



VULVODYNIA JA SEN MERKITYS SYN- NYTYKSESSÄ

Sanna Saarimäki

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumis-
vaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

SANNA SAARIMÄKI
Vulvodynia ja sen merkitys synnytyksessä

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Marraskuu 2015

Tämän opinnäytetyön aiheena on vulvodynia ja sen merkitys synnytyksessä. Aihe on valikoitunut Tampereen ammattikorkeakoulun valmiista aihevaihtoehdoista. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten vulvodynia vaikuttaa synnytyksen kulkuun ja synnytyksen hoitoon. Tehtävinä oli olemassa olevan tiedon perusteella selvittää mitä vulvodynia on ja miten se vaikuttaa synnytykseen. Opinnäytetyön tavoitteena taas oli koota yhteen tietoa vulvodyniasta ja sen merkityksestä synnytyksessä terveydenhuoltoalan ammattilaisille ja opiskelijoille. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joka on toteutettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia noudattaen. Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan olemassa olevan tutkimustiedon jäsentelyä ja sen avulla hahmotetaan aiheesta jo olemassa olevaa tietoa.

Tähän opinnäytetyöhön on valittu viisi alkuperäistutkimusta tai – artikkeleita. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla on näistä tutkimuksista ja artikkeleista koottu yhteen ne tekijät, jotka liittyvät vulvodyniaan ja sen merkitykseen erityisesti synnytyksessä, mutta myös raskaudessa ja lapsivuodeaikana. Vulvodynian aiheuttama kipu on yksilöllistä, samoin osittain sen vaikutus raskauteen ja synnytykseen. Kivun vuoksi raskaaksi tuleminen voi olla hankalaa, vaikka vulvodynian ei itsessään ole todettu vaikuttavan hedelmällisyyteen. Vulvodynian vaikutusta synnytykseen on tutkittu melko vähän, mutta se ei ole este normaalille raskaudelle ja synnytykselle. On kuitenkin todettu, että vulvodyniaa sairastavat naiset synnyttävät hieman muita todennäköisemmin sektiolla eli keisarileikkauksella. Tutkimuksissa nousi esiin myös kohonnut riski avustettuun synnytykseen vulvodyniapotilailla. Samoin korkeampi riski vulvodyniaa sairastavilla oli useissa tutkimuksissa havaittu olevan emättimen ja välilihan repeämiin synnytyksessä, vaikka tarkkaa syytä tälle ei löytynyt. Synnytyksen aikana käytetyissä kivunlievitysmenetelmissä eroja ei havaittu. Eräässä tutkimuksessa esitettiin, että vulvodynia saattaisi liittyä kohonneeseen synnytyspelkoon. Lapsivuodeaikana vulvodyniapotilaiden todettiin kärsivän enemmän emättimen alueen kivuista, kuin muut synnyttäneet. Vastasyntyneiden voinnissa ja Apgar-pisteissä sen sijaan ei havaittu eroja vulvodyniapotilaiden ja kontrolliryhmän välillä.

Vulvodynian tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää. Tietoisuutta lisäämällä vulvodynia voitaisiin tunnistaa ja diagnosoida nopeammin. Kätilön on työssään oltava tietoinen sairaudesta, koska sillä on todettu olevan vaikutusta raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan. Kätilön on myös huomioitava mahdollinen kohonnut riski synnytyspelkoon, jolloin sitä on käsiteltävä ajoissa synnyttäjän kanssa. Vulvodynia vaikuttaa naisen elämänlaatuun, minkä vuoksi se on tärkeää huomioida.

Asiasanat: vulvodynia, synnytys, synnytyspelko, raskaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing
Midwifery

SANNA SAARIMÄKI
Vulvodynia and its Role in Childbirth

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 6 pages
November 2015

This thesis handles vulvodynia and its role in childbirth. The objective of the study was to gather information on how vulvodynia affects childbirth and partum care. The purpose of this study was to find out, on the basis of existent information, what vulvodynia is and how it affects the childbirth. This thesis was conducted as a literature review. The data were collected from 5 different scientific research or articles.

The results of this study showed that for a patient with vulvodynia getting pregnant can be more challenging than for a woman without vulvodynia. Still it seemed like vulvodynia had no effect on fertility. The pain vulvodynia causes was very individual and the effect of pain on pregnancy and childbirth varied. Having a normal vaginal delivery was possible for women with vulvodynia but the results showed that women with vulvodynia were more likely to deliver with C-section. The findings also suggested that vulvodynia may be connected with fear of childbirth. According to research women with vulvodynia also had an increased risk for assisted childbirth and ruptures in vaginal or perineal tissue, although it was not clear why. The results also showed that women with vulvodynia were more likely to suffer vaginal pain after delivery. There was no difference in pain relief methods or the outcome of childbirth between women with or without vulvodynia.

It is important for health care providers to recognize vulvodynia. Getting the right diagnosis would be faster and women with vulvodynia would not have to undergo pointless examinations. For a midwife it is also important to know what vulvodynia is because it has many effects on pregnancy and childbirth. Vulvodynia has a great effect on woman's quality of life, which is why it should be widely known.

Key words: vulvodynia, childbirth, pregnancy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTA.....	7
3.1	Vulvodynia sairautena.....	7
3.1.1	Vulvodynian aiheuttama kipu	8
3.1.2	Vulvodynian diagnosointi	9
3.2	Vulvodynian hoito.....	10
3.2.1	Essentiaalisen vulvodynian hoito	11
3.2.2	Vestibuliitin hoito	11
3.2.3	Itsehoito.....	13
3.3	Synnytys	15
3.4	Synnytyskipu	17
3.5	Synnytyspelko.....	19
4	TEOREETTISEEN TIETOON PERUSTUVA OPINNÄYTETYÖ	22
4.1	Kirjallisuuskatsaus	22
4.2	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen.....	23
4.3	Tutkimusten valinta ja sisällönanalyysi	24
5	TULOKSET	26
5.1	Yleistä.....	26
5.2	Vulvodynia ja raskaus	27
5.3	Vulvodynia ja synnytys	28
5.3.1	Sisätutkimus	29
5.3.2	Synnytystapa ja -komplikaatiot	29
5.3.3	Synnytyskipu ja kivunlievitys sekä synnytyspelko	32
5.4	Vulvodynia ja lapsivuodeaika.....	32
6	POHDINTA	34
6.1	Luotettavuus ja eettisyys	34
6.2	Johtopäätökset ja pohdinta.....	35
	LÄHTEET	37
	LIITTEET.....	40
	Liite 1. Tiedonhaun etenemisen kuvaus 1(2)	40
	Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja raportit 1(4)	42

1 JOHDANTO

Vulvodynia on sairaus, ulkosynnytinten kipuoireyhtymä, joka yhä edelleen tunnetaan huonosti. Selityksiä sairaudelle etsitään esimerkiksi tulehdustekijöistä tai hormonitoiminnasta, ja uusimpana mahdollisuutena kivun kokemisen perinnöllisistä tekijöistä. (Järvi 2013.) Vaikka vulvodynia onkin sairautena huonosti tunnettu, se ei kuitenkaan ole erityisen harvinainen. Eri ikäryhmistä riippuen on arvioitu, että vulvodyniaa sairastaa jopa 6-13 % naisväestöstä (Paavonen 2013, 487). Opinnäytetyö käsittelee vulvodyniaa sairautena ja sen merkitystä synnytyksen hoidossa. Kätilön on työssään tärkeää tietää, mitä vulvodynialla ja tarkoitetaan. Synnytys on merkittävä ja henkilökohtainen hetki naisen elämässä, ja kätilön tehtävä on tukea ja auttaa naista siihen valmistautuessa ja läpi synnytyksen sekä lapsivuodeaikana, jotka ovat herkkää aikaa synnyttäjälle. Vulvodynian vaikutus raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan on suuri, joten kätilön rooli naisen tukijana korostuu.

Opinnäytetyössä käydään ensin läpi vulvodyniaa sairautena. Hoitomuodot ovat kehittyneet, jopa niin, että potilas saattaa parantua lähes tai täysin oireettomaksi. Suomessa leikkaushoidon yhdistäminen konservatiiviseen hoitoon, eli esimerkiksi fysioterapiaan tai lääkehoitoon, tuo apua kipuun yhdeksällä potilaalla kymmenestä. Useampi kuin jopa kolmas parantuu jopa täysin kivuttomaksi. Erikoisosaamista vulvodynian hoidossa on silti Suomessa ja maailmalla melko vähän. Potilaan voivat joutua kärsimään kivuista pitkään ja terveystalvelujen kulutus on suurta, kun vaivaa ei osata tunnistaa ajoissa. (Järvi 2013.) Tämän vuoksi opinnäytetyön aihe on myös mielestäni tärkeä. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää miten vulvodynia vaikuttaa synnytyksen hoitoon. Synnytyskipua ja synnytyspelkoa käydään myös läpi tältä kannalta.

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, koska oman empiirisen aineiston kasaaminen olisi aiheen huomioiden ollut liian haastavaa. Työssä on käsitelty vulvodyniaa ja synnytystä käsitteleviä tieteellisiä julkaisuja, joiden tiedot on koottu yhteen. Aihetta on tutkittu melko vähän, mikä aiheutti haasteita riittävän aineiston löytymiseen. Tavoitteena kuitenkin on, että työstä olisi hyötyä kätilön työssä vulvodyniapotilaan hoidossa ja mahdollisesti myös vulvodyniaa sairastavat potilaat voisivat saada tietoa synnytyksestä varten. Itselle aihe on ollut hyödyllinen kätilön ammattiin kasvaessa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten vulvodynia vaikuttaa synnytyksen kulkuun ja synnytyksen hoitoon.

Opinnäytetyön tehtävänä on olemassa olevan tiedon perusteella selvittää:

1. Mitä vulvodynia on?
2. Miten vulvodynia vaikuttaa synnytykseen?

Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tietoa vulvodyniasta ja sen merkityksestä synnytyksessä terveydenhuoltoalan ammattilaisille ja opiskelijoille. Työstä voi olla hyötyä myös vulvodyniaa sairastaville raskaana oleville tai sitä suunnitteleville naisille ja heidän kumppaneilleen.

3 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTA

3.1 Vulvodynia sairautena

Vulvodynia on naisten ongelmallinen oireyhtymä, joka aiheuttaa kirvelyä, kipua ja kosketusarkuutta ulkosynnyttimissä (Nyberg, Susi, Aho & Törnävä n.d.). Vulvodyniaa on kahta eri muotoa, vestibuliittioireyhtymää, joka aiheuttaa kosketusarkuutta sekä hermo-kiputyypistä vulvodyniaa. Vulvodynia heikentää sitä sairastavien elämänlaatua muutenkin kuin kivun kautta. Se voi aiheuttaa masennusta, ahdistusta ja parisuhdeongelmia ja potilaista saattaa herkästi tulla terveyspalvelujen suurkuluttajia. Vulvodynian esiintyvyyttä väestössä ei juurikaan ole tutkittu, arvioiden mukaan eri ikäryhmistä riippuen 6-13 % kärsii taudista. (Paavonen 2013, 487.) Suurin osa potilaista on alle 30-vuotiaita naisia (Nyberg ym. n.d.).

Vulvodynian aiheuttajaa ei vielä tunneta (Paavonen 2013, 487). Joitain vaihtoehtoja on esitetty, jotka saattavat aiheuttaa vulvodyniaa tai vaikuttaa osin sen kehittymiseen. Vulvan alueen tunto- ja kipuhermojen ärsytys tai vahingoittuminen, emättimen eteisen alueen hermosyiden lisääntynyt tiheytymisen ja ulkosynnyttinkudosten lisääntynyt tulehduksellisuus voivat olla tällaisia tekijöitä. Myös geneettinen alttius joko kroonisille ulkosynnyttinalueen tulehduksille tai krooniseen laajalle levinneeseen kipuun sekä emättimen solujen epänormaali toipuminen esimerkiksi tulehduksesta tai traumasta saattavat olla mahdollisia vulvodyniaa selittäviä tekijöitä. Lisäksi näitä tekijöitä voivat olla vulvan alueen hormoni reseptorien muuttunut toiminta, paikallinen yliherkkyys emättimen alueen organismeille, esimerkiksi hiivasienelle, sekä lantionpohjalihakiston heikkous tai jäykkyys. (National Vulvodynia Association 2013.)

Vulvodyniaan liittyviä riskitekijöitä ei juurikaan tunneta. Vestibuliittioireyhtymän yksi riskitekijä on havaittu olevan nuorena aloitettu pitkäaikainen yhdistelmäehkäisytablettien käyttö. Lisäksi usein on havaittu, että oireiden alkamista edeltää gynekologinen tai muu infektio, kuten virtsatieinfektio tai hiivasienitulehdus. (Paavonen 2013, 487.) Kuitenkin joitakin psykologisia, ravitsemuksellisia, tulehduksellisia ja neuropaattisia syitä on oletettu liittyvän aiheuttajiin (Updike 2012, 117).

