



EMÄTTIMEN DILATAATIOHOITO PUIKKOVENYTYKSELLÄ

Potilasohje ja hoidon seurantalomake nuorille naisille

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Jenni Järveläinen ja Saana Rajakallio	
Työn nimi Emättimen dilataatiohoito puikkovenytyksellä – potilasohje ja hoidon seurantalomake nuorille naisille	
Päiväys	24.11.2016
Sivumäärä/Liitteet	52/1
Ohjaaja Eeva Berg	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion yliopistollinen sairaala, Naisten poliklinikka 3304	
Tiivistelmä	
<p>Opinnäytetyön aiheena oli emättimen dilataatiohoidon ohjaaminen. Emättimen dilataatiohoito tarkoittaa emättimen laajentamista puikkovenytyshoidon avulla. Puikkovenytyshoito on tarkoitettu nuorille naisille, joilla on todettu synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, jonka vuoksi heiltä puuttuu emätin. Kehityshäiriö liittyy useimmiten Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserin-oireyhtymään (MRKH). Suomessa syntyy vuosittain noin 5–10 tyttöä, joilla on synnynnäinen emättimen kehityshäiriö. Kehityshäiriö huomataan yleisimmin nuoruusiässä, kun kuukautisten puuttumisen syitä aletaan tutkia viimeistään 16-vuotiaana. Puikkovenytyshoito aloitetaan yleensä muutaman vuoden sisällä diagnoosin toteamisesta, joten ohjattavat ovat vielä nuoruusiässä.</p> <p>Puikkovenytyshoidon ohjauksen yhteydessä on huomioitava nuoren naisen seksuaalinen kehitys ja synnynnäisen emättimen kehityshäiriön vaikutus hänen seksuaalisuutensa. MRKH-oireyhtymän vuoksi voi olla haastavaa kokea itsensä täysivertaiseksi naiseksi. Puikkovenytyshoidon tavoitteena on mahdollistaa yhdynnät sekä vahvistaa nuoren naisen seksuaalista tyytyväisyyttä ja naiseuden tunnetta. Emättimen puuttumisen lisäksi MRKH-oireyhtymään liittyy kohdun puuttuminen, joten biologisten lasten saaminen ei ole mahdollista. Tietoisuus lapsettomuudesta vaikuttaa nuoren naisen seksuaaliseen kehitykseen ja siitä on keskusteltava ohjaustilanteissa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä yhteistyökumppanin tarpeesta. Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kirjallinen potilasohje sekä hoidon seurantalomake Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Naisten poliklinikan nuorille naispotilaille, joilla on synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, ja joille emättimen puikkovenytyshoito on ajankohtainen. Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista ja laadukasta ohjausmateriaalia KYS:n Naisten poliklinikalle. Potilasohjeen ja seurantalomakkeen tavoitteina oli antaa tietoa nuorille naisille emättimen dilataatiohoidosta puikkovenytyksellä ja siten osallistaa heitä omaan hoitoonsa. Potilasohjeen tekstin ja kuvien avulla nuori pystyy toteuttamaan puikkovenytystä omatoimisesti kotona. Potilasohjeen tavoitteena oli myös toimia apuvälineenä puikkovenytyshoidosta nuorille kerrottaessa. Seurantalomakkeeseen nuori nainen kirjaa emättimen pituuden kerran kuussa ja voi lisäksi kirjoittaa omia ajatuksia ja tunteita hoitoon liittyen. Nuori nainen saa potilasohjeen ja seurantalomakkeen mukaansa poliklinikalta ja voi palata niihin toteuttaessaan emättimen puikkovenytyshoitoa kotona.</p> <p>Kehittämistyön teoriaosuuden aineisto koottiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kehittämistyön aineisto rajattiin vuoden 2000 jälkeen julkaistuihin tutkimuksiin ja julkaisuihin. MRKH-oireyhtymään ja puikkovenytyshoitoon liittyvä aineisto koostui pääasiassa kansainvälisistä tutkimuksista, koska synnynnäistä emättimen kehityshäiriötä on tutkittu Suomessa vain vähän. Seksuaalisuutta ja potilasohjausta käsitteleviä aineistoja on rajattu kriittisemmin, koska aineistoa oli saatavilla huomattavasti enemmän suomen kielellä.</p> <p>Jatkotutkimuksena aiheesta voisi tehdä kyselytutkimuksen nuorille naisille, mikä keskittyisi nuorten naisten tunteisiin ja ajatuksiin synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä ja puikkovenytyshoidosta sekä niiden vaikutuksesta heidän seksuaalisuuteensa. Sarjakuvamainen ohje puikkovenytyshoidon toteuttamisesta tai video venytyspuikkohen hoidosta ja käytöstä voisivat toimia nuorten kohdalla hyvin.</p>	
Avainsanat emätin, kehityshäiriö, dilataatio, naiseus, nuoruusikä, seksuaalisuus, potilasohjaus	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme of Nursing	
Authors Jenni Järveläinen and Saana Rajakallio	
Title of Thesis Vaginal dilation by vaginal dilator treatment – patient instruction and treatment control form for young women	
Date 24.11.2016	Pages/Appendices 52/1
Supervisor Eeva Berg	
Client Organisation/Partner Kuopio University Hospital, Women's Outpatient Clinic 3304	
<p>Abstract</p> <p>The subject of the thesis was guidance of the vaginal dilation by vaginal dilator treatment. It is intended for young women with congenital vaginal agenesis which means absence of the vagina. In most cases, the congenital vaginal agenesis is related to Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKH). Every year, around 5–10 girls are born with congenital vaginal agenesis in Finland. The congenital vaginal agenesis is most commonly diagnosed during adolescence, when the reasons for amenorrhea are being examined by the age of 16. Usually the vaginal dilator treatment begins within a few years after the diagnosis. Therefore, patients are still in adolescence.</p> <p>The sexual development of young women and the impact of the congenital vaginal agenesis to their sexuality have to be considered in patient education about the vaginal dilator treatment. It may be difficult to feel complete as women because of the MRKH-syndrome. The aims of the vaginal dilator treatment are to enable sexual intercourse and to strengthen the sexual satisfaction of young women and the sense of womanhood. In addition to the congenital vaginal agenesis, the MRKH-syndrome involves absence of the uterus. Therefore, it is impossible to bear biological children. Awareness of infertility has an effect on the sexual development of young women. This has also to be taken into consideration in patient education.</p> <p>The thesis was carried out as development work arising from the needs of the co-operation partner. The purpose of the development work was to develop a textual patient instruction and treatment control form for Women's Outpatient Clinic of Kuopio University Hospital (KUH) and their young female patients with congenital vaginal agenesis and for whom vaginal dilator treatment is topical. The aim was to provide up-to-date and high quality patient education material for Women's Outpatient Clinic of KUH. The aim of patient instruction and treatment control form was to provide information for young women about vaginal dilation by vaginal dilator treatment and thus involve them in their own treatment. With the help of text and illustrations of patient instruction young women can carry out the vaginal dilator treatment by themselves at home. The aim of the patient instruction was also to act as a tool when counselling young women about the vaginal dilator treatment. Young women get the patient instructions and the treatment control forms from Women's Outpatient Clinic so that they can return to the material when they are carrying out the vaginal dilator treatment at home.</p> <p>The material for the theoretical part of the development work was collected by literature review. The material for the development work was limited to studies and publications published after the year 2000. The material about the MRKH-syndrome and the vaginal dilator treatment consisted mainly of international studies because the congenital vaginal agenesis has not been studied much in Finland. The material dealing with sexuality and patient counselling was more critically limited because there was notably more material available in Finnish.</p> <p>A follow-up study could be a survey for young women, which would focus on feelings and thoughts of young women about congenital vaginal agenesis and the vaginal dilator treatment as well as their effects on sexuality of young women. A comic strip -like patient instruction about carrying out the vaginal dilator treatment or a video about management and use of vaginal dilators could correlate well with young women.</p>	
Keywords vagina, agenesis, dilation, womanhood, adolescence, sexuality, patient education	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	SYNNYNÄINEN EMÄTTIMEN KEHITYSHÄIRIÖ	7
3	NUORUUSIÄN FYYSSINEN KEHITYS.....	10
4	NUOREN NAISEN SEKSUAALISUUS	12
4.1	Seksuaalinen kehitys	12
4.2	Lapsettomuuden vaikutus seksuaalisuuteen	16
5	PUIKKOVENYTYSHOITO	18
6	POTILASOHJAUS	20
6.1	Laadukas potilasohjaus	20
6.2	Puikkovenytyshoidon ohjaaminen.....	24
6.3	Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen	27
6.4	Kirjallinen potilasohje ohjauksen tukena	31
7	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	36
8	KEHITTÄMISTYÖ PROSESSINA	37
8.1	Kirjallisuuskatsaus aineiston keruumenetelmänä	38
8.2	Kehittämistyön toteuttaminen	39
9	POHDINTA.....	43
9.1	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	43
9.2	Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset.....	46
9.3	Kehittämistyöprosessin analysointi ja oma oppiminen.....	46
	LÄHTEET	48
	LIITE 1: POTILASOHJE JA HOIDON SEURANTALOMAKE.....	53

1 JOHDANTO

Emättimen dilataatiohoito tarkoittaa emättimen laajennushoitoa ja sitä tarvitsevat naiset, joilla on harvinainen synnynnäinen emättimen kehityshäiriö eli heiltä puuttuu emätin. Suomessa synnynnäistä emättimen kehityshäiriötä esiintyy noin 1 tapaus 5000 tyttöä kohti. (Aittomäki, Eroila ja Kajanoja 2001, 625; Heinonen 2006, 1767–1769.) Kehityshäiriö aiheutuu useimmiten Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserin-oireyhtymästä (MRKH). Oireyhtymä todetaan yleensä vasta nuoruusiässä, kun kuukautisten puuttumisen syytä aletaan tutkia. (Heinonen 2006, 1767.)

Emättimen dilataatiohoitomuotoja on useita erilaisia (Callens, De Cypere, De sutter, Monstrey, Weyers, Hoebeke ja Cools 2014, 778). Suomessa keskeisin hoitomuoto on puikkovenytyshoito (Susi 2014, 77). Se aloitetaan useimmiten muutama vuosi diagnoosin jälkeen, kun nuori nainen on motivoitunut hoitoonsa ja yhdynnät alkavat olla ajankohtaisia (Heinonen 2006, 1769; Susi 2014, 77–78). Nuori toteuttaa puikkovenytyshoitoa omatoimisesti kotona saamiensa ohjeiden mukaan. Emättimen laajentuessa yhdynnät mahdollistuvat ja niiden avulla on mahdollista venyttää emätintä lisää tai ylläpitää saavutettua emättimen pituutta. (Heinonen 2006, 1767 ja 1769.)

Nuoruusiässä seksuaalisuus kehittyy ja kehonkuva alkaa muotoutua, ja emättimen dilataatiohoito vaikuttaa niihin. Nuorelle voi olla henkisesti raskasta olla erilainen kuin muut, vaikka synnynnäinen emättimen kehityshäiriö ei näy ulospäin. (Susi 2014, 76.) Lisäksi emättimen puikkovenytyshoito muistuttaa nuorta naista kehityshäiriöstä ja oman kehon erilaisuudesta (Liao, Conway, Ismail-Pratt, Bikoo ja Creighton 2011, 4). Erilaisuus voi aiheuttaa ahdistusta ja alemmuuden tunteita sekä vaikeuttaa oman minäkuvan hyväksymistä (Susi 2014, 76). Onnistunut puikkovenytyshoito lisää nuoren naisen tyytyväisyyttä omaan seksuaalisuuteensa (Liao ym. 2011, 5).

Hoitoprosessi koostuu omatoimisen puikkovenytyshoidon lisäksi säännöllisistä käynneistä Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Naisten poliklinikalla. Alussa nuorta naista ohjataan toteuttamaan puikkovenytyshoitoa. Seurantakäynneillä keskustellaan hoidon etenemisestä ja jatko-suunnitelmista. Nuorta ohjatessa on huomioitava muun muassa hänen voimavarojensa, motivaationsa ja nuoruusiän kehitystasonsa.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, emättimen dilataatio puikkovenytyksellä, nuoren naisen seksuaalisuus sekä laadukas potilasohjaus. Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyönä. Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kirjallinen potilasohje sekä hoidon seurantalomake Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Naisten poliklinikan

nuorille naispotilaille, joilla on synnyttäminen emättimen kehityshäiriö, ja joille emättimen puikkovenytyshoito on ajankohtainen. Tavoitteena on tuottaa ajankohtaista ja laadukasta ohjausmateriaalia KYS:n Naisten poliklinikalle. Potilasohjeen ja seurantalomakkeen tavoitteina on antaa tietoa nuorille naisille emättimen dilataatiohoidosta puikkovenytyksellä ja siten osallistaa heitä omaan hoitoonsa. Potilasohjeen tekstin ja kuvien avulla nuori pystyy toteuttamaan puikkovenytystä omatoimisesti kotona. Potilasohjeen tavoitteena on myös toimia apuvälineenä puikkovenytyshoidosta nuorille kerrottaessa.

Kehittämistyön aiheeksi valikoitui työelämälähtöinen aihe. Aihe perustuu KYS:n Naisten poliklinikan tarpeeseen kehittää emättimen dilataatiohoitoa tarvitsevien potilaiden hoitotyötä ja ohjausta. Naisten poliklinikalla on tähän asti ollut käytössä Tampereen yliopistollisen sairaalan potilasohje emättimen laajentamiseen. He halusivat oman potilasohjeen sekä hoidon etenemisen seurantaan helpottavan seurantalomakkeen. Aiheesta on suomeksi saatavilla vain vähän tietoa, koska aihetta ei ole tutkittu Suomessa paljoa. Aihetta on tutkinut pääasiassa Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksen professori Heinonen.

Olemme tulevia kättilöitä ja naistentautien hoitotyö tulee olemaan keskeinen osa ammattiosaamistamme. Kehittämistyötä tehdessä saimme syventyä nuoren naisen hoitamiseen ja sen erityispiirteisiin. Opimme synnytyselinten kehityksestä ja anatomiasta ja miten synnyttäminen emättimen kehityshäiriö eroaa tavanomaisesta synnytyselinten anatomiasta. Saimme erityisosaamista koskien harvinaista emättimen puikkovenytyshoitoa ja meillä on nyt enemmän valmiuksia kohdata vastaavassa tilanteessa oleva nuori nainen. Ymmärrämme, että ohjauksella on suuri merkitys nuoren naisen hyvinvointiin ja puikkovenytyshoidon onnistumiseen. Tämän vuoksi nuorten naisten on saatava laadukasta ja näyttöön perustuvaa hoitoa, jota laadukas ohjausmateriaali tukee.

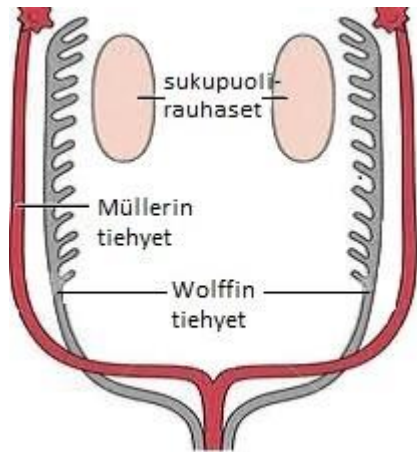
2 SYNNYNNÄINEN EMÄTTIMEN KEHITYSHÄIRIÖ

Yksi kehittämistyön keskeisistä käsitteistä on synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, joka liittyy useimmiten Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserin-oireyhtymään (MRKH). Oireyhtymä on harvainen: Suomessa sitä arvioidaan esiintyvän noin 1 tapaus 5000 tyttöä kohti, joten vuosittain syntyy 5–10 tyttöä ilman emätintä ja kohtua. (Aittomäki ym. 2001, 625; Bean, Mazur ja Robinson 2009, 339.) Emättimen ja kohdun puuttumisen vuoksi kuukautiset eivät ala (Heinonen 2006, 1768). Jos kuukautiset eivät ole alkaneet viimeistään, kun tyttö täyttää 16 vuotta, hänet ohjataan tutkimuksiin (Ihme ja Rainto 2016, 117). Synnynnäinen emättimen kehityshäiriö voi myös paljastua syyksi, kun murrosiässä ajankohtaisiksi tulevat yhdynnät eivät onnistukaan (Heinonen 2006, 1768; Ihme ja Rainto 2016, 102).

MRKH-oireyhtymän lisäksi androgeeniresistenssi ja testosteronisynteesin häiriö aiheuttavat synnynnäisiä emättimen ja kohdun kehityshäiriöitä. Hoidon kannalta on tärkeää erottaa eri oireyhtymät toisistaan, jotta nuoren naisen hoito toteutuisi kokonaisvaltaisesti. Androgeeniresistenssi ja testosteronisynteesin häiriö ovat MRKH-oireyhtymää huomattavasti harvinaisempia, minkä vuoksi emme käsittele niitä kehittämistyössämme. (ACOG 2013, 1-2; Halttunen-Nieminen 2011, 65.)

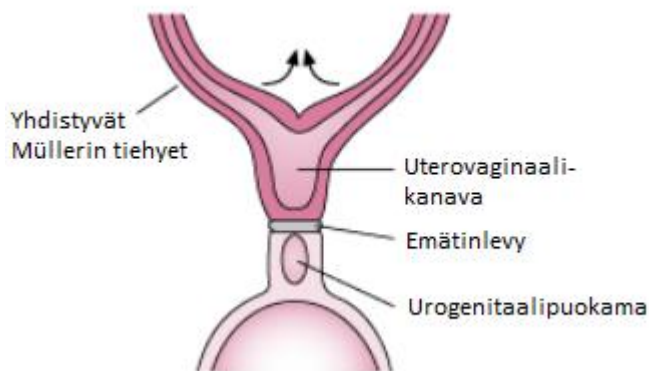
Synnynnäinen emättimen ja kohdun kehityshäiriö voidaan diagnosoida gynekologisen tutkimuksen, lantion alueen ultraäänitutkimuksen ja/tai magneettikuvauksen avulla. Ultraäänitutkimuksen ja magneettikuvauksen avulla varmistetaan kohdun puuttuminen ja paikannetaan munasarjat. Koska MRKH-oireyhtymään kuuluu mahdollisesti myös virtsateiden ja luuston epämuodostumia, kuvannetaan selkäranka luuston poikkeavuuksien toteamiseksi sekä tutkitaan munaiset ultraäänellä tai suonensisäisellä urografialla niissä esiintyvien poikkeavuuksien toteamiseksi. Lisäksi tehdään kromosomianalyysi, jonka avulla varmistetaan kehityshäiriö MRKH-oireyhtymäksi. Analyysin avulla poissuljetaan muut synnynnäiset emättimen ja kohdun kehityshäiriöt, esimerkiksi androgeeniresistenssi, jossa kromosomisto poikkeaa naisen normaalista kromosomistosta 46XX. (Heinonen 2006, 1768.)

MRKH-oireyhtymässä Müllerin tiehyiden puutteellisen kehityksen vuoksi emätin ja kohtu puuttuvat (Halttunen-Nieminen 2011, 65; Heinonen 2006, 1767). Sukupuolielinten kehitys määräytyy heti hedelmöityshetkellä, kun mieheltä tullut alkion sukupuolen määräävä X-kromosomi hedelmöittää munasolun. Sisäiset sukupuolielimet, kuten munanjohtimet, kohtu ja emättimen yläosa muodostuvat vaiheittain Müllerin tiehyeistä (kuva 1, s. 8). (Litmanen 2015b, 144.) Müllerin tiehyeet sijaitsevat tyttösikiöillä myöhemmin poissurkastuvien Wolffin tiehyiden vieressä (Härkönen ja Väänänen 2011a, 25).



KUVA 1. Sukupuolielinten aiheiden kehitys (mukaillen Hippeläinen 2016.)

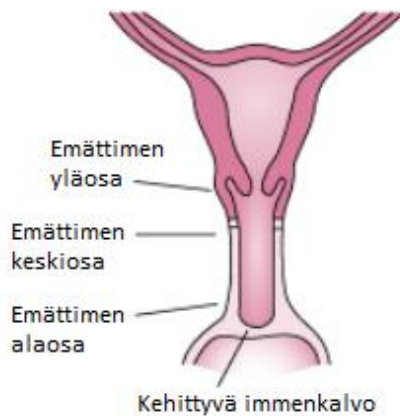
Tavallisesti kolmannen ja viidennen alkiokehitysviikon välisenä aikana Müllerin tiehyeiden alapää alkavat sulautua yhteen alhaalta ylöspäin muodostaen uterovaginaalisen kanavan. Uterovaginaalisesta kanavasta muodostuvat kohtu ja emättimen yläkolmannes (kuva 2). Torvimaiset munanjohtimet kehittyvät X-kromosomin ohjaamana Müllerin tiehyeiden yläosasta (Härkönen ja Väänänen 2011a, 27). Kun Müllerin tiehyet kehittyvät puutteellisesti tai ne eivät tavoita virtsaputken takaseinämän pullistumaa eli urogenitaalipuokamaa, kohtu ja emätin eivät pääse kehittymään normaalilla tavalla (Heinonen 2006, 1767). Kehityshäiriön vaikeusaste määräytyy sen mukaan, missä vaiheessa tiehyeiden kehitys on häiriintynyt. Jos Müllerin tiehyet eivät sulaudu missään vaiheessa yhteen, on seurauksena täydellinen kohdun ja emättimen puuttuminen. (Heinonen 2000, 448.)



