

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Fysioterapeuttikoulutus

Laura Koivula ja Virve Tavia

Synnytyksen jälkeisen yhdyntäkivun fysioterapia

Opinnäytetyö 2019

Tiivistelmä

Laura Koivula, Virve Tavia
Synnytyksen jälkeisen yhdyntäkivun fysioterapia, 55 sivua, 8 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö 2019
Ohjaaja: Koulutuspäällikkö Sari Liikka, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten fysioterapiassa arvioidaan ja tutkitaan synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajia, mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkiput johtuvat ja miten niitä voidaan fysioterapeuttisin menetelmin hoitaa. Lisäksi selvitettiin, kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkiput ovat. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Suomen Äitiysfysioterapeutit ry:n kanssa.

Aineistoa opinnäytetyöhön kerättiin verkkokyselyn, teemahaastattelun ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Verkkokyselyyn saatiin 20 vastausta äitiys- ja lantionpohjan fysioterapeuteilta. Teemahaastatteluun osallistui kolme äitiys- ja lantionpohjan fysioterapeuttia. Kirjallisuuskatsauksen rajauskriteerit läpäisi kahdeksan korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa tutkimusta.

Tutkimusten mukaan synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista kärsii 20-58 prosenttia naisista. Verkkokyselyn ja haastatteluiden perusteella selvisi, että fysioterapeutit tutkivat synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja haastattelun, manuaalisen tutkimisen, havainnoinnin ja EMG-mittauksen avulla. Yleisimpiä synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajia ovat episiotomia- ja synnytysrepeämäärät, kuivat limakalvot ja lantionpohjan ylijännitystilat. Myös traumaattisen synnytyskokemuksen ja äidin pelkojen uskottiin vaikuttavan kipujen kokemiseen. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisimpiä fysioterapeuttisia hoitomuotoja ovat lantionpohjan lihasten harjoittelu ja rentoutus, manuaaliset käsittelyt sekä ohjaus ja neuvonta.

Sähköisessä muodossa julkaistu opinnäytetyö toimii sellaisenaan tietolähteenä äitiys- ja lantionpohjan fysioterapiaan perehtymättömille fysioterapeuteille. Opinnäytetyön pohjalta toteutettiin lisäksi esite esimerkiksi neuvoloihin jaettavaksi.

Asiasanat: yhdyntäkipu, synnytyksen jälkeinen, lantionpohjan fysioterapia

Abstract

Laura Koivula, Virve Tavia

Physiotherapy of postpartum dyspareunia, 55 pages, 8 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Program in Physiotherapy

Bachelor's Thesis, 2019

Instructor: Degree Program Manager Sari Liikka, Saimaa University of Applied Sciences

The objective of this thesis was to investigate the ways in which the causes of postpartum dyspareunia are assessed and examined in physiotherapy. The aim of this thesis was also to discover where dyspareunia stems from and how it can be treated with physiotherapy. In addition, the frequency of dyspareunia was investigated. This research was conducted together with Suomen Äitiysfysioterapeutit ry (The Finnish Maternity Physiotherapist Association).

The data of the thesis was gathered from three different sources; online questionnaire, semi-structured interview and descriptive literary survey. A total of 20 answers were obtained from physiotherapists specialized in the fields of maternity and pelvic floor physiotherapy. Three of these specialists participated in the semi-structured interview. A total of eight studies conducted within the past decade met the criteria of admittance of the literary survey.

According to the results of the present investigation, 20-58% of women suffer from postpartum dyspareunia. In accordance with the answers obtained from the online questionnaire and the semi-structured interview, the physiotherapists examined the causes of postpartum dyspareunia with manual examination, interview, observation and electromyographic measurement. The most common causes of postpartum dyspareunia include episiotomy, scars caused by tear during delivery, dryness of the vaginal lining and hypertension of the pelvic floor. Traumatic delivery and the mother's fears were found to have an effect on the experiences of pain. The most common physiotherapeutic methods of treatment for postpartum dyspareunia include manual treatments, pelvic floor exercises and relaxation as well as proper guidance and counselling.

The publication of the thesis as an online document will serve as a source of information for the physiotherapists that are uninitiated with the subjects of maternity and pelvic floor physiotherapy. A leaflet to be handed out in the maternity clinics was created based on the results of this thesis.

Keywords: dyspareunia, postpartum, pelvic floor physiotherapy

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Naisen lantio	6
2.1	Luinen lantio	6
2.2	Lantion ligamentit.....	7
2.3	Lantionpohjan lihakset	9
2.4	Sukupuolielimet	13
2.5	Lantion hermotus	16
3	Raskaus, synnytys ja seksuaalisuus.....	17
3.1	Raskaus.....	17
3.2	Alatiesynnytys.....	18
3.3	Synnytysoperaatiot	19
3.4	Lapsivuodeaika.....	21
4	Kipu	22
4.1	Kivun hoito fysioterapiassa	23
4.2	Naisen yhdyntäkivut.....	24
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat	25
6	Opinnäytetyön toteutus.....	25
6.1	Tutkimushenkilöt.....	26
6.2	Tutkimusasetelma.....	28
6.3	Tiedonkeruumenetelmät	28
6.4	Aineiston analysointi	33
7	Tulokset	35
7.1	Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkivujen fysioterapia	36
7.2	Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkivujen yleisyys	39
8	Pohdinta.....	41
8.1	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	41
8.2	Tulokset	43
8.3	Tutkimuksen eettiset näkökohdat	48
8.4	Jatkotutkimusaiheet	49
9	Johtopäätökset	49
	Kuvat.....	51
	Kuviot.....	51
	Taulukot.....	51
	Lähteet.....	52

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje
- Liite 2 Kyselylomake
- Liite 3 Haastattelupyynnö
- Liite 4 Suostumuslomake
- Liite 5 Teemahaastattelun kysymysrunko
- Liite 6 Hakupolut
- Liite 7 Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus
- Liite 8 Esite

1 Johdanto

Vuonna 2017 Suomessa synnytti 50 152 naista. Ennakkotietojen mukaan vuonna 2018 synnyttäjiä oli 47 275. (Ennako: Perinataalitalasto 2019.) Vaikka syntyvyys on laskenut vuodesta 2011 alkaen yhtäjaksoisesti ja lapsettomuus lisääntyy Suomessa, koskettavat äidiksi tuleminen ja sen mukanaan tuomat muutokset yhä suurinta osaa naisista. 40-44-vuotiaista naisista 79,9 prosenttia on synnyttänyt (Tilastokeskus 2018).

Raskauden aikana naisen fyysisessä ja psyykkisessä tilassa tapahtuu monenlaisia muutoksia. Raskaus vaikuttaa naisen koko vartaloon ja sen toimintoihin. Se muuttaa hormonitoimintaa ja minäkuvaa, muokkaa hänen sosiaalisia suhteitaan, seksuaalisuuttaan ja seksielämäänsä. Synnytyksen jälkeisenä aikana seksuaalielämän ongelmat ovat tavallisia. Niiden yleisyys vaihtelee 22 prosentista aina 86 prosenttiin. Yhdyntäkivut ovat yksi yleisimmistä seksuaalielämää haittaavista syistä. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä 2015, 59, 161.)

Synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista ei ole olemassa suomenkielistä materiaalia. Tämän opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään naisen lantion anatomiaa, raskauden ja erilaisten synnytystapojen aiheuttamia muutoksia naisen elimistöön ja seksuaalisuuteen, kipua ja kivun fysioterapiata sekä naisen yhdyntäkipuja.

Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen keinoin toteutettavan opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten fysioterapiassa arvioidaan ja tutkitaan synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajia, mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut johtuvat ja miten niitä voidaan fysioterapeuttisin menetelmin hoitaa. Lisäksi selvitetään, kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut ovat.

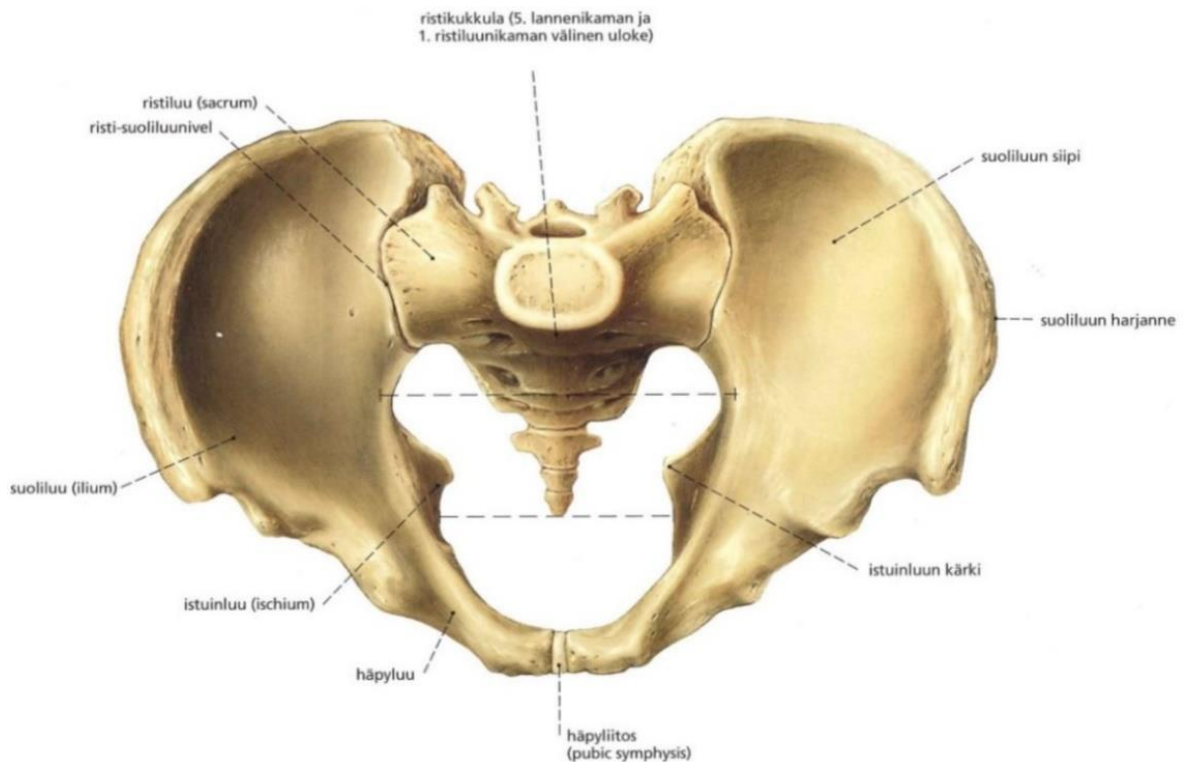
Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Suomen Äitiysfysioterapeutit ry.

2 Naisen lantio

Naisen ja miehen lantion välillä on eroavaisuuksia. Naisen lantio on matalampi, leveämpi sekä avarampi kuin miehen lantio. (Hervonen 1998, 105.) Seuraavissa luvuissa käsitellään naisen lantiota ja sen rakenteita.

2.1 Luinen lantio

Luisen lantion (kuva 1) tehtävänä on painon jakaminen ylävartalolta alavartalolle liikkeessä ja seisoessa. Istuessa tai paikallaan ollessa luinen lantio tukee ylävartaloa ja sen painoa. Luinen lantio toimii monien alaraajan sekä vatsan seinämän lihasten kiinnittymispaikkana ja antaa suojaa monille verisuonille, hermoille sekä sisäelimille. (Mahadevan 2018, 333.)



Kuva 1. Lantiorengas yläpuolelta (Ullmann 2009, 79.)

Lantio (*pelvis*) koostuu kahdesta luusta, lonkkaluusta (*os coxae*) ja ristiluusta (*os sacrum*). Lonkkaluuhun kuuluu suoliluu (*os ilium*), häpyluu (*os pubis*) ja istuinluu (*os ischii*), jotka ovat luutuneet yhteen. Suppilomaisen muodon vuoksi lantio voidaan jakaa kahteen osaan: yläosan isoksi lantioksi ja alaosan pieneksi lantioksi.

Naisen lantio on miehen lantioon verrattuna halkaisijaltaan suurempi sekä pyöreämpi. (Herschorn 2004, 3; Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri 2008, 89.)

Suoliluu levenee voimakkaasti ylöspäin ja leveään osaan (*ala ossis ilii*) kiinnittyy raajojen lihaksia, kuten pakaran lihakset ja suoliluulihhas (*musculus iliacus*). Suoliluun yläreuna eli suoliluun harju (*crista iliaca*) päättyy edessä hieman ulkonevaan suoliluun etuyläkärkeen (*spina iliaca anterior superior*), jonka alapuolella on vähemmän korostunut suoliluun etualakärki (*spina iliaca anterior inferior*). Vastaavasti suoliluun takapuolella ovat suoliluun takayläkärki (*spina iliaca posterior superior*) ja suoliluun taka-alakärki (*spina iliaca posterior inferior*). Nämä edellä mainitut kärjet muodostavat kiinnityskohtia reiden ojentaja- ja koukistajalihaksille (Hervonen 1998, 100.)

Istuinluu muodostaa kaksi kolmasosaa lonkkamaljasta (*acetabulum*) ja luisen lantion taka- sekä yläreunasta. Lonkkamalja on muodoltaan kuppimainen osa luisen lantion sivulla. Lonkkamaljaan niveltyy reisiluun (*femur*) pallomainen pää (*caput femoris*). Istuinluu ulottuu lonkkamaljasta eteen ja keskelle häpyluun rajalle kaarena, jonka voimakkaasti korostunut alaosa, istuinryhmy (*tuber ischiadicum*) toimii tärkeänä lihasten kiinnittymiskohtana. (Hervonen 1998, 100; Mahadevan 2018, 333.)

Lantion etureunan muodostaa häpyluu ja se liittyy ulokkeellaan istuinluuhun. Tämän luisen renkaan väliin jää lonkkaluun peittynyt aukko (*foramen obturatum*). Häpyluut yhdistyvät keskellä toisiinsa ja muodostavat häpykulman (*angulus pubis*). (Hervonen 1998, 100.)

Pystyasennossa lantio asettuu niin, että suoliluun etuyläkärki ja häpyluun ylempi reuna ovat samassa tasossa pystysuunnassa. Leveyssuunnassa istuinluun kyhmyt, häpyluun ylempi reuna ja istuinluun kärki ovat samassa tasossa. (Mahadevan 2018, 334.)

