rintojen ja reisien alueelle. (Sariola ym. 2004:322.)

Raskauden aikana naisen hengitysjärjestelmässä tapahtuu muutoksia, koska naisen hengityselimistö vastaa myös sikiön kaasujenvaihdosta. Kohdun kasvusta johtuen maksa ja mahalauku kohoavat ja työntävät palleaa ylöspäin muuttaen rintakehän muotoa ja kasvattamalla ympärysmittaa viidestä seitsemään senttimetriä. Kertahengitystilavuuden kasvusta johtuen kaasujen vaihto tehostuu, mikä laskee veren hiilidioksidiasapainetta ja helpottaa sikiön veren hiilidioksidin siirtymistä istukkaan ja äidin vereen. Selkäranka muuttaa asentoa kohdun ja sikiön kasvaessa, kuormitus vetää lannenotkoa eteenpäin. Painopiste vartalossa muuttuu eteenpäin. Munuaisten toimintaan ja kokoon vaikuttavat kohdun kasvu sekä progesteroni. Munuaisten koon kasvulla on vaikutus myös virtsaneritykseen. (Ihme 2008:87,88; Väyrynen 2006:151.)

### 2.3.4 Synnytyksen jälkeiset anatomiset muutokset

Synnytyksen jälkeiset anatomiset muutokset alkavat yksilöllisesti noin 6-8 viikkoa synnytyksen jälkeen, kaikki synnytyselimet ja etenkin kohtu palautuvat ennen raskautta vallinneeseen tilaan. Synnyttäjällä esiintyy jälkivuotoa ja rinnat alkavat erittää maitoa yleensä 2. tai 3. synnytyksen jälkeisestä päivästä lähtien. Lapsivuodeaikana äiti on yleensä väsynyt imetyksen ja valvomisen vuoksi ja mieliala on ailahtelevainen. (Ylikorkala 2004:495.) Elimistön palautumista seurataan lapsivuodeosastolla päivittäin. Kohdun supistumista, jälkivuodon määrää ja laatua sekä mahdollisten repeämien tai episiotomian parantumista seurataan tarkasti. (Eskola ym. 2005:261.) Normaali jälkivuoto synnytyksen jälkeen kestää yleensä 4-6 viikkoa. 3-4 päivää vuoto on verensekaista, mutta muuttuu punertavan ruskeaksi noin viikon ajaksi. Tätä seuraa valkovuotomainen vuoto joka kestää noin 3-4 viikkoa. (Vihtamäki 2009.) Synnytyksen aikoihin kohdun paino on noin kilon ja viikon kuluttua paino puolittuu. Normaalin painon kohtu saavuttaa yleensä noin kuudessa viikossa. Vatsanpeitteiden päältä voi seurata kohdun pienenemistä, pari viikkoa synnytyksestä kohtu on palautunut eikä ole enää yhtä selkeästi tunnusteltavissa. Kohtu palautuu anteversioon, eli kohtu kääntyy, eikä pääse laskeutumaan. (Ylikorkala 2004:496.)

Lantionpohjan lihasten harjoittaminen ennen ja jälkeen synnytyksen saattaa vähentää riskiä saada inkontinenssia ja lihasten hyvällä kunnolla saattaa olla myönteistä vaikutusta myös kivun esiintymiseen (Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett & Hofmeyr 2000:461). Lantionpohjalihasten voimistelu kannattaisi aloittaa muutaman päivän jälkeen synnytyksestä. Ilman ja virtsan karkailu ovat synnytyksen jälkeen melko yleisiä tilapäisiä vaivoja. (Raussi-Lehto 2006:274.)

### 2.3.5 Synnytysrepeämät

Synnytysrepeämät (*ruptura perinei*) voivat alatiesynnytyksessä tulla itsestään tai ne voivat liittyä välilihan leikkaukseen (Aukee ym. 2010:1-2). Kätilöliiton mukaan episiotomian ja repeämien välisestä yhteydestä on olemassa ristiriitaista tutkimusnäyttöä. Tätä on perusteltu sillä, että kirjallisuudessa ja tutkimuksissa episiotomiatyyppejä on useita ja niiden määrittelyissä on puutteita. (Suomen Kätilöliitto 2011:6.) Synnyttäjän fyysinen kunto, ravitsemus ja ruumiinrakenne vaikuttavat lihaskudoksen repeytymiseen. Muita altistavia riskitekijöitä repeämien syntyyn ovat muun muassa pihtisynnytys, imukuppisynnytys, yli 4 kg painava sikiö sekä avonainen lakitarjonta. Repeämien ennustaminen on vaikeaa ja niitä voi myös syntyä ilman riskitekijöitä. (Aukee ym. 2010:1-2.) Repeämiä voidaan ehkäistä tukemalla hyvin välilihaa pään syntyessä tai tekemällä episiotomia. Myös synnytysasennolla on todettu olevan vaikutusta välilihan myötävyyteen. Pystyasennossa ponnistettaessa paine jakautuu tasaisemmin emättimen aukkoon, eikä väliliha kiristy niin voimakkaasti kuin silloin, kun ponnistus tapahtuu selinmakuulta. (Eskola ym. 2005:240.) Jos synnyttäjä kokee välilihan hieromisen miellyttävä-

nä synnytyksen ponnistusvaiheessa, voidaan sitä koettaa repeämien ehkäisykeinona (Räisänen 2007:16). Beckmann ja Garrett (2009) tutkivat raskauden aikaisen välilihan hieronnan vaikutusta synnytyksen jälkeisiin välilihan traumoihin. Tutkimuksessa todettiin että noin 35. raskausviikolta alkaen aloitettu välilihan hieronta vähentää ompelua vaativia välilihan vaurioita, ja etenkin episiotomiaa. Lisäksi kivun raportointi oli vähäisempää kolme kuukautta synnytyksen jälkeen.

Teoksessa Kätilötyö (Raussi-Lehto 2006: 259) repeämät on jaoteltu seuraavasti:

- I asteen repeämä on ulkosynnyttimien limakalvoilla, välilihan ihossa ja / tai emättimen limakalvossa
- II asteen repeämä ulottuu välilihan ja lantionpohjan lihaskerrokseen
- III asteen repeämässä väliliha ja peräaukon sulkijalihas (*sfinkteri*) ovat revenneet osaksi tai kokonaan
- IV asteen repeämässä väliliha, peräaukon sulkijalihas ja peräsuolen limakalvo ovat revenneet.

Välilihan revetessä repeämäsuunta on usein peräaukkoa päin (Raussi-Lehto 2006:258). Räisänen (2011) mukaan alatiesynnytyksissä tapahtuvat peräaukon sulkijalihaksenrepeämät ovat lisääntyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Syynä repeämien lisääntymiseen ovat synnyttäjien hoidossa tapahtuneet muutokset; välilihan leikkaukset ovat vähentyneet ja imukupiavusteiset synnytykset lisääntyneet, näissä kuitenkin löytyy eroja sairaaloiden välillä. Ensisynnyttäjillä, jotka synnyttävät alateitse, on korkeampi riski saada peräaukon sulkijalihaksen repeämä. Episiotomialla voidaan vähentää sulkijalihaksenrepeämän riskiä, kyseistä toimenpidettä ei kuitenkaan suositella tehtäväksi rutiininomaisesti. (Räisänen 2011.) Emättimessä repeämät voivat olla sen takaosan sivuseinämissä, yleensä ne ovat kuitenkin aina välilihan keskiviivassa. I asteen vaurioita ei välttämättä aina tarvitse ommella, jos ne eivät vuoda. Tavallisimpia repeämiä ovat II asteen repeämät, harvinaisempia ovat III-IV asteen vauriot. Vaikeat repeämät korjataan yleensä leikkausosastolla yleisanestesiassa. (Eskola ym. 2005:241.)

Kätilö korjaa I ja II asteen repeämät, kun taas III ja IV asteen repeämien korjauksesta vastaa lääkäri. Repeämien korjauksella pyritään tyrehtyttämään verenvuoto, lantionpohjan anatomian sekä tukifunktion säilyttäminen. Repeämän jälkeen fysioterapeutin apu voi olla tarpeen, jotta oikea lihasfunktio löytyy. (Uotila 2006:502-503.) Naistenklinikan kätilön Miia Virtasen mukaan Naistenklinikalla on tapana, että III ja IV:n asteen repeämässä fysioterapeutti tapaa automaattisesti potilaan ennen kotiutumista ja potilas saa fysioterapeutin puhelinnumeron, jos tarvitsee neuvoa myöhemmin. Muissa repeämässä näin toimitaan tarvittaessa.

Alatiesynnytykseen liittyy vaurioita lantionpohjan lihaksissa, sidekudoksissa ja hermoissa. Ensimmäinen alatiesynnytys on suurin riski lantion alueen vaurioitumiseen. Synnytyksen aikana lantionpohjan lihakset joutuvat kovaan venytykseen ja emättimen tilavuus kasvaa ainakin kolminkertaiseksi, joka koettelee kudosten joustamiskykyä. Vaurioilla saattaa olla yhteys myöhemmin ilmaantuville pidätyskyky- ja sukupuolielämän ongelmille sekä gynekologisille laskeumille. (Aukee & Tihtonen 2010:1-2.) Mahdollisella sulkijalihaksen repeämällä on pitkäaikainen vaikutus äidin elämänlaatuun, korjausleikkauksesta huolimatta puolilla äideistä on ilmennyt jonkinasteista ja noin viidesosalla pysyvää ulosteen pidätyskyvyttömyydestä. (Räisänen 2011.) Voimakas venyminen vioittaa aina joissakin määrin emätintä, sitä tukevaa lihaksistoa ja sidekudosta. Emättimen palautuminen normaalitilaan vaatii noin 6-8 viikkoa. Lapsivuodeaikana äidin estrogeenipitoisuus veressä on pieni, etenkin jos äiti imettää, ja tämä altistaa limakalvoja rikkoontumiselle. Limakalvo rikkoutuu ja vuotaa herkästi esimerkiksi yhdynnässä tai gynekologisessa tutkimuksessa. Kokemusperäisen tiedon mukaan on suositeltavaa käyttää tarvittaessa liukastetta yhdynnöissä. Emättimen pH on synnytyksen jälkeen lähellä neutraalia (6-7), joka aiheuttaa infektioriskin, ja myös bakteerikannan muutos altistaa infektioille. (Ylikorkala 2004:496.) Hormonien vaikutuksesta emätin jää aikaisempaa väljemmäksi (Eskola ym. 2005:262).

#### 2.4 Haavanhoito

Haava tarkoittaa ihon ja mahdollisesti sen alaisen kudoksen vaurioitumista, joka aiheutuu ihoon sekä kudoksiin kohdistuvasta ”väkivallasta”. Haavassa kudokset voivat irrota toisistaan tai niitä puuttuu kokonaan. Haavat jaetaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin, ja niitä voidaan luokitella paranemisen, haavan iän ja aiheuttajan mukaan. Akuutti haava (*vulnus*) saa alkunsa leikkauksen seurauksena, tahallisen trauman aiheuttamana tai vahingossa. Tällainen haava noudattaa haavan normaalia paranemisprosessia (inflammaatio-, proliferaatio- ja maturaatiovaihe) ilman komplikaatioita. Krooninen haava (*ulkus*) on elimistössä sisäsyntyinen, joka aiheutuu sairaudesta tai ulkoisesta traumasta. Krooninen haava ei noudata normaalia paranemisprosessia, vaan sen paranemisaika on pitkittynyt tai paranemisaikaa ei voida arvioida, lisäksi se voi uusiutua samaan kohtaan. Infektoitunut akuutti haava voi muuttua krooniseksi haavaksi. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002:17-22.)

Opinnäytetyössämme käsittelemme leikkaushaavanhoitoa, koska episiotomiahaava luetaan leikkaushaavaksi. Leikkaushaavalla tarkoitetaan aseptisissä olosuhteissa tarkoituksella tehtyä akuuttia haavaa, jossa reunat ovat siistit, tasaiset ja verestävät. Haava voi ulottua ihoon, ihonalaiseen rasvakudokseen (*subcutis*) tai lihaskalvoon (*fascia*). Haavan paranemiseksi on vältettävä onteloiden muodostumista asettamalla haavareunat kohdakkain. Ompeleet eivät saa aiheuttaa kiristystä, joka voi johtaa kudostumiseen ja pahimmillaan reunojen nekrotisoitumiseen ja haavan aukeamiseen. (Kääriäinen 2007:8.)

Haavoja voidaan luokitella myös vamman syvyyden sekä värin mukaan. Syvyyden mukaan haava voidaan luokitella pinnallisiin haavoihin tai osaihon tai kokoihon puutoksiin. Suomessa haavat luokitellaan väriluokituksen mukaan: VPK-M eli Vaaleanpunainen, Punainen, Keltainen ja Musta. Väriluokituksen tarkoituksena on kuvata haavanpinnassa olevaa kudosta. Tämä ei kuitenkaan poissulje sitä, ettei haavassa olisi eri vaiheissa olevia kudoksia. (Hietanen ym. 2002:23.)

Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptiikkaa, jonka tarkoituksena on estää mikrobikontaminaatiot. Hoitaja huolehtii omasta käsihygieniastaan, ja haavaa hoidettaessa käytetään aina kertakäyttöisiä suojakäsineitä. Aseptinen työjärjestys etenee puhtaasta likaiseen. Alle 24 tuntia vanhoja haavoja hoidetaan aina steriilisti. Tehdaspuhtaat käsineet antavat riittävän suojan niin hoitajalle kuin potilaalle, kun haava on yli 24 tuntia vanha. Yli vuorokauden vanhaa haavaa voidaan hoitaa välineillä, jotka ovat desinfioidut tai puhtaat ja haava puhdistetaan juomakelpoisella vedellä, keittosuolaliuoksella tai Ringerillä. (Iivanainen, Skarp & Alahuhta 2008:25-29.)

#### 2.4.1 Ihon rakenne

Iho on elimistön uloin ja suurin elin, sen tehtävä on suojata elimistöä ulkoisia ärsykeitä ja infektioita vastaan (Oikarinen & Tasanen-Määttä 2003:12). Iho muodostuu kahdesta kerroksesta, jotka ovat orvaskesi (*epidermis*) ja verinahka (*dermis*). Näiden alla on pääasiassa rasvakudoksesta koostuva ihonalaiskerros (*subcutis*). (Bjålie ym. 2007:20.) Ihon uloimpana kerroksena on verisuoneton ja jatkuvasti uusiutuva *epidermis*, joka koostuu kolmesta kerroksesta. Päälimmäisenä kerroksena on sarveiskerros eli keratiinikerros, jonka alla on jyväissolukerros eli granulaatiokerros. Näiden alla on okasolukerros (*stratum spinosum*) sekä tyvisolukerros (*stratum basale*), joka sijaitsee tyvikalvon pinnalla. *Epidermis* muodostuu laattamaisista epiteelisoluista; keratinosyyteistä, melanosyyteistä, Langerhansin soluista ja Merkelin soluista. (Oikarinen ym. 2003: 12.)

*Epidermisen* uusiutuminen tapahtuu tyvikerroksessa, jossa tyvisolu jakaantuu ja toinen syntyneistä soluista siirtyy kerroksittain keratiinikerrokseen. Kreatinosyytit ovat tyvisoluvaiheessa pyöreähköjä ja erilaistuessaan vähitellen litistyvät. Tyvisolut sisältävät keratiinifilamentteja, jotka muodostavat keratiinifibrillejä, jotka taas rakentavat okasolukerroksessa lähes koko solutilan täyttävän verkoston. Tyvikalvo erottaa tyvisolut alla olevasta sidekudoksesta, ja sen tehtävänä on kiinnittää *epidermis* *dermikseen*. Orvaskeden alla sijaitseva verinahka muodostuu pääosin sidekudoksesta. Lisäksi siinä on verisuonia, hermopäätteitä, imusuonia, karvatuppia sekä tali- ja hikirauhasia. Verinahan tehtävinä ovat kivun, lämmön ja paineen tunteminen. Verinahka koostuu suurimmalta osin kollageenistä, tämän lisäksi siinä on pienempiä määriä elastiinia sekä protoglykaaneja. Sidekudossolut eli fibrosyytit tuottavat valkuaisainesäikeitä eli kollageenia, joka on verinahan keskeinen rakenneosia, sekä elastiinia ja soluväliainetta.



