

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Kirsi Kuosmanen
Anna-Riina Meriläinen

VULVODYNIA JA SEN VAIKUTUS NAISEN SEKSUAALISUUTEEN
Potilasopas naistentautien poliklinikalle

Opinnäytetyö
Tammikuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Kirsi Kuosmanen, Anna-Riina Meriläinen

Nimeke
Vulvodynia ja sen vaikutus naisen seksuaalisuuteen
Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaalan naistentautien poliklinikka

Tiivistelmä
Vulvodynia tarkoittaa ulkosynnyttimien, ulkoisten sukupuolielinten tai häpyalueen kroonista kiputilaa, kirvelyä ja kosketusarkuutta ulkosynnyttimissä tai emättimen etuosan alueella. Vaivan aiheuttajaa ei tunneta ja sitä on joskus vaikea diagnosoida. Lisäksi aihe on arkaluonteinen, eikä siitä ole helppo puhua. Tämän takia hoitoon hakeutuminen voi jäädä.

Opinnäytetyö tehtiin Pohjois-Karjalan keskussairaalan naistentautien poliklinikan toimeksiannosta. Tarkoituksena oli lisätä tietoa vulvodyniaa sairastavalle, hänen läheisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Tehtävänä oli tuottaa naistentautien poliklinikalle potilasopas hoidon ohjauksen tueksi, sillä sellaista ei ennestään ollut. Potilasopas tehtiin kaikkia naisia, heidän läheisiään ja hoitohenkilökuntaa varten. Se sisältää tietoa vulvodyniasta, oireista, hoitoon hakeutumisesta, hoidoista, vaikutuksesta seksuaalisuuteen sekä lisämateriaalin löytämisestä. Lähdemateriaali koottiin mahdollisimman uusista kirjallisuus- ja internetaineistoista sekä suoraan asiantuntijoilta.

Vulvodynian vaikutus seksuaalisuuteen, minäkuvaan, parisuhteeseen ja hyvinvointiin on merkittävää, ja se voi johtaa seksielämän laantumiseen. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, ja se voi esiintyä eritasoisena. Kivun tunne, luonne ja esiintyminen onkin syytä tunnistaa, jotta sopiva hoitomuoto löytyisi. Keskustelumahdollisuus hoitohenkilökunnan kanssa omasta seksuaalisuudesta ja peloista on erittäin tärkeää, sillä sairaus ei hävitä ihmisen seksuaalisuutta vastoin yleistä luuloa. Jatkokehitysehdotuksena on kyselytutkimus potilasoppaan vaikuttavuudesta esimerkiksi vuoden kuluttua, vertaistukiryhmien perustaminen sekä oppaan muokkaaminen äänitteeksi tai videoksi.

Kieli
suomi

Sivuja 43
Liitteet 3
Liitesivumäärä 8

Asiasanat
kipu, naistentaudit, seksuaalisuus, vestibuliitti, vulva, vulvodynia



THESIS
January 2013

Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI- 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 050 405 4816

Authors
Kirsi Kuosmanen, Anna-Riina Meriläinen

Title
Vulvodynia and Its Effect on Woman's Sexuality
Commissioned by
The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia
North Karelia Central Hospital, Gynaecological Outpatient Clinic

Abstract

Vulvodynia refers to a chronic pain condition of the vulva, the external female genitals or genital area. The cause of the disorder is unknown; thus it is sometimes difficult to diagnose. In addition, the topic is sensitive and not easy to discuss. Vulvodynia has a significant impact on a person's sexuality, self-image, relationships and well-being, and it can lead to a stagnant sex life. A person's sexuality does not disappear with the occurrence of the disease. Therefore, it is important to discuss one's sexuality and fears with a health care professional.

This thesis was commissioned by the Gynaecological Outpatient Clinic at the North Karelia Central Hospital. The aim of the study was to raise awareness about vulvodynia among patients, their spouses and the nursing staff. The assignment was to produce a patient information leaflet for the Gynaecological Outpatient Clinic to support patient counselling in the treatment of vulvodynia.

As a further study, a survey could be carried out in a year from now focusing on the efficacy of the patient information leaflet. Another option is to edit the patient information leaflet into a video or sound recording. Starting a peer support group for vulvodynia patients is also important.

Language
Finnish

Pages 43
Appendices 3
Pages of Appendices 8

Keywords
gynaecology, pain, sexuality, vestibulitis, vulva, vulvodynia

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Vulvodynia.....	6
2.1	Vulvodynian tutkimukset ja diagnoosi	7
2.2	Vulvodynian hoitomuodot.....	10
2.3	Itsehoitomenetelmiä	13
3	Yleisimmät vulvodynian alatyypit.....	16
3.1	Vulvan vestibuliittioireyhtymä.....	16
3.2	Syklinen vulvovaginiitti	18
3.3	Essentiaalinen vulvodynia	19
4	Naisen seksuaalisuus ja sen tukeminen	19
5	Vulvodynia ja seksuaalisuus	24
6	Onnistunut potilasohjaus hoitotyössä	26
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	30
8	Opinnäytetyön toteutus ja prosessi	31
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	32
8.2	Lähtötilanteen, toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus	35
9	Opinnäytetyön ja tehtävän arviointi.....	36
10	Pohdinta	38
10.1	Ammatillinen kasvu ja kehitys	39
10.2	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat	40
10.3	Eettisyys ja luotettavuus	40
	Lähteet.....	42

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Opinnäytetyön aihe- ja ohjauslomake

Liite 3 Opinnäytetyöpäiväkirja

Cd-rom: Pieni potilasopas Vulvodynia eli ulkosynnyttimien kipuoireyhtymä

1 Johdanto

Teimme Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin naistentautien poliklinikan toimeksiannosta toiminnallisena opinnäytetyönä potilasoppaan vulvodyniaa sairastavalle ja hoitajalle suullisen ohjauksen tueksi. Potilasoppaan tarkoituksena on lisätä potilaiden tietoutta sairaudestaan ja siihen liittyvistä tutkimuksista ja hoidoista. Potilasopasta voidaan hyödyntää myös muilla naistentautien poliklinikoilla sekä perusterveydenhuollossa.

Potilasohjaus tulee toteuttaa ammatillisesti, kiireettömästi ja yksilöllisesti potilaan hoidon tarpeisiin perustuen. Suullisen ohjauksen tulee olla ymmärrettävää ja selkeää, sillä sairastuneella tai hänen omaisillaan voi olla epävarmuuden, turvattomuuden tai avuttomuuden tunteita. Parhaimmillaan hyvä potilasohjaus auttaa potilasta paranemaan nopeammin ja vähentää sairaalakäyntien tarvetta, sekä antaa mahdollisuuden kysyä hoitajalta mieltä askarruttavista asioista. Kirjallinen potilasohje ei koskaan korvaa henkilökohtaista ohjausta, joka usein jää vähäiseksi. Se tukee suullista potilasohjausta ja tämän takia on tärkeää, että molemmissa ohjausmuodoissa tieto on yhdenmukaista. Hoitajan persoonallisuus vaikuttaa vuorovaikutukseen ja potilaan kykyyn omaksua saamaansa tietoa. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon myös omaiset ja läheiset, jotka voivat osallistua potilaan suostumuksella ohjaustilanteeseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7 - 8, 23 - 25, 29, 32.)

Vulvodynialla tarkoitetaan ulkosynnyttimien, ulkoisten sukupuolielinten tai häpyalueen kroonista kiputilaa, kirvelyä ja kosketusarkuutta ulkosynnyttimissä tai emättimen etuosan alueella. Vaivan aiheuttajaa ei tunneta ja sitä on joskus vaikea diagnosoida. (Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 258; Reunala, Paavola & Rostila 2003, 153.) Lisäksi aihe on arkaluonteinen, eikä siitä ole helppo puhua. Tämän vuoksi hoitoon hakeutuminen voi jäädä. Tässä opinnäytetyössä syvennyimme vulvodynian historiaan, esiintyvyyteen, syihin, oireisiin, diagnosointiin, ehkäisyyn ja hoitoon sekä vaikutuksesta naisen seksuaalisuuteen. Vulvodynian tavallisimmat alatyypit ovat vulvan vestibuliittioireyhtymä, syklinen vulvovaginiitti ja essentiaalinen vulvodynia, joita olemme käsitelleet työssämme syvällisemmin. Opinnäytetyön kohdejoukkona ovat vulvodyniaa sairastavat naiset ikään katsomatta.

2 Vulvodynia

Vulvodynia-oireyhtymää on ollut olemassa jo yli sata vuotta sitten, jolloin sen kuvasi ensimmäisenä A. J. C. Skene. Vulvodynia-nimitys on saanut alkunsa International Society for the Study of Vulvar Diseasesin suosituksesta vuonna 1984 kuvaamaan vulvan alueen polttavaa ja kirvelevää kipua. Vulvodynian tutkiminen ja diagnoosit olivat vähäisiä aina 1980-luvulle saakka, jolloin Friedrich herätti mielenkiinnon aiheeseen uudelleen vuonna 1987. Vulvodynian oirekuvaan kuuluu ainakin alkuvaiheessa ajoittainen oireiden katoaminen ja niiden palautuminen uudelleen jopa vuosiksi. Diagnoosin määrittäminen on haastavaa, sillä vaivaan ei liity selviä silmin nähtävissä olevia gynekologisia muutoksia. Aikaisemmin tutkittava leimautuikin helposti psyykkisesti häiriintyneeksi. (Paavonen 1995, 1238.)

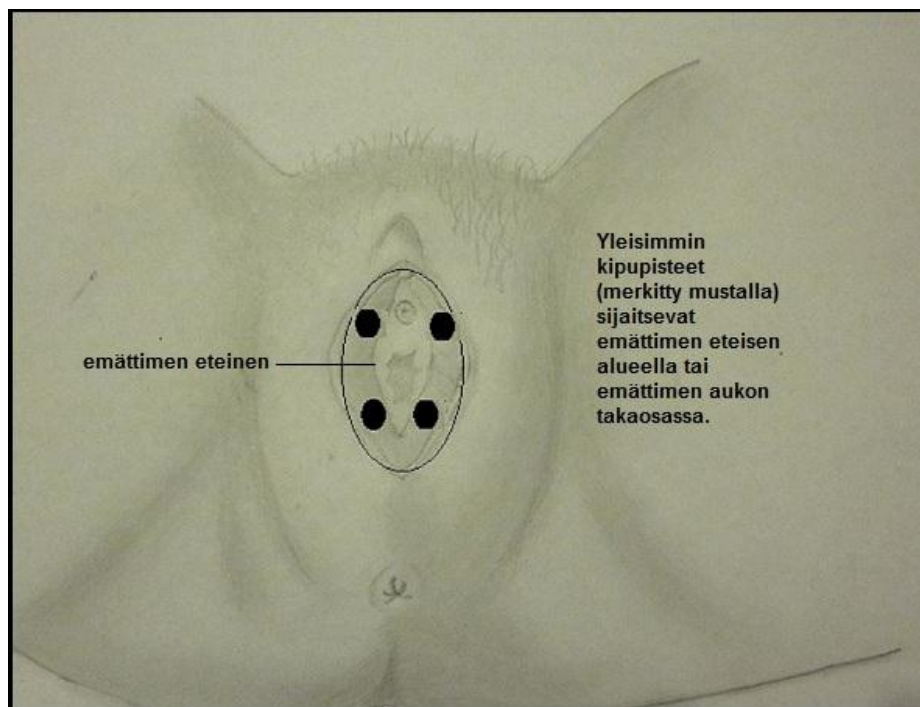
Vulvodynia-nimitys on käsitteenä laaja, ja siihen liittyy useita alatyyppejä. Suora käänös vulvodyniasta tarkoittaa ulkosynnyttimien, ulkoisten sukupuolielinten tai häpyalueen kiputilaa. Kivun luonne voi olla kirvelevää, pistävää, viiltävää tai polttavaa, kuumotusta tai liiallista kosketusherkkyyttä. Pitkään jatkuessaan kipu voi johtaa psykososiaalisiin ongelmiin varsinkin, jos potilas kuvittelee aiheuttaneensa sen itse omalla toiminnallaan. Vulvodyniasta kärsivät naiset turhautuvat helposti joutuessaan hakemaan diagnoosia eri lääkäreiltä, sillä tauti on huonosti tunnettu, vaikka melko yleinen. (Apter ym. 2006, 258 – 259.) Jopa 15 naista sadasta tunnistaa joskus kärsineensä jonkinasteisesta vulvan kiputilasta, vaikka vahvaan näyttöön perustuvaa tutkimustietoa vulvodyniasta on hyvin vähän (Paavonen 2009).

Vulvodyniakivun, niin kuin muidenkin kipua aiheuttavien sairauksien, taustalla on jonkinasteinen toimintahäiriö hermoradassa. Kun kipuviestiä vievässä hermoradassa on vaurio tai toimintahäiriö, se ilmenee hermovauriokipuna eli neuropaattisena kipuna. Kipuviesti kulkeutuu aivoille jopa kevyestä hipaisusta tai ilman kosketusta. Kipu voi kroonistua monien tekijöiden vaikutuksesta. Kivun kokeminen on aina yksilöllistä, mikä johtuu synnynnäisestä kipuherkkyydestä. Kipua aiheuttavan sairauden luonne sekä siihen mahdollisesti liittyvät muut sairaudet ja masennus vahvistavat kipukokemusta ja saavat helposti ajatukset keskittymään kipuun ja kärsimykseen. Elimellisillä ja psyykkisillä tapahtumilla on vuorovaikutus keskenään, ne vaikuttavat toinen toisiinsa.

Kipukokemuksia lievittävinä tekijöinä pidetään hyvän yleiskunnon ylläpitämistä, hyviä sosiaalisia kontakteja ja hyvää toimintakykyä. (Granström 2010, 46, 49 - 50.)

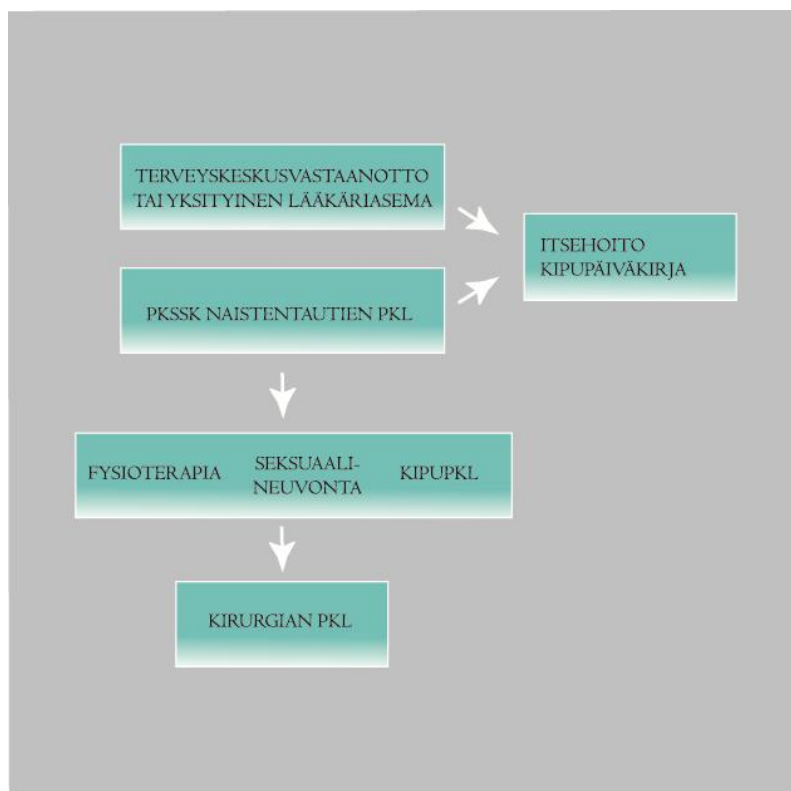
2.1 Vulvodynian tutkimukset ja diagnoosi

Vulvodyniaa diagnosoitaessa alkuhaastattelulla kartoitetaan oireettomien päivien määrä ja kivun esiintyminen esimerkiksi kuukautiskierron ja yhdynnän aikana. Kuukautiskipu saattaa olla voimakkaampaa, epämääräistä alaruumiiseen säteilevää esimerkiksi peräaukon, ristiselän tai reisien kipua. Kipu on kohdistettavissa tiettyihin kohtiin ulkosynnyttimissä (kuva 1). Yhdyntäkipu eli dyspareunia voi ilmetä yhdynnän jälkeen vasta seuraavana päivänä voimakkaana kipuna. (Metts 1999.) Erotusdiagnoosin avulla suljetaan pois sukupuolitaudit ja muut haavaiset vulvan eli emättimen taudit, tulehdukset ja ihosairaudet sekä konsultoidaan tarvittaessa dermatologia eli ihotautilääkäreitä (Paavonen 2009).