2.2 Lantion ligamentit

Häpyluut yhdistyvät keskellä ja edessä lantiota leveällä ja matalalla häpyliitoksella (*symphysis pubica*). Häpyluun niveltyvät pinnat (*facies symphysiales*) ovat

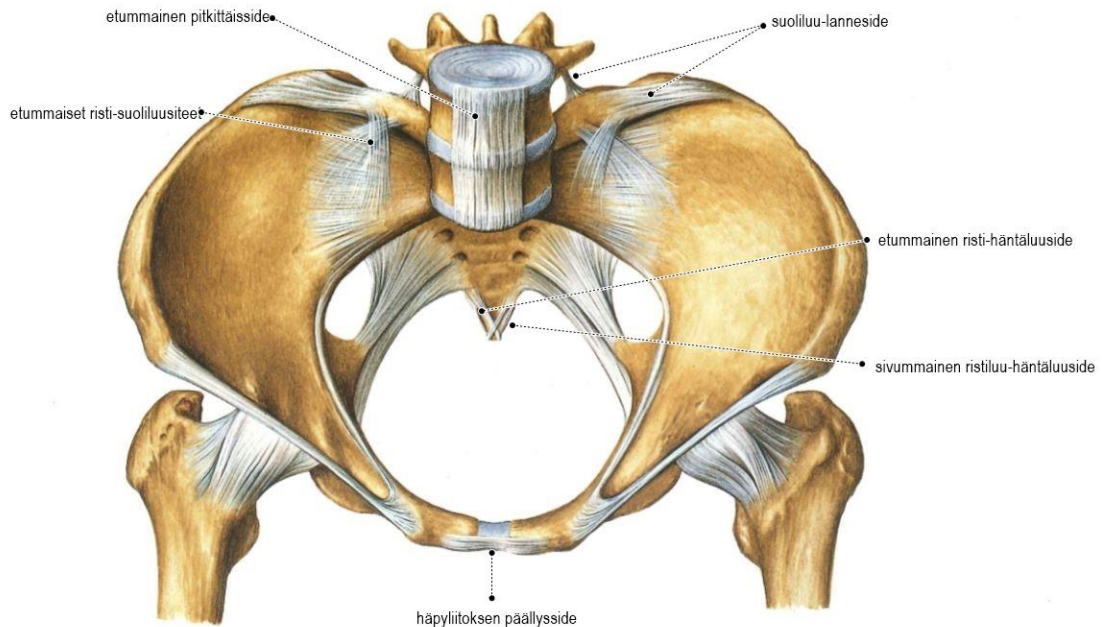
ohuen hyaliinirustokerroksen peittämät, joihin liittyy säierustoinen nivellevy (*discus interpubicus*). Tämän levyn yläreunan muodostaa häpyliitoksen päällysside (*ligamentum pubicum superior*), joka toimii yhdyssiteenä häpyluun harjanteiden (*pecten ossis pubis*) välillä. Alareunan muodostaa häpyluun kaariside (*ligamentum arcuatum pubis*). Häpyliitos on erittäin luja, vaikkei ruumiinpaino sitä kuormita suoraan (kuva 4). Nivusside (*ligamentum inguinale*) muodostuu uloimman vinon vatsalihaksen alaosan kalvojänteestä ja sen alta kulkee muun muassa reisivaltimo ja -laskimo. Nivusside sijaitsee suoliluun etuyläkärjen ja häpyluun kyhmyn välillä. (Hervonen 1998, 102, 105; Mylläri 2015, 42.)

Ristisuoliluuside (*ligamentum sacroiliaca*) kulkee suoliluun ja ristiluun vastakkaisilta ulommilta nivelpinnoilta toiseen tiukkana säievyyhtinä. Ristisuoliluuside voidaan jakaa kolmeen eri siteeseen. Sisempi osa, etummainen ristisuoliluuside, (*ligamentum sacroiliaca ventralia*) on ohut ja leveäsyinen side, joka kulkee ensimmäisen ja toisen ristinikaman kohdalta ristiluun etupinnalta suoliluuhun (kuva 2). Ulompi osa, vahvat dorsaalipuolen siteet (*ligamentum sacroiliaca interossea*), kulkevat ristiluun rosoisen pinnan (*tuberositas sacralis*) ja suoliluun karhean pinnan (*tuberositas iliaca*) välistä. Kolmantena osana ristisuoliluusiteessä ovat taaemmat risti-suoliluusiteet (*ligamentum sacroiliaca dorsalia*), jotka yhdessä vahvojen dorsaalipuolen siteiden kanssa lukitsevat ristiluun ja suoliluun toisiinsa. Tämä estää ristiluun painumisen lantion sisään, jolloin ristiluu kiilautuu lonkkaluuden väliin. (Mylläri 2015, 41; Mahadevan 2018, 334.)

Istuinkyhmy-ristiluuside (*ligamentum sacrotuberale*) on vahva side, joka ulottuu ristiluun takapinnalta ja suoliluun taka-ala- ja takayläkärjen takaosista istuinkyhmyihin (*tuber ischiadicum*). Siteen taaempi osa antaa osittaisen kiinnittymispinnan isolle pakaralihakselle (*musculus gluteus maximus*). (Hervonen 1998, 102; Mahadevan 2018, 334.)

Ristiluu-istuinkärkiside (*ligamentum sacrospinale*) on istuinkyhmy-ristiluusiteen etupuolella oleva kolmiomainen side ja se kulkee istuinluun kärjestä (*spina ischiadica*) ristiluuhun ja häntäluuhun. Ristiluu-istuinkärki estää ristiluuta kallistumasta eteenpäin ja erottaa ison ja pienen lonkka-aukon (*foramen ischiadicum majus* ja *foramen ischiadicum minus*). (Mylläri 2015, 41; Mahadevan 2018, 334.)

Suoliluu-lanneside (*ligamentum iliolumbale*) on kiinnittynyt viidennen lannenikaman poikkihaarakkeeseen, josta se lähtee kahtena erillisenä osana suoliluun harjun takaosiin ja etummaisen ristisuoliluusiteen etupintaan (kuva 2). (Mylläri 2015, 41; Mahadevan 2018, 335.)



Kuva 2. Lantion luusto ja ligamentit edestä (Ullmann 2009, 80.)

2.3 Lantionpohjan lihakset

Lantionpohjan lihaksia tarvitaan toiminnoissa, joissa vatsaontelon paine kohoaa. Näitä ovat esimerkiksi yskiminen, aivastaminen, nostaminen ja voimistelu. Myös virtsanpidätyksessä, normaalissa ulostamisessa, ulosteenpidättämisessä, yhdynnässä ja synnyttämisessä käytetään lantionpohjan lihaksia. Lihakset tukevat lantion alueen elimiä ja toimivat vatsaontelon pohjana. (Heittola 1996, 13.)

Lantionpohjan lihakset voidaan jakaa kahteen eri lihaskerrokseen: väli- ja alapohjaan (*diaphragma pelvis, diaphragma urogenitale*). Väli- ja alapohja muodostuu peräaukon kohottajalihaksesta (*musculus levator ani*), häpyluuperäsuolilihaksesta (*musculus puborectalis*), häpyluuhäntäluulihaksesta (*musculus pubococcygeus*), suoliluu-häntäluulihaksesta (*musculus iliococcygeus*), häntälihaksesta (*musculus coccygeus*) ja peräaukon uloimmasta sulkijalihaksesta (*musculus sphincter ani externus*). Lantion alapohja tarkoittaa virtsa- ja sukuelimiä ympäröivää lihaslevyä

häpyluun alahaarojen (*ramus inferior ossis pubis*) välillä. Alapohja muodostuu istuinluu-paisuvaslihaksesta (*musculus ischiocavernosus*), paisuvaslihaksesta (*musculus bulbocavernosus*), välilihan pinnallisesta poikittaislihaksesta (*musculus transversus perinei superficialis*), välilihan syvästä poikittaislihaksesta (*musculus transversus perinei profundus*) sekä virtsaputken ja emättimen sulkijalihaksesta (*musculus sphineter urethrovaginalis*). (Herschornn 2004, 3-5; Myllyläri 2015, 63.)

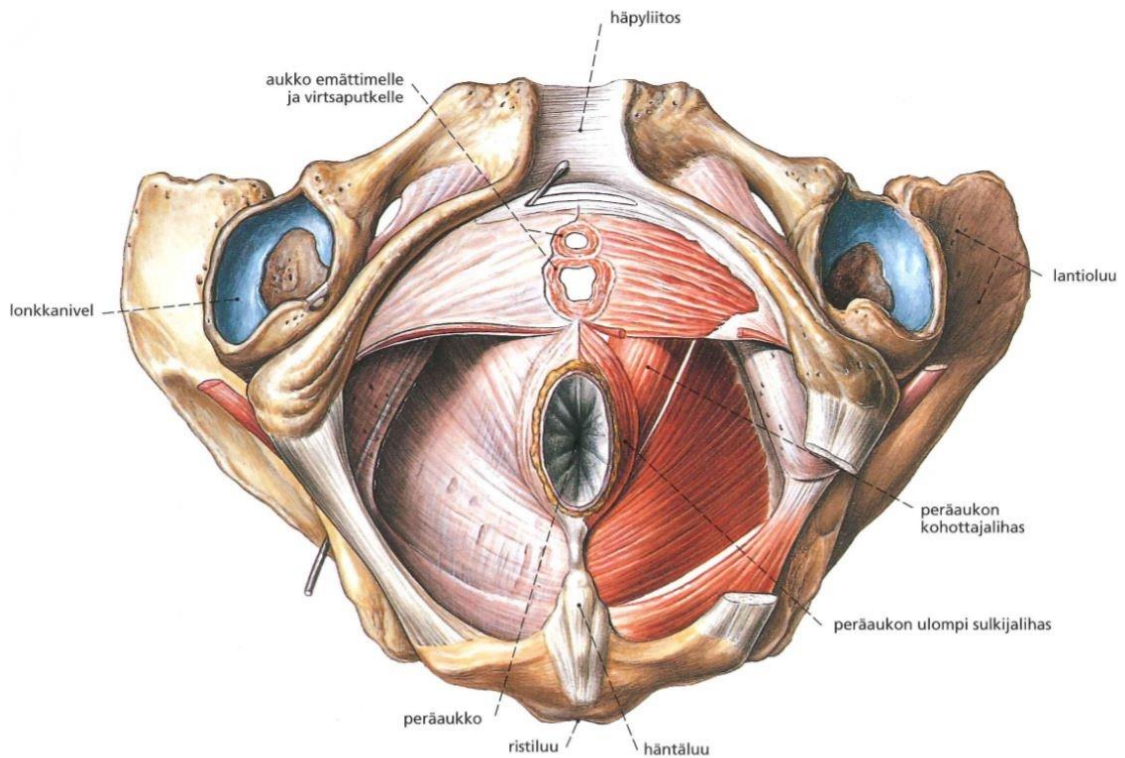
Lantionpohja ei kuitenkaan ole yhtenäinen lihaslevy, vaan sen läpi kulkevat virtsaputki (*urethra*), emätin (*vagina*) ja peräsuoli (*rectum*) (kuva 3). Lihakset ovat muotoutuneet kahdeksikon muotoon, joista ylempi lihasrenkas säätelee virtsateiden ja emättimen aukon sulkijalihaksia ja alempi vahvempia peräsuolen sulkijalihaksia. Paksuimmillaan lihakset ovat välilihas eli peräaukon ja emättimen väliin jäävällä alueella. (Heittola 1996, 13.)

Lantion välipohja

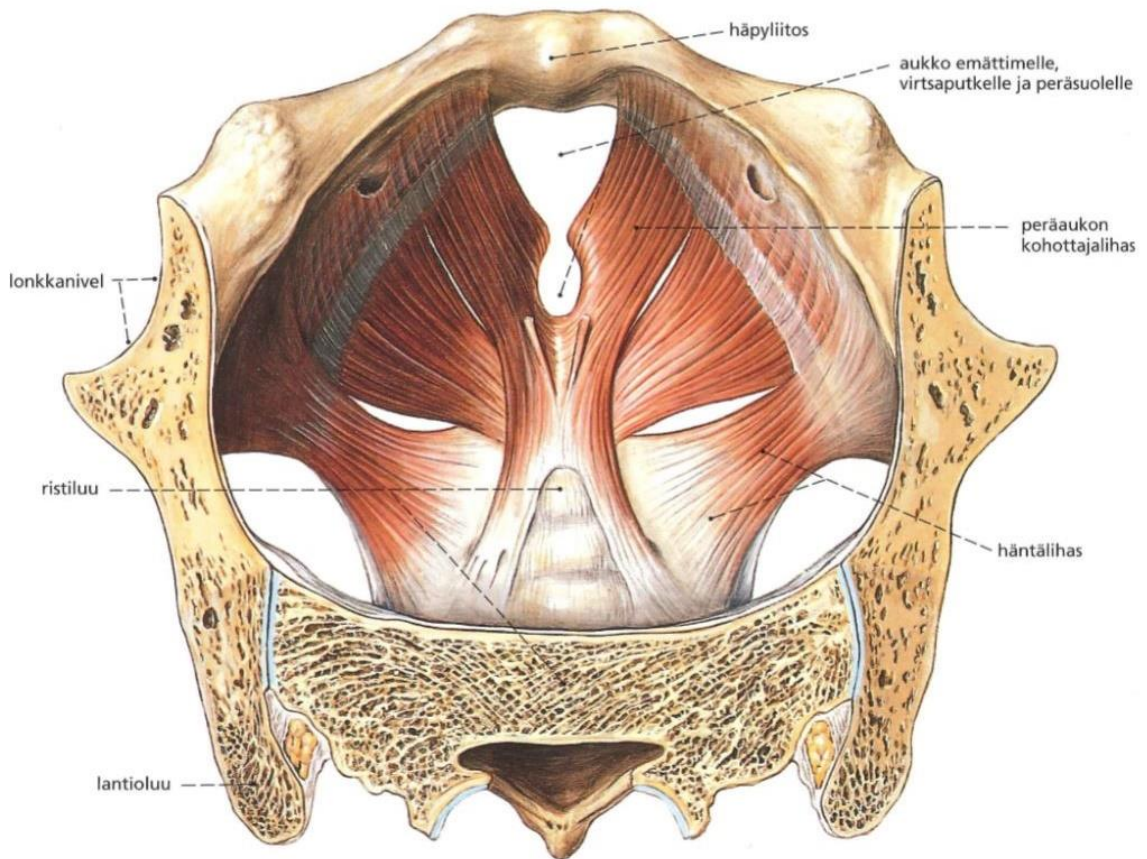
Lantion välipohjaa voidaan kutsua myös levator-levyksi. Tämä levy on vaakatasossa seisoma-asennossa ja tukee peräsuolta ja emättimen yläosaa. Lantion välipohjaa peittää sisältä ja ulkoa sidekudoksinen faskialehti, joka tulee osaksi välilihaa. Peräaukon etupuolella olevassa jänteisessä osassa faskialehti yhdistyy lantion alapohjan sisemmän sidekudoskalvon kanssa, ja tästä muodostuu osa sidekudosjuosteesta, joka peittää lantion sisärakenteet. (Heittola 1996, 14; Herschorn 2004, 4.)

Lantionpohjan välipohjaan kuuluva peräaukon kohottajalihas on levymäinen, ohut lihas (kuva 3, kuva 4). Peräaukon kohottajalihas kiinnittyy valkoisen jännesauman (*linea alba*) ylimenoalueen (*linea arcuata*) alapuolelle lantion sisäpinnalta häpyluuhun saakka sekä sisemmän peittyneen aukon lihaksen (*musculus obturatorius internus*) sidekudoskalvoon eli faskiaan (*arcus tendineus*). Tämä sidekudoskalvo kulkee tiheänä kudoksena häpyluun ylä- ja alahaaroista istuinluun kärkeen. Peräaukon kohottajalihas jaetaan kolmeen osaan. Keskimäinen, kokososa on häpyluuhäntäluulihas, jonka lähtöpisteenä on häpyluun takaosa häpyliitoksen lähellä ja kiinnittymiskohta peräaukon ja häntäluun välissä jättäen halcion, jonka läpi kulkee virtsaputki, emätin ja peräsuoli. Ulommainen, ohuempi osa

peräaukon kohottajalihasta on suoliluuhäntäluulihäs, joka lähtee sisemmän peittyneen aukon lihaksen sidekudoskalvosta ja kiinnittyy istuinluun kärkeen sekä häntäluuhun. Häpyluuperäsuolilihas lähtee istuinluun kärjestä ja ristiluun kärkisteestä. Se kiertää peräaukon ympäri muodostaen lenkin peräsuolen taakse ja kiinnittyy sitten ristiluun alempaan osaan sekä häntäluun ylempään osaan. Ulomainen osa, peräaukon sulkijalihas (*musculus sphincter ani externus*) jatkaa kohottajalihasta peräaukon kanavan ympärillä ja on voimakas tahdonalainen lihas (kuva 3). Häntälihas kuuluu myös osana lantion välipohjaan. Häntälihas on pieni tiheä lihas, joka ulottuu istuinluun kärjestä ristiluuhun (kuva 4). Lihas palauttaa häntäluun normaaliin asentoon ulostuksen ja synnytyksen jälkeen. (Hervonen 1998, 330; Heittola 1996, 14-15; Herschorn 2004, 4; Mahadevan 2018, 335-336.)



