



**FYSIOTERAPIA  
SYNNYTYSTRAUMAN AIHEUTTAMAN  
VAGINISMIN HOIDOSSA**

Mari Kuutti

Opinnäytetyö  
Elokuu 2016  
Fysioterapeuttikoulutus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Fysioterapeuttikoulutus

KUUTTI, MARI:

Fysioterapia synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa

Opinnäytetyö 98 sivua, joista liitteitä 14 sivua  
Elokuu 2016

---

Vaginismi ilmenee emättimen alaosaan ympäröivien lantionpohjan lihasten tahattomana kouristuksena, joka estää penetraation (sisään tunkeutumisen). Vaivaan liittyy kivusta tai sen ennakoinnista johtuvaa pelkovälttämiskäyttäytymistä. Vaginismien taustalla voi olla fyysisiä, psyykkisiä tai parisuhteeseen liittyviä syitä. Jopa sosiaalisia ja kulttuurisia syitä on esitetty. Opinnäytetyössä syvennettiin fyysisen synnytystrauman ja synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressireaktion aiheuttamaan vaginismiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä käytännönläheinen opas synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista ja sen hoidosta fysioterapian keinoin. Vastaavanlaista potilaille ja heitä hoitaville ammattihenkilöille suunnattua suomenkielistä materiaalia ei ole saatavilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista kärsivien naisten ja heitä hoitavien ammattihenkilöiden tietoa vaivasta ja sen hoitoon soveltuvista fysioterapiamenetelmistä.

Opinnäytetyön raporttiosuus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena etsimällä teoretietoa vaginismista, synnytystraumasta ja vaginismien hoitoon soveltuvista fysioterapiamenetelmistä. Lähteinä käytettiin tieteellisiä artikkeleita, lehtiä ja kirjoja, jotka on julkaistu elektronisissa tietokannoissa tai painettuina. Asiantuntijahaastattelut ja lehdistä poimitut naisten kokemukset synnytystraumasta valittiin syventämään raportin käytännönläheistä informatiivisuutta. Opas koottiin raporttiosuuden teoretiedon pohjalta. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimusviestinnän käytäntöjä noudattaen, asianmukaisesti lähteisiin viitaten, argumentoiden ja eettisesti hyväksyttävästi.

On perusteltua valita lantionpohjan fysioterapia vaginismien hoitomenetelmäksi, sillä sen avulla lantion välipohjan lihasten toiminta konkretisoituu potilaalle ja hän voi totuttautua kosketukseen ohjatusti. Psykofyysisen fysioterapian menetelmien avulla potilas voi oppia itsensä rauhoittamisen keinoja, käsittää kehonsa ja mielensä erottamattomana kokonaisuutena ja saada takaisin trauman myötä kadottamansa oman kehon hallinnan tunteen. Itsehoito nojaa fysioterapeuttin ohjaamiin kotiharjoitteluun soveltuviin lantionpohjan fysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian menetelmiin ja sisältää myös muita keinoja omasta kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Ideaalitulanteessa synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoitoon valitaan yksilöllisesti soveltuvimmat lantionpohjan fysioterapian, psykofyysisen fysioterapian ja itsehoidon menetelmät.

Vaginismien ja sen hoidon tutkiminen eri menetelmiä vertaillen on tulevaisuuden haaste fysioterapiatieteelle. Teoria tulisi rantauttaa käytäntöön kehittämällä hoitohenkilöstölle suunnattu koulutus vaginismien kokonaisvaltaisesta hoidosta.

---

Asiasanat: vaginismi, synnytystrauma, fysioterapia

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree programme in Physiotherapy

KUUTTI, MARI:

Physiotherapy in Treating Vaginismus Resulting from Birth Trauma

Bachelor's thesis 98 pages, appendices 14 pages  
August 2016

---

Vaginismus is defined as an involuntary spasm of the pelvic floor muscles surrounding the outer part of the vagina. This interferes with penetration and may cause pain or fear of pain that leads to fear-avoidance behavior. Vaginismus may arise from physical, psychological or relationship related factors, even social and cultural factors are suggested. This study concentrated on vaginismus resulting from birth trauma.

The objective of this study was to increase knowledge of vaginismus resulting from birth trauma and physiotherapy methods that could alleviate the disorder. The purpose of the thesis was to produce a practical guide on the subject. The guide was targeted to women suffering from vaginismus resulting from birth trauma and nursing staff encountering these women. Corresponding material intended for patients and nursing staff is not available in Finnish. The report section of the thesis was implemented as literary research by gathering information from scientific articles, magazines and books published in electronic or printed form. Specialists were interviewed and women's experiences of birth trauma were studied for deepening the practical insight into the subject. The theory of the report section was used as the basis of the guide.

It is reasonable to choose pelvic floor physical therapy as treatment method for vaginismus, since it helps the patient to picture the function of her pelvic floor muscles. Muscle training and desensitizing to the touch are the core of the therapy. With the help of psycho-physical therapy the patient learns methods for calming herself and understands the unity of her mind and body. Self-treatment consists of the applicable methods of pelvic floor physical therapy and psycho-physical therapy instructed by a physiotherapist. Treatment program may also be complemented with other means of holistic well-being. In an ideal situation, the patient who suffers from vaginismus caused by birth trauma will be treated with the customized methods of pelvic floor physical therapy, psycho-physical therapy and self-treatment.

The research of vaginismus and comparing different treatment methods will be a challenge for the physiotherapy science in the future. The theory should be transferred into the practice by developing a training programme for nursing staff on holistic treatment of vaginismus.

---

Keywords: vaginismus, birth trauma, physiotherapy

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
	1.1. Kun keho ei anna unohtaa.....	6
	1.2. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja rajaus .....	7
	1.3. Opinnäytetyön toteutus .....	8
2	VAGINISMI.....	10
	2.1. Vaginismin määrittelyn vaikeus .....	10
	2.2. Vaginismin etiologia.....	13
	2.2.1 Fyysiset tekijät .....	13
	2.2.2 Psyykkiset tekijät .....	14
	2.2.3 Parisuhteeseen liittyvät tekijät.....	16
	2.2.4 Sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät.....	17
	2.3. Vaginismin ilmeneminen lantion välipohjan lihaksissa .....	18
3	SYNNYTYSTRAUMA .....	21
	3.1. Fyysinen synnytystrauma .....	21
	3.2. Synnytyksen jälkeinen traumaperäinen stressihäiriö .....	22
	3.3. Synnytystrauma kokemuksena .....	24
	3.4. Miten ja miksi synnytystrauma voi aiheuttaa vaginismia?.....	25
4	APUA ON SAATAVILLA .....	27
	4.1. Avun hakemisen merkitys ja haasteet.....	27
	4.2. Fysioterapian rooli vaginismin hoidossa .....	28
5	LANTIONPOHJAN FYSIOTERAPIA VAGINISMIN HOIDOSSA .....	31
	5.1. Toimintahäiriöiden hoitoa ja ennaltaehkäisyä .....	31
	5.2. Edukaatio .....	31
	5.3. Lantionpohjalihasten harjoittaminen ja biopalaute.....	32
	5.4. Manuaalinen terapia.....	35
	5.5. Elektroterapia.....	39
	5.6. Vaginadilaattorit .....	40
6	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA VAGINISMIN HOIDOSSA .....	43
	6.1. Perustana kokonaisvaltainen ihmiskäsitys.....	43
	6.2. Stressi- ja rentoutumisreaktio .....	44
	6.3. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä.....	46
	6.3.1 Rentoutustekniikat .....	49
	6.3.2 Hengitysterapia .....	53
7	ITSEHOITO .....	57
	7.1. Itsehoidoksi soveltuvia fysioterapiamenetelmiä.....	57
	7.2. Anatomiaan tutustuminen .....	58

7.3. Oksitosiini avuksi .....	59
7.4. Kosketus hoitona.....	60
7.5. Tietoisuusliikuntaa.....	60
7.6. TRE – Tension & Trauma Release Exercise .....	63
7.7. Vertaistuesta voimaa.....	64
8 TEORIATIEDOSTA KÄYTÄNNÖN OPPAAKSI.....	66
8.1. Hyvän oppaan tuntomerkit.....	66
8.2. Opas: Kun keho ei anna unohtaa – Fysioterapia synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa .....	66
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	69
LÄHTEET.....	72
LIITTEET .....	85
Liite 1. Opas: Kun keho ei anna unohtaa – Fysioterapia synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa .....	85
Liite 2. Lantionpohjalihasten harjoitteluohjelma .....	92
Liite 3. Progressiivinen rentoutusharjoitus.....	94
Liite 4. Rauhoittava hengitysharjoitus.....	95
Liite 5. Joogaa ja venytyksiä lantionpohjan rentouttamiseksi.....	96

# 1 JOHDANTO

## 1.1. Kun keho ei anna unohtaa

Lantionpohjan fysioterapia, raskaus, synnytys ja kätilötyö ovat olleet kiinnostukseni kohteita jo jonkin aikaa ja halusin syventyä niihin myös opinnäytetyössäni. Hakiessani tietoa aiheista tutustuin Vauvantai-nimiseen yritykseen, joka on erikoistunut naisten ja lasten hoitamiseen. Yritys tarjoaa kattavasti kätilö- ja doulapalveluita vauvaa toivoville, raskaana oleville, synnyttävälle ja imettäville äideille ja perheille. (Vauvantai 2015.) Otin yhteyttä Vauvantain yrittäjään helmikuussa 2015 selvittääkseni, olisiko yhteistyömme mahdollista. Yrittäjä pohti opinnäytetyön tarvetta ja mahdollista aihetta ja kertoi kokeneensa työssään tarvetta naisten informointiin synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista. Informaation jakamisen keinoksi tarvittaisiin käytännönläheinen opas siitä, kuinka ongelmaa voidaan hoitaa, mitä nainen voi tehdä itse, kuinka puoliso voi tarjota tukeaan ja minkä alan ammattilaisen puoleen voi tarvittaessa kääntyä. Vastaavanlaista potilaille ja heitä hoitaville ammattihenkilöille suunnattua suomenkielistä materiaalia ei ole saatavilla.

Raskaus ja synnytys ovat naisen elämässä hyvin henkilökohtaisia tapahtumia. Synnytys voi olla monella tavalla naisen maailmaa järjestyttävä kokemus. Parhaimmillaan se on voimaa antava ja pahimmillaan se voi jättää trauman. Termiä *synnytystrauma* käytetään kuvaamaan synnytyksen yhteydessä muodostunutta fyysistä traumaa (Uotila 2015, 558) tai synnytyksen jälkeistä traumaperäistä stressihäiriötä (The Birth Trauma Association 2015). Synnytystrauma voi oirehtia myöhemmin esimerkiksi seksuaalitoiminnan häiriönä, kuten vaginismina. Vaginismi ilmenee emättimen alaosaan ympäröivien lantionpohjan lihasten tahattomana kouristuksena, joka estää penetraation (sisään tunkeutumisen) (Huttunen 2015, 1). Vaginismin taustalla voi olla fyysisiä, psyykkisiä tai parisuhteeseen liittyviä syitä. Jopa sosiaalisia ja kulttuurisia syitä on esitetty. (Räsänen 2003, 224.) Synnytystrauman aiheuttama vaginismi ilman vulvan alueen muuta kiputilaa on melko harvinaista (Törnävä 2016a), joten vaginismin lisäksi on syytä esitellä lyhyesti myös vulvodynia. Vulvodynia on oireyhtymä, jossa esiintyy ulkosynnyttimien alueen kipua ja kirvelyä. Vulvodynian syy on tuntematon, joten sen hoitokin on ongelmallista. (Paavonen 2013a, 1; Paavonen 2013b, 487.)

Vaginismi ja vulvodynia aiheuttavat psykososiaalisia ongelmia. Ahdistus, masennus ja negatiiviset tunteet itseä ja seksuaalisuutta kohtaan heikentävät elämänlaatua. Kipu ja emätinkouristukset voivat estää yhdynnän ja aiheuttaa parisuhdeongelmia. Gynekologiset tutkimukset ovat vaikeita tai mahdottomia, mikä voi aiheuttaa terveystarpeen. Potilas saattaa pitää intiimeistä ongelmistaan puhumista kiusallisena ja pidättäytyä hakeutumasta hoitoon; toisaalta potilaasta voi tulla terveystarpeen suurkuluttaja. (Huttunen 2015, 1; Ward & Ogden 2010, 434, 444; Paavonen 2013a, 1; Paavonen 2013b, 487; Holmes 2001, 18–22.) On ensiarvoisen tärkeää, että vaginismista ja vulvodyniasta kärsivä nainen saa apua ja tukea sekä tietoa vaivastaan ja sen hoidosta. Kaikissa tapauksissa toimivaa täsmähoitoa ei ole, mutta tarjolla on monia hyviksi havaittuja hoitomenetelmiä.

## **1.2. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja rajaus**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä käytännönläheinen opas synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista ja sen hoidosta fysioterapian keinoin. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista kärsivien naisten ja heitä hoitavien ammattihenkilöiden tietoa synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista sekä fysioterapiamenetelmistä, joista voi saada apua vaivan hoitoon.

Vaginismin ja vulvodynian yhteydessä puhutaan usein myös dyspareuniasta, yhdyntäkivusta. Se voi olla vaginismin ja vulvodynian katto- tai rinnakkaiskäsite; se nivoutuu osaksi limittäisiä seksuaalitoiminnan häiriöitä ja kipuoireyhtymiä. Dyspareunian tätä laajempi käsittely rajataan opinnäytetyön ulkopuolelle. Myöskään muihin naisen seksuaalitoiminnan häiriöihin ja lantion alueen kiputiloihin ei syvennyttä.

Opinnäytetyön tekemistä ohjaavia kysymyksiä ovat:

- Mikä on vaginismi?
- Mitä tarkoitetaan synnytystraumalla?
- Miten ja miksi synnytystrauma voi aiheuttaa vaginismia?
- Mitä fysioterapiamenetelmiä voidaan hyödyntää vaginismin hoidossa?
- Mitä fysioterapiamenetelmiä nainen voi käyttää itsehoitona?
- Onko synnytystrauman aiheuttaman vaginismin hoitamiseksi muita keinoja?

### 1.3. Opinnäytetyön toteutus

Käytin **toiminnallisen opinnäytetyöni** tekemisen lähtökohtana Vilkan ja Airaksisen kiteyttämää ohjetta: ”Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava.” (Vilka & Airaksinen 2003, 10.)

Toteutin toiminnallisen opinnäytetyöni **raporttiosuuden** kirjallisuuskatsauksena etsimällä tietoa vaginismista, synnytystraumasta ja vaginismien hoitoon soveltuvista fysioterapiamenetelmistä tieteellisistä lehdistä, artikkeleista ja kirjoista, jotka on julkaistu seuraavissa elektronisissa tietokannoissa: CINAHL Complete (EBSCO), PubMed, Pedro, Cochrane, Terveysportti ja Ovid. Pääsin lähteiden jäljille myös Google- ja Google Scholar -hakukoneiden avulla. Käytin hakusanoina muun muassa termejä:

*vaginismi, vaginismus, vulvodynia*

*synnytystrauma, birth trauma, traumatic childbirth*

*pelvic floor (physiotherapy), lantionpohja(fysioterapia)*

*psykofyysinen fysioterapia*

*relaxation, body awareness, breathing*

Opinnäytetyöni aiheen marginaalisuuden vuoksi lähteiden hakeminen oli salapoliisin työtä; vihje johti toisen luo, lähde viittasi lähteeseen. Tiedonhakuprosessissa toteutui lumipalloefekti; älykkäät tietokannat ja hakukoneet ehdottivat runsaasti saman aihepiiriin julkaisuja. Toinen toistaan mielenkiintoisemmat artikkelit tempasivat mukaansa ja opinnäytetyön aiheen rajausta sekä omaa ajankäyttöä oli mietittävä usein. Tutkimusten lukeminen ja vuosikymmenten takaisten alkuperäislähteiden löytäminen teettivät suurimman työn.

Vaginismien psyko-fyysis-sosiaalisen luonteen vuoksi vaivaan liittyviä tutkimuksia oli tehty usean tieteenalan piirissä. Monet gynekologian, urologian, psykologian, neurologian ja fysioterapian asiantuntijat peräänkuuluttivat lisää tutkimuksia, toisaalta monet heistä kyseenalaistivat koko vaginismien olemassaolon. Vaginismien tutkijapiirit ovat pienet. Samat henkilöt kuuluvat useisiin tutkimusryhmiin ja viittaavat aiempiin tutkimuksiinsa.



Elektronisten lähteiden lisäksi hankin tietoa painetusta kirjallisuudesta ja lehdistä sekä asiantuntijahaastattelujen kautta. Kartoitin suppeasti naisten kokemuksia muodostaen näin teorian lisäksi konkreettisen kuvauksen vaginismista, sen yhteydestä traumaattiseen synnytystapahtumaan sekä vaivan aiheuttamasta haitasta naisen elämässä.

Kokoamaani teorian tietoon perustuen laadin käytännönläheisen **oppaan**, jonka kohderyhminä ovat synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista kärsivät naiset sekä heitä hoitavat ammattihenkilöt. Näin menetellen opinnäytetyöni toiminnallisuus konkretisoitui ja tarkoitus toteutui. Vilkan ja Airaksisen (2003) sanoin:

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista tai toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla alasta riippuen esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus [...] (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

## 2 VAGINISMI

### 2.1. Vaginismien määrittelyyn vaikeus

**Vaginismi** (vaginismus) on seksuaalitoiminnan häiriö, jossa emättimen alaosa ympäröivät lihakset kouristuvat tahattomasti (Räsänen 2003, 220; Huttunen 2015, 1). Tämä on lantionpohjan lihasten puolustusmekanismi, joka voi laueta kun emättimeen työnnetään sormi, penis, tamponi, gynekologisessa tutkimuksessa käytettävä tähystin tai mikä tahansa muu objekti. Lihasten supistumisen aste voi vaihdella lievästä hyvin voimakkaaseen krampinomaiseen emätinkouristukseen, jolloin penetraatio on käytännössä mahdotonta. Tavallisesti lihakset rentoutuvat ja palaavat normaaliin tonukseensa, kun yritys viedä objekti emättimeen päättyy. (Huttunen 2015, 1; Carter & Carter 2013, 19.) Muita vaginismien oireita voivat olla polttava tunne emättimessä tai ympäröivissä kudoksissa ennen tai jälkeen penetraation, terävä kipu emättimessä, kipu alavatsassa tai peräsuolella ja virtsaamispakko (Holmes 2001, 18–22).

Vaginismi voi olla luonteeltaan itsenäistä tai muista sairauksista johtuvaa, yleistynyttä (aina esiintyvä) tai tilannekohtaista (Huttunen 2015, 1). Vaginismi voidaan luokitella primaariseksi tai sekundaariseksi. Primaarisessa vaginismissa nainen ei ole koskaan kyennyt kivuttomaan yhdyntään lantionpohjalihasten kouristuksen vuoksi (Melnik, Hawton & McGuire 2012, 2). Vaiva havaitaan ensimmäistä kertaa yhdyntää yritettäessä tai gynekologisessa tutkimuksessa. Sekundaarisessa vaginismissa yhdyntä muuttuu kivuliaaksi esimerkiksi trauman tai kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Vaiva ei poistu, vaikka fyysiset ongelmat olisi ratkaistu. (Carter & Carter 2013, 35.)

Pacik'n mukaan vaginismipotilaat eivät ole homogeeninen ryhmä, vaan poikkeavat toisistaan huomattavasti oireiden vaikeusasteen mukaan (Pacik 2014, 1613–1615). Taulukossa 1 esitetään Lamont'n (1978) kehittämä luokittelu, jota Pacik edelleen muokkasi. Se havainnollistaa vaginismien vaikeusasteet ja auttaa hoitavaa henkilöä ymmärtämään potilaan kokemusta. Lisäksi luokittelu ohjaa hoidon suunnittelua sekä ennustaa hoidon tuloksellisuutta. (Pacik 2014, 1613–1615.)

TAULUKKO 1. Vaginismien vaikeusasteen luokittelu (Lamont 1978, 633; Pacik 2014, 1615 muokattu)

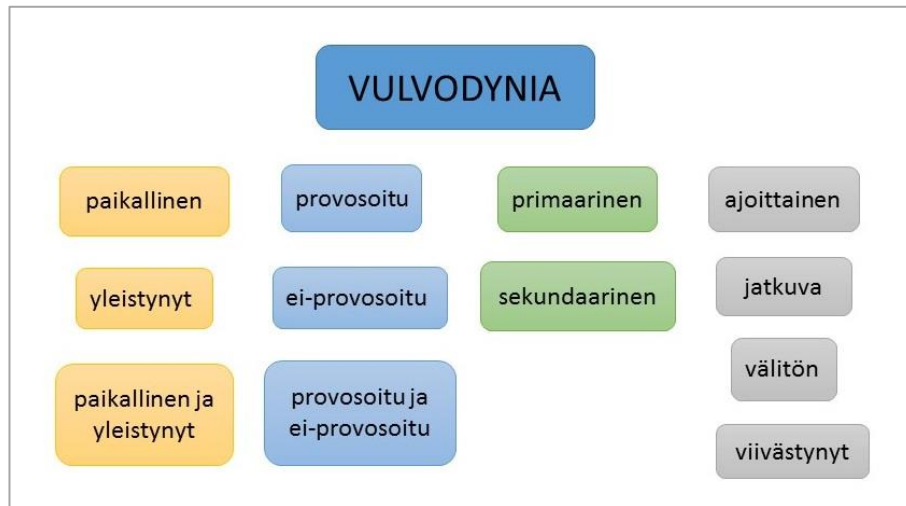
Aste	Kuvaus
Lamont 1	Lantionpohjalihakset ja peräaukon kohottajalihas kouristuvat, mutta potilas pystyy rentoutumaan gynekologisessa tutkimuksessa, kun häntä rauhoitellaan.
Lamont 2	Lantionpohjalihakset kouristuvat. Potilas ei pysty rentoutumaan gynekologisessa tutkimuksessa.
Lamont 3	Peräaukon kohottajalihas kouristuu. Potilas nostaa pakaransa irti tutkimuspöydältä ja vetäytyy nopeasti.
Lamont 4	Lantionpohjalihakset ja peräaukon kohottajalihas kouristuvat. Potilas vetäytyy täysin; hän nostaa pakaransa ja sulkee reitensä.
Pacik 5	Kuten Lamont 4:ssä. Lisäksi viskeraalinen reaktio, johon voi liittyä sydämentykytystä, hyperventilaatiota, hikoilua, kontrolloimatonta vapinaa, huutamista, hysteerisyyttä, halua hypätä pois tutkimuspöydältä, tajunnan menetyksen tunnetta, pahoinvointia, oksentelua ja jopa aggressiota lääkäriä kohtaan.

Vaginismidiagnoosiin päädytään potilaan kertoman oirehistorian ja vaivan tai kivun kuvailun sekä gynekologisen tutkimuksen kautta, kun muut mahdolliset diagnoosit on pois suljettu (Markos 2012, 82–83). Vaginismien erotusdiagnoosi ei kuitenkaan ole yksinkertaista: Reissing ym. (2004) havaitsivat tutkimuksessaan, että emätinkouristus ja kipu eivät riittäneet erottamaan vaginismia vulvan vestibuliittioireyhtymästä<sup>1</sup>. Sen sijaan vaginismipotilailla havaittiin selvästi kohonnuttua lihastonusta lantionpohjan ja emättimen alueella. Lantion alueen tutkimuksiin liittyvä puolustautumis- tai välttämiskäyttäytyminen oli vaginismipotilailla yleisempää ja he kokivat voimakkaampaa ahdistuneisuutta muistellessaan aiempia yhdyntäyrityksiään. Tutkijat ehdottavatkin, että emättimen lihaskouristuksen lisäksi diagnosoinnissa on huomioitava kipu ja kivun pelko, lantionpohjan toimintahäiriö sekä välttämiskäyttäytyminen. (Reissing ym. 2004, 5.)

Kuten todettu, vaginismista kärsivillä naisilla on usein myös vulvodynian oireita (Engman 2007, 8). **Vulvodynia** on krooninen, vähintään kolme kuukautta kestänyt ulkosynnyttimien kiputila, jonka syy on tuntematon. Vulvodynia aiheuttaa arkuutta, kirvelyä ja kipua, jota on kuvailtu polttavaksi, pistäväksi ja viiltäväksi. Vulvodynia voi ilmetä paikallisena emättimen eteisen tai klitoriksen kosketusarkuutena, laajemmalle alueelle yleistyneenä tai näiden sekamuotona. Kipu voi esiintyä vain stimuloituna, kuten yhdynnän tai

<sup>1</sup> Vulvan vestibuliittioireyhtymä eli emättimen eteisen kosketusarkuus on vulvodynian yleisin alatyyppejä. Vestibuliitin kliininen diagnoosi perustuu ns. vanutikkutestiin, jossa arvioidaan kosketuksen aiheuttaman väistöreaktion voimakkuus. (Paavonen 2013a, 1; Paavonen 2013b, 487–489.)

gynekologisen tutkimuksen aiheuttamana, tai spontaanina ilman kosketusta. Ei-provo-soitu ja provosoitu kipu voivat esiintyä myös yhtä aikaa. Kipukokemusta määritellään myös ajan termeillä: kipu on ajoittaista tai jatkuvaa, se ilmenee välittömästi stimuloinnin yhteydessä tai viiveellä. Vulvodynia voi vaginismien tapaan olla primaarista tai sekundaarista. (Bornstein ym. 2016, 128; Cox & Neville 2012, 231; Paavonen 2013a, 1.) Kuvio 1 selventää vulvodyniaan liittyviä määreitä.



KUVIO 1. Vulvodyniaan liittyviä määreitä (Bornstein ym. 2016, 128)

Vulvodynian etiologia on huonosti tunnettua, mutta esimerkiksi muut sairaudet ja kiputilat, perinnöllisyys, hormonaaliset tekijät, infektiot, lantionpohjan rakenteisiin liittyvät häiriöt sekä hermostolliset ja psykososiaaliset tekijät voivat lisätä kipuoireyhtymän syntymisen riskiä (Cox & Neville 2012, 231–232; Bornstein ym. 2016, 128). Kliininen kokemus viittaa siihen, että gynekologiset tai raskauteen liittyvät kirurgiset toimenpiteet altistavat yleistyneelle vulvodynialle (Paavonen 2013b, 487).

Vulvodynian tieteellinen tutkimus on ollut vaatimatonta, mutta sen hoitoa on pyritty yhdenmukaistamaan kliiniseen kokemukseen pohjautuen. Kivun luonteesta riippuen hoitona on käytetty muun muassa trisyklisiä masennuslääkkeitä, paikallishoitovalmisteita, pistohoitoja, kirurgiaa, akupunktiota, seksuaali- ja psykoterapiaa sekä fysioterapiaa. Fysioterapiamenetelmät ovat pitkälti samanlaisia kuin vaginismien hoidossa käytetyt. (Paavonen 2013b, 487; Cox & Neville 2012, 233–234, 238.)

## 2.2. Vaginismien etiologia

Tutkijoiden mielipiteet vaginismien etiologiasta ovat ristiriitaisia. Ward ja Ogden (2010) selvittivät vaginismista kärsivien naisten käsityksiä vaivansa syistä, saivat selityksiksi laajan kirjon psykososiaalisiksi luokiteltavia tekijöitä ja ehdottivat tutkimuksensa tuloksiin perustuen, että vaginismista alettaisiin puhua mieluummin psykososiaalisena kokemuksena kuin psykoseksuaalisena ongelmana (Ward & Ogden 2010, 431). Binik ym. (2002) puolestaan ehdottavat, että vaginismi määriteltäisiin kipuoireyhtymäksi ja kritisoivat vaivan etiologiasta tehtyjä tutkimuksia puutteellisiksi (Binik ym. 2002, 427). Vaikka opinnäytetyössä syvennytään synnytystraumaan vaginismien lähtökohtana, vaivan ymmärtämiseksi on hyödyllistä tarkastella etiologiaa laajemmin. Ennen vaginismien mahdollisiin fyysisiin, psyykkisiin, parisuhteeseen ja sosiaalis-kulttuurisiin syihin paneutumisesta on todettava, että ne kaikki kietoutuvat toisiinsa eikä vaivan laukaisevaa tekijää voida aina nimetä.

### 2.2.1 Fyysiset tekijät

Lantion patologiaa on pidetty sekä vaginismien synnä, että sitä ylläpitävänä tekijänä. Shafic ja El-Sibai (2002) selvittivät tutkimuksessaan emätinkouristukseen osallistuvia lihaksia ja havaitsivat lisääntyntä elektromyografista aktiivisuutta (EMG, lihassähkökäyrä) peräaukon kohottajalihaksessa, häpyluu-peräsuolilihaksessa ja paisuvaislihaksessa (*m. bulbocavernosus / bulbospongiosus*) sekä levossa että vaginadilaattorin käytön yhteydessä. He esittivät, että häiriintynyt sakraalirefleksikaari saattaa olla osallisena lantionpohjan lisääntyneeseen reaktiivisuuteen. (Shafik & El-Sibai 2002, 67.) Myös Frasson ym. (2009) havaitsivat samankaltaista reaktiivisuutta paisuvaislihaksessa ja he päättelivät, että keskushermostoon liittyvät neurofysiologiset poikkeavuudet voivat olla osallisina vaginismissa (Frasson ym. 2009, 118–121).

Emätinkouristus ja krooninen lantionpohjan alueen jännitystila voivat johtua koetusta kivusta, kivun pelosta tai sen ennakoinnista (Binik 2002, 427). Nosiseptiivistä kipua aiheuttavat hermoimpulssit muodostuvat sensoristen hermosyiden vapaissa hermopäätteissä. Näissä hermopäätteissä on kipureseptoreita, jotka aktivoituvat esimerkiksi mekaanisesta ärsykkeestä. (Sand ym. 2013, 152–153.) Binik ym. (2002) kertovat tutkimuksesta, jossa vaginismista kärsiviä naisia oli verrattu vulvan vestibuliittioireyhtymää sairastaviin

sekä oireettomaan kontrolliryhmään. Sekä vaginismista että vestibuliitista kärsivät naiset ilmoittivat tuntevansa kipua vanutikkutestissä, eikä ryhmien välillä ollut merkittävää eroa kivun kokemuksessa. Huomattavaa tutkimuksessa oli myös se, että monen vaginismipotilaan vaivaa ei luonnehtinut emätinkouristus, vaan kroonisesti jännittyneet lantionpohjalihakset. (Binik 2002, 426–427.)

Muita vaginismiin johtavia fyysisiä syitä voivat olla kireä immenkalvo (Räsänen 2003, 224); krooninen lantionpohjan lihasten hypertonia (jännitystilä); estrogeenitasojen pienenemisen aiheuttamat muutokset vaginan rakenteessa ja kudoksissa vaihdevuosien jälkeen (Meana 2009, 200–201); episiotomian tai muun sukupuolielinten alueen kirurgian tai toimenpiteen aiheuttama kudonvaurio (Meana & Binik 1994, 269); normaali tai vaikea alatiesynnytys, synnytyskomplikaatiot, sektio ja keskenmeno; lantion alueen traumat; hankalat ja kivuliaat gynekologiset tutkimukset; väkivaltainen seksuaalinen teko, kuten hyväksikäyttö tai raiskaus; sekä lääkityksen sivuvaikutukset (Vaginismus.com 2015). Hiller'n (2000) teorian mukaan sukupuolielinten verisuonten tahaton supistuminen estää ne anatomiset muutokset, joita tarvitaan onnistuneeseen yhdyntään. Hän vertaa vaginismia miesten erektio-ongelmiin. (Hiller 2000, 88.) Toisaalta ei ole tutkittu, kuinka moni nainen nauttii yhdynnästä ongelmitta huolimatta genitaalialueen verenkiertohäiriöstä (Ng 2000, 91).

