

EMÄTTIMEN KIPUTILAT

Tietoa hoitajille

Luisa Berg ja Maija Ikonen

EMÄTTIMEN KIPUTILAT

Tietoa hoitajille

Luisa Berg ja Maija Ikonen
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Berg, Luisa & Ikonen, Maija. Emättimen kiputilat – Tietoa hoitajille. 51 sivua, 1 liite. Kirjallisuuskatsaus. Kevät 2014, Diakonia- ammattikorkeakoulu, Helsingin toimipaikka, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Emättimen kiputilalla tarkoitetaan esimerkiksi vulvodyniaa, joka on krooninen, etiologialtaan tuntematon emättimenseudun kipusairaus. Tutkimusten mukaan 6–13 % naisista on kärsinyt siitä jossain vaiheessa elämäänsä. Kiputiloja voivat aiheuttaa myös erilaiset sairaudet, rakenteelliset poikkeamat, iän tuomat muutokset ja synnytykset. Tutkimustilanne voi olla emättimen kiputilapotilaalle kivulias ja epämiellyttävä. Näiden potilaiden hoito ja kohtaaminen vaatii hoitajalta tietoa ja osaamista.

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata emättimen kiputiloja ja niistä kärsivän naisen hyvää hoitoa ja kohtaamista potilastyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitohenkilökunnan tiedon lisääminen ja sen kautta potilaiden hoidon entistä parempi laatu. Opinnäytetyön tilaaja oli Kättilöopiston sairaalan naistentautien poliklinikka.

Opinnäytetyön aineisto koottiin kirjallisuudesta. Aineisto muodostui kuudesta englanninkielisestä ja yhdestä suomenkielisestä julkaisusta. Hakusanoina käytettiin englanninkielisiä fraaseja ”pain clinics” ja ”vulva diseases”. Käytetyistä julkaisuista kuusi löytyi Ebsco-tietokannasta ja yksi manuaalisella haulla.

Kirjallisuuskatsauksesta selvisi, että emättimen kiputilapotilas hyötyy hoitohenkilökunnan empaattisesta ja aikaa antavasta kohtaamisesta myös silloin, kun varsinainen hoito ei auta kiputilaan. Emättimen kiputiloihin on tarjolla paljon eri hoitokeinoja, mutta oikean keinon löytäminen voi olla haasteellista. Tärkeää on, että potilaan kuvaamaa kipua pidetään todellisena asiana.

Kirjallisuuskatsauksesta kävi ilmi, että emättimen kiputilapotilaan seksuaalisuutta ei huomioida riittävän usein. Suurin osa potilaista ei kehtaa ottaa asiaa itse puheeksi. Hoitajien lisäkoulutuksella voitaisiin taata emättimen kiputilapotilaalle kokonaisvaltaisempi hoito.

Asiasanat: emätin, vulvodynia, naistentaudit, kipu, seksuaalisuus, kohtaaminen hoitotyössä

ABSTRACT

Berg, Luisa & Ikonen, Maija. Vaginal pain – Information for nurses. 51 pages, 1 appendix. A literature review. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2014. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

Vaginal pain can mean for example vulvodynia, which is a chronic, aetiologically unknown disease in the vagina. According to researches 6–13 % of women has suffer from it at some point of their lives. Pain can be also caused by some illnesses, structural anomalies, age changes and deliveries. Women who suffer from vaginal pains need special attention at the doctor's practice. The vaginal examination can be very painful and uncomfortable. The approach and treatment of these kinds of patients requires knowledge and experience from the nurse.

The purpose of this thesis was to describe the different kinds of pain occurring in vaginas and how to treat and approach these patients that suffer from vaginal pains. This thesis is meant for the support and guidance to those people who work with these kinds of patients. The aim is to increase the knowledge of nurses within this specific area, and therefore resulting in improved quality in the treatment and healthcare of patients. The subscriber of this thesis is Kätilöopisto Maternity Clinics Gynecological Outpatient Clinic.

The material of this thesis is gathered from the literature. The material consists of seven articles. Six of these were written in English and one in Finnish. Phrases used for literature searches were "pain clinics" and "vulva diseases". Six of the scientific journals were found from the Ebsco database and one with a manual search.

The results from the literature review show that patients with vaginal pains benefit from an empathic and patient encounter with the nursing staff, even when the essential treatment does not relieve the pain. There are lots of different kinds of treatments to vaginal pain but finding the right one can be difficult. Eventually the most important thing is to believe patient and her pain.

The literature review shows that the sexuality of a vaginal pain patient is not observed enough. Major part of these patients does not dare to bring up their sexuality. Providing further education to nurses could ensure the holistic care to a vaginal pain patient.

Keywords: vagina, vulvodynia, gynecological diseases, pain, sexuality, confronting in nursing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 EMÄTTIMEN KIPUTILAT	8
2.1 Vulvodynia	8
2.1.1 Vulvan vestibuliittioireyhtymä	8
2.1.2 Neuropaattinen vulvodynia	10
2.2 Synnytyksen aiheuttamat emättimen kiputilat	11
2.3 Ikääntymisen aiheuttamat emättimen kiputilat	13
2.4 Muut kiputilat	14
2.4.1 Sukupuolielinten rakenteellinen poikkeavuus	14
2.4.2 Syövän ja syöpähoitojen aiheuttamat emätinongelmat	14
2.4.3 MS-taudin ja fibromyalgian aiheuttamat emätinongelmat	15
2.4.4 Ulkosynnyttimien ihosairaudet	16
3 EMÄTTIMEN KIPUTILAPOTILAAN HOITOMUODOT	18
3.1 Vulvodynian itsehoito	18
3.2 Fysioterapia	19
3.3 Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä	20
3.4 Lääkkeellinen hoito	22
3.5 Kirurginen hoito	24
4 HOITAJA EMÄTTIMEN KIPUTILAPOTILAAN OHJAAJANA	25
4.1 Kipu aistina ja tuntemuksena	25
4.2 Kipu psyykkisenä tekijänä	25
4.3 Hoitosuhteen rakentuminen	26
4.4 Hoitaja yhdyntäkivun kartoittajana	28
4.5 Kipupäiväkirja	28
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
6.1 Kirjallisuuskatsaus	31
6.2 Aineiston valintakriteerit ja yleiskuvaus	32

6.3 Aineiston analyysi ja tulkinta.....	34
7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	36
7.1 Emättimen kiputilapotilaan hoitotyön haasteet	36
7.2 Emättimen kiputilapotilaan hoito moniammatillisessa tiimissä.....	37
8 POHDINTA	41
8.1 Kirjallisuuskatsauksen tulosten tarkastelua	41
8.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus.....	43
8.3 Ammatillinen kasvu	44
LÄHTEET.....	46
LIITE 1: Tutkimustulokset	52

1 JOHDANTO

On arvioitu, että ikäryhmästä riippuen 6–13 % naisista on jossain vaiheessa elämänsä kärsinyt emättimen kiputilasta. Kroonista, etiologialtaan tuntematonta joko emättimen eteisessä tai koko ulkosynnyttimien alueella esiintyvää kiputilaa kutsutaan vulvodyniaksi. (Paavonen 2013.) Erilaisia emättimen kiputiloja voivat aiheuttaa lisäksi sairaudet, kuten syöpä, MS-tauti, fibromyalgia tai ihosairaudet, rakenteelliset poikkeavuudet, synnytys sekä vaihdevuodet. Kipu on aina ihmisen elämänlaatuun negatiivisesti vaikuttava seikka. Siksi hoitohenkilökunnan on tärkeää suhtautua siihen vakavasti.

Emättimen kivusta kärsivä potilas on usein väärin ymmärretty ja laiminlyöty terveydenhuollossa. Lääketiede on ohjautunut näkemään selkeät sairaudet, jotka ovat todettavissa kuvantamalla tai erilaisin näytein, ja joita voidaan hoitaa lääkein tai kirurgisin menetelmin. Kipua sairastavaa saatetaan pitää turhan herkkänä tai hankalana potilaana, joka kuvittelee oireensa. Potilas saattaa joutua odottamaan diagnoosia ja oikeanlaista hoitoa jopa vuosia. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan asiantunteva ja empaattinen suhtautuminen emättimen kiputilapotilaaseen on merkittävä tekijä potilaan kipukokemuksen ja paranemisen suhteen. Mikäli kipupotilaalle annetaan aikaa ja tähän suhtaudutaan empaattisesti, potilas kokee elämänlaatunsa parantuneen, vaikka annettu hoito ei olisi auttanutkaan. Myös potilaan tieto hoitohenkilökunnan tiimityöskentelystä vaikuttaa tämän kokemukseen hoidosta positiivisesti.

Emättimen kiputila voi synnyttää joukon muita ongelmia esimerkiksi seksuaalisuuden alueelle. On tutkittu, että suurin osa vastaanotolle tulevista naisista haluaisi puhua seksuaaliongelmista, mutta ei kehtaa tai uskalla ottaa asiaa puheeksi. Henkilökunnalta puolestaan puuttuu usein aikaa ja osaamista kysyä potilaalta seksuaalisuusasioista. Seksuaaliterapia on tutkitusti tehokkaampaa, mikäli sen tarkoitus on käyty potilaan kanssa yhdessä läpi jo lähetevaiheessa. Ei siis ole perusteltua jättää keskustelua seksuaalisuudesta käymättä, vaikka potilas olisikin menossa seksuaaliterapiaan.

Tämän opinnäytetyön perusteella hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus saada kuva emättimen kiputiloista kärsivien potilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kyetä ottamaan suurempi rooli potilasryhmän tukemisessa vastaanotolla. Opetusministeriön (2006, 65) laatimassa Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon -selvityksessä edellytetään hoitajan kykenevän toteuttamaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Lisäksi hoitajien edellytetään osallistuvan potilaan terveyden edistämiseen, sairauden hoidon tukemiseen sekä itsehoidon ohjaukseen. Kirjallisuuskatsauksen teorian sekä tulosten perusteella voi selkeästi nähdä, että potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen on merkityksellisimpiä asioita hoidossa. Emättimen kiputilasta kärsivän potilaan kohtaaminen, hoitaminen ja tukeminen ovat sairaanhoitajalle tietoa ja taitoa vaativa työtilanne. Vaikka oman työn rajaaminen ja muiden ammattiryhmien konsultointi tarpeen vaatiessa on tärkeää, tulee sairaanhoitajalla silti olla emättimen kiputilapotilasta hoitaessa tilan-
netajua ja laajaa tietämystä kyseisen potilasryhmän hoidosta.

2 EMÄTTIMEN KIPUTILAT

2.1 Vulvodynia

Vulvodynialla tarkoitetaan ulkosynnyttymien kiputilaa, jossa kipu ilmenee muun muassa kirvelynä ja kosketusarkuutena. Sairauden syy on tuntematon, mutta 6–13 % naisista on arvioitu kärsivän vulvodyniasta jossain vaiheessa elämäänsä. Pahimmillaan oireet voivat heikentää potilaan elämänlaatua, aiheuttaa mielialamuutoksia sekä tuoda ongelmia parisuhteeseen. Diagnoosi tapahtuu muiden vulvan alueen sairauksien poissulkemisella sekä potilaan taustatietojen ja oireiden perusteella. (Paavonen 2013.)

Vulvodynia luokitellaan kahteen tyyppiin, joista hermoperäistä eli neuropaattista kiputilaa kutsutaan dysesteettiseksi vulvodyniaksi. Tästä hermoperäisestä kiputilasta voidaan käyttää myös nimitystä essentiaalinen vulvodynia tai pudendaa-lineuralgia. Kipu paikallistuu vulvaa hermottavien hermohaarojen alueelle, ja se on luonteeltaan jatkuvaa sekä epämääräistä. Toinen vulvodynian muoto on vulvan vestibuliittioireyhtymä (VVS), jossa kosketusarkuus sijaitsee emättimen eteisessä eli vestibulumissa. Siinä kosketusarkuus on tarkkarajaisempaa kuin neuropaattisessa vulvodyniassa. Taudin aiheuttajaa ei toistaiseksi tunneta, mutta varhain aloitettu ja pitkäaikainen yhdistelmäehkäisytablettien käyttö on yksi riskitekijöistä. Monesti oireiden alkamiseen on myös liittynyt aiemmin sairastettu gynekologinen infektio. (Paavonen 2013.)

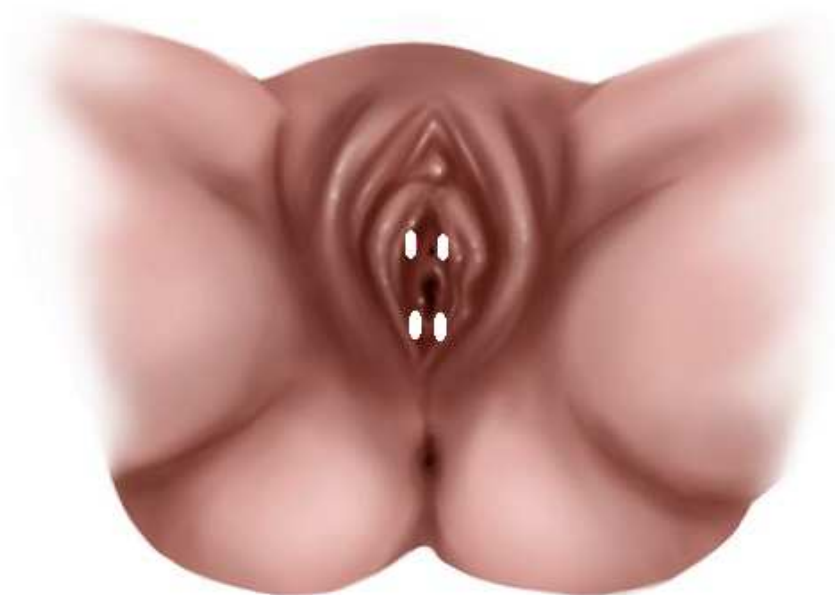
2.1.1 Vulvan vestibuliittioireyhtymä

Useimmiten vestibuliittioireyhtymässä syynä lääkäriin hakeutumiselle ovat yhdyntäkivut. Kivut voivat estää joko osittain tai kokonaan seksuaalisen kanssakäymisen. Kipu esiintyy kosketettaessa emättimen eteistä ja ensioire ilmaantuu usein jo murrosiässä tamponia asettaessa. Välissä voi olla useita oireettomia vuosia, jolloin sekundaarivaihe ilmenee naisen aloitettua yhdynnät. Oireiden pahentuessa kipu voi olla jatkuvaa ja tuntua koko yhdynnän ajan ja sen jälkeen.

Kyseistä oireyhtymää sairastavat ovat iältään nuorempia verrattuna neuropaattista vulvodyniaa sairastaviin. (Paavonen 2013; Ryttyläinen & Valkama 2010, 174.)

Vestibuliittioireyhtymässä kipupisteet tarkentuvat emättimen eteiseen kello viiden ja seitsemän kohdalle, virtsaputken sivuille tai sen yläpuolelle. Kipu voi tuntua yhdessä tai useammassa kohdassa. Osalla potilaista voi olla emättimen eteisessä nähtävissä punoittavat alueet kipupisteiden kohdalla (Kuva 1). Tuntemattomasta syystä emättimen eteisen limakalvolla sijaitsevat hermopäätteet lisääntyvät ja tunkeutuvat pintakudokseen aistien kosketuksen kipuna. (Paavonen 2013.) Vestibuliitin pahentuessa lantionpohjan lihaksisto jännittyy niin, että se voi laukaista emättimen lihasten kouristuksen eli vaginismuksen. Tila voi tehdä gynekologisten tutkimusten suorittamisen tai yhdynnän täysin mahdottomaksi. Monesti kipualueen kajoamiseen liittyvä kivun pelko saa ihmisen välttämään näitä tilanteita. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 174–175.)