Kuva 3. Lantionpohjan lihaksisto alhaalta katsottuna (Ullmann 2009, 392.)



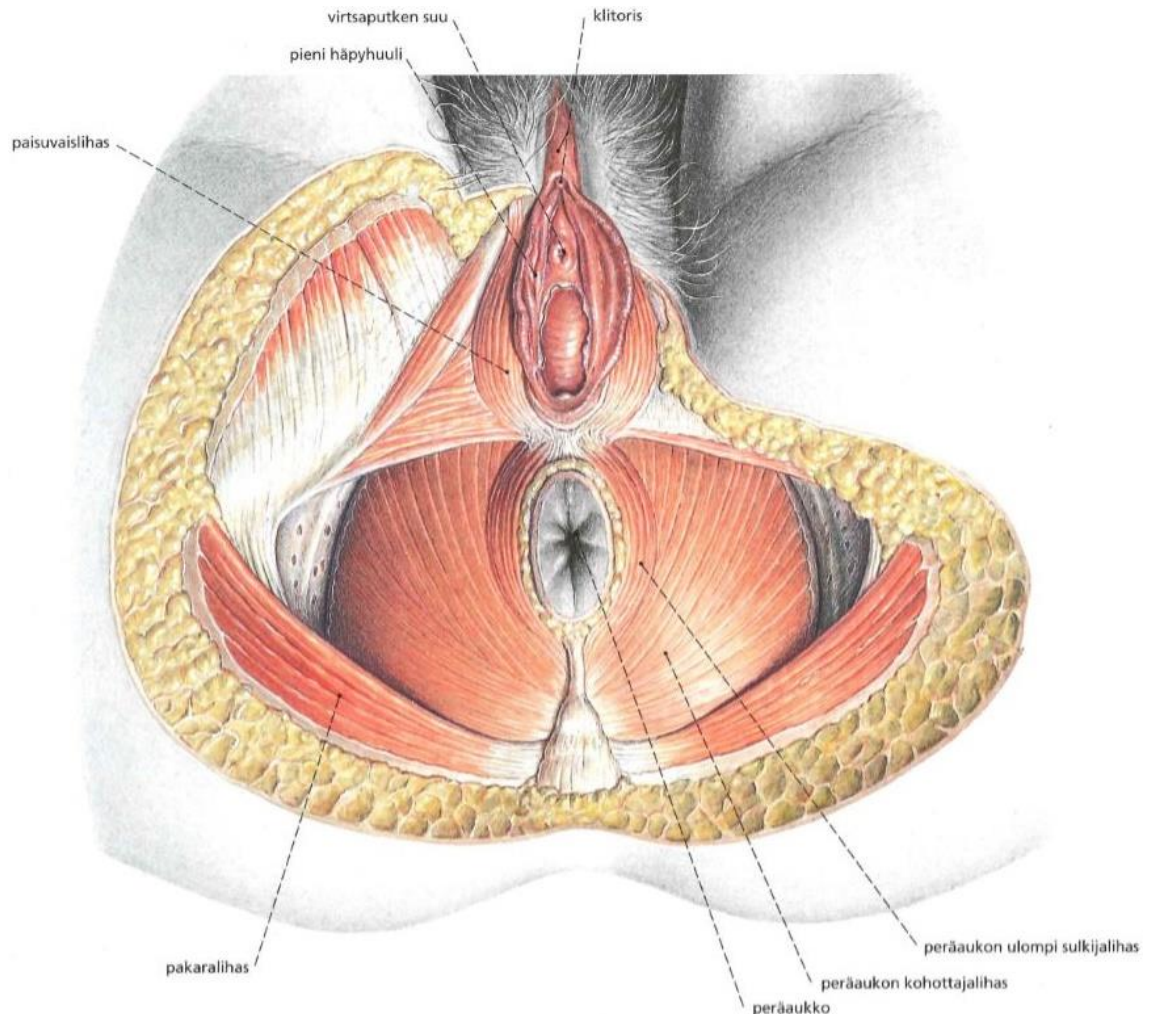
Kuva 4. Lantionpohjan lihaksisto ylhäältä katsottuna (Ullmann 2009, 392.)

Lantion alapohja

Lantion ala-aukeaman etuosa on kolmion muotoinen lihaksista ja sidekudoskalvoista muodostuva rakenne, jonka pohjan muodostaa molempien istuinkyhmyjen välillä oleva linja ja huipun häpyliitos. Lantion alapohja peittää tämän kolmion muotoisen osan. Lantion alapohjan sisempi sidekudoskalvo on muotoutunut yhteen sekä eteen- että taaksepäin uloimman sidekudoskalvon kanssa ja kiinnittyy samalla häpyliitokseen. (Heittola 1996, 18.)

Virtsaputken ja emättimen ulommat sulkijalihakset (*musculus sphincter urethrovaginalis*) sijaitsevat lantion alapohjassa lantion etuosassa virtsaputken ja emättimen ympärillä. Nämä lihakset ovat tahdonalaisesti säädeltävissä. Virtsaputken sulkijalihas (*musculus sphincter urethrae*) ja välilihan syvä poikittaislihas ovat lantion välipohjan sisäosan ja uloimman faskialehden välissä. Nämä lihakset yhdessä ovat tärkeässä asemassa virtsaamisen kannalta, sillä ne muodostavat virtsaputken motorisesti hermotetun sulkijan. Ylemmän faskialehden alapuolella on

häpykieli (*clitoris*) (kuva 5), emättimen eteisen paisuvainen (*bulbus vestibuli*) sekä Bartholinin rauhaset. Istuinluu-paisuvaislihas, paisuvaislihas ja välilihan pinnallinen poikittaislihas kiinnittyvät välilihan keskusjanteeseen (*centrum tendineum perine*), josta ne liittyvät uloimmasta peräaukon sulkijalihaksesta tuleviin lihassäikeisiin. (Heittola 1996, 18; Hervonen 1998, 330.)



Kuva 5. Välilihan alue (Ullmann 2009, 409.)

2.4 Sukupuolielimet

Ulkoiset sukupuolielimet

Ulkoisiin eli näkyviin sukupuolielimiin kuuluvat isot ja pienet häpyhuulet (*labia majora pubendi* ja *labia minora pubendi*) ja häpykieli, jotka sijaitsevat emättimen aukon ympärillä (kuva 6). Häpykielessä on kaksi paisuvaista, joita peittää tiivis ja

säikeinen sidekudoskotelo. Kotelon sisällä on pienien, endoteelin eli epiteeliku-
doksen peittämien onkaloiden verkosto, jossa on vaihteleva määrä verta. Seksuaalissa kiihottumisessa onkalot täyttyvät verellä ja häpykieli kovettuu. Häpykielen päässä on hermosyitä, jotka sisältävät runsaasti kosketusherkkiä aistinso-
luja. Paisuvaiset kiinnittyvät lantion etupuolelle ja päättyvät kaksi senttiä pitkään, vapaaseen runko-osaan. Isot ja pienet häpyhuulet ovat ihopoimuina emättimen aukon (*introitus vaginae*), virtsaputken suun ja häpykielen ympärillä. Virtsaputken suu sijaitsee emättimen aukon ja häpykielen välissä. Myös häpyhuulissa on paisuvaiskudosta sekä rauhasia, joiden erite tyhjenee kiihottumisen yhteydessä emättimen aukon limakalvolle. (Leppäluoto ym, 2008, 358; Bjålie, Haug, Sand & Sjaastad 2014, 497.)

Sisäiset sukupuolielimet

Sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat emätin, Bartholinin rauhaset, kohtu, munanjohtimet ja munasarjat (Leppäluoto ym. 2008, 358).

Emätin (*vagina*) on kymmenen senttimetrin mittainen lihasputki, joka yhdistää edellä mainitut ulkosynnyttimet kohdunkaulaan (*cervix uteri*) (kuva 6). Kohdun alapäässä on myös kohdunkaulan nipukka (*portio*), joka työntyy emättimeen. Emättimen sisäpintaa peittää levyepiteelistä muodostunut limakalvo, jota kosteuttaa ja suojaa kohdunkaulan rauhasen tuottama erite. Eritteessä on mukana runsaasti glykogeenia, jota limakalvon bakteerit pilkkovat maitohapoiksi. Happo estää haitallisten mikrobien kasvua estäen tulehduksia. Bartholinin rauhaset ovat sentin mittaisia, limaa erittäviä rauhasia, jotka ovat pienten häpyhuulten sisäpinnan takaosissa. (Leppäluoto ym. 2008, 359; Bjålie ym. 2014, 496.)

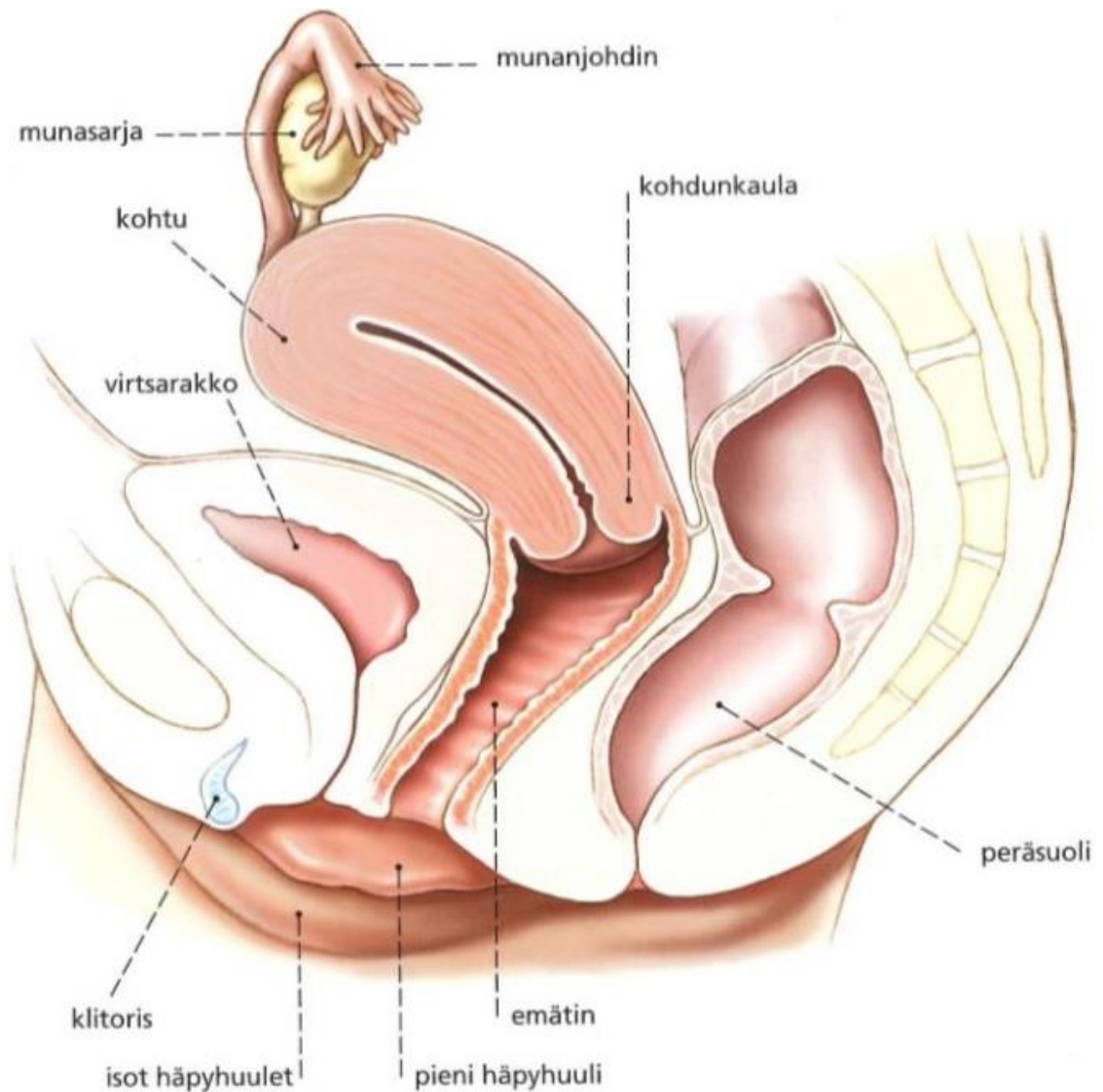
Kohtu (*uterus*) on ontto, päärynän muotoinen elin. Kohdussa hedelmöittynyt munasolu kehittyy sikiöksi. Kohtu on noin kahdeksan senttimetriä pitkä ja painaa 30-40 grammaa. Kohtu jaetaan kolmeen erilliseen osaan: kohdunkaulaan, kohdunrunkoon (*corpus uteri*) ja kohdunpohjaan (*fundus uteri*). Kohdunkaula yhdistää emättimen kohtuonteloon (*cavitas uteri*). Kohtuontelon seinämä muodostuu valtaosaksi kohdunrungosta ja ontelon katto kohdunpohjasta. Tässä kohtuontelossa

on kaksi kohdunpohjassa olevaa reikää munanjohtimille sekä yksi reikä kohdunkaulalle. Koko kohtua pitää paikallaan lantion luihin ulottuva vahva, säikeinen sidekudos. (Bjålie ym. 2014, 496-497.)

Kohdun limakalvon sisäpuolella on epiteelisoluja sekä sidekudossoluja, verisuonia ja limarauhasia sisältävä limakalvo (*endometrium*). Naisen sukupuolihormonit säätelevät limakalvossa olevien rauhasien kasvua ja erityistoimintaa kuukautiskierron mukaan. Kalvon ulkopuolella on lihassoluja, joista muodostuu lihaskerros (*myometrium*) ja uloimmaksi jää kohdun päällyskalvo (*perimetrium*). (Leppäluoto ym. 2008, 359.)

Munanjohtimet yhdistävät munasarjat kohtuun noin kymmenen senttimetrin mittaisena putkena. Munanjohtimien yläpää eli munanjohtimen laajentuma (*ampulla tubae uterinae*) sijaitsee suppilomaisesti munasarjojen yläpuolella ja sen reunoilla on munanjohtimen rimpsuja (*fimbriae tubae uterinae*). Nämä rimpsut ohjaavat munasarjasta irronneen munasolun munanjohtimeen. Ovuloitunut munasolu kulkee munanjohtimia pitkin kohtuun. Munasolun oikeaan suuntaan kulkeemisesta vastaa munanjohtimen sisäpintaa peittävä värekarvaepiteeli, joka pitää munajohtimen nesteen tasaisessa liikkeessä. Munasolun kulkemista vahvistaa myös munanjohtimen seinämässä rengasmaisesti kulkeva sileä lihas, joka supistelee aaltomaisesti. (Leppäluoto ym. 2008, 361; Bjålie ym. 2014, 497.)

Munasarja eli munarauhanen (*ovarium*) painaa noin seitsemän grammaa ja on muodoltaan mantelimainen parillinen rauhanen. Se kiinnittyy lantioon ripustinsiteellä (*ligamentum suspensorium ovari*) ja kohtuun munasarjansiteellä (*ligamentum ovarii proprium*). Munasarja sisältää kuorikerroksen (*cortex*) ja ytimen (*medulla*). Ytimessä kulkevat verisuonet sekä hermot lopulta haarautuen kuorikerrokseen. Munasolut ja naishormoneja tuottavat solut sijaitsevat munasarjojen kuorikerroksessa olevien munarakkuloitten sisällä. (Leppäluoto ym. 2008, 361.)