KUVA 2. Emättimen kehitys kolmesta aiheesta (mukaillen Härkönen ja Väänänen 2011b.)

Emättimen keski- ja alaosan kehitys on monimutkainen prosessi. Emättimen alaviidenneksen muodostaa urogenitaalipuokama, joka tavoittaa uterovaginaalisen kanavan pohjukan. Emättimen keskiosa muodostuu emätinlevystä, joka kasvaa ja paksuuntuu nopeasti kolmannesta alkiokehitysviikosta eteenpäin emättimen alaosan ja uterovaginaalisen kanavan välille. Emättimen ylä- ja alaosien välille muodostuu yhteys, kun emätinlevy muodostaa putkimaisen rakenteen

viidenteen alkionkehitysviikkoon mennessä. Sen jälkeen emätinlevy jatkaa kasvamista ja saa alapuolellaan olevan emättimen ala-aukon avautumiskohdan siirtymään taaksepäin. Lopulta emättimen alaosa ja urogenitaalipoukamasta takaseinää erottaa alkion kehityksen aikana lähes kokonaan häviävä kalvo. Jäljelle jäävästä kalvosta muodostuu myöhemmin immenkalvo (kuva 3). Urogenitaalipoukamasta muodostuu emättimen eteinen (Härkönen ja Väänänen 2011a, 27–28). Koska emättimen alaosa ei muodostu Müllerin tiehyeistä, vaan urogenitaalipoukamasta, on MRKH-oireyhtymän vuoksi nuorilla naisilla emättimen tilalla yleensä vain 1–2 senttimetrin syvyinen poukama (Heinonen 2006, 1767–1768).



KUVA 3. Emättimen kehitys (mukaillen Härkönen ja Väänänen 2011b.)

Ulkosynnyttimet ja munasarjat kehittyvät MRKH-oireyhtymästä huolimatta normaalisti, koska ne eivät muodostu Müllerin tiehyeistä. Tästä syystä munasarjojen toiminta, kuten ovulaatio ja hormonaalinen toiminta, on normaalia murrosiästä alkaen. (Heinonen 2006, 1767–1768.) Sukupuolirauhasten aiheet muodostuvat kuudennella alkionkehitysviikolla sukupuolirauhasharjanteiden pullistumista (kuva 1, s. 8) (Litmanen 2015b, 144). Seitsemännellä alkiokehitysviikolla sukupuoliharjanteen kuorikerrokseen jääneistä sukujuosteista kehittyvät munasarjat (Härkönen ja Väänänen 2011a, 25).

3 NUORUUSIÄN FYYSSINEN KEHITYS

Nuoren naisen, jolla on synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, on kohdattava nuoruusikä, nuoruusiän fyysisen ja seksuaalisen kehityksen kehitykselliset haasteet ja itsenäistyminen ikätove-reidensa tavoin (Makkonen ja Pynnönen 2007, 225). Nuoruusiällä tarkoitetaan psykososiaalista kehitystä lapsesta aikuiseksi (Koistinen, Ruuskanen ja Surakka 2009, 72). Nuoruusikä voidaan jakaa tarkemmin kolmeen eri vaiheeseen iän mukaan: varhaisnuoruuteen 12–14-vuotiaana, varsinaiseen nuoruuteen 15–17-vuotiaana ja jälkinuoruuteen 18–22-vuotiaana (Aalberg ja Siimes 2007, 67–68). Emättimen puikkovenytyshoitoa toteuttavat nuoret sijoittuvat näihin nuoruuden eri vaiheisiin. Alkanut murrosikä määrittelee varhaisnuoruuden alkaneeksi ja sukukypsyyden saavuttaminen määrittelee sen päättyneeksi (Koistinen ym. 2009, 73). Murrosikä eli puberteetti tarkoittaa aikuiseksi kasvamista ja se saavutetaan yksilöllisen kehityksen vuoksi eri-ikäisinä. Osalla ensimmäiset murrosiän merkit saattavat ilmetä jo 10-vuotiaana, toisilla vasta 16-vuotiaana. (Ihme ja Rainto 2015, 41.) Keskimäärin murrosiän kehitys kestää 3,5–4 vuotta (Aalberg ja Siimes 2007, 52).

MRKH-oireyhtymässä ulkoisten sukupuoliominaisuuksien kehitys on normaalia murrosiässä. (Halttunen-Nieminen 2011, 65.) Hormonitoiminnan ollessa normaalia, aktivoi aivojen hypotalamus aivolisäkkeen erittämään gonadotropiineja eli FSH- ja LH-hormoneja, joiden seurauksena munasarjat alkavat tuottaa sukupuolihormoneja eli estrogeenia ja progesteronia. Estrogeenin vaikutuksesta ulkosynnyttimet, emätin, kohtu ja munasarjat kasvavat ja kehittyvät. Lisäksi emättimen limakalvo paksuntuu, klitoris kasvaa ja hymenaukko suurenee. Mieshormonin eli testosteronin erityksen seurauksena häpy- ja kainalokarvoitus kasvavat vaiheittain. Myöhemmin ilmenee myös säärakarvoitusta. Pituuskasvun kiihtyminen kuuluu osaksi murrosiän fyysistä kehitystä. Odotettavissa on noin 20 senttimetrin pituuskasvu, jonka myötä paino nousee. Maksimipituutensa nuori saavuttaa noin 14 vuoden iässä. Pituuskasvun lisäksi nuoren naisen keho muovaantuu naisellisemmaksi. Rasvakudoksen määrän lisääntyminen lantion, reisien, takapuolen alueelle sekä rintoihin lisäävät nuoren naisellisia muotoja. (Ihme ja Rainto 2015, 41–42.)

Synnynnäinen emättimen kehityshäiriö todetaan useimmiten murrosiässä, kun kuukautisten puuttumisen syytä aletaan tutkia (Heinonen 2006, 1768). Kuukautiset alkavat tavallisesti nopean kasvupyrähdyksen, rintojen kehityksen ja häpykarvoituksen kasvun alkamisen jälkeen. Suomalaisilla tytöillä kuukautiset alkavat 10–16-vuotiaana ja keskimääräinen kuukautisten alkamisikä on 12–13 vuotta. (Tiitinen 2015.) Alkaneet kuukautiset kertovat lisääntymiskyvystä ja kuukautisten alkamisen jälkeen tyttöä voidaan pitää biologisesti naisena (Ihme ja Rainto 2015, 65). Murrosiässä FSH-hormoni saa munasarjat muodostamaan estrogeeniä ja noin vuoden kulluttua FSH-hormonin erityksen alkamisesta on saavutettu riittävä estrogeenipitoisuus, jotta koh-

dun limakalvon on mahdollista kasvaa riittävästi lopulta aloittaen ensimmäisen kuukautisvuodon. (Aalberg ja Siimes 2007, 54 ja 55.) Normaali ja säännöllinen kuukautiskierto edellyttää aivolisäkkeen toimintaa, normaalia kohtua ja munasarjojen reagoitua aivolisäkkeen erittämille hormoneille (Ihme ja Rainto 2015, 65). Kun kohtu puuttuu MRKH-oireyhtymän vuoksi, kuukautiset eivät ala eikä lasten saaminen ei ole mahdollista (Heinonen 2006, 1772).

4 NUOREN NAISEN SEKSUAALISUUS

Kehittämistyössä keskitytään puikkovenytyshoidon lisäksi tarkastelemaan nuorten naisten seksuaalisuutta, joka on yksi tämän kehittämistyön keskeisistä käsitteistä. Seksuaalisuus liittyy vahvasti puikkovenytyshoittoon, koska hoito kohdistuu synnytyselinten alueelle ja hoidon tarkoituksena on mahdollistaa yhdynnät (Heinonen 2006, 1769). Nuoren seksuaalisuutta määriteltäessä on muistettava, että seksuaalisuus on osa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä terveyttä sekä osa nuoren minäkuvaa. Seksuaalisuuden tulisi tarjota kokemuksia hyvästä minuudesta ja positiivisesta seksuaalisuudesta, johon ei liity häpeää tai syyllisyyttä. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 6 ja 43.) Seksuaalisuus on tapa olla olemassa ja se on osa nuoren persoonallisuutta (Susi 2014, 76).

4.1 Seksuaalinen kehitys

Seksuaalinen kehitys on koko elämän pituinen prosessi. Seksuaalisuus kehittyy ja muotoutuu elämäkokemuksen, perimän ja ympäristön vaikutuksesta. Sen muovautumiseen vaikuttavat nuoren naisen tunteet ja kokemukset kehuista, nautinnosta ja kauneudesta. (Ihme ja Rainto 2015, 9.) Seksuaalisuuden kehittyminen riippuu myös siitä, miten seksuaaliset perustarpeet, kuten halu kosketukseen, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen tyydyttyvät (Susi 2014, 76). Positiivisten kokemusten lisäksi negatiiviset tunteet, kuten pettymykset, suru ja tyytymättömyys muokkaavat seksuaalisuutta. Seksuaalisuuttaan nuori ilmentää kehollisesti, teoin, sanoin, toivein ja ajatuksin. Nuoren naisen kanssa seksuaalisuudesta keskusteltaessa on hyvä muistaa mainita, että seksuaalisuus on kokonaisvaltaista naisena olemista, ei pelkästään fyysisen tyydytyksen hakemista. Parhaassa tapauksessa seksuaalisuus toimii nuoren naisen voimavarana ja voimanlähteenä parantaen hänen itsetuntoaan ja itsekunnioitustaan. (Ihme ja Rainto 2015, 9.)

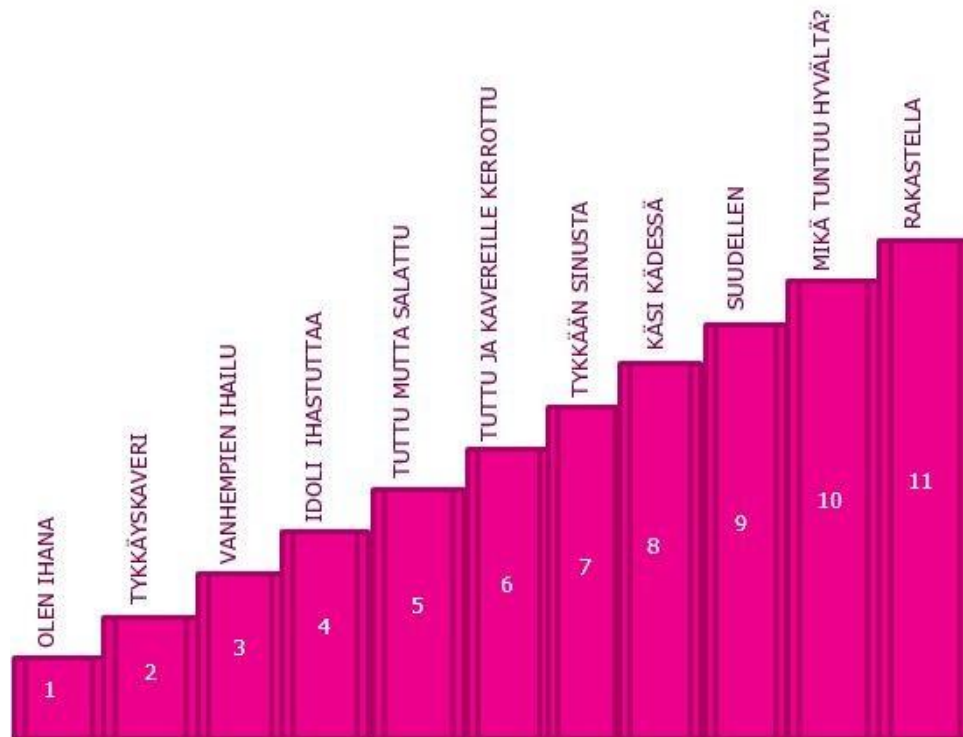
Nuoren naisen seksuaalisuuteen vaikuttavat murrosiän kehonkuvan muutokset. Synnynnäisen emättimen kehityshäiriön vuoksi hänen kehonsa ei muodostu ja kehity samantilaiseksi kuin ikätovereidensa, mikä voi aiheuttaa ahdistusta ja alemmuuden tunteita. Vaikka synnynnäinen emättimen kehityshäiriö ei näy ulospäin, kokee moni nuori vaikeuksia oman sisäisen minäkuvansa hyväksymisessä. (Susi 2014, 76.) Minäkäsityksen avulla nuori nainen vastaa itselleen kysymykseen: ”Kuka minä olen?”. Minäkäsitys muotoutuu elämän aikana ja sen rakentumiseen vaikuttavat palautteet, joita saadaan muilta ihmisiltä. Nuoren naisen ruumiinkuva eli käsitys omasta kehostaan ja sen ominaisuuksista kuuluvat osaksi hänen minäkäsitystään. Ruumiinkuva sisältää esimerkiksi tietoisuuden omasta painosta, pituudesta, sukupuolesta sekä tunteista, jotka liittyvät oman kehon kokemiseen. (Herrala, Kahrola ja Sandström 2008, 42 ja 44–45.) Sisäinen mielikuva itsestä voi särkyä, kun saadaan tieto synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä. Nuoren aikaisemmin muodostamansa minäkäsitys joutuu kyseenalaistetuksi, kun hänen

kehonsa ei olekaan sellainen, kuin hän on ajatellut. Hän voi kokea särkyneen identiteetin vuoksi itsensä hyvin vieraaksi omassa kehossaan. Tämän takia seksuaali-identiteetti saattaa olla kadoksissa. (Susi 2014, 76.) Toisaalta tuloksia tuottavan hoidon jälkeen nuori nainen voi saavuttaa paremman itseluottamuksen ja minäkuvan (Bean ym. 2009, 343).

Seksuaali-identiteetti, eli omaan seksuaalisuuteen ja sen suuntautumiseen liittyvä minäkuva, kehittyy nuoruusiässä ja kehitys jatkuu koko eliniän. Se sisältää kokemukset omasta itsestä ja omasta sukupuoli-identiteetistä, eli minkä sukupuolen edustaja nuori nainen kokee olevansa, sukupuoliroolista ja seksuaalisesta suuntautumisesta. (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 13–14.) Synnynnäisen emättimen kehityshäiriön vuoksi hän voi kokea itsensä erilaiseksi kuin muut (Bean ym. 2009, 344). Erilaisuuden tunteen vuoksi hänen voi olla haastavampi muodostaa ja sisäistää eheää seksuaali-identiteettiä (Bean ym. 2009, 343; Ryttyläinen ja Valkama 2010, 14). Synnynnäinen emättimen kehityshäiriö ei silti tarkoita, että nuori nainen kokisi tyytymättömyyttä omaan naiseuteensa. Yhteiskunnan asettaman naisen roolin mukaan naiseuteen kuuluvat lasten saaminen, kykeneminen seksuaaliseen kanssakäymiseen ja säännöllinen kuukautiskierto. Nuori saattaa kyseenalaistaa omaa naiseuttaan yhteiskunnan asettamien odotusten ja paineiden takia. Hänen täytyy sivuuttaa yhteiskunnan määritelmä naiseudesta, jotta hän voi luoda aivan oman käsityksen omasta eheästä naiseudestaan ja seksuaali-identiteetistään. (Bean ym. 2009, 343–344.)

Seksuaalista kehitystä voidaan kuvata kättilö ja terveydenhoitaja Korteniemi-Poikelan ja lastenpsykiatri Cacciatoren kehittämän seksuaalisuuden portaat -mallin avulla. Portaiden avulla voidaan tarkastella yksilöllistä ja vaiheittain etenevää seksuaalista kasvua ja kehitystä. Seksuaalisuuden portaita on yhteensä 11 (kuvio 1, s. 14). (Ihme ja Rainto 2015, 33.) Puikkovenyttyshoitoa toteuttavien nuorten naisten seksuaalinen kehitys sijoittuu kahdeksannesta portaasta eteenpäin, koska he sijoittuvat kehitystasoltaan näille portaille. Nuori saavuttaa turvallisen seksuaalisuuden etenemällä portaita omassa tahdissaan rauhallisesti ylöspäin. Seksuaalisuuden kehityksen tavoitteena on, että nuori saavuttaa eheän seksuaalisen tunteen (Ihme ja Rainto 2014, 34).

Jokaisella portaalla nuori kokee ja tuntee erilaisia tunteita ja oppii tietoja ja taitoja, joiden avulla hänen seksuaalisuutensa kehittyy. Hänen on hyvä olla tietoinen itselleen ajankohtaisesta vaiheesta, jotta hän osaa suojautua väärältä tiedolta ja painostukselta sekä osaa arvostaa itseään juuri sellaisena kuin on. Jokaisella nuorella on oikeus ja velvollisuus kuunnella itseään, omaa seksuaalista valmiuttaan ja kypsyyttään. Turha kiirehtiminen seuraavalle portaalle on tarpeetonta, mikäli se tuntuu itsestä epämiellyttävältä. Aikuisen tehtävänä on kertoa nuorelle portaiden sisällöistä, jotta nuori tunnistaa oman kehitystasonsa ja osaa arvostaa sitä. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 21.)



KUVIO 1. Seksuaalisuuden portaat (mukaillen Ihme ja Rainto 2015, 34.)

Kahdeksannella portaalla keskeistä on seurustelemisen harjoittelu ja käsi kädessä oleminen. Käsien yhdessä pitäminen ja yhdessäolo tuovat nuorella riittävästi onnellisuutta ja hakeensa tyydytystä. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 93 ja 97.) Nuori nainen on iältään noin 12–16-vuotias ja kuukautisten alkaminen on ajankohtaista (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 93; Tiitinen 2015). Hän voi olla hämmentynyt ja epätietoinen omasta tilanteestaan, kun hänen kehityksensä ei etene täysin muiden nuorten tavoin (Susi 2014, 76). Emättimen kehityshäiriöstä huolimatta hän kokee voimakkaita tunteita kaikkeen seksuaalisuuteen liittyvään ja pohtii oman ulkonäköään ja ennen kaikkea kehonsa kelpaavuutta. Hämmästys ja keskeneräisyyden tunteet voivat vaikuttaa nuoren naisen mieleen, jolloin seksuaaliset ylläykset jäävät taka-alalle ja hän on harkitsevainen aloittamaan seurustelusuhdetta. Vahva usko itseensä kelpaavana ja aikanaan onnistuvana seksuaalisena kumppanina voi rohkaista nuorta naista aloittamaan seurustelun. (Cacciatore 2006, 207–208.) Tietoinen mielikuva omasta kehosta on tärkeä tekijä luotaessa sosiaalisia kontakteja. Jos nuori nainen kokee itsensä viehättäväksi ja kelpaavaksi, on hän aktiivisempi tutustumaan uusiin ihmisiin. Jos hän kokee ruumiinkuvansa negatiivisesti, voi se johtaa sosiaalisten tilanteiden välttelemiseen. (Herrala ym. 2008, 44.)

Yhdeksännellä portaalla seurustelusuhdetta seksuaalinen sävy lisääntyy. Koskettelu ja suudelmia koetaan mahdollisiksi ja sitä kautta koetaan yhdessä uusi nautinnon taso. Koskettelu tapahtuu pääasiassa kaulan ja suun alueella. (Ihme ja Rainto 2015, 35.) Tällä portaalla nuori ei ole vielä valmis tai halukas riisuutumaan. Toisiinsa painautuminen ja tietoisuus omasta

ja seurustelukumppanin vartalosta tarjoaa riittävän tyydytyksen. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 103.)

Nuori on siirtynyt seuraavalle portaalle, kun hän on valmis opettelemaan ja tunnustelemaan seurustelukumppaninsa kanssa, mikä tuntuu hyvältä, nautinnolliselta ja kiihottumisen aikaansaavalta. Tätä 10. porrasta kutsutaan mikä tuntuu hyvältä -portaaksi. Tavoitteena on hyväilynautinto, mutta eivät vielä yhdyntät. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 109 ja 113.) Sisäisten sukupuolielinten rakennepoikkeavuudesta huolimatta nuoren naisen on halutessaan mahdollista harrastaa hyväilyseksiä. Ihon koskettaminen ja hyväileminen tuottavat paljon mielihyvää. Erityisen erogeenisia eli mielihyvää tuottavia alueita ovat korvaledet, kaulan ja navan alue, niska, kyynärtaipet, kainalot, ristiselkä ja sukupuolielimet. (Kajan 2006, 104.) Itsetyydytyksen avulla nuori nainen on oppinut tuntemaan omaa seksuaalista kehollisuuttaan. Nyt hän kokee ensimmäisen kerran jaetun seksuaalisen nautinnon. Seksuaalisen nautinnon kokemukseen vaikuttaa nuoren naisen sopeutuminen omaan muuttuneeseen kehoonsa. Oman intiimin alueen jakaminen kumppanin kanssa vaatii rohkeutta. Kumppanin kanssa nuori hakee hyväksyntää omaa kehoaan, sen yksityisiä alueita ja sukupuolielimiä kohtaan. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 110 ja 113.)

Omista toiveista, odotuksista ja peloista puhuminen on ajankohtaista 10. portaalla. Pelot liittyvät oman kehon paljastamiseen ja yhdyntään. Niistä puhuminen vaativat läheisen, luottamuksellisen ja turvallisen parisuhteen. Synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä kertominen ja luvan antaminen oman kehon koskettamiseen vaatii syvää luottamusta sekä itseensä että kumppaniin. (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 110.) Negatiivisia kokemuksia voi muodostua, jos seurustelukumppani ei hyväksykään kehityshäiriötä osaksi nuorta naista (Cacciatore 2006, 208). Syväisemmän tunteiden ilmaisun, omista peloistaan ja jännityksestään kertominen ja kumppanin kunnioittamisen lisäksi nuori oppii, kuinka omaa kehoa pidetään hyvänä ja kuinka voi tuntea seksuaalista mielihyvää (Ihme ja Rainto 2014, 36; Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 110–111).