Fibroblastien lisäksi verinahassa on syöttösoluja ja lymfosyyttejä. (Oikarinen ym. 2003:14,16.) Ihon alimpana kerroksena on ihonalaiskerros, joka koostuu löyhästä sidekudoksesta ja rasvakudoksesta. Ihonalaiskudoksen paksuus vaihtelee ihmisen iän, sukupuolen, ravitsemuksen ja hormonaalisen tilan mukaan. (Bjälje ym. 2007:23.)

#### 2.4.2 Haavan paraneminen

Haavan paraneminen jaetaan kolmeen vaiheeseen:

1. Inflammaatio- eli tulehdusvaihe alkaa heti haavan synnyttyä, jolloin haava on punoittava ja muistuttaa infektoitunutta haavaa. Inflammaatiovaihe kestää 2-4 päivää ja sen tehtävänä on suojella elimistöä. Inflammaation ensimmäinen vaihe on hemostaasi eli verenvuoden tyrehtyminen ja verisuonten supistuminen. Tämän aikana haava pyrkii puhdistautumaan kuolleista soluista ja soluväliaineista. (Hietanen ym. 2002: 28.)

Inflammaatiovaiheessa verenkierto haavassa ja sitä ympäröivissä kudoksissa lisääntyy, kun vahingoittunut kudos ja rikkoutuneet solut vapauttavat välittäjäaineita, jotka laajentavat verisuonia. Tämän vaikutuksesta haava ja sen ympäristö muuttuvat lämpimäksi ja punoittavaksi. Verisuonten läpäisevyys haavassa lisääntyy, jonka seurauksena kapillaareista siirtyy proteiinipitoista nestettä solunsisäiseen tilaan aiheuttaen haavalla ja sen ympäristössä turvotusta. Muutaman tunnin kuluessa haavan syntymisestä kemialliset välittäjäaineet saavat aikaan polymorfonukleaaristen leukosyyttien eli neutrofiilien ja monosyyttien siirtymisen kapillaareista eli hiussuonista haavalle. Kudoksessa olevia neutrofiileja ja monosyyttejä kutustaan makrofageiksi. Neutrofiilien, makrofagien ja lymfosyyttien eli inflammatoristen leukosyyttien avulla haavapohja puhdistuu bakteereista ja kuolleesta kudoksesta. Neutrofiilit toimivat fagosyytteinä eli syöjäsoluina suojaamalla haavaa mikro-organismeilta ja saapuvat ensimmäisenä haavaan. Neutrofiilien jälkeen haavaan tulevat noin 48-96 tunnin kuluttua haavan syntymisestä monosyytit. Kudosmakrofagien tehtävänä on erittää kasvutekijöitä, joiden tarkoituksena on saada aikaan solujen siirtymisen haavaan (migraatio), nopean jakautumisen (proliferaatio) sekä sidekudoksen tuotannon. Lisäksi kudosmakrofagien tehtävänä on suojata haavaa syömällä kuollutta kudosta sekä bakteereita ja suojata haavaa sinne mahdollisesti joutuneilta vierailta esineiltä. Tässä vaiheessa makrofagien osuus haavan paranemiselle on tärkeää, koska haavan paranemisen etenemiselle edellytyksenä on haavapohjan puhdistuminen. Haavan paranemien häiriintyy jos makrofagien toimintaa yritetään estää vasta-aineilla. Makrofagien toimintaa aktivoivat lymfosyytit, joilla ei ratkaisevasti ole merkitystä haavan paranemiselle. (Hietanen ym. 2002:30-31.)

2. Proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaiheen aikana haavassa olevat solut (fibroblastit) lisääntyvät. Haavanpohjan hapenpuute kiihdyttää uusien verisuonten syntymistä, jolloin granulaatiokudoksen muodostuminen käynnistyy. (Hietanen ym. 2002:31.)

Proliferaatiovaiheeseen kuuluu granulaatiokudoksen syntyminen, haavan reunojen lähentyminen toisiaan kohti (kontraktio) sekä epitelisoituminen eli yhteen kasvaminen. Uudelleenmuodostumisvaiheessa solut lisääntyvät nopeasti ja vallitsevina soluina toimivat fibroblastit. Fibroblastit kykenevät toimimaan vähähappisessa ympäristössä ja saapuvat haavalle toisena päivänä haavan syntymisestä. Ne jakautuvat haavalla ja kulkeutuvat reunoilta kohti keskustaa, samanaikaisesti uusien verisuonten kasvaessa haavapohjaan. Haavapohja kärsii aluksi sekä hapen että ravintoaineiden puutteesta, joka korjaantuu hiussuonien muodostuessa haavapohjaan. Hiussuonien kasvua haavapohjassa kiihdyttää hapen puute. Hiussuonet liittyvät jo olemassa oleviin, terveisiin hiussuoniin muodostaen haavapohjassa verisuoniverkoston, joka takaa soluille riittävän hapen ja ravintoaineiden saannin edistäen epitelisaatiota ja kollageenisäikeiden muodostamista. Uusista hiussuonista, kollageenisäikeistä, fibroblasteista, valkosoluista ja sidekudoksesta muodostuu granulaatiokudos. Fibroblastit hyödyntävät fibronettiiniin muodostamaa verkkoa uuden granulaatiokudoksen muodostamisessa ja fibronektiinin hajotessa myöhemmin korvaantuu se tyypin III kollageenilla. Granulaatiokudoksen kasvu alkaa joko haavapohjasta tai haavan reunoilta sisäänpäin. Muodostaakseen uutta granulaatiokudosta haavapohjan täytyy olla puhdas. Toisena päivänä haavan synnystä alkaa muodostua kollageenia, jonka tuottamiseen tarvitaan muun muassa C-vitamiinia ja rautaa. Kollageenin tuotanto on huipussaan viiden ja seitsemän päivän kuluttua haavan syntymisestä ja tämän jälkeen tuotanto alkaa hiipua vähitellen. Haavan supistuminen (kontraktio) sekä ihon pintakerroksen yhteenkasvaminen (epitelisoituminen) tapahtuvat yhtäaikaista. Eitelisoituminen alkaa muutaman tunnin ja kontraktio muutaman päivän kuluttua haavan syntymisestä. (Hietanen ym. 2002:31,32.)

3. Maturaatio- eli kypsymisvaiheessa haava epitelisoituu ja iho uudistuu. Maturaatiovaihe voi kestää kuukausista vuosiin. Maturaatiovaiheessa haavan iho saavuttaa vetolujuuden, joka on 60-70% aikaisemmasta. Tässä vaiheessa olevasta haavasta puuttuu tali- ja hikirauhaset sekä ihokarvat. (Hietanen ym. 2002:32.)

Paranemisen viimeinen vaihe, maturaatiovaihe- eli kypsymisvaihe, alkaa kun haava on täyttynyt sidekudoksella ja epitelisaatio on päättynyt. Tämä vaihe kestää haavasta riippuen kuukausia tai jopa vuosia. Maturaatiovaiheessa tyypin III kollageenin rakenne kiinteytyy ja vahvistuu sekä määrä vähenee muodostaen vähitellen tyypin I kollageenia. Metalloproteinaasien inhibiittorit, jotka ovat metalloproteinaasien ja fibroblastein tuottamia, säätelevät kollageenin muutosta. Lopullisen vetolujuutensa arpikudos saavuttaa ihossa ja faskiassa, ja se on noin 60-

70% alkuperäisestä vetolujuudesta. Ihokarvoja, tali- ja hikirauhasia ei ole kypsymissivaiheessa olevassa haavakudoksessa. (Hietanen ym. 2002:32.)

Haavainfektio tarkoittaa haavan paranemisessa ilmenevää ongelmaa, ja se saa alkunsa usein bakteerikontaminaatiosta. Bakteerit ja sienet lisääntyvät siinä määrin, että ne aiheuttavat solutuhoa infektoituneessa haavassa. Infektion yhteydessä potilaalla ilmenee ensimmäiseksi seuraavia oireita: kipu, turvotus ja haavareunojen punoitus. Seuraavaksi haavainfektiossa ilmenee haava-alueella katetta ja märkäistä eritettä. Haavassa voi ilmetä myös pahaa hajua. Pahimmillaan infektio johtaa haavasepsikseen, jossa ilmenee kuumeilua, CRP eli tulehduskoearvo nousee ja potilas potee yleistä pahaa oloa. (Hietanen ym. 2002:229; Tuuliranta 2007:24-25.) CDC (Center of Disease Control) on julkaissut vuonna 1992 määritelmät leikkausalueen infektioista. Määritelmän mukaan infektiot jaetaan pinnalliseen haavainfektioon, joka ulottuu ihoon tai ihonalaiskudokseen, faskiaan tai lihakseen ulottuvaan syvään haavainfektioon sekä faskian ja lihaksen alle ulottuvaan leikkaus- tai elininfektioon. (KTL 2005:6.)

#### 2.4.3 Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä

Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat haavan ikä, koko, syvyys, sijainti, lämpötila, pH, kosteus, happipitoisuus kudoksissa, infektio, repeäminen, haavan reunojen maseraatio eli kosteudesta johtuva pehmeneminen ja vaaleneminen, hyytymät, ravitsemus sekä potilaan yleinen terveydentila. Haavan sijainti vaikuttaa myös sen paranemiseen. Kehonosissa, joissa on vilkas verenkierto, haavat paranevat nopeammin. Haavan koolla ja syvyydellä on ratkaisevaa vaikutusta haavan paranemiseen. Isot kudonsvauriot paranevat hitaammin kuin pienet ja syvät haavat paranevat hitaammin kuin pinnalliset. Lämpötila haavassa tulisi olla +37 astetta sillä se olisi optimaalisin lämpötila haavan paranemisen kannalta. Haavassa tapahtuva lämpötilan lasku vaikuttaa solujakautumiseen eli mitoosiin, syöjäsoluihin eli makrofageihin sekä happimolekyylien irtoamiseen hemoglobiinissa. Haavassa olevan pH:n tulisi olla 6,5-6,7. Haavasta erittyvä kudosteneste pyrkii pitämään pH- tason edellä mainitulla tasolla. Kudosten paraneminen tarvitsee ehdottomasti riittävää verenkiertoa ja happitasoa. Haavassa muodostuvat uudet hiussuonet turvaavat riittävän kudosten hapetuksen ja verenkierron. Tämä johtuu makrofageista, jotka haavan synnyttyä stimuloivat uusia hiussuonia muodostumaan. Infektiot ja repeämät haavassa hidastavat parantumista, sillä infektio aiheuttaa haavassa kudostuhoa. Maseraatio haavassa ilmenee pehmeänä, vaaleana kudoksena ihossa ja se on alttiimpi vaurioille. Haavan paranemiseen vaikuttavat myös kovettumat sekä arpikudoksen liika kasvu. Niin haavan ikä kuin potilaankin ikä ovat merkittäviä tekijöitä paranemisessa. Ikääntyessä ihon uudelleenmuodostuminen hidastuu. (Hietanen ym. 2002:35-40.)

Riittävällä ja monipuolisella ravitsemuksella on suurin merkitys haavan paranemiseen. Haava tarvitsee paranemistaan varten hiilihydraatteja, proteiinia, rasvoja, kivennäisaineita sekä vitamiineja. Hiilihydraateista elimistö pilkkoo glukoosia, jota solut käyttävät energianlähtee-

nään. Kudokset käyttävät proteiinia rakennusaineenaan, ja proteiineista muodostuvat myös uudet solut. Rasvoja elimistö tarvitsee rakennusaineeksi ja energianlähteeksi. Haavan inflammatiovaiheessa elimistö tarvitsee rasvoja solujen aineenvaihdunnassa. Kivennäisaineista sinkki on merkittävä haavan paranemisessa, sillä se on tärkeä rakennusaine elimistölle. Eri vitamiinit auttavat haavaa paranemaan, K-vitamiinin avulla elimistö hyydyttää haavassa olevan verenvuodon ja E-vitamiini suojaa elimistöä toksisilta aineilta. C-vitamiinia tarvitaan muun muassa vastustuskyvyn yllä pitämiseen, B-vitamiinit auttavat kollageeni- ja uusien proteiinien synteesiin ja A-vitamiineja tarvitaan muun muassa immuunivasteen säätelyyn. (Hietanen ym. 2002: 46.)

#### 2.4.4 Haavakivun hoito

Haavan paranemista hidastaa hoitamaton kipu, ja se myös huonontaa potilaan elämänlaatua. Haavanhoitoon liittyvää kipua voidaan vähentää asiantuntevalla haavanhoidolla ja yksilöllisellä kipulääkityksellä. Potilaan psykososiaalinen ympäristö vaikuttaa kipukokemukseen. (Briggs, Ferris, Glynn, Harding, Hollinworth, Grasner, Lindholm, Moffatt, Price, Romanelli, Sibbald, Stacey & Téot 2004:1.) International Association for the Study of Pain- järjestö (2010) on määritellyt kivun käsitteen seuraavasti: ”epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy todellinen tai potentiaalinen kudosaivaurio tai joka kuvataan tällaisen vaurion kautta”. Kipu on aina subjektiivista eli yksilöllistä (International Association for the Study of Pain 2010). Haavanhoidosta aiheutuva lisäkipu voi olla sietämätöntä hyvin herkille potilaille, jotka kevyemmästäkin kosketuksesta aistivat kipua. Kipu voidaan jaotella aiheuttajansa mukaan taustakivuksi, liikekipuksi, toimenpiteeseen liittyväksi kivuksi ja operatiiviseksi kivuksi. Taustakipu on levossa tuntuvaa kipua, joka ei ole yhteydessä haavanhoitoon. Liikekipua voi esiintyä arkipäiväisten toimien kuten yskimisen tai liikkumisen yhteydessä. Lääkärin on pyrittävä hoitamaan tausta- ja liikekipu nopeasti ja asianmukaisella tavalla eri kipulääkkein. Hoitovaihtoehtoja ja kipulääkityksen tehostamista tulee harkita uudelleen, jos toimenpiteet kuten sidoksen poistaminen tai haavan puhdistaminen aiheuttavat turhaa kipua. (Briggs ym. 2004:2,6.)

Välilihan vaurioissa kipu tulee aina huomioida ja tehokas kivunlievitys on tutkimusten mukaan nostanut imettävien äitien määrää (East, Begg, Henshall, Marchant & Wallace 2009:3). Kivut välilihan alueella saattavat usein vaikeuttaa imettämistä, sillä äidin on hankalaa asettautua sopivaan asentoon. Kivuilla on myös suoliston toimintaan vaikutusta. (Gould 2007.) Välilihan kivut voivat jatkua pitkäänkin ja tutkimuksissa on ilmennyt jopa vuoden kestäviä kipuja. Kivuilla voi olla negatiivinen vaikutus äidin tuntemiin aikaisiin äitiyden kokemuksiin. (Enkin ym. 2000.) Kipu vaikeuttaa toimimista vauvan kanssa ja se vaikuttaa äidin mobilisoitumiseen eli liikkeelle lähtöön synnytyksen jälkeen. Käveleminen ja istuminen sekä nukkuminen vaikeutuvat kivun tuntemuksen myötä. (East, Sherburn, Nagle, Said & Forster 2010.)