Kuva 6. Naisen sukupuolielimet (Ullmann 2009, 387.)

2.5 Lantion hermotus

Lantiota hermottavat niin sympaattiset kuin parasympaattisetkin hermot ja sekä pitkät että lyhyet hermosolut. Pitkät, hermosolujen jälkeen sijaitsevat hermosäikeet tulevat suhteellisen etäältä sijaitsevista selkänikamien edessä olevista ja selkänikamien viereisistä hermosolmukkeista. Lyhyiden hermosolujen ääreishermosolmukkeet sijaitsevat lähellä kohderakenteita ja ne ovat myös toiminnaltaan erilaisia kuin pitkät hermosolut. Lyhyiden hermosolujen välittäjäaineissa tapahtuu muutoksia raskauden aikana. Näiden hermojen tehtävänä on lähettää esimerkiksi toimintakäskyjä lihaksille. (Heittola 1996, 20-21.)

Häpyhermo (*nervis pudenus*) lähtee ristiluiden toisesta, kolmannesta ja neljännestä segmentistä kulkién lantion ison lonkka-aukon (*foramen ischiadicum majus*) kautta ja istuinluun kärjen alta. Hermo jatkaa istuinluu-peräsuolikuopan (*fossa ischiorectalis*) ulkoseinämää pitkin peittäjälihaksen kalvon (*fascia obturator*) mukana kohti istuinkyhmyä. Tässä häpyhermo jakautuu kolmeen erilliseen osaan. Ensimmäinen osa on alempi peräsuolihermo (*nervi rectales inferiores*), jonka haarat hermottavat peräaukon ulompaa sulkijalihasta. Alempi peräsuolihermo huolehtii uloimmasta peräaukon sulkijalihaksesta motorisesti ja peräaukon seudun ihoalueesta sensorisesti. Toisena osana on välilihahermit (*nervi perineales*), jotka hermottavat peräaukon ulompaa sulkijalihasta sekä lantion alapohjan syviä ja pinnallisia lihaksia motorisesti, ja välilihan alueen ihoa sekä isoja häpyhuulia sensorisesti. Kolmantena haarana on häpykielenselän hermo (*nervus dorsalis clitoridis*), joka on kokonaan sensorinen hermo. (Heittola 1996, 20-21.)

3 Raskaus, synnytys ja seksuaalisuus

Äidiksi tuleminen vaikuttaa naisen elimistöön monin tavoin. Raskaus muuttaa hormonitoimintaa, kohtu sekä veritilavuus kasvavat ja munuaisissa sekä virtsa-teissä tapahtuu anatomisia muutoksia. Raskaus vaikuttaa myös tukirankaan ja lantioon, aiheuttaa painonnousua ja siten muuttaa kehon painopistettä. (Paananen ym. 2015, 103.)

3.1 Raskaus

Kohtu kasvaa raskauden aikana noin kaksikymmenkertaiseksi. Kohtulihaksen kasvu johtuu estrogeenin aiheuttamasta lihassolujen määrän lisääntymisestä ja lihassolujen suurenemisesta. Raskauden loppupuolella kohtu venyy sikiön ja istukan kasvaessa. (Paananen ym. 2015, 103.) Toisen raskauskolmanneksen alussa kasvava kohtu täyttää pikkulantion ja nousee vatsaontelon puolelle (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 45).

Hormonien vaikutuksesta lantion alueen kudokset pehmenevät, nivelsiteet löys-tyvät ja luisen lantion muoto muuttuu, jotta syntyvä lapsi pääsee kulkemaan syn-nytyiskanavan läpi. Estrogeenin vaikutuksesta nivelpussit löystyvät, ja relaksiini

sekä keltarauhashormoneihin kuuluva progesteroni löystyttävät nivelsiteitä, jotka rajoittavat lantion aukon laajenemista. Lantion nivelten ja liitosten liike lisääntyy. (Paananen ym. 2015, 109-110.)

Raskauden vaikutus seksuaalisuuteen

Raskauden aikana istukka erittää yli kymmenkertaisen määrän progesteronia normaaliin verrattuna. Eritys on erityisen voimakasta ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Progesteroni vähentää naisen sukupuolielinten tuntoherkyyttä, hermopäätteiden reaktiokykyä sekä vaikuttaa orgasmin voimakkuuteen kohdun supistelua vähentämällä, ja täten hillitsee myös naisen seksuaalista halukkuutta. (Heusala 2010, 189-191.) Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana naisen seksuaalinen halukkuus siis usein vähenee hormonaalisten muutosten takia. Monia naisia vaivaa alkuraskaudesta myös pahoinvointi. Toisella raskauskolmanneksella halukkuus lisääntyy – osalla naisista jopa varsin paljon. Emättimen ja limakalvojen verekyys lisääntyy ja kiihottuminen on helppoa. Loppuraskaudesta monilla yhdynnät vähenevät, johon syinä saattavat olla käsitykset ja asenteet siinä missä halujen väheneminen tai fyysiset rajoitteet. Normaaliraskaudessa yhdyntöjä voi kuitenkin jatkaa halutessaan raskauden loppuun asti. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 140-141.)

Tutkimusten mukaan yhdyntöjen tiheys vähenee raskauden edetessä. Suurin lasku yhdyntämäärissä tapahtuu verratessa raskautta edeltävää aikaa ensimmäiseen kolmannekseen ja toinen merkittävä tiputus toisen ja kolmannen kolmanneksen välissä. Seksuaalinen aktiivisuus ylipäätään vähenee selvästi raskauden viimeisillä viikoilla. Väärinkäsityksiä ja pelkoja seksin negatiivisista vaikutuksista raskauteen tai sikiöön esiintyy kaikissa kulttuureissa eri asteisina. Myös nämä negatiiviset asenteet seksin harrastamisesta raskausaikana vaikuttavat seksuaaliseen aktiivisuuteen. (Jawed-Wessel & Sevic 2017.)

3.2 Alatiesynnytys

Synnytyksen aikainen venytys voi aiheuttaa emättimen ja virtsarakon tai emättimen ja peräsuolen välisiä oireettomia pieniä pullistumia, jotka yleensä häviävät

kuuden kuukauden kuluessa. Synnytyksessä välilihan pehmytosakudokset venyvät voimakkaasti ja haavaumia tai repeämiä voi syntyä limakalvoille, välilihaan tai emättimeen. (Paananen ym. 2015,113; 294.)

Väliliha saatetaan joutua leikkaamaan. Vuonna 2018 Suomessa tehtiin välilihan leikkaus eli episiotomia 20,7 prosentille synnyttäjistä (Ennakko: Perinataaltilasto 2019). Tarpeetonta välilihan leikkausta kuitenkin vältetään, jotta genitaalien tila säilyisi mahdollisimman luonnollisena (Paananen ym. 2015, 59, 294). Täsmällisiä tilastoja ompelaita vaativien pienten repeämien yleisyydestä ei ole (Sariola ym. 2014, 336). Vaikeita, kolmannen ja neljännen asteen välilihan repeämiä tuli 1,2 prosentille synnyttäjistä vuonna 2018 (Ennakko: Perinataaltilasto 2019).

3.3 Synnytysoperaatiot

Imukuppisynnytys

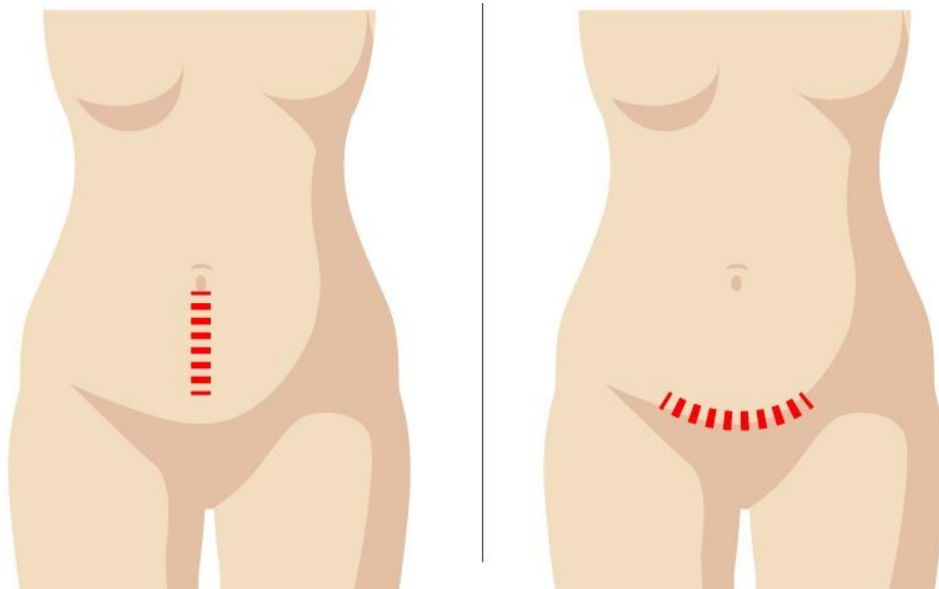
Imukuppisynnytykseen ryhdytään ponnistusvaiheessa, mikäli ponnistusvaihe on pitkittynyt tai tehoton tai sikiö on ahdingossa. Imukuppisynnytys tehdään synnyttäjän ja toimenpiteen tekijän yhteistyönä. (Paananen ym. 2015, 495-496.) Vuonna 2018 Suomessa käytettiin imukuppia 9,6 prosentissa synnytyksistä (Ennakko: Perinataaltilasto 2019).

Imukuppiavusteinen synnytys on yksi sulkijalihasrepeämän riskitekijöistä (Kuismanen 2019). Kolmannen asteen vaurioissa peräaukon sulkijalihas on revennyt joko osittain tai kokonaan, mutta peräsuolen limakalvo on ehjä. Neljännen asteen repeämässä sulkijalihaksen lisäksi myös peräsuolen limakalvo on revennyt. (Aitola & Uotila 2005.) Suomessa synnytyksissä tapahtuvien sulkijalihasrepeämien lisääntymistä tutkittaessa imukuppisynnytykset selittivät 9 prosenttia repeämien määrän noususta ollen ainut selkeä selittävä tekijä (Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, Gissler & Heinonen 2009). Suomessa vuonna 2015 imukuppisynnytyksissä synnytysvaurioita tuli 3,7 prosentille synnyttäjistä (Health at a Glance 2017).

Sektio

Keisarileikkaus eli sektio voi olla suunniteltu, kiireellinen eli päivystyskeisarileikkaus tai hätäsektio. Kiireelliseen sektioon päädytään, mikäli alatiesynnytys ei syystä tai toisesta etene tai vauva on ahdingossa. Vauva syntyy 30-60 minuuttia leikkauspäätöksen teosta. Hätäsektioon päädytään, kun synnytyksessä tapahtuu äkillinen hätätilanne ja vauva on saatava ulos minuuteissa. Hätäsektio tehdään aina nukutuksessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.)

Sektiossa iho avataan useimmiten alavatsalta poikittain. Toisinaan tehdään pystysuunnassa kulkeva alakeskiviilto, jolloin saadaan enemmän tilaa käyttöön. Alakeskiviillon kautta eteneminen on keskimäärin nopeampaa, ja sitä käytetäänkin usein hätäsektioiden yhteydessä. Ihon avaamisen jälkeen edetään ihonalaiskuodoksissa pystysuunnassa kerroksittain muita elimiä ja sikiötä varoen kohtuun asti. Syntymän jälkeen kohtuun aukaistu haava, faskia ja iho suljetaan ompelemalla. (Paananen ym. 2015, 493.)



Kuva 7. Alakeskiviilto ja poikittainen sektioviilto (Rohan 2017)

Vuonna 2018 keisarinleikkauksia oli 16,6 prosenttia synnytyksistä. Keisarinleikkauksista suunniteltuja oli 6,6 prosenttia, kiireellisiä 9,1 prosenttia ja hätäsektioita 0,8 prosenttia (Ennakko: Perinataalilasto 2019).

3.4 Lapsivuodeaika

Raskauden aikaisista fysiologisista muutoksista palautumisen aikaa kutsutaan lapsivuodeajaksi. Lapsivuodeaika eli puerperium kestää kuudesta kahdeksaan viikkoa, minkä aikana useimmat raskaudenaikaiset anatomiset ja fysiologiset muutokset palautuvat raskautta edeltävään tilaan. (Paananen ym. 2015, 290.) Sektio on suuri kirurginen toimenpide ja siitä toipuminen on työläämpää ja pitkäkestoisempaa alatiesynnytykseen verrattuna (Suunniteltu sektio 2018).

Seksuaalisuus synnytyksen jälkeen

Synnytyksestä aiheutuneet limakalvojen vauriot, episiotomiahaava ja jälkivuodot estävät yhdynnät synnytyksen jälkeisinä viikkoina. Verinen jälkivuoto altistaa kohdun ja emättimen tulehduksille ja vielä paranemisvaiheessa oleva leikkaushaava on altis repeämislle. Synnytyksen vaurioittamat ja imetysajan vähäisen estrogeeninerityksen ohentamat limakalvot haavoittuvat herkästi ja tekevät ensimmäiset yhdynnät normaalia kivuliaammiksi. (Saarikoski 1992, 172; Paananen ym. 2015, 113.)

Vanhemmat saattavat aristella seksielämän uudelleen aloittamista synnytyksen jälkeen. Yhdynnät aloitetaan keskimäärin 6-8 viikkoa synnytyksestä ja 78-90 prosenttia naisista kokee ensimmäisen yhdynnän kolmen kuukauden sisällä synnytyksestä. Imukuppisynnytys, episiotomia ja välilihan repeämät viivästyttävät ensimmäistä yhdyntää jopa kuudella viikolla verrattuna alateitse ilman vaurioita tai keisarileikkauksella synnyttäneisiin naisiin. (Jawed-Wessel & Sevick 2017.)

Tutkimusten mukaan seksuaalinen aktiivisuus lisääntyy kolmen, kuuden ja kahdentoista kuukauden kohdalla synnytyksen jälkeen. Puoli vuotta synnytyksen jälkeen seksuaalinen aktiivisuus ei kuitenkaan ole vielä raskautta edeltäneellä tasolla ja jopa hieman raskausaikaa alhaisempi. Yleisin mainittu syy vähäiseen seksuaaliseen aktiivisuuteen on väsymys. (Jawed-Wessel & Sevick 2017.)

4 Kipu

Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen mukaan *kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio tai jota kuvataan samalla tavalla* (Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen & Vainio 2018, 18).

Kipujärjestelmä muodostuu kipuärsykkeen syntymisestä (transduktio), kivun välittymisestä (transmissio), kivun muuntelusta (modulaatio) ja kivun kokemisesta (perseptio). Kipuärsyke syntyy, kun kudoksessa sijaitsevat hermopäätteet, nosiseptorit, aktivoituvat kudokseen kohdistuvan mekaanisen, kemiallisen tai lämpöärsykkeen seurauksena. Nosiseptorien aktivoituminen aiheuttaa aktiopotentiaalin ja kipuviesti siirtyy hermosoluja pitkin selkäytimen kautta aivorunkoon, talamukseen ja aivokuorelle. Kivun muuntelu tapahtuu keskushermostossa, jonka inhibitoriset laskevat radat estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa. Tämä selittää osaltaan esimerkiksi sen, miksi henkilö ei välttämättä heti pahankaan trauman jälkeen tunne merkittävää kipua. Kivun kokeminen on kipua välittävien hermosolujen aktivoitumisen aiheuttama subjektiivinen tunne. (Kalso ym. 2018, 56-57.)

Kivun luokittelu

Kipua voidaan luokitella monin eri tavoin. Luokitteluperusteina voivat olla esimerkiksi kivun sijainti, kesto, voimakkuus tai patofysiologinen mekanismi. (Kalso ym. 2018, 129.)

