



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

TERHI HEIKKILÄ

Konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan pienryhmä- ohjausmalli

TERVEYDEN EDISTÄMISEN TUTKINTO-OHJELMA
YLEMPI AMK
2022

Tekijä(t) Heikkilä, Terhi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, Ylempi AMK	Päivämäärä Kuukausi Vuosi Joulukuu 2022
	Sivumäärä 67	Julkaisukieli suomi
Julkaisun nimi Konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan pienryhmäohjausmalli		
Tutkinto-ohjelma Terveyden edistämisen tutkinto-ohjelma, Ylempi AMK		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemat oireet ennen pienryhmäinterventiota ja sen jälkeen muuttuivat. Tavoitteena oli kehittää pienryhmämuotoinen ohjausmalli. Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena viiden toimintaa kehittävän vaiheen avulla. Pienryhmäohjausmallin suunnittelussa käytettiin näyttöön perustuvaa tietoa, tietoista muutosprosessia sekä osallistujien antamaa kirjallista ja suullista palautetta.</p> <p>Tutkimus sisälsi puolen vuoden pilotointijakson. Tuona aikana toteutui seitsemän pienryhmäinterventiota, joihin osallistui kymmenen (n=10) potilasta. Heille ohjattiin lantionpohjan lihasten tunnistamisharjoitukset ja kotiharjoitukset seuraavaksi kolmeksi kuukaudeksi. Elintapaohjauksessa kiinnitettiin huomiota seikkoihin, jotka nostavat toistuvasti vatsaontelon painetta ja altistavat lantionpohjan toimintahäiriöille.</p> <p>Tutkimusmateriaalia on kerätty kolmella eri tiedonkeruumenetelmällä: lantionpohjan vaivojen kartoitus- eli PFDI-20-kyselymittarilla, kirjallisella ja suullisella potilaspalautteella. Kolmen kuukauden kuluttua interventiosta seitsemän (n=7) potilasta vastasi uudelleen PFDI-20 - kyselyyn, jonka tulosten perusteella viiden potilaan kokemat laskeumavaivat helpottuivat ja kahden potilaan oiretaakka lisääntyi. Kirjallisesta ja suullisesta potilaspalautteesta saadun tutkimustiedon perusteella osallistujien tärkeimmät kokemukset pienryhmästä olivat: laskeuman itsehoito, uusien taitojen oppiminen ja vertaistuki.</p> <p>Tutkimustuloksissa on havaittavissa, että jo yhdellä ohjauksella saadaan myönteisiä vaikutuksia koettuihin laskeumavaivoihin. Pienryhmäohjausmalli rakentuu selkeästä tavoitteesta, omaseurannasta ja motivaatiota tukevista menetelmistä sekä tarjoaa konkreettisia työkaluja itsehoitoon. Jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää asiakasraadilta, miten pienryhmäohjausta voi toteuttaa perusterveydenhuollossa.</p>		
Avainsanat lantionpohjan laskeuma, lantionpohjan lihasharjoittelu, konservatiivinen hoito, pienryhmä, elintapaohjaus, vertaistuki		

Author(s) Heikkilä, Terhi	Type of Publication Master's thesis	Date Month Year December 2022
	Number of pages 67	Language of publication: Finnish
Title of publication Small group-based counselling model for conservatively treated patients with pelvic organ prolapse		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to learn how the symptoms experienced by conservatively treated patients with pelvic organ prolapse (POP) change before and after a small group intervention. The goal was to develop a small group -based counselling model for POP patients. The development work was carried out as an action research consisting of five cycles each of which refined the development process. Evidence-based information, conscious process of change, written and oral feedback given by the participants were used in the planning of the small group-based counselling model.</p> <p>The research included a six-month pilot during which seven small group interventions, partaken by a total of 10 patients, were executed. The participants were instructed pelvic floor muscle recognition exercises and a home training program for the next three months. In lifestyle advice, attention was drawn to factors which repeatedly increase abdominal pressure and predispose to pelvic floor dysfunction.</p> <p>Research material was collected using three different research methods: the PFDI-20 score, which surveys pelvic floor distress, and written as well as oral patient feedback. As a follow-up, 7/10 patients answered the PFDI-20 questionnaire again three months after the intervention. Based on the results, five patients reported fewer prolapse symptoms where as two patients reported increased symptoms. Research data from the written and oral feedback material indicate that the participants' most important experiences of the small group were POP self-care, learning new skills and peer support.</p> <p>There search results show that even a single counselling session produces a positive impact on patient experience of POP distress. The small group-based counselling model builds upon a clear goal, self-monitoring and motivational methods and also provides concrete tools for self-care. In the future, it might be useful to conduct a client survey about how small group counselling could be executed in primary health care.</p>		
Keywords Pelvic organ prolapse, pelvic floor muscle training, conservative management, small group, lifestyle advice, peer support		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA	8
2.1 Kehittämisen lähtökohdat.....	8
2.2 Gynekologisien laskeumien syyt, oireet ja laskeumatyypit	9
2.3 Laskeumien konservatiivinen hoito	15
2.3.1 Lantionpohjan lihasharjoittelu	16
2.3.2 Laskeumapotilaiden elintapaohjaus.....	18
2.3.3 Emättimeen asetettavat tuet	20
2.4 Elintapaohjaus ja elintapamuutosten toteuttamien.....	20
2.5 Pienryhmäohjaus	22
2.6 Vertaistuki	24
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	26
4.1 Toimintatutkimus opinnäytetyön kehittämismenetelmänä	26
4.2 Opinnäytetyön vaiheet	27
5 ENSIMMÄINEN VAIHE: KIRJALLISUUSKATSAUS	28
5.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	29
5.2 Aineiston haku ja valinta.....	31
5.3 Aineiston kuvaus ja laadun arviointi.....	34
6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET JA YHTEENVETO	35
6.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	36
6.2 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto	39
7 TOINEN VAIHE: PIENRYHMÄN SISÄLLÖN SUUNNITTELU JA AIKATAULUTUS	42
8 KOLMAS VAIHE: PIENRYHMIEN TOTEUTUS	44
9 NELJÄS VAIHE: KYSELYN TULOKSET	45
9.1 Pienryhmäohjaukseen osallistuneiden potilaiden kokemat laskeumaoireet ennen interventiota	47
9.2 Osallistujien kokemukset pienryhmäohjauksesta	48
9.3 Pienryhmäohjaukseen osallistuneiden potilaan kokemat oireet kolme kuukautta intervention jälkeen	51
10 VIIDES VAIHE: KONSERVATIIVISESTI HOIDETTAVAN LASKEUMAPOTILAAN PIENRYHMÄOHJAUSMALLI	54
11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	58
12 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS	64

13 TUTKIMUKSEN EETTISYYS..... 65

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Gynekologiset laskeumat ovat yleistyneet ja liittyvät vahvasti synnytyksiin ja ikääntymiseen. Ikääntyneiden määrä on kasvanut Suomessa vuosikymmenten aikana ja laskeumien aiheuttamat lääkärikäynnit sekä gynekologisten laskeumakäyntien oletetaan lisääntyvän merkittävästi. (Rahkola-Sinisalo ym. 2019.) Väestön ikääntyminen johtuu sekä pienestä syntyvyydestä että elinajanodotteen kasvusta. Vuoteen 2030 mennessä väestöennusteiden mukaan yli- 65-vuotiaiden osuus Suomessa kasvaa 25,6 %:iin. (Terveyskyla.fi, 2019.) Puolella synnyttäneistä naisista arvioidaan olevan jonkinasteinen laskeuma ja ainakin kolmasosa aikuisikäisistä naisista kärsii jonkinlaisesta lantionpohjan ongelmasta kuten virtsankarkailusta. (Kairaluoma ym., 2009; Dumoulin, 2020.) Oireisen laskeuman esiintyvyyden arvioidaan olevan 3–6 % aikuisista naisista (Mattsson ym., 2017).

Laskeumien syntymiselle suurimmat riskitekijät ovat raskaudet ja synnytykset, mutta myös ikääntyminen altistaa laskeumille. Valtaosa laskeumista todetaankin naisilla vaihdevuosien jälkeen, kun sidekudosten, limakalvojen ja lantionpohjan lihasten kyky ylläpitää synnytyselimiä paikallaan heikkenee. (Rahkola-Soisalo ym., 2019; Nieminen, 2018.) Laskeumien kehittymistä mahdollisesti edesauttavat ja pahentavat geneettiset tekijät, ylipaino, krooninen ummetus, voimakasta ponnistelua vaativat liikuntalajit, raskas fyysinen työ ja raskaiden taakkojen nostaminen. (Dumoulin ym., 2016; Rahkola-Soisalo ym., 2019). Lantionpohjan toimintahäiriöillä on huomattava vaikutus naisen elämänlaatuun (Kairaluoma ym. 2009).

Lantionpohjan laskeumaa hoidetaan ensisijaisesti konservatiivisen hoidon keinoin, johon kuuluu lantionpohjalihasten harjoittelu, elämäntapaohjaus ja erilaisten emättimen asetettavien tukien käyttö (Dumoulin ym., 2016). Tutkimuksissa on todettu, että laskeumapotilaat arvostavat elintapaohjausta. Ohjaus todennäköisesti parantaa heidän tietämystään laskeumista sekä keinoista helpottaa laskeumaoireita. (NICE, 2019.) Lantionpohjan lihasharjoittelun yhdistäminen elintapaneuvontaan kuuluu oleellisena

osana lantionpohjan laskeuman konservatiiviseen hoitoon, josta on tehty kansainvälisiä tutkimuksia vasta viimeisen kymmenen vuoden aika. Konservatiivisten hoitojen vaikuttavuuden selvittäminen on tärkeää laskeumaleikkauksiin liittyvien riskien ja laskeuman uusiutumisen alttiuden vuoksi. (Rahkola-Soisalo ym., 2019; NICE, 2019; Due, 2015; Dumoulin ym., 2016; Hagen ym., 2014; Panama ym., 2016; Wieggersma ym., 2014.)

Konservatiivista ohjausta tulisi kohdentaa erityisesti ennaltaehkäisevästä näkökulmasta naisille, joilla ei ole vielä lantionpohjan toimintahäiriön oireita. Varhaista puuttumista pidetään tärkeänä ja sitä tulee toteuttaa yhteistyössä eri alojen ammattilaisten kesken. Jos naisella on lantionpohjan toimintahäiriön oireita tai hän ei tunnista lantionpohjan lihaksia, niin ohjauksen tulee toteuttaa fysioterapeutti tai muu lantionpohjan toimintaan erikoistunut terveydenhuollon ammattilainen. (Hamari ym., 2022.)

Konservatiivisen hoidon keinoja on toteutettu myös ryhmissä, mutta aiheeseen liittyviä tutkimuksia on julkaistu määrällisesti vähän ja se on tutkimuskohteena varsin tuore. Suomalaisia tutkimuksia aiheesta ei ole julkaistu. Yhdessä kansainvälisessä tutkimuksessa laskeumapotilaiden elintapaohjaus ja lantionpohjan lihasharjoittelu on toteutettu puhtaasti ryhmämuotoisesti (Due ym. 2015). Vaikka lantionpohjan lihasharjoittelun lisääminen elintapaohjaukseen antoi erinomaiset tulokset, niin tuloksiin on syytä suhtautua varovaisuudella ja lisänäyttöä tarvitaan jatkossa. Ryhmässä toteutetun lantionpohjan lihasharjoittelun on todettu vähentävän myös laskeumaoireita tai virtsankarkailua, vaikka naisille ei ole annettu elintapaohjausta. (Alves ym., 2015; Dumoulin ym. 2020.) Väestön ikääntyessä terveydenhuollon resurssit eivät todennäköisesti pysty tarjoamaan yksilöllistä ohjausta kaikille sitä tarvitseville. Tämän vuoksi tarvitaan erilaisia ohjaustapoja vastaamaan kysyntään. Ryhmä mahdollistaa hoidon saatavuuden laajemmalle potilasmäärälle ja on kustannustehokasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää pienryhmämuotoinen ohjausprosessimalli.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

2.1 Kehittämisen lähtökohdat

Satasairaalan naistentautien poliklinikalla on todettu tarve lantionpohjan yksilöfysioterapian lisäksi myös ryhmämuotoiselle ohjaukselle. Kaikki laskeumapotilaat eivät halua tai saa yksilöohjausta, joten ryhmäohjaus on yksi vaihtoehto. Terveystien edistämisen perustuu potilaan oikeuteen saada tietoa, jotta potilas voi tehdä tietoisia valintoja elämässään (Rautava 2016, s.131). Laskeumien diagnostiikassa ja hoidossa saatetaan tarvita gynekologin lisäksi myös moniammatillista yhteistyötä gynekologien, urologien, koloproktologien ja lantionpohjaterapeuttien kanssa onnistuneen ja pysyvän lopputuloksen saamiseksi (Aaltonen & Nieminen, 2019, s.197). Fysioterapeutti työskentelee tiiviissä yhteistyössä gynekologien kanssa Satasairaalan naistentautien poliklinikalla.

Nykytilan kartoitukseen ja ongelmatilanteen analyysiin sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin pitää varata riittävästi aikaa, koska liian nopea siirtyminen ratkaisuvaiheeseen voi jättää todellisen ongelman ja siihen vaikuttavien tekijöiden analysoinnin puutteelliseksi (Kananen, 2014, s.34- 35). Lantionpohjan ohjausryhmän sisältöä ja aikataulua suunniteltiin Satasairaalan laskeumakirurgiaa tekevien gynekologien kanssa yhteistyössä, vaikka päävastuu suunnittelusta oli opinnäytetyön tekijällä.

Satasairaalassa kokoontuu kerran kuussa laskeumameeting, jossa on osallisina laskeumakirurgiaa tekevät gynekologit ja gastrokirurgit sekä lantionpohjan fysioterapeutti. Syyskuun 3. päivänä 2020 laskeumameetingissä keskusteltiin konservatiivisesti hoidettavien laskeumapotilaiden ryhmäohjauksen tarpeesta ja tähän liittyvästä opinnäytetyöaiheesta. Ryhmää on yritetty aloittaa jo kerran aikaisemmin gynekologien pyynnöstä, mutta sen toteuttaminen pysähtyi muun muassa tilaongelmiin ja huonoon suunnitteluun. Tarkoituksena on, että mahdollisimman monella Satasairaalassa konservatiivisesti hoidettavalla laskeumapotilaalla on yhtäläiset mahdollisuudet saada ohjausta lantionpohjan lihaskarjoitteluun sekä elintapaneuvontaa todetun laskeuman alkuvaiheessa. Tällä hetkellä potilailla on mahdollisuus rajallisesti vain yksilöfysioterapiaan tai he saavat lääkärivastaanotolla kirjallisen potilasohjeen. Lantionpohjan

fysioterapian resurssivähyyden vuoksi on tarkoituksen mukaista saada isommalle joukolle terveysvaikutusta jo kustannussyistä. Kaikki laskeumapotilaat eivät halua tai saa yksilöneuvontaa, joten ryhmäohjaus on yksi vaihtoehto.

Satakunnan sairaanhoitopiirin fysiatrian ja kuntoutuksen vastuuyksikössä otettiin käyttöön 15D- terveyteen liittyvä elämänlaatua arvioiva mittari syksyllä 2013. Pilottitutkimuksessa 2015-7/2016 lantionpohjan fysioterapiaprosessissa (n=125) saatiin merkittävä muutos potilaan elämänlaadussa ja hoito todettiin kustannustehokkaaksi. Potilaat kävivät 3- 6 kuukauden sisällä lantionpohjan fysioterapiassa kolmesta neljään kertaa. Vuonna 2019 Satasairaalassa kävi lähes 300 potilasta lantionpohjan fysioterapiassa eri syistä. Suurimmalla osalla potilaista oli gynekologinen laskeuma. Pilottijakson jälkeen 15-D- mittarin käyttöä jatkettiin lantionpohjan fysioterapiassa vaikuttavuusmittarina jonkin aikaa, mutta sillä ei saatu lantionpohjan fysioterapiassa välitöntä tietoa muun muassa potilaan laskeumaoireiden helpottumisesta tai pahenemisesta.

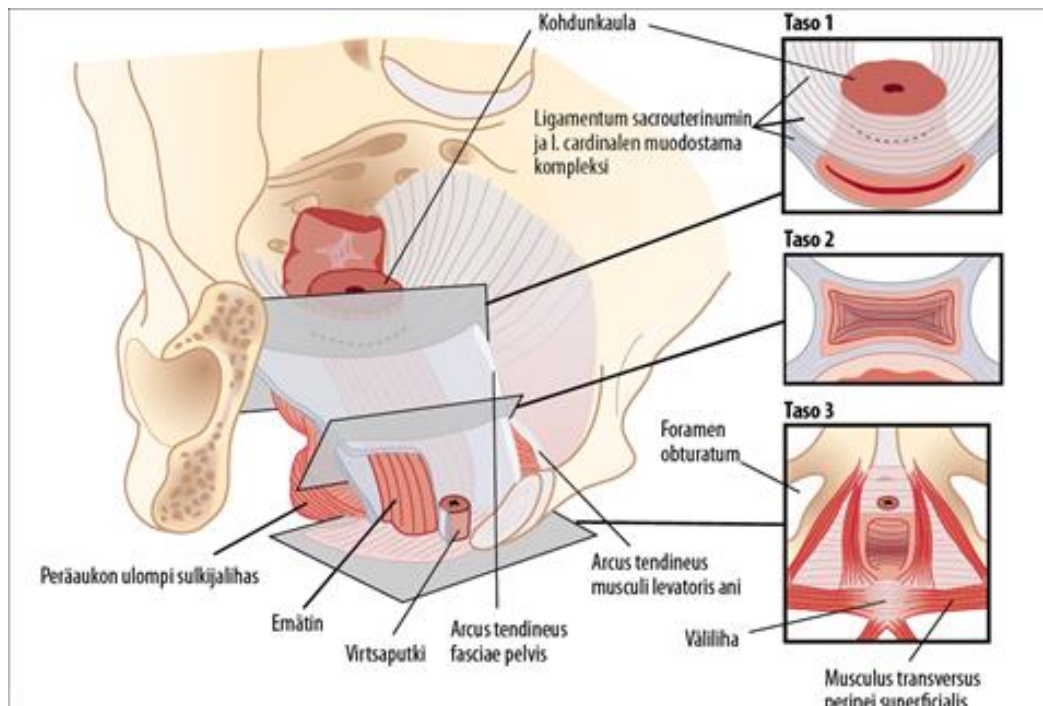
Tärkeää toimintatutkimuksessa on, että arviointikriteerien määrittely on selvää ja tavoitteet ovat mitattavissa. Ratkaisussa otetaan huomioon eri tahojen edut ja ratkaisu tyydyttää mahdollisimman monia. (Kananen, 2014, s.35.) Opinnäytetyön ideoinnin alkuvaiheen oli ajatuksena käyttää tässä opinnäytetyössä samaista 15D- terveyteen liittyvää elämänlaatumittaria, joka koostuu 15 eri ulottuvuudesta (liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, erityistoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys, sukupuolielämä) (Roine, 2016.) Mittarissa otetaan huomioon virtsaamis- ja ulostustoiminnot sekä intiimit ihmissuhteen (Korpilahti, 2013), mutta 3.9.2020 laskeumameetingissä päädyttiin käyttämään tarkempaa mittaria laskeumaoireiden kartoituksessa. Asiaan päätettiin palata syksyn jälkeen uudelleen, kun kirjallisuuskatsaus on tehty.

2.2 Gynekologisien laskeumien syyt, oireet ja laskeumatyypit

Lantionpohjan toimintahäiriöt ovat hyvänlaatuisia tautitiloja, mutta huonontavat naisen elämänlaatua ja toimintakykyä. On arvioitu, että puolella synnyttäneistä naisista on jonkinasteinen laskeuma ja ainakin kolmasosa aikuisikäisistä naisista kärsii

jonkinasteisesta lantionpohjan ongelmasta. (Kairaluoma ym., 2009.) Oireisen laskeuman esiintyvyyden arvioidaan olevan 3–6 % aikuisista naisista (Mattsson ym., 2017). Laskeumien esiintyvyyden huippu ajoittuu reilun 20 vuoden päähän synnytyksestä. Elinikäisen laskeuman leikkaushoidon riski on Suomessa noin kymmenen prosenttia. Tämä on samaa luokkaa kuin muissakin länsimaissa. Väestön ikääntyessä laskeumien aiheuttamat lääkärikäynnit sekä gynekologinen laskeumakirurgia tulevat lisääntymään merkittävästi. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.)

Laskeumat syntyvät, kun lantionpohjan diaphragma pelvis eli sidekudos- ja lihasrakenne heikentyy. Tällöin tämä synnytyselimiä ja muita vatsaontelon pohjan elimiä kannatteleva tuki pettää. Emättimen seinämä muodostuu neljästä sidekudoksesta ja lihaksesta koostuvasta kerroksesta (Rahkola-Soisalo ym., 2019). Sen tukirakenteet voidaan jakaa kolmen tasoon (kuva 1.) Tason I tuki muodostuu sakrouteriinisista ja kardinaaliligamenteista, jotka tukevat emättimen huippua. Taso II eli emättimen keskiosa saa tuen levatorlihasten faskiasta eli endopelvisestä faskiasta sekä emättimen sivusuunnassa lantion jännekaarista eli arcus tendineus fasciae pelviksestä. Taso III käsittää emättimen alkuosan saaden tuen lantion alapohjasta (välilihakalvosta) ja välilihasta (corpus perineale). Seurauksena voi olla joko erillisinä tai erityyppisinä yhdistelminä laskeuma, sen mukaan, mitkä edellä kuvatuista rakenteista pettävät. (Kiilholma & Nieminen, 2009.)



Kuva 1. Kohdun ja emättimen kolmitasoinen tuki ja emättimen akseli seisoma-asennossa. Pienessä kuvassa on poikkileikkaukset kolmesta eri tasosta (Kiilholma & Nieminen, 2009).

Laskeumien syntymiselle suurimmat riskitekijät ovat raskaudet ja synnytykset. Raskausaikana laskeumien esiintyvyys on suurempi, mutta suurin osa niistä palautuu itsestään. Synnyttämättömiin verrattuna raskaus suurentaa riskin kaksinkertaiseksi. Jokaisen seuraavan raskauden aiheuttama lisäriski laskeumalle on noin 10- 20 prosenttia. Tiedetään, että keisarinleikkaukseen liittyy alasyntytystä pienempi laskeumariski, mutta leikkaus ei poista riskiä. Synnytystapa tulisi valita obstetrisin perustein. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.) Täysaikainen raskaus synnytystavasta riippumatta kasvattaa laskeumariskin kehittymistä. Pihti-, imukuppi- ja syöksysynnytyksessä tukikudokset voivat vammautua pysyvästi. Myös monisikiöinen raskaus voi ylivenyttää lantionpohjan tukirakenteita. (Nieminen, 2018.) Synnytyksen aikainen levatorlihasten vaurio kuten esimerkiksi häpyluu-peräsuolilihaksen irtoaminen häpyliitoksesta sekä häpyhermon mahdollinen vaurio sikiön pään painamisen vaikutuksesta altistaa laskeumien ja lantion alueen toimintahäiriöiden syntymiselle. (Rahkola-Soisalo ym., 2019).

Emättimen kautta tehtyyn kohdunpoistoon liittyy noin kolminkertainen riski laskeuman syntymiseen kohdunpoiston leikkaustapoihin verrattuna tai leikkauksen aiheesta huolimatta. Riski on suurin takaseinäman laskeuman kehittymiseen. 20 vuoden

seurannassa on todettu laskeuman vuoksi tehtyyn kohdunpoistoon liittyvän jopa 15 %:n laskeuman uusiutumisen riski. Laskeutuneen kohdun poistoon liittyy 4,7- 7,9-kertainen emättimen huipun laskeuman riski verrattuna muiden syiden vuoksi tehtyyn kohdunpoistoon. Myös muut lantion alueen leikkaushoitoa vaatineet sairaudet liittyvät tavallista suurempaan gynekologisen laskeuman riskiin. Tämän taustalla arvellaan olevan laaja-alainen lantion pohjan tuen heikentyminen ja leikkaus todennäköisesti aiheuttaa vatsaontelon paineen uudelleen ohjautumisen ja tuo näin esiin gynekologisen laskeuman. ((Rahkola-Soisalo ym., 2019.)

Ikääntyminen altistaa laskeumille ja valtaosa laskeumista todetaan naisilla vaihdevuosien jälkeen. Vaihdevuosi-ikässä estrogeenin erityksen väheneminen heikentää sidekudosten, limakalvojen ja lihasten verenkiertoa ja kuntoa. Tällöin niiden kyky ylläpitää synnytyselimiä paikallaan heikkenee. (Nieminen, 2018.) Myös vaihdevuosiin liittyvä systeeminen hormonikorvaushoito suurentaa laskeumariskiä (Rahkola-Soisalo ym., 2019). Noin 5 prosentilla naisista laskeuma aiheutuu lantion pohjan sidekudosten rakenteiden synnynnäisestä heikkoudesta, joka aiheuttaa joskus kohdun laskeuman jopa varsin nuorille synnyttämättömille naisille (Nieminen, 2018.) Muita altistavia tekijöitä ovat ummetus, ylipaino ja raskas työ sekä tiettyihin sairauksiin kuten Ehlers-Danlosin ja Marfanin oireyhtymiin liittyvä suurentunut laskeuman riski (Rahkola-Soisalo ym., 2019). Joissain tutkimuksissa on todettu, että fyysinen aktiviteetti voi aiheuttaa tai pahentaa laskeumaa (Bø & Nygard, 2019).

Laskeuman alkuvaiheessa alavatsalla on pullotuksen tai painon tunnetta, joka pahenee loppupäivää kohti. Oire helpottaa potilaan mentyä makuuasentoon. Potilas hakeutuu tutkimuksiin usein sinä vaiheessa, kun hän tuntee tai näkee selvän pullotuksen emättimen aukosta ulos. Tällöin potilaalla on yleensä jo muitakin oireita, joista tyypillisimmät ovat rakon ja suolen tyhjentämisen vaikeudet. (Nieminen, 2018.) Jopa 86 %:lla esiintyy tihentynyttä virtsaamisen tarvetta ja 73 %:lla pakko- ja ponnistusvirtsauskarkailua. Virtsantulo voi olla myös vaikeutunut (34- 62 %). Noin kolmasosalla voi esiintyä ulostamisen vaikeutta tai ulosteen karkailua. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.) Hyvin vaikea laskeuma saattaa joskus aiheuttaa virtsaummen. Tällöin sen lieventämiseen tarvitaan toistokattointia. Lievemmissä laskeumissa rakko voi tyhjäntyä hitaasti tai virtsaamisen tarve lisääntyy niin päiväaikaan kuin öisin. Laskeuma saattaa aiheuttaa myös

yhdyntävaikeuksia tai myös kipuja, jos limakalvot ovat hankautuneet (Aaltonen & Nieminen, 2019, s.198)

Tyypilliset emättimen etu- ja takaseinämän oireet, joissa voi olla mukana myös apikaalisen osan laskeuma, esitetään alla olevassa taulukossa 1.