Osaksi nuoruusiän seksuaalista kehitystä kuuluu ymmärrys seksistä ja murrosiän myötä herää halu seksiin (Piippo, Makkonen ja Cacciatore 2005, 1871). Seksi on seksuaalisuuden yksi osa-alue ja sitä voi harrastaa myös muilla tavoin kuin yhdyntöjen muodossa. Seksi on yksilöllinen kokonaisuus, joka merkitsee eri ihmisille eri asioita. Seksiä harrastamalla nuori tyydyttää luontaisia seksuaalisia tarpeitaan. Kaikki käyttäytyminen, jonka avulla voi saada tyydytystä omille seksuaalisille tuntemuksille, toiveille ja tarpeille, lasketaan seksiksi. Esimerkiksi omat fantasiat ja seksuaalisten toimintojen toteuttaminen yksin tai yhdessä ovat seksiä. (Nurmi 2009, 86.) Nuoren naisen saavutettua 11. porras, eli rakastelun porras, on hän valmis kumppaninsa kanssa kokeilemaan yhdyntää (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore 2015, 118). Synnynnäisen emättimen

kehityshäiriön vuoksi hän ei pysty harrastamaan seksiä yhdyntöjen muodossa ilman puikkovenytyshoitoa (Gargollo, Cannon, Diamond, Thomas, Burke ja Laufer 2009, 1885). Valtaosalla nuorista ensimmäinen yhdyntä tapahtuu 14–19-vuotiaana (Ihme ja Rainto 2016, 102). Viimeistään, kun nuori kokee olevansa valmis harkitsemaan yhdyntöjä, on puikkovenytyshoidon aloitus ajankohtainen. Usein nuori on motivoitunein toteuttamaan puikkovenytyshoitoa, kun hän on löytänyt kumppanin, jonka kanssa haluaa aloittaa intiimisuhteen. Puikkovenytyshoidolla mahdollistetaan yhdynnät ja nuori nainen pääsee noin puolen vuoden aktiivisen puikkovenytyshoidon jälkeen kokeilemaan kumppaninsa kanssa ensi kertaa yhdyntää. (Susi 2014, 77.)

Emättimen puikkovenytyshoito saattaa aiheuttaa ahdistuneisuutta nuorena naisessa. Synnyttäminen emättimen kehityshäiriö on itsessään oireeton, mutta emättimen puikkovenytyshoito muistuttaa häntä kehityshäiriöstä ja omasta erilaisuudesta. Vuonna 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan onnistuneella emättimen puikkovenytyshoidolla voi olla positiivisia vaikutuksia parisuhteeseen. Nuoren naisen tyytyväisyys omaan seksuaalisuuteen voi lisääntyä, kun emättimen puikkovenytyshoito tuottaa tuloksia. Sen seurauksena hän on seksuaalisesti aktiivisempi. (Liao ym. 2011, 2–5.)

Nuorten, joilla on synnyttäminen emättimen kehityshäiriö, ei tarvitse huolehtia raskauden ehkäisystä, koska heidän ei ole mahdollista tulla raskaaksi. On kuitenkin muistettava sukupuoliteitse tarttuvien infektioiden riski. Kondomin käyttö yhdynnöissä on suositeltavaa, koska se on ainoa ehkäisyväline, joka oikein käytettynä suojaa sukupuoliteitse tarttuvilta sukupuolitaudeilta. (Ihme ja Rainto 2015, 104.)

4.2 Lapsettomuuden vaikutus seksuaalisuuteen

Nuoren naisen käsitys omasta naiseudesta voi romuttua, kun hän saa tiedon MRKH-oireyhtymästä ja sen tuomasta lapsettomuudesta (Bean ym. 2009, 343; Liao ym. 2011, 1). MRKH-oireyhtymän takia kohtu voi puuttua kokonaan, minkä vuoksi biologisten lasten saaminen ei ole mahdollista (Heinonen 2006, 1772). Vaikka lasten saaminen ei nuorelle ole välttämättä ajankohtaista hoidon aikana, voi lapsettomuus kuitenkin olla hänelle merkityksellinen asia (Susi 2014, 79). Koska lapsettomuus ei tässä tapauksessa ole nuoren naisen oma valinta, voi hän kokea lapsettomuuden uhaksi itselleen, parisuhteelleen sekä seksuaalielämälleen (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 108). Siihen voi liittyä pelkoa yksin jäämisestä ja perheettömyydestä. Lisäksi tahaton lapsettomuus voi aiheuttaa vaikeasti siedettäviä ja käsiteltäviä tunteita sekä stressiä. (Klemetti 2015, 371.) Parhaimmassa tapauksessa lapsettomuuden kokemus vahvistaa parisuhdetta (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 108).

Kaikki eivät koe lapsettomuutta kriisiksi, mutta se vaikuttaa jokaiseen jollain tasolla. Kriisin kokemiseen vaikuttavat nuoren ominaisuudet, kuten minäkuva ja itsetunto. (Ansamaa 2006, 185.)

Osa nuorista naisista voi ajatella, etteivät he ole täysivertaisia naisia eivätkä täytä yhteiskunnan heille asettamaa roolia, koska eivät voi saada biologisia lapsia (Bean ym. 2009, 343 ja 344). Biologisten lasten saaminen on tällä hetkellä Suomessa mahdotonta kohdun puuttuessa. Jos naisella on toimivat munasarjat, kuten MRKH-oireyhtymässä, voisi hän saada lapsia sijaissynnyttäjän avulla, mutta Suomen hedelmöityshoitolaki kieltää sen. (Heinonen 2006, 1772; Laki hedelmöityshoidoista L 2006/1237.) Kohdunsiirrot ovat tulevaisuutta ja onnistuneita sellaisia on jo tehty muun muassa Ruotsissa (Mäkisalo ja Ylikorkala 2015, 10).

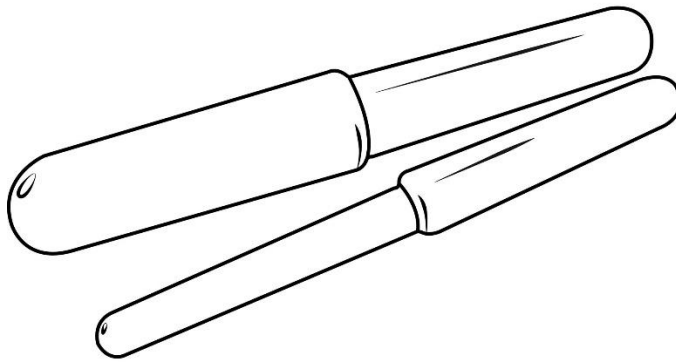
Nuori nainen voi kokea merkittävänä tiedon vanhemmuuden mahdollisuudesta adoption tai sijaisvanhemmuuden kautta, kun mahdollisuutta omien biologisten lasten saamiseen ei ole (Ihme ja Rainto 2015, 152). Adoptio- ja sijaisvanhemmuus ovat ajankohtaisia vasta aikuisuudessa, koska nuoren ikä ja valmiudet eivät täytä niiltä vaadittavia kriteereitä. Adoptio on sitkeyttä, rohkeutta ja voimia vaativa muoto tulla vanhemmaksi. Se on pitkäkestoinen prosessi, joka kestää useamman vuoden. Suomen asetusten mukaan nainen voi adoptoida lapsen yksin tai avio puolison kanssa. Kansainvälisessä adoptiossa lapsen lähtömaa asettaa rajoituksena hakijan kriteereille eli yleensä vain avioliitossa olevat voivat adoptoida lapsia. Adoptoidessaan naisen ja hänen puolisonsa on oltava vähintään 25-vuotiaita. (Hermanson 2012.) Lapsen saaminen sijaisvanhemmuuden kautta mahdollistuu kunnan, kuntien yhteisen perhehoitoyksikön tai muun perhehoitopalveluja tuottavan yksikön kanssa yhteistyössä. Sijaisvanhemmuutta ennen on suoritettava ennakkovalmennus ja tekemällä toimeksiantosopimus sijoittavan kunnan kanssa. Ryhtyminen sijaisvanhemmaksi edellyttää sitoutumista sijoitettavaan lapseen, valmiuksia suojella ja hoitaa lasta sekä tukea lapsen yksilöllistä kehitystä. Sijaisvanhemman tulee vastata iältään sijoitettavan lapsen biologista vanhempaa. (Perhehoitoliitto ry.)

5 PUIKKOVENYTYSHOITO

Kehittämistyössä keskitytään synnynnäiseen emättimen kehityshäiriöön ja sen hoitoon, joten muiden MRKH-oireyhtymän oireiden, kuten luuston ja virtsateiden epämuodostumien, hoitoa ei kehittämistyössä käsitellä. Synnynnäiseen emättimen kehityshäiriöön on kehitetty useita erilaisia hoitomuotoja, joista osa on leikkaushoitoja ja osa leikkauksettomia hoitoja. Suomessa keskeisin hoitomuoto on leikkaukseton puikkovenytyshoito; leikkaushoito on sen sijaan harvinaisempi hoitomuoto. (Callens ym. 2014, 778; Susi 2014, 77.) Leikkauksettomista emättimen dilataatio- eli laajennushoitomuodoista puikkovenytyshoito on yksinkertaisin menetelmä muodostaa emätin mekaanisesti. Puikkovenytyshoitoa suositellaan ensisijaiseksi hoitomuodoksi, koska se ei vaadi kirurgisia toimenpiteitä. Menetelmään ei myöskään liity vakavia komplikaatoriskejä. Puikkovenytys on yksinkertaista ja helppoa, koska nainen venyttää itse emätintään venytyspuikon avulla. (Callens ym. 2014, 775; Heinonen 2006, 1769.)

Emättimen dilataatiohoito vaatii yhteistyökykyä ja erittäin vahvaa motivaatiota. Nuori nainen on tärkeässä roolissa hoitonsa onnistumisessa, koska hän venyttää itse päivittäin emätinpoukamaansa venytyspuikon avulla. Puikkovenytystä onkin tärkeää tehdä säännöllisesti, jotta hoito onnistuisi parhaiten. Paras ajankohta hoidon aloitukselle on muutama vuosi diagnoosin jälkeen, kun nuori kokee olevansa valmis hoidon aloitukseen. (Heinonen 2006, 1769; Susi 2014, 78.) Hyvän motivaation löytymiseksi nuoren naisen tulee sopeutua ajatukseen synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä, jotta hän pystyy jäsentämään ja hyväksymään sen osaksi itseään. Sopeutumiseen kuuluu myös kehityshäiriön aiheuttamien rajoitusten hyväksyminen ja oppiminen elämään niiden kanssa. Mikäli nuori nainen ei sisäistä kehityshäiriötä osaksi itseään, vaan kohtelee sitä itsestään irrallisena, saattaa hän tulevaisuudessa kokea sen ulkoiseksi uhaksi. Kehityshäiriön kieltäminen johtaa valitettavan usein puikkovenytyshoidon laiminlyömiseen. (Makko- nen ja Pynnönen 2007, 227.)

Emättimen puikkovenytystä varten on tärkeää valita hyvä paikka ja asento, jossa nuori nainen voi rentoutua ja keskittyä hoitonsa toteutukseen (TAYS 2013). Puikkovenytys voi hoitona tuntua työläältä ja aikaa vievältä, joten hoitotilanteesta kannattaa tehdä mahdollisimman mukava ja rento esimerkiksi musiikin ja mielikuvaharjoitteiden avulla. Emättimen puikkovenytystä varten nuoren naisen kannattaa varata aikaa aamuin illoin noin 15–20 minuuttia. (Susi 2014, 78.) Puikkovenytyshoitoa voi toteuttaa makuullaan tai puoli-istuvassa asennossa. Emätinpoukamaan kannattaa laittaa liukuvoiteeksi apteekista saatavia öljyjä tai rasvoja, jotta puikkovenytys tuntuisi miellyttävämmältä. (TAYS 2013.) Venytyspuikot ovat kovaa muovia ja niitä on olemassa neljä eri kokoa (kuva 3, s. 19). Venytyspuikot voi kierteiden avulla liittää toisiinsa. Puikkoveny- tyshoito aloitetaan yleensä pienimmällä puikolla ja muodostunutta emätintä laajennetaan myö- hemmin paksummilla puikoilla. (Susi 2014, 78.)



KUVA 3. Venytyspuikot koottuna (mukaillen MDTi 2012.)

Ennen venytyksen aloitusta on tärkeää tarkistaa venytyspuikon kunto; rikkiäistä puikkoa ei tule käyttää (TAYS 2013). Venytyspuikko viedään emätinpoukamaan ja työnnetään aluksi kohti peräaukkoa 10–15 kertaa työntäen hetken ja sitten hellittäen työntöä. Tämän jälkeen venytyspuikko suunnataan kohti napaa ja tehdään vastaavat toistot. Lopuksi puikko työnnetään kohti emättimen pohjaa. (Susi 2014, 78; TAYS 2013.) Puikkovenytystä toteutettaessa alavatsalla kuuluu tuntua hieman painetta ja puikkoon voi aluksi tulla hieman verta. Venytys ei saa kuitenkaan aiheuttaa voimakasta kipua. Venytyspuikon vieminen emättimeen ei aina onnistu heti. Tällöin tulee yrittää rentoutua hengittämällä. (TAYS 2013.)

Emättimen puikkovenytyshoidon tavoitteena on normaali emättimen pituus eli noin 7–10 senttimetriä (Litmanen 2015a, 69). Emättimen muodostumiseen menee keskimäärin 3–7 kuukautta hoidon aloittamisesta (Heinonen 2006, 1769). Noin puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta emätin on venynyt noin 5–6 senttimetriä. Silloin on mahdollista aloittaa yhdynnät. (Susi 2014, 77.) Yhdynnät on mahdollista aloittaa tässä vaiheessa, koska emätin on joustavaa lihaskudosta ja se venyy helposti myös yhdynnässä (Litmanen 2015a, 69). Säännöllisten yhdyntöjen avulla emättimen pituus säilyy, eikä puikkovenytykselle ole sen jälkeen enää tarvetta (Heinonen 2006, 1769; Susi 2014, 78). Mikäli yhdynnät eivät ole säännöllisiä, saavutettu emättimen pituus saattaa pienentyä. Tällöin emättimen pituutta voi tarpeen mukaan lisätä puikkovenytyksen avulla. (Susi 2014, 78; Willemsen ja Kluivers 2015, 226.)

Puikkovenytyksen tulokset ovat tutkitusti olleet hyviä, esimerkiksi vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa (Callens ym. 2014, 776) tutkittiin kaikki englannin kielellä löytyvät tutkimukset emättimen dilataatiohoidosta vuosien 1898 ja 2013 välillä. Tutkimuksiin oli osallistunut yhteensä 908 naista. Tulosten perusteella yli kuuteen senttimetriin, eli lähes normaaliin emättimen pituuteen, oli päässyt 78 % ja toiminnallisesti eli seksuaalisessa mielessä miellyttävään tulokseen oli päässyt jopa 96 % naisista. (Callens ym. 2014, 789.)

6 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus on keskeinen osa emättimen puikkovenytyshoitoprosessia. Se on aktiivista, jatkuvaa ja tavoitteellista toimintaa, jossa nuori nainen ja hoitaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola ja Väänänen 2006, 11; Lahtinen 2006, 6). Hoitajalla tarkoitetaan tässä yhteydessä sairaanhoitajaa tai kättilöä. Potilasohjauksessa kohtaavat aina yksilöt; nuori nainen ja hoitaja. Jokaisella hoitajalla on oma yksilöllinen persoonansa, jonka avulla hän kohtaa nuoren yksilönä. (Lahtinen 2006, 8.)

Potilasohjauksen lähtökohtia ovat ammattietiikka, laillinen lähtökohta sekä terveydenhuollon eettiset periaatteet. Hoitaja ei voi perustella toimintaansa ainoastaan omien eettisten arvojensa perusteella, vaan laillisilla, terveydenhuollon yhteisillä ja ammatillisilla lähtökohdilla on suurempi merkitys. Laillinen ja eettinen perusta luovat pohjan potilasohjaukselle, johon jokainen potilasohjaukseen osallistuva hoitaja ja nuori tuo oman lisänsä. (Lahtinen 2006, 6–8.)

Potilasohjausta velvoittavat useat kansalliset lait ja asetukset sekä kansainväliset sopimukset (Lahtinen 2006, 6). Esimerkiksi terveydenhuoltolain (L2010/1326) 24 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyy myös ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. Lisäksi terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat terveydenhuollon eettiset periaatteet määrittävät ohjausta ja sen perustaa sekä lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa (Lahtinen 2006, 7). Kuusi eettistä periaatetta ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto (ETENE 2001). Nämä periaatteet toteutuvat laadukkaassa potilasohjauksessa.

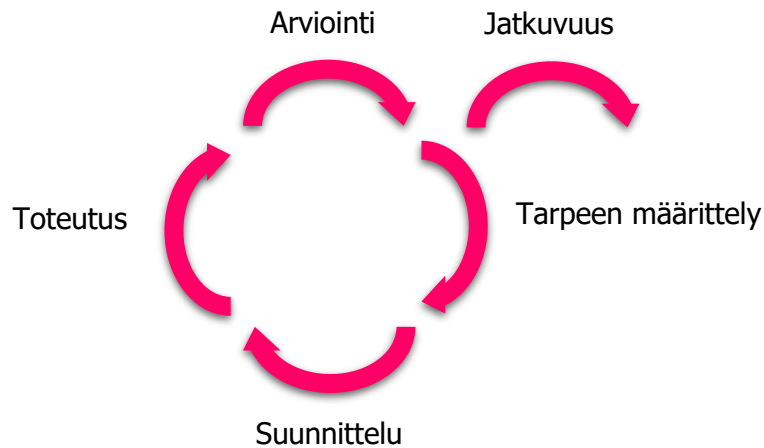
6.1 Laadukas potilasohjaus

Laadukas potilasohjaus on yksi kehittämistyön keskeisistä käsitteistä. Kehittämistyön tavoitteena on edistää laadukasta potilasohjausta tuotosten, eli potilasohjeen ja hoidon seurantalomakkeen, avulla. Puikkovenytyshoidon ohjaustilanteessa nuoret naiset saavat potilasohjeen ja hoidon seurantalomakkeen, joiden avulla käydään läpi puikkovenytyshoito ja sen toteuttaminen. Laadukkaalla potilasohjauksella on suuri merkitys nuoren naisen hoidossa; se parantaa elämänlaatua, lisää tyytyväisyyttä ja turvallisuudentunnetta sekä vähentää epävarmuutta (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10). Laadukkaan potilasohjauksen pohja muodostuu potilaslainsäädännön tuntemuksesta, hoitajan ammatillisesta vastuusta, hyvistä ohjausvalmiuksista, riittävästä tietoperustasta ja taidosta tunnistaa ohjattavan yksilölliset ohjaustarpeet.

Hoitajan on tunnettava potilaslainsäädäntöä voidakseen antaa laadukasta potilasohjausta (Kemppainen, Haatainen, Taam-Ukkonen, Penttinen, Turunen ja Miettinen 2010, 5–6). Potilasohjauksen laatu pohjautuu kansalliseen lainsäädäntöön (Kääriäinen 2007, 25). Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) 3 §:n mukaan jokaisella on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Terveydenhuoltolain (L 2010/1326) 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä kaiken toiminnan on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Synnyttäisen emättimen kehityshäiriön hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, joka hoitaa ja ohjaa nuorta naista läpi hoitoprosessin. Hän kohtaa hoitoprosessinsa aikana useita eri terveydenhuollon ammattihenkilöitä, kuten kättilön, sairaanhoitajan, lääkärin ja seksuaaliterapeutin. Heiltä hän saa moniammatillisesta näkökulmasta laadukasta ja näyttöön perustuvaa tietoa sekä ohjausta. Laadukkaan tiedon ja ohjauksen saaminen kannustaa nuorta naista osallistumaan hoitoonsa liittyvien päätösten tekoon ja edistää valmiuksia emättimen venyttämiseen (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10).

Hoitajalla on ammatillinen vastuu nuoren naisen ohjaamisesta (Kemppainen ym. 2010, 5). Ohjausta antavan hoitajan on oltava tietoinen omista voimavaroistaan ohjaajana, jotta hän kykenee edistämään nuoren naisen terveyttä ja tietämystä (Kääriäinen 2007, 26). Hänen on hahmotettava omat tunteensa, arvonsa ja ihmiskäsityksensä sekä tapansa ajatella ja toimia. On tärkeää tiedostaa omat käsityksensä ohjauksesta: mitä ohjaus on, miksi ja miten ohjaa ja mikä ohjauksessa on tärkeää. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 27 ja 35.)

Laadukas potilasohjaus vaatii hyviä ohjausvalmiuksia (Kääriäinen 2007, 38). Hyviin ohjausvalmiuksiin liittyy taito hallita ohjausprosessin osa-alueet, joita ovat kuviossa 2 (s. 22) esitetyt hoidon tarpeen määrittely, ohjauksen kulun suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointi (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10). Hoitajalla on oltava tietoa nuoren naisen yksilöllisistä tarpeista, jotta hän voi asettaa alustavat tavoitteet ohjaustilanteelle. Tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta hoitaja luo suunnitelman ohjauksen yksilöllisestä kulusta. Potilasohjaustilanteen tulee olla hyvin suunniteltu ja valmisteltu. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 26.) Jotta ohjaus on suunnitelmallista, on hoitajalla oltava tietoa motiivoinnin keinoista, ohjausmenetelmistä sekä hänen on hallittava annettavan ohjauksen sisältö. Lisäksi hoitajalla on oltava riittävä tietoperusta ohjauksen onnistumiseksi. Hänen tulee seurata uusinta tutkimustietoa ja päivittää tietojään ja osaamistaan, jotta nuori nainen saa oikeaa ja juuri hänen tilanteeseensa sopivaa ohjausta. (Kääriäinen 2007, 38.)



