



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

VULVODYNIAAN VAIKUTUS NAISEN HYVINVOINTIIN

Opas potilaalle ja hänen kumppanilleen sekä
ohjausmateriaali hoitohenkilökunnalle

TEKIJÄT: Pinja Aho
Anni Luttinen
Teija Veikkolainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma	
Työn tekijät Pinja Aho, Anni Luttinen ja Teija Veikkolainen	
Työn nimi Vulvodynian vaikutus naisen hyvinvointiin Opas potilaalle ja hänen kumppanilleen sekä ohjausmateriaali hoitohenkilökunnalle	
Päiväys	25.11.2014
Sivumäärä/Liitteet	43/2
Ohjaajat Päivi Hoffren	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikka	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö Vulvodynian vaikutus naisen hyvinvointiin tehtiin Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnan toimeksiannosta. Toiminnallisen kehittämistyön tarkoituksena oli tehdä potilasopas vulvodyniaa sairastaville potilaille ja heidän kumppaneilleen, sekä tietopaketti muistilistan muodossa Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle hoidon ohjauksen tueksi.</p> <p>Vulvodynia määritellään kirjallisuudessa naisen häpyalueen, ulkosynnyttimien tai ulkoisten sukupuolielinten krooniseksi kiputilaksi, jonka etiologia on edelleen tuntematon. Kipua, jota kuvaillaan polttavaksi, pistäväksi, ärsyttäväksi, kirveleväksi ja kovaksi, voi esiintyä klitoriksen, emättimen eteisen ja ulkosynnyttimien alueella. Kiputilaan ei liity ulkoisesti nähtäviä gynekologisia muutoksia ja sen vuoksi diagnoosin määrittäminen on vaikeaa. Kipuoireyhtymä vaikuttaa heikentävästi naisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin.</p> <p>Kivuilla on merkittävä vaikutus naisen minäkuvaan, parisuhteeseen, henkiseen hyvinvointiin sekä seksielämään. Kyky nauttia omasta seksuaalisuudesta voi heikentyä, koska kipu heikentää itsetuntoa ja minäkuva muuttuu alentuneen itsetunnon vuoksi. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, johon vaikuttavat biologiset ja emotionaaliset tekijät, vuorovaikutus ympäristön kanssa sekä kipuun liitetyt käsitykset ja tulkinnat.</p> <p>Vulvodyniaa hoidetaan oireenmukaisesti lääkkeellisesti, itsehoito- ja vaihtoehtoisilla hoitomenetelmillä sekä kirurgisesti. Hoitomuodot valitaan aina yksilöllisesti eri hoitomenetelmiä kokeilemalla. Hoidon keskeisenä perusteena on hyvä ohjaus, neuvonta ja valistus oireyhtymästä sekä keskustelutilanteiden mahdollistaminen potilaalle hoitohenkilökunnan kanssa. Tärkeimpinä tavoitteina hoidossa on vulvodyniakivun lievittäminen, naisen seksuaalisuuden ja parisuhteen tukeminen.</p> <p>Toiminnallisen kehittämistyön tuloksena syntyneeseen potilasoppaaseen koottiin tietoa vulvodyniasta, oireista, hoidoista ja kipuoireyhtymän vaikutuksesta naisen seksuaalisuuteen sekä parisuhteeseen. Oppaan lähteinä käytettiin asianmukaisinta ja uusinta alan kirjallisuutta sekä asiantuntijoiden kokemuksia aiheesta. Potilasopas lähetettiin arvioitavaksi Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien hoitohenkilökunnan eri ammattiryhmien edustajille. Vulvodyniaa käsittelevästä potilasoppaasta pidettiin myös osastotunti Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalla. Saatujen kommenttien perusteella potilasoppaan sisältöä, loogisuutta sekä ulkoasua muokattiin niin, että se on mahdollisimman selkeä, informatiivinen ja palvelee asiakkaita.</p> <p>Potilasoppaan jatkekehitysehdotuksena on kyselytutkimus vulvodyniaa sairastaville potilaille oppaan toimivuudesta ja vaikuttavuudesta sekä oppaan tietojen päivittäminen uusimmalla tiedolla. Opasta voidaan hyödyntää myös moniammatillisessa yhteistyössä.</p>	
Avainsanat vulvodynia, vulvar diseases, vulva, vestibuliitti, vulvar vestibular syndrome, dyspareunia, seksuaalisuus, kipu	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Pinja Aho, Anni Luttinen ja Teija Veikkolainen			
Title of Thesis Vulvodynia ´s effect on a woman's well-being Patient information leaflet for patient and her spouse and counseling material for nursing staff			
Date	25.11.2014	Pages/Appendices	43/2
Supervisors Päivi Hoffren			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, Gynaecological Outpatient Clinic			
<p>Abstract</p> <p>The thesis of vulvodynia's effect on the well-being of a woman was commissioned by the Gynaecological Outpatient Clinic at the Kuopio University Hospital. The aim of the assignment was to produce a patient information leaflet for patients, who suffer from vulvodynia and their spouses and a checklist for nursing staff to support the counseling situations.</p> <p>Vulvodynia is defined in the literature as a chronic pain condition of the vulva, the external female genitals or the genital area, the etiology of which is still unknown. The pain, which has been described being burning, piercing, irritating, stinging and hard, can occur in the clitoris, the vagina and the external female genitals. Externally visible gynecological changes are not related to pain condition and therefore it is difficult to determine a diagnosis. The pain syndrome affects negatively woman's physical and mental well-being.</p> <p>The pain has a significant impact on a woman's self-image, relationship, mental well-being and sex life. The ability to enjoy their own sexuality may be weakened, because pain affects negatively self-esteem and self-image can be changed due to a lower self-esteem. The pain is always a unique experience, which is affected by biological and emotional factors, interaction with the environment, as well as perceptions and interpretations related to pain.</p> <p>Vulvodynia is treated medicinally, by self-care and alternative methods of treatment, as well as vestibulectomy. Therapies will always be selected individually by testing different methods of treatment. The main criterion in the treatment is a good guidance, counseling and education from the syndrome and to enable conversation situations for the patient with the nursing staff. The main objectives for the treatment are to relieve the pain syndrome and to support a woman's sexuality and relationship.</p> <p>In the patient information leaflet, which was the result of the thesis, it was collected information about vulvodynia, symptoms, treatment and the pain syndrome's impact of female sexuality, as well as the couple's relationship. As the sources of the leaflet it was used the most appropriate and the latest literature in the field and the experience of experts. The patient information leaflet was sent for survey to different professional groups of the Gynaecological Outpatient Clinic at the Kuopio University Hospital. The leaflet of vulvodynia was also discussed in a department hour in the Gynaecological Outpatient Clinic at the Kuopio University Hospital. The content, logic and layout of the patient information leaflet were modified on the basis of the comments that were received, so that the leaflet is clear, informative and serves patients.</p> <p>As a further study, a survey could be carried out focusing on the functionality and effectiveness of the patient information leaflet and update the leaflet with the new information. The leaflet can also be used in multi-professional co-operation.</p>			
Keywords vulvodynia, vulvar diseases, vulva, vestibulitis, vulvar vestibular syndrome, dyspareunia, sexuality, pain			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	VULVODYNIAN VAIKUTUS NAISEN HYVINVOINTIIN	7
2.1	Vulvodynia.....	7
2.2	Vulvodynian esiintymismuodot	7
2.2.1	Vulvan vestibulodynia	7
2.2.2	Yleistynyt vulvodynia	9
2.3	Vulvodynian tutkimukset ja diagnosointi	9
2.4	Vulvodynian hoitomuodot	10
2.4.1	Vestibulodynian lääkkeellinen hoito	10
2.4.2	Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät.....	12
2.4.3	Kognitiivis-behavioraalinen terapia	12
2.4.4	Kirurginen hoito	13
2.4.5	Yleistyneen vulvodynian lääkkeellinen hoito	13
2.5	Vaihtoehtoiset hoitomenetelmät vulvodynian hoidossa	14
2.5.1	Akupunktio	14
2.5.2	Vyöhyketerapia	14
2.6	Vulvodynian itsehoitomenetelmät.....	15
2.7	Vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia hoidosta	18
2.8	Vulvodynian vaikutus naisen minäkuvaan, seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen	18
2.9	PLISSIT-malli seksuaalineuvonnan ja terapian pohjana.....	20
2.10	Kivun vaikutus henkiseen hyvinvointiin	21
3	POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ	22
3.1	Potilasohjaus vulvodyniasa	22
3.2	Kirjallinen potilasohje	23
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	25
4.1	Toiminnallinen kehittäminen	25
4.2	Kehittämistyön toteutus.....	25
4.3	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	27
4.4	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	28
4.5	Tiedonhaku asiantuntijakyselyiden avulla.....	28
4.5.1	Kyselyiden toteutus	29

4.5.2	Kyselyjen tulokset	29
4.6	Potilasoppaan, kipupäiväkirjan ja muistilistan toteutus	30
5	POTILASOPPAAN ARVIOINTI.....	33
6	POHDINTA	35
6.1	Ammatillinen kasvu ja kehitys	37
6.2	Jatkotutkimus ja kehittämisideat	38
6.3	Oman oppimisen analyysi	38
	LÄHTEET	40
	LIITE 1: POTILASOPAS.....	45
	LIITE 2: MUISTILISTA HOITAJILLE	58

1 JOHDANTO

Vulvodynia on häpyalueen, ulkosynnyttimien tai ulkoisten sukupuolielinten krooninen kiputila, joka voi aiheuttaa kipuoireyhtymää sairastavalle naiselle fyysistä ja psyykkistä invaliditeettiä. Se on monimutkainen kliininen ongelma, jonka etiologia on edelleen tuntematon. Diagnoosin määrittäminen on vaikeaa, koska kiputilaan ei liity ulkoisesti nähtäviä gynekologisia muutoksia. Myös sairaus itsessään on yleisyyteensä nähden huonosti tunnettu. Vulvodynia voi vaikuttaa negatiivisesti naisen hyvinvointiin monella elämän osa-alueella. Oireiden oikea tunnistus olisikin tärkeää, jotta hoito voitaisiin aloittaa mahdollisimman pian. (Väisälä 2006, 258; Groysman 2010, 681.)

Vulvodynia valittiin aiheeksi, koska aiheesta ei ole saatavilla paljoa tietoa, mutta tiedolle on kuitenkin paljon kysyntää. Tämän aiheen valitsemalla voidaan konkreettisesti lisätä tietoisuutta sekä auttaa vulvodyniasta kärsiviä naisia ja heidän perheitään. Työn tavoitteena on lisätä sekä vulvodyniaa sairastavien ja heidän kumppaniensa että hoitohenkilökunnan tietoa sairaudesta. Opinnäytetyöhön kuuluu sekä potilaille ja heidän kumppaneilleen suunnattu potilasopas että hoitohenkilökunnalle tarkoitettu sisäisessä verkossa julkaistava tietopaketti, jota voi käyttää ohjauksen tukena. Yhteistyökumppanina ja työn tilaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikka.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu vulvodynian etiologiasta ja hoitomuodoista sekä potilasohjauksen teoriasta. Tärkeimpiä lähteitä työn toteutuksessa ovat tuoreimmat suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset ja artikkelit vulvodyniasta, uusin kirjallisuus potilasohjauksesta sekä kirjallisuus ja artikkelit kivun merkityksestä ja hoidosta. Potilasoppaan toteutuksessa hyödynnetään myös asiantuntijakyselyä, jotta saadaan asiantuntijoiden näkökulma tärkeimmistä hoitomuodoista.

Kätilöinä ja sairaanhoitajana työskentellessä voidaan hyödyntää laaja-alaisesti opinnäytetyön tekemisestä saatua tietoa. Kätilöinä voidaan työskennellä mm. naistentautien poliklinikoilla, joissa vulvodyniapotilaita pääsääntöisesti hoidetaan. Kuitenkin myös tulevia äitejä ja perheitä hoitavan kätilön on hyvä tuntea ja tiedostaa tämä oireyhtymän mahdollisuus ja vaikutukset naisen hyvinvointiin. Myös sairaanhoitaja voi työskennellä naistentautien poliklinikoilla tai hoitaa kipupotilaita useassa muussa työpisteessä. Potilasohjauksesta saatava tieto on merkittävää ammatillisessa kehittämisessä, riippumatta siitä, minne lopulta työllistytään. Hoitoaikoja pyritään lyhentämään koko ajan, joten hyvät taidot potilasohjauksessa ovat tärkeitä koko hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan harjaannuttaa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutuksen, koska työn teoreettinen viitekehys muodostuu luotettavien ja tieteellisten lähteiden pohjalta. Lisäksi opinnäytetyöprosessi kehittää ryhmätyöskentelytaitoja, itseohjautuvuutta ja aikataulutusta.

2 VULVODYNIAN VAIKUTUS NAISEN HYVINVOINTIIN

2.1 Vulvodynia

Vulvodynia on naisen häpyalueen, ulkosynnyttimien tai ulkoisten sukupuolielinten krooninen kiputila (Väisälä 2006, 258), jonka hoito on ongelmallista, koska oireyhtymälle ei löydy patologista syytä. Potilaat ovat luonnehtineet vulvodyniakipua polttavaksi, pistäväksi, ärsyttäväksi, kirveleväksi ja kovaksi. Vulvodynian etiologia on edelleen tuntematon, mutta useita hypoteeseja on esitetty oireyhtymän aiheuttavista tekijöistä. Kipusyndroomassa ovat vuorovaikutuksessa keskenään psyykkiset, sosiaaliset sekä seksuaaliset tekijät. (Groysman 2010, 681.)

Vulvodynialla on piirteitä, jotka ovat tyypillisiä krooniselle neuropaattiselle kivulle. Polttava kipu, kudosaaurion tai muiden fyysisten löydösten puuttuminen tutkimuksissa sekä voimakas yhteys masennukseen viittaavat neuropaattiseen kipuun. Kipua aistiva hermojärjestelmä on herkistynyt. Vulvodynia on somaattinen tai toiminnallinen kipuoireyhtymä, jolla on CRP-syndroomaa (complex regional pain syndrome) muistuttava oireisto, kuten fibromyalgiassa, kivuliaassa rakossa (interstitiili kystiitti) tai ärtyvän suolen oireyhtymässä. (Groysman 2010, 682; Sadownik 2014, 439; Goldstein, Marinoff ja Haefner 2005, 771.)

Vulvodynia on ollut melko tuntematon aikaisemmin. Ensimmäistä kertaa vulvodynian kuvasi A.J.C. Skene jo yli sata vuotta sitten. Se painui kuitenkin unohduksiin, kunnes nousi esille uudelleen 1980-luvulla, jolloin sitä alettiin tutkia uudestaan. International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD) perustettiin 1970-luvulla ja vuonna 1975 se esitteli polttavan vulvan syndrooman. ISSVD suositteli vuonna 1984 vulvan alueen polttavalle kivulle ja kirvellylle vulvodynia-nimitystä. Vuonna 1987 E. Friedrich keksi termin vulvan vestibuliitti syndrooma, joka kuvasi vestibulodyniana sairastavien potilaiden oireita. Hän määritteli diagnostiset kriteerit vestibulodynialle, jotka ovat kipu emättimen aukossa tai vestibulumissa, kosketusarkuus ja läiskäinen punoitus emättimen aukossa. (Väisälä 2006, 258–261; Danby ja Margesson 2010, 485–486.) Ulkosynnyttimien kiputiloista sekä kivuliaasta yhdynnästä kärsii eri lähteiden mukaan ikäryhmästä riippuen noin 70 vuoden ikään asti arviolta noin 16–28 % naisista ja vulvodynia-oireita esiintyy noin 6–13 %:lla naisista (Danby ja Margesson. 2010, 486; Sadownik 2014, 438; Paavonen 2013a, 487).

2.2 Vulvodynian esiintymismuodot

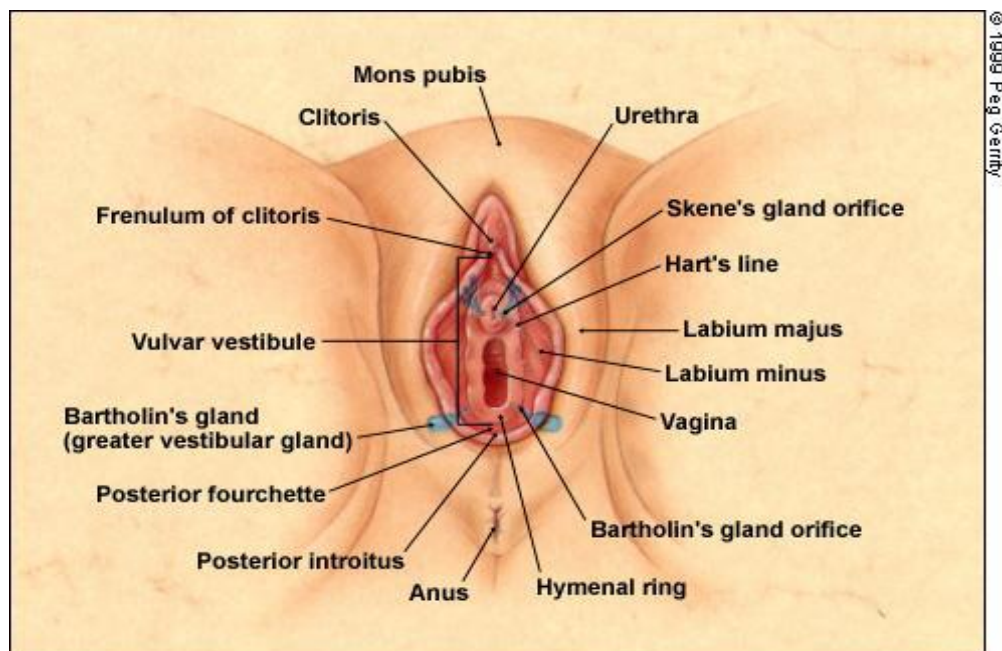
2.2.1 Vulvan vestibulodynia

Vulvan vestibulodynia (VVS) eli emättimen eteisen kosketusarkuus, kiputila, on yleisin vulvodynian alatyyppejä, joka tunnetaan myös vestibulaariadeniittina tai fokaalisena vulviittina. Sitä kutsutaan myös provosoituneeksi paikalliseksi vulvodyniaksi. Se voi esiintyä klitoriksen alueella (clitorodynia), emättimen eteisen alueella (vestibulodynia) tai vain toisella puolella ulkosynnyttimiä (hemi-vulvodynia) (kuva 1). Tutkimuksissa on havaittu, että vestibulodyniana sairastavilla naisilla on emättimen aukon limakalvoissa pinnallisten hermokimppujen ylimääräinen jakautuminen eli sprouting. Oireyhtymässä hermosäikeet proliferoituvat ja tunkeutuvat vestibulumin limakalvojen epiteeliin. Vestibulodynia il-

menee useimmiten 20–40-vuotiailla naisilla, joilla ei ole vielä vaihdevuosisoireita. (Väisälä 2006, 258–261; Paavonen 1995; Paavonen 2013a, 487–490; Sadownik 2014, 437–438.)

Vestibulodynia ilmenee kosketettaessa emättimen aukkoa esimerkiksi yhdynnän, gynekologisen tutkimuksen tai tamponin asettamisen yhteydessä. Siihen voi liittyä lantionpohjan lihasten jännittyneisyyttä, kipua tai spasmeja eli vaginismia, joka todetaan sisätutkimuksen yhteydessä. (Paavonen 2013 487-490.) Kosketuskipu saattaa ilmaantua myös pyöräiltäessä tai ratsastettaessa (Väisälä 2006, 258–261). Koska kipu ilmenee vain kosketukseen liittyen, niin kiputila ei estä liikkumista (Paavonen 2013a, 487–490). Polttavan ja terävän kivun lisäksi oireena voi olla yhdyntäkipu sekä tiheävirtsaaisuus ja virtsaamiskipu (Sadownik 2014, 439). Primaarinen vestibulodynia ilmaantuu useimmiten menarkeiän aikoihin tamponin asettamisen yhteydessä tai ensimmäisessä yhdynnässä ja sekundaarinen muoto kehittyy vähitellen yhdyntöjen alkamisen jälkeen. Vestibulodynia voi olla oireettomana useita vuosia. (Paavonen 2013a, 487-490; Danby ja Margesson. 2010, 486.) Vestibulodyniakipu voi ilmaantua myös ilman, että provosoidaan emättimen aukkoa (Väisälä 2006, 258–261).

