



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Emmi Iivonen, Meeri Kukkola

# Lantionpohjan lihasten venyttely vulvo- dyniapotilailla

## Kirjallisen potilasohjeen tuottaminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapia

Opinnäytetyö

Marraskuu 2018

Tekijä(t)	Emmi Iivonen Meeri Kukkola
Otsikko	Lantionpohjan lihasten venyttely vulvodyniapotilailla Kirjallisen potilasohjeen tuottaminen
Sivumäärä Aika	28 sivua + 1 liite Marraskuu 2018
Tutkinto	Fysioterapeutti
Tutkinto-ohjelma	Fysioterapeutti
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapeutti
Ohjaaja(t)	Anu Valtonen, yliopettaja Ulla Härkönen, lehtori
<p>Vulvodynia on naisilla esiintyvä kipuoireyhtymä, jonka yleinen oire on vulvan eli ulkosynnyttimien alueen kipu. Erilaiset lantionpohjan lihasten toimintahäiriöt ovat merkittävä vulvodyniaa aiheuttava ja ylläpitävä tekijä. Lantionpohjan lihasten oireita ovat muun muassa kireydet, heikkoudet ja spasmit. Lantionpohjan lihasten venyttely on yksi käytetyistä hoitomuodoista vulvodyniapotilaan fysioterapiassa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ajankohtainen tieto vulvodyniasta ja lantionpohjan lihasten venyttelystä. Lisäksi tarkoituksena oli tuottaa lantionpohjan venyttelyn potilasohje yhteistyökumppanin käyttöön. Potilasohje tukee potilaan kotiharjoittelua ja kuntoutumista.</p> <p>Teoriapohja koottiin englannin- ja suomenkielisistä tutkimuksista ja muista kirjallisista lähteistä. Lisäksi tiedonhankinnan keinona käytettiin suullista tiedonantoa, jossa HUS:n ja HYKS:n lantionpohjaan erikoistuneet fysioterapeutit kertoivat venyttelytekniikoista osana vulvodyniapotilaiden hoitoa. Potilasohje suunniteltiin yhteiskehittelynä fysioterapeuttien tarvetta vastaavaksi.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena muodostui potilasohje lantionpohjan lihasten venyttelyyn vulvodyniapotilaille. Ohje tuotettiin HUS:n/HYKS:n hoitosuhteessa olevien potilaiden käyttöön. Opinnäytetyöstä voivat hyötyä kaikki aiheesta kiinnostuneet. Siinä on kerrottu tarkemmin lantionpohjan lihasten venyttelystä kuin myös muista keinoista hoitaa vulvodyniaa.</p> <p>Lantionpohjan lihasten venyttely on kliinisen kokemuksen mukaan toimiva keino hoitaa vulvodyniaa. Kliinisen kokemuksen lisäksi tarvitaan isolla otannalla toteutettua tutkimustietoa lantionpohjan lihasten venyttelyn vaikutuksista.</p>	
Avainsanat	vulvodynia, lantionpohjan lihasten venyttely, potilasohje

Authors Title	Emmi Iivonen Meeri Kukkola Stretching the Pelvic Floor Muscles - Developing a Guide for Vulvodynia Patients
Number of Pages Date	28 pages + 1 appendix November 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Instructors	Anu Valtonen, Principal Lecturer Ulla Härkönen, Senior Lecturer
<p>Vulvodynia is a common pain syndrome which affects women of all ages. The main symptom of vulvodynia is pain on the vulvar area. Tightness of the pelvic floor muscles is one reason that causes vulvodynia and maintains its symptoms. The aim of this study was to collect data of vulvodynia and its treatment. We focused on stretching the pelvic floor muscles as one of many treatment methods. In addition, the purpose was to produce patient information and a guide pelvic floor stretching at home for vulvodynia patients.</p> <p>Data for this study was gathered from Finnish and English researches, articles and other literature about vulvodynia and its treatment. We found no researches or studies on pelvic floor muscle stretching, therefore we used conversation with our collaboration partner's physiotherapists as one method. This study also applies basic stretching techniques. Aim of the conversation with our collaboration partner was to gather experience-based knowledge on stretching the pelvic floor muscles used as a treatment method for vulvodynia and to design the guide.</p> <p>A how-to guide for stretching pelvic floor muscles at home was developed. The guide was developed to answer the needs of our collaboration partner. The guide is targeted only for collaborate partner's patients and can only be used after consulting their physiotherapist. Stretching the pelvic floor muscles as well as other therapy plans, including physiotherapy for treating vulvodynia, are discussed in depth in the study.</p> <p>The outcome was that stretching the pelvic floor muscles is an effective way to treat vulvodynia. However, further studies on stretching the pelvic floor muscles are required in the future. Large studies are required to gain more knowledge and draw conclusions about treating vulvodynia with pelvic floor stretching.</p>	
Keywords	vulvodynia, pelvic floor muscles, pelvic floor stretching

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja menetelmät	2
3	Vulvodynia oireyhtymänä	3
3.1	Vulvodynian monet muodot ja niiden diagnosointi	4
3.2	Vulvodynian etiologia	5
4	Vulvodynian hoito	8
5	Fysioterapia vulvodynian hoidossa	11
5.1	Fysioterapiamenetelmät vulvodynian hoitoon	11
5.2	Fysioterapeuttinen tutkimus ja arviointi	15
5.3	Lantionpohjan merkitys vulvodyniassa	16
6	Lantionpohjan lihasten venyttely vulvodyniapotilailla	17
6.1	Venyttelyharjoittelu kotona	18
6.2	Vulvodynian hoitoon käytettävät venyttelytekniikat	18
7	Potilasohjeen teon prosessikuvaus	21
8	Potilasohjeen esittely	23
8.1	Potilasohjeen tarpeellisuus ja käyttötarkoitus	23
8.2	Potilasohjeen ulkomuoto ja sisältö	23
8.3	Potilasohjeen onnistumisesta	24
9	Pohdinta	26

Lähteet

Liitteet

Liite 1. Luonnos potilasohjeesta

## 1 Johdanto

Vulvodynia on naisilla esiintyvä oireyhtymä, jossa esiintyy vulvan eli ulkosynnyttimien kipua (Tiitinen 2017a). Vulvodyniassa kipua on kestänyt vähintään kolme kuukautta ilman tunnistettavissa olevaa syytä. Kivun paikantuminen, provosoituminen ja kesto voivat vaihdella. (Lev-Sagie & Kopitman & Brzezinski 2016.) Vulvodynian monimuotoisuuden takia hoidossa tarvitaan moniammatillista lähestymistapaa ja yhteistyötä (Danby & Margesson 2010). Vulvodynian aiheuttama kipu vaikuttaa merkittävästi potilaiden elämään. Yhdynnän aikainen kipu on yleinen oire ja se vaikuttaa fyysisten oireiden lisäksi myös naisen psyykkiseen hyvinvointiin sekä parisuhteeseen. Kipu voi rajoittaa monia arkisia asioita kuten tiukkojen vaatteiden tai tamponin käyttöä sekä liikuntaharrastuksia. (Shallcross & Dickson & Nunns & Mackenzie & Kiemle 2017.)

Vulvodynia on suhteellisen yleinen vaiva, sillä lähteistä riippuen sitä esiintyy noin 15 %:lla naisista (Tommola 2017; Tiitinen 2017a). Vaivan yleisyydestä huolimatta vulvodynia koetaan yhä melko tuntemattomaksi jopa terveysalan ammattilaisten keskuudessa (Tommola 2017). Potilaat kokevat ammattilaisten tietämättömyyden vulvodyniasta haasteeksi, koska se voi johtaa väärin diagnooseihin ja oireiden vähättelyyn. Oireiden vähättely ja leimaaminen psykologiseksi vaivaksi viivästyttää oikeanlaisen hoidon aloitusta ja aiheuttaa naisille häpeän ja vihan tunteita. (Shallcross ym. 2017, Tommola 2017.) Vulvodyniaa voidaan hoitaa monilla eri tavoilla, joista fysioterapia on ensisijainen konservatiivisen hoidon muoto (Paavonen 2013: 489). Yksi fysioterapian keinoista on lantionpohjan lihasten venyttäminen, joka on kliinisen kokemuksen mukaan tehokas hoitomuoto (Jernfors & Rekonen 2018). Tutkimustietoa ei ole tällä hetkellä saatavilla lantionpohjan lihasten venyttämisen vaikutuksista vulvodynian hoidossa.

Opinnäytetyö kokoaa ajankohtaisen tiedon vulvodyniasta ja ammattilaisten kokemuksen lantionpohjan lihasten venyttelystä. Opinnäytetyössä perehdytään ammattilaisten käyttämiin venyttelytekniikoihin osana vulvodynian hoitoa. Opinnäytetyöllä halutaan edistää vulvodyniapotilaiden kuntoutumisprosessia. Tähän tavoitteeseen pyritään opinnäytetyön lisäksi myös potilasohjeella, joka auttaa potilasta itsenäisessä harjoittelussa.

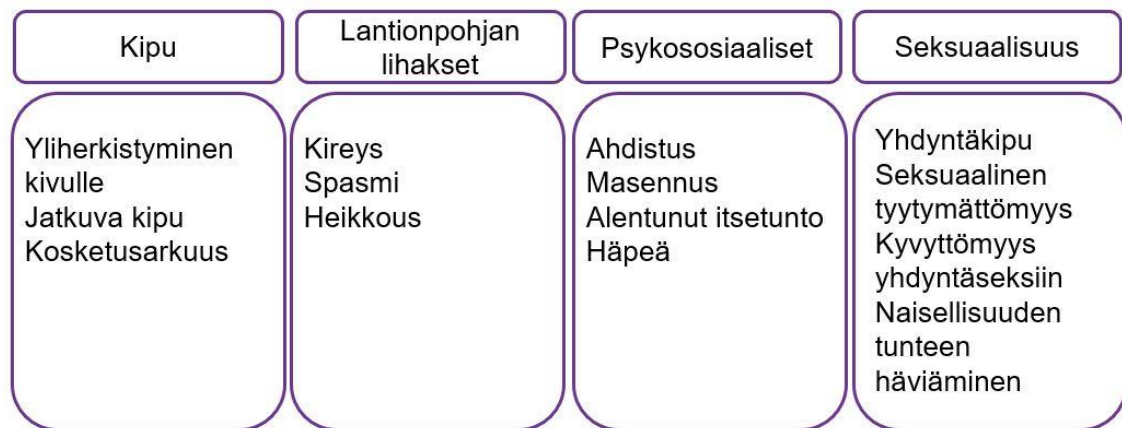
## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja menetelmät

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota tietoa vulvodyniasta ja lantionpohjan lihasten venyttelystä sekä tuottaa potilasohje lantionpohjan lihasten venyttelyyn vulvodyniapotilaille. Oppaan tarkoituksena on olla apuna kotona tehtävässä itsenäisessä harjoittelussa, mutta sen käyttäminen vaatii ensin fysioterapeutin ohjauksen. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on HUS (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri), HYKS (Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala) Sisätaudit ja kuntoutus, fysioterapia (myöhemmin HUS/HYKS). Opinnäytetyön tavoitteena on tukea potilaiden itsehoitoa ja HUS:n/HYKS:n fysioterapeuttien työtä: Oppaan avulla potilas osaa tehdä harjoitteita kotona oikein, eivätkä fysioterapiatilanteessa annetut ohjeet jää pelkästään muistin varaan. Yhteistyötahon fysioterapeutit toivovat potilasohjetta, jolloin heidän ohjaamansa venyttelyharjoitteet ovat myös kirjallisena ja valmiina potilaalle annettavaksi. Opinnäytetyö kirjoitetaan välttämättä ammattitermistä, jolloin se palvelee ammattilaisten lisäksi kaikkia aiheesta kiinnostuneita. Opinnäytetyöhön kootaan ajantasainen tutkittu tieto vulvodynian syntysyistä ja hoidosta. Suurempi tavoite on näin ollen lisätä tietoisuutta melko tuntemattomana pidetystä vulvodyniasta ja parantaa vulvodyniasta kärsivien naisten elämänlaatua lantionpohjan lihasten venyttelyharjoittelulla.