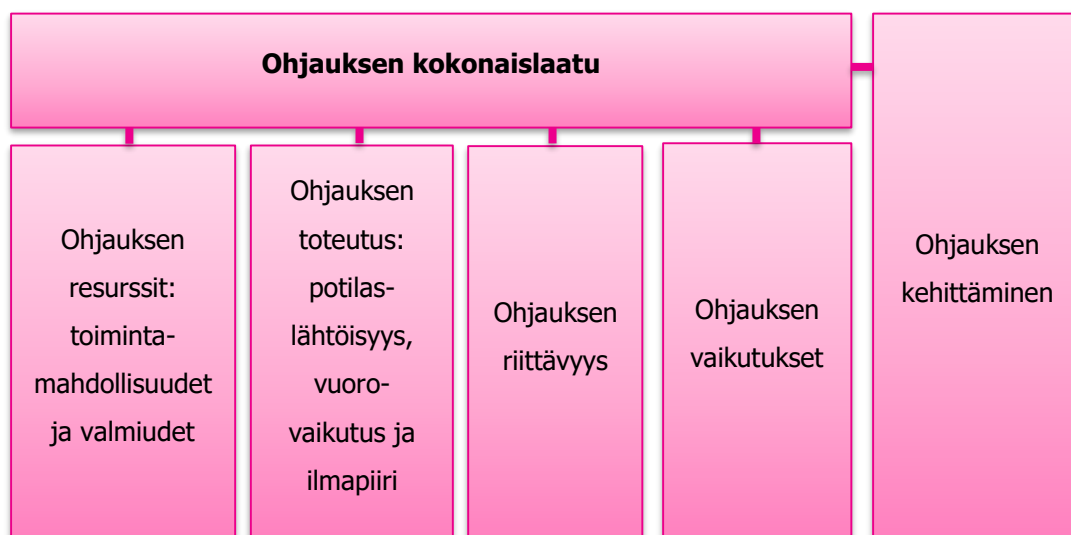
KUVIO 2. Potilasohjausprosessin vaiheet (mukaillen Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

Potilasohjausprosessissa ratkaiseva vaihe on nuoren naisen ohjaustilanne. Hoitajalla tulee olla kyky ottaa ohjaustilanne haltuunsa, mutta pidettävä huoli, että se on tasavertaista keskustelua hoitajan ja nuoren naisen välillä. Hoitajan alustavasti luomia tarpeita ja tavoitteita täsmennetään ohjaustilanteen alussa, jotta ohjaus on potilaslähtöistä. Havainnollistamisen ja visualisoinnin, kuten venytyspuikkojen ja potilasohjeen, avulla puikkovenytys ohjeistetaan nuorelle naiselle. Nuorta tuetaan luottamaan omiin kykyihinsä ja toteuttamaan puikkovenytystä itsenäisesti. Ohjaustilanteen tavoitteena on, että hän osaa soveltaa saamiaan tietoja ja taitoja kotona. (Torkkola ym. 2002, 26–28.)

Ohjauksen lopuksi hoitajan on arvioitava omaa toimintaansa sekä sitä, kuinka ohjattava nuori on annetusta ohjauksesta hyötynyt (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16; Torkkola ym. 2002, 26). Yhdessä nuoren naisen kanssa tulee arvioida sitä, miten ohjauksen tavoitteet on saavutettu. Tavoitteiden arviointia helpottaa, kun ne ovat selkeästi ja konkreettisesti määriteltyjä. (Kyngäs ym. 2007, 45.) Keskeistä on arvioida, osaako nuori omasta mielestään hoitaa itseään saamallaan ohjeilla. Hänen kanssaan on keskusteltava, jäikö jokin asia epäselväksi ja antaa tarvittaessa lisäohjausta. (Torkkola ym. 2002, 28–29.) On myös arvioitava, millaista annettu ohjaus on ollut, jotta ohjausta on mahdollista kehittää (Kyngäs ym. 2007, 45).

Kun hoitaja hallitsee edellä mainitut asiat, joista laadukkaan potilasohjauksen pohja muodostuu, hänellä on taito antaa laadukasta potilasohjausta. Potilasohjauksen kokonaislaatua on mahdollista arvioida kuviossa 3 (s. 23) esitettyjen ohjauksen laadun osa-alueiden avulla, joita ovat ohjauksen resurssit, sen toteutus, riittävyys ja vaikutukset, jotka kaikki ohjaavat ohjauksen kehittämistä. Laadukkaan ohjauksen kehittäminen on mahdollista, kun huomioidaan, millaiset resurssit potilasohjaukseen on saatavilla, miten ohjaus toteutuu ja onko se nuoren naisen mielestä riittävää ja onko sillä ollut vaikutusta häneen. (Kääriäinen 2007, 40–41.) Tavoitteena on, että

nuori kokee saaneensa tarpeeksi ohjausta ja kykenee saamiensa ohjeiden perusteella toteuttamaan puikkovenytyshoitoa itsenäisesti kotona (Torkkola ym. 2002, 28–29). Hoitohenkilökunnalla on vastuu siitä, kuinka tärkeänä osana ohjausta pidetään hoidossa ja millaisia resursseja ohjaukselle mahdollistetaan. Erilaiset resurssit, kuten ohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen varattu aika, ohjausmateriaali- ja välineistö ja kuinka paljon niihin on panostettu työyhteisössä, vaikuttavat ohjauksen laatuun. (Kääriäinen 2007, 38.)



KUVIO 3. Potilasohjauksen kokonaislaadun osa-alueet (mukaillen Kääriäinen 2007, 41.)

Laadukkaan potilasohjauksen toteutuksessa keskeisiä asioita ovat potilaslähtöisyys, vuorovaikutus sekä ohjausilmapiiri. Kuten aiemmin on mainittu, potilaslähtöinen ohjaus huomioi ohjattavan yksilölliset tarpeet ja vastaa hänen ongelmiinsa. Vuorovaikutus on osa laadukasta potilasohjausta. Hoitajalla on oltava vuorovaikutus- ja johtamistaitoja hyvän ohjausilmapiirin luomiseksi ja ylläpitämiseksi. Vuorovaikutus edellyttää ystävällisyyttä, empaattisuutta, nuoren naisen aktiivista kuuntelemista ja positiivisen palautteen antamista. Hoitajan täytyy havainnoida nuoren verbaaleja ja nonverbaaleja ilmaisuja, jotta hän pystyy tarvittaessa muuttamaan omaa lähestymistapaansa. Vuorovaikutussuhde edellyttää luottamusta ja tiedon välittymistä, jotta nuorta naista voidaan auttaa juuri niissä asioissa, joissa hänellä on avun ja tuen tarve. Hyvä ohjaaja luo kehitystä edistävän ilmapiirin, rohkaisee ohjattavaa ja antaa mahdollisuuden tunteiden ilmaisuun. (Kääriäinen 2007, 38–39 ja 41.) Laadukkaan potilasohjauksen myötä nuori nainen saa hoitohenkilökunnasta luotettavan kuvan ja uskaltaa luottaa heihin, jolloin henkilökohtaisista ja vaikeistakin asioista puhuminen on helpompaa (Holt ja Slade 2003, 25).

6.2 Puikkovenytyshoidon ohjaaminen

Puikkovenytyshoidon ohjauksen tavoitteena on tukea ja lisätä nuoren naisen yksilöllisiä voimavaroja ja osallistaa häntä omaan hoitoonsa. Hoitaja on velvoitettu toimimaan ohjattavan parhaaksi ja edistämään hänen hyvinvointiaan (Lahtinen 2006, 7; Sairaanhoidtajaliitto 2014). Puikkovenytyshoidosta voidaan käyttää käsitettä omahoito, mikä korostaa nuoren naisen autonomiaa sekä oikeutta tehdä omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Keskeisiä käsitteitä omahoidon potilaslähtöisessä tukemisessä ovat voimaantuminen, autonomia, pystyvyyden tunteen tukeminen ja motivaatio. (Routasalo, Pitkälä, Airaksinen ja Mäntyranta 2009, 2355–2356.)

Voimaantuminen tarkoittaa prosessia, jonka tuloksena nuori nainen kykenee tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä ja ottamaan vastuun omasta elämästään (Routasalo ym. 2009, 2356). Voimaantunut nuori kykenee tunnistamaan omat voimavaransa puikkovenytyshoitoon liittyen (Tuorila 2013, 667). Voimaantuminen auttaa tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyä kohdata omat tarpeensa, ratkaisemaan omat ongelmansa ja säätelämään omia voimavaroja säilyttääkseen elämänsä hallinnan (Routasalo ym. 2009, 2356). Tärkeimpänä voimaannuttajana ohjaustilanteessa toimii laadukas ja ymmärrettävä tieto, sillä se helpottaa nuorta naista tekemään perusteltuja päätöksiä ja osallistumaan omaan hoitoonsa. Voimaantuminen tapahtuu helpoiten ympäristössä, jonka ilmapiirin nuori kokee turvalliseksi ja jossa hän kokee olevansa hyväksytty ja tasa-arvoinen. (Tuorila 2013, 666–667.) Voimavarojen tukemisen ja osallistamisen avulla hän pystyy ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja saavuttamaan puikkovenytyshoitonsa tavoitteet (Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006, 1; Routasalo ym. 2009, 2358).

Autonomia tarkoittaa sitä, että nuori voi toimia vapaan tahtonsa mukaan. Hoitajalta saamiensa tietojen avulla hän pystyy tekemään päätöksiä koskien hoitoaan ja päättämään, mikä on parasta hänelle itselleen. (Routasalo ym. 2009, 2354–2356.) Nuoren naisen itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja hänellä on oikeus päättää hoidostaan ja miten hän lopulta saamansa ohjauksen pohjalta toimii (Kyngäs ym. 2007, 27 ja 35; Kääriäinen 2007, 27). Laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu kuitenkin taito tukea nuorta naista päätöksissään, päättääpä hän mitä tahansa (Makkonen ja Pynnönen 2007, 229).

Pystyvyyden tunne merkitsee uskoa kykyyn hallita omaa toimintaansa ja tapahtumia, jotka vaikuttavat omaan elämään. Motivaatio puolestaan syntyy nuoren naisen omasta tahdosta, aikaisemmista kokemuksista ja onnistumisista verrattuna siihen, mitä puikkovenytyshoidon aloittaminen vaatii. (Routasalo ym. 2009, 2356.) Motivaatiota edistäviä tekijöitä ovat riittävän selkeä hoidon tavoite, odotukset hoidon onnistumisesta sekä sopiva tunnetila. Selkeä hoidon tavoite on konkreettinen ja kuvaa tekemistä. Onnistumisodotukset muodostuvat nuoren naisen käsityksistä liittyen ohjaustilanteessa sovittujen asioiden toteuttamiseen eli kykeneekö ja osaako

hän toteuttaa sovittuja asioita. Sopiva tunnetila liittyy tavoitteen sopivuuteen omaan elämäntilanteeseen ja siihen, kuinka nuori kokee, että häntä on omassa tilanteessa kuunneltu ja ymmärretty. (Kygäs ym. 2007, 32.)

Nuori nainen on oman elämänsä asiantuntija ja hän tekee päätökset hoidostaan. Hoidosta sopimisen lähtökohdaksi hoitaja ottaa selvää nuoren yksilöllisistä tarpeista, toiveista ja arkielämästä. (Kääriäinen 2007, 33; Routasalo ym. 2009, 2353–2354.) Ohjaustarpeet liittyvät yleensä tietoon sekä tukeen ja tiedontarpeet kohdistuvat synnyntäiseen emättimen kehityshäiriöön ja sen hoitoon. Tukea nuoret naiset tarvitsevat psykososiaalisiin tekijöihin, kuten omien tunteiden käsittelyyn. Ohjaustarpeiden arviointi on vaativaa, koska tarpeet vaihtelevat paljon nuoren taustatekijöiden, esimerkiksi terveydentilan ja sen muutosten mukaan. Ohjaustarpeeseen vaikuttavat nuoren naisen ikä, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet sekä synnyntäisen emättimen kehityshäiriön vaikutus arkielämään. (Kääriäinen 2007, 33.) On tärkeää ottaa huomioon, kuinka kauan hän on tiennyt omasta diagnoosistaan ja mitä hän jo tietää synnyntäisestä emättimen kehityshäiriöstä. On huomioitava, että äskettäin diagnoosin saanut nuori voi olla kriisivaiheessa, jolloin hänen tiedon vastaanottokykynsä ohjauksen suhteen ei ole paras mahdollinen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

Nuorta on ohjattava ja hänet on huomioitava kokonaisvaltaisesti. Nuoren naisen iän huomiointi ja ohjaustyylin valitseminen iän mukaisesti on tärkeää. Hoitajan on myös ymmärrettävä nuoruusiän kehityksen ja synnyntäisen emättimen kehityshäiriön välinen vaikutus. (Makkonen ja Pynnönen 2007, 229.) Puikkovenytyshoidon aloitusajankohdalla on merkitystä, koska nuoruusiän kehitys etenee yksilöllisesti (Bach, Glanville ja Balen 2011, 486). Nuoruusiän kehitys vaikuttaa synnyntäisen emättimen kehityshäiriön hoitoprosessiin, esimerkiksi hoidon aloitukseen ja nuoren motivaatioon. Kehityshäiriön käsittelemisen ja sisäistämisen lisäksi murrosikään liittyvät hormonitoiminnan lisääntyminen ja fyysinen kasvu muuttavat nuoren naisen psyykkistä tasapainoa. Psyykkisellä kehityksellä on vaikutusta siihen, miten ja millaiseksi hän kokee itsensä ja kuinka kykeneväinen hän on huolehtimaan itsestään ja sitoutumaan hoitoonsa. (Makkonen ja Pynnönen 2007, 225–226.)

Hoidon tavoitteet tulee asettaa realistisesti nuoren ikään suhteuttaen. Hoidon täsmällisyys ja siihen motivoituminen voivat olla epärealistisia tavoitteita murrosiässä olevalle nuorelle. Samoin liian pitkälle asetetut hoidon tavoitteet eivät motivoi nuorta naista hoitamaan synnyntäistä emättimen kehityshäiriötään. Sopivan ajan päähän asetettu välitavoite toimii nuoren naisen kohdalla usein paremmin. (Makkonen ja Pynnönen 2007, 229.) Lyhyen aikavälin päähän asetetut välitavoitteet ja niiden arviointi johtavat hyvin tuloksiin, koska arviointi lisää nuoren tietoisuutta itsestään toimijana. Jos tavoitteisiin ei jostain syystä päästäkään, myös epäonnistumista

on arvioitava. Oman toiminnan muuttamiseksi on tehtävä suunnitelmia, jotta tavoitteisiin voidaan päästä. (Kyngäs ym. 2007, 45.) Tavoitteena on räätälöidä nuoren naisen kanssa yksilöllinen hoitosuunnitelma, jota tämä pystyy arjessaan toteuttamaan ja jossa täyttyvät näyttöön perustuvan hoidon periaatteet. Omahoito edellyttääkin voimavarojen oikeaa kohdentamista tilanteiden mukaan samoin kuin omien rajoitusten ja avun tarpeen tunnistamista, jotta hoito onnistuu. (Routasalo ym. 2009, 2352–2353 ja 2355.)

Hoitaja kertoo ohjaustilanteessa eri hoitovaihtoehtoista ja nuori nainen valitsee yhdessä hoitajan kanssa sopivan hoitomuodon. Hoitaja antaa hänelle tietoa synnyntäisestä emättimen kehityshäiriöstä, sen hoidosta ja hoidon tavoitteista sekä ohjaa häntä luotettaville tietolähteille, keskustele hoidosta hänen kanssaan ja motivoi häntä. (Routasalo ym. 2009, 2353–2354.) On selvitettävä, onko nuori valmis ottamaan vastuun omasta hoidostaan eli toteuttamaan puikkovenytyshoitoa itsenäisesti kotona (Torkkola ym. 2002, 26). Hoidon onnistuminen vaatii uskoa omaan voimavaroihin ja pystyvyyteen (Routasalo ym. 2009, 2351). Hoito epäonnistuu, jos nuori ei ole motivoitunut omatoimiseen puikkovenytykseen, hän ei saa riittävästi tukea ja ohjausta tai toteutettu puikkovenytys ei ole riittävän säännöllistä (Heinonen 2006, 1769). Laadukas ohjaus edellyttää, että nuoret naiset saavat mielestään riittävästi ohjausta ja tietoa synnyntäisestä emättimen kehityshäiriöstä ja sen hoidosta (Kääriäinen 2007, 33–34; Routasalo ym. 2009, 2356).

Laadukkaan ohjauksen avulla nuori nainen voimaantuu sekä saavuttaa pystyvyyden tunnetta ja todennäköisemmin haluaa jatkaa hoitoaan (Routasalo ym. 2009, 2353–2355). Potilasohjauksen on jatkuttava koko hoitoprosessin ajan, jotta nuorelle taataan paras mahdollinen tuki ja ohjaus emättimen puikkovenytyksen onnistumiseksi. Häntä tulee kannustaa kokonaisvaltaisesti ja ymmärtäväisesti hoidon etenemisessä. (Makkonen ja Pynnönen 2007, 229.) Murrosiän tuomien muutosten ja mahdollisen seurusteluun liittyvien asioiden jakaminen aikuisen kanssa koetaan nuorten keskuudessa tärkeäksi (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014, 29). Jokainen nuori tarvitsee aikuisen, jonka kanssa saa keskustella. Erityisesti emättimen puikkovenytyshoitoa toteuttavat tarvitsevat perheen ja hoitavan tahon aktiivista tukea. Vaikka synnyntäinen emättimen kehityshäiriö ja sen hoito kuormittavat nuorta naista, hoitoon liittyy onnistumisen kokemuksia, jotka kasvattavat hänen itseluottamustaan ja auttavat häntä ottamaan vastuuta elämästään. (Makkonen ja Pynnönen 2007, 229.)

Tärkeä voimavara nuorelle naiselle ovat läheiset (Lipponen ym. 2006, 1). Kun omaiset ovat läsnä ohjauksessa, uuden tiedon tulkitseminen ja käyttö helpottuvat sekä vältytään mahdollisilta väärinkäsityksiltä. Omaisten ohjaus vähentää heidän ahdistustaan ja parantaa heidän kykyään tukea nuorta naista hänen hoidossaan. (Kääriäinen 2007, 33.) Omaiset tarvitsevat paljon tukea uudessa epävarmuutta ja turvattomuutta aiheuttavassa tilanteessa, joten heidän ohjaamisestaan ei tule unohtaa (Lipponen ym. 2006, 1). Uudesta tilanteesta selviämiseksi on tärkeää,

että omaiset saavat tietoa synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä ja emättimen puikkovenytyshoidosta (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10). Omaisia on rohkaistava yhteistyöhön ja heidät on otettava mukaan ohjaukseen jo senkin vuoksi, että alaikäinen nuori on huoltajiensa vastuulla (Kyngäs ym. 2007, 29; Kääriäinen 2007, 33). On kuitenkin otettava huomioon, että nuori nainen ei välttämättä halua läheisiään mukaan ohjaustilanteeseen. Siinä tapauksessa on tärkeää keskustella siitä, ohjataanko heitä erikseen. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

6.3 Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen

Puikkovenytyshoidon ohjauksessa seksuaalisuuden puheeksi ottaminen kuuluu osaksi laadukasta potilasohjausta. Puheeksi ottaminen on tärkeää, koska synnynnäinen emättimen kehityshäiriö ja puikkovenytyshoito aiheuttavat muutoksia seksuaaliterveyteen ja minäkuvaan (Ihme ja Rainto 2015, 26). Seksuaalisuus on osa nuorta naista, minkä vuoksi seksuaalisuudesta puhuminen on intiimi ja herkkä asia. Seksuaalinen kehitys tulee huomioida nuoren hoidossa ja siihen liittyen hänet tulee kohdata hienotunteisesti. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 43.) Nuorelle naiselle on tarjottava mahdollisuutta keskustella seksuaaliterapeutin kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (Ihme ja Rainto 2015, 28).

Seksuaalisuudesta puhuminen on suomalaisessa kulttuurissa yhä melko vaikeaa. Sen vuoksi nuoret naiset eivät välttämättä uskalla ottaa esille seksuaalisuuteen liittyviä huolenaiheita ja ongelmia. Puheeksi ottamisen esteitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta voivat puolestaan olla ajan puute, puutteelliset tiedot seksuaalisuudesta, luottamuksen puute omiin taitoihin, epämuokavuus, pidättyneisyys, nolous, kiusaantuneisuus ja hämmennys. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen pitää kuitenkin olla luonnollinen osa hoitotapahtumaa. (Ihme ja Rainto 2015, 26–27.) Jotta hoitaja pystyy kohtaamaan nuoren naisen ja toteuttamaan laadukasta potilasohjausta liittyen seksuaalisuuteen, on peruslähtökohtana se, että hän on itse työstänyt omaa seksuaalisuuttaan sekä yksityisenä persoonana että hoitotyöntekijänä. Ohjaustilanteessa seksuaalikysymysten käsittely ja esittäminen vaativat ammatillista työtettä ja ammattietiikan noudattamista. (Ihme ja Rainto 2015, 29; Ryttyläinen ja Virolainen 2009, 4–5.)