Lantion alueen kroonista kipua ja sen hoitoa tutkineiden Wise ja Anderson'n (2014) mukaan krooninen lantionpohjalihasten supistumistila muodostaa kivuliaita triggerpisteitä, kouristuksia ja kroonista hypertonisuutta, heikentynyttä verenkiertoa sekä häiritsee alueen hermojen, verisuonten ja muiden rakenteiden toimintaa. Tämä johtaa jännittyneisyyden, ahdistuneisuuden ja kivun kierteeseen, jota ei ole osattu tunnistaa ja hoitaa. (Wise & Anderson 2014, 111–112.) Vaginismien oireita voidaan väheksyä, mikäli vaivaan ei löydetä biologista syytä – monien lääkäreiden on hankalampaa arvioida psykologisia ja parisuhteeseen liittyviä tekijöitä (Holmes 2001, 18–22).

### **2.2.2 Psyykkiset tekijät**

Lantionpohjan patologiaan liittyvät ongelmat vaginismien aiheuttajina eivät saa tutkijoiden keskuudessa yksimielistä kannatusta: Lantionpohjan lisääntynyt jännittyneisyys ja lihasten kouristusreaktio ovat useiden tutkimusten mukaan suojaava mekanismi, jonka

laukaisee ei-toivottu tai kivuliaaksi ennakoitu vaginaalinen penetraatio. Van der Velde ja Everaerd (2001) arvioivat tutkimuksessaan muun muassa lantionpohjalihasten tahattoman toiminnan ja naisten kokeman uhkan yhteyttä toisiinsa. Naisille näytettiin otteita filmeistä, jotka olivat seksuaalisesti tai muutoin uhkaavia sekä neutraaleja tai eroottisia katkelmia. Vaginan lihasten toimintaa mitattiin lihassähkökäyrällä (EMG) ja naiset arvioivat itse kokemaansa uhkaa. Katkelmat uhkaavista filmeistä lisäsivät lantionpohjalihasten aktivaatiota, toisin kuin katkelmat eroottisista tai neutraaleista filmeistä. Tutkimuksen tulokset todistivat osaltaan, että tahaton lantionpohjalihasten aktivaatio on ehdollistunut ja vaistomainen suojareaktio. (van der Velde & Everaerd 2001, 395, 407.) Carter ja Carter (2013) ovat samoilla linjoilla: Heidän mukaansa vaginismi ei johdu naisen sukupuolielinten fyysisestä poikkeavuudesta, vaan kehon ja mielen lähettämistä seksuaalisuutta häiritsevistä viesteistä, joihin lantionpohjalihakset vastaavat kouristusrefleksillä (Carter & Carter 2013, 20, 24).

Seksuaalisuuteen liittyvät traumaattiset kokemukset, kuten raiskaus, pakkoseksi, inesti ja pedofilia, altistavat vaginismien kehittymiselle (Huttunen 2015, 1). Etenkin lapsuuden-aikainen seksuaalinen hyväksikäyttö tai nuoruusiän ahdistavat kokemukset voivat olla tietoisuudesta torjuttuja, mutta oireilevat aikuisiällä emätinkouristuksen muodossa (Reissing ym. 2003, 53; Huttunen 2015, 1).

Negatiivisten seksuaalisuuteen liittyvien asenteiden ja odotusten sekä ahdistuneisuuden katsotaan osaltaan altistavan yhdyntäkivun kehittymiselle (Meana 2009, 201). Seksuaalivalistuksen puute sekä vääristynyt tieto seksuaalisuudesta ja oman kehon toiminnasta saattavat olla negatiivisten tunteiden taustalla (Carter & Carter 2013, 59). Reissing ym. (2003) toteavat, että vaginismista kärsivillä naisilla on negatiivisempi seksuaalinen skeema<sup>2</sup> itsestään ja he tuntevat vähemmän seksuaalista halua, mielihyvää ja kiihottuneisuutta. Edellä mainitut voivat tosin olla sekä vaginismien syitä, että seurauksia. (Reissing ym. 2003, 53–55.)

Pelko mainitaan monessa lähteessä vaginismien syynä, mutta Ng (2000) käsittää pelon keskeisenä oireena, ei syynä: Ilman kivun pelkoa ei hänen mukaansa ole vaginismia eli syytä estää penetraatio koristuksella. (Ng 2000, 91.) ”Joillakin naisilla pelkkä ennakoiva

---

<sup>2</sup> Skeema on Youngin mukaan laaja, läpitunkeva teema tai toimintamalli (Young, Klosko & Weishaar, 2008, 34).

ajatus sormen, peniksen tai esineen työntämisestä emättimeen aiheuttaa lantionpohjan lihasten kouristuksen.” (Huttunen 2015, 1.) Pelko voi liittyä myös kontrollin menettämiseen, ei-toivottuun raskauteen, suorituskyvyn puutteeseen tai tunteeseen omasta riittämättömyydestä (Carter & Carter 2013, 59–60).

### 2.2.3 Parisuhteeseen liittyvät tekijät

Vaginismiin johtavia parisuhteeseen liittyviä negatiivisia tunteita voivat aiheuttaa esimerkiksi kommunikaation ja luottamuksen puute tai puolison uskottomuus, ylipäättään epätydyttävä parisuhde. Seksuaalisen halun puuttuminen tai riittämätön esileikki ennen yhdyntää saavat naisen kehon puolustusrefleksin heräämään, samoin pelko aggressiosta, väkivallasta tai torjutuksi tulemisesta. (Carter & Carter 2013, 58–59.) Meanan (2009) mukaan parisuhteeseen liittyvät tekijät eivät yleensä ole ensisijaisia vaginismin aiheuttajia, mutta ne voivat vaikeuttaa tilannetta: Kumppani voi tulkita kivun ja välttämiskäyttäytymisen olevan merkki kiinnostuksen ja sitoutumisen puutteesta, jolloin hän saattaa pahoittaa mielensä ja joko painostaa naista tai vetäytyä itse. (Meana 2009, 201.)

Kättilö Silja Seppänen (2015) mainitsee seikan, jota voidaan pitää mahdollisena parisuhteeseen liittyvänä syynä vaginismiin: Nainen voi projisoida vaikeat tunteensa synnytyksessä läsnä olleeseen puolisoonsa, syyttää häntä traumaattisesta kokemuksestaan: Puoliso ei pystynyt suojelemaan naisen koskemattomuutta eikä puolustanut naisen tahtoa silloin, kun hän ei siihen itse kyennyt. (Seppänen 2015.) Puoliso voi kokea riittämättömyyttä ja syyllisyyttä, syntyy mahdollisesti kommunikaatio-ongelmia ja negatiivisia tunteita, jotka heijastuvat parin sukupuolielämään.

Fyysisten, psyykkisten ja parisuhteeseen liittyvien syiden mahdollinen yhteys on esitetty kuviossa 2. Vaginaa ympäröivien lihasten kouristus – olipa se sitten syy, reaktio tai ylläpitävä tekijä – on erottamaton osa vaginismin kipuun liittyvää pelko-välttämismallia (Reissing, Armstrong & Allen 2013, 308). Vaginismi tekee yhdynnästä kivuliasta ja kipu luo edellytykset seksiin liittyviin negatiivisiin asenteisiin, välttämiskäyttäytymiseen ja parisuhdeongelmiin (Meana 2009, 198).





KUVIO 2. Kivun kehä (Vaginismus.com 2015, muokattu)

#### 2.2.4 Sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät

Seksuaalisuuden merkitys ja seksuaalisuuteen liittyvät arvot ovat kulttuurisidonnaisia (Kabakçi & Batur 2003, 278) ja monet tutkijat (esim. Ng 2000; Meana 2009) tunnustavat sosiaalisten ja kulttuuristen syiden merkityksen vaginismien synnyssä, vaikka niiden vaikutusta onkin vaikeaa määrittää empiirisesti kulttuurienvälisen datan puuttuessa (Meana 2009, 202). Ng'n (2000) mukaan vaginismien psykoanalyttisistä, freudilaisesta tulkinasta (intrapersonal) on siirrytty modernimpaan lähestymistapaan, joka korostaa naisen kehon rajoja suhteessa sosiaaliseen ympäristöön (interpersonal) (Ng 2000, 92).

Uskonnollinen puhtasoppisuus voi olla vaginismien riskitekijä (Binik, Bergeron & Khalife 2007, 131). Suvunjatkamista on perinteisesti pidetty sukupuoliyhdynnän pääasiallisena tarkoituksena esimerkiksi kristinuskossa ja hindulaisuudessa. Joissain yhteisöissä naisen sosiaalinen arvo mitataan äitiydellä, jopa kyvyllä synnyttää poika. Vaginismista kärsivä nainen saa kantaakseen raskaan psyykkisen taakan, kun häneen kohdistetaan paine synnyttää lapsi ja todistaa siten miehensä hedelmällisyys. Järjestetyssä avioliitossa riski vaginismien kehittymiseen on ilmeinen: nainen ei välttämättä tunne puolisoaan kunnolla, saati luota häneen. Vaikka sukupolvet vaihtuvat ja seksuaalisuuteen liittyvät asenteet lieventyvät, tietyt moraaliin ja siveellisyyteen liittyvät käsitykset elävät yhä. (Holmes 2001, 18–22.)

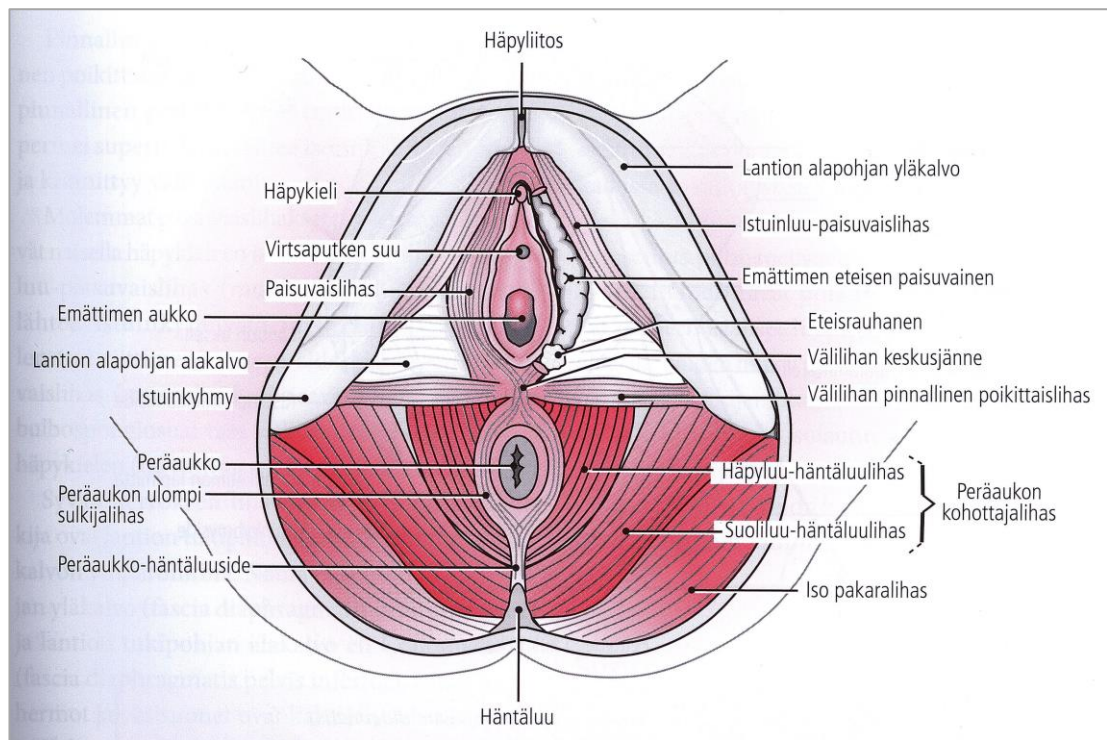
Uskontoon ja kulttuuriin liittyvät arvot kietoutuvat toisiinsa (Holmes 2001, 18–22). Nais-  
ten sosiaalipoliittinen alistaminen ja heidän arvonsa määrittely seksuaalisuudesta käsin  
johtaa siihen, että seksuaaliongelmista kärsivät naiset leimataan ja heidän naiseutensa ky-  
seenalaistetaan. Monet vaginismista kärsivät naiset kokevat riittämättömyyttä sekä pai-  
netta täyttää kumppaninsa halut, vaginismien aiheuttamasta kivusta huolimatta. (Meana  
2009, 202.)

Sukupolvien välisestä vaikutuksesta vaginismiin ei Meanan (2009) mukaan ole suorana-  
isia tutkimuksia, mutta negatiiviset asenteet, ankara kasvatus ja seksuaalisuuden pitämi-  
nen tabuna altistavat seksuaalivalistuksen ja tiedon puutteelle. Perheestä lähtöisin oleva  
hyväksikäyttö ja lapsen alistaminen ovat vaginismien riskitekijöitä. (Meana 2009, 202.)

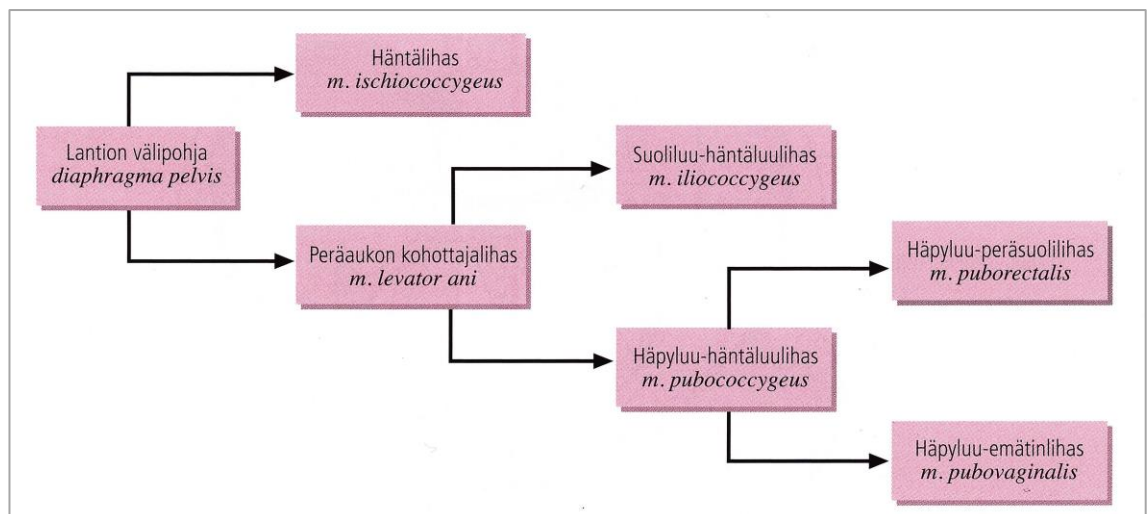
### 2.3. Vaginismien ilmeneminen lantion välipohjan lihaksissa

Lantionpohja jakautuu kahteen kerrokseen, sylinterimäiseen lantion välipohjaan  
(*diaphragma pelvis*) ja lantion alapohjaan (*diaphragma urogenitale*). Lantion välipohja  
muodostuu häntälihaksesta (*m. coccygeus*), peräaukon kohottajalihasesta (*m. levator  
ani*) ja niitä ylä- ja alapuolelta peittävästä sidekudoksesta (*l. fasciae*). Lantion välipohja  
sijaitsee häpykaaren, istuinkyhmyjen ja häntäluun välisellä alueella. (Litmanen 2015, 86;  
Moore, Dalley & Agur 2014, 339.)

Vaginismissa emättimen uloimman kolmanneksen lihakset, erityisesti peräaukon kohot-  
tajalihas, kouristuvat tahattomasti (Holmes 2001, 18–22). Peräaukon kohottajalihas ra-  
kentuu useammasta, kiinnityskohtien ja lihassäikeiden kulkusuunnan mukaan nimetystä  
osasta: Häpyluu-häntäluulihaksen (*m. pubococcygeus*) virtsaputkea ja emättimen aukkoa  
ympäröivää osaa kutsutaan häpyluu-emätinlihakseksi (*m. pubovaginalis*) ja peräsuolta  
ympäröivää osaa häpyluu-peräsuolilihakseksi (*m. puborectalis*). Lihasuryhmä muodostaa  
peräaukon kohottajalihasen anteriorisen osan. Posteriorisen osan muodostaa suoliluu-  
häntälihas (*m. iliococcygeus*). (Litmanen 2015, 86; Moore ym. 2014, 342.) Kuviossa 3  
havainnollistetaan lantion välipohjan lihaksia ja kuviossa 4 lihasten suhdetta toisiinsa.



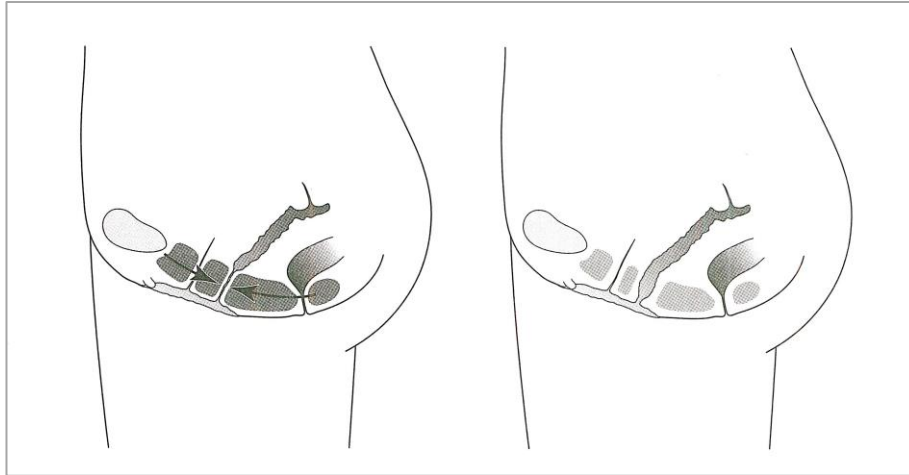
KUVIO 3. Lantion välipohjan lihakset ja muu anatomia alhaalta päin kuvattuna (Litmanen 2015, 87)



KUVIO 4. Lantion välipohjan lihakset (Litmanen 2015, 86)

Peräaukon kohottajalihas on supistunut toonisesti suurimman osan aikaa, näin se tukee lantion alueen sisäelimiä ja osallistuu virtsaamisen ja ulostamisen kontrollointiin. Lihas supistuu aktiivisesti esimerkiksi voimakkaan uloshengityksen, yskimisen, aivastamisen

ja oksentamisen aikana sekä yläraajojen voimakkaiden liikkeiden aikana, nostaessa painavia tavaroita, silloin kun tarvitaan tukea keskivartalosta. (Moore ym. 2014, 342.) Lantion välipohjan lihasten, etenkin häpyluu-häntäluulihasten, supistuminen ja rentoutuminen vaikuttavat yhdyntään (Litmanen 2015, 86; Carter & Carter 2013, 19). Vaginismissa penetraatio on mahdotonta, koska lihakset kouristuvat tahattomasti ja sulkevat vaginan aukon. Kuvio 5 esittää häpyluu-häntäluulihasten (*mm. pubococcygeus*) toimintaa sivusta katsottuna.



KUVIO 5. Häpyluu-häntäluulihasten toiminta. Vasemmalla lihakset supistuvat ja oikealla ne ovat rentoutuneessa, normaalissa tonuksessa (Carter & Carter 2013, 101)

### 3 SYNNYTYSTRAUMA

#### 3.1. Fyysinen synnytystrauma

Raskauteen ja synnytykseen liittyy fysiologisia muutoksia, jotka altistavat lantionpohjan toimintahäiriöille: Kasvava kohtu aiheuttaa mekaanisen paineen lantionpohjan kudoksille ja hormonimuutokset valmistavat lantion alueen kudoksia venymiseen. Vaikeaan alatiesynnytykseen liittyvä lantionpohjan vaurioituminen voi tapahtua suoran lihas-, hermo- ja sidekudosvamman tai näiden yhdistelmien pohjalta. Emättimen ja välilihan repeämiä voi tulla itsestään tai välilihan leikkaamiseen (episiotomia) liittyen. (Aukee & Tihtonen 2010, 2381.) Välilihan vauriot jaetaan vaurion laajuuden mukaan neljään asteeseen: Ensimmäisen asteen repeämä rajoittuu välilihan pinnalliseen lihaskerrokseen. Toisen asteen repeämässä välilihan ja lantionpohjan syvät lihakset ovat vaurioituneet. Kolmannen asteen repeämässä peräaukon sulkijalihas (*m. sphincter ani*) on repeytynyt ja neljännessä asteessa myös peräsuolen limakalvo. (Uotila 2015, 559.) Vaikeille synnytysrepeämille altistavia tekijöitä ovat imukuppi- tai pihtisynnytys, ensisynnyttäjäisyys, yli 4kg:n painoinen sikiö, sikiön tarjontavirhe ja pitkittynyt aktiivinen ponnistusvaihe (Raussi-Lehto 2015, 271; Aukee & Tihtonen 2010, 2381).

Pienet pinnalliset ja niukasti vuotavat vauriot paranevat itsestään ilman ompeluakin. Mikäli vaurio vaatii ompelemista, se on tehtävä erityisen huolellisesti. Varsinkin emättimen sivukudos on löyhää ja pintaompeleiden alle jäävä vuotava suoni aiheuttaa kivuliaan paravaginaalisen hematooman. (Uotila 2015, 559; Uotila & Tuimala 2011, 465.) Hematoomien muodostuminen ja fibroplastien (sidekudossolut) lisääntyminen voivat johtaa liialliseen arpikudoksen muodostumiseen, jolloin syntyy mekaaninen este lihas- ja hermosäikeiden korjautumiselle (regeneraatio). Taitamattoman ompelun seurauksena vaginan aukko voi kaventua ja väliliha madaltua. (Tan, Ruane & Sherburn 2013, 7; Holmes 2001, 18–22.) Muita äidin fyysisiä synnytystraumoja ovat kohdun tai kohdunkaulan repeämä, luisen lantion vauriot ja kohdun nurinkääntyminen (Uotila 2015, 558–563).

Riskiryhmiin kuuluvat synnyttäjät löydetään tarkan raskausseulonnan perusteella. Synnytyksiä hoitavalla yksiköllä ja henkilökunnalla on oltava valmius ennakoida ja hoitaa synnytyshäiriöt, kuten sikiön ahdinko synnytyksen aikana, pitkittynyt synnytys ja häiriöt synnytyksen etenemisessä sekä avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheen häiriöt. (Uotila

2015, 526, 557; Äimälä 2015a, 537, 539, 548; Äimälä 2015b, 401–403.) Synnytysopeeraatiot, kuten perätarjonnan ulosautto, imukuppi- ja pihtisynnytys ja sektio ovat toimenpiteitä, joilla pyritään viemään synnytys toivottuun lopputulokseen (Uotila & Tuimala 2011, 468). Kaikki lääketieteelliset keinot on käytettävä jos äidin tai sikiön hyvinvointi vaarantuu (Äimälä 2015b, 402). Toisinaan länsimaisessa pitkälle medikalisoituneessa synnytyuskulttuurissa puututaan kuitenkin tarpeettomasti synnytyksen luonnolliseen kulkuun; unohdetaan että raskaus ja synnytys eivät ole sairauksia eikä nainen lähtökohtaisesti ole potilas. Synnytystä voidaan nopeuttaa puhkaisemalla sikiökalvot tai antamalla synnyttäjälle supistuksia tehostavaa oksitosiinia. Tämä voi tehdä synnytyksestä kivulihaan ja vaikeamman, jolloin synnyttäjä saattaa tarvita enemmän kipulääkitystä, mahdollisesti episiotomian tai synnytysoperaation. (Wise & Anderson 2014, 374.) Pitkittynyt ja kivulias synnytys, vaativat toimenpiteet ja sektio lisäävät mahdollisen fyysisen trauman aiheutumisen lisäksi myös psyykkisen traumatisoitumisen riskiä (Beck 2004, 29–30).

### **3.2. Synnytyksen jälkeinen traumaperäinen stressihäiriö**

Käsite *synnytystrauma* viittaa myös psyykkiseen traumatisoitumiseen. Englantilainen hyväntekeväisyysjärjestö The Birth Trauma Association määrittelee synnytystrauman traumaperäiseksi stressihäiriöksi (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD), joka puhkeaa synnytyksen jälkeen (The Birth Trauma Association 2015). Beck (2004) kuvailee synnytystraumaa synnytyksen aikaiseksi tapahtumaksi, joka aiheuttaa tai uhkaa aiheuttaa vakavan vamman tai kuoleman äidille tai hänen lapselleen. Synnyttävä nainen kokee tällöin voimakasta pelkoa, avuttomuutta ja kauhua sekä tuntee menettävänsä kontrollin tapahtumiin. Kokemus voi johtaa synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressihäiriön puhkeamiseen. (Beck 2004, 28.)

Traumaperäinen stressihäiriö on psyykinen prosessi, joka käynnistyy rasittavan, järkyttävän ja poikkeuksellisen traumatisoivan tapahtuman seurauksena. Jotta tapahtumalla ja sitä seuraavalla mielenterveyden häiriöllä olisi todennäköinen syy-yhteys, tapahtuman tulee olla selvästi tavanomaisesta elämäntapahtumasta poikkeava, yksilön voimavarat ylittävä ja useimmiten kertaluonteinen. Traumaperäisen stressihäiriön liittyy jatkuvia muistikuivia ja hetkellisiä voimakkaita takauksia. Henkilö näkee painajaisunia tai ahdistuu oloissa, jotka muistuttavat traumaattisesta tapahtumasta. Hänellä on psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireita. Stressitapahtuman yllätyksellisyys ja jatkoseuraamusten

heikko ennustettavuus lisäävät psyykkisen trauman stressaavuutta, samoin henkilökohtaista koskemattomuutta loukkaava teko tai muu toisen ihmisen toiminnasta aiheutunut tahallinen teko. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Monet riskitekijät voivat altistaa naisen synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressihäiriön puhkeamiselle. Objektiiiset riskitekijät liittyvät synnytystapaan. Niitä voivat olla puutteellinen kivunlievitys, synnytyksen käynnistäminen, invasiiviset toimenpiteet, pitkittynyt synnytys tai lyhyt ja hyvin kivulias synnytys, hätäsektio ja synnytyksessä vammautuneen tai kuolleen lapsen synnytys. Subjektiiivisia riskitekijöitä ovat naisen kokemukset: henkilökunta on epäystävällistä, eikä tarjoa tukea tai tarpeeksi informaatiota tehdyistä toimenpiteistä. Nainen voi kokea, että häntä ei kuunnella, hänen yksityisyyttään loukataan tai hän tulee häväistyksi. Traumaperäiselle stressihäiriölle altistavat myös huonot kokemukset aiemmista synnytyksistä sekä eroavaisuudet odotetussa ja todellisessa synnytystapahtumassa. (The Birth Trauma Association 2015; Beck 2004, 29–30.)

Synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressihäiriön pitkäaikaisvaikutuksista ollaan tullut tietoisemmiksi: parisuhdeongelmat, seksuaalitoiminnan häiriöt, synnytyspelko ja vaikeudet äidin ja lapsen kiintymyssuhteessa ovat tutkimuksissa esiin nousseita kroonisia oireita. Etenkin traumaattisen synnytyksen vuosipäivän aikoihin ilmenevät psykofyysiset oireet, kuten unettomuus, paniikkikohtaukset, masennus ja dissosiaatio, aiheuttavat tarpeetonta kärsimystä ja heikentynyttä elämänlaatua. (Beck 2009, 190–195.) Dissosiaatio on lieväästeisena tavallinen ja normaali psyyken reaktiotapa ja hallintakeino mielen tasapainoa järkyttäviin voimakkaisiin tunteisiin, kuten äkillisiin traumaattisiin kokemuksiin liittyvään pelkoon, kauhuun ja häpeään. Myöhemmin mikä tahansa traumaan liittyvä ärsyke voi laukaista tunnemuistolta suojaavan dissosiaation. Henkilö ei tällöin kykene yhdistämään ajatuksiaan, tunteitaan, havaintojaan tai muistojaan mielekkääksi kokonaisuudeksi. Psyykkisen oirehdinnan lisäksi dissosiaatio voi joskus ilmetä myös ruumiillisina oireina, kuten kouristuksina, lihasnykäyksinä, särkyinä ja kipuina. (Huttunen 2014.) Rosenbaum'n (2011) mukaan monet vaikea-asteisesta vaginismista kärsivät naiset dissosioivat, kun fysioterapiassa edetään potilaan fyysiseen tutkimiseen. Tämä tapahtuu etenkin potilaille, joiden oireilun taustalla on trauma tai seksuaalinen hyväksikäyttö. (Rosenbaum 2011, 90.)

### 3.3. Synnytystrauma kokemuksena

”Me emme tarvitse trauman määritelmää: me tarvitsemme kokemukseen perustuvan käsityksen siitä, miltä trauma tuntuu.” (Levine 2008, 34.)

Naisen kokemus traumaattisesta synnytyksestä saattaa poiketa huomattavasti hoitohenkilökunnan käsityksestä tapahtuneesta: Toisen kauhukokemus voi olla toiselle sairaalan rutiinia. (Beck 2004, 28.) Naisen henkilökohtaista kokemusta synnytykseen liittyvästä itsemääräämisoikeuden menettämisestä ja luvattomasta kajoamisesta ei voi kukaan toinen kiistää. Kätilö Silja Seppäsen mukaan kokemusta on kuvattu jopa termillä synnytysraiskaus (Seppänen 2015). Termin kuvaama äärimmäinen seksuaalinen väkivallanteko tilanteessa, jossa synnyttävän naisen tulisi kokea olevansa turvassa, voi jättää kauaskantoiset seuraukset (Beck 2009, 190–195).

Helsingin Sanomien synnytystraumasta kertovaan artikkeliin haastateltu Minna kuvaa luomusynnytyksestä hätäsektioon vaihtunutta kokemustaan väkivaltaiseksi (Pystynen 2011):

”Voinnillani ei ollut enää väliä”, hän sanoo. – – Minnaa käänneltiin rujosti, kun sydänääniä yritettiin saada kuulumaan. – – Sitten lääkäri teki Minnalle varoittamatta sisätutkimuksen. ”En saanut sanaa suustani. Se tuntui supistusten aikana niin kivuliaalta”. – – ”Tuntui kuin minut olisi raiskattu, mutta traumaani ei otettu tosissaan.” (Pystynen 2011.)

Myös Kaksplus-lehteen haastateltu Tarja vertaa synnytyskokemustaan raiskaukseen (Turunen 2014):

”Ymmärsin, ettei kätilö ollut odottamani kaltainen. Hän ei huomioinut minua, vaan puhui kätilöopiskelijalle. Minua hän komensi ylimielisesti eikä antanut meille mitään tietoa synnytyksestä.” – – Ponnistusvaihe kesti yli tunnin, ja synnytys päättyi suureen episiotomiaan eli välilihan leikkaukseen ja imukuppiulosauttoon. Tarjasta tuntui, että hän on vain lihamöhkäle tunteettoman ihmisen käsiteltävänä. – – Tarja vertaa kokemaansa raiskaukseen. ”Minut pakotettiin tiettyyn asentoon, ilmapiiri oli vihamielinen, eikä kukaan sanonut mitään hyvää. Olin avuttomana toisten vallankäytön kohde.” (Turunen 2014, 28.)

Synnytys on parhaimmillaan naiselle voimaannuttava kokemus. Haavoittuvaisesta tilastaan huolimatta hän kokee olonsa luottavaiseksi, hän on turvassa. Hän saa osallistua hoitoonsa liittyvien päätösten tekoon sekä ottaa vastuuta omasta kehostaan ja syntyvästä lapsesta. Hänen fyysisistä ja psyykkistä koskemattomuuttaan ei loukata. Todellisuus on liian



usein toisenlainen. Nainen on hämmentynyt ja haavoitettu, häntä ei ole kuunneltu ja kunnioitettu. Olisit iloinen terveestä lapsestasi, hänelle sanotaan ja todetaan, että naisen odotukset tapahtumasta olivat jo lähtökohtaisesti epärealistisen korkeat. (Barnes & Stenson 2007, 4.)