Tieto opinnäytetyöhön haetaan suomen- ja englanninkielisistä kirjallisista lähdeeteoksista. Lisäksi menetelmänä käytetään yhteistyötahon lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneiden fysioterapeuttien tiedonantoa: fysioterapeutit jakavat kokemuksiinsa pohjautuvan tiedon lantionpohjan lihasten venyttelystä ja sen vaikutuksesta vulvodyniapotilaiden hoidossa. Potilasohje suunnitellaan yhteiskehittelyä fysioterapeuttien kanssa. Yhteiskehittely tarkoittaa keskustelutilannetta, jossa kehitetään yhdessä fysioterapeuttien kanssa oppaan sisältöä ja muotoa. Yhteiskehittelyssä fysioterapeutit kertovat käyttämistään venytysharjoitteista, jotka tulevat oppaaseen.

### 3 Vulvodynia oireyhtymänä

Vulvodynia tarkoittaa oireyhtymää, jossa esiintyy vulvan eli naisen sukupuolielinten alueen kipua yli 3 kuukauden ajan ilman selkeää syytä (Faye & Hughes 2017). Vulvodynia on yleinen vaiva naisilla iästä tai etnisestä taustasta riippumatta (Danby & Margesson 2010; Sadownik 2014). Yksi vulvodynian oireista on kipu, joka voi olla kosketuksesta provosoituvaa tai jatkuvaa (Henzell & Berzins 2015). Kosketuksesta provosoituva vulvodynia on yleinen yhdyntäkivun aiheuttaja (Jernfors & Rekonen & Paavonen 2004: 2141). Jatkuva kipu on puolestaan epämääräistä hermokipua, eikä kosketus yleensä pahenna sitä (Paavonen 2013: 487–488). Vulvodyniaan liittyy myös useita muita oireita, jotka vaikuttavat potilaan elämään monin tavoin (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Vulvodynian yleisimmät oireet. Koottu lähteistä: Danby & Margesson 2010; Goldstein & Marinoff & Haefner 2005; Jernfors ym. 2004; Morin & Bergeron & Khalifé & Mayrand & Binik 2014; Morin ym. 2017; Paavonen 2017; Shallcross ym. 2017.

Vulvodynia voi aiheuttaa kivulle yliherkistymisen eli allodynian, jolloin normaalit kivuttomat ärsykkeet aistitaan aivoissa kipuna (Danby & Margesson 2010: 487). Kipu vaikuttaa potilaan elämään monin tavoin. Tamponin ja tiukkojen vaatteiden käyttö voi olla mahdollonta. Liikuntaharrastusten lisäksi myös monet arjen jokapäiväiset toiminnot kuten istuminen ja kävely voivat hankaloitua. (Shallcross ym. 2017.) Myös yhdyntäkipu eli dyspareunia on vulvodyniassa yleistä ja se voi jatkua tunteja tai päiviä yhdynnän jälkeen (Jernfors ym. 2004; Shallcross ym. 2017). Yhdyntäkipu voi pahentua, jos potilaalla on vaginismukseksi kutsuttu suojaspasmi lantionpohjan lihaksissa. Vaginismus johtuu elimistön suojarahkiosta kipuun, jolloin lihakset kouristelevat tahattomasti. (Huttunen 2017; Jern-

fors ym. 2004: 2141.) Spasmien lisäksi lantionpohjan lihasten toimintahäiriöitä ovat lantionpohjan lihasten heikkous, ylijännittyneisyys ja kireys (Goldstein ym. 2005; Morin ym. 2014; Morin ym. 2017).

Vulvodyniaan liittyviä psykososiaalisia oireita ovat ahdistus, masennus, seksuaalinen tyytymättömyys sekä alentunut itsetunto. Vulvodynian aiheuttamat vaikeudet seksuaali-toiminnoissa vaikuttavat vahvasti naisen henkiseen hyvinvointiin kuten myös parisuhteeseen. Systemaattisen katsauksen mukaan naiset kokevat yhdynnän aidoksi seksiksi, jolloin kivun takia epäonnistunut yhdyntä voi aiheuttaa naisessa häpeän ja kyvyttömyyden tunteita sekä oman naisellisuuden tunteen häviämistä. (Shallcross ym. 2017.)

### 3.1 Vulvodynian monet muodot ja niiden diagnosointi

Paavosen (2013) mukainen jaottelu erottelee vulvodynian kahteen eri päätyyppiin: vulvan vestibuliittioireyhtymään eli vestibulodyniaan ja essentiaaliseen vulvodyniaan (Paavonen 2013). Koska vulvodynia voi oireilla hyvinkin yksilöllisesti potilaasta riippuen, ei aina voida yksiselitteisesti jaotella essentiaaliseen vulvodyniaan tai vestibulodyniaan. Vulvodynia voidaan luokitella kipupaikan mukaan (paikallinen, yleistynyt tai sekamuoto), kivun ilmenemisen mukaan (kosketus, spontaani tai sekamuoto), kivun keston mukaan (ajoittainen tai jatkuva) ja kivun alkamisen mukaan (primaarinen tai sekundaarinen kipu). (Lev-Sagie ym. 2016.)

*Vestibulodynia* tarkoittaa emättimen eteisen kosketusarkuutta, jossa kipu provosoituu kosketuksessa (Jernfors ym. 2004; Paavonen 2013). Vestibulodyniaa esiintyy yleensä nuoremmilla eli noin 20–40-vuotiailla naisilla, jotka ovat muuten perusterveitä (Jernfors ym. 2004; Paavonen 2013; Sadownik 2014). Tästä päätyypistä puhuttaessa voidaan käyttää myös termiä paikallinen provosoitu vulvodynia (Lev-Sagie ym. 2016). Vestibulodyniassa kipu ilmenee yleensä penetraation aikana yhdynnässä, tamponin asettamisessa tai gynekologisessa tutkimuksessa. Kivulle herkistyminen voi johtaa siihen, että kipua ilmenee myös herkemmin esimerkiksi tiukkoja alusvaatteita käyttäessä. (Sadownik 2014.) Vestibulodynia voidaan jakaa myös primaariin ja sekundaariseen muotoon, jossa primaarissa kipu ilmenee ensimmäisestä intravaginaalisesta kosketuksesta. Sekundaarisessa muodossa potilaalla on takana kivuttomia penetraatioita. (Danby & Margesson 2010; Lev-Sagie ym. 2016.)



*Essentiaalinen vulvodynia* puolestaan tarkoittaa vulvodyniatyyppiä, jossa jatkuvaa ja epämääräistä kipua on vulvan hermohaarojen alueella. Tämä vulvodyniatyyppi on yleisempi vanhemmilla naisilla, yleensä yli 40-vuotiailla. (Sadownik 2014.) Essentiaalisesta vulvodyniasta puhuttaessa käytetään myös termejä neuropaattinen vulvodynia, dyssepteettinen vulvodynia, pudendaalineuralgia ja ei-provosoitu yleistynyt vulvodynia. Kipualue voi kulkea nervus pudentaliksen dermatomin tavoin eli laajasti ulkosynnyttimen alueelta peräaukkoon asti. (Paavonen 2013.) Kipu voi säteillä myös ristiselkään ja reisiin (Tiitinen 2017a). Pitkään jatkunut kipuhermojen ärsytys voi johtaa neuropaattiseen vulvan kipuun, jossa sensoriset kipuhermot herkistyvät liikaa ja pienikin kosketus tuntuu kivuliaalta. Keskushermoston yliherkistymistä kutsutaan myös allodyniaksi, jossa normaalit ärsykkeet aistitaan aivoissa kipuna. (Danby & Margesson 2010; Paavonen 2013.)

Vulvodynian diagnosointi voi olla pitkä ja potilaalle henkisesti raskas prosessi (Shallcross ym. 2017). Vulvodynian diagnosoinnissa on tärkeää ensin selvittää, voiko kivun taustalla olla jokin muu kuin vulvodynia. Muita syitä voivat olla esimerkiksi infektiot, neuralgia, kasvaimet, riittämätön estrogeeni, tulehdus, ihottuma tai jokin muu ihosairaus. (Faye & Hughes 2017; Tiitinen 2017a.) Vulvodynian diagnosoinnissa haastattelu ja potilaan tilanteen selvittäminen ovat erityisen tärkeitä. Mikäli lääkärin haastattelun perusteella epäillään essentiaalista vulvodyniaa, voidaan kokeilla diagnostista hoitokoetta hermokivulääkkeillä noin kahden kuukauden ajan. (Paavonen 2013.) Vestibulodynian diagnosointiin voidaan käyttää vanupuikkotestiä (Tiitinen 2017a).

### 3.2 Vulvodynian etiologia

Vulvodynian etiologia on tuntematon, mutta sen syntymiselle on löydetty useita riskitekijöitä viimeisten vuosien aikana. Vulvodynian syntymiseen vaikuttavien tekijöiden uskotaan olevan toisistaan riippuvaisia ja sen kehittyminen vaatii useita tekijöitä. (Tommola 2017.) Vulvodynian syntymiselle myötävaikuttavat tekijät on koottu taulukkoon 1.

Infektiot vulvan alueella herkistävät vulvodynian synnylle. Tavallisimpia infektioita ovat hiivasieni- ja virtsatietulehdukset. Geneettisillä tekijöillä on myös merkitystä: tutkimuksissa on todettu, että kipuvälittäjäaineiden toimintaa säätelevien geenien muutokset voivat herkistää kiputuntemuksille ja täten vulvodynian kehittymiselle. Samoin rakenteelliset virheet voivat liittyä vulvodynian oireiden kehittymiseen. (Tommola 2017.) Lisäksi vulvodynian ja erilaisten kipusyndroomien kuten kivuliaan rakon, fibromyalgian, ärtyneen suolen oireyhtymän ja parentaelimistön toimintahäiriöiden välillä on löydetty yhteyksiä, mutta

tarvitaan kuitenkin lisää tutkimuksia yhteyksien syistä (Kennedy ym. 2005; Tommola 2017; Sadownik 2014).

Neurologiset kipumekanismit ovat todettu yhdeksi vulvodyniaa aiheuttavaksi tekijäksi. Ne ovat seurausta keskushermoston tai ääreishermoston muutoksista. (Tommola 2017.) Esimerkiksi sukupuolielimistä keskushermostoon kulkevien hermojen ärsytys tai vamma voivat aiheuttaa vulvodynialle tyypillisen hermokivun (Faye & Hughes 2017). Faskian rajoitteet lisäävät kipuoireita hermostossa paikallisesti sekä keskushermostollisesti. Hermot ovat herkkiä joustamattoman faskian hankaukselle ja paineelle. (Pendergast 2017: 513; Ylinen 2010: 20.)

Hormonaaliset tekijät voivat vaikuttaa vulvodynian syntymiseen ja oireiden ylläpysymiseen. Pitkäaikainen yhdistelmäehkäisytablettien käyttö, etenkin nuorella iällä eli alle 16-vuotiaana aloitettuna, lisää vulvodynian riskiä. Syynä tähän näyttää olevan vähäinen estrogeenin määrä yhdistelmäehkäisytabletteissa. (Tommola 2017: 27–28.) Estrogeenin puute aiheuttaa emättimen limakalvojen kuivumista ja ohenemista, jolloin limakalvo altistuu herkemmin tulehduksille. Limakalvojen kuivuminen ja oheneminen puolestaan aiheuttaa kirvelyä ja arkuutta sekä kipua yhdynnän aikana. (Tiitinen 2017 b.)

Taulukko 1. Vulvodynian syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. Koottu lähteistä: Faye & Hughes 2017; Kennedy ym. 2005; Lev-Sagie ym. 2016; Sadownik 2014; Tommola 2017; Ylinen 2010

Infektiot ja tulehdukset
Geneettiset tekijät
Rakenteelliset virheet
Erilaiset kipusyndroomat
Neurologiset kipumekanismit
Hormonaaliset tekijät
Lantionpohjan lihasten toimintahäiriöt
Vulvan alueen tuntohermojen lisääntyminen
Psykososiaaliset tekijät

Lantionpohjan lihasten toimintahäiriöt vaikuttavat merkittävästi vulvodynian syntymiseen. Vulvodyniasta kärsivillä naisista jopa 90%:lla on lantionpohjan lihasten toimintahäiriö. (Pendergast 2017: 510.) Lantionpohjan lihasten toimintahäiriöitä aiheuttavat muskuloskeletaaliset tekijät kuten faskian kireys, traumat, raskaus, tulehdukset, ala-

tiesynnytyks, vatsan ja lantion alueen leikkaukset, neuropaattiset kiputilat ja ahdistus. Vulvodyniapotilaiden yleisiä lantionpohjan lihasten toimintahäiriöitä ovat lantionpohjan lihasten yliaktiivisuus, alhainen lihasjänteys, instabiiliteetti, kivun sietämisen heikentyminen, lihasten voimakas supistuminen kipua aiheuttavan ärsykkeen vuoksi sekä lihasten joustavuuden, rentouden ja voiman väheneminen. Lantionpohjan lihasten yliaktiivisuus yhdistetään usein dyspareuniaan eli yhdyntäkipuihin ja muihin lantionpohjan kiputiloihin. (Lev-Sagie ym. 2016; Prendergast 2017: 513; Tommola 2017.)