Hoitajaa auttaa vahva tietämys nuoruuden seksuaalisuudesta. Nuorelle naiselle annettavassa seksuaaliohjauksessa on hahmotettava asiat nuoren silmin ja hänen kokemusmaailmastaan käsin (Ihme ja Rainto 2015, 27–28 ja 32.) Hän on vasta kasvamassa naiseksi ja totuttelemassa kehittyvään sukupuoli- ja seksuaali-identiteettiinsä. Hän käsittelee jatkuvasti ajatusta: ”Olenko normaali, riittävän hyvä ja arvokas?” ja hakee ymmärrystä sille, mitä seksuaalisuus on. (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 84.)

Nuorta naista hoidettaessa on huomioitava hänen henkilökohtainen seksuaali- ja terveyskäytännön kehityksen tasonsa. Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2013 tekemän kouluterveyskyselyn mukaan peruskoulun yläkoululaisten ja lukiolaisten yhdynnässä olleiden tyttöjen osuus on vähentynyt 2000-luvun aikana (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014, 29–30; THL 2016). Esimerkiksi vuonna 2015 8.–9.-luokkalaisista tytöistä yhdynnässä oli ollut 18 prosenttia ja lukioikäisistä tytöistä 44 prosenttia (THL 2016). THL:n tutkimuksen mukaan yhdyntöjen varhainen aloittaminen on yhteydessä varhain alkaneisiin kuukautisiin. Aikainen kuukautisten alkamisikä ei kuitenkaan tarkoittanut suoraan monia seksikumppaneita, vaan tytöille ensimmäisen yhdyntäkerran tärkeimpiä asioita olivat parisuhde, tunne ja valmius yhdyntään. (Klemetti ja Raussi-Lehto 2014, 29–30.) THL:n tutkimukseen peilaten voidaan tehdä johtopäätös, jonka mukaan saattaa olla hyvinkin mahdollista, ettei nuori nainen ole ajatellut yhdyntöjen aloittamista tai ole valmis ajatukseen yhdyntöjen aloittamisesta. Tämän vuoksi emättimen puikkovenytyshoidon ohjauksessa yhdynnöistä puhuminen venytysmuotona kannattaa ottaa nuoren naisen kanssa esille vasta, kun hän on itse siihen valmis (Bach ym. 2011, 486).

Seurustelukumppanin tukeminen, informoiminen ja voimaannuttaminen on tärkeää seksuaalisuudesta puhuttaessa synnyttävän emättimen kehityshäiriön yhteydessä. Kun nuori nainen saa mahdolliselta seurustelukumppaniltaan hyväksyntää, huomiota ja hellyyttä, hän voi kokea sen eheyttävänä ja tärkeänä kokemuksena rakastetuksi tulemisesta omana itsenään elämän vaikeinakin hetkinä. Nuori saattaa pelätä seurustelukumppaninsa menetystä, kun selviää, että hän ei pysty harrastamaan seksiä ”normaalilla” tavalla. Hän voi myös pelätä, että hän ei voi enää koskaan rakastua tai tavata ihmistä, joka rakastaisi häntä. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 104–105.)

Lapsettomuus on otettava puheeksi osana nuoren naisen hoitoprosessia. Vaikka lasten saaminen ei välttämättä ole hänelle ajankohtaista, on lapsettomuutta hyvä tuoda esille jo hoidon alkuvaiheessa, jotta hän saa rauhassa käsitellä asiaa. Pelko yksin jäämisestä ja perheettömyydestä on huomioitava hänen ohjauksessaan ja hoitoprosessissaan. (Klemetti 2015, 371; Ryttyläinen ja Valkama 2010, 109.) Läheisille puhuminen voi olla vaikeaa, koska lapsettomuus on henkilökohtainen ongelma. Nuorta naista voi auttaa pohtimaan, onko hänen lähellään henkilöä, jonka kanssa voisi keskustella asiasta luottamuksellisesti. Vertaistuki voi auttaa selviytymään tilanteesta. (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 109.)

Seksuaalisesta epävarmuudesta, lapsettomuudesta ja seksuaalisuuden eri muodoista on hyvä keskustella puikkovenytyshoitoa toteuttavan nuoren naisen kanssa. Hänen kanssaan tulee luoda yhteinen kieli ja luottamus, joiden avulla hän voi luottamuksellisesti kertoa ja keskustella asioista. Pohdinnat voivat koskea esimerkiksi seksiä, ensimmäisiä yhdyntöjä puikkovenytyshoi-

don loppupuolella, ehkäisyn tarvetta ja lasten saamista. On myös otettava huomioon, että joillakin seksuaalisuus voi olla enemmän esillä päivittäisessä elämässä kuin toisilla. Seksuaalisuuteen liittyvän ohjauksen tavoitteena on, että nuori nainen hyväksyy kehityshäiriön osaksi itseään ja seksuaalista identiteettiään sekä pystyy muiden nuorten tavoin saavuttamaan eheän seksuaalisen olotilan ja pitämään siitä huolta. (Ihme ja Rainto 2015, 28–29 ja 34.)

Kuviossa 4 esitetyt nuorten seksuaalioikeudet muodostavat pohjan tietoisuudelle, miten nuori huolehtii omasta seksuaalisuudestaan (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 14). Nuorten seksuaalioikeudet ohjaavat nuorten seksuaaliohjausta. Seksuaalioikeuksien mukaan nuorilla on oikeus kasvaa ja kehittyä omalla yksilöllisellä tavalla seksuaalisesta suuntautumisesta tai terveydentilasta huolimatta. Jokaisella on oikeus edetä ja kehittyä seksuaalisesti omassa aikataulussaan. Sekä seksuaaliohjausta antavan hoitajan, että nuoren on hyvä tiedostaa ja tuntea nuorten seksuaalioikeudet. Osaksi seksuaaliohjausta kuuluu, että nuorelle kerrotaan hänen seksuaalioikeuksistaan, mikäli hän ei ole vielä niistä tietoinen. (Ihme ja Rainto 2015, 32–33; Ryttyläinen ja Valkama 2010, 14–16.)

- 1 Oikeus omaan seksuaalisuuteen
- 2 Oikeus tietoon seksuaalisuudesta
- 3 Oikeus suojella itseä ja oikeus tulla suojelluksi
- 4 Oikeus seksuaaliterveyspalveluihin
- 5 Oikeus tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen
- 6 Oikeus yksityisyyteen
- 7 Oikeus vaikuttaa

KUVIO 4. Nuorten seksuaalioikeudet (mukaillen Väestöliitto 2016.)

Seksuaaliohjauksen tukena on mahdollista käyttää PLISSIT- ja BETTER-malleja. PLISSIT-mallin avulla voi hahmottaa nuoren naisen tarvitsemia seksuaalineuvonnan ja -ohjauksen tarpeita. Malli auttaa myös hahmottamaan hoitajan oman pätevyyden riittävyyttä seksuaaliohjaukseen liittyen. PLISSIT on lyhenne sanoista, jotka kuvaavat seksuaalineuvonnan ja -terapiian neljää tasoa (taulukko 1, s. 30). Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen kaikissa sen muodoissa. Nuori nainen hyväksytään seksuaalisena olentona ja hänen

huolenaiheitaan seksuaalisuuteen liittyen kuunnellaan. On tärkeää tuoda esille, että hänen seksuaalisuutensa on hyväksyttävää eli normalisoidaan asioita ja annetaan niistä tietoa. Toisella tasolla nuorelle annetaan rajattua tietoa asioista, joista häneltä vaikuttaa puuttuvan tietoa, esimerkiksi kehityshäiriön vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Kolmatta ja neljättä tasoa käytetään, kun kahdesta aikaisemmasta tasosta ei ole tarpeeksi apua ja nuori ohjataan seksuaaliterapeutille. Kolmannella tasolla muun muassa annetaan käytännön neuvoja ja toteutetaan seksuaalineuvontaa tai -terapiaa. Neljännellä tasolla hoidetaan seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia pitkäaikaisilla terapiamenetelmillä. (Ihme ja Rainto 2014, 30–31; Ryttyläinen ja Valkama 2010, 51–52.)

TAULUKKO 1. PLISSIT-malli (mukaillen Ihme ja Rainto 2015, 31.)

P = Permission	Luvan antaminen, salliminen, normalisointi	<ul style="list-style-type: none"> • Keskustellaan seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä ja huolenaiheista • Nuoren kuuleminen ja havainnointi • Kerrotaan, että hän ei ole ainoa, jolla on harvinainen synnynnäinen emättimen kehityshäiriö • Pyydetään kertomaan seksuaalisuuteen liittyvistä tunteista ja ajatuksista
LI = Limited Information	Kohdennetun/rajatun tiedon antaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Keskitetyn tiedon antaminen nuoren huoleen • Asiakohteena esim. sukupuolitaudit
SS = Specific Suggestion	Erytisohjeiden antaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Yksityiskohtainen tieto seksuaalielämästä ja elämäntilanteesta kysymällä ja kuuntelemalla • Yksilökeskeinen ratkaisu ongelmaan • Asiakkaan ohjaaminen ammattihenkilön puheille, esim. seksuaaliterapia
IT = Intensive Therapy	Intensiivinen terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Seksuaaliongelman hoito terapian avulla • Terapiaa antaa siihen koulutettu ammattihenkilö

BETTER-malli (taulukko 2, s. 31) on kehitetty avuksi puhuttaessa syöpäpotilaiden seksuaalisuudesta, mutta sitä voi soveltaa seksuaalisuudesta puhumiseen nuorten naisten kanssa. BETTER-malli antaa hoitajille pohjaa käsitellä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä. Seksuaalisuus ja siihen liittyvät asiat tulee tehdä näkyväksi ja ottaa puheeksi siten, että huomioidaan nuoren naisen yksilöllinen elämäntilanne sekä synnynnäisen emättimen kehityshäiriön vaikutus hänen elämäänsä. Mallissa huomioidaan muun muassa ohjattavan ikä- ja kehitystaso sekä oppimisen tavat. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 100; Ihme ja Rainto 2014, 32.)

TAULUKKO 2. BETTER-malli (mukaihen Ihme ja Rainto 2015, 32.)

Bring up the topic	<ul style="list-style-type: none"> • Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen • Tuodaan esille, että seksuaalisuudesta puhuminen on osa hoitoprosessia
Explain	<ul style="list-style-type: none"> • Tuodaan esille, että seksuaalisuus ja siitä puhuminen on osa hoitoprosessia • Nuorelle naiselle luodaan ilmapiiri, jossa hänellä on mahdollisuus ilmaista kysymyksiä ja huolenaiheita • Tärkeää kuunnella ja viedä huolenaiheita eteenpäin
Tell	<ul style="list-style-type: none"> • Ajan antaminen esille tuotujen huolenaiheiden käsittelemiseen
Timing	<ul style="list-style-type: none"> • Hoito toteutetaan nuorelle naiselle sopivana aikana • Kerrotaan, että tietoa seksuaalikysymyksistä voi kysyä milloin tahansa
Educate	<ul style="list-style-type: none"> • Kerrotaan kehityshäiriön ja puikkovenytyshoidon tuomista vaikutuksista ja niiden merkityksistä seksuaaliterveydelle
Record	<ul style="list-style-type: none"> • Arviointi ja interventio kirjataan nuoren naisen tietoihin

6.4 Kirjallinen potilasohje ohjauksen tukena

Kirjallinen ohjaus on tärkeä osa laadukasta puikkovenytyshoidon ohjausta. Hoidon onnistumisen yksi tärkeimmistä tekijöistä on nuoren naisen osallistuminen ja sitoutuminen hoitoon. Potilaat muistavat 75 % siitä, mitä he näkevät ja vain 10 % siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan potilaat muistavat 90 % asioista, joita on käyty läpi hyödyntämällä sekä näkö- että kuuloaistia. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Kirjallinen materiaali tukee suullista ohjausta ja motivoi emättimen laajennushoitoa tarvitsevaa nuorta hoitamaan itseään. Nuoren naisen saama suullinen ja kirjallinen ohjaus vähentävät pelkoja ja ahdistusta, joita voi liittyä uuden hoidon aloitukseen. (Torkkola ym. 2002, 7 ja 24.) Synnyttäminen emättimen kehityshäiriö on harvinainen ja sen vuoksi moni nuori nainen ei ole ennen kuullut puikkovenytyshoidosta (Heinonen 2006, 1767). Potilasohjeen on oltava nuorille naisille kohdennettu ja sisällettävä ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa puikkovenytyshoidosta, jotta nuoret ja heitä ohjaavat hoitajat hyötyvät ohjeesta (Torkkola ym. 2002, 22–24).

Potilasohjetta tehdessä on huomioitava nuoren naisen näkökulma. Hyvä potilasohje puhuttelee nuorta naista ja on tärkeää, että heti ensivilkaisulla voi huomata, että potilasohje on tarkoitettu juuri hänelle. (Torkkola ym. 2002, 36.) On tärkeää ottaa huomioon, että potilasohjeen lukijat noudattavat neuvoja parhaiten, kun kokevat ne hyödyllisiksi (Hyvärinen 2005, 1770). Tulee muistaa, että jokin hoitajan näkökulmasta itsestään selvä asia ei ole välttämättä selvä potilasohjeen lukijalle. Ohjeiden kirjoittamisen lähtökohtana ovat nuorten naisten tarpeet saada olennaista tietoa sekä sairaalan tarpeet ohjata heitä toimimaan hyvien ja tarkoituksenmukaisten ohjeiden mukaan. (Torkkola ym. 2002, 14 ja 35.)

Nuorella naisella on oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydentilastaan, puikkoveny-tyshoidon merkityksestä, muista hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista terveyteen. Tiedon saannilla on merkitystä nuoren naisen sitoutumisessa yhteistyöhön. Tiedon antamisen lisäksi on varmistettava, että nuori nainen on sisäistänyt annetun tiedon sisällön. Pelkät kirjalliset ohjeet eivät takaa tiedon ymmärtämistä, vaan ne tulee avata ja soveltaa jokaisen nuoren arkeen sopiviksi. (Sukula 2002, 20 ja 22.) Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla nuoret naiset pystyvät lisäämään tietoaan, säilyttämään saamansa tiedon, palauttamaan asian mieleensä sekä selvittämään mahdollisia väärinymmärryksiä. Sen avulla myös omaiset ja hoitohenkilöstö ovat tietoisia nuorelle naiselle annetuista ohjeista. (Kääriäinen 2007, 35.)

Terveysaineiston laadun johdonmukaista arviointia varten on kehitetty laatukriteereitä liittyen aineiston sisältöön, kieli- ja ulkoasuun sekä kokonaisuuteen. Terveysten edistämisen keskuksen hyvän terveysaineiston laatukriteerit (taulukko 3) ovat muotoutuneet käytännön kokemuksen sekä tutkimuksen kautta. Yhden kriteerin täytyminen ei mahdollista hyvää aineistoa, vaan kaikkien kriteerien on täytyttävä, jotta potilasohje on laadukas. (Parkkunen, Vertio ja Koskinen-Ollonqvist 2001, 9–10.) Kriteerien pohjalta toteutettu potilasohje tukee ohjausta ja osallistaa nuorta naista puikkovenytyshoitoon.

TAULUKKO 3. Terveysaineiston laatukriteerit (mukaillen Parkkunen ym. 2001, 10.)

Terveysaineiston Laatukriteerit	
Sisältö:	1. konkreettinen terveystavoite
	2. oikeaa ja virheetöntä tietoa
	3. sopiva määrä tietoa
Kieliasu:	4. helppolukuinen
Ulkoasu:	5. sisältö selkeästi esillä
	6. helposti hahmoteltavissa
	7. kuvitus tukee tekstiä
Kokonaisuus:	8. kohderyhmä on selkeästi määritelty
	9. kohderyhmän kulttuuria on kunnioitettu
	10. herättää huomiota
	11. luo hyvän tunnelman

Konkreettinen terveystavoite ohjaa potilasohjeen sisällön muodostumista ja tarkentaa sitä. Hyvästä potilasohjeesta lukijan on mahdollista hahmottaa helposti, mihin tarkoitukseen se on luotu. Kun potilasohjeen vaikuttavuutta arvioidaan, otetaan huomioon sitä varten asetetut tavoitteet. Tavoitteen tulee olla selkeä, jotta potilasohjeen sisältöä on helppo suunnitella. Tavoit-

teen määrittelyn kautta on mahdollista vastata kysymykseen ”mitä tapahtuu, kun lukija perehtyy potilasohjeeseen puikkovenytyshoidosta?”. Potilasohjeen tavoitteena on, että lukija osaa toteuttaa emättimen puikkovenytystä omatoimisesti potilasohjeen avulla. Potilasohjeen avulla voidaan vaikuttaa nuoren naisen asenteisiin, aikomuksiin ja mielikuviin. (Parkkunen ym. 2001, 11–12.)

Potilasohjeen sisältämän tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Ohjeen käyttäjän on kyettävä luottamaan siihen, että siinä oleva tieto on tutkittua, näyttöön perustuvaa ja laadukasta. Potilasohjeessa on tultava esille, että sen tekijät ovat perehtyneet käsiteltävään asiaan. Kokemukseen tiedon oikeellisuudesta vaikuttaa se, näkyvätkö aineiston tuottajien nimet tuotoksessa. Tiedon ajantasaisuus puolestaan tuodaan esille merkitsemällä potilasohjeeseen sen valmistumisvuosi. (Parkkunen ym. 2001, 12.)

Potilasohjeen lukijalla on rajallinen uuden tiedon omaksumiskyky, joten tiedon rajaaminen on tärkeää. Tärkeintä potilasohjeessa on, että siitä löytyy kaikki olennainen tieto kohderyhmän kannalta. Jos potilasohje on kohderyhmälle tärkeä keskeinen tietolähde, laajempikin tiedon määrä voi olla hyödyllinen. Erityisesti seksuaalisuuteen liittyvissä materiaaleissa nuoret kaipaavat syvällistä ja laajaa aiheen käsittelyä. Nuoren voi olla vaikeaa muodostaa aiheesta kokonais-käsitystä ilman riittävän laajaa tietoa. (Parkkunen ym. 2001, 12–13.)

Potilasohjeen tulee olla helposti luettava, jotta se herättää nuoren naisen mielenkiinnon. Helppolukuisuuteen vaikuttavat kielen rakenne sekä helppo ja täsmällinen kieliasu. Lyhyet, informatiiviset lauseet kiinnittävät lukijan huomion. Potilasohjeessa tulee käyttää ainoastaan sellaisia käsitteitä, jotka sen lukija voi ymmärtää. Tuttujen käsitteiden käyttö helpottaa asiayhteyksien muodostumista, asian ymmärtämistä ja muistamista. Tekstin on hyvä olla arkikielistä ilman ammattisanastoa. (Parkkunen ym. 2001, 13–14; Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen ja Leino-Kilpi 2005, 223.) Jotta potilasohjeen teksti on helposti ymmärrettävää, tulee sen olla selkokielistä eli tekstissä käytetään yleisiä, lyhyitä ja tuttuja sanoja (Parkkunen ym. 2001, 15; Virtanen 2002, 25). Selkokielisessä tekstissä myös lauseet ovat lyhyitä ja lauserakenteet helppoja (Salanterä ym. 2005, 223; Virtanen 2002, 25). Potilasohjeen tekstin tulee olla kirjoitusvirheetöntä ja kerronnan tulee edetä loogisesti, jotta tekstin seuraaminen on helppoa (Parkkunen ym. 2001, 14; Salanterä ym. 2005, 223). Jos potilasohjeessa kuvataan jotakin vaikeasti ymmärrettävää asiaa, on sen taustoja ja merkitystä hyvä selventää (Parkkunen ym. 2001, 15; Salanterä ym. 2005, 223).

Potilasohjeen helppolukuisuuteen vaikuttaa kielen rakenteen ja käsitteiden käytön lisäksi asioiden esitystapa. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulee kirjoittaa asiallisesti, avoimesti ja yti-

mekkäästi kuitenkin liikaa yksinkertaistamatta. Potilasohjeen ymmärrettävyyttä lisää, kun lukija voi samaistua käsiteltävään asiaan. Käsiteltävä asia tuntuu läheisemmältä, kun passiivin sijasta käytetään aktiivimuotoa. Lisäksi yhdessä kappaleessa tulee käsitellä vain yhtä asiaa, joten kappalejaon avulla tekstin hahmottaminen on helpompaa. (Parkkunen ym. 2001, 14.)

Ulkoasullisesti potilasohjeen on oltava selkeä, koska potilasohjeen keskeisestä sisällöstä tulee saada käsitys jo pelkästään ohjetta silmäilemällä. Tekstityypin valinnalla, tekstin koolla, asettelulla ja tekstin ja taustan välisellä kontrastilla on paljon vaikutusta ohjeen selkeyteen. Suositeltavin kirjasintyyppi on selkeä ja yksinkertainen, jotta tekstiä on helppo lukea. Olennaisen korostaminen lihavoimalla ja kirjasinkoon suurentamisen avulla on tärkeää, jotta keskeiset asiat erottuvat muusta tekstistä. Potilasohjeen tekstin sijoittelu vaikuttaa ohjeen selkeyteen. Tekstiä voidaan jakaa osiin otsikoinnin ja selkeän kappalejaon avulla. Riittävät rivivälit otsikoiden, luetteloiden ja kappaleiden välillä parantavat potilasohjeen luettavuutta. Tekstin ja taustan välisen kontrastin tulee olla selkeä, jotta tekstiä on helppo lukea. Esimerkiksi valkoisella taustalla oleva musta teksti on helppolukuista. (Parkkunen ym. 2001, 15–17.)