Kuva 1. Yleisimmät kivun esiintymisalueet

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä käytössä olevasta potilaan hoitopolusta olemme tehneet alla olevan kuvion 1. Oman terveystieteiden tai yksityisen lääkäriaseman lääkäri tekee lähetteen PKSSK:n naistentautien poliklinikalle. Tarvittaessa potilas ohjataan erikoislääkärin kautta fysioterapiaan, seksuaaliohjaukseen ja kipupoliklinikalle. Itsehoito-ohjeet kulkevat mukana koko hoidon ajan, ja niitä muutetaan tarpeen mukaan. Siksi on tärkeää, että potilas pitäisi omatoimisesti kipupäiväkirjaa. Joskus voidaan joutua turvautumaan leikkaushoitoon, mikäli muista keinoista ei ole ollut riittävästi apua.



Kuvio 1. Hoitopolku Pohjois-Karjalan keskussairaala

Pohjois-Karjalan keskussairaalan naistentautienpoliklinikalla selvitetään yhdessä potilaan kanssa kivulle altistavia ja laukaisevia sekä sitä ylläpitäviä tekijöitä, kivun kokemista ja sen vaikutusta seksuaalisuuteen ja seksielämään. Kiputuntemusta arvioidaan VAS-kipumittarilla, jossa on asteikko 0-10:een. Numero nolla tarkoittaa, ettei kipua ole ollenkaan, ja numero 10 on pahin mahdollinen kipu, mitä on koskaan kokenut. Hoitajan esittämät kysymykset voivat olla esimerkiksi seuraavanlaisia: Missä kipu tuntuu ja millaista se on? Millaisissa tilanteissa kipua esiintyy: yhdyntä, muut seksin muodot, vaatteiden hankaus, harrastuksissa? Onko kipukokemus hetkellistä vai

pitkäkestoista? Jos se on pitkäkestoista, niin kuinka kauan kestää? Mistä arvelet kivun johtuvan? Haittaako kipu jokapäiväistä elämääsi? Jos haittaa, miten?

Gynekologisessa tutkimuksessa edetään tutkittavan ehdoilla. Tutkimukset tehdään hyvin varovaisesti ja kaikkea turhaa epämukavuutta välttämällä. Erityistä huomiota gynekologin tulee kiinnittää tekniikkaan ja välineisiin. Kostutetulla vanutikulla tunnustelemalla selvitetään kipupisteet, jotka usein sijaitsevat emättimen aukon takaosassa. Tutkittavalle näytetään peilin avulla ulkoisten sukupuolielinten normaalius ja kipupisteiden sijainnit. Tutkimuksessa gynekologi tunnustelee käsin lantionpohjan lihakset, joita tutkittava supistaa ja rentouttaa. Joskus sisätutkimus on kivun vuoksi mahdotonta. (Apter ym. 2006, 260.)

Irtosolunäyteestä (Papa) voidaan diagnosoida hormonaalisen toiminnan häiriöitä, mahdollisia tulehduksia ja sekä kohdunkaulan syöpää ja sen esiasteita. Näytteet otetaan kolmesta kohdasta: emätinnäyte otetaan emättimen sivu- ja takapohjukasta pienellä lastalla, portionäyte kohdunsuulta lastan koveralla päällä pyörittäen ja endoserviksinäyte kohdunkaulakanavasta pienellä soluharjalla. Tarvittaessa liukasteena voidaan käyttää keittosuolaliuosta tai vettä. Näytteenoton jälkeen saattaa ilmaantua vaaratonta veristä vuotoa. Jos näyte joudutaan ottamaan kuukautisten aikana, siitä tulee olla merkintä läheteissä, sillä vuoto häiritsee tulosten tulkintaa. Patologin analysoitua näytteen vastauksesta ilmoitetaan, mikäli siinä on jotakin poikkeavaa ja tarvitaan uusi näyte. Poikkeavan irtosolutuloksen jälkeinen hoito määräytyy yksilöllisesti. Joukkotarkastuksissa vastaus lähetetään kotiin. (Ihme & Rainto 2008, 140 - 144.)

Mikäli Papa-kokeessa on todettu solumuutoksia, tähytyksessä otetuista koepaloista saadaan tarkempaa tietoa. Kolposkopiassa eli emättimen tähytyksessä tarkastellaan kohdun kaulaa, emätintä ja ulkosynnyttimiä ja otetaan koepaloja emättimestä ja kohdun suulta. Kovin kivuliaalle potilaille voidaan käyttää puudutusta ennen sisätutkimusta tai gynekologisia toimenpiteitä. Toimenpiteen jälkeen voi esiintyä niukkaa verenvuotoa. Mikäli tulehdusoireita (lämpö, kipu tai runsas vuoto) ilmenee, asiakasta pyydetään ottamaan yhteyttä naistentautien poliklinikalle tai päivystykseen. Patologi analysoi näytteet, vastaukset lähetetään kotiin noin kuukauden kuluttua ja jatkohoito määrätään tulosten mukaan. (Ihme & Rainto 2008, 149 - 150.)

2.2 Vulvodynian hoitomuodot

Hoito on oireenmukaista, ja se toteutetaan aina yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Kivun hoidon lisäksi tuetaan seksuaalisuutta ja parisuhdetta, minkä tavoitteena on nautittava seksuaalielämä eikä vain mekaaninen korjaus. Kontrollikäynnit järjestetään tarpeen mukaan 1-3 kuukauden välein. Moniammatillinen työ on tärkeää, jotta potilaalla on kaikki apu käytettävissään. Lääkärin ja sairaanhoitajan tehtävänä on ohjata kivusta kärsivä potilasta kokeilemaan itsehoito-ohjeita omatoimisesti sekä tarvittaessa seksuaaliterapeutin seksuaaliohjaukseen ja -neuvontaan, psykiatrisen sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle. (Apter ym. 2006, 260 – 261, 282.)

Vulvodyniaa voidaan hoitaa erilaisilla menetelmillä alatyypin mukaan. Lievimmissä tapauksissa hoitona riittää ehkäisy pillereiden keskeyttäminen, toisen ehkäisy muodon etsiminen tai hiivainfektion hoitoon tarkoitetut voiteet ja lääkkeet. Estrogeeni- ja puuduttavat voiteet saattavat vähentää kipua samoin kuin kortisonivoiteet ja -pistoksetkin. Kortisonivalmisteiden käyttöä pitkäaikaisesti ei kuitenkaan suositella. Hermokipuun ja ärsytysoireisiin käytetään masennuslääkkeistä trisyklisiä antidepressiivoja. Muita käytettävissä olevia hoitomuotoja ovat interferoni-injektiot eli pistokset, jotka sisältävät hormonien tapaan vaikuttavia valkuaisaineita, tai leikkaus. Leikkaus on viimeinen hoitokeino, mikäli muut keinot eivät auta. Leikkauksessa poistetaan emättimen eteisen limakalvo- tai ihoalue, jossa on liikaa kipuhermoja. (Metts 1999; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007; Syöpäjärjestöt 2010).

Fysioterapeuttisilla hoitomenetelmillä on saatu hyviä tuloksia aikaan. Niiden päätavoite on saada kipu lieventymään opettamalla potilasta itseään tietoisesti tunnistamaan ja rentouttamaan lantionpohjanlihaksiaan. Menetelminä tunnetaan käytössä olevan biopalaute, elektroterapia ja desensitisaatio, jotka kaikki auttavat kivun, yliaktiivisen rakon sekä lantionpohjan lihasspasmien hoidossa. Biopalautteella (biofeedback) eli elektromyografialla (EMG) tarkoitetaan lantionpohjan lihasjännitystä, jonka laite muuntaa numeeriseen muotoon, ja arvo on näin ollen helposti vertailtavissa. Yksikkönä käytetään mikrovolttia. (Jernfors, Rekonen & Paavonen 2004, 2141 - 2142.)

Biopalautehoitoa annetaan vulvodyniapotilaalle emättimeen ja sen avulla saadaan tieto lantionpohjanlihasten harjoitusliikkeiden onnistumisesta. Hoidon aikana potilas voi

seurata itse näytöltä lantionpohjanlihasten jännityksen ja rentouden eroa. Tämä ohjaa potilasta jatkossa omatoimiseen ja motivoituneeseen lihasharjoitteluun kotona fysioterapeutin antamien lantionpohjanlihasharjoitusten mukaan. Elektroterapialla voidaan vahvistaa lihaksia, rentouttaa lantionpohjanlihasten jännitystilaa ja tehostaa motorista oppimista. Kyseisessä hoidossa käytetään apuna sähkövirtaa. Emättimeen laitettavan elektrodin kautta annettava elektroterapiahoito vilkastuttaa verenkiertoa ja lievittää kipua. Se aloitetaan fysioterapeutin vastaanotolla, ja sen voi toteuttaa jatkossa kotona. Vasta-aiheita sähkökipuhoidoille ovat sydämentahdistin tai rytmihäiriöt, raskaus, tulehtunut tai rikkonainen iho, verenvuototaipumus, hoitoalueen infektiot ja kasvaimet (Mäyränpää 2007, 180-181). Desensitisaatiossa on kyse emättimen eteisen ja lantionpohjan lihasten kosketusarkuuden sietokyvyn kasvattamisesta käsin koskettelemalla, painelemalla ja venyttelemällä (Jernfors ym. 2004, 2141 - 2142).

Jäädytys- eli kryohoidossa tuhoaan solumuutoksia jäädyttämällä ne nestemäisellä tyypellä. Jäädytys tapahtuu kahden kolmen minuutin jakson aikana, ja se on yleensä kivuton toimenpide. Hoidon jälkeen esiintyy kolmen, neljän viikon ajan runsasta, vetistä ja verensekaista vuotoa. Vuodon määrä voi olla jopa 400 millilitraa vuorokaudessa. Vuodon mukana elimistöstä poistuu kaliumia, mikä voi aiheuttaa väsymystä. Muutaman päivän ajan toimenpiteen jälkeen alavatsalla voi esiintyä kipuja. Hoitajan tehtävänä on ohjata potilasta kaliumpitoisesta ruokavaliosta, kivunhoidosta ja hygieniasta. Uiminen, sukupuoliyhdyntä ja tamponien käyttö lisäävät infektioriskiä. (Ihme & Rainto 2008, 152 - 153.)

Akupunktio on vanha kiinalainen hoitomenetelmä, joka perustuu aivoissa tapahtuviin stimulaatio- ja verenkiertomuutoksiin, kun akupunktioneula pistetään oikeaan akupunktuuripisteeseen kehossa. Akupunktiota käytetään kivun lievitykseen. Akupunktuurin alueelta puuttuu kriittistä tutkimustietoutta, ja useimmiten suotuisat vaikutukset pohjautuvat kokemuksiin. Hoidossa käytetään tavallisesti kahdeksasta kahteenkymmeneen neulaa, jotka asetetaan paikallisten kipupisteiden ja niin sanottuun meridiaanioppiin perustuvien akupunktuuripisteiden mukaan. Kipupisteet ovat kosketusarkoja pisteitä. Kokemuksen mukaan näitä ympäröivä lihaksisto rentoutuu, ja kiputila helpottuu näitä pisteitä käsittelemällä, puuduttamalla tai neuloittelemalla. Puoli tuntia kerrallaan kestävä hoito voidaan toistaa kolmesta kymmeneen kertaa, kuitenkin vain kerran tai kaksi kertaa viikossa. Neuloja voidaan stimuloida hoidon aikana

värisyttämällä, pyörittelemällä tai kytkemällä niihin matalataajuinen sähkövirta. Vaikka kuka tahansa voi toteuttaa akupunktiota, Suomessa on suositeltavaa ottaa yhteyttä alan ammattilaiseen. Yleisimpinä haittavaikutuksina ovat mustelman syntyminen pistosalueelle, pyörtyminen verenpaineen laskun takia, kivun paheneminen ja väsymys. Koska kysymyksessä on kajoava hoitomuoto, hygieniaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Kertakäyttöneulojen käyttöä suositellaan tartuntatautivaaran takia. (Mäyränpää 2007, 182 - 184.)

Vyöhyketerapia perustuu autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston stimuloimiseen, jossa terapeutti painelee kehon alueita ja elimien vyöhykkeitä ja pisteitä. Esimerkiksi painellaan pistettä, joka stimuloi naisen sukuelimiä. Jos siellä ilmenee häiriö, signaali jatkaa selkäytimen kautta aivojen autonomiseen hermojärjestelmään, josta korjaava signaali kulkeutuu takaisin sukuelinten alueelle. Elimistö pyrkii korjaamaan elintoiminnot normaaleiksi silloin, kun se on mahdollista. Vyöhyketerapiassa kehon aineenvaihdunta vilkastuu, minkä seurauksena hoidettavan olotila voi tuntua jonkin aikaa huonommalta. Tämä on normaali reaktio, joka kertoo paranemisesta. Veden juominen auttaa kuona-aineiden poistumista. Asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyö on tärkeää, ja tarvittavien hoitokertojen määrä on yksilöllinen. Kroonistuneiden vaivojen hoito vaatii enemmän hoitokertoja. Käsittely kestää puolesta tunnista tuntiin, ja sen aikana asiakas istuu tuolilla samalla, kun terapeutti käsittelee hänen jalkateriään sormin tai rystysin. Yksittäinen hoitokerta voi lievittää häiriötiloja, mutta saadakseen aikaan pysyviä tuloksia, asiakas tarvitsee useamman käsittelykerran. Jalan heijastusalueen kipu käsittelyn aikana on merkki elimistön häiriötilasta. (Suomen vyöhyketerapeutit ry 2010.)

Sairaanhoitaja toimii alansa asiantuntijana, ja hänen toimintansa perustuu Suomen lakeihin ja asetuksiin. Lait säätelevät ja suojaavat ihmisen seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä, jotka sairaanhoitajan tulee huomioida toteuttaessaan ohjausta ja neuvontaa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 43.) Jokaisella potilaalla on oikeus, ilman syrjintää, saada asianmukaista terveyden- ja sairaanhoitoa ja asiallista kohtelua, ihmisarvoaan, vakaumuksiaan ja yksityisyyttään kunnioittavasti. Kohtaamisessa huomioidaan potilaan äidinkieli, kulttuuri, uskonto ja yksilölliset tarpeet, kuten tulkkauksen järjestäminen. Potilaalla on oikeus päästä hoitoon, ja hänelle on ilmoitettava viipymättä mahdollisista muutoksista. Ammattihenkilöstön on tarvittaessa

laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa, läheisensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa suunnitelma potilasta itseään koskevista tutkimuksista, hoidosta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta tai muusta vastaavasta. Potilaalla on tiedonsaantioikeus terveydentilanteeseensa liittyvissä asioissa, joilla on merkitystä häntä hoidettaessa. Hänellä on oikeus saada tietoa hoidon merkityksestä ja vaikutuksesta sekä eri vaihtoehtoista. Mikäli potilas kieltäytyy tiedon vastaanottamisesta tai hänelle aiheutuisi tiedosta merkittävää terveydellistä haittaa, ei selvitystä tule antaa. Potilaalla on oikeus saada tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjat. Itsemääräämisoikeuden perusteella hänellä on oikeus kieltäytyä tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä. Silloin häntä hoidetaan mahdollisuuksien mukaan jollakin muulla, lääketieteellisesti hyväksyttävällä, tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalla on oikeus saada kiireellistä hoitoa henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi myös silloin, vaikka hänen hoitotahtoaan ei saataisikaan selvitettyä esimerkiksi tajuttomuuden takia. Hänelle ei saa antaa hoitoa vastoin tahtoaan, mikäli hän on aikaisemmin ilmaissut hoitotahtonsa. Hoitohenkilökunnan tulee kirjata potilasasiakirjoihin kaikki tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisen, toteuttamisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi hoitotyön prosessin mukaisesti. Asiakirjoja ja näytteitä on säilytettävä tieteellisen tutkimuksen ja korvausvaatimusten edellyttämän ajan, minkä jälkeen ne on tuhottava. Terveystieteiden henkilökunnalla on potilasasiakirjoihin sisältyvistä tiedoista salassapitovelvollisuus, joka on voimassa, vaikka palvelusuhde päättyisikin. Mikäli potilas on kykenemätön huolehtimaan ja päättämään hoitoonsa liittyvistä asioista, lähiomaista tai laillistettua edustajaa on kuultava ja hänelle voidaan tässä tapauksessa luovuttaa potilaan hoitoon liittyviä tietoja. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

2.3 Itsehoitomenetelmiä

Omahoidolla tarkoitetaan lääkärin ja potilaan yhdessä suunnittelemaa ja toteuttamaa hoitoa, jossa lääkäri toimii asiantuntijana ja tukijana. Itsehoito poikkeaa omahoidosta siten, että se on potilaan itsensä suunnittelemaa, hankkimaa ja toteuttamaa hoitoa, esimerkiksi luontaistuotteilla. Omahoidon tulisi olla aktiivista koko hoitoprosessin ajan.