Vulvan alueen tuntohermojen lisääntyminen on todettu vulvodyniaa aiheuttavaksi tekijäksi (Faye & Hughes 2017). Tommolan (2016) tutkimus osoitti, että vulvodyniapotilailla on tuntohermoja emättimen limakalvojen pinnalla enemmän kuin terveillä, oireettomilla naisilla. Lisääntynyt hermokudos voi vaikuttaa kivun aistimisen herkistymiseen ja täten vestibulodynian syntyyn. Tutkimuksessa havaittiin, että emättimen limakalvoilla oleva imukudos on vulvodyniapotilailla aktivoitunut tulehduksen takia eli immuunijärjestelmä on ikään kuin hälytystilassa. Lisäksi havaittiin, että immuunikudoksen aktivoituminen on yhteydessä hermosäikeiden lisääntymiseen: hermosäikeet kasvavat lähemmäksi emättimen pintaa immuunijärjestelmän hälytystilan vuoksi. Hermosäikeet välittävät kipuviestin aivoille, joten lisääntynyt hermosäikeiden määrä voi aiheuttaa kosketuksesta provosoituvan kivun. (Tommola 2016.) Tutkimuksen tulokset todistavat, että vulvan alueen kipu on todellista eivätkä sen syynä ole ainoastaan psyykkiset tekijät (Riikola 2017). Psykososiaalisilla tekijöillä on kuitenkin vaikutusta kivun kokemiseen ja kivun pahenemiseen. Kivun pelko voi voimistaa vaginismusta ja pahentaa näin ollen yhdyntäkipua. (Jernfors ym. 2004: 2141.) Lisäksi vulvodyniapotilailla on todettu olevan enemmän ahdistusta, masennusta ja stressiä terveisiin naisiin verrattuna ja nämä tekijät saattavat herkistää vulvodynian kehittymiseen tai kivun ylläpysymiseen (Tommola 2017: 28).

## 4 Vulvodynian hoito

Vulvodynian hoito on parhaimmillaan monipuolista ja yksilöllisesti suunniteltua potilaalle ja hänen kumppanilleen (Danby & Margesson 2010). Yleiset hoitomuodot ovat fysioterapia, psykoterapia, leikkaushoito, ihon itsehoito ja kivun lievitys (ks. kuvio 2). Nykyiset hoitokäytännöt perustuvat pääosin kliiniseen kokemukseen, ja satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia on vähän (Tuomaala 2017: 4). *Fysioterapia* ja *psykoterapia* ovat konservatiivisen hoidon ensisijaiset ja tehokkaat lähestymistavat (Goldfinger & Pukall & Thibault-Gagnon & McLean & Chamberlain 2016: 93; Tuomaala 2017: 4; Tommola 2017). Shallcrossin (2017) mukaan vulvodynipotilaat kokevat tehokkaaksi monialaisen kuntoutuksen, joka sisältää fysioterapiaa, psykoterapiaa ja mindfulnessia (Shallcross ym. 2017). Monialainen kuntoutus on tärkeää, koska kroonisella kivulla on moninaiset vaikutukset potilaan elämään. Kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen tulisi tarpeen mukaan osallistua gynekologi, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti ja psykoterapeutti. (Sadownik 2014.) Pysyvien muutosten saavuttamiseksi vaaditaan paljon aikaa, kuukausien harjoittelua ja pitkäjänteistä hoitoa (Jernfors & Rekonen 2018; Tiitinen 2017a; Tuomaala 2017: 4).

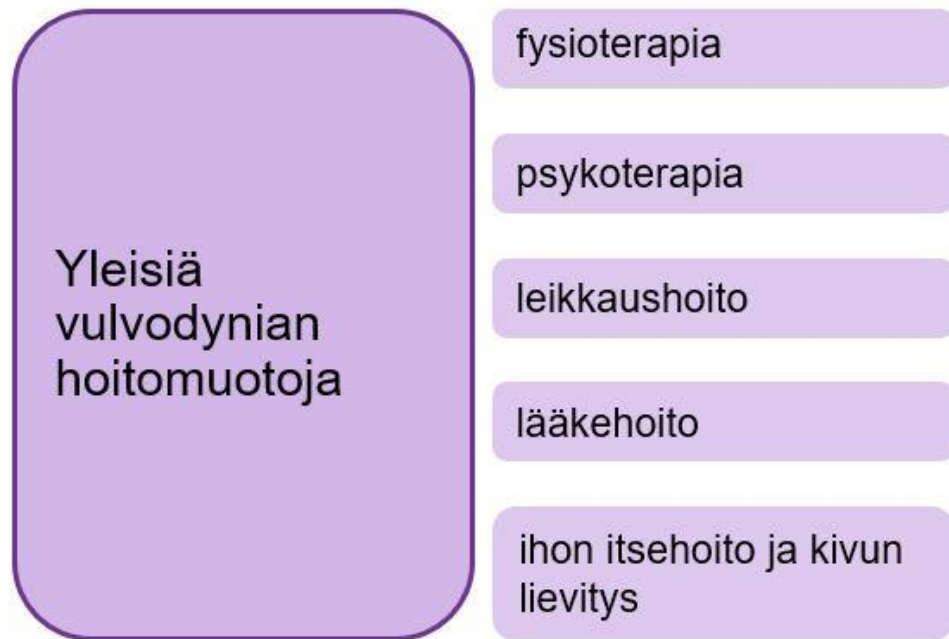
*Vulvan alueen itsehoito* on tärkeä osa vulvodynian hoitoa. Systemaattinen ihon hoito auttaa sietämään venytyksen tunnetta. Emättimen limakalvojen hyvä kunto on tärkeää myös lantionpohjan lihasten venyttelyharjoittelun kannalta. Tällöin harjoittelu ei tuota epämiellyttävää hankausta. (Jernfors & Rekonen 2018.) Vulvan alueen itsehoitoon kuuluvat vedellä peseminen, ihoa kosteuttava rasva vulvan alueelle, väljien vaatteiden käyttö ja turhien pikkuhousunsuojien käytön välttäminen (Danby & Margesson 2010: 500; Jernfors & Rekonen 2018; Tiitinen 2017a). Liiallista peseytymistä tulee välttää samoin kuin ärsyttäviä kemikaaleja ja hajusteita. Myös alushousujen käytön huomioiminen voi auttaa. Alushousujen materiaalin kannattaa olla puuvillaa. Stringejä tai muita hiertäviä alushousuja ei suositella ja nukkuessa alushousuja ei kannata käyttää ollenkaan. (Danby & Margesson 2010: 500.) Kipua voidaan helpottaa myös erilaisin keinoin. Liukuvoiteella voi helpottaa yhdynnän aikaista kipua (Tiitinen 2017a). Kivun lievittämiseen yleisesti voi puolestaan kokeilla paikallista kylmähoitoa kuten jääpalaa vulvan alueella (Goldstein ym. 2005; Haefner ym. 2005).

Vulvodynia aiheuttaa naiselle psykososiaalisia oireita kuten omanarvontunnon ja seksuaalisen itsetunnon alenemista, häpeää ja vihan tunteita. Kokonaisvaltainen kuntoutus ottaa huomioon psyykkiset oireet fyysisten oireiden lisäksi. (Sadownik 2014; Shallcross

ym. 2017.) Psykoterapia on tehokas konservatiivisen hoidon keino psykososiaalisiin oireisiin. Psykoterapeuttinen kuntoutus sisältää seksuaalisuuden eheyttämisen, kognitiivista käyttäytymisterapiaa sekä mindfulnessia. (Tommola 2017.) Myös edukaatio lievittää psykososiaalisia oireita. Potilas oppii, mistä kipu johtuu ja miten sitä voi helpottaa. (Sadownik 2014.) Mahdolliset yhdyntäkokeilut tulisi ajatella harjoitteluna, jotta vältetään jännitykseltä. Yhdynnän jännittäminen kiristää lantionpohjan lihaksia, jolloin yhdyntä ei todennäköisesti onnistu tai se aiheuttaa kipua. (Jernfors & Rekonen 2018.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia auttaa kivun kierteen lopettamisessa sekä seksuaalitoimintojen eheyttämisessä (Danby & Margesson 2010: 500; Goldfinger ym. 2016). Myös leikkauksella hoidettu vulvodynia vaatii seksuaalitoimintojen eheytymiseen psykososiaalisen hoidon (Tommola 2017).

Jos konservatiivinen hoito ei tuota tulosta, kokeillaan oireiden mukaista *lääkehoitoa* (Tiitinen 2017a; Tommola 2017). Kipua voidaan lievittää keskus- tai ääreishermostotasolla (Danby & Margesson 2010: 500). Keskushermostotasolla lääkehoitona käytetään yleisesti antidepressiolääkkeitä tai pregabaliinia (Tiitinen 2017a). Ääreishermoston kipua hoidetaan erilaisilla voiteilla (Danby & Margesson 2010: 500). Myös taukoa ehkäisytablettien käytöstä voidaan kokeilla hoitona (Tiitinen 2017a).

*Leikkaushoitoa* harkitaan, jos konservatiivisella hoidolla ei ole toivottua tulosta ja oireilu on pitkäkestoista. Leikkauksessa poistetaan kivulias kudosalue ja se korvataan vaginan limakalvolla, jossa ei ole kipuermotusta. Leikkauksella voidaan hoitaa vain vestibulodyniaa, mutta ei essentiaalista vulvodyniaa. (Paavonen 2013: 490; Tuomaala 2017: 7–8.) Leikkaushoito vaikuttaa merkittävästi kivun paranemiseen, mielialan kohenemiseen ja seksuaaliterveyden palautumiseen. Lisäksi haittavaikutuksia esiintyy vähän. Tommolan (2017) tutkimuksessa käy ilmi, että 4,5 vuoden jälkeen leikkauksesta 90 % potilaista oli saanut apua ja 21 % raportoi joistain vähäisistä haitoista. (Tommola 2017.) Parhaan leikkaustuloksen saavuttamiseksi tarvitaan myös fysioterapiaa sekä psykoterapiaa (Paavonen 2013; Tommola 2017). Vaikka vestibulektomia eli leikkaushoito on osoittautunut tehokkaaksi vestibulodynian hoitokeinoksi, se on kuitenkin kirurginen toimenpide, jolloin siihen liittyy aina omat riskinsä (Jernfors ym. 2004: 2143; Paavonen 2013: 489).



Kuvio 2. Yleisiä vulvodynian hoitomuotoja. Koottu lähteistä: Danby & Margesson 2010; Jernfors & Rekonen 2018; Tiitinen 2017a; Tommola 2017

Vähemmän käytettyjä vulvodynian hoitomuotoja ovat laserhoito ja akupunktio. Laserhoidolla on saatu positiivisia vaikutuksia kosketuksesta provosoituvan vulvodynian hoidossa (Lev-Sagie ym. 2017). Myös akupunktion on todettu lieventävän vulvodynian oireita (Danielsson & Sjöberg & Östman 2001; Schlaeger & Xu & Mejta & Park & Wilkie 2015). Näistä hoitomuodoista tulisi kuitenkin tehdä lisätutkimuksia laajemmalla otannalla (Danielsson ym. 2001; Lev-Sagie ym. 2017; Schlaeger ym. 2015).