Havainnollistavilla ja tekstiä tukevilla kuvilla potilasohjeeseen saa lisää selkeyttä. Kuvan ja tekstin yhdistäminen potilasohjeessa on tehokas keino helpottaa asian muistissa säilymistä. (Parkkunen ym. 2001, 15 ja 17.) Havainnollistava kuvitus lisää lukijan mielenkiintoa ja se vaikuttaa potilasohjeen tekstin ymmärtämiseen (Torkkola ym. 2002, 40). Kuvitusta luodessa on tärkeää huomioida kuvituksen sopivuus potilasohjeen yleisilmeeseen. Kuvien on liityttävä potilasohjeen aiheeseen, jotta ne eivät jää irrallisiksi ja tunnu vain tilantäytteeltä. Hyvä ja tarkasti valittu kuvitus täydentää potilasohjeen sanomaa ja voi jopa antaa lisätietoa ohjeen aiheesta. (Parkkunen ym. 2001, 17–18.) Kuvat myös lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä, joten niiden on tärkeää olla visuaalisesti selkeitä (Salanterä ym. 2005, 223; Torkkola ym. 2002, 40).

Potilasohjeen kohderyhmän tulee olla selkeästi määritelty, jotta ohje tavoittaa nuoren naisen ja sillä on vaikutusta hänen toimintaansa (Parkkunen ym. 2001, 18–19; Salanterä ym. 2005, 223). Kohderyhmän määrittely on tehtävä ennen potilasohjeen luomista. Kohderyhmän tarpeiden ja näkemysten selvittäminen on tärkeää, jotta potilasohje on nuorille naisille oikein kohdennettu. Kohderyhmää on kunnioitettava; nuoria naisia ei tule aliarvioida ja asiat tulee esittää heitä loukkaamatta. Potilasohje kannattaa testata kohderyhmällä ennen sen tuottamisprosessin loppua, jotta saadaan selville aineiston toimivuus käytännössä. (Parkkunen ym. 2001, 8 ja 19.)

Huomiota herättävä aineisto herättää lukijan mielenkiinnon ja houkuttelee tutustumaan potilasohjeeseen. Perinteisestä toteutustavasta poikkeava potilasohje herättää huomion erilaisuudellaan. Potilasohjeen tunnelma vaikuttaa siihen, millaisia reaktioita se saa lukijassa aikaan. Tun-

nelman ratkaisee pääasiassa potilasohjeesta syntyvä kokonaisuus. Kaikki edellä mainitut terveysaineiston laatuksiteerit vaikuttavat potilasohjeen tunnelmaan, joka voi olla joko ahdistava tai miellyttävä. Tunnelma voi latistua, jos potilasohjeessa on yksi tai useampia huonosti toteutettuja seikkoja, esimerkiksi epäloogisesti esitetyt kuvat. Huolellisesti toteutettu aineisto herättää luottamusta, joten on tärkeää kiinnittää huomiota potilasohjeen luettavuuteen, selkeyteen, tiedon määrään, kuvitukseen ja sopivuuteen nuorille naisille. (Parkkunen ym. 2001, 20–21.)

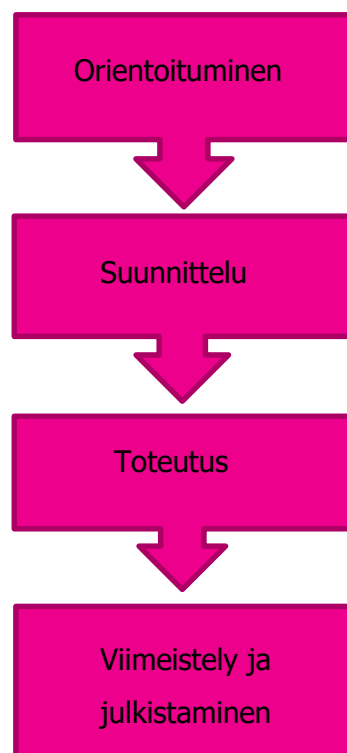
7 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kirjallinen potilasohje sekä hoidon seurantalomake Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Naisten poliklinikan nuorille naispotilaille, joilla on synnäinen emättimen kehityshäiriö, ja joille emättimen puikkovenytyshoito on ajankohtainen.

Tavoitteena on tuottaa ajankohtaista ja laadukasta ohjausmateriaalia KYS:n Naisten poliklinikalle. Potilasohjeen ja seurantalomakkeen tavoitteina on antaa tietoa nuorille naisille emättimen dilataatiohoidosta puikkovenytyksellä ja siten osallistaa heitä omaan hoitoonsa. Potilasohjeen tekstin ja kuvien avulla nuori pystyy toteuttamaan puikkovenytystä omatoimisesti kotona. Potilasohjeen tavoitteena on myös toimia apuvälineenä puikkovenytyshoidosta nuorille kerrottaessa.

8 KEHITTÄMISTYÖ PROSESSINA

Kehittämistyö on toiminnallinen työ, jonka tuotoksena kehitetään jokin tuote tai tapahtuma (Liukko 2012). Tuotosten taustalla tulee olla teoria, johon tuotosten kehitys pohjautuu (Kananen 2012, 19). Kehittämistyö muodostuu yleensä kahdesta osiosta: kehitettävästä tuotoksesta ja sen prosessia kuvailevasta kirjallisesta raportista (Liukko 2012). Tämän kehittämistyön tuloksena valmistui kaksi tuotosta: potilasohje puikkovenytshoidosta sekä hoidon etenemisen seurantalomake. Kehittämistyö on nelivaiheinen prosessi (kuvio 4), jonka vaiheet ovat orientoituminen, suunnittelu, toteutus sekä viimeistely ja julkistaminen, johon sisältyy kehittämistyön arviointi (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011).



KUVIO 4. Opinnäytetyöprosessi opiskelijan toimintana (mukaillen Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.)

Kehittämistyön pohjana on muutostarve ja sillä tavoitellaan muutosta parempaan (Kananen 2012, 19). Kehittämistyö toteutettiin työelämän tarpeesta yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Naisten poliklinikan kanssa. KYS:n Naisten poliklinikalla oli tarve potilasohjeelle ja hoidon seurantalomakkeelle, koska aiemmin he käyttivät TAYS:n potilasohjetta ja halusivat sen tilalle oman ohjeen. Sisällöllisesti he halusivat siihen syvällisempää tietoa muun muassa nuoruusiästä ja seksuaalisuudesta. He käyttävät poliklinikalla potilasohjetta puikkovenytshoidon ohjauksen tukena. Poliklinikkakäynnin jälkeen nuori nainen saa pitää potilasohjeen, johon

hän voi myös kotona tutustua lisää. Naisten poliklinikalla ei ole aiemmin ollut käytössä heidän toivomaansa hoidon seurantalomaketta, koska TAYS:n potilasohjeessa sitä ei ole. Sen avulla hoitajien on helpompi seurata puikkovenytyshoidon etenemistä, kun nuori kirjaa emättimen pituuden muutokset seurantalomakkeelle. Nuoren on myös itse helpompi hahmottaa oma edistymisensä. Hoidon tulosten näkyvillä oleminen motivoi nuorta jatkamaan hoitoaan.

8.1 Kirjallisuuskatsaus aineiston keruumenetelmänä

Osaksi kehittämistyötä kuuluu aineiston keruu. Keruumenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus, josta kehittämistyön teoreettinen viitekehys muodostui. Sen avulla hahmotimme kehittämistyön aihepiirin kokonaisuutta ja selvitimme, kuinka paljon aihealueesta oli olemassa tutkimustietoa, millaisista näkökulmista aihetta oli edeltävästi tutkittu ja millaisin menetelmin. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 117.) Käytimme kirjallisuuskatsausta apuna kootessamme teoriaosaa. Kehittämistyön tuotoksissa eli potilasohjeessa ja hoidon seurantalomakkeessa oleva teoretieto pohjautuu kehittämistyömme teoriaosaan. Keskeisinä käsitteinä teoriassa olivat synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, nuoren naisen seksuaalisuus, emättimen dilataatio puikkovenytyksellä sekä laadukas potilasohjaus. Teoria muodostui keskeisten käsitteiden ympärille käsitellen nuoruusiän fyysistä ja seksuaalista kehitystä, emättimen anatomiaa ja synnynnäisiä emättimen kehityshäiriöitä, MRKH-oireyhtymää, emättimen puikkovenytyshoidon ohjausta sekä seksuaalisuuden huomioimista puikkovenytyshoitoprosessin aikana.

Kehittämistyössä oleva teoretieto pohjautui aiheeseen liittyvään kotimaiseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen, eri tutkimuksiin ja internetistä koottuun tietoon. MRKH-oireyhtymää ja puikkovenytyshoitoa käsittelevä aineisto rajattiin vuoden 2000 jälkeen julkistettuihin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Kävimme systemaattisesti kirjallisuuskatsauksen avulla läpi kaikki vuoden 2000 jälkeen julkaistut tutkimukset ja artikkelit, joissa aihepiireinä olivat MRKH-oireyhtymä ja puikkovenytyshoito. Jos olisimme tehneet tiukemman rajauksen, olisi käytössämme ollut liian vähän aineistoa. Aineistoa ei ollut saatavilla runsaasti, koska MRKH-oireyhtymää ja synnynnäisen emättimen kehityshäiriön hoitomuotoja on tutkittu suhteellisen vähän. Laajemmalla rajauksella saimme monipuolista tietoa, jonka avulla pystyimme takaamaan tiedon paikkansa pitävyyden.

Aineistomme koostui pääasiassa kansainvälisistä tutkimuksista, koska kotimaista aineistoa ei ollut saatavilla kuin parin tutkimuksen verran ja nekin olivat jo aikarajauksemme ulkopuolella. Tämän vuoksi aineiston etsiminen tuotti hieman hankaluuksia, koska tuntui, että emme löydä lähes mitään aiheeseemme liittyen suomen kielellä. Lopulta löysimme kuitenkin muutaman suomenkielisen artikkelin aiheestamme. Seksuaalisuutta ja potilasohjausta on sen sijaan tutkittu runsaasti sekä kotimaassa että ulkomailla, joten niitä koskevan aineiston rajaaminen oli jo haasteellisempaa ja edellytti lähdekriittisyyttä. Lähdekriittisyys toteutui keräämällä tietoa useasta eri

lähteestä ja vertailemalla eri lähteiden sisältöä. Käytimme pääosin alkuperäislähteitä, joissa tiedon tuottaja on ollut kirjoittaja itse. (Rongas 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen systemaattinen tiedonhaku näkyy kehittämistyössämme erilaisten tietokantojen käyttönä. Aineiston kokoamisen tavoitteena oli saada luotettavaa ja näyttöön perustuvaa aineistoa, kuten hoitotieteiden kansainvälistä kirjallisuutta ja tutkimuksia. Aineiston koostamiseksi käytimme hyödyksi Cinahl-, PubMed-, Cochrane Library -, ScienceDirect- ja Aapeli-tietokantoja. Lisäksi hyödynsimme internetin hakukoneita. Asiasanoja haettiin suomalaisesta lääketieteen asiasanastosta FinMeSh:stä sekä yleisestä suomalaisesta asiasanastosta YSA:sta. Asiasanojen löytäminen tuotti vaikeuksia, koska sekä suomeksi että englanniksi MRKH-oireyhtymän ja synnyntäisestä emättimen kehityshäiriöstä käytetään useita eri nimikkeitä. Kampuskirjaston informaattikon avulla onnistuimme löytämään myös englanniksi oikeita asiasanojen yhdistelmiä. Hakusanoina kokeilimme yrityksen ja erehdyksen kautta monia asiasanoja ja niiden yhdistelmiä. Käytimme muun muassa seuraavia hakusanoja: nainen, naiseus, nuoret, emätin, laajentaminen, potilasohjeet, seksuaalisuus, vagina, dilatation, therapy ja syndrome.

8.2 Kehittämistyön toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessin **orientoitumisvaihe** alkoi osaltamme keväällä 2015. KYS:n nettisivuilla olevasta opinnäytetöiden aihepankista huomasimme vapaana olevan aiheen ”potilasohje ja potilaille annettava seurantavihko dilataatio-ohjauksesta Naisten poliklinikalla muun muassa Müller-syndroomapotilaille, joilla on synnyntäinen kohdun puuttuminen”. Päätimme tarttua mielenkiintoiseen ja meille tuntemattomaan aiheeseen, koska se liittyi naisten seksuaalisuuteen ja naistentauteihin, jotka ovat tärkeitä meidän tulevan ammattimme eli kättilön osaamisalueita.

Suunnitteluvaiheessa kesällä 2015 tapasimme KYS:n Naisten poliklinikalla yhteistyökumppanimme eli uroterapeutin ja hänen työparinaan toimivan kättilön. Keskustelimme alustavasti aiheestamme, jotta osaisimme lähteä suunnittelemaan teoriaosuutta ja potilasohjetta oikeaan suuntaan. Koska MRKH-oireyhtymä ei ollut meille aiemmin tuttu, tästä tapaamisesta oli todella hyötyä ja se helpotti työn aloittamista. Saimme heiltä ensimmäisellä tapaamiskerralla malleja potilasohjeista, esimerkiksi TAYS:n potilasohjeen, joka käsitteli meidän aiheitamme. Lisäksi he kertoivat, millaisen potilasohjeen haluavat ja ehdottivat meille potilasohjeeseen teemoja. Aluksi suunnitelmana oli tehdä potilasohjeesta erillinen seurantavihko hoidon etenemisen seuranta varten. Seurantavihkoon yhteistyökumppanimme toivoi taulukkoa, johon ohjattava voi kirjata emättimen pituuden, käyttämänsä puikon koon sekä omia ajatuksia. Aluksi keskityimme tekemään teoriaosiota potilasohjetta varten. Jätimme tämän vuoksi seurantavihon tekemisen myöhempään ajankohtaan, koska sen tekeminen tuntui yksinkertaisemmalta ja mahdolliselta toteuttaa nopeasti myöhemmin.

Työsuunnitelman esitystilaisuudessa joulukuussa 2015 yleisö esitti hyviä huomioita ja kysymyksiä aiheestamme koskien. Huomasimme, että emme osanneet kertoa tarpeeksi ymmärrettävästi aiheestamme, joka on suurimmalle osalle tuntematon. Työmme sisältää monia vaikeita termejä, jotka myöhemmin ilmaisimme selkeämmin. Aikaisemmin otsikkomme oli ”Dilatataatiohoito ja sen indikaatiot – laadukkaan potilasohjauksen haasteet”. Otsikossamme oli aiemmin vain sana dilatatiohoito, mitä jälkeenpäin täsmensimme emättimen dilatatiohoidoksi. Kohderyhmämme, nuoret naiset, ei myöskään tullut selkeästi esille otsikosta, minkä vuoksi tarkensimme sitä. Työsuunnitelmavaiheessa haasteenamme oli meille uusien asioiden esittäminen selkeästi ja ymmärrettävästi. Työsuunnitelmaseminaarin yleisö ja meidän opponenttimme kiinnittivät huomiota, ettemme kertoneet esimerkiksi MRKH-oireyhtymästä ja synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä tarpeeksi ymmärrettävästi. Näiden palautteiden pohjalta muokkasimme työtämme selkeämmäksi ja muutimme työn nimen helpommin ymmärrettäväksi.

Kehittämistyön **toteuttamisvaiheessa** jaoimme aihealueet teoriapohjan kirjoittamista varten, jotta meidän oli mahdollista työskennellä mahdollisimman itsenäisesti. Teimme kuitenkin tiivistä yhteistyötä lukemalla toistemme kirjoittamia tekstejä ja annoimme toisillemme palautetta. Tällä tavoin kykenimme etenemään prosessissa ja saamaan aikaan yhteensopivaa ja laadukasta tekstiä. Alkuvuodesta 2016 aloimme suunnitella potilasohjetta ja hoidon seurantavihkoa, kun kehittämistyön teoriaosa oli hyvällä mallilla. Alustavasti olimme suunnitelleet saavamme teoriaosuuden valmiiksi kevään 2016 loppuun mennessä, jotta pystyisimme keskittymään sen jälkeen ainoastaan tuotosten luomiseen. Laajensimme teoriaosuutta useaan otteeseen potilasohjetta tehdessä, kun huomasimme, että emme sen hetkisen teorian pohjalta saa riittävästi syvyyttä ja tietoa potilasohjeeseen. Teoriaosuutta muokkasimme aivan loppuun saakka potilasohjeen tarpeiden mukaan.

Tammikuussa 2016 tapasimme uudestaan yhteistyökumppanin kanssa. He antoivat hyviä lisävinkkejä siihen, mitä asioita tuotoksista tulee löytyä. Se helpotti merkittävästi meidän teoriamme kohdistamista tiettyihin aiheisiin sekä tuotosten ensimmäisten versioiden suunnittelua. Aihe avautui meille vielä paremmin, kun aiheesta oli meillä jo paljon teoriatietoa ja se syventyi, kun saimme tutustua venytyspuikkoihin. Lähdimme työstämään potilasohjetta teorian sekä TAYS:n ohjeen pohjalta. TAYS:n ohjeesta löytyi yhteistyökumppanin mukaan hyvät teemat, jotka he halusivat laajempina myös omaan ohjeeseensa. Ensimmäisenä ajatuksena meillä oli tehdä potilasohjeesta keskeltä taitettava vihkomainen tuotos, mutta totesimme, että A4-kokoiset pystysuunnassa olevat sivut toimivat tuotoksessamme paremmin. Tällä tavoin yksi teema mahtuu aina yhdelle sivulle ja potilasohje on tyylikäs ja helppolukuinen.

Seurantavihkoa suunnitellessa totesimme yhteistyökumppanin kanssa, että siitä tulisi irrallinen yksinään ja sisällöllisesti se ei ollut mielestämme riittävä vihoksi. Tämän vuoksi luovuiimme vihkoideasta ja teimme siitä seurantalomakkeen, jonka päätimme liittää potilasohjeen loppuun.

Seurantalomakkeen suunnittelu vei meiltä yllättävän paljon aikaa, koska meillä ei ollut siihen mitään mallia. Kokeilimme erilaisia taulukkoratkaisuja ja miten sijoittaa järkevästi sarakkeet käytetyn puikon koosta, emättimen pituudesta ja tilasta nuoren omille ajatuksille. Puikkoveny-tyshoito kestää noin vuoden, joten teimme seurantalomakkeeseen rivejä reilusti, jotta hoidon seurannalle on tilaa reilun vuoden ajaksi. Seurantalomakkeeseen nuori kirjaa noin kerran kuussa emättimensä pituuden, jonka hän on mitannut joko venytyspuikosta arvioimalla tai mittanauhallalla mittaamalla. Seurantalomakkeeseensa on omat sarakkeensa venytykseen käytetyn venytyspuikon koolle sekä nuoren ajatuksille ja tuntemuksille hoitoon liittyen. Valitsimme hoidon seurantalomakkeeseen kyseiset asiat Naisten poliklinikan toiveiden pohjalta, koska ne helpottavat hoidon edistymisen seurantaan hoitohenkilökunnan taholta.

Halusimme tehdä potilasohjeesta ja hoidon seurantalomakkeesta nuorekkaan, koska ne on suunnattu pääasiassa 16–22-vuotiaille nuorille naisille. Koostimme potilasohjeen lyhyistä kappaleista, joiden alussa on kuvaavat otsikot. Halusimme saada aikaan nuorekkaat ja yksilölliset tuotokset kuvien, fontin ja kirjoitusasun avulla. Halusimme kuvien olevan itsetehtyjä ja pohdimme, kuka voisi haluamme kuvat toteuttaa. Sisustusarkkitehtuurin ja kalustemuotoilun opiskelija Roope Kumpulainen Savonia-ammattikorkeakoulusta toteutti meille pyynnöstämme muutamien kuvien venytyspuikoista ja hän loi myös kuvituksen potilasohjeeseen. Fonttina käytimme helppolukuista ja hieman epävirallisempaa, mutta juuri sen vuoksi mielestämme nuorekasta Maiandra GD:tä. Fontin pistekoko on tekstissä 11 ja otsikoissa 12 tai 14. Potilasohje sinuttelee lukijaansa, jotta teksti tuntuu lukijaa puhuttelevalta. Sinuttelu tuo potilasohjeeseen nuorekkuutta ja lisää sen sisällön henkilökohtaisuutta. (Parkkunen ym. 2001, 14.)

Tuotoksia arvioitiin opinnäytetyöprosessin aikana pariin kertaan. Ensimmäisen version potilasohjeesta ja hoidon seurantalomakkeesta toimitimme Naisten poliklinikalle toukokuussa 2016. Kesän aikana yhteistyökumppani antoi meille palautetta ja toivoi tuotoksiin lisää syvyyttä ja lämminhenkisyyttä. Teimme palautteen pohjalta paljon muutoksia ja potilasohjeesta tuli korjausten myötä pidempi ja heidän tarpeitaan paremmin palveleva. Syyskuussa lähetimme tuotokset uudelleen arvioitavaksi yhteistyökumppanille. Yhteydenpito yhteistyökumppanin eli KYS:n Naisten poliklinikan kanssa oli koko opinnäytetyöprosessissa tärkeässä roolissa, jotta tuotoksista tuli heidän tarpeitaan palvelevia.