Potilaan tulisi ottaa vastuuta omasta hoidostaan ja oppia arvioimaan hoidon vaikuttavuutta ja hallitsemaan kipua. (Granström 2010, 113 - 114.)

Oireita voi kokeilla lievittää itse erilaisilla menetelmillä. Erityisesti ihonhoito on tärkeää vulvodyniaa sairastavalle. Apteekeista saa ihonhoitoöljyä, jota sivellään kipeisiin kohtiin iltaisin. Saippuan, hajusteiden, kylpyöljyjen ja -vaahdon käyttämisestä tulee välttää ja näin ollen peseytyä pelkällä vedellä enintään kerran päivässä. Alapesuissa kannattaa välttää suihkun painetta. Genitaalialueiden pesuun on olemassa sitä varten suunniteltuja huuhtelupulloja. Kaikkia ihoärsytyistä aiheuttavia aineita ja välineitä tulee välttää. Vulvodyniaa sairastavalle paras materiaali alusasussa, tamponeissa ja siteissä on 100-prosenttinen puuvilla. (Metts & Smoots 1999, 1561 - 1562; Tiitinen 2012.)

Pukeutumisessa suositellaan kiristävien vaatteiden välttämistä ja uusien alusvaatteiden pesua ja huolellista huuhtelua ennen käyttöönottoa. Märässä uima-asussa istuminen voi lisätä oireita mahdollisten epäpuhtauksien, kosteuden ja hankauksen takia. Lantionpohjanlihasten harjoittelulla voidaan lievittää lihaskouristuksista aiheutuvia kipuja sekä hillitä yliaktiivisen rakon toimintaa. (Metts & Smoots 1999, 1561 – 1562; Tiitinen 2012.)

Stressi ja liian suorituskeskeiset elämäntavat lisäävät kiputuntemusta, minkä vuoksi jooga ja erilaiset rentoutumisharjoitukset, esimerkiksi meditaatio tai hengitysharjoitukset, ovat suositeltavia. Meditaation aikana istutaan ja yritetään tavoitella muutaman sekunnin pituista ajatuksetonta tilaa tai keskitytään johonkin tiettyyn kohteeseen, esimerkiksi kynttilän valoon. (Granström 2010, 122 - 123.) Joogan fyysisten asentojen ja hengitysharjoitusten kautta on tarkoitus saada yhteys omaan itseensä ja oppia kehittämään ja tuntemaan itseään. Joogassa yhdistyvät toisiinsa keho, mieli ja hengitys. (Joogakeskus Himalaja 2012.)

Terveelliset elämäntavat ovat oleellinen osa omahoitoa. Liikunta lisää aineenvaihduntaa ja elimistön toimintaa ja sitä kautta kipuprosessiin liittyvien välittäjäaineiden poistumista kudoksista. Vulvodyniasta kärsivän on etsittävä kokeilemalla itselleen sopiva liikuntamuoto. Vaikka kipua aiheuttava liikunta ei vaurioita hermoja enempää se kuitenkin vahvistaa kipukokemusta, minkä vuoksi muunmuassa ratsastus ja pyöräily saattavat olla poissuljettuja liikuntamuotoja. (Granström 2010, 125 - 126.)

Kipupäiväkirja auttaa sekä lääkäriä että potilasta seuraamaan muun muassa lääkehoidon, fysioterapian, oma- ja itsehoidon vaikuttavuutta. Potilas merkitsee omia tuntemuksiaan ja kivun voimakkuutta esimerkiksi asteikolla nolasta kymmeneen (VAS-kipumittari). Samalla merkitään muistiin, onko ennen kivun pahenemista tapahtunut tai tehnyt jotakin erikoista, esimerkiksi harrastanut liikuntaa. Onko jokin hoito tai jonkin asian muuttaminen tai välttäminen helpottanut tai pahentanut tilannetta?

Suoliston poikkeavan mikrobi- tai hiivakasvuston oletetaan muuttavan suoliston limakalvoa niin, että mikrobimyrkyt läpäisevät sen helpommin. Tämä sotkee elimistön vastustuskykyä varsinkin raskauden, diabeteksen, kortikosteroidi- ja antibioottihoidon aikana siten, että se hyökkää epätarkoituksenmukaisesti muun muassa hiivasoluja vastaan ja saa aikaan allergisoitumista tai infektiokierteen. Tämän takia vulvovaginiitin itsehoidossa suositellaan kiinnittämään huomiota vähähiilihydraattiseen ruokavalioon, vaikka sen vaikutuksesta ei olekaan muuta kuin kokemusperäistä tietoa. Ruokavalio on tällöin sama kuin hiivasyndroomasta kärsivillä henkilöillä. (Julkunen 2006.)

Dieetti kestää yksilöllisesti muutamista viikoista jopa vuosiin riippuen siitä, kuinka kauan vulvovaginiittioireita on esiintynyt ja siitä, miten ruokavalio auttaa itsehoidossa. Ruokavalion ja niin sanottujen luonnonlääkkeiden lisäksi suositellaan käytettäväksi probiootteja eli maitohappobakteereita suoliston normaalin mikrobitasapainon palauttamiseksi. Tarvittaessa käytetään sienilääkkeitä tai antibiootteja tuhoamaan ongelmia aiheuttava mikrobikasvu. (Julkunen 2006.)

Dieetti perustuu kolmeen tärkeään tekijään: hiivojen kasvun rajoittamiseen, yliherkkyyttä aiheuttavien ruokien ja juomien välttämiseen ja suolen toiminnasta huolehtimiseen. Hiivojen kasvua rajoitetaan vähentämällä ruokavaliosta hiilihydraattien määrää. Vähähiilihydraattiseen ruokavalioon eivät kuulu valkoiset jauhot, sokeri ja sokeria sisältävät ravintoaineet, kuten siirappi, hedelmät ja suklaa, eivätkä myöskään mahdolliset hiivoja sisältävät elintarvikkeet, kuten homejuustot, kuivatut hedelmät, sienet, säilykkeet ja hiivalla leivotut leivonnaiset. Alussa myös maitotuotteet, lukuun ottamatta hapannaitotuotteita kuten sokeroimaton jogurtti, viili ja asidophiluspiimä, jätetään pois. Kuitenkin lisää suolen toimintaa ja nopeuttaa näin myös mikrobimyrkyjen ja muiden kuona-aineiden poistumista suolesta. Dieetin aikana riittävä vitamiinien ja hivenaineiden saanti turvataan vitamiini- ja hivenainelisiä. Proteiinin ja tärkkelyksen

nauttiminen samalla aterialla aiheuttaa imeytymisongelmia, joten niiden yhtäaikaista nauttimista tulisi välttää. Vähähiilihydraattista ruokavaliota voidaan pitää terveellisenä valintana kenelle tahansa, sillä siihen ei kuulu myöskään tyydyttynyt rasva, ja dieetin seurauksena paino saattaa pudota. Niin sanotuista luonnonlääkkeistä suositellaan käytettäväksi jotakin greipinsiemen uutetta sisältävää valmistetta. Kun lisäksi nautitaan sianpuolukkaa, vihreää teetä, valkosipulia, berberiiniä ja kapryylihappoa, vähähiilihydraattisen ruokavalioidon vaikutus tehostuu. (Hiivasyndrooma 2012.) Berberiini tehostaa sienilääkkeiden vaikutusta, ja sitä on saatavana luontaistuotekaupoista (Tolonen 2012). Kapryylihappo poistaa tehokkaasti elimistöstä *Candida Albicans* -hiivaa tuhoamalla niiden solurakenteen (Osara 2012).

3 Yleisimmät vulvodynian alatyypit

3.1 Vulvan vestibuliittioireyhtymä

Vulvan vestibuliittioireyhtymä tunnetaan yleisimpänä vulvodynian alatyypinä, ja se tunnetaan myös vestibulaariadeniittina tai fokaalisena vulviittina (Paavonen 1995, 1238). Vestibuliitti on emättimen eteisen tulehdus, vaikka kyseessä ei olekaan varsinainen tulehdus. Uusin nimitys on vestibulodynia eli emättimen eteisen tai emättimen aukon kiputila, vulvan vestibuliittioireyhtymä (VVS). Vaginismilla tarkoitetaan tahdosta riippumatonta lantionpohjan lihasten kouristelua. Vestibuliittia esiintyy yleensä alle 40-vuotiailla naisilla, joilla vaihdevuodet eivät ole alkaneet. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 174.)

Yleisimpänä oireena on emättimen aukon kipu kosketettaessa esimerkiksi tamponin asettamisen, yhdynnän yhteydessä tai gynekologisessa tutkimuksessa. Vestibuliittioireyhtymään liittyy useimmiten myös lantionpohjanlihasten kouristuksia ja kipua. Varmoja syitä oireyhtymälle ei pystytä osoittamaan, vaikka oireet ovat olleet tiedossa jo kauan. Perinnöllisellä alttiudella katsotaan olevan yhteyttä oireyhtymään, mikä tekee siitä vaikeasti ehkäistävän. Myös emättimen aukon limakalvon pinnallisten hermokimppujen ylimääräinen jakautuminen (sprouting) altistaa kivulle. Muista altistavista tekijöistä ei ole varmaa näyttöä. Näihin luetaan hormonaalisista syistä

kuivuneet emättimen limakalvot, toistuvat hiivainfektiot, ruokavalio, atopia sekä paikallisesti ärsyttävät tuotteet, kuten hygieniatuotteet ja pikkuhousunsuojat. (Apter ym. 2006, 259 - 260.)

Oireyhtymä diagnosoidaan kertomukseen perustuen ja poissulkien muut emättimen kipujen syyt, esimerkiksi tulehdukset, ihotaudit ja kasvaimet (Apter ym. 2006, 260). Tutkittavaa haastatellaan aikaisemmista hiivasienitulehduksista, lääkkeiden käytöstä ja laser- ja kryohoidoista, jotka ovat voineet toimia laukaisevina tekijöinä vestibuliittioireyhtymälle (Paavonen 1995, 1238). Näin saadaan hyvä seksuaalianamneesi. Vestibuliittioireyhtymän diagnoosin kriteereitä ovat yhdyntäkivut, vestibulumrauhasten eli emättimen eteisen etu- tai takaosan rauhasen punoitus ja positiivinen vanutikkutesti. Kiputila aiheuttaa lantionpohjan lihasten refleksinomaista kouristelua, ja pelko kivusta nostaa lihasjännitystä, mikä pahentaa yhdyntäkipua. (Jernfors ym. 2004, 2141.)

Hoitona käytetään muunmuassa paikallisesti puuduttavia aineita, liukasteita, kognitiivista psykoterapiaa ja fysioterapiaa. Kognitiivisen psykoterapian avulla autetaan potilasta havaitsemaan ja ymmärtämään käyttäytymistään ja kokemuksiaan sekä löytämään keinoja niiden muuttamiseksi (Kognitiivisen psykoterapian yhdistys 2013). Yhdyntään tilalle suositellaan kokeiltavaksi muita seksin muotoja. Joskus kivut voivat olla niin kovia, ettei nainen pysty yhdyntään lainkaan. Sen takia on tärkeää hakeutua mahdollisimman pian yhdyntäkipujen ilmaannuttua hoitoon. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 174.)

Parhaat hoitotulokset on saavutettu yhdistämällä erilaisia fysiologisia toimenpiteitä: yliaktiivisen rakon hoito, biopalaute, elektrostimulaatio ja desensitisaatio. Ensisijaisena hoitona on ehkäisytablettien lopettaminen sekä edellä mainitut fysiologiset toimenpiteet. Vaikeissa tapauksissa kirurginen hoito voi olla ainoa vaihtoehto. (Jernfors ym. 2004, 2141-2142.) Uusimmassa vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa on verrattu pitkäaikaista hyvinvointia leikkaushoitoa tarvinneiden ja perinteisistä hoitomuodoista hyötyneiden naisten kesken. Tutkimuksen mukaan pitkäaikainen hyvinvointi parani suurimmalla osalla leikkaushoitoa tarvinneista naisista samalle tasolle kuin naisilla, jotka eivät tarvinneet leikkausta, vaan heitä oli hoidettu perinteisin keinoin. Jokaisen leikatun naisen tila koheni lähtötilanteesta ainakin vähän. Tutkimuksessa mukana olleet naiset

olivat kärsineet kauan yhdyntäkivuista, ja suurin osa heistä oli alle 25-vuotiaita ja synnyttämättömiä. Leikkausta tulisi tarjota vaihtoehtona vaikean vestibuliitin hoitomuotona, mikäli perinteinen hoito ei tuota toivottua tulosta. (Paavonen, Tommola & Unkila-Kallio 2012.)

3.2 Syklinen vulvovaginiitti

Syklinen vulvodynia tunnetaan toiseksi yleisimpänä vulvodynian alatyypinä, jossa emättimen ja sen eteisen kipu on syklistä, säännöllisesti toistuvaa, ja pahenee juuri ennen kuukautisia tai niiden aikana. Tässä alatyypissä kipu ilmenee vasta yhdynnän jälkeen ja on voimakkaimmillaan seuraavana päivänä. Oirekuvaan liittyvät myös melko oireettomat päivät ja usein toistuvat antibioottikuurit. (Metts 1999.)

Diagnoosi perustuu tutkittavan kertomukseen oireiden ilmaantumisesta ja oireettomista päivistä. Löydöksinä on vaihtelevasti ihottumaoireita, punoitusta ja turvotusta sekä vähäistä valkovuotoa. Syklisen vulvovaginiitin epäillään johtuvan candida-hiivan vasta-aineista, jotka aiheuttavat elimistössä yliherkkyysoireita. Jos emättimestä otetun candidaviljelyn tulos ei ole selkeästi positiivinen, tehdään oireettomassa vaiheessa mikrobiologinen tutkimus mahdollisen hiivasienitartunnan selvittämiseksi. (Metts 1999.) Vaikka oireita olisikin, viljelytulos voi olla negatiivinen (Paavonen 1995, 1238). Pitkäaikaisen hiivasienitulehduksen paikallishoidon jälkeen tutkittavan kertomuksesta selviää, ovatko oireet parantuneet, mikä viittaisi hiivasienitulehdukseen. Mikäli oireet yhä jatkuvat, ne viittaavat sykliseen vulvodyniaan. (Metts 1999.)

Syklistä vulvodyniaa hoidetaan paikallisilla tai suun kautta otettavilla hiivasienitulehduslääkkeillä: Flukonatsoli alussa 150 milligrammaa viikoittain kahden kuukauden ajan, minkä jälkeen joka toinen viikko kahdesta neljään kuukauden ajan. Lisäksi hoitoon kuuluu fysioterapeuttisena menetelmänä biopalautetta sekä suun kautta otettava kalsiumsitraatti ja ruokavalio, jossa vältetään oksalaatteja. (Metts 1999.) Oksalaatit ovat pääasiassa kalsiumoksalatteja eli kalkkisuoloja, joita saadaan raparperista, pinaatista, punajuuresta, luumusta ja suklaasta (Laitila 2006).

3.3 Essentiaalinen vulvodynia

Essentiaalinen eli dysesteettinen vulvodynia tunnetaan myös nimellä pudendaalinearalgia. Se eroaa edellämainituista alatyypeistä siten, että tavallisin kohderyhmä on vanhemmat naiset, ja kipu esiintyy jatkuvana koko emättimen alueella. Kipu voi säteillä ristiselän, reisien ja peräaukon alueelle, ja yleensä tämä hermoperäinen kipu pahenee iltaa kohden. Tähän alatyyppiin ei yleensä liity yhdyntäkipua, tosin siihen liittyy heperestesiaa eli lisääntynyttä tuntoherkkyyttä, mikä johtunee hermotushäiriöstä iholla ja limakalvoilla. (Paavonen 2009; Paavonen 1995, 1238.)

Neuropaattinen, laaja-alainen kipu on vasta-aihe kirurgiselle hoidolle, minkä vuoksi hoitona käytetään suun kautta otettavia lääkkeitä. Hoito on pitkäaikaista, jopa useita kuukausia kestävä, sillä hoitovaste kehittyy hitaasti. Hoitona käytetään trisyklisiä masennuslääkkeitä, tavallisimmin amitriptyliiniä. Hoito aloitetaan iltaisin pienellä annoksella, jota lisätään parin viikon välein, kunnes kipu lievittyy. Aloitusannos voi olla esimerkiksi 10 milligrammaa, ja ylläpitoannos on usein 20-40 milligrammaa. Mikäli potilas ei siedä trisyklisiä masennuslääkkeitä, voidaan käyttää pregabaliinia. (Paavonen 2009.)