Ajallisesti kipu jaetaan akuuttiin, subakuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu on äskettäin alkanutta kipua, jonka alkamisajankohta ja yleensä myös aiheuttaja on tiedossa. (Kalso ym. 2018, 129.) Kivun Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan akuutti kipu kestää alle kuukauden, subakuutti 1-3 kuukautta ja krooninen kipu yli kolme kuukautta. Kroonisesta kivusta puhutaan myös silloin, kun kipu kestää pidempään kuin kivun aiheuttaneen kudonsvaurion paraneminen. Lisäksi lyhytkestoinen, mutta usein toistuva kipu voidaan luokitella krooniseksi. (Kalso ym. 2018, 129.)

Mekanismin perusteella kipu voidaan jakaa nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Somaattisessa nosiseptiivisessä kivussa nosiseptorit aktivoituvat mekaanisten, kemiallisten tai lämpöärsykkeiden vuoksi. Viskeraalinen nosiseptiivinen kipu syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Nosiseptiivisessä kivussa eli kudosaivuriokivussa kipua aistiva ja viestivä järjestelmä on terve. Neuropaattisessa kivussa kipua välittävä hermojärjestelmä on vioittunut. Nosiseptiivisen ja neuropaattisen kivun välimaastossa voidaan ajatella erotettavan neurogeenisen kivun eli hermokivun, jonka aiheuttaa mekaaninen, ohimenevä ärsytys hermorungossa. Idiopaattiselle kivulle tyypillistä on, ettei kipua selittävää kudosaivuriota ole, vaan kipu on osa laajempaa oirekuvaa, eikä kivun mekanismia tunneta. (Kalso ym. 2018, 130-131.)

Kivun taustalla voivat olla myös somatoformiset eli elimellisoireiset psykiatriset häiriöt. Häiriöiden oireet ovat ruumiillisia tai viittaavat johonkin elimelliseen sairauteen. Mikään tunnettu ruumiillinen sairaus ei kuitenkaan selitä oireita tai niiden voimakkuutta. Osa näistä häiriöistä on selvästi psyykkisperäisiä. (Huttunen 2018.) Kiputilojen tarkasta luokittelusta huolimatta kiputilat johtuvat harvoin vain yhdestä tekijästä. Henkilöllä voi olla samanaikaisesti useasta eri tekijästä johtuvaa kipua, jotka usein vielä vahvistavat toisiaan. (Kauranen 2017.)

4.1 Kivun hoito fysioterapiassa

Fysioterapeuttisia kivun hoidon menetelmiä ovat terapeuttinen harjoittelu, manuaaliset terapiat kuten hieronta ja nivelen mobilisointi sekä fysikaaliset terapiat kuten lämpö-, kylmä- ja sähköhoidot.

Terapeuttisen harjoittelun tavoitteena voi olla esimerkiksi taudin tai sen oireiden parantaminen tai lievittäminen, asiakkaan liikkumis- ja toimintakyvyn edistäminen, vammasta tai leikkauksesta palautuminen tai vaurioiden ennaltaehkäiseminen. Harjoitteet perustuvat yksilöllisen tutkimisen perusteella tehtyihin päätelmiin ja kohdistuvat tarkasti asiakkaan fyysisiin ongelmakohtiin. (Kauranen 2017, 579.) Terapeuttisessa harjoittelussa on tärkeää, että harjoittelun vaikutuksia arvioidaan säännöllisesti ja se etenee progressiivisesti (Fysioterapeutin ydinosaaminen 2016).

Manuaalinen terapia on käsillä tehtävää terapiaa, jonka tarkoituksena on palauttaa lihas-, hermo-, faskia- tai nivelrakenteiden toiminta optimaaliseksi esimerkiksi kivun, häiriintyneen liikkeenhallinnan tai rajoittuneen nivelliikkuvuuden vuoksi. Fysikaalisia terapiamenetelmiä käytetään kivun lievitykseen, kudosten paranemisprosessien tukemiseen sekä lihasten aktivoitumisen tai rentoutumisen tukemiseen ja venyvyyden edistämiseen. (Fysioterapeutin ydinosaminen 2016.)

Hoitovasteiden seurannan kannalta kivun mittaaminen on tärkeää. Erilaisten kipuvasteikkojen avulla pyritään selvittämään asiakkaan kokeman kivun määrää. Lisäksi asiakkaan käyttämän sanallisen kuvailun perusteella voidaan arvioida kipukokemuksen sensorisia ominaisuuksia ja affektiivisiä piirteitä. Käytetty kipusana antaa viitteitä kivun patofysiologiasta ja sen avulla pystytään myös jossain määrin erittelemään toisistaan akuutti ja krooninen kipu. (Kalso ym. 2018, 90.)

4.2 Naisen yhdyntäkivut

Yhdyntäkivulla eli dyspareunialla tarkoitetaan naisen yhdynnän aikaista tai yhdynnän jälkeen ilmenevää kipukokemusta. Kipu tai epämiellyttävä tuntemus voi olla pinnallista tuntuen ulkosynnyttimissä, tai syvää aiheuttaen kipua emättimessä ja syvällä lantionpohjassa. (Virtanen 2001, 255-256; Härkki 2018.) Dyspareunia voidaan jaotella primaariin ja sekundaariseen riippuen siitä esiintyykö kipu aina yhdynnän aikana vai vasta kivuttoman yhdynnän jälkeen (Heusala 2010, 253-254).

Naisten yhdyntäkivut ovat syiltään ja syntymekanismeiltaan monitahtoisia toiminnallisia ongelmia, joita tulee tarkastella kokonaisuutena. Tutkimisessa on tärkeää pyrkiä näkemään kipu itsenäisenä, ensisijaisena ongelmana ja osoittamaan sitä aiheuttavat tekijät. (Virtanen 2001, 259-268.) Haastattelun, erityisesti sairaus- ja seksuaalihistorian, ja fyysisen tutkimisen avulla pystytään yleensä määrittämään kipujen syy (Seehusen, Baird & Bode 2014). Nykytietämyksen mukaan psyykkisillä tekijöillä on vaikutusta dyspareuniaan, mutta orgaaniset syyt ovat ensisijaisia (Heusala 2010, 254).

Yhdyntäkuilla voi olla negatiivisia vaikutuksia sekä naisen psyykkiseen että fyysiseen terveyteen, kehonkuvaan, ihmissuhteisiin ja jopa raskaaksi tulemiseen.

Yhdyntäkivut voivat vaikuttaa tai olla liitoksissa vähentyneeseen libidoon, kykyyn kiihottua ja kykyyn saada orgasmeja. (Seehusen ym. 2014.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat

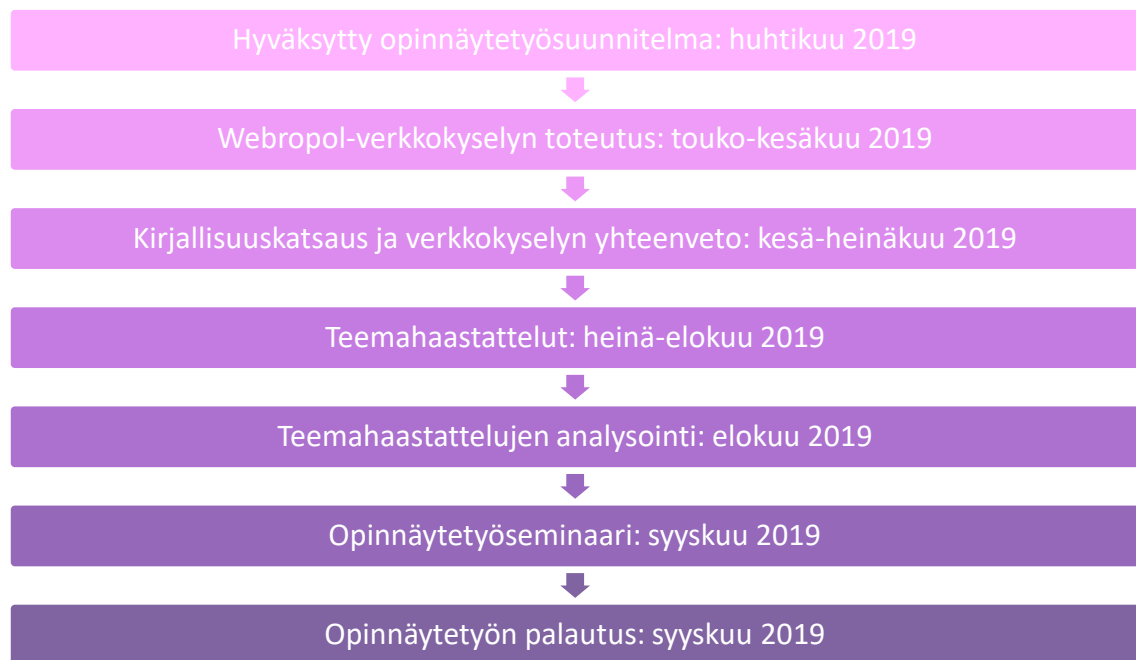
Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten fysioterapiassa arvioidaan ja tutkitaan synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajia, mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut johtuvat ja miten niitä voidaan fysioterapeuttisin menetelmin hoitaa. Lisäksi selvitettiin, kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut ovat.

Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millä fysioterapeuttisilla menetelmillä synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja voidaan hoitaa?
 - 1.1. Miten fysioterapeutti tutkii synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja?
 - 1.2. Mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut johtuvat?
2. Kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut ovat?

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Äitiysfysioterapeutit ry:n kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin kevään ja kesän 2019 aikana käyttäen verkkokyselyä, teemahaastattelua sekä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuviossa 1 on esitetty opinnäytetyön aikataulu. Sähköisessä muodossa julkaistu opinnäytetyö toimii sellaisenaan tietolähteenä äitiys- ja lantionpohjan fysioterapiaan perehtymättömille fysioterapeuteille. Opinnäytetyön pohjalta toteutettiin lisäksi esite esimerkiksi neuvoloihin jaettavaksi, jotta tieto synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisyydestä ja fysioterapeuttisista hoitomahdollisuuksista saavuttaisi kohderyhmänsä.



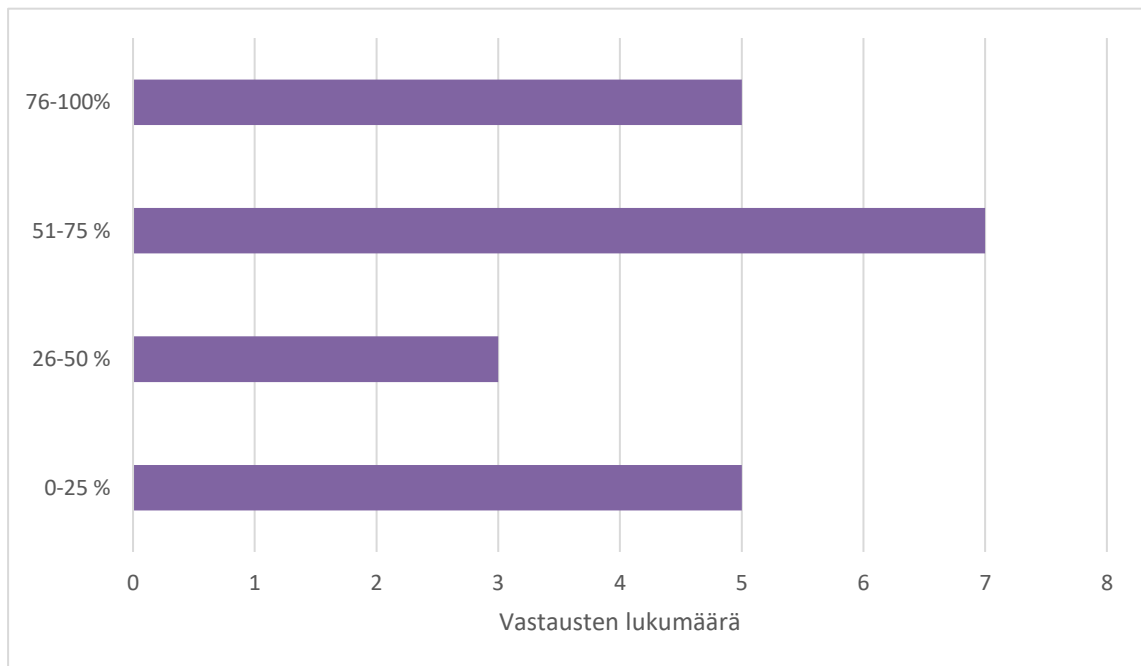
Kuvio 1. Opinnäytetyön aikataulu

6.1 Tutkimushenkilöt

Opinnäytetyön ensimmäinen osuus, Webropol-kyselylomake (liite 2), julkaistiin Suomen Äitiysfysioterapeutit ry:n suljetussa Facebook-ryhmässä saatesanojen (liite 1) kanssa. Facebook-ryhmässä oli julkaisuajankohtana 102 jäsentä, joista osa oli opiskelijoita. Koska kaikki aiheen parissa aktiivisesti työskentelevät eivät olleet Facebook-ryhmässä, jaettiin linkki myös Suomen lantionpohjan fysioterapeutit ry:n suljettuun Facebook-ryhmään, jossa jäseniä oli 191.

Webropol-kyselyyn saatiin vastauksia 20. Vastaajista kaksi oli jättänyt vastamatta avoimiin kysymyksiin. Kyselyyn vastanneet olivat valmistuneet fysioterapeutiksi vuosien 1984-2012 välillä. Vastaajista 20 prosenttia oli työskennellyt äitiys- ja lantionpohjan fysioterapian parissa yli yhdeksän vuotta, 20 prosenttia 6-8 vuotta ja 20 prosenttia 3-5 vuotta. Loput 40 prosenttia olivat työskennelleet äitiys- ja lantionpohjan fysioterapian parissa korkeintaan kaksi vuotta.

Kuviosta 2 selviää, kuinka paljon kyselyyn vastanneet fysioterapeutit arvioivat hoitavansa korkeintaan 18 kuukautta sitten synnyttäneitä naisia.



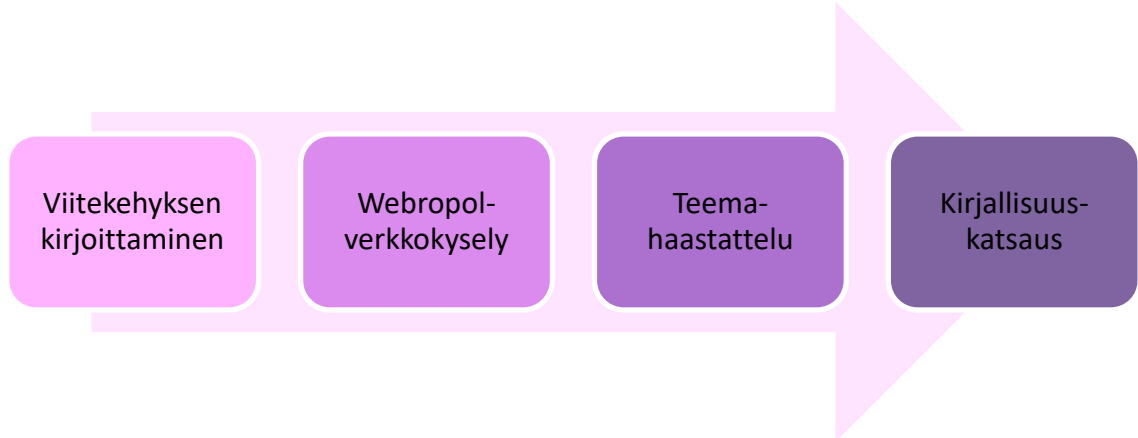
Kuvio 2. Verkkokyselyyn vastanneiden fysioterapeuttien korkeintaan 18kk sitten synnyttäneiden asiakkaiden määrä (prosenttia asiakkaiden kokonaismäärästä)

Kyselylomakkeen lopussa vastaajilla oli mahdollisuus jättää yhteystietonsa, mikäli he olivat kiinnostuneita osallistumaan teemahaastatteluun synnytyksen jälkeisen yhdyntäkivun fysioterapiaan liittyen. Teemahaastattelun tarkoituksena oli kerätä yksityiskohtaisempaa tietoa aiheesta.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimushenkilöitä on vähän, sillä tutkimuksen on tarkoitus kohdentua ilmiön laatuun eikä määrään. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimushenkilöt tietävät mahdollisimman paljon tutkittavasta aiheesta tai heillä on siitä kokemusta eli tutkimuksessa arvostetaan määrällisen edustavuuden sijaan teoreettista edustavuutta (Kylmä & Juvakka 2012, 26, 58; Pitkäranta 2014, 98). Yhteystietonsa lomakkeeseen jätti viisi henkilöä, joista haastateltiin kolme. Yhtä yhteystietonsa jättäneistä ei tavoitettu sähköpostitse ja yhden kanssa aikatauluja ei onnistuttu sovittamaan yhteen. Haastateltavat olivat valmistuneet fysioterapeuteiksi vuosina 1996, 2009 ja 2012, ja kaikilla on useiden vuosien kokemus äitiys- ja lantionpohjan fysioterapiasta.