Potilasohjeesta ja hoidon seurantalomakkeesta tuli kansilehtineen pituudeltaan yhteensä 7 A4-kokoista sivua. Kansilehdelle halusimme kauniin ja tyylikkään kukka- tai luontoaiheisen kuvan, koska erilaisiin potilasohjeeseen tutustuessa huomasimme, että usein potilasohjeissa on kukkaaiheisia kuvia. Etsimme kuvia internetistä ja lopulta päädyimme siihen, että haluamme kuvan lumpeesta, jonka Kumpulainen meille toteutti. Kannessa on myös Tove Janssonin toivoa luova aforismi "Maailma on täynnä suuria ihmeitä sille, joka on valmis ottamaan niitä vastaan." Potilasohje koostuu teoriaosuudesta, joka on kolme sivua. Aihealueiksi valitsimme synnynnäisen

emättimen ja kohdun puuuttumisen, nuoren naisen seksuaalisuuden ja lapsettomuuden, koska ne teemat yhteistyökumppani halusi potilasohjeeseen sisällyttää. Teoriaosuuden jälkeen potilasohjeesta löytyy ohje emättimen laajentamiseen sekä havainnollistavat kuvat venytyspuikoista. Potilasohjeen lopusta löytyvät hoidon seurantalomake, Naisten poliklinikan yhteystiedot ja potilasohjeen tekijöiden nimet.

Viimeinen vaihe opinnäytetyöprosessissa on **viimeistely ja julkistamisvaihe**, johon kuuluu kehittämistyön tuotosten esittäminen KYS:n Naisten poliklinikalla, jotta he osaavat ottaa ne käyttöönsä parhaaksi näkemällään tavalla. Molemmat tuotokset, potilasohje ja hoidon seurantalomake, julkaistaan KYS:n intranetissä ja ne ovat sähköisessä muodossa olevia Word-tiedostoja. Ne ovat väritykseltään mustavalkoisia, joten ne ovat helposti tulostettavia tai kopioitavia. Jos tuotokset olisivat värillisiä, ulkoasu kärsisi mustavalkotulosteena. Tuotosten tuottamisesta ei aiheutunut kustannuksia yhteistyökumppanille. Naisten poliklinikalle annetaan lupa muokata ja päivittää potilasohjetta ja seurantalomaketta tarpeen mukaan, kunhan alkuperäisen tuotoksen tekijöiden nimet mainitaan päivitetyissä versioissa.

9 POHDINTA

9.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyö on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, kun se on toteutettu hyvä tieteellinen käytäntö huomioiden (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä ja yleisesti hyväksytyjä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tutkijoiden on hallittava johdonmukaisesti. Tiedonhankinnassa hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan tiedon hankintaa oman alan tieteellisestä kirjallisuudesta sekä asianmukaisista tietolähteistä. Rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus ovat edellytyksiä hyvän tieteellisen käytännön toteutumiseksi. (Vilka 2015, 41–42.) Hyvä tieteellinen käytäntö toteutuu kehittämistyössämme ja tuotoksissamme.

Tiedon, joka on luotettavaa, tulee sisältää seuraavat kuusi ominaisuutta: objektiivisuus, testattavuus ja toistettavuus, julkisuus, kriittisyys, edistyvyys ja autonomisuus. Kehittämistyössä objektiivisuus näkyy siten, että kirjoittajat eivät ole ilmaisseet omia mielipiteitään tekstissä. Työmme toistettavuus perustuu käyttämiimme aineistoihin, joista löytyy sama tieto kuin luomastamme teoriasta. Tietomme on julkista, koska KYS:n Naisten poliklinikka käyttää tuotoksiamme ohjaamisen tukena. Lisäksi valmis kehittämistyö julkaistaan Theseus-tietokannassa. Kehittämistyön teorian tieto on muodostettu kriittisesti; olemme tarkoin harkinneet ja arvioineet, mitkä lähteet ovat luotettavia ja sopivia työmme lähteiksi. Kehittämistyön edistyvyys tulee esille mahdollisimman uusien aineistojen käyttönä. (Kananen 2012, 163–164.) Tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uusimmat painokset ja julkaisut sisältävät uuden tiedon lisäksi aiemmin tutkitun tiedon. Kehittämistyön luotettavuudesta huolehdimme käyttämällä mahdollisuuksien mukaan alkuperäisiä julkaisuja, joissa tiedon paikkansapitävyys on todennäköisin. (Vilka ja Airaksinen 2003, 72–73.) Kehittämistyö on autonominen, koska se ei ole saanut ulkopuolisia vaikutteita esimerkiksi venytyspuikkoyrityksiltä (Kananen 2012, 164).

Käytimme kehittämistyössämme tiedonkeruumenetelmänä kirjallisuuskatsausta, jossa aineistojen pohjalta teimme tulkintoja tekstistä. Tekstiä tulkittaessa on aina olemassa väärin ymmärtämisen mahdollisuus (Kananen 2012, 173–174). Halusimme välttää väärinymmärtämisen mahdollisuuden ja perehdyimme useisiin eri aineistoihin, joista kehittämistyömme koostuu. Työtä tehdessämme käytimme monissa lähteissä toistuvien kirjoittajien julkaisuja. Kun tekijän nimi toistuu useissa julkaisuissa, on hänellä todennäköisesti alalla auktoriteettia ja tietoperustaa. (Vilka ja Airaksinen 2003, 72–73.) Varmistaaksemme teorian paikkansapitävyyden, annoimme kehittämistyön luettavaksi asiasta tietävälle taholle eli yhteistyökumppanille (Kananen 2012, 174). Lisäksi annoimme kehittämistyön eri versioita luettavaksi opponenteille, ohjaavalle opettajalle ja ystävillämme, joilta saimme palautetta, oliko teoria helposti ymmärrettävä, vaikka aihe oli suurimmalle osalle tuntematon.

Vaikka lähteeseen ja sen antamaan tietoon suhtautuu kriittisesti, ei se ole epäkunnioittavaa käytöstä tiedon tuottajaa kohtaan (Vilkkä 2015, 42). Tiedonhankinnassa jouduimme suhtautumaan kriittisesti ulkomaalaisiin tutkimuksiin. Niitä tarkastellessa meidän tuli ottaa huomioon Suomen hoitokäytänteet, esimerkiksi lapsettomuuden hoidoissa. Nainen, jolla on MRKH-oireyhtymä, voi saada biologisia lapsia sijaissyntyttäjän avulla. Suomen lain mukaan sijaissyntyttäjän käyttö ei ole mahdollista, joten biologisten lasten saaminen on mahdotonta. Kehittämistyötä tehdessä kriittinen suhtautuminen ulkomaalaisten lähteiden hoitolinjauksiin oli tärkeää, jottei kehittämistyöstä noussut esille ristiriitaista tietoa, jota ei voi käytännössä Suomessa toteuttaa.

Muita tutkijoita tulee kunnioittaa ja ottaa heidän saavutuksensa huomioon tekemällä tarkat lähdeviitteet ja esittämällä omat ja toisten päätelmät oikeassa valossa. Kehittämistyössämme lähdeviitteet ovat huolellisesti tehtyjä ja kaikki tekstissä mainitut aineistot löytyvät lähdeluettelosta. Siirsimme paljon tekstiä tutkimussuunnitelmastamme lopulliseen raporttiin, mutta muokkasimme sitä paljon sen jälkeen. Tarkistimme työn lähdeviitteet tekstin työstämisen jälkeen, mikä lisää kehittämistyön luotettavuutta. (Vilkkä 2015, 42 ja 45.)

Kehittämistyömme on luotettava, koska siinä on toteutettu riittävän tarkkaa dokumentaatiota. Dokumentoinnissa lukijalle avataan työn aikana tehdyt valinnat ja tiedonkeruumenetelmät, jolloin ne luovat uskottavuutta työlle. Kehittämistyössä tarkka dokumentaatio koostuu kehittämissuunnitelman vaiheiden, lähtötilanteen ja lopputuleman sekä menetelmien tarkasta kuvailusta. (Kananen 2012, 165.) Olemme avanneet kirjallisuuskatsauksen systemaattisessa tiedonhaussa käyttämämme asiasanat ja tietokannat, jotta tiedonhakuprosessi oli mahdollisimman läpinäkyvä. Läpinäkyvyyden ansioista kaikkien asiasta kiinnostuneiden on mahdollista löytää käyttämämme aineisto. (Mäkelä ja Punkari 2015.)

Kehittämistyömme prosessi eteni Savonian opinnäytetyöprosessikuvauksen mukaisella tavalla. Hankkeistamissopimusten allekirjoitus ja tutkimusluvan hakeminen tekivät kehittämistyöstämme virallista ja luvallista. Kuvaamme kahdeksannessa luvussa ”Kehittämistyö prosessina” lähtötilanteemme, työmme etenemisen vaiheet, tiedonkeruussa käyttämämme menetelmät sekä kehittämistyön tuotokset. Luotettavuuden lisäämiseksi olemme esittäneet perustelut kehittämistyön aikana tehdyille valinnoille. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että pienellekin tutkimukselle on laadittava huolellinen tutkimussuunnitelma, tehtävä laadukas raportti ja sitä vastaavat tuotokset (Vilkkä 2015, 45). Kehittämistyömme pohjana oli huolella tehty tutkimussuunnitelma, joka ohjasi raportin tekemistä. Raportissa olevan laadukkaan teorian pohjalta oli helppo työstää laadukas potilasohje ja hoidon seurantalomake.

Kehittämistyön tuotosten eettisyyttä voi pohtia niiden sisällön pohjalta. Lähestyimme tuotosten sisältöä huomioiden aiheen herkkäluontoisuus. Teimme parhaamme, että potilasohje ei loukkaa

lukijoitaan, vaan tarjoaa voimavaroja hoitoprosessin ajaksi. Mietimme potilasohjeen sisältöä ja kieliasua huolellisesti, koska se sisältää monia eettisesti haastavia aihealueita. Käsittelimme potilasohjeessa nuorten naisten seksuaalisuutta ja lapsettomuutta nuoren näkökulmasta eli huomioimme kohderyhmän.

Valitsimme lapsettomuuden yhdeksi osa-alueeksi potilasohjeeseen yhteistyökumppanin toiveesta. Potilasohje annetaan puikkovenytyshoidon alussa, kun ohjattava on nuori ja lasten saaminen ei yleensä ole vielä ajankohtaista. Lapsettomuus on monelle iso asia, koska lasten saaminen kuuluu monen tulevaisuuden suunnitelmiin. Asian läpikäyminen on pitkä prosessi. Lapsettomuus on hyväksyttävä osaksi itseään, ja sen läpikäyminen on hyvä aloittaa jo hoitosuhteen alussa. Koimme haastavaksi tyylin, jolla voimme tuoda lapsettomuuden esille valitsemallemme kohderyhmälle. Erityisesti pohdimme, oliko sijaissynnyttäjän esille tuominen eettisesti oikein, koska sijaissynnyttäjän käyttö ei ole tällä hetkellä Suomessa laillista. Munasarjojen ollessa toimintakykyiset nainen voisi saada biologisia lapsia, jos Suomen laki olisi erilainen. Meillä oli riskitietoisia ajatuksia, herättelemmekö tiedolla toivoa, joka ei voi Suomessa toteutua. Toisaalta ajattelimme, että on väärin olla kertomatta mahdollisuudesta saada biologisia lapsia sijaissynnyttäjän avulla. Se voi olla mahdollista esimerkiksi naisen muuttaessa ulkomaille tai Suomen lain muuttuessa.

Potilasohje kohdennettiin pääasiassa 16–22-vuotiaille nuorille naisille. THL:n vuonna 2015 tekemän kouluterveyskyselyn mukaan lukioiässä huomattavasti useampi nuori nainen oli ollut yhdynnässä verrattuna peruskouluikänsä, joten voidaan ajatella yhdyntöjen tulevan ajankohtaisiksi noin 16–19-vuotiaana (THL 2016). Rajaustamme vahvisti se, että kuukautisten puuttumisen diagnoisointi tehdään viimeistään 16-vuotiaana. MRKH-oireyhtymä on saatettu todeta myös aiemmin, mutta nuori ei ole vielä valmis yhdyntöihin, joten emättimen venyttäminen venytyspuikolla ei ole hänelle ajankohtaista. Suuntaa-antavaksi ylärajaksi asetimme 22 vuotta, koska nuoruusikä päättyy sinä ikävuotena ja osalle nuorista naisista emättimen venyttäminen ja yhdynät tulevat ajankohtaisiksi vasta myöhemmin kuin 16-vuotiaana. Koimme, että nuorekas potilasohje toimii vielä hieman yli 20-vuotiaille olematta lapsellinen. Mielestämme onnistuimme tekemään kohderyhmälle sopivan potilasohjeen, jota havainnollistavat ja piristävät kuvat täydentävät.

Potilasohjeesta olisimme saaneet syvällisemmän ja kokemusperäisemmän, jos olisi olemassa aineistoa liittyen nuorten naisten tuntemuksiin ja ajatuksiin synnynäisestä emättimen kehityshäiriöstä ja puikkovenytyshoidosta. Esimerkiksi puikkovenytyshoitoon liittyvästä kivusta olisimme halunneet tietää enemmän. Emme saaneet kokemuksellista tietoa, koska sellaista aineistoa aiheesta ei ollut saatavilla. Lisäksi potilaiden haastatteleminen ei ollut meille mahdollista, koska hoitosuhteessa olevia potilaita ei saanut haastatella.

9.2 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Kehittämistyön aloitus tuntui haastavalta, koska aiheesta löytyi hyvin vähän tietoa suomen kielellä. Tästä heräsi ajatus, kuinka vaikeaa nuorten naisten ja heitä ohjaavien ammattihenkilöiden on saada tietoa aiheesta suomeksi. Jatkotutkimuksena aiheesta voisi tehdä kyselytutkimuksen nuorille naisille. Tutkimus voisi keskittyä nuorten naisten tunteisiin ja ajatuksiin liittyen synnyntäiseen emättimen kehityshäiriöön ja puikkovenytyshoitoon ja niiden vaikutukseen heidän seksuaaliseen kehitykseensä. Koemme, että tällaiselle tiedolle olisi tarvetta. Kyselytutkimuksen toteuttaminen voi olla oireyhtymän harvinaisuuden vuoksi haastavaa toteuttaa luotettavasti, koska mahdollisten haastateltavien lukumäärä on pieni.

Venytyspuikkojen mukana tulee englanninkielinen käyttöohje puikkojen hoidosta, jonka mekin saimme KYS:ltä. Video olisi helpompi ymmärtää, jos se olisi suomenkielinen. Video on CD-levyllä, joten kaikkien ei ole mahdollista katsoa sitä, jos tietokoneessa ei ole CD-asemaa. Vaihtoehtoisesti video voisi löytyä internetistä, jossa se olisi kaikkien saatavilla. Videon toteuttaminen onkin yksi kehittämisehdotuksemme.

Kolmantena ehdotuksena on kuvallinen puikkovenytyksen toteutusohje. Se selkeyttäisi hoidon ohjaamista ja siten nuori hahmoittaisi helpommin, miten puikkovenytystä toteutetaan. Ohje voisi olla sarjakuvamainen ja kertoa loogisessa järjestyksessä puikkovenytyksen vaiheet.

9.3 Kehittämistyöprosessin analysointi ja oma oppiminen

Kättilö on terveyden edistämisen ja seksuaaliterveyden asiantuntija. Kättilön työnkuvaan kuuluu tukea eri elämänvaiheissa olevia naisia ja auttaa heitä kohtaamaan oma kehityshäiriönsä. (Savonia 2016.) Valmistumme kättilöiksi, joten naisen seksuaalisuuden ja fyysisten ja psyykkisten voimavarojen tukeminen kuuluu osaksi ammattiosaamistamme. Kehittämistyön ansiosta kasvoimme ammatillisesti ja osaamme nyt kohdata ja tukea nuoria naisia, joilla on todettu synnyntäminen emättimen kehityshäiriö. Yhteiskunnallisesti aihe on tärkeä, koska jokaisen nuoren naisen tulee saada kokea itsensä täysivertaiseksi naiseksi synnyntäisestä emättimen kehityshäiriöstä huolimatta. Emättimen puikkovenytyshoidolla voidaan mahdollistaa yhdynnät ja vahvistaa nuoren itsetuntoa. Aihe oli merkittävä yhteistyökumppanille, koska heillä oli tarve kehittämistyön tuotoksille. Oman potilasohjeen ja täysin uuden hoidon seurantalomakkeen ansiosta he voivat jatkossa kehittää puikkovenytyshoidon ohjaamista.

Kehittämistyöprosessi kesti yli puolitoista vuotta, jonka aikana kehityimme useilla eri osa-alueilla. Sen ansiosta osaamme tehdä kehittämistyön ja käyttää kirjallisuuskatsausta aineiston keruumenetelmänä. Tiedämme kehittämistyön prosessiin liittyvät vaiheet ja osaamme työstää

isoa aihekokonaisuutta. Tuntemattomaan aiheeseen tarttuminen vaati meiltä syventymistä aiheeseen ja koemme sen opettaneen meitä. Osaamme etsiä tietoa harvinaisemmastakin aiheesta ja käyttää ulkomaisia lähteitä aineistona. Koemme osaavamme paremmin käyttää erilaisia tietokantoja tiedonhaussa. Tärkeintä työmme kannalta oli, että opimme luomaan kohde-ryhmälle sopivan potilasohjeen, jonka teoria pohjautuu luotettavaan tietoon.

Kätilö edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja toimii hoitotyön asiantuntijana (Savonia 2016). Näyttöön perustuva potilasohjaus on yksi keskeinen kätilötyön menetelmä. Kehittämistyöprosessin kautta ymmärryksemme ohjauksen merkityksestä nuoren naisen hoitotyössä laajeni. Samankäisten nuorten naisten kehitystaso voi olla eri vaiheissa, minkä takia heitä tulee ohjata yksilöllisesti kehitystaso huomioiden. Ymmärrämme, että jokainen nuori nainen suhtautuu kehityshäiriödiagnosiin omalla tavallaan. Diagnoosin saamisen jälkeen nuori nainen itse määrittelee, koska on valmis aloittamaan puikkovenytyshoidon.

Kehittämistyöprosessin aikana asiantuntijuutemme synnynnäisestä emättimen kehityshäiriöstä ja sen hoidosta lisääntyi. Ennen kehittämistyön aloittamista tietämyksemme aiheesta oli vähäinen, mutta prosessin jälkeen tietopohjamme aiheesta on huomattavasti laajempi. Teimme kehittämistyöprosessin aikana yhteistyötä KYS:n Naisten poliklinikan kätilön, uroterapeutin ja lääkärin kanssa. Yhteistyötaitomme kehittyivät, kun toimimme yhdessä yhteistyökumppanin kanssa ja toteutimme heidän toiveidensa mukaiset tuotokset.

Ennen kaikkea opimme tekemään näin laajaa työtä parin kanssa. Kehittämistyön tekeminen haastoi meitä aikataulutuksessa ja koemme sen opettaneen meitä. Vastuun jakaminen onnistui kehittämistyötä tehdessä hyvin ja molemmat ottivat yhtä paljon vastuuta. Molemmilla oli hyvä motivaatio työtä tehdessä ja meillä oli selkeät yhteiset tavoitteet. Olimme tietoisia työparin tekemistä muutoksista ja pidimme toisemme ajan tasalla. Saimme kehittämistyöprosessin aikana huomata, että suunnitelmaa täytyi usein muokata tilanteiden muuttuessa. Opimme, että suunnittelu ja aikataulutus ovat tärkeitä, mutta niissä täytyy olla jouston varaa, jotta työn tekeminen on mielekästä. Tavoitteiden saavuttamisen kannalta liian tiukka aikataulu olisi estänyt työn huolellisen tekemisen ja mahdollisuuden ottaa etäisyyttä työhön.