## 5 Fysioterapia vulvodynian hoidossa

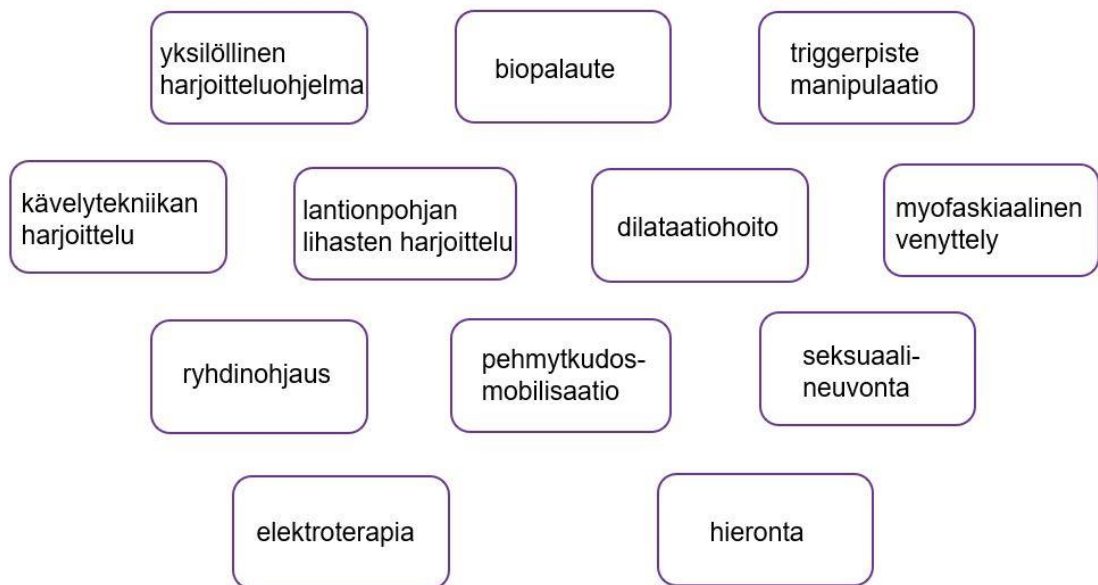
Vulvodynian hoitoa voi kuvailla kokonaisvaltaiseksi kuntoutumiseksi, jossa otetaan huomioon ergonomia, kävelytyyli, biomekaniikka, nivelten stabiiliteetti ja instabiiliteetti, liikekompensaatiot koko kehon alueella sekä potilaan yksilöllisyys, mieliala, tunteet, stressitekijät, seksuaalisuus ja parisuhde. Fysioterapeutti tutkii ja arvioi yksilölliset löydökset ja oireet, joiden mukaan laaditaan erilaisia lähestymistapoja hyödyntävä fysioterapiasuunnitelma. (Danby & Margesson 2010; Jernfors & Rekonen 2018; Prendergast 2017: 517; Sadownik 2014: 511.) Fysioterapiassa pyritään siihen, että potilas sitoutuu prosessiin aktiiviseksi kuntoutujaksi seuraamaan oman kehon syy-seuraussuhteita. Vaihtelu pitää kuntoutuksen mielekkäänä myös asiakkaan kannalta. Fysioterapeuttisin keinoin herätetään potilaan tietous lantionpohjaan ja niihin moninaiisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat kivun kroonistumiseen ja vulvodyniaoireisiin. Yhdyntäkipua helpotetaan myös psykoedukation muodossa. Epäonnistuneen yhdynnän peloista, paineista, stressistä, itsensä tai kumppanin syyttelystä pyritään pääsemään eroon. (Jernfors & Rekonen 2018; Sadownik 2014.) Fysioterapian kokonaisvaltainen tavoite on lihastoiminnan normalisointi, fyysisten oireiden helpottuminen sekä negatiivisten psykososiaalisten oireiden vähentyminen (Hartmann 2010: 510; Jernfors & Rekonen 2018; Prendergast 2017: 517). Fysioterapian osatavoitteita voivat olla lantionpohjan-, selän- ja lonkan alueen lihaksien tasapaino ja voima, riittävä liikelaajuus sekä ryhdinohjaus (Danby & Margesson 2010). Fysioterapia on ensisijainen konservatiivisen hoidon muoto vulvodyniapotilaille. Toimiessaan konservatiivisella hoidolla saadaan yhtä hyvä lopputulos kuin leikkauksella. Leikkaushoitoa harmitaan vasta, jos potilaan kipuoireet fysioterapiasta huolimatta jatkuvat voimakkaina. (Paavonen 2013: 489.)

### 5.1 Fysioterapiamenetelmät vulvodynian hoitoon

Fysioterapeuttisia keinoja hoitaa vulvodyniaa on monia (ks. kuvio 3). Vulvodynian hoidossa fysioterapia pitää sisällään myös seksuaalineuvontaa, sillä yhdyntäkipu on yksi yleisimmistä oireista (Jernfors & Rekonen 2018). Myös oikean kävelytyylin ja ryhdin harjoittelu on osa vulvodynian hoitoa (Hartmann 2010; Jernfors & Rekonen 2018). Tyypillisesti potilaalla, jolla on lantion seudulla kipua, on korostunut lanteen lordoosi eli notko ja rintarangan kyfoosi eli kaareuma (Hartmann 2010: 507–508). Kun havainnoidaan asiakkaan kävelyä ja ryhtiä, monet esiin tulevat asiat ovat suorassa yhteydessä vulvan alueen kipuihin. Yleisiä löydöksiä ovat selkärangan ja lantion alueen lihasten heikkoudet tai ylijännitykset sekä nivelten poikkeavuudet. Faskian eli lihasta ympäröivän lihaskalvon



kautta lantionpohjan lihasten kireys voi lähteä muualta vartalosta kuin lantion seudulta. (Hartmann 2010: 508, 512; Jernfors & Rekonen 2018.) Esimerkiksi jos lonkkaa liikuttavissa lihaksissa on lisääntynyttä jänteveyttä, on sitä todennäköisesti myös lantionpohjan lihaksissa. Lonkkaa liikuttavien lihasten manuaalinen jänteiden vähentäminen vaikuttaa myös lantionpohjan lihaksiin alentamalla lepoaktiiviteettia ja lisäämällä mobiliteettia. Alaselkään, vartalon alueelle sekä lantioon kohdistetun manuaalisen terapian avulla voidaan auttaa potilas optimaaliseen ryhtiin ja liikkuvuuteen. (Hartmann 2010: 508–510, 512.)



Kuvio 3. Fysioterapian lähestymistavat vulvodyniapotilaan hoidossa. Koottu lähteistä: Hartmann 2010; Jernfors ym. 2004; Jernfors & Rekonen 2018.

*Lantionpohjan lihasten terapeuttisen harjoittelun* tavoitteena on lantionpohjan lihasten vahvistaminen. Lisäksi terapeuttisen harjoittelun tavoitteena on lihasten rentouden, aktiivisen supistamisen ja spasmin tunnistaminen. (Jernfors & Rekonen 2018; Sadownik 2014: 445; Tiitinen 2017a.) Tunnistaminen auttaa harjoittelun kohdentamisessa (Sadownik 2014: 445). Yhdyntäkipu vähenee, kun potilas voi yhdynnän aikana tietoisesti hallita lantionpohjan lihaksia (Jernfors & Rekonen 2018). Fysioterapeutti ohjaa lantionpohjan lihasten harjoittelua. Lantionpohjan lihasten perusvoimaa ja toiminnallisuutta voidaan harjoitella supistamalla tietoisesti lantionpohjan lihaksia eri tavalla riippuen siitä, mitä halutaan harjoittaa. Supistuksen kesto, käytetty voima, tauot, toistot ja harjoittelun viikoittaiset määrät riippuvat siitä, harjoitellaanko maksimivoimaa, nopeusvoimaa, kestävyyttä vai lihasten tunnistamista. (Jernfors ym. 2004: 2142.)



Yksi yleisimmistä fysioterapiamenetelmistä vulvodynian hoidossa on *biopalauteharjoittelu* ja sitä voidaan käyttää lantionpohjan lihasten terapeuttisen harjoittelun tukena. Biopalauteharjoittelun tarkoituksena on, että potilas oppii tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lantionpohjan lihaksiston eron näytöltä näkyvällä palautteella. Biopalauteharjoittelua tehdään elektromyografialaitetta (EMG) käyttäen. Vaginaan asetettava elektrodi mittaa lihaksiston sähköistä aktiviteettia ja tuottaa siitä grafiikan näytölle. Grafiikassa voidaan nähdä lantionpohjan lepoaktiiviteetti eri asennoissa, liikkeen onnistuminen sekä lihasten rentoutuminen, voima, väsyminen ja toiminnallisuus. (Jernfors ym. 2004; Tuomaala 2017: 5.) Selkeä palaute lantionpohjan lihasten toiminnasta auttaa potilasta oma-toimisessa ja motivoituneessa harjoittelussa (Jernfors ym. 2004). Lantionpohjan lihasten tunnistaminen edesauttaa terapeuttisen harjoittelun kohdentamisessa, kun potilas oppii eristämään lihassupistuksen vain lantionpohjan lihasten supistukseksi. Biopalauteharjoittelu auttaa lantionpohjan lihasten rentoutumisessa, kontrolloinnissa ja spasmin laukaisussa. (Metts 1999; Sadownik 2014: 445–446.)

Vulvodyniaan liittyy usein virtsaoireita kuten kipua virtsatessa ja tihentynyttä virtsaamistarvetta (Jernfors ym. 2004). Virtsaoireet ovat yleisiä lantionpohjan lihasten toimintahäiriöissä. Liian usein tai hyvin harvoin virtsaaminen voivat entisestään lisätä lantionpohjan lihasten kireyttä. (Prendergast 2017: 513; Sadownik 2014: 511.) Rakko toimii paremmin, kun lantionpohjan lihaksissa ei ole poikkeavaa jännitystä (Jernfors & Rekonen 2018). Siksi *yliaktiivisen rakon rauhoittaminen* kuuluu vulvodynian hoitoon (Jernfors ym. 2004). Yliaktiivista rakkoa voidaan hoitaa esimerkiksi rakon ja suolen uudelleenharjoittamisella (Haefner ym. 2005).

*Elektroterapiaa eli sähköhoitoa* voidaan käyttää vulvodyniapotilailla kivun lievittämiseen, lihasten aktivoimiseen ja rakon rauhoittamiseen. Yksi sähköhoidon kipua lievittävästä vaikutuksista on verenkierron vilkastuminen. Kun lihasten aktivoinnissa käytetään tiettyjä taajuuksia, voidaan vaikuttaa motorisen oppimisen tehostamiseen tai lihasten vahvistamiseen. Myös rakon supisteluherkkyyttä voidaan pienentää elektroterapialla. (Jernfors ym. 2004: 2142; Jernfors & Rekonen 2018.)

*Manuaalinen terapia* on suuressa roolissa vulvodynianpotilaiden fysioterapiassa (Hartmann 2010). Vulvan alueelle kohdistetut manuaaliset terapiat kuten faskian manipulaatio ja triggerpistehoito tähtäävät lantionpohjan supistuksen vapauttamiseen, spasmin vähentämiseen ja verenkierron paranemiseen (Tommola 2017).

*Desensitisaatio* on yksi vulvodynian manuaalinen hoitokeino, jota potilas voi itse toteuttaa fysioterapeutin ohjauksen jälkeen. Desensitisaatio tarkoittaa sananmukaisesti poisherkistämistä. Desensitisaatiossa painetaan ja venytetään emätintä ja lantionpohjan lihaksia sormilla. Tarkoituksena on lisätä lihasten joustavuutta sekä sietokykyä kosketukselle. Venyttelyssä ja painamisessa löydetään yleensä arkoja kipupisteitä, joita painamalla pyritään lievittämään kipua. (Jernfors ym. 2004: 2142; Jernfors & Rekonen 2018; Sadownik 2014.) Tällaisessa triggerpiste-painannassa kivun pitäisi puolittua. Painamista voi tehdä pienellä voimalla, jotta se ei lisäisi ärsytyksen ja kivun tunnetta. (Jernfors & Rekonen 2018.) Lindström ja Kvist (2015) tutkivat kosketuksesta provosoituvan vulvodynian hoitoa yhdistäen desensitisaatiohoidon ja kognitiivisen käyttäytymisterapian. Tutkimustulokset viittasivat vulvodynian oireiden vähenemiseen ja seksuaaliseen eheytymiseen, ja paransivat näin tutkittavien elämänlaatua. (Lindström & Kvist 2015.)

*Dilataatiohoito* tarkoittaa emättimen laajennushoitoa. Vulvodyniaan liittyvä lantionpohjan lihasten spasmi johtaa emättimen aukon pienentymiseen. Pienentymiseen voi olla muitakin syitä. Emättimen pienentyminen aiheuttaa kipua, hankausta ja paineen tunnetta jonkin penetroituessa emättimeen. Dilataattori tai dilataatioputki on lantionpohjan lihasten venyttämisen apuväline. (Jernfors & Rekonen 2018; Murina ym. 2008.) Hoidon tavoitteena on lihasjänteiden normalisointi sekä emättimen ahtauden hoito. Lisäksi hoito auttaa alentamaan penetraatiokipuun liittyvää ahdistusta ja pelkoa. (Tommola 2017). Fysioterapeutin tehtäviin kuuluvat dilataatiotekniikan opettaminen sekä apuvälineiden käytön ohjaus (Danby & Margesson 2010). Dilataatiohoito aloitetaan pienellä dilataattorilla ja kivun hellittäessä vaihdetaan asteittain suurempaan. Dilataattoria voi käyttää ei-seksuaalisessa sekä seksuaalisessa merkityksessä, alkuvaiheessa yksin ja myöhemmin kumppanin kanssa. (Sadownik 2010: 445–446.)