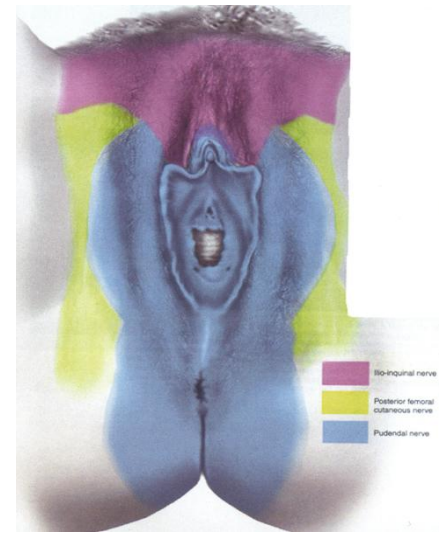
Kipuoireyhtymään altistavina mahdollisina riskitekijöinä pidetään pitkäaikaista yhdistelmäpillerien käyttöä, gynekologista tai muuta infektiota (Paavonen 2013a, 487-490). Vestibulodynia kivun voi aiheuttaa myös paikallinen vamma (episiotomia), geneettinen tai immunologinen tekijä, perifeeristen ja sentraalisten hermojen herkistyminen, allerginen reaktio tai lantionpohjan lihasten toiminnallinen häiriö. Seuraavien persoonallisuuden piirteiden, kuten perfektionismin, kielteisen asennoitumisen ja ahdistuneisuuden on todettu voivan liittyä vestibulodyniaan. (Väisälä 2006, 258–261, Sadownik 2014, 439.) Myös kemiallinen ärsytys, synteettisten materiaalien käyttö alusvaatteissa sekä lisääntynyt oksalaatin määrä virtsassa voivat johtaa kiputuntemuksiin (Kingdon 2009, 48–58).



Kuva 1. Vulvar vestibule eli alue, jossa vestibulodyniakipua esiintyy (Eloranta 2013).

2.2.2 Yleistynyt vulvodynia

Vulvodynia voi esiintyä hermokiputyypisenä vulvodyniana eli ei-provosoituneena yleistyneenä vulvodyniana, jossa on jatkuvaa epämääräistä kipua ulkosynnyttimien alueella. Kipu esiintyy vulvaa hermottavien hermohaarojen alueella tai alueilla (kuva 2). Se voi säteillä peräaukkoon, ristiselkään tai reisiin. Tähän vulvodynian muotoon eivät liity yhdyntäkivut eikä kosketus yleensä provosoi kipua, vaikkakin siinä esiintyy lisääntyntä tuntoherkkyyttä iholla ja limakalvoilla. Yleensä oireet pahe-nevat iltaa kohden ja jos istutaan pitkään paikallaan. Liikkumisen on todettu lievittävän hermoperäisiä kipuja. Tavallisin kohderyhmä yleistyneessä vulvodyniassa on vanhemmat, yli 40-vuotiaat naiset. Jorma Paavosen kliinisen kokemuksen mukaan kirurgiset toimenpiteet, jotka liittyvät gynekologiaan tai raskauteen, altistavat tälle vulvodynian muodolle. (Paavonen 2013a, 487–490.) Joidenkin tutkijoiden mukaan pudendaalneuralgia eli pudendaalihieron särky on yksi yleistyneen vulvodynian syistä (Metts 1999, 1552).



Kuva 2. Kolmen ulkosynnyttimiä hermottavan hermon kipualueet. (Paavonen 2014a.)

2.3 Vulvodynian tutkimukset ja diagnosointi

Vulvodynia oireyhtymä diagnosoidaan seksuaalianamneesin perusteella ja suljetaan pois muut emättimen alueen kipujen aiheuttajat, kuten esimerkiksi infektiot, ihotaudit, valko- ja punajäkälä sekä psoriasis, kasvaimet ja neurologiset sairaudet. Gynekologinen tutkimus tehdään potilaan ehdoilla erittäin hienovaraisesti ja emättimen tähytystä ei tehdä lainkaan, jos potilas on kovin kivulias. Potilaalle tehdään kuitenkin vanutikkutesti kostutetulla vanutikulla, jolla tunnustellaan kipupisteiden sijainti. Ne löytyvät usein vestibulodyniasa emättimen aukon takaosasta, klo 5–7 kohdalta. Tutkimuksen aikana potilaalle on hyvä näyttää peilin avulla kipupisteiden sijainti, jolloin potilas voi havainnoida ulkoiset sukupuolielimensä (Väisälä 2006, 258–261; Paavonen 2013a, 487–490.)

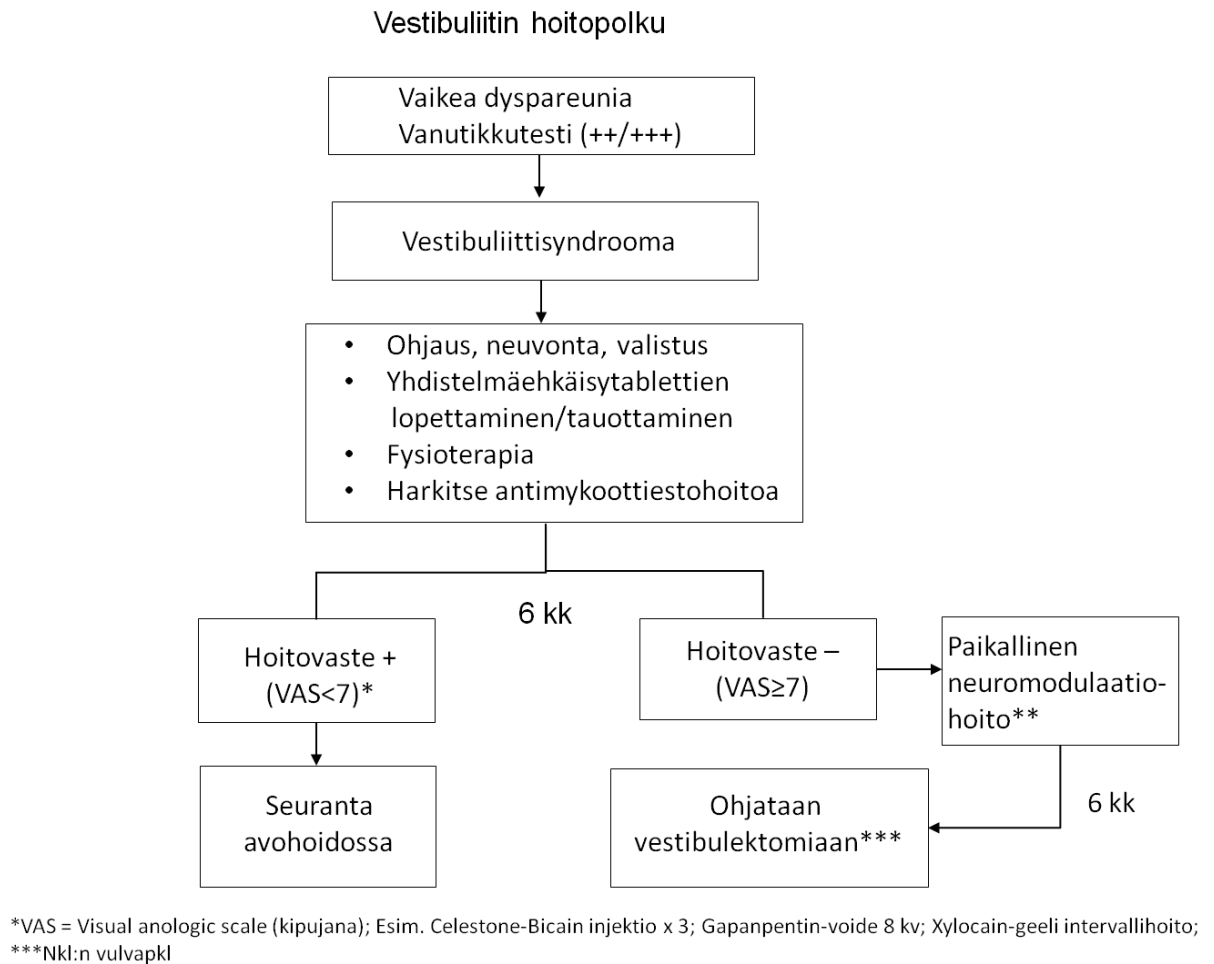
Vestibulodynian diagnoosin kriteereinä ovat ulkosynnytin kipu, joka on kestänyt kauemmin kuin 3 kuukautta, ja jolle ei ole löytynyt syytä (Sadownik 2014, 437) sekä yhdyntäkivut ja vaunutikkutestillä aikaansaatu voimakas kiputuntemus ja väistöreaktio (Jernfors, Rekonen ja Paavonen 2004, 2141). Väistöreaktio näkyy suojaspasmina lantionpohjan lihaksissa sekä reisien yhteen puristamisena (Halinen ja Pulkkinen 2011, 21). Oireena voi esiintyä myös emättimen etu- ja/tai takaosan vestibulum- rauhasen punoitusta (Jernfors ym. 2004, 2141). Yleistyneessä vulvodyniassa kiputila on vulvan alueella epämääräistä ja jatkuvaa. Se voi esiintyä emättimen alueella anteriorisesti, mediaalisesti tai posteriorisesti tai niiden yhdistelminä. Kiputila provosoituu gynekologisen tutkimuksen yhteydessä, kun painetaan mediaalipuolelta istuinkyhmyä. (Paavonen 2013a, 487–490.)

2.4 Vulvodynian hoitomuodot

Vulvodyniaa hoidetaan oireen mukaisesti lääkkeellisesti, vaihtoehtoisilla hoito- sekä itsehoitomenetelmillä sekä kirurgisesti. Hoito toteutetaan aina yksilöllisesti eri hoitomenetelmiä kokeilemalla (kuva 3). Kipuoireyhtymän hoito on kokonaisvaltaista, jolloin huomioidaan myös potilaan psyykkinen ja fyysinen hyvinvointi. Moniammatillisessa yhteistyössä, jossa toimivat gynekologi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti ja psykiatri, edistetään potilaan hyvinvointia. Potilaalle on tärkeää, jotta hän saisi mahdollisimman paljon ja laaja-alaisesti tietoa ja ohjausta oireyhtymästä ja sen hoidosta. Hoidon tärkeimpänä tavoitteenä on vulvodyniakivun lievittäminen sekä naisen seksuaalisuuden ja parisuhteen tukeminen. (Väisälä 2006, 258–261.)

2.4.1 Vestibulodynian lääkkeellinen hoito

Vestibulodynian lääkkeellinen hoito on ongelmallista, koska siihen on vähän tehokkaita hoitokeinoja. Hoidon keskeisenä perusteena ovat hyvä ohjaus, neuvonta ja valistus oireyhtymästä potilaalle. Potilaan tulisi keskeyttää yhdistelmäehkäisytablettien käyttö vähintään kuudeksi kuukaudeksi ja tarvittaessa aloittaa hiivasienitulehduslääke Flukonatsoli 150 mg kerran viikossa ainakin kuuden kuukauden ajan estolääkkeeksi, jos anamneesissa on useita hiivasienitulehduksia. (Paavonen 2013a, 489.) Kivun vähentämiseksi hoitona käytetään paikallisesti puuduttavia geelejä, kuten lidokaiinigeeliä tai -voidetta. Lidokaiinigeeliä (2-%) tai -voidetta (5-%) sivellään 2–5 kertaa vuorokaudessa kipupisteisiin ja hoitoa jatketaan 2–6 kuukautta. Sukupuoliyhdyntämisen helpottamiseksi emättimeen voidaan laittaa geeliä tai voidetta noin 20 minuuttia ennen yhdyntää. Myös lidokainvoidepumpuli (5-%) voidaan laittaa introitukseen yön ajaksi vaikuttamaan. Lidokaiinigeelillä tai -voiteella hoito aloitetaan pienellä annoksella, koska se voi ärsyttää ihoa ja limakalvoja. Kipupisteisiin sivelty puuduttava geeli parantaa vulvan alueen verenkiertoa ja lisää oman kehon tuntemusta. (Väisälä 2006, 261; Groysman 2010, 685–686; Sadownik 2014, 443.)



Kuva 3. Vestibuliitin hoitopolku (Paavonen 2014b).

Vestibulodynian hoidossa käytetään myös paikallista hormonihoitoa, kuten estrogeenivoiteita postmenopausaalisille potilaille (Väisälä 2006, 261) sekä gabapentiinivoidetta, joka vaikuttaa yhden tutkimuksen (Boardman, Cooper, Blais ja Raker 2008) mukaan lupaavalta paikallishoidolta kipuoireyhtymässä, vestibulodyniasa sekä yleistyneessä vulvodyniasa. Kiputuntemusten vähentämiseksi kipupisteitä voidaan penslata podofylliinilla, joka on korvattu nykyisin podofyllotoksiinilla. Penslaukses- sa hoidettava kohta sivellään hoitoaineella. (Väisälä 2006, 261.) Tutkimusnäyttöä kyseisen aineen tehosta ei ole. Paikallishoitona on kokeiltu Botulinum toksini A-injektioita ja eri tutkimusten mukaan se on hyvin siedetty hoitomuoto vestibulodyniasa. Sen avulla potilaiden elämänlaatu sekä sukupuolielämä ovat parantuneet. (Pelletier, Parratte, Penz, Moreno, Aubin ja Humbert 2011; Dykstra, Presthus 2006; Brown, Glazer, Vogt, Menkes ja Bachmann 2006.) Kipuoireyhtymässä on käytetty myös interferoni-injektioita säteittäisesti vestibulumin alueelle 3 kertaa viikossa 4 viikon ajan kivun lievitykseen. Gryosman (2010, 690) toteaa, että tulokset tilanteen parantumisesta vuoden seurannan jälkeen ovat olleet vaihtelevia. Osa potilaista voi saada hyötyä kipua lievittävästä trisyklisistä antidepressiiveista eli masennuslääkkeistä (Paavonen 2013b), paikallisesti laitettavista voiteista kuten kapsasiinista ja nitroglyseriinistä sekä hepariini-injektioista (Steinberg, Oyama, Rejba, Kellogg–Spadt ja Whitmore 2004; Farajun, Darfati, Abramov, Livoff ja Bornstein 2012; Sadownik 2014).

2.4.2 Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät

Vestibulodynian hoidossa fysioterapiasta on tullut olennainen hoitomuoto, jolla on saatu aikaan hyviä tuloksia. Fysioterapiassa arvioidaan lantionpohjan lihasten toiminnan lisäksi koko lantion alueen lihastasapaino sekä nivelten liikkuvuus. Lantionpohjan lihasten ollessa kireät fysioterapiassa menetelminä käytetään desensitisaatiota, elektroterapiaa, elektromyografiaa ja biopalautetta. Lantionpohjan lihashallintaan ja kivun hoitoon perehtynyt fysioterapeutti ohjaa ja opettaa desensitisaation eli kipupisteiden siedätyshoidon potilaalle. Desensitisaatiohoidossa manuaalisesti kosketellaan painelemalla ja venyttämällä emättimen ja lantionpohjan lihaksia. Hoidolla pyritään lisäämään lihasten joustavuutta ja sietoa kosketukselle. Lihasten kipupisteitä painelemalla pyritään lievittämään sekä kontrolloimaan kipureaktioita (triggerpointterapia). Potilas voi ohjattuna opetella itse tunnustelemaan sormilla lantionpohjan lihaksia emättimen kautta. Desensitisaatiohoito antaa potilaalle uskallusta vastaanottaa kosketusta sekä vahvistaa hänen itsetuntoaan. (Jernfors ym. 2014, 2142.)

Elektroterapiassa sähköhoitoa, interferenssivirtaa tai transkutaanista hermostimulaatiota (TENS), käytetään lihasten aktivoimiseen, kivun lievitykseen sekä rakon rauhoittamiseen. Sähköterapia toteutetaan emättimeen laitettavalla elektrodilla, jolloin emättimen limakalvojen tulisi olla kunnossa. Hoitomuoto on kivuton ja se aloitetaan fysioterapeutin vastaanotolla. Jatkossa potilas voi toteuttaa hoidon myös kotona lainattavalla kotisähkölaitteella. (Murina, Bianco, Radici, Felice, Martino ja Nicolini 2008, Jernfors ym. 2004, 2142) Murinan ym. (2008) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa kaksi kertaa viikossa 20 hoitokerran ajan TENS-hoitoa vaginaelektroidin kautta saaneiden naisten kipuoireet ja seksuaalielämän vaikeudet vähenivät kolmen kuukauden seurannassa. TENS-hoito todettiin turvalliseksi, yksinkertaiseksi ja lyhytaikaiseksi hoitomuodoksi vestibulodyniasa. (Murina ym. 2008.)

Elektromyografia-biopalaute -hoidossa potilas saa elimistönsä toiminnoista palautteen joko ääni- tai visuaalisen signaalin välityksellä (Mäyränpää 2009). Hoidossa mittaukset tehdään joko intravaginaalisella tai intra-anaalisella elektrodilla. Palautteen avulla potilas ja hoitava fysioterapeutti pystyvät havainnoimaan, kuinka potilaan suorittamat harjoitusliikkeet onnistuvat sekä potilaan lihasten rentoutumista, voimaa, väsymistä ja toiminnallisuutta. Hoidosta saatava palaute ohjaa potilasta oma-toimiseen ja motivoituneeseen annettujen ohjeiden mukaiseen lantionpohjalihasharjoitteluun kotona. Biopalaute parantaa potilaan kehon itsetuntemusta ja vähentää psyykkistä jännitystä muun muassa yhdyntätilanteissa. (Jernfors ym. 2004, 2142; Mäyränpää 2007.)

2.4.3 Kognitiivis-behavioraalinen terapia

Vestibulodynian hoidossa on kokeiltu myös kognitiivis-behavioraalista terapiaa (CBT) (Masheb, Kerns, Lozano, Minkin ja Richman 2009, 31–40). Terapian lähtökohtana on potilaan ongelmien käsitteellistäminen ja tavoitteiden asettaminen. Potilasta autetaan ymmärtämään omaa käyttäytymistään ja kokemuksiaan sekä löytämään vaihtoehtoisia toimintatapoja. (Kognitiivisen psykoterapian yhdistys 2013.) Hoidon tavoitteena on, että potilas oppisi kontrolloimaan kipujaan ja että kivut vähenisivät ja seksuaalitoiminnot parantuisivat (Masheb ym. 2009, 31–40). Masheb, Kerns, Lozano, Minkin ja

Richman tutkivat vuosina 2000–2004 kognitiivis-behavioraalisen ja supportiivisen eli tukea antavan terapian vaikutusta 50:lle vulvodynia kipuoireista kärsiville 21 – vuotta tai sitä vanhemmille naisille. 10-viikon terapiahoiton tarkoituksena oli kipujen väheneminen, seksuaalitoimintojen parantuminen ja mielialan kohentuminen. Tutkimuksessa todettiin, että 42 %:lla tutkituista kivut vähenivät ja että kognitiivis-behavioraalisella terapialla oli tehokkaampi vaikutus potilaisiin kuin supportiivisella terapialla. (Masheb ym. 2009, 31–40.)

2.4.4 Kirurginen hoito

Kirurgista hoitoa, vestibulektomiaa eli emättimen eteisen kipupisteiden kudosalueiden poistamista ja korvaamista eteen ja alas vedetyllä vaginan limakalvolla, käytetään vain, jos konservatiiviselle hoidolle ei ole saatu vastetta. Seurantakäynneillä arvioidaan potilaan hoitovaste VAS-asteikolla (Visual Analogue Scale) 1–10. Vasteen ollessa yli 7 kolmella seurantakäynnillä suositellaan vestibulektomiaa. (Paavonen 2013a, 487–490). Kirurgisella hoidolla saadut hoitotulokset ovat ylivertaisia kaikkiin muihin hoitomuotoihin verrattuna. Merkitsevää paranemista tapahtuu seksuaali- ja mielenterveyden alueella ja kivut vähenevät tai häviävät kokonaan. (Paavonen 2013a, 489.) Leikkauksen riskinä ovat arpikourumat, jotka voivat lisätä kiputuntemuksia vulvan alueella ja vaikeuttaa siten tilannetta entisestään (Väisälä 2006, 258–261.)

Päivi Tommolan, Leila Unkila–Kallion ja Jorma Paavosen (2012) tekemässä tutkimuksessa verrattiin pitkäaikaista hyvinvointia leikkaushoitoa tarvinneiden ja konservatiivisista hoidoista hyötynneiden vestibulodyniaa sairastavien naisten kesken. Tutkimukseen osallistui 66 naista vuosina 1994–2005, joita hoidettiin perinteisillä hoitomuodoilla. Hoitoihin osallistuneista naisista leikkaushoitoa tarvitsi 39 naista. He eivät saaneet vastetta perinteisistä hoitomuodoista. Tutkimuksen mukaan pitkäaikainen hyvinvointi parani ja yhdyntäkivut vähenivät vestibulodyniaa sairastavilla naisilla vestibulektomian jälkeen samalle tasolle kuin perinteisillä hoitomuodoilla hoidetuilla naisilla. (Tommola, Unkila-Kallio ja Paavonen 2012.)