4 Naisen seksuaalisuus ja sen tukeminen

Seksuaalisuuden käsite on ollut käytössä jo vuosisatoja, mutta vasta 1900-luvulla sen käyttö yleistyi. Aiemmin käsitteeseen liittyi ennakoasenteita, ja sukupuolisuutta pidettiin alhaisena ja vähäpätöisenä seikkana. Alun perin käsitettä käyttivät vain biologit ja eläintieteilijät. Sana viittaa biologiseen sukupuoleen, ja se on lähtöisin latinankielen *sexus*-sanasta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

The International Planned Parenthood Federation (IPPF) lanseerasi seksuaalioikeuksien julistuksen vuonna 2009, joka pohjautuu WAS:n (World Assosiation for Sexual Health) vuonna 1999 seksuaalioikeuksien julistukseen. Tämän julistuksen mukaan yksilöllä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan pois lukien hyväksikäytön ja seksuaalisen väkivallan. Se antaa oikeuden seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, loukkaamattomuuteen,

fyysiseen turvallisuuteen ja yksityisyyteen. Naisella on oikeus elämään ja päättää itse ehkäisystä, lasten hankinnasta ja ajankohdasta. Jokaisella ihmisellä on oikeus tasa-arvoon ja syrjinnän kieltämiseen iästä, rodusta, uskonnosta, sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, sosioekonomisesta asemasta sekä fyysisestä tai psyykkisestä vammasta huolimatta. Kaikilla tulee myös olla oikeus seksuaaliseen mielihyvään ja tunteiden ilmaisuun sekä oikeus päättää itse avioitumisesta tai muunlaisten vastuullisten seksuaalisten liittojen solmimisesta ja purkamisesta. Julistus antaa oikeuden saada tieteellisesti perusteltuun tietoon pohjautuvaa seksuaaliterveyspalvelua ja -kasvatusta syntymästä asti. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 15; Ihme & Rainto 2008, 27.)

Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen perusoikeus. Se on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. Yksilöllinen seksuaalisuus ilmenee biologisena sukupuolena, sukupuoli- ja seksuaali-identiteettinä ja rooleina, erotiikkana sekä mielihyvinä, läheisyytenä ja lisääntymisenä. Se voidaan katsoa kuuluvaksi ihmisen perustarpeisiin, jolloin siihen liittyy monia inhimillisiä tuntemuksia ja mielihyvää: hellyyttä, yhteenkuuluvuutta, lämpöä, läheisyyttä, aistillisuutta, fyysistä tyydytystä, avoimuutta ja turvallisuutta. Oman seksuaalisuuden toteuttamiseen vaikuttavat biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Kokonaisvaltaista seksuaalisuutta voidaan määritellä sillä, miten yksilö suhtautuu ja saavuttaa yhteyden itseensä ja muihin, hyväksyy itsensä psyykkisesti ja fyysisesti, nauttii omasta seksuaalisuudestaan ja kunnioittaa toisia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11 – 12, 14.)

Seksuaalisuus koostuu biologisesta, psykologisesta ja sosiokulttuurisesta ulottuvuudesta. Näiden ulottuvuuksien keskinäinen suhde määrittelee sen, miten ihminen kokee oman seksuaalisuutensa. Sairastuminen tai vammautuminen voi horjuttaa omaa seksuaalisuutta ja muuttaa kokemusta elämänlaadusta. Biologiseen ulottuvuuteen kuuluvat sukupuoli ja perinnöllisyyttä koskevat asiat: lisääntyminen, omaan kasvuun ja kehitykseen liittyvät asiat mukaan lukien seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi. Eri elämänvaiheissa seksuaalisuudelle annetaan elämäntilanteen mukanaan tuomia painoarvoja ja tulkintoja. Elämän aikana opitut asenteet, koetut tunteet ja kokemukset vaikuttavat käyttäytymiseen, ilmaisukykyyn, minä- ja kehonkuvaan. Nämä muodostavat psykologisen ulottuvuuden seksuaalisuuden kokemisessa. Sosiokulttuurinen ulottuvuus koostuu sosioekonomisesta asemasta, kulttuurista, uskonnosta, laeista ja eettisyydestä. Tämä määrittelee sen, millä tavoin yksilöllä on

mahdollisuus vaikuttaa ja tuoda julki omaa seksuaalisuuttaan muunmuassa pukeutumisellaan. Jokaisen lähiverkosto voi vaikuttaa oman seksuaalisuuden kokemiseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 12 - 13.)

Naisen seksuaalisuuden erityispiirteinä voidaan pitää seksuaalisesti aktiivisten arvostettujen naisten mallien puuttumista, sillä oma äiti koetaan usein rakkaana, mutta epäseksuaalisena. Eri ikäpolvien käsitys seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden ilmentämisestä eroaa toisistaan. Aikaisemmassa seksuaalikultuurissamme naisten aktiivisesti toiminnallinen ja ulospäin suuntautunut seksuaalisuus ei ole ollut suotavaa. Tuolloin sensuaalisuudelle ja eroottisuudelle on annettu enemmän painoarvoa. Aktiivista sukupuolielämää viettävä nainen on vanhemman ikäpolven naisten silmissä ”huono nainen”, mutta nuorempi sukupolvi voi elää seksuaalisesti vapaammin ja olla suvaitsevaisempaa. Usein naisen seksuaalisuuteen ei ole katsottu kuuluvan nautintoa, vaan sitä on tarkasteltu miehen seksuaalisten tarpeiden tai lisääntymisen näkökulmasta. Suomessa 1990-luvulla asetetun lain mukaan naisella on seksuaalinen itsemääräämisoikeus, joka antaa naiselle oikeuden hallita omaa ruumistaan, nauttia seksuaalisesti, kokea, haluta ja toivoa. Naisen seksuaalisuuteen vaikuttavat myös raskauden mahdollisuus ja aikaisemmat raskaudet. Tehokas raskauden ehkäisy on mahdollistanut naisen nautinnon yhdynnässä ilman raskaudenpelkoa. (Apter ym. 2006, 242 - 243.)

Sairaanhoitajan työ on terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Seksuaaliterveys on potilaan ja hänen kumppaninsa kokonaisvaltaista neuvontaa ja ohjausta, seksuaalioikeudet huomioiden. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.) Jotta hoitaja pystyy työssään kohtaamaan asiakkaan seksuaalisuuden, hänellä täytyy olla subjektiivisia edellytyksiä työskentelynsä. Seksologian alueella oman seksuaalisuuden kohtaaminen, tiedot ja taidot, omat asenteet ja empatiakyky ovat peruslähtökohtana. Hoitajan ammatillisuus ja yleiset työskentelyedellytykset, kuten ilmapiiri, aika ja olosuhteet, muodostavat kokonaisuuden. Asiakastyössä kokemus lisää tietoa ja taitoa seksologian alueelta ja parhaimpina opettajina toimivat asiakkaat. Ammatillisuutta lisää se, että hoitaja uskaltaa toimia aloitteentekijänä ja antaa seksuaalisuudesta puhumiselle luvan. Sairaanhoitaja toimii auttamistilanteessa elämäkokemuksensa, koulutuksensa, ihmiskuvansa ja omaksumansa ammatillisen viitekehyksen pohjalta (Apter ym. 2006, 43).

Seksuaaliterapia on lyhytterapiaa, jonka tavoitteena on seksuaalisen hyvinvoinnin parantuminen ja seksuaalinen eheytyminen, ongelmien ratkaisemisen ja hoidon kautta. Terapia on yksilöllistä ja sen kesto määräytyy potilaan tarpeen mukaan. Seksuaaliohjausta ja -neuvontaa tarjotaan kaikenikäisille, elämäntilanteesta riippumatta, seksuaalisuuteen, sukupuolisuuteen tai seksuaaliterveyteen liittyvissä kysymyksissä, ongelmissa ja kriisitilanteissa. Antamalla ohjausta ja neuvontaa oikea-aikaisesti, parannetaan asiakkaan elämänlaatua, ehkäistään seksuaaliongelmia, niiden pitkittymistä ja vaikeutumista. Yhteys hoitajan ja asiakkaan välillä on aitoa ja siinä on tilaa kysymyksille ja tunteille. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 32 – 33, 142, 144 - 145.)

Seksuaaliohjaus on kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa tavoitteellista, yksilöllistä ja hoitohenkilökunnalle kuuluvaa ammatillista vuorovaikutusta. Ohjauksessa annetaan potilaalle tietoa ja hyväksytään potilaan seksuaalisuus. Seksuaalineuvonnassa käsitellään potilaan seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyviä asioita aina potilaan tarpeiden mukaan. Neuvonta on prosessiluonteista, ammatillista vuorovaikutusta, tavoitteellista ja yksilöllistä. Prosessiin kuuluu kahdesta viiteen tapaamiskertaa, ja se sisältää aloitus-, työskentely- ja lopetusvaiheen. (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 32.) Seksuaalineuvonnan tarkoituksena on miettiä yhdessä keinoja, joilla saataisiin kiputilanteet hallintaan sekä voimaannuttaa pariskunnan keskinäistä vuorovaikutusta (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri Tampereen yliopistollinen sairaala 2012).

Kun asiakas on kokenut saavansa riittävästi tietoa, tukea ja ymmärrystä tilanteeseensa ja sairautensa vaikutuksesta seksuaalisuuteensa, hän löytää keinot toteuttaa seksuaalisuuttaan ja ymmärtää sairauden tuomat muutokset. Hänen voi olla helpompi jatkossa keskustella sekä osoittaa ja vastaanottaa hellyyttä, läheisyyttä ja lämpöä kumppaninsa kanssa. Jotta saavutettaisiin onnistunut seksuaaliohjaus- ja seksuaalineuvontatilanne, sen tulisi koostua hoitotyön eettisyyden ja periaatteiden noudattamisesta, ammatillisessa vuorovaikutuksessa työskentelystä PLISSIT-mallin kahdella ensimmäisellä tasolla. Kokonaisvaltaisessa hoitotyössä otetaan huomioon ohjauksen ja neuvonnan tarve yksilöllisesti ja ymmärretään seksuaalisuuden merkitys. Jokaisessa hoitoyhteisössä tulisi pohtia yhdessä, mitkä hoitotyön periaatteet ohjaavat seksuaalisuuden kohtaamista, millaiset asiat yksikössä vaikuttavat potilaan seksuaalisuuteen, kuten sairaudet, toimenpiteet ja hoidot. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142, 144.)

Vuonna 1976 Jack Annon loi PLISSIT-mallin, josta hahmottuu seksuaaliohjauksen, -neuvonnan ja -terapian tasot. Mallin neljä tasoa kuvaavat ongelmia seksuaalisuudessa ja tarjoavat lähestymistapoja niiden käsittelyyn. Hoitaja arvioi mallin avulla potilaan tarvitsemaa neuvonnan tai terapian tasoa sekä käytettäviä hoito- tai neuvontamenetelmiä. Tasot ovat Permission – luvan antaminen, Limited Information – rajattu tieto, Specific Suggestion – erityisohjeet, Intensive Therapy – intensiivinen terapia. Sairaanhoitaja toteuttaa hoitotyössä seksuaaliohjausta ja toimii siten PLISSIT-mallin kahdella ensimmäisellä tasolla. Seksuaalineuvonta ulottuu kolmannelle tasolle, ja sitä antaa seksuaalineuvoja. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51 - 53.)

Luvan antaminen on positiivista ja seksuaalisuuden eri ilmenemismuotojen sallimista. Potilasta kuunnellaan hänen ajatuksistaan, unelmistaan, fantasioistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään seksuaalisuudessaan sekä tuetaan häntä ilmaisemaan seksuaalisuuttaan. Limited Informationilla tarkoitetaan rajattua tiedon antamista potilaalle, esimerkiksi vulvodynian ja lääkkeiden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Edellä mainituilla tasoilla käsiteltäviä asioita voivat olla esimerkiksi seksin merkitys elämässä sekä kysymykset, jotka liittyvät itsetuntoon, kehonkuvaan, tunteiden ilmaisemiseen, läheisyyteen, ikään ja seksuaalisuuteen. Specific Suggestions on taitotaso, jossa voidaan toteuttaa ja antaa seksuaalineuvontaa tai -terapiaa sekä käytännön neuvoja tai ohjeita. Intensive Therapy on pitkäaikaista seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien hoitoa terapiamenetelmillä tai niiden yhdistelmillä. Tasoilla käsiteltäviä asioita voivat olla esimerkiksi haluttomuus pitkäaikaisena ongelmana ja kivulias yhdyntä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51 - 52.)

Jack Annonin PLISSIT-mallia ovat laajentaneet Davis ja Taylor (2006) vastaamaan hoitotyön tarpeita Ex-PLISSIT-malliksi. Mallin osat koostuvat neljästä samasta tasosta kuin PLISSIT-mallissa, mutta tarkoituksena on kehittää hoitajan ammatillista kasvua, lisätä hänen itsetuntemustaan, kyseenalaistaa uskomuksiaan ja lisätä tietouttaan seksologiasta. Olennaista mallissa on hoitajan itsereflektio ja potilaan kanssa tehtävä arviointi. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 53.)

Vuonna 2004 Mick, Hughes ja Cohen kehittivät syöpäpotilaita hoitavien työntekijöiden avuksi BETTER-mallin potilaan seksuaalisuuden tukemisessa. Malli sopii käytettäväksi myös muissa sairauksissa. Kuusi tasoa ohjaavat hoitajaa ottamaan seksuaalisuuden

puheeksi. Bring up the topic tarkoittaa seksuaalisuuden esille tuomista keskusteltaessa potilaan kanssa. Explain-tasolla kerrotaan potilaalle, että hoitajan työnkuvaan kuuluu seksuaalisuudesta keskusteleminen. Tell-tasolla hankitaan tarvittava tieto ja voimavarat potilaan huolenaiheiden käsittelemiseksi. Timing tarkoittaa asioiden läpikäymiseen kuluvan ajan arvioimista. Educate-tasolla ohjataan potilasta seksuaalisuuteen vaikuttavista asioista, kuten hoidoista tai sairaudesta ja Record-tasolla kirjataan hoitokertomukseen arviointi ja toiminta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.)

5 Vulvodynia ja seksuaalisuus

Ihminen on kokonaisuus, johon vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Seksuaalisuus kulkee ihmisen mukana koko eliniän. Mikä tahansa sairaus voi vaikuttaa myönteisesti tai negatiivisesti ihmisen seksuaalisuuteen, minäkuvaan, parisuhteeseen ja hyvinvointiin. Vulvodynia on yksi näistä sairauksista, joka voi johtaa seksielämän laantumiseen.

On todettu, että aktiivisella seksuaalielämällä on lukuisia myönteisiä terveysvaikutuksia, esimerkiksi stressin lieventyminen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 96). Vulvodynian vaikutus naisen seksuaalisuuteen, seksiin ja parisuhteeseen voi olla merkittävää. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, ja se voi esiintyä eritasoisena. Kivun tunne, luonne ja esiintyminen onkin syytä tunnistaa, jotta sopiva hoitomuoto löytyisi.

Vulvodynian vaikutus voi muuttaa omaa minäkuva, sillä usein se heikentää itsetuntoa ja kykyä nauttia omasta seksuaalisuudesta. Se saattaa vähentää seksuaalista halukkuutta kiihottumis- ja yhdyntäongelmien takia. Ongelmat yhdynnöissä voivat tuoda esille häpeän ja huonommuuden tunteita. Vulvodynia vaikuttaa olennaisesti myös parisuhteeseen. Hoitotyössä olisi tärkeää antaa riittävästi tietoa myös kumppanille, jotta hän ymmärtäisi tilanteen ja osaisi toimia sen mukaan. Kroonista kipua tuntevalle jo koskettaminenkin voi olla mahdotonta ja kivun pitkittyessä hän voi pelätä kumppaninsa menettämistä. (Väestöliitto 2009.)

Keskustelumahdollisuus hoitohenkilöstön kanssa omasta seksuaalisuudesta ja peloista on erittäin tärkeää, sillä sairaus ei hävitä ihmisen seksuaalisuutta vastoin yleistä luuloa. Sairastuneen seksuaalisuus on huomioitava jo lähtötilanteessa, vaikka hän ei siitä puhuisikaan, sillä sairaus voi muuttaa tai on jo muuttanut minäkuvaa tai uhkaa seksuaalitoimintoja. (Apter ym. 2006, 282.) Hoidossa tulee huomioida erilaiset kivunlievityskäsit ja lääkkeet (Ryttyläinen & Valkama 2010, 205).

Seksuaalianamneesia tehtäessä on tärkeää selvittää potilaan kivun luonne ja laatu. Pystyykö potilas aloittamaan tai olemaan yhdynnässä? Onko kipua emättimen aukossa vai syvemmillä? Milloin kipua esiintyy? Onko potilas kokeillut muita seksin muotoja kuin yhdyntä? Ovatko kokemukset seksistä tyydyttäviä? (Ryttyläinen & Valkama 2010, 173.)