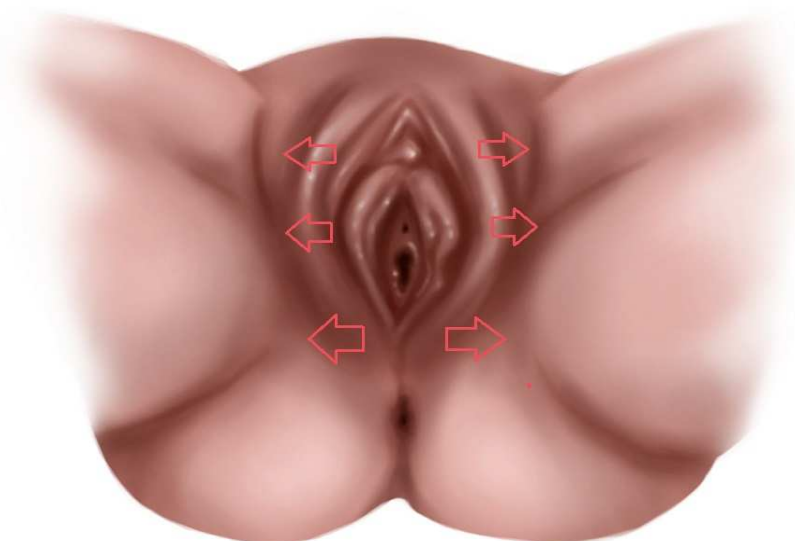
Vestibuliittioireyhtymän diagnoosi perustuu vanutikkutestiin, jossa vanutikulla kosketetaan kevyesti emättimen eteistä. Kipupisteen stimulointi voi aiheuttaa potilaassa voimakkaan väistöreaktion. Sisätutkimusta tehtäessä lantionpohjan lihaksisto tuntuu kovalta ja kireältä, ja potilas voi aristaa tutkimusta. Joskus potilaan kivut voivat olla niin voimakkaat, että sisätutkimuksen suorittaminen on mahdotonta. Diagnoosin kannalta sisätutkimuksen tekeminen ei onneksi aina ole välttämätöntä. (Paavonen 2013.)



KUVA 1 Vestibuliitin kipupisteet. (© Mila Jylhä)

2.1.2 Neuropaattinen vulvodynia

Neuropaattisessa vulvodyniassa taudinkuvaan kuuluu jatkuva epämääräinen kiputila vulvan alueella. Kipu paikallistuu vulvaa hermottavien hermohaarojen alueille. Kipu heijastuu vulvan sivuille, kohti istuinkyhmyä ja sisäreisiä joko esiintyen tietyssä kohdassa tai koko vulvan alueella (Kuva 2). Kipu ei reagoi kosketukselle, mutta lisääntyy iltaa kohti ja pitkään paikallaan istuessa. Tyypillisesti neuropaattista vulvodyniam sairastavat ovat iältään vanhempia kuin vestibuliittipotilaat. Neuropaattisen vulvodynian riskitekijöitä ei juuri tiedetä, mutta gynekologiset ja raskauteen liittyvät kirurgiset toimenpiteet saattavat altistaa taudin puhkeamiselle. Diagnoosin varmentamiseksi potilaalle tehdään gynekologinen tutkimus. Tutkimuksessa istuinkyhmyyn stimuloiminen laukaisee kiputilan vulvan alueella ja sen ulkopuolella. (Paavonen 2013.)



KUVA 2. Neuropaattisessa vulvodyniassa kipu säteilee vulvan ympärille. (© Miila Jylhä)

2.2 Synnytyksen aiheuttamat emättimen kiputilat

Synnytys voi aiheuttaa naiselle monenlaisia vaurioita. Kohtu tai kohdunsuu voi revetä synnytyksessä. Kohdun repeämä on harvinainen synnytyskomplikaatio, joka hoidetaan kirurgisesti korjaamalla tai poistamalla kohtu. Kohdunsuu puolestaan repeää jossain määrin lähes jokaisessa synnytyksessä. Vuoto yleensä tyrehtyy itsekseen, mutta joskus repeämään liittyvä valtimoperäinen vuoto vaatii ompelun. Vakava kohdunsuun repeämä voi aiheuttaa jatkuvan vuodon, jonka tyrehtyttämiseksi tarvitaan leikkaushoitoa. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2002, 502.)

Emätin ja väliliha voivat repeytyä synnytyksessä, koska ne venyvät siinä voimakkaasti. Joskus joudutaan tekemään episiotomia eli välilihan leikkaus, mikäli väliliha estää synnytyksen tai uhkaa revetä liian pahasti. Episiotomia saattaa

olla tarpeellinen myös silloin, jos synnyttäjällä on välilihassa voimakasta arpikudosta tai aiempia repeämiä, tai jos synnytyksen kulkua on jostain syystä tarpeen nopeuttaa. Välilihan repeämät jaetaan neljään asteeseen, joissa ensimmäisen asteen repeämä ulottuu vain välilihan pinnalliseen lihaskerrokseen ja neljännen asteen repeämä peräsuolen limakalvoon saakka. Kolmannen ja neljännen asteen repeämien huolimaton hoito saattaa johtaa synnyttäjän ulosteinkontinenssiin. (Paananen ym. 2002, 502–503.) Välilihan repeämään tai leikkaushaavaan saattaa joskus jäädä valtimo vuotamaan kudokseen. Vuoto muodostaa kohtaan sinertävän patin ja aiheuttaa voimakasta kipua synnyttäjälle. Joskus vuoto voi olla varsin syvällä kudoksessa ja vuotokohtaan saatetaan joutua jättämään laskuputki. Pahojen repeämien yhteydessä synnyttäjä joutuu olemaan pidempään vuodepotilaana. (Eskola & Hytönen 2002, 241, 263.)

Lantioluiden vauriot synnytyksessä ovat harvinaisia. Joskus häntäluun anatominen suunta muuttuu synnytyksessä, mutta siitä ei yleensä seuraa juurikaan kipuja. Symfyysin eli häpyliitoksen revähtäminen synnytyksessä johtuu luonnollisesta raskauden aiheuttamasta luuliitosten löystymisestä. Symfyysin revähtäminen on synnyttäjälle kivuliaampaa kuin sen pelkkä löystyminen. Hoitona ovat yleensä lepo ja tukiliivin käyttö. (Paananen ym. 2002, 503.)

Emättimen palautuminen synnytyksestä kestää noin 6–8 viikkoa. Tänä aikana äidin estrogeenitaso on matala ja se aiheuttaa emättimen limakalvon ohenemista. Ohut limakalvo voi olla kivulias ja rikkoutua helposti gynekologisessa tutkimuksessa. Emättimen happo-emästasapaino on synnytyksen jälkeen normaalia emäksisempi, joka altistaa tulehduksille. Koska emätin ja sitä tukevat lihakset ja sidekudos venyvät alatiesynnytyksessä voimakkaasti, seuraavan noin puolen vuoden aikana voi ilmetä laskeumavaivaa sekä gynekologisissa elimissä että peräsuolella. Myös episiotomiahaava voi aristaa viikkoja. (Nuutila & Ylikorkala 2011.)

2.3 Ikääntymisen aiheuttamat emättimen kiputilat

Vaihdevuodet ilmaantuvat noin 45–55-vuotiaalle naiselle. Vaihdevuosilla tarkoitetaan monivaiheista, useita vuosia kestävästä luonnollisesta siirtymästä, jonka aikana munasarjojen toiminta heikkenee ja lakkaa lopulta kokonaan. Vaihdevuosien aikana naisen elimistö etsii uutta tasapainotilaa estrogeenituotannon ehtyessä. Ennen varsinaisten vaihdevuosien alkamista voi esiintyä esivaihdevuosioireita, kuten kuukautishäiriöitä. Vaihdevuodet jaetaan kahteen vaiheeseen: Pre-menopausiin, joka tarkoittaa vuosia ennen kuukautisten loppumista, ja post-menopausiin, joka tarkoittaa kuukautisten loppumista seuraavia vuosia. Menopausi eli kuukautisten loppuminen tapahtuu suurin piirtein vaihdevuosien puolivälissä, noin 48–52-vuotiaana. (Hausbrandt & Tavi 2007, 17–19; Eskola & Hytönen 2002, 359.)

Vaihdevuosissa sukupuolielinten alueen oireet johtuvat estrogeenin puutteesta. Tällöin emättimessä saattaa ilmetä erilaisia muutoksia. Se lyhenee ja ahtautuu limakalvokerroksen alle kasvavan sidekudoksen ansiosta. Emättimen seinämän poimuisuus vähenee ja limakalvo ohenee ja kuivuu, jolloin siihen voi syntyä pieniä haavaumia, jotka voivat vuotaa verta ja kirvellä. Lisäksi emättimen luonnollinen bakteerikanta ja happamuus muuttuvat, jonka vuoksi vaihdevuotinen nainen on alttiimpi emätintulehduksille. Estrogeenin puutos voi altistaa lantionpohjan tukikudoksen löystymiselle ja lisätä riskiä kohdunlaskeumaan. Lisäksi saattaa ilmetä rakko-ongelmia, kuten kirvelyä virtsatessa, virtsaamispakkoa tai virtsainkontinenssia, koska estrogeeni vaikuttaa rakon ja virtsateiden limakalvoon. On selvää, että edellä mainitut oireet vaikuttavat myös seksuaalielämään. (Hausbrandt & Tavi 2007, 22–23.)

2.4 Muut kiputilat

2.4.1 Sukupuolielinten rakenteellinen poikkeavuus

Joskus sukupuolielimissä voi ilmetä rakenteellisia poikkeamia. Naiselta voi puuttua emätin osittain tai kokonaan. Se voi olla myös esimerkiksi kaksiosainen, jolloin emätintä on jakamassa väliseinämä. Kohtu voi olla monin tavoin epämuodostunut, esimerkiksi kaksiosainen tai yksisarvinen, jolloin vain sen toinen puoli on kunnolla kehittynyt. Joskus naiselta puuttuu kohtu kokonaan. Samoin munasarjat voivat puuttua kokonaan tai osittain, tai niissä voi olla rakennepoikkeamia. Monet emättimen synnynnäiset rakennepoikkeamat voidaan korjata kirurgisesti. (Eskola & Hytönen 2002, 327–328.)

2.4.2 Syövän ja syöpähoitojen aiheuttamat emätinongelmat

Potilaan kokemukseen syöpäsairaudesta ja sen hoidosta vaikuttavat syöpätyyppi, ikä ja persoona. Mitä nuorempi potilas on, sitä todennäköisemmin valitaan sellainen hoito, joka säilyttää potilaan sukupuolitoiminnot ja mahdollisen hedelmällisyyden. Syöpää hoidetaan muun muassa kirurgisin menetelmin, hormonihoidoin, sädehoidolla sekä solunsalpaajalääkityksellä. Hoitomuodot vaikuttavat myös seksuaalisuuteen. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003.)

Osa hoidoista aiheuttaa muun muassa ennen aikaista menopaussia. Nuorten syöpähoitot voivat aiheuttaa viivästynyttä puberteettia. Gynekologisista syövisistä kärsivien leikkaushoidot aiheuttavat muun muassa emättimen lyhentymistä, hermotuksen muutoksia, kipua ja kiinnikkeitä. Sädehoito voi arpeuttaa ja näin ahtauttaa emätintä. Solunsalpaajahoito aiheuttaa usein vähintään limakalvojen kuivumista. Vulvan syövässä joudutaan usein tekemään täydellinen vulvektomia, joka vaikeuttaa seksuaalitoimintoja merkittävästi. Vulvektomiassa poistetaan kaikki ulkoiset sukupuolielimet. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

Hoitohenkilökunta ei aina ota huomioon syöpäpotilaan seksuaalisuutta tai siihen liittyviä ongelmia. Esimerkiksi seksuaaliterapiaa ei suositella välttämättä lainkaan, vaikka sen tulisi olla osa hoitoa. Tutkimusten mukaan potilaat eivät uskalla ottaa seksuaalisuusteemaa esille vastaanotolla, koska ajattelevat sen olevan hoitohenkilökunnan mielestä toissijainen seikka muuhun hoitoon nähden. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

2.4.3 MS-taudin ja fibromyalgian aiheuttamat emätinongelmat

MS-taudilla eli multippeliskleroosilla tarkoitetaan kroonista, etenevää keskushermoston autoimmuunisairautta, jossa elimistö muodostaa vasta-aineita itseään vastaan. Sairauden oireisiin kuuluu muun muassa näön hämärtymistä, tuntuu muutoksia, tasapainovaikeuksia, lihasheikkoutta, inkontinenssia ja uupumusta. (Atula 2012.) MS-tauti voi aiheuttaa naiselle emättimen kostumisongelmia ja yhdyntäkipuja. Intiimitilanteessa naista voi haitata pelko virtsan tai ulosteen karkaamisesta, spastisuus tai tuntuu muutokset. (Elovaara & Kuusisto 2003.)

Fibromyalgia on krooninen kipu-uupumus-oireyhtymä, jota esiintyy maailmanlaajuisesti 2–4 % väestöstä, joista 90 % on naisia. Oireyhtymän syntymekanismi liittyy keskushermoston kivunsäätelyjärjestelmän herkistymiseen, kipua vaimentavien laskevien ratojen vajaatoimintaan sekä sympaattisen hermoston toiminnan epävakauteen. Yleisimpiä oireita ovat lihasten, jänteiden ja nivelten kiputilat. Kipujen sijainti ja voimakkuus voivat vaihdella ja pahimmillaan kipuja voi olla jatkuvasti koko kehossa. (Kivikoski & Hannonen 2013.) Fibromyalgiaa sairastavilla naisilla on usein gynekologisia ongelmia. Kivuliaat kuukautiset, erilaiset vuotohäiriöt ja endometrioosi ovat heillä yleisiä. (Hannonen 2007.)

2.4.4 Ulkosynnyttimien ihosairaudet

Ihon ja limakalvon suuri läpäisykyky sekä ulkosynnyttimien kosteus ja hautova ympäristö herkistävät tekijöille, jotka voivat aiheuttaa toksisuutta tai allergista ihottumaa. Joissakin ihosairauksissa iho- ja limakalvomuutoksia voi esiintyä muuallakin kuin genitaalialueella. Joskus potilaalta joudutaan ottamaan kudospöytä tutkimuksia varten. (Hiltunen-Back & Jeskanen 2012.)

Atooppinen ekseema eli ihottuma on yleisimpiä ihotauteja, joka ilmenee sukupuolielinten alueella hilseilynä ja kutinana. Seborrooinen ekseema eli tali-ihottuma esiintyy häpykarvoitusalueella ja nivustaipeissa punoittavana, kutisevana ja hilseilevänä. Sitä voi esiintyä myös hiuspohjassa, kasvojen alueella sekä rinnan ja selän yläosassa. Ärsytysihottuma eli toksinen ekseema voi johtua liiallisesta ihon pesemisestä ja voimakkaiden pesuaineiden käytöstä. Hoidettaessa ulkosynnyttimien ihottumia iho voi herkistyä käytettäville lääkevalmisteille ja aiheuttaa allergisen kosketusihottuman. Altistunut iho muuttuu usein punoitavaksi, siihen tulee turvotusta sekä polttelun ja kirvelyn tunnetta. (Hiltunen-Back & Jeskanen 2012; Salava 2013.)

Neurodermatiittiin kuuluu pitkään kestänyt kutina- ja raapimiskierre, jonka voi laukaista stressin lisäksi ihon rikkoutuminen tai hyönteisen purema. Naisilla tautia esiintyy useimmiten isoissa häpyhuulissa. Läiskämäinen alue on ensin ihon värinen, mutta tummuu ja paksuuntuu raapimisesta aiheutuvan tulehduksen takia. Ajan mittaan jatkuva raapiminen saa aikaan veren tihkumisen rikkoutuneelta iholta. (Hannuksela-Svahn 2014.)

Psoriasiksen eli kroonisen tulehduksellisen ihosairauden laaja-alaisessa muodossa voi esiintyä muutoksia myös genitaalialueella. Ihomuutos näkyy suurissa häpyhuulissa punoittavina ja hilseilevinä läiskinä, joihin liittyy usein ihon kutiamista. (Hiltunen-Back & Jeskanen 2012.)

Valkojäkälää esiintyy useimmiten vaihdevuosien jälkeen, mutta tautia on havaittu myös nuorempien naisten keskuudessa. Taudin etiologiaa ei toistaiseksi tiedetä. Valkojäkälään liittyvät keratinisaatiomuutokset, ihon oheneminen ja kim-

moisuuden väheneminen aiheuttavat ulkosynnyttimissä haavaumia, infektoita, kutinaa, kirvelyä ja kipua. Hoitamattomana tauti etenee ja voi johtaa häpyhuulten surkastumiseen sekä emättimen aukon pienenemiseen. Noin 5 %:lla tautia sairastavista todetaan syöpä ulkosynnyttimien alueella. Tämän vuoksi muutoksia on suotavaa seurata säännöllisin väliajoin ottamalla kudospäyte ihottuma-alueelta. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 221; Tiitinen 2013.)