Vulvodynia voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin (Taulukko 1). Toinen on dysesteettinen eli hermokiputyypinen vulvodynia. Tyypistä käytetään myös nimitystä essentiaalinen vulvodynia tai pudendaalneuralgia. Kipu on jatkuvaa ja luonteeltaan neuropaattista, jolloin se paikallistuu vulvaa hermottavien hermohaarojen alueelle tai alueille. Toinen tyyppi taas on emättimen eteisen kosketusarkuus, jota sanotaan vulvan vestibuliittioireyhtymäksi. Tässä tyypissä kyseessä on paikallinen kosketusarkuus, jossa kosketus siis aiheuttaa kipua paikallisesti. Tyypistä käytetään kansainvälisesti nimitystä provosoitu paikallinen vulvodynia. Vulvan vestibuliittioireyhtymää sairastavat potilaat ovat keskimääräisesti neuropaattista vulvodyniaa sairastavia nuorempia. (Paavonen 2013, 487.) Usein vulvodyniaan voi liittyä myös vaginismia tai vaginismus, joilla tarkoitetaan emätintä ympäröivien lantionpohjalihasten tahdosta riippumatonta lihasjännitystä. (Nyberg ym. n.d.)

Taulukko 1. Vulvodynian tyypit (Mukailten Paavonen 2013, 487).

Hermokiputyypinen vulvodynia/ essentiaalinen vulvodynia

- Kipu jatkuvaa ja neuropaattista
- Ei ärsyttävää/laukaisevaa tekijää

Vestibuliitti

- Kipu paikallista
- Kosketus aiheuttaa kipua

3.1.1 Vulvodynian aiheuttama kipu

Vulvodyniaan liittyvää kipua kuvaillaan tavallisesti polttavaksi, kirveleväksi, ärsyttäväksi ja/tai aristavaksi. Kipu voi olla jatkuvaa tai jaksottaista vulvodynian tyypistä riippuen. (Forrest 2004, 320.) Neuropaattista vulvodyniaa sairastava potilas tyypillisesti kokee epämääräistä, mutta jatkuvaa kipua vulvan alueella. Koskettaminen ei pahenna kipua eikä se haittaa yöunta, mutta usein se pahenee iltaa kohden. Kipu pahenee, jos

potilas istuu pitkään paikoillaan, ja liikkuminen taas puolestaan helpottaa kipua. (Paavonen 2013, 488.)

Vestibuliitissa kipu esiintyy emättimen eteisen alueella. Kipu liittyy ainoastaan kosketukseen ja paineeseen, muulloin sitä ei esiinny. Kipu ei siten rajoita liikkumista tai harrastuksia. Mikäli potilas on kärsinyt kivuista jo pitkään, on todennäköistä, että hänelle on kehittynyt lantionpohjan sekä emätintä ympäröivien lihasten spasmi. Tällöin lihaksisto on kova ja kireä sekä aristaa kosketusta. (Paavonen 2013, 488.)

3.1.2 Vulvodynian diagnosointi

Vulvodynia saatetaan usein alkuun diagnosoida väärin useitakin kertoja, ennen kuin oikea syy löytyy. Tämä voi turhauttaa potilaita, jotka joutuvat odottamaan diagnoosia kipujen kanssa, tietämättä mistä on kyse. Diagnoosin tekemiseen tarvitaan kokonaisvaltainen tutkimus, sairaushistorian ja oireiden läpikäynti sekä tarkoituksenmukaiset laboratoriotestit. (Updike 2012, 119.) Lääkäri aloittaa diagnosoinnin yleensä selvittämällä potilaan oireet, kuten kivun laadun ja esiintyvyyden. Sisätutkimuksessa tarkastetaan emätin mahdollisen punoituksen tai tulehduksen merkkien varalta, samalla suljetaan pois muita gynekologisia sairauksia. (Leppänen 2014.)

Neuropaattisen vulvodynian diagnosoinnissa käytetään usein hoitokoetta hermokivulääkkeellä, jolloin nähdään auttaako lääke kipuun. Lääkettä käytetään yleensä noin kahden kuukauden ajan. Sisätutkimusta tehdessä lääkäri voi myös painaa aluetta, jolla pudendalis- eli häpyhermo sijaitsee, mikä yleensä provosoi kipua. Vestibuliittioireyhtymästä kärsivä taas usein hakeutuu lääkärin vastaanotolle yhdyntäkipujen vuoksi. Primaarinen vestibuliitti alkaa yleensä murrosiässä, kun jo tamponin asettaminen on kivuliasta, sekundaarinen taas vasta yhdyntöjen aloittamisen jälkeen, jolloin oireettomia vuosia saattaa välissä olla useitakin. Diagnosointiin kuuluu vanutikkutesti, jossa vanutikulla hipaistaan emättimen eteisen kipupisteitä. Kivun aiheuttamaa väistöreaktiota arvioidaan asteikolla +/++/+++. Mikäli kosketusarkuus on erittäin voimakas, voi sisätutkimuksen tekeminen olla mahdotonta. (Paavonen 2013, 488.) Sisätutkimuksessa ei yleensä kummassakaan vulvodynian muodossa löydetä poikkeavaa. On kuitenkin huomattu, että vulvodyniapotilailla esiintyy melko paljon hiiva- tai emättimen bakteeritulehduksia. Tulehdusten hoito ei kuitenkaan paranna vulvodynian oireita. (Leppänen 2014.)

3.2 Vulvodynian hoito

Ennen vulvodynian hoidon aloittamista potilasta on informoitava, että aina parannusta vulvodyniaan ei löydetä. On todennäköisempää, että paranemisen sijaan löydetään potilaalle sopiva hoitomuoto, joka vähentää oireita. Tällöin sairauden kanssa on siedettävämpää elää ja elämänlaatu paranee. Potilasta on myös muistutettava eri hoitojen mahdollisista sivuvaikutuksista. Realististen hoitotavoitteiden asettaminen parantaa potilaan kokemusta hoidosta ja edesauttaa luottamuksen kehittymistä hoitosuhteeseen. Yleisesti voidaan ajatella, että paikallinen hoito ilman kajoavia toimenpiteitä olisi aina ideaalisin hoitomuoto vulvodyniapotilaalle. (Updike 2012, 120.) Tärkeää vulvodynian hoidossa on ottaa huomioon potilaan psyykinen vointi. Potilaalle on tärkeää saada vahvistus sille, että kipu on todellista ja hänet otetaan mukaan sen hoitoon. Kivun syy on selvitettävä potilaalle mahdollisimman tarkasti. (Forrest 2004, 321–322.)

Suomessa ei vielä ole yhtä yhtenäistä hoitopolkua vulvodyniapotilaille. HYKS:in vulvopoliklinikan professori Jorma Paavonen on kuitenkin kehittänyt hoitopolun vestibuliittia sairastaville, joka käydään myöhemmin tässä kappaleessa läpi. Moni yliopistollinen sairaala Suomessa käyttää polkua joko sellaisenaan tai sovellettuna. (Leppänen 2014.)

Seksuaalineuvonnan ottaminen mukaan hoitoon on tärkeää, koska vulvodynia vaikuttaa sekä potilaan että tämän kumppanin seksuaalisuuteen ja yhdyntöihin sekä parisuhteeseen. Yhdyntä eivät välttämättä onnistu ollenkaan ja yhdyntäkipu voi aiheuttaa monenlaisia tunteita kuten vihaa, häpeää, turhautuneisuutta tai syyllisyyttä. Tunteet ovat normaaleja, mutta niiden purkamiseen ja ymmärtämiseen tarvitaan seksuaalineuvontaa. Seksuaalineuvonnassa yritetään myös etsiä yhdessä ratkaisua kiputilanteen laukaisemiseksi sekä vuorovaikutuksen parantamiseksi. Kumppanin osallistuminen seksuaalineuvontaan ja itsehoitoon on vapaaehtoista, osalle pareista se voi olla erittäin tärkeää. (Nyberg ym. n.d.) Koska vulvodynia ja sen aiheuttama kipu vaikuttavat merkittävästi potilaan elämänlaatuun, myös potilaan psyykinen vointi on huomioitava. Psykkistä apua tarjoavien tahojen mukaan ottamista hoitoon on syytä harkita jokaisen potilaan kohdalla, ja hoitohenkilökunnalla on hyvä olla ymmärrystä siitä, että kipu voi vaikuttaa kokonaisvaltaisesti esimerkiksi potilaan hyvinvointiin, myös mieleen ja siihen, miten hän eri asioita kokee. (Plante & Kamm 2008, 513.)

3.2.1 Essentiaalisen vulvodynian hoito

Essentiaalisen eli hermokiputyypin vulvodynian hoidossa tärkein hoitomuoto on hermokipulääkitys. Lääkehoito aloitetaan amitriptyliinillä annostuksella 10 mg iltaisin. Annosta nostetaan 10 milligrammalla kahden viikon välein siihen asti, kun toivottu vaste on saavutettu. Usein 40–50 mg iltaisin on riittävä annostus. Tämän jälkeen annostusta vähennetään hiljalleen etsien pienin annostus, jolla vaste on tyydyttävä. (Paavonen 2013, 489.) Amitriptyliinin tyypillisimpiä haittavaikutuksia ovat antikolinergiset vaikutukset, kuten suun kuivuminen, virtsaretentio, sykkeen nousu tai ummetus (Orion 2014, 4). Jos näitä haittoja esiintyy potilaalla liikaa, voidaan lääkettä vaihtaa pregabaliiniin, joka voidaan aloittaa esimerkiksi annoksella 75 mg kahdesti päivässä. Pregabaliinin kohdalla annosta säädellään varovasti samalla tavalla kuin amitriptyliinin kohdalla. (Paavonen 2013, 489.)

Jotkut potilaat eivät kestä kumpaakaan lääkitystä, jolloin on syytä konsultoida kivunhoidon erikoislääkärinä. Suurimalle osalle lääkityksestä on kuitenkin paljon hyötyä ja elämänlaatua parantava vaikutus. Usein potilaat oppivat itse säätämään lääkitysannosta vasteen ja kipujen mukaan. Lääkitys voi jatkua vuosia, mutta tarvittava annostus vaihtelee kiputilanteen mukaan. Lääkitys olisi hyvä ajaa alas noin puolen vuoden välein. Jos kipu palaa, lääkitys aloitetaan taas alusta. (Paavonen 2013, 489.) Tarvittaessa hermokipulääkityksen rinnalla voi käyttää särkylääkkeitä. Lisäksi hoidossa voidaan käyttää myös B-12-vitamiinipistoksia. Siitä voi olla apua hermokipuun. (Leppänen 2014.) Gabapentin on myös yksi hermokipulääke, jota voidaan kokeilla essentiaalisen vulvodynian hoidossa. Tutkimuksia lääkkeen käytöstä vulvodyniapotilailla ei ole juurikaan tehty, mutta se on yleisesti käytetty lääke ja varteenotettava vaihtoehto hermokivun hoidossa. (Updike 2012, 123.)

3.2.2 Vestibuliitin hoito

Vestibuliitin eli emättimen kosketusarkuuden hoito on monimutkaisempaa kuin essentiaalisen vulvodynian, koska täsmähoitoa siihen ei ole olemassa. Hermokipulääkkeistä ei vestibuliitissa yleensä ole apua. Kun potilas hakeutuu hoitoon vestibuliitin vuoksi, tauotetaan ensimmäisenä yhdistelmäehkäisytabletit, mikäli potilas on niitä käyttänyt. Lisäksi

potilas saa lähetteen fysioterapeutille, jonka erikoisalaa on lantionpohjalihasten hallinta ja kivun hoito. Fysioterapian hoitokeinoja ovat biopalautehoito, elektroterapia sekä desensitisaatio. (Paavonen 2013, 489.)

Biopalautehoidossa mitataan lihasten jännitystilaa. Hoitoa annetaan emättimeen ja potilas seuraa hoidon aikana näytöltä itse emätintä tukevan lihaksen eroa rentona ja jännittyneenä. Menetelmä auttaa kehittämään kehon itsetuntemusta, jolloin myös fyysinen kipu ja psyykkinen jännitys esimerkiksi yhdyntätilanteissa vähenevät. Sähkökipuhoidolla, elektroterapialla, pyritään lievittämään ulkosynnyttimien kiputiloja. Se auttaa myös lantionpohjalihasten jännitystilaan ja voi rauhoittaa yliaktiivista rakkoo. Emättimeen laitetaan elektrodi, jonka kautta hoitoa annetaan. Hoitomuoto on kivuton, ensin potilas käy hoidossa polikliinisesti, mutta myöhemmin hoitoa voi toteuttaa myös kotona. (Nyberg ym. n.d.) Desensitisaatio tarkoittaa kipupisteiden siedätyshoitoa, jonka fysioterapeutti opettaa potilaalle. Kipupisteitä yritetään tällä menetelmällä totuttaa kosketukseen, jolloin kipuherkkyys vähenisi. Samalla ohjataan yleensä emättimen ja sitä ympäröivien lihasten venyttely. (Leppänen 2014.) Lisäksi hoidossa voidaan käyttää rentoutusterapijaa, jossa opetellaan yksilöllisiä rentoutumismenetelmiä. Tavoitteena terapialla on, että potilas osaisi omatoimisesti rentoutua, jolloin jännitystila laukeaisi. (Nyberg ym. n.d.) Mikäli potilaan esitiedoissa on toistuvia hiivainfektioita, aloitetaan hoidon tueksi myös antimykootti, kuten flukonatsoli 150 mg kerran viikossa hiiван estoon (Paavonen 2013, 489).