Alison ja Colin McArthurin (2004) tutkimuksessa selvitettiin, kuinka usein välilihan kipuja esiintyy 6 viikon kuluttua alatiesynnytyksestä ja arvioitiin välilihan trauman ja kipujen liittymistä toisiinsa. Kipuja esiintyi 1. vuorokauden jälkeen 92 %:lla, viikon päästä 61 %:lla ja 6 viikon päästä 7 %:lla kaikista tutkituista. Potilaat, joille oli tehty episiotomia, kipuja välilihan alueella esiintyi ensimmäisen viikon aikana 97 %:lla. (McArthur ym. 2004.) Tutkimukset osoittavat, että useimmilla naisilla esiintyy välilihassa kiputuntemuksia välittömästi alatiesynnytyksen jälkeen, ja siksi kaikilla tulisi olla kipulääkitys kivun asteen mukaan. (McArthur ym. 2004; East ym. 2010; Peter, Janssen, Grange & Douglas 2001.) Kokemusperäisen tiedon mukaan Naistenklinikalla kipulääkitys aloitetaan heti lapsivuodeosastolle tullessa. Äitejä ohjataan ilmoittamaan kivun tuntemuksista heti, jotta kipu ei pääse yltymään liian kovaksi, jolloin kipua on vaikeampi hallita. Yhteisen kielen puuttuessa hoitosuhteessa elekielestä pystyy tunnistamaan kivun helposti. Kokemusperäisen tiedon mukaan vahvempaan särkylääkkeeseen siirrytään, jos säännöllinen särkylääkkeen otto ja jääsiteen yhdistelmä ei anna toivottua vastetta. Lääkärinä tulee konsultoida kipulääkityksestä. Kivun syytä tulee aina miettiä, ja haava-alue tulee tarkistaa säännöllisesti.

Peter'n, Janssenin, Grangen ja Douglas'n (2001) tutkimuksessa vertailtiin kahden kipulääkkeen ominaisuuksia hoidettaessa synnytyksen jälkeistä välilihan kipua. Tutkimus vertaili ibuprofeiniin ja parasetamoli-kodeiini yhdisteen tehokkuutta, sivuvaikutuksia ja kustannuksia. Ibuprofeinilla ja parasetamolilla kodeiinin kanssa on samankaltaiset analgeettiset ominaisuudet mutta tutkimuksessa havaittiin että ibuprofeinista aiheutui vähemmän haittavaikutuksia kuin parasetamolista. Merkittäviä eroja ei kahden ryhmän välillä kuitenkaan ollut. Tutkimuksessa ibuprofeinia suositellaan tutkimuksessa ensisijaiseksi lääkkeeksi kivunhoitoon, sillä se on halvempaa ja vaatii vähemmän hoitoaikaa. (Peter ym. 2001.) Myös Naistenklinikalla on todettu ibuprofeinin toimivan paremmin juuri välilihan seudun kipuun.

Jääsiteet ja jäähdyttävät geelipakkaukset ovat yleisiä keinoja, joilla kipua saadaan vähennettyä hetkellisesti. Niiden teho perustuu pintakudosten kylmettämiseen ja puuduttamiseen sekä ne vähentävät infektion vaikutuksia. (Gould 2007.) Todisteita kylmän pidempiaikaisesta hyödyistä ei kuitenkaan ole (Enkin ym. 2000; East ym. 2009). Kun kylmäpakkausta käytetään, ihon verenkierto vähenee, joka vähentää kudosten turvotusta ja verenvuotoa. Näin ollen se vähentää myös mustelmia ja paikallista kipua. (East ym. 2009:3.) Kokemusperäisen tiedon mukaan Naistenklinikalla on todettu jääsiteillä olevan hyvä vaste lepokipuun. Jääsiteeksi sopii tavallinen terveystyyny, joka kastellaan ja laitetaan pakkaseen jäätymään.

East'n ym. (2010) tutkimuksessa tarkasteltiin välilihan kipujen yleisyyttä, vaikutusta toipumiseen sekä kivunlievityskäytäntöjä. Kivunlievityksestä johtuvat sivuvaikutukset olivat harvinaisia. Kivunlievityksinä käytettiin erilaisia kylmäpakkauksia (69 %), analgeetteja (75 %), huume-

kipulääkkeitä (4 %) sekä tulehdusta estäviä peräpuikkoja (25 %). Jääpakkauksesta kivunlievityskeinona hyötyi melko huomattavasti tai hyvin huomattavasti 59 % äideistä ja 63 % äideistä koki kivunlievityksen olevan melko tehokasta tai todella tehokasta käyttäessään kipulääkkeitä. Tutkimuksessa kannustetaan hoitohenkilökuntaa hienotunteisesti kyselemään äitien kivuntunteesta määrääjain, jotta he voivat aktiivisesti ehdottaa erilaisia kivunlievitysmenetelmiä äideille. Tällä minimoidaan kivun negatiiviset vaikutukset liikkumiseen ja synnytyksen jälkeiseen toipumiseen. (East ym. 2010.)

Haavasta johtuvaa kipua mitataan usein VAS-kipumittarilla (Visual Analogue Scale, LIITE 3), joka on kiputuntemusta kuvaava jana. Mittarin vasen reuna kuvaa kivutonta tuntemusta ja oikea reuna taas pahinta mahdollista kipua. (Heinonen 2007.) Mittarin toisella puolella on asteikko 0- 10. Nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. VAS-mittarilla määritetään potilaan kanssa yhdessä kivun voimakkuutta. Potilas ohjataan asettamaan poikki- viiva janalla kohtaan, joka kuvaa hänen sen hetkistä kiputuntemusta. (HUS 2004.) Mittarin toiselta puolelta nähdään numeraalisesti kivun voimakkuus. VAS-mittarista on kaksi versiota, joista toinen on kipujana ja toinen kipukiila, joka toimii samalla tavalla kuin kipujana. (Heinonen 2007.) Kivun mittausjärjestelmä tulisi valita yhdessä hoitohenkilökunnan ja potilaan kanssa niin, että se vastaa potilaan tarpeisiin. Näiden tahojen tulisi ymmärtää kuinka mittausjärjestelmä toimii. Valittua mittaria tulisi käyttää koko hoidon ajan, jotta saadaan mahdollisimman luotettavia tuloksia kivusta. Mittaustulokset tulisi aina kirjata. (Briggs ym. 2004:7.) Naistenklinikalla hoitajilla on käytössä VAS-mittarit, ja niiden käyttö korostuu etenkin kun yhteistä kieltä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä ei löydy.

#### 2.4.5 Episiotomiahaavan hoito

Episiotomiahaavan hoito ja ohjaus ovat hoitohenkilökunnalle haastavaa, koska haava sijaitsee potilaan intiimialueella. Intiimialueen haavanhoidossa on tärkeää toimia aseptisesti oikein. (Vitikainen ym. 2008:30- 31.) Episiotomiahaava ei tarvitse antiseptisiä aineita, koska se vaikuttaa soluihin ja mikrobeihin haitallisesti, mutta käsihygieniassa niitä on hyvä käyttää. Antiseptiset aineet hidastavat haavan paranemista, mutta pahasti tulehtuneissa haavoissa antiseptisten aineiden käyttö on kuitenkin perusteltua. Vesijohtovesi riittää haavan puhdistukseen. (Vuorela 2001:32-33.) Äidin tulee huolehtia henkilökohtaisesta hygieniastaan, koska hän hikoilee tavallista runsaammin, jälkivuoto on veristä ja se voi myös olla runsasta. Synnyttäneellä äidillä on genitaalialueen limakalvoilla vaurioita, repeämiä tai välilihan vaurioita ja tämän vuoksi äidin tulee olla tietoinen kohonneesta infektioriskistä. Kohdunsuu muodostaa infektioportin ollessaan vielä avoin. (Raussi-Lehto 2006:273, 300.) Hoitohenkilökunnan tulee korostaa äidille intiimialueen hygienian tärkeyttä, joka sisältää siteen vaihdon riittävän useasti, käsien pesun ennen ja jälkeen intiimialueen käsittelyä, sekä häntä tulee ohjata suihkuttamaan välilihan aluetta aina wc-käyntien yhteydessä, jotta se pysyy puhtaana. (Raussi-Lehto 2006:300; National Institute for Health and Clinical Excellence 2006:15.) Myös Faruel-Fosse

(2006) korostaa hygienian merkitystä haavan paranemisessa sekä hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta potilaan itsehoitoon.

Episiotomiahaavan hoidossa ei käytetä erillisiä sidoksia, vaan hoitona ovat huolelliset alapesut wc-käyntien yhteydessä sekä ilmakylvyt. Episiotomiahaava-alueella voi ilmetä turvotusta sekä kipua, joita voidaan lieventää kylmillä kääreillä. Äiti voi tarvittaessa käyttää tulehduskipulääkkeitä ja istumista pitkiä aikoja tulisi välttää. (Vitikainen ym. 2008:30-31.) Istuessa apukeinona voidaan käyttää erilaisia renkaita, jotka vähentävät istumisesta aiheutuvaa painetta haava-alueelle ja makuuasennossa voidaan käyttää kiilaa tai tyynyä (Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett & Homfeyr 2000:460). Kättilöopiston lapsivuodeosastolla suositellaan asentohoitoa renkaiden sijaan. Kokemuseräisen tiedon mukaan äitiä tulisi kannustaa liikkeelle oman voinnin mukaan. Naistenklinikan kättilön mukaan liikkuvien äitien haavat paranevat nopeammin. Pääsääntöisesti episiotomiahaava paranee nopeasti emättimen verekkyyden ja paranemisalttiuden vuoksi (Ylikorkala 2004:497). Jos episiotomiahaava pääsee avautumaan, sitä ei ommella uudestaan, vaan se hoidetaan entiseen tapaan ilmakylvyillä ja suihkuttaen lämpimällä vedellä (Eskola ym. 2005:263). Hoitohenkilökunnan tulee kysyä äidiltä säännöllisesti, jos hänellä on huolia tai ajatuksia koskien välilihan vaurioita ja paranemista. Huolta voivat tuottaa esimerkiksi kivun tuntemukset, epämukavuus, kirvely tai vastenmielinen haju. Hoitohenkilökunnan tulee tarkkailla ja arvioida välilihan alueelta infektion merkkejä ja oireita, mahdollista riittämätöntä vaurion korjausta tai haavan parantumattomuutta. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006:15.) Episiotomiahaava voi aristaa jopa viikkoja, mikä hidastaa yhdyntöjen alkamista. Yhdyntät voidaan aloittaa, kun arkuus ja kipu alueella ovat hävinneet. Yleensä näin käy 1-2 kuukautta synnytyksen jälkeen. Ompeleet haavassa saattavat pysyä jopa 2-3 viikkoa synnytyksen jälkeen. (Ylikorkala 2004:497.)

Haavojen puhdistamisessa käytetään yleensä vettä ehkäisemään infektio tartuntaa. Vesi voi olla vesijohtovettä, tislattua vettä, jäädytettyä keitettyä vettä tai suolaliuosta. Vesijohtovesi määritellään laadukkaaksi kun se on juotavaksi kelpaavaa. Akuuttien haavojen hoidossa vesijohtoveden käytöllä ei ole todettu olevan infektioita lisäävää vaikutusta. Episiotomiahaavoja puhdistettaessa vesijohtoveden käyttö ei tutkimusten mukaan ole lisännyt infektioriskiä. Vesijohtovesi on yleisesti käytetty puhdistusmenetelmä haavoihin, sillä se on helppo, tehokasta ja kustannustehokasta, mutta sen käytöstä käydään keskustelua. Lisää tutkimusnäyttöä Fernandez'n ja Griffiths'n mukaan tästä tarvitaan lisää. (Fernandez & Griffiths 2008.) Genitaalialue tulee pestä juoksevalla, lämpimällä vedellä useita kertoja päivittäin. Suihkuttaminen lämpimällä vedellä vilkastuttaa verenkiertoa ja episiotomiahaavan paraneminen edistyy. (Eskola ym. 2005:263.) Haavaa ei kuitenkaan tule suihkuttaa muutamaa minuuttia pidempää, sillä vesi on ionitonta eli suolatonta ja se läpäisee solukalvon ja pääsee solunsisäiseen nestetilään, aiheuttaen solujen turpoamisen ja rikkoutumisen. Turpoaminen ja rikkoutuminen aiheuttavat kudosturvotusta ja erityksen lisääntymistä. (Hietanen ym. 2002:71-72.)

#### 2.4.6 Katsaus sairaanhoitopiirien episiotomiahaavan hoito-ohjeistuksiin

Katsauksen Suomen sairaanhoitopiirien episiotomiahaavan hoito-ohjeistuksiin suoritimme Internet-sivuilta. Satakunnan, Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Etelä-Savon, Itä-Savon, Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien Internet-sivuilta emme löytäneet ohjeita liittyen episiotomian tekemiseen tai sen hoitoon. Episiotomian teosta muttei hoidosta on kerrottu Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Lapin, Etelä-Pohjanmaan sekä Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivuilla.

##### Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

Wc-käyntien yhteydessä olisi hyvä tehdä alapesu ja vaihtaa uusi side. Haavan hoitona on suihkuttelu, ilmakylvyt ja näitä tehdään sairaalassa sekä kotona. Haava voi olla kipeä, kipuun voi ottaa tulehduskipulääkkeitä joita on käyttänyt sairaalassa ollessa. Haavassa on itsestään sulavat ompeleet, jotka sulavat 4 - 6 viikon sisällä. Episiotomiahaava paranee noin neljässä viikossa. Haavan kipeytyessä, ota yhteys neuvolaan. (EKSHP.)

##### HUS

Episiotomiahaavaa tulee suihkuttaa useita kertoja päivässä. Suihkutuksen jälkeen haavan voi kuivata wc-paperilla. Vuoteessa ollessa haavalle voi antaa ilmakylpyjä. Ompeleet ovat itsestään sulavat. Ota lääkäriin yhteyttä, jos lämpö nousee tai haava kipeytyy lisää. (HUS. Jorvin sairaala.) HUS:n Vauvaoppaassa kerrotaan välilihan haavojen paranevan yleensä nopeasti. Episiotomiahaava voi olla kivuliaampi kuin repeämä. Haavaa hoidetaan suihkuttamalla wc-käyntien yhteydessä. Virtsaamisen yhteydessä esiintyvään haavan kirvelyyn auttaa haavan suihkuttelu vedellä. Haavan paranemista edistää verenkierron vilkastuminen, joka tapahtuu liikkeessä. (HUS. Vauvamatkalla-opas synnyttäjille. 2010.)

##### Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Osastolla seurataan episiotomiahaavan / repeämien paranemista. Wc-käyntien yhteydessä tehdään alapesu ja terveysside olisi hyvä vaihtaa jokaisen wc-käynnin yhteydessä. Käsihygieniasta on hyvä huolehtia. Episiotomiahaava ja repeämät voivat olla kipeitä ja turvonneita. Ompeleet haavassa sulavat itsestään, paraneminen vie muutamia viikkoja. Suihkutus lämpimällä vedellä edistää paranemista. Kotona haavakivun hoidossa voi käyttää samoja kipulääkkeitä kuin osastolla. (KSSH. 2009.)

##### Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Ponnistusvaiheessa episiotomia tehdään tarvittaessa puudutuksessa. Osastolla seurataan repeämien ja episiotomiahaavan paranemista. Episiotomiahaavan paranemiseen kuluu 3-5 viikkoa. Alapesut tulisi tehdä jokaisen wc-käynnin yhteydessä, samoin puhdas terveysside tulisi



tällöin vaihtaa. Hygieniasta huolehtiminen on tärkeää, näin voidaan välttää tulehduksia. (PPSHP. 2011.)

#### Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Episiotomiahaavaa hoidetaan suihkuttelulla ja ilmakylvyillä. Hyvä hygienia vähentää tulehdusriskiä, sekä nopeuttaa paranemista ja edistää ompeleiden sulamista. Suihkuttelu tulisi tehdä wc-käyntien yhteydessä. Episiotomia-alue kuivataan paperilla kevyesti painelemalla. Istumista on hyvä välttää alkuun. Episiotomiahaava paranee 2-4 viikon aikana. Episiotomiahaavan kipuun voi käyttää mietoja kipulääkkeitä. Ota yhteys neuvolaan tai terveystieteiden lääkäriin, jos haavakipu kasvaa tai nousee kuumetta. (PSSHP.)

#### Turun yliopistollinen keskussairaala

Episiotomiaa ei automaattisesti tehdä ensisynnyttäjille. Se tehdään tarpeen mukaan, jolloin väliliha puudutetaan ja leikataan. Istukan syntymän jälkeen repeämät ja episiotomia ommellaan. Haavasta ompeleet sulavat itsestään pois noin kahdessa viikossa. Wc-käyntien yhteydessä tulisi tehdä alapesut, haavalle voi antaa ilmakylpyjä. (TYKS. 2011.)

#### Vaasan keskussairaala

Episiotomiahaava tai repeämät voivat olla kipeitä ja kipuun voidaan käyttää lääkkeitä. Repeämät tai episiotomiahaava-alue olisi hyvä suihkuttaa wc-käyntien yhteydessä. Haavan paranemista edistävät ilmakylvyt. Istumista pitkiä aikoja tulisi välttää ensimmäisten 1-2 viikon ajan, sillä istuminen lisää haavan turvotusta ja ompeleet kiristyvät. Ompeleiden sulaminen vie muutaman viikon. (Vaasan keskussairaala. 2010.)

#### Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri

Episiotomiahaavan paranemisaika on 2-4 viikkoa ja haavaompeleet ovat itsestään sulavia. Haavaa voi hoitaa suihkuttelulla sekä ilmakylvyillä. Istumista on hyvä välttää alkuun. Kipulääkkeitä voi tarpeen mukaan käyttää. (VSSHP. 2011.)

## 2.5 Potilasohjaus

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785 edellyttää, että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaalle on annettava selvitys hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi hänelle on annettava tarvittava tieto, jonka avulla hän pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa (Torkkola 2009). Kyngäksen ja Kääriäisen käsiteanalyysin mukaan ohjaus määritellään potilaan ja hoitajan väliseksi aktiiviseksi, tavoitteelliseksi toiminnaksi joka on liitoksissa taustatekijöihin ja tapahtuu vuorovaikutuksessa. Potilasohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa potilaiden hoidossa.

Hyvin onnistuessaan ohjauksella on myönteistä vaikutusta potilaiden sekä myös heidän omaisensa terveyteen. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Hoitajilla on parhaimmat mahdollisuudet potilasohjaukseen, sillä he ovat useimmiten ajallisesti eniten tekemisissä potilaiden kanssa. Hoitajan työnkuvaan kuuluvat kokonaisvastuu potilasohjauksesta sekä neuvonnan koordinoinnista ja toteuttamisesta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002:26.) Haasteita ohjauksen toteuttamiselle ovat lyhyet hoitoajat sekä osin puutteelliset ohjausresurssit. Asiakkaiden ohjaaminen haasteellisissa tilanteissa edellyttää ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista. Toimivassa ohjaussuhteessa asiakas ja hoitaja voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä ja prosessia tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakas on aina oman elämänsä ja hoitaja puolestaan ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija, joten toimiva ohjaussuhde tarvitsee molemminpuolista toistensa asiantuntijuuden kunnioittamista. (Kyngäs ym. 2006.) Suullinen ohjaus ei yleensä riitä yksinään vaan se tarvitsee tuekseen kirjallisia ohjeita. Tieto auttaa potilasta ennakoimaan mahdollisia tulevia tilanteita ja orientoitumaan tulevaan. (Torkkola ym. 2002:25.) Potilaan ohjaaminen tukee potilaan motivaatiota hoitaa itseään ja olla aktiivisesti mukana omassa hoidossaan. Erikoissairaanhoito antaa yleensä potilaille akuuttivaiheen ohjauksen, jotta potilas pärjää kotona ensimmäiset viikot. (HUS 2009.) Potilaan ohjauksessa näkyvät tutkittu ja hyväksi havaittu tieto, hoitajan omat tiedot ja taidot. Potilasohjauksella on suora vaikutus potilastyytyväisyyteen, hoidon laatuun sekä kustannuksiin. Hyvä ja määrätietoinen ohjaus ennaltaehkäisee ja edistää parantumista ja sen avulla voidaan välttää komplikaatioita ja infektioita. Hyvä ohjaus voi helpottaa potilaan tuntemaa ahdistusta ja pelkoa. Potilas saa mahdollisuuden kysyä itseään askarruttavista asioista, joita voi liittyä sairauteen. Parhaassa tilanteessa potilasohjauksessa hoitaja saa onnistumisen tunteita ja suoraan asiakaspalautetta, jolla voidaan kehittää hoitotyötä. (Ohtonen 2006.)

### 2.5.1 Eettisyys ohjaamisessa

Ohjauksessa eettiset kysymykset koskevat yleensä asiakkaan oikeuksia eli autonomiaa, yksilöllisyyttä sekä vapautta. Ohjaajan on huomioitava, mitä hyvän edistäminen on ohjaustilanteissa ja pohdittava, kuinka voidaan huomioida ja säilyttää asiakkaan tarve hallita omaa elämäänsä, olla yksilöllinen, suojella yksilöllisyyttään ja vapauttaan sekä tehdä omia arvovalintoja tietoisena seurauksista. Ohjaajalla on aina ammattilaisena vastuu oman toimintansa eettisyydestä ja toiminnastaan ”oikean” tietämyksen mukaisesti. Asiakkaan oikeus on saada luotettavaa ja tutkittua tietoa ohjaustilanteessa. (Kyngäs, Kääriäinen, Porkkiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007: 154,155.)

Eettinen tietoisuus sekä taito kohdata tilanteita, joissa on pohdittava omia tapojaan työskennellä eettisesti, kuuluvat eettiseen työskentelyyn. Tietoisuuteen kuuluu omien arvojen sel-

kiyttäminen ja ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Ohjausta antavan hoitajan lainsäädännön tuntemus auttaa eettisten asioiden ymmärtämistä ohjaustilanteissa. Eettisten kysymysten tunnistaminen yksittäisissä hoitotilanteissa vaatii hoitajalta pohdintoja omista arvoista ja moraalista, ja lisäksi hän pyrkii tietoisesti selkiyttämään niitä. Hoitaja tiedostaa mitä asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tai häirinnän ja harmin tuottamisen välttäminen tarkoittaa hoitosuhteissa. Ohjaustilanteissa yksityisyyden kunnioittamisen ja asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen mahdollistaa hoitajan riittävä tieto asiakkaasta. (Kyngäs ym. 2007: 154,155.)

Hoitosuhdetta ja ohjausta tukee hyvä eettinen ympäristö takaamalla rauhallisen ohjaustilan, antamalla riittävästi aikaa keskustella asiakkaan kanssa sekä varmistamalla, että ohjausta antavalla hoitajalla on valmiudet ja riittävät taidot toteuttaa ohjausta. Taatakseen hoidon ja ohjauksen tehokkuuden ja vaikuttavuuden on eettisen ohjausympäristön edistäminen tärkeää. Terveystieteiden työntekijöiden, organisaatioiden ja yhteisöjen tulisi jakaa vastuuta siitä, että terveydenhuollon voimavaroja käytettäisiin tarkoituksenmukaisesti, perehtymällä miten ohjausta työmenetelmänä arvostetaan ja kuinka aika, ohjaustaidot ja ohjauksen apuvälineet ja tukena käytettävät materiaalit mahdollistavat ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007: 157.)

### 2.5.2 Kirjallinen potilasohje

Kirjallisten sekä verkossa julkaistujen potilasohjeiden ja oppaiden merkitys on ollut suuressa kasvussa. Lyhentyneet hoitoajat vähentävät viestinnän mahdollisuutta kasvokkain, joten kirjallinen hoito-ohje täydentää ja varmistaa viestin perille menemistä. Potilaat ovat entistä halukkaampia ja kyvykkäämpiä ottamaan vastaan tietoa liittyen sairauteensa ja sen hoitoon. (Torkkola 2009.) Kirjallisten ohjeiden läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa niin, että potilas varmasti ymmärtää ne, on yksi sairaanhoitajan tärkeitä tehtäviä liittyen potilashoitoon sekä neuvontaan. Potilasohjeen noudattaminen edellyttää, että ohjeet ovat ymmärrettäviä sekä yksiselitteisiä. (Hietanen 2005.)

Hyvässä potilasohjeessa kerrottavat asiat liittyvät loogisesti toisiinsa. Asiat on katsottava potilaan näkökulmasta, ja merkitykselliset asiat ovat selkeimmin luettavissa. Mitä enemmän potilaalta vaaditaan ohjeissa, sitä tarkemmin tulee ohjeet perustella. (Hyvärinen 2005.) Potilasohjeen kirjoittamisessa suositeltavaa kirjoittaa tärkeimmät asiat ensin eli tärkeimmät ja merkittävimmät asiat tulevat ennen vähemmän merkityksellisiä. Tämä kirjoitustapa varmistaa sen, että vain alun lukeneet lukijat saavat tietoonsa kaikkein oleellisimman. Potilaalle tärkeimmän asian kertominen heti aluksi kertoo myös siitä, että tekstin tekijä arvostaa sen lukijaa. Havainnollisella yleiskielellä kirjoitettu ohje tekee siitä kaikkein ymmärrettävimmän. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002:39-42.) Yleensä potilasohjeen lukija on maallikko, joten yleiskielen sanat estävät lukijan etäntymisen asiasta. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeen lukijan tulee heti ensi vilkaisullaan ymmärtää, että ohje on tarkoitettu juuri hänelle (Torkkola ym. 2002:36). Ohjeen otsikon sekä väliotsikoiden tulee olla sen sisältöä kuvaavaa, lisäksi ohjeen ensimmäisestä virkkeestä tulee ilmetä, mistä ohjeessa on kysymys (Torkkola ym. 2002:36; Hyvärinen 2005). Ohje voi luonteeltaan olla käskevä, mutta toisaalta suoraan käskymuotoon kirjoitettu ohje voi saada lukijan tuntemaan itsensä typeryukseksi. Potilasohjeissa käskymuodot ovat hyvin yleisiä, jonka taustalla on terveydenhuollon hierarkkinen kulttuuri, jossa potilas on kuuliainen tiedon vastaanottaja. Käskyt ovat kuitenkin käytännöllisiä; ne painottavat ohjeiden noudattamisen tärkeyttä ja ohjeiden perillemeno on varmempaa. Suositeltavaa olisi kirjoittaa potilasohjeet perustellusti ja selittämällä, miksi tietyt toimintatavat ovat suositeltavia. Perustelut antavat potilaille mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. (Torkkola ym. 2002:36-38.)

Hyvän kuvituksen avulla potilaan mielenkiinto herää ja kuvat selkeyttävät käsiteltyä asiaa. Potilasohjeissa olevat kuvat lisäävät luotettavuutta, täydentävät ja tukevat ja tekstiä. Kuva-tekstit selkiyttävät kuvien seuraamista ja antavat lisätietoa kuvasta. Ohjeistuksissa tulisi käyttää täytekuvia harkiten. Täytekuva, joka ei liity mitenkään aiheeseen voi luoda lukijoille vääränlaisia mielikuvia. (Torkkola ym. 2002: 40-41.) Haavahoidon ohjauksessa voidaan käyttää useita eri materiaaleja tukemaan ohjausta, muun muassa seuraavia: suullinen ja kirjallinen ohjaus, kuvat, videot, demonstraatiot ja diasarjat. Haavahoito-ohjausta voi hankaloittaa, jos potilas kokee haavansa vastenmielisenä. (Hietanen ym. 2002: 255.)

### 2.5.3 Puhelinohjaus

Puhelinohjauksella tarkoitetaan ohjausta jonka terveydenhuollon ammattihenkilö antaa puhelimitse potilaan terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Hoitajalta puhelinohjauksen antaminen edellyttää suunnitelmallisuutta niin puhelinhaastattelun teossa kuin hoitotyön prosessissa. Ohjaaminen vaatii kokemusta, harjoittelua sekä jatkuvaa kouluttautumista, sillä hoitajan on kyettävä antamaan tietoa soittajille ja vastaamaan soittajien tarpeisiin. Lisäksi puhelinohjaus edellyttää hoitajalta tietoisuutta omista vuorovaikutustaidoistaan sekä kuuntelutaitoa. Hoitajan ei tarvitse hallita täsmällistä tietoutta kaikista sairauksista, vaan hänen on kyettävä arvioimaan oireita ja tekemään päätöksiä soittajan oireiden kiireellisyydestä haastattelun ja kuuntelun perusteella. Haastaviksi asioiksi puhelinohjauksessa on koettu näköyhteyden puuttuminen, minkä vuoksi on vaikeaa tehdä hoitopäätöksiä soittajan kertomien oireiden perusteella. Tämän lisäksi puhelinohjausta antavat hoitajat ovat kokeneet haasteelliseksi havaita, onko soittajalla jotain muutakin sanottavaa, jota he eivät ehkä kykene sanomaan ääneen. Kommunikointi ja kielelliset vaikeudet maahanmuuttajasoittajien kanssa tuottavat myös haasteita. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006:78.)

Ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutus on myös tärkeää puhelinohjauksessa. Hoitajan tulee olla tietoinen omasta äänensävyistään sekä käytettävistä sanoista. Hoidon jatkuvuuden kannalta on olennaista, ettei hoitaja väheksy soittajan asiaa, väittele hänen kanssaan tai tuomitse häntä. Tehottomaksi potilasohjauksen voi tehdä hoitajan äänensävy, jos soittajan mielestä hoitaja vaikuttaa kiireiseltä ja epäystävälliseltä. Hoitaja ei myöskään saa turhautua, jos soittajan puhe on epäselvää tai se ei pysy itse asiassa koko ajan. Tällöin hoitajan tulisi kohteliaasti pyrkiä palauttamaan keskustelu puhelun pääasiaan. Sanaton viestintä ohjaajan ja ohjattavan välillä korostuu puhelinohjauksessa kun näköyhteys puuttuu. Kasvotusten annettavaan ohjaukseen verrattuna puhelinohjaus sisältää vähemmän kuin puolet informatiivista tietoa juuri näköyhteyden puuttumisen vuoksi. Sanattoman viestinnän avulla pyritään tarkentamaan puhelinohjauksessa annettavaa tietoa, joka on yleensä hyvin rajallista. Sanattomia kommunikointimuotoja, joita hoitaja voi havainnoida ja kuunnella puhelinohjauksen aikana, ovat soittajan hengitys, äänensävy, taustääänet, valitus ja hiljaisuus. Puhelun lopuksi on hyvä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet ja on tyytyväinen saatuun ohjaukseen. (Lipponen ym. 2006:78,79,81.)

Lipponen, Kyngäksen ja Kääriäisen mukaan puhelinohjauksen ideaalimalli perustuu toiminnan kolmijakoiseen määrittelyyn. Toiminnan ensimmäisessä osassa selvitetään, mitkä asiat tulee huomioida potilasohjausta annettaessa. Toisessa osassa määritellään ohjausta antavan hoitajan toimintamalli/muistilista, jonka pohjalta puhelinohjausta toteutetaan. Kolmantena osana on puhelinohjauksen kirjaaminen potilaskertomukseen. (Lipponen ym. 2006:80.)