2.4.5 Yleistyneen vulvodynian lääkkeellinen hoito

Yleistyneen vulvodynia-kipuoireyhtymän hoito perustuu hermokipulääkkeisiin, koska laaja-alainen neuropaattinen kipu on vasta-aihe kirurgiselle hoidolle (Paavonen 2009). Koska hoitovasteen kehittyminen on hidasta, on hoito usein pitkäaikaista. Hoito aloitetaan yleensä trisyklisellä masennuslääkkeellä, amitriptyliinillä (Triptyl). Lääkkeen annos on 10 mg iltaisin ja annosta nostetaan 10 mg kahden viikon välein, kunnes vaste saavutetaan eli lääke alkaa vaikuttaa. Useimmiten hoitovaste saavutetaan 40–50 mg annoksilla, jonka jälkeen annosta pienennetään tyydyttävän vasteen antavalle tasolle. (Brown, Wan, Bachmann ja Rosen 2009, 163–169; Paavonen 2013a, 488–489.) Amitriptyliini saattaa aiheuttaa joillekin liikaa sivuvaikutuksia, joilloin kokeillaan antiepileptiä, pregabaliinia (Lyrica) tai gabapentiinia (Neurontin). Ne ovat epilepsiaan ja hermosärkyyn tarkoitettuja lääkkeitä. Pregabaliinin alkuannoksena on 75 mg kahdesti päivässä ja annosta nostetaan vähitellen. Lääkkeen vaikuttavaa määrää voidaan nostaa 300 mg:aan kahdesti päivässä. Gabapentiinin aloitusannos on 300 mg vuorokaudessa ja sitä voidaan nostaa 1200 mg:aan kolmesti vuorokaudessa. Sitä voidaan käyttää

suuria määriä hermokipujen hoidossa. (Groysman 2010, 688; Paavonen 2013b.) Useimmat potilaat hyötyvät hermokipulääkkeistä kipuoireyhtymän hoidossa. He myös oppivat kuuntelemaan kehoaan ja räätälöimään kipulääkityksen kipujen ja nautittavan lääkkeen antaman vasteen perusteella. Lääkitys tulisi lopettaa asteittain puolen vuoden aikana ja aloittaa uudestaan, jos kivut palaavat. Lääkitys voi jatkua useita vuosia, mutta eri annostuksilla. (Paavonen 2013a.)

Pudendaalihieron puudutuksen vaikutusta on tutkittu neuropaattisen, kroonisen kivun hoidossa. Danbyn ja Margessonin (2010) julkaisemassa katsauksessa raportoidaan tutkimuksesta, jossa kolmen kuukauden seurannan jälkeen pudendaalipuudutuksesta oli kipujen vähenemistä 66 %:lla tutkituista ja vuoden jälkeen enää 33 %:lla. Hoito toteutetaan usein kuuden viikon välein kolme kertaa annettavalla injektioilla. (Danby ja Margesson 2010.)

2.5 Vaihtoehtoiset hoitomenetelmät vulvodynian hoidossa

2.5.1 Akupunktio

Akupunktuuri perustuu vanhaan kiinalaiseen hoitomenetelmään, aivojen stimulaatio- ja verenkierto- muutoksiin, jossa potilasta pistellään hyvin ohuilla neuloilla tarkoin määriteltäisiin akupunktiopisteisiin ihon läpi. Neuloja ei koskaan laiteta limakalvojen alueille. Pisteet määräytyvät kehon elimiä kuvaavien meridiaanien mukaan. Pistelyillä vaikutetaan näitä meridiaaneja pitkin tapahtuviin virtauksiin. Päämääränä on tasapainottaa elimistö. Länsimaisessa lääketieteessä ei ole vastinetta perinteisen kiinalaisen käsityksen mukaisille meridiaaneille. Akupunktiohoidosta voi olla apua kipujen lievittämisessä sekä unen laadun parantamisessa. Hoitoa annetaan 3–10 hoitokertaa viikon välein. (Saarelma 2014.)

Akupunktuurin tehokkuudesta vestibulodynian hoidossa on vuonna 2001 tehty tutkimus, jossa 13 nuorta naista sai 10 kertaa akupunktiohoitoa. Heille laitettiin 6 akupunktiopistettä vatsan ja polvien alueelle 30–45 minuutiksi. Tutkimuksessa havainnointiin naisten elämänlaatua kolme kertaa, ensimmäisen kerran ennen hoidon toteuttamista, viikko hoidon loppumisen jälkeen ja kolmen kuukauden kuluttua. Akupunktiohoito todettiin hyvin siedetyksi ja elämänlaatu oli merkittävästi parempi hoidon jälkeen. Tutkimus ei ollut kuitenkaan riittävän kattava, jotta hoitomuotoa olisi voitu suositella kliiniseen käytäntöön. (Danielsson, Sjöberg ja Ostman 2001, 437–441).

2.5.2 Vyöhyketerapia

Vyöhyketerapia perustuu autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston stimuloimiseen. Terapiassa koulutettu vyöhyketerapeutti painelee asiakkaan jalkaterässä olevia pisteitä, joissa sijaitsevat kehon alueiden ja elimien vyöhykkeet, sormin tai rystysin. Pisteitä painettaessa niistä lähtee signaali kehon eri alueille. Jos jossakin alueella ilmenee häiriö, niin signaali jatkaa selkäytimen kautta aivojen autonomiseen hermojärjestelmään ja sieltä korjaava signaali palaa takaisin häiriöalueelle. Ihmisen elimistö pyrkii korjaamaan elintoiminnot normaaleiksi autonomisen hermoston avulla. Jalan heijastusalueen kipu käsittelyn aikana antaa viitteitä elimistön häiriötilasta. Vyöhyketerapia saattaa

helpottaa neuropaattista kipua, auttaa rentoutumaan sekä lievittää unettomuutta ja stressiä. (Suomen vyöhyketerapeutit ry 2010.) Vyöhyketerapia lisää yleistä mielihyvätunnetta.

Vyöhyketerapiahoito kestää puolesta tunnista tuntiin, minkä aikana asiakas yleensä istuu tuolilla. Yksittäisellä käsittelyllä voidaan lievittää häiriötiloja, mutta useammalla hoitokäsittelyllä saadaan pysyvämpiä tuloksia esimerkiksi kroonistuneiden vaivojen hoidossa. Asiakkaan koko keho käydään läpi heijastuspisteiden kautta jokaisella hoitokerralla. Asiakkaan ja vyöhyketerapeutin välinen yhteistyö on tärkeää, jotta saadaan selvitettyä annettavan hoidon soveltuvuus. Asiakkaan tulee ottaa vastuu omasta hoidostaan noudattamalla annettuja ohjeita terveytensä ylläpitämiseksi. (Suomen vyöhyketerapeutit ry 2010.)

Vyöhyketerapiahoitossa elimistö puhdistautuu, kun kehon aineenvaihdunta vilkastuu. Asiakkaan olotila voi tuntua tilapäisesti huonommalta käsittelyn aikana tai sen jälkeen, kun kuona-aineet lähtevät liikkeelle. Reaktio on normaali ja se kertoo paranemisesta. Veden juominen auttaa kuona-aineiden poistumista. (Suomen vyöhyketerapeutit ry 2010.)

2.6 Vulvodynian itsehoitomenetelmät

Omahoito ja itsehoito eroavat toisistaan (Eloranta ja Virkki 2011, 15). Itsehoito tarkoittaa potilaan itsenäisesti suunnittelemaa, hankkimaa ja toteuttamaa hoitoa, eikä se siinä merkityksessä sisällä yhteistyötä ja vuorovaikutusta terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. (Kyngäs ja Hentinen 2008, 19; Granström 2010, 113.) Usein käytetään vaihtoehtoisia ei-lääketieteellisiä hoitoja ilman ammattihenkilön apua. Omahoito puolestaan tarkoittaa potilaan ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Se edellyttää, että potilas osallistuu itse aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Omahoidon ohjaukseen kuuluvat tasavertainen kumppanuus, itse säädely omahoito, autonomia sekä voimaantumisen, pystyvyydentunteen ja motivaation tukeminen. (Eloranta ja Virkki 2011, 15.)

Aikaisemmin terveydenhuollossa puhuttiin hoitomyöntyvyydestä ja hoitoon sitoutumisesta, mikä on hyvin asiantuntijalähtöinen näkökulma. Nyt on siirrytty korostamaan hoidosta sopimista, jolloin ammattihenkilö on auktoriteetin sijaan yhteistyökumppani ja valmentaja, jonka kanssa potilas neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Ammattihenkilön tehtävä on vahvistaa omahoitoa tukemalla potilaan autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta hänen tehdessään hoitopäätöksiä. Potilas tarvitsee omahoitoa toteuttaakseen tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista, valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan sekä uskoa omaan pystyvyyteen. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta ja Pitkälä 2009.)

Vulvodynian itsehoidossa tulisi kiinnittää huomiota ulkosynnyttimien ihon ja limakalvojen hoitoon. Apteekista saatavaa ihoöljyä voidaan käyttää iltaisin kipeisiin kohtiin. Kipeiden kohtien paikantamisessa voi käyttää peiliä apuna. Lisäksi tulee muistaa hyvä perushoito, eli alapesu korkeintaan kerran päivässä pelkällä vedellä, väljien vaatteiden käyttö ja nukkuminen ilman pikkuhousuja. (Paavonen, 2013b.) Muita ulkosynnyttimien perus- ja ihonhoitoon liittyviä tekijöitä ovat terveyssiteiden käyttö

tamponien sijaan kuukautisten aikana ja superimukykyisten pikkuhousunsuojien välttäminen niiden sisältämien kemikaalien vuoksi (Hanhirova, 2012). Terveyssteiden tulisi olla 100 % puuvillaisia, mikäli niiden käyttö on aivan välttämätöntä (Kingdon, 2009). Häpykarvojen ajelemista tulisi välttää. Nestemäistä ihonhoitovoidetta voidaan käyttää jos kutinaa ja kirvelyä esiintyy limakalvoilla. Kutinan ja ärsytyksen hoitoon voidaan käyttää tarvittaessa myös istumakylpyjä kahdesti viikossa soodavedessä. Ihonhoitovoidteiden sisältöön tulee perehtyä ennen käyttöä, jotta niissä olisi mahdollisimman vähän ärsyttäviä kemikaaleja. Hajusteiden ja suihkeiden käyttöä ulkosynnyttimien alueella tulee välttää. (Hanhirova, 2012.) Myös vaatetus tulee huomioida ulkosynnyttimien perushoidossa. Alusvaatteiden tulisi olla valkoisia ja puuvillaisia ihoärsytyksen välttämiseksi. Pikkuhousut vaihdetaan kerran päivässä, ja mahdollisuuksien mukaan vältetään sukkahousujen ja tiukkojen housujen käyttöä. Pyykinpesussa käytetään pesuaineita, joissa ei ole väriaineita, hajusteita ja entsyymejä. Huuhtelu- ja tahrannoistoaaineita vältetään, koska niiden kemikaalit voivat ärsyttää ihoa. (Hanhirova, 2012.)

Liikuntaa harrastaessa tulisi välttää ulkosynnyttimiä hankaavia tai ärsyttäviä urheilulajeja. Hankausta aiheuttavia lajeja ovat esimerkiksi pyöräily ja ratsastus, jotka vahvistavat kiputuntemusta vaurioittamatta hermoja. Uinti voi ärsyttää ulkosynnyttimien ihoa ja limakalvoja klooratun veden vuoksi. (Granström 2010, Hanhirona 2012.) Vulvodyniasta kärsivän on kuitenkin hyvä löytää itselleen sopiva liikuntamuoto, koska liikunta edesauttaa kipuprosessiin liittyvien välittäjäaineiden poistumista elimistöstä. Liikunnan avulla myös aineenvaihdunta vilkastuu. (Granström 2010.)

Oksalaattien määrä ruokavaliossa voi vaikuttaa vulvodynian oireisiin. On esitetty, että korkea virtsan oksalaattipitoisuus on yhteydessä potilaan subjektiiviseen kiputuntemukseen. Tämän yhteyden mekanismeja ei kuitenkaan tiedetä. Oksalaatin määrään elimistössä vaikuttavat sisäelinten mikrobien ja munuaisten erittämiskyvyn lisäksi ruokavalion oksalaatti. Vulvodynian itsehoidossa on käytetty ruokavaliota, jossa vältetään oksalaattia (mm. pinaatin, suklaan ja teen välttäminen), juodaan runsaasti vettä ja käytetään kalsiumsitraattia lisäravinteena ennen aterioita. Tämän ruokavalion teho on kuitenkin epävarma eikä sitä ole tutkimuksissa todistettu. (Mariani, 2002.) Ruokavaliota suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon vulvodyniapotilailla usein esiintyvät emättimen hiivatulehdukset. Hiivasienitulehdusten välttämiseksi tulisi ruokavalioon kuulua vain vähän suklaata, makeisia, vaaleita vehnätuotteita ja muita paljon sokeria sisältäviä ruokia (Hanhirona, 2012). Toistuvista hiivatulehduksista kärsiville voi olla hyötyä päivittäisestä laktobasillipitoisen maustamattoman jogurtin syömisestä (Tiitinen, 2013).

Vulvodyniaa sairastavilla on yhdyntäkipuja sekä ulkosynnyttimien kivun että vaginismien eli tahdosta riippumattoman emättimen lihaskouristuksen vuoksi. Emätinkouristuksen vuoksi lantionpohjalihakset ovat esimerkiksi sisätutkimuksessa kipeät ja aristavat. Apteekista saatavat liukasteet ja puudutegeelit voivat auttaa estämään tai lievittämään yhdyntäkipuja (Paavonen, 2013b). Yhdynnän jälkeistä polttelua voidaan lievittää myös kylmällä suihkulla tai jäällä pyyhkeen sisällä (Hanhirona, 2012). Kipuja voidaan helpottaa myös lantionpohjalihasten rentoutusharjoituksilla. Fysioterapeutin ohjauksessa voidaan opetella sekä lantionpohjan rentouttamisharjoituksia että toiminnallisia harjoituksia, joita pystytään tekemään omatoimisesti kotona. Lihasten rentouttaminen vaatii keskittymistä, mutta onnistuu yleensä lähes kaikilta. Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikalla teh-

dyssä tutkimuksessa ohjattiin vulvodyniapotilaita fysioterapian menetelmin niin, että potilaat kykenivät itsenäiseen lantionpohjan lihasten harjoituksiin ja rentouttamiseen. Kipujanalla (VAS) arvioituna kipu oli fysioterapiajakson alkaessa keskimäärin 7 ja jakson päättyessä keskimäärin 3. Rentoutusharjoitusten avulla lantionpohjan lihasten leptonus normalisoituu, ja sen ansiosta yhdyntäkivut helpottavat. (Jernfors ym., 2004.) Lantionpohjan lihaksia voidaan myös harjoitella esimerkiksi venyttelemällä niitä itse omalla tai kumppanin sormella. Apuna voidaan käyttää myös laajentimia (dilataattoreita) tai tekopenistä (dildo tai vibraattori). (Väisälä 2006, 261.) Venyttelyn tavoitteena on vähentää lantionpohjan alueen lihaskireyttä.

Kipupäiväkirja auttaa tunnistamaan tilanteet ja ajanjaksot, jolloin kipua esiintyy tai sitä on enemmän. Siitä on apua sekä diagnoosissa että hoidon suunnittelussa. Kipupäiväkirjasta tulisi tulla esille esimerkiksi se, onko oireettomia päiviä, vaihtelee kipu kuukautiskierron tai vuorokauden ajan mukaan ja liittyykö kipu vain kosketukseen ja yhdyntään vai onko se jatkuvaa (Paavonen, 2013b). Kivun tarkka havainnointi, tiedostaminen ja analysointi ovat tärkeitä. Ne auttavat huomaamaan, vaikuttaako kipuun esimerkiksi elämäntilanne tai jokin tietty hoito tai omahoidon menetelmä. (Granström, 2010, 114.) Kivun määrän ja sen vaihtelun arvioinnin apuna voidaan hyödyntää erilaisia kipumittareita, kuten VAS-asteikkoa tai NRS-asteikkoa. VAS-asteikko (Visual Analogue Scale) on 10 cm pitkä jana tai punainen kiila, jonka vasemmassa päässä on tilanne, jossa ei ole kipua ja oikeassa päässä on pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu. Potilas arvioi kivun laittamalla viivan sopivalle kohdalle janaa, ja VAS-arvo luetaan mittarin toiselta puolelta numeraalisella arvolla 0-10. NRS-asteikossa (Numeral Rating Scale) potilas arvioi, mitä numeroa kiputila vastaa, kun 0 on tilanne, jossa ei ole kipua ja 10 on tilanne, jossa kipu on pahin mahdollinen. (Hoikka, 2013.) Kipumittareiden käytön tulee olla yhdenmukaista, eli kun valitaan yksi mittari, niin sitä samaa käytetään koko ajan. Kipupäiväkirjan lisäksi myös itse kipu tulee ottaa huomioon omahoitoa suunniteltaessa. Kivun omahoitoon kuuluu asennoituminen kipuun, kivun ja mielen hallinta, kiputuntemuksen saaminen mahdollisimman lieväksi, mielen ja kehon hyvinvoinnin edistäminen sekä kuntoutumisen tavoitteiden suunnittelu (Granström, 2010, 114).

Tietoisuustaidoilla (mindfulness) tarkoitetaan tietoista läsnäoloa ja kykyä tarkkailla mielen tuottamia kokemuksia ja tulkintoja. Tietoiseen havainnointiin yhdistetään myös tuomitsematon asenne ja sisäisten kokemusten hyväksyminen sellaisenaan. Tietoisuustaitojen harjoittelu parantaa tunteiden prosessointikykyä, vahvistaa tätä kautta stressinhallintakykyä sekä auttaa integroimaan sairauden tapaiset elämän laatua heikentävät tekijät osaksi omaa elämää. Fysiologisia hyötyjä ovat esimerkiksi immuunipuolustusjärjestelmän vahvistuminen, stressihormonitasojen lasku ja apu kroonisen kivun hoitoon. Tietoisuustaitoja tutkittaessa on myös huomattu, että harjoittelu vähentää häiritseviä ja murehtivia ajatuksia. (Lehto ja Tolmunen 2008.) Nämä kaikki tekijät huomioon ottaen myös vulvodyniapotilaat voisivat hyötyä säännöllisestä tietoisuustaitojen harjoittelusta.

Myös jooga, erilaiset hengitysharjoitukset sekä meditaatio ovat suositeltavia rentoutumismenetelmiä kipuoireyhtymässä. Joogassa tarkoituksena on hengitysharjoitusten ja fyysisten asentojen avulla saada yhteys omaan itseensä, oppia kehittämään ja tuntemaan itseään (Joogakeskus Himalaja 2012). Meditaatiossa pyritään keskittymään johonkin tiettyyn kohteeseen tai tavoitella ajatuksetonta

tilaa (Granström 2010). Säännöllinen harjoittelu voisi auttaa erityisesti oireyhtymän hyväksymisessä ja kivun hallinnassa.

2.7 Vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia hoidosta

Törnävä, Koivula ja Suominen (2012) ovat tutkineet vulvodyniasta kärsivien naisten kokemuksia erilaisista hoidoista. Induktiivisen sisällönanalyysin keinoin kerättyjä kokemuksia löytyi niin myönteisiä kuin kielteisiäkin. Vastaajat olivat kokeilleet sekä tieteelliseen tietoon perustuvia että itsehoitomenetelmiä. Positiivista hoitoa leimasi naisen kohtaaminen inhimillisesti ja hänen oireisiinsa uskoen sekä häntä kuunnellen. Hoitohenkilöstön empaattisuutta, asiallisuutta ja yritystä auttaa arvostettiin, vaikka apua ei olisikaan löytynyt. Helpotusta toi jo se, että oireilla oli nimi ja siitä oli saatavilla tietoa. Nopea diagnoosin saaminen koettiin tärkeäksi psyykkeen kannalta. Diagnoosi myös helpotti itsehoitoa. Hoitohenkilökunnan asiantuntijuus toi turvaa, sekä kokonaisvaltainen hoito ja tieto koettiin yhtä voimaannuttaviksi.

Negatiivisia kokemuksia hoidosta aiheuttivat monet tekijät. Yksi leimaava piirre niissä oli asiantuntumuksen puute. Naisen oireita ei uskottu ja hän joutui itse etsimään apua vähäisiltä asiantuntijoilta. Naiset kokivat että diagnoosin viivästyminen tai väärä diagnoosi heikensivät hoidosta saatua apua. Osa oli kokeillut tuloksettomasti kaikkia hoitoja, kun taas osalle oli annettu hoito-ohjeeksi muun muassa odottelua. Väärä informaatio tai sen puuttuminen kokonaan turhauttavat, sekä kokonaisvaltaisen hoidon sivuuttaminen hankaloitti paranemista. Vähättely ja se ettei kipuun uskottu aiheuttivat erityisesti katkeruutta. Myös negatiivisia hoitokokemuksia omaavat naiset nostivat esiin hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot ja kunnioittavan potilaan kohtaamisen. (Törnävä, ym. 2012.)

Naiset kokivat saaneensa verkkopalstojen vertaistuesta voimaa ja tietoa sekä tärkeitä neuvoja itsehoitoa varten. Jotkut olivat kokeneet ne jopa niin tehokkaiksi, että olivat pystyneet luopumaan muista hoidoista. Itsehoidon merkitystä myös korostettiin ja oman aktiivisuuden koettiin olevan sairauden helpottamisen avain. Oma hyväksyvä asenne sairautta ja hoitoja kohtaan olivat ratkaisevassa asemassa paranemisen kannalta. (Törnävä, ym. 2012.)

Hoidoista ja tutkimusten laadusta riippumatta naiset toivoivat, että sekä yleis- että tutkimustieto vulvodyniasta lisääntyisi. Empaattista, asiallista asiantuntijuutta arvostettiin ja kokonaisvaltaisuuden monipuolista huomioimista pidettiin inhimillisen kohtaamisen perustana. (Törnävä, ym. 2012.)