Punajäkälä on tulehduksellinen ihosairaus, jota esiintyy ihon lisäksi suun ja genitaalialueen limakalvoilla. Sairaus voi aiheuttaa veristä vuotoa emättimestä sekä kipua ja polttelua. Tehtaessa sisätutkimusta limakalvot vuotavat herkästi. Emättimen seinämissä voi olla nähtävissä kiiltäviä sinipunaisia ja tarkkarajaisia läiskiä. Punajäkälä voi aiheuttaa taudin edetessä emättimen ahtaumaa, lyhenemistä ja kiinnikkeitä. Tautiin liittyy myös 1–2 % okasolusyöpäriski. (Heinonen 2013.)

3 EMÄTTIMEN KIPUTILAPOTILAAN HOITOMUODOT

3.1 Vulvodynian itsehoito

Vulvodyniapotilaan tulisi välttää liiallista genitaalialueen pesemistä. Korkeintaan kerran päivässä vedellä tehtävä alapesu on riittävä. Saippuoita ja hajustettuja pesuaineita tulisi välttää. Ihonhoitotuotteeksi tulee valita genitaalialueen ihonhoitoon sopivia öljyjä. Alapesujen jälkeen öljyä levitetään emättimen limakalvoille ja ympäröivään ihoon. Vestibuliittipotilas voi käyttää öljyä siedätyshoitona laittamalla sitä kipupisteisiin. Kuivatessa ihoa on hyvä välttää hankaavaa liikettä ja kuivata iho sen sijaan taputtelemalla. Häpykarvojen poisajaminen voi laukaista vulvodyniapotilaan kivun. Kuukautisten aikana olisi suotavaa käyttää sidettä ja vaihtaa se tarpeeksi usein. Pikkuhousunsuojan jatkuvaa käyttämistä ei suositella. (Tampereen yliopistollinen sairaala i.a.)

Vulvodyniapotilaan suositellaan valitsevan tuoksuttomia pyykinpesuaineita. Alusvaatteiksi tulisi valita valkoisia puuvillamateriaalisia tuotteita. Yöaikaan pikkuhousujen käyttöä tulisi välttää. Sukkahousujen sekä tiukkojen housujen käyttö voi laukaista oireita. Ravitsemuksen suhteen tulisi välttää liiallista sokerin ja vaalean viljan syöntiä, koska se lisää hiivasieni-infektioiden riskiä. Nesteitä tulisi nauttia riittävästi, jotta virtsa pysyy laimeana eikä polta virtsaputken limakalvoja. Vastaavasti säännöllinen suolentoiminta tukee sitä, ettei suoleen kerääny ulostemassaa, joka voisi laukaista kipuoireita ponnisteltaessa. (Tampereen yliopistollinen sairaala, i.a.)

Vulvodynian sairastavan kohdalla hankausta aiheuttavat liikuntamuodot voivat olla kipua laukaisevia tekijöitä. Ylipäätään liikunta kuitenkin vähentää kipuja. Mikäli tunnistaa lantionpohjan lihakset, on mahdollista harjoitella niiden rentouttamista itsenäisesti kotona. Myös tähän perehtynyt fysioterapeutti voi tarjota monia keinoja lihasten rentouttamiseen. Vulvodyniakipu voi vaikuttaa emättintä ympäröiviin lihaksiin lisäämällä niissä jännittyneisyyttä. Tämä voi entisestään pahentaa oireita. Potilasta voi ohjata emättimen lihaksiston venyttelyyn kehoittamalla tätä viemään emättimeen alkuun yhden sormen. Jotta venyttely tehos-

tuisi, tulisi potilasta rohkaista kokeilemaan useampaa sormea emättimessä tuntemusten mukaan. (Tampereen yliopistollinen sairaala, i.a.; Paavonen 2013.)

Yhdynnässä liukuvoiteen käyttäminen on suotavaa. Mikäli yhdyntä tekee kipeää voi käyttää pientä määrää puuduttavaa voidetta tai geeliä levitettynä emättimen eteiseen. Puuduttavia voiteita käytettäessä voide levitetään kipupisteelle noin 15 minuuttia ennen yhdyntää, jotta aine ennättää vaikuttaa. Ylimääräinen voide kannattaa pyyhkiä pois, koska tämä voi vaikuttaa molempien osapuolten tuntoherkkyyteen. Suuseksiä harrastaessa voide voi viedä vastaavasti tunnon suun limakalvoilta. Jos yhdyntä aiheuttaa kipua jälkeinpäin, voi oireita lievittää kylmällä tai lämpimällä suihkulla tai laittamalla jääpalapussin pyyhkeen sisään ja pitämällä tätä kipupisteen kohdalla. (Tampereen yliopistollinen sairaala, i.a.)

3.2 Fysioterapia

Emättimen kiputiloista kärsivä potilas ohjataan yleensä aina fysioterapeutille. Fysioterapia on osoittautunut varsin tärkeäksi osaksi kiputilapotilaan hoitoa. Fysioterapialla voidaan joskus myös välttää invasiivinen hoito kuten vestibulektomia. (Jernfors, Paavonen & Rekonen 2004.) Kätilöopiston sairaalan fysioterapeutti Vuokko Jernforsin (2013) mukaan suurin asiakasryhmä kiputilapotilaista ovat vestibuliittipotilaat. Ennen fysioterapiahoitoa on tärkeää, että kiputilapotilasta on ohjeistettu hoitamaan ulkosynnyttimien ihoa ja limakalvoja siihen tarkoitetuilla tuotteilla. Itsehoito stimuloi ulkosynnyttimiä ja saa aikaan kivun ohella myös muita tuntemuksia. Näin vulvan alue tottuu kosketukseen, potilas saa itseluottamusta ja uskallusta, ja hoito helpottuu.

Vestibuliittipotilaat kärsivät yhdyntäkivuista. Osalle yhdyntä on jopa mahdoton kivun takia. Uhkaava kiputuntemus laukaisee potilaassa voimakkaan lantionpohjan lihasten spasmin. On tärkeää opastaa potilas hallitsemaan lantionpohjan lihaksiaan niin, että tämä kykenee tietoisesti rentoutumaan. Yhdyntäkivun lisäksi potilaat kärsivät usein yliaktiivisesta rakosta. Myös ryhti vaikuttaa lantionpohjan lihasten tilaan ja potilaan kykyyn hallita niitä. Kiputiloja hoidetaan myös säh-

köllä. Elektroterapiaa voidaan käyttää yliaktiivisen rakon rauhoittamiseen, kivun lievitykseen ja lihasten aktivointiin. (Jernfors ym. 2004.)

Fysioterapiassa päätavoitteena on lantionpohjan lihasten harjoittaminen. Potilaan kykyä harjoittaa näitä lihaksia voidaan mitata EMG-laitteella, jossa potilaan emättimeen asetetaan elektrodi ja näin saadaan laitteen näytölle lihasten tilasta kertova käyrä. Usein kiputiloista kärsivien potilaiden EMG-käyrät kulkevat aluksi varsin korkealla silloinkin, kun fysioterapeutti kehottaa potilasta rentouttamaan lihaksensa. Hoidon jatkuessa potilas yleensä oppii rentoutumaan kokonaisvaltaisemmin. (Jernfors 2013.)

Jotta fysioterapeutti saisi kokonaisvaltaisen kuvan potilaan kiputilasta, hän suorittaa pienen sisätutkimuksen, jonka avulla hän saa lisätietoa potilaan kiputilan luonteesta, paikasta ja voimakkuudesta. Lisäksi fysioterapeutti löytää tutkimusta tehdessään emättimen mahdolliset triggeripisteet, joita painelemalla voidaan lievittää ja kontrolloida kipua. Fysioterapeutti myös neuvoo potilaalle intravaginaaliset venyttelyt. Venyttelyssä peukalo tai tarkoitukseen erikseen valmistettu dilataatioputki viedään emättimeen vuoroin kello viiden ja kello seitsemän kohdalle 2–4 senttimetrin syvyyteen ja venytetään kohtaa varovasti. Venyttelyyn sopivan asennon jokainen päättää itse, sopivia ovat esimerkiksi vessanpöntöllä istuminen tai vuoteella makaaminen. Intravaginaalisia venyttelyjä olisi hyvä tehdä 2–3 vuorokauden välein 3–4 viikon ajan, jolloin harjoitus on riittävän intensiivistä, muttei jokapäiväistä. Intravaginaalisten venyttelyjen jälkeen potilas voi siirtyä suoraan kipupisteiden painamiseen sormella. (Jernfors 2013.)

3.3 Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä

Seksuaalisuus on ominaisuus, jonka jokainen kokee yksilöllisellä tavalla, eikä sitä voida määritellä toisen puolesta. Tämä ominaisuus ei ole koskaan valmis vaan muuttaa muotoaan koko ihmisen elinkaaren ajan. Kehon ja elämäntilanteiden muutokset koskettavat väistämättä myös seksuaalisuutta. Seksuaalisuus tulisi välittömästi hoidon alkaessa ottaa huomioon potilailla, joilla oireet liittyvät intiimialueisiin. Sairastumisen alkutaipaleella seksuaalisuus on harvemmin pääl-

limmäisenä ajatuksena, mutta hoitojen edetessä ja oireiden helpottuessa nousevat mieleen jälleen kysymykset omasta seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista. Hoitajilla on mahdollisuus rohkaista potilasta puhumaan tuntemuksistaan. Samalla hoitaja voi arvioida millaista tukea potilas tarvitsee; riittääkö lyhytkestoisempi kontakti vai ohjataanko hänet seksuaaliterapeutin vastaanotolle. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11–12, 203–205.)

Seksologian alueella työskentelevän on tärkeää tiedostaa omaan seksuaalisuuteensa liittyvät tunteet, arvot, normit, asenteet ja uskomukset. Potilaan kanssa keskustellessa hoitajalta vaaditaan empatiakykyä varsinkin niissä tilanteissa, joissa omat arvot ovat ristiriidassa potilaan arvojen kanssa. Oman suhtautumisen lisäksi työskentelyyn vaikuttaa myös työyhteisössä vallitseva ilmapiiri ja se, kuinka seksuaalisuusteemaan on asennoiduttu. Oleellista potilaan kanssa käydyssä seksuaalialueisessa keskustelussa on ajankäyttö sekä rauhallisten tilojen löytäminen. (Ilmonen 2006, 43–44.)

Vulvodyniaa hoidetaan kognitiivis-behavioristisella terapialla, psykoterapialla ja hypnoterapialla. Psykologisilla hoitomuodoilla pyritään uusien ajattelu- ja käytäytymismallien omaksumiseen. Seksuaaliterapia kuuluu seksologisiin hoitokeinoihin ja perustuu luottamukselliseen keskusteluun. Terapiassa on tarkoitus auttaa löytämään ne voimavarat, joiden avulla potilas voi käsitellä seksuaalisuuttaan ja sen heijastumista tämänhetkiseen elämäntilanteeseen. Kätilöopiston sairaalassa toimii seksuaaliterapeutin vastaanotto, johon potilas voidaan ohjata poliklinikalta. Käyntien määrä perustuu potilaan tarpeisiin. Ehtona hoitosuhteen jatkuvuudelle on, että terapia etenee ja potilas kokee siitä olevan itselleen hyötyä. (Törnävä, Koivula & Suominen 2012, 33; Saaristo 2013.)

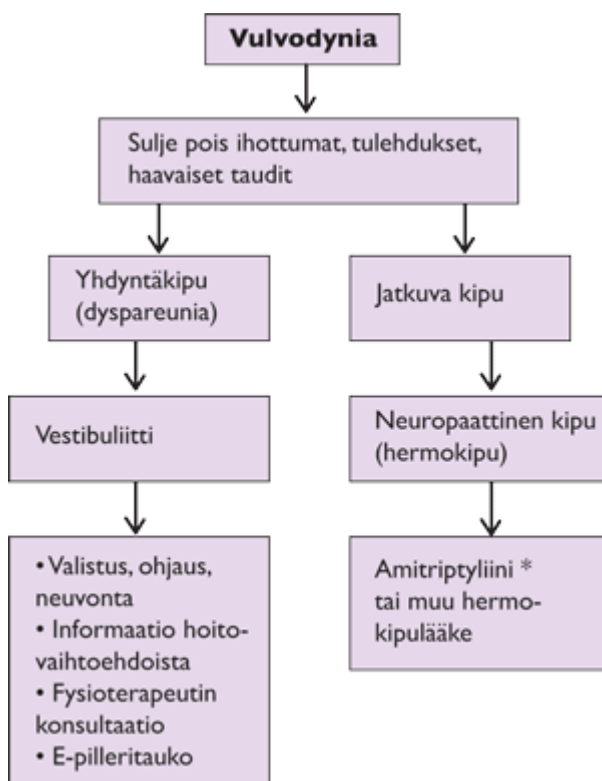
Emättimen kiputilapotilaat kärsivät usein minäkuvan muuttumisesta. Monet heistä kyseenalaistavat naiseutensa. Esimerkiksi iän tuomat muutokset ja hormonitason muuttuminen voivat aiheuttaa emättimen limakalvojen kuivumista ja seksuaalista haluttomuutta. Limakalvojen kuivumisen seurauksena yhdyntä muuttuu kivuliaaksi ja intiimitilanteita aletaan karttaa. Kykenemättömyys yhdyntään vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan naiseuden kokemukseen ja mahdolliseen parisuhteeseen tai sen solmimiseen tulevaisuudessa. (Saaristo 2013.)

Myös kumppanin suositellaan osallistuvan terapiaan, koska seksuaalisuusongelmat koskettavat vahvasti parisuhteen kumpaakin osapuolta. Poliklinikalla hoitohenkilökunnan on hyvä kertoa emättimen kiputilapotilaille, että heitä voidaan auttaa monin tavoin. Potilaita voi ohjeistaa tekemään kosketteluharjoituksia, masturboimaan sekä opettelemaan nauttimaan läheisyydestä. Erilaisia kotona tehtäviä harjoituksia tullaan ohjeistamaan myös seksuaaliterapiassa, mutta niitä on hyvä harjoitella jo ennen terapian alkua. (Saaristo 2013.) Terapialla pyritään pois yhdyntä- ja suorituskeskeisyydestä ja tähdätään seksuaaliseen nautintoon, joka lähtee potilaan omista tuntemuksista. Sen sijaan, että terapiassa keskityttäisiin pelkästään vaivan hoitoon, halutaan vaikuttaa kokonaisvaltaisesti seksuaalielämään, seksuaalisuuden toteuttamiseen ja nautinnon parantamiseen. (Väisälä 2006, 260–261.)

3.4 Lääkkeellinen hoito

Hoitoprosessin mukaisesti (Kaavio 1) vulvodyniapotilaan ensikäynnillä suositellaan yhdistelmäehkäisytablettien tauottamista. Jos taustalla on aiemmin sairastettuja hiivasieni-infektioita, aloitetaan siihen kerran viikossa otettava estolääkitys. Vulvodyniapotilaan hoidon vastetta voidaan arvioida VAS-asteikon (Visual Analogue Scale) avulla. Asteikkoa käytetään kipumittarina, jonka avulla potilas voi arvioida kipuaan asteikolla 0–10 kivuttomuudesta pahimpaan mahdolliseen kipuun. Jos potilas arvioi kipunsa vähintään tasolle 7, harkitaan esimerkiksi puuduttavan lidokaiinivoiteen käyttöä kipupisteisiin. (Paavonen 2013.)

Vulvodynian hoitona käytetään hermokipulääkitystä, kuten amitriptyliiniä. Annostusta nostetaan kunnes on saavutettu riittävä vaste. Annos vaihtelee hoitovasteen mukaan ja potilaat yleensä oppivat itse räätälöimään annostusta sopivaksi. Vulvodynian hoidossa käytetään lidokaiinivoiteen lisäksi muun muassa paikallisia kortikosteroidi- ja estrogeenihoitoja, gabapentiinivoidetta, takrolimusia, kapsaiinia, botuliinitoksiiniruiskeita ja podofylliinipenslausta. (Paavonen 2013; Väisälä 2006, 261.)



