

GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSTEN JÄLKEINEN KUNTOUTUMI- NEN

Laura Kaijala, Saara Laurila, Kaisa Niskanen & Laura Tervämäki
Opinnäytetyö AMK
Syksy 2025
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijät: Laura Kaijala, Saara Laurila, Kaisa Niskanen & Laura Tervämäki
Opinnäytetyön otsikko: Gynekologisten leikkausten jälkeinen kuntoutuminen
Työn ohjaajat: Marika Heiskanen & Antti Sillanpää
Syksy 2025
Sivumäärä: 43

Kohdunpoisto tehdään yleensä kohdun laskeuman tai gynekologisten sairauksien, kuten kohdun syövän, endometrioosin ja myoomien vuoksi. Leikkauksen tavoitteena on oireiden lievittäminen ja elämänlaadun parantaminen. Leikkauksen jälkeinen fysioterapeuttinen kuntoutus on keskeinen osa potilaiden toipumisprosessia, sillä se edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista palautumista. Postoperatiivinen kuntoutus tähtää elämänlaadun parantamiseen sekä toimintakyvyn ja arjen aktiivisuuden tukemiseen. Opinnäytetyön tietoperusta rakentuu lantionpohjan, vatsan ja pallean toiminnallisesta anatomiasta sekä niiden merkityksestä gynekologisen leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Lisäksi tarkastellaan lantionpohjan lihasharjoittelun hyötyjä ja vaikutuksia kuntoutumisessa, kohdunpoiston yleisimpiä syitä ja leikkausmenetelmiä sekä progressiivisen kuntoutuksen keinoja, joiden avulla voidaan edistää yksilön kokonaisvaltaista hyvinvointia ja palautumista.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilasohjeet naisten lantionpohjan lihasvoimaharjoittelusta ja gynekologisten leikkausten jälkeisestä kuntoutumisesta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen käyttöön ensisijaisesti Oulun yliopistollisen sairaalan naisten ja synnyttäneiden osastolle. Ohjeista tehtiin ymmärrettävät ja selkeät, jotta ne tukisivat mahdollisimman hyvin potilaiden omakuntoutusta leikkausten jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda käytännönläheiset ohjeet, jotka lisäävät tietoisuutta lantionpohjan hyvinvoinnista ja gynekologisista leikkauksista toipumisesta. Ohjeiden sisältö on koottu tutkimustiedon ja lähdemateriaalin pohjalta, huomioiden myös toimeksiantajan toiveet sisällön käytännöllisyydestä ja aihealueista.

Opinnäytetyö osoittaa, että gynekologisten leikkausten jälkeinen kuntoutus ja lantionpohjan lihasten harjoittelu ovat merkittäviä tekijöitä potilaiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemisessa. Kuitenkin aiheesta tarvitaan jatkossa lisää korkealaatuisia tutkimuksia, jotka tarkastelevat gynekologisten leikkausten jälkeistä kuntoutumista kokonaisvaltaisesti sekä eriytyneemmin lantionpohjalisharjoittelun vaikuttavuutta eri potilasryhmissä. Tällainen tieto tukisi potilasohjeiden ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämistä entistä tavoitteellisemmaksi ja yksilöllisemmäksi.

Avainsanat: lantionpohjan lihasten harjoittelu, kuntoutuminen, gynekologinen leikkaus, kohdunpoisto, postoperatiivinen fysioterapia

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Program in Physiotherapy

Authors: Laura Kaijala, Saara Laurila, Kaisa Niskanen & Laura Tervämäki
Title of thesis: Postoperative rehabilitation after gynecological surgery
Supervisors: Marika Heiskanen & Antti Sillanpää
Autumn 2025
Number of pages: 43

Hysterectomy is commonly performed to treat uterine prolapse or gynecological conditions such as uterine cancer, endometriosis and fibroids. The goal of surgery is to relieve symptoms and improve quality of life. Postoperative physiotherapeutic rehabilitation is a key part of the recovery process, supporting physical, psychological, and social restoration.

This practice-based thesis aimed to develop two patient education leaflets for the wellbeing services county of North Ostrobothnia: one on pelvic floor muscle training and another on recovery after gynecological surgery. The materials were designed primarily for use at the Women's and Maternity Department of Oulu University Hospital. The goal was to support self-directed rehabilitation and increase awareness of pelvic floor health and recovery.

The theoretical framework includes the functional anatomy of the pelvic floor, abdomen, and diaphragm, the impact of pelvic floor dysfunction on overall well-being, and evidence-based rehabilitation methods after hysterectomy. The contents of the materials were based on current scientific research and developed in collaboration with the commissioning organization.

The thesis demonstrates that postoperative rehabilitation following gynecological surgeries and pelvic floor muscle training are significant factors in supporting patients' overall well-being.

Keywords: gynecological surgery, hysterectomy, pelvic floor dysfunction, pelvic floor muscle training, pelvic organ prolapse.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 LANTION JA KESKIVARTALON TOIMINNALLINEN ANATOMIA	7
3 LANTIONPOHJAN TOIMINTAHÄIRIÖT JA KOHDUNPOISTO.....	12
3.1 Tavallisimmat kohdunpoiston syyt.....	13
3.2 Kohdunpoistomenetelmät.....	15
3.3 Leikkaushaavan paranemisen vaiheet.....	17
4 KUNTOUTUMINEN GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSTEN JÄLKEEN	19
4.1 Liikkuminen toipumisen edetessä.....	19
4.2 Hengityksen merkitys leikkauksen jälkeen.....	21
4.3 Leikkausarven käsittely.....	22
4.4 Gynekologisten leikkausten vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ja seksuaalisuuteen.....	23
5 LANTIONPOHJALIHASTEN FYSIOTERAPEUTTINEN HARJOITTELU	25
5.1 Kehotietoisuus, lantionpohjalihasten tunnistaminen ja rentouttaminen	26
5.2 Toiminnallisen harjoittelun osa-alueet.....	28
5.3 Lantionpohjalihasharjoittelun hyötyjä.....	30
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	32
7 POHDINTA.....	35
LÄHTEET	37

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee gynekologisten leikkausten jälkeistä kuntoutumista, erityisesti kohdunpoiston jälkeen sekä lantionpohjan lihasten vahvistamista fysioterapian keinoin. Tarkastelemme naisten lantionpohjan, vatsan ja pallean toiminnallista anatomiaa sekä lantionpohjan toimintahäiriöiden vaikutusta yksilön kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Lisäksi käsittelemme kohdunpoiston yleisimpiä syitä ja leikkausmenetelmiä. Opinnäytetyössä keskitymme myös lantionpohjaa vahvistaviin ja leikkauksen jälkeistä progressiivista kuntoutumista edistäviin terapeuttisen harjoittelun menetelmiin sekä biopalautteen käyttöön.

Opinnäytetyössä kehitimme kaksi potilasohjetta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen (Pohde) käyttöön: Lantionpohjalihasten lihasvoimaharjoittelu naisille ja Gynekologisten leikkausten jälkeinen kuntoutuminen. Ohjeet on laadittu Pohteen toimeksiannosta ja organisaation tarpeita vastaavaksi. Ohjeet on tarkoitettu annettavaksi potilaille kotiin omakuntoutuksen tueksi, ja niitä hyödynnetään ensisijaisesti Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) naisten ja synnyttäneiden osastolla. Fysioterapiassa asiakkaan tilanne arvioidaan haastattelun ja tutkimisen avulla, jonka perusteella fysioterapeutti suunnittelee yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen sisällön ja tavoitteen. Kuitenkin, jotta kuntoutus onnistuisi mahdollisimman hyvin, korostuu fysioterapiassa omatoimisen harjoittelun ja aktiivisuuden eli omakuntoutuksen tärkeys. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue s.a.) Kansaneläkelaitoksen (2025) mukaan omakuntoutus on lähestymistapa, joka korostaa asiakkaan aktiivista roolia ja osallisuutta kuntoutuksessa. Sillä tarkoitetaan asiakkaan arjessaan itsenäisesti toteuttamaa harjoittelua tai toimintaa, joka on suunniteltu yhteistyössä ammattilaisen kanssa. Omakuntoutus perustuu näyttöön, vastaa asiakkaan yksilöllisiin kuntoutumistarpeisiin ja sen toteutumista seurataan ammattilaisen toimesta. Lantionpohjan fysioterapiassa lantionpohjan lihasharjoittelu on tehokkain ja ensisijainen konservatiivinen hoitomenetelmä, josta on vahvaa tutkimusnäyttöä esimerkiksi virtsankarkailun hoidossa. Säännöllisesti ja oikein toteutettuna harjoittelu voi merkittävästi parantaa lantionpohjan lihasten toimintaa ja vähentää toimintahäiriöiden oireita. (Airaksinen 2017.)

Opinnäytetyön tuotokset ovat tarpeellisia, sillä toimeksiantajamme on nostanut esille niiden puutteen käytännön työelämästä. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda käytännönläheiset ohjeet, jotka lisäävät tietoisuutta lantionpohjan lihasten toiminnasta ja gynekologisten leikkausten jälkeisestä kuntoutumisesta sekä näiden vaikutuksesta yksilön toimintakykyyn ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

Lisäksi kehitettyjen ohjeiden avulla pyritään tarjoamaan entistä laadukkaampaa postoperatiivista hoitoa leikkauksista toipuville potilaille. Ohjeemme ovat selkeät ja helposti ymmärrettävät, jotta ne tukevat potilaiden omatoimista kuntoutumista. Tuotimme ohjeet digitaalisessa muodossa niiden jakelun, tallentamisen ja tulostamisen mahdollistamiseksi.

2 LANTION JA KESKIVARTALON TOIMINNALLINEN ANATOMIA

Luinen lantio (pelvis) koostuu kahdesta lonkkaluusta (os coxae) ja ristiluusta (os sacrum). Lonkkaluut muodostuvat yhteen luutuneista suoliluusta (os ilium), häpyluusta (os pubis) ja istuinluusta (os ischii). (Hokkanen & Vierimaa 2019, 70; Lauri, Leppäluoto, Rintamäki, Vakkuri & Vierimaa 2020, 72.) Lantioarenkaan luut yhdistyvät edestä häpyluuta liittäväällä häpyliitoksella (symphysis pubis). Takaosissa suoliluut liittyvät ristiluuhun risti-suoliluuliitoksella (art.sacroiliaca), jota kutsutaan myös SI-niveleksi. Suoliluiden väliin jäävä lantioarenkaan yläosa on nimetty isoksi lantioksi ja sen alla oleva osa pieneksi lantioksi. Naisilla synnytyskanava muodostuu lantioarenkaan sisäpuolelle istuinluiden työntyessä irti toisistaan. Lantioarenkaan luut muodostavat lantionpohjan lihasten tärkeimmät kiinnitysalueet. (Heiskanen ym. 2020, 54–55.)

Lantionpohjan lihaksisto on lantioarenkaan sisälle muodostuva joustava ja monikerroksinen lihasten sekä lihaskalvojen muodostama kokonaisuus. (Heiskanen ym. 2020, 58.) Se voidaan jakaa anatomisesti kolmeen eri kerrokseen, ja työsämme esittelemme lantionpohjan lihaksiston kolmikerrosmallin muodossa.

Lantionpohjan ylin ja syvin lihaskerros koostuu peräsuolen kohottajalihaksesta (m. levator ani). Se on kolmiosainen ja ulottuu häpyluusta peräsuolen ja häntäluun alueelle. Peräsuolen kohottajalihas sijoittuu virtsarakon alle ja sen kolme osaa vaikuttavat lantionpohjan, peräsuolen ja virtsarakon kannatteluun sekä sulkijoihin. Peräsuolen kohottajalihaksen puborectal-osa muodostaa kiristyessään peräaukon ja peräsuolen välisen kulman eli anorektaalikulman, joka vaikuttaa ulostamiseen. Ulostaminen on helpompaa istumakulman ollessa pienempi. Lisäksi ylimpään lantionpohjan kerrokseen kuuluvat myös päärynänmuotoinen lihas (m. piriformis), sisempi peittäjälihas (m. obturator internus) sekä häntäluulihas (m. coccygeus). (Heiskanen ym. 2020, 60.)