Taulukko 1. Laskeuman aiheuttamat tyypilliset oireet (Rahkola-Soisalo ym., 2019).

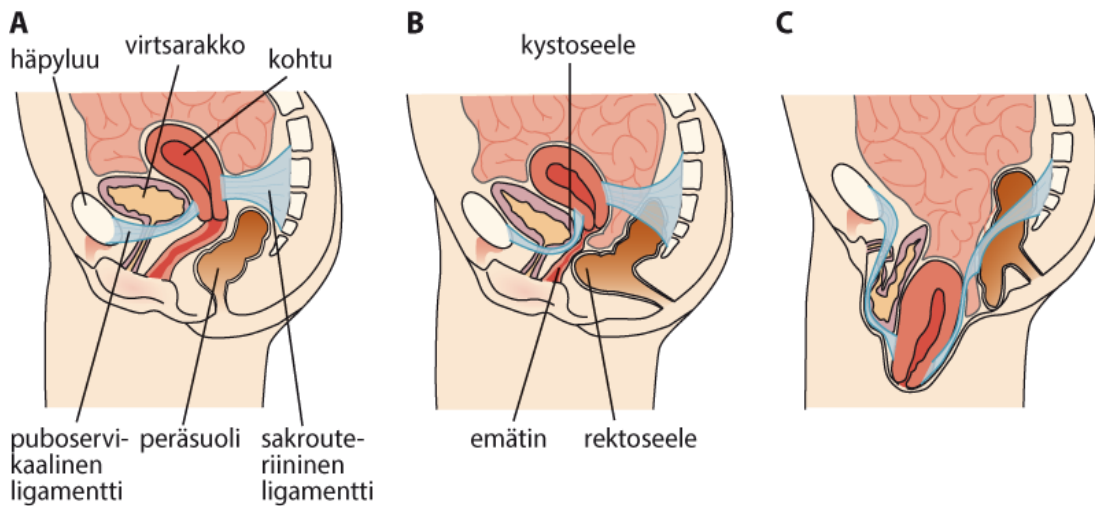
Oire	Etuseinä	Takaseinä
Paineentunne	Kyllä	Kyllä
Virtsaamisen vaikeudet	Rakon tyhjentämisaiveus Toistuvat virtsatieinfektiot Tihentynyt virtsaamisen tarve Pakomainen virtsaamisen tarve tai pakkovirtsankarkailu Ponnistusvirtsankarkailu	Harvoin
Ulostamisvaikeudet	Harvoin	Ulostamisvaikeus Suolen epätäydellinen tyhjentyminen Tarve digitoida Ulosteenkarkailu
Seksuaalitoiminnan häiriöt	Mahdollisesti	Mahdollisesti
Kipu	Harvoin	Harvoin

Laskeumat ovat synnytyskanavaan ja siitä ulos pullistuvia muutoksia, joita voi kutsua myös gynekologisiksi tyriksi. Vatsaontelon peittäessä lantion elimet eli kohtu, emätin, suolisto ja/tai virtsarakko työntyvät pois paikaltaan. (Nieminen, 2018.) Etuseinämän laskeuma on yleisin laskeumamuoto, mikä havaitaan kaksi kertaa useammin kuin takaseinämän laskeuma tai on kolme kertaa yleisempi kuin apikaalinen laskeuma eli kohdunlaskeuma tai kohdunpoiston jälkeinen emättimen pohjan laskeuma (Barber, M., 2013).

Emättimen eri osat voivat pullistua joko yhdessä tai erikseen muodostaen lantionpohjan gynekologisen laskeuman, jonka tavallisin oire on pullistuman tunne. Etuseinämän laskeuma aiheuttaa useimmiten virtsaamisen oireita kuten karkaamista tai rakon tyhjentymisen hankaluutta. Ulostamisen vaikeudet ja digitoinnin tarve sen sijaan ovat tyypillisiä takaseinämän laskeumalle. Tällöin potilas painaa joko emättimestä tai välilihan alueelta ulostamisen helpottamiseksi. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.) Ulostamisvaikeuden selvittämisessä käytetään defekografia -tutkimusta, jossa ulostaminen kuvataan

röntgenlöpivalaisun avulla potilaan ollessa istuma-asennossa. Tavallisia löydöksiä rektoseelen lisäksi on peräsuolen seinämän tuppeutuminen eli invaginaatio, peräsuolenprolapsi tai enteroseele, mikä haittaa peräsuolen tyhjentymistä. (Pääkkö, 2017.)

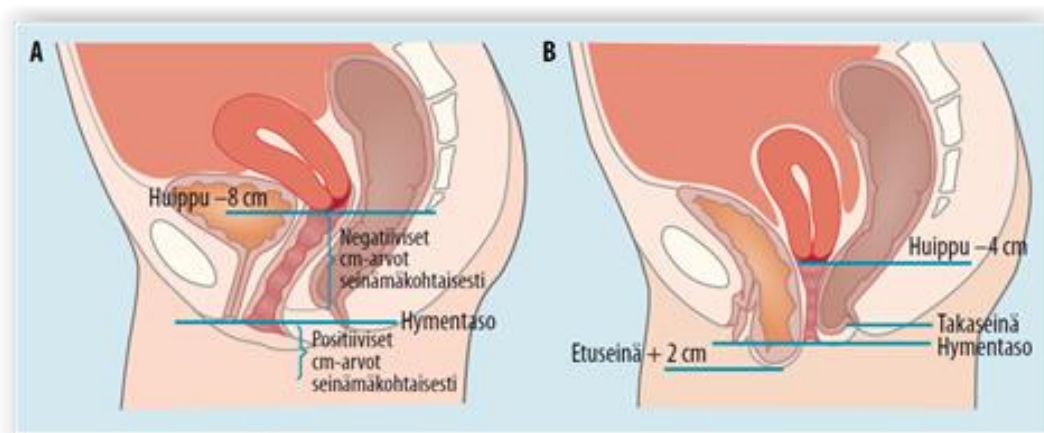
Lantionpohjan laskeuma (kuva 2.) voi olla emättimen etuseinämässä, keskiosassa (kohdussa tai sen poiston jälkeen emättimen pohjukassa) tai takaosassa. Etu- ja takaosan laskeuma nimetään monesti emättimen osan takana otaksuttavasti sijaitsevan elimen mukaan. Etuseinämän laskeumaa sanotaan kystoseeleksi ja takaosan laskeumaa rektoseeleksi. Keskiosan laskeumaa sanotaan kohdun tai emättimen laskeumaksi. Enteroseele kuuluu myös keskiosan laskeumiin, jolloin vatsakalvon verhoama suolityrä työntyy peräsuolen ja emättimen väliin, Lantionpohja on toiminnallinen kokonaisuus ja laskeuma esiintyy vain harvoin yhdessä paikassa. Usein keskiosan laskeumaan liittyy poikkeuksetta emättimen etuseinämän laskeuma, mutta potilaalla voi olla synnytyselinlaskeuman lisäksi samanaikaisesti myös esimerkiksi peräsuolen tuppeuma tai peräsuolen laskeuma. (Aaltonen & Nieminen, 2019, s.197.)



Kuva 2. Laskeumatyypit. **A.** Lantionpohjan tilanne on normaali **B.** Emättimen etu- ja takaseinämän laskeuma, joka johtuu tukirakenteiden heikentymisestä **C.** Täydellinen emättimen ja kohdun laskeuma (Aaltonen & Nieminen, 2019, s.198).

Laskeumapotilas tutkitaan gynekologisessa puoli-istuvassa asennossa (Rahkola-Soisalo ym., 2019). Lääkäri tutkii lantionpohjan tilanteen sisätutkimuksella sekä provo-kaatiotestien avulla (Heiskanen ym., 2020, s.132). Tällöin potilasta pyydetään tutkimuksen aikana ponnistamaan, jotta saadaan havainnollistettua pystyasennossa

tapahtuva laskeuma. Emättimen etu- ja takaseinä sekä kohdunkaula tai emättimen huippu arvioidaan erikseen. Tutkimuskäytössä olevalla POP-Q-asteikolla (pelvic organ prolapse qualification) voidaan kuvata laskeuman vaikeutta tarkasti. Kliinisessä potilastyössä käytännölliseksi on osoittautunut laskeutuvan osan suhteutus hymen tasoon (0-taso) senttimäärissä (kuva 4). Sisäpuolelle jäävät laskeumat saavat miinusmerkkisen senttimäärän ja ulkopuolelle ulottuvan laskeuman senttimetrit ovat plusmerkkisiä. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.) Laskeuman suuruus esitetään usein neliporvaisella luokittelulla (0-4). Nollaluokka tarkoittaa ”ei laskeumaa” ja 4-luokkaa, että laskeuma on yli 2 senttiä hymentason (0-taso) alapuolella.



Kuva 3. **A)** Normaali anatomia, jossa apikaalinen osa eli kohdunkaula on tasossa -8 cm, mikä on emättimen kokonaispituus. Hymentaso on niin sanottu nollataso ja sen yläpuoliset osat saavat miinusmerkkisen arvon ja alapuoliset plusmerkkisen arvon.

B) Apikaalinen osa eli kohdun kaula on -4-tasossa, etuseinä +2-tasossa ja takaseinä -1-tasossa. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.)

2.3 Laskeumien konservatiivinen hoito

Laskeuman hoito vaihtelee laskeumatyyppin ja oireiden vaikeuden mukaan (Rahkola-Soisalo ym., 2019). Lantionpohjan laskeuman konservatiiviseen hoitoon kuuluu lantionpohjalihasten harjoittelu, elämäntapaohjaus ja erilaisten emättimeen asetettävien tukien käyttö (Dumoulin ym., 2016). Laskeuma korjataan leikkauksella, jos konservatiiviset hoidot eivät riitä. Laskeumat voivat uusiutua leikkaushoidon jälkeen. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.) Barber & Maher (2013) ovat tutkimuksessaan todenneet, että lantionpohjan laskeumien koettujen oireiden tarkastelu on oleellinen osa hoidon vaikuttavuuden arviointia. Naiset hakeutuvat hoitoon laskeumaoireiden vuoksi ja ne ovat myös tärkeä leikkaushoidon indikaatio.

2.3.1 Lantionpohjan lihasharjoittelu

Lantionpohjan lihastuki edellyttää normaalia lantion alueen sensorista toimintaa. Lihastonusta ja lihasten aktivoitumista ohjaavat alueen aistihermot. (Heiskanen ym., 2020, s.129.) Lantionpohjan elinten hallittu toiminta edellyttää aivojen oikein ajoitettua käskytystä selkäytimen ja perifeeristen hermojen kautta (Kairaluoma ym., 2009). Lantionpohjan lihasten huono toimintatapa, heikko lihasvoima ja lihasten aktivoitumisjärjestyksen eli sykronisaation ongelmat sekä puutteellinen kestävyysvoima voivat johtaa lantionpohjan lihastuen heikkenemiseen. Lantionpohjan lihaksisto toimii parhaimmillaan yhteistyössä vatsaontelon paineiden muutosten kanssa synkronoiden. Puhutaan sykronisaation puutteesta, jos lantionpohja ei ehdi reagoimaan vaikkapa nopeaan sisäänhengitykseen tai vatsalihasrutistukseen. Kun lantionpohja reagoi myöhässä suurentuneeseen vatsaontelon paineen nousuun, niin virtsa voi karata tai lantionpohjan tuki heikkenee aiheuttaen laskeumariskin kasvun. Näillä potilailla lantiopohjalihaksiston heikkous ei ole merkittävin ongelma, vaan heikkous on lihasten toiminnan kontrolloinnissa eli lihassupistuksen käynnistymisessä. (Heiskanen ym., 2020, s.129-130.)

Tutkimusten perusteella lääkäri voi lähettää lievistä laskeumasta kärsivän potilaan fysioterapeutille lantionpohjan lihasten toiminnan biopalautearviointiin, joka antaa käsitöksen lantionpohjan lihasten aktivoitumisesta ja rentoutumisesta. Lantionpohjan fysioterapeutti voi kuvantaa myös ultraäänellä lihasten toimintaa joko vatsapeitteiden läpi (transabdominaalisesti) tai lantionpohjan läpi alakautta (transperineaalisesti). (Heiskanen ym., 2020, s.132-133.) Bø ja Mørkved (2007, s.113) sekä Kashyap (2013) ovat tutkimuksissaan havainneet, että naiset eivät lähtötilanteessa osaa suorittaa lantionpohjanlihasharjoittelua oikeaoppisesti pelkän verbaalisen ohjauksen avulla. Heiskanen ym. (2020, s.87) kehottavat myös huomioimaan, että näkemällä oppija oppii näkemällä, kun taas toisen on tunnettava opittava asia kehossaan tai kolmannen on ymmärrettävä, miksi jotakin asiaa tehdään. Potilaille on tarjottavat erilaisia keinoja oppia lantionpohjan lihasten toiminta.

Lantionpohjan lihasten vahvistuessa lantionpohja kohoaa ylöspäin ja lantionpohjan lihas tiivistyy lihasmassan kasvaessa. Tämän vuoksi lieviä lantion elinten laskeumia voidaan hoitaa lantionpohjan lihaksia harjoittamalla. Potilasta ohjataan aluksi tunnistamaan oikea ja eriytynyt liike, jotta lantion alueen muut lihakset eivät aktivoidu.

Potilas tunnistaa harjoittelun edetessä oikean liikkeen, lihasten rentoutumisen ja levon merkityksen lihasten väsyessä. Tällöin potilaalle voidaan ohjata systemaattisesti toteutettavat eri lihasvoimaharjoitustekniikat. Lantionpohjan lihasten voimaharjoittelu sisältää kesto-, maksimi- ja nopeusvoimaharjoittelun, jotta lantionpohja sopeutuu alati muuttuviin liikkeisiin ja asentoihin. Jos tuoilta alas hypätessä nopeusvoima ei toimi, niin lantionpohja pettää lisäten laskeumaoireita. Maksimivoimaharjoittelua tarvitaan suurten taakkojen nostojen yhteydessä, jotta vatsaontelon paine ei lisää lantionpohjan suuntautumista alaspäin. Kestovoima harjoituttaa lihasten aerobista kykyä kestää kuormitusta sekä anaerobista voimakestävyyttä. Laskeumapotilaan lantionpohjalihasten voimaharjoitteluun liittyviä suomalaisia tutkimuksia ei ole julkaistu, mutta ponnistusvirtsankarkailun hoidossa on kirjattu harjoittelumalli muun muassa naisten virtsankarkailun käypä hoito- suosituksissa. (Heiskanen ym., 2020, s. 94-95, 136.)

Naisten virtsankarkailun käypähoitosuosituksessa tunnistamisharjoituksena on viidestä kahdeksaan kerran supistus, pito viiteen laskien ja kaksi sarjaa. Alkuasentona harjoittelussa on ensiksi selinmakuu ja edistymisen myötä istuma- ja seisoma-asento. Lantionpohjan lihassupistus yhdistetään yskimiseen, aivastamiseen ja niistämiseen sekä nostamiseen. Nopeita toistoja tehdään viidestä kahdeksaan kertaa ja lantionpohjan lihakset rentoutetaan suoritusten välillä kymmeneen laskien. Edistymisen myötä edetään portaissa liikkumiseen, jolloin lantionpohjan lihaksia supistetaan kymmeneen laskien ja rentoutetaan 20:een laskien viidestä kahdeksaan kertaa. Harjoituksia pyritään tekemään useasti päivässä säännöllisesti viisi-kuusi kertaa viikossa 2-6 kuukauden ajan. (Virtsankarkailu (naiset), käypähoito, 2017.) Satasairaalassa laskeumapotilaille annettava kirjallinen lantionpohjan lihasharjoittelumalli perustuu naisten virtsankarkailun käypähoitosuositukseen.

Laskeumapotilasta ohjataan havaitsemaan lihasten toimintajärjestys, koska lantionpohjan lihasten heikentymisen myötä lihasten spontaani supistus mahdollisesti on viivästynyt, heikentynyt tai voi puuttua kokonaan. Potilas vähentää paineen kohdistumista lantionpohjaan tietoisella ennakoivalla lihasten aktivoimisella ennen erilaisia ponnistustilanteita. Päivittäinen laskeumaoireilu ja toistokuormitus lantionpohjaan vähenee, mitä useammin vatsaontelonpaineen nousun ennakoiminen onnistuu. Vähitellen ennakoiva supistus muuttuu motorisen oppimisen myötä automaattiseksi taidoksi. (Heiskanen ym., 2020, s.136.)

2.3.2 Laskeumapotilaiden elintapaohjaus

Tutkimuksissa on todettu, että laskeumapotilaat arvostavat elintapaohjausta. Ohjaus todennäköisesti parantaa heidän tietämystään laskeumista eikä potilaille ole katsottu siitä aiheutuvan mitään merkittävää haittaa. Potilaat pitävät tärkeänä elämäntapaneuvoja, jotka helpottavat laskeumaoireita. (NICE, 2019.) Ensimmäisellä lääkärikäynnillä on katsottu olevan merkittävä vaikutus potilaan ymmärrykseen lantionpohjan häiriöistä ja käsitykseen hoitovaihtoehdoista. Tämän katsotaan lievittävän potilaiden pelkoja (Kiyosaki ym., 2012.) Lantionpohjan toimintahäiriöihin liittyy usein häveliäisyyttä eikä potilaat osaa välttämättä kertoa ikävistä lantion alueen oireista (Kairaluoma ym., 2009). Abhyankar ym. (2019) ovat tutkimuksessaan todenneet, että terveydenhuollon ammattilaisen tulisi kuunnella naisia, joilla on laskeumaoireita. Heille on annettava tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja tuettava päätöksissään. Naiset arvostavat lantionpohjan fysioterapeuttien ohjausta, mutta pidemmän aikavälin seuranta tai vuosittainen kontrolli näyttäisi pitkällä aikavälillä tukevan konservatiivista hoitoa.

Laskeumapotilaiden elintapaohjauksessa kiinnitetään huomiota seikkoihin, jotka nostavat toistuvasti vatsaontelon painetta ja altistavat lantionpohjan toimintahäiriöille. Tutkimusten mukaan ylipaino, krooninen ummetus, voimakasta ponnistelua vaativat liikuntalajit, raskas fyysinen työ ja raskaiden taakkojen nostaminen mahdollisesti edesauttavat ja pahentavat laskeumien kehittymistä. (Dumoulin ym., 2016.) Potilasta ohjataan havainnoimaan, millaiset asiat provosoivat laskeumaoireita esiin ja millaiset helpottavat niitä. Oireiden esiintyvyyteen voidaan vaikuttaa oikein valitulla päivittäisellä liikunnalla ja kuormitustekijöiden annostamisella, koska laskeumaoireen asteen vaihtelu on usein yhteydessä fyysiseen kuormitukseen. (Heiskanen ym., 2020, s.137.)

Ummetusta esiintyy keskimääräisesti naisilla noin kaksi kertaa enemmän kuin miehillä (Kairaluoma ym., 2009). Potilasta ohjataan välttämään ummetusta ja kiinnittämään huomiota riittävän kuidun saantiin ruokavaliossa ja tarvittaessa käyttämään kuitulisää. Suolen tyhjentymistä voidaan helpottaa ulostetta pehmittävillä lääkkeillä, joilla normalisoidaan ulosteen koostumusta. Takaseinämän laskeuman yleisin oire on ulostamisen vaikeus sekä tarve digitoida, jolloin sormin painaminen joko emättimestä tai välilihan alueelta helpottaa ulostamista. (Rahkola-Soisalo, 2019). Ulostemassan sopivan tiiviyyden varmistamiseksi on nautittava myös riittävästi nesteitä ja liikuttava

säännöllisesti. Ulostamisen tulisi tapahtua kohtalaisella ponnistuksella. Ulostamistiheys on yksilöllistä vaihdellen kolmesta vuorokautisesta käynnistä kolmesti viikossa käyntiin viikossa. Suolta voi opettaa toimimaan säännöllisesti eikä ulostamisen tarvetta tulisi siirtää. Myös ulostamisasennolla on merkitystä suolen tyhjentymiselle. Potilaalle opetetaan asettamaan koroke jalkojen alle niin, että lonkissa on noin 35 asteen flexio. Tässä ulostamisasennossa peräsuolen takaseinämän ja peräaukkokanavan välinen anorektaalikulma oikenee ja ulosteen tulo helpottuu. (Heiskanen ym., 2020 s.137, 227.)

Bø & Nygaard (2019) ovat järjestelmällisessä tutkimuskatsauksessaan todenneet, että fyysinen aktiviteetti ei suojele naisia virtsan- tai ulosteenkarkailulta tai laskeumalta. Naisten lantionpohjan on katsottu olevan ainoa kehon alue, jossa fyysisen harjoittelun positiivinen vaikutus on kyseenalaistettu. On joitain todisteita, että fyysinen aktiviteetti voi aiheuttaa tai pahentaa laskeumaa. Harjoittelevilla naisilla on todettu kolme kertaa suurempi riski virtsankarkailuoireiston kehittymiseen. Heillä on samanlainen tai vahvempi lantionpohjan lihaksisto ja levator ani- lihaksen poikkipinta-ala on suurempi kuin ei-harjoittelevalla naisella, mutta heillä on todettu olevan laajempi levatorlihaksiston aukko. Fyysisesti harjoittelevan naisen tulee tehdä myös lantionpohjan lihasharjoittelua.

Laskeumapotilaalle soveltuvia liikuntalajeja ovat muun muassa uinti ja pilates (Heiskanen ym., 2020, s. 137). Erityisen hyviä liikuntalajeja lantionpohjalle näiden lisäksi ovat itämainen tanssi, latino tanssit, jooga ja yleensäkin lajit, joissa lantion alueelle tulee liikkuvuusharjoittelua ja syvät vatsalihakset aktivoituvat. Liikunnassa tulee aina huomioida lantionpohjalihasten ennakoiva lihastyö vatsalihasliikkeissä ja painoharjoittelussa (Törnävä, 2022.) Paljon hyppyjä, juoksemista tai painavien taakkojen siirtämistä sisältävät rankemmat harjoittelut on jätettävä vähemmälle, jos laskeumaoireet pahenevat. (Heiskanen ym., 2020, s.137.)

Ylipainoinen potilas hyötyy laihduttamisesta, koska se vähentää lantionpohjaan tulevaa kuormitusta (Heiskanen ym., 2020, s. 138). Liikalihavuus lisää lantionpohjan laskeumaoireita (Washington ym., 2010). Tutkimuksissa on todettu, että laihduttaminen vähentää myös ylipainoisten naisten virtsankarkailua. Tiedetään, että jo viidestä

kymmeneen prosentin painonpudotuksella voi olla merkittävä oireita vähentävä vaikutus. (Virtsankarkailu (naiset)- käypähoito, 2017.)

2.3.3 Emättimeen asetettavat tuet

Erilaisia emättimeen laitettavia tukia käytetään usein laskeumien hoidossa ensiapuna ennen leikkausta tai pitkäaikaisestikin, jos halutaan välttää leikkaus syystä tai toisesta. Oireet vähenevä, kun tuen avulla saadaan laskeuma pysymään emättimen sisällä. (Aaltonen & Nieminen, 2019.) Laskeumarengas asetetaan lääkärin tai hoitajan toimesta emättimeen, ja rengas ja limakalvot tarkistetaan 3-9 kuukauden välein. Laskeumakuutiota voidaan käyttää sen sijaan tarvittaessa tai koko päivän, mutta otetaan yöksi pois. Laskeumarengasta ja -kuutiota käytettäessä on tärkeää käyttää paikallisestrogeenia ja seurata emättimen limakalvojen kuntoa. (Rahkola-Soisalo ym., 2019.) Emättimen alueen säännöllinen paikallishoito limakalvoille tarkoitetuilla intiimialueen voiteilla voidaan myös vähentää päivittäistä vaatteiden hankauksen tuomaa kiusallista tunnetta ja ärsytystä iholle (Heiskanen ym., 2020).

2.4 Elintapaohjaus ja elintapamuutosten toteuttamien

Vaikuttavan elintapaohjauksen kehittäminen on haaste sekä tieteelle että käytännön ohjaustyölle, koska elintapaohjaukseen perustuvien interventiotutkimusten perusteella on vaikea tehdä johtopäätöksiä siitä, miten myönteiset vaikutukset on saatu aikaiseksi. Vuonna 2008 Michien ym. ovat todenneet, että käyttäytymisen osatekijät kuten esimerkiksi motivaatio, asenteet ja aikomukset ovat usein psykologisia ja siten näkymättömiä. Nämä vaikuttavat elintapamuutoksen toteuttamiseen ja ylläpitämiseen. Pelkän elintapoihin vaikuttavien tekijöiden tunnistamisen pohjalta on mahdollista saada selville vain vaikuttamisen kohde. Tämän jälkeen tarvitaan tietoa siitä, millaisilla tekniikoilla näihin osatekijöihin voidaan vaikuttaa. Tekniikalla tarkoitetaan havainnollista kuvausta intervention toteuttamisesta. Elintapaohjaustekniikalla voidaan käytännön työssä tarkoittaa käyttäytymiseen liittyvän tavoitteen asettamista, palautteen antamista, muutokseen tarvittavien taitojen opettelua ja toiminnan kokeilemistä. Näitä tekniikoita jokainen elintapaohjausta antava terveydenhuollon ammattilainen käyttää joka päivä työssään. Michie ym. ovat kehittäneet vaikuttavien elintapaohjaustekniikoiden

tunnistamiseen kolme askelta: 1) käyttäytymisen osatekijöiden tunnistaminen 2) käyttäytymistä muuttavien tekniikoiden tunnistaminen ja 3) tekniikoiden ja osatekijöiden välisen yhteyden tunnistaminen. Käyttäytymisen muutoksen todennäköisyys ja intervention vaikuttavuus kasvaa, kun suunnittelutyö on tehty huolellisesti. Käyttäytymisen osatekijöissä ja käyttäytymisessä tapahtuneiden muutoksen ansiosta voi tapahtua biologisia muutoksia. Tämä taas voi johtaa terveyden ja hyvinvoinnin edistymiseen. (Salmela ym. 2010.)