6.2 Tutkimusasetelma

Viitekehyksen kirjoittamisen jälkeen opinnäytetyö toteutettiin kolmessa osassa (kuvio 3).



Kuvio 3. Tutkimusasetelma

Koska kipujen syistä ja fysioterapeuttisista hoitomahdollisuuksista ei ollut kirjallista aineistoa saatavilla, kerättiin tietoa aiheesta kyselylomakkeen ja teemahaastattelun avulla asian parissa työskenteleviltä fysioterapeuteilta. Aikaa verkkokyselyyn vastaamiseen annettiin kaksi viikkoa. Teemahaastattelut toteutettiin kyselylomakkeen analysoinnin jälkeen tutkimuskysymysten ja kyselylomakkeesta selvinneiden tietojen pohjalta. Teemahaastatteluun valittiin tutkimushenkilöt kyselylomakkeen kautta heidän oman suostumuksensa avulla ja heille lähetettiin haastattelupyyntö (liite 3).

Naisten synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja on tutkittu lähivuosina jonkin verran. Tutkimukset ovat kuitenkin paneutuneet lähinnä yhdyntäkipujen yleisyyteen ja riskitekijöihin. Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin vuosina 2009-2019 tehtyjä tutkimuksia selvittäessä synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisyyttä.

6.3 Tiedonkeruumenetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisin ja laadullisin menetelmin. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä, ja asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ilmiötä sekä selittää ja tulkita sitä, eikä päämääränä ole tehdä yleistyksiä kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Heikkilä 2014, 15;

Kylmä & Juvakka 2012, 22). Määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä valitsimme verkkokyselyn ja laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä teemahaastattelun sekä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen.

Verkkokyselyllä ja teemahaastattelulla saatiin vastaus kysymyksiin millä fysioterapeuttisilla menetelmillä synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja voidaan hoitaa, miten fysioterapeutti tutkii synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja, mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkiput johtuvat sekä kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkiput ovat. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin vastaus kysymykseen kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkiput ovat. Taulukossa 1 on esitetty tutkimuskysymysten ja tiedonkeruumenetelmien välinen yhteys.

	Kirjallisuuskatsaus (tutkimukset 2009-19)	Webropol-kysely	Teemahaastattelu
1		X	XX
1.1		X	XX
1.2		X	XX
2	XX	X	X

Taulukko 1. Tutkimuskysymysten ja tiedonkeruumenetelmien välinen yhteys (XX=ensisijainen tiedonkeruumenetelmä, X=toissijainen tiedonkeruumenetelmä)

Kyselylomake toteutettiin Webropol-verkkokyselyinä (liite 2). Viimeisinä vuosikymmeninä perinteisten paperisten kyselylomakkeiden vastausprosentti on ollut laskussa, kun taas sähköisten kyselyiden vastausprosentti on noussut huomattavasti (Valli 2015, 30). Kyselytutkimus toteutettiin niin, etteivät vastaajat ole tunnistettavissa eli kysely oli anonyymi.

Kyselylomakkeella tehdyssä tutkimuksessa tutkija ei vaikuta läsnäolollaan tutkittavaan tai vastauksiin, kysymyksiä on mahdollisuus esittää runsas määrä, vastaaminen vie vain vähän aikaa ja kysymykset esitetään jokaiselle koehenkilölle täysin samassa muodossa. Kyselylomakkeen avulla myös säästetään tutkijan aikaa sekä kustannuksia. (Valli 2015, 27.)

Verkkokyselyn kysymykset laadittiin tutkimuskysymysten pohjalta viitekehys huomioiden. Kyselyssä päädyttiin rajaamaan synnytyksestä kulunut aika 18 kuukauteen, sillä tutkimukset osoittavat seksuaalisen aktiivisuuden lisääntyvän vielä vuosi synnytyksen jälkeen. Puolitoista vuotta synnytyksen jälkeen äitien seksuaalisen aktiivisuuden voidaan ajatella palautuneen lähelle raskautta edeltävää aktiivisuutta. Kysymykset pyrittiin muotoilemaan siten, että vastaaminen kysymyksiin on yksiselitteistä eikä tulkinnanvaraisuutta ole. Avoimilla kysymyksillä haluttiin kerätä mahdollisimman tarkkaa tietoa tutkittavasta aiheesta ennakkotietojen puutteellisuudesta johtuen. Kysymyksiä laadittiin myös varsinaisten tutkimuskysymysten ulkopuolelta mahdollisimman hyvän kokonaiskuvan saamiseksi aiheesta. Ennen testausta ja julkaisua verkkokyselyn kysymykset lähetettiin opinäytetyön yhteistyökumppanin edustajalle kommentoitavaksi. Yhteistyökumppanin edustaja piti kyselylomaketta toimivana.

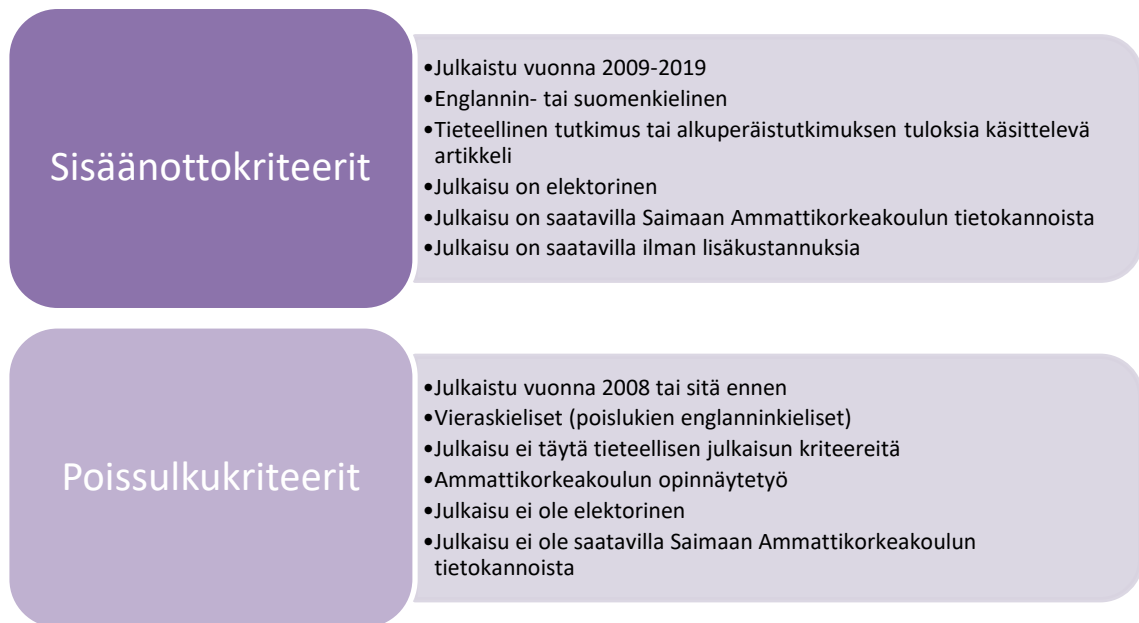
Kysely testattiin ennen tutkimushenkilöille lähettämistä verkkokyselyn toimivuuden takaamiseksi sekä luotettavuuden lisäämiseksi. Verkkokysely testattiin Webropol-ohjelman koevastauksilla sekä kolmen testaajan vastauksilla. Linkki kyselylomakkeeseen jaettiin Suomen Äitiysfysioterapeutit ry:n suljetussa Facebook-ryhmässä ja Suomen lantionpohjan fysioterapeutit ry:n suljetussa Facebook-ryhmässä.

Verkkokyselyn jälkeen tiedonkeruu jatkui tutkimushaastattelun avulla. Haastattelu on yleisin tiedonkeruumenetelmä, jonka päämääränä on informaation kerääminen ja se on ennalta suunniteltua toimintaa. Teemahaastattelussa kaikki kysymykset ovat tyypistä riippumatta avonaisia, eikä niitä ole tarkasti ennakkostrukturoitu. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 34, 42, 84-85, 106.) Teemahaastattelun tutkimushenkilöt kerättiin Webropol-kyselylomakkeen kautta. Kyselyyn osallistuneet tutkimushenkilöt pystyivät jättämään omat yhteystietonsa verkkokyselyn loppuun. Otanta toteutettiin niin, ettei kyselytutkimuksen vastauksia ja yhteystietoja voitu yhdistää. Jotta yhteystiedot voitiin jättää, täytyi vastaajan arvioida asiakkaitaan vähintään 50 prosentin olevan äitiysfysioterapian asiakkaita.

Puolistrukturoitu eli teemahaastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna. Haastattelupyynnöt esitettiin etukäteen kyselylomakkeen avulla saaduille tutkimushenkilöille sähköpostin välityksellä. Kaksi haastatteluista suoritettiin kasvotusten ja yksi puhelimitse. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla matkapuhelimen äänitystoiminnolla. Lisäksi haastattelija teki haastattelun aikana muistiinpanoja, jotta palaaminen haastattelun aikana esiin tulleisiin asioihin oli helpompaa.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin kirjallisuuskatsausta yhdyntäkipujen yleisyyden kartoittamiseksi. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen tyyppiin; kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei sisällä tiukkoja rajoituksia, jolloin käytetyt aineistot voivat olla laajoja. Verrattuna systemaattiseen katsaukseen kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarjoaa laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta. Katsaus on yleensä yleiskatsaus, jonka tarkoituksena on tiivistää aiempia tehtyjä tutkimuksia ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Kriittisen arvioinnin ja tarkastelun avulla tärkein tutkimusmateriaali on mahdollista tiivistää katsauksen perustaksi. (Salminen 2011, 6-9).

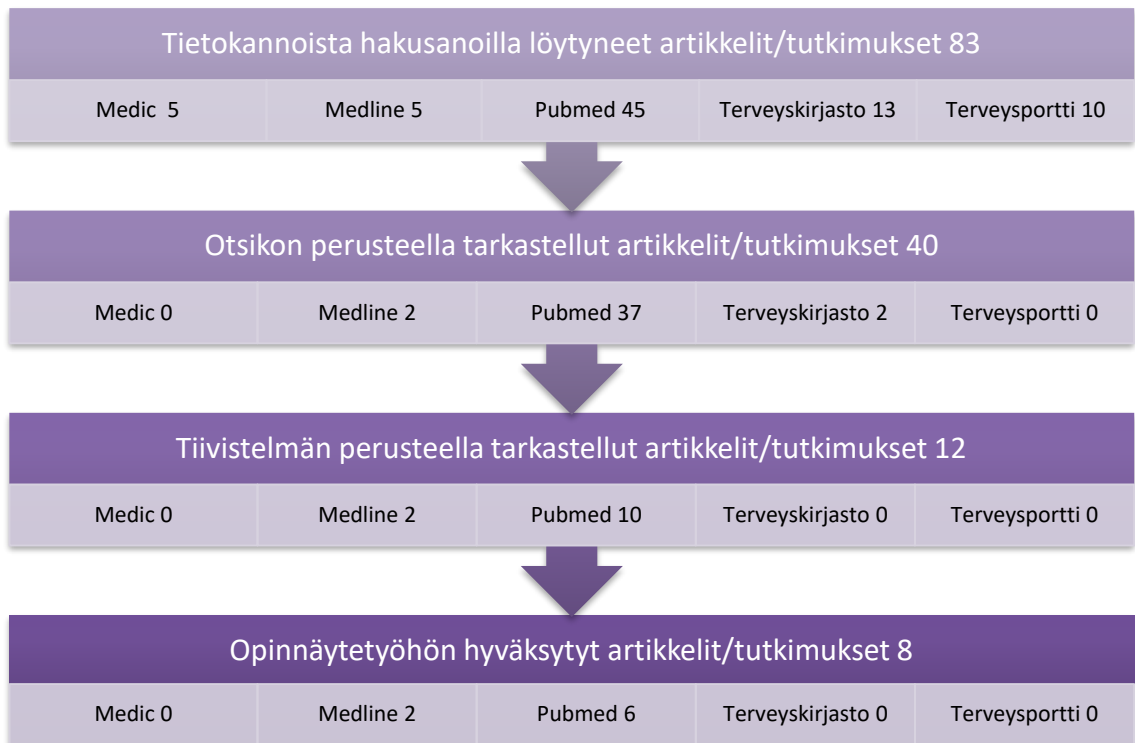
Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerit perustuivat toiseen tutkimuskysymykseen sekä muihin edellytyksiin, mitä aineistolle on annettu (kuvio 4). Sisäänottokriteereiden perusteella mukaan otettujen artikkeleiden tai tutkimusten tuli olla tieteellisiä julkaisuja tai alkuperäistutkimuksen tuloksia käsitteleviä artikkeleita, jotka käsitelivät yhdyntäkipujen yleisyyttä synnytyksen jälkeen. Julkaisujen tuli olla suomen- tai englanninkielisiä opinnäytetyön tekijöiden kielitaidon mukaisesti. Opinnäytetyöhön valittiin vuosina 2009-2019 julkaistuja aineistoja, jotka olivat elektronisesti saatavilla Saimaan ammattikorkeakoulun tietokannoista ilman lisäkustannuksia.



Kuvio 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tiedonhaussa käytetyt tietokannat olivat Medic, Medline, Pubmed, Terveyskirjasto ja Terveysportti. Hakusanoina käytettiin tutkimuskysymyksessä esiintyviä sanoja, jotka rajasivat aineiston tarkasti. Hakusanoiksi valikoituivat; *dyspareunia*, *frequency*, *prevalence*, *postpartum*, *postnatal*, *yhdyntäkipu*, *yhdyntäkipujen yleisyys*. Hakuprosessissa käytettiin hakusanoista erilaisia yhdistelmiä, jotta saataisiin mahdollisimman laaja kuva saatavilla olevista julkaisuista. Hakupolkuja ja julkaisujen esiintyvyyttä on kuvattu liitteessä 6.