LÄHTEET

- AALBERG, Veikko ja SIIMES, Martti 2007. Lapsesta aikuiseksi – Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö NEMO.
- ACOG 2013. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, and Treatment. Committee Opinion No. 562. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu: 2016-05-12]. Saatavissa: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/Mullerian-Agenesis-Diagnosis-Management-and-Treatment>
- AITTOMÄKI, Kristiina, EROILA, Hille ja KAJANOJA, Pauli 2001. A population-based study of the incidence of Müllerian aplasia in Finland. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-15]. Saatavissa: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(01\)01963-X/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(01)01963-X/pdf)
- ANSAMAA, Outi 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuten. Teoksessa: APTER, Dan, VÄISÄLÄ, Leena ja KAIMOLA, Kari (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
- BACH, Fiona, GLANVILLE, Julie M. ja BALEN, Adam H. 2011. An observational study of women with müllerian agenesis and their need for vaginal dilator therapy. *Fertility and Sterility*. 2011 Aug; 96 (2): 483-6.
- BEAN, E. J., MAZUR, T. ja ROBINSON A.D. 2009. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: Sexuality, Psychological Effects, and Quality of Life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2009; 22: 399–346.
- BILDJUSCHKIN, Katriina ja RUUHILAHTI, Susanna 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta -ammattillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- CACCIATORE, Raisa 2006. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa: APTER, Dan, VÄISÄLÄ, Leena ja KAIMOLA, Kari (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
- CALLENS, Nina, DE CUYPERE, Griet, DE SUTTER, Petra, MONSTREY, Stan, WEYERS, Steven, HOEBEKE, Piet ja COOLS, Martine 2014. An update on surgical and non-surgical treatments for vaginal hypoplasia. *Human Reproduction Update*, Vol. 20, No. 5 pp. 775–801, 2014.
- ETENE 2001. TERVEYDENHUOLLON EETTINEN NEUVOTTELUKUNTA. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-22]. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- GARGOLLO, Patricio, CANNON JR., Glenn, DIAMOND, David, THOMAS, Phaedra, BURK, Vicki ja LAUFER Marc 2009. Should Progressive Perineal Dilatation be Considered First Line Therapy for Vaginal Agenesis? *The Journal of Urology* 2009; 182 (Suppl): 1882–9.
- HALTTUNEN-NIEMINEN, Mervi 2011. Kuukautiskierron häiriöt. Teoksessa YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. painos. Helsinki: Duodecim.
- HEINONEN, Pentti 2000. Synnytyselinten kehityshäiriöiden diagnostiikka ja hoito. *Suomen lääkäri* 5/2000.
- HEINONEN, Pentti 2006. Emättimen ja kohdun synnynnäinen puuttuminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2006; 122:1767-1774. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-10]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95871.pdf>

- HERMANSON, Elina 2012. Adoptiovanhemmuus. Duodecim. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-09-16]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00204
- HERRALA, Helinä, KAHROLA, Tytti ja SANDSTRÖM, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.
- HIPPELÄINEN, Maritta 2016. Kohdun rakennepoikkeavuudet – vaikutus hedelmällisyyteen, milloin pyritään korjaamaan. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-25]. Saatavissa: <http://gynecologiyhdistys.fi/wp-content/uploads/2016/02/hippelainen.pdf>
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- HOLT, R. E. ja SLADE, P. 2003. Living with an incomplete vagina and womb: an interpretative phenomenological analysis of the experience of vaginal agenesis. *Psychology, Health and Medicine* 2003; 8: 19–33.
- HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-05-03]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>
- HÄRKÖNEN, Pirkko ja VÄÄNÄNEN, Kalervo 2011a. Alkion varhaisvaiheet ja naisen sukupuolielinten kehitys. Teoksessa YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. painos. Helsinki: Duodecim.
- HÄRKÖNEN, Pirkko ja VÄÄNÄNEN, Kalervo 2011b. Paramesonefrostiehyistä kohtu ja emätin. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-25]. Saatavissa: <http://www.oppiporssi.fi/op/njs00109/do>
- IHME, Anu ja RAINTO, Satu 2014. Naisen terveys - seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. 2. painos. Helsinki: Edita.
- IHME, Anu ja RAINTO, Satu 2015. Naisen terveys - seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. 3. painos. Helsinki: Edita.
- ISMAIL-PRATT, Ida S., BIKOO, Maligaye, LIAO, Lih-Mei, CONWAY, Gerard S. ja CREIGHTON, Sarah M. 2007. Normalization of the vagina by dilator treatment alone in Complete Androgen Insensitivity Syndrome and Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome. *Human Reproduction* Vol. 22, No. 7 pp. 2020–2024, 2007.
- ISO-KIVIJÄRVI, Marketta, KESKITALO, Outi, KUKKOLA, Katja, OJALA, Pia, OLSBO, Annikki, POHJOLA, Mervi ja VÄÄNÄNEN, Helena 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- KAJAN, Maija 2006. Naisen seksuaalianatomia ja fysiologia. Teoksessa: APTER, Dan, VÄISÄLÄ, Leena ja KAIMOLA, Kari (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
- KANANEN, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä - Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KEMPPAINEN, Virpi, HAATAINEN, Kaisa, TAAM-UKKONEN, Minna, PENTTINEN, Jorma, TURUNEN, Hannele ja MIETTINEN, Merja 2010. Potilasohjausprojektin (2208-2009) väliraportti. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 73/2010. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.
- KLEMETTI, Reija 2015. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari (toim.) 2015. Kättilötyö. 6. painos. Helsinki: Edita.

- KLEMETTI, Reija ja RAUSSI-LEHTO, Eija 2014. Edistä, ehkäise ja vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Tampere: Juvenes Print.
- KOISTINEN, Paula, RUUSKANEN, Susanna ja SURAKKA, Tuula 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1.-3. painos. Jyväskylä: Tammi.
- KORTENIEMI-POIKELA, Erja ja CACCIATORE, Raisa 2015. Seksuaalisuuden portaat. Helsinki: Opetushallitus.
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- KÄÄRIÄINEN, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulu University Press.
- LAHTINEN, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- LAKI HEDELMÖITYSHOIDOISTA, L 2006/1237. Finlex. Lainsäädäntö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237#L1P7>
- LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA, L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-22]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LIAO, Lih-Mei, CONWAY, Gerard S., ISMAIL-PRATT, Ida, BIKOO, Maligaye ja CREIGHTON, Sarah M. 2011. Emotional and sexual wellness and quality of life in women with Rokitansky syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011; 205:117.e1–6. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-05-12]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293781100322X>
- LITMANEN, Kirsi 2015a. Naisen sukupuolielimet. Teoksessa PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. 6. painos. Helsinki: Edita.
- LITMANEN, Kirsi 2015b. Sikiön kehitys. Teoksessa PAANANEN, Ulla, PIETILÄINEN, Sirkka, RAUSSI-LEHTO Eija ja ÄIMÄLÄ, Anna-Mari 2015. Kättilötyö. 6. painos. Helsinki: Edita.
- LIUKKO, Satu 2012. Opinnäytetyön raportointiohje. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-19]. Saatavissa: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyö/>
- LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- MAKKONEN, Katri ja PYNNÖNEN, Päivi 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus – haastava yhtälö. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim* julkaisu 2/2007. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-13]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96235.pdf>
- MDTI 2012. FEMMAX® Dilators/Trainers – Providing feminine care for women of all ages.
- MÄKELÄ, Marjukka ja PUNKARI, Kerttuli 2015. Käsitteitä. HTA-opas versio 1.0. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-11-03]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kasitteita>

- MÄKISALO, Heikki ja YLIKORKALA, Olavi 2015. Kohdunsiirto - varteenotettava mahdollisuus vai turhaa toivoa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2015; 131 (1): 10–11. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12017.pdf>
- NURMI, Pirjo 2009. Seksuaalisuuden kehitys ja sen tukeminen hoitotyössä. Teoksessa KOISTINEN, Paula, RUUSKANEN, Susanna ja SURAKKA, Tuula 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- PARKKUNEN, Niina, VERTIO, Harri ja KOSKINEN-OLLONQVIST, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 7/2001. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- PERHEHOITOLIITTO RY. Usein kysyttyä. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-09-16]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi/sijaisvanhemmuus/usein_kysyttya
- PIIPPO, Saira, MAKKONEN, Katri ja CACCIATORE, Raisa 2005. Tytön gynekologinen tutkiminen – monialainen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2015-11-08]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95186.pdf>
- RONGAS, Anne 2012. Tiedonhankinta ja käsittely. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-09-22]. Saatavissa: http://www.edu.fi/materiaaleja_ ja_tyotapoja/tvt_opetuksessa/mika_ihmeen_sosiaalinen_media/tiedonhankinta_ ja_kasittely
- ROUTASALO, Pirkko, PITKÄLÄ, Kaisu, AIRAKSINEN, Marja ja MÄNTYRANTA, Taina 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 2009; 125: 2351–9.
- RYTTYLÄINEN, K. ja VIROLAINEN, L. 2009. Lupa puhua. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: <http://www.seksologinenseura.fi/tiedostot/LupaPuhua.pdf>
- RYTTYLÄINEN, Katri ja VALKAMA, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- SAIRAAHOITAJALIITTO 2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-22]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittymisen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- SALANTERÄ, Sanna, VIRTANEN, Heli, JOHANSSON, Kirsi, ELOMAA, Leena, SALMELA, Marjo, AHONEN, Pia, LEHTIKUNNAS, Tuija, MOISANDER, Marja-Liisa, PULKKINEN, Marja-Leena ja LEINO-KILPI, Helena 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 17 (4), 217–228.
- SAVONIA 2016. Opetussuunnitelmat. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-10-10]. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=380>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2011. Opinnäytetyö-osaprosessikaavio.
- SUKULA, Seija 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa TORKKOLA, Sirkka 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.
- SUSI, Jaana 2014. Seksuaalineuvonnan toimintamalli Tays naistenklinikassa Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauserin oireyhtymä potilailla. Seksologinen aikakauskirja 1 (1) 2014. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: [http://seksologinenseura.fi/tiedostot/SeksologinenAikakauskirja_1\(1\).pdf](http://seksologinenseura.fi/tiedostot/SeksologinenAikakauskirja_1(1).pdf)
- TAYS 2013. TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA. Synnyttäminen emättimen ja kohdun puuttuminen – Kotihoito-ohje emättimen laajentamiseen.
- TERVEYDENHUOLTOLAKI, L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

- THL 2016. Kouluterveyskysely – ollut yhdyntässä. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu: 2016-07-19]. Saatavissa: http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/Indikaattorit/taulukot/kouluterveyskysely_yhdyntat.xls
- TIITINEN, Aila 2015. Normaalikuukautiskierto. Lääkärikirja Duodecim. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00158
- TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- TUORILA, Helena 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Duodecim 2013; 129: 666–71.
- TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu: 2016-09-22]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- VILKKA, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- VIRTANEN, Hannu 2002. Selko-opas. Tampere: Kehitysvammaliitto.
- VÄESTÖLIITTO 2016. Seksuaalioikeudet. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu: 2016-04-29]. Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/seksuaalioikeudet/>
- WILLEMSSEN, Wim ja KLUIVERS, Kirsten 2015. Long-term results of vaginal construction with the use of Frank dilation and a peritoneal graft (Davydov procedure) in patients with Mayer-Rokitansky-Küster syndrome. Fertility and Sterility 2015; 103: 220–227.

LIITE 1: POTILASOHJE JA HOIDON SEURANTALOMAKE



SYNNYNNÄINEN EMÄTTIMEN JA KOHDUN PUUTTUMINEN

Kotihoito-ohje emättimen laajentamiseen
ja hoidon seurantalomake



*"Maailma on täynnä suuria ihmeitä sille,
joka on valmis ottamaan niitä vastaan."*

– Tove Jansson

SYNNYNNÄINEN EMÄTTIMEN JA KOHDUN PUUTTUMINEN

Synnyynnäinen emättimen ja kohdun puuttuminen on harvinaista, mutta et ole ainoa. Suomessa syntyy vuosittain 5-10 tyttöä, joilta puuttuvat emätin ja kohtu. Emättimesi voi puuttua kokonaan tai sen tilalla voi olla pieni emättimen alku.

Hoitomuodoksi olet voinut valita leikkauksettoman puikkovenytyshoidon tai leikkaushoidon. Sinä olet valinnut puikkovenytyshoidon. Hoidon tarkoituksena on laajentaa emätintä. Hoidon onnistumiseksi oma motivaatiosi on tärkeää, koska se vaatii päivittäistä sitoutumista. Puikkovenytyshoito on pitkäkestoista ja kestää noin 3-7 kuukautta. [Lisätietoja leike](#)

Saavutettua emättimen pituutta voit ylläpitää jatkamalla puikkovenytyshoitoa satunnaisesti tai yhdyntöjen avulla. Yhdynnät voit aloittaa hoidon loppupuolella. Suojaamattomassa yhdynnässä on aina sukupuolitautilien tartuntariski. Kondomin avulla suojaudut sukupuolitaudeilta.

Hoidon aikana hoitaja opastaa ja tukee sinua kaikissa hoitoosi liittyvissä asioissa. Teet tiivistä yhteistyötä hoitajasi kanssa ja häneen voit aina ottaa yhteyttä, jos sinua mietityttää jokin asia hoitoosi liittyen. Hänen kanssaan voit keskustella muun muassa seurusteluun liittyvistä asioista, omista tunteistasi ja huolenaiheistasi.



SINUN SEKSUAALISUUTESI JA NAISEUTESI

Seksuaalisuus on osa persoonallisuuttasi ja se kehittyy koko elämäsi ajan. Nuoruudessa etsit itseäsi ja seksuaalisuutesi alkaa muotoutua.

Sinulla on todettu synnynnäinen emättimen kehityshäiriö, mutta se ei vähennä sinun naiseutesi arvoa. Arvosta itseäsi ja omaa kehoasi. Jokaisella naisella on omanlainen käsitys omasta naiseudestaan. Sinulla on oikeus itse määritellä naiseutesi ja mitä se sisältää. Anna itsellesi aikaa sisäistää kehityshäiriö osaksi omaa naiseuttasi ja seksuaalisuuttasi.

Jokainen kokee oman seksuaalisuutensa omalla tavallaan ja siihen liittyy monenlaisia tunteita. Tietoisuus kehityshäiriöstä saattaa aiheuttaa sinussa hämmennystä ja epävarmuutta. Kaikki tunteet ovat sallittuja ja saat käydä niitä läpi hoitajan kanssa. Sinulla on mahdollisuus myös keskustella seksuaaliterapeutin kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Tunteita läpikäymällä kasvat vahvemmaksi ja olet sinut itsesi kanssa.

Seurustelu voi jännittää sinua, mutta oikean kumppanin löydyttyä olet täydellinen hänelle juuri sellaisena kuin olet. Kumppanille kannattaa kertoa avoimesti kehityshäiriöstä ja puikkovenytyshoidosta, jotta hän pystyy tukemaan sinua. Emättimen kehityshäiriöstä kertominen voi tuntua sinusta haasteelliselta. Se on osa sinua ja sinua arvostava kumppani kyllä ymmärtää sen.

Seksuaalisuus on monimuotoista ja sitä voi ilmaista eri tavoin. Seksuaalisuuttasi voit ilmaista keskustelemalla, koskettamalla, ilmaisemalla tunteitasi ja osoittamalla rakkautta omalla tavallasi. Kumppanisi kanssa voitte nauttia toistenne läheisyydestä.

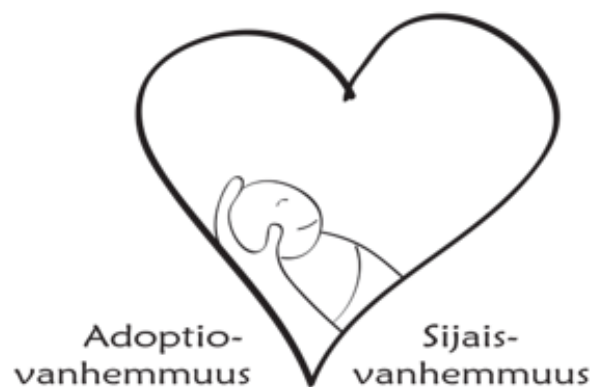
Yhdynnän lisäksi on myös muita tapoja osoittaa kiintymystäsi kumppaniin, esimerkiksi halailu, pussailu, hipsuttaminen ja hieronta. Tärkeintä on, että teistä molemmista tuntuu turvalliselta ja mukavalta. Sinulla on aina mahdollisuus sanoa ei.

Omaan seksuaalisuuteen kannattaa tutustua huolella, koska siitä voit saada voimavaroja elämän vaikeisiin hetkiin. Aloitat puikkovenytyshoidon, kun koet olevasi siihen valmis. Hoito etenee pikkuhiljaa ja vaatii sinulta pitkäjänteisyyttä. Välillä saatat kokea turhautumista, mutta saat voimaa, kun huomaat hoidon etenevän.

LASTEN SAAMINEN

Lapsettomuus vaikuttaa jokaiseen jollain tavalla ja sinä saat reagoida siihen omalla tavallasi. Se voi aiheuttaa sinussa vaikeita tunteita ja stressiä. Lapsettomuus vaikuttaa myös parisuhteeseesi. Siitä on hyvä keskustella kumppanin kanssa ja hakea tapoja käsitellä asiaa. Parhaassa tapauksessa asian käsittely ja keskustelu voivat vahvistaa parisuhdetanne.

Sikiö kehittyy kohdussa, joten ilman kohtua ei ole mahdollista saada biologisia lapsia. Toimivista munasarjoista on mahdollista ottaa munasolu, hedelmöittää se ja siirtää se sijaissyntyttäjän kohtuun kasvamaan. Suomen laki kuitenkin kieltää sijaissyntyttäjän käytön.



Voit tulla vanhemmaksi adoption tai sijaisvanhemmuuden kautta. Adoptiovanhemmuutta voit harkita, kun olet täyttänyt 25 vuotta. Adoptio on pitkäkestoinen prosessi ja se vaatii kärsivällisyyttä ja voimia. Lapsen voi adoptoida joko Suomesta tai ulkomailta.

Esimerkiksi www.adoptiperheet.fi – internetsivulta voit lukea lisää adoptiosta.

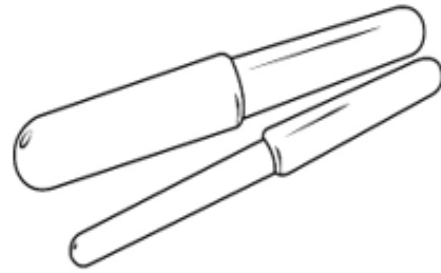
Sijaisvanhempana voit tarjota ehjän ja turvallisen kodin huostaan otetulle lapselle. Sijaisvanhemmuus edellyttää sitoutumista sijoitettavaan lapseen ja valmiuksia hoitaa ja suojella lasta.

Sijaisvanhemmuuden ajatuksena on, että voisit olla iältäsi sijoitettavan lapsen biologinen äiti.

Voit tutustua sijaisvanhemmuuteen www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi -internetsivulla.

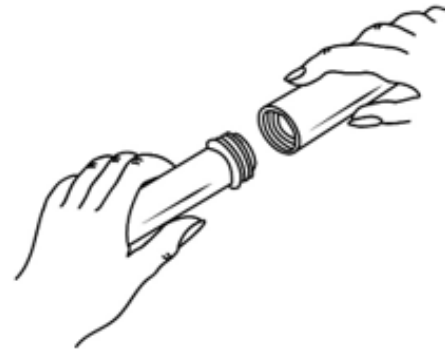
OHJE EMÄTTIMEN LAAJENTAMISEEN

Emätintä laajennetaan venytyspuikoilla, joita on 4 eri kokoa. Hoito perustuu emättimen kudoksen kykyyn venyä. Venytys aloitetaan pienimmällä puikolla ja hoidon edistyessä siirrytään asteittain isompaan puikkokokoon oman tavoitteen mukaan. Huomaat hoidon edistymisen, kun emätin alkaa antaa myöten ja venytyspuikko menee vähän kerrallaan syvemmälle emättimeesi.



FEMMAX-VENYTYSPUIKKOJEN KOKOAMINEN

Venytyspuikkojen kannoissa on kierteet ja ne on helppo yhdistää kiertämällä kannat toisiinsa. Pienimmät venytyspuikot sopivat yhteen ja vastaavasti myös isoimmat sopivat yhteen. Näin saat venytyspuikon, jonka toisesta päästä pidät kiinni ja toisen pään asetat emättimeen.



VENYTYSPUIKON KÄYTTÖ

Käytä venytyspuikkoa rentouttavassa ja mukavassa paikassa, jossa saat olla rauhassa. Varaa aikaa 15–20 minuuttia kahdesti päivässä. Valitse itsellesi mukavin asento: selällään maaten, puoli-istuvassa asennossa, kyykyssä tai nostamalla toinen jalka esimerkiksi tuolille.

Ennen venytyspuikon asettamista emättimeen on hyvä laittaa vesiliukoista liukuvoidetta sekä emättimeen että venytyspuikon päähän. Siten emättimen laajentaminen tuntuu miellyttävämmältä. Liukuvoiteena voit käyttää myös reseptivapaasti apteekista saatavia öljyjä ja rasvoja, esimerkiksi Ceridalia.

Tarkista puikon kunto ennen jokaista käyttökertaa. Rikkiäistä puikkoa ei tule käyttää. Aloita puikkovenytys viemällä venytyspuikko emätinpoukamaan ja työnnä aluksi puikkoa peräaukkoa kohti 10–15 kertaa työntäen hetken ja sitten hellittäen työntöä. Tämän jälkeen suuntaa puikko kohti napaa ja tee vastaavat toistot. Lopuksi työnnä puikkoa kohti emättimen pohjaa 10–15 kertaa.

Puikkovenytystä toteutettaessa alavatsalla kuuluu tuntua hieman painetta ja puikkoon voi aluksi tulla hieman verta, mikä on normaalia. Venytyksen ei kuulu aiheuttaa voimakasta kipua. Jos puikon vieminen emättimeen ei onnistu, yritä rentoutua hengittämällä rauhallisesti muutaman kerran. Mikäli puikon vieminen emättimeen ei onnistu useamman yrityksen jälkeen, ota yhteyttä lääkäriisi tai hoitajaasi.

VENYTYSPUIKON PUHDISTUS JA SÄILYTYS

Pese venytyspuikko lämpimällä saippuavedellä käytön jälkeen. Kuivat venytyspuikot säilytetään säilytyskotelossa, jotta ne pysyvät puhtaina ja mahdollisimman hyvässä kunnossa.

Päivämäärä	Emättimen pituus (cm)	Venytyspuikko XS, S, M tai L	Ajatuksia ja tuntemuksia

YHTEYSTIEDOT

Naisten poliklinikka 3304

Kaarisairaala, rakennus 2, H-käytävä, 1. kerros

Osastonsihteeri: ma-pe klo 8-11 puh. 044-717 2712

Hoitajat: ma-pe klo 7.30–8.30 puh. 044-717 2738

Uroterapeutti/Sairaanhoitaja: ma-pe puh. 044-717 9829

TEKIJÄT

Jenni Järveläinen ja Saana Rajakallio

Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala 2016

Kuvitus: Roope Kumpulainen, Savonia-ammattikorkeakoulu, Muotoilu 2016