Keskimmäinen kerros (urogenitaali-diaphragma) sijaitsee poikittaissuunnassa vaikuttavan transversalislihaksen (m. transversalis perinei profundus) ja suolen välissä. Nämä yhdessä faskioiden kanssa toimivat virtsan pidätyksessä, koska naisilla ei ole ”virallista” sulkijalihasta. Naisilla keskimmaisessä kerroksessa on

lisäksi virtsaputken ja emättimen sulkemiseen osallistuvat (m. sphincter urethrovaginalis ja m. compressor urethrae) lihakset. (Heiskanen ym. 2020, 60–61.)

Alin, pinnallinen ryhmä koostuu ulommista sulkijoista ja seksuaalitoimintoihin liittyvistä istuinluu-paisuvaslihaksesta (m. Ischiocavernosus) ja paisuvaslihaksesta (m. bulbocavernosus), jotka jännittävät klitoriksen tyvessä olevaa bulb-aluetta. Tähän ryhmään luetaan myös poikittainen lantionpohjan lihas eli välilihas (m. transversalis perinei superficialis). (Heiskanen ym. 2020, 60.)

Lantionpohjan lihakset osallistuvat keskivartalon asennon hallintaan ja toimintaan sekä keuhkotuuletukseen, eli ventilaatioon. Parhaimmillaan lantionpohjan ja keskivartalon tuki- ja liikuntaelimistö sekä hengitykseen osallistuva tuki- ja liikuntaelimistö tuottavat keskivartalon alueelle vatsaonteloon paineen, jonka avulla pystytään kontrolloimaan keskivartalon asentoa ja säätelemään alueen lihasten toimintaa. (Heiskanen ym. 2020, 78.) Lantionpohjan lihakset supistuvat uloshengityksen aikana yhdessä vatsalihasten kanssa, työntäen samalla vatsaelimiä ylöspäin ja ohjaten vatsaontelon painetta palleaa kohti. (Sen, Toprak & Varhan 2022, 146–147.)

Luisen lantiorenkaan **liitokset** ovat rustoliitoksia, joissa liikemäärät ovat pieniä. Lantiopuoliskoja yhdistää lantion edessä häpyliitos (symphysis pubis), joka on rusto-sidekudosliitos. Häpyliitoksen ylä- ja alapintaa peittävät luita yhdistävät ligamentti- ja faskiarakenteet yhdistyen alaraajojen ja vatsan alueen lihaksiin. Lantiorenkaan takana suoli-ristiluuliitos eli SI-nivel yhdistää suoliluut ristiluuhun ja jakaa kuormitusta jalkojen ja alaselän välillä. Risti-häntäluunivel (art. sacrococcygea) on myös enemmän rusto-sidekudosliitos kuin nivel. Liitosta yhdistää sacrococcygea- ligamentit eli kohtu-ristiluuligamentti (lig.sacruterina), kohtunivus-side (lig. teres uteri) ja kohdun leveä kannatinligamentti (lig.cardinale). Ligamentit sallivat pienen liikkeen, joka on useimmiten eteen kallistuminen. Vammojen ja lantionpohjan toimintahäiriöiden yhteydessä esiintyy myös lateraalisuunnan liikettä, joka voi olla kivuliasta. (Heiskanen ym. 2020, 56–57.)

Faskiat ovat sidekudoskalvoja, jotka eriyttävät elimistön elimet oman muotoisiksi yhdistäen ne yhdeksi verkostoksi. Faskia koostuu soluista ja niiden tuottamasta väliaineesta. Faskia toimii yhteistyössä lihasten kanssa antaen lantionalueelle

tuen ja muodon sekä suojellen alueen rakenteita. Faskia muodostaa myös lujia tukirakenteita, kuten nivelsiteet ja jänteet. Sidekudoskalvosto on usein kaksi- tai kolmikerroksinen ja sillä on yhteys sisäelimiin. Faskia on pääosin hyvin hermotettua ja sen avulla voimme aistia kehomme asentoja, lihaksien jäntevyyttä, liikkeitä ja rentoutta. Faskiakalvosto uusiutuu jatkuvasti, joten se mukautuu ihmisen kehonmuutoksiin. Joustava ja vahva lantionpohjan lihaksisto voi estää sidekudosjärjestelmän venymisen ja kipeytymisen. Jos lantionpohjan lihaksisto ei toimi oikein, kalvot ja nivelsiteet ovat jatkuvassa venymistilassa ja voivat rasittuessaan oireilla. (Heiskanen ym. 2020, 64–65.)

Lantionalueen **hermotus** jaetaan sensoriseen, motoriseen ja autonomiseen hermotukseen. Genitaalialueen sensoriset ja motoriset vastinalueet sijaitsevat hyvin pienellä alueella aivojen pinnassa ja lantion alueen toiminnallisia häiriöitä voidaan ainakin osin selittää kontrollialueen pienuudella. Selkäytimessä lantionalueen hermoradat kulkevat, kuten muukin kehon sensorinen ja motorinen hermotus, omia rata-alueitaan pitkin. (Heiskanen ym. 2020, 66.) Motoriset hermosäikeet ohjaavat lihasten liikkeitä ja sensoriset säikeet välittävät tuntoaistimuksia. (Spence & Forro 2023.) Lantionalueen motorinen hermotus rakentuu myotomeista, joissa jokaiselle lihakselle löytyy hermojuuri selästä alkavista alemmista motorisista neuroneista. Motoriset, somaattiset hermot tulevat ulos selkäytimestä ristiluun alueelta hermojuurina S2-S4. Lantionalueen motorinen hermotus on sekä tahdonalaista että tahdosta riippumatonta. Lantionalueen sensorinen hermotus muodostuu kahdesta päällekkäisestä järjestelmästä, eli hermojuurikohtaisesta dermatomaalisesta hermotuksesta ja hermojuurien yhteenliittymistä ja punoksista muodostuneista perifeerisistä hermoista. Lantionalueen autonominen hermosto jakaantuu sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. Parasympaattinen hermosto alkaa hermojuurista S2-S4 ja päättyy rakon ja genitaalien alueelle. Siinä on sensorisia ja motorisia haaroja. Sympaattinen hermosto alkaa puolestaan lannerangan yläosien ja rintarangan alaosien hermojuurista. Se myös päättyy lantion elinten rakenteisiin. Näiden osin päällekkäisten hermotusten yhteistyö vastaa normaalista suolen tyhjenemisestä, normaalista virtsaamisesta ja ongelmattomista seksuaalitoiminnoista. (Heiskanen ym. 2020, 66.)

Lantion tuki- ja liikuntaelimistön perusanatomia koostuu luisesta lantioirenkaasta, joka yhdessä lihas- ja sidekudosrakenteiden kanssa yhdistää keski- ja ylävartalon toimivaksi kokonaisuudeksi alaraajojen kanssa. Lantion tuki- ja liikuntaelimistö sulkee sisäänsä muun muassa suoliston ja virtsanerityksen rakenteita, jotka mahdollistavat luontevan virtsauksen, ulostamisen ja sujuvat seksuaalitoiminnot. (Heiskanen ym. 2020, 53.)

Vatsaontelo pitää sisällään suurimman osan sisäelimistä ja sen rajat muodostuvat ylhäällä palleasta, edessä ja sivuilla vatsalihaksista, takana selän leveästä peitinkalvosta ja selkälihaksista sekä alhaalla lantionpohjasta. Pallea ja lantionpohja toimivat vatsaontelon ”kattona ja lattiana” ja ovat yhteydessä toisiinsa transversaalifaskian kautta. (Sen ym. 2022, 146–147.) Vatsaontelon lihakset liikkuvat ja tukevat vartaloa, ylläpitävät asentoa ja tasapainoa, säätelevät vatsaontelon painetta ja auttavat hengityksessä (Hokkanen & Vierimaa 2019, 117).

Hengityselinjärjestelmä koostuu ylä- ja alahengitysteistä, jotka haarautuvat rintaontelossa moniosaisiksi putkistoiksi, sekä keuhkoista, joissa alveolit ovat toiminnallisesti tärkein rakenne. Keuhkoja ympäröi kaksikalvoiset keuhkopussit, vasen ja oikea pleura. Keskeisiä rakenteita keuhkojen toiminnassa ovat hengityslihakset (pallea ja kylkivälilihakset) sekä rintakehän kimmosäikeet. Sisäänhengityslihasten supistus laajentaa rintakehää ja rintaonteloa, laajentaen myös keuhkoja samanaikaisesti. Tällöin pallea ja ulommat kylkivälilihakset supistuvat ja keuhkoihin muodostuu alipaine. Uloshengitys tapahtuu levossa passiivisesti ja kuormituksessa aktiivisesti. Uloshengityksen aikana keuhkoihin muodostuu yli-paine. (Lauri, Mäkelä, Rintamäki, Vakkuri & Vierimaa 2024.)

Pallea on kupolinmuotoinen lihasjännteinen rakenne, joka erottaa rintaontelon vatsaontelosta. Pallealihaksen toimii hengityksessä keskeisenä lihaksena. Normaali hengitys, yskiminen tai muut pallean fysiologiset muutokset aiheuttavat lantionpohjassa symmetrisen liikkeen. Esimerkiksi sisäänhengityksen aikana, jolloin pallea laskeutuu, lantionpohja laskee vastaavasti. Lantionpohja auttaa muun muassa kehon vakauden ylläpitämisessä hengityksen ja yskimisen aikana. (Bordoni & Zanier, 2013.) Lantionpohja liikkuu kraniokaudaalisesti eli ylös-alas suuntaisesti yhtäaikaaisesti pallean liikkeen kanssa hengityksen aikana. (Sen ym. 2022, 147.) Kofler, Kremser, Rudisch, Talasz & Talasz (2022, 4–7) mukaan rinta- ja

vatsaontelo laajenevat sisäänhengityksen aikana ja supistuvat uloshengityksen aikana. Pallean liike on samansuuntainen, sisäänhengityksellä se laskeutuu ja uloshengityksellä nousee. Uloshengityksellä pallea ja sisäänhengityslihakset rentoutuvat, rintakehä kapenee ja pallea siirtyy ylöspäin. Samanaikaisesti lantionpohjan ja vatsalihasten konsentriset supistukset nostavat lantionpohjaa ylöspäin pallean suuntaisesti ja pienentävät vatsaonteloa.

3 LANTIONPOHJAN TOIMINTAHÄIRIÖT JA KOHDUNPOISTO

Lantionpohjan toimintahäiriöitä ovat laskeumat, virtsaamiseen, ulostamiseen ja seksuaalitoimintoihin liittyvät rakenteelliset ja toiminnalliset häiriöt sekä kiputilat. Lantionpohjan toimintahäiriöt yleistyvät iän myötä, kun lantionpohjan sidekudos- ja lihasrakenne heikentyvät ja vatsaontelon pohjan elimiä kannattava tuki pettää. Lantionpohjan toimintahäiriöille ja kudosten heikkenemiselle altistavat myös synnytykset, estrogeenin puute vaihdevuosien jälkeen ja lisääntynyt vatsaontelon paine esimerkiksi ylipainon, ummetuksen tai kroonisen yskän vuoksi. (Tiinen 2025b.) Lisäksi toimintahäiriöille altistavia tekijöitä ovat naissukupuoli, lantion alueen kirurgia, liiallinen rasitus sekä fyysinen inaktiivisuus (Karjalainen & Mäkelä-Kaikkonen 2021). Virtsankarkailu on yleisin lantionpohjan lihasten toimintahäiriö. Useat kokevat virtsankarkailun häpeälliseksi, eivätkä siksi välttämättä uskaltaudu ottaa asiaa puheeksi. Lantionpohjan lihasten heikkous voi aiheuttaa seksuaalisia ongelmia, kuten virtsankarkailua tai lihasten supistumisheikkoutta yhdynnän aikana. (Parantainen 2020.)

Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus eli **ICF** kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. ICF tarkastelee toimintakykyä ja sen rajoituksia suoritusten, kehon toimintojen ja rakenteiden, osallistumisen, lääketieteellisen terveydentilan sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden kautta. (THL 2025.) Lantionpohjan toimintahäiriöt vähentävät yksilön osallistumista sosiaaliin ja päivittäisiin toimintoihin ja siten voivat heikentää merkittävästi elämänlaatua. Lantionpohjan toimintahäiriöt voivat vaikuttaa negatiivisesti yksilön kehonkuvaan ja johtaa rajoittavaan käyttäytymiseen esimerkiksi ravitsemuksessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Toimintahäiriöihin voi liittyä myös häveliäisyyttä. (De Oliveira ym. 2024, 2; Karjalainen & Mäkelä-Kaikkonen 2021; THL 2025.)

3.1 Tavallisimmat kohdunpoiston syyt

Kohdunpoisto tehdään jopa lähes kolmasosalle naisista 60 vuoden ikään mennessä (Rahkola-Soisalo, Seikkula & Mikkola 2024). Kohdunpoistoa voidaan suunnitella, jos raskaus ei ole enää ajankohtainen ja muut hoitokeinot ovat osoittautuneet tehottomiksi. Tavallisimpia syitä kohdunpoistoon ovat myoomat, laskeumat, vuotohäiriöt, kivut, endometriooosi ja adenomyoosi sekä pahanlaatuiset kasvaimet. (Härkki & Jokinen 2019.)

Myoomat ovat hyvänlaatuisia kohdun lihaskasvaimia. Myoomien vuoksi kohtu poistetaan, jos ne ovat kooltaan yli 10 cm ja kasvavat nopeasti, aiheuttavat kipua tai painon tunnetta alavatsalla, aiheuttavat painon tunnetta peräsuolella tai tihentynyttä virtsaamistarvetta sekä vuotohäiriöitä. Vuotohäiriötä voivat aiheuttaa kohdun limakalvon polyyppi tai kohtuonteloon pullistuva myooma. Jos näiden poisto ei onnistu kohduntähystyksessä tai muutokset uusiutuvat yhden tai kahden hysteroskopian jälkeen, voidaan kohtu poistaa. (Härkki & Jokinen 2019.)

Gynekologisella laskeumalla tarkoitetaan kohdun, virtsarakon, suolen tai näiden yhdistelmän pullistumista emättimeen (Rahkola-Soisalo ym. 2019). Laskeuma syntyy synnyttineliimiä ja muita lantionpohjan elimiä kannattavan tuen petäessä lantionpohjan sidekudos- ja lihasrakenteiden heikentymisen seurauksena. Oireita aiheuttavasta laskeumasta kärsii 5–10 % naisista. Kohdunlaskeumaan voi liittyä emättimen etuseinämän pullistuma (kystoseele) tai emättimen takaseinämän pullistuma (rektoseele). Nämä laskeumatyypit voivat esiintyä myös ilman varsinaista kohdun laskeumaa. Kohtuprolapsista puhutaan kohdun pullistuessa kokonaan emättimestä ulos. Emättimen pohja voi laskeutua tai pullistua kokonaan ulos kohdunpoiston jälkeen. (Tiitinen 2025a.) Laskeuman yleisin oire on pullistuman tunne. Muut oireet liittyvät usein virtsaamiseen. Suurella osalla laskeumasta kärsivillä on tihentynyttä virtsaamisen tarvetta ja virtsankarkailua. Lisäksi voi esiintyä ulostamisen ongelmia. Kipua laskeumiin liittyy harvoin, mutta se on mahdollista muun muassa yhdynnässä. Oirekuva vaihtelee laskeumatyypin ja vaikeusasteen mukaan. Oireisen laskeuman hoito on joko konservatiivinen sisältäen fysioterapian ja emättimeen asetettavat tuet tai leikkaushoito joko omia kudoksia tai verkkomateriaalia hyväksi käyttäen. (Rahkola-Soisalo ym. 2019.) Kohdunpoisto ei ole laskeuman korjaamisen kannalta välttämätöntä (Tiitinen

2025a). Pelkkä kohdun poisto ei riitä laskeuman hoidoksi, koska se ei yksistään korjaa heikentyneitä tai pettäneitä lantion tukirakenteita. Leikkauksista kohdunpoiston jälkeen yksinkertaisin menetelmä on kiinnittää emättimen pohjukka sakrouteriiniseen ligamenttiin. Muita tapoja on esimerkiksi emättimen pohjukan kiinnittäminen ristiluuistuinkärkisiteeseen tai suoliluu-häntäluusiteeseen. (Kiilholma & Nieminen 2009.)

Endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy pesäkkeinä kohtuontelon ulkopuolella aiheuttaen kroonisen tulehdusreaktion. Endometrioosin tavallisimpia oireita ovat kuukautiskivut, alavatsakivut, yhdyntäkivut ja huonontunut hedelmällisyys. (Härkki & Perheentupa 2019.) Endometrioosiin ei ole parantavaa hoitomuotoa, mutta leikkaushoidolla pyritään poistamaan endometrioosipesäkkeet ja palauttamaan normaali anatomia. Lisäksi leikkaushoidolla voidaan helpottaa kipuja ja parantaa lapsettomuutta. (Härkki 2021.)

Adenomyoosissa kohdun rauhas- ja stroomasolut muodostavat kohdun lihasseinämän sisään ulokkeita. Nämä muutokset voivat olla joko tasaisesti sirottuneina yleensä kohdun takaseinämässä tai paikallisesti kerääntyneinä pesäkkeinä muodostaen adenomyooman. Oireet muistuttavat endometrioosia, joita ovat suurentunut ja aristava kohtu, painon tunne alavatsalla, krooninen alavatsakipu, runsaat ja kipeät kuukautiset. Adenomyoosi voi olla myös oireeton. Adenomyoosin vuoksi voi ilmetä myös lapsettomuutta, koska alkion kiinnittyminen kohtuun vaikeutuu. Adenomyoosin riskiä lisäävät synnytykset, keskenmenot, useat kaavinnat ja runsaat vuodot. (Härkki 2022.)

Jotkut **gynekologiset syövät** ovat syy kohdunpoistolle. Kohdunpoistoa vaativia gynekologisia syöpiä ovat kohdunkaulan syöpä, emätinsyöpä, kohdunrungon syöpä sekä munasarja-, munanjohdin- ja vatsakalvosyöpä. Näistä synnyttelinsyöivistä osa on vähäoireisia, kun taas toiset etenevät esiasteiden kautta invasiivisimmäksi kasvaimeksi. Kohdunkaulan syöpä on kohdunkaulasta lähtöisin oleva pahanlaatuinen kasvain, ja se on maailmalla yleisin gynekologinen syöpä. Sen yleisimmät riskitekijät ovat HPV-infektio, tupakointi, varhainen yhdyntöjen alkamisikä sekä lukuisat seksikumppanit. Oireina voi olla ylimääräinen verinen vuoto, yhdyntäverenvuoto tai poikkeava runsas valkovuoto. Kohdunkaulan syövän hoito määräytyy levinneisyyden mukaan. Paikallisen pinnallisen syövän hoitona

käytetään tavallista kohdunpoistoa. Invasiivinen kohdunkaulaan rajoittunut syöpä (koko yli 4 cm) hoidetaan radikaalilla kohdunpoistolla eli wertheinin leikkauksella sekä lantion imusolmukkeiden poistolla. Emätinsyöpä voi olla levyepiteelialkui-nen, adenokarsinooma tai joskus myös melanooma. Riskitekijät ja hoito määräy-tyvät samalla tavalla kuin kohdunkaulan syövässä. Emätinsyövässä ei ole spe-sifisiä oireita, mutta siinä voi esiintyä verenvuotoa, haavaumia sekä kasvaimia. Kohdunrungon syövän syntyyn vaikuttaa pitkittynyt estrogeeni-vaikutus kohdun li-makalvolle, joka altistaa endometriumin hyperplasialle ja edelleen adenokarsi-noomalle. Kohdun sarkoomaa pidetään harvinaisena. Kohdunrunkosyövän riski-tekijöitä ovat ikä, ylipaino, diabetes, monirakkulaiset munasarjat ja anovulatoriset kuukautiskierrot, synnyttämättömyys, myöhäinen menopaussi-ikä, estrogeeni-hoito ilman progestiinia, aniestrogeenihoito (tamoksifeeni) sekä Lynchin oireyhy-tymä. Kohdunrunkosyövän oireena on poikkeava kohtuperäinen vuoto, joka voi olla rusehtavaa, niukkaa, eikä runsaudeltaan kuukautisvuodon kaltaista. Preme-nopausin aikana voi ilmaantua välivuotoja, tiputtelua tai pitkittyneitä kuukautis-vuotoja. Kohdunrunkosyövän hoitona on kohdun ja munasarjojen poisto, joka py-ritään suorittamaan laparoskooppisena leikkauksena. Munasarja-, munajohdin- ja vatsakalvosyövästä suurin osa on epiteliallisia (seroosi, musinoosi, endo-metrioidi, kirkassoluinen). Näiden syöpien riskitekijöinä pidetään sukutaustaa, synnyttämättömyyttä, endometrioosia sekä vaihdevuosien aikaista hormonihoi-toa. Kyseisissä syövässä spesifisiä oireita ei ole ja ne todetaan usein sattumalöy-döksenä. Syöpien yhteydessä voi ilmetä kipua tai häiriöitä suolen ja rakon toimin-nassa, sekä hengenahdistusta malignin pleuranesteen yhteydessä. Myös vatsan turpoaminen ja palpoiden vatsan tai lantion alueella tuntuva kasvaimen aiheut-tama residenssi voivat olla merkki kyseisestä syövästä. Hoitona käytetään syö-päkuudoksen maksimaalista poistoa vatsaontelon kautta. Kohdun ja sivuelinten poiston lisäksi usein esimerkiksi suoliresektio voi olla tarpeen. (Aro 2022.)

3.2 Kohdunpoistomenetelmät

Kohdunpoisto voidaan tehdä kolmella eri menetelmällä. Näitä ovat emättimen kautta tehtävä (vaginaalinen), tähystysmenetelmällä tehtävä (laparoskooppinen) tai avoimesti vatsanpeitteiden päältä tehtävä (abdominaalinen) kohdunpoisto (Härkki & Jokinen 2019). Leikkausmenetelmän valintaan vaikuttavat muun

muassa kohdun koko, mahdolliset gynekologiset laskeumat, aiemmat vatsan alueen leikkaukset sekä potilaan ominaisuudet, kuten painoindeksi. Lisäksi leikkaajan osaaminen ja kokemus sekä leikkausyksikön hoitokäytännöt vaikuttavat leikkausmenetelmän valintaan. Kohdunpoistoissa pyritään päiväkirurgiseen leikkaukseen, mikä nopeuttaa potilaan toipumista. (Rahkola-Soisalo, Seikkula & Mikola 2024.)

Vaginaalinen kohdunpoisto on suositeltavin, yleisin ja kustannustehokkain leikkaustapa Suomessa. Tämä menetelmä on ensisijainen vaihtoehto paitsi kohdunlaskeumissa, myös laskeutumattomissa kohduissa, jos kohdun koko sen sallii ja munasarjoja ei ole tarkoitus poistaa. Vaginaalinen kohdunpoisto tehdään yleisanestesiassa tai selkäydinpuudutuksessa kokonaan emättimen kautta, jolloin leikkaushaavoja ei tule vatsalle. Kohtu irrotetaan ympäröivistä kudoksista ja poistetaan emättimen kautta. Emättimen haava suljetaan sulavilla ompeleilla. (Härkki & Jokinen 2019.) Vaginaalisessa kohdunpoistossa leikkauksen kesto on lyhyin ja paluu normaaliin elämään on nopeampaa (Savolainen-Peltonen 2018).

Laparoskooppinen kohdunpoisto on suositeltavin vaihtoehto, jos kohtu on liian kookas emättimen kautta poistettavaksi, munasarjat poistetaan tai jos odotettavissa on kiinnikkeitä. Laparoskooppisessa kohdunpoistossa kohtu irrotetaan sitä ympäröivistä kudoksista laparoskopiasinstrumenteilla ja poistetaan emättimen kautta. Laparoskopia tehdään yleisanestesiassa. (Härkki & Jokinen 2019.) Laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä sairaalassaoloaika ja sairauspoissaolo ovat lyhimät (Savolainen-Peltonen 2018).