Lantionpohjan lihasten venytysharjoitteita käytetään potilaille, joilla lantionpohjan lihakset tuntuvat palpoidessa kireiltä ja jännittyneiltä tai potilas ei pysty aktiivisesti rentouttamaan niitä. Venytysharjoitteet tehdään sormella. Venytysharjoitteiden vaikuttavuutta kokeillaan sisätutkimuksen yhteydessä ja ne ohjataan potilaalle niin, että hän osaa tehdä ne itsenäisesti kotona. (Jernfors & Rekonen 2018.)

## 5.2 Fysioterapeuttinen tutkimus ja arviointi

Fysioterapeutin vastaanotolla huomioidaan hienotunteisuus potilasta kohtaan, sillä vulvodyniasta aiheutuneet oireet ja kokemukset voivat olla potilaalle arkaluontoisia ja vaikeasti käsiteltäviä asioita. On tärkeää, että fysioterapeutti kuuntelee ja ymmärtää potilasta. Monet naiset kokevat, että asioista puhuminen rohkeasti helpottaa heidän oloaan. (Jernfors & Rekonen 2018.) *Fysioterapeuttinen arvio* selvittää, onko potilaalla poikkeavuuksia lihastasapainossa, voimassa, asennossa ja nivelten liikelaajuuksissa (Danby & Margesson 2010). Fysioterapeutti arvioi kävelytyyliä, ryhtiä sekä lihasten toimintaa etenkin lantionpohjan, lantion ja selän alueella (Danby & Margesson 2010; Hartmann 2010; Jernfors & Rekonen 2018; Sadownik 2014: 507–510). Lantionpohjan lihakset voidaan tutkia tarkemmin ultraäänellä, EMG:llä sekä sisätutkimuksella (Jernfors & Rekonen 2018).

*Sisätutkimus* on tärkeä osa fysioterapiaa, sillä sen avulla voidaan määrittää muun muassa lantionpohjan lihasten tiukkuus, puolierot, kosketuksen sietäminen sekä supistuminen ja rentoutuminen. Potilaalla on aina lupa kieltäytyä sisätutkimuksesta, mikäli hän niin haluaa. Sisätutkimus voi hetkellisesti ärsyttää alapäätä, eikä erittäin kivuliaille potilaille välttämättä tehdä sisätutkimusta ensimmäisellä fysioterapiakäynnillä. Sisätutkimuksessa tarkistetaan myös ihon kunto vulvan alueella. Kun fysioterapeutti on tarkastanut ihon kunnon, peitetään vulvan alue pyyhkeellä ja pidetään katsekontakti potilaaseen. Fysioterapeutti tutkii lantionpohjan lihasten puolierot. Optimaalisinta olisi aloittaa tutkiminen joustavammalta puolelta, mutta aina ei ole mahdollista määrittää, kumpi puoli on tiukempi. Terapeutti tutkii lantionpohjan lihasten kireyttä painamalla lihaskudosta emättimen kautta muutaman sekunnin. Tämä kosketus ei saa tuottaa suurta kipua. Visual Analogue Scale-asteikolla (VAS) kipua saa olla enintään 1–2. Potilaiden tuntemukset tutkimustilanteessa voivat vaihdella. Osalla on vaikeuksia paikallistaa, mistä fysioterapeutti painaa, kun taas osa tuntee painetun kohdan hyvin tarkasti. Joillain potilailla tuntoaistimus voi säteillä muualle kehoon, esimerkiksi pakaraan. (Jernfors & Rekonen 2018.)

Lantionpohjan lihasten sisätutkimuksen yhteydessä voidaan kokeilla lantionpohjan lihasten supistusharjoitteita, joilla selvitetään, pystyykö potilas aktiivisesti jännittämään ja rentouttamaan lantionpohjan lihaksia. Myös venytysharjoitteet ja dilataatioharjoitteet ohjataan sisätutkimuksen yhteydessä. (Jernfors & Rekonen 2018.) Anatomisen oppimisen kannalta voidaan hyödyntää myös lantionpohjan lihasten mallia (Sadownik 2014).

### 5.3 Lantionpohjan merkitys vulvodyniassa

*Lantionpohjan toimintahäiriöillä* on merkittävä yhteys vulvodynian syntyyn. Lantionpohjan lihakset muodostavat tukikorsetin lannerangalle yhdessä vatsa- ja selkälihasten kanssa. Lantionpohjan lihasten tehtäviä ovat vartalon kannattelu, rakon ja suolen toiminnan tukeminen sekä vartalon paineen nousun vastustaminen samalla ehkäisten virtsarakon, kohdun ja peräsuolen laskeumia. Lisäksi lantionpohjan lihakset vastaavat seksuaalitoiminnoista. (Hartmann 2010; Heittola 1996: 13; Jernfors 2005.) Vulvodyniapotilaiden lantionpohjan lihaksissa on usein alentunut supistusvoima, kohonnut lihasjännitys, spasmeja ja jäykkyyttä (Goldstein ym. 2005; Jernfors & Rekonen 2018; Paavonen 2017). Jäykkyys aiheuttaa lihasten voiman ja liikkeen rajoittumisen (Ylinen 2010: 19). Myös *vaginismukseksi* kutsuttu lantionpohjan lihasten suojaspasmi pahentaa yhdyntäkipua eli *dyspareuniaa* sekä muita kipuoireita. Spasmit ovat refleksinomaisia ja ne johtuvat elimistön suojarahastiosta kipuun. (Jernfors ym. 2004: 2141; Metts 1999.)

Lihaskäntäjen kehittymiseen liittyy hermoston aktiivisuus. Hermosto ylikuormittuu lihaksen ylikuormittumisen takia, jolloin kipupäätteet aktivoituvat ja osaltaan lisäävät lihaskäntäjä. Käntäjäneissä lihaksissa verenkierro ja aineenvaihdunta ovat häiriintyneet, mikä aiheuttaa nestekierron heikkenemistä, tulehduksen välittäjäaineiden vapautumista, turvotusta ja verenkierro vähentymistä. Lihaskäntäjäneeseen liittyvä neurofysiologinen häiriötilanne uusiutuu herkästi elimistön toimiessa vanhan reaktiomallin mukaan. Lihasten toiminnan säätelyyn voidaan vaikuttaa harjoittelulla ja hoitotoimenpiteillä. Pysyvä muutos edellyttää hermoston tottumista uuteen lihasten väliseen tasapainotilaan. (Ylinen 2010: 19–20, 60.) Vanhasta käntäjäneen tavasta päästään pois vain, kun aivojen motoriseen keskukseen välittyy käsky olla rentona. Tämä vaatii pitkäjänteistä harjoittelua ja uusia toimintamalleja. (Jernfors & Rekonen 2018.)

Vulvodyniapotilaiden lantionpohjan lihasten häiriöt ovat todettu myös tutkimuksissa. Vulvodyniapotilaiden lantionpohjan lihaksissa esiintyi verrokkiryhmiä enemmän kohonnutta lihaskäntäjäneä, aktiivisuutta ja kireyttä. Lisäksi vulvodyniapotilailla lantionpohjan lihasten supistuksen voima, kesto ja nopeus olivat heikompia kuin verrokkiryhmillä. (Morin ym. 2014; Morin ym. 2017.) Lantionpohjan lihaksiin kohdistuvalla fysioterapialla voidaan saada hyviä tuloksia vestibulodyniapotilaan lantionpohjan toimintaan: lihaskäntäjäneiden ja kipuherkkyiden väheneminen sekä joustavuuden ja rentouden lisääntyminen (Gentilcore-Saulnier & McLean & Goldfinger & Pukall & Chamberlain 2010).

## 6 Lantionpohjan lihasten venyttely vulvodyniapotilailla

Lantionpohjan lihasten venyttely on yksi vulvodynian itsehoidon muodoista. Venytys tehdään sormella painaen. HUS:n/HYKS:n lantionpohjaan erikoistuneiden fysioterapeuttien Rekosen ja Jernforsin käyttämä lantionpohjan lihasten venyttely on vakiintunut käyttöön vuosien saatossa. Tietopohja on muodostunut kollegoiden kanssa ammatillisissa keskusteluissa, käytännön kokemuksen kautta ja hoitovastetta seuraamalla. (Jernfors & Rekonen 2018.)

Venytytys vaikuttaa lihaskalvojen kautta kaikkiin venytyskohdan alla oleviin kudoksiin ja lihaksiin. Venytys auttaa poistamaan lihasjännityksiä, alentaa kipua, edesauttaa rentoutumista, auttaa laskemaan lihasaitiopainetta sekä parantaa verenkiertoa venytettävässä kudoksessa (Paige 2012; Ylinen 2010: 60). Lantionpohjan lihasten venyttelyharjoittelun positiiviset vaikutukset ovat lihakseen vaikuttavien muutosten lisäksi lantionpohjan lihasten ja emättimen tottuminen kosketukselle eli desensitisaatio. Potilas oppii venytysharjoittelulla rentouttamaan ja hallitsemaan lantionpohjan lihakset sekä tunnistaa oman kehon tuntoaistimuksia. Tällä on myös psykologisesti positiivinen vaikutus: oman kehon tuntemusten tiedostamisen koetaan olevan seksuaaliterveyden kannalta positiivista. HUS:n/HYKS:n fysioterapeuttien kokemusten mukaan kaikki vulvodyniapotilaat hyötyvät jollain tavoin lantionpohjan lihasten venyttelystä. Hyvien tulosten saavuttaminen vaatii monien kuukausien harjoittelua, jotta lihaskudos muokkautuu uudelleenlaiseksi. Tämä vaatii potilaalta kärsivällisyyttä sekä sitoutumista. Potilaan on tärkeää tietää, että vastoinkäymiset ovat normaali osa kuntoutusta. Joinakin päivinä harjoitteet voi suorittaa sujuvasti, kun taas toisina päivinä vulvan alueen koskettaminen tuottaa kipua. (Jernfors & Rekonen 2018.)

Venytysharjoitteet ohjataan potilaalle sisätutkimuksen yhteydessä fysioterapeutin vastaanotolla, jos potilaan tilanne sen sallii. Venytysharjoitteita käytetään potilaille, joilla lantionpohjan lihakset tuntuvat palpoidessa kireiltä ja jännittyneiltä, tai jos potilas ei pysty aktiivisesti rentouttamaan lantionpohjan lihaksiaan. Voimakkaasti oireileville potilaille kosketus tuottaa niin kovaa kipua, ettei venytysharjoittelua voida käyttää. Tällöin suositetaan muita fysioterapiakeinoja. Jotta venytysharjoitteita voidaan tehdä, tulee emättimen limakalvojen olla hyvässä kunnossa. Jos limakalvot ovat huonossa kunnossa, ne tulee hoitaa ennen venyttelyharjoittelun aloittamista. Mikäli iho on hyvin herkkä ja limakalvo ärtynyt, voi liian usein tehty venyttäminen herkistää kudosta, ja mekaaninen ärsytys voi tuntua kivuliaalta. Venytysharjoitetta ohjatesa painotetaan oikeaa venytystekniikkaa:

kyse on ennemminkin painamisesta kuin suuresta venytyksestä. Lihasta painetaan ki-  
vuttomasti muutama millimetri. Liian voimakas venytys voi tuottaa kipua ja pahentaa oi-  
reita. (Jernfors & Rekonen 2018.)

### 6.1 Venyttelyharjoittelu kotona

Fysioterapeutin vastaanotolla käynnin jälkeen potilas aloittaa venytysharjoittelun kotona. Harjoitteita suositellaan tehtäväksi 2–3 päivän välein, jotta iho ehtii toipua venytyksestä ja kosketuksesta. Lisäksi pyritään siihen, ettei harjoitteiden tekemisestä tulisi pakon-  
omaista, vaan parin päivän tauoilla pyritään säilyttämään motivaatio harjoitteluun. Hy-  
vien, pitkäaikaisten tulosten saavuttamiseksi harjoittelun on oltava säännöllistä ja siihen  
tulee keskittyä. (Jernfors & Rekonen 2018.)