2.8 Vulvodynian vaikutus naisen minäkuvaan, seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen

Vulvodynia vaikuttaa merkittävästi naisen elämään; minäkuvaan, parisuhteeseen, henkiseen hyvinvointiin sekä seksielämään. Kipu voi heikentää itsetuntoa ja minäkuva voi muuttua alentuneen itsetunnon vuoksi. Kyky nauttia omasta seksuaalisuudesta voi heikentyä. (Väestöliitto, 2009.)

Vulvodynia voi vaikuttaa naisen minäkuvaan montaa kautta. Sen on todettu lisäävän riskiä heikentää elämänlaatua. Vulvodynia altistaa myös masentuneisuudelle sekä yksinäisyydelle. Vulvodyniasta kärsivien naisten sosiaalinen elämä on rajoittuneempaa kuin terveillä naisilla. Mahdolliset ongelmat sek-

suaalielämässä voivat tehdä tunteen siitä, ettei ole riittävä naisena. (Törnävä, Koivula ja Suominen 2013, 241–252.)

Vulvodynia aiheuttaa haasteita myös parisuhteelle, sillä se vaikuttaa seksuaalielämään sekä muihin arkielämän asioihin. Se ei kuitenkaan tarkoita, että parisuhde kaatuisi diagnoosiin. Vulvodyniaa sairastava nainen voi elää onnellisessa ja hyvinvoivassa parisuhteessa. Tämä vaatii kuitenkin sen, että molemmat hyväksyvät sairauden osaksi parisuhdetta, keskustelevat avoimesti ja tukevat toisiaan. (VDOPAS, 2014.)

Parisuhteessa vulvodyniasta johtuvat ongelmat voivat joko heikentää tai voimaannuttaa suhdetta riippuen pariskunnan kommunikointitaidoista sekä ongelmanratkaisukyvyistä. (Törnävä ym, 2013, 241–252.) Diagnoosin saaminen voi olla helpotus paitsi naiselle, myös parisuhteen toiselle osapuolelle: näin naisen kipuja on helpompi uskoa. Toisaalta se voi aiheuttaa ahdistusta ja surua elämän muuttumisesta. Keskeistä on saada tukea ja tietoa sairaudesta. Mitä enemmän myös kumppani tietää, sitä paremmin hän ymmärtää ja tällöin myös toisen tukeminen on helpompaa. Tärkeää olisi ottaa puoliso mukaan hoitoihin. (VDOPAS, 2014.)

Vulvodyniasta aiheutuvat haasteet seksuaalielämälle voivat heikentää naisen uskoa kykyyn solmia normaali parisuhde, sekä luoda olon riittämättömyydestä kumppanina ja naisena. Naiset kokevat, että vulvodynia määrittelee parisuhteen vakautta ja muotoa, sekä että kipu määrittelee seksuaalielämää. Seksikokeiluihin saatetaan suostua vain kumppanin vuoksi säälistä tätä kohtaan tai painostuksen takia. Törnävän ja kumppaneiden tutkimuksessa (2013, 241–252) kykenemättömyys normaaliin seksuaalielämään oli usealla syynä parisuhteiden purkautumiselle. Toisaalta sairaus saattaa olla puolisoita yhdistävä ja yhteen kasvattava tekijä. Jos parisuhteen molemmat osapuolet pystyvät ratkaisemaan haasteet yhdessä, seksuaalielämä voi olla todella laadukasta.

Parisuhteesta voi sairauden myötä jäädä pois kaikki hellyys ja läheisyys. Ne kuitenkin kuuluvat parisuhteeseen ja niitä tulisi harjoitella uudestaan yhdessä niin, että molemmat voivat rentoutua. Yhdessä avoimin mielin kokeillen puoliset voivat löytää uusia tapoja nauttia toisistaan ja läheisyydestä. (VDOPAS 2014.) Tähän apuna voi olla seksuaalineuvonta tai -terapia, jota annetaan lähtökohtaisesti kaikille potilaille. Neuvonta voi olla monimuotoista ja siinä rohkaistaan nauttimaan myös muusta rakastelusta. Tärkeää on pyrkiä pois yhdyntäkeskeisyydestä ja suorituspaineista ja saada tilalle omia tunteuksia kuuntelevaa aitoa nautintoa. (Väisälä 2006, 261.) Apua ja neuvoja voi saada paitsi hoidoista, myös esimerkiksi seksuaaliterapeutilta ja potilasoppaista sekä sairastuneille tarkoitetuilta verkkosivuilta, kuten vdopas.com (VDOPAS 2014). Rohkaisevaa on, että oireenmukaisten hoitojen ansiosta 50–80% joko paranee täysin tai oireet lievittyvät niin, että nautinnollinen seksielämä on mahdollista (Väisälä 2006, 261).

Vulvodynia voi vaikuttaa myös perhesuunnitteluun. Suurin osa vulvodyniasta kärsivistä naisista on nuoria, joilla oire voi aiheuttaa jopa lapsettomuutta. Osa naisista valitsee lapsettomuuden tai yksinelämisen tietoisesti sairautensa takia. (Törnävä ym. 2013, 241–252.) Vulvodynia ei itsessään kuitenkaan ole este lasten saamiselle. Jos kuitenkin sairauden takia yhdyntä on vaikeaa tai mahdoton-

ta, on raskaaksi tuleminen haastavaa. Törnävän ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa naiset toivat esiin tiedon ja tuen saamisen tärkeydestä terveydenhuollosta. Raskaaksi tultua olisi myös hyvä kertoa vulvodyniasta neuvolassa tai viimeistään synnyttämään mennessä, jotta tämä osataan ottaa huomioon esimerkiksi sisätutkimuksia tehdessä. Vulvodynia ei itsessään ole este alatiesynnytykselle eikä se tee synnytyksestä kivuliaampaa kuin normaalistikkaan, eikä vulvodyniakipu erotu normaalista synnytyksivusta. (VDOPAS, 2014.)

Kumppanin huomioiminen ja vulvodynian aiheuttamat haasteet sekä niistä selviäminen parisuhteelle tulivat esille myös kyselyyn osallistuneiden asiantuntijoiden lausunnoissa. Myös Törnävän ja kumppaneiden tutkimuksessa (2013, 241–252) naiset toivat esille kumppanin tuen merkityksen.

2.9 PLISSIT-malli seksuaalineuvonnan ja terapian pohjana

Seksuaalineuvonta on osa vulvodyniapotilaiden hoitoa. Neuvonnassa apuna voidaan käyttää PLISSIT-mallia, jonka avulla voidaan jäsenellä eri seksuaalineuvonnan muotoja puhuttaessa yleensä seksuaalisuudesta tai sen alueella ilmenevistä ongelmista. PLISSIT-mallissa eri seksuaalineuvonnan tasot jaetaan neljään. Ensimmäisellä tasolla on yleisen tason seksuaalineuvonta, joka sisältää luvan antamisen (Permission). Kyse on suurimmalle joukolle annettavasta seksuaalineuvonnasta. Siellä käsitellään peruskysymyksiä kuten sitä, onhan asiakkailta lupa olla sellainen kuin on ja annetaan lupa omaan seksuaalisuuteen. Suurimmalle osaa ihmisistä riittävät tämän tason palvelut. Toisella tasolla ollaan tekemisissä hieman pienemmän joukon kanssa, kuin ensimmäisessä. Siinä annetaan rajattua tietoa (Limited Information) juuri siitä asiasta, josta asiakas sitä tarvitsee: esimerkiksi vulvodynian ja lääkkeiden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Tätä tasoa yhdessä ensimmäisen kanssa kutsutaan seksuaalineuvonnaksi. Neuvojen antamista ja puheeksi ottamista tasoilla yksi ja kaksi voidaan soveltaa myös vulvodyniapotilaiden ohjauksessa. Edellä mainittua tietoa voidaan antaa sekä pääosin ryhmäneuvontana että yksilöllisesti. Riittävä varhainen tiedonsaanti tällä tasolla vähentää erityistason seksuaaliterveydenhuollon palvelujen tarvetta ja säästää näin kustannuksissa, sekä on asiakasystävällisempää. Esimerkiksi vulvodyniadiagnoosin jälkeen mahdollisimman varhainen tiedonsaanti sen vaikutuksista seksuaalisuuteen, sekä sen myötä tulleista haasteista selviämisestä voi olla ennaltaehkäisemässä ongelmien kasaantumista. Näin voidaan jakamalla tietoa ennaltaehkäisevästi vähentää kuluja sekä kärsimystä. (Ilmonen 2006, 45–46.)

Kahdella ylemmällä tasolla, joka kattaa erikoispalvelut ja seksuaaliterapian, käsitellään pienempiä henkilömääriä. Niistä suurempaa osaa käsittää erityisohjeiden antaminen (Specific Suggestions). Tällaisia erityisohjeita voivat olla esimerkiksi elämäntapoihin liittyvä ohjaus tai harjoitukset ja tehtävät mm. itsetuntoon ja omaan seksuaaliseen minäkuvaan tai suorituspaineesiin liittyen. Viimeisellä tasolla on intensiivinen terapia (Intensive Therapy), jonka asiakaskunta on kaikista pienin. Suurimmalle osalle ihmisistä riittävät aiemmin kuvatut menetelmät, mutta jos niistä ei ole apua, on syytä ohjata asiakas terapiaan. (Ilmonen 2006, 45–47.)

2.10 Kivun vaikutus henkiseen hyvinvointiin

Vulvodynian merkittävin oire on kipu, ja se vaikuttaa kokijaansa usein eri tavoin. Kipu voi esiintyä yhdyntä- ja kosketuskipuna, mutta myös kroonisena hermokipuna.

Krooninen kipuoireyhtymä on monesti selittämätön, kuten vulvodynia, ja sen diagnosointi voi saada potilaassa aikaan erilaisia vaikutuksia. Diagnoosin löytyminen mekanismiltaan tuntemattomalle sairaudelle voi luoda järjestystä kaaokseen, ja "vapauttaa" yksilön: ympäristö tunnustaa sairauden olemassaolon ja oikeuttaa sairaan rooliin nyky maailmassa, jossa kärsimykseen vaaditaan biolääketieteellinen vahvistus. Toisaalta diagnoosi voi olla vaarassa muuttua voimakkaaksi suggestioksi ja itseään toteuttavaksi ennustukseksi. Diagnoosin jälkeen ihminen muuttuu potilaaksi, ja hän voi jopa tuntea itsensä sairaammaksi kuin ennen. (Vainio 2009, 29–30.)

Biologisten tekijöiden lisäksi kivun kokemiseen vaikuttavat potilaan kipuunsa liittämät käsitykset ja tulkinnat, emotionaaliset tekijät sekä vuorovaikutus ympäristön, läheisten ja auttajien kanssa. Psykologiset ja psykososiaaliset tekijät voivat vaikuttaa huomattavasti kroonisen kipuongelman kehittymiseen ja jatkumiseen. (Elomaa ja Estlander 2009, 110.) Merkittävä osa kipuhavainnon prosessia ja mielen reagointia kipuun tapahtuu aivoissa. Siksi krooniseen kipusyndroomaan liittyy usein mielen-terveyden häiriön oireita, erityisesti masennusta. Lisäksi voi esiintyä toivottomuutta potilaalla, hänen läheisillään ja joskus hoitotahollakin. Hyvän hoidon lisäksi kipupotilaan tilanteeseen tuo toivoa hänen oma-aloitteisuutensa ja tietoisuutensa kehittyminen. Tietoisuuden kehittämisen keinoja ovat esimerkiksi oman ajattelun ja kokemisen ohjaaminen sekä tiedon hankkiminen. (Granström, 2004.)

Krooninen kipu aiheuttaa useita erilaisia psyykkisiä oireita riippumatta siitä, mikä on kivun alkuperä. Potilaalla voi esiintyä tuskaisuutta, alavireisyyttä, toivottomuutta, vaikeuksia tehdä suunnitelmia ja aloitteita, psyykkistä vaikeutta lähteä liikkeelle ja tehdä jokapäiväisiä toimia. Lisäksi voi esiintyä masennusta, vihaa, pelkoa sekä vaikeuksia muistaa ja hahmottaa asioita. Kipu on kognitiivinen haaste, koska kipu vähentää hahmottamiskykyä viemällä huomion itseensä. (Granström, 2004.) Neuropsykologisten tutkimusten mukaan kroonisesta kivusta kärsivät suoriutuvat normaalia heikommin vaativista tarkkaavaisuutta ja muistia edellyttävistä tehtävistä, ja heillä on vaikeuksia keskittymisen ylläpidossa. Kivun vaikutus tiedonkäsittelyprosesseihin selittyy monella eri tavalla: kipu on vahvasti tarkkaavaisuutta sitova prosessi, mutta vaikutusta on myös kipuun liittyvällä lääkityksellä, unihäiriöillä, depressiolla tai ahdistuksella. Trisyklisten depressiolääkkeiden ja epilepsialääkkeiden, joita voidaan käyttää myös vulvodynian hoidossa, vaikutusta ei ole tutkittu kipupotilailla, mutta muilla potilasryhmillä niillä on todettu olevan kognitiivisia vaikutuksia. (Pirttilä ja Nybo 2004.)

3 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Potilasohjaus on tärkeä osa kaikkea hoitotyötä, ja sen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia. Potilasohjausta toteuttava hoitaja tukee potilasta potilaan terveyden, siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa, ja onnistuneella ohjauksella voidaan lisätä potilaan edellytyksiä vaikuttaa omaan elämäänsä sekä sairautensa hoitoon. (Hupli 2004.)

Potilasohjausta voidaan määritellä monella eri tavoin. Traditionaalisen ammattilaislähtöisen potilasohjausmallin mukaan lähtökohtana on potilaan sairaus. Ammattilaisen ja potilaan suhde on autoritääriäinen, ja ammattilainen toteaa oppimisen tarpeen ja tavoitteen. Näin ollen myös ongelmanratkaisu- ja päätöksentekoprosessi on ammattilaisen ohjaama. Potilaskeskeisessä ohjausmallissa potilas nähdään moniulotteisena kokonaisuutena, ja hän on tasa-arvoisena ja aktiivisena toimijana ammattilaisen rinnalla. Edellytyksenä tähän on se, että potilasohjauksessa käsiteltävä tieto on moniulotteista, ja että potilaan omat odotukset suuntaavat sekä sisältöä että menetelmiä. (Leino-Kilpi ja Kulju 2012, 4.)

Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska potilaat tietävät terveyteensä liittyvistä asioista yhä enemmän, ja myös heidän tiedontarpeensa lisääntyy. Haasteita onnistuneeseen potilasohjaukseen tuo esimerkiksi kiire ja henkilökunnan vähyys. Potilaiden kokemusten mukaan potilasohjauksen heikkouksia ovat myös esimerkiksi ohjauksen kaavamaisuus, joka ei ota huomioon potilaan elämäntilannetta ja yksilöllisiä ongelmia, sekä ohjauksen vaikeaselkoisuus. (Hupli 2004; Eloranta ja Virkki 2011, 16.) Hyvälle ohjaussuhteelle tyypillistä on vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö. Parhaimmillaan hyvä ohjaus on vastavuoroista keskustelua, jossa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitotyöntekijä sisällöllinen asiantuntija. (Eloranta ja Virkki 2011, 16, 54–55.)

3.1 Potilasohjaus vulvodyniassa

Vulvodyniapotilaan ohjaukseen tuo haastetta oireyhtymän intiimiys. Monelle voi olla vaikeaa puhua hoitohenkilökunnan kanssa intiimialueisiin ja seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista. Seksuaalisuus ei ole pelkkää fyysisen tyydytyksen hakemista, vaan siihen kuuluvat myös ulkoinen ja sisäinen olemus, läheisyys ja sen tunteminen toisen ihmisen kanssa, yhteenkuuluvuus, turvallisuus, hellyys ja avoimuus kertoa omasta seksuaalisuudestaan. Seksuaalisuuden ilmeneminen on yksilöllistä, ja ihmisellä on seksuaalisia tarpeita koko elämänkaarensa ajan. Omaan seksuaalisuuteen voi liittyä häpeää ja syyllisyyttä, mutta oikean tiedon saaminen ja hoitajan kanssa keskusteleminen voivat auttaa luopumaan niistä. Hoitajan tehtävänä on saada aikaan mahdollisimman turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotta potilas voi tuoda esiin arkoja ja henkilökohtaisia asioita. Hoitotyön tavoitteena onkin, että potilas hyväksyy oman seksuaalisuutensa. (Ihme ja Rainto 2008, 26–28.) Henkilökohtaisten asioiden käsitteleminen ohjaustilanteissa vaatii hienovaraisuutta ja ymmärtämyksen osoittamista (Eloranta ja Virkki 2011, 55). On tärkeää saavuttaa luottamuksellinen ilmapiiri, ja sitä auttavia tekijöitä ovat esimerkiksi hoitajan rauhallisuus, sanallisen ja sanattoman viestinnän samansuuntaisuus sekä kuunteleva palaute. Kuunteleva palaute tarkoittaa, ettei hoitaja kiirehdi seuraavaan kysymykseen

vaan kommentoi vastauksia puhetta tauottaen ja etenee potilaan ehdoilla kehittelemättä itse keskustelun sisältöä (Eloranta ja Virkki 2011, 55).

Seksuaalisuudesta puhuminen voi olla vaikeaa myös hoitajalle. Hoitajan tulisi pyrkiä hyväksymään oma seksuaalisuutensa, jotta hän voi kohdata potilaan seksuaalisuuden ja pystyy tukemaan sitä. (Ihme ja Rainto 2008, 26–28.) Seksuaalineuvoja ja -terapeutti Jaana Sandbergin mukaan (Schildt 2014) seksuaalisuuteen liittyvässä hoitotyössä on tärkeää saada ote häpeästä, jotta päästään puhumaan oikeista asioista. Keinoja tähän ovat esimerkiksi ympäristön pitäminen turvallisena ja häiriöttömänä, asioista puhuminen niiden oikeilla nimillä sekä tilanteen tai sairauden normalisointi. Potilasohjauksessa on siis tärkeää tukea potilaan omahoitoa, ja saada hänet motivoitua ottamaan vastuu omasta terveydestään ja kokonaisuudesta. Ohjaukseen on hyvä ottaa voimavaralähtöinen näkökulma ja pitää tavoitteena potilaan voimaantumista.

Voimaantumista edeltää tilanne, jossa potilaalla on todellinen tai potentiaalinen voiman puute jollain elämän alueella. Hänellä voivat jo olla olemassa tarvittavat kyvyt, tiedot tai voima, mutta hän tarvitsee apua niiden löytämiseen. Voimaantumisen prosessissa potilas saa tarvitsemiaan tietoja, tukea, vahvuutta sekä oppimisen ja kehittymisen mahdollisuuden. Voimaantuneella potilaalla on tunne merkityksellisyydestä, itsesäätelyn kyvyistä, osaamisesta sekä siitä, että hän itse vaikuttaa omiin asioihinsa. (Lahti, Rankinen ja Virtanen 2012.) Voimaantumista tukevan potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään elämäntilanteessaan. Ohjausprosessissa sekä hoitotyöntekijä että potilas ovat aktiivisia, mutta potilaalla on päärooli. Voimaantumista tukevan potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan kykyä tehdä itsensä terveydenhoitoon liittyviä tietoisia valintoja. (Lahti ym. 2012.)

3.2 Kirjallinen potilasohje

Potilaat huomioon ottava ja ymmärrettävä kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Siihen on useita eri syitä: potilaat haluavat itse tietää yhä enemmän sairauksistaan, ja heiltä myös odotetaan enemmän itsehoitoa kuin aiemmin. Potilaan itsemääräämisoikeus vaatii riittävästi tiedonantoa, jotta potilas voisi osallistua omaan hoitoonsa. Lisäksi hoitoajat ovat lyhentyneet, joten aikaa suulliseen ja henkilökohtaiseen ohjaukseen on vähemmän. Kirjalliset ohjeet voivat olla myös suullisen ohjauksen tukena. Suullisen ohjauksen yksi haittapuoli on tietotulva, jolloin runsas tieto hukuttaa alleen olennaisen, sekä tiedon unohtaminen. Kirjallinen ohje suullisen ohjauksen tukena auttaa sekä ohjaajaa että potilasta. Potilas voi palauttaa mieleen saamaansa ohjeet kotona, ja myös potilaan omaiset saavat tietoa potilasohjeen avulla. Kirjallinen ohje myös ohjaa ohjausta antavia eri ammattiryhmiä: suullisen ohjauksen ei tulisi olla ristiriidassa kirjallisen tiedon kanssa, ja eri asiantuntijoiden antaman ohjauksen tulee olla samansuuntaista ja toisiaan täydentävää. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 7–8, 29.) Potilasohjeessa niin kuin suullisessakin ohjauksessa tulee käyttää uusinta, tutkittua ja luotettavaa tietoa.

Potilasohjeen lähtökohtia on kaksi: hoitavan laitoksen tarve saada potilas toimimaan ”oikein”, sekä potilaan tarve saada tietoa. Ohjetta kirjoitettaessa tulee pitää mielessä, että lukijana on potilas. Kie-

llesesti potilasohjeen riskinä voi olla esimerkiksi liian ammattimainen kieli, potilaan puhuttelun välttäminen epämääräisellä passiivilla ja käskymäisyys. Nämä eivät edistä hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Potilasohjeet eivät ole vain tiedonsiirtoa terveydenhuollon ammattilaisilta potilaille, vaan ne sisältävät tiedon lisäksi myös merkityksiä. Ne sisältävät muun muassa käsityksen potilaan paikasta terveydenhuollon järjestelmässä ja määrittävät käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Siksi potilasohjeessa ei ole tärkeästään pelkästään se, mitä sanotaan vaan myös se, miten sanotaan. (Torkkola ym. 2002, 35–38, 11.)