### **3.4. Miten ja miksi synnytystrauma voi aiheuttaa vaginismia?**

Vaginismilla ja synnytystraumalla on itsenäisinäkin ilmiöinä yllättävän paljon yhteistä. Kun O’Neal (2001) luettelee synnytystrauman puhkeamisen riskitekijöitä – pettävä tai hylkäävä puoliso tai perheenjäsen, ristiriitaiset kulttuuriin ja uskontoon liittyvät uskomukset, lapsuudenaikaiset traumat, riittämätön sosiaalinen tuki, tuhoisat käyttäytymismallit, turvaton tai väkivaltainen elinympäristö – hän voisi yhtä hyvin luetella tekijöitä vaginismien taustalla (O’Neal 2001, 26).

Holmesin (2001) mukaan sekundaarinen vaginismi on yleistä synnytyksen jälkeen. Hän mainitsee syiksi etenkin episiotomian tai välilihan repeämisen, jotka väärin ommeltuina voivat aiheuttaa komplikaatioita. Komplikaatiot ja liian pian synnytyksen jälkeen aloitetut yhdynnit voivat aiheuttaa vaginismien laukaisevaa kipua ja vähentää seksuaalista mielihyvää. (Holmes 2001, 18–22.) O’Reilly, Peters, Beale ja Jackson (2009) haastattelivat naisia, jotka olivat saaneet synnytyksessä lantion alueen trauman, jonka seuraukset jatkuivat lapsivuodeajan loputtua. Naiset kertoivat, että he olivat alkaneet pelätä ja vältellä aiemmin nautinnollisena kokemaansa intiimiä kanssakäymistä. Vaginan tai välilihan alueen kipua tai kivun pelko oli tärkein tekijä yhdynnästä pidättäytymiselle synnytyksen jälkeen. Synnytykseen liittyvät traumaattiset muistot häiritsivät seksielämän jatkamista. (O’Reilly ym. 2009, 2015–2016.)

Myös normaaliin synnytykseen liittyvä kiputuntemus voi riittää vaginismien aiheuttajaksi (Vaginismus.com 2015). Lähes kaikki synnyttäjät pitävät synnytystä kivuliaana, puolet heistä kokee erittäin kovaa ja 20 % sietämätöntä kipua. Kivusta tai sen ennakoinnista seuraa psykofyysinen reaktio, jolloin pelokkaan synnyttäjän hengitys muuttuu epätasapainoiseksi ja lihakset jännittyvät. (Sariola & Tikkanen 2011, 321–322; Raussi-Lehto 2015, 257.) Tämä autonomisen hermoston aktivoitumisen aiheuttama taistele-tai-pakene-reaktio (luku 6.2.) saatetaan tulkita jo itsessään kipukokemukseksi, joka puolestaan ylläpitää krooniseen kipuun liittyvää pelkovälittämiskäyttäytymistä (Norton & Asmundson 2003,

25–26). Myös ilman fyysistä traumaa ilmenevällä traumaperäisellä stressihäiriöllä on vahva yhteys kroonisiin somaattisiin oireisiin, kuten lihaskipuun (McFarlane 1994, 715, 721).

Kehon ja mielen hätätilareagointi traumaattisen synnytyksen aikana voi ehdollistua vaginismiksi. Liikkeet, jotka muistuttavat traumaattisen kokemuksen aikana muodostuneita kineettisiä ja proprioseptisiä kokemuksia, voivat laukaista traumamuiston (McFarlane 2007, 553). Penetraation välttämisen avulla nainen pyrkii lieventämään kipukokemusta ja traumamuiston aktivoitumista. Käyttäytymisen yhteyttä koettuun traumaan ei usein tiedosteta (McFarlane 2007, 553).

## 4 APUA ON SAATAVILLA

### 4.1. Avun hakemisen merkitys ja haasteet

Vaginismien naiselle ja parisuhteelle aiheuttamista haitoista ja hoidon tavoitteista keskusteltaessa huomio kiinnittyy usein yhdynnän mahdollistamiseen. Reissing'n (2012) kyselytutkimukseen osallistuneista primaarista tai sekundaarisesta vaginismista kärsivistä naisista 86 % kertoi hakeneensa apua, koska halusi yhdynnän olevan osa sukupuolielämäänsä. Yhdyntään suoraan tai välillisesti liittyviä avun hakemisen syitä olivat myös halu tulla raskaaksi, halu miellyttää kumppania, pelko kumppanin menettämisestä ja pelko kykenemättömyydestä pitkään parisuhteeseen. (Reissing 2012, 254.) Yhdyntää ainoana hoidon onnistumisen kriteerinä on aiheellisesti kyseenalaistettu (Binik ym. 2007, 131; Ward & Ogden 2010, 444–445; Meana 2009, 206). Vaginismissa ei ole kyse vain seksistä, sillä tamponien käytön mahdottomuus voi estää vaikkapa uintiharrastuksen kuukautisten aikana. Välttämättömät gynekologiset tutkimukset tai lääkinnälliset toimenpiteet voivat myös tuottaa ylitsepääsemättömiä ongelmia. (Katz & Tabisel 2002, 150; Rosenbaum 2005, 334.) Nainen voi kokea vierautta ja alemmuutta suhteessa muihin naisiin sekä epäluottamusta ja emotionaalista etäisyyttä perheenjäseniään kohtaan (Ward & Ogden 2010, 442–443).

Monet naiset pitävät seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista puhumista kiusallisena ja tyytyvät kärsimään vaivastaan, vaikka apua olisi saatavilla (Holmes 2001, 18–22). Vaginismia voidaan hoitaa monien eri menetelmien avulla ja sen hoitotulokset ovat lupaavia (Pacik 2014, 1613–1620; Törnävä 2016a). Oireiden ilmaannuttua asiantuntijan puoleen olisi suositeltavaa kääntyä lähiviikkojen tai -kuukausien kuluessa (Huttunen 2015, 1). Terveystieteiden ammattilaisten suhtautuminen vaginismiin ei kuitenkaan ole aina mutkatonta: vaginismien syistä, oireista ja hoidosta ei välttämättä tiedetä, ongelmaa saatetaan vähätellä ja ehdottaa vain liukastetta ja esileikkiä ratkaisuksi (Macey, Gregory, Nunns & das Nair 2015, 4). Synnytyksen jälkeen äidin terveysongelmat saatetaan sivuuttaa, koska fokus on syntyneen lapsen hyvinvoinnissa. Näin oli tapahtunut O'Reilly ym. (2009) tutkimukseen haastatetuille naisille, joiden synnytyksen aiheuttamia kroonistuneita lantion alueen vaivoja vähäteltiin ja niihin tarjottiin sopimattomia ja riittämättömiä hoitoja. (O'Reilly ym. 2009, 2017.) Naisen oma subjektiivinen kokemus on tärkein mittari, jolla vaginismista aiheutuvaa haitan määrää ja laatua voidaan arvioida. Vaginismien hoito vaatii

hoitavilta tahoilta tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuvaa erityisosaaamista sekä empatiaa ja kunnioitusta potilasta kohtaan (Macey ym. 2015, 10; Bø, Berghmans, Mørkved & Van Kampen 2007, xv). Kehon jännityksen ja mielen ahdistuksen helpottuminen alkaa potilaan positiivisesta kokemuksesta: *minut ja vaivani otetaan todesta* (Jaatinen 2010, 117).

#### 4.2. Fysioterapian rooli vaginismien hoidossa

Vaginismien hoitoon on käytetty fysioterapian lisäksi lukuisia muita fysiologiseen tai psykologiseen lähestymistapaan nojaavia terapiamuotoja ja niiden yhdistelmiä: Seksuaaliterapiassa häiriötä lähestytään vaiheittain ohjauksen ja neuvonnan (edukaatio), kotitehtävien ja kognitiivisen terapian avulla. Lääkehoitona on käytetty paikallisia puudutteita, rauhoittavia lääkkeitä, masennuslääkkeitä ja botuliinitoksiini-injektioita. Myös kirurgiaa, psykoterapiaa ja hypnoterapiaa on kokeiltu. Monilla terapiamuodoilla on saavutettu lupaavia tuloksia, mutta kontrolloitujen tutkimusten kautta saadut todisteet niiden tehokkuudesta ovat hyvin niukkoja. (Seo, Choe, Lee & Kim 2005, 77–79; Melnik ym. 2012, 1, 13.)

Reissing'n (2012) mukaan naisen käsitys oireidensa syystä voi vaikuttaa siihen, minkä alan ammattilaisen puoleen hän kääntyy. Kyselytutkimukseen osallistuneista vaginismipotilaista suurin osa oli hakeutunut gynekologin tai omalääkärin vastaanotolle, mutta näistä kahdesta ainoastaan gynekologilta saatu apu koettiin hyödylliseksi. Psykologien ja seksuaaliterapeuttien palvelut olivat yleisesti käytettyjä ja niitä pidettiin hyödyllisinä. Vähemmistö naisista oli kääntynyt fysioterapeutin puoleen, mutta tähän ryhmään kuuluneet potilaat olivat saamaansa hoitoon kaikkein tyytyväisimpiä. (Reissing 2012, 251–252, 254.)

Ongelman luokittelu vaikuttaa olennaisesti siihen, kuka ongelman ratkaisee ja millä keinoilla. Binik ym. (2007) mukaan vaginismi on paremminkin kipu- kuin seksuaalitoiminnan häiriö ja sen hoito kuuluisi osoittaa lantionpohjan lihasten toimintahäiriöiden hoitoon erikoistuneille ammattilaisille, ei seksuaaliterapeuteille. Binik ym. (2007) kärjistävät: vaginismi häiritsee seksiä, mutta niin tekee päänsärkykin, eikä jälkimmäistä luokitella seksuaalitoiminnan häiriöksi. Silti hekin suosittelivat moniammatillista yhteistyötä vaginismien hoidossa: ideaalilanteessa potilasta tutkii samalla vastaanotolla sekä gynekologi,

fysioterapeutti että mielenterveysalan ammattilainen. (Binik ym. 2007, 125, 127, 129, 134.) Katz ja Tabisel (2002) mukailevat: Ihanteellinen interventio kohdistuu samanaikaisesti kehoon ja mieleen, siksi hoitotilanteessa tulisi olla samaan aikaan vaginismien hoitoon erikoistunut fysioterapeutti, lääkäri tai sairaanhoitaja sekä psykoterapeutti tai seksuaaliterapeutti. Mikäli tämä ei ole mahdollista, hoitavien tahojen tulisi tehdä yhteistyötä siten, että potilaan kokonaisvaltainen hoito on mahdollisimman saumaton jatkumo. (Katz & Tabisel 2002, 233.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan fysiatrian poliklinikalla työskentelee lantionpohjafysioterapiaan erikoistuneita fysioterapeutteja, jotka ovat myös seksuaalineuvoja tai -terapeutteja. Asiantuntijafysioterapeutti, seksuaaliterapeutti Minna Törnävä (2016a, 2016b) kertoo, että naisia tulee harvoin fysioterapiaan pelkällä vaginismidiagnoosilla. Diagnoosi on yleensä vulvodynia, johon saattaa liittyä vaginismi. Vaginismi- tai vulvodyniapotilaan hoitopolku Tampereen yliopistollisessa sairaalassa alkaa aina lääkärin luota. Potilas kohtaa yleensä ensin gynekologin, mutta lääkäri voi olla myös neurologi, psykiatri tai urologi. Mikäli lääkärin tekemä diagnoosi on vulvodynia tai vaginismi, potilas saa lähetteen fysioterapiaan. Ennen ensimmäistä fysioterapiakäyntiä potilas saa yleensä ajan seksuaalineuvojalle tai -terapeutille. Mikäli vaginismi johtuu psyykkisestä synnytystraumasta, potilas ohjataan äitiyspoliklinikan pelkopoliklinikalle, jossa hän voi keskustella synnytyskokemuksestaan asiantuntijahoitajan tai kättilön kanssa. Potilas ohjataan tarvittaessa pelkopoliklinikalta seksuaalineuvontaan saamaan hoito-ohjeita vaivaansa. Törnävä korostaa monen muun asiantuntijan (mm. Räsänen 2003; Huttunen 2015; Pacik 2014; Bø ym. 2007; Melnik ym. 2012) tavoin moniammatillisen hoidon merkitystä ja tuloksellisuutta vaginismien hoidossa. Esimerkkinä hän kertoo, että psyykkisen trauman aiheuttaman vaginismien hoito suositellaan aloitettavan psykoterapeuttisella interventiolla, sillä fysioterapia voi laukaista traumaattisia tunnemuistoja. Terapiamuotoja jatketaan myöhemmässä vaiheessa rinta rinnan. Törnävän mukaan tyypillinen fysioterapiajakso vulvodynian tai vaginismien hoidossa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on pituudeltaan vähintään kolme kuukautta ja hoitosarjan loputtua potilaalla on mahdollisuus tulla kuuden kuukauden kuluttua kontrollikäynnille. (Törnävä 2016a, 2016b.)

Fysioterapeutin rooli lantionpohjan toimintahäiriöiden hoidossa on laaja-alainen: Fysioterapeutti työskentelee osana moniammatillista hoitotiimiä, arvioi kokonaisvaltaisesti

lantionpohjan toimintahäiriön vaikutusta naisen elämässä (ICF-luokituksen<sup>3</sup> mukaan), arvioi lantionpohjalihasten toimintaa, asettaa yksilölliset hoidon tavoitteet ja suunnittelee hoito-ohjelman potilaan kanssa, antaa manuaalista ja fysikaalista terapiaa, ohjaa terapeutista harjoittelua ja apuvälineiden käyttöä, sekä osallistuu mahdollisesti alan tutkimuksen tekemiseen. (Bø 2007, 7; Suomen Fysioterapeutit ry. 2014.)

Seuraavissa luvuissa esitellään lantionpohjan fysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian tarjoamia menetelmiä ja mahdollisuuksia. Niistä voi rakentaa kokonaisvaltaisen hoito-ohjelman huomioiden vaginismipotilaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja tavoitteet.

---

<sup>3</sup> ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, jonka avulla arvioidaan ja kuvataan potilaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden (sis. kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset ja osallistuminen) sekä kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijät) vaikutusta yksilön elämässä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016)

## 5 LANTIONPOHJAN FYSIOTERAPIA VAGINISMIN HOIDOSSA

### 5.1. Toimintahäiriöiden hoitoa ja ennaltaehkäisyä

”Lantionpohjan fysioterapian tavoitteena on hoitaa ja ennaltaehkäistä erilaisia lantionpohjan lihaksiston toimintahäiriöitä.” (Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry.) Lantionpohjan fysioterapia käsittää tiedon jakamisen asiakkaalle (itse toimintahäiriöstä ja elämäntapainterventioista), manuaalisia tekniikoita ja lantionpohjan lihasten harjoittamisen. Fysioterapeutti opettaa asiakkaalle lantionpohjan lihasten harjoittamista biopalautteen tai mekaanisten välineiden avulla tai ilman niitä ja käyttää tarvittaessa elektroterapiaa. Asiakas oppii harjoittamaan lihastensa supistamista ja rentouttamista sekä lihasvoimaa ja -kestävyyttä. Asiakkaan lihas- ja kehotietoisuutta sekä koordinaatiota ja motorista kontrollia pyritään lisäämään. (Bø 2007, 5.) Lantionpohjafysioterapiassa käytetyt menetelmät toteutetaan ensin fysioterapeutin vastaanotolla ja opetetaan sitten potilaalle ja mahdollisesti hänen kumppanilleen kotiharjoittelua varten (Bergeron & Lord 2003, 137).

Lantionpohjafysioterapiaa antavat siihen erikoiskoulutuksen saaneet fysioterapeutit, joiden ohjaama harjoittelu perustuu yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja huomioi myös muut lantionpohjan toimintaan vaikuttavat lihasryhmät ja kehon toiminnot (Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry).

### 5.2. Edukaatio

Terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta (edukaatio) ovat olennainen osa fysioterapiaa. Reissing ym. (2013) korostavat edukaation merkitystä etenkin vaginismipotilaan ensimmäisellä fysioterapiakäynnillä. Potilas tarvitsee tietoa vaginan, vulvan ja lantionpohjalihasten anatomiasta ja fysiologiasta. Havainnollistamisen apuna voi käyttää ensin anatomisia malleja ja kuvia ja siirtyä sitten tutustumaan potilaan omaan anatomiaan. Katz ja Tabisel (2002) vertaavat edukaatiota opastettuun tutustumiskierrokseen. Fysioterapeutti on opas, joka selittää, demonstroi, ohjaa kädestä pitäen ja tukee emotionaalisesti. (Reissing ym. 2013, 310; Katz & Tabisel 2002, 233, 235.)

Potilaalle selittää vaginismien luonne, lantionpohjalihasten tahattoman supistumisen syy ja kehon toiminta stressireaktion aikana. Potilaalle on tärkeää korostaa, että kipukokemus ei tarkoita kudonvauriota, vaan on vain elimistön tapa ilmoittaa mahdollisesta uhasta. Fyysisien oireiden selittäminen traumaattiseen stressiin kuuluvaksi voi olla tärkeä apu trauman kokeneelle. (Reissing ym. 2013, 310; Katz & Tabisel 2002, 234; Keskinen-Rosenqvist 2013, 7.) Edukaation avulla tietoisuus kehon ja mielen yhteydestä syvenee.

Hoitopolku, jokaisen terapiakerran suunnitelmat ja lihasten rentouttamiseksi käytettävät menetelmät selitetään. Potilaalle korostetaan, että hoito etenee hänen omassa tahdissaan ja hän voi keskeyttää annettavan terapian koska tahansa fysioterapiakäynnin aikana. Terapiaa ei toteuteta, jos potilaan kipu tai ahdistuneisuus lisääntyy. Naista rohkaistaan kutsumaan mahdollinen kumppaninsa mukaan terapiaan. (Reissing ym. 2013, 310.) Terapeutilla on hyvä olla vaginismiin liittyvää materiaalia, jonka voi antaa potilaalle kotiin luettavaksi.

### **5.3. Lantionpohjalihasten harjoittaminen ja biopalaute**

Asiantuntijat eivät ole yksimielisiä tahdonalaisten lihasten harjoittamisen hyödyistä vaginismien hoidossa. Fysioterapeutti ja lääkäri Ditz Katz yhdessä kollegansa lääkäri Ross Lynn Tabisel'n kanssa ovat työnsä (Women's Therapy Center) kautta vakuuttuneet siitä, että tahattomasti kouristuneet lihakset eivät rentoudu tietoisesta harjoittelun seurauksena. He korostavat vaginismien luonnetta taistele-tai-pakene-reaktiona, johon hoidon tulisi keskittyä. (Katz & Tabisel 2002, 189.) Tämä näkemys huomioidaan luvussa 4.3 Psykofyysisen fysioterapia.

Lantionpohjalihakset ovat harjoitettavissa, sillä ne ovat osittain tahdonalaisesti hallittavia lihaksia (Jaatinen 2010, 118). Ne voivat kouristua tahattomasti, mutta niiden toimintaa voi opetella tunnistamaan ja hallitsemaan yksinkertaisilla harjoitteilla (Carter & Carter 2013, 99–104). Jernfors'n (2004) mukaan ”fysioterapian päätavoitteena on tuottaa asiakkaalle niin hyvä lantionpohjan lihasten hallinta, että hän kykenee tietoisesti rentouttamaan lihakset halutessaan, esimerkiksi penetraation aikana.” (Jernfors 2004, 22.) Reissing ym.



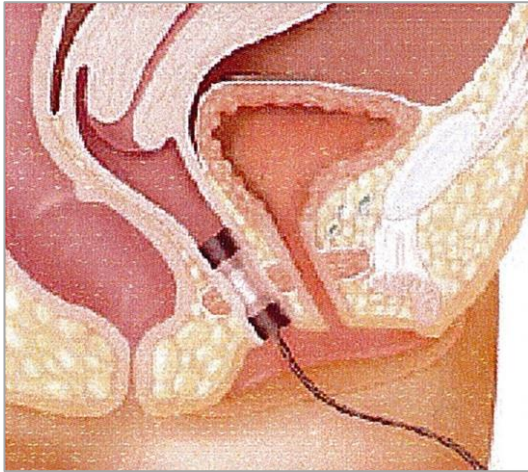
(2013) tutkivat fysioterapiamenetelmiä primaarisen vaginismien hoidossa ja käyttivät sovellettuja Kegel-harjoituksia<sup>4</sup> proprioseptiikan kehittämiseen: potilas teki lantionpohjalihaksilla jännitys-rentoutussykliä vastusta (sormi, dilaattori tms.) vastaan ja keskittyi etenkin rentoutusvaiheeseen (Reissing 2013, 311). FitzGerald ja Kotarinos (2003) puoltavat vastakkaista hoitolinjaa: Potilaiden, joiden lantionpohjalihakset ovat lyhentyneet ja jännittyneet, tulisi ehdottomasti välttää tilaa pahentavia harjoitteita, kuten konsentrista lihas-työtä vaativia toistoja. (FitzGerald & Kotarinos 2003, 269.)

Lantionpohjalihasten tunnistamisen ja harjoittamisen apuna on käytetty menestyksellä biopalaute menetelmää (biofeedback), jossa nainen voi elektronisen laitteen avulla seurata kehonsa tahattomia ja vaikeasti hahmotettavia toimintoja ja oppia muuttamaan niitä (Aukee 2003, 33). Biopalaute laite mittaa lihastoiminnan seurauksena muodostuvaa sähköjännitettä: mitä voimakkaampi lihasjännitys, sitä suurempi sähköjännite (Heittola 1996, 50). Laite rakentuu lihassähkökäyrää (elektromyografia, EMG) mittaavasta emättimen sisälle asetettavasta (intravaginaalinen) elektrodista (kuviokuva 6) ja näytöstä, jolta potilas ja terapeutti voivat havainnoida lantionpohjalihasten tonusta, toimintaa ja liikkeen onnistumista (kuviokuva 7) (Jernfors 2004, 22).

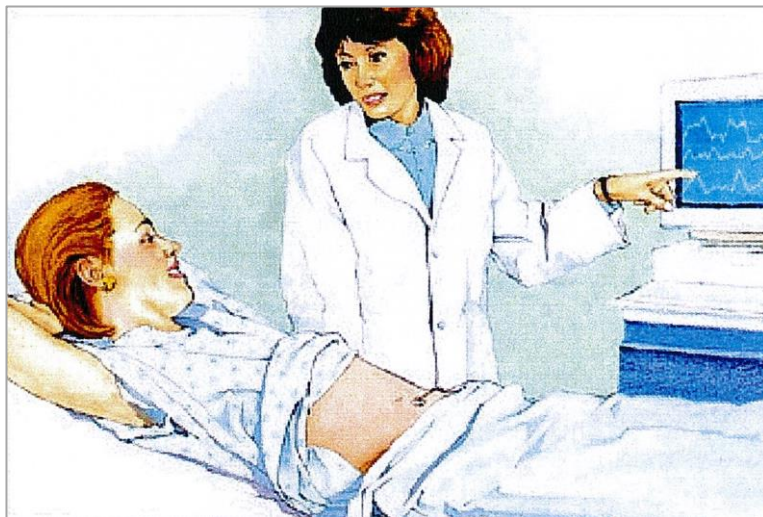
Biopalaute on motivoiva hoitomenetelmä; sen avulla voidaan arvioida täsmällisesti ja objektiivisesti tahdonalaisen lihastoiminnan lähtötilanne ja seurata rentoutumisen opettelu edistymistä (Heittola 1996, 49). Kuvailtu menetelmä soveltuu vain tapauksiin, joissa osittainen penetraatio on mahdollista. Engman'n (2007) mukaan osittainen vaginismi (partial vaginismus) on yleisempää kuin täydellinen vaginismi (total vaginismus) (Engman 2007, 38). Täydellisestä vaginismista kärsivälle potilaalle voi käyttää aluksi ultra-avusteista biopalautea vatsanpeitteiden läpi (transabdominaalinen ultraääni), ennen siirtymistä intravaginaalisen elektrodin käyttöön (Törnävä 2016a). Biopalauteen antamiseksi ja saamiseksi ei välttämättä tarvita laitteita: Fysioterapeutin sormillaan emättimen tai peräaukon kautta tekemän palpaation avulla voidaan arvioida lantionpohjan lihasten jännittyneisyyttä, rentoutumiskykyä sekä paikallistaa lihaksiston kipupisteet ja -alueet. Lihasten supistuskyvyn arviointiin käytetään useimmiten Oxford Grading System -asteikkoa (0-5). (Törnävä 2016c.) Sormitestausta pidetään kliinisesti luotettavana lantionpohjalihasten testausmenetelmänä (Slieker-ten Hove ym. 2009, 295–300).

---

<sup>4</sup> Kegel-harjoitukset ovat amerikkalaisen gynekologi Arnold Kegel'n kehittämiä lantionpohjalihasten jännitys-rentoutusharjoituksia. Alan pioneeri suositteli niitä etenkin synnyttäneille naisille lantionpohjalihasten toiminnan palauttamiseksi ja parantamiseksi. (Kegel 1948, 242.)



KUVIO 6. Biopalautelaitteen intravaginaalinen elektrodi emättimeen asetettuna (Magovich 2013)



KUVIO 7. Lihassähkökäyrä piirtyy biopalautelaitteen näytölle (Magovich 2013)

Lantionpohjalihasten harjoittamisen säännöllisyys on tärkeää. Wise ja Anderson (2014) puhuvat *kudoksen muistista* ja tarkoittavat hermoston, lihasten ja verisuonten sopeutumista kipuun, jolloin kiputilasta tulee elimistölle normaalia. Säännöllisen harjoittelun avulla, toistojen kautta, elimistölle voidaan opettaa uusi ja kivuton normaalitila. (Wise & Anderson 2014, 180–181.) Liitteen 2 lantionpohjalihasten tunnistamis- ja harjoitteluohjeet ovat yleisiä potilasohjeita lantionpohjan toimintahäiriöistä kärsiville naisille. Vaginismipotilaalle ei voida kuitenkaan antaa yleispätevää harjoitteluohjelmaa, vaan fysioterapeutti suunnittelee potilaalle yksilölliset kohdenetut tunnistamis- ja harjoitteluohjeet. Erilaisten lihastyömuotojen harjoittamisen avulla voi opetella lantionpohjalihasten rentouttamista lihasten supistusvaiheen jälkeen.

#### 5.4. Manuaalinen terapia

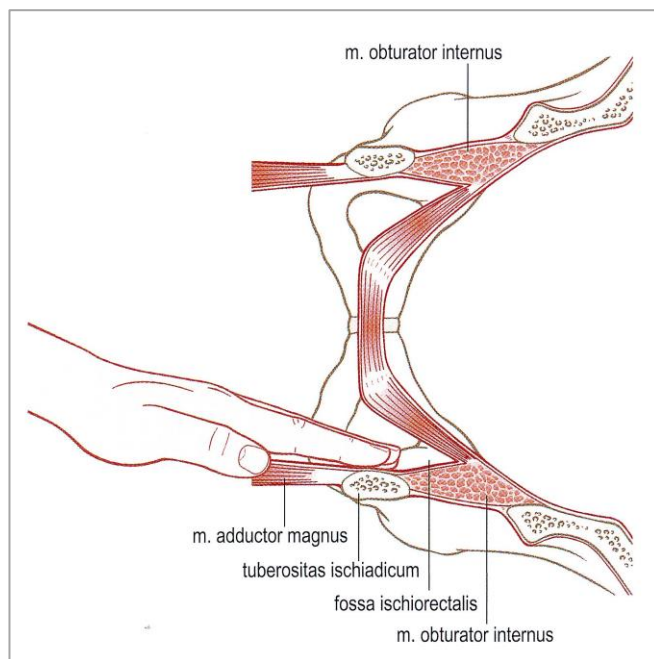
Pacik'n mukaan vaginismien hoidon tuloksellisuus riippuu oireiden vaikeusasteesta (Pacik 2014, 1615). Taulukossa 1 esitetään vaginismien vaikeusasteen luokittelu ja on ymmärrettävää, että esimerkiksi invasiivista manuaalista terapiaa on mahdotonta aloittaa, mikäli potilas pelkää ja välttelee terapiaa siinä määrin, että vetäytyy tutkimuspöydältä ja saa taulukossa kuvailtuja viskeraalisia oireita. Seuraavia menetelmiä voidaan hyödyntää ja soveltaa potilaan pelkovälttämiskäyttäytymisen sallimissa rajoissa. Manuaalisen terapian menetelmät perustuvat myofaskian (faskia, lihaskalvo) ja triggerpisteiden käsittelyyn, lihaskudoksen venyttämiseen ja kosketukseen totuttamiseen.

Thomas Myers'in kehittämä **Anatomy Trains** -oppi perustuu ymmärrykseen myofaskialinjojen merkityksestä ihmisen liikkeeseen, ryhtiin ja ylipäätään elimistön toimintaan. Hän nimeää faskiaalisten säikeiden jatkumot pinnalliseksi posterioriseksi linjaksi, pinnalliseksi ja syväksi frontaalilinjaksi, lateraali- ja spiraalilinjaksi sekä toiminnallisiksi linjoiksi. (Myers 2012.) Syvä frontaalilinja, tarkemmin alempi posteriorinen raide, kulkee lantionpohjan kautta ja on yhteydessä muun muassa peräaukon kohottajalihakseen (Myers 2012, 187–188). Päätelmäni mukaan tämän myofaskialinjan merkitys korostuu synnytystrauman aiheuttamaa vaginismia hoidettaessa.

Myers mainitsee Feldenkrais'n (1949) teorian, jonka mukaan kaikki negatiiviset tunteet ilmaistaan kehon fleksiolla. Pystyyn nousseen ihmisen kaikki haavoittuvat osat ovat esillä vahingoitettava tai nähtävänä. Pelästyessään ja tuntiessaan olonsa uhatuksi ihminen palaa kohti suojaavampaa ryhtiä. Ihminen kykenee pitämään säikähtänyttä ryhtiä pitkiäkin aikoja, jolloin pinnallisen frontaalilinjan lyhentymisen nivusissa horjuttaa pallean ja lantionpohjan välistä tasapainoa, seurauksena hengityksen rajoittuminen ja lantionpohjan lihasten tonuksen lisääntyminen. (Myers 2012, 112–113.) Martin, Seppä, Lehtinen ja Törö (2014) korostavat etenkin lannesuoliluulihaksen (*m. iliopsoas*) roolia: se on linkki mielen ja ruumiin välillä. Lihaksen jännittyminen automaattisesti vaara- ja uhkatilanteissa, jopa uhkaa ennakoitaessa. Tämän vuoksi ahdistuneilla ihmisillä lanne-suoliluulihas voi olla kroonisesti jännittynyt. (Martin ym. 2014, 45.)

Reiden isosta lähentäjälihaksesta (*m. adductor magnus*) kulkee faskiaalinen yhteys istuin-  
kyhmyn sivupintaa pitkin sisemmän peittäjälihaksen (*m. obturator internus*) faskiaan ja

siitä faskiakerroksesta suoliluun kaariviivan (*linea arcuata*) kautta lantionpohjan kerrokseen (Myers 2012, 188). Alueen palpaatio ja manipulaatio ovat tehokkaita, eivätkä kovin invasiivisia tapoja vaikuttaa lantionpohjaan, jonka rakenteet altistuvat synnytyksessä traumaalle. Mikäli asiakkaan peräaukon kohottajalihas on korkealla ja jännittynyt, voidaan lantionpohjaa rentouttaa ja tuoda alaspäin pitämällä kiinni peittäjälihaksen faskiasta juuri lantionpohjan alapuolella ja viedä tätä faskiaa mukana kohti istuinkyhmyä (Myers 2012, 188). Kuviossa 8 demonstroidaan faskiapalpaatio- ja manipulaatiotekniikkaa, joka vaikuttaa juuri lantionpohjan takimmaiseen kolmioon.



KUVIO 8. Lantionpohjan alueen faskiarakenteiden palpaatio- ja manipulaatiotekniikkaa Anatomy Trains -menetelmän mukaan (Myers 2012, 188)

Synnytystrauman ja vaginismien psykofyysisen luonteen huomioon ottaen Myersin empirisiin havaintoihin ja kokemuksiin perustuvat spekulatiot ovat mielenkiintoisia: Myofasikajärjestelmä on sidekudoksellinen viestintäverkosto, joka pitää sisällään tietoisuuden ja toimii uskomuksia välittävänä järjestelmänä, sillä se kattaa koko kehon, ollen osa jokaisen solun välitöntä ympäristöä (Myers 2012, 31–32).

Fysioterapeutti, hieroja ja joogaopettaja Mary E. Barwick (2010) kuvaa tapaustutkimuksessaan seuraavaa hoitokombinaatiota: Hän valitsi lantion alueen kivuista ja vaginismista kärsivälle asiakkaalleen hoitomenetelmiksi **manuaalisen terapian ja joogan yhdistel-**

**män.** Barwick käsitteli lantionpohjan, etenkin sakraalialueen, myofaskiaa ja hieroi lantion alueen kirurgian seurauksena muodostunutta arpikudosta ja lihaskireyksiä. Lisäksi hän käytti erityisen kipuherkkien kohtiin ja nivusalueen nivelsiteisiin passiivista asento-hoitoa, joka toteutettiin asiakkaalle mahdollisimman mukavassa lepoasennossa. Asento-hoidon tavoitteena oli vähentää kipua ja ehkäistä ei-toivottua proprioseptista aktiivisuutta. Manuaalisen terapian lisäksi Barwick opetti asiakkaalleen joogan hengitystekniikoita stressinhallinnan keinoiksi (esimerkki hengitysharjoituksesta liitteessä 4). Hänelle luotiin joogaan pohjautuva kotiharjoitusohjelma, johon sisällytettiin keskivartalon syviä lihaksia vahvistavia ja liikkuvuutta lisääviä asanoita (asentoja). Harjoitusohjelman tavoitteena oli parantaa lannerangan liikkuvuutta ja venyttää lantion anteriorisen puolen, lonkkien ja takareisien lihaskireyksiä. (Barwick 2010, 18–19.)

Vaikka hoitokombinaation tavoitteena oli ensisijaisesti vähentää asiakkaan kokemaan lantion alueen kipua, vähensi se myös huomattavasti vaginismia aiheuttamaa kipua emättimessä. Barwickin mukaan kyse on lantionpohjan ja ylipäättään lantion anteriorisen puolen syvien lihaskalvojen vapautuksesta. Hän on sittemmin käyttänyt manuaalisen terapian ja joogan yhdistelmää erinomaisin tuloksin. (Barwick 2010, 18–19.) Luvussa 7.5 kerrotaan laajemmin joogan kokonaisvaltaisista vaikutuksista ja mahdollisuuksista vaginismia hoidossa.

Myofaskiaalisten triggerpisteiden avulla voidaan diagnosoida ja hoitaa lantion alueen kiputiloja (Pastore & Katzman 2012, 680, 688). Myofaskiaalinen triggerpiste on luustoli-haksessa sijaitseva voimakkaasti ärtynyt alue. Palpoitaessa sen voi tuntea kyhmynä hypertonisessa lihaspunoksessa. Aktiivinen triggerpiste on aina arka ja palpoitaessa kivulias, myös säteilykipu on tyypillistä. Aktiivisen triggerpisteen stimulointi potilaan kivun-siedon rajoilla aiheuttaa motorisia toimintahäiriöitä ja autonomisen hermoston reaktioita. Latentti triggerpiste on kivulias ainoastaan palpoitaessa, muuten se on aktiivisen triggerpisteen kaltainen. Triggerpisteet lisäävät lihaskäynnitystä ja estävät lihaksen normaalin pidentymisen. (Simons, Travell & Simons 1999, 1, 4–5.) Dommerholt, Bron ja Franssen (2006) summaavat kirjallisuuskatsauksessaan triggerpisteiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Vaginismia kannalta niistä huomattavimpia ovat esimerkiksi suora trauma sekä lihasten akuutti, toistuva tai krooninen ylikuormitus. Triggerpisteiden kipua ylläpitäviä tekijöitä ovat paitsi lihasten biomekaniikkaan ja metaboliaan liittyvät tekijät, myös esimerkiksi emotionaalinen stressi, ahdistuneisuus, toivottomuuden tunteet ja pelkovälittämis-

käyttäytyminen. (Dommerholt ym. 2006, 203, 209–210, 213–214.) Myofaskiaalisia triggerpisteitä voi kehittyä mihin tahansa lantionpohjan alueen lihakseen (Pastore & Katzman 2012, 681).

Tohtorit David Wise ja Rodney Anderson Stanfordin yliopiston urologian laitokselta kehittivät menestyksekkään protokollan lantion alueen kiputilojen ja niihin liittyvien oireiden hoitoon. **Wise-Anderson Protocol** (tai Stanford Protocol) käsittää myofaskiaalisten triggerpisteiden manuaalista käsittelyä (Trigger Point Release) ja rentoutusharjoituksia (Paradoxical Relaxation). Triggerpisteiden käsittelyllä pyritään vähentämään triggerpisteiden kipua sekä venyttämään, vapauttamaan ja pidentämään lantionpohjalihaksia sekä niiden toimintaan vaikuttavia vartalon ja alaraajojen lihaksia. Paradoksaalisen rentoutustekniikan avulla potilas oppii rentouttamaan lantion alueen lihaksia ja hallitsemaan ahdistusta ja hermoston ylivireystilaa, jotka aiheuttavat kivun ja toimintahäiriöiden kierteen. Rentoutustekniikasta kerrotaan lisää luvussa 6.3.1. (Wise & Anderson 2014, xxvii, 171.)

Wise-Anderson protokollassa fysioterapeutti havainnoi potilaan asentoa sekä tutkii palpomalla lantionpohjan alueeseen vaikuttavien lihasten voimaa ja tonusta. Potilaalta etsitään sekä ulkoisesti että sisäisesti triggerpisteitä, jotka pitävät yllä oireita. Ulkoisesti tutkitaan ja käsitellään pyramidilihas (*m. pyramidalis*), lannesuoliluulilihas, harjannelihas (*m. pectineus*), reiden iso lähentäjälihas (*m. adductor magnus*), nelikulmainen lannelihas (*m. quadratus lumborum*), ulompi ja sisempi vino vatsalihas (*m. obliquus externus / internus abdominis*), iso, keskimmäinen ja pieni pakaralihas (*m. gluteus maximus / medius / minimus*), suora okahaarakelihas (*m. spinalis*), monihalkoinen lihas (*m. multifidus*) ja takareiden lihakset (hamstring-lihakset). Potilaalta tutkitaan ja käsitellään sisäisesti (emättimen tai peräaukon kautta) peräaukon kohottajalihas, peräaukon ulompi sulkijalihas (*m. sphincter ani externus*), paisuvaislihas, istuinluupaisuvaislihas (*m. ischiocavernosus*), poikittainen pinnallinen välilihas (*m. transversus perinei superficialis*), väliliha (*perineum*), sisempi peittyneen aukon lihas (*m. obturatorius internus*), päärynänmuotoinen lihas (*m. piriformis*) ja häntälihas. (Wise & Anderson 2014, 271, 321, 385–404.)

Triggerpisteitä käsitellään tarpeen mukaan erilaisilla venytys-, kompressio- ja mobilisointitekniikoilla, jotka opetetaan potilaalle ja mahdollisesti hänen kumppanilleen. Manuaalisen terapian voi toteuttaa sormin tai tarkoitukseen suunnitellun triggerpistesauvan

avulla. Lisäksi potilaalle ohjataan venytysharjoituksia, jotka kohdistuvat vatsa- ja kylki-  
lihaksiin, lonkankoukistaja- ja lähentäjälihaksiin sekä pakaralihaksiin. Hoitoa täydenne-  
tään pakaroiden, selän, jalkojen ja vatsan alueen klassisella hieronnalla (Swedish mas-  
sage). (Wise & Anderson 295, 323, 325–329.)

Wise ja Anderson'n mukaan vaginismista kärsivät naiset ovat yleensä saaneet vaivaansa  
apua protokollaan kuuluvista hoitomenetelmistä, jotka voidaan tarvittaessa yhdistää va-  
ginadilaattorien käyttöön. He kuitenkin muistuttavat, että vaginismissa ei ole kyse vain  
fyysisestä ongelmasta ja kouristuvista lihaksista. Triggerpisteiden käsittely voi palauttaa  
trauman aiheuttaman tunnemuiston. Potilaan ja terapeutin on hyvä tiedostaa, että suru,  
pelko ja viha ovat osa paranemisprosessia ja niitä voi olla tarpeellista käsitellä psykote-  
rapiassa. (Wise & Anderson 2014, 277, 380–381.)

Lantionpohjan alueen lihasten joustavuutta voidaan lisätä myös **jännitys-rentoutus-ve-  
nyty**s -tekniikalla. Potilas jännittää ensin lantionpohjalihaksiaan, rentouttaa ne ja tera-  
peutti venyttää kudosta rentoutuksen aikana. Uusi sykli alkaa venytyksen aikana: potilas  
jännittää lihaksiaan uudestaan. (Törnävä 2016a.)

## 5.5. Elektroterapia

Elektroterapian eli sähköstimulaatiohoidon avulla voidaan lievittää lantionpohjan alueen  
kipua aktivoimalla kipuporttia<sup>5</sup> ja lisäämällä endorfiinin eritystä (Metsola & Raivio 2002,  
18; Jernfors 2004, 22). Lisäksi se rentouttaa ylijännittyneitä lantionpohjalihaksia, helpot-  
taa niiden tunnistamista ja parantaa niiden toiminnallista käyttöä (Metsola & Raivio 2002,  
18). Elektroterapia toteutetaan säädettävällä laitteella, johon on kytketty pieni intravagi-  
naalinen anturi. Se mahdollistaa sähköstimulaation lähellä lantionpohjalihaksia. Vaihto-  
ehtoinen menetelmä on asettaa välilihan päälle pintaelektrodit. (Nappi ym. 2003, 104.)  
Virtamuotoina käytetään inferenssivirtaa (IF) ja transkutaanista hermostimulaatiota  
(TNS, TENS). Elektroterapian toteuttaminen on mahdollista sekä klinikalla että kotona.  
(Jernfors 2004, 22.)

---

<sup>5</sup> Porttikontrolliteorian mukaan paksujen sensoristen hermosäikeiden stimulaatio vähentää ohuiden kipua  
välittävien hermosäikeiden kautta tulevaa aktivaatiota selkäytimen tasolla (Melzack & Wall 1965, 975).

Nappi ym. (2003) tutkivat sähköhoidon vaikuttavuutta naisilla, joilla oli vulvan alueen kiputiloja, mukaan lukien dyspareunia (yhdyntäkipu) ja vaginismia. Tutkimukseen osallistui 29 20–45-vuotiasta naista, joille annettiin 20 minuutin elektroterapiahoito kerran viikossa kymmenen viikon ajan. Tämän lisäksi naisille ohjattiin lantionpohjalihasten harjoitteita toteutettavaksi kolme kertaa viikossa 20 minuuttia kerrallaan. Tutkimuksen tulokset olivat lupaavia: Lantionpohjalihasten supistumis- ja rentoutumiskyky lisääntyi merkittävästi, sietokyky sähkövirran intensiteetille kasvoi läpi tutkimuksen, koettu kipu väheni merkittävästi (arvioitiin VAS-asteikolla, Visual Analogic Scale), FSFI (Female Sexual Function Index) -tulokset paranivat ja neljä yhdeksästä vaginismista kärsivästä naisesta kykeni uudelleen yhdyntään. Nappi ym. mukaan elektroterapialla on biopalaute hyödyntävän terapian tavoin useita hyötyjä: se on yksinkertainen, noninvasiivinen, toimiva ja potilasta motivoiva menetelmä, jonka toteuttamiseen tarvitaan vain lyhyitä jaksottaisia klinikkakäyntejä. (Nappi ym. 2003, 104, 109.)

## 5.6. Vaginadilaattorit

Macey ym. mukaan vaginadilaattorit (dilataattori / laajennin, vaginal trainers / dilators) ovat käytetyin vaginismien hoitomuoto tällä hetkellä (Macey ym. 2015, 2), vaikka sokkoutettuja satunnaistettuja tutkimuksia dilaattoriterapian hyödyistä ei ole tehty (Pacik 2014, 1616), eikä todisteita desensitisaation paremmuudesta muihin menetelmiin verrattuna ole (Melnik ym. 2012, 1–2). Vaginadilaattorit vaihtelevat kooltaan, muodoltaan ja materiaaleiltaan. Kuvassa 1 on esimerkki asteittain suurenevista dilaattoreista. Dilaattoreilla on tarkoitus venyttää ja mobilisoida emätinkouristukseen osallistuvia lihaksia ja totuttaa niitä kosketukseen (desensitisaatio) sekä osoittaa naiselle, että hänen penetraatioon liittyvät pelkonsa eivät aina ole rationaalisia. (Macey ym. 2015, 2; Frawley & Bower 2007, 263.) Potilaalle on korostettava, että kyseessä on kosketukseen ja penetraation totuttelu, ei emättimen pakottaminen laajenemaan. Ennen dilaattorin käyttöä on suositeltavaa tehdä rentoutusharjoituksia lantionpohjalle. (Bergeron & Lord 2003, 138.)





KUVA 1. Asteittain suurenevia vaginadilaattoreita (Vaginismus.com 2016)

Macey ym. (2015) selvittivät naisten kokemuksia vaginadilaattorien käytöstä vaginismien hoidossa. Monet naisista kokivat, että dilaattorien käyttöä suosittelevat ammattilaiset aliarvioivat hoitomuodon asettamat käytännön vaatimukset ja niiden käyttämisen naiselle aiheuttaman emotionaalisen kuorman, jolloin tarjottu tuki ja informaatio jäivät riittämättömiksi. Osa tutkimushenkilöistä oli kokenut dilaattorin käytön luonnottomana ja kliinisenä ja käyttänyt sen sijaan omia tai kumppanin sormia tai vibraattoria. (Macey ym. 2015, 10–11.) Puutteellisen ohjauksen saaneet potilaat saattavat jättää terapian kesken, koska eivät suoriudu siitä itsenäisesti. Rosenbaum (2005) pitää fysioterapeuttia avainhenkilönä: Hän osaa valita potilaalle sopivan kokoisen dilaattorin ja opettaa sen käytön. Fysioterapeutti työskentelee yhdessä potilaan kanssa turvallisessa ympäristössä, pyrkien lievittämään tämän pelkoa ja ahdistuneisuutta. (Rosenbaum 2005, 331.)

Seo ym. (2005) tutkivat hoitomenetelmää, jossa potilaat saivat sekä kognitiivis-behavioraalista seksuaaliterapiaa että lantionpohjalihaksia rentouttavaa funktionaalista sähköstimulaatiota (functional electrical stimulation). Seksuaaliterapia tarkoitti käytännössä sormin ja asteittain suurenevien dilaattorien avulla toteutettavaa desensitisaatiota sekä kognitiivista psykoterapiaa haitallisten ajatusmallien muuttamiseksi. Hoito osoittautui menestyksekkääksi: kaikki 12 vaginismipotilasta onnistuivat yhdynnässä kahdeksan viikon intervention päätyttyä. (Seo ym. 2005, 77–80.)

Pacik'n (2014) toteuttamassa tutkimuksessa 30 vaginismipotilasta hoidettiin dilaattoriterapian ja Botox (botuliinitoksiini A) -injektioiden yhdistelmähoidolla. Botox- ja puudutepistokset annettiin anestesian aikana emättimen eteiseen ja vaginadilaattori asetettiin

paikalleen, jolloin potilas heräsi kivuttomaan dilataatioon. Pacik'n mukaan tämä auttoi naisia tottumaan dilaattorin käyttöön huomattavan nopeasti. Vuoden seurannan jälkeen 97 % naisista kykeni yhdyntään. Monet heistä kuitenkin kokivat, että emotionaalinen toipuminen vaginismista ei tavoittanut fyysistä toipumista; yhdyntää ei koettu miellyttäväksi ja nautinnolliseksi. Pacik ehdottaa hoitoprotokollansa lisäksi myös manuaalista fysioterapiaa, triggerpistekäsittelyä, venytyksiä sekä biopalaute menetelmän hyödyntämistä. Nämä menetelmät eivät kuitenkaan ole tuloksekkaita vaikeasta vaginismista kärsivillä potilailla. (Pacik 2014, 1617–1618.) Sekä Pacik (2014) että Macey ym. (2015) peräänkuuluttavat paitsi empatiaa ja erikoiskoulutusta ammattilaisille, myös lisää tutkimuksia dilaattoreiden ja muiden hoitomenetelmien käytöstä vaginismien hoidossa. (Pacik 2014, 1613–1620; Macey ym. 2015, 11.)

## 6 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA VAGINISMIN HOIDOSSA

### 6.1. Perustana kokonaisvaltainen ihmiskäsitys

Kokonaisvaltaiseen ihmiskäsityksen mukaan ihmisellä on kolme olemassaolon perusmuotoa: *tajunnallisuus* käsittää psyykkisen kokemusmaailman, *kehollisuus* on aineellisen orgaanista, konkreettista olemassaoloa ja *situationaalisuus* viittaa ainutkertaiseen elämäntilanteeseen. Olemassaolon perusmuodot ovat ihmisessä samanaikaisesti läsnä ja keskenään vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi voimakas tunne, kuten pelko, on mukana lihasjärjestelmien taistele-tai-pakene-reaktiossa, joka ilmenee suhteessa toiseen ihmiseen. (Rauhala 2005, 34, 36, 38, 58–59.)

Joskus vaginismipotilaan on vaikeaa hyväksyä kehon ja mielen yhteys ja hän kehittää epäterveitä keinoja tulla toimeen vaivansa kanssa. Yksi keinoista on somatisaatio, jossa nainen kokee ruumiillisia oireita vasteena psykososiaalisille paineille ja selittää oireensa ainoastaan fyysisillä syillä. (Katz & Tabisel 2002, 154; Lipowski 1985 & Bridges & Goldbeg 1985 Svennevig'n 2003, 48 mukaan.) Sympaattisen hermoston aikaansaamat muutokset kehossa vahvistavat tätä käsitystä (luku 6.2.). Nainen voi etsiä loputtomasti keinoja fyysisen vian parantamiseksi ja löytää viimein lääkärin, joka määrää lääkkeitä tai suorittaa kirurgisen operaation vain rauhoittaakseen asiakasta. (Katz & Tabisel 2002, 154.) Ideaalitulanteessa hoitotyössä pyrittäisiin vaikuttamaan ihmiseen kehollisuuden, tajunnallisuuden ja elämäntilanteen kautta (Rauhala 2005, 60).

Psykofyysisen fysioterapian perustana on kokonaisvaltaisuutta korostava ihmiskäsitys. Terapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen ja siihen voi sisältyä hengitys-, kehotietoisuus- ja rentoutumisharjoituksia, pehmytkudoskäsittelyä ja vuorovaikutusta vahvistavia harjoitteita. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2016.) Psykofyysisen kuntoutuksen avulla asiakas

oppii aistimaan ja arvostamaan omaa kehoaan ja sen reaktioita,  
saa turvallisemman ja varmemman kontaktin itseensä,  
saa vaihtoehtoisia tapoja liikkua ja kokea,  
oppii rentoutumista, tasapainottumista ja stressinhallintaa,  
pystyy omien oivalluksiensa avulla vaikuttamaan kipujen ja oireiden syihin,  
pystyy vahvistamaan itsetuntemustaan  
(Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2016.)

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys suosittelee psykofyysistä fysioterapiaa muun muassa traumasta tai traumaperäisestä stressihäiriöstä aiheutuvien fyysisten oireiden hoitoon (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2016).

Seuraavissa alaluvuissa tutustutaan kehon stressi- ja rentoutumisreaktioihin sekä hengityksen merkitykseen, ennen tutustumista psykofyysisen fysioterapian menetelmiin, joita voidaan hyödyntää synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa.

## 6.2. Stressi- ja rentoutumisreaktio

Stressi ja rentoutuminen vaikuttavat ihmisen psyykkisiin ja fyysisiin järjestelmiin. Payne'n (2005) mukaan tällaisia fyysisiä järjestelmiä ovat autonominen hermosto, endokriininen järjestelmä ja luustolihakset. Autonominen hermosto, joka jaetaan sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon, on vastuussa elimistön tahdosta riippumattomista toiminnoista, joiden tarkoituksena on varmistaa ihmisen selviytyminen. (Payne 2005, 4.)

Sympaattiset hermosyyt lähtevät selkäytimestä ensimmäisen rintanikaman (T1) ja toisen lannenikaman (L2) väliseltä alueelta. Ne aktivoituvat vaaran uhatessa ja aiheuttavat elimistössä *stressireaktion*: Adrenaliinia ja noradrenaliinia erittyy vereen lisämunuaisytimestä, sydämen syke tihenee ja supistusvoima suurenee, verta virtaa enemmän tahdonalaisiin luustolihaksiin, keuhkoputket laajenevat ja hengityksen rytmi kiihtyy, glukosin vapautuminen vereen tehostuu, hikirauhaset aktivoituvat ja aistit tarkentuvat, samalla ruoansulatuselimistön toiminta hidastuu. (Payne 2005, 3–5; Sand ym. 2013, 136.) Stressireaktiota kutsutaan myös taistele-tai-pakene-reaktioksi. Se on biologinen ja automaattinen reaktio, joka on hioutunut evoluution myötä varmistamaan yksilön henkinjääminen. Traumaattisessa tilanteessa stressireaktio venyy äärimmilleen. Mikäli järkyttävää tapahtumaa ei ole mahdollista käsitellä ja purkaa, stressi jää kehoon ja fysiologiset reaktiot eivät vaimene. (Selma – Oma-apuohjelma aikuisille.)

Herbert Benson, lääketieteen tohtori Harvardin yliopistosta, loi Miriam Klipper'n kanssa *rentoutumisreaktio* -termin kuvaamaan taistele-tai-pakene-reaktiolle vastakkaista syvää rentoutuneisuuden tilaa (Benson & Klipper 1986). Rentoutumisreaktiossa aivorungosta ja selkäytimen ristinikamien (S) tasolta lähtevät parasympaattiset hermosyyt rauhoittavat elimistön ja palauttavat sen tasapainoon sympaattisen aktivaation jälkeen: sydämen syke

hidastuu, verenpaine alenee, keuhkoputket supistuvat, hengitys rauhoittuu ja ruoansulatus tehostuu. Suurin osa parasympaattisista hermosyistä kulkee kiertäjähieron (*n. vagus*, X aivohermo) kautta. (Payne 2005, 6; Sand ym. 2013, 139.) Kiertäjähieron etujuosteen toiminta on siten olennaista rentoutumisreaktiossa ja sitä voidaan aktivoida tietoisesti (Martin ym. 2014, 55). Jo Benson avustajineen todisti, että vastoin perinteistä lääketieteellistä käsitystä, autonomisen hermoston toimintaan voi vaikuttaa fyysisillä ja mentaalilla rentoutumistekniikoilla (Benson & Klipper 1986).

Keskinen-Rosenqvistin (2013) mukaan ”...hengitys reagoi herkästi ja usein ensimmäisenä esimerkiksi mielen reaktioissa kuten pelossa tai myös stressin yhteydessä” (Keskinen-Rosenqvist 2013, 8). Hengityksellä on siten keskeinen merkitys automaattisen stressireaktion aikana: taistelenko vai pakenenko, huudanko apua, jähmetynkö, vaatiko tilanne ponnistelua? Toisaalta hengitykseen vaikuttaa tarve hiljentää keho havaintojen maksimoimiseksi sekä tarve palautua tyneen olotilaan. Aivoihin tuleva informaatiotulva johdattaa tarpeiden ristiriitaan, minkä vuoksi ahdistunut ihminen vuoroin pidättää hengitystään, vuoroin ylihengittää eli hyperventiloi. (Martin ym. 2014, 72.) Synnytys voi aiheuttaa hengityksen pidättämistä tai ylihengittämistä paitsi synnytyskanavan laajenemiseen liittyvien kipujen myös psyykkisen ahdistuksen vuoksi. Ylihengityksen ja stressihormonien vaikutuksesta supistukset voivat hidastua ja synnytys pitkittyä (Martin ym. 2014, 105.) Pitkittynyt synnytys lisää sekä fyysisen että psyykkisen traumatisoitumisen riskiä.

Hengityskeskukseksi on yhteyksiä aivojen limbiseen järjestelmään, joka on tunne-elämän ja autonomisten toimintojen säätelyn kannalta tärkeä aivojen rakenne. Sillä on keskeinen osuus tiedostamattoman muistin avulla tapahtuvassa ehdollistumisessa, josta esimerkkejä ovat nopeat ruumiilliset valmiusreaktiot, jotka liittyvät hätätilatoimintoihin. Koettu uhka voi jäädä kehon muistiin lihasjännityksenä ja rintakehän yläosalla hengittämisenä. Tämä suojautumismekanismi voi aktivoitua helposti myöhemmissä stressi- ja vaaratilanteissa. (Martin ym. 2014, 72.) Vaikea-asteisesta vaginismista kärsivän potilaan kokemaan äärimmäiseen stressireaktioon liittyy usein hyperventilointia ja muita viskeraalisia oireita (taulukko 1) (Pacik 2014, 1615).

”Hengitys on ainoa konkreettinen, mitattava ja helposti havaittava asia, joka toimii kehon ja mielen välissä” (Jokiniva 2013, 77). Hengityksen kanssa työskentely on tärkeä osa monia psykofyysisen fysioterapian muotoja.

### 6.3. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä

”Kehotietoisuuden kautta potilas pystyy ymmärtämään itseään paremmin, näin tarvittava muutos tulee mahdolliseksi.” (Jaatinen 2010, 117.)

Ihminen saa ensimmäiset olemassaolon kokemukset konkreettisen *ruumiillisuutensa*<sup>6</sup> kautta. Ennen abstraktin ajattelun kehittymistä lapsi varastoi itseensä aistimuksia ja tuntemuksia, jotka luovat perustan *kehonkuvan* muodostumiselle. Kehonkuva tarkoittaa ihmisen käsitystä itsestään itsenä ja suhteessa muihin ihmisiin ja ympäristöön. Ruumiin muisti, erilaiset kokemukset kehosta, terveys, biologis-sensoriset ja kognitiiviset tekijät, sosiaalinen palaute sekä emotionaaliset kokemukset muokkaavat kehonkuvaa koko ihmiselämän ajan. *Kehotietoisuus* puolestaan on Herralan, Kahrolan ja Sandströmin (2008) mukaan ”syvää ja kokonaisvaltaista itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa. Elämäkokemukset ja kunkin yksilön selviytymisstrategiat vaikuttavat tälläisen syväymmärryksen intensiteettiin.” (Herrala ym. 2008, 26–29.) Vaginismien hoidon kannalta on huomattavaa, että kehotietoisuusharjoitusten avulla ruumiin rajojen tunnistaminen ja vahvistaminen voi auttaa naista hahmottamaan lantionpohjaansa. Tällöin avautuu mahdollisuus kokea lantio eheänä kokonaisuutena ja päästää irti vaginismien mukanaan tuomasta negatiivisesta kekokemuksesta. (Martin ym. 2014, 116.) Kehotietoisuuden lisääminen on psykofyysisen fysioterapian ydintä, menetelmästä riippumatta.

Liikepedagogi, psykoterapeutti Jacques Dropsy tutustui erilaisiin kehoterapioihin ja itämaisiin traditioihin ja kehitti niiden pohjalta kokonaisvaltaisen menetelmän, jossa fyysisten harjoitusten kautta pyritään lisäämään itsetuntemusta ja saamaan ihmisen terveyttä edistävät voimavarat käyttöön (Dropsy 1997, 9–10). Harjoitusmenetelmän innoittamana fysioterapeutti Gertrud Roxendal kehitti **Basic Body Awareness Terapian (BBAT)**, jonka tavoitteena on kehontuntemuksen ja kehotietoisuuden parantaminen, samalla kehon hallinta lisääntyy ja kehonkuva eheytyy. BBAT sisältää yksinkertaisia liikeharjoituksia, joita tehdään makuulla, istuen, seisten tai kävellen. Harjoituksissa huomioidaan kehon suhde alustaan ja keskilinjaan sekä kehon liikekeskus. Hengityksen vapaa virtaaminen, lihasjännitykset ja rentoutuminen, äänenkäyttö, liikkeen- ja rytmintuntemus sekä suhde peilikuvaan ja vuorovaikutustaidot on kiedottu yhteen kokonaisvaltaiseksi terapiaksi.

---

<sup>6</sup> Kirjallisuudessa käytetään risteävästi termejä keho/ruumis, kehollisuus/ruumiillisuus, kehonkuva/ruumiinkuva, kehotietoisuus/ruumiintunteminen jne., riippuen kirjoittajan fenomenologisesta katsantokannasta.

Strukturoidun kuntoutusohjelman perustana on potilaan ongelman ja resurssien (motivaation) tarkka analysointi. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 275; Roxendal 1987, 50, 78–97; Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2016.) Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen mukaan BBAT on havaittu vaikuttavaksi fysioterapiamenetelmäksi useiden vaivojen ja oireiden hoidossa. Positiivisia tuloksia on saatu esimerkiksi kipu- ja masennuspotilaiden sekä traumatisoituneiden potilaiden hoidossa. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2016.)

**Feldenkrais** on kehollinen oppimismenetelmä, jossa kehon toimintaa aletaan tutkia pienten ja hienovaraisten liikkeiden avulla. Liikettä kehitetään toistojen myötä niin, että lopulta mukana on koko keho. Menetelmän tavoitteena on auttaa ihmistä laajentamaan tietoisuuttaan ja muodostamaan yhteys ajattelun, tuntemisen, aistimisen ja liikkeen välille. Feldenkraisin avulla voidaan etsiä ihmisen luontaisia voimavaroja, kehittää mielikuvitusta, lisätä liikkuvuutta ja kohentaa elämänlaatua. (Feldenkrais 2015, 9; Wildman 2009, 1–4; Talvitie ym. 2006, 277.) Feldenkrais-menetelmä voi auttaa kroonisen kivun hoidossa, vammasta toipumisessa, stressinhallinnassa sekä ennen ja jälkeen kirurgisen toimenpiteen. Raskaana olevat ja synnyttäneet naiset voivat hyötyä lantion, alaselän ja koko selkärangan yhteyden tiedostamisesta liikkeen aikana. Lantionpohjalle suunnatuista liikesarjoista on hyötyä kaikille naisille. (McAneney 2015, 44.)

Fysioterapeutit Judy Phippen ja Barbara Bell kehittivät Feldenkrais-harjoitusohjelman lantionpohjan kuntouttamiseksi: Progressiivisesti etenevien harjoitusten myötä lantionpohjan eri alueita opitaan tiedostamaan ja liikuttamaan eriytetysti. Harjoituksissa opetellaan myös tunnistamaan ja erottamaan lantionpohjan lihasten ja muiden ympäröivien lihasten supistuminen sekä integroimaan lihasten toimintaa. Lopulta koko kehoa pyritään käyttämään lantionpohjalihasten toiminnan tukemiseksi. (Baessler & Bell 2008, 209–210.)

Malmgren-Olsson, Armelius ja Armelius (2001) vertailivat The Body Awareness Therapy<sup>7</sup>- ja Feldenkrais-menetelmien sekä tavanomaisen fysioterapian vaikutuksia epäspesifeistä tuki- ja liikuntaelimestön häiriöistä kärsivien potilaiden psykologisiin oireisiin, kipuun ja kehonkuvaan. Kaikki kolme terapiamuotoa osoittautuivat tehokkaiksi: psyko-

---

<sup>7</sup> The Body Awareness Therapy (BAT) on yhteisnimitys useille holistisille fysioterapiamenetelmille, jotka poikkeavat perinteisestä biologiaan keskittyvästä fysioterapiasta aktivoimalla myös aisteja ja tuottamalla näin emotionaalisia reaktioita (Roxendal 1985, 9–10).

logiset oireet (somatisaatio, ahdistuneisuus ja masentuneisuus) ja kiputuntemukset vähenivät ja kehonkuva koettiin positiivisemmaksi vuoden kestäneen tutkimusjakson jälkeen. Tutkittujen menetelmien välillä oli ainoastaan pieniä eroavaisuuksia. Psykologisen ja fyysilogisen aspektin huomioivat BAT ja Feldenkrais vähensivät kuitenkin tavanomaista fyysisiin oireisiin keskittyvää fysioterapiaa tehokkaammin psykologisia oireita ja koettua kipua. (Malmgren-Olsson ym. 2001, 77–94.) Tutkimus tukee fysioterapian – myös kokonaisvaltaisen psykofyysisen terapiamuodon – valitsemista vaginismien hoidoksi tai osaksi sitä.

**Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian** (The Norwegian Psychomotor Physiotherapy, NPMP) kehittäjät fysioterapeutti Aadel Bülow-Hansen ja psykiatri Trygve Braatøy uskoivat psyyken ja kehon olevan erottamattomia ja toiminnallisesti yhdistyneitä: lihasjännitykset, asento ja hengitys liittyvät tunneperäisiin tiloihin. NPMP:n tavoitteena on, että asiakas saa kehollisten reaktioidensa tiedostamisen kautta kosketuksen omiin tunteisiinsa, ymmärtää kehon ja mielen yhteyden. Asiakas ohjataan löytämään potentiaalinsa ja voimavaransa. Terapiamenetelmiä ovat fyysiset harjoitteet ja liikkeet sekä hieronta, joka perustuu klassiseen hierontaan ja sisältää passiivisia taivutuksia ja venytyksiä. Terapian aikana huomioidaan asento, lihaksisto, liike, liikkuvuus, motoriset liikemallit, keho-tietoisuus ja tunneilmaisut. NPMP:tä on perinteisesti käytetty lähinnä lihaskipujen ja -kireyksien sekä erilaisten kehon toiminnallisten häiriöiden hoitoon. Diagnoosi tai paikalliset oireet eivät kuitenkaan ole NPMP:n kannalta olennaisia; fokus on potilaan kokonaisvaltaisessa toiminta- ja sopeutumiskyvyssä. (Talvitie ym. 2006, 273–275; Thornquist & Bunkan 1991, 13, 16–23, 66, 71–73.)

Menetelmä on osoittautunut tehokkaaksi myös psykosomaattisten ongelmien hoidossa, tästä esimerkkinä Dragesund ja Råheim'n (2008) tutkimus, jossa osoitettiin NPMP:n voivan vaikuttaa positiivisesti kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kehonkuvaan: kehon reaktioiden ja tuntemusten tiedostaminen parantui, samoin tunteiden, lihasjännityksen ja hengityksen yhteyden tiedostaminen. Irrallisuuden ja ulkopuolisuuden tunne muuttui läsnäoloksi omassa kehossa. Osa tutkimushenkilöistä koki myös tulevansa paremmin toimeen kipujensa kanssa. (Dragesund & Råheim 2008, 243–253.)

**Psykodynaamisessa kehoterapiassa** (Psychodynamic Body Therapy, PBT) pyritään oivaltamaan ja tiedostamaan, kuinka erilaiset kokemukset, niiden aiheuttamat ristiriidat ja



ristiriitojen ratkaisuryitykset heijastuvat kehossa. Terapiassa voidaan hyödyntää norjalaisen psykomotorisen fysioterapian menetelmiä – huomioidaan asento, hengitys ja lihaskiireydet – tai vaihtoehtoisesti lähestytään fyysisiä reaktioita kuntoutujan ilmaisuja, kertoman kautta. (Talvitie ym. 2006, 275–276.) Monsen ja Monsen'n (2000) tutkimuksessa kroonisesta kivusta kärsivät potilaat hyötyivät merkittävästi tästä psyykkisen ja fyysisen intervention yhdistelmästä. Keskimäärin 33 terapiasession jälkeen puolet PBT-terapiaryhmän potilaista raportoi olevansa kivuttomia. Huomattavia positiivisia muutoksia todettiin myös mitattaessa koettua ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, somatisaatiota, sosiaalista eristäytyneisyyttä ja itsevarmuutta. (Monsen & Monsen 2000, 257–268.)

**Tanssi- ja liiketerapia** on kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen perustuva kuntoutus- ja hoitomuoto. Itseä ja elämäntilannetta tarkastellaan kehotietoisuustyöskentelyn, liikeimprovisaation, tanssin eri muotojen sekä rentoutus-, kehonhahmotus- ja mielikuvaharjoitusten avulla. Tanssi- ja liiketerapia on konkreettista ja kokemuksellista toimintaa, joka auttaa tunnistamaan ja tiedostamaan aistimuksia ja niihin liittyviä mielleyhtymiä ja tarjoaa siten mahdollisuuden käsitellä, ymmärtää ja muuttaa toimintamalleja. Liikkeen avulla voidaan käsitellä varhaisia muistoja tai asioita, joista on vaikea puhua. Suomen Tanssiterapiayhdistyksen mukaan terapialla ennaltaehkäistään ja hoidetaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia oireita ja sairauksia. (Suomen Tanssiterapiayhdistys ry 2003.)

### 6.3.1 Rentoutustekniikat

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään erilaisia rentoutusmenetelmiä, joiden tarkoitus on osittain sama kuin edellä kuvattujen menetelmien: lisätä ihmisen itsetuntemusta ja ymmärtämystä kehon ja mielen vaikutuksesta toisiinsa (Talvitie ym. 2006, 276). Yksinkertaisimmillaan rentoutuminen on sitä, että ihminen tulee tietoiseksi omasta hengitystavastaan, kehossaan vallitsevasta jännityksestä tai vaikkapa virheellisestä asennostaan ja reagoi tähän suotuisasti (Mielenterveystalo.fi). Rentoutumisen merkitys ja tarve terapeuttisena interventiona on todistettu stressin ja sairauksien yhteydellä. Päivittäinen rentoutuminen on paitsi stressinhallintamekanismi myös tärkeä osa kivun ja traumaattisten oireiden hoitoa. Sillä on usein merkittävä rooli kuntoutumisprosessissa: erilaisten sairauksien ja vammojen paraneminen voi tehostua elimistön toiminnan rauhoittuessa. (Benson & Klipper 1986, 10–12, 16; Payne 2005, VII; Kipu: Käypä hoito -suositus 2015; Kataja

2003, 43.) Rentoutusterapialla, esimerkiksi mielikuva- ja hengitysharjoituksilla ja progressiivisella rentoutuksella, voi olla merkittävä rooli vaginismien aiheuttaman ahdistuksen hallitsemisessa (Meana 2009, 206).

Rentoutustekniikat voidaan jakaa karkeasti somaattisiin ja kognitiivisiin. Tässä esiteltyjä somaattisia menetelmiä ovat progressiivinen, paradoksaalinen, passiivinen ja sovellettu rentoutus. Myös hengitysharjoitukset (luku 6.3.2), liikunta ja venyttely (luku 7.5.) ovat Payne'n mukaan somaattisia menetelmiä (Payne 2005, 13). Kognitiivisista rentoutumismenetelmistä esitellään autogeeninen rentoutuminen ja meditaatio (Payne 2005, 13).

Neurofysiologi Edmund Jacobson on rentoutustutkimuksen pioneeri. Hänen kehittämänsä **progressiivinen rentoutus** perustuu ajatukseen mielen ja kehon yhteydestä: rauhallinen mieli ilmenee jännityksistä vapaana kehona ja toisaalta lihasten rentouttaminen auttaa hiljentämään ajatuksia ja vähentää sympaattisen hermoston aktiivisuutta. (Payne 2005, 33–34.) Potilas jännittää ja rentouttaa eri lihasryhmiä vuorotellen, määrättyssä järjestyksessä, suurista lihasryhmistä alkaen. Tekniikan avulla pyritään kehittämään tietoisuutta luustolihasryhmien tuntemuksista ja opetellaan siten laukaisemaan lihasjännityksiä. Jacobsonin mukaan hermolihaskäytännön rauhoittaminen tuo helpotusta moniin akuutteihin tai kroonisiin fyysisiin ja psyykkisiin vaivoihin. Jacobsonin rentoutumismenetelmä on aikaa vievä: perusteellisimmillaan se käsittää päivittäisen tunnin mittaisen ohjatun harjoitussession ja lisäksi vähintään 1–2 tuntia kestävästä päivittäisestä kotiharjoituksesta. Hoidon pituus riippuu potilaan tilasta (akuutti / krooninen, psyykinen / fyysinen jne.) ja voi vaihdella muutamasta harjoitussessiosta vuosia kestävästä harjoittelusta. (Jacobson 1938, 7, 40–42.) Useista lyhemmistä ja käytännöllisemmistä progressiivisen rentoutumistekniikan muunnelmista tunnetuimpia on Bernstein ja Borkovec'n yhteen sessioon tyypitetty versio (Payne 2005, 43). Liitteessä 3 on mukaelma tästä menetelmästä.

Wise ja Anderson (2014) kehittivät **paradoksaalisen rentoutusmenetelmän** Jacobsonin oppien pohjalta. Menetelmän ”paradoksaalisuus” piilee lantion alueen jännittyneisyyden tiedostamisessa ja hyväksymisessä; rentoutumiseen ei pyritä, vaan sen annetaan tapahtua. Paradoksaalinen rentoutuminen on sukua meditaatiolle: molemmissa pyritään jättämään mieleen nousevat ajatukset huomiotta, olemaan läsnä vallitsevassa hetkessä ja hyväksymään se sellaisenaan pyrkimättä muuttamaan mitään. Wise-Anderson protokolla sisältää kaksi toisiaan täydentävää rentoutusmenetelmää: Useasti päivän mittaan toistettavalla ly-

hyellä lantionpohjalihasten rentouttamisella (*Moment-to-Moment Paradoxical Relaxation*) pyritään muuttamaan potilaan tapa jännittää lihaksiaan kroonisesti. Intensiivimpi ja pidempi rentoutussessio suositellaan tehtäväksi kahdesta kolmeen kertaan päivässä. *Intensive Paradoxical Relaxation* vaatii häiriöttömän ja pimennetyn tilan, 30–45 minuuttia aikaa, ehkä lantionpohjan rentoutumiseen valmistavia venytyksiä ja kuuman kylvyn. Wise ja Anderson korostavat, että paradoksaalinen rentoutus on tehokkainta, kun se yhdistetään triggerpisteiden käsittelyyn ja muihin fyysisiin metodeihin, joilla pyritään vapauttamaan supistuneita lantionpohjan lihaksia. (Wise & Anderson 2014, 183, 193–194, 196, 213–214, 218–220, 224, 233.)

**Passiivisessa rentoutumismenetelmässä** keho käydään läpi lihasryhmä kerrallaan, aivan kuten progressiivisessä rentoutumisessa, mutta aktiivisen lihastyön osuus (jännitys) jätetään pois harjoituksesta. Harjoitus alkaa hengityksen havainnoinnilla ja etenee tietoisella rentoutumisella päästä jalkoihin. (Payne 2005, 59, 70–71.)

Professori Lars-Göran Öst'n kehittämän **sovellettu rentoutus** -menetelmän tavoitteena on opettaa potilas rentoutumaan (edellä kuvattuja menetelmiä) lyhemässä ajassa ja soveltamaan rentoutumisen keinoja arkipäivän stressaaviin tilanteisiin. Itsehallintamenetelmä koostuu kuudesta vaiheesta: progressiivinen rentoutus, lyhytrentoutus, vihjerentoutus, erillisrentoutus, pikarentoutus ja sovellusharjoittelu. Jokainen vaihe perustuu edelliseen, joten toteutusjärjestys on tarkka. Sovellettua rentoutusta käytetään autonomisen hermoston häiriötilojen, kuten stressin, ahdistuksen ja erilaisten kiputilojen hoitoon. (Payne 2005, 67–68; Talvitie ym. 2006, 279.) Menetelmän vaikutusmekanismit perustuvat todennäköisesti siihen, että potilas oppii rentoutumaan nopeasti, vain 20–30 sekunnissa. ”Tämä taito muuttaa motorista käyttäytymistä ja ajatuksia ja siten ehkäisee ahdistus- ja jännitystiloja ja niihin liittyviä fysiologisia reaktioita.” (Tuomisto, Lappalainen, Tuomisto & Timonen 1996, 960.)

**Autogeeninen rentoutus** on itsesuggestiivinen menetelmä, jonka avulla ihminen rentouttaa itsensä ajattelun ja keskittymisen avulla. Neurologi Johannes Schultz'n luoma menetelmä on sukua hypnoosille, sillä siinä annetaan lyhyitä komentoja alitajunnalle. Autogeeninen rentoutus vaikuttaa kehoon ja mieleen. Ulkoiset ärsykkeet minimoidaan; harjoitukseen keskitytään passiivisesti, pakottamatta itseä muutokseen; hengitys rauhoitetaan; kehon eri osat käydään läpi käyttäen painon ja lämmön tunteeseen ohjaavia suggestioita.

Tämä aktivoi parasympaattista hermostoa, jolloin somaattiset oireet helpottuvat. Harjoitus päätetään rauhallisesti: herätys-suggestio palauttaa virkeään ja rentoutuneeseen tietoisuuteen ja toimintakykyyn. Autogeenisellä rentoutuksella on hoidettu tuloksekkaasti esimerkiksi stressiä, ahdistuneisuutta ja masennusta sekä erilaisia kiputiloja, kuten synnytyskipua. (Kataja 2003, 96, 98–99; Talvitie ym. 2006, 278–279; Payne 2005, 175, 178.)

**Meditaatio**-termiä on käytetty kuvaamaan syvää sisäistä keskittymistä sekä erilaisia metodeja henkisen tietoisuuden tilan saavuttamiseksi. Meditaation tekniikka on itsesuggestiivista, samankaltaista kuin autogeenisessä rentoutuksessa. Passiivista keskittymistä harjoitettaessa meditoija on rento, mutta samalla tietoinen ympäristöstään ja läsnä vallitsevassa hetkessä. (Payne 2005, 181–182; Kataja 2003, 106–107.) Meditaatiota voi harjoittaa istuma- tai makuuasennossa. Lihakset vapautetaan ylimääräisistä jännityksistä (silti säilyttäen hyvä anatominen asento selkärangassa, mikäli meditoija istuu) ja keskitytään esimerkiksi hengitykseen tai mantraan tai kohdistetaan katse objektiin. Valittuun kohteeseen keskittyminen auttaa sivuuttamaan mieleen pyrkivät ajatukset, muistot ja assosiaatiot. Harjoitus päätetään palauttamalla huomio luonnolliseen hengitysrytmiin, avaamalla silmät ja palauttamalla lihaksiin normaali tonus esimerkiksi venyttelemällä. Meditaatio-sessio voi kestää 5–20 minuuttia. Tutkimusten mukaan harjoittelun säännöllisyys on suoraan verrannollinen siitä saatavaan hyötyyn. (Payne 2005, 183–184.)

Mindfulness-meditaatio on yksi monista meditaatiomenetelmistä. Se on valittu tarkastelun kohteeksi juuri hyväksyvää ja tietoista läsnäoloa korostavan luonteensa vuoksi, lisäksi menetelmän positiivisista terveysvaikutuksista on julkaistu lukuisia tieteellisiä tutkimuksia. Lääketieteen emeritusprofessori ja Massachusettsin yliopistollisen sairaalan stressi-klinikan perustaja Jon Kabat-Zinn toi mindfulness-meditaation laajemman yleisön tietoisuuteen. Hän kehitti **Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)** -menetelmän hoitaakseen kivusta ja stressistä kärsiviä kroonikkopotilaita, joiden hoitoon tavanomaiset lääketieteen keinot eivät riitä. Kabat-Zinn'n mukaan on tavallista, että sairaudesta kärsivät ihmiset kiinnittävät paljon huomiota siihen, millaisia oireita ja muutoksia sairaus on kehossa aiheuttanut. Lisäksi he ovat huolestuneita tulevaisuuden mukanaan tuomista ongelmista. Havainnointi ei kuitenkaan ole hyödyllistä, parantavaa ja tiedostavaa, vaan reaktiomaista, tuomitsevaa, pelokasta ja säälivää. Mindfulness-meditaation harjoittaja pyrkii hyväksymään itsensä, oireensa, kipunsa ja pelkonsa sellaisina kuin ne ovat juuri nyt. Vaikeat kokemukset, tapahtumat ja tunteet kohdataan neutraalisti ja pohditaan kehon ja mielen viestien merkitystä. Tämä mahdollistaa positiivisen kehityksen, aktiivisen oman

hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen. Mindfulness-meditaatiota on käytetty menestyksekkäästi osana kivun, stressin ja monien sairauksien hoitoa. Sen on osoitettu vähentävän somatisaatiota ja masentuneisuutta sekä parantavan kehonkuvaa ja lisäävän myönteisiä tunnetiloja. (Kabat-Zinn 2012, 21, 29, 356, 365.)

Wake Forest Baptist Medical Centerin tutkijat löysivät todisteita siitä, että mindfulness-meditaatio vähentää kivun tuntemusta tehokkaammin kuin placebomenetelmät. Koehenkilöille tuotettiin kipua lämpöanturilla. He arvioivat kivun voimakkuutta (fyysinen tuntemus) ja kivun epämiellyttävyyttä (emotionaalinen tuntemus). Lisäksi tulosten arviointiin käytettiin aivokuvantamista. Mindfulness-meditaatiota harjoittaneet koehenkilöt raportoivat kivun voimakkuuden ja epämiellyttävyyden vähentyneen huomattavasti enemmän kuin placebo- ja kontrolliryhmän jäsenet. Aivokuvantamismenetelmä paljasti mindfulness-meditaation aktivoivan aivoissa alueita, jotka yhdistetään kivun itsesäätelyyn. Talamus deaktivoitui meditaatiossa (ja aktivoitui placebo- ja kontrolliryhmässä), minkä vuoksi kivun kokemus ei todennäköisesti saavuttanut korkeampia aivoalueita. Löydösten perusteella tutkijat uskovat, että jo 20 minuutin päivittäinen meditaatio voi tehostaa kivun hoitoa kliinisessä ympäristössä. (Emerson ym. 2015.)

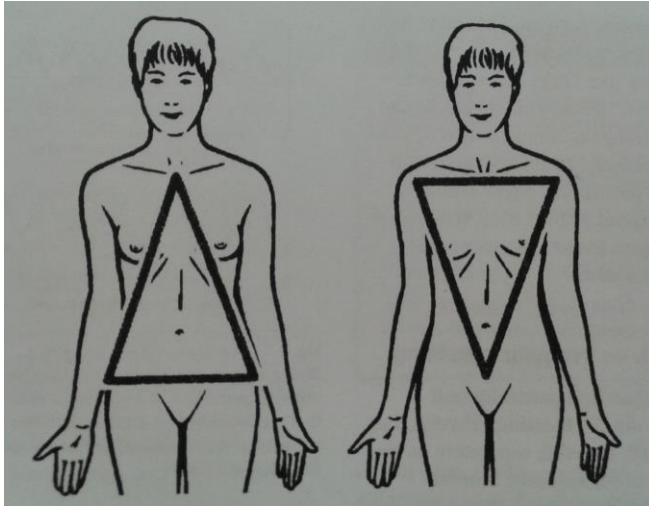
On myös hyväksyttävä, jos rentoutuminen ei aluksi onnistu. Ihmisaivojen rationaalinen osa voi estää parasympaattisen hermoston aktivoitumisen eli stressireaktion purkautumisen rentoutumisreaktioksi (Levine 2008, 112). Jännityksestä irtipäästäminen voidaan tulkita kontrollin menettämiseksi ja se voi aluksi lisätä ahdistuneisuutta. Potilaan on hyvä tiedostaa ja ymmärtää kehossaan tapahtuvat muutokset stressi- ja rentoutumisreaktion aikana sekä ymmärtää, että rentoutuminen auttaa vain poistamaan stressin oireita, ei stressin syytä. (Chaitow, Bradley & Gilbert 2002, 187–188.)

### **6.3.2 Hengitysterapia**

Jokaisella on oma yksilöllinen hengitystapansa. Se on vahvasti sidoksissa kehon ryhtiin ja rakenteisiin sekä vallitsevaan tunnetilaan. (Chaitow ym. 2002, 14–15; Martin ym. 2014, 37.) Jännityksistä vapaata luonnollista hengitystä voi kuitenkin ohjata ja harjoitella. Se on tärkeä väline stressireaktion purkamisessa. Säädelyjen hengitysharjoitusten tavoitteena on vaikuttaa kehoon ja mieleen vapauttavasti, luoda stressireaktion tilalle rentoutu-

misreaktio. (Jokiniva 2013, 77.) Hengitysharjoitusta ohjaavan fysioterapeutin tulee kunnioittaa potilaan kehon tilaa; lihasjännityksiä ei pureta lihasten mekaniikkaa muokkaamalla. Lihasjännitykset saattavat olla tarpeellinen suoja psyykelle esimerkiksi traumaattisen tapahtuman jälkeen, kun uhan ja pelon tunteet ovat jääneet kehon muistiin. Hengitysharjoituksia ohjaavan on hyvä tietää optimaalisen hengityksen fysiologiset perusteet, jotta hän osaa auttaa potilasta tiedostamaan kehonsa reaktiot ja rauhoittamaan hengityksensä. (Martin ym. 2014, 37–38, 47.) Kehoon ja mieleen vaikuttaminen hengitysharjoituksilla vaatii kuitenkin aikaa ja kärsivällisyyttä, sillä stressireaktion oireista juuri hengitys palautuu viimeisenä normaaliksi (Keskinen-Rosenqvist 2013, 8).

Vatsanpohjaan suuntautuva hengitys työllistää pääasiassa pallean (*m. diaphragma*), täyttää keuhkot optimaalisesti ja kuljettaa mahdollisimman paljon happea mahdollisimman vähällä työllä kehon käyttöön. Palleahengitys yhdistetään mielen tasapainoon ja rauhallisuuteen. Rintakehän yläosaan suuntautuva hengitys tapahtuu pääasiassa kylkivälilihasten (*m. intercostales externi / interni*) ja apuhengityslihasten avulla. Apuhengityslihaksia ovat epäkäslihas (*m. trapezius*), päännyökkääjälihas (*m. sternocleidomastoideus*), kylkiluunkannattajalihakset (*m. scalenus anterior / medialis / posterior*) ja rintalihakset (*m. pectoralis minor / major*). Näillä lihaksilla tapahtuva hengitys on palleahengitystä tehottomampaa, lihaksia väsyttävää ja vie vähemmän ilmaa keuhkoille. (Gilbert 1999, 45–46.) Rintakehän yläosalla tapahtuva hengitys on ihmisen suojautumiskeino, joka viestii jännittyneisyydestä, ahdistuneisuudesta, varuillaan olosta ja tunteiden tukahduttamisesta. Kuvio 9 havainnollistaa näiden kahden hengitystavan suuntautumista kehossa: vasemmanpuoleinen kolmio kuvaa optimaalista palleahengitystä ja oikeanpuoleinen rintakehän yläosalla tapahtuvaa hengitystä (Gilbert 1999, 46). Martin ym. (2014) huomauttavat, että hengitysterapiassa ei kuitenkaan kannata suunnata tarpeettoman paljon huomiota pallean käyttöön, jotta hengityksestä ei tule suorittamista (Martin ym. 2014, 38).



KUVIO 9. Palleahengitys (vas.) ja apuhengityslihaksilla hengittäminen (oik.) (Gilbert 1999, 46)

Lantionpohjalihakset toimivat läheisessä yhteistyössä pallean kanssa. Kun pallea supistuu, lantionpohja rentoutuu ja päinvastoin (Martin ym. 2014, 44). Hengityksen rauhoittaminen ja suuntaaminen kohti lantionpohjaa auttaa vapauttamaan jännittyneitä lihaksia ja kipu helpottaa. Hengityksen vaikutusta voi seurata biopalauteen avulla lantionpohjalihasten harjoittelun aikana. (Jaatinen 2010, 118.)

Ihminen hengittää suun kautta ollessaan ahdistunut ja kokiessaan uhkaa. Nenän kautta hengittämistä suositellaan suun kautta hengittämisen sijaan, sillä se aktivoi palleaa ja auttaa säätelemään sisään hengitettävän ilman määrää. Tämä pienentää hyperventilaation riskiä. (Martin ym. 2014, 39; Gilbert 1999, 46.) Terveellä ihmisellä toinen sierain on toista dominoivampi ja kuljettaa siten enemmän ilmaa. Sierainten rooli vaihtuu 1–3 tunnin välein (Gilbert 1999, 48). Avoimemman sieraimen vastakkainen aivopuolisko on toista aivopuoliskoa aktiivisempi. Tätä havaintoa on hyödynnetty tuhansia vuosia vanhan joogatradition hengitysharjoituksissa. Sitten moderni tiede on vahvistanut sierainten ja aivopuoliskojen toiminnan yhteyden EEG-kuvantamisella (aivosähkökäyrä): Oikean sieraimen dominoidessa vasemman aivopuoliskon verenkierto tehostuu ja toimintoja kiihdyttävä sympaattinen hermosto aktivoituu, vasemman sieraimen dominoidessa oikean aivopuoliskon verenkierto tehostuu ja toimintoja rauhoittava parasympaattinen hermosto aktivoituu (Shannahoff-Khalsa 1991, 230–231, 241–242; Pal ym. 2014, 145–150). Vuorosierainten tai vasemman sieraimen kautta toteutettavien hengitysharjoitusten vaikutuksia on sittemmin tutkittu ja suositeltu muun muassa korkeasta verenpaineesta (Ma-

danmohan & Sanjay 2012, 108; Mourya, Mahaja, Sigh & Jain 2009, 711–716) ja psyykkisistä oireista kärsiville potilaille (Shannahoff-Khalsa 2007, 627–629). Liitteestä 4 löytyvät ohjeet parasympaattista hermostoa aktivoivaan, rauhoittavaan hengitysharjoitukseen.

Maila Seppä, Päivi Lehtinen ja Minna Martin kehittivät psykofyysisen hengitysterapian, jonka kohderyhmiä ovat muun muassa ahdistuksesta, stressistä, jännittämisestä, peloista, toiminnallisista häiriöistä ja kivuista kärsivät potilaat. Psykofyysisesti oireilevien potilaiden kanssa käytetään kognitiivisia menetelmiä, joiden avulla pyritään tietoisesti käsittelemään stressikokemuksia, minäkuvaa, ruumiinkuvaa, ihmissuhteita, tunteita, mielikuvia ja selviytymiskeinoja. Pelkopotilaat kokevat usein omaan ruumiiseen ja sen eheyden menettämiseen liittyviä pelkoja. Heidän kanssaan harjoitellaan hengityksen käyttöä rauhoittelu- ja itsesäätelykeinona pelkoon liittyvän ahdistuneisuuden hillitsemiseksi. Psykofyysinen hengitysterapian perustana on tieto hengityksen psykofyysisestä säätelystä sekä tasapainoisen hengityksen merkityksestä ihmisen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Terapiaan liitetään länsimaiseen lääketieteeseen jo osittain integroituneita vaikutteita mindfulness-menetelmästä ja joogasta. Terapia voidaan yhdistää esimerkiksi fysioterapiaan, tanssiterapiaan, Feldenkrais’iin, rentoutusmenetelmiin ja tietoisuusliikuntaan. (Martin 2013; Martin ym. 2014, 11–12, 189–192.)



## 7 ITSEHOITO

### 7.1. Itsehoidoksi soveltuvia fysioterapiamenetelmiä

Mikäli vaginismi olisi hoidettavissa kotikonstein, mitään ongelmaa tuskin olisi olemassa. Asiantuntijan apu on ehdottoman tärkeää, mutta toisaalta terapiasessiot klinikaympäristössä eivät yksin riitä. Vaginismin hoitaminen vaatii totuttelua ja toistoja. Penetraation on onnistuttava kivutta ja peloitta myös kotona.

Tutkitun aineiston perusteella asiantuntijan ohjaama aktiivinen itsehoito on suositeltavaa, sillä monet edellä kuvatut hoitomuodot ovat sellaisinaan tai sovellettuina erinomaisia kotiharjoitteita. On ehdottoman tärkeää, että ammattitaitoinen fysioterapeutti opettaa naiselle esimerkiksi dilaattorien käytön, sillä itsenäinen opettelu ilman alkuohjausta, rohkaisua ja tukea voi pahimmillaan aiheuttaa vain lisää epäonnistumisen kokemuksia ja ahdistuneisuutta. Elektroterapiaa voi toteuttaa klinikaympäristön lisäksi kotiin vuokrattavalla laitteella (Jernfors 2004, 22) ja lantionpohjalihasten hallintaa jännitys-rentoutusmenetelmällä voi harjoitella paikasta riippumatta (Åkerman & Aukee 2011). Useasti toistuva itsenäinen harjoittelu fysioterapeutin ohjaaman harjoittelun lisäksi on tärkeää lihastoiminnan kontrolloimisen kehittymisen kannalta (Heittola 1996, 51). Wise-Anderson -protokolla on itsehoito-ohjelma, joka alkaa kuuden päivän klinikajaksolla. Intensiivijakson aikana lantion alueen kivuista ja toimintahäiriöistä kärsivät potilaat oppivat käsittelemään myofaskiaalisia triggerpisteitä ja rentouttamaan lantion alueen lihaksia. Siten he kykenevät hoitamaan ja hallitsemaan oireitaan itsenäisesti. (Wise & Anderson 2014, xxvii, 171.)

Tietoisuustaitoja voi harjoitella omatoimisesti meditoimalla (Kabat-Zinn 2012, 21–22). Rentoutumisen harjoittelu mainitaan keskeisenä kivun itsehoito-ohjelman sisältönä hiljattain ilmestyneessä Käypä hoito -suosituksessa (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015). Myös dissosiativisten oireiden itsehoidossa voidaan hyödyntää erilaisia rentoutusmenetelmiä; traumaattisia tunnemuistoja voi kohdata rentoutuneessa mielentilassa (Huttunen 2014). Itsenäisten rentoutumis-, hengitys- ja meditaatioharjoitusten alkuun voi päästä esimerkiksi opaskirjan avulla tai ohjatuilla tunneilla, joilta voi poimia itseään ja tarpeitaan parhaiten palvelevat harjoitukset ja tekniikat. Myös modernia tekniikkaa, kuten puhelimeen ladattavia sovelluksia, voi hyödyntää tukemaan ja ohjaamaan omaa mindfulness- ja rentoutumisharjoitusta tai vaikkapa Feldenkrais- ja Kegel -harjoitteita. Saatavilla on

myös internetistä ladattavia nauhoitteita, jotka sisältävät kohdennettuja harjoituksia lantionpohjalihasten rentouttamiseksi ja soveltuvat yhdyntäkivuista kärsiville (Dr. Patricia Neumann 2016).

Vaginismia ei voiteta pakottamalla, vaan työskentelemällä yhteistyössä kehon ja mielen kanssa, lempeällä ja hyväksyvällä asenteella. Sama pätee synnytystraumasta toipumiseen. Seuraavissa alaluvuissa ehdotetaan lisää itsehoitomenetelmiä, jotka eivät fokusoidu kouristeleviin lihaksiin, vaan lisäävät kokonaisvaltaista hyvinvointia.

## **7.2. Anatomiaan tutustuminen**

Hyvä lähtökohta vaginismien hoitamiseen on omien sukupuolielinten anatomian tunteminen ja ymmärrys niiden toiminnasta. Tämä ei ole synnyttäneellekään naiselle itsestäänselvyys. Naisen sukupuolielimet ovat suurelta osin piilossa, toisin kuin miesten sukupuolielimet, joiden ulkonäkö, rakenne ja muutokset seksuaalisen kiihottumisen aikana ovat helposti havaittavissa. (Hiller 2000, 88; Carter & Carter 2013, 74.)

Yhdyntäkivua kokenut nainen saattaa alkaa vältellä sukupuolielimiään, kuin unohtaakseen ongelman. Carter ja Carter (2013) neuvovat työkirjassaan naista tutustumaan sukupuolielimiinsä rauhassa, rohkeasti ja uteliaasti peilin avulla. Meana (2009) rohkaisee manuaaliseen anatomian tutkimiseen, siten nainen voi totuttautua kosketukseen, paikallistaa kivuliaat alueet ja kokeilla lantionpohjalihasharjoituksia ja -venytyksiä. Luottamus omiin kykyihin kasvaa ja nainen kokee saavuttavansa kadotetun kontrollin. (Meana 2009, 206; Carter & Carter 2013, 74–75.) Reissing'n (2012) kyselytutkimus primaarista ja sekundaarisesta vaginismista kärsiville naisille vahvistaa, että oman vaginan tutkiminen (vaginal self examination) voi olla erityisen tehokas interventio penetraatio-ongelmien hoitamiseksi: Se oli tutkimuksessa mainituista hoitomuodoista ainoa, josta kaikki vastanneet naiset olivat hyötäneet edes jonkin verran. (Reissing 2012, 256.)

### 7.3. Oksitosiini avuksi

Monilla vaginismien psykofyysisillä hoitokeinoilla on sama tarkoitus: sammuttaa kehon ja mielen taistele-tai-pakene-reaktio. Kyky rentoutua ja rauhoittua on ihmisen selviytymisen kannalta yhtä tärkeää kuin hätätilareagointi. Aivojen hypotalamuksen tuottama hormoni, oksitosiini, toimii ikään kuin vastalääkkeenä adrenaliinille, noradrenaliinille ja kortisolille. Oksitosiinin tiedetään lisäävän rauhallisuutta, avoimuutta ja luottavaisuutta sekä vähentävän ahdistuneisuutta. Se lisää kivunsietokykyä sekä alentaa kortisolitasoa, sydämen syketiheyttä ja verenpainetta. Oksitosiini lisää kiinnostusta ja kykyä sosiaaliseen kanssakäymiseen ja seksuaaliseen aktiivisuuteen. Sillä on eheyttävä ja parantava voima. (Uvnäs-Moberg 2003, 20–24, 48–49, 82.)

Miellyttävä kosketus ja lämpö lisäävät oksitosiinin tuotantoa ja aktivoivat siten kehon rauhoittumisjärjestelmän ja tuottavat hyvänolontunteen, vähentävät stressiä. Tämä reaktio tapahtuu viiveellä, mutta on pitkäkestoisempi kuin taistele-tai-pakene-reaktio. Hieronnan ja akupunktion on todettu madaltavan verenpainetta, sydämen sykettä ja stressihormonien pitoisuuksia elimistössä. Tutkijaprofessori Kerstin Uvnäs-Mobergin mukaan tuntoaistin lisäksi myös muilla aisteilla on merkittävä rooli kehon rauhoittumisessa. Liikuntakin vapauttaa aivoista oksitosiinia, mikä puolestaan vapauttaa endorfiineja. (Uvnäs-Moberg 2003, 108, 113, 141.) Endorfiinit ovat kivun astimista estävien ja hyvänolon tunnetta lisäävien synapsien neuropeptidejä (Sand ym. 2013, 113).

Oksitosiinin vapautuminen elimistössä luo emotionaalisia siteitä ihmisten välillä. Hyvä parisuhde stimuloi elimistön rauhoittumissysteemiä paitsi kosketuksen, myös koetun tuen, lämmön ja rakkauden kautta. (Uvnäs-Moberg 2003, 131.) Oksitosiinin tuotannon lisääminen yhdessä kumppanin kanssa on lempeä ja luonnollinen keino hoitaa vaginismia. Paradoksaalisesti, vaginismi voi etäännyttää parisuhteen osapuolet ja parantavasta kosketuksesta voi olla puutetta. Pyyteettömän läheisyyden ja hellyyden opettelu on ensimmäinen askel oikeaan suuntaan. Kumppania voi hieroa ja lähteä yhdessä liikkumaan. Keho ja mieli tarvitsevat aikaa, kuuntelua sekä hyväksyvää suhtautumista.

#### 7.4. Kosketus hoitona

Moniin psykofyysisen fysioterapian menetelmiin sisältyy kosketusta tai hierontaa. Hieronta rauhoittaa, rentouttaa ja tuottaa hyvänolon tunteen. Lisäksi se voi auttaa oman kehon rajojen tunnistamisessa sekä synnyttää hyväksymisen ja läheisyyden tunteita. Kosketuksen kautta voi oppia tunnistamaan omien lihastensa jännittyneisyyden ja rentoutumisen. (Talvitie ym. 2006, 280.) Svennevig (2003) tutki kosketukseen perustuvien hoitojen käyttöä hyvinvoinnin ja itseyttä lisäämisen välineenä. Tutkittavia vaihtoehtohoitoja olivat Rosen-menetelmä, Rebalancing-kehoterapia, Kajavahieronta ja vyöhyketerapia. Tutkimushenkilöt kokivat, että hoidot lisäsivät rentoutuneisuutta ja vireyttä, nostivat mielialaa ja vähensivät ahdistuneisuutta ja vihantunteita. (Svennevig 2003, 1, 13–14.) Rosenterapiassa ja Rebalancingissa tunne-elämän tukahduttaminen nähdään keskeisenä lihasjännityksien aiheuttajana: ”Lihaskäntäytymiseen ja kehon asentoon keskittyminen johdattaa hoidettavan seuraamaan kehontuntemusta ajassa taaksepäin. – Keskeistä on muistoon liittyvän tunnetilan aktivoituminen ja sen ilmaiseminen hyväksyvässä ilmapiirissä.” (Svennevig 2003, 14.) Sekä vaihtoehtohoidot että lääketiede käsitteellistävät terveysongelmia, jolloin psykosomaattiset ja psykofyysiset oireet saavat selityksen ja hallinnantunne kasvaa (Svennevig 2003, 15).

#### 7.5. Tietoisuusliikuntaa

Liikunta edistää todistetusti ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia (Payne 2005, 115). Ojanen (1994) tutki liikunnan vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ja totesi liikunnan olevan välittömiltä ja pitkäaikaisvaikutuksiltaan tehokkaampaa kuin psykoterapia. Hän siteeraa lukuisia tutkimuksia, joiden mukaan liikunta vähentää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, lisää itseluottamusta, vaikuttaa positiivisesti minäkuvaan ja itsetuntoon, parantaa stressinsietokykyä, tuottaa mielihyvää sekä vähentää psykosomaattisia oireita. Toisaalta Ojanen kertoo näkemyksistä, joiden mukaan liikunnan vaikutukset mielenterveyteen ovat hyvin vaihtelevia. (Ojanen 1994, 11, 13–17.) Vuoden 2016 alussa julkaistiin liikunnan Käypä hoito -suositukset, joiden mukaan liikunnan tulee kuulua monien fyysisten ja psyykkisten pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016).

Vaginismien hoidon tueksi voi kokeilla kokonaisvaltaisia liikuntamuotoja, jotka lisäävät tietoisuutta lantionpohjasta ja koko kehosta. Itsensä tiedostaminen on helpompaa hitaan liikkeen kautta. Liikunnan nopea suorittaminen ja peilikuvan tarkkailu siirtävät huomiota itsestä ulospäin, jolloin sisäisen olotilan aistiminen ja kuuntelu vaikeutuvat. Martin puhuu hengittävän liikkeen hyvää tekevästä voimasta: Liike on pyöreää, dynaamista, kudosten pehmeää joustavuutta ja periksi antamista. Tietoista liikettä ja tietoisuustaitoja lisääviä lajeja ovat esimerkiksi jooga, pilates, asahi ja taiji. (Martin 2016, 143–144.)

Kansainvälisesti tunnettu joogaopettaja Donna Farhi kuvaa **joogan** olevan elämisen ja olemisen tapa, joka mahdollistaa onnellisuuden. Jooga on myös laajan kirjon harjoitteita käsittävä tiede (Farhi 2009, 21), jonka käytännönläheisimmät menetelmät – lantion alueen tiedostaminen ja kontrollin opetteleminen, lihasten ja lihaskalvojen venytys, lihasten jännityksen ja rentouden vuorottelu, kehotietoisuuden lisääminen sekä syvä palleahengitys – ovat tuttuja jo aiemmista luvuista. Perinteinen jooga ja moderni lääketiede yhdistyvät **joogaterapiassa**: Potilaan terveydentila ja diagnoosi huomioidaan suunniteltaessa ja ohjattaessa yksilöllisiä asana-, hengitys-, rentoutus- ja meditaatioharjoituksia, joiden tavoitteena on edistää kokonaisvaltaisesti potilaan hyvinvointia. Joogaterapiassa korostetaan kehon ja mielen yhteyttä sekä tietoisuuden kehittämistä ja harmoniaa myös muilla elämänalueilla. (Monro 1997, 215.) Joogaterapia perustuu potilaan itsesäätelykykyyn toisin kuin monet lääke- ja psykoterapeuttiset interventiot. Sitä on käytetty menestyksekkäästi esimerkiksi monien psykosomaattisten sairauksien ja oireiden hoidossa. (Singh 2015, 277, 281.) Luvussa 5.4. kerrottiin joogan ja manuaalisen terapian menestyksekkäästä kombinaatiosta vaginismien hoidossa. Liitteestä 5 löytyvät ohjeet lantionpohjaa rentouttaviin jooga-asanoihin ja venytyksiin. Fysioterapeutti ja joogaohjaaja Malla Rautaparran mukaan joogaharjoitukset ”keventävät raskausaikaa, valmistavat synnyttämään ja antavat voimia synnytyksen jälkeiseen elämään” (Rautaparta 2003, 8).

**Pilates** on holistinen kehonhallintamenetelmä, jonka ”tavoitteena on kehittää optimaalista toiminnallista ryhtiä vahvistamalla vartalon keskialuetta, opettamalla fysiologisesti oikeaoppisia liikeratoja ja syventämällä hengitystä” (Suomen Pilates Yhdistys 2016). Pilates-harjoitteita tehdään matolla tai laitteiden avulla. Harjoittelussa voidaan käyttää palloa, kuminauhaa tai muita välineitä. Liikkeiden suorittaminen puhtaalla tekniikalla vaatii keskittymistä. Keho ja mieli toimivat yhteistyössä; kehotietoisuus kehittyy yhdessä voiman, kestävyuden, liikkuvuuden ja kehonhallinnan kanssa. (Pilates 2000, 9–11, 14; Pilates Foundation 2016; Suomen Pilates Yhdistys 2016.) **PhysioPilates**-ohjaajakoulutuksen

suorittanut fysioterapeutti osaa huomioida esimerkiksi raskaana olevien ja synnyttäneiden sekä lantionseudun toimintahäiriöistä kärsivien naisten erityistarpeita pilatesharjoittelussa (Suomen Terveysliikuntainstituutti 2016).

**Asahi** on terveysliikuntamuoto, jonka liikkeet on suunniteltu ennaltaehkäisemään ja hoitamaan yleisimpiä terveysongelmia, muun muassa stressin aiheuttamia psykosomaattisia oireita ja depressiota. Asahi on psykofyysinen harjoitus, jossa yhdistetään kehon pehmeä liike, luonnollinen ja vapaa hengitys ja mielen keskittyminen. Asahin liikesarjat koostuvat rentous-, niska-hartia-, selkä- ja tasapaino-osioista. Liikkeitä toistetaan hitaalla tempolla, jotta kehon ja mielen kuuntelulle, tietoiselle liikkeelle, jää aikaa. Harjoitus auttaa tiedostamaan kehon jännitystiloja ja opettaa niiden rentouttamista. Perusliikkeet on helppo omaksua ja käyttää itsenäisesti itsehoidon välineinä. (Klemola 2014, 12, 14.)

**Taiji** (tai chi) on muinainen kiinalainen kamppailulaji, terveyttä ja toimintakykyä edistävä liikuntamuoto, jota on käytetty länsimaissa myös fysioterapeuttisena kuntoutusmenetelmänä. Taijissa harjoitellaan hitaita, pehmeitä ja pyöreitä liikesarjoja. Kun liikkeet sujuvat harmonisesti ja rennosti, harjoittelusta tulee meditatiivista, keho ja mieli rentoutuvat. Tässäkin tietoisuusliikunnan muodossa hengityksellä on tärkeä rooli: se rytmitetään liikkeeseen. Taijin tavoitteena on lisätä kehotietoisuutta, sisäistä voimaa ja iloa. Tutkimusten mukaan taijin harjoittaminen parantaa psyykkistä hyvinvointia ja koettua elämänlaatua. Se vähentää stressiä, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta ja parantaa itsetuntoa. Taijin positiiviset, terveyttä edistävät vaikutukset johtuvat osaltaan harjoittelun aikaansaamasta parasympaattisen hermoston aktivoitumisesta ja sympaattisen aktivaation vaihtumisesta. (Rinne 2012, 33–34; Wang ym. 2010.)

Tietoisuusliikunnan lisäksi mikä tahansa itselle nautintoa tuottava liikunta on suositeltavaa, sillä mielihyvä vahvistaa kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kokemusta (Payne 2005, 115). Wise ja Anderson rohkaisevat harrastamaan aerobista liikuntaa, joka ei rasita lantionpohjaa kohtuuttomasti, sillä se on heidän kokemuksensa mukaan tärkeä osa lantion alueen kiputiloista kärsivien potilaiden paranemisprosessia (Wise & Anderson 2014, 353). Törnävä kehottaa harjoittamaan lantionpohjan aluetta liikuntamuodoilla, joissa lantiolle tulee liikkuvuusharjoittelua ja syvät vatsalihakset työskentelevät. Hän mainitsee lajiesimerkkeinä joogan ja pilateksen lisäksi itämaisen tanssin ja latinotanssit. (Törnävä, luettu 27.7.2015.)

Urheilulääketieteen tohtori John Douillard (1996) puhuu kulttuuriimme juurtuneesta voittamisen pakosta ja kehottaa sen sijaan keskittymään itse prosessiin. Näin voidaan saavuttaa kehon ja mielen saumaton yhteistyö. Sanat sopivat myös vaginismien voittamisen pakoon ja puoltavat tietoisuusliikuntaa.

Päämäärien asettaminen on välttämätöntä ja on hyvä asettaa ne tarpeeksi korkealle, mutta yksi tärkeimmistä periaatteista, jonka ikinä voit oppia on tämä: jotta pystyt saavuttamaan tavoitteesi, sinun on päästettävä siitä irti. Sinun on unohdettava se ja keskityttävä siihen johtavaan polkuun. (Douillard 1996, 49.)

## 7.6. TRE – Tension & Trauma Release Exercise

TRE on lyhenne sanoista Tension & Trauma Release Exercise. Traumahoitoon erikoistunut lääkäri David Bercei kehitti harjoituksia kehon syvien lihasten jännitystilojen, stressin ja trauman oireiden helpottamiseksi. (TRE® 2013.) Tekniikka perustuu tietoon eläimen ja ihmisen hermoston alkukantaisesta reaktiosta stressaavaan tilanteeseen: keho palaa luonnolliseen rentouden tilaan lihasten nykimisellä, värinällä ja vapinalla. Ihminen on kuitenkin ison aivokuorensa, aivojen rationaalisen osan, vanki: pelko ja korostunut itsehillintä estävät meitä hyödyntämästä vaistomaisia reaktioitamme, jotka auttaisivat traumasta toipumisessa. (Levine 2008, 108, 112.)

Bercei arvioi pilottitutkimuksessaan kehon luontaista vapinareaktiota hyödyntävien stressinpurkuharjoitteiden psykologisia ja fysiologisia vaikutuksia opiskelijoilla. Tutkimus antoi viitteitä siitä, että harjoituksilla voi olla positiivisia terapeuttisia vaikutuksia stressistä toipumiseen. (Bercei 2009, 2.) Käytännön kokemukseen pohjautuen TRE-harjoitteet aktivoivat kehon omaa traumanpurkujärjestelmää ja harjoitteiden stimuloima lihasvärähtely koetaan miellyttävänä, rauhoittavana, rentouttavana ja hyvinvointia lisäävänä (TRE® 2013). Bercei'n pilottitutkimuksen lisäksi hermojärjestelmän tuottaman vapinareaktion ja stressinpurkamisen yhteyttä ei juuri ole tutkittu (Bercei 2009, 13).

Kuten luvussa 5.4. todettiin, stressireaktion aiheuttama säikähtynyt ryhti voi muuttua krooniseksi (Myers 2012, 113). Lonkankoukistajalihakset ja pinnallinen frontaalilinjan faskia lyhentyvät ja johtavat lantionpohjan lihasten tonuksen lisääntymiseen. TRE-harjoitteiden tuottaman värähtelyn seurauksena lonkankoukistajat ja koko kehon muu lihaksisto rentoutuu (Jokiniva 2015, 148). Harjoitukset voivat auttaa vapautumaan trauman aiheuttamista vaikeista tunteista, vähentää lihasten kipua ja lisätä niiden joustavuutta sekä tuoda

helpotusta kehon kroonisiin ongelmiin (TRE® 2013). Edellä kuvattujen hyötyjen johdosta TRE-harjoituksista voisi mahdollisesti olla hyötyä vaginismien hoidossa. Harjoitukseen on parasta tutustua koulutetun ohjaajan opastamana. Kun tekniikka tulee tutuksi, harjoituksia on helppoa jatkaa itsenäisesti.

### **7.7. Vertaistuesta voimaa**

Vaginismista kärsivä nainen voi tuntea olevansa todella yksin tunteineen ja ajatuksineen. Häpeän, riittämättömyyden ja toivottomuuden tunteet saavat naisen kieltämään ongelman ja piilottelemaan sitä. Nainen luulee olevansa epänormaali ja ainoa, joka kärsii kummallisesta vaivasta. (Katz & Tabisel 2002, 3–4.)

Ihminen, jolla on samankaltaisia kokemuksia, joka todella ymmärtää, voi tuoda toivoa kuntoutumiseen myös vaikeina aikoina. Vertaistuki on omaehtoista yhteisöllistä tukea sellaisten ihmisten kesken, joita yhdistää samankaltainen elämäntilanne. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.) Heli Vihottula selvitti traumaattisen kokemuksen kohdanneiden henkilöiden psyykkisen selviytymisen keinoja ja toteaa väitöskirjassaan: ”Vertaistukitoiminta saattaa olla suureksi avuksi trauman kokeneelle – – Toisten kertomusten kuuleminen saattaa olla erittäin merkittävä asia selviytymisprosessissa.” (Vihottula 2015, 105–106.)

Heli Kytöharju (2003) tutki äitien jaksamista ja toisiltaan saamaa vertaistukea Vauvalehden keskustelupalstalla internetissä. Äidit jakoivat kokemuksiaan kertomalla omista elämäntilanteistaan, vertailemalla kokemuksiaan, antamalla käytännön vinkkejä, samais- tumalla tunteisiin ja myötäelämällä. Äidit jakoivat tietoa ja ajatuksiaan kertomalla asia- tietoa, esittämällä mielipiteitä ja ohjaamalla avun piiriin. Toisten itsetuntoa pyrittiin vahvistamaan kannustuksella ja rohkaisulla, tuomalla esille positiivisia asioita ja kunnioitta- malla toisten ratkaisuja. Myös tilanteisiin ja ihmissuhteisiin liittyvä huumori oli tutkimuk- sen mukaan käytetty vertaistuen muoto. (Kytöharju 2003, 43–49.)

Synnytystraumasta ja vaginismista kirjoitetaan monilla internetin keskustelupalstoilla. Parhaimmillaan palstoilta voi saada Kytöharjun kuvaamaa vertaistukea, mutta kurjana kääntöpuolena on negatiivinen tuki, joka voi ilmetä hämmästelynä, vähättelynä, nimitte-



lynä ja haistatteluna sekä provosointina (Kytöharju 2003, 50). Rakentavaa vuorovaikutusta, emotionaalista tukea ja kokemusten sekä hoitokeinojen vertailua voi löytää etenkin kansainvälisiltä synnytystrauman kokeneiden ylläpitämiltä vertaistukisivuilta sekä vaginismifoorumeilta. Macey ym. (2015) tutkimukseen osallistuneet vaginismipotilaat kokivat saaneensa apua internetfoorumien kautta saadusta vertaistuesta. Naiset kokivat tarvetta saada tavata ihmisiä, jotka ymmärsivät ja *face-to-face* -vertaistukiryhmän perustamista ehdotettiin. Myös mahdollisuus tuen antamiseen koettiin arvokkaana. (Macey ym. 2015, 9.)

## 8 TEORATIEDOSTA KÄYTÄNNÖN OPPAAKSI

### 8.1. Hyvän oppaan tuntomerkit

Hyvä opas on helppolukuinen, selkeä, kohderyhmälleen sopiva ja sisällöltään luotettava ja virheetön (Roivas & Karjalainen 2013, 119). Tekstissä tulee käyttää kohderyhmää puhuttelevaa ja sisällön kannalta tarkoituksenmukaista kirjoitustyyliä. Tekstissä ja sen tyyliässä on huomioitava muun muassa kohderyhmän asema ja tietämys aiheesta sekä oppaan käyttötarkoitus ja erityisluonne. (Vilka & Airaksinen 2003, 129.)

Torkkola, Heikkinen ja Tiainen (2002) opastavat potilasohjeiden kirjoittajia, mutta neuvot soveltuvat mainiosti myös käyttökelpoisen oppaan kirjoittamiseen: Tärkein kirjoitetaan ensin. Otsikoilla ja väliotsikoilla varmistetaan hyvä luettavuus. Kuvitusta käytetään herättämään mielenkiintoa ja havainnollistamaan. Itse tekstiosuus kirjoitetaan hyvällä yleiskielellä, loogisessa esitysjärjestyksessä ja selkeällä kappalejaolla. Viimeiseksi sijoitetaan tarvittaessa yhteystiedot sekä tiedot ohjeen tekijöistä ja viitteet lisätietoihin. Hyvä taitto, tekstin ja kuvien asettelu paperille, houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 39–40, 42–44, 53.)

Tarkan sisällön ja tyylin pohtimisen päätteeksi kirjoittajan on hyväksyttävä oman vaikutamisensa rajat: ”Viime kädessä tekstin merkitykset rakentuvat lukijan ja tekstin kohdassa.” (Torkkola ym. 2002, 16–17.) Parhaimmillaan tekstin sanoma tuottaa lukijalle uutta tietoa ja oivalluksia, ehkä tunne-elämyksen. Ehkä hän myös ajattelee asiasta toisin kuin ennen, huomaa jotakin itselleen merkityksellistä tai muuttaa toimintaansa. (Rentola 2002, 176.)

### 8.2. Opas: Kun keho ei anna unohtaa – Fysioterapia synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa

Opinnäytetyöni produktina syntyi käytännönläheinen opas (liite 1), jonka kohderyhminä ovat synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista kärsivät naiset sekä heitä hoitavat ammattihenkilöt. Oppaan tavoitteena on selvittää termit *vaginismi* ja *synnytystrauma* sekä esitellä fysioterapia- ja itsehoitomenetelmiä, joista voi saada apua vaivan hoitoon.

Aluksi ajattelin oppaan sisällön valinnan olevan helppoa: tiivistäisin vain raporttiosuuden kirjallisuuskatsaukseen kerätyn tiedon kompaktiksi vihkoseksi. Kuten arvata saattaa, jouduin pohtimaan oppaan sisältöä, muotoa ja mittaa useamman kerran prosessin aikana. Kuinka tiivistää tekstiä niin, että sisällön ymmärrettävyys ei kärsisi? Ranskalaisten viivojen rajaama luettelo ei avaisi tarpeeksi monitahoisia ilmiöitä ja jättäisi hoitomenetelmät irrallisiksi termeiksi. Toisaalta juurta jaksain selvittävälle ja taustoittavalle tekstile tulisi niin paljon mittaa, että vaarana olisi lamauttaa potentiaalinen lukija. Rentolan (2012) sanat sattuivat sopivasti: ”Huonoa kirjoittamista ei voi puolustella sillä, että lukija sietää kyllä hieman kipua, kun asia on hänelle tärkeä.” Kivulla hän tarkoittaa sitä, että joitakin tekstejä on pakko lukea ja ymmärtää päästäkseen tavoitteeseensa. (Rentola 2002, 12.) Ajattelin, että oppaan potilaskohderyhmä on kokenut tarpeeksi kipua ilman tuskaista tekstiäkin.

Halusin oppaasta informatiivisen ja helposti lähestyttävän. Aloitin kertomalla vaginismista sekä fyysisestä ja psyykkisestä synnytystraumasta. Kun avaintermit oli selvitetty ja ongelma nimetty, voitiin aloittaa ratkaisun etsiminen. Oppaan ”Apua on saatavilla” -kappale on kädenojennus vaivansa herättämien tunteiden kanssa kamppailevalle potilaalle. Halusin rohkaista naista hakemaan apua sekä antaa ennakkotietoa mahdollisista terapi-oista. Lantionpohjan fysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian kappaleet avaavat tera-pioihin liittyviä menetelmiä ja termejä. Itsehoitokeinojen esittelyllä halusin rohkaista po-tilasta aktiiviseen toimijuuteen, pitämään kokonaisvaltaisesti huolta omasta kehosta ja mielestä. Oppaasta löytyvät myös yhteystietoni, linkit lantionpohjan fysioterapian ja psy-kofyysisen fysioterapian erityisalojen yhdistysten internetsivuille sekä osoite internetkir-jastoon, jonne opinnäytetyö ja opas sen liitteenä on tallennettu.

Oppaan tekstiä luodessani minun täytyi lähteä siitä olettamuksesta, että kohderyhmillä ei ole ennakkotietoa oppaan käsittelemistä asioista. Ammattitermit, kuten biofeedback, to-nus, dilaattori ja penetraatio, oli muokattava yleiskielelle tai selitettävä. Minun oli osat-tava huomioda kohderyhmien tarpeet: halusin tehdä oppaasta hoitavalle henkilölle muis-tin tuen ja potilaalle ojennettavan ensiavun. Ensiavun tulisi antaa potilaan vaivalle nimi ja oikeuttaa vaikeat tunteet sekä kertoa hoidosta ja toivosta.

Kokeilin paljon eri fonteja ja värejä, en halunnut tehdä virallisen näköistä potilasohjetta. Ilokseni sain luvan käyttää kuvataiteilijaystäväni luonnosmaisista naisfiguureja oppaani kuvituksena. Valitsin viimeiselle aukeamalle Mari Mörön herkän ja väkevän runon, joka

sai tässä yhteydessä aivan uusia merkityksiä. Rentolan (2002) ohjeet kirjoittajalle antoivat minulle luvan luovempaan ilmaisuun: Oma minä on tärkein työväline asiatekstiäkin kirjoittaessa. Arvostukset, mieltymykset, luonteenlaatu ja henkilöhistoria saavat heijastua asiatekstiin. Näin käy, vaikka kirjoittaja ei sitä tiedostaisikaan. (Rentola 2002, 25.)

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Vaginismi on naisen intiimi yksityisasia, jonka vaikutukset ulottuvat lantionpohjaa laajemmalle. Naisen kehonkuva, minäkuva, käsitykset seksuaalisuudesta ja naiseksi kelpaamisesta heijastuvat ihmissuhteisiin ja ympäristöön. Vaginismi voi saada alkunsa monenlaisista toisiinsa kietoutuneista tekijöistä. Aina sen puhkeamisen syytä ei voida osoittaa. Selvitin opinnäytetyössäni fyysisen synnytystrauman ja synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressireaktion aiheuttaman vaginismien hoitoa fysioterapian keinoin.

Jo opinnäytetyöprosessin alkumetreillä sain todeta, että luotettavaa, laadukasta ja tuoretta fysioterapiaperustaista lähdemateriaalia kirjallisuuskatsaustani varten on vain vähän saatavilla. Yllätyin, kuinka ristiriitaista saatavilla oleva tieto vaginismien luonteesta, soveltuvista hoitomenetelmistä ja jopa olemassaolosta on. Asiantuntijat perustivat tietonsa kliiniseen kokemukseensa, tutkijat tutkimuksiinsa ja meta-analyysiinsä, kokemusasiantuntijat subjektiiviseen kokemukseensa. Sovelsin tähän Kananen (2015) ajatusta tiedon totuudesta: Totuus vaginismista, sen olemassaolosta ja hoidosta on suhteellista, sillä tutkijat ymmärtävät ilmiön omista lähtökohdistaan. Ihmisen tieto ja ymmärrys ovat rajallisia. Tiede kehittyy ja tiedon myötä totuus muuttuu. (Kananen 2015, 337.)

Lukuisten lähteiden mukaan pelkovälttämiskäyttäytyminen on ominaista vaginismille ja erottaa sen muista seksuaalitoiminnan häiriöistä ja kipuoireyhtymistä. Mielestäni tämä on ensiarvoisen tärkeä seikka huomioida hoidon suunnittelussa. On perusteltua valita lantionpohjan fysioterapia vaginismien hoitomenetelmäksi, sillä sen avulla lantion välipohjan lihasten toiminta konkretisoituu potilaalle ja hän voi totuttautua kosketukseen ohjatusti. Psykofyysisen fysioterapian menetelmien avulla potilas voi oppia itsensä rauhoittamisen keinoja, käsittää kehonsa ja mielensä erottamattomana kokonaisuutena ja saada takaisin trauman myötä kadottamansa oman kehon hallinnan tunteen. Itsehoito nojaa fysioterapeutin ohjaamiin kotiharjoitteluun soveltuviin lantionpohjan fysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian menetelmiin ja sisältää myös muita keinoja omasta kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Otin vapauden ehdottaen itsehoidoksi myös sellaisia menetelmiä, joita ei ollut lähdemateriaalin perusteella suoraan yhdistetty vaginismiin. Ideaalitalanteessa synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoitoon valitaan yksilöllisesti soveltuvimmat lantionpohjan fysioterapian, psykofyysisen fysioterapian ja itsehoidon menetelmät.

Riippumatta fysioterapialle asetetuista tavoitteista ja valituista menetelmistä niiden saavuttamiseksi, tärkeintä on naisen halu toipua vaginismista. Vaatii paljon rohkeutta kohdata ongelma, päästä yli aiemmista pettymyksistä ja pitää toivoa yllä paranemisesta. Vaatii paljon päättäväisyyttä ja kärsivällisyyttä sitoutua hoitoon, joka herättää vaikeita tunteita ja jonka eteneminen voi olla hidasta. Synnytystraumasta ja vaginismista kärsivän naisen tukeminen hetkillä, jolloin hän ottaa aktiivisen toimijan roolin, on hyvin merkityksellistä hoidon etenemisen ja onnistumisen kannalta.

Vaginismista kärsivä nainen joutuu arvioimaan, milloin on oikea hetki hakea apua. Toivoa sopii, ettei tähän tuhlaantuisi vuosikymmeniä, parisuhteita tai omanarvontuntoa, kuten liian monen naisen kohdalla on tapahtunut. Kynnystä vaginismista puhumiseen on madallettava. Se on pystyttävä tunnistamaan terveydenhuollossa. Suotavaa olisi, ettei vaginismista kärsivä nainen joudu vaivasta tietämättömän, kouluttamattoman ja kokemattoman hoitajan potilaaksi, sillä lopputuloksena voi olla yhä enemmän ahdistuneisuutta ja epätoivoa. Potilaan hyvää hoitoa on ohjata hänet vaginismien asiantuntijan puoleen, ellei itse ole sellainen. Kotiin voi antaa luettavaksi vaivaan liittyvää materiaalia, esimerkiksi tämän opinnäytetyön produktiksi luodun oppaan. Vastaavanlaista suomenkielistä materiaalia ei ole ollut tarjolla. Luotan siihen, että oppaaseen tiivistämäni informaatio palvelee synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista kärsiviä naisia ja heitä kohtaavia hoitohenkilöitä. Osa hoitomenetelmistä toiminee synnytystrauman ja vaginismien hoidossa toisistaan riippumattominakin vaivoina.

Vaginismien ja sen hoidon tutkiminen eri menetelmiä vertaillen on tulevaisuuden haaste fysioterapiatieteelle. Tähän mennessä tehtyjen tutkimusten vähäisyyttä selittää osaltaan vaivan luonne: lantionpohjan fysioterapian ja gynekologian alojen tutkimuksiin on vaikeaa rekrytoida naisia, jotka välttävät penetraatiota. Tieteellisten tutkimusten kautta hankittu tieto on siirrettävä käytännön hoitotyöhön, hoitohenkilöitä on koulutettava. Jatko-tutkimusaiheita ja kehitystehtäviä voisivat olla:

- Eroaako synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoito muun syyn aiheuttaman vaginismien hoidosta?
- Synnytystrauman aiheuttaman vaginismien yleisyys ja tähän liittyen vaivan tunnistaminen terveydenhuollon eri yksiköissä
- TRE-harjoitusten hyöty synnytystrauman ja vaginismien hoidossa
- Synnytystrauman aiheuttamasta vaginismista kärsivien naisten kokemuksia eri hoitomenetelmien toimivuudesta

- Kehittämistehtävänä: Hoitohenkilöille suunnattu koulutus vaginismien kokonaisvaltaisesta hoidosta - koulutuksen rakenne ja sisältö

Toimin oman kontekstini kautta tätä opinnäytetyötä kirjoittaessani. Oma henkilöhistoriani, uskomukseni, asenteeni ja ihmiskäsitykseni vaikuttivat tapaani hankkia tietoa ja kirjoittaa. Nämä realiteetit huomioiden, pyrin itsereflektioon opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäyte ja opas sen liitteenä julkaistaan sähköisesti Theseuksessa.

Opinnäytetyöprosessi kesti lähes kaksi vuotta. Työharjoittelujeni aikana ja muina ruuhkaisina kausina annoin tekstin levätä. Taukojen jälkeen palasin työn pariin uusin silmin ja koin erottavani paremmin toisistaan tärkeän ja turhan. Välillä kyseenalaistin kaiken: kuinka hoitaa vaivaa, joka pakenee diagnooseja? Jatkoin loppuun saakka ajatuksella: *Fysioterapeutti ei hoida diagnoosia, vaan ihmistä.*

## LÄHTEET

- Aukee, P. 2003. Biofeedback training in stress urinary incontinence. Effect on muscle activity, the application of a home biofeedback device and the function of the pelvic floor musculature. University of Kuopio. Department of Obstetrics and Gynaecology and Physical Medicine and Rehabilitation. Doctoral dissertation. Luettu 25.8.2015. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-781-355-4/urn\\_isbn\\_951-781-355-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-355-4/urn_isbn_951-781-355-4.pdf)
- Aukee, P. & Tihtonen, K. 2010. Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan toimintahäiriöihin. *Duodecim* 126, 2381–2386.
- Baessler, K. & Bell, B. E. 2008. Alternative methods to pelvic floor muscle awareness and training. Teoksessa Baessler, K., Schüssler, B., Burgio, K. L., Moore, K. H., Norton, P. A. & Stanton, S. L. (ed.) *Pelvic Floor Re-education – Principles and Practice*. 2<sup>nd</sup> Edition. London: Springer Science & Business Media, 208–212.
- Barnes, M. & Stenson, S. Q. 2007. Birth Trauma. *AIMS Journal* 19 (1), 4. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009603735&site=ehost-live>
- Barwick, M. E. 2010. Yoga, Manual Therapy Can Provide Painless Treatment for Women with Vaginismus. *Physical Therapy & Rehab Medicine* 21 (17), 18–20. <http://physical-therapy.advanceweb.com/Archives/Article-Archives/A-Sensitive-Subject.aspx>
- Beck, C. T. 2004. Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research* 53 (1), 28–31. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=00006199-200401000-00005&LSLINK=80&D=ovft>
- Beck, C. T. 2009. Birth Trauma and Its Sequelae. *Journal of Trauma & Dissociation* 10 (2), 189–203.
- Benson, H. & Klipper, M. Z. 1986. *Mietiskellen mielenrauhan*. Suom. Mäenpää, R. Helsinki: WSOY. Alkuperäinen teos 1975.
- Berceli, D. 2009. Evaluating the effects of stress reduction exercises employing mild tremors: a pilot study. Luettu 14.8.2015. <http://traumaprevention.com/wp-content/uploads/2015/06/Berceli.2009.pdf>
- Bergeron, S. & Lord, M. 2003. The integration of pelvi-perineal re-education and cognitive-behavioural therapy in the multidisciplinary treatment of the sexual pain disorders. *Sexual and Relationship Therapy* 18 (2), 135–141.
- Binik, Y. M., Bergeron, S., & Khalifé, S. 2007. Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain. Teoksessa Leiblum, S. R. (ed.) *Principles and practice of sex therapy*. 4<sup>th</sup> Edition. New York: The Guilford Press, 124–156.



Binik, Y. M., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K. A. & Khalifé, S. 2002. The Female Sexual Pain Disorders: Genital Pain or Sexual Dysfunction? *Archives of Sexual Behavior* 31 (5), 425–429.

Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D. & Coady, D. 2016. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 20 (2), 126–130. [http://www.nva.org/wp-content/uploads/2015/01/2015\\_ISSVD\\_ISSWSH\\_and\\_IPPS\\_Consensus\\_Terminology.2.pdf](http://www.nva.org/wp-content/uploads/2015/01/2015_ISSVD_ISSWSH_and_IPPS_Consensus_Terminology.2.pdf)

Bridges, K. W. & Goldberg, D. P. 1985. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 563–569.

Bø, K. 2007. Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. Teoksessa Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S. & Van Kampen, M. *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. Edinburgh: Churchill Livingstone cop., 1–8.

Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S. & Van Kampen, M. 2007. *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. Edinburgh: Churchill Livingstone cop.

Carter, M. & Carter, L. 2013. *Completely Overcome Vaginismus. The Practical Approach to Pain-free Intercourse*. Canada.

Chaitow, L., Bradley, D. & Gilbert, C. 2002. *Multidisciplinary approaches to breathing pattern disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone cop.

Cox, K. J. & Neville, C. E. 2012. Assessment and Management Options for Women with Vulvodynia. *Journal of Midwifery & Women's Health* 57 (3), 231–240. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104568848&site=ehost-live>

Dragesund, T. & Råheim, M. 2008. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice* 24 (4), 243–254. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105811583&site=ehost-live>

Dommerholt, J., Bron, C. & Franssen, J. 2006. Myofascial Trigger Points: An Evidence-Informed Review. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy* 14 (4), 203–221. [http://www.dgs.eu.com/uploads/media/MTrP\\_an\\_evidence\\_informed\\_review\\_02.pdf](http://www.dgs.eu.com/uploads/media/MTrP_an_evidence_informed_review_02.pdf)

Douillard, J. 1996. *Keho, mieli ja urheilu*. Suom. Pirkko Pelkonen. Espoo: Pelquin. Alkuperäinen teos 1994.

Dropsy, J. 1997. *Den harmoniska kroppen: en osynlig övning*. 2 pocketutg. Övers. av Rydberg, B. Det ursprungliga verket © Desclee De Brouwer 1984.

Dr. Patricia Neumann. 2016. *Pelvic Floor Muscle Relaxation for Women*. Luettu 17.6.2016. <http://www.patricianeumann.com.au/buy>

Emerson, N. M., Farris, S. R., McHaffie, J. G., Jung, Y., Ray, J. N. & Coghill, R. C. 2015. Mindfulness Meditation Trumps Placebo in Pain Reduction. Julkaistu 10.11.2015. Luettu 23.11.2015. <http://www.newswise.com/articles/mindfulness-meditation-trumps-placebo-in-pain-reduction>

Engman, M. 2007. Partial vaginismus - definition, symptoms and treatment. Linköping University. Faculty of Health Sciences. Medical Dissertation No. 1015. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:16787/FULLTEXT01.pdf>

Farhi, D. 2009. Kehon ja mielen joogaa. Helsinki: Otava.

Feldenkrais, M. 1949. Body and Mature Behavior. New York: International University Press.

Feldenkrais, M. 2015. Tietoisuutta liikkeen avulla: helppoja terveystarjotuksia kehittämään ryhtiä, näkemistä, mielikuvitusta ja tietoisuutta itsestä. Suom. Körkkö, M., Salmi, K., Surakka, P. & Vennamo, R. Helsinki: Taideyliopiston Teatterikorkeakoulu. Alkuperäinen teos 1967.

FitzGerald, M. P. & Kotarinos, R. 2003. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction 14 (4), 269–275. <http://www.oc3.ca/wp-content/uploads/2014/03/Short-Pelvic-Floor-2.pdf>

Frasson, E., Graziottin, A., Priori, A., Dall’Ora, E., Didonè, G., Garbin, E. L., Silvana Vicentini, S. & Bertolasi, L. 2009. Central nervous system abnormalities in vaginismus. Clinical Neurophysiology 120 (1), 117–122.

Frawley, H. & Bower, W. 2007. Treatment of PFM Pain and/or Overactivity. Teoksessa Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S. & Van Kampen, M. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Edinburgh: Churchill Livingstone cop., 258–265.

Gilbert, C. 1999. Yoga and breathing. Journal of Bodywork and Movement Therapies 3 (1), 44–54.

Heittola, S. 1996. Lantionpohjan lihaksilla laatua naisten elämään. Helsinki: Kirjayhtymä.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Hiller, J. 2000. Current Debate: Defining Vaginismus. Sexual and Relationship Therapy 15 (1), 87–90. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=7779facf-56b7-4b45-8404-6e1d8bde1f21%40sessionmgr4004&hid=4101>

Holmes, H. 2001. Vaginismus. Midwifery Matters 89, 18–22. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2002033130&site=ehost-live>

- Huttunen, M. 2014. Tietoa potilaalle: Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisuus). Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 13.9.2014. Luettu 8.12.2015 [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo95941&p\\_haku=dissosiaatio](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95941&p_haku=dissosiaatio)
- Huttunen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Emätinkouristus (vaginismus). Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 14.11.2015. Luettu 20.4.2016. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=em%C3%A4tinkouristus](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=em%C3%A4tinkouristus)
- Jaatinen, N. 2010. Hengitysterapia lantionpohjan fysioterapiassa. Teoksessa Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 117–118.
- Jacobson, E. 1938. Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice. 2<sup>nd</sup> Edition. Chicago: University of Chicago Press.
- Jernfors, V. 2004. Fysioterapiasta apua vulvan vestibuliittioireyhtymään. Fysioterapia 6/2004, 21–23.
- Jokiniva, M. 2013. Hengähdyshetkiä. Opas stressittömään elämään. Helsinki: Gummerus.
- Jokiniva, M. 2015. Stressin luomuhoido. Täsmäteknikat hengähdyshetkiin. Helsinki: Gummerus.
- Kabakçi, E. & Batur, S. 2003. Who Benefits from Cognitive Behavioral Therapy for Vaginismus? Journal of Sex & Marital Therapy 29 (4), 277–288. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011094489&site=ehost-live>
- Kabat-Zinn, J. 2012. Täyttä elämää: kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa. Suom. Sanoukia, M. & Turpeinen, T. Helsinki: Basam Books. Alkuperäinen teos 1990.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita.
- Katz, D. & Tabisel, R. L. 2002. Private Pain - It's About Life, Not Just Sex. Understanding Vaginismus & Dyspareunia. New York: Katz-Tabi publications.
- Kegel, A. H. 1948. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. American Journal of Obstetrics and Gynecology 56 (2), 238–248. <http://www.privategym.com/docs/kegel%20progressive%20resistance.pdf>
- Keskinen-Rosenqvist, R. 2013. Katastrofikokemus ja kehon terveys. Fysioterapia 1/2013, 4–9.

Kipu. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 9.12.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#NaN>

Klemola, T. 2014. Asahi. Tietoisien liikkeen taito. Jyväskylä: Docendo.

Kytöharju, H. 2003. Äitien jaksaminen ja vertaistuki Vauva-lehden keskustelupalstalla Internetissä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Lamont, J. A. 1978. Vaginismus. American Journal of Obstetrics and Gynecology 131, 632–636.

Levine, P. A. 2008. Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen. Suom. Pekkarinen, I. Oulu: Traumaterapiakeskus. Alkuperäinen teos 1997.

Liikunta. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 13.5.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

Lipowski, Z. J. 1985. What does the word “psychosomatic” really mean? A historical and semantic inquiry. Teoksessa Lipowski Z. J. (ed.) Psychosomatic medicine and liaison psychiatry. New York and London: Plenum Medical Book Company.

Litmanen, K. 2015. Lantio. Teoksessa Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita, 83–91.

Macey, K., Gregory, A., Nunns, D. & das Nair, R. 2015. Women’s experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties as vaginismus: a qualitative interview study. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12905-015-0201-6.pdf>

Madanmohan, A. B. B. & Sanjay, Z. 2012. Immediate effect of chandra nadi pranayama (left unilateral forced nostril breathing) on cardiovascular parameters in hypertensive patients. International Journal of Yoga 5 (2), 108–111.

Magovich, M. 2013. Biofeedback for Pelvic Floor Muscle Re-education. [https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/Files/Digestive\\_Disease/woc-spring-symposium-2013/biofeedback-for-pelvic-floor-muscle-reeducation.pdf?la=en](https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/Files/Digestive_Disease/woc-spring-symposium-2013/biofeedback-for-pelvic-floor-muscle-reeducation.pdf?la=en)

Malmgren-Olsson, E.-B., Armelius, B.-Å. & Armelius, K. 2001. A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patient with non-specific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain and self-image. Physiotherapy Theory & Practice 17 (2), 77–95. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=69927606-5f57-4ccd-ad1b-d7628ca5e76b%40sessionmgr120&vid=26&hid=107>

Markos, A. R. 2012. Sexual dysfunction: female and male perspectives. New York : Nova Science Publishers, Inc.

- Martin, M. 2013. Hengitys työvälteenä. Luento 1/2013. Luettu 18.5.2016. <http://www.hengittavamieli.fi/tiedostot/Psykofyysinen%20hengitysterapia%20luento.pdf>
- Martin, M. 2016. Hengitys virtaa. Kohti kehon ja mielen tasapainoa. Helsinki: Kirjapaja.
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta Oy.
- McAneney, D. R. 2015. Feldenkrais Method: mindful movement for healing, flexibility and relaxation. Australian Midwifery News 15 (4), 44–45. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6e929b72-c1b6-4d0c-af62-89e313d78c7c%40sessionmgr114&vid=5&hid=102>
- McFarlane, A. C. 2007. Stress-related musculoskeletal pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 21 (3), 549–565.
- McFarlane, A. C., Atchison, M., Rafalowicz, E. & Papay, P. 1994. Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. Journal of Psychosomatic Research 38 (7), 715–726. [https://www.researchgate.net/profile/Alexander\\_Mcfarlane/publication/15322354\\_Physical\\_symptoms\\_in\\_Posttraumatic\\_stress\\_disorder/links/54d3f72b0cf2970e4e622006.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alexander_Mcfarlane/publication/15322354_Physical_symptoms_in_Posttraumatic_stress_disorder/links/54d3f72b0cf2970e4e622006.pdf)
- Meana, M. 2009. Painful Intercourse: Dyspareunia and Vaginismus. Journal of Family Psychotherapy 20, 198–220. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010376388&site=ehost-live>
- Meana, M. & Binik, Y. M. 1994. Painful coitus: A review of female dyspareunia. Journal of Nervous and Mental Disease 18 (5), 264–272.
- Melnik, T., Hawton, K. & McGuire, H. 2012. Interventions for vaginismus (Review). The Cochrane Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001760.pub2/pdf>
- Melzack, R. & Wall, P. D. 1965. Pain Mechanisms: A New Theory. Science 150 (3699), 971–979. <http://104.236.164.122/wp-content/uploads/2016/02/melzackandwall-gatecontroltheory.pdf>
- Metsola, P. & Raivio, P. 2002. Kokonaisvaltainen ote lantionpohjan toimintahäiriöiden fysioterapiaan. Fysioterapia 1/2002, 17–21.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2016. Vertaistoiminta. Luettu 4.5.2016. <http://mtkl.fi/palvelut/vertaistoiminta/>
- Mielenterveystalo.fi. Rentous osana elämäntapaa. Luettu 4.1.2016. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tyokaluja\\_itsehoito/Pages/Harjoitusnro9Rentousosanaelamantapaa.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tyokaluja_itsehoito/Pages/Harjoitusnro9Rentousosanaelamantapaa.aspx)
- Monro, R. 1997. Yoga therapy. Journal of Bodywork and Movement Therapies 1 (4), 215–218.

- Monsen, K. & Monsen, J. T. 2000. Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 37 (3), 257–269.
- Moore, K. L., Dalley, A. F. & Agur, A. M. R. 2014. *Clinically Oriented Anatomy*. 7<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mourya, M., Mahaja, A. S., Sigh, N. P. & Jain, A. K. 2009. Effect of Slow- and Fast-Breathing Exercises on Autonomic Functions in Patients with Essential Hypertension. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 15 (7), 711–717.  
<http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105381888&site=ehost-live>
- Myers, T. W. 2012. *Anatomy Trains – Myofaskiaaliset meridiaanit kuntoutuksen ja liikunnan ammattilaisille ja opiskelijoille*. Lähteenä käytettyjen lukujen suom. Henttinen, M., Rinne, S. & Sandström, M. Lahti: VK-kustannus. Alkuperäinen teos 2009, 2. painos.
- Mörö, M. & Volanen, P. 2011. *Paratiisi*. Helsinki: Minerva.
- Nappi, R. E., Ferdeghini, F., Abbiati, I., Vercesi, C., Farina, C. & Polatti, F. 2003. Electrical Stimulation (ES) in the Management of Sexual Pain Disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy* 29 (8), 103–110. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=9044210&site=ehost-live>
- Ng, M. L. 2000. Towards a bio-psychosocial model of vaginismus: a response to Janice Hiller. *Sexual & Relationship Therapy* 15 (1), 91–92.  
<http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009431708&site=ehost-live>
- Norton, P. J. & Asmundson, G. J. G. 2003. Amending the Fear-Avoidance model of Chronic Pain: What is the Role of Physiological Arousal? *Behavior Therapy* 34, 17–30.
- Ojanen, M. 1994. *Liikunta ja psyykinen hyvinvointi*. Liikuntatieteellisen seuran monisteita Nro 19. Helsinki: Liikuntatieteellisen seura.
- O’Neal, C. 2001. Never forgotten: the lasting impact of birth trauma. *International Journal of Childbirth Education* 16 (1), 26–28. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2001080171&site=ehost-live>
- O’Reilly, R., Peters, K., Beale, B. & Jackson, D. 2009. Women’s experiences of recovery from childbirth: Focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2013–2019.
- Paavonen, J. 2013a. Vulvodynia. Lääkärin käsikirja. Julkaistu 4.7.2013. Luettu 20.4.2016. [http://www.terveysportti.fi/elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01239&p\\_haku=vulvodynia](http://www.terveysportti.fi/elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01239&p_haku=vulvodynia)
- Paavonen, J. 2013b. Vulvodynia. *Suomen Lääkärilehti* 7/2013, 487–490.  
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2013/SLL72013-487.pdf>

- Pacik, P. T. 2014. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International Urogynecology Journal* 25 (12), 1613–1620. <http://www.vaginismusmd.com/wp-content/uploads/2011/09/UnderstandingAndTreatingVaginismus.pdf>
- Pal, G. K., Agarwal, A., Karthik, S., Pal, P. & Nanda, N. 2014. Slow Yogic Breathing Through Right and Left Nostril Influences Sympathovagal Balance, Heart Rate Variability, and Cardiovascular Risks in Young Adults. *North American Journal of Medical Sciences* 6 (3), 145–151. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978938/>
- Pastore, E. A. & Katzman, W. B. 2012. Recognizing Myofascial Pelvic Pain in the Female Patient with Chronic Pelvic Pain. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 41, 680–691. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104417223&site=ehost-live>
- Payne, R. A. 2005. *Relaxation Techniques. A Practical Handbook for the Health Care Professional*. 3<sup>rd</sup> Edition. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Pilates Foundation. 2016. Pilates. Luettu 11.5.2016. <http://www.pilatesfoundation.com/pilates/>
- Pilates, J. H. & Miller, W. J. 2000. *Pilates' Primer: The Millenium Edition. Return to Life Through Contrology and Your Health*. Nevada: Presentation Dynamics Inc.
- Pystynen, V. 2011. Luomusynnytys vaihtui hätäsektioon. *Helsingin Sanomat* 10.10.2011.
- Rantala, R. 2014. *Croques*.
- Rauhala, L. 2005. *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A.-M. (toim.) *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsinki: Edita, 248–281.
- Rautaparta, M. 2003. *Kantamisen kausi: aika raskaudesta sylihoitoon*. Helsinki: Tammi.
- Reissing, E. D. 2012. Consultation and Treatment History and Causal Attributions in an Online Sample of Women with Lifelong and Acquired Vaginismus. *The Journal of Sexual Medicine* 9 (1), 251–258.
- Reissing, E. D., Armstrong, H. L. & Allen, C. 2013. Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39, 306–320. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012063459&site=ehost-live>
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D. & Amsel, R. 2003. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy* 29 (1), 47–59. <http://www.binik-lab.com/pdf/13.pdf>

Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D. & Amsel, R. 2004. Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: An Empirical Investigation of the Diagnosis of Vaginismus. *Archives of Sexual Behavior* 33 (1), 5–17. <http://www.binik-lab.com/pdf/12.pdf>

Rentola, M. 2002. Kirjoita hyvin: ilmaise itseäsi, tavoita lukijasi. Helsinki: Tammi.

Rinne, M. 2012. Taiji – itsepuolustuslajista kuntoutuksen menetelmäksi. *Fysioterapia* 7/2012, 32–35.

Roivas, M. & Karjalainen, A. L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Helsinki: Edita.

Rosenbaum, T. Y. 2005. Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31, 329–340. [https://www.researchgate.net/profile/Talli\\_Rosenbaum/publication/7724916\\_Physiotherapy\\_Treatment\\_of\\_Sexual\\_Pain/links/00b7d53622d24e53e3000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Talli_Rosenbaum/publication/7724916_Physiotherapy_Treatment_of_Sexual_Pain/links/00b7d53622d24e53e3000000.pdf)

Rosenbaum, T. Y. 2011. Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy* 37 (2), 89–93.

Roxendal, G. 1985. Body awareness therapy and the body awareness scale: treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Göteborg. Väitöskirja.

Roxeldal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.

Räsänen, M. 2003. Naisen seksuaalitoimintojen häiriöt. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 119 (3), 219–227. [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93408&dlehti-haku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=#s10](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93408&dlehti-haku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=#s10)

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. 2013. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 8.–10. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim, 315–325.

Sarvyoga. Chandra Bhedana Pranayama (Left Nostril Breathing) – Steps and Benefits. Luettu 15.5.2016. <http://www.sarvyoga.com/chandra-bhedana-pranayama-left-nostril-breathing-steps-benefits/>

Selma – Oma-apuohjelma aikuisille. Mieli - Suomen mielenterveysseura. Luettu 4.1. 2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/verkossa/aikuisille-selma-oma-apuohjelma/selma-istunto-4>

Seo, J. T., Choe, J. H., Lee, W. S. & Kim, K. H. 2005. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology* 66 (1), 77–81.

Seppänen, S. kättilö. 2015. Haastattelu 6.3.2015. Haastattelija Kuutti, M. Tampere.



Shafik, A. & El-Sibai, O. 2002. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 105, 67–70. [http://ac.els-cdn.com/S030121150200115X/1-s2.0-S030121150200115X-main.pdf?\\_tid=47d12540-8dc6-11e5-88cb-00000aacb362&ac-dnat=1447832025\\_527b5358089b782575994f64636d9e09](http://ac.els-cdn.com/S030121150200115X/1-s2.0-S030121150200115X-main.pdf?_tid=47d12540-8dc6-11e5-88cb-00000aacb362&ac-dnat=1447832025_527b5358089b782575994f64636d9e09)

Shannahoff-Khalsa, D. 1991. Lateralized rhythms of the central and autonomic nervous systems. *International Journal of Psychophysiology* 11, 225–251. [https://www.researchgate.net/profile/David\\_Shannahoff-Khalsa/publication/21357719\\_Lateralized\\_rhythms\\_of\\_the\\_central\\_and\\_autonomic\\_nervous\\_systems/links/02e7e5257782bf368b000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/David_Shannahoff-Khalsa/publication/21357719_Lateralized_rhythms_of_the_central_and_autonomic_nervous_systems/links/02e7e5257782bf368b000000.pdf)

Shannahoff-Khalsa, D. 2007. Selective Unilateral Autonomic Activation: Implications for Psychiatry. *CNS Spectrums* 12 (8), 625–634.

Singh, A. N. 2015. Application of Yoga Therapy to Psychosomatic Disorders. *International Medical Journal* 22 (4), 277–282. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109212362&site=ehost-live>

Simons, D. G., Travell, J. G. & Simons, L. S. 1999. *Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual. Volume 1. Upper Half of Body. 2nd Edition.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Slieker-ten Hove, M. C. P., Pool-Goudzwaard, A. L., Eijkemans, M. J. C., Steegers-Theunissen, R. P. M., Burger, C. W. & Vierhout, M. E. 2009. Face Validity and Reliability of the First Digital Assessment Scheme of Pelvic Floor Muscle Function Conform the New Standardized Terminology of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 28, 295–300. <http://www.bethshelly.com/012212/Slieker-ten%202009.pdf>

Suomen Fysioterapeutit ry. 2014. Fysioterapia ammattina. Mitä fysioterapia on? Päivitetty 2.9.2014. Luettu 29.4.2016. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>

Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry. Luettu 4.9.2015. <http://www.pelvicus.fi/esitely.html>

Suomen Pilates Yhdistys ry. Pilates – mitä se on? Luettu 27.6.2016. <http://suomenpilatesyhdistys.fi/pilates/>

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. 2016. Luettu 12.4.2016. <http://psyfy.net/>

Suomen Tanssiterapiayhdistys ry. 2003. Luettu 4.5.2016. <http://www.tanssiterapia.net/index.php>

Suomen Terveysliikuntainstituutti Oy. Terveysverkko. 2016. PhysioPilates. Luettu 11.5.2016. <http://www.terveysverkko.fi/koulutusesittelyt/physiopilates>

Svennevig, H. 2003. Hyvän olon hoidot. Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseyemmärryksen lisäämisen välineenä. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.

Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima.

Tan, J.-L., Ruane, T. & Sherburn, M. 2013. The role of physiotherapy after obstetric anal sphincter injury: An overview of current clinical practice. Australian and New Zealand Continence Journal 19 (1), 6–11. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012045044&site=ehost-live>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2016. ICF-luokitus. Luettu 11.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

The Birth Trauma Association. What is Birth Trauma? Luettu 10.6.2015. [http://www.birthtraumaassociation.org.uk/what\\_is\\_trauma.htm](http://www.birthtraumaassociation.org.uk/what_is_trauma.htm)

The Pelvic Pain Foundation of Australia. 2016. Easy Stretches to Relax the Pelvis – Women. Luettu 17.6.2016. <http://www.pelvicpain.org.au/information/women/yoga-poses-relax-pelvis/>

Thornquist, E. & Bunkan, B. H. 1991. What is psychomotor therapy. Oslo: Norwegian University Press.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Traumaperäinen stressihäiriö. 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Luettu 8.12.2015. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50080>

TRE® for All. Tension · Stress · Trauma Prevention. 2013. What is TRE®. Luettu 14.8.2015. <http://traumaprevention.com/>

Tuomisto, M., Lappalainen, R., Tuomisto, T. & Timonen, T. 1996. Sovellettu rentoutus hoitomenetelmänä psykiatriassa ja käyttäytymislääketieteessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 112 (11), 960. [http://duodecimlehti.fi/web/guest/artikisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinnumero&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo60214](http://duodecimlehti.fi/web/guest/artikisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo60214)

Turunen, E. 2014. Paha synnytys. Kaksplus 12/2014, 28.

Törnävä, M. Lihaskvoimaa lantioon sisäisesti ja ulkoisesti. Lantionpohjan lihasten harjoittamisen perusohje naisille. Luettu 27.7.2015. <http://www.pelvicus.fi/LP-perusohje%20naisille.pdf>

Törnävä, M. 2012. Lantionpohjan lihasharjoitusohjeet naisille. Tays TA3 Fysiatrian vastuualue.

Törnävä, M. asiantuntijahoitaja, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti, TtM. 2016a. Haastattelu 18.4.2016. Haastattelija Kuutti, M. Tampere.

- Törnävä, M. asiantuntijahoitaja, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti, TtM. 2016b. Opin-  
näytetyöstä. Sähköpostiviesti. minna.tornava@pshp.fi. Luettu 28.6.2016.
- Törnävä, M. 2016c. Lantionpohjan toimintahäiriöiden sähköinen perehdytysmateriaali.  
Tays TA3 Fysiatrian vastuualue.
- Uotila, J. 2015. Jälkeisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, U. K., Pietiläinen, S.,  
Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuode-  
aika. Helsinki: Edita, 557–564.
- Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanai-  
nen, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 460–467.
- Uvnäs-Moberg, K. 2003. The Oxytocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love  
and Healing. London: Pinter & Martin Ltd.
- Vaginismus.com. Luettu 23.6.2015. <https://www.vaginismus.com/>
- van der Velde, J. & Everaerd, W. 2001. The relationship between involuntary pelvic  
floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and  
without vaginismus. Behaviour Research and Therapy 39, 395–408. [http://ac.els-  
cdn.com/S0005796700000073/1-s2.0-S0005796700000073-main.pdf?\\_tid=35ee3640-  
8dc8-11e5-b23c-00000aab0f6c&ac-  
dnat=1447832854\\_898296613914a84dab78e79cb3795f18](http://ac.els-cdn.com/S0005796700000073/1-s2.0-S0005796700000073-main.pdf?_tid=35ee3640-8dc8-11e5-b23c-00000aab0f6c&ac-dnat=1447832854_898296613914a84dab78e79cb3795f18)
- Vauvantai 2015. Luettu 2.6.2015. <http://www.vauvantai.fi/>
- Vihottula, H. 2015. ”En suostu yksinkertaisesti häviämään ihmisten silmistä”. Kerto-  
muksia traumaattisesta kokemuksesta selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Kasvatus-  
tieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Wang C., Bannuru R., Ramel J., Kupelnick, B., Scott, T. & Schmid, C. H. 2010. Tai Chi  
on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. BMC Complemen-  
tary and Alternative Medicine 10 (23). <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/10/23>
- Ward, E. & Ogden, J. 2010. Commentary on experiencing vaginismus – sufferers’ be-  
liefs about causes and effects. Sexual and Relationship Therapy 25 (4), 429–433. Re-  
printed from Sexual and Marital Therapy 9 (1) 1994, 33–45. [http://elib.tamk.fi/lo-  
gin?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-  
rect=true&db=cin20&AN=2010841732&site=ehost-live](http://elib.tamk.fi/lo-gin?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010841732&site=ehost-live)
- Wildman, F. 2009. Feldenkrais-menetelmä: 50 helppoa harjoitusta luontevaan liikkumi-  
seen. Suom. Lindholm, H. Helsinki: Gummerus. Alkuperäinen teos 2006.
- Wise, D. & Anderson, R. 2014. A Headache in the Pelvis: A new understanding and  
treatment for chronic pelvic pain syndromes. Occidental, CA: National Center for Pelvic  
Pain Research.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. 2008. Skeematerapia. Suom. Tuulari, J.  
Helsinki: Edita. Alkuperäinen teos 2003.

Åkerman, P. & Aukee, P. 2011. Potilasohje omatoimiseen harjoitteluun. Julkaistu 2.12.2011. Tulostettu 27.8.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00565](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00565)

Äimälä, A.-M. 2015a. Pitkittänyt synnytys ja häiriöt synnytyksen etenemisessä. Teoksessa Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita, 537–556.

Äimälä, A.-M. 2015b. Varautuminen korkean riskin synnytykseen. Teoksessa Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita, 400–403.

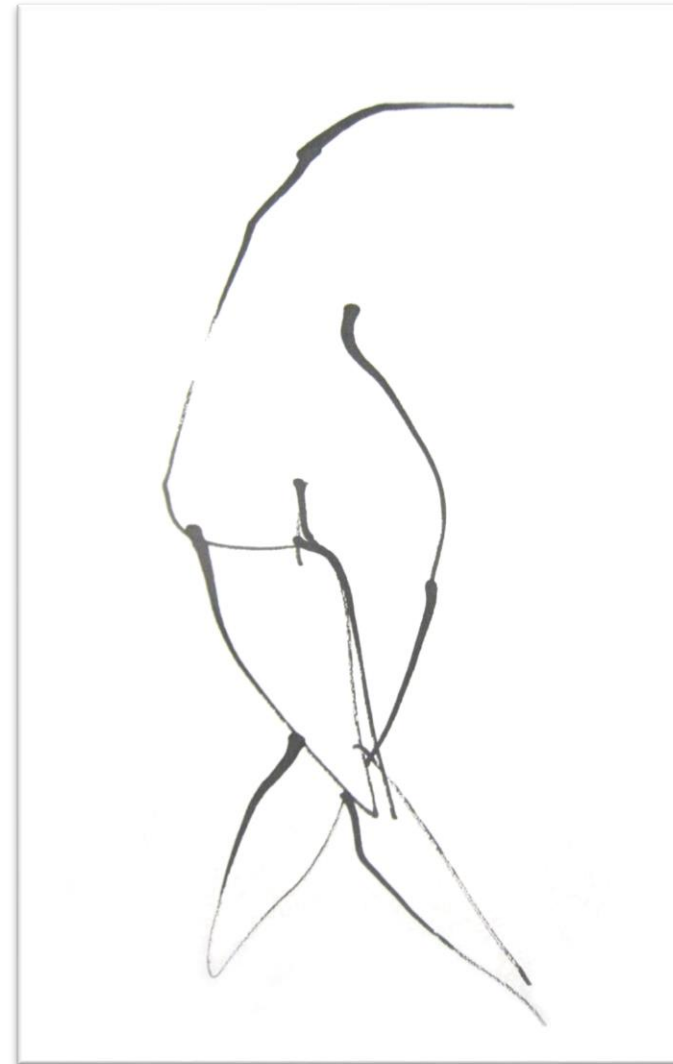
**LIITTEET**

Liite 1. Opas: Kun keho ei anna unohtaa – Fysioterapia synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa

*Kun keho ei anna unohtaa*

**FYSIOTERAPIA SYNNYTYSTRAUMAN  
AIHEUTTAMAN VAGINISMIN  
HOIDOSSA**

Mari Kuutti



(Croques, Ritvamarja Rantala 2014)

*Raskaus ja synnytys ovat naisen elämässä hyvin henkilökohtaisia tapahtumia. Synnytys voi olla monella tavalla naisen maailmaa järjestyttävä kokemus. Parhaimmillaan se on voimaannuttava ja pahimmillaan se voi jättää trauman. Fyysinen synnytystrauma ja synnytyksen jälkeinen traumaperäinen stressihäiriö voivat olla itsenäisiä tai toisiinsa liittyviä ilmiöitä. Ne voivat oirehtia myöhemmin esimerkiksi seksuaalitoimintojen häiriönä, kuten vaginismina. Tämä pieni opas jakaa tietoa synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidosta fysioterapian keinoin.*

## SISÄLLYS

Vaginismi .....	2
Synnytystrauma .....	3
Apua on saatavilla .....	3
Lantionpohjan fysioterapia .....	3
Psykofyysinen fysioterapia .....	4
Itsehoito .....	4

## VAGINISMI

Vaginismi ilmenee emättimen alaosaan ympäröivien lantionpohjalihasten tahattomana kouristuksena. Tämä on puolustusmekanismi, joka voi laueta, kun emättimeen työnnetään sormi, penis, tamponi, gynekologisessa tutkimuksessa käytettävä tähystin tai mikä tahansa muu objekti. Kipukokemus tai kivun ennakointi aiheuttaa pelkoa ja penetraation (sisään tunkeutumisen) välttämistä. Lihasten supistumisen aste voi vaihdella lievistä hyvin voimakkaaseen krampinomaiseen emätinkouristukseen, jolloin penetraatio on käytännössä mahdotonta. Tavallisesti lihakset rentoutuvat, kun yritys viedä objekti emättimeen päättyy.

Vaginismien taustalla voi olla fyysisiä, psyykkisiä tai parisuhteeseen liittyviä syitä. Jopa sosiaalisia ja kulttuurisia syitä on esitetty. Ne kietoutuvat kaikki toisiinsa eikä vaivan laukaisevaa tekijää voida aina nimetä. Synnytystrauman aiheuttama vaginismi on sekundaarista; kivun tai sen ennakkoinnin aiheuttamaa stressireaktiota ja välttämiskäyttäytymistä ei ole ilmennyt ennen traumaattista kokemusta.



## SYNNYTYSTRAUMA

Termiä synnytystrauma käytetään kuvaamaan synnytyksen yhteydessä muodostunutta fyysistä traumaa tai synnytyksen jälkeistä traumaperäistä stressihäiriötä.

**Fyysinen synnytystrauma.** Raskauteen ja synnytykseen liittyy fysiologisia muutoksia, jotka altistavat lantionpohjan toimintahäiriöille. Vaikeaan alatiesynnytykseen liittyvä lantionpohjan vaurioituminen voi tapahtua suoran lihas-, hermo- ja sidekudosvamman tai näiden yhdistelmien pohjalta. Emättimen ja välilihan repeämiä voi tulla itsestään tai välilihan leikkaamiseen (episiotomia) liittyen. Muita fyysisiä synnytystraumoja ovat esimerkiksi kohdun tai kohdunkaulan repeämä, luisen lantion vauriot ja kohdun nurinkääntyminen.

### Synnytyksen jälkeinen traumaperäinen stressihäiriö.

Traumaperäinen stressihäiriö on psyykinen prosessi, joka käynnistyy rasittavan, järkyttävän ja poikkeuksellisen traumatisoivan tapahtuman seurauksena. Ahdistavat muistikuvat, voimakkaat takaumat ja painajaisunet muistuttavat stressitapahtumasta. Traumatisoituneella on psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireita. Yllätyksellisyys ja jatkoseuraamusten heikko ennustettavuus lisäävät psyykkisen trauman stressaavuutta, samoin henkilökohtaista koskemattomuutta loukkaava teko tai muu toisen ihmisen toiminnasta aiheutunut tahallinen teko.

Monet riskitekijät altistavat naisen synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressihäiriön puhkeamiselle. Objektiiiset riskitekijät liittyvät synnytystapaan. Niitä voivat olla puutteellinen kivunlievitys, synnytyksen käynnistäminen, invasiiviset toimenpiteet, pitkittynyt synnytys tai lyhyt ja hyvin kivulias synnytys, hätäsektio ja synnytyksessä vammautuneen tai kuolleen lapsen synnytys. Subjektiiivisia riskitekijöitä ovat naisen kokemukset: henkilökunta on epäystävällistä, eikä tarjoa tukea tai tarpeeksi informaatiota tehdyistä toimenpiteistä; naista ei kuunnella, hänen yksityisyyttään loukataan tai hän tulee häväistyksi. Traumaperäiselle stressihäiriölle altistavat myös huonot

kokemukset aiemmista synnytyksistä sekä eroavaisuudet odotetussa ja todellisessa synnytystapahtumassa.

## APUA ON SAATAVILLA

Monien naisten mielestä seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista puhuminen on kiusallista. He tyytyvät kärsimään vaivastaan, vaikka apua olisi saatavilla. Vaginismia voidaan kuitenkin hoitaa monien eri menetelmien avulla ja sen hoitotulokset ovat lupaavia. Oireiden ilmaannuttua asiantuntijan puoleen olisi suositeltavaa kääntyä lähiviikkojen tai -kuukausien kuluessa. Vaginismin hoitopolku alkaa lääkärin tekemästä diagnoosista. Vaginismidiagnoosiin päädytään potilaan kertoman oirehistorian ja vaivan tai kivun kuvailun sekä gynecologisen tutkimuksen kautta, kun muut mahdolliset diagnoosit on poissuljettu. Jatkohoito suunnitellaan yksilöllisesti. Siihen voi sisältyä fysioterapiaa, psykoterapiaa, seksuaaliterapiaa tai käynti äitiyspoliklinikan pelkopoliklinikalla.

## LANTIONPOHJAN FYSIOTERAPIA

Lantionpohjan fysioterapialla hoidetaan ja ennaltaehkäistään erilaisia lantionpohjan lihaksiston toimintahäiriöitä. Fysioterapeutin vastaanotolla käytettyjä menetelmiä voidaan opettaa potilaalle ja mahdollisesti hänen kumppanilleen kotiharjoittelua varten. Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry:n internetsivuilta löytyy paikkakunnittain jaoteltu lista lantionpohjan fysioterapiaa tarjoavista fysioterapeuteista (<http://www.pelvicus.fi/>).

**Biopalaute.** Lantionpohjalihakset ovat harjoitettavissa, sillä ne ovat osittain tahdonalaisesti hallittavia lihaksia. Ne voivat kouristua tahattomasti, mutta niiden toimintaa voi opetella tunnistamaan ja hallitsemaan yksinkertaisilla harjoitteilla. Apuna voidaan käyttää biopalaute menetelmää, jossa mitataan lihastoiminnan seurauksena muodostuvaa sähköjännitettä. Näin voidaan arvioida täsmällisesti ja objektiivisesti tahdonalaisen lihastoiminnan lähtötilanne ja seurata rentoutumisen opettelu edistymistä.



**Manuaalinen terapia.** Ylijännittyneissä lantionpohjalihaksissa ja niiden toimintaan vaikuttavissa vartalon ja alaraajojen lihaksissa voi olla kivuliaita triggerpisteitä, joita voidaan käsitellä manuaalisesti. Näin pyritään vähentämään kipua sekä venyttämään, vapauttamaan ja pidentämään kiristyneitä lihaksia. Tavoitteena on myös lisätä emättimen sietokykyä kosketukselle ja monipuoliselle stimulaatiolle sekä luoda asiakkaalle uteliaisuutta ja uskallusta aistia erilaisia tuntemuksia.

**Elektroterapian eli sähköstimulaatiohoidon** avulla voidaan lievittää lantionpohjan alueen kipua ja rentouttaa ylijännittyneitä lantionpohjalihaksia, helpottaa niiden tunnistamista ja parantaa niiden toiminnallista käyttöä.

**Vaginadilaattorit.** Asteittain suurenevilla dilaattoreilla eli laajentimilla on tarkoitus venyttää ja mobilisoida emätinkouristukseen osallistuvia lihaksia ja totuttaa niitä kosketukseen.

## PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysisen fysioterapian perustana on kokonaisvaltaisuutta korostava ihmiskäsitys. Terapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen ja siihen voi sisältyä hengitys-, kehotietoisuus- ja rentoutumisharjoituksia, pehmytkudoskäsittelyä ja vuorovaikutusta vahvistavia harjoitteita. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen internetsivuilta löytyy paikkakunnittain jaoteltu lista psykofyysistä fysioterapiaa tarjoavista fysioterapeuteista (<http://psyfy.net/>).

**Rentoutustekniikoilla ja hengitysharjoituksilla** pyritään aktivoimaan parasympaattista hermostoa, joka rauhoittaa elimistön ja palauttaa sen tasapainoon sympaattisen hermoston aktivoitumisen jälkeen. Sympaattinen hermosto aktivoituu vaaran uhatessa ja aiheuttaa elimistössä stressireaktion: adrenaliinia ja noradrenaliinia erittyy vereen, sydän sykkii kiivaammin ja hengityksen rytmi kiihtyy. Lihakset valmistautuvat taistelemaan tai pakenemaan. Traumaattisessa tilanteessa stressireaktio venyy äärimmilleen. Mikäli järkyttä-

vää tapahtumaa ei ole mahdollista käsitellä ja purkaa, stressi jää kehoon ja fysiologiset reaktiot eivät vaimene. Rentoutumisreaktio on vastakkainen tila sympaattisen hermoston aikaansaamalle stressireaktiolle.

Monissa psykofyysisen fysioterapian menetelmissä pyritään lisäämään kehotietoisuutta. Kehotietoisuus tarkoittaa syvää ja kokonaisvaltaista itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa. **Kehotietoisuusharjoitusten** avulla ruumiin rajojen tunnistaminen ja vahvistaminen voi auttaa naista hahmottamaan lantionpohjaansa. Tällöin avautuu mahdollisuus kokea lantio eheänä kokonaisuutena ja päästää irti vaginismien mukanaan tuomasta negatiivisesta kehokokemuksesta.

## ITSEHOITO

Mikäli vaginismi olisi hoidettavissa kotikonstein, mitään ongelmaa tuskin olisi olemassa. Asiantuntijan apu on ehdottoman tärkeää, mutta toisaalta terapiasessiot klinikaympäristössä eivät yksin riitä. Fysioterapeutti opastaa kotiharjoitteluun sopivia lantionpohjan fysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Vaginismien hoitaminen vaatii totuttelua ja toistoja. Penetraation on onnistuttava kivutta ja pelotta myös kotona.

Vaginismia ei voiteta pakottamalla, vaan työskentelemällä yhteistyössä kehon ja mielen kanssa, lempeällä ja hyväksyvällä asenteella. Sama pätee synnytystraumasta toipumiseen. Seuraavat itsehoitomenetelmät lisäävät kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Hyvä lähtökohta vaginismien hoitamiseksi on omien **sukupuolielinten anatomian tunteminen ja ymmärrys niiden toiminnasta**. Tämä ei ole synnyttäneellekään naiselle itsestäänselvyys. Peilin ja omien sormien avulla voi totuttautua kosketukseen, paikallistaa kivuliaat alueet ja kokeilla fysioterapeutin ohjaamia lantionpohjalisharjoituksia ja -venytyksiä.

Aivojen tuottama hormoni, oksitosiini, toimii vastalääkkeenä stressi-reaktiossa vapautuville adrenaliinille ja noradrenaliinille. **Miellyttävä kosketus ja lämpö** lisäävät oksitosiinin tuotantoa ja aktivoivat siten kehon rauhoittumisjärjestelmän. Oksitosiini lisää rauhallisuutta, avoimuutta ja luottavaisuutta, parantaa kivunsietokykyä sekä vähentää ahdistuneisuutta. Se lisää kiinnostusta ja kykyä sosiaaliseen kanssakäymiseen ja seksuaaliseen aktiivisuuteen. Hyvä parisuhde stimuloi elimistön rauhoittumissysteemiä paitsi kosketuksen, myös koetun tuen, lämmön ja rakkauden kautta. Oksitosiinin tuotannon lisääminen yhdessä kumppanin kanssa on lempeä ja luonnollinen keino hoitaa vaginismia. Pyyteettömän läheisyyden ja hellyyden opettelu voi olla ensimmäinen askel oikeaan suuntaan. Kosketus ja hieronta auttavat myös oman kehon rajojen tunnistamisessa ja niiden kautta voi oppia tunnistamaan lihastensa jännittyneisyyden ja rentoutumisen.

**Liikunta** edistää todistetusti ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Se vähentää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, lisää itseluottamusta, vaikuttaa positiivisesti minäkuvaan ja itsetuntoon, parantaa stressinsietokykyä, tuottaa mielihyvää sekä vähentää psykosomaattisia oireita. Vaginismien hoidon tueksi voi kokeilla liikuntamuotoja, jotka lisäävät tietoisuutta lantionpohjasta ja koko kehosta. Tietoista liikettä ja tietoisuustaitoja lisääviä lajeja ovat esimerkiksi jooga, pilates, asahi ja tai chi. Itsensä tiedostaminen on helpompaa hitaan liikkeen kautta.

**TRE (Tension & Trauma Release Exercise)** -harjoitteet aktivoivat kehon omaa traumanpurkujärjestelmää ja harjoitteiden stimuloima lihasvärähtely koetaan rauhoittavana, rentouttavana ja hyvinvointia lisäävänä. Harjoitteet on kehitetty kehon syvien lihasten jännitystilojen, stressin ja trauman oireiden helpottamiseen. Tekniikka perustuu tietoon hermoston alkukantaisesta reaktiosta stressaavaan tilanteeseen: keho palaa luonnolliseen rentouden tilaan lihasten nykimisellä, värinällä ja vapinalla.

**Vertaistuki** on omaehtoista yhteisöllistä tukea sellaisten ihmisten kesken, joita yhdistää samankaltainen elämäntilanne. Se voi olla kor-

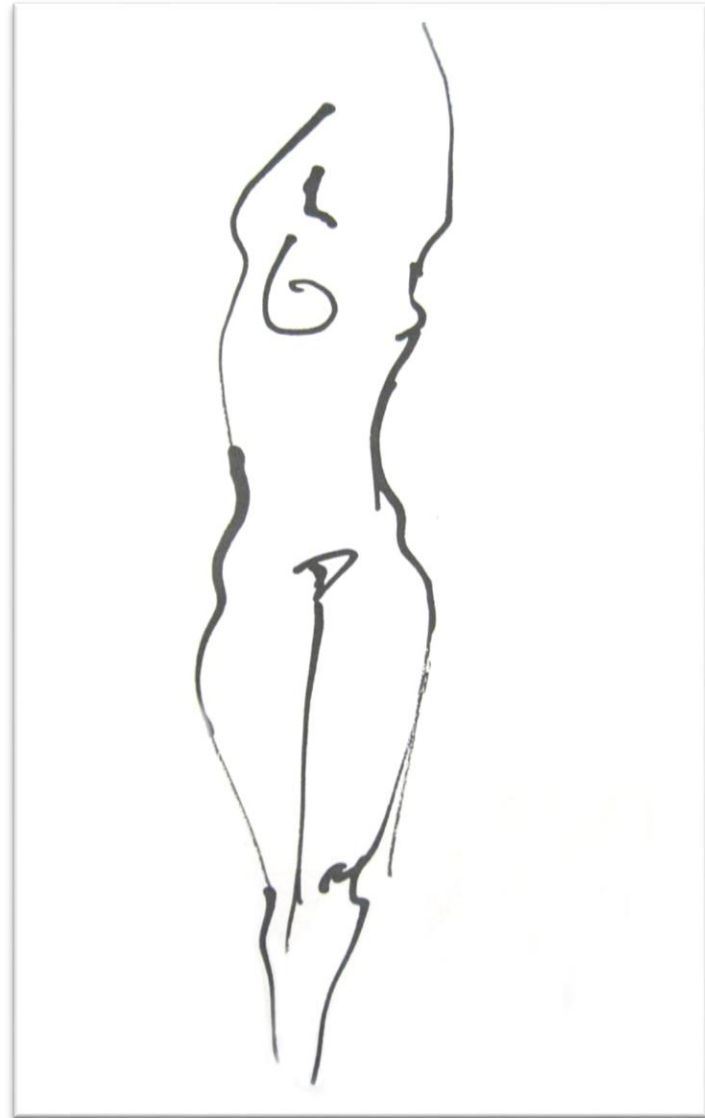
vaamatonta vaginismista kärsivälle naiselle, joka tuntee olevansa yksin tunteineen ja ajatuksineen. Häpeän, riittämättömyyden ja toivotomuuden tunteet saavat naisen kieltämään ongelman ja piilottelemaan sitä. Nainen luulee epänormaali ja ainoa, joka kärsii kummallisesta vaivasta. Ihminen, jolla on samankaltaisia kokemuksia, joka todella ymmärtää, voi tuoda toivoa kuntoutumiseen myös vaikeina aikoina. Synnytystraumasta ja vaginismista vaihdetaan kokemuksia monilla internetin keskustelupalstoilla.

#### **Lisää tietoa aiheesta:**

- Kuutti, M. 2016. Fysioterapia synnytystrauman aiheuttaman vaginismien hoidossa. Fysioterapeuttikoulutus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)
- sähköpostitse [kuuttimari@gmail.com](mailto:kuuttimari@gmail.com)
- Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry - <http://www.pelvicus.fi/>
- Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry - <http://psyfy.net/>

Kuulasta, vihantaa  
syvää hipaisua paitsi sinä olet.  
Vasta sitten olet väkevä,  
vasta sitten voit jatkaa.

Mari Mörö



(Croques, Ritvamarja Rantala 2014)

## Liite 2. Lantionpohjalihasten harjoitteluohjelma

1 (2)

Seuraavat lantionpohjalihasten tunnistamis- ja harjoitteluohjeet ovat Tampereen yliopistollisen sairaalan yleiset potilasohjeet lantionpohjan toimintahäiriöistä, kuten virtsainkontinenssista, kärsiville naisille. Vaginismipotilaalle ei voida antaa yleispätevää harjoitteluohjelmaa, vaan tunnistamis- ja harjoitteluohjeet muokataan yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi. Maksimi-, nopeus- ja kestovoimaharjoitteissa keskitytään kuitenkin lantionpohjalihasten rentouttamiseen lihasten supistusvaiheen jälkeen.



**Voit testata** lantionpohjan lihasvoiman sormin emättimen kautta. Supista lantionpohjan lihaksia sormia vasten. Supistusvoima on tyydyttävä, kun tunnet tasaisen supistuksen.

Lantionpohjan lihasharjoittelu vaatii pitkäjänteisyyttä, sillä tulokset voit havaita noin kahden kuukauden harjoittelun jälkeen. Harjoittele useasti päivän aikana seuraavin ohjein makuulla, istuen, seisten ja liikkeessä. Pidä kuitenkin 1–2 lepopäivää viikossa. Myöhemmin pidä lihaskuntoa yllä harjoittelemalla vähintään kahdesti viikossa.



**Tunnistusharjoitus** makuulla, istuen tai seisten. Valitse asento, jossa sinun on helpoin tunnistaa lihaksesi.

Supista kevyesti lantionpohjan lihaksien takaosaa aivan kuin yrittäisit sulkea peräaukon. Lisää supistus etuosaan lantionpohjan lihaksia aivan kuin yrittäisit sulkea virtsaputken. Pidä pakarat, vatsa ja reidet rentoina. Anna hengityksen kulkea vapaasti. Tunne lihas-supistus sisälläsi. Rentouta ensin etu- sitten takaosa. Toista muutama kerta.

(jatkuu)



**Maksimivoima** (tarvitaan voimakkaissa ponnistuksissa) Supista lantionpohjan lihaksia niin voimakkaasti, että tunnet peräaukon ja emättimen nousevan ylöspäin. Pidä supistus 5–10 sekuntia, rentouta 10–20 sekuntia. Toista 5–7 kertaa.

**Nopeusvoima** (tarvitaan äkillisissä ponnistuksissa, esim. aivastaminen). Supista lantionpohjan lihaksia mahdollisimman nopeasti ja voimakkaasti 5–10 kertaa.



**Kestovoima** (tarvitaan päivittäisessä liikkumisessa) Tee harjoitus myös seisten tai yhdistä se kävelyyn.

Supista lantionpohjan lihaksia kevyesti. Pidä supistus 10–15 sekuntia, rentouta vähintään 10 sekuntia. Toista 5–10 kertaa.

Anna hengityksen kulkea vapaasti koko harjoituksen ajan.

(Törnävä 2012, muokattu)

### Liite 3. Progressiivinen rentoutusharjoitus

Bernstein ja Borkovec'n kehittämä rentoutumismenetelmä on nimeltään Progressive Relaxation Training (PRT). Oheinen harjoitus on lyhyt mukaelma menetelmästä ja helppo toteuttaa, kun tuntee tarvetta rauhoittaa kehoa ja mieltä.

Valitse rauhallinen hetki ja paikka. Kiinnitä huomiosi harjoitettavaan lihasryhmään ja tuntemuksiin, joita harjoitus tuottaa.

Jännitä koko 1) oikean kätesi lihakset yhtä aikaa ja huomioi jännityksen tuottamat tuntemukset. Pidä jännitys 5 sekuntia ja rentouta kaikki lihakset nopeasti yhtä aikaa. Rentoudu 30 sekunnin ajan, keskity jälleen huomaamaan, miltä lihaksesi tuntuvat nyt.

Toista edellinen jakaen kehosi seuraaviin lihasryhmiin:

- 2) vasen käsi
- 3) kasvot ja koko pään alue
- 4) kaula ja hartioiden alue
- 5) rinta, selkä ja vatsan alue
- 6) oikea jalka
- 7) vasen jalka

Voit jäädä aloillesi muutamaksi minuutiksi ja tehdä lempeitä huomioita kehosi tuntemuksista ja mielesi liikkeistä. Päätä harjoitus tuomalla kehoosi pientä liikettä: liikuttele sormia, varpaita, ranteita ja nilkkoja. Lopuksi voit vielä venytellä koko kehoa.

Säännöllisten harjoitusten myötä kehon tietoinen rentouttaminen helpottuu ja menetelmää voi soveltaa eri tilanteisiin sopivaksi ja omia tarpeita vastaavaksi.

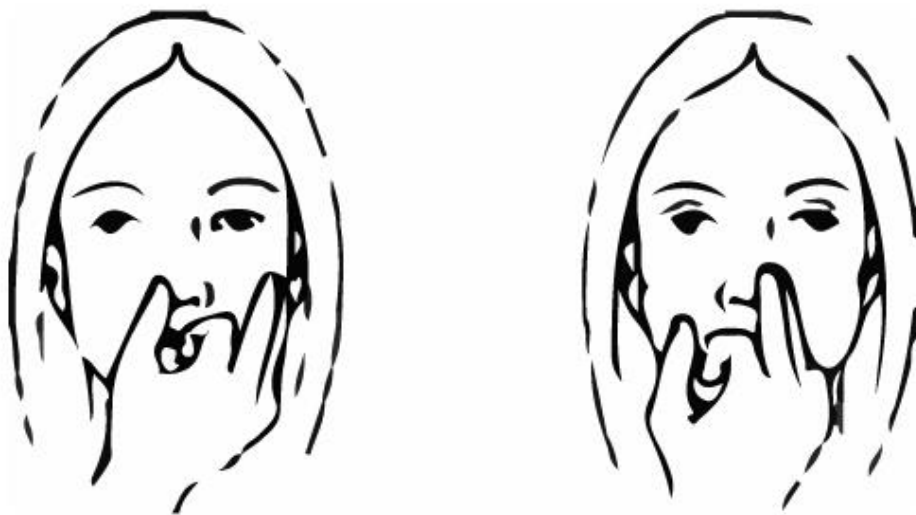
(Payne 2005, 43, muokattu)

#### Liite 4. Rauhoittava hengitysharjoitus

*Chandra bhedana* -harjoitus (kuvio 1) aktivoi parasympaattista hermostoa.

1. Istuudu mukavaan asentoon, jossa voit suoristaa selän.
2. Aseta oikea käsi niin, että ojennat peukalon, nimettömän ja pikkusormen suoriksi, mutta koukistat muut sormet peukalon juureen.
3. Syvennä sierainten kautta kulkevaa hengitystä. Laske sisäänhengityksillä neljään ja uloshengityksillä kahdeksaan.\*
4. Seuraavaksi sulje oikea sierain peukalolla ja hengitä neljään laskien vasemmasta sieraimesta sisään.
5. Sulje vasen sierain nimettömällä ja hengitä ulos oikeasta sieraimesta laskien kahdeksaan.
6. Toista harjoitus samoin päin (vasemmasta sieraimesta sisään, oikeasta ulos) noin 5–8 minuutin ajan.

(Jokiniva 2015, 98, muokattu)



KUVIO 1. Ilmavirta ohjataan kulkemaan vuorotellen oikeasta ja vasemmasta sieraimesta (Sarvyoga 2016)

\* Sisään- ja uloshengityksen ihanteellinen suhde on 1:2. Ihmisen ollessa ahdistunut, surullinen, vihainen tai tehdessä fyysistä harjoitusta suhde on noin 1:1 (Gilbert 1999, 47).

## Liite 5. Joogaa ja venytyksiä lantionpohjan rentouttamiseksi

1 (3)

Nämä jooga-asanat ja venytykset rentouttavat ja lisäävät lantionpohjalihasten sekä lantion alueen ulkoisten lihasten joustavuutta ja pituutta. Venytä lihasta 30 sekuntia, hengitä samalla tietoisesti kohti vatsanpohjaa. Toista liikkeitä 1–3 kertaa molemmille puolille. Liikkeiden aikana saa tuntua venytystä, mutta ei kipua. Saat venytyksistä suurimman hyödyn, kun toistat ne päivittäin.



### **Polvi kohti rintaa**

Aloita selinmakuulta molemmat jalat suorina ja rentoudu. Koukista oikea polvi ja vie se kohti rintaa. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja hengitä syvälle vatsanpohjaan. Toista venytys vasemmalle puolelle.



### **Polvi kohti vastakkaista olkapäätä**

Aloita selinmakuulta. Vie oikea polvi kohti rintaa ja viistosti kohti vastakkaista olkapäätä. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia. Hengitä tietoisesti. Toista venytys vasemmalle puolelle.

(jatkuu)





### **Jalkaterä ja polvi kohti rintaa**

Aloita koukkuselinmakuulta. Tuo oikea nilkka vasemman reiden päälle, lähelle polvea. Nosta vasen polvi kohti rintaa. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja hengitä tietoisesti. Toista liike toiselle puolelle.



### **Vartalon kierto**

Aloita selinmakuulta. Vie oikea polvi vartalon yli lattialle. Voit auttaa jalkaa kohti lattiaa vasemmalla kädellä. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja hengitä tietoisesti vatsanpohjaan. Toista liike toiselle puolelle.



### **Lapsen asento**

Aloita konttausasennosta. Aseta jalkaterät vierekkäin ja polvet hieman leveämmälle. Laske pakarot kohti kantapäitä. Voit rentouttaa otsan kohti lattiaa. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja hengitä tietoisesti vatsanpohjaan.



### **Pikkukalan asento**

Aloita selinmakuulta. Vie jalkapohjat yhteen ja anna polvien loitontua rentoina sivuille. Vie jalkaterät sopivan välimatkan päähän pakaroista. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja hengitä syvälle vatsanpohjaan.



### **Onnellisen vauvan asento**

Aloita selinmakuulta. Tartu molemmista jalkateristä kiinni, pitäen käsivarret polvien sisäpuolella. Anna polvien rentoutua ja loitontua. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja hengitä tietoisesti vatsanpohjaan.



### **Syväkyökky**

Aloita kannattelemalla painoasi käsien ja jalkojen varassa. Rentouta takapuolesi alas kantapäiden väliin. Työnnä lempeästi kyynärpäillä polvia kauemmas toisistaan. Pidä kevyt venytys 30 sekuntia ja ja hengitä tietoisesti vatsanpohjaan. Vältä tätä venytystä, mikäli sinulla on ongelmia polvissa.