Absetz ja Hankonen (2017) ovat todenneet, että interventioilla saavutetut elintapamuutokset ovat tavallisesti lyhytkestoisia motivaatiotekijöiden, itsesäätelykykyjen ja -ressursien, tottumusten ja ympäristötekijöiden vuoksi. Muutoksen ylläpitäminen vaatii tietoista yrittämistä ja ponnistelua repsahdusten välttämiseksi. Tämä kuluttaa resursseja ja saa motivaation laskemaan. Jotta käyttäytyminen muuttuu, niin ihmisellä pitää olla:

- tahtoa eli motivaatiota
- riittävästi taitoja
- ympäristön antama tilaisuus.

Tietoisien muutosprosessin eteneminen riippuu potilaan motivaatiotasosta. Potilas voi olla vahvasti motivoitunut elämäntapamuutokseen ja kaipaa tukea vain konkreettiseen toimintaan. Toisen motivaatiota pitää mahdollisesti vielä herätellä tai vahvistaa. Potilaan kohtaaminen hyväksyvässä, ymmärtämiseen pyrkivässä ja luottamusta rakentavassa hengessä tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. Uusia taitoja voi ohjelmoida automaattisiksi rutiineiksi, jotka tarjoavat helpomman tien pitkäkestoisiin muutoksiin. Käyttäytymisen omaseurannan vaikuttavuutta saadaan lisättyä, kun siihen yhdistetään tavoitteen asettamista, toiminnan suunnittelua ja välitöntä palautetta käyttäytymisestä. Tavoitteen asettamisen aputyökaluna käytetään muun muassa SMART- tai TARMO-lyhennettä. (Absetz & Hankonen, 2017.)

Absetz ja Hankonen (2011) toteavat, että mikään tekniikka ei yksinään ole riittävä suurten vaikutusten aikaansaamiseksi. Yksi malli ei tuo ratkaisua, vaan tekniikoiden yhdistäminen tuo parhaat tulokset. Ilmeisesti myös potilaiden ja ohjaajien yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat keinojen sopivuuteen. Kun potilaat ohjataan tavoitteelliseen toimintaan mahdollisimman pian diagnosoinnin jälkeen ja käytetään useampaa tekniikkaa, niin saavutetaan sitä parempi vaikuttavuus. Elintapamuutos tarkoittaa

käyttäytymisen muutosta, jossa pyritään omaksumaan uusia tapoja ja päästä pois vanhoista tavoista. Turku (2007, s.16-17) nostaa esille, että uusien taitojen oppiminen edellyttää omassa elämässä terveyttä ylläpitävän tiedon soveltamiskykyä. Tosiasiat opitaan parhaiten, kun ne yhdistetään aitoihin arkitilanteisiin ja elämäkokemuksiin. Oppiminen tapahtuu keskustelun avulla, joissa molemmat osapuolet käyvät avointa vuoropuhelua. Ainoastaan ymmärretty tieto on merkityksellistä. Tavoitteena on saada uusia näkökulmia koettuun ongelmaan ja sitoutumista uuteen toimintatapaan.

Elintapaohjauksessa käytettävien menetelmien tulisi pohjautua tutkimusnäyttöön. Tieteellisesti vaikuttavuuden osoittaminen perustuu niin sanottuihin interventiotutkimuksiin eli satunnaistettuihin koe-kontrollitutkimuksiin. Tällöin kahta tai useampaa toimintatapaa verrataan toisiinsa ja niistä saatuun näyttöön. Näyttöön perustuva elintapaohjaus on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tutkimustiedon avointa ja harkittua käyttöä asiakkaan tukemisessa. Ammattilaiset voivat melko turvallisesti luottaa siihen, että valitut menetelmät ovat tehokkaita tai vaikuttavia ohjauksessa. Elintapaohjauksen vaikutukset voivat näkyä seurattavan asian muutoksessa parempaan tai tilanne voi pysyä ennallaan, mutta voi näkyä myös kielteisen kehityksen hidastumisena tai muutoksena huonompaan. Vaikutuksia kannattaa seurata lyhyellä aikavälillä. Lisäksi olisi hyvä tehdä pitkän aikavälin seuranta. (Kangasniemi & Kauravaara, 2016, s.147-148, 150.)

2.5 Pienryhmäohjaus

Sosiaalipsykologiassa pienryhmän käsitettä määritellään erilaisista näkökulmista. Psykologisessa ryhmässä ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. He tiedostavat psykologisesti toisensa ja tuntevat olevansa ryhmä. Jäsenten välillä on käynnissä merkityksellinen kanssakäyminen, jonka ei tarvitse olla aina sanallista. Aggregaatti sen sijaan koostuu ihmisistä, jotka sattuvat olemaan lyhyen aikaa yhdessä, eikä heillä ole mitään tekemistä toistensa kanssa. (Pennington, 2005, s.8-9.)

Ohjaus on vuorovaikutusta ja haastaa ohjaajan kehittämään taitojaan ja tutkimaan omaa toimintaansa kriittisesti. Ohjaaja kohtaa ihmiset erilaisine taitoineen, tietoineen, tunteineen ja reaktioineen. Ohjauskeinot eivät välttämättä ole monimutkaisia ja niissä

voi harjaantua. (Vehviläinen, 2014, s.7.) Pienryhmäohjauksessa korostuvat ohjaajan ihmissuhde- ja ohjaustaidot. Ohjaaja luotsaa ryhmää eteenpäin suunnitelmallisesti, mutta kykenee reagoimaan ryhmässä tapahtuviin yllättäviinkin muutoksiin. Ryhmän ohjaajan taitoja ovat aktiivinen kuuntelu, selventäminen, empatia, ryhmässä heränneiden ajatusten kokoaminen ja tiedon jakaminen. Taitava viestijä osaa esittää asiansa ymmärrettävällä tavalla, ilmaista ymmärrystä ja motivoida ryhmäläisiä viestinnällään. Ohjaaja rohkaisee osallistujia ilmaisemaan itseään ja jakamaan tuntojaan. (Ståhlberg, 2019, s.28-29.)

Pienryhmällä tarkoitetaan kahden tai kolmenkymmenen jäsenen välillä olevaa jäsenmäärää. Tutkimuksissa on todettu, että kolmesta kahdeksaan henkilön ryhmät pääsevät tavoitteeseensa nopeammin ja ovat tehokkaampia omaksumaan informaatiota kuin suuremmat ryhmät. Päätöksenteon ja toimintaan ryhtymisen kannalta viidestä seitsemään jäsenen ryhmiä on pidetty ihanteellisena. (Pennington, 2005, s.9, 79.) Optimaalinen pienryhmän koko on hyvin ryhmäkohtainen. Kun pyritään jakamaan ajatuksia muiden kanssa, kuuntelemaan toisia tasapuolisesti ja mahdollisesti tekemään toiminnallisia harjoituksia, sopiva ryhmäkoko on neljästä kymmeneen henkilöä. Liian pieni tai suuri osallistujamäärä ei välttämättä palvele ryhmän tarkoitusta. Pienryhmän luonteeseen kuuluu, että kaikki pääsevät aktiivisesti osallistumaan ryhmän toimintaan ja olla vuorovaikutuksessa keskenään. Tärkeää on, että ohjaaja pystyy huomioimaan jokaisen osallistujan yksilölliset tarpeet. (Ståhlberg, 2019, s.61-62.)

Kun lähdetään luomaan prosessinomaista pienryhmämallia, on tärkeää suunnitella tarkasti ohjausprosessin kokonaisrakenne ja tapaamiskertojen vaiheet. Ohjaajan on koko ajan pidettävä mielessä, mikä on pienryhmän tarkoitus, tavoitteet ja mitä ryhmän toiminnalla halutaan saada aikaan. Pienryhmäohjauksen huolellinen ennakkosuunnittelu näkyy ohjaajan omassa toiminnassa varmuutena ja selkeytenä. Pienryhmäohjaus on aina hyvin dynaaminen prosessi, jossa ohjaajan tulee olla herkkä ryhmäläisten tarpeille ja mukauttaa kulloinenkin käsillä oleva pienryhmän kokoontuminen niiden mukaiseksi. (Ståhlberg, 2019, s. 53-54.)

Pienryhmäohjauksessa tulisi olla sopivassa suhteessa sekä keskustelua että toiminnallista työskentelyä. Ajankäyttöä suunnitellessa ohjaajan on hyvä tiedostaa konkreettisesti, kuinka monta minuuttia menee annettuihin tehtäviin ja niiden käsittelyyn. Yhden

ryhmäkokoontumisen tulisi tämän vuoksi olla vähintään tunnin mittainen. Tapaamiskerran lopuksi on hyvä varata lyhyt hetki kertaamiselle ja tapaamiskerran herättämien ajatusten ja tunnelmien jakamiselle. (Ståhlberg, 2019. s.60-61.)

Ryhmätyötilan tulisi olla häiriötön, viihtyisä, kodikas ja äänieristetty. Ryhmän jäsenen viestintä ja tuottavuus lisääntyvät, he istuvat kehämäisessä muodostelmassa. Tällöin jokainen ryhmäläinen näkee toisensa kasvot ja voi olla reagoimassa toisten sanomisiin ja jokaisen asia tulee näin myös kuuluksi. Ohjaajan on helpompi seurata ryhmäläisten viestintää ja vuorovaikutusta, kun hän istuu ryhmän kanssa samassa ringissä. Ohjaaja pyrki olemaan yksi ryhmäläisistä luoden näin välitöntä ja rentoa keskusteluun rohkaisevaa ilmapiiriä. (Ståhlberg, 2019, s.56-57.)

2.6 Vertaistuki

Huolellisesti suunniteltuna ja toteutettuna pienryhmäohjaus on parhaimmillaan voimavaraistava ja motivoiva hetki, jossa keskeistä on ryhmäläisten omien ajatusten esille tuominen, kokemusten jakaminen ja vertaistuki. Ohjaajan aktiivinen rooli vie ryhmän toimintaa eteenpäin ja kannattelee ryhmäprosessia. (Ståhlberg, 2019, s.17.)

Vertaistuki on vapaaehtoista kokemusten vaihtamista, jossa samankaltaisia asioita kokeneet jakavat toisilleen kokemuksiaan. Näin he saavat sosiaalista tukea, toivoa, apukeinoja ja uusia näkökulmia asioihin. Vertaistuki antaa tietoa muiden selviytymiskeinoista samankaltaisissa tilanteissa ja auttaa ymmärtämään omaa kokemusta ja tuo tunteen, ettei ole tilanteessa yksin. Erilaisten kokemusten jakaminen kunnioittavassa olosuhteissa voi lievittää ahdistuneisuutta ja poistaa pelkoja, koska turvallisessa ja luottavaisessa ilmapiirissä aiheiden käsittely toteutuu painostamatta ja omaehtoisesti. (THL, 2020b.)

Vertaistukeen liittyvä oleellisesti oppiminen ja tunteet. Jotta ihminen voi oppia, on hänen uskottavat pystyvänsä oppimaan. Oppiminen ja pystyvyys kulkevat käsikkäin. Tunteet ja mielentila vaikuttavat oppimiseen. Ihminen suoriutuu helpommin jokapäiväisistä toiminnoistaan, kun hän kykenee oppimaan. Kokemukset voivat olla merkittäviä oppimisen voimavaroja. Jokainen oppija tuo mukanaan omat kokemuksensa, joita voidaan jakaa muun muassa muiden oppijoiden kanssa. Oppiminen on syklinen

prosessi. Se perustuu kokemuksiin ja niiden jatkuvaan tarkasteluun. Kun oppimisprosessi on onnistunut, se tuottaa aina uutta soveltavaa tietoa ja uusia kokemuksia reflektoitavaksi. (Mikkonen & Saarinen, 2018, s.152-153.)

Yksilön tunne omasta pystyvyydestä ei helposti lisäänny toisilleen tuntemattomien ihmisten yleisluonteisella kannustuksella. Myönteinen tunne voi hävitä mielestä hetken häivähdyksen jälkeen pois. Pysyvämpiä vaikutuksia voi saada aikaan läheisten tai vertaisten kannustuksella kuten vertaistuella. Ryhmän tuki voi auttaa sairastuneita ja vammautuneita pääsemään eroon tuntemastaan häpeästä. Pystyvyyden kokemusta peilataan itsestä suhteessa muihin. Terveyttä edistäviä interventioita suunnitellessa tulisi paneutua terveysongelmien taustoihin, koska pystyvyyden tunne vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen ja siten myös terveyteen. (Mikkonen & Saarinen, 2018, s.90.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemat oireet ennen pienryhmäinterventiota ja sen jälkeen muuttuvat. Tavoitteena on kehittää pienryhmämuotoinen ohjausprosessimalli.

Tutkimuskysymykset:

Mitä vaikutuksia yhdellä pienryhmäinterventiolla on konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemiin oireisiin?

Miten konservatiivisesti hoidettavat laskeumapotilaat kuvaavat pienryhmäintervention?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.

4.1 Toimintatutkimus opinnäytetyön kehittämismenetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Tutkimustapaa, jossa ilmiötä tarkastellaan monesta eri näkökulmasta, kutsutaan triangulaatioksi eli kolmiomittaukseksi. Se on monimenetelmäinen tutkimusstrategia, jonka tavoitteena on tarkastella ilmiötä mahdollisimman monesta näkökulmasta ja lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Sen käyttöä voidaan perustella tutkimustilanteissa, joissa yksi menetelmä jättää tiedonkeruuseen aukkoja. Näitä voidaan täyttää muilla menetelmillä kuten laadullista ja määrällistä tutkimusta tai metodien sisällä kyselyä ja havainnointia. (Kananen, 2014, s.122-123.) Tämän monimetodisen lähestymistavan vuoksi opinnäytetyössä käytettyä tutkimusmenetelmää ei voida luokitella täysin kvantitatiiviseksi eikä kvalitatiiviseksi. Määrällinen aineisto opinnäytetyössä muodostui lantionpohjan vaivojen eli PFDI- 20-kaavakkeen alkua- ja loppukyselyn tiedoista. Laadullisina menetelminä käytettiin tutkimuspäiväkirjaa, kenttämuistiinpanoja sekä suullista ja kirjallista potilaspalautetta pienryhmäohjauksen lopussa.

Toimintatutkimuksella tarkoitetaan käytännön työelämässä oman työn tutkimista ja kehittämistä. Tutkimus ja toiminta toteutuvat toimintatutkimuksessa samanaikaisesti. Se nähdään ammatillisen oppimisen ja kehittymisen prosessina, johon liittyy oleellisesti käytännön työelämä sekä siellä olevien käytännön ongelmien tiedostaminen ja niiden poistaminen. Yhteistyö on oleellinen osa toimintatutkimusta. Sen voimana ovat henkilöt, joita ongelma koskee. Tällöin he yhdessä löytävät siihen ratkaisun ja samalla sitoutuvat muutokseen, joka on pysyvä ja pitää sisällään myös lupauksen paremmasta. Toimintatutkimuksella pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia ja parantaa toimintaa, jolloin siitä tulee työyhteisön jäsenille koko uran tapahtuva oppimis- ja kasvuprosessi. Toimintatutkimus kohdistuu yksittäiseen tapaukseen, joten tuloksia voidaan hyödyntää vain tämän tapauksen suhteen. Toimintatutkimus on jatkuva ja syklinen prosessi, joka sisältää syklin vaiheet suunnittelu, toiminta ja seuranta. Se tähtää jatkuvan muutokseen ja kehittämiseen. (Kananen 2014, s. 11, 13-14.) Toimintatutkimuksen vetäjän tulee hallita myös ryhmäkäyttäytyminen tutkimuksellisten seikkojen

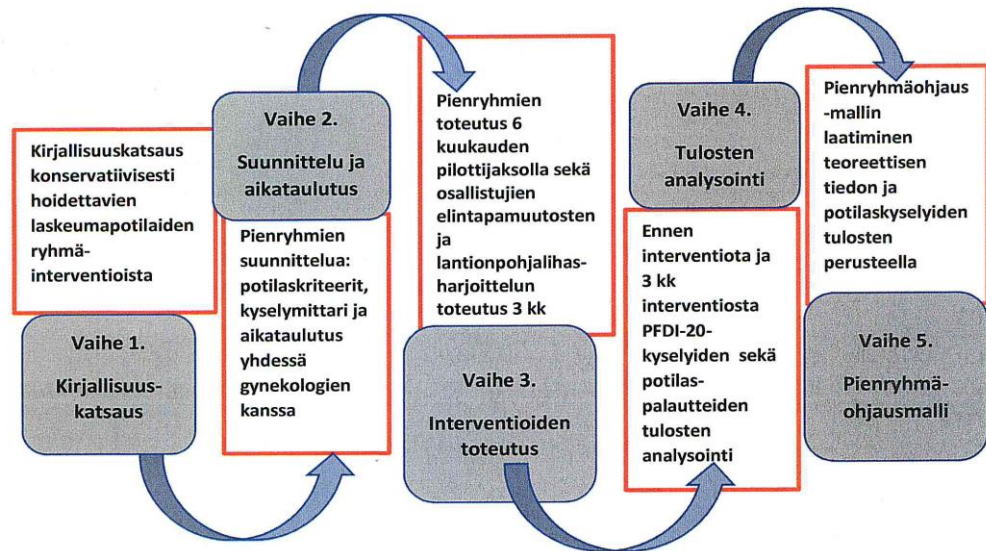
lisäksi. Sosiaaliset taidot ovat avainasemassa, koska ollaan tekemisissä ihmisten kanssa. Puhuminen auttaa ideoiden ja asioiden esiin tulon. (Kananen, 2014, s.67-68.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkijan vaikutuksen minimointiin mahdollisimman objektiivisen tiedon saamiseksi. Tutkijan vaikutusta tutkimustuloksiin sanotaan reaktiivisuudeksi, joka tarkoittaa tutkijan ja tutkimusasetelman vaikutusta tutkittavaan ja sitä kautta tutkimuksen tuloksiin. Ne voivat vääristyä. Täysin reaktiivisuutta ei pystytä poistamaan, mutta vaikuttamisen tiedostaminen ja ymmärtäminen mahdollistaa vääristymävaaran pienentämisen. (Kananen ym. 2014, s.80-81.)

4.2 Opinnäytetyön vaiheet

Toimintatutkimuksen vaihekaaviot vaihtelevat eri kirjoittajien mukaan. Niiden kaikkien perusajatus on kuitenkin sama eli ongelman määrittely, ratkaisun esitys, ratkaisun kokeilu ja arviointi. (Kananen, 2014, s.34.) Kun useita toimintatutkimuksen vaiheita eli syklejä asetetaan peräkkäin, muodostuu etenevä spiraalimalli. Toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleen suunnittelun sykleinä. (Heikkinen ym., 1999, s.36-37.)

Opinnäytetyö eteni toimintatutkimukselle tyypillisesti toisiaan seuraavien vaiheiden avulla ja alkuperäistä suunnitelmaa muokattiin työn edetessä yhteistyössä gynekologien kanssa. Pienryhmäohjaukseen osallistuneet potilaat olivat keskeinen osa tutkimusprosessia, toimintaa ja sen arviointia. Toimintatutkimuksen avulla pyrittiin muutokseen. Opinnäytetyön vaiheet ja eteneminen on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämistyön eteneminen tässä opinnäytetyössä

5 ENSIMMÄINEN VAIHE: KIRJALLISUUSKATSAUS

Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin opinnäytetyön kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lantionpohjan laskeumapotilaiden konservatiivisessa hoidossa, ja luoda teoreettinen pohja pienryhmämuotoisen ohjauksen suunnittelulle ja toteutukselle sekä lopussa pienryhmäohjausmallin suunnittelulle.

Teoreettista viitekehystä lähdettiin rakentamaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin. Tämän vuoksi niitä on olemassa erityyppisiä. Katsaustyyppit voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin, joita ovat: 1) kuvailevat katsaukset (narrative literature reviews), 2) systemaattiset kirjallisuuskatsaukset (systematics reviews, systematised reviews) sekä 3) määrällinen ja

laadullinen meta-analyysi (meta-analysis). Vaikka katsaustyyppisiä on useita, ne sisältävät tyypilliset osat. Kirjallisuuskatsauksen tyypilliset osat (SALSA) ovat kirjallisuuden haku (Search), kriittinen arviointi (Appraisal), aineiston perusteella tehty synteesi (Synthesis) ja analyysi (Analysis). (Suhonen ym. 2016, s.8.)

Narratiivisten katsausten tehtävä on kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää kuten muun muassa perinteisessä narratiivisessa katsauksessa tehdään. Kuvailuva (narrative literature review) kirjallisuuskatsaus pyrkii kuvailemaan uutta tai aiemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Tämän tyyppinen katsaus voi kohdistua yhden tutkimusaiheen alueelta tehtyihin erilaisiin tutkimusasetelmiin sisältäviin tutkimuksiin. Tyypillisesti katsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia. Se keskittyy erityisesti vertaisarvioinnin käyneiden tutkimusten tarkasteluun. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on prosessi, joka sisältää materiaalin hankinnan sekä tekstiaineiston synteessin yleensä taulukoidussa muodossa sekä analyysi, jossa olemassa olevan tutkimuksen arvo tai kontribuutio osoitetaan. (Suhonen ym. 2016, s.9.)

5.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää aikaisempien tutkimusten perusteella, miten ryhmässä toteutettava lantionpohjan lihasharjoittelu- ja/tai elintapaneuvonta vaikuttavat konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemuksiin oireisiin sekä selvittää ryhmäinterventioissa käytettyjä sisältöjä ja menetelmiä sekä saavutettuja vaikutuksia.

PICO- periaatetta apuna käyttäen voidaan tunnistaa tutkimuskysymykseen liittyvät osat (Lehtiö & Johansson 2016, s.36). Tarkat tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit kohdistuvat: tutkittavan aiheen kohderyhmään (population, P), tutkittavaan interventioon (intervention, I), intervention tai toiminnon verrokkiin (comparators, C), tutkittavan aiheen tuloksiin (outcomes, O) ja tutkimusasetelmaan (study design, S) (Valkeapää, 2016, s.57).

Pico-kysymykset:

Mitä vaikutuksia ryhmäinterventiolla on konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemiin lantionpohjan oireisiin?

Miten ryhmään osallistuvat konservatiivisesti hoidettavat laskeumapotilaat kokevat interventio?

Tutkimuskysymys muodostettiin käyttämällä PICO-asetelmaa (P=population/patient/problem, I=intervention, C=comparison, O=outcome).

P= konservatiivisesti hoidettava laskeumapotilas

I= ryhmäinterventio

C= vertailuryhmä

O= laskeumaoireet helpottuvat

S= tutkimusasetelma

Taulukko 2. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit PICOS: n mukaan

Tarkastelun kohde	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kohderyhmä P (population)	Konservatiivisesti hoidettavat laskeumapotilaat	
Interventio I (intervention)	Ryhmäinterventio sisältää konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan lantionpohjan lihasharjoittelu- ja/tai elintapaohjauksen.	Mukaan ei oteta laskeumaleikattujen interventioita, ponnistusvirt-sankarkailu-, sekamuotoinen tai pakko-virtsankarkailun interventioita, pre- ja postoperatiivisia interventioita, äitiysfysioterapiaan liittyviä interventioita, biopalaute- tai sähköstimulaatiointerventioita, laskeumapotilaiden sekundaari preventiointerventioita, laadullisia tutkimuksia, ei lapsia tai miehiä, kipupotilaiden interventioita, vaihdevuosi-interventioita
Vertailuinterventio =C (comparators)	Konservatiivisesti hoidettaviin laskeumapotilaisiin, jotka eivät saa lantionpohjan lihasharjoitteluohjausta tai vertailuryhmään, joka ei saa mitään ohjausta tai vain elintapaohjausta.	
Tulokset= O (outcomes)	Potilaan kokemat laskeumaoireet helpottuvat alkutilanteeseen verrattuna.	
Tutkimusasetelma =S (study desing)	Satunnaisesti kontrolloidut tutkimukset (RCT) järjestelmälliset katsaukset	Muut tutkimusasetelmat

5.2 Aineiston haku ja valinta

Tietokantahaku toteutettiin Cochrane- ja PEDro- tietokannoista käyttäen taulukossa 3. suunniteltuja hakusanoja. Näyttöön perustuvassa Cochrane- tietokannassa riittää useimmiten vapaasanahaku esimerkiksi kandi- ja graduvaiheessa. Myös JBI Joanna

Briggs Institute, Käypä hoito ja PEDro -Physiotherapy Evidence Database ovat näyttöön perustuvia tietokantoja. (Lehtiö & Johansson, 2016, s.47-50.)

PEDro-Physiotherapy Evidence Database tarjoaa nopean pääsyn parhaisiin tutkimuksiin, joissa arvioidaan fysioterapiainterventioiden vaikutuksia. PEDro: ssa tutkimukset, joissa käytetään tiukkoja tutkimusmenetelmiä, on luetteloitu: satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset, järjestelmälliset katsaukset ja näyttöön perustuvat kliinisen käytännön ohjeet. Tutkimusten laatua arvioidaan itsenäisesti PEDro- asteikolla. PEDroa ylläpitää Sydneyn yliopisto ja Sydneyn paikallisen terveystieteiden tuki- ja liikuntaelinlaitos ja sitä isännöi Neuroscience research Australia (NeuRA). (PEDro, 2020.) Cochrane haussa on tarkastettu, että samat tutkimukset löytyvät myös Cochrane-tietokannasta.