Potilasohjetta kirjoittaessa tulee kiinnittää huomiota tietojen oikeellisuuden lisäksi myös tietojen ymmärrettävyyteen. Vaikka tieto olisikin oikeaa, se voi olla potilaan näkökulmasta niin vaikeasti ymmärrettävää, ettei se todellisuudessa tue potilaan itsemääräämisoikeutta. Myös näkökulma on tärkeä: liian biolääketieteellinen ja pelkkään tautiymmärrykseen pohjautuva tieto voi olla liian vierasta, joten potilas ryhtyy etsimään muualta tietoa, johon voisi samaistua. (Torkkola 2009.)

Potilasohjeen tärkeimmät osat luettavuuden kannalta ovat otsikko ja väliotsikot. Hyvä ohje alkaa otsikolla, joka kertoo ohjeen aiheen. Väliotsikot jakavat tekstin sopiviin lukupaloihin. Hyvä väliotsikko kertoo pääotsikon tavoin alakohdan olennaisimman asian. Potilasohjeiden kuvat voivat joko tukea tai täydentää tekstiä tai olla niin sanottuja kuvituskuvia. Hyvin valitut ja tekstiä täydentävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvituskuvat ovat ristiriitaisempi asia: vaikka ne eivät liitykään asiaan, ne eivät kuitenkaan ole ohjeesta irrallisia asioita. On parempi jättää ohje kuvattomaksi kuin kuvittaa ne, millä tahansa kauniilta näyttäviltä kuvilta, koska potilaiden suhtautuminen niihin voi vaihdella hyvinkin paljon. Kuvien käytössä tulee myös ottaa huomioon tekijänoikeuslait. (Torkkola ym. 2002. 39–42.)

Potilasohjeen tekstissä on selkeintä käyttää havainnollista yleiskieltä, jotta se olisi mahdollisimman ymmärrettävää kaikille potilaille. Tautien syistä ja hoidoista kertovien ohjeiden rakentamisessa voi käyttää apuna runkoa: mitä, miten, missä, milloin, millä seurauksella ja kuka. Hyvä ohje vastaa ainakin kysymyksiin: Mistä taudista on kysymys? Miten sitä hoidetaan? Missä sitä hoidetaan? Millaisia seurauksia hoidolla on? Kuka hoitoa antaa? Ohjeessa voidaan antaa myös vinkkejä lisätiedon lähteistä. Sopivia lähteitä ovat esimerkiksi maallikoille kirjoitetut kirjat, hoito- ja lääketieteelliset artikkelit ja kirjat sekä käyttökelpoiseksi todetut www-sivut. (Torkkola ym. 2002, 42–45.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toiminnallinen kehittäminen

Opinnäytetyömme oli kehittäminen, jossa teimme potilasohjeen vulvodyniasta kärsiville naisille ja heidän kumppaneilleen, sekä hoitajien muistilistan potilasohjauksessa huomioitavista asioista työn toimeksiantajalle, KYS:in naistentautien poliklinikalle. Tämän vuoksi opinnäytetyöprosessi on kaksivaiheinen ja -jakoinen: siihen kuuluu sekä kirjallinen raportti että itse tuotos (Vilka ja Airaksinen 2003, 65). Raportin ja tuotoksen työstäminen tapahtuivat osin päällekkäin, ja sen vuoksi kirjoittajilla tuli ottaa huomioon erilaiset tekstuaaliset vaatimukset: opinnäytetyössä selostetaan teoreettista viitekehystä, prosessia ja oppimista, kun taas itse tuotos on kohdennettu tietylle käyttäjäryhmälle. (Vilka ja Airaksinen 2003, 65.)

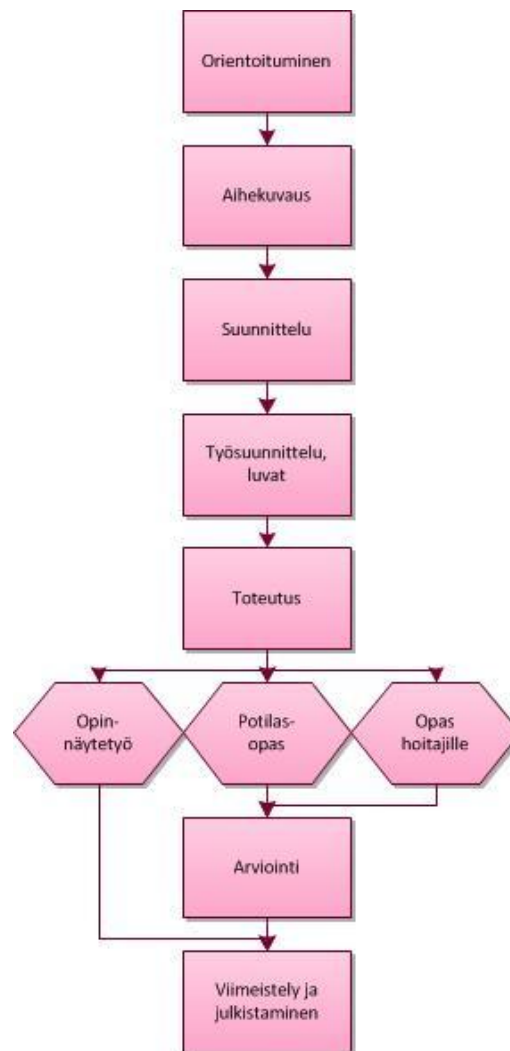
Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. Se tavoittelee ammatillisesti käytännön toiminnan ohjeistamista, järjestämistä tai järjeistämistä. Tärkeää on, että opinnäytetyössä yhdistyvät sekä käytännön toteutus että sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Tutkimusviestinnän piirteitä opinnäytetyöraportissa ovat esimerkiksi lähteiden käyttö ja merkintä, teoreettisesta viitekehystä kumpuaavat tarkkarajaiset käsitteet, tiedon varmuuden asteen ilmaiseminen, tekstin asiatyylisyys sekä johdonmukaisuus aika- ja persoonamuotojen käytössä. (Vilka ja Airaksinen 2003, 9–10, 66.)

Opinnäytetyössämme työelämälähtöisyys on ollut vahvasti esillä, koska työ on tehty toimeksiantona ja tiiviissä yhteistyössä naistentautien poliklinikan kanssa. Työn tavoitteena on lisätä vulvodyniaa sairastavien potilaiden, kumppanien ja hoitohenkilökunnan tietoa oireyhtymästä, hoitomahdollisuuksista ja sen vaikutuksesta naisen minäkuvaan, seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Tuottamamme kirjallinen materiaali ohjeistaa käytännön hoitotyötä ja luo yhtenäisyyttä vulvodyniapotilaan ohjaukseen.

Opinnäytetyöraportissa ja potilasoppaassa on hyvin erilaiset tekstityypit, mikä otettiin kirjoittaessa huomioon. Potilasoppaan kieleen kiinnitettiin huomiota useaan otteeseen, jotta se olisi mahdollisimman yleiskielistä, yksinkertaista ja selkeää. Kielen selkeyttämiseen saimme apua myös potilasoppaan arviointiin osallistuneilta asiantuntijoilta. Ammattikieltä vältettiin ja termit pyrittiin selittämään mahdollisimman hyvin. Opinnäytetyöraportissa puolestaan korostuu tieteellinen kirjoittaminen. Se ilmenee parhaiten lähteiden käytössä ja asiatyylisyydessä. Haasteena raportin kirjoittamisessa on ollut lähdeviitteiden oikeellisuus, oman tekstin ja lainatun tekstin selkeä erottaminen sekä aikamuotojen yhteneväisyys.

4.2 Kehittämistyön toteutus

Työmme eteni Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin mukaisesti ja sen vaiheet olivat orientoituminen, suunnittelu, toteutus ja julkistaminen (kuva 3).



Kuva 3. Opinnäyttyöprosessin eteneminen Savonia ammattikorkeakoulun opinnäyttyöprosessia mukaillen (Luttinen 2014).

Orientoitumisvaiheessa valitsimme opinnäyttyöomme aiheen, joka oli KYS:n toimeksianto. Aiheeseen tutustumisen ja yhteistyökumppanin esittämien toiveiden jälkeen valmistui aihekuvaus, jossa kuvattiin pääpiirteissään opinnäyttyön tarkoitus ja tavoite.

Aihekuvauksen hyväksymisen jälkeen aloitimme opinnäyttyön varsinaisen suunnittelun. Työsuunnitelmassamme tutustuimme työn teoreettiseen viitekehykseen, suunnittelimme alustavan aikataulun ja sisällysluettelon sekä määrittelimme kehitystyössämme tuotettavat julkaisut. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme tutkimuslupaa KYS:iltä, koska yksi opinnäyttyön tiedonhankintamenetelmistä oli tietyille KYS:n lääkäreille, hoitajille ja fysioterapeuteille lähetetty asiantuntijakysely.

Työn toteutuksen aikana valmistui rinnakkain opinnäyttyöraportti, potilasopas sekä muistilista hoitajille. Opinnäyttyöraportin teoreettinen viitekehys antoi tarvittavan tiedon potilasopasta varten. Tiedon rajaamisessa ja kohdentamisessa auttoi asiantuntijakysely, jossa vulvodynian hoidossa mukana olevat henkilöt kertoivat oman mielipiteensä siitä, mikä hoidossa on tärkeintä. Potilasoppaan ja hoitajien muistilistan toteutuksen tärkeänä elementtinä oli myös useasti tapahtunut arviointi ja kommentointi. Lähetimme aina uusimman version oppaasta opinnäyttyön yhteistyökumppanina

toimiville naistentautien poliklinikan lääkäreille, hoitajille ja fysioterapeutille sekä Savonia-ammattikorkeakoulun ohjaavalle opettajalle kommentoitavaksi. Kommentointi tapahtui sekä sähköpostitse että naistentautien poliklinikalla pidetyssä tapaamisessa. Pidimme myös naistentautien poliklinikalla osastotunnin, jossa esitimme opinnäytetyömme aihetta sekä potilasopasta ja hoitajien muistilistaa. Tässä tilaisuudessa myös muut naistentautien poliklinikan hoitajat saivat mahdollisuuden arvioida tuotosta ja esittää muutosehdotuksia.

Valmiit tuotokset julkaistaan KYS:n intranetissä, josta työntekijät voivat tarvittaessa tulostaa ne potilaalle tai itselleen. Opinnäytetyöraportti julkaistaan Theseus-tietokannassa.

4.3 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikkaa voidaan käyttää laajana yläkäsitteenä, jolla tarkoitetaan kaikkia tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia ja arviointeja. Sillä on myös kapea-alaisempi merkitys, jossa tutkimusetiikalla tarkoitetaan eettisesti oikeiden ja vastuullisten toimintatapojen noudattamista sekä tieteeseen kohdistuvien loukkausten ja epärehellisyys tunteiden tunnistamista ja torjumista. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on antanut ohjeiston tutkimusetiikasta, ja sen tavoitteena on ennaltaehkäistä epärehellisyttä esimerkiksi yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa ja tutkimusorganisaatioissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamat ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä koskevat tiedon hankkimista sekä sen esittämistä. Näitä ohjeita mukaillen opinnäytetyössä tulee ottaa huomioon seuraavia tekijöitä: tiedonhankintamenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia, muiden tutkijoiden tekemään työhön tulee viitata asianmukaisesti ja oikeellisesti sekä tarvittavien tutkimuslupien tulee olla hankittu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tiedon luotettavuus vaatii lähdekritiikkiä. Lähdeaineistoa arvioitaessa tulee ottaa huomioon tiedonlähteen auktoriteetti ja tunnettuus, ikä ja laatu sekä uskottavuuden aste. Lähteen tulee olla ajantasainen ja mahdollisimman tuore, koska tutkimustieto muuttuu nopeasti. Myös lähteiden laatuun tulee kiinnittää huomiota: mahdollisuuksien mukaan tulisi suosia ensisijaisia lähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja. Toissijaiset lähteet ovat alkuperäisen julkaisun tulkintaa, joten tieto voi olla muuntunutta. Tämän vuoksi tiedon lähteenä tulisi välttää esimerkiksi oppikirjoja, käsikirjoja sekä perustason johdantotyyppisiä julkaisuja. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 72–77.)

Opinnäytetyön eettisinä haasteina oli lähdemateriaalin laaja määrä ja plagioinnin välttäminen. Lähdemateriaalin oikeellisuus ja ajankohtaisuus on otettu huomioon käyttämällä uusinta ja tutkittua kirjallista tietoa. Tietoa on pyritty hankkimaan ensisijaisista lähteistä. Oikeat viittausmenetelmät on otettu huomioon heti työn alusta asti, jotta välttyttäisiin plagioinnilta.

4.4 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Potilasoppaan laatiminen aloitettiin hankkimalla tietoa vulvodyniasta kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Sen avulla kootaan tuloksia eri tutkimuksista, sekä tiivistetään ja arvioidaan tutkimuksia. Näitä voidaan käyttää perustana uusille tutkimuksille. Kirjallisuuskatsaus vaatii tarkkuutta, sillä siinä täytyy kiinnittää huomiota lähteiden yhtenäiseen sisältöön sekä tekniikkaan, jolla ne on hankittu. (Salminen 2011, 4.)

Kirjallisuuskatsauksen lajeja on kolme: kuvaileva ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus, jonka aineiston valinnassa ei tarvitse käyttää tarkkoja metodisia sääntöjä, vaan aihetta käsitellään laajasti. Se jaetaan narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivisella pyritään antamaan laaja kuva käsiteltävästä asiasta tai kuvailemaan sitä, kun taas integroivalla katsauksella pyritään mahdollisimman monipuoliseen kuvaukseen kuitenkin kriittisesti arvioiden materiaalia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittavan ilmiön ominaisuuksia voidaan myös luokitella. Se voi antaa uusia tutkittavia asioita, joita voidaan tutkia systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. (Salminen 2011, 6–8.) Käytimme opinnäytetyössämme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, koska tarkoituksena ei ollut asettaa tutkimuskysymyksiä vaan saada laaja kuva aiheesta ja saada riittävästi luotettavaa tietoa potilasopasta varten.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimushauissa käytettiin Cochrane-, PubMed-, Terveysportti-, Käypähoito-, Theseus- ja ACTA Obstetrica Scandinavica-tietokantoja. Hakusanoina käytettiin vulvodynia, vulvar diseases, vulva, vestibuliitti, vulvar vestibular syndrome, dyspareunia, seksuaalisuus sekä kipu. Kirjallisuushauissa käytettiin Savonia-ammattikorkeakoulun ja Siilinjärven kunnan kirjaston tietokantaa. Kirjallisuudesta ja tutkimuksista valittiin vain aiheeseen liittyvät asianmukaiset ja uusimmat lähteet. Käytetyt lähteet olivat pääosin vuosilta 2006–2014. Vulvodyniaan liittyvistä artikkeleista ja tutkimuksista on saatu tietoa myös alan asiantuntijoilta.

Potilasohjeen laatimiseksi luettiin potilasohjeita koskevia artikkeleita sekä kirjallisuutta, kuinka saadaan toteutettua hyvä kirjallinen, ymmärrettävä ja toimiva ohje. Lisäksi luettiin käyttämiimme tutkimusmenetelmiimme liittyvää kirjallisuutta ja tutustuttiin vulvodyniaan liittyviin Ensietoa vulvodyniasta -verkkosivuihin.

4.5 Tiedonhaku asiantuntijakyselyiden avulla

Potilasoppaan laatimisessa käytettiin tiedonhankintamenetelmänä myös kyselyä sähköpostitse. Tavoitteena oli saada asiantuntijoiden näkökulma siitä, mitkä asiat ovat tärkeimpiä vulvodynian hoidossa. Kyselyssä kysymykset ovat kaikille osallistujille samat ja he voivat vastata kysymyksiin omin sanoin. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan kysymykset määritellään ennalta, mutta kysymysten järjestystä voidaan vaihdella haastattelussa.

4.5.1 Kyselyiden toteutus

Kyselyt toteutettiin sähköpostitse. Sähköpostikyselyn etuna on se, että kyselytilanteen mahdolliset haittatekijät vähenevät. Lisäksi kysely saadaan valmiiksi kirjallisessa muodossa, joten työläs litterointi mahdollisine virheineen jää pois. Sähköpostitse tapahtuva aineiston kerääminen ei tutkimusetiikan ja tietosuojaan suhteen poikkea postikyselystä tai perinteisestä teemahaastattelusta. Siksi sähköpostiosoitteiden hankkimiseen täytyy saada luvat niiltä organisaatioilta, joiden jäsenille tutkimuspyyntö suunnataan. (Kuula 2006, 174–175.) Asiantuntijakyselymme lähetettiin sähköpostitse KYS:ssa työskenteleville henkilöille, joten haimme tutkimuslupaa KYS:n henkilökuntaan kohdistuvaan tutkimukseen. Pyysimme myös asiantuntijalausuntoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin fysioterapeutilta.

Sähköpostikysely toteutettiin suunnitelman mukaan sähköpostikyselynä. Kyselyyn vastaajat rajattiin asiantuntijoihin, joilla on kokemusta vulvodyniapotilaiden hoidosta. Näin pyrittiin varmistamaan, että kaikki kyselyyn vastaavat todella kirjoittavat omakohtaisesta kokemuksesta. Kysymykset lähetettiin naistentautien erikoislääkärille, kahdelle kättilölle, yhdelle sairaanhoitajalle, yhdelle seksuaalineuvojalle ja kahdelle fysioterapeutille. Avoimia kysymyksiä oli neljä ja vastaajat saivat kirjoittaa niihin vapaasti. Sähköpostikyselyyn vastasi viisi henkilöä. Vastaukset koottiin kysymyksittäin ja ne koostettiin yhtenäisiksi vastauksiksi. Näin yksittäisiä vastauksia ei voida henkilöidä. Osassa kysymyksiä vastaukset erosivat melko paljon, tämä selittynee sillä, että vastaamassa oli eri ammattiryhmien edustajia. Osassa kysymyksiä vastaukset olivat kuitenkin hyvinkin samantyyppisiä.

4.5.2 Kyselyiden tulokset

Alla esitetään sekä kysymykset, että koosteet vastauksista, eli asiantuntijoiden näkökulmia vulvodynian hoidosta.

1. Mitä asioita tulisi mielestänne huomioida vulvodyniapotilaan hoidossa? Tärkeimmät asiat?

Vastauksissa kävi ilmi se, että vulvodyniapotilaan hoidossa korostuvat tärkeinä monet asiat. Potilas on huomioitava kokonaisuutena ja hyvä hoito edellyttää monen eri ammattiryhmän yhteistyötä. ”Potilaan moniammatillinen ja kokonaisvaltainen hoito, edellyttää saumatonta yhteistyötä lääkärin, fysioterapeutin ja seksuaalineuvojan sekä potilaan välillä. Tarvittaessa hoidon tueksi voidaan liittää seksuaali- ja psykoterapiaa.” Erityisesti esille nousi huolellinen taustatietojen ja elämäntilanteen kartoitus, sekä kiireettömyys, tuki ja ajan anto potilaalle. Potilasta tulisi kuulla rauhassa ja hänelle pitäisi antaa riittävästi tietoa. Myös psyykinen puoli tulisi huomioida ja mahdollisten sen puolen haasteet hoitaa asianmukaisesti. Potilaalle tulisi korostaa myös omahoidon merkitystä. ”Tärkeää on potilaan kannustaminen omaan hoitamiseen, sekä perustella miksi näin tulisi tehdä.”

2. Mitkä ovat mielestänne parhaat hoitomuodot vulvodyniassa?

Asiantuntijoiden mukaan vulvodyniaan ei ole parasta hoitomuotoa vaan hoito toteutetaan yksilöllisesti. ”Hoito tulee toteuttaa kansainvälisten ja suomalaisten tutkimusten ja suositusten mukaan.”

Hoitomuodon valintaan vaikuttaa vulvodynian tyyppi sekä vaikeusaste. Yhteneväisissä vastauksissa esiintyivät ehkäisy pillereiden tauottaminen, itsehoito-ohjeiden noudattaminen, ulkosynnyttimien ihonhoito, fysioterapeuttiset hoitomenetelmät, lääkkeelliset hoitomuodot, psykkinen tuki ja seksuaalivouonta sekä seksuaali- ja psykoterapia.

3. Mitä potilaan tulisi erityisesti huomioida omahoidossa?

Kyselyyn vastanneet asiantuntijat pitävät fysioterapiaa sekä lihasten rentoutus- ja venyttelyharjoituksia tärkeinä vulvodynian omahoidossa. Fysioterapeutit toivat esille myös sen, että yksi tekijä onnistuneeseen omahoitoon on potilaan oma motivoituminen ja aktiivisuus harjoitteisiin, koska hoitokäytöt ovat yleensä pitkiä. Tärkeä tekijä omahoidossa on se, että potilas löytää itselleen sopivan hoitomuodon. ”Potilaan täytyy myös käydä keskustelua itsensä, kumppanin ja mahdollisesti ulkopuolisen henkilön kanssa nykyisestä tilanteesta sekä mitä tulevaisuudelta odottaa. Tämän jälkeen pohtia vastaavatko kumppanin arvot, asenteet ja toiveet omia.” Potilaan tulisi kokea, että hoito on hänelle itselleen parasta mahdollista ja hyväksi koettua. On kuitenkin myös tärkeää saavuttaa avoin ja luottettava keskusteluyhteys hoitohenkilökunnan kanssa, jotta mahdollisissa ongelmatilanteissa on helppo puhua asiasta.