Potilas voi tehdä harjoitteita makuuasennossa tai wc-pöntön päällä istuen. Harjoitteita  
voi tehdä yksin tai kumppanin kanssa. Molemmissa tavoissa on puolensa. Yksin harjoi-  
tellessa potilas voi itse muuttaa sormen kulman ja asettamisen nopeuden omia tunte-  
muksia kuunnellen. Potilas tottuu omaan kosketukseensa. Osalle harjoitteiden tekemi-  
nen kumppanin kanssa onnistuu paremmin kuin yksin. On mahdollista, että potilas pys-  
tyy rentoutumaan helpommin kumppanin kanssa harjoitellessa. Harjoittelu on tällöin yh-  
teinen kokemus, jossa myös kumppani oppii tunnistamaan, milloin nainen on rento.  
Tämä voi rohkaista yhdyntäkokeiluihin. Potilaan tulee itse miettiä, mikä olisi hänelle pa-  
ras tapa tehdä harjoitteita. Mikäli potilas haluaa tehdä kumppanin kanssa harjoitteita,  
hänen tulee myös hyväksyä kumppanin kieltävä vastaus. (Jernfors & Rekonen 2018.)

### 6.2 Vulvodynian hoitoon käytettävät venyttelytekniikat

HUS:n/HYKS:n fysioterapeutit käyttävät kolmea erilaista venytysharjoitetta. Potilaalle  
ohjataan vastaanotolla tarpeen mukaan 0–3 näistä harjoituksista. Venyttelytekniikat ovat  
muovautuneet hoitovasteen mukaan. Venytys tehdään painaen sormella emättimen  
suulla kudoksia alaviistoon, kohti istuinkyhmyä. Ensimmäinen venytysharjoite mukailee  
passiivista staattista venyttelyä, toinen osin jännitys-rentoutustekniikkaa, osin passiivista  
staattista. Kolmas venytysharjoite mukailee jännitys-rentoutustekniikkaa. Pääsääntöi-  
sesti voi ajatella, että venyttelyharjoittelu etenee vaiheittain. Ensimmäistä venytystä kut-  
sutaan vaiheen yksi venytykseksi, jonka jälkeen kuntoutuksen edetessä siirrytään vai-  
heen kaksi ja kolme venytyksiin. Käytettävät vaiheet ja eteneminen suunnitellaan aina  
yksilöllisesti vaikuttavuuden mukaan. (Jernfors & Rekonen 2018.) Myös venyttelyaika

on vaikuttavuuden mukaisesti tarkistettava yksilöllisesti (Jernfors & Rekonen 2018; Ylinen 2010: 81). Pitkä venyttelyaika voi väsyttää heikkoa lihasta, jolloin venyttelyn tehokkuus heikkenee. Venyttelyajoilla 3–10 sekuntia ei tutkimusten mukaan ole suurta eroa. (Ylinen 2010: 86.) HUS:n/HYKS:n fysioterapeutit käyttävät lyhytkestoisia venytysaikoja kaikissa kolmessa eri venyttelyharjoituksessa. Venytysharjoitteet ohjataan tehtäväksi ensin vähemmän kivuliaalle puolelle. (Jernfors & Rekonen 2018.)

Staattisesta passiivisesta venytyksestä puhutaan, kun lihas on rentona ja siihen kohdistetaan ulkoinen venyttävä voima (Paige 2012; Ylinen: 74–75). Tällaista venyttelytekniikkaa käytetään vaiheen yksi harjoituksessa. Lantionpohjan lihaksia venytetään sormella painaen emättimen suulla. Venytyksen kesto on 3–5 sekuntia. Venytys toistetaan uudelleen noin viisi kertaa molemmin puolin. (Jernfors & Rekonen 2018.) Kun passiivinen venyttelyharjoittelu on tarpeeksi tehokasta, riittävän pitkäaikaista ja säännöllistä, kudosiskus vähenee. Harjoittelun tulee olla säännöllistä, usean kerran viikossa. (Ylinen 2010: 81.)

Jännitys-rentoutusvenyttelytekniikkaa hyödynnetään sovellettuna vaiheen kaksi ja kolme harjoituksissa. Jännitys-rentoutusvenyttelytekniikka on yksi PNF-venyttelyn (proprioseptiivinen neuromuskuläärinen fasilitaatio) muoto. Eri PNF-venyttelytekniikoita yhdistää se, että venytettävää lihasta tai sen vastavaikuttajalihasta aktivoidaan lihastyöllä joko ennen venytystä tai venytyksen aikana. (Anderson 2001: 204, Paige 2012.) Hyödyt perustuvat siihen, että ennen venytystä suoritettava aktiivinen lihassupistus lisää lihaksen sähköistä aktiivisuutta ja alentaa siten lihasjännitystä. Kipukynnys nousee, kun aktiivinen lihassupistus vähentää keskushermostotasolla kipuhermojen toimintaa, jolloin lihasta voidaan venyttää pidemmälle. On todennäköistä, että aktiivinen lihassupistus aiheuttaa myös muutoksia kudoksiin ja hermojen toimintaan. (Paige 2012; Ylinen 2010: 85.) Vulvodyniassa lantionpohjan lihasvoima on tavallisesti heikentynyt ja lihastyö pientä (Goldstein ym. 2005; Morin ym. 2014; Morin ym. 2017). Jännitys-rentoutustekniikoita voi hyödyntää kuitenkin myös pienellä lihastyöllä, sillä aktiivisen lihastyön voimakkuudella ei ole suurta merkitystä venytyksen hyötyyn (Paige 2012).

Toisen vaiheen venytys mukailee osin jännitys-rentoutustekniikkaa, osin passiivista staattista venytystä. Tässä venyttelytekniikassa hyödynnetään aktiivista lihassupistusta passiivisen venytyksen jälkeen. HUS:n/HYKS:n fysioterapeuttien käyttämässä venytystekniikassa lihaksia ensin supistetaan muutaman sekunnin ajan ja sitten päästetään

rennoksi, jonka jälkeen sormella tehdään passiivinen staattinen venytys muutaman sekunnin ajaksi. Harjoitus toistetaan noin viisi kertaa.

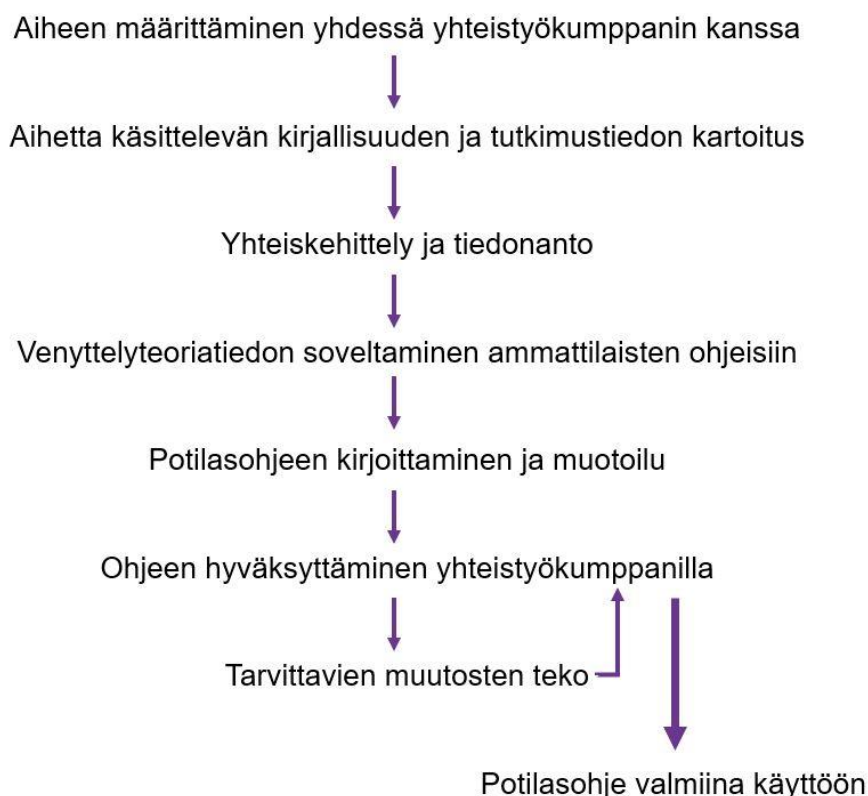
Vaiheen kolme venytys mukailee jännitys-rentoutusvenyttelytekniikkaa, kun aktiiviseen lihastyöhön yhdistetään samanaikaisesti passiivinen staattinen venytys. Lantionpohjan lihaksissa lihasrungon kohtaa venytetään sormella ja samanaikaisesti supistetaan. Vä-lissä lihakset päästetään rennoksi ja venytys poistetaan. Seuraavilla toistoilla pyritään viemään sormen tuottamaa venytystä hieman pidemmälle. Harjoitus toistetaan noin viisi kertaa.



## 7 Potilasohjeen teon prosessikuvaus

Opinnäytetyön aihe suunniteltiin yhdessä yhteistyökumppanin kanssa. Tarkoituksena oli tehdä opinnäytetyö vulvodyniasta, mutta vielä kaivattiin tarkka ja yhteistyötaholle merkittävä työn aihe. Yhteistyökumppanit ehdottivat aiheeksi lantionpohjan lihasten venyttelyä vulvodyniapotilailla, sillä he toivoivat käyttöönsä potilasohjetta aiheesta.

Yhteistyökumppanien kanssa sovittiin myös työmenetelmistä. Opinnäytetyön teoriaosuus koottiin ajankohtaisista tutkimuksista ja muista kirjallisista tietolähteistä. Fysioterapeuteilta puolestaan saatiin tietoa ohjeeseen tulevista harjoituksista, koska lantionpohjan lihasten venyttelystä vulvodyniapotilaiden hoidossa ei löytynyt tutkimustietoa. Teoriapohjan luomisessa käytettiin uusinta ja aiheen kannalta oleellisinta saavutettavissa olevaa lähdeaineistoa. Opinnäytetyössä käytettiin painettuja kirjallaisia lähteitä, tutkimuksia sekä verkkoartikkeleita. Potilasohjeen tekoprosessin vaiheet on koottu kuvioon 4.



Kuvio 4. Potilasohjeen tekoprosessin vaiheet

Yhteiskehittelyn tarkoituksena oli saada naisten fysioterapiaan erikoistuneilta fysioterapeuteilta heidän kokemuksiinsa pohjautuva tieto lantionpohjan lihasten venyttelyn keinoista ja sen merkityksestä vulvodyniapotilaiden hoidossa. Keskustelutilanne nauhoitettiin ja aukikirjoitettiin. Yhteiskehittelyssä suunniteltiin potilasohjeen ulkomuotoa ja sisältöä, jotta valmis ohje vastaisi mahdollisimman hyvin yhteistyötahon tarvetta. Fysioterapeuteilta saatujen tietojen pohjalta kirjoitettiin potilaalle kotiharjoitteluun suunnattu ohje. Fysioterapeuteilta pyydettiin korjausehdotuksia potilasohjeen ensimmäiseen versioon. Tarvittavien muutosten jälkeen ohje oli valmiina käyttöön.

## 8 Potilasohjeen esittely

### 8.1 Potilasohjeen tarpeellisuus ja käyttötarkoitus

Potilasohje on tarkoitettu yhteistyötahon fysioterapeuttien potilaille kiristyneiden ja jännittyneiden lantionpohjan lihasten venyttelyharjoitteluun. Vulvodynia aiheuttaa usein lantionpohjan lihasten kiristymisen ja jännittymisen ja siksi ohje soveltuu hyvin vulvodyniapotilaille. Potilasohjeen tekniikat käydään ensin läpi fysioterapeutin vastaanotolla, eikä sitä voi käyttää ilman fysioterapeutin ohjeistusta. Harjoittelua sovelletaan potilaan lähtötilanteesta riippuen, joten siksi tarvitaan fysioterapeutin arviointia ja ohjeistusta ennen harjoittelun aloittamista.

Vulvodynia aiheena koettiin tärkeäksi, koska sitä pidetään yhä melko tuntemattomana, vaikka se vaikuttaa monen naisen elämään. Yhteistyötahon fysioterapeutit kokevat venyttelyharjoittelun tehokkaaksi hoidoksi vulvodyniapotilaille. Hoitoon hakeutuminen ja oikeanlaisen hoidon saaminen on tutkimusten mukaan koettu joskus vaikeaksi (Sadownik 2014). Potilasohje on tarkoitettu sekä helpottamaan fysioterapeuttien työtä, että tukemaan potilaiden kuntoutumista. Fysioterapeuttien on helppo antaa potilaalle selkeä ja yksinkertainen ohje kotona toteutettavaan harjoitteluun. Ohjeessa kerrataan fysioterapiatilanteessa ohjatut harjoitteet. Kirjallisena oleva ohje helpottaa potilaan kotiharjoittelua, sillä näin harjoitteet eivät jää pelkästään muistin varaan. Ohjeeseen on helppo palata kotona omassa rauhassa. Tiedon saaminen rohkaisee ja antaa potilaalle valmiuksia itsensä hoitamiseen, rohkaisee potilasta osallistumaan kuntoutukseensa ja lisää tyytyväisyyttä hoitoon. Ohjaus, opetus ja tiedon saaminen myös vähentävät huolen ja ahdistuksen tunteita. Ohje toimii täten yhtenä osana vulvodyniapotilaiden kokonaisvaltaista kuntoutumista ja pitkällä aikavälillä parantaa heidän elämänlaatuaan. (Torkkola & Heikkinen & Tiainen 2002: 8, 24–25.)