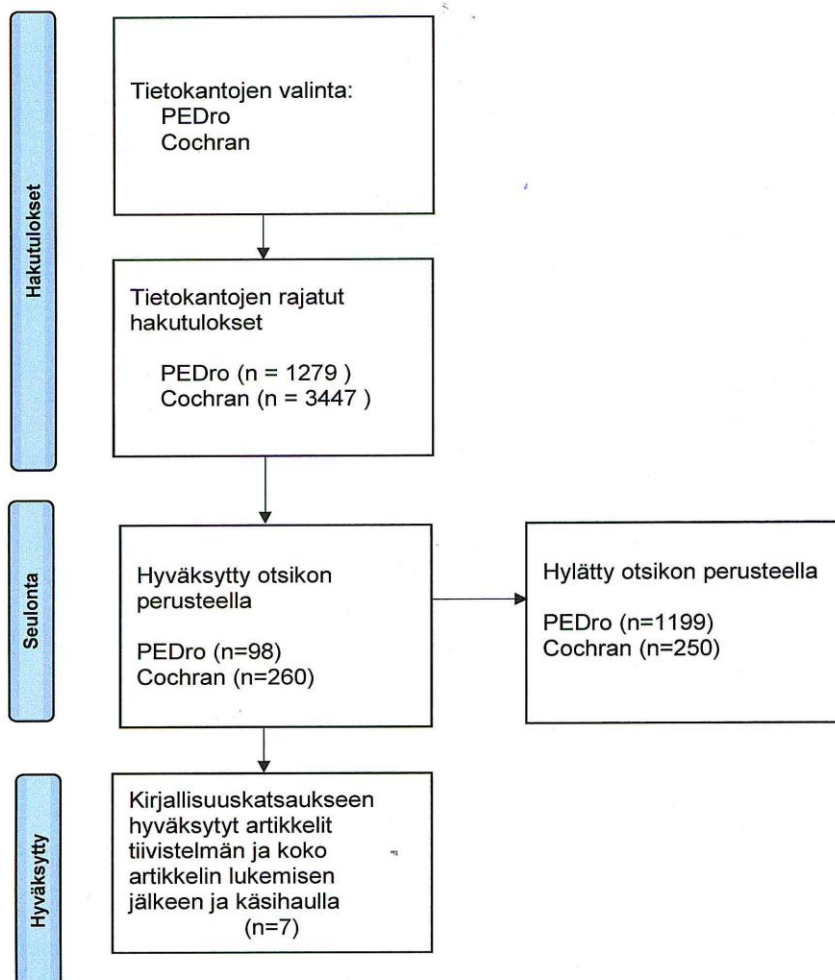
Taulukko 3. Käytetyt hakusanat

Tietokanta	Hakusanat
PEDro	pelvic floor 722 osumaa >19 pelvic organ prolapse 59 osumaa >19 lifestyle pelvic organ prolapse 14 osumaa>10 quality of life pelvic organ prolapse 24 osumaa>10> 98 quality of life pelvic floor muscle 217 osumaa >10 pelvic floor muscle training POP 29 osumaa>10 pelvic floor symptoms 232 osumaa >20 osumaa yhteensä 1297 osumaa
Cochrane	pelvic organ prolapse and lifestyle >49 osumaa pelvic organ prolapse and muscle training> 211 osumaa pelvic organ prolapse> 3187 yhteensä 3447 osumaa

PEDrosta tehdyssä taulukossa 3. valituilla hakusanoilla löytyi 1279 tutkimusta ja Cochranesta 3447 tutkimusta. Kaikki PEDron 1297 tutkimusta käytiin otsikkotasolla läpi. Otsikkotason läpikäynnin jälkeen eri hakulausein valikoitui 98 osumaa, jotka koskivat laskeumapotilaan konservatiivista hoitoa eli lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaneuvonnan vaikutusta potilaan elämänlaatuun, laskeumaoireisiin ja laskeuman asteeseen. Tutkimusten tiivistelmien lukemisen jälkeen valikoitui viisi tutkimusta. Eri tutkimusten lähdeluetteloissa viitattiin usein samoihin tutkimuksiin, jotka valikoituiivat myös kirjallisuuskatsaukseen. Eri hakulauseilla löytyi Cochranista 260 tutkimusta

laskeumapotilaan konservatiivisesta hoidosta ja nämä käytiin läpi otsikkotasolla. Lisäksi Suomen Lantionpohjan fysioterapeutti ry:n kanavan kautta on ollut mahdollisuus katsoa ICS 2019 (International Continence Society) vuosikokous, jossa Karin Bo esitti tutkimuskatsauksen ”Onko fyysinen aktiivisuus hyvä vai huono asia lantionpohjalle?” (Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor?). ICS2019 vuosikokouksessa esitettiin myös lantionpohjan lihasharjoittelun vaikutuksista laskeumaoireisiin pitkällä aikavälillä (McClurg ym. 2019). Nämä molemmat ICS2019 vuosikokouksessa esitetyt tutkimukset on otettu mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Bo & Nygaard (2019) esittävät järjestelmällisessä tutkimuskatsauksessaan liikunnan osuutta laskeumiin.

Valituista rct- tutkimuksista neljä (Due ym. 2015; Hagen ym. 2014; Panman ym. 2016; Wiegersma ym. 2014) löytyivät myös Iso-Britannian NICE (National Institute for Health and Care Excellence) hoitosuosituksista (NICE 2019). Suomessa käypähoitosuositus on tehty naisten virtsankarkailusta, mutta laskeumapotilaan käypähoitosuositusta ei ole vielä saatavilla. Satasairaalan ”Lantionpohjan merkitys gynekologisissa laskeumissa”- potilasohjeen lantionpohjan lihasharjoitteluosuus on naisten virtsankarkailu käypähoidon ohjeiden mukainen (Palonen & Aukee 2017). Potilasohjeessa olevat elintapaohjeet ummetuksen hoidon, liikuntaneuvonnan, rakkokoulutuksen, työergonomian ja ulkosynnyttimien limakalvojen hoidon suhteen perustuvat myös näyttöön (Dumoulin ym. 2016; käypä hoito 2017 virtsankarkailu (naiset)).



Kuvio 2. Artikkeleiden hakuprosessi.

5.3 Aineiston kuvaus ja laadun arviointi

Kirjallisuuskatsauksen valintaprosessissa otettiin mukaan tutkimukset, jotka parhaiten vastasivat pico-kysymyksiin. Kaikki valitut artikkelit oli julkaistu englannin kielellä ja artikkelien julkaisumaa ja määrä oli jakaantunut seuraavanlaisesti: Hollanti (2), Norja (1), Englanti (1), Tanska (1) ja Iso-Britannia (2). Julkaisuajankohta vaihteli 2014-2019. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui seitsemän tutkimusta, joista neljä oli satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (rct) (Due ym.2015; Panman ym. 2016; Hagen ym. 2014; Wiegersma ym.2014), kaksi oli järjestelmällisiä katsauksia (Dumoulin ym. 2016; Bo & Nygaard 2019) ja yksi tutkimuksista oli

tapaussarjatutkimus (McClurg ym. 2019) liittyen Hagenin ym. (2014) vuosina 2007-2010 tekemään satunnaistettuun kontrolloituun tutkimukseen. Kaikki tutkimukset olivat määrällisiä. Kolmessa rct- tutkimuksessa (Due ym. 2015; Panman ym. 2016; Wiegersma ym. 2014) oli käytetty aineiston keruumittarina lantionpohjavaivojen (PFDI-20)- kyselylomaketta, jota käytetään tässä opinnäytetyössä.

Viidessä tutkimuksessa (Due ym. 2015; Dumoulin ym. 2016; Hagen ym. 2014; McCurg ym. 2019; Panama ym. 2016) kaikilla naisilla oli todettu lantionpohjan laskeumaa, joka vaihteli eri tutkimusten välillä (taso I-III). Vain yhdessä tutkimuksessa laskeumapotilaiden elintapaohjaus ja lantionpohjan lihasharjoittelu oli toteutettu puhtaasti ryhmämuotoisesti (Due ym. 2015). Kaksi tutkimusta sisälsi intervention alussa yksilöllistä fysioterapiaa, jossa käytiin läpi lantionpohjan toiminta ja rakenteet, ohjattiin oikea lantionpohjalihaksen supistus ja rentoutus, opetettiin ennakoiva lihassupistus ennen vatsaontelon paineen nousua ja ohjattiin lantionpohjan lihasharjoittelun kotiohjelma sekä annettiin elintapaohjausta. Molemmissa tutkimuksissa kontrolliryhmät eivät saaneet ohjausta. (Panama ym. 2016; Wiegersma ym.2014). Yhdessä tutkimuksessa interventioryhmäläiset saivat fysioterapeutilta sekä elintapaohjausta että henkilökohtaista lihasharjoitteluohjausta. Kontrolliryhmä sai postitse vain elintapaohjeet. (Hagen ym. 2014.) McCurg ym. (2019) seurasivat pitkäaikaistutkimuksessaan lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaohjeiden merkitystä pitkällä aikavälillä naisten laskeumavaivoihin ja sairaalahoitoihin. Yhdessä järjestelmällisessä katsauksessa tarkasteltiin konservatiivisen hoidon (lantionpohjan lihasharjoittelu, elintapaohjaus) vaikutusta I-III asteen laskeumaoireisiin (Dumoulin ym. 2016). Yhdessä järjestelmällisessä katsauksessa (Bø & Nygaard, 2019) arvioitiin fyysisen aktiivisuuden vaikutusta laskeumaan.

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET JA YHTEENVETO

Tutkimusten raportoinnin kriittinen arviointi on tärkeä osa kirjallisuuskatsausta. Sen avulla pystytään monipuolisesti kuvaamaan mukaan valittuja tutkimusartikkeleita. Arvioinnin tuloksia voidaan hyödyntää muun muassa tutkimusten kuvaamiseen sekä

pyrkimykseen valita mahdollisimman korkeatasoiset tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen. (Lemetti & Ylönen, 2016, s.74-75.) Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysin tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista (Niela-Vilen & Hamari, 2016, s.23). Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittelyssä käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysia, jolla luodaan hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä (Eskola & Suoranta, 1998, s.19). Analyysia varten aineisto käytiin huolellisesti läpi useaan kertaan, jotta saatiin selkeä kuva interventioiden sisällöistä ja toteutuksesta.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laatua arvioitiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteereitä käyttäen. Näiden avulla voidaan arvioida tutkimusmenetelmien laatua ja tunnistaa tutkimustuloksiin vaikuttavan harhan riskiä (Hotus, 2020). Valittujen tutkimusten kriittisen arvioinnin pistemääriä vähensi tyypillisesti se, että tutkittavien ryhmäjako ei ollut salattu ryhmään jakoa toteutettavalta tai tutkittavat ja intervention toteuttajat eivät olleet sokkoutettuja tutkittavien ryhmäjaosta. Tutkimusten laadunarvioinnissa saamat pisteet on esitelty liitteessä 1.

6.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Due ym. arvioivat vuonna 2015 tutkimuksessaan, että ryhmäpohjainen lantionpohjan lihasharjoittelu yhdistettynä elintapaohjaukseen vähentää laskeumaoireita, parantaa elämänlaatua ja vaikuttaa positiivisesti seksuaalitoimintoihin. Due ym. (2015) valitsivat tutkimuksessaan oireiden muutoksen ensisijaiseksi tulostittariksi, koska tämä on usein merkittävin asia naisen hakeutuessa hoitoon ja heille tärkeä tulos. Naiset todennäköisesti myös jatkavat lantionpohjan lihasharjoittelua, jos kokevat sen hyödylliseksi. Tutkimuksessa oli mukana 109 naista, joista 89 naista (89 %) oli kolmen kuukauden seurannassa ja 85 naista (78 %) oli kuuden kuukauden seurannassa. Molemmille ryhmille annettiin yhtäläinen elintapaohjaus joko lantionpohjan lihasharjoitteluohjelman kanssa tai ilman sitä. Molemmat ryhmät olivat kuusi kertaa 45-60 minuuttia kestävässä Powerpoint- pohjaisessa ohjauksessa 12 viikon sisällä. Lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneet fysioterapeutit kävivät molemmissa ryhmissä läpi laskeumaoireita lisäävät ja oireita helpottavat asiat eli ylipainon, ummetuksen, raskaiden nostojen ja liikunnan sekä raskaan fyysisen työn merkityksen lantionpohjaan.

Ryhmässä keskusteltiin myös laskeuman vaikutuksesta elämänlaatuun, seksuaalisuuteen ja kehonkuvaan. He saivat ohjatuista asioista monisteet sekä virtsaamis- ja ulostuspäiväkirjat. Heitä kannustettiin kokeilemaan elintapamuutoksia. Kolmen kuukauden seurannan jälkeen yhdistetyn elintapa- ja lantionpohjan lihasharjoitteluryhmän osallistujat saivat lisäksi yksilöohjausta lantiopohjan lihasten toiminnasta. Näin varmistettiin, että lantionpohjan lihassupistus sujuu oikein. Heille opetettiin ennakoiva lihassupistus yhdistettynä vatsaontelon paineen nousuun ja viisi kertaa viikossa tehtävät tarkasti määritetyt harjoitteluohjeet. Heillä oli käytössä lisäksi harjoittelupäiväkirja.

Panman ym. (2016) vertasivat kahden vuoden seurantatutkimuksessaan lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaohjauksen vaikutuksia sekä kustannustehokkuutta ≥ 55 -vuotiaisiin naisiin, joilla oli hitaasti etenevät laskeumaoireet ja joita ei hoidettu. Vertailuryhmän naiset saivat kirjallisen ohjeet, jossa kerrottiin lantionpohjan anatomiasta ja lantiopohjan lihasten toiminnasta. Lisäksi lääkäri oli kertonut heille laskeuma-asteen ja testannut lantionpohjan lihasten toiminnan. Lantionpohjan lihasharjoittelu ja elintapaohjausryhmän osallistujilla (≥ 55 vuotta) oli oireen mukainen todettu laskeuma. Heille ohjattiin yksilöfysioterapiassa oikea lantionpohjan lihassupistus ja rentoutus. Osallistujat aloittivat kaikki samanlaisen kotiharjoitteluohjelman. Heille opetettiin ennakoiva lantionpohjan lihassupistus ennen vatsaontelon paineen nousua, WC-toiminnot sekä keskusteltiin ylipainon, tupakoinnin ja ravitsemuksen merkityksestä lantionpohjaan. Yksilöohjausten jälkeen osallistujat jatkoivat kotiharjoittelua kolmesta viiteen kertaa viikossa kahdesta kolmeen kertaa päivässä ja tarvittaessa saivat olla yhteydessä gynekologiin kuten myös vertailuryhmäläiset. Molempien ryhmien naiset vastasivat kyselyihin 3, 12 ja 24 kuukauden kohdalla intervention aloituksesta. Lantionpohjan lihasharjoitteluryhmän tulokset johtivat PFDI-20-mittarissa 12,2 pisteen parempaan tulokseen 24 kuukauden aikana kuin vertailuryhmässä. He kokivat myös subjektiivisesti oireiden parantuneen (43 %) enemmän kuin vertailuryhmäläiset (14 %). Myös elämänlaatu parani tässä ryhmässä. Vertailuryhmässä inkontinenssisuojien kustannukset olivat korkeammat kuin interventioryhmässä. Lantionpohjan lihasharjoittelun todettiin olevan tehokkaampaa naisilla, joilla oli enemmän lantionpohjan oireita. Lantionpohjan lihasharjoittelua voidaan suositella erityisesti naisilla, joilla on lieväoireinen laskeuma. Ohjausta voidaan toteuttaa ryhmässä jo perusterveydenhuollossa erityisesti naisille, joilla on lieväoireinen laskeuma

Laskeumapotilaiden lantionpohjan lihasharjoittelun eduista on saatu myös pitkän aikavälin tietoa (McClurg ym., 2019.) Hagenin ym. vuonna 2014 tehdyssä alkuperäis- tutkimuksessa 447 osallistujaa satunnaistettiin vuosina 2007-2010 joko lantionpohjan harjoitteluryhmään (n= 225) tai vertailuryhmään (n=222). Interventoryhmäläiset kävivät yhteensä viisi kertaa yksilöfysioterapiassa 16 viikon ajanjaksolla. Heille ohjattiin henkilökohtainen progressiivisesti etenevä harjoitteluohjelma ja opetettiin ennakoiva lantionpohjan lihassupistus yhdistettynä vatsaontelonpaineen nousuun. He pitivät harjoittelupäiväkirjaa. Lisäksi interventoryhmäläiset saivat heti ensimmäisessä tapaamisessa elintapaohjausta. Kontrolliryhmäläisille lähetettiin kirjalliset elintapaohjeet postitse ilman lantionpohjan lihasharjoitteluohjeita. Osallistujia seurattiin 8-10 vuotta ja tutkimusryhmien välillä oli merkittävä ero tässä vaiheessa. Tutkimuksessaan McClurg ym. (2019) toteavat, että interventoryhmäläiset (43,6 %) olivat saaneet vähemmän leikkaushoitoa kuin kontrolliryhmäläiset (52,8 %). Hagen ym. ovatkin vuonna 2014 tutkimuksessaan todenneet, että pitkän aikavälin hyötyjä tulisi tutkia jatkossa.

Wiegersma ym. vuonna 2014 tutkivat kolmen kuukauden lantionpohjan lihasharjoittelun vaikutusta lantionpohjan laskeumaoireisiin. Kaikille interventioon osallistuville selitettiin lantionpohjan toimintaa, käytiin läpi lantionpohjan toimintahäiriöitä piirroksin ja anatomisin mallein sekä arvioitiin lantionpohjan lihastoiminta. Naisille opetettiin lihasten oikeasuuntainen lihassupistus ja rentoutus, ennakoiva lantionpohjan lihassupistus ennen vatsaontelon paineen nousua, WC- toiminnot sekä selitettiin ylipainon ja ravitsemuksen merkitys lantionpohjaan. Osallistujia kannustettiin yksilöohjausten jälkeen jatkamaan lihasharjoittelua kotona kolmesta viiteen kertaa viikossa. Lantionpohjan lihasharjoitteluinterventio johti PFDI-20- pistemäärän huomattavasti parempaan tulokseen verrattuna vertailuryhmään, joka ei saanut hoitoa. Ryhmien välinen kliinisen merkityksen taso oli kuitenkin pieni. Tästä huolimatta 57 % interventoryhmästä ilmoitti yleisten laskeumaoireiden paranemisen. Vertailuryhmässä 13 % koki oireiden helpottuneen. Naiset, jotka saivat lantionpohjan lihasten harjoitteluohjausta, ilmoittivat neljä kertaa todennäköisemmin subjektiivisen parannuksen yleisissä oireissa kuin naiset, jotka eivät saaneet hoitoa. Lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan lantionpohjan lihasten harjoittelun onnistumiseen liittyvien tekijöiden tunnistamiseksi ja pitkäaikaisten vaikutusten tutkimiseksi.

Järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessaan Bø & Nygaard (2019) toteavat, että fyysinen aktiviteetti ei suojele virtsan- tai ulosteenkarkailulta tai laskeumalta. Joitain tutkimuksia on, että fyysinen aktiviteetti voi aiheuttaa tai pahentaa laskeumaa. Kenenkään ei tule kuitenkaan lopettaa fyysistä harjoittelua, mutta harjoittelevan naisen tulee tehdä myös lantionpohjan lihasharjoittelua.

Dumoulin ym. (2016) toteavat järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessaan lantionpohjan lihasharjoittelu antavan pienen, mutta todennäköisesti tärkeän, helpotuksen I-III asteen laskeumaoireisiin naisilla, joille ei ole tarjottu ennen hoitoa. Ylipaino, ummetus, raskaat nostot ja raskas fyysinen työ edesauttavat mahdollisesti laskeuman kehittymistä.

Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset vastasivat tutkimuskysymykseen lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaohjeiden vaikutuksesta konservatiivisen laskeumapotilaan oireisiin. Vain yhdessä kansainvälisessä tutkimuksessa laskeumapotilaiden elintapaohjaus ja lantionpohjan lihasharjoittelu oli toteutettu puhtaasti ryhmämuotoisesti (Due ym. 2015), joten luotettava näyttö puuttuu ja tuloksiin on syytä suhtautua varovaisuudella. Kirjallisuushaussa löytyi lisäksi vain kaksi muuta puhtaasti ryhmämuotoisesti toteutettua rct- tutkimusta, joita ei otettu mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Alves ym. (2015) selvittivät tutkimuksessaan ryhmässä toteutetun pelkän lantionpohjan lihasharjoittelun vaikutusta laskeumaoireisiin ja Dumoulin ym. (2020) tutkivat ryhmäpohjaisen lihasharjoittelun vaikutusta ponnistusvirtsan karkailuun. Molemmissa tutkimuksissa oireet helpottuivat, vaikka potilaille ei annettu elintapaohjausta.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella tuli ilmi, että lantionpohjan lihasharjoittelun lisääminen elintapaohjaukseen antaa merkittävän parannuksen potilaan kokemiin laskeumaoireisiin (Due ym. 2015; Dumoulin ym. 2016; Hagen ym. 2014;). Lantionpohjan lihasharjoittelu on todettu lisäksi kustannustehokkaaksi (Hagen ym. 2014; Panman ym. 2016). Myös elämänlaadun ja mukaan lukien seksuaalisuuden koettiin parantuneen (Due ym. 2015; Panman ym. 2016). Harjoittelun avulla nainen oppii

huomioimaan lantionpohjan aktiivisesti vatsaontelon painetta nostavissa tilanteissa ja lantionpohjan lihasten vahvistuminen helpottaa laskeumaoireita. Elintapaohjauksen lisääminen neuvontaan parantaa naisten tietämystään laskeumista sekä vähentää lantionpohjan toimintahäiriöihin liittyviä pelkoja ja häveliäisyyttä. Asian nostaminen esille ja yhteistyö eri ammattiryhmien kesken ovat keinoja, joiden avulla voidaan parantaa laskeumaoireisten naisten saamaa ohjausta ja mahdollisesti parantaa heidän elämänlaatuaan. Elintapaohjauksessa käytettävien menetelmien tulee pohjautua tutkimusnäyttöön, jolloin ammattilaiset voivat melko turvallisesti luottaa siihen, että valitut menetelmät ovat tehokkaita tai vaikuttavia ohjauksessa (Kangasniemi & Kauravaara, 2016). Absetz ja Hankonen (2017) ovat todenneet, että ihmisellä tulee olla tahtoa, riittävästi taitoja ja ympäristön antama tilaisuus, jotta käyttäytyminen muuttuu. Ainoastaan ymmärretty tieto on merkityksellistä ja tavoitteena on saada uusia näkökulmia koettuun ongelmaan ja sitoutumista uuteen toimintatapaan (Turku, 2007). Tässä opinäytetyössä konservatiivisen laskeumapotilaan pienryhmäohjauksen toteutuksessa käytetään kirjallisuuskatsauksen tutkimusnäyttöä. Opinäytetyön tekijän on koko ajan pidettävä mielessä, mikä on pienryhmän tarkoitus, tavoitteet ja mitä ryhmän toiminnalla halutaan saada aikaan.

Due ym. tutkimuksessa todettiin (2015), että ryhmäpohjainen lantionpohjan lihasharjoittelu yhdistettynä elintapaohjaukseen vähentää laskeumaoireita, parantaa elämänlaatua ja vaikuttaa positiivisesti seksuaalitoimintoihin. Väestön ikääntyessä terveydenhuollon resurssit eivät todennäköisesti pysty tarjoamaan yksilöllistä ohjausta kaikille sitä tarvitseville. Tämän vuoksi tarvitaan erilaisia ohjaustapoja vastaamaan kysyntään, jolloin lantionpohjan yksilöfysioterapian lisäksi myös ryhmämuotoinen ohjaus on hyvä vaihtoehto. Ryhmäpohjainen harjoittelu on myös edullisemmin saatavissa suuremmalle potilasmäärälle. Lantionpohjan harjoitteiden oikean suoritustekniikan yksilöllinen tarkastaminen ja ohjaaminen ennen ryhmäohjausta olisi kuitenkin tärkeää. Tutkimuksissa (Kashyap ym. 2013; Bo & Morkved, 2007) on todettu, että naiset eivät lähtötilanteessa välttämättä osaa suorittaa lantionpohjan lihasharjoitteita oikeaoppisesti pelkän suullisen ohjauksen avulla. Naiset todennäköisesti myös jatkavat lantionpohjan lihasharjoittelua, jos he kokevat sen helpottavan laskeumaoireita (NICE, 2019). Tutkimusta tarvitaan lisää lantionpohjan lihasten harjoittelun onnistumiseen liittyvien tekijöiden tunnistamiseksi ja pitkäaikaisten vaikutusten tutkimiseksi kuten Wieggersma ym. vuonna 2014 ovat todenneet. NICE: n (2019) hoitosuosituksissa lantionpohjan

lihasharjoittelun merkitys nähdään edelleen näytöllisesti heikkona ja asiasta kaivataan lisää tutkimusta. Lantionpohjan lihasharjoittelun katsotaan kuitenkin olevan alkuvaiheessa ensisijainen konservatiivinen hoitomuoto laskeumapotilaille.

Lantionpohjan laskeumaoireita, urogynekologisia oireita ja elämänlaatua mitattiin kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa useiden eri mittareiden avulla. Tässä opinnäytetyössä käytettiin validoitua kansainvälisesti vertailukelpoista lantionpohjavaivojen kartoitus eli PFDI-20- kyselykaavaketta (Due 2013; Mattsson ym. 2017), joka on ollut käytössä myös kirjallisuuskatsaukseen valikoiduissa kolmessa rct-tutkimuksessa (Due ym. 2015; Panama ym. 2016; Wiegersma ym. 2014). Lantionpohjavaivojen kartoitus eli PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory) kyselykaavake on käännetty yli kymmenellä kielellä ja validoitu useissa eri maissa. Mittarin on kehitetty 2000-luvun alussa Yhdysvalloissa ja se muotoutui 45 kysymyksestä lyhyeen 20 kysymyksen sisältöön vuonna 2005 Barberin ym. validointitutkimuksessa. Tämän oirekyselyn osa-alueet mittaavat virtsaamiseen ja ulostamiseen sekä laskeuman tunteeseen liittyviä oireita. Suomenkielisellä validoidulla käännöksellä PFDI-20:sta on hyväksyttävät psykometriset ominaisuudet, ja sitä voidaan käyttää sekä tutkimustarkoituksiin että laskeumaoireiden arviointiin. Lantionpohjan toimintahäiriöitä mittaava PFDI-20:n suomenkielinen versio (LIITE 2.) on todettu luotettavaksi, päteväksi ja käyttökelpoiseksi arvioimaan naisen lantionpohjan laskeumaoireita. (Mattsson ym., 2017.) Validius eli pätevyys tarkoittaa, että mittari ja tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsijärvi, 2009, s. 231). Suomennettu lantionpohjavaivojen kartoitus (PFDI-20) on käytössä Satasairaalan naistentautien poliklinikalla laskeumaverkkokoleikkattujen potilaiden seurannassa. Satasairaalan laskeumameetingissä tammikuun alussa 2021 gynekologien kanssa käydyn keskustelun jälkeen ja kirjallisuuskatsauksen tulosten perustella opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään potilaiden laskeumaoireiseurantaan PFDI-20- mittaria. Opinnäytetyön pienryhmäintervention tavoitteena on helpottaa potilaiden laskeumaoireita ja tavoitteen toteutumista on tärkeä pystyä mittaamaan. Edistymisen seuraaminen myös kannustaa ja motivoi pienryhmään osallistujan tavoitteen täyttymistä.