Potilaalle varataan seurantakäynti 12–18 kuukautta hoitojen aloittamisen jälkeen. Käynnillä arvioidaan subjektiivista sekä objektiivista hoitovastetta VAS-asteikkoa (Visual Analogue Scale) 0-10 apuna käyttäen, jolla mitataan potilaan kokemaa kipua. Mikäli VAS on 7 tai yli, harkitaan neuromodulaatiohoitoja paikallisesti sekä paikallisuudutevoidetta emättimen eteisen kipupisteisiin. 6-12 kuukauden kuluttua on uusi seurantakäynti, ja mikäli VAS on edelleen 7 tai yli, suositellaan vestibulektomiaa. (Paavonen 2013, 489.) Paikallisuudutteiden käytöstä vulvodynian hoidossa ei ole kovin paljon tutkittua tietoa. Lidokaiini on käytetyin paikallisuudute vulvodynian hoidossa, mutta sen tehosta on ristiriitaista näyttöä. (Updike 2012, 120.) Paikallisuudutevoidetta voidaan käyttää joko ainoastaan ennen yhdyntää tai sitä voidaan määrätä pitkäaikaisemmaksi hoidoksi, jolloin sitä käytetään säännöllisesti joka päivä. (Leppänen 2014.) Puudutetta voidaan annostella myös pistoksina kipupisteisiin. Jos pistoksesta on apua, voidaan se toistaa 2-4 viikon välein 3-5 kertana. Lisäksi käytössä on penslaushoito, jossa

ulkosynnyttimien kipupisteet käsitellään podofyllotoksiinilla, jonka päälle laitetaan suojaava mieto estrogeenivoide. Näiden sivuvaikutuksena voi olla joitakin päiviä kestäväää paikallista kipua tai kirvelyä. (Nyberg ym. n.d.) Myöskään pistoshoidon käytöstä vulvodyniapotilaiden hoidossa ei ole tehty muutamia tapaustutkimuksia enempää tutkimusta (Updike 2012, 122).

Jos muusta hoidosta ei ole apua, on vaihtoehtona vielä kirurginen hoitomuoto. Vestibulektomialla tarkoitetaan emättimen kudosalueiden kirurgista poistamista. Leikkauksessa poistetaan kipua tuottava limakalvo, joka korvataan eteen ja alaspäin vedetyllä terveellä limakalvolla. Essentiaalisessa vulvodyniassa tätä leikkaushoitoa ei voida käyttää, koska siinä ei ole varsinaisia selviä kipupisteitä, jotka voitaisiin poistaa. (Leppänen 2014.) Vestibulektomiaa tehdessä riittävä analgesia on tarpeen 72 tunnin ajan leikkauksesta. Postoperatiivisen kivun hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi puuduteinjektioita. Lisäksi toimenpiteen jälkeen voidaan käyttää paikallisesti jääpakkauksia sekä lidokaiinia pintapuudutteena. (Hope ym. 2005, 48.) Vestibulektomiaa käytetään silloin, kun konservatiivinen hoito ei ole toiminut. Tällöin leikkaushoidon teho on muita muotoja huomattavasti parempi. Oikealla leikkaustekniikalla estetään haavan arpeutuminen ja varmistetaan, että anatomia palautuu melko normaaliksi. Vestibulektomia ei välttämättä sulje pois tulevaisuudessa esimerkiksi alatiesynnytystä. Seurantakäynnillä ohjataan potilaalle vaginasauvan käyttö sekä emättimen kudosten koskettelu ja venyttely, joita hän jatkaa toiseen seurantakäyntiin saakka. Käynnit ovat kuukauden ja kahden kuukauden kuluttua leikkauksesta, sairausloman tarve on kaksi viikkoa. (Paavonen 2013, 490.)

3.2.3 Itsehoito

Myös itsehoito on tärkeää vulvodyniapotilaille. Vulvodyniaa sairastavan kannattaa käyttää ainoastaan valkoisia puuvilla-alushousuja, koska niissä ei ole käytetty väriaineita, jotka voisivat ärsyttää limakalvoja. Alushousujen käyttöä kannattaa välttää niin usein kuin mahdollista. Muutoin kannattaa suosia mahdollisimman väljiä vaatteita. Vaatteiden pesuun suositellaan mietoja pesuaineita. (Leppänen 2014.) Ulkosynnyttinten alueen pesun tulisi tapahtua korkeintaan kahdesti vuorokaudessa, viileällä vedellä ilman saippuaa. Ihon hankaamista kannattaa välttää. Ihokarvojen poistoa häpyhuulten alueelta ei suositella, koska karvoituksen avulla ilma pääsee kiertämään vaatteiden ja ihon välillä. Limakalvojen hoitoon voi käyttää hajustamatonta ihoöljyä tai – voidetta, se voi parantaa

limakalvojen kuntoa ja helpottaa kipuja. Yhdynnässä kannattaa käyttää liukuvoiteita. (Nyberg ym. n.d.)

Vettä tulisi juoda ainakin 1,5 litraa vuorokaudessa, koska tällöin virtsa pysyy riittävän laimeana, eikä siis ärsytä limakalvoja niin paljon. Riittävä nesteytys lisäksi ennaltaehkäisee virtsatieinfektioita. Suolentoiminnasta kannattaa pitää huolta, koska ummetus ja ponnistelu saattavat lisätä vulvodynian oireita. (Nyberg ym. n.d.) Yksi teoria on myös ruokavalion merkityksestä vulvodynian hoidossa. Tämän mukaan vulvodyniaa sairastavien virtsan kalsiumoksaalin taso olisi kohonnut, jolloin potilas saattaisi hyötyä sellaisten ruoka-aineiden välttämisestä, jotka sisältävät runsaasti kalsiumoksaalia. Tällaisia ruoka-aineita ovat esimerkiksi tee, kahvi, pavut, tomaatti, pinaatti, paprika, soijakastike, suklaa ja tofu. Teoriaa ei ole tutkittu, mutta sen toimivuutta voi kokeilla. (Forrest 2014, 325.) Hiivatulehduksia voi puolestaan yrittää ehkäistä makeaa ja vaaleita viljatuotteita välttämällä. Sokeroimaton karpalomehu voi ennaltaehkäistä virtsatieinfektioita. (Nyberg ym. n.d.)

Kipua voi hoitaa itse myös paikallisesti kylmällä tai lämpimällä. Jos emättimen alueelta löytää itse selkeät kipupisteet, voi niille tehdä itse siedätyshoitoa kipupisteitä painamalla. Tällä pyritään pisteiden kipuherkkyyden vähenemiseen ja alueen kosketukseen totumiseen. Sormin tai laajentimen avulla voi myös itse venyttää emätintä ympäröiviä lantionpohjalihaksia, sillä niiden jännittyneisyys pahentaa myös vulvodynian oireita. (Nyberg ym. n.d.) Kipupäiväkirjan pitäminen voi olla myös yksi hyvä keino seurata kipuja ja pysyä ajan tasalla omasta tilanteesta. Lisäksi kannattaa välttää urheilulajeja, joissa alapäähän kohdistuu painetta, kuten pyöräily tai ratsastus. Matalatempoiset ja vähän hankausta aiheuttavat lajit ovat parempia, tällaisia ovat esimerkiksi jooga tai pilates. Uimahalleja sekä poreammeita kannattaa välttää ja uida mieluummin luonnonvesissä. Pitkään paikallaan istumista kannattaa myös välttää, esimerkiksi pitkillä lentomatkoilla on suositeltavaa nousta välillä kävelemään. (Leppänen 2014.)

Myös muita hoitomuotoja voi kokeilla. Tieteellistä näyttöä niiden tehosta ei ole, mutta vaikutus oireisiin on yksilöllistä. Kokeilemalla voi saada selville, mikä itselle auttaa parhaiten. Akupunktio voi auttaa essentiaalisessa vulvodyniassa hermokipuun, mutta siitä voi olla hyötyä myös vulvodyniaan liitettäviin sivuoireisiin kuten vatsakipuihin tai hormonaalisiin häiriöihin. Se voi auttaa myös stressiin ja ahdistukseen sekä auttaa mahdollisissa unihäiriöissä. Vyöhyketerapiasta voi myös saada apua rentoutumiseen ja neu-

ropaattisen kivun hoitoon. Osa vulvodyniapotilaista on kertonut saaneensa apua lisäravinteista, kuten maitohappobakteereista tai sinkistä, kalsiumista ja magnesiumista. Myös mielikuvaharjoituksilla voi olla vaikutusta kivun kokemiseen ja sairauden kanssa pärjäämiseen. Eri keinojen kokeileminen on usein täysin turvallista, mutta harkintakykyä on syytä käyttää. Itsestään ja terveydestään huolehtiminen ovat kuitenkin perustana kaikelle hoidolle. (Leppänen 2014.)

3.3 Synnytys

Vuonna 2013 Suomessa syntyi 58 525 lasta, joista 83,7 % syntyi alakautta (Vuori & Gissler 2014, 6). Synnytys on täysiaikainen, kun raskaus on kestänyt 37–42 viikkoa. Synnytys käynnistyy joko supistuksilla tai lapsivedenmenolla. Se voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. (Sariola & Tikkanen 2011a.) Synnytyksen aikana äidin ja sikiön vointia seurataan mahdollisten häiriöiden toteamiseksi. Suurin osa Suomen synnytyksistä hoidetaan synnytyssairaaloissa ja kättilö hoitaa normaalin alatiesynnytyksen. (Tiitinen 2014a.) Vuonna 2013 sairaaloissa synnytti 99,7 % kaikista Suomen synnyttäjistä (Vuori & Gissler 2014, 2). WHO:n määritelmän mukaan kyseessä on säännöllinen synnytys, kun se alkaa spontaanisti, synnytys etenee matalan riskin synnytyksenä, siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä, sikiö syntyy päätilassa 37.–42. raskausviikolla ja sekä äiti että lapsi ovat synnytyksen jälkeen hyväkuntoisia (Raussi-Lehto 2009, 209).

Vulvodynian ei ajatella olevan este normaalille raskaudelle ja synnytykselle, vaikka tietoa niiden vaikutuksesta vulvodyniaan ei ole kovin paljon saatavilla. Raskaaksi tulo voi olla haasteellista, mikäli yhdyntä on vaikeaa tai jopa mahdotonta. Useimmiten vulvodynian oireet pysyvät samoina synnytyksen jälkeen, tosin joillain se on helpottanut oireita. Hyvin pienellä osalla on huomattu oireiden pahenemista. Alatiesynnytys on täysin mahdollinen vulvodyniapotilailla. (Leppänen 2014.)

Synnytyksen ensimmäistä vaihetta kutsutaan avautumisvaiheeksi. Avautumisvaihe katsotaan alkaneeksi siitä, kun kohtu supistelee alle kymmenen minuutin välein ja kohdun suun avautuminen alkaa. Avautumisvaihe voidaan edelleen jakaa latenssivaiheeseen ja aktiiviseen vaiheeseen. Latenssivaiheeseen kuuluu kohdunkaulan pehmeneminen ja häviäminen. Latenssivaihe voi ensisynnyttäjillä kestää jopa yli vuorokauden. Aktiivinen

vaihe puolestaan yleensä alkaa, kun kohdunsuu on avautunut 3-4 senttimetriä. Tässä vaiheessa kivut usein lisääntyvät, kun supistukset pitenevät, tihenevät ja voimistuvat. (Sariola & Tikkanen 2011a.) Samalla sikiön tarjoutuva osa, tavallisimmin pää tai perä, laskeutuu ja kiertyy. Avautumisvaihe päättyy, kun kohdunsuu on täysin auki eli 10 senttimetriä ja sikiön tarjoutuva osa on laskeutunut lantion pohjalle. Ensisynnyttäjän avautumisvaihe on kestoaltaan pidempi kuin uudelleensynnyttäjän, yleensä kuitenkin useita tunteja. (Tiitinen 2014a.)

Avautumisvaiheen aikana äidin verenpainetta, pulssia ja lämpöä seurataan. Sikiön vointia voidaan tarkkailla KTG:n eli kardiotokografian avulla, mikä piirtää sikiön sykekäyrää ja seuraa kohdun painetta. Lisäksi tarkkaillaan lapsivedenväriä. (Tiitinen 2014a.) Tukihenkilö koetaan synnytyksen aikana tärkeänä. Kätilöltä synnyttäjää tarvitsee tukea niin emotionaalisesti kuin fyysisestikin, apua ja läsnäoloa. Säännöllisesti etenevän synnytyksen aikana kätilö huolehtii lisäksi synnyttäjän ravinnon- ja nesteidensaannista, virtsarakon tyhjentymisestä, ohjauksesta ja supistusten ja synnytyksen etenemisen tarkkailusta sekä tarvittavasta kivunlievityksestä. (Raussi-Lehto 2009, 236–237).