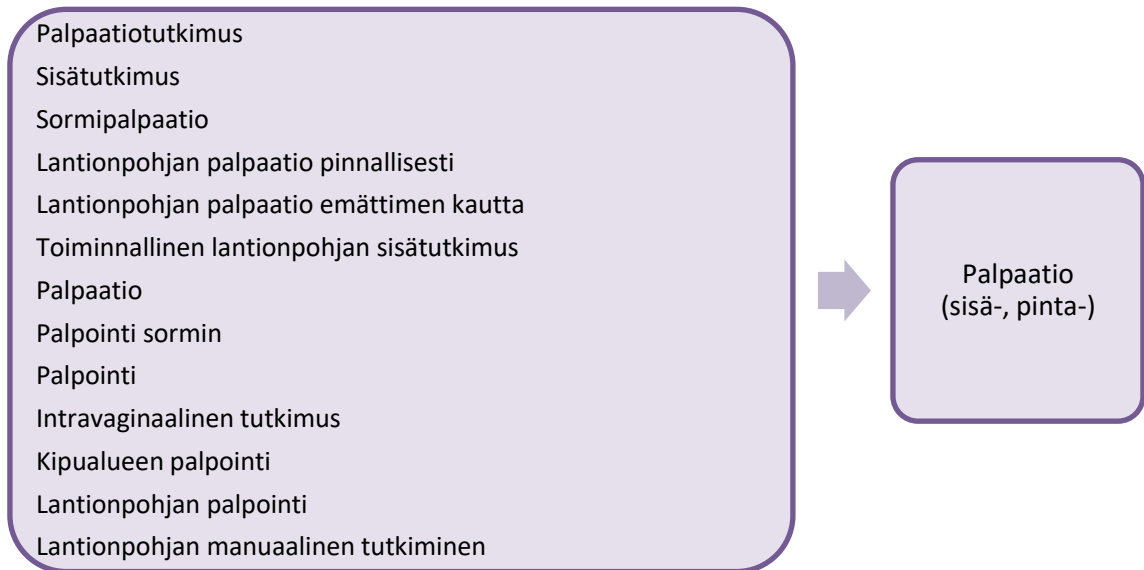
Yhteensä kaikista tietokannoista löytyi 83 tutkimusta hakusanojen sekä niiden yhdistelmien avulla, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Löytyneistä tutkimuksista tarkasteltiin otsikot, jolloin jäljelle jäi 40 tutkimusta. Otsikossa tuli mainita yhdyn-täkipu tai seksuaalisuus synnytyksen jälkeen. Näistä 40 tutkimuksesta luettiin tiivistelmät. Tiivistelmässä tuli käydä ilmi, että tutkimuksessa on tutkittu yhdyn-täkipujen yleisyyttä synnyttäneillä naisilla. Jäljelle jäi 12 tutkimusta. Lopulta koko tutkimuksen lukemisen jälkeen opinnäytetyöhön hyväksyttiin kahdeksan artikke-lia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen riittävän selkeästi. Kuviossa 5 on esi-tetty aineistonhaun eteneminen tietokantakohtaisesti.



Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien/tutkimusten karsimisprosessi

6.4 Aineiston analysointi

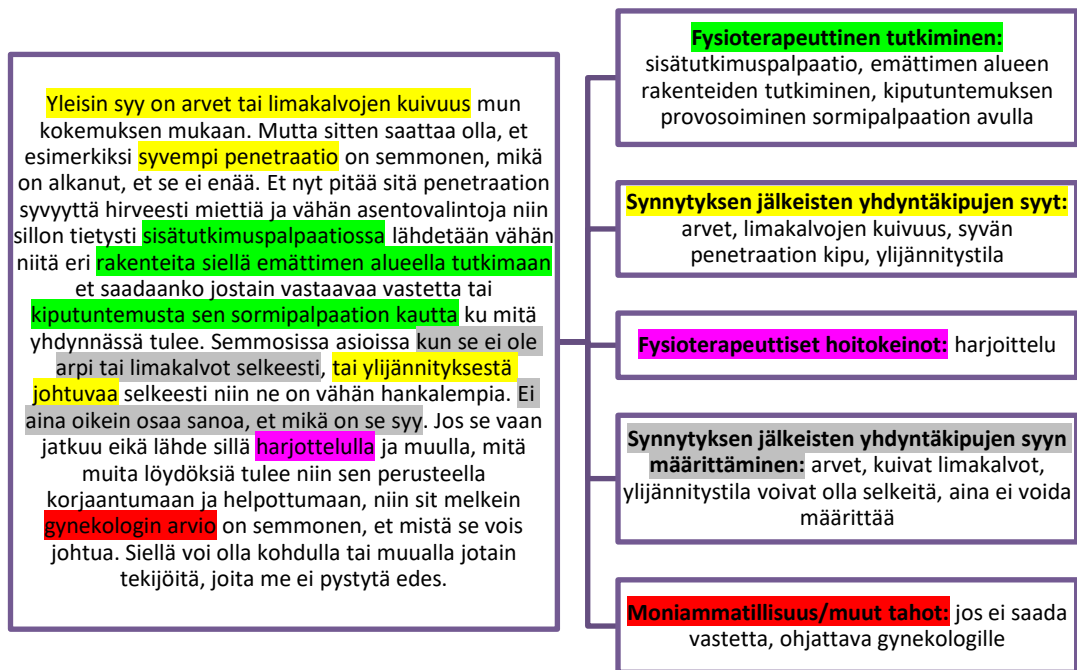
Aineiston analysointi tässä opinnäytetyössä toteutettiin määrällisin ja laadullisin menetelmin. Verkkokyselyn valinta- ja monivalintakysymysten analysointi tapahtui Webropol-ohjelman raportointityökalun avulla. Ohjelma loi kysymyksistä valmiiksi yhteenvedon ja erilaisia kuvaajia. Avointen kysymysten vastaukset siirrettiin erilliseen tiedostoon, luokiteltiin ja yhdisteltiin samankaltaisia vastauksia (kuvio 6). Liian epätarkkoja vastauksia, kuten *tutkiminen*, *havainnointi*, *itsehoitokeinot*, *manuaaliset käsittelyt* tai *fysioterapeuttiset menetelmät*, ei otettu mukaan aineistoon.



Kuvio 6. Esimerkki verkkokyselyn samankaltaisten vastausten yhdistelystä

Haastattelumateriaalia kertyi yhteensä yksi tunti 34 minuuttia. Haastattelut purettiin äänitteiltä kirjoittamalla ne tekstimuotoon tutkimuskysymyksiin liittyviltä osin. Litterointia ei tehty sanatarkasti, vaan muun muassa täytesanoja jätettiin pois, sillä opinnäytetyössä haluttiin analysoida vain puheen asiasisältöä.

Litteroidusta tekstistä poimittiin esiin tulleet asiat tutkimuskysymyksittäin eri väreillä ylliviivaten ja luokiteltiin tutkimuskysymyksiin vastaavien aihepiirien fysioterapeuttinen tutkiminen, synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen syyt, synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisyys ja fysioterapeuttiset hoitokeinot alle (kuvio 7). Lisäksi tekstistä poimittiin ja luokiteltiin muita aiheen kannalta kiinnostaviksi ja tärkeiksi koettuja asioita, jotka eivät varsinaisesti vastanneet tutkimuskysymyksiin.



Kuvio 7. Esimerkki litteroidun tekstin luokittelusta

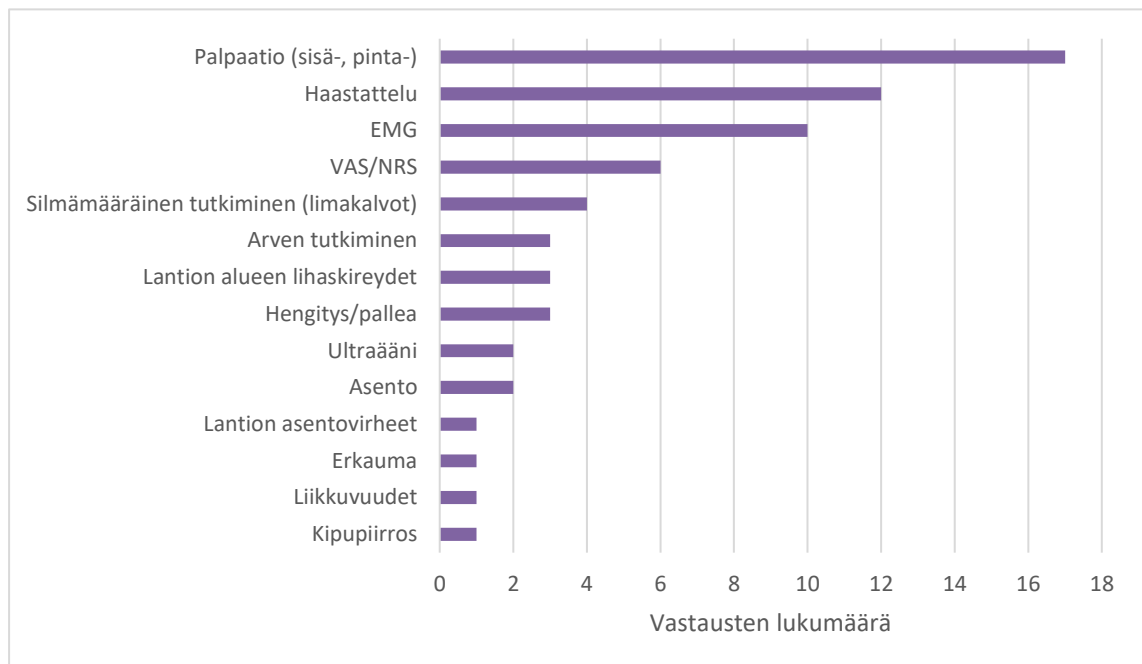
Tämän opinnäytetyön kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettiin sisälönanalyysia vapaasti mukailen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin etsimällä löydetyistä, tutkimuskysymyksen vastanneista ja sisäänottokriteerit täytävistä julkaisuista tutkimuskysymyksen vastaavia tietoja ja asioita lukemalla koko teksti läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Julkaisuista laadittiin taulukko (liite 7), jossa tuotiin esille keskeisimmät tulokset ja tutkimuskysymyksen vastaavat asiat. Julkaisuista saatiin hyvin poimittua vastauksia tutkimuskysymyksen, sillä opinnäytetyöhön hyväksytyjä artikkeleita oli vähän ja tutkimuskysymys rajasi vahvasti kirjallisuuskatsaukseen tulevaa asiaa.

7 Tulokset

Tässä luvussa esitellään verkkokyselyn, teemahaastattelujen ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta kootut vastaukset tutkimusongelmiin.

7.1 Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen fysioterapia

Verkkokyselyssä esiin tulleita synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen arviointi- ja tutkimismenetelmiä ja tutkimusaiheita on esitetty kuviossa 8. Verkkokyselyn perusteella yleisimmin käytettyjä tutkimismenetelmiä ovat palpointi, haastattelu ja elektromyografia- eli EMG-mittaus.

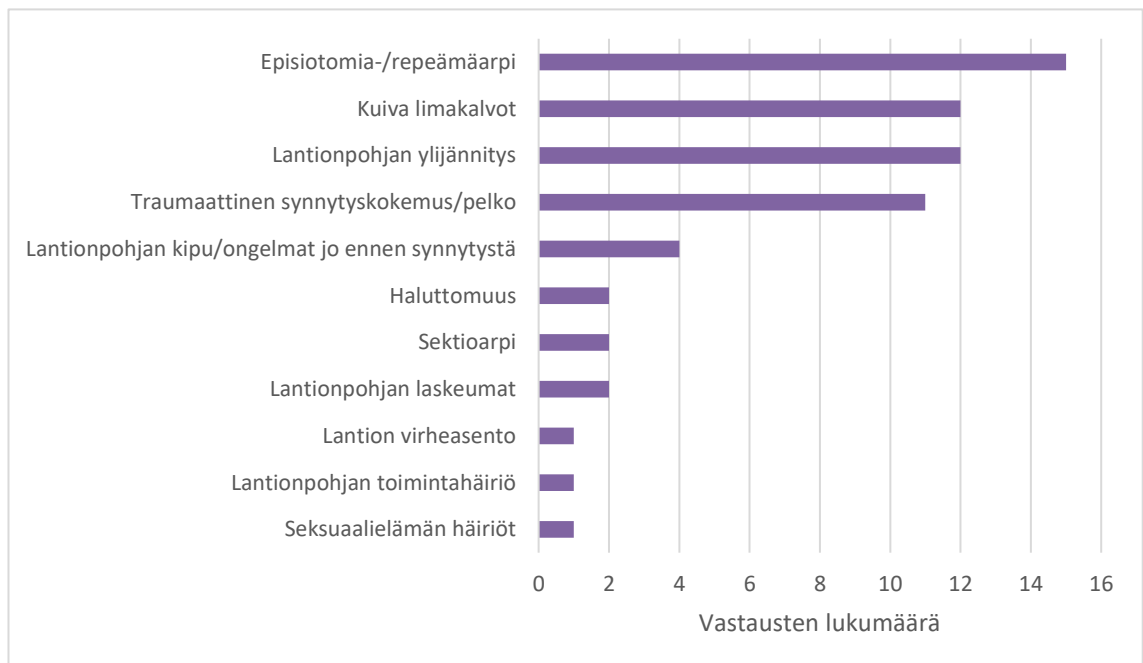


Kuvio 8. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen tutkimismenetelmät verkkokyselyyn vastanneiden mukaan

Kaikki haastateltavat kertoivat tutkimuksen perustana olevan aina laajan haastattelun, jossa kysytään myös yhdynnöistä ja niiden sujumisesta. Lantionpohjan toiminnallisen tutkimisen ensisijaisena keinona haastateltavat suosittelevat asiakkaille fysioterapeuttista sisätutkimusta. Fysioterapeuttisessa sisätutkimuksessa selvitetään lihasten aktivoitumis- ja rentoutumiskykyä sekä hallintaa, lantionpohjan lihasten kykyä vastata vatsaontelon paineeseen sekä kudoksen jännittyneisyyttä. Yhdynnässä esiintyvää kipua voidaan myös yrittää provosoida palpoinnalla sen tarkemman sijainnin selvittämiseksi. Samalla voidaan silmämääräisesti arvioida limakalvon kunto ja mahdollisen arpikudoksen tilanne. Ulkoiset kudokset tutkitaan palpoiden ja tarpeen mukaan arvioidaan lantionpohjaan yhteydessä olevista rakenteista johtuvia kireyksiä muun muassa vatsan, lonkan ja alaraajan alueilla.

Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen syyt

Verkkokyselyssä 15/18 vastaajaa mainitsi episiotomia- ja synnytysrepeämäärät yleisimpien synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen syiden joukossa, 12/18 kuivat limakalvot ja 12/18 lantionpohjan ylijännitystilat (kuvio 9). Yksitoista vastaajaa lisäsi yleisimpien syiden joukkoon joko traumaattisen tai kivuliaan synnytyskokemuksen tai pelon – osa molemmat.