## 2.6 Kirjaaminen ja raportointi

Kirjaamisella tarkoitetaan hoitajien tekemiä merkintöjä potilasasiakirjoihin joko manuaalisesti tai sähköisesti. Hoitotyön kirjaamista säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista, mikä asettaa määräykset potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitovelvollisuudesta ja potilaan tiedonsaantioikeuksista. (Ruuskanen 2007:4-5.) Potilaasta ei tulisi kirjata arkaluontoisia tai leimaavia asioita asiakirjoihin, elleivät ne ole hoidon kannalta tärkeitä tietoja. Kirjaamisessa tulisi muistaa aina yksityisyys ja salassapitovelvollisuus. Potilaan asiakirjoihin tulisi kirjata tarkkaan potilas-, laite- tai lääkevahingoista. Kuvauksen tulisi olla yksityiskohtainen, josta selviää mukana olleet hoitohenkilökunnan jäsenet, laite-, tai lääkevahinkojen syyt. Kirjaamisessa tulisi käyttää hyvää yleiskieltä, joka on selkeää ja helppolukuista. Kirjauksesta tulisi selvittää onko kirjattu asia hoitohenkilökunnan päätelmä vai potilaan tai omaisen kertoma asia. Kirjauksesta tulee ilmetä kirjoittajan koko nimi ja ammattinimike. (Hallila 2005:33-34.)

Kirjaamisen tarkoituksena on tukea hoidon laatua ja turvata hoitoon liittyvä tiedonsaanti tuottamalla luotettavaa tietoa potilaan hoidosta. Tehtävänä on myös varmistaa hoidon toteutus, seuranta ja edistää hoidon jatkuvuutta. Kirjaamisen tulee tuoda esiin potilaan saama hoito ja sen vaikutus. Kirjaamisen tulee olla selkeää, päämäärätietoista ja tavoitteellista jotta

hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida. Onnistuneen kirjaamisen kriteereinä on myös taloudellisuus eli hoitajan tulee kirjata vain hoitotyön kannalta merkityksellisiä asioita. (Ruuskanen 2007:4-5.)

Hoitotyössä perinteinen raportointi tapahtuu hoitohenkilökunnan kesken, jossa yksi tai kaikki työvuorossa olleet hoitajat kertovat raportin. Yleisimmät paikat raportin pidolle ovat kanslia tai henkilökunnan tilat. Vuoteenvierusraportti tapahtuu kirjaimellisesti vuoteenvieressä, jolloin raportti pidetään potilashuoneessa. Hoitotyön raportoinnin tarkoituksena on välittää tietoa potilaan tilasta ja varmistaa hoidon jatkuvuus vuoron vaihtuessa. Se on myös varma tapa varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus suunnitelman mukaisesti. Raportilla voidaan kertoa enemmän tietoa potilaan tilasta kuin mitä potilaan asiakirjoista löytyy ja sen aikana jaetaan tietoa osaston yleisistä asioista. Se voidaan nähdä myös hoitohenkilökunnan yhteishengen vahvistajana, jossa henkilökunta voi saada vertaistukea ja ratkoa ongelmatilanteita. Raportti voi olla henkilökunnalle tärkeä tilanne, jossa saa tukea ja voi purkaa stressiä. (Ruuskanen 2007; 13-14.) Tavoitteena on käydä läpi potilaan kokonaistilanne lyhyesti ja loogisessa järjestyksessä. Sairaanhoidajalta hyvä raportin antaminen vaatii ammattitaitoa jotta pystytään tuomaan esiin oleelliset asiat oikealla tavalla potilaan hoitoa koskien. (Eriksson, Långsted & Puumalainen 2003:4; Hartikainen 2008:19; Ruuskanen 2007:14.)

Naistenklinikalla perheet ovat synnytyshuoneessa muutaman tunnin synnytyksen jälkeen, ellei jotain erityistä ilmene. Synnytyshuoneen kättilö soittaa lapsivuodeosastolle raportin ennen äidin siirtoa. Raportista tulee tulla ilmi äidin taustatiedot eli perussairaudet, allergiat, raskausviikot sekä aikaisemmat synnytykset, synnytyksen kulku, jälkihoitoon liittyvät asiat kuten virtsaaminen, yleisvointi, jälkivuoto sekä vauvaan liittyvät asiat. Raportissa kerrotaan myös mahdolliset repeämät tai leikkaushaava.

### 3 SUOSITELTAVAT KÄYTÄNTEET

Terveystieteiden tutkimuksessa hoitotyöntekijät muodostavat suurimman työntekijäryhmän, ja täten tuottavat suuren osan terveydenhuollon palveluista, jotka kohdistuvat potilaaseen. Hoitotyöntekijöiden toiminta on vahvasti liitoksissa näyttöön perustuvan terveydenhuollon toteutumiseen. Näyttöön perustuva hoitotyö on Suomessa asetettu yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi hoitotyön laadulle ja tuloksellisuudelle niin hoitotyön käytännössä, johtamisessa, tutkimuksessa kuin koulutuksessakin. Hoitosuosituksia, jotka perustuvat tutkimustietoon, ovat yksi tapa helpottaa näyttöön perustuvan hoidon toteuttamista. (Lauri & Elomaa 1999:114-115,117.) Hoitosuosituksiin tiivistetään helppolukuisiksi uusien tutkimusnäyttö, ja ne toimivat käytännön työn tukena hoitopäätöksiä tehtäessä (Lehtomäki 2009:11).

Hoitajien hoitokäytännöt ovat aikaisemmin perustuneet lähinnä kokemustietoon, mutta hoitotieteellisten tutkimusten lisääntyessä tarve kehittää hoitotyön toimintaa näyttöön perustuvaksi on tunnistettu (Lehtomäki 2009:17). Hoitotyön suositusten tavoitteena on edistää korkeatasoista ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Ne ovat systemaattisesti kehitettyjä lausumia, jotka selkiyttävät hoitotyön itsenäistä vastuualuetta potilaiden hoidossa. Suositukset vähentävät hoitoon sopimattomien toimenpiteiden käyttöä ja ne auttavat rationalisoimaan hoitotyön toimintaa. (Lauri 2003:40.) Suositusten on todettu lisäävän hoitajien ammattitaitoa ja autonomiaa ja ne tukevat hoitajien ammatillista päätöksentekoa. (Lehtomäki 2009:17.)

Suosituksia laadittaessa lähtökohtana on näyttöön perustuva tieto. Se koostuu tieteellisesti havaitusta tutkimusnäytöstä, hyväksi todetuista toimintanäytöistä ja kokemukseen perustuvasta näytöstä joltakin hoitotyön osa-alueelta. Suosituksia voidaan laatia esimerkiksi yksittäiseen käytännön työstä nousevaan ongelmaan tai johonkin laajempaan kokonaisuuteen. (Lauri 2003:40). Kun samojen potilasryhmien hoito eri hoitopaikoissa perustuu esimerkiksi hoitotyön suositukseen eli parhaaseen mahdolliseen näyttöön, potilaat saavat yhtä tasokasta hoitoa riippumatta hoitopaikastaan. Näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt antavat potilaille luotettavaa tietoa hoidosta, joka lisää potilaiden sitoutumista hoitoonsa. Laaditut suositukset ovat myös eettisesti tärkeitä, sillä potilaita ei täten altisteta hoidoille joiden vaikutus tai hyöty on kyseenalaistettu tutkimuksissa. Potilailla on oikeus tietää, onko hänen saamansa hoito tutkittuun tietoon perustuvaa. (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen, Perälä 2010.)

### 3.1 Suositeltavat käytänteet

#### Suosittelava käytänne 1

Hoitohenkilökunnan tulisi ennaltaehkäistä, hoitaa ja arvioida haavasta aiheutuvaa kipua yhdessä potilaan kanssa.

#### Toiminto

Potilaan tuntiessa kipua välilihan alueella, tulee hänet lääkittää kipulääkkeellä lääkärin määräysten mukaisesti. Potilas arvioi kipua tarvittaessa kipuasteikon avulla. Annettu lääkitys, hoidon vaikuttavuus sekä mahdolliset sivu- ja haittavaikutukset kirjataan ylös.

#### Perustelut

Asiantuntevalla sekä yksilöllisellä kivunhoidolla voidaan hoitaa ja vähentää haavasta koituvaa kipua. Hoitamaton kipu on hidastava tekijä haavan paranemisessa. (Briggs ym. 2004:1.) Kipu on aina subjektiivista eli yksilöllistä (International Association for the Study of Pain 2010).

Lääkärin on pyrittävä hoitamaan kipu nopeasti ja asianmukaisella tavalla eri kipulääkkein. Haavan puhdistaminen voi aiheuttaa lisää kipua, jolloin kipulääkitystä tulisi tehostaa. (Briggs ym. 2004:2, 6.) Episiotomiahaavasta johtuva kipu voi vaikuttaa varhaiseen äitiyden kokemukseen negatiivisesti (Raussi-Lehto 2007:300; Enkin ym. 2000). Tehokas kivunlievitys välilihan vaurioissa on tutkimusten mukaan nostanut imettävien äitien määrää (East ym. 2009:3).

Tutkimukset osoittavat että useimmilla naisilla esiintyy välilihassa kiputuntemuksia välittömästi alatiesynnytyksen jälkeen, ja siksi kaikilla tulisi olla kipulääkitys kivun asteen mukaan. Kipulääkityksellä on todettu olevan merkitystä kivunlievitykseen ja synnytyksestä toipumiseen. (Peter ym. 2001; East ym. 2009, 2010; McArthur ym. 2004.) Hoitohenkilökunnan tulisi hienotunteisesti ja säännöllisesti kysellä äitien kivuntunteesta, jotta he voisivat aktiivisesti ehdottaa erilaisia kivunlievitysmenetelmiä heille. Kivun negatiiviset vaikutukset liikkumiseen ja synnytyksen jälkeiseen toipumiseen pystytään täten minimoimaan. (East ym. 2010.)

Ibuprofeiinia suositellaan tutkimuksessa ensisijaiseksi lääkkeeksi kivunhoitoon, sillä se on tehokasta, halpaa ja vaatii vähemmän hoitoaika. (Peter ym. 2001.) Myös kokemusperäinen tieto vahvistaa ibuprofeiinin käytön ensisijaisuuden kivunhoidossa.

Kipua saadaan hetkellisesti lievennettyä jääsiteiden ja jäädyttävien geelipakkauksien avulla. Niiden teho perustuu pintakudosten kylmettämiseen ja puuduttamiseen sekä infektion vaikutusten vähentämiseen. (Gould 2007.) Kylmäpakkausta käytettäessä ihon verenkierto heikenee, vähentäen kudosten turvotusta ja verenvuotoa, jolloin mustelmien muodostuminen ja paikallinen kipu vähenevät (East ym. 2009:3). Todisteita kylmän pidempiaikaisesta hyödystä ei kuitenkaan ole. (Enkin ym. 2000, East ym. 2009.)

Haavasta johtuvaa kipua voidaan mitata esimerkiksi VAS-kipumittarilla, joka on kiputunteista kuvaava jana (Heinonen 2007). Kivun mittausjärjestelmä tulisi valita yhdessä hoitohenkilökunnan ja potilaan kanssa, ja sen tulisi vastata potilaan tarpeisiin. Valittua mittaria tulisi käyttää koko hoidon ajan, jotta tulokset ovat mahdollisimman luotettavia. Mittaustulokset tulisi aina kirjata ylös. (Briggs ym. 2004:7.) VAS-mittari on käytössä myös Naistenklinikalla.

### Suosittelava käytäntö 2

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta toimimaan aseptisesti.

### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilaan huolehtimaan omasta käsihygieniasta sekä toimimaan aseptisesti oikein hoitaessaan episiotomiahaava-aluetta.



### Perustelu

Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptiikkaa, jonka tarkoituksena on estää mikrobikontaminaatiot (Iivanainen ym. 2008). Aseptinen työskentely on tärkeää intiimialueen haavanhoidossa (Vitikainen ym. 2008:30-31). Intiimialueen hygienianhoidossa tulee huolehtia käsien pesusta ennen ja jälkeen genitaalialueen hoitoa. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006, Faruel-Fosse 2006.) Kokemusperäinen tieto vahvistaa tätä käytännettä.

### Suosittelava käytänne 3

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta suihkuttamaan episiotomiahaavaa useita kertoja päivässä puhtaalla vesijohtovedellä.

### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilaan suihkuttamaan haava-aluetta useita kertoja päivässä, erityisesti wc-käyntien yhteydessä.

### Perustelut

Huolelliset alapesut wc- käyntien yhteydessä auttavat haavaa pysymään puhtaana (Raussi-Lehto 2006:300; National Institute for Health and Clinical Excellence 2006:15; Vitikainen ym. 2008:30-31.) Tavallinen vesijohtovesi riittää haavan puhdistukseen (Vuorela 2001:32-33).

Haavojen puhdistamisessa käytetään yleisesti vettä, joka ehkäisee infektioiden syntymistä haavaan. Vesijohtovesi on laadukasta, kun se on juotavaksi kelpaavaa. (Vuorela 2001:32-33.) Vesijohtoveden käytöllä ei ole todettu olevan infektioita lisäävää vaikutusta episiotomiahaavoissa (Fernandez ym. 2008). Genitaalialue tulee pestä päivittäin useita kertoja juoksevalla ja lämpimällä vedellä. Lämmin vesi vilkastuttaa verenkiertoa ja edistää episiotomiahaavan paranemista. (Eskola ym. 2005:263.) Suihkutuksen ei tule kuitenkaan kestää muutamaa minuuttia pidempään (Hietanen ym. 2002:71-72). Työssämme mainittujen sairaanhoitopiirien ohjeistukset sisältävät episiotomiahaavan suihkuttamisen vesijohtovedellä, jolloin sitä voidaan pitää yleisenä hoitokäytänteenä Suomessa.

### Suosittelava käytänne 4

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta huolehtimaan omasta intiimihygieniastaan.

### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilasta huolehtimaan omasta intiimihygieniasta.

### Perustelut

Hoitohenkilökunnan tulee ohjata äitiä intiimihygienian itsehoidossa ja kertoa sen merkityksestä haavan paranemiseen (Faruel-Fosse 2006). Synnytyksen jälkeen genitaalialueen limakalvoilla ja välilihassa voi olla vaurioita ja mahdollisesti repeämiä. Yhdessä verisen jälkivuoden kanssa ja kohdunsuun ollessa vielä avoin ne muodostavat infektioportin. Tämän vuoksi äidin tulee kiinnittää intiimihygieniaan erityistä huomiota ja olla tietoinen kohonneesta infektioriskistä. (Raussi-Lehto 2006:273, 300.)

#### Suosittelava käytäntö 5

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta vaihtamaan puhdas terveystiivri aina wc-käynnin yhteydessä.

#### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilasta vaihtamaan puhdas terveystiivri wc-käyntien yhteydessä.

#### Perustelut

Terveystiivri vaihdetaan riittävän usein ja wc käyntien yhteydessä tehdään alapesu sekä suihkutetaan episotomiahaava aluetta. Säännöllisellä siteen vaihdolla ehkäistään episotomiahaavan tulehtumista, joka hidastaa sen paranemista. (Raussi-Lehto 2006:300.) Kokemustieto puoltaa vahvasti tätä väitettä, ja myös useimmat sairaanhoitopiirit ohjeistavat tätä toimintoa toteuttamaan.

#### Suosittelava käytäntö 6

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta antamaan episotomiahaavalle päivittäin ilmakylpyjä.

#### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilasta antamaan ilmakylpyjä episotomiahaavalle päivittäin.

#### Perustelut

Ilmakylvyillä edistetään episotomiahaavan paranemista (Vitikainen ym. 2008:30-3; Eskola ym. 2005:263). Kokemustiedon mukaan ilma edistää episotomiahaavan paranemista, kun haava ei haudu kokoajan sidettä tai housuja vasten. Myös sairaanhoitopiirien ohjeistuksissa tuetaan tätä käytännettä.

### Suosittelava käytänte 7

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta välttämään istumista pitkiä aikoja sekä turhaa ponnistelua.

#### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilasta istumaan siten, ettei paino ei kohdistu suoraan haava-alueelle ja välttämään turhaa ponnistelua.

#### Perustelut

Pitkään istumista tulisi välttää (Vitikainen ym. 2008:30-31). Istuesssa apukeinona voidaan käyttää erilaisia renkaita, jotka vähentävät istumisesta aiheutuvaa painetta haava-alueelle. Makuuasennossa voidaan käyttää tukena kiilaa tai tyynyä. (Enkin ym. 2000:460.) Kokemusperäisen tiedon mukaan myös asentohoitoa voidaan käyttää renkaiden sijaan. Vaasan keskussairaalan ohjeistuksen mukaan istuminen lisää haavan turvotusta, jonka vuoksi ompeleet voivat kiristyä.

### Suosittelava käytänte 8

Hoitohenkilökunnan tulisi ohjata potilasta liikkumaan.

#### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa, kannustaa ja tukea potilasta liikkeelle lähtemiseen.

#### Perustelut

Kokemusperäisen tiedon mukaan äitiä tulee kannustaa liikkeelle äidin oman voinnin mukaan. Naistenklinikan kättilön mukaan liikkuvien äitien haavat paranevat nopeammin. Pääsääntöisesti episiotomiahaava paranee nopeasti emättimen verokkyyden ja paranemisalttiuden vuoksi (Ylikorkala 2004:497).

### Suosittelava käytänte 9

Hoitohenkilökunnan tulisi tarkkailla episiotomiahaavan infektiioireita ja ohjata potilas tunnistamaan itse episiotomiahaava-alueella ilmenevät infektiioireet.

#### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee tarkistaa episiotomiahaava vähintään kerran potilaalta lapsivuodeaikana. Kertoa potilaalle yleisimmät tulehdusoireet joita haavassa voi ilmetä. Lisäksi ohjaa potilas ottamaan yhteyttä hoitohenkilökuntaan jos tulehdusoireita ilmenee.

### Perustelut

Henkilökunnan tulee kysellä äidiltä hänen vointiaan säännöllisesti. Episiotomiahaava lisää emättimessä tulehdusriskiä. (Ylikorkala 2004:497.) Hoitohenkilökunnan tulisi tarkkailla ja arvioida infektio-oireita, joita voi ilmetä episiotomiahaava-alueella. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006:15.)

Yleisimmät infektio-oireet ovat punoitus, kuumotus, turvotus sekä kipu. Infektiossa bakteerit ja sienet lisääntyvät siinä määrin kudoksissa, että ne aiheuttavat solutuhoa. (Tuuliranta 2007:24-25.) Haavainfektio tarkoittaa haavan paranemisessa ilmenevää ongelmaa. Haavainfektio saa alkunsa usein bakteerikontaminaatiosta. Infektion yhteydessä ensiksi potilaalla ilmenee seuraavia oireita: kipu, turvotus ja haavareunojen punoitus. Seuraavaksi ilmenee haava-alueella katetta ja märkäistä eritettä, haavassa voi ilmetä myös pahaa hajua. Pahimmillaan infektio johtaa haavasepsikseen, jossa ilmenee kuumeilua, CRP nousee ja potilas pottee yleistä pahaa oloa. (Hietanen ym. 2002:229.)

### Suosittelava käytänne 10

Hoitohenkilökunnan tulisi kirjata ja raportoida potilasta koskevat tiedot.

### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee kirjata ja raportoida potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot.

### Perustelut

Hoitotyön kirjaamista säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista, ja se asettaa määräykset potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitovelvollisuudesta ja potilaan tiedonsaantioikeuksista. (Ruuskanen 2007:4-5.)

Kirjauksen tulisi olla hoidon laatua tukevaa. Kirjauksen tulisi edistää hoidon jatkuvuutta ja sen tulee olla selkää, päämäärätietoista ja tavoitteellista jotta hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida. (Ruuskanen 2007:4-5.)

Potilaasta ei tulisi kirjata arkaluontoisia tai leimaavia asioita asiakirjoihin, elleivät ne ole hoidon kannalta tärkeitä tietoja. Kirjaamisessa tulisi muistaa aina yksityisyys ja salassapitovelvollisuus. Potilaan asiakirjoihin tulisi kirjata tarkkaan potilas-, laite- tai lääkevahingoista. Kuvauksen tulisi olla yksityiskohtainen, josta selviää mukana olleet hoitohenkilökunnan jäsenet, laite-, tai lääkevahinkojen syyt. Kirjauksesta tulee ilmetä kirjoittajan koko nimi ja ammattinimike. (Hallila 2005:33-34.)

Raportissa tulisi käydä lyhyesti ja loogisessa järjestyksessä potilaan kokonaistilanne läpi sekä tuoda hoidon kannalta oleelliset asiat esiin. (Eriksson ym. 2003:4; Hartikainen 2008:19; Ruuskanen 2008:14.)

Naistenklinikalla synnytyshuoneen kätilö antaa raportin puhelimitse lapsivuodeosastolle. Raportissa kätilö käy läpi synnyttäneen äidin taustatiedot eli perussairaudet, allergiat, raskausviikot, synnytykset, synnytyksen kulun sekä jälkihoitoon liittyvät asiat: jälkivuoto, virtsaaminen ja yleisvointi. Raportissa kätilö kertoo myös vauvan voinnin sekä mahdolliset repeämät ja leikkaushaavat.

### Suosittelava käytäntö 11

Hoitohenkilökunnan tulisi olla vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa säännöllisesti potilaan kanssa, antaen potilaalle ajankohtaista ja tutkittuun tietoon perustuvaa ohjausta.

### Toiminto

Hoitohenkilökunnan tulee tiedustella säännöllisesti potilaalta tämän vointia ja välilihan vaurioon liittyviä ajatuksia. Potilaan tulee saada tietoa kokonaisvaltaisesti, koskien niin omaa kuin vauvan vointia.

### Perustelut

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta (17.8.1992/785) edellyttää, että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaalle on annettava selvitys hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi hänelle on annettava tarvittava tieto, jonka avulla hän pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa. (Torkkola 2009.)

Hoitajan tulee kysyä äidiltä säännöllisesti hänen voinnistaan, mahdollisia huolia tai ajatuksia liittyen välilihan vaurioihin ja sen paranemiseen (National Institute for Health and Clinical Excellence 2006:15; Raussi-Lehto 2006:300). Äidit eivät aina uskalla kertoa kaikista vaivoistaan, sillä intiimit aiheet saattavat olla nolostuttavia (Raussi-Lehto 2006:300). Hoitajan ja äidin onnistunut vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde mahdollistaa äideille tiedollisen, sosiaalisen ja emotionaalisen tuen. Episiotomiahaavan ollessa naisen intiimialueella voivat hoitoon liittyvät kysymykset tuntua äidistä hankalilta, tämän vuoksi hoitajan tulisi antaa kattavasti tietoa ilman, että äiti kysyy niistä. Tavoitteena on, että äiti kokee tullessa kuulluksi ja saa tukea hoitajalta. (Rekilä 2004:10,17.) Hoitohenkilökunnalle on haastavaa potilaan intiimialueella olevan haavan hoito ja ohjaus. (Vitikainen ym. 2008:30- 31.)

Äidille tarjotaan ajankohtaista, näyttöön perustuvaa tietoa, joka tukee äitiä hoitamaan omaa ja vauvansa terveyttä. Lisäksi äitiä ja perhettä tulee rohkaista ilmaisemaan huolensa ja ajatuksensa kokonaisvaltaisesti. Hoitohenkilökunnan empaattinen ja kannustava suhtautuminen tukee itsehoitoa terveyttä edistäen. (Tervo 2006:538.)

#### 4 ARVIOINTI

Virtanen (2007) on määritellyt arviointia seuraavien seikkojen mukaisesti; missä vaiheessa ja miten arviointia tehdään, mitä arvioinnissa painotetaan, millainen rooli arvioinnin tekijällä on ja millaisen roolin arvioinnin kohde saa. Arvioinnin tulisi kunnioittaa lakia ja etiikkaa, sen tulee olla korkealaatuista, käyttökelpoista sekä yksinkertaista. Arvioinnissa tulisi ottaa huomioon asianomaiset eli tässä opinnäytetyössä opiskelijat, opettajat ja hankkeen yhteistyötaho Naistenklinikka. Asianomaisilla on omia kiinnostuksenkohteita, joita tulisi huomioida sekä kunnioittaa. (Robson 2001: 50-51.) Kehittämistoiminnassa arvioinnin tehtävä on ohjata prosessia. Arviointi mittaa kehittämisen perusteluja, toteutusta ja organisointia. Prosessiarviointi tuo esille oppimisprosessin onnistumiset ja epäonnistumiset, lisäksi se tuo esiin tietoa kehitettävästi aiheesta tai asiasta. Tarkoituksena on arvioida kuinka kehittämishanke on saavuttanut sille asetetut tavoitteet. (Toikko & Rantanen 2009: 61-62.)

##### 4.1 Projektin arviointi

Opinnäytetyö on lähtöisin työelämän tarpeista ja toiveista kehittää synnyttäneen äidin haa- vanhoitokäytänteitä. Yhteistyö työelämän kanssa on alkanut vasta opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa, jolloin projektiraportintekijät saivat nimetyn kliinisen ohjaajan. Naistenklinikkan kättilö on antanut sähköpostitse palautetta ja kliinistä näkökulmaa projektiraportin sisältöön. Projektiraportti valmistui suunnitelmien mukaan tiukasta aikataulusta huolimatta. Tähän on vaikuttanut sitoutuminen projektityöskentelyyn.

Projektin alussa on luotu kysymykset joihin projektiraportti on pyrkinyt vastaamaan. Kysymysten pohjalta on lähdetty työstämään tiedonhakua, johon luodut suositeltavat käytänteet pohjautuvat. Aiheen rajaus on tehty heti opinnäytetyöprosessin alussa lehtori Marja Tanskasen kanssa. Tiedonhaku on ollut hyvin haastavaa, koska episiotomiahaavan hoidosta ei juuri löydy ajankohtaista tutkittua tietoa ja koska toisaalta aihetta sivuavaa aineistoa löytyi runsaasti. Opinnäytetyöprosessin loppupuolella on odotettu Sari Räisäsen väitöstä koskien kolmannen ja neljännen asteen repeämiä. Väitöksentekijään on otettu myös henkilökohtaisesti yhteyttä, joka pahoitteli, ettei väitöskirjaa ollut vielä saatavilla sähköisessä muodossa. Tästä huolimatta olemme hyödyntäneet väitöskirjan tiivistelmää. Tiedonhakua on suoritettu aktiivisesti läpi opinnäytetyöprosessin. Kehittämishankkeen osalta opinnäytetyön aiheitta voisi jatkaa tulevai-

suudessa, mittaamalla kuinka luodut suositeltavat käytänteet ovat toimineet työelämässä ja mahdollisesti kehittää niitä.

#### 4.2 Oman oppimisen arviointi

Itsearviointissa analysoidaan oppimista ja se tapahtuu yksilönä, ryhmänä tai organisaationa. Arvioinnissa analysoidaan kriittisesti omaa toimintaa ennakkoluulottomasti sekä kyseenalaistavasti. (Virtanen 2007:177-178.)

Huolimatta siitä, että opinnäytetyömme on valmistunut nopeassa aikataulussa, olemme käyneet opinnäytetyöprosessin läpi. Prosessi on alkanut jo paljon aikaisemmin kuin varsinainen opinnäytetyön työstäminen. Olimme saaneet aikaa kypsytellä aiheitamme ja motivaatiomme projektityöskentelyyn oli korkea. Huomasimme prosessin aikana, että aktiivinen työote ja intensiivinen työskentely sopivat ryhmällemme hyvin. Opinnäytetyöprosessista saimme kipinän ja valmiudet syventää omaa ammatillisuuttamme. Työelämään siirtyessämme toivomme, että saamme kehittää itseämme hoitotyön ammattilaisina.

Hyödynsimme tiimityöskentelyn etuja koko opinnäytetyömme ajan. Ryhmämme toimi saumattomasti saavuttaakseen yhteisen päämäärämme. Pyrimme hyödyntämään kunkin ryhmämme jäsenen voimavaroja. Yllätyimme siitä miten paljon pystyimme jakamaan asiantuntijuutta keskenämme jo tässä vaiheessa ammatillista kasvua. Työskentely ryhmässä mahdollisti ajatusvaihtoa ja kriittisempää ajattelua. Pystyimme myös rakentavasti arvioimaan niin omaa kuin toisten työskentelyä. Uskomme, että hyvä ryhmähenkemme näkyy myös opinnäytetyömme lopputuloksessa.

Haasteita joita kohtasimme opinnäytetyöprosessin aikana, olivat aikataulujen sovittaminen yhteen, yhteistyö Naistenklinikan kanssa, opinnäytetyömme aiheen vaativuus, tiedonhaussa oikeiden hakusanojen löytäminen ja suositeltavien käytänteiden luominen. Varsinaisesti työskentely ei jumiutunut paikoilleen, mutta epätoivo meinasi saada vallan muutamaan otteeseen. Näin jälkeenpäin ymmärrämme sen olevan osa prosessia. Asiantuntijuutemme kehittymisen kannalta koemme hyväksi, että yhteistyö Naistenklinikan kanssa alkoi vasta opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa. Koimme saaneemme itse ohjailta opinnäytetyön suuntaa ja arvioida itse omaa työskentelyä kriittisesti. Lisäksi saimme mahdollisuuden syventää jo oppi-  
maamme tietoa ja suunnata sitä uudelle tasolle.

Asettamamme tavoitteet opinnäytetyöprosessille saavutimme mielestämme kiitettävästi luomalla evidenssi-perusteiset käytänteet. Yhteistyötaitomme kehittivät prosessin edetessä ja opimme arvioimaan kriittisesti omaa tuotostamme. Tulevina hoitotyön asiantuntijoina koemme opinnäytetyön tukevan tietotaitoamme. Mielestämme hoitotyö on jatkuvassa kehityksessä

ja saamamme taito luoda ratkaisumalleja varmasti auttaa meitä tulevaisuudessa. Hoitotyössä ammatillista kasvua tapahtuu jatkuvasti, emmekä ole koskaan varsinaisesti valmiita. Opinnäytetyöprosessimme on antanut meille eväät etsiä olennainen, näyttöön perustuva ja ajankohdainen tieto. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu näyttöön perustuvan tutkitun tiedon hyödyntäminen hoitotyössä, ja tätä kykyä olemme päässeet kehittämään opinnäytetyöprosessin aikana.

Vuoropuhelu opinnäytetyötämme ohjaavan lehtorin Marja Tanskasen kanssa sujui mielestämme hyvin. Asetimme yhdessä selkeät tavoitteet ja aikataulut, joiden pohjalta pystyimme viemään työtä eteenpäin. Aikataulullisesti olemme työskennelleet vauhdilla, jonka vuoksi ohjaustapaamisissa on ollut vain muutamia. Olemme ottaneet kaiken irti näistä tapaamisista ja koemme saaneemme hyvää ja rakentavaa ohjausta. Ohjaajamme on antanut meille vaihtoehtoja joidenkin haastavien kohtien ratkaisemiseksi. Tiedonhakuja tehdessämme olisimme kaivanneet hieman enemmän ”vinkkejä” löytääksemme riittävästi aineistoa. Ohjaustapaamisissa saamamme palaute on antanut meille lukuisia onnistumisenkokemuksia joka on lisännyt motivaatiotamme projektin eteen viemiseksi. Tahdomme kiittää saamastamme tuesta ja ohjauksesta, ilman sitä emme olisi saaneet tuotettua näin laadukasta opinnäytetyötä.



## LÄHTEET

- Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOYpro Oy.
- Aholaakko, T-K. 2009. Laurean ja HUS/HYKS Naisten- ja lastentautien tulosityksikön naistentautien ja synnytysten vastualueen hoitotyön laadunkehittämishankkeen toteutumisen arviointi 2008-2009 ja hankkeen toteutussuunnitelma vuosille 2009-2010.
- Aholaakko, T-K. 2007. Laurean HYKS- Naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishanke 2007-2012.
- Aukee, P. & Tihtonen, K. 2010. Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan toimintahäiriöihin. *Duodecim* 20/2010:2381-2385.
- Beckmann, M. & Garrett, A. 2009. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Rewiew. The Cochran Collaboration*. [PDF-dokumentti] <[http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005123/pdf\\_fs.html](http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005123/pdf_fs.html)> (Viitattu 21.2.2011).
- Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K. 2007. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Briggs, M., Ferris, F., Glynn, C., Harding, K., Hollinworth, H., Krasner, D., Lindholm, C., Moffatt, C., Price, P., Romanelli, M., Sibbald, G., Stacey, M. & Téot, L. 2004. Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. Principles of best practice. World Union of Wound Healing Societies. [PDF-dokumentti] <[http://www.wuwhs.org/datas/2\\_1/2/A\\_consensus\\_document\\_\\_Minimising\\_pain\\_at\\_wound\\_dressing\\_related\\_procedures.pdf](http://www.wuwhs.org/datas/2_1/2/A_consensus_document__Minimising_pain_at_wound_dressing_related_procedures.pdf)> (Viitattu 14.12.2010).
- Cleary-Goldman, J. & Robinson, J. 2003. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Seminars in perinatology* 27 (1), 3-12. [PDF-dokumentti] <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B75KS-4K22336-3-1&\\_cdi=13186&\\_user=953156&\\_pii=S0146000503800101&\\_origin=search&\\_coverDate=02%2F28%2F2003&\\_sk=999729998&view=c&wchp=dGLbVtzzSkzV&md5=32ac66ad77cb5046f78205db09a12e24&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B75KS-4K22336-3-1&_cdi=13186&_user=953156&_pii=S0146000503800101&_origin=search&_coverDate=02%2F28%2F2003&_sk=999729998&view=c&wchp=dGLbVtzzSkzV&md5=32ac66ad77cb5046f78205db09a12e24&ie=/sdarticle.pdf)> (Viitattu 24.1.2011).
- East, CE., Begg, L., Henshall, NE., Marchant, P. & Wallace, K. 2009. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Rewiew. The Cochran Collaboration*. [PDF-dokumentti] <[http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD006304/pdf\\_fs.html](http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD006304/pdf_fs.html)> (Viitattu 25.1.2011).
- East, CE., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J. & Forster, D. 2010. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. [PDF-dokumentti] <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6WN9-51XWW84-4-1&\\_cdi=6957&\\_user=953156&\\_pii=S0266613810001889&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=01%2F13%2F2011&\\_sk=999999999&wchp=dGLbVtzzSkzS&md5=c7887dad485e51beac4b39a553a61818&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WN9-51XWW84-4-1&_cdi=6957&_user=953156&_pii=S0266613810001889&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=01%2F13%2F2011&_sk=999999999&wchp=dGLbVtzzSkzS&md5=c7887dad485e51beac4b39a553a61818&ie=/sdarticle.pdf)> (Viitattu 3.2.2011).
- EKSHP. Kotihoito-ohjeet synnyttäneelle [PDF-dokumentti] <<http://www.eksote.fi/KiinteaSivu.asp?KohdeID=0&Hakusanat=v%E4lilaha&KiinteaSivuID=248&NakymaID=22&PaluuNakymaID=1>> (Viitattu 23.3.2011).
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. 2000. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Perineal pain and discomfort. [PDF-dokumentti] <<http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=gecpc3ch47>> (Viitattu 26.1.2011).

Eriksson, E., Långsted, K. & Puumalainen, A. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjallisen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö 1/2003.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WSOY.

Faruel-Fosse, H. 2006. Soins apportés à l'épisiotomie en suites de couches. Recommandations pour la pratique clinique. [PDF-dokumentti] <<http://www.em-consulte.com/showarticlefile/118009/index.pdf>> (Viitattu 5.1.2011).

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 4.1.2011).

Frilander-Paavilainen, E-L. 2005. Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.

Gould, D. 2007. Perineal tears and episiotomy. Nursing Standard. 21 (52): 41-6. [PDF-dokumentti] <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=7&sid=9f88dba9-f13a-4482-b51c-f8e41898746a%40sessionmgr12&vid=6>> (Viitattu 25.1.2011).

Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi:Keuruu.

Halmesmäki, E. 2000. Välilihaa ei pidä leikata. Pääkirjoitus. Duodecim 17/2000:1797-1798.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista toimintaan. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Hietanen, H. 2005. Kirjalliset haavanhoito-ohjeet, ovatko ymmärrettäviä? Haava 3/2005:10-12.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Heinonen, M. 2007. Kivun arviointimenetelmät. Duodecim. [WWW-dokumentti] <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00170](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170)> (Viitattu 18.1.2011).

Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi- toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Pre-*missi* 1/2010: 39, 43-44.

HUS. 2004. Kivun mittaaminen. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,804,847,850>> (Viitattu 18.1.2011).

HUS. 2009. Potilaan ohjaus. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,27986,27991,27989>> (Viitattu 5.1.2011).

HUS. 2010. Osasto 51. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,1213,5178>> (Viitattu 11.1.2011).

HUS. 2011. Synnytykset. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,31171,31172,35720>> (Viitattu 1.2.2011).

- HUS. Jorvin sairaala. Naistentaudit ja synnytykset. Jälkivuoto ja välilihan leikkaushaavan tai repeämän hoito. [WWW-dokumentti]  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,807,1135,1136,4428,4435>> (Viitattu 25.1.2011).
- HUS. Vauvamatkalla- opas odottajalle. [PDF-dokumentti]  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,31485>> (Viitattu 8.3.2011).
- HYKS. 2011. Naistenklinikka 75-vuotta esite. [PDF-dokumentti]  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966>> (Viitattu 1.2.2011).
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?: hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 16/2005:1769-1773.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.
- Iivanainen, A., Skarp, E. & Alahuhta, M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. Haava 4/2008: 25-29.
- International Association for the Study of Pain. 2010. IASP Pain terminology. [WWW-dokumentti]  
<[http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&ContentID=1728#Pain](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&ContentID=1728#Pain)> (Viitattu 14.12.2010).
- Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.
- KSSHP. Synnytyksestä toipuminen. 2009 [WWW-dokumentti]  
<<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=2466&nodeid=24935>> (Viitattu 25.1.2011).
- KTL. 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C 10/2005: Leikkausalueen infektiot. Seurantakäsikirja.[PDF-Dokumentti]  
<[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_c/2005c10.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_c/2005c10.pdf)> (Viitattu 14.3.2011).
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 10/2006: 6-9.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit Oy. Porvoo/Helsinki.
- Kääriäinen, M. 2007. Leikkaushaavan paraneminen. Haava 3/2007:8.
- Laurea-ammattikorkeakoulu. 2010. Opetussuunnitelmat: Hoitotyön koulutusohjelma 2007-2008. Oppimiskäsitys Laureassa. [WWW-dokumentti]  
<[https://soleops.laurea.fi/opsnet/disp/fi/ops\\_RyhmKuvYht/tab/nop/sea?ryhma=2588941&stack=push](https://soleops.laurea.fi/opsnet/disp/fi/ops_RyhmKuvYht/tab/nop/sea?ryhma=2588941&stack=push)> (Viitattu 2.12.2010).
- Lauri S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WS Bookwell Oy.
- Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY.
- Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva:WSOY.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Litmanen, K. 2006. Teoksessa Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita.

Maiche, A-G. 2010. Muslimi potilaana. Helsinki:Duodecim.

McArthur, AJ. & McArthur, C. 2004. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. [WWW-dokumentti] <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=104&sid=9e77261b-b8e6-4ecf-abe2-f758596cc44a%40sessionmgr114&vid=30>> (Viitattu 26.1.2011).

National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006. Routine postnatal care of women and their babies. [PDF-dokumentti] <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30144/30144.pdf>> (Viitattu 22.2.2011).

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjauksen hoitotyön punainen lanka. Pääkirjoitus. Sairaanhoidaja 10/2006:3.

Oikarinen, A. & Tasanen-Määttä, K. 2003. Ihon rakenne, tehtävät ja toiminta. Teoksessa Hanuksela, M., Karvonen, J., Reunala, T. & Suhonen, R. (toim.) Ihotaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Peter, E.A., Janssen, P.A., Grange, C.S. & Douglas, J.M. 2001. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth- a randomized controlled trial. [PDF-dokumentti] <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81582/pdf/20011030s00019p1203.pdf>> (Viitattu 1.2.2011).

Piensoho, T. 2001. Äitiyden alkumetrit: Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.

PPSHP. Osastolla. Ponnistusvaihe. Jälkivuoto ja ompeleet. Puhtaus. [WWW-dokumentti] <[http://www.ppsHP.fi/potilaat\\_laheiset/prime101/prime116/prime102.aspx](http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime116/prime102.aspx)> (Viitattu 25.1.2011).

PSSHP. Sairaanhoidopalvelut. Tutuks- virtuaalinen tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. [WWW-dokumentti] <<http://www.pssHP.fi/index.asp?link=2003.5&language=1>> (Viitattu 25.1.2011).

Raussi-Lehto, E. 2006. Teoksessa Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita.

Rekilä, M. 2004. Asiakaslähtöinen hoitotyö lapsivuodeosastolla. Pro Gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammi.

Ruuskanen, S. 2007: Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen - kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro Gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Räisänen, S. 2007. Lateraalisen episiotomian käyttö synnytyksen hoidossa kättilöiden näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Räisänen, S. 2011. Obstetric Anal Sphincter Ruptures - Risk Factors, Trends and Differences Between Hospitals. Väitöskirjan tiivistelmä. Itä-Suomen yliopisto.

Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali Raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu:Otava.

Stakes. 2010a. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. [PDF-dokumentti]  
<[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf)> (Viitattu 22.2.2011).

Stakes. 2010b. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa 2008-2009. [PDF-dokumentti]  
< [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30_10.pdf)> (Viitattu 24.1.2011).

Stakes 2010c. Pohjoismaiset perinataalitulostat. [PDF-dokumentti]  
<[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr14\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr14_10.pdf)> (Viitattu 22.2.2011).

Suomen Kätilöliitto. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa, hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. [PDF-dokumentti]  
<[http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnyttajan\\_hoito\\_ponnistusvaiheessa\\_suositus\\_2011\\_versio3.pdf](http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_versio3.pdf)> (Viitattu 5.4.2011).

Tervo, P. 2006. Teoksessa Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino.

Torkkola, S. 2009. Terveysthuollon viestinnän lähtökohta: Potilas vai joku muu? Premissi 2/2009:10-12.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva:WSOY.

Tuuliranta, M. 2007. Milloin leikkaushaava on infektoitunut? Haava 3/2007: 24-25.

TYKS. Sairaanhoitopalvelut. Naistentaudit ja synnytykset. Synnytysinfo. [WWW-dokumentti]  
<<http://www.tyks.fi/fi/6351/41102/>> (Viitattu 25.1.2011).

Uotila, J. 2006. Teoksessa Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita.

Vaasan keskussairaala. Äiti. [WWW-dokumentti]  
<[http://www.vaasan keskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat\\_\\_asiakkaat\\_\\_omaiset/Synnytys/Synnyttaneiden\\_vuodeosasto\\_A4/Aiti](http://www.vaasan keskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Synnytys/Synnyttaneiden_vuodeosasto_A4/Aiti)> (Viitattu 25.1.2011).

Vihtamäki, T. 2009. Synnytyksen jälkeiset vuodot ja endometriitti. Duodecim. Lääkärin tietokannat. [WWW-dokumentti]  
<[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01377&p\\_haku=synnytys](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01377&p_haku=synnytys)> (Viitattu 19.1.2011).

Virtanen, P. 2007. Arviointi- Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

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

VSSHP. Synnytyksen jälkeen, Potilasohje. Välilihanleikkaushaavan eli episiotomian hoito. [WWW-dokumentti] <<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2795/4872>> (Viitattu 25.1.2011).

Vuorela, S-L. 2001. ”Vesi vanhin voitehista”. Haavan puhdistamiseen käytettyjen aineiden kehittyminen 1800-1900-luvuilla. Haava 3/2001:32-33.

Väyrynen, P. 2006. Teoksessa Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita.

Yhteistyösopimus HUSin ja oppilaitosten välisestä hankesuunnitelmasta.

Ylikorkala, O. 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O., Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu:Otava.

WHO. 2000. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Episiotomy. [PDF-dokumentti] <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf)> (Viitattu 26.1.2011).