Vulvodyniaan sairastuminen herättää seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä, joista on mahdollista keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Miten yhdyntä onnistuu? Voinko enää nauttia seksuaalisuudesta tai saada lapsia? Miten voin hyväksyä itseni, miten kumppanini hyväksyy minut tällaisena? Pystynkö tyydyttämään kumppanini riittävästi ja kuinka paljon hän kärsii tilanteestani? Kuinka toiset samasta vaivasta kärsivät toimivat vai olenko yksin vaivani kanssa? Kärsinkö tästä loppuelämäni ajan? Ahdistus ja epätietoisuus painavat mieltä, ja usein diagnoosin saaminen on sairastuneelle suuri helpotus. Sairauden esiin nostamat pelot, pettymykset, häpeä ja ahdistus voivat liittyä seksuaalisen nauttimiskyvyn menettämiseen, hedelmättömyyteen, torjutuksi tulemiseen tai haluttavuuden katoamiseen. Myös naiseuden menettämisen pelko tai ihmissuhteiden solmimisen vaikeus aiheuttavat ahdistusta. Epäonnistumiset yhdynnöissä tai ihmissuhteissa aiheuttavat helposti pettymyksen tunteita, mikä voi heikentää itsetuntoa. Tämä saattaa johtaa tilanteeseen, jossa uusiin ihmissuhteisiin ja yhdyntäkokemuksiin ei enää uskalla hakeutua uusien pettymysten pelossa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203 - 204.) Toisaalta tieto sairaudesta voi lähentää pariskuntaa uusien seksin ja läheisyyden muotoja etsiessä ja kokeillessa. Sairauden kanssa voi oppia elämään aktiivisen itsehoidon ja seksuaaliohjauksen avulla.

6 Onnistunut potilasohjaus hoitotyössä

Hoitajan tulee luoda asiakkaansa kanssa luottamuksellinen ilmapiiri, jotta henkilökohtaisista ja aroista asioista puhuminen on mahdollisimman helppoa. Hoitosuhteeseen liittyvän seksuaalisuushoiduksen tavoitteena on, että asiakas on sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. (Ihme & Rainto 2008, 27.) Onnistuneessa potilasohjauksessa noudatetaan hoitotyön periaatteita ja toimitaan eettisesti. Potilasta ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan ja hänelle annetaan riittävästi aikaa ja tilaa. Myös onnistunut potilas-lääkäri-suhde on edellytys hoitotyön jatkuvuudelle.

Jokainen ihminen on erilainen, ja lähtökohdat ovat erilaisia. Seksuaalisuusasioissa hoitajan on kunnioitettava potilasta, kyettävä empaattisuuteen vuorovaikutussuhteessa ja toimimaan ammatillisesti potilaan kanssa. Eettinen tieto sisältää hoitamisen liittyvät arvot, periaatteet ja yhteiskunnalliset normit. Se on tietoa siitä, miten hoitotyöntekijän tulee toimia eettisissä valintatilanteissa, niin hyvissä kuin huonoissakin. Kokonaisvaltaisessa hoitotyössä huomioidaan seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen ehkäisevässä, hoitavassa ja kuntouttavassa toiminnassa. Arvot, jotka ohjaavat hoitotyötämme, ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, oikeudenmukaisuus sekä tasa-arvo. Näistä muodostuvat meille hoitotyön keskeisimmät periaatteet: ihmisen kokonaisuus, turvallisuus, hoidon jatkuvuus, yksilöllisyys, perhekeskeisyys, kokonaishoito ja itsemääräämisoikeus. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 43 – 44, 48.)

Ihmisen kokonaisvaltaisuutta, eheyttä ja loukkaamattomuutta voidaan tarkastella fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä näkökulmasta. Fyysiseen kokonaisuuteen luetaan kaikki potilaaseen tai hänen intimizeettiinsä kajoavat toiminnot. Hoitotoimenpiteitä tehtäessä hoitajan tulee kunnioittaa potilaan kehoa ja henkilökohtaista tilaa. Intimizeettiä suojaa rauhallisen ja yksityisen tilan järjestäminen keskusteluhetken ajaksi. Sosiaalinen kokonaisuus muodostuu potilaan yksityisyydestä ja sosiaalisesta kanssakäymisestä muiden ihmisten kanssa. Sairaalaympäristössä tämä huomioidaan tilajärjestelyillä, joilla potilaalle pyritään järjestämään henkilökohtainen tila, niin että hänellä on mahdollisuus ilmaista läheisyyttä ja hellyyttä sekä toimia yksilöllisesti. Potilaan valintoja, seksuaalisuutta ja hänen läheisiään tulee kunnioittaa.

Psyykkiseen kokonaisuuteen kuuluu potilaan hyvinvoinnin tukeminen, kunnioitus ja tiedonsaanti (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hoidossa huomioidaan potilaan omat toiveet ja voimavarat sekä annetaan hänelle tietoa omaan terveydentilaan liittyvistä asioista. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 48 - 49.)

Turvallisuuden periaate edellyttää luottamuksellista potilaan ja hoitajan välisestä hoitosuhdetta sekä turvallista hoitoympäristöä. Hoitajan ammatillisuus arkaluonteisistakin asioista keskustellessa luo turvallisuutta potilaalle. Potilas voi siten keskustella avoimemmin mieltään askarruttavista asioista. Turvallisuuden tunnetta lisää viihtyisä hoitoympäristö, missä potilaalle ei aiheudu fyysistä tai psyykkistä vaaraa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 49.) Gynekologian tutkimushuone laitteineen voi tuntua pelottavalta, joten hoitajan läsnäolo ja huoneen viihtyvyys auttavat rentoutumaan potilasta. Esimerkiksi tutkimushuoneen kattoon kiinnitetty kuva siirtää potilaan huomion pois epämiellyttävästä tilanteesta.

Hoidon jatkuvuutta turvataan kirjaamalla annettu hoito hoitokertomukseen ja tiedottamalla suullisesti hoitoon osallistuvaa moniammatillista henkilökuntaa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiset toimintatavat muun muassa seksuaaliterveyden konsultoinnista lisäävät hoidon jatkuvuutta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 50.)

Hoitotyön yksilöllisyyden periaatteen mukaan potilas tulee kohdata ja nähdä ainutlaatuisena yksilönä. Hän ilmentää omaa seksuaalisuuttaan omalla ainutkertaisella tavallaan ja antaa sille oman painoarvonsa ja merkityksensä. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan potilaan kumppanin mahdollisuutta saada osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hoidon, ohjauksen ja neuvonnan lähtökohtana on potilaan oma tieto ja taito sekä toimiminen oman perheensä asiantuntijana. Seksuaalisuusasioista keskusteleminen koskettaa molempia osapuolia ja näin yhteisestä seksuaalineuvonnasta ja -ohjauksesta olisi hyötyä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 50.)

Seksuaalisuus kuuluu kokonaishoidon periaatteen mukaan osaksi hoitotyötä. Sairaanhoitajan ei tule vältellä tilanteita, joissa hän kohtaa potilaan seksuaalisuuden. Potilaan hoidon kannalta on olennaista sisällyttää seksuaalineuvonta potilasohjaukseen ja tarvittaessa konsultoida eri alojen asiantuntijoita, kuten gynekologia, urologia,

psykologia, kliinistä seksologia, seksuaalineuvojaa, seksuaaliterapeuttia ja yleislääkäriä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 50 - 51.)

Itsemääräämisoikeus sisältyy lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, jonka mukaan potilaalla on oikeus päättää itseään koskevista asioista, ilmaista itseään, tulla kuulluksi ja kieltäytyä saamastaan hoidosta. Seksuaalisen itsemääräämisoikeuden mukaan jokaisella on oikeus omaan kehoonsa, tunteisiinsa ja mielipiteisiinsä. Hänellä on myös oikeus määrätä omat rajansa fyysiseen ja henkiseen koskemattomuuteen sekä ympäristöön, jossa voi ilmentää seksuaalisuuttaan vapaasti. Hoitajan velvollisuus on tunnistaa potilaan rajat ja kunnioittaa niitä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51.)

Eettiset ammatissäännöt eli eettiset ohjeet ovat periaatteita, jotka säätelevät, minkä arvojen mukaan ja millä tavoin hoitohenkilökunta toimii ja ottaa vastuuta hoitotilanteissa. Ohjeet toimivat työvälineinä, ja niiden tarkoituksena on suojella potilasta ja turvata eettisesti korkeaa toimintaa. Eettiseen päätöksentekoon kuuluu pohdiskelua ja vastuullisuutta vaikeissakin tilanteissa. Keskeistä potilasohjauksessa on, että sairaanhoitaja kohtaa jokaisen potilaan yksilönä, ihmisarvoa kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti. Sairaanhoitajan tehtävänä on tukea ja lisätä potilaiden omia voimavaroja, jotta heidän elämänsä laatu paranisi. Keskeistä eettisissä ammatissäännöissä on potilaan itsemääräämisoikeuden, yksilöllisyyden, arvojen ja vakaumuksen kunnioittaminen. Hänen toimintansa tulee olla näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja oman ammattitaidon ylläpitämistä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 44 - 45.)

Onnistunut ohjaus tukee asiakasta löytämään omia voimavarojaan ja kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä parantaa elämänsä laatua. Asiakas itse on aktiivinen pulmansa ratkaisija. Hoitajan tehtävä on tukea häntä päätöksenteossa ilman, että hän esittää asiakkaalle valmiita ratkaisuja. Tasa-arvoinen ohjaussuhde on vuorovaikutteista ja tavoitteellista, jota jatketaan niin kauan, kunnes asiakas on saanut tarvitsemansa tiedon ongelmanratkaisunsa ja päätöksentekonsa tueksi. Sekä ohjaajan että asiakkaan taustatekijät vaikuttavat aina ohjaustarpeeseen. Esimerkiksi vulvodyniaa sairastavan nuoren ohjaustarve on erilainen kuin ikääntyneen naisen ohjaaminen. Nuoret ovat yleensä aktiivisempia ohjattavia kuin ikääntyneet,

joiden ohjaamisessa haasteita voi luoda esimerkiksi muistihäiriö tai huono kuulo. Nämä fyysiset taustatekijät määrittävät sen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Asiakkaan ohjaustarpeita määritettäessä kannattaa monimutkaisten kyselylomakkeiden sijaan pyytää asiakasta kertomaan mieltään askarruttavia kysymyksiä, joihin hän kokee tarvitsevansa ohjausta. Näin saadaan selville ohjaustarpeen lähtötilanne ja voidaan asettaa ohjaukselle tavoitteita oikeaan tärkeysjärjestykseen. Esimerkiksi kovista kivuista kärsivä asiakas halunee ohjausta kivunhallintaan ennen kuntoutusohjauksen alkamista. (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors. 2007, 5, 25 - 27, 29 - 30).

Asetettujen tavoitteiden tulee olla selkeitä, konkreettisesti kuvattuja, mikä kasvattaa asiakkaan motivaatiota ohjaukseen. Hoitajan tulee olla aloitteellinen ja tietyllä tavalla herkkä tiedon antamisessa, sillä se vaikuttaa suoraan asiakkaan ratkaisuihin ja päätöksentekoon. Asiat tulee esittää asiakkaalle selkeästi, välttäen ammattitermien käyttöä (Hirvonen ym 2007, 44). Asiakkaalla saattaa olla väärää tietoa esimerkiksi jostakin lääkkeestä tai hoitomuodosta, mikä estää häntä vastaanottamasta uutta ja oikeaa tietoa. Hän ei yksinkertaisesti kuule hoitajan ohjeistusta, jos tämä uskomus on vahva. Hoitajan on osattava niin sanotusti ”lukea asiakastaan”, havainnoida edellä mainitun kaltaiset tilanteet ohjauksen aikana, ja etsiä yhdessä asiakkaan kanssa tilanteeseen sopiva ratkaisu. Asiakkaalle on kuitenkin annettava riittävästi tilaa punnita erilaisia vaihtoehtoja ennen päätöksentekoaan. Hoitajan kannustus ja tuki helpottavat asiakasta arvioimaan omaa toimintaansa ja ottamaan palautetta vastaan. (Hirvonen ym. 2007, 32 - 34).

Asiakkaan ja ohjaavan hoitajan erilaiset taustat, mahdolliset kulttuuri- ja kielierot luovat omat haasteensa onnistuneelle ohjaukselle. Erityisesti tällaisissa tapauksissa ohjauksen lähtökohdat ja ohjaustarve tulee selvittää tarkkaan, jotta hoitaja pystyy tukemaan asiakkaansa itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. Joissakin kulttuureissa on normaalia, että perhe on mukana ohjaustilanteessa. Tällöin hoitajan tulee selvittää asiakkaalta, haluaako hän omaisensa ohjaukseen mukaan. Jos hän haluaa, on hyvä tarkastella myös omaisten kykyä ja halua tukea asiakasta. Joskus omaisten ja asiakkaan käsitykset ohjaustarpeista voivat erota toisistaan. Mikäli asiakas on riittävän hyväkuntoinen ymmärtämään ohjauksen ja ottamaan vastuun itsensä hoitamisesta, hoitajan tulee vastata hänen ohjaustarpeisiinsa omaisten mielipiteestä huolimatta.

(Hirvonen ym. 2007, 35 - 36). Vaikka yksilöohjaus vaatii hoitajalta ryhmäohjausta enemmän aikaa, se on kuitenkin oppimisen kannalta tehokkainta. Kahdenkeskisessä aktiivisessa vuorovaikutustilanteessa ilmapiiri on vapaamuotoinen ja mahdollistaa jatkuvan palautteen antamisen, mikä tukee asiakkaan luottamusta ja motivaatiota. (Hirvonen ym. 2007, 74.)

Jotta ohjaustilanne etenee keskeytymättä, tilan tulee olla rauhallinen, viihtyisä ja siisti. Ohjauksessa tarvittavan ja sitä tukevan materiaalin on hyvä olla helposti käden ulottuvilla samassa tilassa. Ympäristö ei saa aiheuttaa asiakkaalle negatiivisia tunteita tai pelkoja. Esimerkiksi tilan seinällä oleva kuva vulvodynialeikkauksesta voi pelottaa ja järkyttää vulvodyniapotilasta siinä määrin, että hän ei pysty keskittymään ohjaustilanteeseen täysipainoisesti. Hoitaja ja asiakas arvioivat yhdessä ohjausta koko ajan: Miten asetetut tavoitteet on saavutettu? Millaista ohjaus on ollut? Näin asiakas saa tietoa itsestään toimijana ja positiivisesta palautteesta lisää motivaatiota. Myös epäonnistumisten arviointi on tärkeää, jotta asiakkaalla on mahdollisuus muuttaa toimintaansa. Kehittyäkseen ohjaajana hoitajan tulee arvioida ohjaustaitojaan ja ohjauksen toteutumista joko itse tai asiakkaan kanssa yhdessä. (Hirvonen ym. 2007, 36 - 37, 45.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli lisätä tietoa vulvodyniaa sairastavalle, hänen läheisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Tehtävänäme oli tuottaa hoidon ohjaukseen potilasopas, jossa voidaan yhdistää suullista ja kirjallista informaatiota. Toteutimme opinnäytetyön yhteistyössä toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Olimme laatineet projektille aikataulun ja kirjoittaneet oppimispäiväkirjaa, jotka helpottivat toimintamme arviointia. Teimme toimeksiantona PKSSK:n naistentautien poliklinikalle potilasoppaan vulvodyniasta ja sen vaikutuksesta naisen seksuaalisuuteen hoidon tueksi, koska sellaista ei ennestään ollut. Potilasoppaan tarkoituksena on lisätä potilaiden tietoutta sairaudestaan ja siihen liittyvistä tutkimuksista ja hoidoista. Potilasopasta voidaan hyödyntää myös muilla naistentautien poliklinikoilla sekä perusterveydenhuollossa.

8 Opinnäytetyön toteutus ja prosessi

Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa perustuu idean tai tuotteen sisällön hankintakeinoihin ja mahdollisen oppaan tai ohjeistuksen toteuttamiseen. Tutkimuksellisten menetelmien käyttö ei ole välttämätöntä toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamisessa, varsinkin jos kohderyhmä on tiedossa. Toteutumistapa muotoutuu lopulta omista resursseista, kohderyhmän tarpeista, toimeksiantajan toiveista ja ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistuksesta. Haastatteleamalla saatu aineisto lisää teoriaosuuden luotettavuutta, ja sitä voidaan käyttää päättelyn tukena raporttiosuudessa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 56 - 58.)