4. Miten perhe ja parisuhde tulisi huomioida vulvodynian hoidossa?

Viimeisen kysymyksen osalta kaikkien vastaajien vastaukset olivat hyvin samanlaisia. Kaikki vastaajat toivat esille seksuaaliterapiaan ohjaamisen tai sellaisen mahdollisuudesta kertomisen. Avointa keskustelua aiheesta ja riittävä asiallisen tiedon anto kumppanille niin itse sairaudesta, kuin sen mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen eri osa-alueisiin - fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin korostettiin. ”Asiallisen tiedon jakaminen puolisolalle vulvodyniasta ja sen vaikutuksista.” Seksuaalisen kanssakäymiseen tulisi ohjata uusia tapoja, neuvoa erilaisia harjoitteita, sekä ohjata liukasteiden ja puudutteiden käyttöön mahdollisissa yhdynnöissä. Selkeästi tuli esiin se, että puolison huomioiminen ja mukaanotto sairauden hoitoon on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. ”Puoliso kannattaa ottaa mukaan seksuaaliterapeutin vastaanotolle.” Lisäksi esiin nousi tyytyväisyys siitä, että aihetta käsitellään, sillä kokemuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisilla on yhä riittämättömästi tietoa vulvodyniasta sekä sen kokonaisvaltaisesta hoidosta.

4.6 Potilasoppaan, kipupäiväkirjan ja muistilistan totetus

Potilasoppaan suunnittelu aloitettiin tutustumalla jo olemassa oleviin potilasoppaisiin, jotka ovat tyyliltään hyvin erilaisia. Tavoitteena potilasoppaan kirjoittamisessa oli tuottaa tiivis, mutta kattava tietopaketti vulvodyniasta ja sen hoitomenetelmistä. Hoitomenetelmissä huomioitiin asioita, jotka tulivat tärkeimpinä esille asiantuntijakyselyissä. Potilasoppaan kirjoittamisessa ja muotoilussa kiinnitettiin huomiota hyvän kirjallisen potilasohjeen kirjoittamisesta annettuihin ohjeisiin (ks. luku 3.2). Näitä seikkoja olivat esimerkiksi sopivan persoonamuodon käyttö, ammattikielen välttäminen ja tiedon jakaminen sopiviin lukupaloihin. Yksi tärkeä potilaan itsemääräämisoikeutta tukeva asia on poti-

lasohjauksen ymmärrettävyys (Torkkola 2009). Sen vuoksi heti alusta asti kiinnitettiin huomiota oppaan yleiskielisyyteen ja ammattitermien välttämiseen.

Kirjallisuuskatsaus vulvodyniasta tuotti paljon tietoa ja materiaalia, ja potilasoppaan haasteena oli valikoida kaikesta tiedosta oleellisin ja ajankohtaisin. Esimerkiksi Törnävän ja kumppaneiden tutkimus (2012) vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksista auttoi hahmottamaan, mitä naiset itse kokevat tärkeäksi sairautensa hoidossa. Näin oppaaseen saatiin potilasnäkökulmaa, heitä kuitenkaan suoraan haastattelemana. Naiset nostivat esimerkiksi esille vertaistuen yhdeksi tärkeäksi voimavarakseen, joten oppaaseen liitettiin ensitietosivuston osoite sekä vertaistukiryhmän sähköpostituslista.

Asiantuntijakysely auttoi kohdentamaan ja seulomaan tietoa, jotta oppaassa annettava tieto olisi yhteneväistä hoitokäytäntöjen kanssa. Potilasopas lähetettiin useamman kerran arvioitavaksi KYS:n lääkäreille, hoitajille sekä fysioterapeutille sekä Savonia-ammattikorkeakoulun ohjaavalle opettajalle, jotta he voisivat esittää muutosehdotuksia. Kommentointi tapahtui sähköpostitse, tapaamisessa naistentautien poliklinikalla ja naistentautien poliklinikalla pidetyllä osastotunnilla. Kommentit auttoivat muokkaamaan tietoa KYS:n hoitokäytäntöjen mukaiseksi, karsimaan pois epäolennaisuuksia sekä muokkaamaan tekstiä mahdollisimman ymmärrettäväksi.

Potilasopas (liite 1) pyrittiin pitämään ulkomuodoltaan mahdollisimman yksinkertaisena, koska se julkaistaan tulostettavana versiona KYS:n intranetissä. Sen vuoksi potilasoppaassa keskityttiin pääasiassa tekstisisältöön ja kuvien määrä pyrittiin pitämään mahdollisimman vähäisenä. Yhteistyökumppanin toiveena oli, että oppaassa olisi pari selkeyttävää kuvaa. Kuvien hankkiminen oli vaativaa niiden vähäisyyden sekä tekijänoikeuksien vuoksi. Potilasoppaassa käytetyt kuvat ja niiden käyttöluupa on saatu sähköpostitse HUS:n Naistenklinikan ylilääkäri Jorma Paavoselta.

Potilasohjeeseen liitetyn kipupäiväkirjan suunnittelu oli haastavaa. Kipupäiväkirjan tarkoitus on auttaa sekä diagnosoinnissa että hoidon suunnittelussa (ks. luku 2.6). Siksi sen tulee tuoda esille potilaan hoidon kannalta kaikki oleelliset asiat, joten oikeiden asiansanojen käyttö päiväkirjassa oli tärkeää. Tässä suurena apuna oli osaston henkilökunnalta saatu käytännön kokemukseen pohjautuva palaute, jonka mukaan listaa tiivistettiin ja selkeytettiin. Lopulliseen versioon kuvailevia sanoja vähennettiin ja omille muistiinpanoille jätettiin enemmän tilaa. Näin kipupäiväkirjasta saatiin muokattua potilaslähtöisempi ja enemmän potilasta aktiivisena toimijana hoitoon osallistava. Tämä on tärkeää nykyaikaisessa potilasohjauksessa (ks. luku 2), jossa potilas nähdään oman itsensä asiantuntijana ja tasa-arvoisena toimijana ammattilaisen rinnalla (Leino-Kilpi ja Kulju 2012, 4).

Alun perin opinnäytetyössä oli tarkoitus tehdä vain potilasopas ja siihen liittyvä kipupäiväkirja. Yhteistyökumppanimme toivoi kuitenkin myös lyhyttä hoitajien muistilistaa KYS:n intranettiin potilasohjauksen tueksi. Toiveena oli lyhyt ja ytimekäs lista (liite 2), johon on kerätty ohjauksessa huomioitavat asiat. Koska vulvodynian potilasohjauksessa (ks. luku 3.1) on tärkeintä vuorovaikutukselliset tekijät kuten hienotunteisuus, puheeksiottaminen ja dialogisuus, muistilistassa keskityttiin näihin asioihin. Hoitajille potilasohjaukseen tarkoitettua muistilistan laatimisessa käytettiin apuna KYS:in naisten-

tautien poliklinikan hoitohenkilökunnan antamaa kirjallista mallia: Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen - muistilista työntekijälle. Mallin perusteella muistilista muokattiin yksinkertaiseksi, tiiviiksi, ymmärrettäväksi ja selkeäksi. Listamaisen ohjeistuksen lisäksi muistilistassa on muutama apukysymys, joita hoitaja voi käyttää ohjaustilanteessa. Muistilistassa kuvataan myös lyhyesti vulvodyniaki-puoireyhtymä, mutta se on tarkoitettu johdannoksi. Muistilistaa voidaan hyödyntää kokonaisuudessaan vuorovaikutuksellisessa ohjaustilanteessa tai vain soveltuvin osin. Muistilista esiteltiin naisten tautien poliklinikan työntekijöille osastotunnilla, ja he pystyivät tutustumaan siihen sekä esittämään palautetta. Positiivisten kommenttien perusteella muistilista oli riittävän monipuolinen, ohjaustilanteisiin soveltuva sekä valmis otettavaksi käyttöön.

5 POTILASOPPAAN ARVIOINTI

Olemme arvioineet tuotettua potilasopasta hyvän potilasoppaan kriteerien perusteella (ks.luku 3.2). Onnistuimme potilasoppaassa välttämään ammatillisen kielen ja sekä kiinnittämään huomiota tekstin luettavuuteen ja selkeyteen. Luettavuutta parantavat myös selkeät otsikot ja väliotsikot, jotka kuvaavat kappaleen sisältöä, sekä havainnollistavat kuvat. Ammattitermien välttämässä auttoi toimeksiantajalta saadut kommentit ja muokkausehdotukset.

Käytimme uusinta tutkittua tietoa, josta haasteena oli seuloa oleellisin tieto potilaan kannalta. Tässä auttoi asiantuntijakysely sekä toimeksiantajan runsaat kommentit ja korjausehdotukset. Toimeksiantaja pääsi vaikuttamaan potilasoppaan sisältöön omien tarpeidensa mukaan. Tämä lisää potilasoppaan käytettävyyttä kyseisessä yksikössä. Myös fysioterapeutti kommentoi opasta runsaasti, minkä vuoksi opas sopii heidän käyttöönsä. Halusimme tehdä oppaasta mahdollisimman informatiivisen ja laajan, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin sekä hoitohenkilökuntaa että potilaita. Mielestämme onnistuimme siinä hyvin. Oppaaseen kuuluvan kipupäiväkirjan tekeminen oli oletettua haastavampaa, koska siinä tuli ottaa huomioon eri ammattiryhmien erilaiset tiedon tarpeet. Samalla päiväkirja tuli pitää mahdollisimman selkeänä ja suppeana, jotta potilaan olisi helppo täyttää sitä ja pysyä motivoituneena sen täyttämiseen. Ongelmia tuotti myös ohjelman aiheuttamat asettelun rajoitukset. Emme ole täysin tyytyväisiä asetteluun, mutta vaatimuksiin nähden kipupäiväkirja onnistui hyvin.

Potilasoppaan kuvituksessa vältettiin aiheeseen liittymättömien kuvituskuvioiden käyttöä, jotta opas olisi mahdollisimman neutraali ja sopiva koko potilasryhmälle. Kuvituskuva on käytetty ainoastaan oppaan kannessa ja sen valinnassa on huomioitu tekijänoikeuslait. Toimeksiantajan toiveesta oppaaseen liitettiin kaksi havainnollistavaa kuvaa selityksien kera. Valitsimme aluksi erilaiset kuvat, mutta toimeksiantaja halusi vaihtaa ne.

Taulukko 1.

Opinnäytetyötä tukevat ja heikentävät tekijät.

Opinnäytetyöprosessia tukevat tekijät	Opinnäytetyöprosessia heikentävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> - Yhteistyökumppaneilta saatu runsas ohjaus sekä kehittämisideat - Kohtuullisen runsas lähdemateriaalimäärä - Mahdollisuus antaa opinnäytetyö, potilasopas ja muistilista kommentoitavaksi tiilajalle useaan otteeseen - Kaikkien tekijöiden motivaatio ja tiukka, 	<ul style="list-style-type: none"> - Lähdemateriaali pääosin englanninkielistä - Työntekijöistä riippumattomat viivytykset eri vaiheiden arvoinnissa ja käsittelyssä - Lähtökohtaisesti tuntematon aihe

<p>mutta realistinen aikataulutus</p> <ul style="list-style-type: none">- Tekijöiden eri koulutusohjelmat nousivat vahvuudeksi ja syvensivät moniammatillisen yhteistyöosaamisen kehittymistä- Oppaan, josta on konkreettista hyötyä, tekeminen oli motivoivaa ja lisäsi tekijöiden mielenkiintoa prosessiin- Aktiivinen ratkaisujen hakeminen opinnäytetyöprosessin aikana ilmenneisiin haasteisiin	
--	--

6 POHDINTA

Vulvodynia eli naisen häpyalueen, ulkosynnyttimien tai ulkoisten sukupuolielinten krooninen kiputila, on suurelle yleisölle tuntematon sairaus, jota ei usein hoitohenkilökuntakaan tunne. Tietoa ja koulutuksia löytyy nykyään runsaasti, mutta ne on pääasiassa suunnattu naistentautien erikoislääkäreille. Hoitohenkilöstön tietämättömyys johtuu usein siitä, ettei vulvodyniaa edes mainita koulutuksen aikana, joten tiedonhaku jää työelämään. KYS:lla ei aiemmin ollut potilasopasta vulvodyniasta, ja maanlaajuisestikin niitä on vain muutama. Tämän vuoksi tiedonhaku sekä potilailla että hoitajilla on jäänyt omatoimiseksi ja välillä on hyödynnetty muiden sairaaloiden potilasoppaita. Työn tavoite on lisätä vulvodynian tunnettavuutta, antaa potilaille tietoa sekä parantaa vulvodyniapotilaiden ohjausta. Kehittämämme ohjausmateriaali tukee näitä tavoitteita.

Opinnäytetyön eettisenä haasteena oli potilasoppaan tietojen kohdentaminen vulvodyniakipuoireyhtymää sairastavien naisten tarpeeseen. Vulvodynia voi myös olla oireena naiselle todella intiimi ja arka asia, joten asioiden käsittely hienovaraisesti ja potilasta kunnioittaen on tärkeää. Samaan aikaan oireesta ja sen vaikutuksia täytyy kuitenkin kuvata suoraan ja selkeästi, jotta väärinymmärryksiltä vältytään. Ymmärrettävän tiedon saanti on potilaan oikeus. Tähän velvoittaa jo laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 pykälät 5,6), joka korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta; julkaistava materiaali tulee olla helposti ymmärrettävässä muodossa. Tällöin se antaa potilaalle tietoa, jota hän tarvitsee päättääkseen hoidosta (Torkkola ym. 2002, 8). Yksi potilasohjauksen etiikan peruseräistä onkin yksilön oikeus tietoon (Leino-Kilpi ja Kulju 2012). Jotta tieto on ymmärrettävää, sen täytyy olla selkeää ja hyvin kohdennettua. Potilasoppaassa lukijaa puhutellaan suorilla ohjeilla, "Suosi väljää vaateetusta.." näin tuoden ohjeet selkeästi lähelle lukijaa. Jotta tieto on kohdennettua ja näin aidosti potilasta hyödyttävää, sen täytyy olla juuri kyseisestä vaivasta, oikeaa ja luotettavaa. Luotettavan, tutkitun ja monipuolisen tiedon käyttäminen on myös potilaslain mukaista: "Potilaalle on annettava selvitys ... hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista (785/1992 pykälä 5)."

Potilasopasta (liite 1) ja siihen liittyvää kipupäiväkirjaa sekä hoitajien muistilistaa (liite 2) voidaan tarkastella myös Terveiden edistämisen keskuksen määrittelemän hyvän terveysaineiston -kriteerien pohjalta. Tämä ohjeistus on kehitetty terveysaineistojen arvioinnin tueksi. Ohjeistuksessa kuvataan standardit ja kriteerit, jotka mahdollistavat laadukkaan terveysaineiston tuottamisen. Laatustandardi on esitelty 7 kappaletta, jotka on avattu erilaisin kriteerein. (Rouvinen-Wilenius 2008, 10). Nostamme seuraavassa mielestämme kaksi keskeisintä työtämme arvioivaa standardia.

Laatustandardi 1: Aineistolla on selkeä ja konkreettinen terveys/hyvinvointitavoite. Olemme määritelleet kehittämistyön tavoitteen sekä tarkoituksen jo alkuvaiheessa; tiedon lisääminen vulvodynia oireesta hoitohenkilökunnalle ja vulvodyniasta kärsiville naisille. Tämän standardin kriteereinä on muun muassa, että aineisto tarjoaa mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyttä tukevia voimavaroja (Rouvinen-Wilenius 2008, 10). Potilasoppaasta ja erityisesti kipupäiväkirjasta pyrimme kautta linjan luomaan potilaslähtöisen ja osallistavan. Toinen keskeinen ensimmäisen laatustandardin täyttymiskriteeri on, että aineistolla pyritään oikeudenmukaisuuteen, avoimuuteen, ihmisarvon kunnioittamiseen.

miseen, rehellisyyteen ja yhteiskunnalliseen vastuuseen. Potilasoppaassa nämä kriteerit on pyritty täyttämään käyttämällä vain tutkittua ja potilaalle turvallista ja luotettavaa tietoa, huomioimalla aiheen arkaluontoisuus sekä noudattamalla tarkasti lähdeviiteohjeistusta.

Laatustandardi 3: Aineisto antaa tietoa keinoista, joilla saadaan muutoksia elämänoloissa tai käyttäytymisessä. Tämän standardin täyttymiskriteerinä on, että aineistosta tulee esille ne taustatekijät, jotka mahdollistavat yksilön/yhteisön terveyttä tuottavan käyttäytymisen ja että aineisto motivoi, kannustaa, antaa malleja ja keinoja sekä ehdotuksia osallisuuteen (Rouvinen-Wilenius 2008, 11). Nämä kriteerit on huomioitu kehityksessä potilasoppaassa sekä oppaaseen liitettyssä kipupäiväkirjassa. Oppaassa on kerrottu vulvodynian erilaisista hoitomuodoista sekä itsehoidosta monipuolisesti ja laajasti; informaatio antaa potilaalle mahdollisuuksia tutustua erilaisiin hoitoihin hoitohenkilökunnan tuella ja näin löytää itselleen sopivimmat. Monipuolisista mahdollisuuksista kertominen voi olla lisäämässä potilaan motivaatiota sitoutua hoitoon. Osallisuuteen potilasta halusimme kannustaa erityisesti sijoittamalla itsehoitomenetelmät hoitomuodoista ensimmäiseksi, korostaen näin niiden merkitystä ja tärkeyttä.

Näiden standardien valossa peilattuna potilasopas täyttää laadukkaan terveysaineiston kriteerit ja sitä voidaan käyttää potilasohjauksessa sekä muussa hoitotyössä.

Yhtenä haasteena oli pyrkiä tuomaan oppaaseen tietoa joka on KYS:in hoitolinjojen mukaista, mutta myös tietoa, jota naiset erityisesti kaipaavat. Naisten kokemuksia vulvodynian hoidoista ei tiedetä paljon, joten kappaleessa 1.7 kuvatut tutkimustulokset ovat tärkeitä tiedonlähteitä ja suuntaviittoja hoidon kehittämiseksi. Törnävän ja kumppaneiden tutkimus (2012) tuo esille erityisesti meille tärkeää tietoa naisten omalta näkökannalta siitä, minkälaisen hoidon ja hoitajien he ovat kokeneet vaikuttavan myönteisesti. Nämä tulokset yhteistyössä asiantuntijoiden ja ohjaajan kommenttien sekä oman pohdinnan kanssa auttoivat meitä muodostamaan kuvaa hyvästä ja täsmällisestä potilasopasta juuri tästä nimenomaisesta vaivasta kärsiville naisille ja heidän omaisilleen. Molemmissa tuli esille, että vulvodynian hoito on todella monimuotoista ja hyvä sekä onnistunut hoito on potilaasta riippuvaista, joten oppaassa pyrimme käsittelemään hoitomuotoja mahdollisimman monipuolisesti ja laajasti, mutta kuitenkin tarkasti ja yksinkertaisesti.

Hyvän luettavuuden ja ymmärrettävyyden kannalta tärkeää on myös kielen selkeys. Sitä sekä tekijät että yhteistyökumppanit ovat tarkastelleet kriittisesti. Laajan, mutta selkeän tietopakettin vuoksi se sopii ensitiedon antajaksi sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle. Tieto on kerrottu selkeästi ja se on luotettavaa, joten sekä potilas että mahdollisesti myös hoitaja saavat kattavan kuvan vulvodyniasta oireyhtymänä. Hoitajan muistilista on tarkoitettu tukemaan potilasopasta ja vulvodyniapotilaan ohjaustilannetta. Se on tarkoituksella hyvin lyhyt ja selkeä, jotta sen saisi luettua nopeasti silmäilemällä ja mahdollisesti pidettyä esillä ohjaustilanteessa. Mielestämme onnistuimme tuomaan lyhyesti ja ytimekkäästi esille vulvodynia-potilaan kanssa korostuvat ohjauksen piirteet sekä luomaan apukykyä, joita hoitaja voi ohjaustilanteessa hyödyntää. Potilasoppaaseen liittyvä kipupäiväkirja auttaa potilasta seuraamaan kivun voimakkuutta ja vaihtelevuutta eri tilanteisiin ja hoitoihin liittyen. Päiväkirja pyrittiin suunnittelemaan siten, että potilas olisi itse mahdollisimman aktiivinen sen täyt-

tämisessä. Suunnittelussa otettiin huomioon voimaantumista tukeva ohjausprosessi, jonka tavoitteena on edistää potilaan kykyä tehdä itse hoitoonsa liittyviä valintoja (ks. luku 3.1.). Potilaan lisäksi kipupäiväkirjassa on myös huomioitu hoitohenkilökunnan tarpeet, eli tarve saada tietoa esimerkiksi oikeettomista päivistä tai kivun vaihtelusta kuukautiskierron mukaan (Paavonen 2013b).