Synnytyksen toinen vaihe eli ponnistusvaihe alkaa avautumisvaiheen jälkeen kohdun suun ollessa täysin auki eikä sen reunoja ole sisätutkimuksessa enää tunnettavissa. Sikiön pää laskeutuu edelleen alaspäin synnytyskanavassa. (Sariola & Tikkanen 2011a.) Äidille tulee voimakas ponnistamisen tarve, kun sikiön pää painaa peräsuolta ja välilihaa. Ponnistusvaiheen kesto on muutamasta minuutista yli tuntiin. (Tiitinen 2014a.) Synnyttäjää voi kokeilla eri ponnistusasentoja. Aluksi synnyttäjää voi ponnistaa sen verran kuin hänestä tuntuu hyvältä ja helpottaa oloa. Aktiiviseen ponnistamiseen siirrytään, kun sikiön pää painaa selvästi välilihaa. Kätilö ohjaa synnyttäjää ponnistusvaiheen aikana. (Raussi-Lehto 2009, 254.)

Sikiön vointia seurataan myös ponnistusvaiheen aikana sykettä kuuntelemalla. Kätilö seuraa ponnistusvaiheen etenemistä ja tukee synnyttäjän välilihaa ponnistamisen aikana, kunnes pää on syntynyt. Sen jälkeen kätilö auttaa vauvan hartiat syntymään ja loput vartalosta seuraa mukana. Tarvittaessa voidaan leikata välilihaa eli tehdä episiotomia, mikäli sikiön vointi sitä vaatii tai riskinä on äidin paha repeämä. (Raussi-Lehto 2009, 254–259.) Joskus ponnistusvaihetta voidaan myös joutua avustamaan lääkärin tekemällä imukupilla. Ponnistusvaihe päättyy lapsen syntymään. (Tiitinen 2014a.)

Lapsen synnyttyä alkaa synnytyksen kolmas vaihe eli jälkeisvaihe. Tällöin kohtu supistuu nopeasti ja istukka irtoaa supistusten seurauksena. Synnyttäjää voi saada lihakseen tai suoneen kohtua supistavaa oksitosiinia. Kohdun tehokkaalla supistumisella ehkäistään verenvuotoa. Keskimääräinen verenvuoto on noin 500 millilitraa. Tarvittaessa kohdun supistumista voidaan tehostaa lääkkein. (Sariola & Tikkanen 2011a.) Jos istukka ei irtoa, täytyy se irroittaa käsin, jolloin kohtu myös kaavitaan. Toimenpide vaatii anestesian ja tehdään leikkaussalissa. (Tiitinen 2014a.)

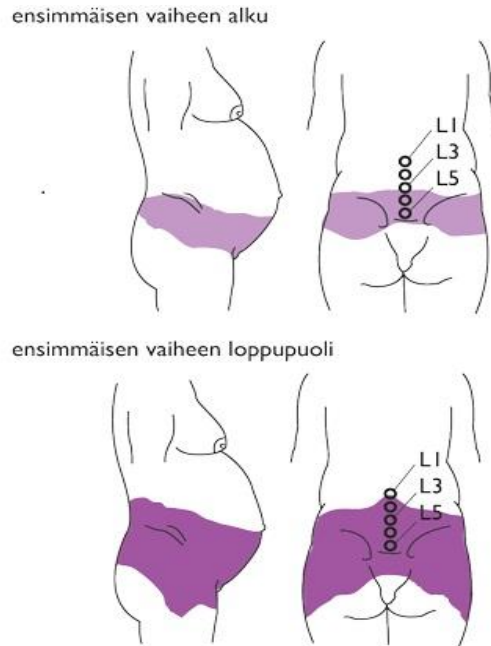
Normaalisti kätilö auttaa istukan ulos. Samalla huolehditaan, että myös sikiökalvot syntyvät kokonaan. Kun jälkeiset ovat syntyneet, tyhjennetään kohtu sinne kerääntyneestä vuodosta kohdun pohjasta painamalla. Kätilö tarkistaa, että jälkeiset ovat täydelliset. Tämän jälkeen kätilö vielä ompelee tarvittaessa mahdolliset repeämät tai episiotomian. Kaiken ollessa kunnossa synnyttäjää ja vastasyntynyt ovat vähintään kaksi tuntia tarkkailtavina synnytyssalissa ennen lapsivuodeosastolle siirtymistä. (Raussi-Lehto 2009, 262 -267.)

3.4 Synnytyskipu

Synnytyskipua kokee suurin osa, n. 95 prosenttia, synnyttäjistä. Viidennes synnyttäjistä pitää kipua sietämättömänä, puolet erittäin kovana. (Sariola & Tikkanen 2011b.) Synnytyksen avautumisvaiheen kipu on luonteeltaan viskeraalista eli sisälmysperäistä kipua. Raskaana olevalla kipu välittyy kohdunkaulan ja kohdun alasegmentin hermopäätteistä. Avautumisvaiheessa aikana kipu on rengasmaista heijastuskipua alavatsalla ja alaselällä, myöhemmin myös reisissä ja välilihalla. Avautumisvaiheen lopulla ja etenkin ponnistusvaiheessa aktivoituvat myös somaattiset hermot, jotka kulkevat kohdunkaulan emättimen puoleisella alueella, emättimessä ja välilihalla. Tällöin kipu on terävämpää, koska kudokset painuvat kasaan, venytyvät ja joskus repeävät. Ponnistusvaiheessa kipua tuntuu myös välilihan ja reisien alueella. (Sarvela & Nuutila 2009.)

Pelko ja turvattomuuden tunne lisäävät kiputunteuksia (Sariola & Tikkanen 2011b). Synnytyskipu on kuitenkin voimakkuudeltaan yksilöllistä, sillä fysiologiset, anatomiset ja psykologiset tekijät vaikuttavat kivun kokemiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi äidin ikä, paino ja lantion koko sekä sikiön koko ja tarjonta synnytyksen kuluessa. Raskaus

vaikuttaa opioidireseptoreihin, mikä nostaa kipukynnystä ja lisää kehon endorfiinipitoisuuksia. Ne ovat suurimmillaan synnytyksen aikana. (Sarvela & Nuutila 2009.)



KUVA 1. Avautumisvaiheen kipu (Sarvela 2009.)

Synnytyskipuun ja sen kokemiseen vaikuttavat mm. sikiön koko ja tarjonta, synnyttäjän kipukynnys, synnyttäjän aiemmat kipukokemukset ja mahdolliset synnytykset sekä supistusten voimakkuus. Synnytyskipun voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai numeerisella asteikolla. Sanallisesti arviointi voi tapahtua esimerkiksi asteikolla ei kipua – sietämätön kipu, numeroasteikkoa (VAS) voidaan käyttää välillä 0-10, jossa 0 tarkoittaa ei lainkaan kipua ja 10 kovinta kuviteltavissa olevaa kipua. (Sarvela & Volmanen 2014.) Vulvodynia ei tee synnytyksestä normaalia kivuliaampaa, koska synnytyskipu on luonteeltaan kokonaisvaltaista ja laajemmalle alueella säteilevää. Ponnistusvaiheessa, jossa kipu johtuu kudosten venymisestä, käy monesti niin, että ponnistuspakko on kipua voimakkaampaa. Tällöin synnytyksen aikana vulvodyniasta johtuva kipu ei usein pääse erikseen erottumaan muusta synnytyskipusta. (Leppänen 2014.)

Jos synnyttäjä kärsii vulvodyniasta, kannattaa se ottaa puheeksi jo neuvolassa. Synnytysairaallassa vulvodyniasta kertominen on erityisen kannattavaa. Tällöin hoitohenkilökunta osaa huomioida asian. Sisätutkimukset synnytyksen aikana voivat olla vulvodyniapotilaille kivuliaita, ja niitä voidaan tehdä vain harkiten. Jos kosketuskipu on todella voimakasta, on sisätutkimusten yhteydessä mahdollista käyttää puudutegeeliä ki-

pupisteissa ennen tutkimuksen tekemistä. (Leppänen 2014.) Etukäteen voisi olla myös hyödyllistä esimerkiksi keskustella synnytyssairaalan kättilön tai synnytyslääkärin kanssa synnytyksen aikaisesta kivunlievityksestä ja tehdä kivunlievityssuunnitelmaa tulevaa synnytystä ajatellen. (Veasley & Witkin, 2014, 335.)

Synnytyskivun hoidossa voidaan käyttää lääkkeettömiä tai lääkkeellisiä menetelmiä. Lääkkeettömiä vaihtoehtoja ovat esimerkiksi asentohoito, suihku tai kylpy. Kätilö voi laittaa aqua-rakkuloita esimerkiksi selkään, jolloin steriiliä vettä ruiskutetaan ihon sisään. Myös hierontaa, lämpimiä kaurapusseja, akupunktiota ja TENS-laitetta voi kokeilla. (Sariola & Tikkanen 2011c.) Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät voidaan jaotella koko kehoon vaikuttaviin tai vain osaan kehoa vaikuttaviin. Koko kehoon vaikuttavia kivunlievityksiä ovat ilokaasu ja vahvat kipulääkkeet, jotka vaimentavat kipua, mutta eivät poista sitä. Puudutuksen lievittävät kipua paikallisesti. Vaihtoehtoja ovat spinaali- tai epiduraalipuudutus, paraservikaali- eli kohdunkaulan puudutus ja pudendaali- eli häpyhermon puudutus. (Sarvela & Volmanen 2014.)

3.5 Synnytyspelko

Pelko on biologinen tila, jossa yksi huomattava uhka ohjaa käyttäytymistä. Pelkoa koetaan joko havaittua uhkaa kohtaan tai se voi olla tuloksena, jos ympäristössä altistutaan jollekin, mikä muistuttaa alkuperäistä pelon aiheuttajaa. Pelkotilaan kuuluu kyky eri tunteisiin ja ärsyke, joko provosoi pelon. Ärsykkeen alkuperä on tunnettu ja se aktivoituu oletetun uhkan edessä itsensä puolustamisen halun noustessa pintaan. Pelko voi olla subjektiivisiin kokemuksiin pohjautuvaa, objektiivista psykopsykologisiin tekijöihin liittyvää tai automaattinen taistele tai pakene -reaktio. (Melender 2002, 16.) Synnytyspelon taustalla voidaan ajatella olevan joku neljästä tekijästä. Se voi olla biologista, jolloin pelätään erityisesti kipua, psyykkistä, jolloin pelko liittyy esimerkiksi aiempiin traumaattisiin kokemuksiin, sosiaalista, kun nainen ei esimerkiksi saa tukea raskauteen ja synnytykseen, tai sekundaarista, aiemman huonon synnytyskokemuksen pohjalta syntyntä. (Lappi-Khabbal 2007, 12.)

Synnytystä jännittää lähes jokainen raskaana oleva, mikä on normaalia. Voimakkaasta synnytyspelosta kuitenkin puhutaan, kun kyseessä on foobinen, epärealistinen ja suhteen reaktio aiheeseen. Synnytyspelko on haitallista sekä raskaana olevalle että raskau-

den ja synnytyksen kululle. Pelko voi aiheuttaa ennenaikaisen synnytyksen tai estää synnytyksen käynnistymisen luonnollisesti, mikä johtaa yliaikaisuuteen ja mahdolliseen synnytyksen käynnistämiseen. Synnytys voi pitkittyä pelon vuoksi, se lisää kivunlievityksen tarvetta synnytyksessä ja synnytystä pelkävillä äideillä on suurentunut riski päivystyssektioon. (Saisto 2000, 1483.) Noin 6-10 prosenttia raskaana olevista kärsii voimakkaasta synnytyspelosta (Saisto ym. 2014, 1221). Yhtenäistä määritelmää synnytyspelolle ei ole olemassa. Synnytyspelko on kuitenkin diagnosoitu Suomessa vuodesta 1997. (Lappi-Khabbal 2007, 12.) Synnytyspelolle voivat altistaa erilaiset psyykkiset sairaudet ennen raskautta ja sen aikana. Raskaudenaikainen masennus erityisesti on yhteydessä synnytyspelkoon. Riskiä lisäävät myös sosiaaliset syyt, kuten huono taloudellinen tilanne tai tuleva yksinhuoltajuus. Lisäksi aikaisemmat vaikeat seksuaaliset kokemukset, joihin liittyy kipua tai väkivaltaa ja kivuliaat gynekologiset toimenpiteet voivat ilmetä synnytyspelkona myöhemmin. (Tiitinen 2014b.)

Suurimpia pelon aiheita synnytyksen aikana ovat syntyvän lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat. Synnytyksen suhteen pelkoja herättää myös esimerkiksi se, että tukihenkilö ei ole paikalla lapsen syntyessä. (Melender 2002, 35.) Paljon pelätään myös mahdollisia komplikaatioita, itsehallinnan menettämistä, omien voimien puutetta sekä huonoa kohtelua henkilökunnan puolelta. Kipu synnytyksen aikana on yksi eniten pelätystä asioista synnytyksessä. Synnytyskipu onkin yksi kovimpia, mitä ihminen saattaa kokea. Usein myös kivunlievitys synnytyksen aikana jää riittämättömäksi. Kipuun liittyen pelätäänkin myös, että kivunlievitystä ei saada riittävästi, se ei auta, tai sitä annetaan väärään aikaan. (Saisto 2000.) Synnytyspelosta kärsivät niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjät. Ensisynnyttäjillä tyypillisiä pelko liittyy myös erityisesti siihen, että ei tiedetä miltä supistuskipu ja ponnistaminen tuntuvat. Myös repeämistä pelätään. Uudelleensynnyttäjien pelko voi liittyä aiempiin huonoihin synnytyskokemuksiin ja pelkoon niiden uusiutumista. (Saisto ym. 2014, 1221.)