7 TOINEN VAIHE: PIENRYHMÄN SISÄLLÖN SUUNNITTELU JA AIKATAULUTUS

Tavoitteen onnistumisen kannalta on tärkeää, että interventioon valitaan oikeat henkilöt, jotka kuuluvat muutoksen piiriin. Lisäksi intervention kohteet pitää saada sitoutumaan muutokseen. Intervention tulosten mittaamisen kannalta kohderyhmän määrittäminen on oleellista. (Kananen, 2014, s.60.) Kohderyhmälle tehdään ennen ja jälkeen mittauksessa alkumittaus ja intervention jälkeen uusi mittaus. Muutoksen suuruuden kertoo mittauksen erotus. Menetelmä ei anna varmaa tietoa kuitenkaan siitä, mikä intervention osuus on muutoksessa, jos kontrolliryhmää ei ole mukana. (Kananen 2014, s.62.) Tässä opinnäytetyössä ei ole mukana kontrolliryhmää, koska se olisi ollut erittäin hankala toteuttaa.

Pienryhmän sisältöä ja aikataulua suunniteltiin yhteistyössä gynekologien kanssa, vaikka päävastuu suunnittelusta oli opinnäytetyön tekijällä. Aiheeseen liittyvää tutkimustietoa ja kirjallisuuskatsauksen tuloksia käytettiin apuna pienryhmän sisällön ja aikataulutuksen suunnittelussa. Pienryhmässä käytiin seuraavat asiat läpi:

- Lantionpohjan toiminta ja rakenteet anatomisten mallien ja kuvien avulla
- Gynekologisten laskeumien syyt, oireet ja laskeumatyypit
- Lantionpohjan lihasten tunnistamisharjoitukset käytännössä harjoitellen.
- Tietoinen ja ennakoiva lihasten aktivointi ennen erilaisia ponnistustilanteita käytännössä harjoitellen.
- Lantionpohjan lihasharjoittelun eteneminen interventiosta seuraavan kolmen kuukauden ajan.
- Vatsaontelon painetta toistuvasti nostavat tilanteet, jotka altistavat laskeuma-oireiden lisääntymiseen: voimakasta ponnistelua vaativat liikuntalajit, ylipaino, raskas fyysinen työ ja raskaiden taakkojen nostaminen.
- Ummetuksen hoito ja WC- tavat

Pienryhmään osallistuneet saivat kirjalliset potilasohjeet jo ennen interventiota ja tutustuneet ennalta aiheeseen.

Otoksen suuruudeksi tavoiteltiin 20 potilasta. Potilaskriteerikeskustelussa tuli esiin, että tämän otostavoite voi olla haastava. Laskeumapotilaat tulevat erikoissairaanhoidon leikkausarviota varten ja usein aivan liian myöhään konservatiivista hoitoa ajatellen. Keskustelun päätteeksi potilaskriteerit tutkimukseen määriteltiin seuraavasti:

- Potilaalla on primaarilaskeuma eli ensimmäinen laskeuma, mikä hoidetaan konservatiivisesti eli potilaalle ei ainakaan heti suunnitella leikkausta
- Potilalla ei ole aikaisempia käyntejä Satasairaalan lantionpohjan fysioterapiassa
- Laskeumarengas tai -kuutio ei ole este ryhmään osallistumiseen
- Mielellään ei potilaita, jolla on kovin raskas työ ja lantionpohjan lihakset eivät löydy. Tällöin potilas hyötyy enemmän yksilöterapiasta.
- Gynekologi testaa lantionpohjan lihakset vastaanotolla ja potilas tunnistaa täsmäliikkeen.

Tutkimuspotilaiden valinta sovittiin tapahtuvan potilaan tullessa Satasairaalan naisten tautien poliklinikalle gynekologin vastaanotolle. Jos potilaalla todettiin konservatiivisesti hoidettava primaarilaskeuma ja gynekologi katsoi potilaan sopivan ryhmään, hänelle annetaan suullinen tiedote tutkimuksesta. Lantionpohjan lihakset gynekologi testasi vastaanotolla ja potilas tunnistasi ne. Potilaalle oli mahdollisesti asetettu vastaanotolla laskeumarengas tai ohjattu laskeumakuution käyttö, josta pienryhmän ohjaaja ei saanut tietoa. Osallistuminen pienryhmäohjaukseen oli vapaaehtoista ja potilaalla oli oikeus kieltäytyä siihen osallistuminen. Jos potilas oli halukas osallistumaan ryhmään, niin hänelle tehtiin lääkärivastaanotolla ajanvaraus potilaalle sopivaan ryhmäohjauksajankohtaan. Lisäksi potilaalle kerrottiin, että kolmen kuukauden kuluttua interventiosta hänellä oli mahdollisuus tulla vielä polikliinisesti lantionpohjan fysioterapiakäynnille kertaamaan pienryhmässä ohjattuja asioita. Satasairaalan Lifecare-potilastietojärjestelmän fysioterapia-ajanvarauskirjan kautta potilaalle lähetettiin kutsukirje (LIITE 4), mikä sisälsi lantionpohjavaivojen eli PFDI-20-kyselykaavakkeen, tutkimusluvan (LIITE 6) ja saatesanat tutkimuksen tarkoituksesta.

Laskeumakirurgiaa tekevä gynekologi tiedotti kollegoitaan ja opinnäytetyön tekijä tiedotti naistentautien poliklinikan hoitajia sähköpostitse pienryhmien alkamisesta, kun

tutkimusluvut olivat kunnossa. Tavoitteena oli saada vähintään 20 potilaan otos kuusi kuukautta kestävästä pilottijaksosta aikana. Pilotointi alkoi maaliskuun lopussa 2021 ja loppuarviointi aloitettiin joulukuun lopussa 2021. Potilaille oli mahdollisuus osallistua yhteen pienryhmäohjaukseen Satasairaalan naistentautien poliklinikalla fysioterapeutin vastaanottohuoneessa. Ryhmäkoko oli yhdestä neljään potilasta, jotta koronavirus COVID-19 ohjeistuksen turvavälit toteutuivat. Jotta ryhmässä olisi sopivassa suhteessa sekä keskustelua että toiminnallista työskentelyä, pidettiin ryhmän koko pieninä. Potilaille ja fysioterapeutilla oli käytössä kasvomaskit ja vastaanotto-tila oli hyvin ilmastoitu. Tutkimustavoitteiden saavuttaminen ei vaatinut lisäresursseja lantionpohjan fysioterapiaan. Ainoa kustannuserä oli opinnäytetyön tekijän itse maksamat postimerkit palautekuoriin. Tutkimuslupien saannin jälkeen ryhmäajanvarauskirja avattiin 1.4.2021 ja potilaille voitiin tehdä ajanvarauksia Lifecare-potilastietojärjestelmään. Lisäksi tiedotettiin sähköpostitse niin laskeumakirurgiaa tekeviä gynekologeja kuin naistentautien poliklinikan sairaanhoitajia.

8 KOLMAS VAIHE: PIENRYHMIEN TOTEUTUS

Pilotointi sisälsi seitsemän pienryhmäinterventiota 13.4. -14.9.2021 välisenä aikana. Kesätaukoa interventiosta pidettiin 30.6.-16.8.2021. Kolmessa interventiossa oli kaksi potilasta mukana ja neljässä interventiossa yksi potilas. Interventioiden aikana käytettiin hyvin ilmastoitua ja äänieristettyä naistentautien poliklinikalla sijaitsevaa fysioterapeutin vastaanotto-tilaa. Pienryhmissä oli tarkoitus olla korkeintaan neljä potilasta kerrallaan. Interventiota ennen sekä sen jälkeen toteutettiin lantionpohjavaivojen mittaus PFDI-20-kyselykaavakkeella, jotta pystyttiin kartoittamaan lantionpohjan toimintahäiriöiden lähtötilanne ennen intervention toteutusta sekä lopputilanne kolme kuukautta intervention jälkeen. Kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa laskeumatuntemuksia, ulostamiseen ja rakon toimintaan liittyviä oireita sekä kuinka paljon nämä vaivaavat ennen ja kolmen kuukauden jälkeen interventiosta.

Interventioprosessin aikana tulee seurata ja tiedottaa interventioiden toteutumista (Kananen, 2014, s. 63). Kesän alussa 3.6.2021 laskeumameetingissä arvioitiin uudelleen

potilaskriteereitä, koska ryhmiin ei saatu kerralla kuin yhdestä kahteen potilasta. Jo potilaskriteerikeskustelussa tuli esiin, että otostavoite (n=20) eli kahdesta neljään pienryhmäosallistujaa voi olla haastava. Keskustelussa todettiin, että potilasvalintakriteerit tehtiin liian tiukoiksi. Tässä kohtaa niitä ei kuitenkaan lähdetty muutamaankaan, vaan jäätettiin odottelemaan interventioden tuloksia. Myös Covid-19- pandemia asetti rajoituksia ryhmäkokoon ja potilaiden halukkuuteen osallistua ryhmään. Kuuden kuukauden pilottijaksoon sisältyi lähes kahden kuukauden kesätauko, jonka aikana naistentautien poliklinikkatoiminta oli minimissä. Tämä vaikutti osaltaan otostavoitteeseen.

9 NELJÄS VAIHE: KYSELYN TULOKSET

Opinnäytetyön aineisto muodostui pääasiassa määrällisestä aineistosta eli kyselykaavakkeista sekä kirjallisista potilaspalautteista, mutta myös intervention jälkeen välittömästi tutkimuspäiväkirjaan kirjatuista pienryhmäohjaukseen osallistuneiden spontaaneista sanallisista palautteista.

Määrälliseen tutkimukseen soveltuva havainnoinnin muoto on systemaattinen havainnointi. Se toteutetaan yleensä strukturoidusti niin, että tutkija kirjaa havaintonsa ennalta suunniteltuun lomakkeeseen. (Vilka, 2007, s.29.) Havainnoinnilla saadaan välitöntä ja suoraa informaatiota yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä (Hirsjärvi ym., 2009, s. 217). Spontaanin palautteen lähtökohtana on aina asiakkaan oma sisäinen tarve kertoa kokemuksestaan palvelun tuottajalle. Se kuuluu hyvään toimintatapaan, että palvelun tuottaja antaa asiakkailleen mahdollisuuden palautteen antoon. Yleensä spontaania palautetta kertyy suullisesti henkilökunnalle muun muassa puhelimitse tai kirjeen muodossa, mutta käynnin yhteydessä asiakkaita kannustetaan spontaanin palautteen antoon käyttäen myös valmiita palautepohjia. (THL, 2011, s.20.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin osallistavaa havainnointia kenttämuistiinpanoin osallistujien välittömästä ja oma-aloitteisesta suullisesta palautteesta, koska havainnoitsija eli opinnäytetyön tekijä osallistui pienryhmän toimintaan ohjaajana. Näin saatiin täydentävää potilaspalautetta konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan asiakaskokemuksesta ja pystyttiin tunnistamaan hoitopolun

kehittämiskohteet fysioterapian osalta. Ammatilaisen näkökulmasta asiakkaan antama spontaani palaute auttaa hahmottamaan paremmin asiakkaan kannalta merkittävät asiat. (THL, 2011, s.20.)

Pienohjausryhmään osallistuneet täyttivät välittömästi intervention jälkeen 5-portaitaisen asteikollisen kirjallisen potilaspalautteen (LIITE 3.), joka on muokattu yliopistosairaaloiden kehittämän kansallisen asiakaslähtöisyyden kehittämisverkoston suositteleman kysymyssarjan mukaan (THL, 2020a). Vastaaja valitsee väittämistä sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä (Hirsjärvi ym., 2009, s.200). Osallistujat palauttivat kyselyn nimettömänä suljettuun potilaspalautelaatikkoon.

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä eli kvantitatiivisessa menetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti (Vilkka,2007, s.14). Aineiston keruu tapahtui ennen pienryhmäohjausta sekä kolmen kuukauden kuluttua ohjauksesta. Potilaat olivat saaneet ajanvarauskirjeen mukana lantionpohjan vaivoja kartoittavan PFDI-20- kyselykaavakkeen (LIITE 1), jonka he palauttivat ennen ohjausryhmän alkua. Vastatessaan kysymyksiin potilas otti huomioon laskeumaoireensa viimeisten kolmen kuukauden aikana. Ennen pienryhmän alkua tarkastettiin, että osallistujat olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin asianmukaisesti. Kyselyssä kartoitettiin lantionpohjan vaivoja eli kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa virtsaamiseen, ulostamiseen ja laskeuman tunteeseen liittyviä oireita. Kolmen kuukauden kuluttua interventiosta osallistujille lähetettiin uusi PFDI-20- kyselykaavake. Mittarin tarkoituksena oli saada selville, mitä vaikutuksia yhdellä pienryhmäinterventiolla oli konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemiin oireisiin.

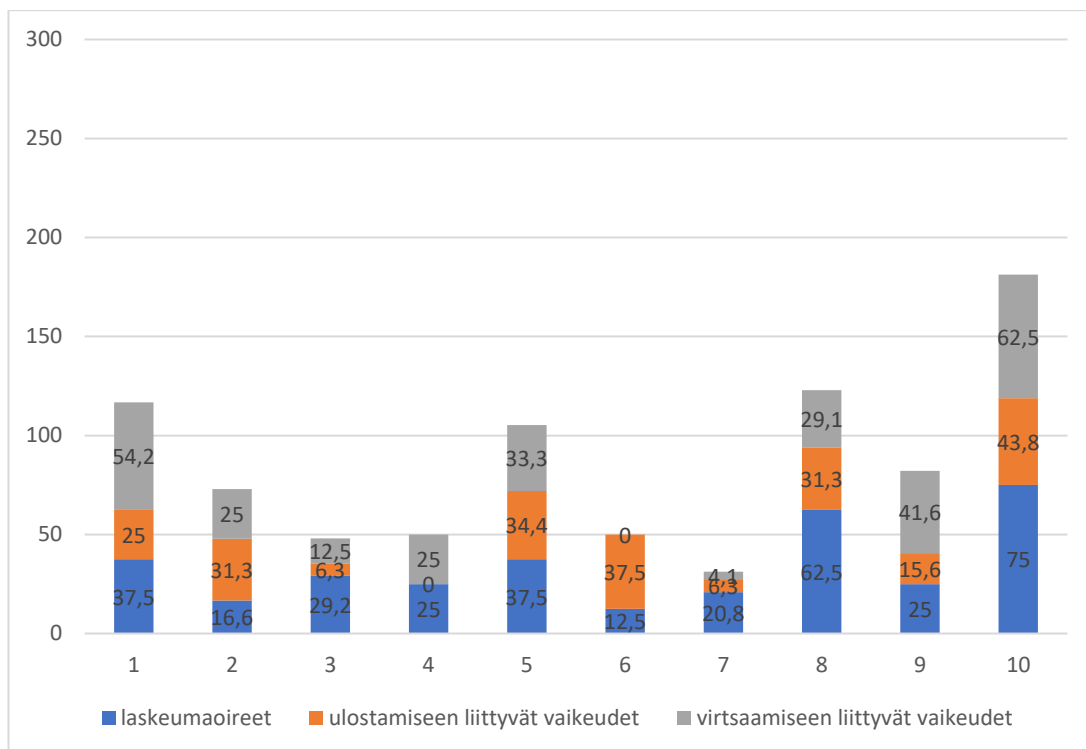
Potilaan täyttämä lantionpohjan vaivoja/oireita kartoittava PFDI-20- kyselylomake koostuu kolmesta osa-alueesta, joiden pisteet vaihtelevat 0-100. Korkeampi kokonaispistemäärä (kolmen osa-alueen pistemäärän summa vaihteluvälillä 0-300) osoittaa suurempaa oiretaakkaa. (Wiegersma ym., 2014.) Tulosten yhteenvedossa kiinnitettiin huomiota alku- ja loppumittausten väliseen muutokseen jokaisen osallistujan kohdalla yksilöllisesti sekä koko ryhmän alku- ja loppumittauksista laskettujen kokonais- sekä osa-aluepistemäärien välillä.

9.1 Pienryhmäohjaukseen osallistuneiden potilaiden kokemat laskeumaoireet ennen interventiota

Kaikissa tutkimuksissa voi esiintyä eri syistä johtuvia virheitä kuten vastaamiseen liittyvä virhe, vastauksen väärin kirjauksia tai tutkijasta johtuvia virheitä (Holopainen ym., 2004, s.23). Potilaat palauttivat ohjaajalle ennen pienryhmäintervention alkua PFDI-20- kyselykaavakkeen, joka tarkistettiin mahdollisten puutteiden ja virheiden vuoksi. Kahdelta potilaalta oli jäänyt vastaamatta yhteen kysymykseen, johon pyydettiin täydennystä ennen pienryhmäintervention aloittamista. Lisäksi potilaat palauttivat allekirjoitettuna suostumuksen tutkimuspotilaaksi.

Ryhmäinterventioon osallistuneiden (n=10) ikäjakauma oli 46-78 vuotta (ka. 64,9). Heistä viisi oli alle 65- vuotiaita ja viisi oli yli 65- vuotiaita. Pienryhmäohjaaja ei tiennyt potilaan laskeuman asteesta, laskeumatyypistä eikä oliko potilaalle asetettu laskeumarengas tai ohjattu laskeumakuution käyttö.

PFDI-20- kyselykaavakkeen kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa, mikäli potilaalla esiintyy tiettyjä tuntemuksia suolen, virtsarakon tai alapään alueella, ja kuinka paljon nämä oireet vaivasivat häntä. Haitta-asteikon kysymykset käyttivät seuraavaa muotoa asteikolla 0-4: 0 =oiretta ei ole, 1 =ei haittaa laisinkaan, 2 =haittaa jonkin verran, 3 =haittaa melko paljon ja 4 =haittaa paljon. Jokaisen osion keskiarvo (0-4) laskettiin ja kerrottiin 25:lla, jotta saatiin kokonaispistemäärä (asteikolla 0-100). PFDI-20 pisteytyksen yhteenveto saadaan laskemalla kolmen osion pisteet yhteen kokonaispistemääräksi (asteikolla 0-300). Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota niihin kysymyksiin, joista potilas saa 2-4 pistettä sekä siihen, mihin osioon pisteet painottuvat. (Mattsson ym., 2017.) Pienryhmässä ohjauksen sisältö oli kaikille ohjattaville sama riippumatta oireiden painottumisesta ja vasta yksilöohjauksessa pystyttiin kohdentamaan ohjaus eri osa-alueisiin tarkemmin. Kuviossa 3. pylväsdiagrammien korkeudet kuvaavat potilaiden (n=10) laskeumavaivojen suuruutta kokonaispisteissä 0-300. Osa-alueet kuvataan eri väreinä ja pisteinä: laskeumaoireet sekä ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät vaikeudet. Mitä alhaisemmat kokonaispisteet ovat, sitä vähemmän potilaalla on laskeumasta johtuvaa oiretaakkaa.



Kuvio 3. Lantionpohjan vaivat ennen interventiota kuvattuna kokonaispisteinä (0-300) sekä eri osa-alueet väreinä ja pisteinä (0-100).

Kahdeksalla potilaalla oli kaikissa osa-alueissa (laskeumaoireet, ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät vaikeudet) tuntemuksia. Yhdellä potilaalla ei esiintynyt ulostamiseen liittyviä vaikeuksia ja yhdellä potilaalla ei ollut lainkaan virtsaamiseen liittyviä vaikeuksia. Maksimikokonaispistemäärä vaihteli 31,2 pisteestä 181,3 pisteeseen. Lantionpohjan oireiden keskihajonta oli 45,9 pistettä ja keskiarvo 86 pistettä (0-300).

9.2 Osallistujien kokemukset pienryhmäohjauksesta

Osallistujat antoivat palautetta kirjallisesti lantionpohjan ryhmästä nimettöminä heti ryhmäohjauksen loputtua, jotta he pystyivät kuvaamaan asiakaskokemustaan pienryhmäinterventiosta. Lisäksi he antoivat suullisesti palautetta oma-aloitteisesti ryhmän lopussa pienryhmän ohjaajalle. Kommentit kirjattiin välittömästi potilaan/potilaiden poistuttua vastaanottotilasta päiväkirjaan. Seuraavaksi tarkastellaan kirjallisista ja suullisista kommentteista nousseita tekijöitä potilaan näkökulmasta.

Palautekyselykaavakkeen avulla potilas arvioi saamaansa ryhmäohjausta 1-5 asteikolla: 5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=ei samaa eikä erimieltä, 2=osittain eri mieltä ja 1=täysin eri mieltä. He vastasivat kysymyksiin: saamani tieto

oli ymmärrettävää, saamani tieto oli tarpeellista, saamani ohjaus oli hyvää ja voin suositella ryhmää tuttavalleni. Kymmenestä osallistujasta kahdeksan palautti vastauksen suljettuun palautelaatikkoon. Kahdelle osallistujalle ohjaaja unohti epähuomiossa intervention lopuksi antaa täytettäväksi potilaspalautekaavakkeen. Kaikki kahdeksan kirjalliseen palautekyselyyn vastannutta potilasta olivat täysin samaan mieltä (5), että heidän saamansa tieto oli ymmärrettävää (5), saamani tieto oli tarpeellista (5), saamani ohjaus oli hyvää (5) sekä he voivat suositella ryhmää tuttavalleen (5). Kaikki kahdeksan potilasta vastasi kysymykseen ei- vastauksella: ”Jäikö mieltäsi askarruttamaan jokin asia?” Jos potilas olisi vastannut kyllä, niin hänellä olisi ollut mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen ”Mikä sinua askarrutti?” Kirjallisen palautekyselyn avulla pyrittiin varmistamaan, että osallistujat voivat anonyymisti antaa palautetta. Intervention kesto oli lähes 90 minuuttia ja palautteen antoon annettiin lopussa muutama minuutti aikaa ryhmätilassa. Ohjaukseen osallistuneiden asiakaskokemus vastasi todennäköisesti osallistujien odotuksia pienryhmästä. Vuorovaikutus oli ohjaajan ja ryhmäläisten kesken kaksisuuntaista, kun kirjallisten palautteiden lisäksi osallistujat toivat esiin tunteuksiaan sanallisesti. Tutkimuksissa on todettu, että ohjaajan vuorovaikutustaidot ja asenne korostuvat, kun pyritään vaikuttamaan osallistujien motivaatioon (Absetz & Hankonen, 2017).

Osallistujat toivat esiin, että pelkät kirjalliset potilasohjeet eivät välttämättä ole tarpeeksi selkokielisiä ja sovellu kaikilta osilta jokaiselle. Kirjallisten ohjeiden ymmärtäminen ja noudattaminen voi tuottaa hankaluutta, koska ihmisten terveydenlukutaito voi vaihdella. Pienryhmässä käytetyt anatomiset mallit ja erilaiset kuvat helpottivat lantionpohjan toiminnan ja rakenteiden hahmottamista. Tämä nähtiin oppimista ja ymmärtämistä tukevana tekijänä sekä vahvisti osallistujien uskoa omaan pystyvyyteen muutokseen motivoitumisessa.

”Ymmärrän lantionpohjan toiminnan nyt, se on tärkeää”

”Paperiohjeet ja sanallinen suositus lantionpohjan harjoittelusta on epämääräistä, vaikea ymmärtää millainen on oikea lantionpohjan liike, usein tulee pakarat ja vatsa mukaan”

”Yksinkertaisilla ja käytännönläheisillä ohjeilla on helppo ymmärtää lantionpohjan toimintaa”

Osallistujat toivat esiin, että Satasairaalan fysioterapiapalveluyksikön aukioloaika eli ns. virka-aika 8:00-16:00 ei välttämättä sovellu kaikille. Ryhmäaika oli sidottu tiistai iltapäivään kello 14:30-16:00. Osallistujat toivoivat mahdollisuutta osallistua ryhmäohjaukseen virka-ajan ulkopuolella, jolloin palvelu tavoittaisi kaikki halukkaat. Pienryhmäohjausta tulisi tarjota tasapuolisesti sairaanhoitopiirin alueen laskeumapotilaille. Vaihtoehtoisesti osallistujat toivoivat yksilöaikaa, jolloin vaihtoehtoja ajanvarauksen suhteen on enemmän työssä käyville ja pitkämatkalaisille.

”Ryhmäaika ei useimmiten sovi, jos on pitkältä ja työaika päättyy kello 15”

”Vaikea järjestää juuri ryhmäaikaan käynti”

Osallistujat kokivat, että he kykenevät vaikuttamaan omalla toiminnallaan laskeuma-oireisiin hyvin pienilläkin ponnistuksilla. Ymmärrys laskeumien syistä ja riskitekijöistä sekä tieto itsehoidosta katsottiin vähentävän pelkoja ja häveliäisyyttä sekä herättävän osallistujissa tarpeen omaehtoisen muutokseen.

”Hyödyllistä, mielenkiintoinen aihe”

”Pitäisi saada kaikkien tällaista tietoa, miten hoitaa itse laskeumaa”

Osallistujat saivat vahvistusta ajatuksilleen ja tunteilleen muilta osallistujilta vertaistuen muodossa. He toivat esiin, että sillä mitä he tekevät on merkitystä. Osallistujat kokivat olevansa osa ryhmää eivätkä ole yksin laskeumaongelmiensa kanssa. Osallistuja voi rohkaistua keskustelemaan asiasta myös kotona tyttärensä tai äitinsä kanssa sekä antaa omalta osaltaan tukea, apukeinoja ja uudenlaisia näkökulmia asioihin vertaistuen muodossa omaisilleen tai tuttavilleen.