KAAVIO 1. HYKS: Naistenklinikan vulvapoliklinikan toimintamalli. (Paavonen 2009.)

Vaihdevuosisoireita hoidetaan usein hormonihoidolla. Hormonihoidon tarkoitus on vaihdevuosisoireiden lieventäminen ja osteoporoosiriskin pienentäminen. Sitä voidaan käyttää myös silloin, kun elämää haittaavia vaihdevuosisoireita ei ole, mutta osteoporoosiriski halutaan pitää mahdollisimman pienenä eikä muu lүүлääkitys sovi. Hoito aloitetaan, kun vuodot ovat merkittävästi harvenneet tai loppuneet kokonaan. Naisille, joilta ei ole poistettu kohtua, estrogeenin ohelle liitetään myös progesteroni kohdun limakalvon liikakasvun ehkäisemiseksi. Hormonikorvaushoidon vasta-aiheita ovat sairastettu rintasyöpä, syvä laskimotukos ja keuhkoveritulppa. Varovaisuutta tulee noudattaa, mikäli potilaalla on huonossa hoitotasapainossa oleva maksa- tai sydänsairaus tai verenpainetauti. (Tiitinen 2013.)

MS-tautia hoidetaan lähinnä suun kautta otettavilla kortikosteroideilla (Käypä hoito 2010). Fibromyalgiaa hoidetaan mielialälääkkeiden ohella hermokipulääkkeillä (Kivikoski & Hannonen 2013). Genitaalialueen ihosairauksia hoidetaan kortikosteroideilla paikallisesti. Neurodermatiittipotilailla esiintyy usein hiiva- ja

bakteeri-infektioita, joita hoidetaan antimykooteilla ja flukonatsolilla. Joskus neuradermatiittipotilaiden kärsimä genitaalialueen kutina on niin voimakasta, että sen lopettamiseksi on turvauduttava sedatiiveihin. (Hiltunen-Back & Jeskanen 2012.)

3.5 Kirurginen hoito

Vestibuliitin kirurgista hoitoa kutsutaan vestibulektomiaksi. Ennen leikkaushoitoon päätymistä on useimmiten kokeiltu muut hoitokeinot, joilla ei ole saavutettu toivottua vastetta. (Laundry, Bergeron, Dupuis & Desrochers 2008, 156.) Toimenpide tehdään yleisanestesiassa. Emättimen eteisen alareunaan tehdään kaksi päällekkäistä viiltoa, joiden väliin jäävä kudos poistetaan. Haavan reunat ommellaan yhteen. Toimenpiteen jälkeen leikkaushaavaa tulee suihkutella säännöllisesti. Kipuihin potilasta voi ohjata käyttämään tulehduskipulääkkeitä. Fyysistä räsitusta tulee välttää toipumisen aikana. Potilaille myönnetään sairauslomaa viikosta kolmeen viikkoon. Jälkitarkastukset tehdään kuukauden ja kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta. Ensimmäisellä kontrollikäynnillä potilasta rohkaistaan vaginasauvan käyttöön, ja koskettelemaan ja venyttelemään emätintä. Myös yhdynnät voi aloittaa tässä vaiheessa. (Tommola, Unkila-Kallio & Paavonen 2011, 1226.)

Leikkauksen on tutkittu olevan tehokas hoitokeino vestibuliittiin. Muun muassa Tommola ym. (2011, 1127–1228) ovat tutkineet pitkäaikaisseurantana leikkauksen vaikuttavuutta. 91 % koki leikkauksesta olleen hyötyä ja 85 % koki merkittävää paranemista. Toimenpiteen vaikuttavuus näkyi yhdyntäkipujen lievittymisenä ja emättimen eteisen arkuuden poistumisena tai helpottumisena. Tutkimustulokset osoittavat 15 % saaneen komplikaationa leikkaushaavan tulehduksen, hematoomaa tai Bartholin rauhasen tukkeutumista. Muutamassa tapauksessa leikkaus oli jouduttu toistamaan joko komplikaation seurauksena tai vestibuliitin uusiutumisen johdosta. Yksittäisillä tutkittavilla sairauden oireet ovat pahentuneet leikkauksen jälkeen. Vastaavanlaisia tuloksia ilmenee myös Laundryn ym. (2008, 156) tutkimuksesta. Kirurgisen toimenpiteen myötä emättimen kivut olivat helpottaneet merkittävästi ja seksuaalinen toimintakyky kohentunut.

4 HOITAJA EMÄTTIMEN KIPUTILAPOTILAAN OHJAAJANA

4.1 Kipu aistina ja tuntemuksena

Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö määrittelee kivun ”epämiellyttäväksi tunto- ja tunnekokemukseksi, joka liittyy tosiasialliseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan sellaisena”. Kipu on aisti, johon liittyy aina vahvasti henkilökohtainen tunnekokemus. Kivun tarkoitus on varoittaa mahdollisesta vaarasta ja siitä, että tilanteesta on pyrittävä pois. Krooniseen kipuun voi liittyä pelkoa, ahdistusta ja masennusta. Kipua ei pysty kuvailemaan sanallisesti niin, että toinen henkilö saisi tarkan kuvan toisen aistimuksista. Monet kipua kuvaavista sanoista ovat murre sanoja tai niin kuvainnollisia, ettei toinen välttämättä ymmärrä niitä lainkaan, esimerkiksi kolotus, vihoittelu jne. Kipua sairastavat yrittävät kuvata tuntemuksiaan usein myös teonsanoilla ”kipu riipii, juilii” jne. tai vertauksilla ”tuntuu kuin pistettäisiin puukolla, raavittaisiin riivinraudalla” jne. (Granström 2010, 14–15, 22–23.)

Kipukäyttäytymisellä tarkoitetaan kivusta kärsivän kipua ilmaisevia kasvojen ilmeitä, ääntelyä, kivun sanallista ilmaisua, liikkeitä ja asentoa. Varsinkin kipuun liittyviä kasvojen ilmeitä on tahdonalaisesti vaikea peittää. Niiden tunnistaminen toisen kasvoilta on usein nopeaa ja automaattista. Kuitenkin esimerkiksi sairaalapäivystys voi olla paikka, josta potilas ilman näkyvää kivun aiheuttamaa vammaa tai muutosta lähetetään kotiin. Samalla potilaalle annetaan viesti siitä, että kipu on hänen ongelmansa, ei hoitohenkilökunnan. Vaikka potilaan kipu olisi sellaista, jota ei voida kokonaan poistaa, kipupotilaan oikeanlainen kohtaaminen voi johtaa kärsimyksen lievittymiseen. (Vainio 2009b, 21–22, 24; Vainio 2009c, 30.)

4.2 Kipu psyykkisenä tekijänä

Kipuun ja sen kokemiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten yhteiskunta ja kulttuuri, normit ja säännöt, kudოსvaurio, joka voi olla sairauden tai vamman aiheut-

tama, perintötekijät, hermostolliset muutokset, varhaiset elämäkokemukset, fysiologiset reaktiot, opittu käytös ja kipupotilaan omat tunteet, ajatukset, motivaatio ja elämäntavat sekä tämän elämäntilanne, ihmissuhteet, työ ja talous. Lisäksi kipukokemukseen vaikuttavat muun muassa muiden reaktiot, mahdollinen terveydenhuoltojärjestelmä sekä kipupotilaan oma suhde kipuun, itseensä sekä auttajiin. (Estlander 2003, 10.)

Kipuongelmiin vaikuttavat monella tavalla ihmisen kokemukset, ajatukset ja tunteet. Kipuongelmille altistavia psyykkisiä tekijöitä voivat olla esimerkiksi taipumus ahdistua ja hätäntyä tai lapsuuteen liittyvät traumaattiset kokemukset. Laukaisevina tekijöinä puolestaan voivat toimia esimerkiksi lähimenneisyydessä tapahtunut traumatisoinut tapahtuma tai pitkittynyt stressi. Kipuongelmaa ylläpitäviä tekijöitä voivat olla potilaan oma tai hoitotahon passiivisuus, vakavan sairauden pelko tai ahdistuminen kipuongelmaan liittyvistä seikoista kuten lääkityksestä. Toisaalta monella kipupotilaalla on myös suojaavia psyykkisiä ja sosiaalisia seikkoja kuten optimismi, vankka sosiaalinen verkosto tai myönteinen käsitys itsestä. Käytännössä koko potilaan tähänastinen eletty elämä vaikuttaa tämän tapaan suhtautua ja toimia. (Estlander 2003, 57, 61, 65.)

4.3 Hoitosuhteen rakentuminen

Kiputuntemus on aina henkilökohtainen ja se vaihtelee eri ihmisten välillä samoin kuin esimerkiksi ulkonäkö. Kipupotilaita ei aina oteta todesta terveydenhuollossa, koska kipu ei näy päällepäin. Terveydenhuollossa kipu nähdään ikään kuin sairauden oireena, jolle on syy, joka pitää poistaa. Hoitotahojen sanotaan tunnistavan jossain määrin kivun ja sen aiheuttaman toimintakyvyn rajoittumisen, muttei inhimillistä kärsimystä, mitä kipu potilaalle aiheuttaa. Olisi tärkeää, että kipupotilaita hoitavat tahot hahmottaisivat potilaan tilan kokonaisvaltaisesti. (Granström 2010, 23, 27, 52, 90.) Tärkeintä kipupotilasta hoidettaessa on myötätunto. Parhaaseen mahdolliseen hoitotulokseen päästään kohtaamalla kipupotilas kärsivällisesti ja osoittamalla sanoin, teoin ja elein, että tämä on arvokas ja oikeutettu myötätuntoon ja kunnioitukseen. Avoimuus potilaan

kärsimykselle on merkittävä pohja hyvän hoitosuhteen rakentumiselle. (Vainio 2009a, 12; Vainio 2009b, 26.)

Realistisen hoitosuunnitelman saavuttamiseksi potilaasta ja tämän elämäntilanteesta tarvitaan riittävät tiedot. Samalla suunnitellaan myös mahdolliset lisätutkimukset kivun selvittämiseksi. Ensin selvitetään, millainen kiputila potilaalla on. Tämän jälkeen voidaan selvittää potilaan muut taustatiedot. (Haanpää 2009, 119.) Potilaan ymmärrettävissä olevan hoitosuunnitelman laatiminen antaa potilaalle kuvan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Usein potilaat toivovat hoitosuhteeltaan enemmän yhdessä laadittua suunnitelmaa hoidolle kuin yleisluontoista tietoa tilastaan. Suunnitelman laatiminen alkaa yleensä hoitoehdotuksesta, johon potilas joko haluaa tai ei halua sitoutua. Krooninen kipu ja sen aiheuttama ahdistus, jopa masennus, vaikuttavat vahvasti ihmisen elämään, joten potilaan on hyvä olla mukana hoitonsa suunnittelussa. Lisäksi potilaan tulee ymmärtää, ettei kroonisen kivun hoitamiseen yleensä ole nopeaa vaihtoehtoa, vaan hoito voi pitkään jatkumisen lisäksi vaatia eri hoitoratkaisujen kokeilemistä ja niiden yhdistelemistä. (Granström 2010, 97–98.)

Hoitosuhteessa luottamus on tärkeää. Potilaan tulee voida luottaa hoitotahon asiantuntemukseen ja haluun auttaa. Lisäksi potilaalla tulee olla turvattu olo hoitojärjestelyjen ja niiden riittävän pitkän keston suhteen. Toisaalta myös hoitohenkilökunnan tulisi voida luottaa potilaan rehelliseen kertomukseen voinnistaan ja tilastaan. Parhaimmillaan hoitosuhde perustuu kahden asiantuntijan yhteistyöhön: lääkärin tai hoitajan, joka tietää potilaan tilan tai sairauden yleisluonteesta, ja potilaan, joka tietää parhaiten omat tunteuksensa, toimintakykynsä tilan ja hoidon vaikutukset. Tällainen yhteistyö vaatii läsnäoloa, kuuntelemista ja keskustelemista. (Granström 2010, 102.)

Kipupotilasta hoitavana sairaanhoitajana kannattaa huolehtia potilaan kivunlievityksestä ja rauhoittamisesta. Potilasta tulisi kunnioittaa ja huomioida tämän kokemukset ja näkemykset. Kipupotilasta hoitavan tulisi selvittää potilaan mahdolliset virheelliset tai puutteelliset tiedot esimerkiksi kipuongelman ennusteesta tai kivun käyttäytymisestä ja keskustella näistä potilaan kanssa. Tällöin potilaalle kannattaa kertoa, mitä tämän täytyy tehdä, ei mitä tämän ei täydy tehdä. Poti-

laan motivaatiota, uskoa, optimismia ja rauhallista suhtautumista tulisi vahvistaa vuorovaikutustilanteessa. Lisäksi kipupotilasta voi auttaa riittävän tiivis seuranta sekä omaisten huomioiminen. (Estlander 2003, 59.)

4.4 Hoitaja yhdyntäkivun kartoittajana

Kipua kartoitettaessa on tärkeää muistaa, että paras asiantuntija kivun tunnistamisessa on kivun kokija. Siksi paras tapa arvioida kipua on kysyä siitä potilaalta itseltään. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 78.) Selvitettäessä yhdyntäkivuista kärsivän potilaan kipujen luonnetta, voidaan muutamalla kysymyksellä saada oleellista tietoa. Kun potilasta pyydetään kertomaan kivun sijainnista, osa kykenee osoittamaan tarkan kipupisteen sormellaan. Toisaalta kipu voi olla niin laaja-alaista, ettei sitä pysty paikantamaan. Kysymyksiä voi tarkentaa tiedustelemalla esiintyykö kipua ulkoisesti vulvan alueella, emättimen seinämissä vai syvällä emättimessä. (Virtanen 2002, 257.)

Kivun luonnetta voidaan selvittää kysymällä tuntemuksista, esimerkiksi onko kipu viiltävää, terävää tai sykkivää. Kipuun liittyvistä tekijöistä ja tilanteista on myös hyvä tiedustella: voi kysyä liittyykö kipu pelkästään yhdyntään vai esiintyykö kipua muulloinkin, kuten kiihottumisen yhteydessä tai sisäänäöntymisen eli penetraation alussa. Kivun kestoa on hyvä määritellä: onko se pitkäkestoista vai hetkellistä, puhutaanko minuuteista, tunteista vai pidemmästä ajasta. Kivun kokemusta voidaan myös pyytää määrittelemään omin sanoin esimerkiksi lievästä sietämättömään. (Virtanen 2002, 257–258.) Potilasta voi pyytää myös nimeämään asioita, jotka pahentavat tai lievittävät kipua (Salanterä ym. 2006, 257).

4.5 Kipupäiväkirja

Kipupäiväkirja auttaa potilasta havainnoimaan kipuihin vaikuttavia tekijöitä sekä tekemään huomioita niiden välisistä yhteyksistä. Päiväkirjaan tehdään merkintöjä useita kertoja päivässä ja siihen olisi hyvä sisällyttää osiot kivun voimakkuu-

desta sekä päivittäisistä toiminnoista. Merkintöjen avulla potilas voi tarkastella kivun voimakkuutta ja sen käyttäytymistä, aktiivisuutta sekä tunteiden ja ajatusten välisiä yhteyksiä. (Elomaa & Estlander 2009, 247.) Yhdyntäkipupotilaan päiväkirjassa tulisi huomioida seksuaaliset tilanteet, joihin on liittynyt kipua, ja se, kuinka kiihottunut ja valmis kipupotilas koki olevansa niihin (Virtanen 2002, 258). Säntillinen itsehavainnointi voi auttaa ymmärtämään tilannetta paremmin. Kääntöpuolena asialla voi olla liiallinen keskittyminen kipuihin, jolloin potilaan ahdistus lisääntyy. (Estlander 2003, 128.)

Päiväkirjan sisällöstä ei ole yhtä tiettyä mallia, vaan jokainen voi suunnitella omanlaisen kirjan. Jos kivut vaativat lääkkeellistä hoitoa, tulisi lääkehoito-osio sekä lääkkeen vaikutuksen arviointi sisällyttää päiväkirjaan. Jotta päiväkirja olisi luotettava, potilaan tulee sitoutua sen täyttämiseen täsmällisesti tiettyyn kellonaikaan eikä muistivaraisesti jälkikäteen. Päiväkirja, joka on viikkoja kestävä ja vaatii useita merkintöjä, ei ole suositeltava, koska se voidaan kokea työläänä, jolloin noudattaminen voi jäädä heikoksi. (Estlander 2003, 128.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on koota kirjallisuuskatsauksella tietoa emättimen kiputilapotilaan oireista, hoidosta ja kohtaamisesta Kätilöopiston sairaalan naisten- tautien poliklinikan hoitajien käyttöön. Poliklinikan tavoite on mahdollistaa hyvä ja kokonaisvaltainen hoito ja ohjaus emättimen kiputilasta kärsiville potilaille ilman, että jokaisen potilaan kohdalla joudutaan konsultoimaan tai lähettämään potilas eteenpäin. Oma tavoitteemme on oppia emättimen kiputiloista mahdollisimman kattavasti. Lisäksi tavoitteenamme on hahmottaa, mitä kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan ja miten se tehdään. Tavoitteemme on tehdä mahdollisimman hyvä ja kattava opinnäytetyö, joka vastaa yhteistyötahomme tarvetta.

Tutkimuskysymykset ovat:

Minkälaisia haasteita emättimen kiputilapotilaan hoitotyössä ilmenee?

Miten emättimen kiputilapotilasta tulee hoitaa moniammatillisessa tiimissä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella selvitetään, miten ja mistä näkökulmista tiettyä aihetta on aiemmin tutkittu. Sillä siis ikään kuin tutkitaan tutkimusta. Kirjoittaja käy läpi aikaisempien tutkimusten keskeisiä väittämiä ja niiden tuloksia pohtien näitä ja nostaan esiin myös havaitsemansa mahdolliset ristiriitaisuudet, näkemuserot ja puutteet. Kirjallisuuskatsaus antaa ajankohtaista tietoa ja hyvän yleiskuvan aiheesta. Kirjoittajan on pidettävä koko prosessin ajan huolellisesti mielessään oma tutkimuskysymyksensä, johon hän hakee vastausta, ja tarkasteltava lähdekirjallisuutta kriittisesti. (Salminen 2011; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 108–110.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet etenevät suunnittelusta raportointiin. Ne voidaan myös karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen: suunnitteluvaihe, lähteiden haku- ja analysointivaihe ja raportointivaihe. Suunnitteluvaiheessa tehdään tutkimussuunnitelma, jossa seulotaan aiempaa tutkimustietoa aiheesta ja määritellään kirjallisuuskatsauksen tarve. Lähteiden haku- ja analysointivaiheessa valikoidaan lähteistä tarpeellisimmat ja analysoidaan niiden tuloksia. Raportointivaiheessa julkistetaan tulokset ja tehdään niiden pohjalta johtopäätökset. (Johansson 2007, 5–7.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuvailevan tutkimusmenetelmän tarkoitus on kuvata tutkittavan ilmiön keskeisiä piirteitä, ja siinä esitellään ilmiön nykytilannetta, kuvaillaan mahdollisesti sen menneisyyttä ja ennustetaan tulevaa. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan yleiskatsauksen kaltaista, ilman tiukasti asetettuja sääntöjä etenevää raportointimenetelmää. Siinä tutkimuskysymykset voivat olla löyhemmin rajattuja kuin muissa kirjallisuuskatsauksen tyypeissä, mutta tutkittavaa ilmiötä kuvaillaan silti laaja-alaisesti ja tarkasti. (Salminen 2011; Tuomi 2007, 126–127.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kahteen alaryhmään: narratiiviseen ja integroivaan kirjallisuuskatsaukseen. Tässä opinnäytetyössä on käytetty narratiivista menetelmää. Narratiivisuudella tarkoitetaan epäyhtenäisen tiedon jäsentämistä ja sen esittämistä järjestelmällisesti ja helppolukuisesti. Narratiivinen menetelmä pyrkii antamaan laajan kuvan käsiteltävästä ilmiöstä. (Salminen 2011.) Narratiivisuudella voidaan myös viitata aineiston analyysitapaan ja sen ilmaisemiseen suorasanaista kerrontana (Heikkinen 2001, 118, 121).

6.2 Aineiston valintakriteerit ja yleiskuvaus

Käytimme aineiston keräämiseen sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä tietokantoja. Kriteereinämme oli, että kirjallisuuskatsaukseen valittavat alkuperäistutkimukset liittyisivät emättimen kiputilapotilaiden hoitoon ja olisivat löydettävissä tietokannoista kokoteksteinä ja maksutta. Hakusanoina käytimme englanninkielisiä fraaseja ”pain clinics” ja ”vulva diseases” (Taulukko 1). Rajasimme haut vuosiin 2005–2013. Asetimme hakukriteereihin kieliksi sekä suomen että englannin. Haimme ulkomaalaisia lähteitä EBSCO:sta sekä Pubmedistä. Suomenkielisistä tietokannoista käytimme ARTO:a sekä Mediciä. Valituista tutkimuksista kuusi oli englanninkielisiä ja yksi suomenkielinen. Kaksi tutkimusta oli tehty Suomessa, viisi ulkomailla. Kahta kirjallisuuskatsaukseen valittua tutkimusta käytimme lähteenä opinnäytetyön teoriaosuudessa.

TAULUKKO 1. Kirjallisuushakujen tulokset tietokannoittain

Tietokannat	Hakusanat	Hakutulokset tietokannoittain
Medic	Pain clinics& Vulva diseases	110
Arto		31
EBSCO		8
Pubmed		4
Manuaalinen haku		1
Yhteensä		154

Hylkäsimme otsikoiden perusteella suurimman osan hakutuloksista, koska otsikoista pystyi päättelemään, etteivät ne liittyneet aiheeseen. Tiivistelmien perusteella hylätyt tutkimukset eivät vastanneet sisällöllisesti opinnäytetyötämme eivätkä olisi vastanneet tutkimuskysymyksiimme (Taulukko 2). Koko tekstin perusteella hyväksyimme seitsemän tekstiä, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Tekstien perusteella hylättyjä kirjoituksia ei tullut yhtään (Taulukko 3).

TAULUKKO 2 Otsikoiden ja tiivistelmien perusteella hyväksytyt ja hylätyt

Tietokanta	Otsikoiden perusteella hyväksytyt	Otsikoiden perusteella hylätyt	Tiivistelmien perusteella hyväksytyt	Tiivistelmien perusteella hylätyt
Medic	1	108	0	1
Arto	0	31	0	0
EBSCO	6	2	0	0
Pubmed	1	2	0	1
Manuaalinen haku	1			
Yhteensä	9	143	0	2

TAULUKKO 3 Koko tekstin perusteella hyväksytyt ja hylätyt

Tietokanta	Koko tekstin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hylätyt
Medic	0	0
Arto	0	0
EBSCO	6	0
Pubmed	0	0
Manuaalinen tietohaku	1	
Yhteensä	7	0

6.3 Aineiston analyysi ja tulkinta

Kirjallisuuskatsaukseen kerätyn aineiston analysointi ja tulkinta on koko tutkimusprosessin ydinasia, koska koko prosessi tähtää juuri siihen. Analyysivaiheessa tutkija saa vastaukset asettamiinsa kysymyksiin. Voi käydä myös niin, että analyysivaiheessa selviää, millaiset tutkimuskysymysten olisi pitänyt alun perin olla. (Hirsjärvi ym. 2003, 207.) Usein tuloksia analysoitaessa aineistosta löytyy jotain mielenkiintoista, jota ei etukäteen ole osannut ajatella. On kuitenkin tärkeää osata rajata käsiteltävä ilmiö ja siihen suoraan liittyvä tieto ja jättää epäolennainen, vaikkakin kiinnostava tieto pois. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 94.)

Tulosten analysointi ei vielä riitä, vaan tuloksia on yhtä lailla myös tulkittava. Tulkinnalla tarkoitetaan analyysin tulosten pohtimista ja johtopäätösten tekemistä niin, että lukijan on helppo ymmärtää ne. (Hirsjärvi ym. 2003, 211.) Sisällönanalyysillä dokumentteja analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Näin kerätystä tutkimusaineistosta saadaan kuvaus tiivistetyssä muodossa. Sanottakoon, että käsitteinä sisällön erittely ja sisällönanalyysi tarkoittavat eri asioita: Erittelyssä analysoidaan tekstin sisältöä ja sisällönanalyysissa puolestaan kuvataan tekstin sisältöä sanallisesti. Kuitenkin puhuttaessa sisällönanalyysistä voi-

daan tarkoittaa kumpaa tahansa käsitettä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 106–107.)

Analysoidessamme kirjallisuuskatsaukseen valittuja tutkimuksia aloitimme kääntämällä englanninkieliset tekstit suomen kielelle. Suomentamisen jälkeen purimme kustakin tutkimuksesta keskeiset tulokset liitteenä (Liite 1) olevaan taulukkoon. Tuloksia purkaessa käytimme apuna tutkimusdokumenteissa mukana olleita pelkistystaulukoita, mutta emme muodostaneet sellaisia itse. Purimme tulokset sanallisesti ja käytimme ydinkohtien, kuten joidenkin tuloksellisten lukujen, esille nostamiseksi esimerkiksi alleviivauksia ja huomiomerkkejä. Tekstissä olemme purkaneet kirjallisuuskatsauksen tulokset vastaamaan yhteen tutkimuskysymykseen kerrallaan. Pohdintaosiossa olemme tehneet päätelmiä tuloksista.

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tähän kirjallisuuskatsaukseen otetut tutkimukset (Liite 1) koskivat emättimen kiputilasta kärsivän potilaan hoitoa. Tutkimukset käsittelivät seksuaaliterapiaa (Sheppard, Hallam-Jones & Wylie 2008), vibraattoriterapiaa (Zolnoun, Lamvu & Steege 2008), vaginaan ulottuvan punajäkälän hoitoa (Helsegen, Gjersvik, Jensen, Kirschner & Tanbo 2010), sairaanhoitajan roolia seksuaalisista toimintahäiriöistä kärsivän naispotilaan hoidossa (Dahir 2011), diatsepaamin käyttöä vaginaalisesti annosteltuna (Carrico & Peters 2011), vulvodyniapotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta (Törnävä, Koivula & Suominen 2012) sekä vestibuliitin leikkaushoidon vaikutusta elämänlaatuun (Tommola, Unkila-Kallio & Paavonen 2012).

7.1 Emättimen kiputilapotilaan hoitotyön haasteet

Emättimen kiputilasairaus vaikuttaa väistämättä elämänlaatuun (Sheppard ym. 2008; Helsegen ym. 2010; Dahir 2011; Törnävä ym. 2012). Tuloksista ilmeni muun muassa, että potilaat kokivat, ettei heidän vaivojaan otettu todesta tai niiden merkitystä potilaalle vähäteltiin (Sheppard ym. 2008; Dahir 2011; Törnävä ym. 2012), ja että suurin osa potilaista joutuu odottamaan hoitoa useita vuosia, jopa 14 vuotta. Hoidon viivästyminen ja hoitohenkilökunnan taholta osoitettu väheksyntä potilaan kipua kohtaan voi aiheuttaa tunne-elämän ja mielenterveyden häiriöitä. (Sheppard ym. 2008; Helgesen ym. 2010; Dahir 2011; Törnävä ym. 2012.) Potilasta saatetaan myös syyttää yhteistyökyvyttömäksi, jos tämä ei koe saavansa apua ongelmiinsa lääketieteellisistä keinoista, kuten lääkityksestä. Useamman hoitokeinon jälkeen potilas saatetaan lähettää seksuaaliterapiaan pahoilla mielin ja ymmällään tilanteesta. Seksuaaliterapia on tehokkaampaa silloin, kun sinne lähetävä taho on suhtautunut potilaan kipuun vakavasti ja terapian tarkoitus on käyty potilaan kanssa yhdessä läpi lähetevaiheessa. (Sheppard ym. 2008; Törnävä ym. 2012.)

Pettymystä hoitosuhteissa aiheutti henkilökunnan asiantuntemuksen puute. Hoitohenkilöstöllä ei ollut tietoa vulvodyniasta ja sen oireista, jonka takia jatkotutkimuksista ja hoitokeinoista ei osattu antaa tietoa. Diagnoosin saatuaan potilaat olisivat kaivanneet enemmän informaatiota sairaudesta, sen syistä ja itsehoitokeinoista. Vastaavasti hoitosuhde koettiin hyväksi tilanteissa, joissa potilaat saivat asiantuntijoilta tukea, tietoa ja apua sairauteen. Potilaat kokivat, että heidän kertomustaan sairaudesta uskottiin. Hoitosuhteet olivat aitoja ja empaattisia. Diagnosoinnin ja hoitojen alkamisen myötä sairaudesta saatiin lisää tietoa, jonka koettiin lievittävän ahdistusta sekä tuovan uskoa parantumisesta. (Törnävä ym. 2012.)

Esimerkiksi punajäkälästä kärsineistä naisista kaksi kolmannelle oli kärsinyt yhdyntäkivuista. Yli 70 % oli pidättäytynyt yhdynnöistä oireidensa takia keskimäärin kolmen vuoden ajan. (Helgesen ym. 2010.) Genitaalialueen ongelmassa potilaan seksuaalisuuden huomioiminen on aina tärkeää (Dahir 2011; Helgesen ym. 2010; Sheppard ym. 2008; Tommola ym. 2012; Törnävä ym. 2012; Zolnoun ym. 2008). Usein potilas ei niinkään kaipaa parannusta sairauteensa, vaan apua ja tukea selvitäkseen elämästä sen kanssa. Tämä tarkoittaa ajan ja huomion antamista potilaalle. (Sheppard ym. 2008; Törnävä ym. 2012.) Kaikkein tärkein sairaanhoitajan tehtävistä emättimen kiputilapotilaan hoidossa on empaattisen tuen antaminen ja potilaan seksuaaliterveyden edistäminen (Dahir 2011).

7.2 Emättimen kiputilapotilaan hoito moniammatillisessa tiimissä

Usein toistuvat poliklinikkakäynnit ja tehottomat hoitokokeilut rasittavat emättimen kiputilapotilasta niin psyykkisesti kuin rahallisestikin (Zolnoun ym. 2008; Sheppard ym. 2008; Törnävä ym. 2012). Hyvään emättimen kiputilapotilaan hoitosuhteeseen kuuluu potilaan oireisiin uskomisen, nopea diagnoosi, perusteellinen tutkiminen, auttamisen yrittäminen, sairausloman myöntäminen tarvittaessa ja synnytystapa-arvion tekeminen raskaana olevalle. Vulvodyniapotilaat ovat kokeneet hyvinä ja voimaannuttavina hoitokeinoina muun muassa lääkähoidot, leikkaushoidon ja korvalääkärin antaman asentohuimaushoidon, fy-

sioterapian, psykoseksuaalisen hoidon sekä vaihtoehtoishoidot, kuten akupunktion ja vyöhyketerapian. (Törnävä ym. 2012.) Tutkimuksessa vastaavasti todetaan, etteivät tyypillisimmät hoitomuodot olisi välttämättä tehokkaita tapauksissa, johon liittyy lantionpohjan toimintahäiriö. Hoito on tehokkaampaa sekä vulvodynia- että lantionpohjan toimintahäiriöpotilaille, kun siinä keskitytään lantionpohjan lihasten vahvistamiseen. (Carrico & Peters 2011.)

Potilas saattaa kokea tutkimustilanteessa häpeän lisäksi voimakasta pelkoa kivun johdosta (Törnävä ym. 2012). Kuitenkin koko vaginan ja lantionpohjanseudun huolellinen tutkiminen on emättimen kiputiloissa tärkeää. Tarvittaessa tämä voidaan suorittaa anestesiassa. (Dahir 2011; Helgesen ym. 2010.) Visual analogue scale- eli VAS-asteikkoa käytettiin kahdessa tutkimuksessa kuvaamaan potilaiden kivun voimakkuutta ja se oli todettu toimivaksi menetelmäksi (Carrico & Peters 2011; Tommola ym. 2012).

Vestibuliittipotilaita voidaan hoitaa konservatiivisen hoidon ohella myös kirurgisesti. Hoitomuotojen pitkäaikaisvaikutuksia tarkasteltiin tutkimuksessa, johon osallistui 39 naista, joille tehtiin vestibulektomia, ja 27 naista, joille riitti konservatiivinen hoito, kuten fysioterapia sekä paikallinen tai suun kautta otettava lääkehoito. Kummassakin hoitoryhmässä pitkäaikaisvaikutuksena oli yhdyntäkipujen lievittyminen: vestibulektomiaryhmässä VAS-asteikolla arvioitu kipu tippui 9:stä 3:een ja konservatiivisen hoidon ryhmässä 8:sta 2:een. Vestibuliittipotilaat, joilla konservatiiviset hoitokeinot eivät tehoa, saavat yleensä tehokkaan ja pitkäaikaisen hyödyn kirurgisesta hoidosta. Tutkimuksessa huomioitiin fyysisten vaikutusten ohella myös potilaiden psyykinen ja seksuaalinen vointi. (Tommola ym. 2012.)

Vulvodyniasta ja/tai yhdyntäkipuista kärsivät naiset ovat hyötäneet vaginaalisesti annosteltavasta diatsepaamista, koska se lievittää yhdyntäkipuja ja vähentää yhdynnästä aiheutuvaa epämukavuuden tunnetta. Myös fysioterapialla ja biopalautehoidolla saatiin vastaavanlaisia tuloksia sukupuolielämän kohenemisestä sekä lantionpohjan toimintahäiriön paranemisesta. Vulvodyniassa ja lantionpohjan toimintahäiriössä vaginaalisesti annosteltavan diatsepaamin yhdistäminen terapiamuotoihin oli lievittänyt kipua 71 % tapauksista. (Carrico & Peters 2011.)

Vibraattoriterapiaa saaneet potilaat olivat kärsineet genitaalialueen kivusta keskimäärin kaksi vuotta ja yhdyntäkivuista keskimäärin kolme vuotta. Aiempia hoitokeinoja kartoitettaessa ilmeni, että 49 naisesta puudutevoiteella oli hoidetta 15 ja estrogeenillä 18 naista. Antibiooteilla ja sienilääkkeillä oli hoidettu 22 naista. Vibraattoriterapian kesto oli keskimäärin viisi kuukautta ja sitä tehtiin keskimäärin kolmena päivänä viikossa. Valtaosa, 83 %, 49 naisesta oli tyytyväisiä vibraattoriterapiaan vulvodynian hoitomuotona; 73 % koki yhdynnän vähemmän kivuliaaksi kokeiltuaan vibraattoriterapiaa ja 88 % suosittelisi sitä muille vulvodyniapotilaille. Vaikka 45 % koki hoidon nolostuttavana, 84 % kertoi jatkavansa vibraattorihoitoa. Yhdelläkään tutkimuksen naisista ei ilmennyt komplikaatioita tai haittavaikutuksia vibraattorihoidosta. Vibraattorihoidon tarkoitus on keskittyä nimenomaan lantionpohjan lihaksiin, ei kipupisteisiin. Tutkimuksen perusteella fysioterapiaa pidettiin erittäin merkityksellisenä osana vulvodyniapotilaiden hoitoa. (Zolnoun ym. 2008.)

Punajäkäläpotilaiden keskimääräinen aika oireiden alkamisesta diagnosointiin oli kolme vuotta. Potilaiden iän keskiarvo diagnoosihetkellä oli 51 vuotta. Tutkimusryhmän 58:stä potilaasta 31:lla punajäkälä oireili ulkosynnyttimien lisäksi myös emättimessä, mikä oli yleisempää kuin aiemmin oli raportoitu, 18:lla oireet olivat vain emättimessä ja neljällä vain ulkosynnyttimissä. Heitä oli hoidettu muun muassa ulkoisilla sekä suun kautta otettavilla kortikosteroideilla, immunologisilla valmisteilla, antibiooteilla, sytostaateilla, dilataatiohoidolla ja kirurgisesti. Ulkoisilla kortikosteroideilla hoidetuista (n=56) suurin osa sai täydellisen (2) tai osittaisen (36) avun ja niitä suositeltiin ensisijaiseksi hoidoksi genitaalialueen punajäkälään. Myös dilataatiohoito oli tehokasta, vaikkakin tutkimuskohderyhmä oli pieni: Suurin osa (n=13) sai siitä avun, kun se yhdistettiin ulkoiseen kortikosteroidihoitoon. (Helgesen ym. 2010.)

Dahirin (2011) hoitosuosituksessa emättimen kiputilapotilaiden hoitoon ehdotettiin viikoittain kokoontuvaa moniammatillista tiimiä, jossa sairaanhoitaja, lääkäri, seksuaaliterapeutti ja fysioterapeutti tekisivät tiivistä yhteistyötä. Kyseisessä mallissa ehdotetaan sairaanhoitajan roolin korostamista niin, että sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan ensikäynnillä tunnin vastaanottoajalle, haastattelee ja

tutkii tämän, ottaa tarvittaessa valokuvia (esimerkiksi mahdollisista iho- tai limakalvomutoksista) ja konsultoi viikottaisessa tapaamisessa muita ammattiryhmiä potilaan tulevan hoidon suhteen. Mikäli potilas on tietoinen hoitohenkilökunnan tiimityöskentelystä, tämä kokee hoitonsa hyväksi, vaikka hoitohenkilökunnalla olisikin aukkoja tiedoissaan (Törnävä ym. 2012). Yhteistyötä esimerkiksi ihotautilääkäreiden kanssa suositellaan (Helgesen ym. 2010).

Itsehoidon ohjauksen tulisi olla perusteellista. Itsehoidon ja vertaistuen on todettu tukevan kiputilan hoitoa. Ohjausta kiputilan itsehoitoon tulisi antaa heti ensikäynnillä joko suullisesti tai kirjallisesti. Ohjauksen voi suorittaa riittävän tietotaidon omaava sairaanhoitaja tai seksuaalineuvoja. Erityisesti lantionpohjan lihasharjoittelua pidetään tärkeänä. Potilaat pitävät fysioterapiaa merkittävänä osana hoitoa. Vertaistuen kautta potilaat saivat tietoa sairaudesta ja vinkkejä itsehoitokeinoista toisilta naisilta. Joissain tapauksissa keinot oli koettu niin tehokkaina, että muista hoidoista oli voitu luopua. Vertaistuki koettiin tärkeänä tiedonlähteenä itsehoidon rinnalla. (Törnävä ym. 2012.)

8 POHDINTA

8.1 Kirjallisuuskatsauksen tulosten tarkastelua

Ihmistä tulisi aina hoitaa holistisena kokonaisuutena (Dahir 2011; Sheppard ym. 2008). Usein kuitenkin hoidetaan vain sairautta, ei ihmistä. Hoitohenkilökunta ohjautuu näkemään potilaassa jonkin fyysisen sairauden, jota voidaan hoitaa lääkkeellä. Kipua sairastava potilas on näin ollen altavastajana, koska tämän sairautta ei välttämättä pystytä todentamaan kuvantamalla tai testaamalla: asiasta on vain potilaan itsensä sanoin kertoma kokemus. Tutkimusten mukaan tämä johtaa usein siihen, ettei potilasta oteta todesta. Kivun voidaan väittää olevan kuviteltua tai keksittyä. Ihminen on monimutkainen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus, jota ei läheskään aina voida hoitaa vain yhdellä menetelmällä. Vulvodyniasta toivotaan lisää yleis- ja tutkimustietoa sekä hoitohenkilöstön että tavallisten ihmisten keskuuteen (Törnävä ym. 2012).

Seksuaalisista toimintahäiriöistä kiputilan takia kärsiviä naisia on huomattavasti enemmän kuin niitä, jotka saavat oireisiinsa apua. 85 % naisista haluaisi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä, mieltä painavista asioista, mutta 68 % heistä ei kehtaa tai uskalla ottaa asiaa puheeksi itse. Moni emättimen kiputiloista kärsiviä naisia hoitava ammattilainen ei kysy potilailtaan seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä, koska aika tai koulutus ei riitä, tai koska lähetteen päässä olevista erikoisasantuntijoista, kuten seksuaaliterapeuteista, on pulaa. Kiputila voi olla potilaalle niin häpeällinen asia, ettei tämä pysty keskustelemaan asiasta edes kumppaninsa kanssa. On kuitenkin todettu, että seksuaalisuuden ja psyykkisen voimien huomioiminen vastaanotolla antaa potilaalle paremman ja kokonaisvaltaisemman kuvan hoidosta ja auttaa tätä saavuttamaan paremman ja tyydyttävämmän seksielämän. (Dahir 2011; Tommola ym. 2012; Törnävä ym. 2012.) On selkeästi pääteltävissä, että hoitohenkilökunnan koulutus on liian vähäistä. Koska seksuaaliterveyttä opetetaan sairaanhoitajakoulutuksessa varsin vähän, tulisi työnantajan panostaa täydennyskoulutukseen.

Suomessa ei ole yleistä, selkeää hoitopolkua tai Käypä hoito -suositusta vulvodyniapotilaille; olemassa on vain sairaaloiden, osastojen tai poliklinikoiden omia suosituksia (Törnävä ym. 2012). Tutkimukset osoittivat, että emättimen kiputilojen hoitoon on paljon erilaisia lääkevalmisteita ja hoitomuotoja, mutta niiden yhdistäminen oikeaan vaivaan ja oikealle potilaalle näyttää olevan haaste terveydenhuollolle. Törnävän ym. (2012) tutkimuksessa kuvattiin esimerkkipotilasta, jolle oli kokeiltu kaikkia Suomesta löytyviä hoitokeinoja vulvodyniaan. Sen lisäksi hän oli saanut kokea hoitohenkilökunnan taholta huonoa kohtelua ja väheksyntää. Samaan aikaan tutkimukset osoittavat, että kaikkein merkityksellisin asia hoidossa on potilaan huomioonottaminen, kuuleminen ja empaattinen tukeminen. Myös kumppanin roolilla katsotaan olevan keskeinen osa vulvodyniapotilaan hoidon tuloksellisuutta, mutta aihetta on toistaiseksi tutkittu vain vähän. Potilaan halutessa kumppanin voi ottaa mukaan hoitoon ja tämä voi olla mukana esimerkiksi itsehoidon ohjauksessa.

Kolmessa kirjallisuuskatsauksen tutkimuksessa painotettiin lantionpohjan lihasten vahvistamisen merkitystä vulvodynian hoidossa (Zolnoun ym. 2008; Carrico & Peters 2011; Törnävä ym. 2012). Vulvodyniapotilaat kärsivät muita useammin lantionpohjan toimintahäiriöistä (Carrico & Peters 2011). Lantionpohjan lihasten merkitystä painotti myös Kätilöopiston sairaalan fysioterapeutti Vuokko Jernfors (2013). Olisi tärkeää ja työtä tehostavaa, että jo poliklinikkakäynnillä sairaanhoitaja orientoisi potilasta siihen, mitä fysioterapiassa tullaan tekemään. Potilas voisi harjoitella lantionpohjan lihasten paikantamista jo ennen ensimmäistä fysioterapiakäyntiä. Sairaanhoitajan ja fysioterapeutin yhteistyön tehostaminen hyödyttäisi potilasta.

Tutkimuksissa on todettu, että erikoistuvien lääkäreiden tiedot emättimen kiputiloista ovat puutteellisia. Samanlaisia tutkimuksia ei kuitenkaan ole toteutettu koskemaan sairaanhoitajia. (Törnävä ym. 2012.) Pohtiessamme kehittämisside-oita meitä kiinnosti erityisesti sairaanhoitajien tieto- ja taitoperusta, jota voisi kartoittaa esimerkiksi kyselyn avulla. Tieto auttaisi ymmärtämään, minkälaista täydennyskoulutusta hoitohenkilökunta tarvitsee. Potilaiden hoitokokemuksia voisi tutkia heille osoitetuilla kyselyillä. Hoitokokemukset kertoisivat myös hoitohenkilökunnan osaamisesta.

Emättimen kiputiloissa kipu ja seksuaalisuus ovat vahvimmat teemat, joten täydennyskoulutusten järjestäminen näistä aiheista olisi mahdollisesti tarpeen. Ymmärtääkseen kiputilapotilaita mahdollisimman hyvin hoitajan olisi hyvä tuntee kivun fysiologiaa. Myös potilaiden seksuaalisuus koetaan vaikeana asiana ottaa puheeksi, joten koulutuksen avulla siihen voisi löytyä keinoja. Mietimme myös emättimen kiputilapotilaiden kokonaishoitoa. Näemme kehittämisideana yhtenevän hoitopolun muodostamisen, jotta koko henkilökunnalla olisi samanlainen kuva emättimen kiputilapotilaan hoidon kulusta ja omista tehtävistään siinä. Mietimme myös, pitäisikö poliklinikalla panostaa enemmän moniammatillisen tiimin yhteistyöhön, jolloin eri ammattiryhmillä olisi selkeä kuva toistensa työstä. Tämä kenties helpottaisi työnkuvien limittämistä keskenään.

8.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Tutkimuksen päämääränä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta, tarkastellaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa on tuotettu. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen näkökulmasta tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Kirjallisuuskatsauksessa päämäärä on käytännössä sama: tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa jo olemassa olevan tutkimustiedon avulla. (Johansson 2007, 3.)

Opinnäytetyöhön valittu aineisto vastasi asettamiamme hakukriteereitä. Kirjallisuus haettiin järjestelmällisesti luotettavista tietokannoista. Kaikki tässä opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat alkuperäistutkimuksia. Tutustuessamme lähdemateriaaliin meidän piti kyetä erottamaan luotettavimmat kirjoitukset sekä pyrkiä löytämään mahdollisimman ajantasaista tietoa. Pyysimme luotettavien lähteiden tunnistamiseen apua sekä ohjaavilta opettajilta että kirjaston informaatikolta.

Pietarisen (i.a) mukaan täytyy osata ottaa huomioon, että informaatio voi olla luonteeltaan erilaista. Samaan asiaan liittyvät tiedot voivat siis poiketa toisis-

taan. Luotettavuus tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että informaatioon suhtaudutaan kriittisesti. Näin olemme toimineet ja samalla pyrkineet rehellisyyteen ja huolellisuuteen. Olemalla luotettavia lunastamme lupauksemme kattavasta ja hyvästä opinnäytetyöstä sen tilaajalle.

8.3 Ammatillinen kasvu

Kirjallisuuskatsaus oli meille tutkimusmenetelmänä entuudestaan täysin vieras. Opimme opinnäytetyötä tehdessä kirjallisuuskatsauksen tekemisestä ja sen eri muodoista. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen opetti meille lähdekriittisyyttä, tarkkuutta ja taitoa tulkita erilaisia tutkimustuloksia. Opinnäytetyöprosessin aikana huomasimme harjaantuneemme muun muassa aiheen rajaamisessa ja tiedon priorisoimisessa: opimme olennaisen ja epäolennaisen tiedon eroista ja huomasimme osaavamme tarkastella tietoa kriittisesti ja monesta eri näkökulmasta. Opinnäytetyön tekeminen kasvatti valmiuksiamme samankaltaisen työn tekemiseen mahdollisissa jatko-opinnoissa.

Opinnäytetyön tekeminen auttoi meitä kasvamaan tiedollisesti ja taidollisesti. Kaikissa tarkastelemissamme tutkimuksissa yhdistävänä johtopäätöksenä oli potilaan kohtaaminen ja riittävä aika, joten ymmärsimme entistä laajemmin näiden asioiden merkityksen. Uskomme, että jatkossa osaamme yhdistää emättimen kiputilapotilaan tutkittuja erityistarpeita myös muihin tulevassa työssämme kohtaamiimme potilaisiin. Kivusta kärsivän potilaan hoidon ja kohtaamisen erityispiirteet hahmottuivat meille entistä selkeämmin. Opinnäytetyön perusteella mielestämme on helppo päätellä, että potilaan rauhallinen ja empaattinen kohtaaminen lienee ensisijaisen tärkeää missä tahansa.

Opimme erilaisista naisen genitaalialuetta koskettavista sairauksista. Niitä kaikkia emme pystyneet tähän sisällyttämään, mutta saimme perusteelliset tiedot niistä, joita opinnäytetyö käsittelee. Opimme niiden syistä, oireista ja hoidosta. Käsitimme myös perusteellisesti lantionpohjan lihasten kunnon merkityksen naisen terveydelle ja ylipäätään fysioterapian tärkeyden emättimen kiputiloista

kärsivän naisen hoidossa. Näiden tietojen perusteella osaamme ohjata emättimen kiputilapotilasta ja antaa tälle oikeanlaista tukea.

Sairaudet vaikuttavat seksuaalisuuteen eri tavoin. Näiden vaikutusten tunnistaminen ja puheeksi ottaminen olisivat tärkeitä taitoja jokaiselle hoitajalle. Sairaanhoidajakoulutuksessa seksuaalisuutta ei juurikaan käsitellä. Diakonia-ammattikorkeakoulussa seksuaalisuuteen liittyvä verkkokurssi oli valinnaisissa opinnoissa. Se ei siis ole kenellekään pakollinen ja kurssin käyneiden määrä valmistuvista sairaanhoitajista on varsin vähäinen. Ylipäätään naistentautien osuus sairaanhoidajakoulutuksessa on suppea, ja esimerkiksi vulvodynia on ollut tuntematon käsite lähes kaikille terveydenhuoltoalan opiskelijoille ja työntekijöille, joille olemme opinnäytetyömme aiheesta kertoneet ennen sen julkaisemista. Olisi hyvä, jos naistentautien yleisopetusta olisi sairaanhoidajakoulutuksessa enemmän ja naistentaudeille työhön menevät saisivat täydennyskoulutusta.

Seksuaalisuus liittyi olennaisena osana tämän opinnäytetyön aiheeseen, ja saimme oppia laajasti siihen liittyviä asioita. Karttunut tieto auttoi ymmärtämään entistä selkeämmin sen, että seksuaalisuus on merkittävä osa ihmistä ja tämän terveyttä ja hyvinvointia. Vahva tietopohja antaa meille mahdollisuuden kehittyä sellaisiksi sairaanhoitajiksi, joille seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on itsensäselvyys. Ehdotamme, että seksuaalisuus huomioitaisiin sairaanhoitajaopinnoissa paremmin. Seksuaalisuuden sivuuttamiselle hoitotyössä ei ole muita perusteita kuin hoitajan oma tiedonpuute.

Opinnäytetyö tulee Kätilöopiston sairaalan naistentautien poliklinikan hoitajien käyttöön. Tarkoituksemme on pitää poliklinikalla osastotunti, jossa kirjallinen osuus esitetään power point-diojen avulla. Sekä kirjallinen opinnäytetyö että diat jätetään poliklinikan hoitajien käytettäväksi.

LÄHTEET

- Atula, Sari 2012. Tietoa potilaalle: MS-tauti (Multippeliskleroosi). Viitattu 16.3.2014. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Carrico, Donna J.; Peters, Kenneth M. 2011. Vaginal diazepam use with urogenital pain/pelvic floor dysfunction: Serum diazepam levels and efficacy data. Viitattu 28.3.2014. Löydettävissä hakusanoilla "pain clinics" ja "vulva diseases".
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3ecef1b-73f4-4677-af57-7dd035911eb5%40sessionmgr198&vid=3&hid=121>
- Dahir, Melissa 2011. A sexual medicine health care model and nurse practitioner role. Viitattu 28.3.2014. Löydettävissä hakusanoilla "pain clinics" ja "vulva diseases".
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3ecef1b-73f4-4677-af57-7dd035911eb5%40sessionmgr198&vid=3&hid=121>
- Elomaa, Minna; Estlander, Ann-Mari 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Duodecim. Helsinki. 245–251.
- Elovaara, Irina; Kuusisto, Hanna 2003. Naisen multippeliskleroosi. Viitattu 15.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4%20seksuaalisuus
- Eskola, Kaarina, Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. WSOY. Helsinki.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. WSOY. Helsinki.
- Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli. Edita. Helsinki.
- Haanpää, Maija 2009. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kalso, Eija, Haanpää, Maija, Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Duodecim. Helsinki. 118–122.
- Hannonen, Pekka 2007. Fibromyalgian oireet. Viitattu 16.03.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00241

- Hannuksela-Svahn, Anna 2014. Tietoa potilaalle: Neurodermatiitti (raapimisen aiheuttama ihon paksuntuma). Viitattu 14.4.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=neurodermatiitti
- Hausbrandt, Leena; Tavi, Varpu 2007. Nainen parasta vuosikertaa. Teos. Helsinki.
- Heikkinen, Hannu L. T. 2001. Narratiivinen tutkimus – Todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, Juhani; Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä. 118, 121.
- Heinonen, Pentti K. 2013. Hyvänlaatuiset gynekologiset muutokset ja kasvaimet. Viitattu 14.4.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=em%C3%A4ttimen%20ihottumat
- Helgesen, Anne Lise Ording; Gjersvik, Petter; Jebsen, Peter; Kirschner, Rolf; Tanbo, Tom 2010. Vaginal involvement in genital erosive lichen planus. Viitattu 28.3.2014. Löydettävissä hakusanoilla "pain clinics" ja "vulva diseases".
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3ecef1b-73f4-4677-af57-7dd035911eb5%40sessionmgr198&vid=3&hid=121>
- Hiltunen-Back Eija; Jeskanen Leila 2012. Ulkosynnyttimien yleisimmät ihosairaudet. Viitattu. 24.3.2014.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10476
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 2003. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Ilmonen, Tuisku 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, Dan, Väisälä, Leena, Kaimola, Kari (toim.). Seksuaalisuus. Duodecim. Helsinki. 40–92.
- Jernfors, Vuokko 2013. Fysioterapeutti Vuokko Jernforsin haastattelu 19.8.2013 Kätilöopiston sairaalassa Helsingissä.

- Jernfors, Vuokko; Paavonen, Jorma; Rekonen, Soile 2004. Fysioterapia yhdyn-
täkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. Viitattu
23.8.2013.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=vulvodynia
- Johansson Kirsi, 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjalli-
suuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi; Axelin, Anna; Stolt,
Minna; Ääri, Riitta-Liisa (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja
sen tekeminen. Turun Yliopisto. Turku. 3–9.
- Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko; Väisälä, Leena; Hautamäki, Katja 2003. Syöpä ja
seksuaalisuus. Viitattu 15.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4%20seksuaalisuus
- Kivikoski, Lauri, Hannonen, Pekka 2013. Fibromyalgian taustalla on kivunsäate-
lyn ja autonomisen hermoston herkistyminen. Viitattu 16.03.2014.
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2013/SLL192013-1409.pdf>
- Kylmä, Jari, Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
Käypä hoito-suosituksen päivitystiivistelmä 2010. MS-taudin diagnoosi, lääke-
hoito ja kuntoutus. Viitattu 25.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ms-tauti
- Laundry, Tina, Bergeron, Sophie, Dupuis, Marie-Josée, Desrochers, Geneviève
2008. The Treatment of Provoked Vestibulodynia. A Critical Review.
The Clinical of Journal Pain 24 (2) 155–171.
- Mäenpää, Johanna; Pakarinen, Päivi 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja
kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi; Tapanainen,
Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Helsinki. 216–
226.
- Nuutila, Mika; Ylikorkala, Olavi 2011. Emätin. Viitattu 16.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04496&p_aineisto=18737&p_haku=synnytys
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusmi-
nisteriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu
28.8.2013.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

- Paananen, Ulla-Kristiina; Pietiläinen, Sirkka; Raussi-Lehto, Eija; Väyrynen, Pirjo; Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2006. Kätilötyö. Edita. Helsinki.
- Paavonen, Jorma 2009. Vulvodynia. Viitattu 27.01.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661
- Paavonen, Jorma 2013. Vulvodynia. Viitattu 23.01.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=vulvodynia
- Pietarinen, Juhani i.a. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa Lötjönen, Salla (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Viitattu 13.5.2013.
http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi
- Ryttyläinen, Katri; Valkama Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Edita. Helsinki.
- Saaristo, Anne 2013. Seksuaaliterapeutti Anne Saariston haastattelu 22.8.2013 Kätilöopiston sairaalassa Helsingissä.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo; Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY. Helsinki
- Salava, Alexander 2013. Seborrooinen ekseema (tali-ihottuma). Viitattu 14.4.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=em%C3%A4ttimen%20ihottumat
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopisto. Viitattu 4.3.2014. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sheppard, Caren; Hallam-Jones, Ruth; Wylie, Kevan R. 2008. Why have you both come? Emotional, relationship, sexual and social issues raised by heterosexual couples seeking sexual therapy (in women referred to a sexual difficulties clinic with a history of vulval pain. Viitattu 28.3.2014. Löydettävissä hakusanoilla "pain clinics" ja "vulva diseases".
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3ecef1b-73f4-4677-af57-7dd035911eb5%40sessionmgr198&vid=3&hid=121>

- Tampereen yliopistollinen sairaala i.a. Vulvodynia – Ulkosynnyttimien kipuoireyhtymä. Ohjevihkonen potilaalle ja hänen kumppanilleen. Viitattu 31.3.2014.
<http://www.tays.fi/download.aspx?ID=12301&GUID=%7B4F05DEE8-CBF0-42D0-895D-8C8CF9E3053E%7D>
- Tiitinen, Aila 2013. Valkojäkälä ja muut ihottumat ulkosynnyttimissä. Viitattu 14.4.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=em%C3%A4ttimen%20ihottumat
- Tiitinen, Aila 2013. Tietoa potilaalle: Vaihdevuosien hormonihoito. Viitattu 25.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=vaihdevuodet
- Tommola, Päivi; Unkila-Kallio, Leila; Paavonen, Jorma 2011. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90, 1225–1231.
- Tommola, Päivi; Unkila-Kallio, Leila; Paavonen, Jorma 2012. Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. Viitattu 28.3.2014. Löydettävissä hakusanoilla ”pain clinics” ja ”vulva diseases”.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3ecef1b-73f4-4677-af57-7dd035911eb5%40sessionmgr198&vid=3&hid=121>
- Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Tammi. Helsinki.
- Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Törnävä, Minna; Koivula, Meeri; Suominen, Tarja 2012. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. *Tutkiva Hoitotyö* 4/2012. 32–39.
- Vainio, Anneli 2009a. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, Eija; Haanpää, Maija; Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Duodecim. Helsinki. 12–19.
- Vainio, Anneli 2009b. Kipu ja kieli. Teoksessa Kalso, Eija; Haanpää, Maija; Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Duodecim. Helsinki. 20–26.
- Vainio, Anneli 2009c. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kalso, Eija; Haanpää, Maija; Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Duodecim. Helsinki. 27–37.

Virtanen, Jukka 2002. Kliininen seksologia. WSOY. Helsinki.

Väisälä, Leena 2006. Naisen seksuaaliongelmät. Teoksessa Apter, Dan; Väisälä, Leena; Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Helsinki. 250–263.

Zolnoun, Denniz; Lamvu, Georgine; Steege, John 2008. Patient perceptions of vulvar vibration therapy for refractory vulvar pain. Viitattu 28.3.2014. Löydettävissä hakusanoilla "pain clinics" ja "vulva diseases".
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=3ecef1b-73f4-4677-af57-7dd035911eb5%40sessionmgr198&vid=3&hid=121>

LIITE 1: Tutkimustulokset

Tutkimus ja tekijät	Tutkimuspaikka	Mitä tutkittiin	Tutkittavien määrä	Tutkimustulokset
Caren Sheppard, Ruth Hallam-Jones, Kevan R Wylie 2008; Why have you both come? Emotional, relationship, sexual and social issues raised by heterosexual couples seeking sexual therapy (in women referred to a sexual difficulties clinic with a history of vulvar pain).	Iso-Britannia	Seksuaaliterapiaan lähettyjen, vulvan kiputilasta kärsivien 18–60-vuotiaiden naisten seksuaaliongelmia ja heidän omaa suhtautumistaan niihin.	Tutkittavien määrää ei ilmoitettu. Tutkimus oli rajattu tietyn klinikan asiakkaisiin.	<p>Suurin osa koki, ettei heistä välitetty terveydenhuollossa, missä he olivat hoidattamassa vulvan kiputilaa. He kokivat lähettämisen seuraavalle hoitotaholle välinpitämättömänä ja hylkäävänä toimintana. Lisäksi he kokivat, että lähettäminen terapiaan johtui useimmiten siitä, ettei heidän kipuaan otettu todesta. Tutkimuksen naiset pystyivät kuvailemaan sairaushistoriansa varsin yksityiskohtaisesti, koska he olivat valmistautuneet kertomaan niistä seuraaville hoitotahoille. Tutkijat eivät olleet valmistautuneet näiden seikkojen esille nousemiseen tutkimuksessa.</p> <p>Tulosten mukaan naiset kokivat tunne-elämän ahdinkoa, epäonnistumisen ja menetyksen tunteita ja kumppanin menettämisen pelkoa. Lisäksi heillä oli epätyytyväisiä parisuhdekokemuksia ja tunnetason eristäytymistä. Tämänhetkisiin kumppaneihinsa naiset olivat tyytyväisiä.</p> <p>Johtopäätöksen mukaan tutkittavien naisten ongelmien yhteinen nimittäjä on kipu. Seksuaaliterapia on hyödyllisempää silloin, kun sinne lähettävä taho on suhtautunut naisen kipuun todellisena asiana ja ongelmana. Lisäksi seksuaaliterapiaan ohjattu kiputilapotilas hyötyy terapiasta enemmän, mikäli hänen kanssaan on käyty läpi terapian tarkoitus.</p>
Denniz Zolnoun, Georgine Lamvu, John Steege 2008; Patient perceptions of vulvar vibration therapy for refractory vulvar pain.	Yhdysvallat	Vibraattoriterapian hyväksyttävyyttä vulvodynian hoidossa.	69 naista osallistui, 49 tulokset hyväksyttiin.	<p>Naisten tuli käyttää vibraattoria 5-10 minuutin ajan päivittäin. Tutkittaville oli kaikille diagnosoitu vulvodynia entuudestaan ja naiset olivat saaneet lääkkeellistä hoitoa oireisiinsa 6-8 viikon ajan. Heille, joille ei ollut vastetta lääkkeellisestä hoidosta, tarjottiin vibraattoria hoitokeinona. 69 naista osallistui tutkimukseen, joista 49 naista palautti kyselylomakkeen ja oli käyttänyt vibraattoria säännöllisesti kahden viikon ajan. Yli 90 % tutkittavista piti hoitoa edullisena, helppona sekä ajallisesti järkevän pituisena hoitona. 73 % koki hoidon miellyttävänä sekä lähes kaikki potilaat (94 %) ilmoitti ymmärtäneensä ohjeistuksen sekä perustelut hoidolle. 76 % ilmoitti hoidon turvallisena vaikka noin puolella potilaista hoito oli kivuliasta. Yli 70 % ilmoitti yhdynnän olleen kivuttomampaa sekä nautinnollisempaa vibraattorin käytön jälkeen. Tutkimustulokset osoittavat hoitomuodon olevan turvallinen, edullinen ja varma vaihtoehto vasteena kivulle, myös yhdistettynä fysioterapiaan. Tutkimuksesta saatiin lupaavia tuloksia hoidon toimivuudesta, mutta tämä ei ole kuitenkaan riittävä näyttö arvioimaan VVT:n (vulvar vibration therapy) tehokkuutta verrattuna muihin hoitomuotoihin. Ilman seurantar ryhmää ei voida arvioida terapista vastetta. Kyselyn tulokset ovat haavoittuvaisia vääristymille etenkin naisten liiallisella halukkuudella osallistua kyselytutkimukseen. Kyselylomake on valmis pohja eikä ole erikseen suunniteltu tutkimusta varten, joten se ei ole pätevä.</p>

Tutkimus ja tekijät	Tutkimuspaikka	Mitä tutkittiin	Tutkittavien määrä	Tutkimustulokset
Anne Lise Ording Helsegen, Petter Gjersvik, Peter Jebsen, Rolf Kirschner, Tom Tanbo 2010; Vaginal involvement in genital erosive lichen planus.	Norja	Vaginaan ulottuvaa genitaalialueen punajäkälää ja sen hoitoa 58:lla naisella, jotka diagnosoitiin vulvaklinikalla vuosina 2003–2009.	N=58	<p>Diagnosoitujen keski-ikä diagnosoitihetkellä oli 56 vuotta, 15 naisista oli alle 40-vuotiaita. Oireiden ilmaantumisesta diagnosoituhetkeen kului keskimäärin kolme vuotta. Yleisimmät oireet olivat sukupuolielinten alueen kipu ja kutina. Suurimmalla osalla (53,4%) punajäkälää ulottui vaginaan, 32,7 %:lla se oireili vain vaginan alueella muilla ollen oireita myös vulvan alueella. 6,9 %:lla oireita oli vain vulvan alueella.</p> <p>27 naista oli käyttänyt ulkoista kortikosteroidihoitoa, jotkut jopa kymmenen vuotta. Tutkimuslinikalla naisia hoidettiin kortikosteroidivoiteilla, takrolimusilla, suun kautta otettavalla kortisonilla, retinolilla, immunologisilla valmisteilla, siklosporiinilla, sytokiineilla, metotretksaatilla ja kirurgisesti. Kolmen kuukauden seurantajakson jälkeen ulkoista kortikosteroidihoitoa käyttäneistä 2 koki saaneensa täydellisen avun, 36 osittaisen avun ja 18 koki, ettei saanut hoidosta apua. Lisäksi seitsemäätoista naista hoidettiin dilataatiohoidolla, jotta punajäkälän yhteenkasvattamat häpyhuulet saatiin auki. Suurin osa (13) koki saaneensa tästä apua.</p> <p>Tutkimuksen perusteella tutkijat suosittavat huolellista koko vaginan tutkimusta diagnosoitaessa punajäkälää. Tutkimuksessa ilmenneistä vaginalöydöksistä kaksi kolmasosa sijaitsi vaginan perällä. Tutkimuksen naiset tutkittiin tarvittaessa yleisanestesiassa. Kaksi kolmesta tutkitusta ilmoitti pidättäytyneensä seksuaalisesta kanssakäymisestä, ja noin kahdella kolmasosalla näistä oli ilmennyt yhdyntäkipua. Tutkimus osoitti, kuinka tärkeää on ottaa huomioon myös potilaan seksuaalisuus ja seksuaaliset toiminnot diagnosoitaessa punajäkälää. Hoidoksi punajäkälään tutkijat suosittavat ulkoista kortisonihoitoa. Lisäksi punajäkäläpotilaiden hoidossa suositellaan ihotautilääkärin ja gynekologin kiinteää yhteistyötä.</p>
Melissa Dahir 2011; A sexual medicine health care model and nurse practitioner role.	Yhdysvallat	Kyseessä on suositus, jossa korostetaan sairaanhoitajan roolia ja moniammatillista tiimiä seksuaaliterveydenhoidossa seksuaalisista toimintahäiriöistä kärsivien naisten parissa.	-	<p>Sairaanhoitajilla on aukkoja tiedoissa seksuaaliterveyden suhteen, koska se ei kuulu koulujen opinto-ohjelmiin. Noin puolet sairaanhoitajia kouluttavista oppilaitoksista tarjoaa 3–10 tuntia seksuaalisuuteen liittyvää opetusta ja se on aina toteutettu psykiatrian ohella.</p> <p>Moniammatilliseen tiimiin tulisi kuulua seksuaaliterapeutti tai psykologi, lääkäri, fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan suorittaman potilaskäynnin tulisi rakentua ensin käytävästä keskustelusta, sukupuolielinten alueen ja lantionpohjan tutkimuksesta, jossa tarpeen tullen myös valokuvataan mahdolliset muutokset, ja tämän jälkeen käytävästä mahdollisiin löydöksiin liittyvästä keskustelusta. Potilaan tilanteesta keskustellaan viikoittain moniammatillisen tiimin kokouksissa. Alkukeskustelussa sairaanhoitaja saa kuvan potilaan lääketieteellisestä historiasta, lääkityksestä ja ongelmasta. Tutkimuksen jälkeen käytävässä keskustelussa sairaanhoitaja antaa tarvittaessa ennaltaehkäisevää ohjausta ja antaa neuvoa. Hän myös toimii "viestinviejänä" moniammatillisen tiimin ja potilaan kesken. Pääasia on antaa potilaalle myötätuntoa ja tarjota tukea ja työskennellä seksuaaliterveyttä edistävällä tavalla. Potilasta tulisi aina kohdella kokonaisuutena.</p>

Tutkimus ja tekijät	Tutkimuspaikka	Mitä tutkittiin	Tutkittavien määrä	Tutkimustulokset
<p>Donna J. Carrico, Kenneth M. Peters 2011; Vaginal diazepam use with urogenital pain/pelvic floor dysfunction: Serum diazepam levels and efficacy data.</p>	<p>Yhdysvallat</p>	<p>Diazepamin pitoisuutta seerumissa lääkettä annosteltaessa emättimeen. Lääkkeellä hoidettiin lantionpohjan toimintahäiriötä, kivuliasta rakkosyndroomaa/interstitiellistä kystiittiä sekä emättimen kiputiloja.</p>	<p>N=21</p>	<p>Tutkittavista neljälle oli aiemmin diagnosoitu PBS/IC (painful bladder syndrome/interstitial cystitis), jonka lisäksi heillä oli lantionpohjan toimintahäiriö. Yhdeksällä naisista oli vulvodynia, joista 66 % todettiin myös lantionpohjan toimintahäiriö. Seitsemällä naisella oli vain lantionpohjan toimintahäiriö. Yhdellä naisella oli krooninen lantionkipu. Naiset olivat iältään 22–61-vuotiaita ja keski-ikä tutkittavien kesken oli 40 vuotta. Hoidon vastetta tutkittiin laboratoriokeuin, kliinisin tutkimustulosten pohjalta, sekä tutkittavien viikottain täyttämien raporttien perusteella. Kipua tutkittavat arvioivat VAS-asteikon perusteella.</p> <p>Diazepamia käytettiin suppositorioina tai voidemaisessa muodossa ennen nukkumaan menoa 30 päivän ajan. 15 naista käytti diazepamia 2-3 kertaa päivässä minimimissään 8 tunnin välein. Muut tutkittavat käyttivät harvemmin kuin kerran päivässä tai 1-2 kertaa viikossa. Tutkittavista yksi tarvitsi 10mg diazepamin joka 8 tunnin välein oireiden lievittämiseen. 15 naista käytti 5mg vahvuista diazepamia. 1 tutkittavista käytti 2.5mg, 4mg ja 6 mg vahvuista lääkettä sekä 3 tutkittavista käytti 2mg diazepamia.</p> <p>Vulvodyniaa sairastavat kokivat saaneensa lääkkeestä apua yhdynnässä otettuaan lääkkeen tuntia ennen sitä. 71% naisista koki saaneensa apua kipuihin lääkkeestä, kun 5 koki sen auttaneen ajoittain. 1 tutkittavista koki, ettei lääkkeestä ollut vastetta kipuihin.</p> <p>71 % tutkittavista seerumin lääkepitoisuus oli normaalin rajoissa mittauksen tapahduttua kuukauden kuluttua lääkityksen aloituksesta. 3 tutkittavan tulokset puuttuvat heidän kieltäytyttyä tutkimuksista. 62 % tutkittavista koki saaneensa lääkityksestä kohtalaisesti tai merkittävästi apua lääkityksestä. Seitsemän koki, ettei lääkityksestä ollut apua tai että he saivat vain pientä helpotusta oireisiinsa. Tutkimustulokset osoittavat, että lääkkeestä voi tulevaisuudessa olla apua lantionpohjan toimintahäiriöstä kärsiville sekä vulvodynia- että PBS/IC-potilaille. Suurin osa tutkittavista koki saaneensa oireisiin apua lääkityksellä. Harvalle lääke aiheutti haittavaikutuksia. Kyseinen tutkimus oli kuitenkin varsin suppea ja tutkimuksia tulee tehdä kyseisestä aiheesta lisää, jotta hoitomuoto voidaan todentaa turvallisiksi.</p>

Tutkimus ja tekijät	Tutkimuspaikka	Mitä tutkittiin	Tutkittavien määrä	Tutkimustulokset
<p>Päivi Tommola, Leila Unkila-Kallio, Jorma Paavonen 2012; Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis.</p>	<p>Suomi</p>	<p>Pitkäaikaisen hyvinvoinnin eroa naisilla, jotka tarvitsivat leikkaus- ja konservatiivista hoitoa vestibuliittisyndroomaan.</p>	<p>N=66</p>	<p>39 (75 %) kuului "kirurgiseen ryhmään" ja 27 (54 %) "konservatiiviseen hoitolinja-ryhmään". Kirurgiseen ryhmään kuuluvat 39 naista päätyivät kaikki leikkaushoitoon, koska he kokivat, etteivät saaneet oireisiinsa lievittävää helpotusta konservatiivisesta hoidosta. 27 naisesta 23 kokivat saaneensa helpotusta oireisiin, 1 naisista jätti vastaamatta kyselyyn ja 3 oli tyytymättömiä hoitoihin, mutta kieltäytyivät leikkaushoidosta.</p> <p>Ryhmien välillä lähtökohdat olivat varsin samanlaiset. Eroavaisuuksia oireissa ei juuri tullut ilmi. VAS-pisteytyksessä dyspareunian (yhdyntäkipu) kivut olivat arvioitu kovemmiksi leikkausryhmässä kuin konservatiivisessa hoitoryhmässä. Konservatiivinen hoito oli kestoltaan 18.5 kuukautta leikkaushoitoon päätyneiden ryhmässä. Hoitojen alkamisesta 9 kuukauden jälkeen siirryttiin leikkaushoitoon. Ennen leikkaushoitoa kummankin ryhmän hoitomuodot olivat yhteneväisiä. Potilaiden seuranta-aika leikkausryhmässä oli 47 kuukautta ja konservatiivisessa 77 kuukautta. Emättimen etuosassa arkuus ei eronnut ryhmien välillä, mutta huomattava ero näkyi emättimen takimmaisessa osassa, jossa kipua esiintyi selvästi vähemmän leikkausryhmäläisillä kuin konservatiivista hoitoa saaneilla.</p> <p>Yhdyntäkipuja arvioitaessa kummassakin ryhmässä VAS pisteytyksessä kivut lievittyivät merkittävästi. Kirurgisessa toimenpiteessä olleet arvioivat kipujen lievittyneen 9:stä 3:een ja vastaavasti konservatiivisella 8:sta 2:een, kun kipuja arvioidaan pisteytyksellä 0-10. Kirurgisesta ryhmästä 13/36 (36,1 %) koki oireiden helpottaneen kokonaan ja seitsemän 27stä (25,9 %) konservatiivista hoitoa saaneista naisista. Osittaista apua saaneita oli 19 (52,8 %) ja 17 (63,0 %) sekä ei vastetta hoidosta oli 4 (11,1 %) ja 2 (7,4 %). Kirurgisista potilaista kenenkään oireet eivät pahentuneet leikkauksen myötä lähtökohtaan verrattuna, kun 1 konservatiivisesta hoitoryhmästä ilmoitti oireiden pahentuneen. Seitsemästä neljä (57,1 %) VVS-potilaista ilmoitti oireiden parantuneen täysin kirurgisesta ryhmästä, kun vastaavasti konservatiivisista yksi kahdeksasta (12,5 %) koki oireiden väistyneen.</p> <p>Tutkimustuloksista voidaan päätellä vaikeaa VVS:aa sairastavan, joka ei saa vastetta konservatiivisesta hoitomuodosta, voivan vestibulektomialla saavuttaa pitkäkestoisen hyvinvoinnin sekä nautinnollisen seksuaalisen kanssakäymisen verrattuna heihin, joille konservatiivinen hoito on riittävä. Tutkimustulokset tukevat kirurgista leikkauksen tarjoamista vaihtoehtona heille, joille ei ole muista hoidosta hyötyä.</p>

Tutkimus ja tekijät	Tutkimuspaikka	Mitä tutkittiin	Tutkittavien määrä	Tutkimustulokset
<p>Minna Törnävä, Meeri Koivula, Tarja Suominen 2012. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia.</p>	<p>Suomi</p>	<p>Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia.</p>	<p>N=33</p>	<p>Aineisto kerättiin suljetusta vulvodyniakeskustelupalstalta internetistä. Tutki-mukseen osallistuneet naiset olivat iältään 19–60 vuotta ja näin keskiarvoksi muodostui 31 vuotta. Vastaajista 30 eli parisuhteessa. Oireiden ilmaantuminen jakautui alle vuodesta yli yhdeksään vuoteen sekä kolme tutkittavista ei ollut saanut vielä diagnoosia vastaushetkellä. Pisimmillään diagnoosin tekoon oli mennyt neljä vuotta oireiden ilmaannuttua. Jokaisista kyselyyn vastannutta oli hoidettu vähintään yhdellä hoitomuodolla, jonka lisäksi naiset olivat kokeilleet erilaisia itsehoitokeinoja.</p> <p>Tulokset osoittavat naisten kokeneen hoitosuhteen joko välittävänä tai pettymi-senä. Välittävässä hoitosuhteessa vastanneet kokivat, että heidän oireisiin us-kottiin sekä heidät diagnosoitiin nopeasti tai lähetettiin tarkempiin tutkimuksiin oireiden syyn selvittämiseksi. Hoitotilanteet tehtiin ajan kanssa sekä kivut huo-mioitiin ennen tutkimuksia lievittämällä niitä lääkkein. Vaikka auttaminen olisi ollut tuloksetonta, naiset kokivat, että heitä yritetään auttaa. Tarpeen vaatiessa sairaslomaa myönnettiin sekä raskauksissa ja synnytysissä tehtiin synnytystapa-arvioita. Hoitomuotoja, joita naiset olivat saaneet, muodostui lääkkeellisestä hoidosta, fysio- ja seksuaaliterapiasta sekä vaihtoehtoisista hoidoista, joihin muun muassa lukeutui akupunktio ja vyöhyketerapia. Henkilökunnan asiantuntijuus loi naisille turvallisuutta ja hoitojen myötä naiset kokivat ymmärtävänsä sairauttaan paremmin. Hoitokokemukset koettiin muuttuvan positiivisiksi sekä itsehoito tehostui diagnosoinnin jälkeen.</p> <p>Puolestaan pettymystä aiheutti hoitohenkilöstön asiantuntemattomuus vulvo-dyniasta ja sen oireista. Tämä näkyi myös siinä, ettei erilaisista hoitomahdoli-suuksista osattu kertoa ja moni koki olevansa ”usean kierroksen potilaita” joutuessaan etsimään apua usealta eri taholta. Pisimmillään oireisiin oli etsitty syitä 14 vuoden ajan ennen kuin tauti saatiin diagnosoitua. Diagnoosin saatuaan osa vastanneista koki informoinnin jääneen puutteelliseksi johtaen tämän epätietoisuuteen sairaudesta, sen syistä ja mitä taudin eteen tulisi itse tehdä. Tutkimus ja hoitotoimenpiteet oli saatettu kokea antaneen vain vähäistä apua tai jopa pahentaneet oireita. Pelko kivuista saattoi osassa tapauksia johtaa hoitojen ja tutkimusten keskeytymiseen.</p> <p>Kokonaisvaltaisesti kohtaamisen sivuuttaminen näkyi oireiden vähättelynä, haluttomuutena auttaa, epäuskoisuutena ja pikaisina lääkärikäynteinä. Eniten katkeruutta aiheutti se, ettei henkilökunta uskonut naisten kipuihin. Myös naisten itsemääräämisoikeutta koettiin sivuutetuksi tutkimus- ja hoitotilanteissa.</p> <p>Verkkopalstalla jaettu vertaistuki koettiin voimaannuttavana ja tämän julkaistu tieto sairaudesta ja sen vaarattomuudesta kevensi mieltä. Sivustolla jaettiin vinkkejä itsehoitokeinoista sairauden hoidossa ja osa keinoista oli koettu niin tehokkaina, että muista hoidoista oli voitu luopua. Oma aktiivisuus koettiin itse-hoidossa ja hoitojen saamisessa ehdottoman tärkeäksi.</p>