Synnytyspelosta kärsivän potilaan hoidossa luottamuksen rakentaminen on tärkeää. Potilaan aktiivinen kuuntelu on tärkeää, koska synnytyspelon hoidon kulmakivi on potilaan kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Neuvola on tärkeässä roolissa synnytyspelon havaitsemisessa ja puheeksi ottamisessa. (Saisto ym. 2014, 1222.) Kuuntelu ja asiallisen tiedon jakaminen ovat synnytyspelon hoitoa (Saisto 2000). Tärkeää on myös tuoda ilmi tietoa, että potilas ei ole pelon kanssa yksin eikä hänellä ole syytä tuntea pelosta häpeää, koska tällä tavoin pelkoa saadaan normalisoitua. (Saisto ym. 2014,

1222.) Voimakasta synnytyspelkoa pitäisi kuitenkin käsitellä noin raskausviikon 30 ympärillä synnytyssairaalan poliklinikalla, useissa sairaaloissa toimiikin nk. pelkopoli-klinikka. Siellä potilasta hoitaa synnytyspelkoon perehtynyt kättilö sekä synnytyslääkäri. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti naisen psyykkinen vointi, perhetilanne sekä tukiver-kostot huomioiden. Hoitona voi myös olla esimerkiksi terapeutin vetämät ryhmät. (Tii-tinen 2014b.) Tuloksia saadaan, kun hoito aloitetaan riittävän varhain, eli mahdolli-simman pian pelon tultua ilmi. Jatkuva hoitosuhde edesauttaa pelon hoidossa. Synnytys-tä voidaan myös pyrkiä suunnittelemaan etukäteen esimerkiksi kivunlievityksen osalta. (Saisto 2000.)

Synnytyspelon hyvän hoidon ansioista moni potilas luopuu keisarileikkaustoiveesta (Tiitinen 2014b). Sektioiden määrän arviointi onkin yksi tapa arvioida synnytyspelon hoidon vaikuttavuutta, jos synnyttävä päättääkin muuttaa alkuperäistä toivettaan ja syn-nyttää alakautta. (Saisto 2000.) Synnytyksen jälkeen perheelle olisi annettava mahdolli-suus synnytyksen läpikäyntiin. Neuvolassa kiinnitetään huomiota äidin psyykkiseen vointiin synnytyksen jälkeisen masennuksen havaitsemiseksi. Traumaattiset synnytyk-skokemukset on syytä käydä huolella läpi, jotta voitaisiin ennaltaehkäistä pelkoa mah-dollisiin seuraaviin synnytyksiin liittyen. Parhaassa tapauksessa synnytyspelon hyvän hoidon jälkeen äiti saa hyvän ja eheyttävän synnytyskokemuksen, joka antaa hyvät eväät vanhemmuudelle ja mahdolliselle uudelle raskaudelle. (Saisto ym. 2014.)

4 TEOREETTISEEN TIETOON PERUSTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus voidaan määritellä olemassa olevan tutkimustiedon jäsentelyksi, joka käsittää vähintään kaksi alkuperäisjulkaisuun perustuvaa tiivistelmää, mutta se voi sisältää myös hyvin laajan katsauksen julkaisuja (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38). Kirjallisuuskatsauksen avulla jo olemassa olevien tutkimusten hahmottaminen on mahdollista. Sen avulla voidaan saada tietoa esimerkiksi olemassa olevan tutkimustiedon määrästä ja laadusta. Katsauksen tarkoitus vaikuttaa kuitenkin olennaisesti siihen, millaista tutkimustietoa siihen hyväksytään mukaan. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 3.)

Kirjallisuuskatsaus sisältää siis kootusti tietoa tietyltä rajatulta alueelta. Usein kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksia voi olla hyvin paljon erilaisia. Jotta kirjallisuuskatsaus on mahdollista tehdä, täytyy aiheesta olla jo valmiiksi riittävästi tutkittua tietoa. (Johansson ym. 2007, 2.) Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on osoittaa, kuinka aihetta aikaisemmin on tutkittu ja mitkä näkökulmat ovat olleet vallitsevia. Lisäksi siitä tulisi käydä ilmi, kuinka suunnitteilla oleva tutkimus liittyy aikaisemmin julkaistuihin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus voi myös olla tutkimus itsessään. Tällöin se on tyypiltään teoreettinen tutkimus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.)

Kirjallisuuskatsaus voi olla kuvaileva eli narratiivinen, systemaattinen tai meta-analyysi. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on asiantuntijan tekemä kokooma aiemmasta tutkimustiedosta. Tätä voidaan hyödyntää esimerkiksi kun halutaan kuvailla jonkin ongelman taustaa tai kehitystä. On kuitenkin huomioitava, että tekijän näkökulma vaikuttaa sisältöön. (Johansson ym. 2007, 4.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus taas on tutkimustiedon tutkimusta, eli toisen asteen tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Se pohjautuu tarkasti valittuihin ja rajattuihin tutkimuksiin. Meta-analyysillä taas tarkoitetaan kirjallisuuskatsausta, joka on tehty systemaattisesti ja sen tuloksia on analysoitu tilastollisin menetelmin. (Johansson ym. 2007, 4-5.)

4.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka toteutetaan osin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia noudattaen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus onkin yleisimpiä perustyyppisiä, joita katsausta tehdessä käytetään. Tämä sopii opinnäytetyöhön, koska se on luonteeltaan yleiskatsaus valittuun aiheeseen, johon ei kuulu tiukkoja sääntöjä. Valittua ilmiötä voi kuitenkin kuvailla laajasti ja tarvittaessa myös sen luokittelu on mahdollista. (Salminen 2011, 6.)

Kääriäisen ja Lahtisen (2006, 39) mukaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu eri vaiheista. Ensin laaditaan tutkimussuunnitelma, joka ohjaa prosessin etenemistä. Seuraavaksi määritetään tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella pyritään saamaan vastaukset. Tämän jälkeen vuorossa on alkuperäistutkimusten haku, joka tehdään mahdollisimman kattavasti. Käytetyt tietokannat ja hakusanat tulevat työhön näkyviin. Seuraavassa vaiheessa valitaan työhön tulevat alkuperäistutkimukset. Niiden on täytettävä asetetut kriteerit, jotka esitellään työssä. Tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain. Valittujen tutkimusten laatua arvioidaan, minkä tavoitteena on lisätä luotettavuutta. Lopuksi alkuperäistutkimukset analysoidaan ja tulokset esitetään. Tämän tavoitteena on vastata kattavasti ja selkeästi aiemmin esitettyihin tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39-43.)

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen (Mukaien Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 39–43).



4.3 Tutkimusten valinta ja sisällönanalyysi

Vulvodynian vaikutusta synnytykseen on tutkittu hyvin vähän, ja Suomessa ei ollenkaan, mikä aiheutti suurimpia haasteita aineiston hakuun. Tein tiedonhaun ensimmäisen kerran keväällä 2015 ja vielä uudestaan syksyllä 2015 varmistuakseni, että löytäisin kaikki relevantit tutkimukset mitä aiheesta on tehty. Jotta opinnäytetyöhön valittu aineisto vastaisi mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin, rajasin tiedonhakua. Ensimmäisenä kriteerinä oli, että aineisto olisi luettavissa englanniksi tai suomeksi, jotta sen tulkinta olisi mahdollisimman luotettavaa. Toiseksi aineiston ajankohtaisuuden vuoksi rajasin haun koskemaan aineistoja, jotka on julkaistu vuosina 2005–2015. Valitun aineiston piti myös olla tieteellinen julkaisu. Lisäksi hakukriteerinä oli, että koko aineisto tulisi olla saatavilla, pelkkä tiivistelmä ei siis riittänyt.

Valitun aineiston piti käsitellä vulvodyniapotilaan synnytystä ja vulvodynian vaikutuksia synnytyksen kulkuun. Hakusanoja olivat vulvodynia, delivery, labour, labour pain, fear of birth ja pregnancy. Tiedonhaun eteneminen on kuvattu liitteessä 1. Haku toteutettiin monista eri tietokannoista, jotka olivat CINAHL with Full text (EBSCOhost), PubMed, Medic, Aleksi sekä Google Scholar.

Kuten aiemmin jo mainitsin, aihetta on tutkittu niukasti, joten tähän työhön aineistoksi valikoitui viisi tutkimusta laadittujen kriteerien pohjalta. Yksi tutkimus, joka on ainoana suomalainen, ei suoraan koske vulvodynian vaikutusta synnytykseen, mutta valikoitui mukaan, koska se käsittelee vulvodynian vaikutusta parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen, jotka vahvasti myös synnytykseen liittyvät. Loput neljä tutkimusta ovat englanninkielisiä, ja käsittelevät paitsi vulvodynian vaikutusta synnytykseen, myös sen vaikutusta raskaaksi tulemiseen ja raskausaikaan, sekä myös lapsivuodeaikaan. Haun jälkeen näiden tutkimusten valinta oli melko helppoa, koska aiheeseen liittyviä tutkimuksia ei enempää vapaasti saatavilla ollut. Siksi aineiston lukumääräkin on melko alhainen. Taulukossa 3 on tähän opinnäytetyön valitut tutkimukset, ja tarkemmat tiedot valitusta aineistosta löytyvät liitteestä 2.

Työ on toteutettu mukailleen aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa tavoitteena on dokumenttien analysointi objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata valittujen dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Silius 2005.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa pelkistetään ensin valittu aineisto, esimerkiksi tiivistäen tai

osiin pilkkomalla. Seuraavaksi aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään, jolloin alkupe-
räisaineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Kä-
sitteet yhdistetään samaa asiaa tarkoittaviin ryhmiin, jotka nimetään sisältöä kuvaavasti.
Kolmantena aineisto abstrahoidaan eli erotetaan oleellinen tieto tutkimuksen kannalta.
Sen perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö ja kuvaus tutkimuskohteesta. Lo-
puksi tehdään johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110)

Tässä työssä aineisto on ensin luettu läpi, jonka jälkeen alleviivaamalla tekstistä on et-
sitty sisällöllisesti tärkeimmät asiat. Tärkein sisältö on pelkistetty ja yhdistetty muihin
saman sisällön omaaviin asioihin ja lopulta abstrahoinnissa luokiteltu neljään eri ryh-
mään.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit

Tekijät (vuosi)	Työn nimi
Johnson, N., Harwood, E. & Nguyen, R. (2014)	“You have to go through it and have your children”: reproductive experiences among women with vulvodynia
Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lillecreutz, C. & Sydsjö, G. (2014)	Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localized provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study
Nguyen, R., Stewart, E. & Harlow, B. (2012)	A population based study of pregnancy and delivery characteristics among women with vulvodynia
Rosenbaum, T. & Padoa, A. (2012)	Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorder
Törnävä, M., Koivula, M. & Suominen, T. (2013)	Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen

5 TULOKSET

5.1 Yleistä

Eräässä ruotsalaisessa rekisteritutkimuksessa huomattiin, että tunnusomaista naisille, joilla oli diagnosoitu vestibuliitti tai vaginismi, on alhainen painoindeksi ja korkea koulutustausta. Tyypillistä oli myös nikotiinin käyttö, työttömyys sekä naimattomuus. Ensisynnyttäjinä he olivat useimmiten 24–29-vuotiaita. (Möller ym. 2014, 330–331.) Vulvodynia kipuoireyhtymänä aiheuttaa naiselle ulkosynnyntien kipua ja kirvelyä sekä yhdyntävaikeuksia. Sillä on siis suuri vaikutus myös vulvodyniasta kärsivien naisten parisuhteisiin. Parisuhteissa usein tyypillistä on, että naiset kokevat saavansa tukea kumppaniltaan sairautessa, mutta toisaalta kumppaneilla on vaikeuksia uskoa oireita, joita vulvodynia naisille aiheuttaa. Siksi vulvodyniapotilaiden hoidossa tulisi kiinnittää huomiota myös mahdolliseen kumppaniin ja antaa tukea ja tietoa sairaudesta myös hänelle. (Törnävä, Koivula & Suominen 2013, 242, 250.)

Tärkeää vulvodyniapotilaiden hoidossa on hoitotyön ammattilaisten tietämys aiheesta. Usein jo diagnoosia tehdessä potilailta saatetaan vaatia oma-aloitteisuutta, sillä kaikki ammattilaiset eivät osaa tunnistaa sairautta. Myös tehokkaiden hoitomenetelmien tuntemisessa on paljon puutteita hoitohenkilöstön keskuudessa, mikä aiheuttaa haasteita potilaille. (Johnson, Harwood & Nguyen 2014.) Paitsi ulkomailla, myös Suomessa on huomattu sama ongelma. Potilaat ovat kokeneet Suomessakin hoitohenkilökunnan tietoisuuden aiheesta olevan puutteellista. Samalla on todettu, että tiedon ja tuen saanti paitsi omalta kumppanilta, myös terveydenhuollon henkilöstöltä on tärkeää parisuhteen kannalta. (Törnävä ym. 2013, 250.) Hoitohenkilöstön tietämys aiheesta korostuu myös silloin, kun tehdään sisätutkimusta tai keskustellaan hedelmällisyyteen, raskauteen ja synnytykseen liittyvistä asioista naisen kärsiessä vulvodyniasta (Rosenbaum & Padoa, 2012, 1726).