Hyvän potilasohjeen kohderyhmä on määritelty, siitä käy selville ohjeen käyttötarkoitus ja se on puhutteleva. Se on potilasturvallisuutta edistävä ja sisällöltään monipuolinen sekä huomioi potilaan oikeudet. Hyvästä potilasohjeesta käy selville myös, mistä potilas voi saada lisätietoa ja taloudellisia etuuksia. Potilaan aikaisemmat kokemukset ja hoitoihin liittyvät tuntemukset, esimerkiksi pelko, olisi hyvä olla potilasohjeessa mukana jollakin tavalla. Miten potilas voi itse toiminnallaan edistää paranemistaan esimerkiksi ruokavalion, ihonhoidon ja henkilökohtaisen hygienian avulla? Mitä potilas voi harrastaa, onko rajoituksia? Miten sairaus vaikuttaa parisuhteeseen, seksielämään ja muihin sosiaalisiin tilanteisiin? (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6 - 7.) Oppaassa esitetty konkreettinen kuvaus tavoitteiden saavuttamisesta ja hoidon onnistumisen seurannasta helpottaa ymmärtämistä (Hirvonen ym. 2007, 126).

Hyvä potilasohje ulkoasu on helppolukuinen, johdonmukainen ja rakenteeltaan tasapainoinen. Kieli on selkeää ja virheetöntä äidinkieltä. Kirjasintyyppin tulee olla selkeä, tekstin koko on riittävän suurta ja sen tulee erottua taustastaan. Kuvia, taulukoita, kuvioita, värejä ja asiasanojen korostamista tekstistä voidaan käyttää havainnollistamaan sisältöä. Ohjeessa esitetyistä asioista käytetään samoja termejä ja vältetään turhaa toistamista. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6 - 7; Hirvonen ym. 2007, 127.)

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa, järjestää tai järjeistää käytännön toimintaa ammatillisessa kentässä. Siinä yhdistyvät toteutus käytännössä sekä raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Hyvä toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. Se on toteutettu tutkimuksellisella asenteella ja osoittaa riittävää tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Toimeksi annettu opinnäytetyön aihe mahdollistaa laajemmin osaamisen näyttämisen ja suhteiden luomisen opinnäytetyöprosessin aikana jopa mahdollisiin tuleviin työnantajiin. Lisäksi se lisää vastuuntuntoa ja opettaa projektinhallintaa tarkkoine suunnitelmineen, aikatauluineen ja tiimitöineen. Toiminnallisen opinnäytetyön vaarana piilee sen laajeneminen liian laajaksi. Siksi on tärkeää rajata aihe hyvin ja miettiä omat voimavarat. Työelämän tarpeisiin tehty opinnäytetyö lisää myös ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16 - 18.)

Täsmällisesti täytetty opinnäytetyöpäiväkirja toimii muistin tukena toiminnallisen tuotoksen raporttia kirjoitettaessa. Opinnäytetyön aihepiiriin kuuluvat ideat, tavoitteet ja toimintatapa sekä kaikki niihin liittyvät muutokset kannattaa kirjoittaa muistiin. Päiväkirja on henkilökohtainen, joten siihen voi liittää myös opinnäytetyötä koskevat sähköpostikeskustelut ilman lähettäjän lupaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 20, 22.)

Toimintasuunnitelma kertoo mitä, miten ja miksi tehdään. Se alkaa lähtötilanteen kartoituksella, jotta vältetään vanhan toistamiselta sen sijaan että luotaisiin alalle jotakin uutta. Kohderyhmä ja sen tarpeet, aiheeseen liittyvät lähteet ja ajankohtainen keskustelu määrittävät taustatiedot, joiden pohjalta aiheen rajaaminen tapahtuu. Seuraavaksi pohditaan, miten opinnäytetyön tavoitteet ovat saavutettavissa. Tarvitaanko mahdollisesti asiantuntijoiden haastatteluja lähdeaineistona tai tietojen tarkistamisessa? Tarvitaanko painotuotteen suunnittelijaa, vai tehdäänkö se itse? Huolellisesti tehty toimintasuunnitelma auttaa arvioimaan toteuttamismahdollisuuksia ja aikataulua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26 - 28.)

Kohderyhmä ja sen rajaus on tärkein aiheanalyysin pohdittava osa-alue, johon vaikuttavat myös toimeksiantajan toiveet ja tavoitteeksi asetetut tuotokset. Kohderyhmä

rajaa osaltaan opinnäytetyön laajuutta ja sitä voidaan hyödyntää opinnäytetyön kokonaisarvioinnissa esimerkiksi pyytämällä palautetta, kun työ on kokonaan valmis ja testattu käytännössä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena tehty opas ei sellaisenaan riitä opinnäytetyöksi, vaan sen tulee olla ammatillisen teoreettisen tiedon ja käytännön yhdistelmä, jossa on pohdittu kriittisesti käytännön ratkaisuja. (Vilka & Airaksinen 2003, 38 - 42.)

Opinnäytetyön raportista on käytävä ilmi konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi käytetyt keinot. Lopputuotoksen kokonaisilmeen tulee olla yksilöllinen ja siinä määrin persoonallinen, että se erottuu edukseen muista vastaavista tuotteista. Tuotteesta pitää pystyä tunnistamaan tavoitellut päämäärät. Kustannukset määrittävät pitkälti sen, millainen lopputuotteesta lopulta tulee. Kustannuksista, mahdollisista logoista ja muista toiveista kannattaa keskustella toimeksiantajan kanssa jo ennen kuin työtä aloitetaan. Raportissa on hyvä kertoa, millaiset ohjeet toimeksiantaja on antanut ja miten ne mahdollisesti erosivat omista näkemyksistä lopputuotoksen osalta. Pääasia kuitenkin on, että selkeä ja johdonmukainen lopputuotos on asiasisällöltään sopiva ja informatiivinen kohderyhmälle. Tuotteen uudenlainen muoto ja muotoilu lisäävät houkuttelevuutta. Oppaaseen hankitun tiedon oikeellisuus ja luotettavuus on pystyttävä varmistamaan, ja tästä on oltava selkeä kuvaus raportissa. Asiantuntijahaastatteluita voidaan hyödyntää raporttia kirjoitettaessa päättelyn tukena vain, jos ne ilmoitetaan raporttiosuudessa. On hyvä kertoa konkreettisesti, miten tietoa työhön on hankittu ja toteutusta viety käytännössä eteenpäin. Oman aihetta koskevan ammatillisen osaamisen tunnistaminen on tärkeää, sillä se siirtyy ammattiin valmistumisen jälkeen mukana työelämään. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustavalla tarkoitetaan keinoja, joilla hankitaan materiaali esimerkiksi oppaaseen ja keinoja, joilla lopullinen opas toteutetaan ja valmistetaan. Tutkimuksellisten menetelmien käyttö ja laadullisella tutkimuksella kerätyn aineiston tarkka analyysi ei ole välttämätöntä toiminnallisessa opinnäytetyössä. (Vilka & Airaksinen 2003, 51,53 - 56, 58.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportista selviää, mitä, miksi ja miten on tehty sekä millainen työskentelyprosessi on ollut kaikkine vaiheineen. Myös tulokset ja johtopäätökset sekä arvioinnit omasta prosessista, tuotoksesta ja oppimisesta näkyvät raporttitekstissä. Kielen tulee olla niin selkeää ja sujuvaa, että lukija saa siitä selvän käsityksen, miten opinnäytetyössä on onnistuttu. Lähteiden tulee olla luotettavia ja

varmistettuja ensisijaisia lähteitä, joista hankittu tieto esitetään omin sanoin. Jonkin verran voidaan käyttää selkeitä lainauksia. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65, 73.)

Rakenteeltaan toiminnallinen opinnäytetyö muistuttaa kertomusta, jonka juoni etenee työprosessin mukaan. Tästä kertomuksesta selviää aiheen valinta, ratkottavat kysymykset ja keinot, joilla kysymyksiin on etsitty vastauksia. Eri työvaiheiden ratkaisut ja valinnat perusteluineen, joiden kautta lopputuotos on saatu aikaan, löytyvät myös kirjallisesta raportista, koska tuotos (produkti) on olennainen osa toiminnallista opinnäytetyötä. Sisältösuunnitelman osien järjestys saattaa vaihdella opinnäytetyön ohjeiden sallimissa rajoissa sisällön ja tavoitteiden mukaan. Hyvin tehty johdanto on ytimekäs, muutaman sivun mittainen luku. Siinä on kerrottu työn lähtökohdista, aihepiiristä, aiheesta, tarkoitus, tavoitteet ja rajaukset perustellen työn tarpeellisuus. Pohdintaosuudessa on olennaista arvioida kriittisesti sitä, miten työssä on onnistuttu, mitä siinä on tehty ja mitä johtopäätöksiä voidaan tehdä. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti on tutkimusviestintää, jossa valinnat ja ratkaisut perustellaan vetoamalla aikaisempaan tietoon tai lähdetietoihin. Käsitteet ja termit voidaan avata lukijalle sitä mukaa, kun teksti etenee. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82 – 83, 93 – 94, 101 - 102, 104.)

Opinnäytetyön arviointiosuudesta tulee selvittää täsmällisesti aihepiirin kuvauksen, asetettujen tavoitteiden ja tietoperustan sekä kohderyhmän arvioinnin jälkeen se, mitä työssä on lähdetty tekemään ja millaiset ovat olleet tavoitteet. Päästiinkö tavoitteisiin? Miten? Produktista esimerkiksi opaslehtisestä kerätty palaute voidaan liittää opinnäytetyön mukaan. Palautteella voidaan selvittää kohderyhmän mielipidettä visuaalisuuden, käytettävyyden, luettavuuden ja toimivuuden osalta käytännössä. Tuotoksen valmistamiseen liittyvien asioiden arvioinnissa vertaillaan esimerkiksi paperista ja sähköistä opaslehtistä, kumpi toteutus olisi ollut onnistuneempi. Myös materiaalivalintoja, teknisiä taitoja ja sisällön tuottamiseen käytettyjä lähteitä voidaan arvioida. Prosessin raportoinnin ja opinnäytetyön kieliasun arvioinnilla voidaan pohtia työn vakuuttavuutta ja johdonmukaisuutta. Arvio omasta ammatillisesta kasvusta opinnäytetyöprosessin aikana ja suunnitelma siitä, mihin suuntaan sitä tulisi kehittää, tulisi sisällyttää opinnäytetyöraporttiin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154 - 155, 157 - 160.)

Opinnäytetyössämme ei ole tehty tutkimusta määrällisin eikä laadullisin menetelmin, vaan se on toiminnallinen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tuotimme naistentautien poliklinikalle potilasoppaan vulvodyniapotilaille jaettavaksi ja hoitohenkilökunnalle suullisen ohjauksen tueksi. Opas toimitettiin valmiin opinnäytetyön mukana toimeksiantajalle sähköisessä muodossa.

8.2 Lähtötilanteen, toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri näyttäisi olevan hieman edellä vulvodynian hoidossa. Helsingissä toimivalla naistenklinikalla, Hyvinkään vulvopoliklinikalla ja Kuopion naistentautien poliklinikalla on erityisesti vulvodyniaa sairastaville oma potilasvastaanottonsa hoitoineen. Internetistä löytyy yleistä tietoa vulvodyniasta eri toimijoiden keskustelufoorumeilta ja opinnäytetyönä toteutetulta verkkosivustolta suomen kielellä. Muutoin aiheesta on vähän tietoa. Luotettavan suomenkielisen ja ajankohtaisen tiedon löytäminen, etenkin alatyypeistä, oli haastavaa. Naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin Virva Nyysösen mukaan tilastoituja vulvodyniadiagnooseja tai polikliinisiä käyntejä oli vuosina 2008-2012 yhteensä 23. Tieto on peräisin Pohjois-Karjalan keskussairaalan Mediatri-potilastietojärjestelmästä. Tilastoinnissa ei ole mukana vuotta 2010 Mediatri-ongelman takia.

Opinnäytetyön toteutus tapahtui yhteistyössä ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2012. Tavoitteenamme oli esittää opinnäytetyömme joulukuun 2012 seminaarissa. Osallistuimme ennalta sovittuihin pienryhmätapaamisiin ja tarpeen mukaan otimme yhteyttä toimeksiantajaan. Työstimme opinnäytetyötä parityönä, pääasiassa koululla ennalta sovitun aikataulun mukaan.

Etsimme ja käytimme mahdollisimman tuoreita, luotettavia ja ammatillisia lähteitä. Työtämme varten haimme tietoa myös muista tietolähteistä: ammattikorkeakoulujen julkaisemista opinnäytetöistä, haastatteleamalla Pohjois-Karjalan keskussairaalan naistentautien poliklinikan erikoislääkärinä, seksuaaliterapeutteja, hoitajia ja fysiatrian poliklinikan fysioterapeutteja sekä teimme tutustumiskäynnin Hyvinkään vulvopoliklinikalle syksyllä 2012. Tutustumiskäynniltä keräsimme teoretietoa ja

käytännön kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta yksikössä olevaa moniammatillista hoitohenkilökuntaa haastatteleamalla. Lisäksi otimme yhteyttä sähköpostitse synnytys- ja naistentautiopin professoriin Jorma Paavoseen. Hänellä on erikoisosaamista vulvodynian hoidossa toimiessaan lääkärimä Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa. Paavonen on julkaissut aiheesta useita kirjoja ja artikkeleita. Saimme häneltä käyttöömme uusinta tietoa vulvodyniasta. Internethakusanoina käytimme seuraavia: vulvodynia, naisten kipu, kipu, naiseus, naistentaudit, vulva, naisen seksuaalisuus, seksuaalisuus, vestibuliitti. Potilasopas valmistui joulukuussa 2012 koekäyttöön naistentautien poliklinikalle. Teimme yhteistyötä oppaan ulkoasuun liittyen Karelia -ammattikorkeakoulun graafisen suunnittelijan opiskelijan Sonja Sorsan, kanssa. PKSSK:n hallinto antoi luvan logonsa käyttöön oppaassa. Sovimme keskussairaalan monistamon kanssa kolmen potilasoppaan tulostamisesta, leikkaamisesta, nitomisesta ja toimittamisesta koekäyttöön naistentautien poliklinikalle. Opas oli kuukauden ajan koekäytössä poliklinikalla ja se on esitelty potilaalle, ylilääkärille sekä muulle hoitohenkilökunnalle. Saamamme palautteen mukaan muokkasimme opasta. Työskentelyvaiheessa käytimme apuna opinnäytetyöpäiväkirjaa (liite 3). Opinnäytetyö esitettiin 31.1.2013 seminaarissa ja jätettiin sen jälkeen tarkastettavaksi.

9 Opinnäytetyön ja tehtävän arviointi

Tekemämme potilasoppaan tarkoitus on lisätä tietoa vulvodyniasta. Se on tarkoitettu kaikille naisille, heidän läheisilleen ja hoitohenkilökunnan ohjauksen tueksi. Opas sisältää tietoa yleisesti vulvodyniasta, oireista, hoitoon hakeutumisesta, hoidoista, vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja lisätiedon hakemisesta. Opas kirjoitettiin yksikön toiselle henkilölle (sinä) luettavaksi, jolloin saimme siitä tekstiltään puhuttelevan. Myös ulkonäöltään opas on puhutteleva kuvineen ja väreineen. Siihen on kirjoitettu hoitavien osastojen yhteystiedot sekä mainittu muutamia kirjoja ja internet-sivustoja, joilta potilas voi omatoimisesti etsiä lisää tietoa. Oppaaseen on tehty erillinen revittävä sivu, johon potilas voi kirjata omia tuntemuksiaan ja kysymyksiään. Sivulle on kirjoitettu ohje, kuinka toimia, kun jokin asia on jäänyt huolestuttamaan tai herättänyt kysymyksiä. Oppaassa on aukeama, johon on koottu itsehoitokeinoja ja -menetelmiä

oman paranemisensa edistämiseksi ja asioita, joita tulisi välttää. Koska opas tulee myös hoitohenkilökunnalle ohjauksen tueksi, siinä on omat osionsa erilaisista hoitomenetelmistä ja vulvodynian vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Hoitoon hakeutumisesta ja hoitopolusta on tehty kaavio, joka helpottaa sen ymmärtämistä.

Ulkoasultaan potilasoppaamme on helppolukuinen ja johdonmukainen sekä rakenteeltaan tasapainoinen. Teksti on suomenkielistä, eikä siinä esiinny vieraskielisiä sanoja ilman, ettei niitä olisi lukijalle selvitetty. Kirjasintyyppi on selkeä ja tekstin koko riittävän suurta. Taustat ovat vaaleat, jotta teksti erottuu niistä helppolukuisena. Toimeksiantajan toivomuksesta teimme värikkään ulkoasun luontokuvineen ja kuvioineen havainnollistamaan sisältöä. Oppaassa esitetyistä asioista on käytetty koko ajan samoja termejä ja turhaa toistoa on vältetty.

Uutta tutkimustietoa vulvodyniasta on olemassa vähän, ja se loi meille haasteita. Lähteenä on käytetty osittain vanhempaakin materiaalia, koska se vastaa asiantuntijoiden mukaan edelleen sitä, millä perusteella potilaita hoidetaan. Saimme kiitettävästi asiantuntijatietoa professori Jorma Paavoselta, Hyvinkään sairaalan vulvopoliklinikan henkilökunnalta sekä Pohjois-Karjalan keskussairaalan fysioterapeuteilta. Toimeksiantajan rooli oli enemmän olla arvioijana ja tarkastajana, mikä auttoi meitä tekemään työstämme heidän tarpeitaan vastaavan. Koimme kuitenkin haasteelliseksi saada työmme teoriaosuuteen sisällöllistä ohjausta sekä toimeksiantajalta että ohjaavalta opettajalta. Toimeksiantajan palautteen viivästyminen tai puuttuminen hidasti työskentelyämme siinä määrin, että tavoitteena ollut seminaariesitysaikataulu siirtyi toista kuukautta. Yhteistyö tekijöiden kesken oli sujuvaa ja mutkatonta. Lisäksi opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen, mikä lisäsi motivaatiota ja omaa aktiivisuutta hakea lisää tietoa. Taulukossa 1 olemme kuvanneet opinnäytetyöprosessiamme tukevia ja heikentäviä tekijöitä.

Taulukko 1. Opinnäytetyöprosessia tukevat ja heikentävät tekijät

VAHVUUDET JA MAHDOLLISUUDET	HEIKKOUEDET JA UHKATEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> - yhteyshenkilöt ja heiltä saatu materiaali ja apu - keskinäinen yhteistyö - osaaminen karttui: teoriatieto, oppaan tekeminen, moniammatilliset yhteistyötaidot ja tiedon hankinta - potilasoppaan suunnitteleminen toimeksiantajan kanssa - tuotoksena laadukas potilasopas - potilasoppaan esitetaus ja siitä saatu palaute - tuoreet kansainväliset lähteet - opinnäytetyöpäiväkirja - aikataulussa pysyminen potilasoppaan osalta - oma aktiivisuus tiedonhankinnassa, yhteydenotoissa, tapaamisten sopimisessa - kiinnostava aihe - potilasopas tulee konkreettisesti osaston käyttöön ohjauksen tueksi 	<ul style="list-style-type: none"> - esitysaikataulussa pysyminen - toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan raportin sisällöllinen ohjaaminen - potilasoppaan päivittämis- ja tulostamisvastuu toimeksiantajalla - suomen- ja englanninkielisen lähdeaineiston saatavuus - lähdeaineisto hyvin pitkälti samalta tai samoilta kirjoittajilta (yksipuolinen näkökanta?)

10 Pohdinta

Vielä nykyisinkin vulvodynia diagnosoidaan liian usein psyykkiseksi sairaudeksi, koska sitä ei tunnisteta. Seksuaalisuus on iso osa ihmisen persoonallisuutta ja minäkuvaa. Vulvodyniaa sairastavan seksuaalisuus ja itsetunto voivat olla pirstaleina. Siksi on

ensiarvoisen tärkeää, että hoitotyössä nämä kaksi asiaa tulevat ymmärretyksi, kohdatuksi ja hoidetuksi kokonaisuutena. Lääkäreille järjestettävien kansainvälisten koulutusten uusimman vulvodyniaan liittyvän tiedon toivoisi siirtyvän myös sairaanhoitajille, fysioterapeuteille, seksuaaliterapeuteille ja niin edelleen koko hoitoportaalle, jotta arka vaiva tunnistettaisiin helpommin. Maailmalta saatu uusin tieto tulisi siis jakaa koko hoitoyksikköön ja jopa eri hoitoyksiköiden kesken. Tämä vähentäisi vääriä diagnooseja sekä turhia vastaanottokäyntejä puhumattakaan potilaan tuntemasta turhautumisesta. Vulvodynia tulisikin tunnistaa helpommin perusterveydenhuollossa ja esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollossa, jotta siitä kärsivä ei jäisi vaivansa kanssa yksin ja saisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tarvitsemaansa apua niin kivun hoitoon kuin seksuaalisuutensa ylläpitämiseen.

Vaikka hoitoja on tarjolla monenlaisia, kaikki eivät halua niitä kokeilla. Intiimialueisiin koskeminen ja varsinkin oudoilta tuntuvien esineiden emättimeen vieminen voidaan kokea häpeällisenä. Esimerkiksi vanhemmat naiset saattavat vieroksua neurostimulaattorihoitoa juuri tämän takia. Hoitajan tulee huomioida, kuunnella ja arvioida potilasta ohjaustilanteessa kokonaisvaltaisesti ja tarvittaessa konsultoida moniammatillista tiimiä, jotta potilaalla on käytettävissään kaikki apu, mitä hän hoitonsa onnistumiseksi tarvitsee. Lisäksi potilasohjaukseen tulee käyttää riittävästi aikaa muun hoitotyön ohessa.

10.1 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Työelämän tarpeisiin tehty opinnäytetyö lisäsi ammatillista kasvua. Projektinhallinta ja vastuuntunto lisääntyivät työn aikana. Teoriatieto vulvodynian tunnistamisesta, tutkimisesta ja hoitamisesta sekä potilaan ohjaamiseen liittyvä tieto karttui työn edetessä. Teoriatietoa kerätessämme huomasimme, että sitä on hyvin vähän tai se on vanhempaa. Oma aktiivisuutemme lähdetietojen keräämisessä ja potilasoppaan laatimisessa opetti meille moniammatillisia yhteistyötaitoja ja kasvatti itseluottamusta.

Sairaanhoitajan työnkuvan laajuus vuovodyniapotilaan kanssa työskennellessä yllätti. Sairaanhoitaja on usein juuri se ensimmäinen henkilö, jolle potilas tulee kertomaan vaivoistaan. Hänen tulee osata tunnistaa vulvodynian oireet, ohjata potilasta

itsehoidossa, seksuaaliosioissa ja tarvittaessa myös osattava konsultoida esimerkiksi perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon lääkäriä tai fysioterapeuttia. Osana moniammatillista työryhmää toimiva sairaanhoitaja saattaa olla myös potilaan ainoa henkinen tuki esimerkiksi tutkimustilanteissa. Tämä kaikki on sairaanhoitajan osattava nähdä kokonaisuutena ja muutettava toimintatapojaan siten, että potilas tulee kokonaisvaltaisesti hoidettua.

10.2 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Opinnäytetyömme tulee käyttöön Pohjois-Karjalan keskussairaalan naistentautien poliklinikalle ja voimme halutessamme levittää sitä kaikkiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin yksiköihin. Jatkokehitysehdotuksena opasta voi kehittää äänitteeksi tai videoksi, tehdä kyselytutkimuksen sen vaikuttavuudesta tai perustaa Itä-Suomen alueelle vertaistukiryhmän. Vulvodyniaa sairastaville on olemassa Suomessa vain yksi vertaistukiryhmä, jonka konkreettista sijaintia ei tiedetä. Vertaistukiryhmällä on omat verkkosivustonsa, mutta siellä ei mainita toimipaikkaa. Jäseniä ryhmässä on tällä hetkellä 184, ja siihen voi liittyä anonyymisti. Tapaamisista ryhmä sopii postin ja chatin välityksellä.

10.3 Eettisyys ja luotettavuus

Sairanhoitajan ammattietiikkaan kuuluu vastuu sekä oman ammatillisuuden että hoitotyön kehittämisestä. Ammattiaan harjoittaessaan hänen on toimittava eettisesti ja suositeltava eettisesti oikeaa toimintaa. Tämän projektin myötä osaamisemme vulvodyniasta, naisen seksuaalisuudesta ja niihin liittyvästä ohjauksesta karttui. Potilasoppaaseen ja tähän opinnäytetyöhön kirjoittamamme tieto on tarkistettua ja todistettua faktaa. Sairanhoitajan pääasiallisena tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen, ja niihin tulee pyrkiä potilaan taustoista, kulttuurista, rodusta tai poliittisesta mielipiteestä huolimatta. (Hietanen, Holmia, Kassara, Ketola, Lipponen, Murtonen & Paloposki 2006, 24 - 25.) Omalta osaltamme olemme pyrkineet tukemaan potilaan omia voimavaroja ja parantamaan hänen elämänsä laatua tekemällä potilasoppaan, jonka positiivinen sävy kannustaa ja

motivioi potilasta hoitamaan itse itseään. Opasta voidaan käyttää kaikkien naisten ja heidän läheistensä ohjaamisessa. Tosin suomenkielinen opas ei palvele vieraskielisiä samalla tavalla ilman, että se käännetään vieraalle kielelle. PKSSK:n naistentautien poliklinikan eettisyydestä riippuu, kuinka usein he opasta päivittävät, jotta tieto siinä pysyy ajantasaisena ja hoitotyön laatu näin mahdollisimman hyvänä. Ammattietiikkaan kuuluu myös, että työkaverit tukevat toinen toisiaan (Hietanen ym. 2006, 25). Opinnäytetyöprojektin aikana haimme muiden ammattikuntien asiantuntemusta, jotta saimme tehtyä oppaasta mahdollisimman hyvin potilaita palvelevan.

Opinnäytetyömme luotettavuutta tukee työssämme mahdollisuuksien mukaan tuoreiden tutkimustietoon perustuvien lähteiden käyttäminen ja sekundäärilähteiden välttäminen. Olemme työstäneet opinnäytetyötä huolellisesti ja vastuullisesti, emmekä ole plagioineet mitään. Lähteet olemme valikoineet kriittisesti siten, että ne tukevat työtämme. Lähdeviitteet on merkitty tarkasti. Toimeksiantaja on pyynnöstämme arvioinut ja kommentoinut opinnäytetyötämme prosessin edetessä. Potilasopasta esiteltiin naistentautien poliklinikalla kuukauden ajan, jotta voimme tarvittaessa muuttaa sitä paremmin vastaamaan tarpeita. Oppaan on tarkastanut ja hyväksynyt ylilääkäri Jaana Fraser. Teimme toimeksiantajan kanssa ohjaussopimuksen sekä sopimuksen, joka koskee työmme tekijänoikeuksia. Tekijänoikeussopimuksen mukaan potilasoppaan päivitys- ja käyttöoikeus on toimeksiantajalla. Tekijänoikeus säilyy meillä, mikä antaa meille mahdollisuuden tuotteistaa tekemämme potilasopas ja markkinoida sitä esimerkiksi perusterveydenhuoltoon tai muille julkisille ja yksityisille poliklinikoille. Sopimuksessa olemme myös sopineet oppaan toimituksesta.

Lähteet

- Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). 2007. Ulkosynnyttinten kiputilaa hoidettu tuloksetta Hyksissä.
www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,15714,19395. 16.4.2012.
- Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, H.-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Hiivasyndrooma oireet, hoito ja ruokavalio. 2009 - 2011.
<http://www.hiivasyndrooma.com/ruokavalio>. 11.4.2012.
- Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Jernfors, V., Rekonen S. & Paavonen J. 2004. Fysioterapia yhdyntäkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. Suomen Lääkärilehti 59 (20), 2141-2144.
- Joogakeskus Himalaja. Mitä jooga on? <http://www.himalaja.fi/jooga.htm>. 18.9.2012.
- Julkunen, R. 2006. Hiivasyndrooma- tarua vai totta? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122 (3), 287-94 <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>. 4.4.2012.
- Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. 2013. Kongnitiivinen psykoterapia on tavoitteellista yhdessä tutkimista.
http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4. 22.1.2013.
- Laitila, R. 2006. Munuais kivert. Yle TV 1. Akuutin lääkäriarkisto.
<http://yle.fi/vintti/yle.fi/akuutti/laakariarkisto/munuaiskivet.htm>. 20.9.2012.
- Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti (2), 6-7.
- Osara, E. 2013. Luontainen terveys. Kapryylihapo.
<http://luontainenterveys.fi/index.php/tuotteet/kapryylihapo/>. 11.4.2012.
- Metts, J. 1999. Vulvodynia and Vulvar Vestibulitis: Challenges in Diagnosis and Management. American Family Physician 59 (6)
- Metts, J. & Smoots, E. 1999. Vulvodynia. American Family Physician 15;59 (6), 1547-1556. <http://aafp.org/afp/1999/0315/p1561.html>. 10.4.2012.
- Mäyränpää, M. (toim.). 2007. Terapia Fennica. Jyväskylä: Gummerus.
- Paavonen, J. 1995. Vulvodynia- vulvan kosketusarkuus. Duodecim 111 (13), 1237-1241. <http://www.helsinki.fi/~jpaavone/artik2.html>. 11.4.2012.
- Paavonen, J. 2009 Vulvodynia. Terveysportti. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=vulvodynia. 11.4.2012.
- Paavonen, J., Tommola, P. & Unkila-Kallio, L. 2012. Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 91 (2012), 1086-1093.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri Tampereen yliopistollinen sairaala. 2012. Yhdessä terveyttä. Vulvodynia. ulkosynnyttimien kipuoireyhtymä. Ohjevihkonen

- potilaalle ja hänen kumppanilleen. 2012.
<http://www.tays.fi/download.aspx?ID=12301&GUID=%7B4F05DEE8-CBF0-42D0-895D-8C8CF9E3053E%7D>. 13.9.2012.
- Reunala, T., Paavonen, J. & Rostila, T. 2003. Sukupuolitaudit. Helsinki: Duodecim.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Suomen vyöhyketerapeutit ry. 2010. Vyöhyketerapiahoito.
<http://suomenvyohyketerapeutit.fi/>. 20.9.2012.
- Syöpäjärjestöt. 2010. Interferonihoito.
<http://www.cancer.fi/tietoasovasta/hoidot/interferonihoito/>. 22.1.2013.
- Tiitinen, A. 2012. Vulvodynia (naisen sukuelinten kipu) Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00650&p_haku=vulvodynia. 18.9.2012.
- Tolonen, M. 2012. Tohtori Tolonen. Berberiinin esittely.
<http://www.tritolonen.fi/index.php?page=articles&id=224>. 11.4.2012.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi
- Väestöliitto. 2009. Seksuaalisuus. Kipu ja seksuaalisuus.
http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/naiset/ongelmia_haasteita_sairauksia/seksuaalisuus_seksi_ja_sairaudet/kipu_ja_seksuaalisuus. 15.5.2012.

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	PKSSK, NAISTENTAUTIEN POLIKLINIKKA
Toimeksiantajan edustaja:	PÄIVI LUUKKAINEN
Osoite:	TIKKAMÄENTIE 16, 50210 JOENSUU
Puhelinnumero:	050 431 9234
Sähköposti:	Päivi.Luukkainen@pkssk.fi

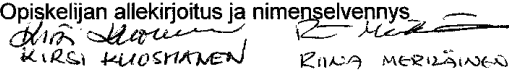
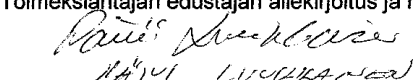
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	HOITOTYÖ KOUKUTUSOHJELMA
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1000054, 1000061 ANNA-RIINA MERILÄINEN JA KIRSI KUUSMANEN
Puhelinnumero:	RIINA: 050 556 7702, KIRSI: 044 5291270
Sähköposti:	Anna-Riina.T.Merilainen@edu.pkamk.fi, Kirsi.Kuusmanen.2@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	
KÄYTTÖ- JA PÄÄTYSOIKEUDET	

Opiskelijan sitoumukset	
TEKIJÄN OIKEUS DEADLINE 31.3.2013, YHTEYDENOTTO TAPAAMISESTA TOIMEKSIANTAJAN 1x/KK. VALMIIN MATERIAALIN TUOTTEISTAMINEN JA MARKKINOINTI.	