Abdominaalinen kohdunpoisto tehdään, jos kohtu on erittäin kookas tai vatsanontelossa on hankalia kiinnikkeitä. Toimenpide tehdään yleisanestesiassa alavatsalle tehdyn pysty- tai poikkiviillon kautta ja kohtu irrotetaan emättimestä ja muista ympäröivistä kudoksista. Vatsanpeitteiden haava suljetaan poistettavilla ompeleilla tai hakasilla ja emättimen haava itsestään sulavilla ompeleilla. Kohdunpoistoon, kuten kaikkiin leikkauksiin, liittyy komplikaatioriski, jonka takia oireettomia potilaita ei yleensä leikata. Toisaalta kohdunpoistolla saadaan usein erittäin hyvä apu oireisiin ja huomattava parannus elämänlaatuun. (Härkki & Jokinen 2019.)

3.3 Leikkaushaavan paranemisen vaiheet

Haava tarkoittaa katkosta kudoksen eheydessä. Haavan paranemisen vaiheet seuraavat toisiaan, tapahtuvat lomittain ja osittain päällekkäin. Vaiheet ovat riippuvaisia toisistaan ja yksittäisen vaiheen häiriintyminen johtaa haavan paranemisen ongelmiin. Kudosvaurion paraneminen on normaali biologinen prosessi, jonka tarkoituksena on kudoksen eheyden palauttaminen. Yleensä paranemisen seurauksena syntyvä sidekudoksinen arpi saavuttaa lopulta noin 80 prosenttia kudoksen alkuperäisestä vetolujuudesta. Haavan paranemisen vaiheet voidaan jakaa neljään, selkeästi toisistaan erottuvaan vaiheeseen. Vaiheet ovat verenhiyymisvaihe, tulehdusvaihe, uudelleenmuodostumisvaihe sekä kypsymisvaihe. (Koljonen 2024a.)

Tulehdusvaihe kestää toimenpiteestä alkaen 3–4 päivää, johon kuuluvat vaurioituneiden verisuonten supistuminen ja verenvuodon hyytyminen sekä haavanpohjan puhdistuminen alkaa ja haavaan erittyy kudosten muodostumiseen tarvittavia rakennusaineita. Tällöin haavaa ympäröivän ihon verisuonet laajentuvat ja lisäävät haavan verenkiertoa. Uudelleenmuodostumisvaihe alkaa kolmantena tai neljäntenä päivänä ja kestää noin kolme viikkoa. Tässä vaiheessa kudoksessa alkaa tapahtua paranemista ja haavan reunat lähenevät toisiaan. Kypsymisvaihe alkaa kolmen viikon kuluttua ja kestää aina yhteen tai kahteen vuoteen asti. Vaiheen aikana haavan pintakerroksen reunat kasvavat yhteen ja arpikudos kasvaa hiljalleen saavuttaen lopulta lopullisen joustavuutensa. (Rautava-Nurmi ym. 2020, 227.)

Ihannetapauksessa haavan paraneminen tapahtuu ilman komplikaatioita ja kaikki haavan paranemisen vaiheet seuraavat viiveettä toisiaan. Esimerkkinä tästä voidaan pitää puhdasta, ommeltua leikkaushaavaa. Hyvin ommellut haavat epitelisoituvat 24–48 tunnin kuluessa, jolloin ihonreunojen liitoskohta on vesitiivis. Ompeleiden tarkoituksena on tukea haavaa ja pitää haavan reunat kontaktissa siihen saakka, että reunat ovat kasvaneet yhteen ja saavuttaneet riittävän vetolujuuden. Ompeleiden poiston ajankohta riippuu haavan sijainnista, syvyydestä, sulun kiireydestä sekä potilaslähtöisistä tekijöistä. Vatsalta ompeleet poistetaan yleensä seitsemännestä kymmenenteen päivänä leikkauksesta. Ompeleita voidaan pitää

suosituksia kauemmin, jos epäillään, että haavan paraneminen voi olla hidastunut. Paranemisen hidastumista voivat aiheuttaa muun muassa korkea ikä, diabetes tai tupakointi. (Koljonen 2024b.) Auennut haava on aina infektioportti. Usein ompeleiden poiston yhteydessä tai nopeasti sen jälkeen tapahtuvan repeämän taustalla on jokin altistava syy, esimerkiksi hematooma, huono verenkierto, infektio, paine, hankaus tai potilaan aliravitsemus. Ompeleiden poiston jälkeen raskasta urheilua on syytä välttää kahden viikon ajan. (Bruck, Koskivuo & Veräjänkorva 2019.)

4 KUNTOUTUMINEN GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSTEN JÄLKEEN

Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on ihmisen toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, osallistumisen mahdollisuuksien, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutusprosessi on asiakaslähtöinen oppimisprosessi, jossa kuntoutuja on aidosti osallisena. (Suomen fysioterapeutit s.a.) Kuntoutuksessa keskeistä on siis kuntoutujan oman aktiivisuuden ja osallisuuden tukeminen sekä hänen toimintaympäristöjensä muokkaaminen kuntoutumista tukevaksi. Kuntoutuminen lähtee kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.)

Fysioterapian tavoitteena gynekologisen leikkauksen jälkeen on tukea potilasta toipumaan leikkauksesta mahdollisimman hyvin ja nopeasti. Fysioterapia lievittää leikkauksen jälkeistä kipua, parantaa elämänlaatua ja tukee varhaista liikkeelle lähtöä gynekologisen leikkauksen jälkeen. (Nair, Ponmathi & Sivakumar 2016.) Leikkauksen jälkeen on tärkeää saada potilas mahdollisimman varhain liikkeelle, jotta toipuminen saadaan käyntiin. Varhaisella liikkeelle lähdöllä voidaan ehkäistä leikkaukskomplikaatioita, kuten keuhkokuumetta, suolilamaa sekä laskimotukosta. Tehokas ja riittävä kivunhoito on edellytys varhaisen mobilisaation onnistumiselle. Liikkuminen voidaan aloittaa jo heräämössä istumaan ja pystyyn nousemisella huomioiden kuitenkin potilaan voinnin sekä kirurgian erityispiirteet. (Kössi, Savikko & Scheinin 2016.)

4.1 Liikkuminen toipumisen edetessä

Ensimmäisinä päivinä vatsan alueen leikkauksen jälkeen potilaat ovat usein väsyneitä ja hengitys on rajoittunutta. Hengityslihasten heikentyneeseen toimintaan vaikuttavat anestesia ja leikkaushaavan sijainti, vähentynyt fyysinen aktiivisuus sekä potilaan asento. Lisäksi leikkauksen kesto, anestesia ja heikentynyt kipuherkkyys heikentävät hengitystoimintaa, yskimisrefleksiä ja liman poistumista hengitysteistä. Nämä muutokset lisäävät postoperatiivisten komplikaatioiden, kuten hengitystieinfektioiden ja atelektaasin riskiä. (Alduhoori, Walton, Bairaparreddy, Amaravadi & Alaparathi 2021.) Tämän vuoksi kohdunpoiston jälkeiseen

fysioterapiaan tulisi sisältyä hengitysharjoittelua (Da Roza, Da Silva, Girola, Martins & Wolpe 2020).

Potilaita kannustetaan itsenäiseen liikkumiseen koko sairaalassaoloajan. Kotiutumisen edellytyksenä on syömisen sujuvuus, kivun hallinta suun kautta otettavalla lääkityksellä, riittävä itsenäisen liikkumisen sujuminen kotona pärjäämisen turvaamiseksi sekä suolen ja rakon toimiminen. (Kössi ym. 2016.) Sairauspoissaolo on yleensä kahdesta kolmeen viikkoa, mutta avokohdunpoistossa pidempi toipumisaika voi olla tarpeen (Rahkola-Soisalo ym. 2024).

Brandt & van Vuuren (2022) mukaan lantionpohjan lihasten harjoittelu laskeuma-leikkauksen jälkeen voi vaikuttaa positiivisesti lantionpohjan lihasten toimintaan ja siten lantion alueen elinten tukeen. Lisäksi lantionpohjan lihasten harjoittelu voi edistää vatsalihasten toimintaa, koska lantionpohja ja vatsalihakset toimivat yhteistyössä. Lantionpohjan lihasten harjoittelu voi parantaa myös naisten seksuaalista toimintaa kohdunpoiston jälkeen (De Oliveira ym. 2024, 9). Brandt & van Vuuren (2022) havaitsivat tutkimuksessaan, että postoperatiiviseen lantionpohjan lihasharjoitteluun yhdistetty vatsalihasten harjoittelu saattaa lisätä laskeuma-oireita, kuten pullistuman ja epämukavuuden tunnetta. Oireiden pahenemisen arvioitiin liittyvän kohonneeseen vatsaontelon paineeseen, jota vatsalisharjoittelu voi aiheuttaa. Perinteisesti gynekologisten leikkausten jälkeen on suositeltu välttämään liiallista fyysistä rasitusta ja ponnisteluja vatsaontelon paineen lisääntymisestä johtuvien haittojen ennaltaehkäisemiseksi. Vatsaontelon paine nousee kuitenkin monissa tavallisissa fysiologisissa toiminnoissa, kuten yskimisessä ja ulostamisessa, enemmän kuin kevyen liikunnan aikana. Tutkimusnäytön perusteella liikunnan varhainen aloittaminen leikkauksen jälkeen ei lisää komplikaatioiden riskiä, vaan voi jopa edistää toipumista ja parantaa elämänlaatua (Mueller & Kimberly 2024). Lantionpohjan ja vatsalihasten samanaikainen aktivaatio suojaaa lantionpohjaa kohonneelta vatsaontelon paineelta ja tukee kehon asentoa ja vaukautta esimerkiksi seistessä, juostessa, ponnistellessa ja muissa fyysisesti vaativissa toiminnoissa. Erityisesti raskaiden ponnistelujen ajoittaminen uloshengitysvaiheeseen tukee näiden lihasryhmien samanaikaista aktivoitumista. Sen sijaan hengityksen pidättäminen rasituksessa lisää vatsaontelon painetta ja kuormittaa näin lantionpohjaa. (Kofler ym. 2022, 5.)

4.2 Hengityksen merkitys leikkauksen jälkeen

Luonnollisessa hengitystavassa potilasta ohjataan hengittämään sisään nenän kautta, jolloin pallealihas supistuu ja painuu alas vatsaonteloon päin. Uloshengityksessä ohjataan hengittämään suun kautta ulos, jolloin sisäänhengitysilihakset rentoutuvat. Samalla ohjataan potilasta rentoutumaan ja rentouttamaan kehoa sekä pitämään hengitysrytmi rauhallisena. (Rautava-Nurmi ym. 2020, 325–326.) Rauhallinen hengitysrytmi on tehokas keino aktivoida vagushermaa ja vahvistaa parasympaattisen hermoston säätelyä. (Fan ym. 2024.) Erilaisten rentoutumisharjoitusten, esimerkiksi hengitysharjoitusten, avulla voidaan rauhoittaa potilasta, jolloin myös hengitys- ja sydämenlyöntitiheys pienevät sekä verenpaine alenee. Oikean hengitystekniikan ohjaaminen potilaalle on tärkeää, koska se auttaa ja parantaa potilaan hengitystyötä. Hengitysharjoitusten avulla potilaan värekarvojen toiminta vilkastuu hengitysteissä, hengitys ja keuhkotuuletus tehostuu ja lima irtaana paremmin. Erityistä huomiota hengitysharjoituksiin ja yskimistekniikkaan on kiinnitettävä muun muassa vuodepotilailla sekä rintakehän ja vatsanalueen leikkauksessa olleilla. Fysioterapeutti pyrkii hengitysharjoitusten avulla tehostamaan potilaan pallea- ja kylkiluuhengitystä. Lisäksi potilasta ohjataan tekemään näitä itsenäisesti erilaisissa asennoissa, kuten makuu- ja istuma-asennossa. (Rautava-Nurmi ym. 2020, 325–326.) Koska hengitykseen vaikuttavat sairauksien lisäksi kipu, kuume, fyysiset ponnistelut, stressitilanteet, psyykkiset tekijät ja elämäntavat, voidaan hengitys- ja rentoutusharjoituksilla näin ollen vähentää leikkauksen jälkeistä kipua sekä vatsaontelon paineen kasvua fyysisissä ponnisteluissa ja estää leikkausalueen turhaa ärsytystä. (Rautava-Nurmi ym. 2020, 320.) Lisäksi hengitysharjoituksissa voidaan hyödyntää erilaisia apuvälineitä, kuten pulloon puhallusta tai acapellaa. Niiden avulla voidaan tehostaa potilaan sisäänhengitystä, vastustaa uloshengitystä ja pitää yllä tai parantaa hengitysilhasten kestävyttä. PEP- pulloon puhalluksella tehostetaan keuhkotuuletusta ja liman poistumista keuhkoputkista. Puhallusten aikana uloshengityksen vastus ja paine keuhkoissa kasvavat, jolloin keuhkokudosten pienet ilmakehanavat avautuvat, keuhkojen painuminen kasaan estyy ja keuhkotuuletus tehostuu. PEP-pulloon puhalluksia ja acapellaa käytetään erityisesti ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Puhalluskertamäärä riippuu potilaan tilasta tai sairaudesta, mutta yleensä

puhalluksia tehdään viidestä-kymmeneen useita kertoja puhallussarjoja päivässä. (Rautava-Nurmi ym. 2020, 326.)

4.3 Leikkausarven käsittely

Arpi kehittyy olosuhteiden mukaisesti. Arvesta tulee tiukka, ellei vaurioaluetta käsitellä lainkaan, mutta käsittelyn myötä alueen kehittyminen väljäksi on mahdollista. Arpikudokseen voi kiinnittyä hermosäikeitä ja alueesta voi tulla herkkä kosketukselle. Kireä lantion arpi voi muuttaa lantion aistinmaailmaa ja lihasten jänteiden säätelyä, mistä voi kehittyä alueen toimintahäiriöitä. Kireä lantion alueen arpi voi johtaa paikallisen kipuilun lisäksi heijastekipuun muualla kehossa. Tiukat ja joustamattomat arvet haittaavat normaalia voimien siirtoa kehon eri osien välillä liikkumisen aikana. Huonosti liukuva sidekalvo voi muuttaa liikkumisen kuormittavammaksi ja kivuliaaksi. (Heiskanen ym. 2020, 108.)

Arven paranemisessa ensimmäinen viikko kuluu tavallisesti tulehduksen rauhoittumiseen ja paranemisen käynnistymiseen, jolloin arpea ei saa käsitellä. Toisella ja kolmannella viikolla, jos arpeutumisen on alkanut ongelmitta eli alue ei punoita, turvota tai kipuile, voidaan arpea hellävaraisesti tunnustella, arvioida sen joustavuutta sekä liikkumista suhteessa ympäristöön. Kun potilas on saanut täydet liikkumisvapaudet esimerkiksi lantion alueen leikkauksen jälkeen, on se yleensä hyvä ajankohta arvioida arven liikkuvuutta ja kireyttä. (Heiskanen ym. 2020, 109.)

Arven kireyttä ja siitä johtuvaa kipua voi vähentää hieronnalla. Hieronta irrottaa arpikudosta alustastaan ja parantaa sen joustavuutta. Arven hieronnan voi aloittaa kevyesti, kun haava on täysin parantunut. Arpea hierottaessa sormilla painetaan niin, että vain iho liikkuu sormien mukana. Arven herkkää ihoa arven päältä ei ole syytä hieroa alkuvaiheessa. Arven ihon vahvistuttua arpea hierotaan niin, että myös alla olevat kudokset liikkuvat mukana. Arpea työnnetään hierovilla liikkeillä terveen ihon suunnasta joka puolelta, työnnetään molemmilta puolilta yhtä aikaa ja nostellaan sivu- ja pystysuuntaisesti irti alustastaan. Hieronnassa voidaan käyttää apuna perusvoidetta, jolloin hieronta on helpompaa ja miellyttävämpää. Arven hoito nopeuttaa arven kypsymistä, vähentää epämiellyttävää kutinaa ja

vaikuttaa sekä toiminnallisuuteen että esteettisyyteen. Hoito lopetetaan, kun arpi on vaalentunut, pehmentynyt ja oireeton. (Hietanen & Juutilainen 2018.)

4.4 Gynekologisten leikkausten vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ja seksuaalisuuteen

Lantion alueen toimintahäiriöt vaikuttavat seksuaaliseen halukkuuteen ja voivat aiheuttaa kipua. Ne aiheuttavat monelle häpeän ja masennuksen tunnetta sekä alentavat minäkuvaa. On todennäköistä, että näiden tilojen korjaaminen parantaa seksuaalista hyvinvointia ja elämänlaatua. (Aukee 2020b.) Seksuaalinen toiminta jatkuu kohdunlaskeumasta kärsivillä naisilla keskimäärin 5–16 viikon kuluttua kohdunpoistosta. Osa kokee kohdunpoiston jälkeen pelkoa leikkaushaavan repeytymisestä tai lantionpohjan ongelmien uusiutumisesta, mikä voi johtaa yhdyntätiheyden vähenemiseen (Yount 2013). Kohdunpoistoleikkauksen jälkeen emättimen pohjan haava paranee yleensä kuukaudessa, minkä jälkeen yhdynnän voi aloittaa uudelleen. Hyvänlaatuisista syistä tehdyn leikkauksen jälkeen emättimen pohjan aukeneminen on erittäin harvinaista. Tähystyskirurgisen syöpäleikkauksen ja solunsalpaajahoidon jälkeen syvää yhdyntää on syytä välttää kolmen kuukauden ajan. (Aukee 2020b.)

Vatsanpeitteiden läpi tehty avoin leikkaus vaikuttaa usealla minäkuvaan, mutta pääsääntöisesti hyvänlaatuisista syistä tehdyllä kohdunpoistolla on positiivisia vaikutuksia yleiseen elämänlaatuun ja seksuaaliseen hyvinvointiin. Synnyttelinten emättimen ulkopuolelle ulottuvan laskeuman omaavat kokevat usein eristytymisen tunnetta, viehätysvoiman puutetta ja välttävät seksuaalista kumppanuutta. Yhdyntä ei pahenna laskeumia ja konservatiivisilla hoitomuodoilla kuten lantionpohjanlihasten harjoittelulla voidaan parantaa seksuaalista hyvinvointia eikä niillä ole haitallisia sivuvaikutuksia oikein ohjattuna. (Aukee 2020b.) Endometriosisivusta kärsivät ovat kokeneet hyviksi selviytymiskeinoiksi muun muassa fyysisen harjoittelun, levon, joogan, erityisruokavalion, hieronnan, akupunktiot, lämpimät kylvyt ja tyynyt sekä terapiat. He ovat kokeneet lämpimän kylvyn tai kipulääkkeen ennen yhdyntää helpottavan oireita. Endometriosisi voi aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä, syyllisyyden tunnetta ja turhautumista sekä pitkittyneeseen kipuun voi liittyä katastrofointia. Lisäksi naiseuden kokemisen ja minäkuvan

koetaan kärsivän. Syyllisyyttä ja turhautumista voivat aiheuttaa selviytymättömyys päivittäisistä toiminnoista tai sosiaalisista tapahtumista ystävien ja perheen kesken. (Aukee 2020a.)

5 LANTIONPOHJALIHASTEN FYSIOTERAPEUTTINEN HARJOITTELU

Terapeuttinen harjoittelu on tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaa aktiivisten ja toiminnallisten harjoitteiden käyttöä, jonka tarkoituksena on palauttaa elinjärjestelmien toiminta normaaliksi sairauden tai vamman jälkeen tai ylläpitää toimintakykyä riittävällä tasolla. Se perustuu aktiivisiin ja toiminnallisiin sekä kuormittavuudeltaan progressiivisesti eteneviin menetelmiin. Terapeuttisessa harjoittelussa on olennaista, että harjoitteluohjelman vaikutuksia arvioidaan säännöllisesti ja sen ohjelman vaativuus etenee progressiivisesti. (Suomen fysioterapeutit 2016.) Terapeuttisen harjoittelun tulisi olla systemaattista ja hyvin suunniteltu, tavoitteena edistää toimintakykyä ja terveyttä. Harjoittelujakson aikana lihaksistossa tapahtuu fysiologista mukautumista, jonka vuoksi harjoittelun vaatimustaso on lisättävä nousujohteisesti. (Heiskanen ym. 2020, 95.) Lantionpohjan harjoittelu on noninvasiivinen ja potilaalle miellyttävä hoitomuoto, joka sopii kaikille sukupuolille ja ikäryhmille. (Curillo-Aguirre & Gea-Izquierdo 2023).

Lantionpohjan anatomian, erityisesti lantionpohjan lihasten anatomian ymmärtäminen fysioterapeuttisessa tutkimisessa on perusta hoidon onnistumiselle ja hoidon edistymisen seurannalle (Heiskanen ym. 2020, 52; Parantainen 2020). Lantionpohjan fysioterapiaan kuuluu muun muassa tarkoituksenmukaisen lihassu-pistuksen opettaminen, progressiivisten harjoitteiden ohjaaminen sekä hoidon seuranta. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää saada asiakas motivoitumaan fysioterapiaan ja pitkäjänteiseen harjoitteluun. Hyvä harjoittelumotivaatio ja kyky oppia harjoittamaan oikeita lihaksia ennustaa hyviä tuloksia. Heikkoa tulosta ennustaa vaikea-asteinen virtsankarkailu, aikaisemman fysioterapian tuloksettomuus tai huono tulos, pitkittynyt synnytyksen ponnistusvaihe, ylipaino sekä voimakas psyykinen ahdistus ja huono fyysinen terveydentila. (Parantainen 2020).

Lantionpohjan lihasharjoitteiden ymmärtämisessä sekä suorittamisessa voi esiintyä vaikeuksia (Sen ym. 2022, 148–150) ja yleisin harjoittelussa kohdattu ongelma on lihasten eriyttäminen. Kyvyttömyys tunnistaa lantionpohjan lihaksia voi aiheuttaa virheellisiä ja kompensatorisia liikemalleja aktivoiden pakara-, lonkan

loitontaja- ja lähentäjä- sekä vatsalihaksia lantionpohjalihasten sijaan. Terapeutin onkin tärkeää tarkkailla muiden lihasten käyttöä ja auttaa potilaita supistamaan lantionpohjan lihaksia eriytyneesti samalla apulihaksia rentouttaen. On myös tärkeää varmistaa, että potilaat ovat tunnistaneeet ja pystyvät supistamaan lantionpohjan lihaksia kunnolla ennen lantionpohjan lihasten harjoittelun aloittamista. Kyvyttömyys tunnistaa lantionpohjan lihaksia tai virheellinen harjoittelu voi olla syy lantionpohjan lihasharjoittelun huonoihin tuloksiin. (Tim & Mazur-Bialy 2024, 4–6; Cho & Kim 2021.)

5.1 Kehotietoisuus, lantionpohjalihasten tunnistaminen ja rentouttaminen

Lantionpohjan alueen lihaksisto koostuu tahdonalaisesta, poikkijuovaisesta lihaksesta ja tahdosta riippumattomasta, sileästä lihaksesta. Poikkijuovaisten lihasten tahdonalaista toimintaa voidaan tarkastella kehotietoisuuden ja tahdonalaisen liikkeen toteuttamisen näkökulmista. **Kehotietoisuudella** tarkoitetaan tässä tapauksessa henkilön omaa käsitystä lantion alueen lihasten jännittyneisyydestä, tonuksesta ja asennosta. Tieto välittyy aivoille osin tiedostamatta ja osin tietoisesti lihasten, lihaskalvojen ja alueen sensoristen hermojen välityksellä. Tahdonalaisen liikkeen toteuttamiseen vaikuttaa kehotietoisuuden lisäksi aiemmin opitut liikemallit. (Heiskanen ym. 2020, 92.)

Lantionpohjan lihasharjoittelu keskittyy lihasten koordinaatioon, supistumiseen, kestävyteen ja rentoutumiseen. (Cho & Kim 2021.) Lantionpohjan lihasten harjoittelu aloitetaan lihasten tunnistamisella, jolloin harjoittelu kohdistuu harjoittelua tarvitseviin lihaksiin. **Lihasten tunnistaminen** voi olla harjoittelun vaikein vaihe, koska eriytyneiden ja vain tiettyihin lihaksiin kohdistuvien supistuksien hahmottaminen voi olla aluksi vaikeaa. Erityisen vaikeaa lihasten tunnistaminen on, jos lantionpohjan lihasten hermotus on vaurioitunut tai häiriintynyt. (Kauranen 2021, 636.) Esimerkiksi kohdunpoiston jälkeen lantionpohjan hermot tai verisuonet voivat vaurioitua. Vaurioituneelle kudokselle on ominaista huonompi supistumisvaste, voima, kestävyys ja neuromuskulaarinen aktivaatio. (Tim & Mazur-Bialy 2024, 1.) Tehokkain harjoitteluasento on yleensä selinmakuu, jossa lantionpohjan lihasten rentoutuminen ja jännitys on helpointa erottaa toisistaan. Harjoittelun alussa ajatukset kohdistetaan oikeisiin lihaksiin ja harjoittelijaa ohjeistetaan

tekemään pieni submaksimaalinen supistus (noin 10 % maksimisupistuksesta) ja tunnistamaan jännityksen ja rentoutuksen ero lihaksissa. (Kauranen 2021, 636.) Lantionpohjan lihasten supistumista voi testata asettamalla yksi tai kaksi sormea emättimeen ja tämän jälkeen puristamalla lihaksia sormien ympärille. Sormissa tulisi tuntua napakka puristus sekä pieni veto sisäänpäin. Puristuksen ollessa heikko, lantionpohjan lihasvoimaharjoittelu on tarpeellista. (Pirhonen 2020.) Lantionpohjan lihasten supistamista voi testata myös katkaisemalla virtsasuihkun kesken virtsaamisen. Jos virtsasuihku katkeaa tai hidastaminen onnistuu, oikeat lihakset ovat jännittyneet. Testiä ei kuitenkaan tule käyttää harjoitteena, vaan pelkästään testinä, sillä se voi aiheuttaa myöhemmin ongelmia virtsarakon tyhjennyksessä. (Aukee & Palonen 2017.) Tarkoituksenmukainen lihasten supistus koostuu kahdesta komponentista, jotka ovat lantionpohjan aukkojen supistuminen ja kohoaminen sisäänpäin. Lantionpohjalihakset tulee myös osata rentouttaa. (Parantainen 2020.)

Lantionpohjan rentoutuminen ja luonnollisen lepotonuksen löytyminen, on monelle haastava osa lantionpohjan harjoitteluohjelmassa. Rentous on kokonaisvaltainen tila, jossa mieli ja keho ovat vapaina jännitteistä ja ahdistuksesta. Taidon oppiminen tehostaa lantionpohjan lihasharjoitteisiin keskittymistä, oikeanlaisen lihasaktivaation hahmottamista ja harjoittelun tulokset tehostuvat, kun harjoiteltu lihaksisto saadaan rentoutumaan harjoittelun jälkeen. (Heiskanen ym. 2020, 93.)

Biopalaute on menetelmä, jossa yksilö saa visuaalista, akustista tai sähköistä palautetta, joka auttaa häntä tunnistamaan ja kontrolloimaan kehon toimintoja. Lantionpohjan lihasten harjoittelussa biopalaute voi olla erityisen hyödyllistä niille potilaille, jotka eivät pysty tunnistamaan lantionpohjan lihaksia tai supistamaan niitä tarkoituksenmukaisesti. Biopalaute-hoidossa käytetään emättimeen asetettavaa paineanturia, joka mittaa lantionpohjan supistuksen voimakkuutta ja antaa siitä palautetta. Tietokoneohjelmat tuottavat kaavioita näytölle, jotka näyttävät lantionpohjan lihasten supistumisen, rentoutumisen sekä voiman. Biopalautteen avulla potilaat voivat oppia tunnistamaan ja vahvistamaan oikeat lihakset, mikä parantaa lantionpohjan lihasten voimaa. Biopalaute yhdessä lantionpohjan terapeuttisen harjoittelun kanssa voi parantaa lantionpohjan toimintaa paremmin, kuin pelkkä lihasharjoittelu. (Cho & Kim 2021.) Sen avulla on myös hyvä seurata harjoittelun edistymistä (Tim & Mazur-Bialy 2024, 4).

5.2 Toiminallisen harjoittelun osa-alueet

Lihassoimaharjoittelu jaetaan yleensä kolmeen pääluokkaan kesto-, nopeus- ja maksimivoimaan. Nämä kaikki ovat tärkeässä osassa lantionpohjan harjoittelua. Jokaisen pääluokan harjoittelu ja tehtävä on erilainen. Lantionpohjan lihasten **kestovoimalla** tarkoitetaan niiden kykyä sietää pitkäkestoista kuormitusta, eli hyvää aerobista kestävyyttä ja voimakestävyyttä. (Heiskanen ym. 2020, 94.) Kestovoimaa tarvitaan esimerkiksi arjen toiminnoissa ja liikkumisessa kuten kävellessä. (Alenius 2024.) Lantionpohjan **nopeusvoima** eli kyky sopeutua muuttuviin liikkeisiin ja asentoihin vaatii liikenopeutta, pikavoimaa ja räjähtävyyttä, esimerkiksi hypätessä portaalta alas tai aivastaessa. Jos nopeusvoima ei toimi, lantionpohja pettää lisäten laskeumaoireita. Lantionpohjan **maksimivoimaa** tarvitaan esimerkiksi raskaiden taakkojen nostamisen yhteydessä tai kyykystä noustessa, jolloin vatsaontelon paine kohoaa ja painaa lantionpohjaa alaspäin. (Heiskanen ym.2020, 94.)

Lantionpohjan lihasten eri ominaisuuksia tulee harjoittaa, koska vain harjoitettava ominaisuus lihaksesta kehittyy (Airaksinen 2017). Tästä syystä harjoitusohjelman tulee sisältää voima-, kestävyys- ja nopeusvoimaharjoitteita (Airaksinen 2017; Parantainen 2020). Lantionpohjan lihasvoiman lisäämiseksi harjoittelua tulisi tehdä viitenä päivänä viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan. Tämän jälkeen lihasvoiman ylläpitämiseksi harjoittelua tulisi jatkaa pysyvästi kahdesta kolmeen kertaa viikossa (Käypähoito 2017). Hyvän vaikutuksen saavuttaminen ja ylläpito vaatii jatkuvaa harjoittelua. Yleisen lihasfysiologian kautta tiedetään, että lihaksen suorituskyvyn ylläpito vaatii noin kahdesta kolmeen kertaan viikossa tapahtuvaa harjoitusta. (Airaksinen 2017.) Alla olevien taulukoiden (Taulukko 1, Taulukko 2, Taulukko 3) avulla olemme kuvanneet eri lähteiden mukaisia harjoitusohjelmia. Voiman eri osa-alueiden harjoittelun toteutuksesta löytyy ristiriitaista tietoa erityisesti toistomäärien osalta. Tekemässämme lantionpohjalihasten lihasvoimaharjoittelu naisille -potilasohjeessa lantionpohjan lihasharjoittelun ohjeet vastaavat Terveyskylän (Taulukko 3) harjoitusohjeita, sillä ohjeen tulee tilaajan pyynnöstä olla Terveyskylän kanssa yhteneväinen. Aukee & Palonen (2017) mukaan taulukon mukaisia (Taulukko 1) harjoituksia suositellaan tehtäväksi useasti päivän aikana, pitäen kuitenkin yhdestä kahteen lepopäivää viikossa. Alenius (2024)

mukaan taulukon mukaisia harjoituksia (Taulukko 2) ohjataan tekemään yhdestä kahteen kertaa päivässä.

TAULUKKO 1. Lantionpohjan lihasten harjoitteluohje (Aukee & Palonen 2017).

Osa-alue	Suoritusohje	Toistot	Harjoitteluyhteys
Tunnistamisharjoitus	Lantionpohjalihaksia supistetaan 5 sekuntia, jonka jälkeen ne rentoutetaan.	5–8 toistoa, 2 sarjaa	
Lantionpohjalihasten hallintaa parantavat harjoitteet	Lantionpohjalihaksia supistetaan tuolilla istuen, noudetaan seisomaan ja pidetään supistus vielä 5 sekuntia.	5–8 toistoa	
Kestovoimaharjoitteet	Lantionpohjalihaksia supistetaan 10 sekuntia, jonka jälkeen ne rentoutetaan 20 sekunniksi.	5–8 toistoa	Harjoittelun voi yhdistää kävelyyn, porraskävelyyn tai kotitöihin.
Nopeusvoima	Lantionpohjalihaksia supistetaan nopeasti, jonka jälkeen ne rentoutetaan 10 sekunniksi.	5–8 toistoa	Lantionpohjalihakset supistetaan ennen aivastamista ja yskimistä.
Maksimivoima			Lihakset supistetaan ennen nostoja ja sen aikana, vaikka taakka olisikin kevyt.

TAULUKKO 2. Lantionpohjalihasten harjoitusohje (Alenius 2024).

Osa-alue	suoritusohje	toistot	Harjoitteluyhteys
----------	--------------	---------	-------------------

Kestovoima	Lantionpohjassa pidetään kevyt supistus 10–20 sekuntia, lihakset rentoutetaan toistojen välillä.	10 toistoa	Harjoitukset voi tehdä istumasta seisomaan noustessa tai kävellessä.
Nopeusvoima	Lantionpohjalihakset supistetaan ja rentoutetaan vuorotellen mahdollisimman voimakkaasti ja nopeasti.	10 toistoa	Harjoituksia voi tehdä myös esimerkiksi yskiessä, supistaen lantionpohjalihakset ennen yskäisyä.
Maksimivoima	Lantionpohjalihaksia supistetaan voimakkaasti 5–10 sekuntia, jonka jälkeen rentoutetaan 10–20 sekuntia.	5–10 toistoa	Harjoitukset voi tehdä myös nostaessa.

TAULUKKO 3. Lantionpohjan lihasten harjoitteluopas (Terveyskylä.fi 2022).

Osa-alue	suoritusohje	toistot	Progressio
Kestovoima	Lihaksia supistetaan kohdallaisen voimakkaasti 10 sekuntia, jonka jälkeen rentoutetaan 20 sekuntia.	5–10 toistoa	Supistuksen kesto lisätään harjoittelun edetessä.
Maksimivoima	Lihaksia supistetaan voimakkaasti 5 sekuntia, jonka jälkeen rentoutetaan 10 sekuntia.	5–8 toistoa	
Nopeusvoima	Lihaksia supistetaan nopeasti ja voimakkaasti sekä rentoutetaan jokaisen supistuksen välillä.	10–15 toistoa	

5.3 Lantionpohjalihasharjoittelun hyötyjä

Lantionpohjan lihasharjoittelu lisää merkittävästi lantionpohjan lihasten voimaa ja kestävyyttä sekä maksimaalista lihassupistusta. Oikein toteutettuna harjoittelu tarjoaa sisäelimille paremman tuen sekä vähentää gynekologisiin laskeumiin

liittyviä lantion alueen, virtsaelimistön ja suoliston oireita. (Castaño-García, Díaz-Mohedo, Espiño-Albela & Ibáñez-Vera 2022.) Ohjatulla lantionpohjan lihasharjoittelulla ja fysioterapialla on todettu hyvä tieteellinen näyttö naisten virtsankarkailun hoidossa (Parantainen 2020), ja se on tällä hetkellä ensisijainen konservatiivinen hoitomuoto virtsankarkailuun. (Sen ym. 2022, 146–147.) Lisäksi lantionpohjan lihasharjoittelun tiedetään parantavan elämänlaatua. (Sen ym. 2022, 146–147; Castaño-García C. Ym. 2022). Cecchi Salata ym. (2020) mukaan lantionpohjan lihasharjoittelu on tehokkain ja suositeltavin hoitomuoto lantionpohjan lihasvoiman parantamiseksi. Vaihtoehtoisten harjoitteiden, kuten pilateksen, yhdistäminen lantionpohjan lihasharjoitteluun voi olla hyödyllistä, mutta vaihtoehtoiset harjoitteet eivät yksinään ole riittävän tehokkaita vahvistamaan lantionpohjalihaksia.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisena opinnäytetyönä. Viikka & Airaksinen (2003, 9–10) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö keskittyy työelämää tukevan ja konkreettisen tuotoksen kehittämiseen. Sen tarkoituksena on tuottaa selkeä ja käytännöllinen ratkaisu tai ohjeistus, joka vastaa todelliseen tarpeeseen työelämässä. Työ yhdistää käytännön toteutuksen ja teoreettisen viitekehyksen, mikä edellyttää tutkimuksellista lähestymistapaa sekä ammatillisen osaamisen osoittamista. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi opas, tapahtuman suunnittelu ja toteutus, verkkosisältö tai muu alalle soveltuva tuotanto. Tärkeää on, että työn tulos palvelee kohderyhmäänsä ja että sen raportointi noudattaa tutkimuksellisia periaatteita.

Opinnäytetyömme **tarkoituksena** oli kerätä Pohteen käyttöön tietoa lantionpohjan lihasvoimaharjoittelusta ja gynekologisten leikkausten jälkeisestä kuntoutumisesta potilasohjeiden muodossa. Opinnäytetyön avulla **tavoitteenamme** oli lisätä tietoisuutta lantionpohjan toiminnasta ja gynekologisten leikkausten jälkeisestä kuntoutumisesta sekä näiden vaikutuksesta yksilön toimintakykyyn ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Ohjeille asettamiimme laatutavoitteita oli selkeys, ymmärrettävyys sekä visuaalisuus, sillä halusimme laatia laadukkaat ohjeet, jotka ovat helposti seurattavat ja toimivat, ja jotka toimisivat potilastyön tukena. Tuotimme ohjeet digitaalisessa muodossa niiden jakelun, tallentamisen ja tulostamisen mahdollistamiseksi.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi aiheen valinnalla. Saimme Pohteelta toimeksiantoehdotuksen, jonka aiheesta kiinnostuimme. Työryhmämme koostui neljästä fysioterapeuttiopiskelijasta. Pian aiheen valinnan jälkeen pidimme palaverin Pohteen työelämän edustajien kanssa, jolloin meille selvisi tarve kahdesta erillisestä potilasohjeesta. Päätimme toteuttaa molemmat pyydetyistä ohjeista pareittain yhteiseen opinnäytetyön raporttiin pohjautuen. Keskusteltuamme tarkemmin aiheista päätimme ohjeiden keskittyvän naisten lantionpohjalihasten lihasvoimaharjoitteluun sekä gynekologisten leikkausten jälkeiseen kuntoutumiseen. Opinnäytetyöprosessin käynnistyessä laadimme yhdessä aikataulusuunnitelman, joka toimi koko projektin ajan selkeänä runkona ja auttoi hahmottamaan

työskentelymme vaiheita. Opinnäytetyösuunnitelman aloitimme tiedonhaulla, jossa hyödynsimme myös Oulun yliopiston kirjaston informaation palveluita. Opinnäytetyösuunnitelmaa tarkasteltiin useaan otteeseen sekä ohjaavien opettajien että toimeksiantajien toimesta. Saatujen palautteiden pohjalta se muokattiin lopulliseen versioonsa. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen teimme yhteistyösopimuksen Pohteen kanssa.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa keräsimme tarvittavan tutkimusaineiston ohjeiden laatimista varten ja suunnittelimme sekä rakensimme niiden sisällön. Ohjeista saimme palautetta etenkin työelämän edustajalta, joiden pohjalta muokkasimme ohjeet heidän tarpeitaan vastaaviksi. Ohjeista laadittiin mahdollisimman tiiviit kokonaisuudet, joiden lopullinen ulkoasu noudattaa Pohteen vaatimuksia potilasohjeille logojen ja asettelun osalta. Ohjeiden sisällöt ja visuaalinen ilme suunniteltiin yhdessä, painottaen selkeyttä ja laadukkuutta. Valmiit ohjeet muotoutuivat mielestämme toimiviksi ja selkeiksi kokonaisuuksiksi, joiden uskomme soveltuvan hyvin potilaiden omakuntoutuksen tueksi. Suunnitelmasta poiketen ohjeisiimme ei lisätty havainnollistavia kuvia tilanpuutteen vuoksi. Toimeksiantajan palautteen perusteella potilasohjeet ovat hyvin tarpeelliset ja niitä tullaan hyödyntämään potilastyössä.

Ohjeiden tekemisen yhteydessä aloimme kirjoittamaan opinnäytetyön raporttia. Raportissa käsitelimme opinnäytetyöprosessin etenemistä, ohjeiden valmistamista sekä esittelemme luotettavaan lähdeaineistoon pohjautuvan tietoperustan, jonka avulla perustelimme ohjeiden sisällölliset ratkaisut. Tietoperustan rakentaminen toteutettiin vastuualueittain, jolloin työ jakautui tekijöiden kesken suunnitelmallisesti.

Opinnäytetyöprosessimme eteni pääosin laatimamme aikataulusuunnitelman mukaisesti, vaikka siihen sisältyikin joitakin pieniä muutoksia. Yhteisen ajan löytäminen oli haasteellista neljän hengen ryhmänä ja harvoin pystyimme tekemään työtä kaikki yhdessä. Välillä työ eteni odotettua hitaammin, mutta olimme varautuneet mahdollisuuteen jatkaa osaa työvaiheista syyslukukaudelle. Aikataulussa

pysyminen on vaatinut ryhmältämme aktiivista työskentelyä sekä hyvää yhteistyötä.

Tiedonhaku toteutettiin ensisijaisesti hyödyntäen ammattialan tietokantoja ja kirjallisuutta. Tiedonhaun tukena käytettiin myös Oulun yliopiston kirjastoinformaation palveluita kahteen otteeseen, mikä tuki tavoitteellista tiedonhakuprosessia. Tiedonhaun aikana arvioitiin kriittisesti lähteiden luotettavuutta, pyrittiin tunnistamaan ajantasaisin tutkimustieto sekä tarkasteltiin lähteiden soveltuvuutta opinnäytetyön näkökulmasta. Lähdeaineistona käytettiin pääasiassa vuoden 2016 jälkeen julkaistuja tutkimuksia ja teoksia. Tiedon lähteinä hyödynnettiin muun muassa PubMed-tietokantaa, Terveyskirjastoa sekä muita alakohtaisia, luotettavina pidettyjä tietokantoja.

7 POHDINTA

Valitsimme lantionpohjan fysioterapian opinnäytetyömme aiheeksi, koska halusimme syventää tietämystämme ja kehittää osaamistamme aihealueesta. Kokoimme ymmärryksemme lantionpohjan toiminnasta, toimintahäiriöistä ja niiden vaikutuksesta yksilön kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin syventyneen opinnäytetyöprosessin aikana.

Opimme opinnäytetyöprosessin aikana paljon aiheesta sekä potilasohjauksen selkeyden tärkeydestä. Prosessin myötä syvensimme ymmärrystämme lähdekriittistä ja kehitimme tiedonhakutaitojamme. Tutkimustietoa gynekologisten leikkausten jälkeisestä kuntoutumisesta on saatavilla vähän ja lantionpohjan lihasharjoittelusta tehtyjen tutkimusten tulosten välillä on ristiriitaisuuksia. Tutkimuksissa kävi ilmi, että lantionpohjan lihasten eri osa-alueiden harjoittelussa toisomäärät eroavat toisistaan. Tilaajan pyynnöstä lantionpohjan lihasvoimaharjoittelu naisille- ohjeesta on tehty yhteneväinen Terveyskylän (Ks. sivu 30, Taulukko 3) harjoitusohjeiden kanssa. Tarkemmin eroavaisuuksia on esitetty toiminnallisen harjoittelun osa-alueet -kappaleessa taulukoissa 1–3. Luotettavan ja aiheen kannalta relevantin tutkimustiedon löytäminen oli ajoittain haastavaa. Lantionpohjan lihasvoimaharjoittelun ja raskaamman ponnistelun aloitusajankohta gynekologisen leikkauksen jälkeen riippuu leikkauksen laajuudesta. Tältä osin näyttöön perustuva tutkimustieto on puutteellista, minkä vuoksi Pohde ei voi hyödyntää gynekologisen leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen ohjetta suoraan vertaamalla ohjetta muiden yliopistosairaaloiden vastaaviin ohjeisiin.

Opinnäytetyön luotettavuus on pyritty varmistamaan laadukkaiden lähteiden ja tutkimusten hyödyntämisellä. Tuotos rakentuu monipuoliseen ja laaja-alaiseen lantionpohjan toimintaan ja gynekologisten leikkausten jälkeiseen kuntoutumiseen liittyvään tieteelliseen aineistoon, joka kattaa ajankohtaisia tutkimuksia ja alan kirjallisuutta. Viittasimme asianmukaisesti tietolähteisiin kaikissa opinnäytetyön vaiheissa ja tämä varmistettiin plagioinnin tunnistuksella. (Ks. Arene Ry 2025.) Ohjeiden luotettavuutta ja potilastyöhön soveltuvuutta on arvioinut Pohteen yhteyshenkilön lisäksi Pohteen lantionpohjan fysioterapeutti ja gynekologi, jotka antoivat palautetta tuotteista oman asiantuntemuksensa pohjalta.

Toimeksiantajan palautteen mukaan työn tarkoitus ja tavoitteet toteutuivat ja yhteistyö sujui kiitettävästi.

Yhteistyökumppanimme alkuperäisenä toiveena oli potilasohje kohdunpoiston jälkeisestä kuntoutumisesta. Vähäisen tutkimustiedon vuoksi laajensimme ai-
hetta gynekologisten leikkausten jälkeiseen kuntoutumiseen painottuen kohdun-
poistoon. Näistä aiheista tarvittaisiin lisää laadukasta tutkimustietoa. Lisäksi lan-
tionpohjan lihasvoimaharjoittelusta tarvittaisiin laajempia tutkimuksia useista eri
näkökulmista. Jatkossa voisi olla hyödyllistä kehittää ohjeiden rinnalle digitaali-
nen hoitopolku omakuntoutuksen tueksi. Emme ole keränneet ohjeista palautetta
potilailta, mutta se voisi olla hyödyllistä jatkossa tapahtuvaa ohjeiden kehittämistä
ajatellen.

LÄHTEET

Airaksinen, O. 2017. Lantionpohjan ohjattu lihasharjoittelu ja fysioterapia virtsankarkailun hoidossa. Duodecim Käypä hoito. Luettavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak07222>. Luettu 23.4.2025.

Alduhoori FZ, Walton LM, Bairapareddy KC, Amaravadi SK, Alaparathi GK. 2021. Physiotherapy Practice for Management of Patients Undergoing Upper Abdominal Surgery in United Arab Emirates – A National Survey. Luettavissa: <https://www.dovepress.com/physiotherapy-practice-for-management-of-patients-undergoing-upper-abd-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>. Luettu: 13.5.2025.

Alenius, Heidi 2024. Virtsankarkailu - harjoitteluohje. Lääkärikirja Duodecim. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01184/virtsankarkailu-harjoitteluohje>. Luettu: 2.4.2025

Arene Ry 2025. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Luettavissa: <https://arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2025/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202025.pdf?t=1739803988>. Luettu: 23.5.2025.

Aro, K. 2022. Gynekologiset syövät. Lääkäriin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Luettavissa: [Gynekologiset syövät - Duodecim](#). Luettu: 22.3.2025.

Aukee, P. 2020a. Endometrioosi. Seksuaalilääketiede. Duodecim Oppiportti. Luettavissa: [Endometrioosi - Duodecim Oppiportti](#). Luettu: 2.4.2025.

Aukee, P. 2020b. Gynekologisten leikkausten seksuaaliset vaikutukset. Seksuaalilääketiede. Duodecim Oppiportti. Luettavissa: [Gynekologisten leikkausten seksuaaliset vaikutukset - Duodecim Oppiportti](#) Luettu: 2.4.2025.

Aukee, P. & Palonen, P., 2017. Lantionpohjan lihasten harjoitteluohje. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00565>. Luettu: 25.4.2025.

Brandt, C. & van Vuuren, E.C.J. 2022. Postoperative Physiotherapy in Women Undergoing Pelvic Floor Reconstructive Surgery: A Randomized controlled Clinical Trial. *Physiotherapy Canada* 74(2), s. 126-138. Luettavissa: Postoperative Physiotherapy in Women Undergoing Pelvic Floor Reconstructive Surgery: A Randomized Controlled Clinical Trial. - EBSCO. Luettu: 20.5.2025.

Bordoni B. & Zanier, E., 2013. Anatomic connections of the diaphragm: influence of respiration on the body system. *J Multidiscip Healthc.* 6, s. 281–291. Luettavissa: <https://www.dovepress.com/article/download/13791>. Luettu: 2.4.2025.

Bruck, N., Koskivuo, I. & Veräjänkorva, E. 2019. Kun leikkaushaava ei parane. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 19, s. 135. Luettavissa: Kun leikkaushaava ei parane. Luettu: 30.4.2025.

Castaño-García, C., Díaz-Mohedo, E., Espiño-Albela, A. & Ibáñez-Vera, A. J. 2022. Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine* 12(5), s. 806. Luettavissa: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9142907/>. Luettu: 13.5.2025.

Cecchi Salata, M., de Sousa J., Henriques Jacomo, R., Lucena da Siva, M., Reis Nascimento, T., Rinon Cintra da Cruz, P. & Teixeira Alves, A. 2020. Exercise regimens other than pelvic floor muscle training cannot increase pelvic muscle strength- a systematic review. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 24, s. 568-574. Luettavissa: 10.1016/j.jbmt.2020.08.005. Luettu: 23.4.2025.

Cho, S.T. & Kim, K. H. 2021. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *Journal of exercise rehabilitation*. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35036386/>. Luettu: 2.4.2025

Curillo-Aguirre C. & Gea-Izquierdo E., 2023. Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina* 59(6), s. 1004. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37374208/>. Luettu: 2.4.2025

Da Roza, T.H., Da Silva, H.G.J., Girola, C., Martins, E.M. & Wolpe, R.E. 2020. Physiotherapeutic approach in women undergoing hysterectomy: A systematic review. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal* 18. Luettavissa: <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2020.18.785>. Luettu: 20.5.2025.

De Oliveira, N.F.F., Santuzzi, C.H., da Conceição, T.V., Freitas, J.M.V., Liberato, F.M.G. & Nascimento, L.R., 2024. Pelvic floor muscle training for urinary symptoms, vaginal prolapse, sexual function, pelvic floor muscle strength, and quality of life after hysterectomy: a systematic review with meta-analyses. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. Luettavissa: [Pelvic floor muscle training for urinary symptoms, vaginal prolapse, sexual function, pelvic floor muscle strength, and quality of life after hysterectomy: a systematic review with meta-analyses - ScienceDirect](#). Luettu: 19.5.2025.

Fan, Y., Li, C., Li, L., Liang, H., Ma, D., Shi, W., Yeh, C-H. & Zhang, Z. 2024. Benefits from different modes of slow and deep breathing on vagal modulation. *IEEE Journal of Translational Engineering in Health and Medicine* 12, s. 528–529. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39050620/>. Luettu: 4.6.2025.

Heiskanen, J. Jernfors, V., Parantainen, A., Camut, M., Isotalo, A., Luomala, M., Sinisalo, M., Törnävä, M., Palomäki, K. 2020. *Lantionpohjan fysioterapia*. VK-Kustannus oy. Livonia Print 2020.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2018. *Haavanhoidon periaatteet*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hokkanen, M. & Vierimaa, H. 2019. *Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Härkki, P. 2022. *Adenomyoosi*. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Luettavissa: [Lääkärin tietokannat - Duodecim](#). Luettu: 22.3.2025.

Härkki, P. 2021. *Endometrioosi*. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Luettavissa: [Lääkärin tietokannat - Duodecim](#). Luettu: 22.3.2025.

Härkki, P. & Jokinen, E. 2019. *Gynekologinen kirurgia*. Duodecim Oppiportti. Luettavissa: <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/njs12900>. Luettu: 29.1.2025.

Härkki, P. & Perheentupa, A. 2019. Endometrioosi ja adenomyoosi. Duodecim Oppiportti. Luettavissa: [Endometrioosi ja adenomyoosi - Duodecim Oppiportti](#). Luettu: 17.2.2025.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), s. 291–301. Luettavissa: <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>. Luettu: 28.1.2025.

Karjalainen, P. & Mäkelä-Kaikkonen, J. 2021. Lantionpohjan toimintahäiriöt ovat yleisiä. Suomen Lääkärilehti 76(49), s. 2951–2954. Luettavissa: [Lantionpohjan toimintahäiriöt ovat yleisiä \(49/2021\) - Duodecim](#). Luettu: 16.5.2025.

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. 5. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kela 2025. Omakuntoutuksen käsite korostaa asiakkaan aktiivista roolia. Luettavissa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1020914/omakuntoutuksen-kasite-korostaa-asiakkaan-aktiivista-roolia> Luettu: 21.5.2025

Kiilholma, P. & Nieminen, K. 2009. Gynekologiset laskeumat. Lääkärilehti 125(2), s. 199–206. Luettavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo97785>. Luettu: 6.2.2025.

Kofler, M., Kremser, C., Rudisch, A., Talasz, H. & Talasz, H.J. 2022. Breathing, (S)Training and the Pelvic Floor-A Basic Concept. Healthcare 10. Luettavissa: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/6/1035>. Luettu: 21.5.2025.

Koljonen, V. 2024a. Haavan paranemisen vaiheet. Duodecim oppiportti. Luettavissa: <https://www.oppoportti.fi/oppikirjat/kia00474?>. Luettu: 17.2.2025.

Koljonen, V. 2024b. Haavan paranemisen tyypit. Duodecim oppiportti. Luettavissa: <https://www.oppoportti.fi/oppikirjat/kia00475?>. Luettu: 17.2.2025.

Käypähoito 2017. Virtsankarkailu (naiset). Luettavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50050>. Luettu: 29.1.2025.

Kössi, J., Savikko, J. & Scheinin, T. 2016. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 19, s. 132. Luettavissa: [Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa \(19/2016\) - Duodecim](#). Luettu: 30.4.2025.

Lauri, T., Leppäluoto, J., Rintamäki, H., Vakkuri, O. & Vierimaa, H. 2020. Anatomia ja fysiologia: Rakenteesta toimintaan. 9.–11. Painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Lauri, T., Leppäluoto, J., Mäkelä, K., Rintamäki, H., Vakkuri, O. & Vierimaa, H. 2024. Anatomia ja fysiologia: Rakenteesta toimintaan. Hengitys 183. 14. Uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Mueller, M. G. & Kimberly, K. 2024. Activity Restrictions After Gynecologic Surgery. Obstetrics & Gynecology 143(3), s. 378-382. Luettavissa: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2024/03000/activity_restrictions_after_gynecologic_surgery.9.aspx. Luettu 14.5.2025.

Nair, S.K., Ponmathi, P. & Sivakumar, VPR. 2016. Effectiveness of Physiotherapy management over quality of life in post operative gynaecological patients. Int J Physiother 3(5), s. 548–550. Luettavissa: [View of EFFECTIVENESS OF PHYSIOTHERAPY MANAGEMENT OVER QUALITY OF LIFE IN POST OPERATIVE GYNAECOLOGICAL PATIENTS](#). Luettu: 20.5.2025.

Oulun ammattikorkeakoulu s.a. Opinnäytetyön alussa. Opinnäytetyön vaiheet. Luettavissa: <https://oamk.fi/opiskelu/opinnaytetyo/opinnaytetyon-alussa/>. Luettu: 22.5.2025.

Parantainen, A. 2020. Lantionpohjan lihasharjoittelu virtsankarkailussa. Duodecim oppiportti. Luettavissa: <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/set04607>. Luettu: 29.1.2025.

Pirhonen, H. 2020. Lantionpohjan lihakset. Luettavissa: <https://www.hieros.fi/lantionpohjanlihakset/>. Luettu 25.4.2025.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue. s.a. Fysioterapia aikuisille. Luettavissa: [Fysioterapia aikuisille - Pohde](#). Luettu: 2.6.2025.

Rahkola-Soisalo, P., Raatikainen, K. & Mikkola, T. 2019. Gynekologiset laskeumat s. 639–644. Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo14854.pdf>. Luettu: 29.1.2025.

Rahkola-Soisalo, P., Seikkula, J. & Mikkola, T. 2024. Kohdunpoisto 2020-luvulla 1627. Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www-duodecimlehti-fi.ezp.oamk.fi:2047/xmedia/duo/duo18451.pdf>. Luettu: 8.2.2025.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., & Vuorinen, S. 2020. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Hengitys. 7.–8. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki. Luettu: 13.5.2025.

Savolainen-Peltonen, H. 2018. Kohdunpoiston komplikaatioita. Duodecim Käypähoito. Luettavissa: [Kohdunpoiston komplikaatioita](#). Luettu 19.5.2025.

Sen, S., Toprak, N. & Varhan, B. 2022. The role of diaphragmatic breathing exercise on urinary incontinence treatment: A pilot study. Journal of Bodywork and Movement Therapies 29, s. 146-153. Luettavissa: [The role of diaphragmatic breathing exercise on urinary incontinence treatment: A pilot study - ScienceDirect](#). Luettu: 21.5.2025.

Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Kuntoutus. Luettavissa: [Kuntoutus - Sosiaali- ja terveysministeriö](#). Luettu: 19.5.2025.

Spence, K. & Forro, S. 2023. Anatomy, Bony Pelvis and Lower Limb: Nerves. NCBI Books. StatPearls Publishing LLC. Luettavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532304/>. Luettu: 16.5.2025.

Suomen fysioterapeutit. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Luettavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/terapiaosaaminen.html>. Luettu 1.5.2025.

Suomen fysioterapeutit. s.a. Fysioterapia osana kuntoutusta. Luettavissa: <https://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/fysioterapia-ja-fysioterapeutti/fysioterapia-osana-kuntoutusta.html>. Luettu: 19.5.2025.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2025. Toimintakyky. ICF-luokitus. Luettavissa: <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus>. Luettu: 19.5.2025.

Terveyskylä.fi. 2022. Lantionpohjan lihasten harjoitteluopas. Luettavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutumistalon-opaat/lantionpohjan-lihasten-harjoitteluopas/lantionpohjan-lihasten-vahvistaminen>. Luettu 3.6.2025.

Tiitinen, A. 2025a. Kohdunlaskeuma. Duodecim terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00140>. Luettu 18.2.2025.

Tiitinen, A. 2025b. Lantionpohjan toimintahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Luettavissa: [Lantionpohjan toimintahäiriöt - Terveyskirjasto](#). Luettu: 16.5.2025.

Tim, S. & Mazur-Bialy, A.I. 2024. Physiotherapy interventions in the treatment of pelvic floor dysfunctions after gynaecological oncology procedures: A systematic review 4-6. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction 53. Luettavissa: [Physiotherapy interventions in the treatment of pelvic floor dysfunctions after gynaecological oncology procedures: A systematic review](#). Luettu: 2.4.2025

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Yount, S.M. 2013. The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function. Journal of Midwifery & Women's Health. Volume 58/Issue 5, s. 540-541. Luettavissa: [The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function](#). Luettu: 6.2.2025.