Raskauteen ja synnyttämiseen liittyy tutkimuksen mukaan vahvasti se, millaista kipua vulvodyniapotilas kokee. Nainen voi kärsiä kroonisen kivun ajoittaisista pahentumisista tai kärsiä jatkuvasti tasaisemmasta kivusta. Kipu voi olla myös hyvin vaihtelevaa voimakkuudeltaan, tiheydeltään ja kestoaltaan. Kipu aiheuttaa naiselle myös ahdistusta ja yhdyntäpelkoa. Toisaalta ajan myötä moni vulvodyniasta kärsivä on myös oppinut osit-

tain hallitsemaan, sietämään tai välttämään kipua. Tähän liittyvät esimerkiksi mukava vaatetus, tuotteet, jotka eivät ärsytä ihoa tai limakalvoja, fyysiset toimet, kuten lepo tai lihasten rentoutusharjoitukset sekä kognitiiviset menetelmät, esimerkiksi positiivinen asenne tai kivun torjuminen mielestä. Myös potilaiden reaktio kipuun muuttuu usein ajan myötä hallitummaksi, vaikka kipu sinänsä ei välttämättä helpottuisikaan. Tällöin myös raskauden suunnittelu on usein ajankohtaisempaa. (Johnson ym. 2014.)

5.2 Vulvodynia ja raskaus

Raskaaksi tulon liittyy vulvodyniapotilailla monia asioita. Yhdysvaltalaiseen tutkimukseen haastatelluista osa kertoi, että jos senhetkinen kipu olisi pahempaa, he lykkäisivät raskauden harkintaa. Tähän liittyen osa haastatelluista kertoi myös, että kipu oli raskautta yrittäessä jos ei kokonaan poissa, niin sellaisella tasolla, että ajatus raskaaksi tulosta tuntui miellyttävältä. Raskaaksi tulon tai sen yrittämiseen voi siis vahvasti liittyä kunkin potilaan yksilöllinen kokemus senhetkisestä kivusta. (Johnson ym. 2014.) Monilla vulvodyniapotilailla voi olla käytössä lääkkeitä kivun hoitoon, joko tabletteina tai vaginaan annosteltavina, joiden käyttöä raskausaikana tai raskautta yritettäessä ei suositella (Rosenbaum & Padoa 2012, 1727). Toisaalta jotkut vulvodyniaa sairastavista ovat sitä mieltä, että olisivat valmiita lykkäämään raskautta, jos heille olisi löytynyt tehokas kivunlievitysmenetelmä. Toiset taas keskeyttivät lääkärin heille määräämän lääkeytyksen raskautta ennakoidessaan. (Johnson ym. 2014.)

Raskaaksi tuleminen voi olla monelle haasteellista. Yhdyntä voi tehdä kipeää ja se voi olla suuri huolenaihe vulvodyniaa sairastavalle, joka toivoo raskautta. Voi olla helpotus saada apua raskaaksi tulon ilman yhdyntää. Moni voi tarvita yhdynnässä myös spermaa vahingoittavaa paikallispuudutetta, jolloin raskautuminen ei onnistu omin avuin. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1727.) Ajoitettu yhdyntä on tavallinen keino vulvodyniapotilaiden keskuudessa yritettäessä raskautta, sillä tavoin kivuliaiden yhdyntöjen määrä rajoittuu vain hedelmällisimmille päiville (Johnson ym. 2014). Myös keinohedelmöitystä kotona on käytetty hyväksi (Rosenbaum & Padoa 2012, 1727). Ruotsalaisen rekisteritutkimuksen mukaan vulvodyniaa sairastavat ovat todennäköisemmin lapsettomia (Möller ym. 2014, 332). Toisessa tutkimuksessa on taas todettu, että verrattaessa vulvodyniaa sairastavia naisia kontrolliryhmän naisiin, joilla ei ole vulvodyniaa, ei heillä ole merkittävästi alentunutta todennäköisyyttä tulla raskaaksi vulvodyniaan sairastumisen jäl-

keen. Saadut tulokset tukisivat hypoteesia, että vulvodyniaan ei liity mitään taustalla olevaa biologista vaikutusta naisen hedelmällisyyteen. Enneminkin mahdolliset ongelmat raskaaksi tulemisessa liittyvät yhdyntävaikeuksiin ja yhdyntöjen harvuuteen, jota vulvodynian aiheuttamasta kivusta seuraa. (Nguyen, Stewart & Harlow 2012.)

Raskausaika herättää vulvodyniapotilaissa monenlaisia tunteita. Monilla nousee esiin toive oireiden helpottumisesta, jolle ei kuitenkaan ole löytynyt tieteellistä näyttöä. Jotkut kokevat pettymyksen tunteita, kun toiveista huolimatta kivut saattavat raskausaikana palata, vaikka ennen raskautta tilanne kipujen suhteen on saattanut olla rauhallinen. Se voi herättää myös epänormaaliuden tai riittämättömyyden tunteita. Kipua raskausaikana kokeneet saattavat olla myös pelokkaita tulevaisuuden suhteen, jos kipu pahenee tai ei helpotu lainkaan, mikä voi aiheuttaa myös turhautumisen tunteita. (Johnson ym. 2014.) Myös ahdistuneisuuden on todettu olevan tavallisempaa vulvodyniaa sairastavilla naisilla, kuin kontrolliryhmällä, ja myös raskausaikana ahdistuneisuus on yleistä. Eräässä tutkimuksessa on todettu, että raskaana olevista vulvodyniapotilaista ahdistuneisuutta kokee jopa 30 % raskauden toisen kolmanneksen aikana. Hoitohenkilökunnan rooli vulvodyniapotilaan raskauden aikana henkisen hyvinvoinnin huomioinnissa on tärkeä. Usein on tarvetta ahdistuksen lievittämiseen lääkkeettömin menetelmin, kuten esimerkiksi terapialla, rentoutusharjoituksilla tai joogalla. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1731.)

5.3 Vulvodynia ja synnytys

Synnytyksen vaikutuksesta vulvodyniaan ei ole kovin paljon tietoa. Yksilölliset kokemuksen vaihtelevat suuresti, mutta vulvodynia ei ole este normaalille raskaudelle ja synnytykselle. (Leppänen 2014.) Vulvodyniapotilaat eivät hanki lapsia yhtä todennäköisesti kuin oireettomat naiset (Möller ym. 2014, 332), varsinkin jos nainen on sairastunut ennen kuin on täyttänyt 30 vuotta, jolloin lapsettomuus tai vain yksi raskaus on tavallisempaa (Nguyen ym. 2012). Kuitenkaan vulvodyniaa sairastavilla ei ole merkittävästi alentunutta todennäköisyyttä tulla raskaaksi ja synnyttää (Nguyen ym. 2012).

Synnytyksen vaikutuksesta vulvodynian aiheuttamaan kipuun ei myöskään ole varmaa tietoa, vaikka moni varmasti toivoo alatiesynnytyksen helpottavan oireita (Johnson ym. 2014). Vulvodynialla ei myöskään ole huomattu juurikaan vaikutusta raskauden ja syn-

nytyksen lopputulokseen verrattuna naisiin, joilla vulvodyniaa ei ole. Oma vaikutuksensa vulvodynialla on silti synnytykseen. (Nguyen ym. 2012.)

5.3.1 Sisätutkimus

Yksi synnytyksen aikana erityisesti vulvodyniapotilailla huomioitava tekijä on sisätutkimus. Naiset, jotka sairastavat vulvodyniaa, voivat olla sekä sisätutkimusten että vaginan kautta tehtävien ultraäänitutkimusten suhteen haluttomia, kyvyttömiä tai se voi aiheuttaa paljon ahdistusta. Sisätutkimus voi aiheuttaa heille niin psyykkistä kuin fyysistäkin epämukavuutta. Sisätutkimuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä voivat olla tutkimuksen tekijän sukupuoli, tiedon antaminen tutkimuksen aikana, asento, alastomuus sekä tutkimuksen tekijän äkillisyys, mikä liittyy kontrollin säilyttämisen ja mukavuuden tunteisiin. Sisätutkimus voi nostattaa vulvodyniapotilaassa monia negatiivisia tunteita, kuten kipua, pahoinvoinnin pelkoa, häpeää tai nolostumista. On myös mahdollista, että tutkimuksen suorittaminen on todella vaikeaa tai jopa mahdotonta. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1730–1731.)

Potilaan oloa helpottavia tekijöitä sisätutkimuksen aikana ovat ainakin luottamuksellisuus ja mahdollisuus kommunikoida tutkimuksen tekijän kanssa. Potilaiden kanssa tulisi aina keskustella eri vaihtoehdoista sisätutkimuksen suorittamiselle ja kertoa potilaalle hyvissä ajoin, koska tutkimus täytyy tehdä, mikä antaa aikaa valmistautua. Potilaalle pitäisi myös sallia kontrollin säilyttäminen tutkimuksen aikana ja myös esimerkiksi vaginaalisen ultraäänianturin asettaminen itse paikoilleen, jos sen käyttö on välttämätöntä eikä ulkoinen anturi riitä. Tärkeää on, että sisätutkimus tulisi aina keskeyttää potilaan niin pyytäessä. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1731.)

5.3.2 Synnytystapa ja -komplikaatiot

Tutkimuksissa on todettu, että vulvodyniaa sairastavat naiset synnyttävät hieman todennäköisemmin sektiolla eli keisarileikkauksella, verrattuna naisiin, joilla vulvodyniaa ei ole (Nguyen ym. 2012; Rosenbaum & Padoa 2012, 1728; Möller ym. 2014, 331.) Keisarileikkauksia tehtiin todennäköisemmin myös äidin pyynnöstä vulvodyniapotilaille, lisäksi heille täytyi myös useammin tehdä hätäsektio, vaikka heidän painoindeksinsä oli

kontrolliryhmää matalampi ja he olivat nuorempia ensisynnyttäjinä, joiden pitäisi olla hätäsektion riskiä laskevia tekijöitä. Tämän tutkimuksen otannan vulvodyniapotilaista 9,4 %:lle tehtiin hätäsektio, kun kontrolliryhmässä se tehtiin 8,7 %:lle. Elektiivinen eli suunniteltu sektio tehtiin vulvodyniapotilaista 8,2 %:lle, kontrolliryhmässä 6,6 %:lle. (Möller ym. 2014, 332). Toisessa tutkimuksessa sektio tehtiin vulvodyniapotilaista kaikkiaan 39 %:lle ja kontrolliryhmästä 14,5 %:lle (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728). Kolmannessa tutkimuksessa luvut olivat 18 % (vulvodyniapotilaat) ja 12 % (ei vulvodyniaa) (Nguyen ym. 2012). Sektioille oli usein syynä vulvodyniaan liittyvä vaikeus, kuten se, että potilaan obstetrasta statusta ei pystytty selvittämään sisätutkimuksen teon vaikeuden vuoksi, potilaan omasta pyynnöstä tai koska synnytystä ei vaginan kipujen vuoksi pystytty käynnistämään. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728.) Myös toisessa tutkimuksessa sektioiden syyksi arvioitiin sisätutkimuksen teon vaikeus tai mahdottomuus, jolloin kesken synnytyksen saatettiin päätyä suunnittelemattomaan sektioon (Möller ym. 2014).

Vulvodyniapotilailla on todettu olevan korkeampi riski paitsi sektioon, myös avustettuun synnytykseen, kuten imukuppisynnytykseen (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728; Möller ym. 2014, 331). Möllerin ym. (2014, 331) tutkimuksen mukaan avustettu synnytys oli otannan vulvodyniapotilaista 13,6 %:lla ja kontrolliryhmästä 11,7 %:lla. Rosenbaumin ja Padoan (2012, 1728) tutkimuksessa vastaavat lukemat olivat 9,3 % vulvodyniapotilaista ja kontrolliryhmällä 2,8 %. Tässä tutkimuksessa huomattiin myös vulvodyniapotilaiden kohonnut riski synnytyksen käynnistämiseen. Tutkimuksen otannasta vulvodyniapotilaista 37,3 %:n synnytys oli käynnistetty, kun kontrolliryhmästä 27,4 %:n synnytys käynnistettiin. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728.)