Koska useasti opinnäytetyöprosessin aikana nousi esiin kumppanin huomioimisen tärkeys vulvodynian hyvässä hoidossa (ks. kappale 1.8), pyrimme tuomaan oppaassa tietoa myös kumppanille ja yhteisesti parisuhteen molemmille osapuolille. Vulvodyniaa käsiteltiin sekä parisuhteen yleisen hyvinvoinnin että seksuaalisuuden näkökulmista. Aihe voi olla potilaalle arka, jopa niin arka että siitä puhuminen oman kumppaninkin kanssa tuntuu vaikealle. Potilasoppaassa tahdoimme rohkaista käsittelemään aihetta kuitenkin myös yhdessä kumppanin kanssa, sillä se sekä haastattelemiemme asiantuntijoiden henkilökohtaisten näkemyksen että tutkitusti naisten omien kokemusten mukaan (Törnävä 2013, 241–252) vaikuttaa positiivisesti kokonaisvaltaiseen hoitoon. Tämä onnistui mm. kumppanin mukaan ottamisen hyödyn merkityksestä suoraan kertomalla. Vulvodynian vaikutukset seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen ovat herkkä aihe, joten mielestämme on erityisen tärkeää että asiaa käydään potilasoppaassa voimavaralähtöisestä näkökulmasta ja ratkaisukeskeisesti, sekä samalla kuitenkin realistisesti. Oppaassa saimme tuotua esille nämä lähestymistavat käsittelemällä asiaa ylitsepääsemättömän ongelman sijaan parisuhteen yhtenä voitettavissa olevana haasteena.

6.1 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Opinnäytetyöprosessi on ollut yhdessä opetuksen ja harjoittelujen kanssa luomassa ammatillista kasvuamme ja auttanut meitä kehittymään kohti ammattilaisuutta. Tulevina kättilöinä ja sairaanhoitajana on arvokasta, että opimme ymmärtämään kivun merkityksen ihmisen koko hyvinvointiin paitsi tässä oireyhtymässä, myös laajemmin. Yksi tärkeä osa vulvodynian kuten muidenkin kipuoireyhtymien hoidossa on psykoterapia. Opinnäytetyötä tehdessä on tullut esille, että monet potilaat arastelevat ottaa yhteyttä esimerkiksi Kuopion Psykiatrian Keskukseen, koska pelkäävät etteivät saa oireisiinsa apua, tai että heidät leimataan mielenterveyspotilaiksi. Niinpä myös psykiatrisen sairaanhoitajan työssä on tärkeää ymmärtää kipuoireyhtymän fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Mielestämme tätä tulisi tuoda esille myös opetuksessa.

Yhteistyö toimeksiantajien kanssa opinnäytetyöprosessin aikana oli monipuolista ja opetti lisää moniammatillisesta yhteistyöstä. Yhteistyökumppaneina oli monen eri ammattiryhmän edustajia, ja prosessin aikana oli haasteena ottaa heidän kaikkien näkökulma huomioon työtä tehdessä. Selvisimme haasteesta mielestämme hyvin, ja sitä auttoi runsas rakentava kritiikki, jota yhteistyökumppanimme antoivat. Useat palautteet ja kommentit valmensivat myös kritiikin vastaanottamiseen ja hyödyntämiseen, mikä on tärkeää tulevassa työelämässä.

Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan tuki ammatillisen identiteetin kehittymistä sekä oman asiantuntijuuden vahvistumista. Työn tekeminen vahvisti asioiden katsomista hoitotyön näkökulmasta, mikä auttaa oman aseman löytämistä moniammatillisessa työryhmässä tulevaisuudessa. Tutkimus-

tiedon löytämisen ja käytön oppiminen antoi laajemman näkemyksen näyttöön perustuvaan hoito-työhön ja tutkimusten hyödyntämiseen kuin aiemmissa opinnoissa on tapahtunut.

6.2 Jatkotutkimus ja kehittämisideat

Potilasoppaan jatkokehitysehdotuksena on kyselytutkimus vulvodyniaa sairastaville potilaille oppaan toimivuudesta ja vaikuttavuudesta. Näin saataisiin tietoa siitä, vastaako opas potilaiden tarpeisiin ja onko tieto todellisuudessa riittävää sekä ymmärrettävää. Potilasopasta tulisi myös päivittää tarpeen mukaan aina uusimmalla tiedolla. Potilasoppaasta voisi myös kehittää kohdennettuja versioita esimerkiksi fysioterapeuteille tai psykiatrian työntekijöille, jotta se vastaisi tarkemmin eri ammattiryhmien tarpeisiin. Pohdimme myös mahdollista vertaistukiryhmää, mutta mietimme, että toimiiko enää nykypäivänä fyysisesti järjestettävä ryhmä. Ihmiset ovat tottuneet Internetin mahdollistamaan anonyymiyteen ja jatkuvaan tavoitettavuuteen, joten omilla kasvoilla esiintyminen voi pelottaa sekä ryhmän toimintaan osallistuminen voi tuntua liian sitovalta.

6.3 Oman oppimisen analyysi

Opinnäytetyöprosessin edetessä kohtasimme monia haasteita, mutta nyt jälkeenpäin tarkasteltuna opimme juuri niiden ansiosta. Haastavat kohdat saivat pohtimaan aihetta useammalta kannalta ja syventymään siihen tarkemmin kuin, jos kaikkeen olisi löytynyt vastaus suoraan ja miettimättä. Vulvodynia on melko tuntematon vaiva, josta ei juuri puhuta koulussa, työelämässä tai mediassa. Tietoa löysimme kyllä hyvin, mutta se on pääasiassa englanninkielistä tutkimusmateriaalia, joka ei avaudu helposti kokemattomalle terminologiansa, sisältönsä ja sen esittämismuodon vuoksi. Näiden tekstien lukeminen vaati meiltä todella syventymistä lukemaamme. Tämä sai meidät miettimään, mikä tieto on todella oleellista potilaan kannalta, joten opimme paitsi etsimään tietoa, myös rajamaan sitä. Tietoa hakiessamme opimme myös tieteellisen tiedon hakua tietokannoista, tiedon luotettavuuden arviointia, silmäilevää lukutekniikkaa sekä poimimaan keskeisiä asioita teksteistä.

Oman haasteensa toivat myös eri koulutusohjelmat. Aikataulullisten järjestelyiden lisäksi opinnäytetyössä piti ottaa huomioon sekä kättilön että sairaanhoitajan näkökulma aiheeseen. Vaikka sairaanhoitajan koulutusohjelmassa ei opiskella esimerkiksi seksuaaliterveyttä ja naistentauteja toisin kuin kättilöiden koulutusohjelmassa, opinnäytetyön aiheesta löytyi myös paljon yhteistä sisältöä. Sekä sairaanhoitajan että kättilön ammatillisiin kompetensseihin (Savonia-ammattikorkeakoulu, 2012) kuuluvat muun muassa osaaminen ohjata ja tukea potilasta ja asiakasta itsehoidossa ja potilaan oman terveysongelman hallinnassa sekä osaaminen käyttää ja tuottaa perusohjausmateriaalia potilasohjauksen tueksi. Molemmille ammattiryhmille hyvin tärkeä aihealue on myös esimerkiksi kroonisen kivun hoito. Työtä tehdessä eri koulutusohjelmat nousivat haasteen sijasta ennemminkin vahvuudeksi, koska se sai aikaan aiheen katsomisen eri näkökulmista. Aikatauluttaminen oli hyvin tärkeä osa opinnäytetyöprosessiamme eri ryhmistä ja nopeasta tekoahdistista johtuen. Se onnistui erittäin hyvin ja tuki samalla työn valmistumista. Opinnäytetyö valmistui nopeasti, ja kaikilla oli samat tavoitteet työn valmistumisen suhteen. Sen vuoksi motivaatio oli hyvä, ja pysyi myös sellaisena sopivan mittaisen prosessin aikana.

Toiminnallisen kehittämistyön kaksijakoisuus tuli hyvin esille kirjoittamisprosessin aikana. Raportin kirjoittamisessa tuli huomioida koko ajan tieteellinen kirjoittaminen ja laajojen kokonaisuuksien hallinta. Potilasoppaassa ja muistilistassa puolestaan ongelmaksi nousi jatkuvasti se, onko teksti tarpeeksi yksinkertaista ja ymmärrettävää tai onko tietoa liikaakin. Molemmissa tekstityypeissä ongelmien ratkaisuksi nousee taas ryhmätyöskentely, koska jokaisella tekijällä oli omat vahvuutensa kirjoittamisessa. Jokainen ryhmän jäsen oli myös avoin ryhmän sisäiselle kritiikille ja tekstin muokkaukselle, mikä auttoi koostamaan työstä ehjän ja loogisen kokonaisuuden.

LÄHTEET

- APTER, Dan, VÄISÄLÄ, Leena ja KAIMOLA, Kari (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- BERGERON, Sophie, BINIK, Yitzchak, M., KHALIFÉ, Samir, PAGIDAS, Kelly, GLAZER, Howard, I., MEANA, Marta ja AMSEL, Rhonda 2001. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 91, 297-306.
- BOARDMAN, Lori A., COOPER, Amy S., BLAIS, Leo R. ja RAKER, Christina A. 2008. Topical Gabapentin in the Treatment of Localized and Generalized Vulvodynia. *Obstetrics & Gynecology* 112 (3), 579-585.
- BROWN, Candace S., WAN, Jim, BACHMANN, Gloria ja ROSEN, Ray 2009. Self-Management, Amitriptyline and Amitriptyline plus Triamcinolone in the Management of Vulvodynia. *Journal of Women's Health* 18 (2), 163-169.
- BROWN, C.S., GLAZER, H.I., VOGT, V., MENKES, D., ja BACHMANN, G. 2006. Subjective and objective outcomes of botulinum toxin type A treatment in vestibulodynia: pilot data. *The Journal of Reproductive Medicine* 8, 635-641.
- DANIELSSON, I., SJÖBERG, I. ja OSTMAN, C. 2001. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 5, 437-441.
- DANBY, Claire S. ja MARGESSON, Lynette J. 2010. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatologic Therapy* 23, 485-504.
- DYKSTRA, D.D., ja PRESTHUS, J. 2006. Botulinum toxin type A for the treatment of provoked vestibulodynia: an open-label, pilot study. *The Journal of Reproductive Medicine* 6, 467-470.
- ELOMAA, Minna ja ESTLANDER, Ann-Mari. 2009. Miten kivusta tulee krooninen?. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija ja VAINIO, Anneli (toim.). *Kipu*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- ELORANTA, Marja-Liisa 2013. Vulvar vestibule = alue, jossa vestibulodyniakipua esiintyy [kuva 1]. *Vulvodynia - powerpoint esitelmämateriaali hoitajille*. Kuopio: Kys.
- ELORANTA, Tuija ja VIRKKI, Sari 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- FARAJUN, Yaniv, ZARFATI, Doron, ABRAMOV, Liora, LIVOFF, Alejandro ja BORNSTEIN, Jacob 2012. Enoxaparin Treatment for Vulvodynia. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 120 (3), 565-572.
- GOLDSTEIN, Andrew T., MARINOFF, Stanley C. ja HAEFNER, Hope K. 2005. Vulvodynia: Strategies for treatment. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 48 (4), 769-785.
- GRANSTRÖM, Veikko 2004. *Kipu on aina myös korvien välissä*. Duodecim 120, 207-211.
- GROYSMAN, Vlada 2010. Vulvodynia: New Concepts and Review of the Literature. *Dermatologic Clinics* 28 (4), 681-696.
- HALINEN, Erika ja PULKKINEN, Sari 2011. Lantionpohjan toimintahäiriöt. Fysioterapeuttiset hoitokäytännöt. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2014-03-20.] Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/27640/Halinen_Erika_Pulkkinen_Sari.pdf?sequence=1
- HANHIROVA, Marjaana 2012. Vulvodynia. Sairaanhoitajan käsikirja [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-06-19.] Saatavissa: Terveystieto.
- HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus.
- HOIKKA, Arja 2013. Kivun arviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-06-19.] Saatavissa: Terveystieto.

- IHME, Anu ja RAINTO, Satu 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- ILMONEN, Tuisku 2006. Julkaisussa: APTER, Dan, VÄISÄLÄ, Leena ja KAIMOLA, Kari (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- JERNFORS, Vuokko, REKONEN, Soile ja PAAVONEN, Jorma 2004. Fysioterapia yhdyntäkipua aiheuttaman vulvan vestibuliitti syndrooman hoidossa. Suomen Lääkärilehti 59 (20), 2141-2144.
- KINGDON, Janna 2009. Vulvodynia: A Comprehensive Review. Nursing for Women's Health 13 (1), 48-58.
- KOGNITIIVISEN PSYKOTERAPIAN YHDISTYS 2014. Mitä kognitiivinen psykoterapia on? [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-20.] Saatavissa: http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4
- KYNGÄS, Helvi ja HENTINEN, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- LAHTI, Sari, RANKINEN, Sirkku ja VIRTANEN, Heli 2012. Vanhempien voimavaraistumista tukeva ohjaus lasten terveydenhoidossa. Julkaisussa: Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Hoitotieteen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 63/2012. Turku: Turun yliopisto
- LEHTO, Soili ja TOLMUNEN, Tommi 2008. Onko tietoisuustaitojen harjoittelulla terveysvaikutuksia? Lääkärilehti 1-2, 41-45.
- LEINO-KILPI, Helena ja KULJU, Kati 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Julkaisussa: Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 63/2012. Turku: Turun yliopisto.
- LUTTINEN, Anni 2014. Opinnäytyöprosessin eteneminen Savonia ammattikorkeakoulun opinnäytyöprosessia mukaillen [kuva 4]. Sijainti: Kuopio: tekijän sähköiset kokoelmat.
- MARIANI, L. 2002. Vulvar vestibulitis syndrome: An overview of non-surgical treatment. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 101, 109-112.
- MASHEB, Robin M., KERNS, Robert D., LOZANO, Christine, MINKIN, Mary Jane ja RICHMAN, Susan 2009. A Randomized Clinical Trial for Women with Vulvodynia: Cognitive-behavioral Therapy vs. Supportive Psychotherapy. Pain 141 (1), 31-40.
- METTS, Julius F. 1999. Vulvodynia and Vulvar Vestibulitis: Challenges in Diagnosis and Management. American Family Physician 59 (6), 1547-1556.
- MURINA, F., BIANCO, V., RADICI, G., FELICE, R., MARTINO, M.Di ja NICOLINI, U. 2008. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 115, 1165-1170.
- MÄYRÄNPÄÄ, Mikko (toim.) 2007. Therapia Fennica [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-20.] Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Fysikaaliset_hoidot
- OPETUSHALLITUS. Swot-analyysi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-05-25]. Saatavissa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- PAAVONEN, Jorma 2014a. Kolmen ulkosynnyttimiä hermottavan hermon kipualueet [kuva 2]. [Tekijöiden ja Paavosen sähköpostikeskustelu.] Sijainti: tekijöiden kokoelmat.
- PAAVONEN, Jorma 2014b. Vestibuliitin hoitopolku [kuva 3]. [Tekijöiden ja Paavosen sähköpostikeskustelu.] Sijainti: tekijöiden kokoelmat.
- PAAVONEN, Jorma 2013a. Vulvodynia. Suomen Lääkärilehti 68 (7) 487-490a.
- PAAVONEN, Jorma 2013b. Vulvodynia. Lääkärin käsikirja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-12-20.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01239&p_haku=vulvodynia
- PAAVONEN, Jorma 1995. Vulvodynia - vulvan kosketusarkuus. Duodecim [verkkojulkaisu] 111 (13), 1237-1241. [Viitattu 2014-01-02.] Saatavissa: <http://www.helsinki.fi/~jpaavone/artik2.html>

- PELLETIER, F., PARRATTE, B., PENZ, S., MORENO, J.-P., AUBIN, F., ja HUMBERT, P. 2011. Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *British Association of Dermatologists* 164, 617-622.
- PIRTTILÄ, Tuula ja NYBO, Taina. 2004. Kipu ja kognitio. *Duodecim* 120, 199-205.
- ROUTASALO, Pirkko, AIRAKSINEN, Marja, MÄNTYRANTA, Taina ja PITKÄLÄ, Kaisu 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (21), 2351-2359.
- ROUVINEN-WILENIUS, Päivi 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto: kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry (Tekry)
- SAARELMA, Osmo 2014. Akupunktio. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-06-22.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062
- SADOWNIK, Leslie A. 2014. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International Journal of Women's Health* 6, 437-449.
- SALMINEN, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? [Verkkojulkaisu]. Vaasan yliopiston julkaisuja, Opetusjulkaisuja 64, Julkisojohtaminen 4. Vaasan yliopisto. [Viitattu 2014-06-25] Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2011. Tekijänoikeudet opinnäytetyössä ja plagiointi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-05-22]. Saatavissa: https://reppu.savonia.fi/opiskelu/Opiskelu_ja_oppiminen%20Savoniassa/Lomakkeet/Tekij%C3%A4noikeudet%20opinn%C3%A4ytety%C3%B6ss%C3%A4%20ja%20plagiointi.pdf
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2012. Opetussuunnitelma [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajan ammatilliset kompetenssit TH12S. [Viitattu 2014-11-07]. Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/Sairaanhoitaja_kompetenssit_TH12S.pdf
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2012. Opetussuunnitelma [verkkojulkaisu]. Kätilön ammatilliset kompetenssit TK12S. [Viitattu 2014-11-07]. Saatavissa: http://webd.savonia.fi/nettiops/TK12_Sairaanhoitajan_ja_k%C3%A4til%C3%B6n_ammattilliset_kompetenssit.pdf
- SCHILDT, Mari 2014. Häpeä saapuu vastaanotolle. *Sairaanhoitaja* 6-7, 32-38.
- STEINBERG, Adam C., OYAMA, Ian A., REJBA, Amy E., KELLOG-SPADT, Susan ja WHITMORE, Amy E. 2004. Capsaicin for the treatment of vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192, 1549-1553.
- SUOMEN VYÖHYKETERAPEUTIT RY 2010. [verkkosivusto]. [Viitattu 2014-03-24.] Saatavissa: <http://suomenvyohyketerapeutit.fi/>
- TIITINEN, Aila 2013. Tietoa potilaalle: Emättimen hiivatulehdus. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-06-19.] Saatavissa: Terveysportti.
- TOMMOLA, Päivi, UNKILA-KALLIO, Leila ja PAAVONEN, Jorma 2012. Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91, 1086-1093.
- TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammerpaino.
- TORKKOLA, Sinikka 2009. Terveydenhuollon viestinnän lähtökohta: Potilas vai joku muu? *Premissi* 2, 10-12.
- TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-05-20.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- TÖRNÄVÄ, Minna, KOIVULA, Meeri ja SUOMINEN, Tarja 2013. Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. *Hoitotiede* 25 (4), 241-252.

TÖRNÄVÄ, Minna, KOIVULA, Meeri ja SUOMINEN, Tarja 2012. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. Tutkiva hoitotyö 10 (4).

VAINIO, Anneli. 2009. Kipu ja kulttuuri. Julkaisussa: KALSO, Eija, HAANPÄÄ, Maija ja VAINIO, Anneli (toim.). Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

VDOPAS 2014. Elämää vulvodynian kanssa [verkkosivusto]. [Viitattu 2014-06-23,24] Saatavissa: <http://vdopas.com/>

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2. painos. Helsinki: Tammi.