”Valaisevaa ja en ole asian kanssa yksin”

”Äidillä, itselläni ja tyttärelläni on laskeuma, sidekudos on varmaan samanlainen, juttelen heille asiasta ja varsinkin kolme kuukautta sitten vauvan saaneelle tyttäreleni”

9.3 Pienryhmäohjaukseen osallistuneiden potilaan kokemat oireet kolme kuukautta intervention jälkeen

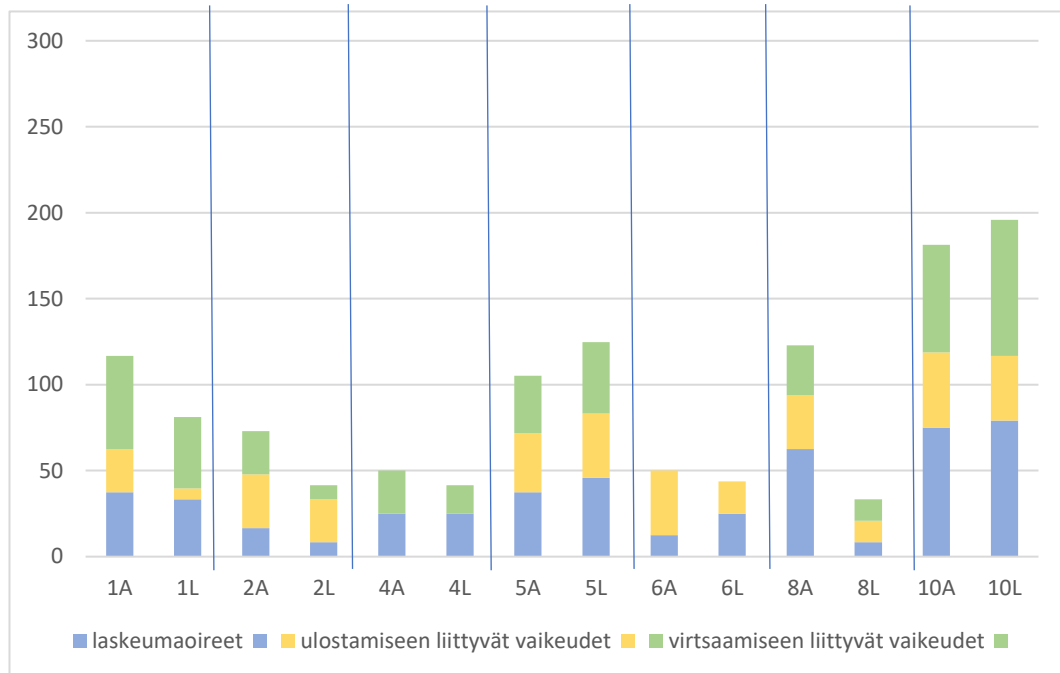
Toimintatutkimuksen intervention vaikutuksen toteamiseksi on muutos kyettävä näyttämään toteen. Mahdollinen muutos voidaan todeta tekemällä intervention jälkeen uusintamittaus. (Kananen, 2014, s.119.) Tässä opinnäytetyössä tulos eli muutos nähtiin kokonaispisteiden laskuna tai nousuna. Korkeampi kokonaispistemäärä osoittaa suurempaa laskeumaoiretaakkaa ja matalampi kokonaispistemäärä laskeumaoireiden haitan vähentymisen. Osapisteet kuvaavat laskeuman aiheuttamia tyypillisiä oireita, joita emättimen etu- ja takaseinämän sekä apikaalisen osan eli kohdun laskeumissa esiintyy (Rahkola-Soisalo ym., 2019; Aaltonen & Nieminen, 2019, s. 197).

Potilaat vastasivat kolmen kuukauden kuluttua ryhmäinterventiosta uudelleen lantionpohjavaivoja kartoittavaan PFDI-20-kyselyyn, jonka osa-alueet mittaavat laskeumaoireen tunnetta sekä ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyviä vaikeuksia. Heille lähetettiin postitse saatekirje (LIITE 5), PFDI-20- kyselykaavake sekä postimerkillä varustettu palautuskuori. Vastauksia saatiin seitsemältä potilaalta, joista kuusi lähetti palautuskuoren noin kahden viikon kuluttua sen lähettämisestä. Vastaamatta jättäneitä oli neljä, joille lähetettiin uudestaan saatekirje, PFDI-20- kyselykaavake sekä palautuskuori, jonka postimaksu oli hoidettu. Näin saatiin vielä yksi vastaus lisää. Tiedossa oli, että yksi potilas ei vastannut kolmen kuukauden kuluttua PFDI-20- kyselyyn, koska hän ilmoitti jo pienryhmäintervention lopussa kokevansa sen täytön hankalaksi ja tarvitsi omaisen tukea sen täyttämiseen.

Kaikki vastauslomakkeet luettiin ja tarkastettiin useaan kertaan mahdollisten virheiden ja/tai puuttuvien tietojen osalta sekä laskuvirheiden poissulkemiseksi. Kolme potilasta halusi tulla kertaamaan pienryhmässä ohjattuja asioita, jolloin näistä kahden potilaan täyttämiä kyselykaavakkeita pystyttiin tarkentamaan vastausten osalta poliklinikkäkäynnin yhteydessä. He olivat joihinkin osa-aluekysymyksiin vastanneet Ei ja myös jatkokysymykseen ”Jos vastasitte kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua? Ei laisinkaan. He olivat kuitenkin tarkoittaneet pelkkää Ei vastausta, joten pisteet olivat näiden vastausten kohdalla 0 eikä 1. Samalla he saivat tietää kyselykaavakkeen muutospisteet. Viiden potilaan kyselykaavakkeet seitsemästä oli asianmukaisesti täytetty. Neljä

potilasta ei halunnut tietää muutospistemääriä tai tulla uusintakäynnille lantionpohjan fysioterapiaan. Heidän laskeumaoireensa olivat kyselykaavakkeen tulosten mukaan helpottuneet ja mahdollisesti he kokivat saaneensa tarvittavan ohjauksen asiasta. Ohjausryhmän päätyessä kaksi osallistujaa antoi palautetta ryhmän ajankohdasta. Osallistujien työaika ja/tai välimatka sairaalaan aiheutti hankaluuksia osallistua ryhmään ja luultavasti vaikeutti osallistumista tai halukkuutta myös yksilöfysioterapiaan kolmen kuukauden kuluttua interventiosta. Myös Covid-19 pandemia omalta osaltaan on saattanut vähentää osallistujien halukkuutta tulla kolmen kuukauden kuluttua interventiosta yksilöohjaukseen.

Vastauksia saatiin kolmen kuukauden kuluttua interventiosta seitsemältä (n=7) potilaalla. Viisi potilasta koki lantionpohjaoireiden helpottuneen ja kaksi potilasta koki oiretaakan lisääntyneen viimeisten kolmen kuukauden aikana interventiosta. Yksi loppumittaukseen vastaamatta jättänyt potilas otti puhelimitse yhteyttä opinnäytetyön tekijään kolmen kuukauden kuluttua ja kertoi laskeumavaivojen helpottuneen, mutta ei halunnut täyttää PFDI-20- mittaria vastauskirjeen postitusongelmien vuoksi. Yksi potilas toi esiin kolmen kuukauden jälkeen yksilöfysioterapiakäynnillä, että puolison omaishoitajana on haastavaa välttää nostotilanteita ja muuta lantionpohjaan kohdistuvaa fyysistä rasitusta muun muassa omakotitalon raskaissa pihatöissä. Tämä oli lisännyt potilaan kertoman mukaan lantionpohjan oiretaakkaa, mikä näkyi loppumittauksessa kokonaispisteiden nousuna. Hänen kohdallaan mietittiin erilaisia vaihtoehtoja pihatöiden työergonomian helpottamiseksi ja mahdollista kotiapua. Kaksi muuta yksilöterapiaan osallistunutta potilasta halusi ohjausta erityisesti lantionpohjan lihasharjoitteluun ja varmistusta oikeaoppiseen lantionpohjan lihastyöhön, vaikka heidän laskeumaoireensa olivat helpottuneet kolmen kuukauden kuluessa interventiosta. Kuviossa 4. nähdään laskeumavaivojen muutos kokonaispistemäärinä (0-300) ja osa-aluepisteet (0-100) eri väreinä verrattuna alku- ja loppumittausten tuloksiin seitsemän potilaan kohdalla. Kuviosta uupuvat loppukyselyyn vastaamatta jättäneiden potilaiden tulokset (kolme, seitsemän ja yhdeksän).



Kuvio 4. Laskeumavaivat ennen interventiota (1A-10A) ja kolme kuukautta interventiosta (1L-10L)) kokonaispisteinä 0-300 sekä laskeumaoireet, ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät vaikeudet väreinä 0-100.

Neljällä potilaalla virtsaamiseen liittyvät vaikeudet (tihentynyt virtsaamisen tarve, virtsapakko, ponnistusvirtsaankarkailu, virtsarakon tyhjentämisaikavaikeus, kipu) helpottuivat ja kahdella potilaalla oire paheni kolmen kuukauden kuluttua interventiosta. Yksi potilas ei kuvannut alku- ja loppumittauksessa virtsaamiseen liittyvää vaikeutta. Tiedetään, että virtsaamiseen liittyviä oireita esiintyy harvoin emättimen takaseinämän laskeumissa ((Rahkola-Soisalo ym., 2019). Pienryhmään osallistuneiden (7=) tulokset johtivat PFDI-20- mittarissa keskimääräisesti 19,5 pistettä parempaan tulokseen kokonaispisteissä (0-300) kolmen kuukauden aikana verrattuna alkumittaukseen.

Neljän potilaan ulostamiseen liittyvät vaikeudet (ponnistelu ulostaessa, suolen tyhjentämisen vaikeudet, ulosteen ja/tai suolikaasun karkailu, kipu, pakottava ulostamistarve, pullistumisen tunne ulostaessa tai sen jälkeen) helpottuivat ja kahden potilaan oireitaakka lisääntyi kolmen kuukauden kuluttua interventiosta. Yksi potilas ei kuvannut ulostamiseen liittyviä vaikeuksia, joita on harvoin emättimen etuseinämän laskeumissa (Rahkola-Soisalo ym. 2019).

Kolmella potilaalla laskeuman tunteeseen (paineen tunne alavatsalla tai jomotus alapäässä, pullistuman tunne, tarve digitoida ulostetta, virtsaraon tyhjenemisen vaikeus, virtsaamisen helpottaminen sormin pullistumaa painaen) liittyvät oireet helpottuivat ja yhden potilaan laskeumaoireet pysyivät samanlaisina kolmen kuukauden kuluttua interventtiosta. Kahden potilaan oiretaakka laskeuman tunteesta lisääntyi. Laskeuman aiheuttamat tyypilliset oireet niin emättimen etu- kuin takaseinämän ja kohdun laskeumissa ovat paineentunne ja kipu (Rahkoila-Soisalo ym., 2019). Opinnäytetyön tekijä ei ollut tietoinen pienryhmään osallistujien laskeumatyypeistä ja voi vain arvailla osapisteistä (0-100) mahdollista laskeumatyyppiä tai laskeuma-asteen tasoa. Pienryhmäohjauksen tavoitteena oli laskeumavaivojen helpottuminen, joten laskeumatyyppillä tai laskeuman asteen tasolla ei ollut merkitystä. Pienryhmän sisältö oli samanlainen kaikille edellä mainituista syistä riippumatta. Yksilöohjauksessa oli mahdollisuus keskittyä tarkemmin potilaan laskeumatyyppiin ja sen aiheuttamiin oireisiin.

Dumoulin ym. (2016) ovat todenneet tutkimuksessaan konservatiivisen hoidon antavan helpotuksen I-III asteen laskeumaoireisille naisilla, joille ei ole ennen tarjottu ohjausta lantionpohjan lihasharjoittelussa ja elintapamuutoksissa. Pienryhmäohjaukseen osallistuneet potilaat eivät olleet saaneet konservatiivisen hoidon ohjausta ennen interventtiota, joten pienestä otosmäärästä riippumatta oli odotettavissa muutosta kokonaispisteissä parempaan suuntaan.

10 VIIDES VAIHE: KONSERVATIIVISESTI HOIDETTAVAN LASKEUMAPOTILAAN PIENRYHMÄOHJAUSMALLI

Kehittämistyön viimeisessä vaiheessa laadittiin konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan pienryhmäohjausmalli, joka perustuu laskeumavaivojen kartoituksen (PFDI-20) kyselytuloksiin ennen interventtiota ja kolmen kuukauden kuluttua interventtiosta sekä pienryhmäohjausryhmästä saatuihin tuloksiin ja kokemuksiin. Lisäksi kehittämistyössä käytettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja muuhun näyttöön perustuvaan tutkimustietoa.

Pienryhmäohjausmallin laatimisen taustalla vaikutti SMART- tavoitteet, jotka on kehitetty Englannissa. Suomennettuna lyhenne kuvaa menetelmää ”älykäs, nokkela, fiksu” ja tarjoaa selvyyttä ja kannustusta tavoitteiden saavuttamiseen. SMART- periaatteen tavoite on:

- S – Yksilöllinen, määritelty
- M – Mitattavissa
- A – Saavutettavissa
- R – Realistinen, merkityksellinen, kyseisellä interventiolla saavutettavissa
- T – Mahdollinen aikatauluttaa (Sukula ym., 2015, s. 14.)

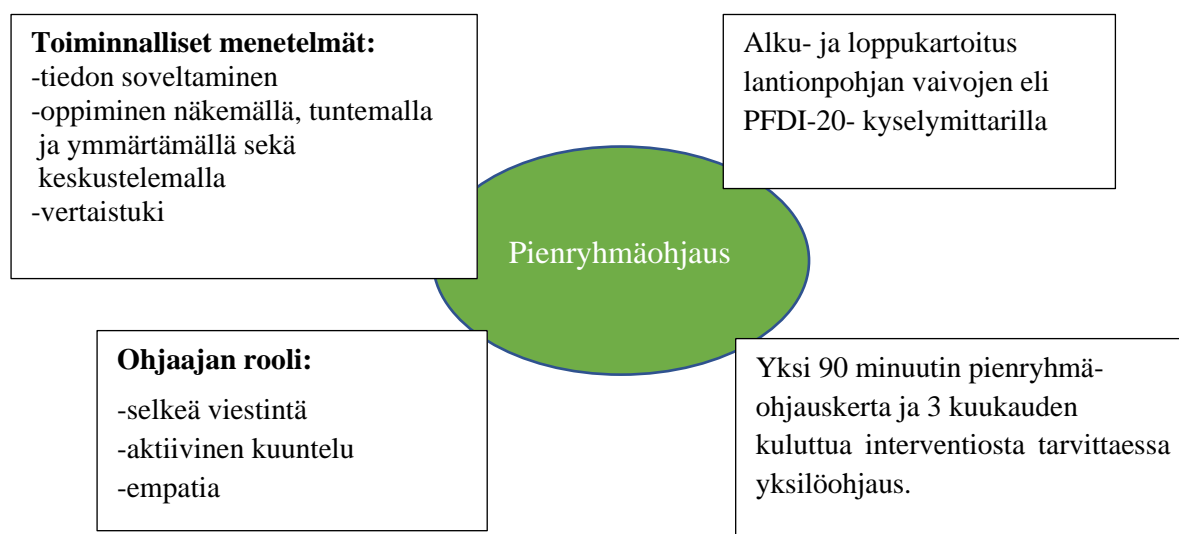
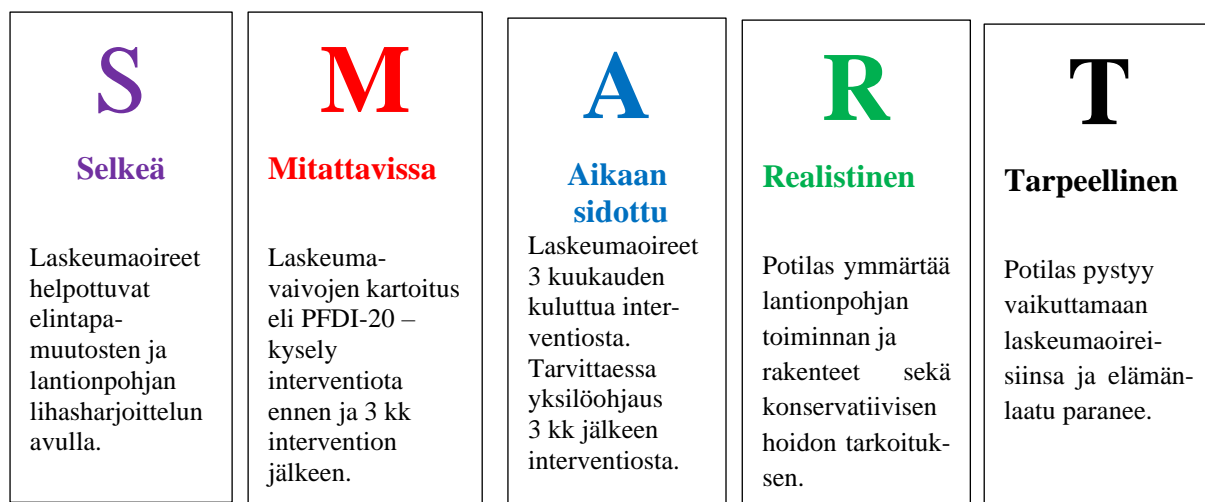
Käyttäytymisen omaseurannan vaikuttavuutta saadaan lisättyä, kun siihen yhdistetään tavoitteen asettamista, toiminnan suunnittelua ja välitöntä palautetta käyttäytymisestä. Selkeästi määritelty tavoite on tarkka ja näin helpommin saavutettavissa. (Abzsetz & Hankonen, 2017.) Mitattavissa oleva tavoitetta tulee voida mitata selkeällä mittarilla. SMART- tavoite tulee olla aikaan sidottu, eli tavoitteella tulee olla aloitus- ja lopetuspäivämäärä. SMART- tavoitteen tulee olla saavutettavissa ja haastaa positiivisella tavalla tavoitetta kohti. Tavoitteen tulee olla realistinen, jotta luodut tavoitteet ovat itselle oikeasti tärkeitä ja saavutettavissa. (Sitra, 2016.) Laskeumapotilaan konservatiivisen hoidon tavoitteena on helpottaa laskeumaoireita, joten tavoitteen edistystä tulee pystyä mittaamaan. Edistymisen seuraaminen tarkoituksena on motivoida potilasta tavoitteen täyttymisessä. Lantionpohjan vaivojen eli PFDI20- kyselykaavakkeen avulla potilas saa alku- ja loppumittauksen tulokset tietoonsa. Kun laskeumaoireet helpottuvat, potilas todennäköisesti jatkaa pienryhmässä ohjattuja asioita.

Käyttäytymisen muutoksen toteutumiseksi ihmisellä tulee olla tahtoa eli motivaatiota, riittävät taidot eli kyvyt ja ympäristön antama tilaisuus. Tietoisen muutosprosessin eteneminen riippuu potilaan motivaatistasosta. Potilas voi olla vahvasti motivoitunut elämäntapamuutokseen ja kaipaa tukea vain konkreettiseen toimintaan. Toisen motivaatiota pitää mahdollisesti vielä herätellä tai vahvistaa. Potilaan kohtaaminen hyväksyvässä, ymmärtämiseen pyrkivässä ja luottamusta rakentavassa hengessä tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. Uusia taitoja voi ohjelmoida automaattisiksi rutiineiksi, jotka tarjoavat helpomman tien pitkäkestoisiin muutoksiin. Potilasta tulisi aktivoida

omaan pohdintaan, mikä lisää odotusten henkilökohtaista merkityksellisyyttä, jolla taas voidaan tukea motivaation sisäistämistä. (Absetz & Hankonen, 2017.) Kiyosaki ym. (2012) ovat todenneet, että ensimmäisellä lääkärikäynnillä on katsottu olevan merkittävä vaikutus potilaan ymmärryksen lantionpohjan häiriöistä ja käsitykseen hoitovaihtoehtoista. Absetz & Hankonen (2011) ovat suositelleet, että potilaat tulisi ohjata tavoitteelliseen toimintaan mahdollisimman pian diagnosoinnin jälkeen, jotta elintapaohjauksella saavutetaan parempi vaikuttavuus. Pienryhmäohjausmallin laati- misessa hyödynnettiin käyttäytymisen muutosta tukevaa prosessia, jotka on nostettu ohjausmallin keskelle.

Ohjaajan on koko ajan pidettävä mielessä, mikä on pienryhmän tarkoitus, tavoitteet ja mitä ryhmän toiminnalla halutaan saada aikaan. Pienryhmäohjauksen huolellinen en- nakkosuunnittelu näkyy ohjaajan omassa toiminnassa varmuutena ja selkeytenä. Pien- ryhmäohjauksessa tulisi olla sopivassa suhteessa sekä keskustelua että toiminnallista työskentelyä. Ajankäyttöä suunnitellessa ohjaajan on hyvä tiedostaa konkreettisesti, kuinka monta minuuttia menee annettuihin tehtäviin ja niiden käsittelyyn. Yhden ryh- mäkokoontumisen tulisi tämän vuoksi olla vähintään tunnin mittainen. Tapaamisker- ran lopuksi on hyvä varata lyhyt hetki kertaamiselle ja tapaamiskerran herättämien ajatusten ja tunnelmien jakamiselle. (Ståhlberg, 2019., s.53-54, 60-61.) Pienryhmäoh- jausmallin alaosassa on esitelty ryhmäohjauksen sisältö, jossa on käytetty kirjallisuus- katsauksentuloksia ja muuhun näyttöön perustuvaa tietoa. Prosessinomaista pienryh- mämallia on suunniteltu kokonaisrakenteen ja tapaamiskerran vaiheet huomioiden.

Pienryhmäohjausmalli on laadittu erikoissairaanhoidon hakeutuvien laskeumapotilai- den konservatiivisen hoidon vaihtoehdoksi ja konkreettiseksi työkaluksi lantionpohjan fysioterapeuteille käytännön ohjaustyöhön. Satasairaalan naistentautien poliklinikalla on todettu tarve lantionpohjan yksilöfysioterapian lisäksi myös ryhmämuotoiselle oh- jaukselle. Kaikki laskeumapotilaat eivät halua tai saa yksilöohjausta resurssipulan vuoksi. Kirjallisuuskatsauksessa tuli ilmi, että laskeumapotilaiden konservatiivinen hoito on tuloksellista ja tarpeellista. Konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan pienryhmäohjausmalli on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan pienryhmäohjausmalli.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että elintapaohjauksen lisääminen lantionpohjan lihasharjoitteluun vaikuttaa positiivisesti potilaiden kokemuksiin laskeumaoireisiin. Tutkimustuloksissa ilmenee, että interventioryhmäläiset kokivat kontrolliryhmäläisiä useammin laskeumaoireiden helpottuneen alkutilanteeseen verrattuna. Harjoittelun avulla nainen oppii lantionpohjan aktiivista huomioimista vatsaontelon painetta nostavissa tilanteissa ja lantionpohjan lihasharjoittelu elintapaohjeineen helpottaa lantionpohjaan kohdistuvia laskeumaoireita. Tutkimustulokset olivat samansuuntaisia alle kahdentoista kuukauden ja alle kahden vuoden seurannoissa. Laskeumapotilaiden lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaohjauksen eduista on saatu myös pitkän aikavälin tietoa. Hagenin ym. vuonna 2014 tehdyssä alkuperäistutkimuksessa osallistujat satunnaistettiin vuosina 2007-2010 joko lantionpohjan harjoitteluryhmään tai vertailuryhmään. Osallistujia seurattiin kahdeksasta kymmeneen vuotta ja tutkimusryhmien välillä oli merkittävä ero tässä vaiheessa. Tutkimuksessaan McClurg ym. (2019) toteavat, että interventioryhmäläiset olivat saaneet vähemmän leikkaushoitoa kuin kontrolliryhmäläiset. Lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaohjauksen pitkäaikaisista vaikutuksista ja laskeumaoireiden ennaltaehkäisystä tarvitaan kuitenkin lisänäyttöä, jotta konservatiivisen hoidon keinot ja resurssit pystytään kohdentamaan oikein.

Tässä opinnäytetyössä interventio kesti kolme kuukautta, jossa ajassa lantionpohjan lihasvoimaharjoittelun katsotaan vähentävän lantionpohjaan kohdistuvia oireita (Virt-sankarkailu (naiset), käypähoito, 2017). Myös kirjallisuuskatsaukseen valittuihin tutkimuksiin oli sisällytetty kolmesta neljään kuukautta kestävä lantionpohjan lihasharjoittelu. Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa (rct) laskeumapotilaat olivat saaneet fysioterapeutilta yksilöohjausta lantionpohjan lihasten tunnistamiseen. Bø ja Mørkved (2007, s.113) sekä Kashyap (2013) ovat tutkimuksissaan havainneet, että naiset eivät lähtötilanteessa osaa suorittaa lantionpohjanlihasharjoittelua oikeaoppisesti pelkän verbaalisen ohjauksen avulla. Tehokkaan harjoittelun edellytyksenä pidetään oikein suoritettua lihasliikettä. Tässä opinnäytetyössä laskeumapotilaiden lantionpohjan lihastyö oli testattu lääkärin toimesta ja oli yksi tutkimukseen asetetuista potilaskriteereistä. Pienryhmäohjaukseen osallistuneet ryhmäläiset tunnistivat oikeaoppisen lantionpohjan lihastyön. Kertaluonteisessa pienryhmäohjauksessa ei ollut

mahdollisuutta kuin verbaaliseen lantionpohjan lihasharjoitteluun anatomisia malleja ja kuvia käyttäen sekä käytännössä lantionpohjan lihasten tunnistamisharjoittelua eri fasilitointikeinoja käyttäen. Kolme potilasta hakeutui vielä kolmen kuukauden jälkeen yksilöohjaukseen, koska he halusivat tarkempaa ohjausta ja tukea lantionpohjan lihasharjoitteluun. Jatkossa pienryhmään osallistujille tulisikin tarjota automaattisesti kolmen kuukauden kuluttua mahdollisuutta yksilöohjaukseen, jotta voidaan tarkistaa oikein suoritettu lantionpohjan lihasliike. Potilasotos jäi opinnäytetyössä matalaksi todennäköisesti siksi, että potilaskriteerit oli asetettu liian tiukoiksi lantionpohjan lihasten osalta. Laskeumapotilaista suurin osa ohjautuu gynekologilta yksilöfysioterapiaan, koska oikeaoppisen lantionpohjan lihastyön tunnistaminen on haastavaa ja ennakoivan lihastyön yhdistäminen vatsaontelon paineen nousuun ennakoivasti ei onnistu.