On myös huomattu, että vulvodyniapotilailla saattaa olla muita kohonneempi riski välilihan ja emättimen alueen repeämille. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728; Nguyen ym. 2012; Möller ym. 2014, 332). Tähän kohonneeseen riskiin kuuluvat myös välilihan kolmannen ja neljännen asteen repeämät (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728). Riski on kohonnut, vaikka on otettu erikseen huomioon synnytystapa ja sikiön mahdollinen makrosomia, jotka ovat repeämien riskiä lisääviä tekijöitä. Syytä tähän ei tarkkaan tiedetä, mutta mahdollinen herkkyys emättimen ja vaginan tulehduksille voi haurastuttaa kudosta. (Möller ym. 2014, 332.) Toinen mahdollinen syy repeämien riskin kohonneisuudelle voi olla kyvyttömyys riittävästi rentouttaa lantionpohjan lihaksistoa, jolloin välilihan alue pehmeni ja joustaisi paremmin ponnistusvaiheessa. Tätä ei kuitenkaan ole tieteel-

lisesti todettu, vaan kyseessä on vasta hypoteesi. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728.) Nguyenin ym. (2012) tutkimuksessa repeämä tuli vulvodyniapotilaista 38,1 %:lle, kontrolliryhmästä taas 28,3 %:lle. Sekä episiotomia että repeämä puolestaan vulvodyniapotilaista oli 16,7 %:lla ja kontrolliryhmästä 13,3 %:lla. Episiotomia taas tehtiin harvemmin vulvodyniapotilaille (42,9 %:lle) kuin kontrolliryhmän synnyttäjille (53,3 %:lle). (Nguyen ym. 2012.)

Yhdessä tutkimuksessa oli myös käsitelty mahdollisia keinoja, jotka saattavat olla avuksi minimoimaan välilihan ja emättimen repeämiä. Naiset, jotka eivät vulvodynian vuoksi ole säännöllisesti yhdynnässä, saattavat hyötyä emättimen ja välilihan alueen venytystä ja hieronnasta. Se saattaa vähentää välilihan traumoja ja jatkuvaa välilihan alueen kipua. Sitä kuitenkin täytyisi tehdä päivittäin vähintään kuuden viikon ajan ennen synnytystä, jotta mahdollinen hyöty saataisiin käyttöön. Tutkimuksessa oli tuloksena, että päivittäinen kymmenen minuutin välilihan alueen hieronta vähensi ompelua vaativia repeämiä 9 %:lla ensisynnyttäjillä verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimuksessa oli myös huomattu, että pystyasento ja liike synnytyksessä nopeuttivat ja helpottivat synnytystä. Myös lantionpohjalihasten tietoinen rentouttaminen synnytyksessä ja sen harjoittelu etukäteen olivat hyödyksi. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1731–1733.)

Synnytyksen lopputulemassa taas ei merkittäviä eroja ole havaittu. Eräessä tutkimuksessa 56 % vulvodyniapotilaista synnytti täysiaikaisen elävänä syntyneen lapsen, kontrolliryhmässä vastaava luku oli 62 %. Vastasyntyneen Apgar-pisteissä ei huomattu eroavaisuuksia kontrolliryhmään, kuten ei myöskään perinataalisessa, eli syntymänläheisessä, kuolleisuudessa. (Rosenbaum & Padoa, 2012, 1728). Myös toisessa tutkimuksessa todettiin, että raskauden lopputuleman jakaumassa vulvodyniapotilaiden ja kontrolliryhmän välillä ei ollut merkittävää eroa (Nguyen ym. 2012). Möllerin ym. (2014, 331) tutkimuksessa ei huomattu eroa synnytykseen liittyvissä muissa komplikaatioissa, kuten synnytyksen käynnistämisen onnistumisessa, napanuorakomplikaatioissa, synnytyksen ennenaikaisuudessa, anestesiakomplikaatioissa, synnytyksen aikaisessa tai jälkeisessä verenvuodossa tai istukan kunnossa.

5.3.3 Synnytyskipu ja kivunlievitys sekä synnytyspelko

Monia vulvodyniapotilaita voi huolestuttaa etukäteen emättimen alueen kipu yhdistettynä synnytykseen. Vaikka kivusta koettu ahdistus synnytyksen suhteen on yleistä, jokainen vulvodyniaa sairastava kokee asian yksilöllisesti. Moni saattaa tehdä etukäteen synnytystä koskevan suunnitelman, jonka tarkoituksena on aktiivisesti minimoida tai välttää kivun kokeminen. Tällaisia ovat esimerkiksi toiveet puudutuksesta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa synnytystä tai toive sektioista. Toisten lähestymistapa kipuun taas saattaa kehittyä alun huolestuneisuudesta ennakoituun sietokyvyn kasvattamiseen. Jotkut saattavat omaksua asenteen hyväksyä synnytykseen liittyvä kipu, mikä saattaa tuoda jonkin verran helpotusta omaan oloon. Voidaan esimerkiksi ajatella, että synnytyskipu on niin kokonaisvaltaista, ettei synnyttäessä lähde erittelemään, mikä on supistuskipua ja mikä kipu mahdollisesti vulvodyniasta johtuvaa. (Johnson ym. 2014.)

Rosenbaum ja Padoa (2012, 331) totesivat tutkimuksessaan, että lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käytössä synnytyksen aikana ei ollut eroja vulvodyniapotilaiden ja kontrolliryhmän välillä, epiduraali- ja spinaalipuudutuksia, petidiiniä ja paraservikaaliseksi pudendaalipuudutuksia käytettiin melko samoin molemmissa ryhmissä. Kipua ja sen kokemista on kuitenkin vaikea mitata (Nguyen ym. 2012). Kivun kokemiseen alatiesynnytyksen aikana voi liittyä myös toive vulvodynian oireiden helpottumisesta synnytyksen jälkeen (Johnson ym. 2014).

Ensisynnyttäjien keskuudessa yleisin syy sektioitoiveelle on synnytyspelko. Synnytyspelkoon liitetään yleisimmin kivun kokemisen pelko sekä emättimen ja välilihan alueen repeämien pelko. Koska vulvodyniapotilaiden keskuudessa sektioitoiveita esitettiin enemmän kuin kontrolliryhmässä ja sektioita myös tehtiin heille enemmän, tutkimuksessa esitettiin, että vulvodynia saattaa liittyä kohonneeseen synnytyspelkoon. Tätä tuki myös se, että vulvodyniapotilaat olivat muita todennäköisemmin myös synnyttämättömiä naisia. (Möller ym. 2014, 332.)

5.4 Vulvodynia ja lapsivuodeaika

Useammassa tutkimuksessa on huomattu, että synnytyksen jälkeen vulvodyniapotilailla on suurempi riski emättimen alueen kipuun kuin muilla synnyttäneillä (Nguyen ym.

2012; Rosenbaum & Padoa 2012, 1728; Möller ym. 2014, 332). Synnytyksen jälkeinen yhdyntäkipu on yleistä kaikkien synnyttäneiden keskuudessa, erityisesti jos nainen on kokenut synnytyksessä jonkinasteisen trauman emättimen alueella. Kuitenkin raskaana olevilla vulvodyniapotilailla on todettu olevan suurempi riski emättimen alueen kipuiluun synnytyksen jälkeen kuin muilla synnyttäjillä silloin, kun synnytykseen liittyy episiotomia tai repeämä. (Nguyen ym. 2012.) Yhdessä tutkimuksessa on nostettu esille ajatus siitä, hyötyisivätkö vulvodyniapotilaat sektioista, jotta synnytyksen aikaisilta mahdollisilta emättimen tai välilihan traumaailta ja niiden aiheuttamalta pitkäkestoisemmalla kivulta voitaisiin välttyä. Lisäksi on otettava huomioon, että mikäli synnytys on nähty pelottavana kokemuksena, aiheuttaa se herkemmin seksuaalisia toimintahäiriöitä myöhemmin synnytyksen jälkeen negatiivisten mielle yhtymien kautta. (Möller ym. 2014, 332.)

Vulvodynia voi siis nostaa osaltaan riskiä synnytyksen jälkeen koettuun kipuun. Vulvodyniapotilaista emättimen alueen kivusta synnytyksen jälkeen kärsii jopa 37 %, kun kontrolliryhmästä kipuja on noin 11 %:lla. (Rosenbaum & Padoa 2012, 1728.) Harvalla naisella vulvodynian oireet katoavat synnytyksen jälkeen. Alatiesynnytys saattaa myös olla yksi laukaiseva tekijä emättimen kipuilulle ja vulvodynian oireille. Lisäksi riski yli vuoden kestäville synnytyksen jälkeisille kivuille vulvodyniapotilailla on kohonnut. (Nguyen ym. 2012.) Kuitenkin samalla tavoin kuin raskauden ja synnytyksen aikana koettu vulvodyniaan liittyvä kipu vaihtelee yksilöllisesti, myös synnytyksen jälkeinen kipu voi pahentua tai helpottua. Se on synnytyksen jälkeen yhtä muuttuvaa ja yksilöllistä kuin muulloinkin. Toisilla alatiesynnytys voi pahentaa kipuja, mutta joillain kivut voivat myös helpottua. (Johnson ym. 2014.)

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Työn aihe on valittu ammattikorkeakoulun opettajan ehdotuksesta. En ollut aiemmin perehtynyt vulvodyniaan kovin syvällisesti, joten aihe kiinnosti minua ja erityisesti, koska mukana oli synnytyksen hoito, joka oleellisesti liittyy kättilötyöhön. Mitään henkilökohtaisia ennakko-oletuksia tai mielikuvia minulla ei aiheesta ollut, joten ne eivät päässeet ohjailemaan työn tekemistä, vaan lähdin tekemään työtä avoimin mielin. Tutkijalla onkin aina vastuu aiheen valitsemisesta ja se on myös yksi tutkimuksen tekemiseen liittyvä eettinen kysymys (Tuomi & Sarajarvi 2009, 129). Olen myös pyrkinyt olemaan huolellinen työtä tehdessäni ja tuloksia esittäessäni. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeen mukaan hyvään tutkimuseetiikkaan kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyötä tehdessä sekä tulosten tallennuksessa ja esittämisessä.

Tiedonhankinta on toteutettu yleisiä hakukoneita käyttäen ja mukaan valitut tutkimukset ovat läpäisseet aiemmin esitellyt sisäänottokriteerit. Olen myös työssä esitellyt siihen valitut tutkimukset, mikä lisää työn avoimuutta. Tutkimusta tehdessä tulisikin soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja toteuttaa tieteelliseen tietoon kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta. Lisäksi hyvään tutkimuseetiikkaan kuuluu, että tutkimuksessa otetaan huomioon muiden työt ja niihin viitataan asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Olenkin työssäni pyrkinyt merkitsemään lähdeviitteet huolella, ja kaikki tieto, joka on muista lähteistä peräisin, on merkitty sekä tekstiin että lähdeluetteloon.

Työn luotettavuutta voi heikentää se, että tekijöitä on vain yksi. Jotta systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan pitää luotettavana, tulisi sen olla vähintään kahden ihmisen yhteistyönä tekemä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46). Luotettavuutta tämän seikan osalta olen pyrkinyt lisäämään sillä, että olen saanut palautetta säännöllisesti työtä tehdessäni opettajalta sekä muilta opiskelijoilta. Luotettavuuden kannalta suositeltavinta kirjallisuuskatsausta tehdessä olisi, että katsauksessa otettaisiin alkuperäistutkimuksia valitessa huomioon kaikilla eri kielillä tehdyt aihetta käsittelevät tutkimukset. Tällöin kieli ei vaikuttaisi asianmukaisen tiedon löytymiseen ja esiin nostamiseen. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49, 53.) Kuitenkin tässä työssä on huomioitu vain suomen- ja

englanninkieliset alkuperäistutkimukset, koska oma taitoni tutkimusten luotettavaan lukemiseen ja ymmärtämiseen on riittävä vain näillä kahdella kielellä. Luotettavuuden parantamiseksi olen myös kääntänyt kaikki englanninkieliset tutkimuksen vähintään kahteen kertaan ennen tulosten kirjaamista, jotta olen varmasti ymmärtänyt asian oikein.

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu voi heikentää työn luotettavuutta. Virheitä voi tapahtua katsausta tehdessä missä tahansa vaiheessa. Näin ollen kirjallisuuskatsauksen tarkka suunnittelu, huolellisuus tiedonhaussa ja selkeästi määritellyt sisäänotto- sekä laadunvalvontakriteerit parantavat sen laatua. (Stolt & Routasalo 2007, 68.) Työhön valittujen tutkimusten on siis pitänyt täyttää tietyt ennalta määrätyt kriteerit, jotka työssä on esitelty. Tällä on pyritty lisäämään työn luotettavuutta. Mukaan valitut tutkimukset ovat myös tasoltaan riittävän laadukkaita. Tutkimukset ovat kansainvälisiä, mikä myös parantaa luotettavuutta ja tutkimukset ovat kenen tahansa löydettävissä ja luettavissa, koska ne on kirjattu selvästi tähän katsaukseen. Kirjallisuuskatsausta tehdessä onkin tärkeää, että tiedonhaku on dokumentoitu huolellisesti ja selkeästi, jotta tutkimus olisi tieteellisesti pätevä ja myöhemmin toistettavissa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 50). Tähän olen myös työssäni pyrkinyt.