### 8.2 Potilasohjeen ulkomuoto ja sisältö

Yhteistyötahon toiveesta potilasohje on yksipuolinen, A4-kokoinen ja fysioterapeuttien asiakkaille tulostettavissa oleva ohje lantionpohjan lihasten venyttelyyn. Yhteiskehittelyssä päädyttiin siihen, että ohjeen tulee olla ytimekäs ja helppolukuinen, jotta potilaan on helppo kerrata fysioterapiatilanteessa läpikäytyt harjoitteet. Ohje sisältää perustelut siitä, miksi harjoittelu on tärkeää ja mihin sillä pyritään. Yhteiskehittelyssä todettiin, että

lyhyt teorian tieto venyttelyn hyödyistä potilasohjeen alussa toimii muistutuksena harjoittelun tärkeydestä ja auttaa motivoimaan potilasta tekemään harjoitteita. Keskiössä ovat kuitenkin venyttelyharjoitteiden ohjeet, koska pitkän teorian tiedon koettiin olevan raskaslukuinen lähes päivittäiseen käyttöön tulevaan potilasohjeeseen. Ohjeessa on muistisäännöt venyttelyharjoittelusta ja sen tärkeimmistä periaatteista: kuinka usein ja milloin tulisi harjoitella, miksi säännöllinen harjoittelu on tärkeää ja millainen venytyksen tulisi olla. Venytettävät kohdat esitellään selkeästi havainnollistavalla kuvalla sekä kirjallisesti. Potilasohje sisältää ohjeistukset kolmesta eri venytysharjoitteesta. Harjoitteet ohjataan selkeästi vaihe kerrallaan, jolloin ohjeet ovat helposti seurattavissa harjoittelun ohessa.

Tekijänoikeudellisista syistä kuvallista potilasohjetta ei julkaista opinnäytetyössä. Opinnäytetyön liitteenä julkaistaan potilasohjeen luonnos (ks. liite 1).

### 8.3 Potilasohjeen onnistumisesta

Hyvän potilasohjeen kriteerit toteutuvat: Toimivassa potilasohjeessa teksti on helposti ymmärrettävää yleiskieltä eikä siinä käytetä ammattitermistöä. Ohjeet ovat perusteltuja, jotta potilas motivoituisi käyttämään potilasohjetta. Kappaleet ovat selkeästi jaoteltuja ja virkkeet tarpeeksi lyhyitä, jotta tekstin ymmärtää ensilukemalla. Ohje on kirjoitettu potilasta ajatellen juuri hänelle. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2004: 51.) Ohje on selkeä lukea, sillä se on tiivis ja sisältää vain tärkeimmät asiat harjoittelua ajatellen. Potilasohje on suunniteltu niin, että fysioterapiatilanteessa ohjataan ja opetellaan harjoitteet, jolloin ohje toimii tukena kotona tehtävään harjoitteluun. Ohje on tarkoitettu muistin virkistämistä varten ja vaatii fysioterapeutin erillistä ja yksilöllistä ohjeistusta. Kaikki harjoitteet eivät välttämättä sovi jokaiselle potilaalle, jolloin fysioterapeutti ohjeistaa tekemään harjoitteita potilaan tilanteen mukaisesti. Siksi tulostettava ja lyhyt ohje on helppokäyttöinen fysioterapeuteille. Fysioterapeutit voivat itse tehdä merkintöjä esimerkiksi merkitsemällä ohjeeseen, mitä harjoitteita potilas voi tehdä kyseisellä hetkellä.

Potilasohjeen teksti on potilasta puhutteleva ja ohjeet ovat esitetty käskymuodossa esimerkiksi "venytä klo 7 kohdasta" ja "pidä tauko". Puhutteleva kirjoitustyyli on tärkeää, sillä potilasohje sisältää toimintaohjeita. Aktiiviset ilmaisu lisäävät ohjeen selkeyttä ja potilaalle herää tunne, että ohjeet koskevat juuri häntä. (Hyvärinen 2005: 47–49; Torkkola ym. 2004: 36.) Oppaassa on havainnollistava, anatominen piirroskuva venytettävistä kohdista, mikä lisää ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta sekä ymmärrettävyyttä (Torkkola ym. 2004: 40).

Potilasohjeen tiedonhankinnan keinot olivat onnistuneita. Optimaalisinta olisi ollut, että lantionpohjan lihasten venyttelystä olisi ollut tutkimustietoa, mutta julkaistua tutkimustietoa ei tiedonhaun vaiheessa löytynyt. Lisäksi ohjeessa käytettyjen harjoitteiden tuli olla samoja, joita yhteistyötahon fysioterapeutit käyttävät, jotta potilasohje vastaisi heidän tarvettaan. Siksi asiantuntijoiden kokemukset ja menetelmät venyttelyharjoittelusta vulvodyniapotilailla olivat luotettavin mahdollinen tietolähde. Asiantuntijalähteenä olivat yhteistyötahon fysioterapeutit Vuokko Jernfors ja Soile Rekonen. Potilasohjeen tietoja voidaan pitää oikeina, sillä ne ovat yhteistyötahon hoitokäytännön mukaisia (Torkkola ym. 2004: 13). Ohje on yhteistyötahon fysioterapeuttien oikolukema ja hyväksymä.

## 9 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tietoa vulvodyniasta ja lantionpohjan lihasten venyttelystä sekä tuottaa potilasohje lantionpohjan lihasten venyttelyyn vulvodyniapotilaille. Opinnäytetyö ja potilasohje tuotettiin yhteiskehittelynä HUS:n/HYKS:n naisten fysioterapiaan erikoistuneiden fysioterapeuttien kanssa. Potilasohje tuotettiin yhteistyötahon fysioterapeuttien käyttöön, heidän potilailleen annettavaksi. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tukea yhteistyötahon fysioterapeuttien työtä potilaalle annettavan ohjeen avulla sekä helpottaa potilaiden kotona tehtävää harjoittelua. Laajempaan tavoitteena oli edistää vulvodyniasta kärsivien naisten kuntoutumista ja täten parantaa heidän elämäntilanteaan.

Tutkimuksia lantionpohjan lihasten venyttelystä ei opinnäytetyön tiedonkeruun vaiheessa oltu tehty, jolloin tieto venyttelyn vaikuttavuudesta saatiin asiantuntijalähdettä hyödyntämällä. Muilla lihasryhmillä tutkittua tietoa venyttelyn hyödyistä on sen sijaan enemmän. Opinnäytetyössä lähteenä käytettiin kirjallisia lähdeaineistoja vulvodyniasta, asiantuntijoiden käytännön kokemuksiin perustuvaa tietoa venyttelystä sekä tutkimustietoa venyttelyn vaikutuksista. Venyttelyä tutkivat tutkimukset ovat usein tehty lihaksilla, jotka ylittävät niveliä, jolloin myös nivelen sidekudos ja siihen kohdistuva vaikutus ovat mukana. Lantionpohjan lihasten venyttelyllä ei pyritä nivelen liikeratojen muutoksiin, vaan muutokset kohdistuvat lihas- ja sidekudoksiin. Lisäksi on huomioitava, että eri lihasryhmät ovat rakenteeltaan ja toiminnaltaan erilaisia, jonka lisäksi tulokset voivat vaihdella yksilöllisesti, joten tutkimustulokset eivät ole täysin verrattavissa keskenään (Ylinen 2010: 85, Paige 2012).

Lantionpohjan lihasten venyttely on asiantuntijoiden paljon käyttämä ja hyväksi toteama hoitomuoto. Venytys auttaa kosketukseen totumisessa ja kivun poistamisessa. Venyttelyharjoittelulla potilas voi oppia rentouttamaan ja hallitsemaan lantionpohjan lihaksia sekä tunnistamaan kehonsa tuntoaistimuksia. Lantionpohjan lihasten tietoinen rentouttaminen voi auttaa yhdyntäkipuun. Onnistunut yhdyntäkokemus ja omaan kosketukseen totuminen vahvistavat potilaan itsetuntoa ja seksuaalisuutta.

Opinnäytetyöprosessin aikana monesta lähteestä nousi esille, että vulvodyniaa on viime vuosina tutkittu enemmän ja tietous vulvodyniasta on lisääntynyt. Silti edelleen on aiheita, joista tutkimustiedon saaminen hyödyttäisi vulvodynian ymmärtämisessä ja hoitamisessa. Koska tutkimuksia juuri lantionpohjan lihasten venyttelystä ei ole tehty, olisi

tärkeää tutkia venyttelyn vaikutusta lantionpohjan lihaskudokseen ja vulvodynian oireisiin. Tutkimuksia tulisi toteuttaa isolla otannalla, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa ja yleistettävissä. Mielenkiintoista olisi myös tietää, voiko kudosten esilämmitystä esimerkiksi pinalämmöllä, ultraäänellä tai sähköllä hyödyntää lantionpohjan lihasten venyttelyssä. Kudosten esilämmityksellä on todettu positiivinen vaikutus venyttelyyn (Ylinen 2010: 107–112). Yksi tutkittavista aiheista on myös vulvodyniapotilaan ravitsemus. Ravinto, neste ja elektrolyyttien saanti ja niiden tasapaino vaikuttavat sidekudoksen toimintaan, jolloin niiden heikko saanti tai epätasapaino voivat heikentää lihasten kykyä sietää kuormitusta ja myös toipua kuormituksesta (Ylinen 2010: 19). Drummond ym. (2016) tekivät case tutkimuksen vulvodyniapotilaasta, jolla oli lisäksi ärtyneen suolen oireyhtymä. Ruokavaliomuutoksella saatiin positiivisia vaikutuksia ärtyneen suolen oireyhtymän lisäksi vulvodyniaoireisiin. (Drummond & Ford & Daniel & Meyerink 2016.)

Kirjoitettua tietoa lantionpohjan lihasten venyttelystä ei ole ollut. Joissakin tutkimuksissa venyttely on mainittu yhtenä hoitomuotona, mutta aihetta ei ole avattu enempää. Halusimme tietää, miten lantionpohjan lihaksia venytetään, mihin ja miksi venyttely vaikuttaa sekä millä tavoin se hyödyttää vulvodyniapotilasta. Näihin kysymyksiin vastataan opinnäytetyössä. Lisäksi opinnäytetyössä halutaan korostaa fysioterapian monimuotoisuutta vulvodynian hoidossa, koska vulvodynian oireiden yksilöllisen vaihtelun vuoksi tarvitaan monia erilaisia lähestymistapoja. Vulvodyniaan liittyy monia erilaisia termejä ja käsitteitä, joiden selvittäminen auttaa ymmärtämään vulvodyniaa paremmin. Tutkimuksissa ja muissa tieteellisissä artikkeleissa vulvodynian ymmärtäminen voi olla vaikeaa vieraiden termien vuoksi. Opinnäytetyössä selvitetään vaikeat termit kuten dyspareunia, vestibulektomia ja desensitisaatio kaikille ymmärrettävällä tavalla. Opinnäytetyö tarjoaa ammattilaisille ja myös muille aiheesta kiinnostuneille kattavaa ja helposti lähestyttävää tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta. Potilasohje on onnistunut sitten, kun potilas käyttää sitä kotona hyödykseen oikealla tavalla. Ohjeen käyttö potilaalla näyttää sen, miten paljon tai miten yksityiskohtaista tietoa ohjeen tulisi sisältää. Potilaat ovat yksilöitä, jolloin toinen potilas voi toivoa enemmän tietoa kuin toinen. Lisäksi ohjeiden ymmärtäminen voi olla yksilöllistä. (Torkkola ym. 2004: 13–14.)