Kehittämistyön suunnittelun alkuvaiheessa oli tiedossa, että suomalaista tutkimusta ei ole julkaistu ryhmäpohjaisesta lantionpohjan lihasharjoittelusta ja elintapaohjauksen vaikutuksesta laskeumaoireisiin. Kirjallisuushakua tehtäessä tuli ilmi, että myös kansainvälistä tutkimusta oli tehty aiheesta vähän. Vain yksi tutkimus oli puhtaasti ryhmämuotoinen (Due ym., 2016). Tämän vuoksi kirjallisuuskatsaukseen valikoitui neljä satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta (rtc), joiden ominaisuudet tukevat tutkimusten luotettavuutta ja lisäävät tutkimustulosten painoarvoa (Due ym., 2016; Hagen ym., 2014; Panama ym., 2016; Wiegersma ym., 2014.) Valittujen tutkimusten luotettavuutta lisää kaksi järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta (Bø & Nygaard, 2019; Dumoulin ym., 2016) ja yksi kohorttitutkimus (McCurg ym., 2019). Kriittinen keskustelu kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävistä tutkimuksista jäi opinnäytetyön tekijältä tekemättä ja heikensi luotettavuutta, koska prosessia on tehty yksin. Valituissa tutkimuksissa esitetyt tulokset tukivat laskeumapotilaan konservatiivisen hoidon käytännön suosituksia, joita voitiin toteuttaa pienryhmäohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa

Opinnäytetyöhön osallistuneiden potilaiden kokemaa laskeuman tunnetta sekä suolen ja virtsarakon alueen tuntemuksia kartoitettiin ennen pienryhmäohjausta ja kolmen kuukauden kuluttua pienryhmän jälkeen PFDI-20- kyselymittarilla. Mittarin avulla oli tarkoitus vastata kysymykseen ”Mitä vaikutuksia yhdellä pienryhmäinterventiolla on konservatiivisesti hoidettavan laskeumapotilaan kokemiin oireisiin?”. Kysely on kehitetty muutosten arviointiin ja kartoittaa kuinka paljon oireet vaivaava

laskeumapotilasta. Lantionpohjan vaivojen alku- ja loppumittausten kokonaispistemääriä (0-300) verratessa, seitsemästä vastaajasta viisi kuvasi lantionpohjan vaivojen helpottuneen ja kaksi vastaajaa kuvasi oiretaakan lisääntyneen kolmen kuukauden aikana interventiosta. Kolme kymmenestä pienryhmäohjaukseen osallistuneesta ei vassannut kolmen kuukauden kuluttua PFDI-20- mittariin. Lantionpohjan vaivojen mittariin sisältyi kolme osaa. Nämä osa-alueet olivat laskeuman tunne (0-100 pistettä), ulostamiseen liittyvät vaikeudet (0-100 pistettä) ja virtsaamiseen liittyvät vaikeudet (0-100 pistettä). Pienryhmään osallistuneiden (7=) tulokset johtivat PFDI-20- mittarissa keskimääräisesti 19,5 pistettä parempaan tulokseen kokonaispisteissä (0-300) kolmen kuukauden aikana verrattuna alkumittaukseen. Panaman ym. (2016) tutkimuksessa, lantionpohjan lihasharjoittelu- ja elintapaohjausryhmän tulokset johtivat PFDI-20- mittarissa 12,2 pisteen parempaan tulokseen 24 kuukauden aikana kuin vertailuryhmässä. Wiegemanin ym. (2014) tutkimuksessa kolmen kuukauden lantionpohjan lihasharjoittelu ja elintapamuutokset johtivat PFDI-20- kokonaispistemäärän laskuun interventioryhmässä, vaikka laskeuman aste ei kliinisesti paljoa muuttunut. Dumoulin ym. (2016) ovat todenneet järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessaan lantionpohjan lihasharjoittelu antavan pienen, mutta todennäköisesti tärkeän, helpotuksen I-III asteen laskeumaoireisiin naisilla, joille ei ole tarjottu ennen hoitoa. Tämän opinnäytetyön potilasotos oli niin pieni, ettei tuloksia voi verrata edellä mainittuihin rct-tutkimuksiin. Opinnäytetyön tuloksissa on kuitenkin havaittavissa, että jo yhdellä ohjaukseralla voidaan saada myönteisiä vaikutuksia koettuihin laskeumavaivoihin.

Opinnäytetyön tekijä on tehnyt yli kaksikymmentä vuotta lantionpohjan fysioterapiaa laskeumapotilaiden parissa ja on huomannut, että yhteistyö gynekologien kanssa on ensiarvoisen tärkeää potilaan tietoisien muutosprosessin etenemisessä. Kun lääkäri ohjaa potilaan pian diagnosoinnin jälkeen tavoitteelliseen toimintaan, niin saavutetaan parempi vaikuttavuus kuten Absetz ja Hankonen (2017) ovat tutkimuksissaan todenneet. Ensimmäisellä lääkärikäynnillä potilaan ymmärrys lantionpohjan häiriöistä ja käsitys eri hoitovaihtoehdoista katsotaan lievittävän potilaiden pelkoja (Kiyosaki ym., 2012), mikä voi vahvistaa potilaan motivoitumista elämäntapamuutukseen. Potilas saa myös itse valita tuleeko fysioterapeutin ohjaukseen vai ei. Tämä tukee potilaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollisesti vahvistaa motivoitumista itsehoitoon. Potilas kaipaa usein konkreettisia ja helposti arjessa toteutettavia neuvoja, miten hoitaa laskeumaa. Lisäksi ymmärrys lantionpohjan toiminnoista ja rakenteista sekä

tukirakenteita rasittavista toiminnoista auttaa potilasta hahmottamaan konservatiivisen hoidon tavoitteet. Turku (2007, s.16-17) on todennut, että uusien taitojen omaksuminen edellyttää omassa elämässä terveyttä ylläpitävän tiedon soveltamista ja oppimista helpottaa, kun ne yhdistetään aitoihin arkitilanteisiin ja elämänkokemuksiin. Absetz ja Hankonen (2017.) katsovat, että oppiminen tapahtuu keskustelun avulla, joissa molemmat osapuolet käyvät avointa vuoropuhelua. Potilaan kohtaaminen hyväksyvässä, ymmärtämiseen pyrkivässä ja luottamusta rakentavassa hengessä tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. Uusia taitoja voi ohjelmoida automaattisiksi rutiineiksi, jotka tarjoavat helpomman tien pitkäkestoisiin muutoksiin. Jotta käyttäytyminen muuttuu, niin ihmisellä pitää olla tahtoa eli motivaatiota, riittävästi taitoja ja ympäristön antama tilaisuus. Tämän opinnäytetyön pienryhmämallissa on pyritty toteuttamaan tietoista muutosprosessia hyväksi todetuin käytäntein.

Vain neljässä seitsemästä pienohjausryhmästä tavoite saavutettiin eli kahdesta neljään osallistujaa. Pienryhmän tavoitteena oli antaa mahdollisuus keskustella ajatuksistaan muiden osallistujien kanssa vertaistuen muodossa. Tutkimuksissa on todettu, että optimaalinen pienryhmän koko on kuitenkin hyvin ryhmäkohtainen, kun pyritään jakamaan ajatuksia muiden kanssa, kuuntelemaan toisia tasapuolisesti ja mahdollisesti tekemään toiminnallisia harjoituksia (Pennington 2005, s.9, 79.). Pienryhmäohjauksen pilotoinnin loputtua ajatuksena on, että jatkossa kahdesta kolmeen osallistujan ryhmäkoko olisi optimaalinen. Tällöin kaikki pääsevät aktiivisesti osallistumaan ryhmän toimintaan sekä keskinäinen vuorovaikutus ohjaajan ja ohjattavien välillä toteutuu häiriöttömässä ja äänieristetyssä vastaanottotilassa.

Osallistujat toivat esiin, että sillä mitä he tekevät on merkitystä. He kokivat olevansa osa ryhmää eivätkä ole yksin laskeumaongelmiensa kanssa. Pienryhmäohjauksen lopussa tuotiin esiin, että asiasta voi keskustella myös kotona ja antaa omaisille tai tuttaville tukea, apukeinoja ja uudenlaisia näkökulmia vertaistuen tavoin. Myös kirjallisessa potilaspalautteessa tuli esiin samansuuntaisia ajatuksia kuin pienryhmän sanallisissa palautteissa. He kokivat, että tieto oli ymmärrettävää ja tarpeellista sekä suosittelisivat pienohjausryhmää myös tuttavalleen. Ståhlberg (2019, s. 17) toteaa, että huolellisesti suunniteltuna ja toteutettuna pienryhmäohjaus on parhaimmillaan voimavaraistava ja motivoiva hetki, jossa keskeistä on ryhmäläisten omien ajatusten esille tuominen, kokemusten jakaminen ja vertaistuki.

Tässä opinnäytetyössä mittaus ei anna varmaa tietoa siitä, mikä on pienryhmässä toteutetun lantionpohjan harjoittelun ja/tai elintapaohjauksen osuus muutoksessa. Laskeumaoireet ovat merkittävä asia naisen hoitoon hakeutumisessa, ja heille tärkeä tulosmittari on oireiden helpottuminen. Barber & Maher (2013) ovat tutkimuksessaan todenneet, että lantionpohjan laskeumien koettujen oireiden tarkastelu on oleellinen osa hoidon vaikuttavuuden arviointia. PFDI-20- mittari antoi tässä tutkimuksessa vastauksen oireiden muutokseen, mutta pienen otantamäärän takia tuloksia ei voi yleistää. PFDI-20- mittari mittaa sitä, mitä on tarkoitus mitata eli oireiden muutosta. Opinnäytetyön tekijä ei tiennyt laskeumakuutiosta tai -renkaasta, mikä oli asetettu mahdollisesti joillekin potilaille gynekologin vastaanotolla ennen intervention alkua. PFDI-20- kyselykaavakkeessa pyydetään potilasta ottamaan huomioon niin alku- kuin loppumittauksessa oireet viimeisten kolmen kuukauden aikana, joten osa oireitaankin helpottumisesta voi olla emättimeen laitetun tuen vaikutusta. Naiset todennäköisesti jatkavat pienryhmässä ohjattua lantionpohjan lihasharjoittelua ja kiinnittävät huomiota elintapamuutoksiin, jos laskeumaoireet helpottuivat ja he kokevat sen hyödylliseksi. Tutkimuksissa on todettu, että potilaat pitävät tärkeänä elämäntapaneuvoja, jotka helpottavat laskeumaoireita (NICE, 2019.)

Spontaanilla palautteella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden antamaa vapaamuotoista palautetta ja sen lähtökohtana on aina asiakkaan oma sisäinen tarve kertoa kokemuksestaan palvelun tuottajalle. Asiakkaista kannustetaan spontaanin palautteen antoon käyttäen valmiita palautepohjia, joita voi käyttää käynnin yhteydessä ja palauttaa palautepostilaatikkoon. (THL, 2011, s.7). Opinnäytetyössä käytettiin 5-portaista asteikollista potilaspalautetta. Kahdeksan osallistuneen mielestä asiakaskokemus pienryhmäohjauksesta oli positiivinen. Kahdelle osallistujalle opinnäytetyön tekijä unohti epähuomiossa antaa palautekaavakkeen täytettäväksi. He arvioivat anonymisti saamaansa pienryhmäohjausta 1-5 asteikolla: 5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=ei samaa eikä erimieltä, 2=osittain eri mieltä ja 1=täysin eri mieltä. He vastasivat kaikkiin kysymyksiin 5= täysin samaa mieltä.: saamani tieto oli ymmärrettävää, saamani tieto oli tarpeellista, saamani ohjaus oli hyvää ja voin suositella ryhmää tuttavalleni. Ohjaukseen osallistuneiden asiakaskokemus vastasi todennäköisesti osallistujien odotuksia pienryhmästä. Vuorovaikutus oli ohjaajan ja ryhmäläisten kesken kaksisuuntaista, kun kirjallisten palautteiden lisäksi osallistujat toivat esiin tunteuksiaan sanallisesti. Absetz ja Hankonen (2017) toteavat, että ohjaajan

vuorovaikutustaidot ja asenne korostuvat, kun pyritään vaikuttamaan osallistujien motivaatioon. Asiakkaan osallistaminen pienryhmän sisällön suunnittelussa jäi opinnäytetyössä pelkän kirjallisen ja suullisen potilaspalautteen varaan. Vaikka asiakkaan tavat ratkoa kuntoutumisen haasteita eivät aina ole samanlaisia kuin ammattilaisen, niin ne ovat kuitenkin lähtöisin häneltä itseltään ja soveltuvat todennäköisesti paremmin hänen tilanteeseensa ja elämäänsä (THL, 2020c). Jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää vapaassa foorumissa asiakasraadilta, miten pienryhmäohjausta voi toteuttaa perusterveydenhuollossa.

Suomessa laskeumien konservatiivinen hoito ja lantionpohjan fysioterapia on keskitynyt suurelta osalta erikoissairaanhoidon. Gynekologiset laskeumapotilaat tulevat erikoissairaanhoidon leikkausarvioon, jolloin konservatiivisen hoidon keinot keskityvät laskeumaoireiden helpottamiseen tai laskeumaleikkaustuloksen uusiutumisen ennaltaehkäisemiseen. Lantionpohjan laskeumien ennaltaehkäisy tulisi nostaa esille jo perusterveydenhuollossa eri ammattiryhmissä (kuten lääkäri, terveydenhoitaja ja fysioterapeutti). Tämä on haastava, koska perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneita fysioterapeutteja. Terveydenhoitajilla ei välttämättä ole mahdollisuuksia antaa konservatiivisen hoidon ohjausta tai ohjata asiassa eteenpäin fysioterapeutille, jos perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi resursseja. Eettisesti ajatellen potilaalla on oikeus saada tietoa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa lantionpohjan toimintahäiriöiden eri hoitomahdollisuuksista, jotta nainen voi tehdä tietoisia valintoja edistääkseen terveyttään ja parantaakseen elämänlaatuaan.

Vuoden 2023 alussa tulevat voimaan uudet hyvinvointialueet, jotka järjestävät julkisia palveluja varmistuen asiakkaille sujuvat palvelupolut. Satakunnan hyvinvointialueelle on tarkoituksena perustaa alueellinen lantionpohjan fysioterapiaverkosto, jonka tavoitteena on yhtenäistää toimintatapoja, verkostoitua ja antaa vertaistukea sekä mahdollistaa olemassa olevien resurssien tehokkaampaa käyttöä. Ajatuksena on, että opinnäytetyössä esiin tulleita hyviä käytänteitä voidaan hyödyntää yhteistyöpalavereissa. Lantionpohjan fysioterapiaa on mahdollista kehittää alueellisesti, jos ammattihenkilöstö on aidosti kiinnostunut erikoisalasta. Lisäksi alueellisesti on tärkeä jakaa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa jo käytössä olevia ja hyväksi todettuja käytänteitä, jotta vältetään turhalta ja aikaa vievältä kehittämistyöltä. Pienryhmäohjausmallin toteuttaminen vaatii ymmärrystä gynekologisten laskeumien syistä,

riskitekijöistä ja laskeumatyypeistä sekä paneutumista konservatiivisen hoidon menetelmiin. Jotta pienryhmien toteutuminen tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa onnistuisi, se vaatii ammattihenkilöstön kouluttamista ja verkoston tukea.

12 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Luotettavuuden arviointi tarkoittaa työn laatua ja sitä arvioidaan reliabiliteetti- ja validiteetti- käsitteiden avulla (Kananen, 2014, s.1619). Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, minkä vuoksi pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja käyttäen. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys, jolloin mittari mittaa sitä, mitä on tarkoitus mitata (Hirsjärvi, 2009, s.231.) Opinnäytetyössä käytettiin validoitua kansainvälisesti vertailukelpoista lantionpohjan vaivoja kartoittavaa PFDI-20- kyselykaavaketta (Due, 2013; Mattsson ym., 2017), joka on ollut käytössä myös kirjallisuuskatsaukseen valikoidussa kolmessa rct- tutkimuksessa (Due ym., 2015; Panama ym., 2016; Wiegersma ym., 2014). Tämän oirekyselyn osa-alueet mitaavat virtsaamiseen ja ulostamiseen sekä laskeuman tunteeseen liittyviä oireita (Mattsson ym., 2017). Suomennettu lantionpohjan vaivojen PFDI-20 kyselykaavake on ollut käytössä Satasairaalan naistentautien poliklinikalla laskeumaverkkoleikkauksen potilaiden seurannassa FIN-POP15- tutkimukseen liittyen. PFDI-20:n suomenkielistä (LIITE 1) validoitua käännöstä voidaan käyttää laskeumaoireiden kliiniseen arviointiin (Mattsson ym., 2017). Sen käyttöön on pyydetty lupa Satasairaalan naistentautien gynekologeilta.

Kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää kysymykset toisin. Mittari voi aiheuttaa tuloksiin virheitä eivätkä aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Mittarin validiutta eli pätevyyttä voidaan arvioida eri näkökulmista. (Hirsjärvi ym. 2009, s. 231-232.) Tiedossa oli, että yksi potilas ei vastaa kolmen kuukauden kuluttua PFDI-20- kyselyyn, koska hän ilmoitti jo pienryhmäintervention lopussa kokevansa sen täytön hankalaksi ja tarvitsi

omaisen tukea sen täyttämiseen. Kahdelta potilaalta oli jäänyt vastaamatta yhteen PFDI-20 kaavakkeen kysymykseen, johon pyydettiin täydennystä ennen pienryhmäintervention aloittamista. Kahden potilaan täyttämiä kyselykaavakkeita (kolme kuukautta interventiosta) pystyttiin tarkentamaan vastausten osalta poliklinikkakäynnin yhteydessä. Opinnäytetyössä käytetty PFDI-20 kyselymittari kestää kuitenkin tarkastelua sekä reliabiliteetin että validiteetin osalta.

Pienryhmiin oli vaikeuksia saada osallistujia, minkä vuoksi gynekologien kanssa käytiin keskustelua kolme kertaa. Kuuden kuukauden pilottijaksoon sisältyi lähes kahden kuukauden kesätauko, jonka aikana naistentautien poliklinikkatoiminta oli minimissä. Ennen kesätaukoa todettiin, että potilasvalintakriteerit oli tehty liian tiukoiksi. Tässä kohtaa niitä ei kuitenkaan lähdetty muutamaa, koska pienryhmistä oli toteutettu jo yli puolet. Covid-19- pandemia asetti myös rajoituksia ryhmäkokoon ja potilaiden halukkuuteen osallistua ryhmään. Välimatkat ja pienryhmäohjauksen ajankohta vaikeutti potilaiden osallistumista ohjaukseen. Koska opinnäytetyön otanta sisälsi vain kymmenen potilasta ja seitsemässä pienryhmäohjauksessa oli kerrallaan ainoastaan yhdestä kahteen osallistujaa, niin voidaan todeta, että ulkoinen validiteetti eli yleistettävyyks on heikko. Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tarkka selostus opinnäytetyön toteuttamisesta.

13 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Opinnäytetyön eettiset pohdinnat perustuvat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeeseen, joka on uudistettu vuonna 2019. Suomessa ohje sisältää tutkijaa ohjaavat yleiset eettiset periaatteet sekä ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ja sen periaatteet. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta, 2019, s.6.) Satakunnan korkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan edellä mainittuja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamia ohjeita (Satakorkean www. sivut 2020).

Tässä opinnäytetyössä on huomioitu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisistä periaatteista. Eettisessä ennakoarvioinnissa

tarkastellaan aineistokeruun suunnitelmaa ja tutkimuksen suunniteltua toteutustapaa sekä tutkittavien informointia ja suostumuksien dokumentointia (TENK; 2019, s.16). Opinnäytetyö kohdistui potilaisiin ja heidän luovuttamiin tietoihin, minkä vuoksi opinnäytetyön tekijä pyysi ennen tutkimusaineiston keruuta lausunnon Satakorkean Ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta, joka pyysi 1.3.2021 tarkennuksia tutkimussuunnitelmaan ja siihen annettuun lausuntoon. Satakorkean Ihmistieteiden eettinen toimikunnan arvioissa 12.3.2021 katsottiin, että opinnäytetyöntekijä oli huomionnut eettisen toimikunnan 1.3.2021 pyydetyt täsmennykset niin tutkimussuunnitelma kuin tutkittavien informoinnissa. Opinnäytetyön tekijä oli ottanut huomion Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan eettiset ohjeistukset täydennetyssä lausuntopyynnössä kattavasti. Satakorkean eettinen toimikunta arvioi tutkimuseettisten näkökulmien tulevan kattavasti huomioitua tutkimussuunnitelmassa ja tutkittavien tiedotteessa, myös henkilötietojen käsittely oli kattavasti kuvattu suunnitelmassa. (Kärki, 2021.)

Sopimus opinnäytetyön tekemisestä Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Satasaairaan konservatiivisen hoidon vastuualueen ylihoitaja kanssa tehtiin 25.1.2021, kun tutkimussuunnitelma oli hyväksytty. Tutkimusluvan myönsi 19.2.2021 Satakunnan sairaanhoitopiirin hallintoylilääkäri.

Suomessa toimivien tutkijoiden on noudatettava ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita ja kunnioitettava tutkittavien henkilöiden ismisarvoa ja itsemääräämisoikeutta (TENK, 2019, s.9). Terveiden edistäminen perustuu potilaan oikeuteen saada tietoa, jotta potilas voi tehdä tietoisia valintoja omassa elämässään (Rautava, 2013, s.131). Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja ammattihenkilöllä on velvollisuus toteuttaa sitä (Kyngäs ym., 2007, s.12). Pienryhmään osallistuneille potilaille kerrottiin gynekologin vastaanotolla mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Heille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, toteutus ja luottamuksellisuuteen liittyvät asiat. Lisäksi kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä on oikeus kieltäytyä sekä keskeyttäminen on mahdollista eikä tästä aiheudu tutkittavalle kielteisiä seurauksia. Opinnäytetyön tekijä pyysi osallistujilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, henkilötietojen ja tulosten käsittelyasioissa (LIITE 4). Osallistujilla oli myös oikeus saada lisätietoja tutkimuksesta opinnäytetyön tekijältä.

Tutkija toteuttaa tutkimuksensa niin ettei tutkimuksesta ole haittaa tutkimuksessa oleville ihmisille (TENK, 2019, s.7). Kirjallisuuskatsauksen valitut tutkimukset olivat saaneet eettisen komitean hyväksynnän. Interventioiden eettisyyttä tukee myös tieto, että lantionpohjan lihasharjoittelua ja elintapaohjausta pidetään turvallisena hoitovaihtoehtona lantionpohjan toimintahäiriöiden hoidossa eikä harjoiteluun tai elintapaohjaukseen ole liitetty vakavia haittatapahtumia (NICE, 2019).

Tämän opinnäytetyön aihe lähti naistentautien poliklinikan gynekologien ideasta. Kaikille Satasairaalan gynekologisille laskeumapotilaille tulisi taata yhdenvertainen mahdollisuus saada ohjausta lantionpohjan lihasharjoittelusta ja elintapaneuvontaa laskeumaoireiden helpottamiseksi. Opinnäytetyöntekijä työskentelee kohdeorganisaatiossa fysioterapeuttina ja on keskeisessä osassa muutoksen toteutuksessa ja osallistui itse interventioon ottamalla vastuun intervention toteutuksesta. Tämän opinnäytetyön tekijällä on ollut aito kiinnostus kehittää laskeumapotilaan konservatiivisen hoidon ohjausta ja neuvontaa sekä lantionpohjan fysioterapiaa erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyön aihe on ollut tekijälle mielekäs ja syventänyt ymmärrystä gynekologisten laskeumien syistä ja seurauksista sekä hoitokeinoista. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa sen valmistuttua, jolloin opinnäytetyössä kerätyn aineiston tallentaminen muiden saataville toteuttaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettaman periaatteen opinnäytetyön kriittisille arvioille.

LÄHTEET

Aaltonen, R. & Nieminen, K. (2019). Laskeuman konservatiivinen hoito. Naistentaudit / urogynekologia / laskeumat. Duodecim. Oppiportti. Haettu 2.9.2022 osoitteesta www.oppoportti.fi.

Abhyankar, P., Uny, I., Semple, K., Wane, S., Hagen, S., Wilkinson, J., Guerrero, K., Tincello, D., Duncan, E., Calveley, E., Elders, A., McClurg, D., Maxwell, M. (2019). Women`s experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study. BMC Women`s Health volume19, Article number: 45 (2019)

Absetz, P. & Hankonen, N. (2011). Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim (127), 2265–2272.

Absetz, P. & Hankonen, N. (2017). Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim (133), 1015-21. Haettu osoitteesta 1.4.2020.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13734>

Alves, F., Riccetto, C., Adami, D., Marques, J., Pereira, L., Palma, P., Botelho, C. (2015) A pelvic floor muscle training program in post-menopausal women: a randomized controlled trial. Maturitas 81, 300-305.

Barber, M. & Maher, C. (2013). Epidemiology and outcomes assessment of pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal 24, 1783-1790.

Barber, M., Walters, M., Bump, R. (2005). Short forms of two condition specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol, 2005;193:103-113

Bø, K. & Mørkved, S. (2007). Motor learning. In: Bø K., Berghmans, B., Mørkved, S., van Kampen, M. Evidence based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier: Churchill Livingstone.

Bø K., Nygaard I. (2019). Is Physical Activity Good or Bad for the Pelvic floor? A narrative review. Sport Medicie. 09 December 2019. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1>.

Due U. (2013). Validation of the Pelvic Floor Distress Inventory-20 and the Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 in Danish women with pelvic organ prolapse. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Sep; 92(9): 1041-8.doi:10.1111/aorgs.12189.

Due U., Brostrom S., Lose G. (2015). Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. Int Urogynecol J (2016)27:55-563. DOI 10.1007/s00192-015-2852-0

Dumoulin, C., Morin, M., Daniel, C. (2020). Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training To treat urinary Incontinence in Older Women. *JAMA Internal Medicine* 2020; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2993

Dumoulin C., Hunter K.F., Moore K., Bradley C.S., Burgio K.L., Hagen S., Imamura M., Thakar R., Williams K., Chambers T. (2016). Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*/Volume 35, Issue 1. <http://doi.org/10.1002/nau.22677>.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Osuuskunta Vastapaino Tampere. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hagen, S., Stark, D., Glazener, C., Dickson, Barry, S., Elders, A., Flawley, H., Galea, M., Logan, McDonald, A., McPherson, G., Moore, K., Norrie, J., Walker, A., Wilson, D (2014) Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 383, 796-806.