6.2 Johtopäätökset ja pohdinta

Vulvodynia ja synnytys aiheena oli mielestäni haasteellinen, koska tutkittua tietoa niiden vaikutuksesta toisiinsa on melko vähän. Samasta syystä aihe kuitenkin herätti heti mielenkiintoni, ja oli erittäin mielenkiintoinen perehtyä syvällisemmin. Yllätyin vulvodynian yleisyydestä, koska se ei ole kovinkaan tunnettu tai puhuttu sairaus. Tästä syystä tunsin aiheen myös olevan tärkeä, koska tietoa ei ole liikaa saatavilla. Kirjallisuuskatsaus sopi aiheeseen siksi hyvin, että sen avulla oli mahdollista koota tutkittua tietoa eri lähteistä yhteen.

Koska vulvodynia on erityisesti nuorten, hedelmällisessä iässä olevien naisten sairaus, on sen huolellinen hoito mielestäni tärkeää. Erityisen vaikea paikka voi olla, jos raskaaksi tulemiselle ei muutoin estettä olisi ja raskaus olisi toivottu, mutta kipu on ylitsepääsemätön ongelma sen suhteen. Vulvodynian diagnosointiin olisi hyvä saada parannusta sen nopeuttamiseksi, koska oikean diagnoosin saaminen voi helpottaa kivun hy-

väksymistä ja ymmärtämistä, ja lisäksi sopivaa hoitomuotoa päästään pikaisemmin etsimään. Tällöin myös oireet saataisiin mahdollisesti nopeammin kuriin. Myös terveyspalvelujen käyttö vähentyisi, koska ennen diagnoosia vulvodyniapotilas voi joutua kiertämään moniakkin terveyspalvelujen yksikköjä ennen kuin oikea apu löytyy.

Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika ovat naisen elämässä herkkää ja merkityksellistä aikaa, joka pysyy mielessä läpi elämän. Vulvodynian huomiointi onkin olennaista, jotta raskaana oleva, synnyttäjä tai juuri synnyttänyt äiti saa tarvitsemaansa tukea ja oikeanlaista hoitoa. Kätilön on työssään tärkeää tietää, mitä vulvodynia on ja mitä se aiheuttaa, jotta hän osaa hoitaa naista sairauden vaatimalla tavalla. Esimerkiksi sisätutkimuksiin osataan varautua eri tavoin, kuin jos vulvodyniaa ei ole. Nainen voi myös saada apua ja tukea jo raskausaikana, kun vulvodynia on tiedossa. Synnytyksessä on huomioitava vulvodynian aiheuttama kipu ja synnytyskipu, vaikka ne voivat myös sekoittua toisiinsa. Myös muut vulvodynian vaikutukset synnytykseen on huomioitava, ja mietittävä esimerkiksi miten tiheään synnytyksen etenemistä on sisätutkimusten avulla seurattava.

Koska tutkimuksista kävi ilmi, miten monella tavalla vulvodynia synnytyksen kulkuun vaikuttaa, kuten altistavana tekijänä esimerkiksi imukuppisynnytykselle ja repeämille, on kätilön työssä tärkeää tunnistaa sairaus ja osata hoitaa synnyttäjää sen vaatimalla tavalla. Itselleni tuli hieman yllätyksenä, miten monilla tavoin vulvodynia synnytykseen vaikuttaa. Lisäksi kasvanut todennäköisyys sektiosynnytyksiin on syytä huomioida. Mielenkiintoinen oli myös yhdessä tutkimuksessa esitetty hypoteesi vulvodynian yhteydestä kohonneeseen synnytyspelkoon. Tämä on tärkeää huomioida jo raskausaikana sekä synnytystä hoidettaessa.

Jatkossa mielestäni olisi hyödyllistä selvittää, miten vulvodyniaa sairastavat naiset itse kokevat sairauden vaikutuksen raskauteen ja synnytykseen. Lisäksi hoitohenkilökunnan tietoisuutta sairaudesta olisi syytä kartoittaa, koska tietoa lisäämällä voitaisiin ehkäistä vulvodyniaa sairastavilta naisilta monta turhaa lääkärikäyntiä ja tutkimusta, kun diagnoosia yritetään selvittää. Aihetta voisi lähteä tutkimaan myös päinvastoin kuin tässä opinnäytetyössä, eli voitaisiin myös selvittää onko synnytyksellä tai synnytystavalla vaikutusta vulvodyniaan ja sen oireisiin myöhemmin elämässä.

LÄHTEET

Forrest, D. 2004. Common gynecologic pelvis disorders. Teoksessa Youngkin, E. & Davis, M. (ed.) *Womens's health. A primary care clinical guide.* New Jersey: Prentice Hall, 319-325.

Hope, K., Collins, M., Davis, G., Edwards, L., Foster, D., Hartmann, E., Kaufman, R., Lynch, P., Margesson, L., Moyal-Barracco, M., Piper, C., Reed, B., Stewart, E. & Wilkinson, E. 2005. The Vulvodynia Guideline. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 9 (1), 40-51.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Johnson, N., Harwood, E. & Nguyen, R. 2014. "You have to go through it and have your children": reproductive experiences among women with vulvodynia. *BMC Pregnancy & Childbirth* 14 (15).

Järvi, U. 2013. Vulvodynia tunnetaan yhä huonosti. Luettu 27.9.2015.
www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=13091/type=1

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.

Lappi-Khabbal, R. 2007. Synnytyspelon hoidon kustannusvaikuttavuus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu-työ.

Leppänen, N. 2014. VDOPAS. Elämää vulvodynian kanssa. Luettu 07.01.2015.
vdopas.com

Melender, H-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth. Turun yliopisto.

Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lillicreutz, C. & Sydsjö, G. 2014. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 122 (3), 329-334.

National Vulvodynia Association. 2013. Luettu 09.01.2015. www.nva.org

Nguyen, R., Stewart, E. & Harlow, B. 2012. A Population-Based Study of Pregnancy and Delivery Characteristics Among Women with Vulvodynia. *Pain and Therapy* 1 (2).

Nyberg, R., Susi, J., Aho, T. & Törnävä, M. n.d. Vulvodynia, ulkosynnyttimien kiputila. Potilasohje. TAYS, PGY.

Orion Oyj. 2014. Valmisteyhteenveto. Luettu 26.7.2015.
spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/5/245135.pdf

Paavonen, J. 2013. Vulvodynia. *Suomen lääkärilehti* 68 (7), 487-490.

- Plante, A.F. & Kamm, M.A. 2008. Life events in patients with vulvodinia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115 (4), 509-514.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Raussi-Lehto, E. 2009. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 206–268.
- Rosenbaum, T. & Padoa, A. 2012. Managing Pregnancy and Delivery in Women with Sexual Pain Disorders. *Journal of Sexual Medicine* 2012 (9), 1726-1735.
- Saisto, T. 2000. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 116 (14), 1483-1488.
- Saisto, Lindbohm, Stenbäck & Toivanen. 2014. Synnytyspelon hoito neuvolassa. *Suomen lääkäri-lehti* 69 (16-17), 1221-1225.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisu. Luettu 16.4.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011a. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011b. Synnytyskipu. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011c. Kivunlievitys ilman lääkkeitä. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim.
- Sarvela, J. 2009. Synnytyskivun mekaniikasta. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Duodecim.
- Sarvela, J. & Nuutila, M. 2009. Synnytyskipu. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125 (17), 1881-1888.
- Sarvela, J. & Volmanen, P. 2014. Synnytyskipu – anestesia- ja kivunlääkärin opas potilaalle. *Lääkärikirja Duodecim*.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00904
- Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi. Luettu 27.9.2015.
matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius150405.pdf
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Tiitinen, A. 2014a. Normaali synnytys. *Lääkärikirja Duodecim*. Luettu 8.4.2015.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00160

Tiitinen, A. 2014b. Synnytyspelko. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 24.5.2015.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00884

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 26.10.2015.
www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta

Törnävä, M., Koivula, M. & Suominen, T. 2013. Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. *Hoitotiede* 25 (4), 241-252.

Updike, G. 2012. Vulvodynia. Teoksessa Beigi, R.H. (ed.) *Sexually transmitted diseases*. West Sussex: John Wiley & Sons, 116-126.

Veasley, C.L. & Witkin, S.S. 2014. Pregnancy-related needs of women with vulvovaginal pain syndromes. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 122 (3), 335.

Vuori, E. & Gissler, M. 2014. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 16.4.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=3

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaun etenemisen kuvaus

1(2)

Tietokanta	Hakulauseet	Rajaukset	Hakutuloksia	Hylätyt	Hyväksytyt
CINAHL with Full text (EBSCOhost)	vulvodynia	Full text available, 2005-	27	26	1
	vulvodynia AND preg- nancy	2015	1	1	0
	vulvodynia AND fear of birth		0		
PubMed	vulvodynia AND deliv- ery	Free full text, 2005- 2015	2	1	1
	vulvodynia AND la- bour		6	5	1
	vulvodynia AND la- bour pain		1	0	1
Medic	vulvodynia	2005- 2015	4	0	0
Aleksi	vulvodynia	2005- 2015	16	16	0

Tietokanta	Hakulauseet	Rajaukset	Hakutuloksia	Hylätyt	Hyväksytyt
Google Scholar	vulvodynia AND delivery	2005- 2015, ei patenteista, ei lainauksia	591	590	1

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja raportit

1(4)

Sukunimi (vuosi) Työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Johnson, Harwood & Nguyen (2014) ”You have to go through it and have your children”: reproductive experiences among women with vulvodynia	Raskaana olevien tai juuri synnyttä- neiden vulvodyni- aa sairastavien naisten kokemus- ten ja uskomusten kuvaaminen ras- kauteen ja synny- tykseen liittyen	Kvalitatiivinen tutkimus- menetelmä, N=18 Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu Aineiston analysointi: Sisällönanalyysi	Naiset alkoivat suunnitella raskautta, kun kipu ei ollut enää niin epävakaa ja kaikkiaan sen va- kavuus helpotti. Lä- hes kaikilla oli huo- lia raskauden vaiku- tuksesta kipuun.

Sukunimi (vuosi) Työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Möller, Josefsson, Bladh, Lillecreutz & Sydsjö (2014)</p> <p>Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localized provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study</p>	<p>Tarkoituksena on verrata vaginismista tai paikallisesta vestibuliitista kärsivien naisten sosioekonomista asemaa, synnyttäneisyyttä ja synnytystapaa naisiin, joilla diagnoosia ei ole</p>	<p>Takautuva, väestöön perustuva rekisteritutkimus</p> <p>Otanta: kaikki Ruotsissa vuosina 1973–83 syntyneet naiset, jotka synnyttivät ensimmäistä kertaa tai pysyivät synnyttämättöminä vuosina 2001–09, N=454 913 (naiset, joilla on toinen diagnooseista N=2554, naiset ilman diagnoosia N=445 632)</p> <p>Aineiston keruumenetelmä: rekisterit</p> <p>Aineiston analyysi: Tilastollinen analyysi</p>	<p>Naisilla, joilla on diagnosoitu vaginismi ja/tai vestibuliitti, olivat useammin naimattomia, työttömiä, korkeammin koulutettuja, heillä oli matalampi BMI ja he käyttivät useammin nikotiinia raskauden aikana, synnyttäminen oli epätodennäköisempää, synnytystapa oli useammin keisarileikkaus, alateitse synnyttäneet kärsivät todennäköisemmin välilihan repeämistä</p>

Sukunimi (vuosi) Työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Nguyen, Stewart & Harlow (2012) A population-based study of pregnancy and delivery characteristics among women with vulvodinia	Tarkastella raskauden ja synnytyksen tunnusomaisia piirteitä naisilla, joilla on vulvodinia ja naisilla, joilla ei ole	Määrällinen tutkimus N=454 Aineiston keruumenetelmä: kyselylomake, rekisteri Aineiston analyysimenetelmä: tilastollinen analyysi	Raskausajassa ei juuri ollut eroja, mutta vulvodyniaa sairastavilla voi olla todennäköisempää synnyttää keisarileikkauksella
Rosenbaum & Padoa (2012) Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders	Tarkoituksena käsitellä raskauksien ja synnytysten tuloksia naisilla, joilla on seksuaalinen kipuoireyhtymä ja osoittaa käytännön huolia, joita potilailla ja ammattiharjoittajilla on koskien raskauden, lantion alueen tutkimusten ja synnytyksen hoitoa	Kirjallisuuskatsaus Mukana asiaankuuluva kirjallisuus sekä kliiniseen kokemukseen perustuvat suositukset	Obstetrin hoitoa antavien ammattiharjoittajien tulisi olla tietoisia seksuaalisista kipuoireyhtymistä ja tarjota sopivia muunnoksia hoidoista ja tutkimuksista

Sukunimi (vuosi) Työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Törnävä, Koivula & Suominen (2013) Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen	Tarkoituksena kuvaata naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. Tutkimustehtävä: millaisia kokemuksia naisilla on vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen? Tavoitteena tuottaa tutkittua tietoa vulvodyniapotilaiden hoitotyön kehittämiseksi	Laadullinen tutkimus N=33 Aineiston keruumenetelmä: verkkokysely Aineiston analysointimenetelmä: Induktiivinen sisällönanalyysi	Naiset kokivat vulvodynian määrittävän parisuhteen muotoa ja vakautta sekä seksuaalielämää, ulkopuolelta saatu tieto ja tuki edellytyksenä parisuhteen hyvinvoinnille. Vulvodynialla oli vaikutusta myös perhesuunnitteluun