Toivomme, että tieto lisää vulvodynian ymmärtämistä kokonaisvaltaiseksi vartaloon ja mieleen vaikuttavaksi oireyhtymäksi. Tiedon lisäämisen tavoitteena on, että yksikään vulvodyniapotilas ei joudu tulevaisuudessa vähättelyn kohteeksi etsiessään oireisiinsa syytä, vaan oikeanlaiseen hoitoon päästäisiin mahdollisimman nopeasti. Lisäksi toi-

vomme, että tietous lisäisi vulvodynian kanssa kamppailevien naisten uskallusta hakeutua hoitoon aiheen arkuudesta huolimatta. Jos opinnäytetyöstä saatu tieto auttaa yhtäkin vulvodyniasta kärsivää naista tai lisätietoa kaipaavaa ammattilaista, olemme onnistuneet opinnäytetyössä.



## Lähteet

Anderson, Bob 2001. Venyttely. 20-vuotis juhlapainos. Hiltunen, Pentti (suom.). Helsinki: Oy Wrange Ab.

Danby, Claire S. & Margesson, Lynette J. 2010. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatologic therapy* 23 (5). 485–504.

Danielsson, Ingela & Sjöberg, Inga & Östman, Christina 2001. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: A pilot study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80 (5). 437–441.

Drummond, Jessica & Ford, Deborah & Daniel, Stephanie & Meyerink, Tara 2016. Vulvodynia and Irritable Bowel Syndrome Treated With an Elimination Diet: A Case Report. *Integrative Medicine* 15 (4). 42–47.

Faye, Robyn B. & Hughes, James 2017. Vulvodynia. StatPearls. National Center for Biotechnology Information. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430792/>>. Luettu 5.4.2018.

Gentilcore-Saulnier, Evelyne & McLean, Linda & Goldfinger, Corrie & Pukall, Caroline F. & Chamberlain, Susan 2010. Pelvic Floor Muscle Assessment Outcomes in Women With and Without Provoked Vestibulodynia and the Impact of a Physical Therapy Program. *Journal of Sexual Medicine* 7 (2. osa 2.). 1003–1022.

Goldfinger, Corrie & Pukall, Caroline F. & Thibault-Gagnon, Stephanie & McLean, Linda & Chamberlain, Susan 2016. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for Provoked Vestibulodynia: A Randomized Pilot Study. *Journal of Sexual Medicine* 13 (1). 88–94.

Goldstein, Andrew T. & Marinoff, Stanley C. & Haefner, Hope K. 2005. Vulvodynia: Strategies for treatment. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 48 (4). 769–785.

Haefner, Hope K. & Collins, Michael E. & Davis, Gordon D. & Edwards, Libby & Foster, David C. & Hartmann, Elizabeth (Dee) Heaton & Kaufman, Raymond H. & Lynch, Peter J. & Margesson, Lynette J. & Moyal-Barracco, Micheline & Piper, Claudia K. & Reed, Barbara D. & Stewart, Elizabeth G. & Wilkinson, Edward J. 2005. The Vulvodynia Guideline. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 9 (1). 40–51.

Hartmann, Dee 2010. Chronic vulvar pain from a physical therapy perspective. *Dermatologic Therapy* 23 (5). 505–513.

Henzell, Helen & Berzins, Karen 2015. Localised provoked vestibulodynia (vulvodynia): assessment and management. *Australian Family Physician*. Saatavana osoitteessa: <[https://www.racgp.org.au/afp/2015/july/localised-provoked-vestibulodynia-\(vulvodynia\)-assessment-and-management/](https://www.racgp.org.au/afp/2015/july/localised-provoked-vestibulodynia-(vulvodynia)-assessment-and-management/)>. Luettu 6.11.2017.

Huttunen, Matti 2017. Emätinkouristus (vaginismus). Duodecim terveyskirjasto. Saatavana osoitteessa: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00368](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00368)>. Luettu 28.8.2018.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim terveyskirjasto. Saatavana osoitteessa: <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>>. Luettu 16.8.2018.

Jernfors, Vuokko & Rekonen, Soile & Paavonen, Jorma 2004. Fysioterapia yhdyntäkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. Suomen Lääkärilehti 59 (20). 2141–2144.

Jernfors, Vuokko 2005. Lantionpohjan toimintahäiriöiden fysioterapia. Hieroja 2005: 1. (2). 20–21.

Jernfors, Vuokko & Rekonen, Soile 2018. Lantionpohjaan erikoistuneet fysioterapeutit. Suullinen tiedonanto. Yhteiskehittely. HUS/HYKS naistenklinikka. Helsinki. Nauhoite tekijöiden hallussa.

Kennedy, Kolleen & Nygaard, Ingrid & Saftlas, Audrey & Burns, Trudy & Torner, James & Galask, Rudolph 2005. Vulvar disease: A pelvic floor pain disorder?. American Journal of Obstetrics and Gynecology 192 (6). 1829–1834.

Lev-Sagie, Ahinoam & Kopitman, Asia & Brzezinski, Amnon 2017. Low-Level Laser Therapy for the Treatment of Provoked Vestibulodynia- A Randomized, Placebo-Controlled Pilot Trial. Journal of Sexual Medicine 14 (11). 1403–1411.

Lindström, Suzanne & Kvist, Linda J. 2015. Treatment of Provoked Vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy. BMC Women's Health 15 (108). 1–9.

Metts, Julius F. 1999. Vulvodynia and Vulvar Vestibulitis: Challenges in Diagnosis and Management. American Family Physician. Saatavana osoitteessa: <<https://www.aafp.org/afp/1999/0315/p1547.html>>. Luettu 20.3.2018.

Murina, F. & Bianco, V. & Radici, G. & Felice, R. & Di Martino, M. & Nicolini, U. 2008. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 115 (9). 1165–1170.

Morin, Mélanie & Bergeron, Sophie & Khalifé, Samir & Mayrand, Marie-Hélène & Binik, Yitzchak M. 2014. Morphometry of the Pelvic Floor Muscles in Women With and

Without Provoked Vestibulodynia Using 4D Ultrasound. Journal of Sexual Medicine 11 (3). 776–785.

Morin, Mélanie & Binik, Yitzchak M. & Bourbonnais, Daniel & Khalifé, Samir &

Ouellet, Stéphane & Bergeron, Sophie 2017. Heightened Pelvic Floor Muscle Tone and Altered Contractility in Women With Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine* 14 (4). 592–600.

Paavonen, Jorma 2013. Vulvodynia. *Suomen Lääkärilehti* 68 (7). 487–490.

Paavonen, Jorma 2017. Vulvodynia (naisen sukuelinten kipu). *Duodecim terveyskirjasto*. Saatavana osoitteessa: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00650&p\\_teos=d](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00650&p_teos=d)>. Luettu 31.3.2018.

Page, Phil 2012. Current concepts in muscle stretching for exercise and rehabilitation. *The International Journal of Sports Physical Therapy* 7 (1). 109–119.

Prendergast, Stephanie A. 2017. Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia: A Clinician's Guide. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 44 (3). 509–522.

Sadownik, Leslie A. 2014. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International Journal of Women's Health*. National Center of Biotechnology Information. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014358/>>. Luettu 1.3.2018.

Schlaeger, Judith M. & Xu, Nenggui & Mejta, Cheryl L. & Park, Chang G. & Wilkie, Diana J. 2015. Acupuncture for the Treatment of Vulvodynia: A Randomized Wait-List Controlled Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (4). 1019–1027.

Shallcross, Rebekah & Dickson, Joanne M. & Nunns, David & Mackenzie, Catharine & Kiemle, Gundi 2017. Women's subjective experiences of living with vulvodynia: a systematic review and meta-ethnography. *Archives of Sexual Behavior*. Saatavana osoitteessa: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-017-1026-1>>. Luettu 6.11.2017.

Tiitinen, Aila 2017a. Vulvodynia (naisen sukupuolielinten kipu). *Duodecim terveyskirjasto*. Saatavana osoitteessa: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00650](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00650)>. Luettu 19.10.2017.

Tiitinen, Aila 2017b. Emättimen limakalvojen kuivuminen. *Duodecim terveyskirjasto*. Saatavana osoitteessa: <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00118](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00118)>. Luettu 20.7.2018.

Tommola, Päivi 2017. Etiopathogenesis and Treatment of Localized Provoked Vulvodynia. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2004. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

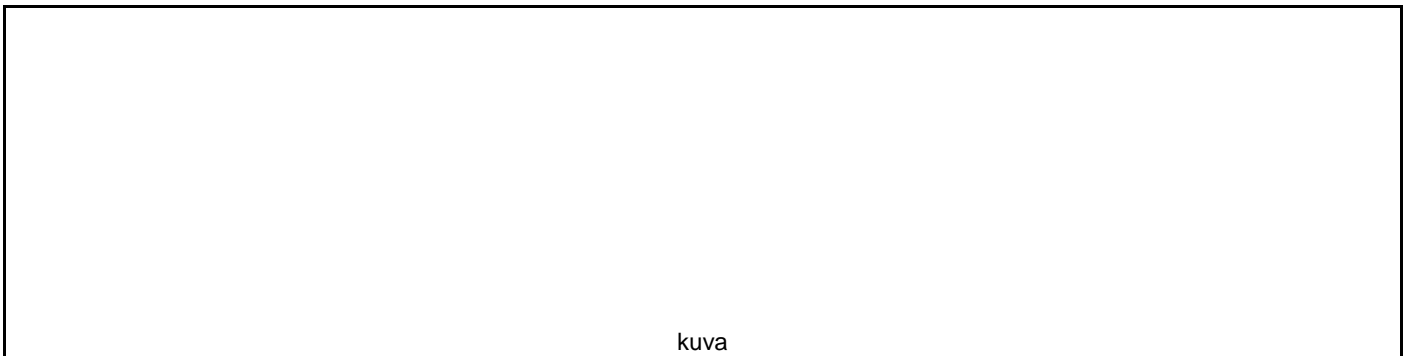
Tuomaala, Heidi 2017. Kartoitus vulvodynian taustatekijöistä ja hoidosta sairaskertomustietojen perusteella. Tampere: Tampereen yliopisto.

Ylinen, Jari 2010. Venytystekniikat. Lihas-jännesteemi. Manuaaliseen terapiaan ja urheilijoiden lihashuoltoon. (2.painos). Muurame: Medirehabook Kustannus Oy.

Luonnos

## Ohje lantionpohjan lihasten venyttelyyn

Tässä ohjeessa palataan fysioterapeutin sinulle ohjaamiin venyttelyharjoituksiin. Lantionpohjan lihasten kiireys on yleinen kipua aiheuttava vulvodynian oire, jota voit hoitaa venyttelyharjoittelulla. Venyttelyharjoittelulla rentoutat jännittyneitä lihaksia lisäten lihasten joustavuutta, hoitaen kipua ja totuttaen ihoa kosketukselle. Pysyvät muutokset lihaksissa vaativat säännöllistä harjoittelua, joten sitoudu siis rohkeasti harjoittelemaan. Alkuvaiheessa oireesi saattavat voimistua, mutta venytyksen ei ole tarkoitus tuntua kivuliaalta. Harjoittele 2–3 päivän välein, mutta kuukautisten aikana sinun ei tarvitse harjoitella. [1]



kuva

Kuva. Venytettävät kohdat ovat "kello 5 ja 7"

Venytyksen suunta on takaviistoon alas oikealle (kello 7) ja takaviistoon alas vasemmalle (kello 5). Venytys on kevyt painaminen sormen päällä. Aloita venyttely joustavammalta puolelta. Voit tehdä kaikki harjoitukset ensin joustavammalle puolelle ja toistaa sitten toiselle puolelle.

### Harjoitus 1

Venytä kello 5/7:n kohdasta ja pidä venytystä 3–5 s.

Pidä tauko.

Toista n. 5 kertaa.

### Harjoitus 2

Venytä kello 5/7:n kohdasta ja pidä venytystä 3–5 s.

Lopeta venytys ja supista lantionpohjan lihaksia kevyesti 2–4 s.

Päästä lihakset rennoiksi.

Venytä uudelleen kello 7:n kohdasta 3–5 s.

Toista n. 5 kertaa.

### Harjoitus 3

Venytä kello 5/7:n kohdasta ja samaan aikaan supista lantionpohjan lihaksia kevyesti 2–4 s.

Päästä lihakset rennoiksi.

Jos mahdollista, lisää venytystä samasta kohdasta ja supista kevyesti uudelleen 2–4 s. Päästä lihakset rennoiksi.

Toista n. 5 kertaa.

Toista harjoitukset toiselle puolelle.

Tämä opas on tarkoitettu hoitosuhteessa oleville potilaillemme.

HUS/HYKS Sisätaudit ja kuntoutus, Fysioterapia

Luonnos

[1] Jernfors &amp; Rekonen 2018