VÄESTÖLIITTO 2009. Kipu ja seksuaalisuus [verkkosivu]. [Viitattu 2014-01-30.] Saatavissa: http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/aikuiset/ongelmia_haasteita_sairauksia/seksuaalisuus_seksi_ja_sairaudet/kipu_ja_seksuaalisuus/

VÄISÄLÄ, Leena 2006. Julkaisussa: APTER, Dan, VÄISÄLÄ, Leena ja KAIMOLA, Kari (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

LIITE 1: POTILASOPAS



VULVODYNIA

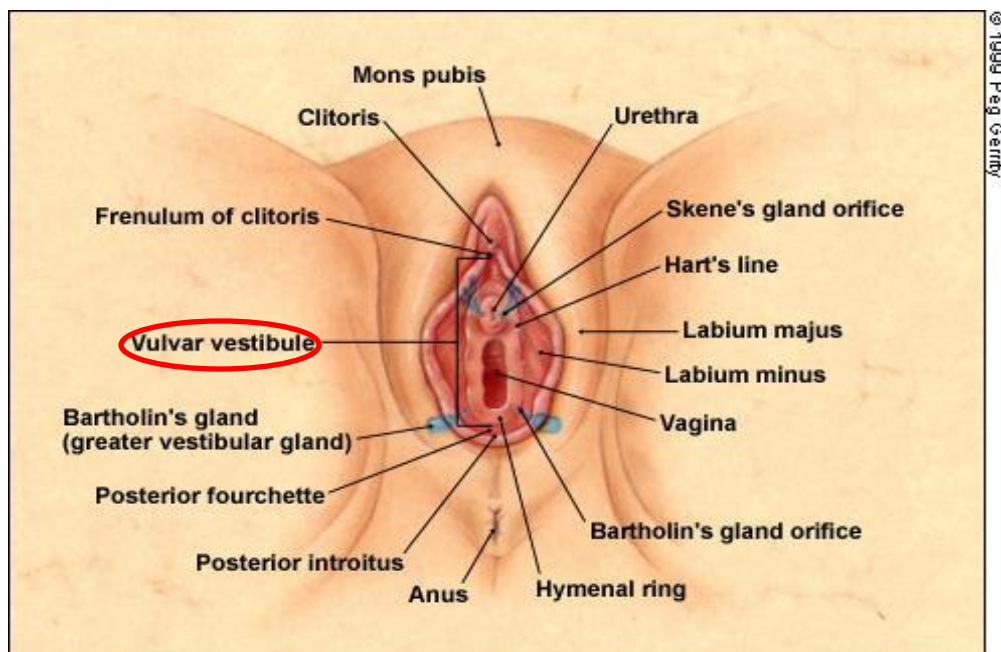
ULKOSYNNYTTIMIEN KIPUOIREYHTYMÄ

OPAS POTILAALLE JA HÄNEN KUMPPANILLEEN

Vulvodynia

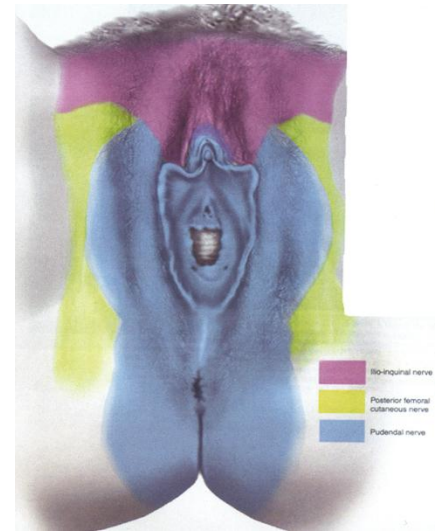
Vulvodynia on naisen häpyalueen, ulkosynnyttimien tai ulkoisten sukupuolielinten oireyhtymä, joka aiheuttaa kipua, kirvelyä, polttavaa kuumottelua ja kosketusarkuutta. Vaivan aiheuttajaa ei tunneta ja sen vuoksi sitä on joskus vaikea diagnosoida. Hoidon aloitus saattaa tämän vuoksi viivästyä. Vulvodynian vaikeusaste ja oireet vaihtelevat eri ihmisillä, joten hoito on aina oireenmukaista. Se toteutetaan yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Vulvodynia -nimitys on käsitteenä laaja ja se jaotellaan vulvan vestibulodyniksi ja yleistyneeksi vulvodyniksi.

Vestibulodynia on paikallinen vulvodynia, jota voi esiintyä emättimen eteisen alueella tai joskus vain toispuoleisesti. Vestibulodynia ilmenee useimmiten 20-40 vuotiailla naisilla. Kipu ilmenee kosketettaessa emättimen aukkoa esimerkiksi yhdynnän, gynekologisen tutkimuksen tai tamponin asettamisen yhteydessä. Polttavan ja terävän yhdyntäkivun lisäksi oireena voi olla tihentynyttä virtsaamistarvetta ja virtsarakon kipua. Vestibulodynia voi ilmentua myös ilman, että provosoidaan emättimen aukkoa.



Vulvar vestibule = emättimen eteinen eli alue, jossa kipua esiintyy.

Yleistynyt vulvodynia voi esiintyä hermokiputyypisenä vulvodyniana, jossa on jatkuvaa epämääräistä kipua ulkosynnyttimien alueella. Kipu voi säteillä peräaukkoon, ristiselkään tai reisiin. Tähän vulvodynian muotoon ei useinkaan liity yhdyntäkipuja. Kosketus ei yleensä provosoi kiputuntemuksia, vaikkakin ihon ja limakalvojen tuntoherkkyys on lisääntynyt. Oireet yleensä pahenevat iltaa kohden, samoin jos istutaan pitkään paikallaan. Yleistynyt vulvodynia ilmenee yleensä yli 40-vuotiailla naisilla.



*Kolmen
ulkosynnyttimiä
hermottavan
hermon
kipualueet.*

Itsehoitomenetelmät

Hygienia

On tärkeää kiinnittää huomiota ulkosynnyttimien ihon ja limakalvojen hyvään perushoitoon. Tee alapesu korkeintaan kerran päivässä pelkällä vedellä. Kipeisiin kohtiin voi käyttää iltaisin apteekista saatavaa ihoöljyä. Vältä häpykarvojen poistoa, koska se voi aiheuttaa ihoärsytystä ja lisäksi häpykarvat mahdollistavat ilmakierron ihon ja pikkuhousujen välissä. Kuukautisten aikaan on hyvä käyttää terveysiteitä tamponien sijaan. Vältä superimukykyisten pikkuhousunsuojien käyttöä niiden sisältämien kemikaalien vuoksi. Älä käytä hajusteita ja suihkeita ulkosynnyttimien alueella. Jos kutinaa ja kirvelyä esiintyy, voit käyttää hajusteetonta ihovoidetta. Voiteiden sisältö kannattaa tarkistaa, jotta ne sisältäisivät mahdollisimman vähän kemikaaleja.

Vaatetus

Suosi valkoisia ja puuvillaisia alusvaatteita ihoärsytyksen välttämiseksi. Käytä pesuaineita, joissa ei ole hajusteita, väriaineita tai entsyymejä. Huuhtelu- ja tahranpoistoaineita on myös hyvä välttää, koska niiden kemikaalit voivat ärsyttää ihoa. Suosi väljää vaatetusta ja vältä mahdollisuuksien mukaan sukkahousuja ja muita tiukkoja housuja, koska ne estävät ilmakierron alapäässä. Riittävän ilmakierron takaamiseksi on myös hyvä nukkua ilman pikkuhousuja.

Ravitsemus

Jos sinulla esiintyy usein hiivasienitulehduksia, se kannattaa ottaa huomioon ruokavaliossa. Vältä suklaata, makeisia, vaaleita vehnätuotteita ja muita paljon sokeria sisältäviä tuotteita. Päivittäisestä laktobasillipitoisen maustamattoman jogurtin syömisestä voi olla hyötyä. Vulvodyniaoireisiin saattaa vaikuttaa oksalaatin määrä elimistössä. Oksalaatit ovat muodostuneet aineenvaihdunnassa oksaalihaposta. Oksaalihappoa esiintyy monissa kasveissa, kuten pinaatissa, raparperissa, punajuuressa ja ketunleivässä. On epäilty, että korkea virtsan oksalaattipitoisuus voi olla yhteydessä subjektiiviseen kiputuntemukseen. Oksalaatin määrää elimistössä voi vähentää välttämällä oksalaattia sisältäviä ruoka-aineita (mm. pinaatti, suklaa, tee, raparperi, punajuuri), juomalla runsaasti vettä ja käyttämällä kalsiumsitraattia lisäravinteena ennen aterioita.

Liikunta

Liikuntaa on hyvä harrastaa, koska se edesauttaa kipuprosessiin liittyvien välittäjäaineiden poistumista elimistöstä. Myös aineenvaihdunta vilkastuu. Valitessasi sopivaa liikuntamuotoa vältä ulkosynnyttimiä hankaavia tai ärsyttäviä lajeja. Hankausta aiheuttavia lajeja ovat esimerkiksi pyöräily tai ratsastus, ja ne vahvistavat kiputuntemusta vaurioittamatta hermoja. Uinti puolestaan voi ärsyttää ulkosynnyttimien ihoa ja limakalvoja klooratun veden vuoksi.

Kivun omahoito

Yhdyntäkipuja helpottamaan tai ehkäisemään voi käyttää apteekista saatavia liukasteita ja paikallisia puudutegeelejä. Puudutegeeliä tulisi laittaa 15-30 minuuttia ennen yhdyntää, tarvittaessa 2-5 kertaa vuorokaudessa. Yhdyntän jälkeistä polttelua voi lievittää myös kylmällä suihkulla tai jäällä pyyhkeen sisällä. Yhdyntäkipujen ehkäisyksi tulisi yrittää rentouttaa lantionpohjalihaksia ja vähentää lihaskireyttä. Keinoja siihen ovat esimerkiksi rentoutusharjoitukset, joihin voi saada fysioterapeutin opastusta, sekä emättimen ja lantionpohjalihasten venyttely sormien tai laajentimen (dilataattorin) avulla.

Kipupäiväkirjan pitäminen auttaa tunnistamaan tilanteita ja ajanjaksoja, joihin kipu erityisesti liittyy. Kiinnitä päiväkirjassa huomiota esimerkiksi siihen, vaihtelee kipu kuukautiskierron tai vuorokaudenajan mukaan ja liittyykö kipu erityisesti kosketukseen tai yhdyntään vai esiintyykö sitä jatkuvasti. Kivun määrän arviointiin voi käyttää esimerkiksi NRS-asteikkoa, joka on numeraalinen asteikko 0-10 jossa 0 on tilanne, jossa ei ole kipua ja 10 on pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu.

Kivun omahoitoon kuuluu myös pyrkimys hallita kipua ja mieltä, asennoituminen kipuun sekä mielen ja kehon hyvinvoinnin ylläpito. On mahdollista myös kokeilla omien mieltymysten mukaan esimerkiksi tietoisuusharjoituksia (mindfulness), meditaatiota sekä joogaa. Tietoisuustaitojen harjoittelu voi vahvistaa stressinhallintataitoja sekä tunteiden hallintaa, ja voi auttaa kroonisen kivun hoidossa. Jooga, erilaiset hengitysharjoitukset ja meditaatio voivat ovat hyviä rentoutumisharjoituksia.

Fysioterapia

Vestibulodynian hoidossa fysioterapiasta on tullut olennainen hoitomuoto, jolla on saatu aikaan hyviä tuloksia. Fysioterapiassa arvioidaan lantionpohjan lihasten toiminnan lisäksi koko lantion alueen lihastasapainoa sekä nivelten liikkuvuutta.

Fysioterapeuttisina menetelminä:

Desensitisaatio- eli siedätushoidolla pyritään lisäämään lihasten joustavuutta ja sietoa kosketukselle sekä vähentämään kipupisteiden kipuherkkyyttä. Ohjattuna opetellaan sormella tai laajentimella tunnustelemaan ja venyttelemään emätintä ympäröiviä lihaksia ja kudoksia.

Triggerpoint-terapiassa painellaan lihasten kipupisteitä. Terapialla pyritään lievittämään sekä kontrolloimaan kipureaktioita. Ohjattuna voidaan opetella itse tunnustelemaan sormilla lantionpohjan lihaksia emättimen kautta.

Biopalautehoidossa mitataan emätintä tukevan lihaksiston jännityksen ja rentouden eroa emättimen tai peräaukon sisältä. Hoitoa on käytetty erilaisten kroonisten kiputilojen hoidossa ja sillä on todettu olevan tiedostamattomia lihasjännityksiä vähentävä vaikutus.

TNS eli sähkökipuhoitoa käytetään ulkosynnyttimien kiputilojen lievitykseen, yliaktiivisen rakon rauhoittamiseen sekä jännittyneiden lantionpohjalihasten rentouttamiseen. Hoito on kivutonta, jossa hoitovirran voimakkuutta säädellään potilaan omien tuntemusten mukaan.

Psykoterapia

Psykoterapian tavoitteena on oppia kontrolloimaan vulvodyniakipuja sekä kiputuntemusten väheneminen ja seksuaalitoimintojen parantuminen. Terapiassa autetaan ymmärtämään omia kokemuksia ja käyttäytymistä sekä löytämään vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Lääketieteelliset hoitomenetelmät

Yhdistelmäpillereiden on epäilty toimivan yhtenä laukaisevana tekijänä vulvodynia oireyhtymässä. Niiden käyttö suositellaan lopetettavaksi 6 kuukaudeksi. Jos se ei ole mahdollista, niin kokeillaan pillerimerkin vaihtoa. Jos ehkäisytablettien käyttö lopetetaan, niin on muistettava huolehtia ehkäisystä muulla keinoin.

Puudutevoiteita voidaan käyttää vestibulodynian hoidossa paikallisen kivun vähentämiseksi. Kipualueelle laitetaan 2 % :sta lidokaiinigeeliä tai 5 %:sta lidokaiinivoidetta 15-30 min ennen yhdyntää tai tarvittaessa. Geeliä tai voidetta sivellään 2-5 kertaa vuorokaudessa. Myös 5 %:inen lidokainivoidetta sisältävä pumpuli voidaan laittaa yön ajaksi vaikuttamaan emättimen ulkosuulle. Puuduttava geeli tai voide parantaa emättimen alueen verenkiertoa, mutta se voi ärsyttää ihoa ja limakalvoja.

Hiivan hoito on aiheellista, jos taustalla on toistuvia hiivatulehduksia. Hoito toteutetaan yleisimmin kerran viikossa suun kautta nautittavalla hiivalääkityksellä. Lääkitystä jatketaan yleensä 6 kuukauden ajan.

Ulkosynnyttimien kiputilojen hoitoon voidaan myös kokeilla **gabapentiinivoidetta, puudute-steroidi-injektioita** sekä **podofyllotoksiinipenslausta**. Puudute-steroidi-injektiossa kipupisteisiin ruiskutetaan paikallispuudutteen sekä steroidin sekoitusta. Hoito voi aiheuttaa muutamia päiviä kestävää paikallista kipua ja kirvelyä.

Hermoperäiseen, yleistyneeseen ja vaikea-asteiseen vulvodynia-kipuoireyhtymään voidaan käyttää suun kautta otettavia **hermokipuun tarkoitettuja lääkkeitä**. Lääkkeiden annostus sekä lääkityksen kesto ovat yksilöllisiä. Yleensä annostusta nostetaan pikkuhiljaa kunnes lääkkeen vaikutus on toivottu ja se puretaan myös asteittain muutaman viikon kuluessa. Jos kivut palaavat, niin lääkitys voidaan aloittaa uudestaan. Sitä voidaan jatkaa useita vuosia, mutta eri annostuksilla. Hermokipulääkettä voidaan käyttää myös voidemaisessa muodossa paikallisesti ulkosynnyttimiin. Sitä on saatavana Suomessa vain aptee-

keissa erikseen sekoitettavana gabapentiinivoiteena. Voiteen sivuvaikutuksena voi olla paikallisärsytystä.

Leikkaushoito eli vestibulektomia on vaihtoehto silloin, kun mistään muusta hoitomuodoista tai niiden yhdistelmistä ei ole ollut apua. Leikkaushoidossa emättimen eteisen kipupisteiden kudosalueet poistetaan ja korvataan emättimen limakalvolla. Kyseessä on päiväkirurginen toimenpide. Toimenpiteen jälkeen aloitetaan muutaman kuukauden kuluttua leikkausalueen omatoiminen venyttely.

Parisuhteen hyvinvointi

Diagnoosin saaminen voi olla toisaalta helpotus, mutta toisaalta se voi herättää kysymyksiä ja jopa järkytystä. Kaikenlaiset tunteet ovat sallittuja. Kaikista näistä tunteista tulisi voida puhua, joko yhdessä tai kolmestaan ammattiauttajan kanssa. Avoimuus, kuuntelu, tiedon jakaminen ja toinen toisensa tukeminen ovat keskeisiä parisuhdetta jatkossakin kantavia tekijöitä. Mitä enemmän myös kumppani tietää sairaudesta ja voi osallistua hoitoihin, sitä paremmin hän pystyy tukemaan.

Asioiden kohtaaminen ja eteen tulevien ongelmien ratkominen yhdessä vahvistavat parisuhdetta.

Seksuaalineuvonta

Vulvodynia vaikuttaa myös parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Diagnoosi ei kuitenkaan tarkoita seksuaalisuuden ja seksuaalisen kanssakäymisen loppua, vaikka haasteita se voi aiheuttaa. Hellyys ja läheisyys kuuluvat parisuhteeseen, ja niitä voi harjoitella yhdessä niin, että molemmat voivat rentoutua. Kärsittäessä kipeistä tai mahdottomista yhdynnöistä, olisi hyvä pyrkiä pois yhdyntäkeskeisyydestä ja opetella nauttimaan toisesta myös muilla tavoin. Kivun ei tarvitse olla seksuaalielämää määrittelevä tekijä. Haluttaessa yhdyntöjä voi myös helpottaa mm. opettelemalla rentoutumaan, puudutegeeleillä sekä muilla kivun omahoito kohdassa mainituilla tavoilla. Seksuaalineuvonnassa, -terapiassa tai fysioterapiassa voidaan etsiä omaan tilanteeseen sopivia ratkaisuja. Seksuaaliterapiaa tai -neuvontaa suositellaan kaikille, mielellään yhdessä kumppanin kanssa. Se kuuluu vulvodynian kokonaisvaltaiseen hoitoon. Avoimella mielellä kokeilemisella, kärsivällisyydellä, keskustelulla sekä tiedon jakamisella myös kumppanille, voidaan saavuttaa molemmille nautinnollinen seksielämä.

Vulvodynian seuranta

Jos vulvodynian oireet ovat lievät ja yhdynnät ovat mahdollisia, niin seuranta järjestetään avoterveydenhuollossa.

Seuranta järjestetään tarvittaessa erikoislääkärin poliklinikalla. Itsehoito-ohjeiden noudattaminen sekä kipupäiväkirjaan kirjaaminen on tärkeää koko hoidon ajan, jotta hoito voidaan toteuttaa juuri parhaalla mahdollisella tavalla.

Tähän voit kirjata millaisia hoitomuotoja olet käyttänyt, ja onko niistä ollut apua.

Lääkehoito	
Itsehoito	
Fysioterapia	

Psykoterapia	
Seksuaaliterapia	

Muuta:

Yhteystiedot

Naistentautien poliklinikka,
Puijon sairaala, rak.1
S1-käytävä, 1 krs.
puh. 017 172 712
Soittoaika klo ma-pe 7.30 - 10 ja klo 13 - 14.30

Lisätietoa

Internet:

Ensietoa vulvodyniasta: www.vdopas.com, www.terve.fi/vulvodynia

Vertaistukiryhmän postituslista: <https://groups.yahoo.com/neo/groups/vd-ryhma/info>



Tekijät: Pinja Aho, Anni Luttinen, Teija Veikkolainen – Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala Kuopio
Ohjaava opettaja: Päivi Hoffren

LIITE 2: MUISTILISTA HOITAJILLE

VULVODYNIA ULKOSYNNYTTIMIEN KIPUOIREYHTYMÄ

MUISTILISTA HOITAJALLE OHJAUSTILANTEESEEN

Vulvodynia

Vulvodynia on naisen häpyalueen, ulkosynnyttimien tai ulkoisten sukupuolielinten krooninen kiputila. Sen esiintymismuotoja ovat **vulvan vestibulodynia** eli provosoitunut paikallinen vulvodynia sekä **yleistynyt vulvodynia** eli ei-provosoitunut yleistynyt vulvodynia. Vulvan vestibulodynia voi esiintyä klitoriksen alueella, emättimen eteisen alueella tai vain toisella puolella ulkosynnyttimiä. Yleistyneessä vulvodyniassa kipua esiintyy ulkosynnyttimien alueella, ja se voi säteillä peräaukkoon, ristiselkään tai reisiin.

Huomioi seuraavat asia ohjaustilanteessa:

Ohjaustilanteeseen rauhallinen tila ja riittävästi aikaa

Aihe on arka - Ole hienotunteinen

Kunnioita potilaan yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja kehon koskemattomuutta

Ohjaa keskustelua hienovaraisesti - Älä ole tungetteleva

Keskustelussa edetään potilaan ehdoilla, potilaan tarpeista lähtöisin

Esitä asiat perustellusti ja ymmärrettävästi, kysy tarkentavia kysymyksiä

Havainnoi potilaan sanaton viestintä

Kuuntele, mitä potilas kertoo - Aktiivinen kuuntelu ja dialoginen keskustelu

Ole läsnä ohjaustilanteessa - Empaattinen läsnäolo - Muista katsekontakti

Huomioi potilaan puoliso

Anna potilaalle tukea ja välineitä selviytymiseen, konkreettisia neuvoja

Kerro potilaalle kipuoireyhtymän, hoitojen, tutkimusten ja toimenpiteiden vaikutuksesta minäkuvaan, parisuhteeseen, henkiseen hyvinvointiin sekä seksuaalisuuteen

Huomioi elämäntapojen vaikutus kipuoireyhtymään. Lisätietoja potilasoppaassa.

Kerro vulvodynian itsehoidosta - Käy potilasopas läpi yhdessä potilaan kanssa

Kertaa potilaan kanssa hänelle määrätyt hoidot

Kerro hoitojen noudattamisen sekä kipupäiväkirjaan kirjaamisen tärkeydestä

Huomioi kulttuuriset ja uskonnolliset erityispiirteet

Muista ammatillisuus hoitosuhteessa

Esimerkkikysymyksiä ohjaustilanteeseen:

Onko kipuoireyhtymällä ollut vaikutuksia parisuhteeseesi?

Oletteko pystyneet avoimesti keskustelemaan asioista? ->kannustus puolison mukaan ottamisesta hoitoihin

Kuinka kipu vaikuttaa elämääsi?

Haluatko keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista? ->ohjaus seksuaalineuvontaan

Mitkä asiat koet voimavaroiksi elämässäsi? ->voimavaralähtöisyys