Heikkinen, H., Huttunen, R., Moilanen, P. (1999). *Siinä tutkija missä näkijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja*. Atena Kustannus. WSOY-kirjapainoyksikkö Juva 1999.

Heiskanen, J., Jernfors, V., Parantainen, A., Camut, M., Isotalo, A., Luomala, T., Sinisalo, M., Törnävä, M., Palomäki, K. (2020). *Lantionpohjan fysioterapia. Lantionpohjan toimintahäiriöiden oppi- ja ammattikirja terveydenhuollon ammattilaisille*. VK-Kustannus Oy. Livonia Print 2020.

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15., uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Holopainen, M., Tenhunen, L., Vuorinen, P. (2004). *Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS*. Yrityssanommat Oy. Oy Kotkan Kirjapaino Ab. Hamina.

Hotus-hoitotyön tutkimussäätiö. (2020). *Tutkimusten arviointikriteeristö*. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisenaarvioinni-tarkastuslistat>.

Hamari, L., Grym, K., Harsunen, H., Niela-Vilen H., Ryhtä, I., Saarikko, J., Sinisalo, M. (2022). Hotus-hoitotyön tutkimussäätiö. raskaana olevat ja synnyttäneet terveydenhuollossa: liikunnan perustelut ja liikuntaan ohjaaminen. Haettu 1.10.22 osoitteesta <https://www.hotus.fi>

Kairaluoma, V., Aukee, P., Elomaa, E. (2009). Lantionpohjan toimintaan liittyvät häiriöt ja niiden diagnostiikka. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009; 125(2): 189-96.

Kananen, J. (2014). *Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä?* Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. (2016). Kohti muutosta- Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämiseksi. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia oy. www.liikuntajahyvinto.fi. Digipaino Kirjaksi. Nyt. Vantaa 2016.

Kashyap, R., Jain, V., Singh, A. (2013) Comparative effect of 2 packages of pelvic floor muscle training on the clinical course of stage I-III pelvic organ prolapse. International Journal of Gynecology and Obstetrics 121, 69-73.

Kiilholma, P. & Nieminen, K. (2009) Gynekologiset laskeumat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009;125(2):199-206.

Kiyosaki, K., Ackerman, L., Histed, S., Sevilla, C., Eilber, K., Malinski, S. (2012). Patient Understanding of Pelvic Floor Disorders: What Women Want to Know Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2012. May-Jun;18(3): 137-142.

Korpilahti, U. (2013). 15D- terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari. TOIMIAN suositukset. Haettu osoitteesta <https://terveysportti.mobi> 15.1.2022.

Kärki, A. (12.3.2021). Eettisen ennakoarvion tarve. Henkilökohtainen tiedonanto yamk-opiskelija Terhi Heikkilälle sähköpostitse.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehtiö L & Johansson E. (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.). Kirjallisuuskatsaushoitotieteessä. (s.47-50). Turku: Turun yliopisto.

Lemetti, T. & Ylönen, M. (2016). Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. (s.74-75). Turku: Turun yliopisto.

McCurg D., Hagen S., Berry K., Elders A., Best A., Wane S., Calveley E., Abhyankar P., Wilkinson J., Duncan E., Tincello D., Guerrero K., Maxwell M. (2019). A 10 year data-linkage follow-up study of trial of pelvic floor muscle training for prolapse. Cochrane Library. Neurourology and urodynamics, 2019; 38, S368-S369 I added to CENTRAL:31 October 2019 I 2019 Issue 10. <https://doi.org/10.1002/nau.24118>

Mattsson N., Nieminen K., Heikkinen A-M., Jalkanen J. (2017). Validation of the short forms of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), and Pelvic Floor Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) in Finnish Health and Quality of Life Outcomes 15(1). DOI:10.1186/s12955-017-0648-2. Project FINPOP.

Mikkonen, I. & Saarinen, A. (2018). Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla. Tietosanomaa.

NICE. (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Evidence reviews for lifestyle and conservative management opinions for pelvic organ prolapse. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) guideline NG123. <https://www.nice.org/guidance/ng123.Assess23Sept2020>

Niela-Vilen H & Hamari L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsausohjotieteessä. (s. 23). Turku: Turun yliopisto.

Nieminen, K. (2018). Gynekologiset laskeumat. Lääkärin käsikirja. Duodecim Oppiportti. Haettu 27.1.2022 osoitteesta www.oppiportti.fi

Palonen P., Aukee P. (2017). Lantionpohjan lihasten harjoitteluohje. Käypä hoito-suositus. Virtsankarkailu (naiset). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 05.09.2017

Panman CMCR, Wiegema M., Kollen BJ., Berger MY., Lisman-Van Leeuwen Y. (2016). Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial in primary care. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology/Volume 124, Issue 3. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14067>

PEDro the Physiotherapy Evidence Database. (2020). pedro.org.au

Pennington, D. (2005). Pienryhmän sosiaalipsykologia. Suomennos M. Ahokas. Gaudemus. Helsinki.

Pääkkö, E. (2017). Laskeumat. Duodecim Oppiportti. Kliininen radiologia/ Rinnat ja gynekologinen kuvantaminen /Gynekologinen kuvantaminen. haettu 27.1.2022 osoitteesta www.oppiportti.fi

Rahkola-Soisalo P., Raatikainen K., Mikkola T. (2019) Gynekologiset laskeumat. Duodecim 2019;135(7): 639-46.

Rautava, P. (2016). Tarvelähtöinen palvelujen tuottaminen perheiden terveyden edistämiseksi- esimerkkinä neuvolamaailma. Teoksessa Sihto M. & Karvonen S. (toim.). Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus- lähestymistapoja ja ratkaisuja. (s.131). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Roine, R. (2016). Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2016;132(17):1537-42. Haettu 15.1.2022 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo1>

Salmela, M., Kettunen, T., Poskiparta, M. (2010). Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu-helppommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47, 208-218.

Satakorkea www-sivut 2020. Haettu 4.11.22 osoitteesta <https://www.samk.fi/satakorkea/>

Sitra (2016). SMART/TARMO-periaatteella tavoitteen asettaminen. Haettu 15.10.2022 osoitteesta <https://www.lupatehdatoisin.fi/tyokalut/smart-tavoite/>

Suhonen, R., Axelin A., Stolt. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. (2016) Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaushoitotieteessä. (s.8-9). Turku: Turun yliopisto.

Sukula, S., Vainiemi, K., Laukkala, T. (2015) GAS. Menetelmästä sovellukseen. Kela tutkimusosasto. Helsinki. www.kela.fi/tutkimus

Ståhlberg, L. (2019) Pienryhmäohjaajan opas. PS-kustannus. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (2011). Esiselvitysraportti. Palautepalvelut. SADe-ohjelma. Market-Visio Oy. Haettu 24.1.2022 osoitteesta <https://thl.fi/palaute>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitost. (2020a). Tutkimus ja kehittäminen. Asiakslähtöisyys. Haettu 23.1.2022 osoitteesta <https://thl.fi/asiakslahtoisyys>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (2020b). Kokemusasiantuntijuus ja vertaistuki. Haettu 23.1.2022 osoitteesta <https://thl.fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/kokemusasiantuntijuus-ja-vertaistuki>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitost. (2020c). Tutkimus ja kehittäminen. Asiakslähtöisyys. Haettu 16.11.22 osoitteesta <https://thl.fi>

Terveyskylä.fi. (2019). Väestön ikääntyminen Suomessa. Haettu 13.11.2022 osoitteesta <https://WWW.terveyskyla.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Helsinki: TENK. Viitattu 27.10.2022. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje-2019.pdf>

Turku, R. (2007). Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Törnävä, M. (2022). Lihasvoimaa lantioon sisäisesti ja ulkoisesti. Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry. www.pelvicus.fi

Valkeapää, K. (2016). Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaushoitotieteessä. (s.54). Turku: Turun yliopisto.

Vehviläinen, S. (2014). Ohjaustyön opas. Yhteistyössä kohti toimijuutta. Helsinki: Gaudeamus.

Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Virtsankarkailu (naiset)- käypähoito. (2017). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki 2017. www.kaypa-hoito.fi

Washington, BB., Erekson, EA, Kassis, NC, et al. (2010). The association between obesity and stage II or greater prolapse. Am J Obstet Gynecol 2010; 202: 503.e1-e4.

Wiegersma M., Panman C.M.C.R., Kollen B., Berger M.Y., Leeuwen Y.L.V., Dekker J.H. (2014). Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care, BMJ (Online),349, g7378,2014. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7378>

Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi, tutkimusmenetelmä	Aineiston keruun menetelmät ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset (esim. tutkitut interventiot)	Laadun arviointipisteet
1 Bo & Nygaard 2019. Norja	Onko fyysinen aktiivisuus hyvä vai huono asia naisen lantionpohjalle?	Järjestelmällinen tutkimuskatsaus vuosilta 1993-2019.	Haku tehtiin PubMed: lla helmikuussa 2019. Hakusanoilla löydettiin 118 tutkimusta. Tarkasteltavaksi jätettiin 40 PubMed: ssa julkaistua tutkimusta. Lisäksi otettiin 8 artikkelin aiheeseen liittyvää tutkimusta ja käsihaulla 7 tutkimusta.	Fyysinen aktiiviteetti ei suojele virtsan- tai ulosteenkarkailulta tai laskeumalta. On joi- tain todisteita, että fyysinen aktiiviteetti voi aiheuttaa tai pahentaa laskeumaa. Fyysisesti harjoittelevan naisen tulee tehdä myös	JBI arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle 11/11

				lantionpohjan lihasharjoittelua.	
2 Due ym. 2015 Tanska	Arvioitiin lantionpohjan lihasharjoittelun vaikutusta yhdistettynä jäsennehtyyn elintapaohjaukseen naisilla, joilla oli oireinen laskeuma.	Yksittäissokkoutettu satunnaistettu tutkimus (RTC)	Osallistujat (n=109) satunnaistettiin jäsennehtyyn elintapaohjaukseen joko lantionpohjan lihasharjoittelun kanssa tai ilman. Molemmat ryhmät saivat samanlaisia elintapaohjeita kuudessa ryhmätapaamisessa 12 viikon sisällä. Mittareina PFDI-20 ja PFIQ-7	Lantionpohjan lihasharjoittelun lisääminen elintapaohjaukseen antoi erinomaiset tulokset. Elämänlaadun mukaan lukien seksuaalisuuden paraneminen.	JBI arviointikriteerit satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle (RTC) 11/13
3 Dumoulin, Hunter ym. 2016 Englanti	Viidennen kansainvälisen inkontinenssi (ICI) – kuulemisen tavoitteena oli tarkastella virtsankarkailun ja laskeuman	Neljännän ICI-raportin tarkistus ja päivitykset käyttäen järjestelmällistä katsausta vuosilta 2008-2012.	Jokainen osa alkaa tutkimuksen lyhyellä kuvauksella ja määrittelyllä. Uusia tutkimuksia oli 41. Tämän jälkeen seuraava yhteenveto sekä ennaltaehkäisyä että hoidon todisteiden tilasta ja tasosta. Tämä päättyy	Lantionpohjan lihasharjoittelu antaa pienen, mutta todennäköisesti tärkeän, helpotuksen I-III asteen laskeumaoireisiin naisilla, joille ei ole	JBI arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle 11/11

	konservatiivisen hoidon uusia tutkimusnäyttöjä.		suosituksen näyttöasteeseen. Lopuksi todetaan tarvittavat lisätutkimukset.	tarjottu ennen hoitoa. Ylipaino, ummetus, raskaat nostot ja raskas fyysinen työ edesauttavat mahdollisesti laskeuman kehittymistä.	
4 Hagen ym. 2014. Iso-Britannia	Miten yksilöllinen, henkilökohtainen lihasharjoittelu ja elintapaohjeet vaikuttaa I-III asteen laskeuman oireisiin?	Satunnaistettu monikeskustutkimus rinnakkaisryhmillä (RTC).	447 naista satunnaistettiin interventoryhmään (n=225), jotka saivat 5 henkilökohtaista lihasharjoitteluohjausta tai kontrolliryhmään (n=222), jotka saivat postitse vain elintapaohjeet. Mittarina POP-SS. Tilastollinen analyysi	Lantionpohjan lihasharjoittelu vähentää tehokkaasti laskeumaoireita ja on kustannustehokasta. Pitkän aikavälin hyötyjä tulee tutkia jatkossa.	JBI kriteerit satunnaistetulle kontrollidulle tutkimukselle (RTC) 10/13

<p>5 McCurg ym. (2019) Iso-Britania</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, saivatko lantionpohjan lihasharjoitteluryhmän naiset pitkällä aikavälillä vähemmän sairaalahoitoa laskeumavaikeuksiin kuin naiset, jotka saivat vain elintapaohjeita.</p>	<p>10 vuoden datasiirron seuranta tutkimus. Pitkäaikaistutkimus.</p>	<p>Alkuperäisessä tutkimuksessa 447 naista satunnaistettiin vuosina 2007-2010 joko interventioryhmään (n=225) tai vertailuryhmään (n=222). Osallistujia seurattiin 8-10 vuoden ajan. Linkitettyä tietoa oli saatavissa 293 osallistujasta.</p>	<p>Interventioryhmäläiset (43,6 %) olivat saaneet vähemmän leikkaushoitoa kuin kontrolliryhmäläiset (52,8 %).</p>	<p>JBI kriteerit 9/11 kohtitutkimukselle</p>
<p>6 Panman, Wiegersma ym. 2016 Hollanti</p>	<p>Tavoitteena oli seurata ohjatun lantionpohjan lihasharjoittelun vaikutuksia laskeuman oireisiin ja hoitokustannuksiin.</p>	<p>Lineaarinen monitasoinen analyysi, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RTC) perusterveyden huollossa.</p>	<p>2 vuotta kestäneessä tutkimuksessa oli mukana ≥ 55- vuotiaita naisia, joilla oli todettu oireellinen lievä laskeuma. Heidät satunnaistettiin lantionpohjaharjoitteluryhmään (n=145) tai vertailuryhmään (n=142), jotka eivät saaneet hoitoa. Mittareina PFDI-20, PCS-12, MCS-12 ja PISQ-12</p>	<p>Lantionpohjan lihasharjoittelun oli tehokkaampaa naisilla, joilla oli enemmän lantionpohjan oireita. Lantionpohjan lihasharjoittelua voidaan suositella erityisesti naisille, joilla on lieväoireinen</p>	<p>JBI kriteerit satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle (RCT) 11/13</p>

				laskeuma. Elämänlaatu parani.	
7 Wiegersma, Panman, Kollen ym. 2014 Hollanti	Tavoitteena oli verrata lantionpohjan lihasharjoittelun ja vertailuryhmän vaikutuksia yli 55-vuotiaiden naisten lieviin laskeumaoireisiin perusterveydenhuollossa	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RTC).	287 naisesta satunnaistettiin joko lantionpohjan lihasharjoitteluryhmään (n=145) tai vertailuryhmään (n=142), jotka eivät saaneet hoitoa tai suosituksia. 250 (87 %) osallistui seurantaan. Mittareina PFDI-20, PFIQ-7, PISQ-12, PCS12 ja MCS-12	Vaikka kolmen kuukauden lantionpohjan lihasharjoittelu johti PFDI-20-pistemäärän huomattavasti parempaan tulokseen, ryhmien välinen kliinisen merkityksen taso oli pieni. 57 % interventioryhmästä ilmoitti yleisten oireiden paranemisen tästä huolimatta. Vertailuryhmässä 13 % koki oireiden helpottuneen.	JBI kriteerit satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle (RTC) 11/13.

Liitetaulukko 2. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi JBI- kriteereillä rct-tutkimuksiin

Arviointikriteerit	Due ym. 2015 Tanska	Hagen ym. 2014. Iso-Britannia	Panama, Wiegersma ym. 2016 Hollanti	Wiegersma, Panman, Kollen ym. 2014 Hollanti
Onko osallistujien ryhmiin jakaminen satunnaisesti?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Ovatko tutkittavien ryhmiin jako salattu ryhmiin jakoa toteuttaneilta?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Ovatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Ovatko tutkittavat sokkoutettu tutkimuksen ryhmäjaosta?	ei	ei	ei	ei
Ovatko intervention toteuttajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjaosta?	ei	ei	ei	ei
Ovatko tulosmuuttujien mittaajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjaosta?	kyllä	kyllä	kyllä	ei

Kohdeltiinko ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti?	ei riittävää seuranta	ei riittävä seuranta	kyllä	kyllä
Tehtiinkö lähtöryhmien mukainen hoitoaieanalyysi?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Mitattiinko muuttujat samalla tavalla kaikissa ryhmissä	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Mitattiinko muuttujat luotettavasti?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Onko koeasetelma tutkittavan aihealueen näkökulmasta asianmukainen, ja huomioitiinko mahdolliset poikkeavuudet perinteisestä RCT-asetelmasta tutkimuksen toteutuksessa ja analyysissä?	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
Kokonaisarviointi	hyväksytty	hyväksytty	hyväksytty	hyväksytty

Liitetaulukko 3. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi JBI kriteereillä järjestelmälliselle katsaukselle

Arviointikriteerit	Bo & Nygaard Norja	Dumoulin, Hunter ym. 2016 Englanti
Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?	kyllä	kyllä
Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	kyllä	kyllä
Onko hakustrategia asianmukainen?	kyllä	kyllä
Onko käytetyt tietolähteet riittäviä?	kyllä	kyllä
Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?	kyllä	kyllä
Ovatko vähintään kaksi arvioija itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?	kyllä	kyllä
Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	kyllä	kyllä
Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?	kyllä	kyllä
Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?	kyllä	kyllä

Onko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	kyllä	kyllä
Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsausten tulosten kanssa?	kyllä	kyllä
Kokonaisarviointi	hyväksytty	hyväksytty

Liitetaulukko 4. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi JBI- kriteerein tapaussarjalle

Arviointikriteerit	McClurg ym. 2019 Iso-Britania
Kuvattiinko tapaussarjan mukaanottokriteerit selkeästi?	kyllä
Mitattiinko tapaussarjan tutkittavien kliinistä tilaa vakioidulla ja luotettavalla tavalla?	kyllä
Käytettiinö tapaussarjan tutkittavien kliinisen tilan tunnistamiseen päteviä menetelmiä?	kyllä
Käytettiinö tapaussarjassa peräkkäisotantaa?	?
Otettiinö tutkimukseen mukaan kaikki mukaanottokriteerit täydentäneet potilaat (complete inclusion)?	ei
Kuvattiinko tutkittavien demografiset ominaisuuden selkeästi?	kyllä
Raportoitiinko tutkittavien kliininen tila selkeästi?	kyllä
Raportoitiinko tulokset tai tapausten seurannan aikaiset löydökset selkeästi?	kyllä
Raportoitiinko otosta kuvaavat demograafiset tiedot selkeästi?	kyllä
Käytettiinö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	kyllä
Kokonaisarviointi	hyväksytty

Lantionpohjavaivojen kartoitus (PFDI-20)

Ohjeet: Kysymysten tarkoituksena on kartoittaa, mikäli sinulla esiintyy tiettyjä tuntemuksia suolen, virtsarakon tai alapään alueelta, ja kuinka paljon nämä oireet sinua vaivaavat. Vastaa kysymyksiin laittamalla rasti sopivaan ruutuun. Vastatessasi kysymyksiin ota huomioon oireesi viimeisten kolmen kuukauden aikana:

1. Onko sinulla usein paineen tunnetta alavatsalla?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

2. Esiintyykö sinulla painon tunnetta tai särkyä (jomotusta) alapäässä?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

3. Esiintyykö sinulla pullistuma alapäässä, jonka voit itse nähdä tai tuntea emättimen ulkosuulla?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

4. Joudutko koskaan painamaan emättimestä tai peräaukon läheltä saadaksesenne ulostettua?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

5. Tuntuuko sinusta usein siltä, että virtsarakko ei tyhjene kokonaan?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

6. Joudutko joskus painamaan pullistumaa emättimen sisään aloittaaksesenne virtsaamisen tai saadaksesenne virtsarakon tyhjenemään?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

7. Joudutko ponnistelemaan liikaa saadaksenne ulostettua?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

8. Tuntuuko sinusta ulostamisen jälkeen siltä, ettei suoli ole tyhjentynyt kunnolla?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

9. Onko sinulla vaikeuksia pidättää ulostetta, jos uloste on normaalia?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

10. Onko sinulla vaikeuksia pidättää ulostetta, jos uloste on löysää?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

11. Karkaako sinulta usein kaasua peräsuolesta?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

12. Onko ulostaminen sinulle usein kivuliasta?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

13. Tuleeko sinulle pakottava ulostamistarve ja kiire vessaan ennen ulostamista?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

1. Pullistuuko osa peräsuoltasi koskaan ulos peräaukosta ulostamisen aikana tai sen jälkeen?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

2. Onko sinulla tavallisesti tihentyntä virtsaamistarvetta?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

3. Karkaako virtsa silloin, kun tunnet virtsapakkoa eli hyvin voimakasta virtsaamisen tarvetta?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

4. Karkaako sinulta tavallisesti virtsaa yskiessä, nauraessa tai aivastaessa?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

5. Karkaako sinulta tavallisesti pieniä määriä virtsaa (tipoittain)?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

6. Onko sinulla tavallisesti vaikeuksia tyhjentää virtsarakkosi?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

7. Onko sinulla tavallisesti kipua tai epämiellyttävää tunnetta alavatsalla tai alapäässä?

Ei Kyllä

Jos vastasit kyllä, kuinka paljon se haittaa sinua?

Ei lainkaan Jonkin verran Melko paljon Paljon

PALAUTE LANTIONPOHJAN RYHMÄSTÄ

Arvioi saamaasi ryhmäohjausta

5= täysin samaa mieltä

4= osittain samaa mieltä

3= ei samaa eikä eri mieltä

2= osittain eri mieltä

1= täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
Saamani tieto oli ymmärrettävää					
Saamani tieto oli tarpeellista					
Saamani ohjaus oli hyvää					
Voin suositella ryhmää tuttavalleni					

Jäikö mieltäsi askarruttamaan jokin asia?

Ei _____

Kyllä _____

Jos vastasit kyllä, niin mikä sinua askarrutti?

Kiitos palautteestasi

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Olet saanut ajanvaruskirjeen Satasairaalan naistentautien poliklinikkakäynnin yhteydessä lantionpohjaryhmään. Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opiskeluuni sisältyy tutkimustyö ja siihen liittyvä 6 kuukautta kestävä ryhmäohjauksen kokeilujakso. Sinä olet saanut ajan yhteen 75-90 minuutin ryhmäohjaukseen. Ryhmässä on maksimissaan 4 osallistujaa.

Naisten lantionpohjan laskeuma on yleinen vaiva, mikä voi vaikuttaa merkittävästi naisen elämänlaatuun ja päivittäiseen elämään. Työskentelen lantionpohjan fysioterapeuttina Satasairaalan naistentautien poliklinikalla. Tutkimukseni tavoitteena on kehittää laskeumapotilaan hoitopolkua ja hyödyntää osallistujilta saamaani asiakaspalautetta lantionpohjan lihasharjoittelun ja elintapaohjauksen kehittämiseen.

Tässä kirjeessä on mukana suostumuslomake tutkimukseen sekä Lantionpohjavaivojen (PFDI-20)- kyselykaavake, jonka täyttämiseen kuluu aikaa noin 5-10 minuuttia. Palautat kaavakkeet ryhmään tullessasi. Lisäksi kirjeessä on Satasairaalassa käytössä oleva ”Lantionpohjan merkitys gynekologisissa laskeumissa” -potilasohje, johon voit tutustua jo ennalta. Ryhmässä käydään läpi potilasohjeessa olevat asiat.

Lantionpohjavaivojen (PFDI-20) – kyselykaavakkeen tiedoista saadaan laskettua pisteet 0-300. Mitä pienemmät pisteet, sitä vähemmän laskeumaoireita. Kaavake tuhoaan asianmukaisesti heti pisteiden laskemisen jälkeen ja tutkimuksessa ei tule ilmi kuin pisteet ja osallistujan ikä. Näin varmistetaan, että osallistujan tiedot pysyvät tunnistamattomina. Kolmen kuukauden kuluttua ryhmäkäynnistä sinulle lähetetään uusi Lantionpohjavaivojen (PFDI-20)- kyselykaavake, joiden kokonaispisteitä verrataan alkupisteisiin. Tässä kohtaa sinä voi ilmoittaa, jos haluat vielä yksilöllistä lantionpohjan fysioterapiaa ja/tai tiedon kokonaispisteistä ennen ja jälkeen ryhmäohjauksen.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja voit keskeyttää osallistumisesi milloin tahansa, jos siltä tuntuu.

Annan mielelläni lisätietoja kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin:

Terhi Heikkilä
fysioterapeutti
Satasairaala
Fysio- ja toimintaterapiayksikkö
terhi.heikkila@satasairaala.fi
p.0447077569

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Satasairaalan lantionpohjan ryhmäohjauksesta on kulunut kolme kuukautta. Tässä kirjeessä on mukana uusi Lantionpohjavaivojen (PFDI-20)- kyselykaavake, jonka täyttämiseen kuluu 5-10 minuuttia. Palauta kyselykaavake täytettynä kirjeessä olevassa postimerkillä varustetussa kirjekuoressa. Kyselykaavakkeen vastauksista lasketaan kokonaispisteet 0-300. Mitä pienemmän pisteet, sitä vähemmän laskeumaoireita. Kyselykaavake tuhotaan asianmukaisesti pisteiden laskun jälkeen.

Sinulla on mahdollisuus käydä Satasairaalassa naistentautien poliklinikalla vielä yksilöllisessä lantionpohjan fysioterapiassa:

kyllä

Jos vastasit kyllä, niin sinulle lähetetään Satasairaalaan ajanvaraus lantionpohjan fysioterapiaan.

Ystävällisin terveisin:

Terhi Heikkilä
fysioterapeutti
Satasairaala
Fysio- ja toimintaterapiayksikkö
terhi.heikkila@satasairaala.fi
p.0447077569

SUOSTUMUSLOMAKE

Hyväksyn, että antamiani tietoja käytetään tähän tutkimukseen. Kyselykaavakkeen tiedot kerätään vain tutkimuksellisiin tietoihin eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille. Henkilötiedot poistetaan tutkimuksen valmistuttua.

Kyllä

Päivämäärä _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys