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	HILKKA SIDOROFF

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

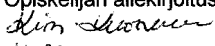
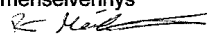

Allekirjoitukset	
Päiväys 22.5.2012	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys  KIRSI KUUSMANEN RIINA MERILÄINEN
Päiväys 22.5.2012	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys  PÄIVI LUUKKAINEN

OPINNÄYTETÖN AIHE- JA OHJAUSLOMAKE



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN AIHE- JA OHJAUSLOMAKE

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
Opiskelijannumero(t) ja nimi(et):	100054, 100061 ANNA-RIINA MERILÄINEN JA KIRSI KUOSMANEN
Puhelinnumero:	RIINA: 050 556 7702, KIRSI: 044 529 1270
Sähköposti:	Anna-Riina.T.ieriainen@edu.pkamk.fi Kirsi.kuosmanen.2@edu.pkamk.fi
Opinnäytetyön tiedot	
Aihe:	VUUVODYNIA JA SEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN
Tavoite ja lähestymistapa:	POTILASOHJE
Tavoiteaikataulu:	OPN SUUNNITELMA 5/2012, SEMINARI 12/2012
Toimeksiantajan tiedot	
Toimeksiantaja:	PKSSK, NAISTENTALDEN POLIKLINIKKA
Toimeksiantajan edustaja:	PÄIVI LUUKKAINEN
Osoite:	TIKKAMÄENTIE 16, 50210 JOENSUU
Puhelinnumero:	050 431 9234
Sähköposti:	paivi.luukkainen@pkssk.fi
Opinnäytetyön ohjaus ja tarkastus	
Ohjaaja(t):	HILKKA SIDOROFF
Tarkastaja(t):	
Esitän opinnäytetyön aiheen hyväksymistä ja sitoudun ilmoittamaan muutoksista	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys  KIRSI KUOSMANEN  RIINA MERILÄINEN
Opinnäytetyön aiheen hyväksyminen	
Päiväys	Koulutusohjelman edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys  HILKKA SIDOROFF

OPINNÄYTETYÖPÄIVÄKIRJA

pvm	ideointi, suunnittelu (esim. taustatietoihin tutustuminen)	yhteydenotot (esim. tutustumiskohteet)	kokoukset (esim. suunnittelu- kokoukset muiden opiskelijoiden/ projektin edustajien/ ohjaajien/ muiden yhteistyökumppanei den kanssa)	projektin raportointi (esim. projekti- suunnitelman/ projektiraportin tai muiden kirjallisten tuotosten laatiminen)
Joulukuu 2011	Opinnäytetyön 0-info			
11.1.12	Opinnäytetyön 1-info			
13.1.12			Tapaaminen toimeksiantajan kanssa. Puhuttu aiheen valinnasta ja siitä että saadaan paljon itse vaikuttaa. Sovittu seuraavasta tapaamisesta: otetaan itse yhteyttä kun olemme varmoja aiheestamme.	
17.1.12			Tapaaminen opinnäytetyökoordi- naattorin kanssa. Puhuttu tekijänoikeuksista, kustannuksista ja aiheemme laajuudesta.	
19.1.12	Theseus- ja Joel- tietokannoista opinnäytetöiden etsimistä			
20.1.12	Opinnäytetyön aihesuunnitelman teko ja palautus moodleen.			
2.2.12	Seminaarin seuraaminen: Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen sydänpotilaan neuvonnassa			
10.2.12			Pienryhmätapaami- nen: Seuraavat tapaamisajat sovittu, Aiheista keskustelua, mistä aloittaa työstäminen mm. sisällön ja johdannon aloitus. Pohtia miksi aihe on tärkeä?	

OPINNÄYTETYÖPÄIVÄKIRJA

15.3.12	Seminaari esitysten seuraaminen x2: - Vegaaniäidin ravitsemusohjaus - Klamydiapotilaan hoitopolku			
4.4.12				Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen, taustatietojen kirjoittaminen
5.4.12				Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen
10.4.12				Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen
11.4.12				Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen
16.4.12		Yhteydenotto Hyvinkään Vulvapoliklinikkaan tutustumiskäynnin järjestämisestä		
18.4.12		Yhteydenotto Kuopion yliopistollisen sairaalan naistenpkl:lle + Yhteydenotto toimeksiantajaan, sopiminen seuraavasta tapaamisajasta: sopimuksen laatiminen ja sisällön tarkistus		
23.4.12			Pienryhmä-tapaaminen	
24.4.12				Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen
27.4.12	Seminaari esitysten seuraaminen x 2			
15.5.12		Suunnittelua aikatauluista + toimeksiantajan yhteydenoton odottamista		Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen
16.5.12				Opinnäytetyön suunnitelman viimeinen viilaus ja lähetys moodleen odottamaan hyväksymistä
22.5.12			Tapaaminen toimeksiantajan kanssa: sopimusasiat, suunnitelman	

OPINNÄYTETYÖPÄIVÄKIRJA

			näyttäminen, keskusteltu tutustumiskäynnistä Hyvinkäälle	
30.5.12			Pienryhmä- tapaaminen	
5.6.12				Opn suunnitelman korjausta ja lisäystä + lähetyks moodleen
30.8.12		Yhteydenotto Hyvinkään Vulvapoliklinikkaan tutustumiskäynnin järjestämisestä	Pienryhmä- tapaaminen, oman aiheen esittäminen	
4.9.12		Sovittu tutustumispäivä Vulvapäiville Hyvinkäälle		
6.-7.9.12		Tutustumiskäynti Hyvinkäälle		
11.- 12.9.12	Opinnäytetyön sisällön suunnittelu ja lisämateriaalin etsiminen	Yhteydenotot sähköpostilla: naistentautien pkl PKSSK, vulvapkl HUS, fysioterapia PKSSK, Jorma Paavonen HUS		
13.9.12		Yhteydenotot sähköpostilla: Virva Nyyssönen (suunnitelma lähetetty kommentoitavaksi) ja (kipupoli) PKSSK	Tapaaminen PKSSK:n erikoislääkäri Virva Nyyssösen kanssa.	Opinnäytetyön kirjoittaminen.
17.9.12		Yhteydenotto sähköpostilla: Virva Lähelmä HUS ja Jorma Paavonen HUS		Opinnäytetyön kirjoittaminen
18.9.12		Yhteydenotto: Marika Venäläinen (Ravitsemusterapeutti)		Opinnäytetyön kirjoittaminen
19.9.12				Opinnäytetyön kirjoittaminen
20.9.12				Opinnäytetyön kirjoittaminen
27.9.12		Yhteydenotto: Dioista kyselyä ja Laserhoidosta (HUS), OPN-reakaversio lähetetty naistentautienpkl:lle ja Lääkäri Virva Nyyssöselle (PKSSK) kommentoitavaksi.		Opinnäytetyön kirjoittaminen
28.09.12				Opinnäytetyön kirjoittaminen
3.10.12			Tapaaminen PKSSK:n seksuaaliterapeutin	

OPINNÄYTETYÖPÄIVÄKIRJA

			kanssa	
4.10.12		Yhteydenotto: PKSSK:n lääkäri Virva Nyssönen tilastoista kysely, JNS Terv.hoitajalta tilastoista kysely, PKSSK:n Kipupkl:n osastonhoitajalta & Fys.ter.tapaamisaikaa kysely. Paavosen Jormalle laitettu materiaaleista muistutusta.		Opinnäytetyön muokkaaminen ja tulostaminen
15.10.12		Yhteydenotto: PKSSK:n lääkäri Virva Nyssönen Tilastoista kysely, Kipupkl:n osastonhoitajalta & Fys.terapeutilta tapaamisaikaa kysely.		
17.10.12			Pydyetty graafisen suunnittelun opiskelijaa Sonja Sorsaa suunnittelemaan meille potilasohjeen ulkoasun. Ideointia hänen kanssaan.	
18.10.12				Opinnäytetyön muokkaaminen ja kirjoittaminen
22.10.12		Opn:n lähettäminen moodleen ja toimeksiantajalle kommentoitavaksi.		
24.10.12			Pienryhmä- tapaaminen	
1.11.12		Sovittu tapaaminen pkssk:n fyser. kanssa (haastattelu). Saatu pkssk:n lääkäriltä tilastotietoja sähköpostilla.		Potilasoppaan suunnittelu (tekstit + kuvat) Sonja Sorsan kanssa sähköpostien välityksellä
5.11.12	OPN 3-info			
15.11.12		Toimeksiantajan kanssa sovittu tapaamisaika sähköpostilla		Potilasoppaan suunnittelu ja lähetys Sonjalle
2.12.12				Potilasoppaan hakeminen Sonjalta ja siihen liittyen keskustelua tietokoneohjelmista
3.12.12			Tapaaminen toimeksiantajan kanssa,	

OPINNÄYTETYÖPÄIVÄKIRJA

			potilasoppaan esittelemineen tiimille. Esite jätetty palautetta varten osastolle.	
10.12.12			Potilasoppaan + palautteen haku toimeksiantajalta. Tapaaminen PKSSK:n Fysioterapeuttien kanssa.	Oppaan muokkaaminen Sonjan kanssa
13.12.12				Potilasoppaan korjaaminen ja tulostaminen. Sähköpostilla oppaan lähetys toimeksiantajalle
17.12.12			Pienryhmätapaaminen	Extempore vierailu naistentaut. pkl + hallinnossa ja monistamossa
9.1.13			Pienryhmätapaaminen	
10.1.13			Puhelu toimeksiantajan kanssa	Raportin kirjoittaminen
14.1.13				Raportin kirjoittaminen
16.1.13				Raportin kirjoittaminen ja lähetys ohjaavalle opettajalle
22.1.13				Raportin kirjoittaminen
23.1.13			Tapaaminen toimeksiantajan kanssa: Oppaasta palaute	
28.1.13				Raportin viimeistely ja lähetys opettajalle ja vertaisarvioijille
31.1.13		Sähköpostia toimeksiantajalle tapaamisajasta + oppaan lähetys		Opinnäytetyön esitys + raporttia korjattu
4.2.13		Opas poltettu CD-levyille (4kpl)	Pienryhmätapaaminen	Raportin viimeistely. Kuvan lisäys.
5.2.13				Opn lähetetty suomenkielen opettajalle tarkastettavaksi
14.2.13				Opn korjattu suomenkielenopettajan antamien ohjeiden mukaan. Abstract tehty ja

OPINNÄYTETYÖPÄIVÄKIRJA

				lähetetty englanninkielenopettajalle tarkastettavaksi.
19.2.2013				Abstract palautunut tarkastettuna. Opn lähetetty urgundiin.
1.3.2013				Opn lähetetty tarkastajalle. Ilmoittautuminen kypsyysnäytteeseen.
22.3.2013				Kypsyysnäyte
			Tapaaminen toimeksiantajan kanssa: opn-raportin ja opas-cd:n luovuttaminen	Opn palautunut tarkastajalta.
				Opn julkaistu Theseuksessa.
				Opn-raportin kansitus kirjastoon ja itsellemme.



Pieni potilasopas

Vulvodynia

eli ulkosynnyttimien kipuoireyhtymä



© Tekijät:

Sairaanhoidajaopiskelijat

Kirsi Kuosmanen ja Anna-Riina Meriläinen

Grafiikka: Sonja Sorsa

Tarkastanut:

Ylilääkäri Jaana Fraser

Tämän potilasoppaan tarkoituksena on lisätä tietoa vulvodyniasta. Se on tarkoitettu kaikille naisille, heidän läheisilleen ja hoitohenkilökunnan ohjauksen tueksi. Opas sisältää tietoa yleisesti vulvodyniasta, oireista, hoitoon hakeutumisesta, hoidoista, vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja lisätiedon hakemisesta.

YHTEYSTIEDOT:



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Naistentautien poliklinikka

B-siipi, 3. kerros
p. 013 171 3090

Soittoajat:

Ma - to	8.00 - 10.00 12.30 - 15.00
Pe	9.00 - 10.00 12.30 - 15.00

Fysioterapian poliklinikka

C-siipi, P-kerros
p. 013 171 2909

Soittoajat:

Ma-to	7.00 - 15.00
Pe	7.00 - 13.00

MISTÄ LISÄTIETOA?

Kirjallisuus:

Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.

Internet:

Ensitetieto vulvodyniasta: www.vdopas.com
Vulvodynia: <http://www.terve.fi/vulvodynia/vulvodynia>

Vertaistukiryhmätoiminnan postituslista:

<http://health.groups.yahoo.com/group/vd-ryhma/>

KÄRSINKÖ ULKOSYNNYTTIMIEN OIREYHTYMÄSTÄ?

Tavallisin oire on kipu. Kivun voi kohdistaa tiettyihin kohtiin ulkosynnyttimissä. Kuukautiskipu saattaa olla voimakkaampaa, epämääräistä alaruumiiseen säteilevää esim. peräaukon, ristiselän tai reisien kipua.

Yhdyntäkipu voi ilmetä yhdynnän jälkeen vasta seuraavana päivänä voimakkaana kipuna.

Lääkäri määrittää vaivan sulkeamalla pois sukupuolitaudit ja muut haavaiset naisen ulkoisten sukupuolielinten taudit ja tulehdukset. Tarvittaessa konsultoidaan ihotautilääkärää.



JÄIKÖ JOKIN ASIA HUOLESTUTTAMAAN TAI EPÄSELVÄKSI?

Mikäli sinulle heräsi jotain kysyttävää niin toivomme sinun kirjoittavan ne alla olevaan luetteloon. Leikkaa tämä osa irti ja anna naistentautien osaston hoitajille ja saat heiltä lisätietoa.



VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN

Vulvodynian vaikutus seksuaalisuuteen, seksiin ja parisuhteeseen voi olla merkittävää. Se vaikuttaa omaan minäkuvaan ja kykyyn nauttia omasta seksuaalisuudesta. Kivun tunne, luonne ja esiintyminen on syytä tunnistaa, jotta sopiva hoitomuoto löytyisi. Sairaus ei hävitä seksuaalisuutta ja sen kanssa voi oppia elämään itsehoidolla ja seksuaaliohjauksen avulla. Parisuhteessa kumppanin kanssa etsitään ja kokeillaan itselle sopivaa seksin muotoa yhdynnän tilalle tai sen lisäksi.

Usein sairastuminen herättää seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä, joista on mahdollista keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.

MIKÄ ON VULVODYNIA?

Vulvodynia -nimitys on käsitteenä laaja ja siihen liittyy useita alatyyppejä. Vulvodyniassa esiintyy kroonista kiputilaa ja se voi olla kirvelyä, pistävää, viiltävää tai polttavaa kuumotusta tai kosketusarkuutta ulkosynnyttimissä tai emättimen etuosan alueella. Vaivan aiheuttajaa ei tunnetta ja sitä on joskus vaikea diagnosoida. Lisäksi vaiva on arkaluonteinen, eikä siitä ole helppo puhua. Tämän vuoksi hoitoon hakeutuminen voi jäädä.



MITÄ VOIN ITSE TEHDÄ?

Kokeilemalla rohkeasti erilaisia hoitokeinoja, opit arvioimaan ja hallitsemaan kipua sekä löytämään itsellesi parhaan mahdollisen hoidon.

Suosi:

- peseytymistä enintään kerran päivässä pelkällä vedellä, koska ihonhoito on erityisen tärkeää.
- ihonhoitoöljyjä ja voiteita, joita voi sivellä kipeisiin kohtiin. Ne voivat parantaa limakalvojen kuntoa ja helpottaa kipua.
- 100% puuvillaa alusasuisissa, tamponeissa, siteissä ja pikkuhousunsuojissa.
- väljiä ja mukavia vaatteita.
- uusien alusvaatteiden pesua tai huuhtelua ennen käyttöönottoa.
- erilaisia rentoutumisharjoituksia kuten joogaa, meditaatiota ja hengitysharjoituksia.
- kipupäiväkirjan ylläpitämistä, johon voit merkitä omia kokeilujasi, tuntemuksiasi ja havaintojasi kivusta ja hoitojen tehoavuudesta. Se auttaa myös lääkäriä seuraamaan lääkehoidon, fysioterapian, oma- ja itsehoidon vaikuttavuutta.

Opettele:

- tunnistamaan ja rentouttamaan lantionpohjan lihaksiasi, näin kivut lievittyvät.

Vältä:

- ihoärsytystä aiheuttavien aineiden kuten saippuan, hajusteiden, kylpyöljyjen sekä ehkäisyvälineiden käyttöä.
- kiristäviä, hankaavia tai märkiä vaatteita. Märässä uima-asussa istuminen voi lisätä oireita mahdollisten epäpuhtauksien, kosteuden ja hankauksen takia.
- alapesuissa suihkun painetta.



MITÄ HOITAJA VOI TEHDÄ?

Hoito on oireenmukaista ja se toteutetaan aina yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Hoitaja ohjaa sinua kokeilemaan itsehoito-ohjeita omatoimisesti sekä tarvittaessa seksuaaliterapeutin seksuaaliohjaukseen ja -neuvontaan, psykiatrisen sairaanhoitajan tai fysioterapeutin vastaanotolle.

Hoitona käytetään ehkäisytablettien lopettamista tai toisen ehkäisytyypin etsimistä, lääkkeitä tai hiivainfektioon tarkoitettuja voiteita. Estrogeeni- ja puuduttavat voiteet sekä kortisonivoiteet ja -pistokset saattavat vähentää kipua. Muita menetelmiä ovat mm. fysioterapia, jäädytyshoito, akupunktio, vyöhyketerapia ja sähköstimulaatiohoito. Leikkaus on viimeinen hoitokeino, mikäli muut keinot eivät auta.

MITEN HAKEUDUN HOITOOON?

Oma lääkärisi tekee lähetteen PKSSK:n naistentautien poliklinikalle erikoislääkärille, josta sinut tarvittaessa ohjataan fysioterapiaan, seksuaaliohjaukseen ja/tai kipupoliklinikalle. Itsehoito-ohjeet kulkevat mukana koko hoidon ajan ja niitä muutetaan tarpeen mukaan. Siksi on tärkeää, jotta pitäisit omatoimisesti kipupäiväkirjaa.