## LIITTEET

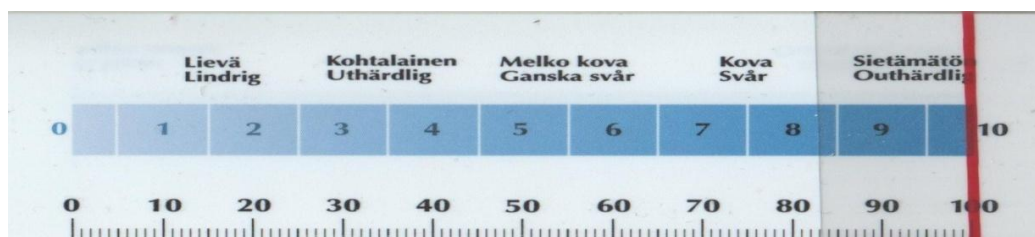
Tekijät, nimi, vuosi, maa	Tutkimustehtävä/-ongelma	Metodi	Keskeiset tulokset
Räisänen, S.: <b>Lateraalisen episiotomian käyttö synnytyksen hoidossa kättilöiden näkökulmasta.</b> Pro Gradututkielma. 2007. Suomi.	Lateraalisen episiotomian käyttö ja vaikutukset alatiesynnytyksissä sekä 3. ja 4. asteen repeämien riskitekijät.	Suomessa loka-joulukuussa 2006 hoidetut alatiesynnytykset, otos perusjoukosta ryväsotannalla. Strukturoitu kyselylomake.	Tutkimuksessa ei todettu synnyttäjälle tai lapselle aiheutuvan haittaa siitä että episiotomiaa ei synnytyksessä tehty. Synnytyksen hoitokäytännöllä on yhteys episiotomian käyttöön. Sairaaloiden välillä on suuria eroja synnytyksen hoitokäytännöissä.
Faruel-Fosse, H. <b>Post-delivery local care after episiotomy.</b> 2006. Ranska	Määritellään sopivin hoitomuoto äidille episiotomian teon jälkeen, kivunhoito	Kirjallisuuskatsaus Medlinestä ja Cochranen kirjastosta vuosina 1990-2005.	Henkilökunnan tulee korostaa potilaalle itsehoiton ja hygienian merkitystä. Kivunhoito tulee tehdä lääkkeillä. Hoidon tulee olla yksilöllistä.
Fernandez, R., Griffiths, R. <b>Water for wound cleansing.</b> 2010. Australia.	Arvioidaan veden vaikutusta ja verrataan sitä muihin ratkaisuihin haavanhoidossa.	Kirjallisuuskatsaus. 11 koetta.	Todisteita ei löytynyt, että vesijohtoveden käyttö akuuttien haavojen puhdistukseen lisää infektioriskiä.
McArthur, A., McArthur, C. <b>Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study.</b> 2004. Kanada.	Kuinka usein välilihan kipuja esiintyy 6 viikon kuluttua alatiesynnytyksestä ja arvioitiin välilihan trauman ja kipujen liittymistä toisiinsa.	Tutkimusaineiston muodosti 447 naista joita seurattiin 6 viikon ajan synnytyksestä. 84:llä naisista oli ehjä väliliha (kontrolliryhmä), 220:lla I tai II asteen repeämä, 97:lla episiotomia, ja 46 naista, joilla III tai IV asteen repeämä.	Välilihan trauma oli yleisempää ensisynnyttäjillä. Välilihan kipuja ilmeni ryhmien kesken ensimmäisen viikon aikana ehjä väliliha 75% (päivä 1) ja 38% (päivä 7); I tai II asteen repeämässä 95% ja 60%; episiotomiassa 97% ja 71%, ja III tai IV repeämässä 100% ja 91%. 6 viikon kohdalla, välilihan kivuisa ei ollut tilastollisesti eroa trauma ryhmissä.
Peter, E.A., Patricia A. Janssen, P.A., Grange, C.S, Douglas, M.J. <b>Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial.</b> 2001. Yhdysvallat.	Tutkimuksessa vertailtiin kahden kipulääkkeen, ibuprofeenin ja parasetamoli+kodeiini yhdistelmän ominaisuuksia hoidettaessa synnytyksen jälkeistä välilihan kipua. Tutkimus vertaili lääkkeiden tehokkuutta, sivuvaikutuksia ja kustannuksia.	237 naista, joiden synnytyksessä tehtiin episiotomia tai ilmeni kolmannen tai neljännen asteen repeämä elo 1995 ja marraskuun 1996 välillä. Äidit saivat ibuprofeenia (400 mg ) (n = 127) tai parasetamolialia (Tylenol, 600 mg+kodeiini (60 mg) ja	Tutkimuksessa havaittiin että ibuprofeinista aiheutui vähemmän haittavaikutuksia kuin parasetamolista (52,4% vs. 71,7%). Merkittäviä eroja ei kahden ryhmän välillä kuitenkaan ollut. Tutkimuksessa ibuprofeinia suositellaan ensisijaiseksi valinnaksi kivunhoitoon, sillä se on halvempaa ja vaatii vä-

		<p>kofeiini (15 mg)) (n = 110), suun kautta 4 tunnin välein tarpeen mukaan. Kipu arviot kirjattiin ennen ensimmäisen annoksen ja 1, 2, 3, 4, 12 ja 24 tunnin kuluttua ensimmäisestä annoksesta. Sivuvaikutukset ja yleinen mielipide arvioitiin 24 tunnin jälkeen.</p>	<p>hemmän hoitoaika.</p>
<p>East, C.E., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J., Forster, D. <b>Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on post-natal recovery and analgesia usage.</b> 2010. Australia.</p>	<p>Kuinka usein välilihan kipuja esiintyy, kivun vaikutukset synnytyksen jälkeiseen toipumiseen, kivunlievityksen eri muotojen vaikuttavuus.</p>	<p>Strukturoitu haastattelu 215 synnytäneelle äidille lapsivuodeosastolla, 72 h synnytyksen jälkeen.</p>	<p>90% äideistä raportoi kivun tuntemuksesta välilihan alueelle synnytyksen jälkeen, 37 %:lla kipu oli keskivaikeaa tai vaikeaa. Yli kolmannes naisista kertoi kokevansa keskivaikeaa tai vaikeaa kipua kun he kävelivät tai istuivat, ja 45%:lla kipu häiritsi nukkumista. Kätilöiden tulee ennakoida kipuja ja tarjota kivunlievitysvaihtoehtoja potilaille säännöllisesti.</p>
<p>East, CE., Begg, L., Henshall, NE., Marchant, P., Wallace, K. <b>Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth.</b> 2009. Australia.</p>	<p>Arvioidaan paikallisen kylmähoidon hyötyjä, tehokkuutta ja sivuvaikutuksia verraten muihin kylmähoitomuotoihin.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus (Cochrane Pregnancy ja Childbirth Group's Trials Register tammikuu 2007, CINAHL 1982-tammikuu 2007).</p>	<p>On vain vähän todisteita paikallisen jäähdityshoidon hyödyistä (jäähakkaukset, kylmägeeli tyynyt, kylmäkylvyt) joita sovelletaan synnytyksen jälkeiseen välilihan särkyyn.</p>
<p>Beckmann, M., Garrett, A. <b>Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.</b> 2009. Australia.</p>	<p>Arvioidaan raskauden aikaisen välilihan hieronnan vaikutuksia synnytyksen jälkeiseen välilihan trauman esiintyvyyteen.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus (Cochrane Pregnancy ja Childbirth Group's Trials Register (kesäkuu 2008), the Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed (1966- kesäkuu 2008), EMBASE (1980- kesäkuu 2008).</p>	<p>Välilihan hieronta 35. raskausviikolta alkaen vähentää välilihan traumojen esiintyvyyttä synnytyksen jälkeen, ja etenkin episiotomian tekoa. Myös kivun esiintyminen oli harvinaisempaa 3 kk synnytyksen jälkeen.</p>



<b>2008-2009</b>	<b>Episiotomia %</b>	<b>3. &amp; 4. asteen rep. ompelu %</b>
Kätilöopiston sairaala	32,7	1,6
Naistenklinikka	28,7	1,3
Jorvin sairaala	36,0	1,4
TYKS	36,0	1,4
KYS	13,2	1,0
OYS	14,2	0,5
TAYS	25,8	0,2
Etelä-Karjalan ks	27,6	0,2
Keski-Suomen ks	27,9	0,7
Pohjois-Karjalan ks	31,7	0,2
Savonlinna ks	24,0	0,3
Vaasan ks	21,0	2,0
Ålands centralsjukhus	9,4	3,2
Kanta-Hämeen ks	14,3	1,1
Länsi-Pohjanmaan ks	25,1	1,0
Lapin ks	19,8	0,3
Mikkelin ks	26,9	0,4
Satakunnan ks	33,5	0,1
Kymeenlaakson ks	29,0	1,2
Keski-Pohjanmaan ks	17,7	0,5
Kainuun ks	21,8	0,7
Etelä-Pohjanmaan ks	34,6	0,4
Päijät-Hämeen ks	37,8	2,1
Porvoon sairaala	22,3	1,4
Lohjan sairaala	16,1	0,9
Salon sairaala	12,2	0,2
Västra Nylands sjukhus	14,1	1,4
Vammalan sairaala	6,9	0,4
Oulaskankaan sairaala	10,7	0,1
Hyvinkään sairaala	31,8	0,9
Raahen terveyskeskus	22,8	0,2
Malmin terveydenhuoltoalueen ky	7,9	1,2

(STAKES 2010b.)



Tietokanta	Hakusana(t)	Osumat	Rajaukset
PubMed	-episiotomy -episiotomy AND wound -episiotomy AND perineal -perineal AND wound care -perineal pain AND delivery	2082 153 18 9 16	2000-2011 englanti, humans, free full text
EBSCO	- wound care AND perineal - episiotomy - perineal tears -episiotomy AND wound healing	6 155 45 8	2000-2011, free full text
Medic	-episiotom* -välilih* -perineu* -haava and hoito -episiotomia and haava -synnyttänyt and äiti -synnytys and episiotomia -suositeltavat and käytänteet -haavahoito -leikkaushaava -suositukset -hoitotyön kriteerit -käytänteet -käytännöt -haava -hoito -nursing standards -best practice -postnatal -postpartum -wound healing -surgery wound -perineal wound -gynecology wound -episiotomy -episiotomy wound healing	10 13 3 161 3 0 3 0 1 4 108 2789 1 40 438 13824 6771 6 36 95 420 3640 358 464 10 430	
Terveysportti	-suositeltavat käy- tännteet -suositukset -hoitotyön kriteerit -käytänteet -käytännöt -synnyttänyt äiti -synnytys -haavanhoito -haava -hoito -leikkaushaava	0 32 3 3 16 0 101 26 190 1775 8	

	-episiotomia -episiotomia haava -perineum -väliliha -nursing standards -best practice -postnatal -postpartum -wound healing -surgery wound -perineal wound -gynecology wound -episiotomy -episiotomy wound healing	1 0 2 2 2 0 2 0 1 1 0 0 0 0	
Terveyskirjasto	-suositeltavat käytänteet -suositukset -hoitotyön kriteerit -käytänteet -käytännöt -synnyttänyt äiti -synnytys -haavanhoito -haava -hoito -leikkaushaava -episiotomia -episiotomia -perineum -väliliha	0 0 0 0 9 2 92 10 327 2355 3 1 0 3 3	
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut	-väliliha -perineum -episiotomia haava -episiotomia -leikkaushaava -hoito -haava -haavanhoito -synnytys -synnyttänyt äiti -käytännöt -käytänteet -hoitotyön kriteerit -suositukset -suositeltavat käytänteet	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 39 0	
Arto	-episiotomy wound healing -episiotomy -gynecology wound -perineal wound -surgery wound -wound healing -postpartum -postnatal -best practice -nursing standards -väliliha -perineum -episiotomia haava -episiotomia	0 1 1 0 31 74 22 43 0 9 0 0 0 2	

	-leikkaushaava	0	
Aleksi	-episiotomy wound healing	0	
	-episiotomy	0	
	-gynecology wound	0	
	-perineal wound	0	
	-surgery wound	1	
	-wound healing	2	
	-postpartum	3	
	-postnatal	4	
	-best practise	0	
	-nursing standards	0	
	-väliliha	7	
	-perineum	0	
	-episiotomia haava	0	
	-episiotomia	3	
	-leikkaushaava	7	

ohjeet episiotomiahaavan

OSASTON YHTEYSTIEDOT

---

---

---

---

---

---

---

---

## KOTIHOITO-OHJEET EPISIOTOMIAHAAVAN HOITOON

Kotihoito-ohje on osa opinnäytetyötämme ”Suositeltavat käytännöt synnyttäneiden äidin episiotomiahaavan hoitoon”, joka on luettavissa osastolla sekä Theseus tietokannassa. ©Teksti: Tuulikki Törrönen, Tuire Valmi & Marleena Vuorialho  
Kuva: Kati-Marika Vihermäki

## *Episiotomia*

Sinulle on tehty episiotomia eli välilihan leikkaus synnytyksen yhteydessä ulkosynnyttimen aukon laajentamiseksi sekä repeämien ehkäisemiseksi. Haava ommellaan aina itsensä sulavilla ompeleilla, joten tikkejä ei tarvitse poistaa. Ompeleet sulavat itsestään 2-4 viikon kuluessa synnytyksestä. Episiotomiahaava paranee noin neljän viikon kuluessa synnytyksestä.

## *Kipu*

Episiotomiahaavassa olevia kiputunteuksia tulee aina hoitaa. Kivunlievityksellä on suuri merkitys omaan jaksamiseen, olotilaan, synnytyksen jälkeen liikkeelle lähtöön ja myös Sinun ja vauvasi väliseen suhteeseen. Lantionpohjalihasten hyvällä kunnolla ja harjoittamisella on myös merkitystä kivun esiintyvyyteen ja voimakkuuteen.

- Ota särkylääkettä aina tarvittaessa
- Anna haava-alueen tuulettaa olemalla ilman alushousuja, näin vältät haavan hautumisen. Nämä ilmakylyvät edistävät haavan paranemista.
- Voit myös käyttää tarvittaessa hetkellisesti jäähdytettyä terveysidettä tai kylmäpakkausta.

## Hygienia

Hyvä intiimihygienia edistää episiotomiahaavan paranemista, ompeleiden sulamista ja vähentää tulehdusriskiä. Episiotomiahaavaa tulee suihkuttaa sen paranemisvaiheessa aina wc-käyntien yhteydessä. Suihkuttelu lämpimällä vedellä muutaman minuutin ajan vilkastuttaa verenkiertoa haava-alueella ja näin edistää haavan paranemista sekä ehkäisee mahdollisia tulehduksia.

- Suihkuta haava-alueita aina wc-käyntien yhteydessä haavan paranemiseen asti.
- Vaihda puhdas terveystide wc-käynnin yhteydessä.
- Huolehdi omasta käsihygieniastasi.
- Kuivaa haava-alue taputtelemalla.

## Liikkuminen

- Vältä ensimmäisten viikkojen aikana suoraa haavan päällä istumista, näin ehkäiset turvotusta. Apukeinona istuessa voit käyttää esim. rengasta tai tyynyä.
- Lähde liikkeelle vuoteesta heti kun kipu ja vointi sen sallivat. Liikkuminen edistää haavan parantumista.
- Huomioi asentohoito, eli voit istua toisella pakaralla tai maata kyljellään näin vältät suoraa istumista haavalla.



## *Yhdyntä*

Välilihan leikkaus altistaa myös yhdyntäkivuille. Yhdyntät voidaan aloittaa kun arkuus ja kipu alueella ovat hävinneet. Yleensä näin käy 1-2 kk synnytyksen jälkeen. Yhdyntässä voi käyttää apuna liukastevoidetta, synnytyksen jälkeen naisen limakalvot ovat herkemmiä.

## *Tulehduksen merkit*

Episiotomiahaava lisää tulehdusriskiä emättimessä. Jos huomaat haava-alueella kuumotusta, turvotusta, lisääntynyttä kipua tai punoitusta, tai jos sinulle nousee kuume, ota yhteys omaan neuvolaan tai terveystieteidenkeskukseen.

## LÄHTEET

- Ylikorkkala, O. 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkkala, O., Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu:Otava.
- Yuorela, S-L. 2001. "Vesi vanhin voitehista". Haavan puhdistamiseen käytettyjen aineiden kehittyminen 1800-1900-luvuilla. Haava 3/2001:32-33.
- Virkkainen, P., Väisänen, T. 2008. Haavanhoitokäytäntöjä synnytys- ja naistentautiasiantolla. Haava 1/2008:30-31.
- Tuuliranta, M.2007. Milloin leikkaushaava on infektoitunut? Haava 3/2007: 24-25.
- Raussi-Lehto, E. 2006. Teoksessa Paananen, Pietilä, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Tampere: Edita.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006. Routine postnatal care of women and their babies. [PDF-dokumentti]  
<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30144/30144.pdf>> (viitattu 22.2.2011).
- International Association for the Study of Pain. 2010. IASP Pain terminology. [WWW-dokumentti]  
<[http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain)> (viitattu 14.12.2010).
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WSOY.
- Briggs, M., Ferris, F., Glynn, C., Harding, K., Hollinworth, H., Krasner, D., Lindholm, C., Moffatt, C., Price, P., Romanelli, M., Sibbald, G., Stacey, M., Teot, L. 2004. Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. Principles of best practice. World Union of Wound Healing Societies. [PDF-dokumentti]  
<[https://www.wuwhs.org/datas/2\\_1/2/A\\_consensus\\_document\\_Minimising\\_pain\\_at\\_wound\\_dressing\\_related\\_procedures.pdf](https://www.wuwhs.org/datas/2_1/2/A_consensus_document_Minimising_pain_at_wound_dressing_related_procedures.pdf)> (viitattu 14.12.2010).