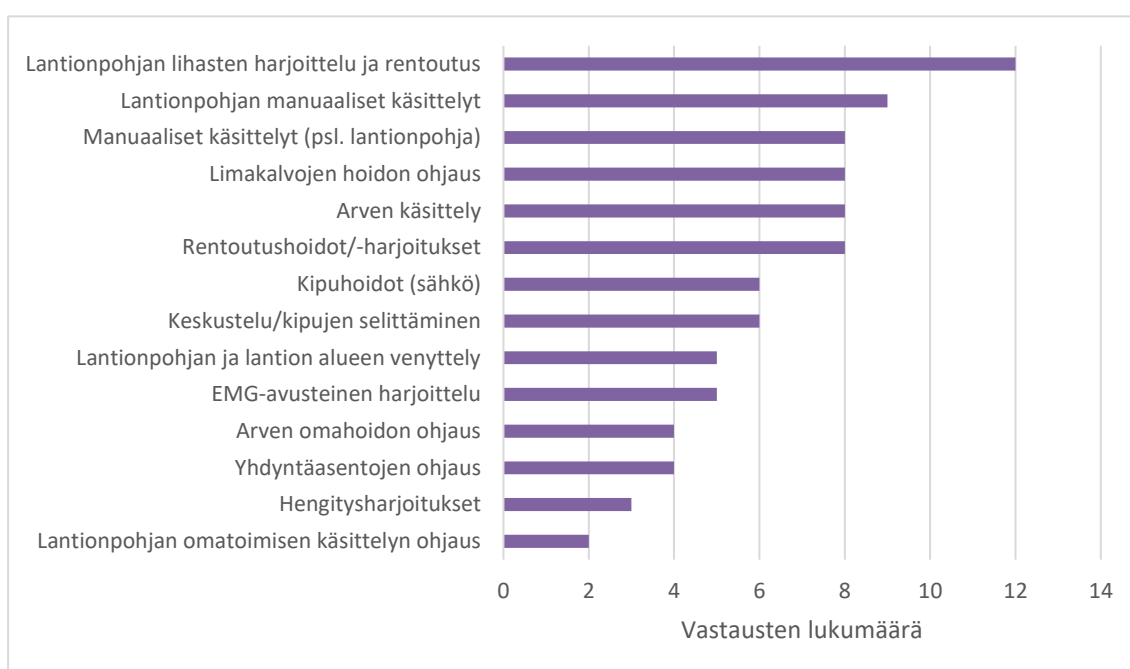


Kuvio 9: Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisimmät syyt verkkokyselyyn vastanneiden mukaan

Kaikki haastatellut olivat kolmesta yleisimmin mainitusta aiheuttajasta samaa mieltä verkkokyselyyn vastanneiden kanssa. Haastateltavat olivat myös yhtä mieltä siitä, että traumaattinen synnytyskokemus ja pelot voivat vaikuttaa synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin. Näiden lisäksi yksi haastateltava nosti esiin lantionpohjan etuseinämän lievän laskeuman ja toinen syvässä penetraatiossa ilmenevän yhdyntäkipun.

Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoito

Sekä verkkokyselyssä että haastatteluissa korostui synnytyksen jälkeisen yhdyntäkipuvun tapauskohtaisuus, yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus. Kuviossa 10 on esitetty verkkokyselyyn vastanneiden fysioterapeuttien yleisesti käyttämiä hoitomuotoja.



Kuvio 10. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoitomenetelmät verkkokyselyyn vastanneiden mukaan

Vastauksissa korostuivat lantionpohjan lihasten harjoittelu ja rentouden löytäminen, manuaaliset käsittelyt ja omahoidon ohjaus. Vastausten perusteella lantionpohjan manuaalisten käsittelyjen lisäksi kehon kireyksiä hoidetaan manuaalisesti muun muassa lantion, alaraajojen, pallean, rintakehän, niska-hartiaseudun ja pu-
rentalihasten alueella.

Haastattelujen perusteella fysioterapeutit pitivät manuaalisia tekniikoita ja neuvontaa tärkeimpinä työvälineinään. Kaikki haastatellut fysioterapeutit kertoivat hoitavansa lantionpohjaa sekä arpia manuaalisesti lähes poikkeuksetta. Yksi haastateltavista kertoi hoitavansa kipua myös erilaisin rentouttavain hoidoin, sähköllä sekä ultraäänellä. Yhden haastateltavan mukaan erilaisilla rentoutusharjoituksilla ja -tekniikoilla voidaan mahdollisesti vaikuttaa myös asiakkaan pelkoihin

ja kokonaisvaltaiseen jännitystilaan, joka voi vaikuttaa yhdyntäkipujen kokemi-
seen.

Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoitomuodot valitaan aina tehtyjen löy-
dösten mukaan. Usein hoitokeinot kulkevat rinnakkain ja kaksi haastateltavista
kertoi esimerkiksi kuivien limakalvojen hoidon ohjauksen olevan tarpeen lähes
kaikille asiakkaille. Lisäksi ohjausta annetaan omatoimiseen arven tai lantionpoh-
jan lihaksiston käsittelyyn sekä esimerkiksi yhdyntäasentoihin ja liukuvoiteiden
käyttöön.

Yksi haastateltavista kertoi lantionpohjan lihasten laadukkaan, asentojen avulla
kohdennetun harjoittelun ja sitä kautta sekä aktiivisen supistuksen että rentouden
löytämisen olevan tärkeä osa synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoitoa. Sy-
vässä penetraatiossa esiintyvissä yhdyntäkivuissa harjoittelu on ensisijainen hoi-
tomuoto, jolla pyritään saamaan tukea lantionpohjan rakenteille.

7.2 Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisyys

Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten mukaan 20-58 prosenttia naisista koki
synnytyksen jälkeen yhdyntäkipuja ensimmäisen vuoden sisällä synnytyksestä.
Yhden tutkimuksen mukaan 30 prosenttia tutkimukseen osallistuneista naisista
koki yhdyntäkipuja jo ennen raskautta sekä raskauden aikana.

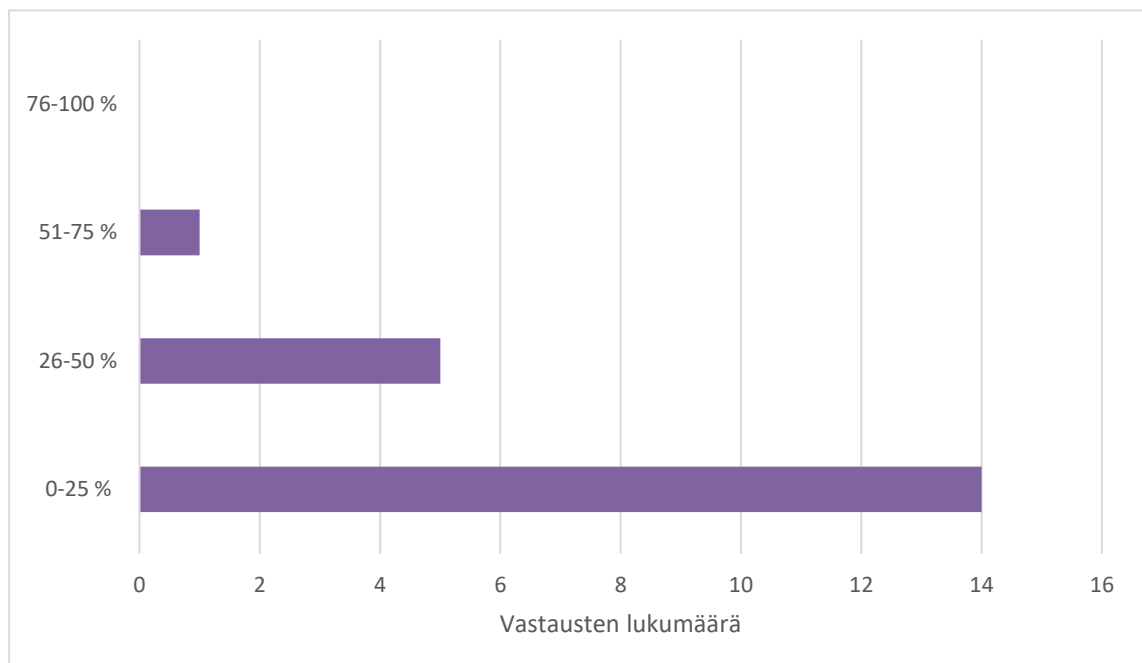
Suurin osa naisista on ollut yhdynnässä ensimmäisen vuoden jälkeen synnytyk-
sestä. Kahden tutkimuksen mukaan jopa 70-86 prosenttia naisista koki ensim-
mäisen yhdynnän kivuliaana. Neljä tutkimusta koski ensisynnyttäjiä, koska tutki-
musten mukaan yhdyntäkivut ovat yleisempiä ensisynnyttäjillä kuin aiemmin syn-
nyttäneillä.

Neljässä tutkimuksessa todettiin 22-45 prosentin naisista kokevan yhdyntäkipuja
kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen. Lisäksi kahdessa tutkimuksessa todettiin
33-41 prosentin naisista kokevan yhdyntäkipuja vielä vuoden päästä synnytyk-
sestä.

Neljässä tutkimuksessa on tutkittu synnytystavan vaikutusta yhdyntäkipeihin. Naiset, jotka ovat synnytyksen yhteydessä saaneet repeämiä, ovat joutuneet häätäsektioon tai ovat synnyttäneet imukuppisynnytyksellä tai keisarileikkauksella, kärsivät todennäköisemmin yhdyntäkivuista kuin he, jotka ovat synnyttäneet normaalisti alateitse.

Imetyksen yhteyttä yhdyntäkipeihin on tutkittu kolmessa tutkimuksessa. Yhden tutkimuksen mukaan kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä melkein kolmannes naisista, jotka imettivät, kärsivät yhdyntäkivuista, kun taas naisista, jotka eivät imettäneet, vain reilu kymmenen prosenttia kärsi yhdyntäkivuista. Toisen tutkimuksen mukaan kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen 68 prosenttia imettävistä naisista kärsi yhdyntäkivuista ja heistä, jotka eivät imettäneet, yhdyntäkivuista kärsi 48 prosenttia.

Verkkokyselyyn vastanneista suurin osa arvioi alle puolitoista vuotta sitten synnyttäneistä asiakkaistaan alle 25 prosentin kärsivän synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista (kuvio 11). Myös haastateltavat arvioivat asiakkaistaan synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista kärsivän korkeintaan 25 prosenttia.



Kuvio 11. Synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista kärsivien korkeintaan 18kk sitten synnyttäneiden asiakkaiden määrä verkkokyselyyn vastanneiden kokemuksen mukaan

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten fysioterapiassa arvioidaan ja tutkitaan synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajia, mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut johtuvat ja miten niitä voidaan fysioterapeuttisin menetelmin hoitaa. Lisäksi selvitettiin, kuinka yleisiä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut ovat. Opinnäytetyö toimii sellaisenaan tietolähteenä lantionpohjan fysioterapiaan perehtymättömille fysioterapeuteille. Kerätyn aineiston pohjalta laadittiin lisäksi esite äideille esimerkiksi neuvoloihin jaettavaksi. Tavoitteena oli lisätä sekä äitien että fysioterapeuttien tietoisuutta äitiys- ja lantionpohjan fysioterapian mahdollisuuksista synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoidossa.

8.1 Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Webropol-verkkokysely jaettiin lopulta kahteen suljettuun Facebook-ryhmään, joissa jäseniä oli yhteensä lähes 300. Mikäli kaikki ryhmissä olleet näkivät julkaisun sen vastausaikana eli kyselyyn voidaan ajatella tavoittaneen kaikki ryhmiin kuuluvat jäsenet, oli vastausprosentti 6,8. Molemmissa ryhmissä on kuitenkin myös opiskelijoita sekä fysioterapeutteja, jotka eivät työskentele asiakasryhmän kanssa, jota verkkokysely kosketti.

Kyselyyn vastanneista 20 henkilöstä kaksi oli jättänyt vastaamatta avoimiin kysymyksiin. Webropolin seurannan mukaan kyselyyn vastaamisen oli aloittanut 24 henkilöä. On mahdollista, että avoimet kysymykset on koettu työläiksi ja aikaa vieviksi, ja vastaaminen on siksi jäänyt puolitiehen. Kyselyn toteuttaminen pelkin valinta- ja monivalintakysymyksin ei kuitenkaan ollut mahdollista puutteellisten pohjatietojen vuoksi. Kyselyn tarkoituksena oli kerätä tietoa aiheesta, josta ei juuri ole saatavilla materiaalia, joten avoimet kysymykset olivat ainoa vaihtoehto.

Verkkokyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Kyselyyn vastaamisesta muistutettiin ryhmissä vastausaikana. Facebook-ryhmien sijaan verkkokyselylinkin olisi voinut lähettää kohderyhmälle henkilökohtaisesti sähköpostin välityksellä. Pidempi vastausaika tai kohderyhmän lähestyminen sähköpostitse ei kuitenkaan olisi välttämättä lisännyt vastausten määrää. Vaikka vastausten määrä jäi melko

vähäiseksi, voidaan olettaa kyselyyn vastanneilla olleen kokemusta asiasta, ja vastaajien kokeneen aiheen tutkimisen tärkeäksi.

Verkkokysely oli selkeä ja kysymysasettelu helposti ymmärrettävä. Kysely testattiin ennen julkaisua ja todettiin toimivaksi. Avointen kysymysten analysoinnissa jouduttiin joitakin vastauksia jättämään huomiotta niiden epätarkkuudesta johtuen. Samankaltaisia vastauksia yhdisteltiin vain siinä määrin kuin se oli mahdollista ilman tulkinnanvaraisuutta. Verkkokyselystä saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Vastaustapaa kysymysasettelussa tarkentamalla avointen kysymysten vastaukset olisivat voineet olla helpommin analysoitavissa.

Koska verkkokyselyn linkki julkaistiin myös Suomen lantionpohjan fysioterapeutit ry:n ryhmässä, päätettiin tuloksissa suunnitelmasta poiketen huomioida myös vastaukset niiltä fysioterapeuteilta, jotka arvioivat asiakkaistaan korkeintaan 25 prosenttia olevan alle puolitoista vuotta sitten synnyttäneitä naisia. Teemahaastatteluissa selvisi, että muun muassa kuivia limakalvoja, seksuaalielämän haasteita ja haluttomuutta esiintyy kohderyhmällä erittäin paljon, mutta asiakkaat eivät pidä näitä varsinaisina ongelmina tai hakeudu hoitoon niiden vuoksi. Asiakas hakeutuu äitiysfysioterapiaan useimmiten, kun synnytyksestä on kulunut alle puoli vuotta, jolloin yhdyntäkivut ovat harvoin päällimmäisenä mielessä. Äitiysfysioterapeutin vastaanotolla yhdyntäkivut tulevatkin ilmi lähes poikkeuksetta vasta fysioterapeutin kysyessä asiasta. Verkkokyselyyn vastanneista fysioterapeuteista 80 prosenttia vastasi nimenomaan fysioterapeutin ottavan synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut puheeksi vastaanotolla. Tuore äiti, jonka ensisijainen syy fysioterapiaan hakeutumiseen on yhdyntä- tai muu lantionpohjan kipu, saattaa siis hyvinkin päätyä lantionpohjan fysioterapeutin vastaanotolle äitiysfysioterapeutin sijaan.

Verkkokyselyyn vastanneista fysioterapeuteista viisi oli kiinnostunut osallistumaan aiheesta tehtävään syvempään teemahaastatteluun ja jätti yhteystietonsa verkkokyselyn loppuun. Haastatteluja toteutettiin kolme. Kaksi yhteystietonsa jättänyttä jätettiin haastattelemaan aikataulu- ja tavoitettavuusongelmien takia. Haastatteluaineisto saturoitui jo kolmen haastateltavan kohdalla melko paljon.

Kaikilla haastateltavilla oli vähintään kuuden vuoden työkokemus äitiys- ja lantiopohjan fysioterapian parissa ja enemmistö heidän asiakkaistaan oli alle puoli-toista vuotta sitten synnyttäneitä naisia. Teemahaastattelun aineiston voidaan todeta olleen laadukas ja tarkoituksenmukainen. Verkkokyselyn vastauksissa oli kuitenkin enemmän hajontaa kuin haastatteluaineistossa, ja olisi ollut mielenkiintoista nähdä, olisiko haastatteluaineisto kahden lisähaastattelun jälkeen saturoitunut enemmän, vai olisiko uusista haastatteluista kenties saatu uutta tietoa aiheesta.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin kahdeksaa sisäänottokriteerit täyttävää julkaisua. Rajaamalla tutkimukset viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyihin saatiin aiheesta mahdollisimman ajantasaista tietoa. Erilaisilla hakusanayhdistelmillä hakien ja useita suomen- ja englanninkielisiä tietokantoja käyttäen pyrittiin löytämään kaikki sisäänottokriteerit täyttävät julkaisut. Kaikki tarkasteluun hyväksytyt julkaisut olivat englanninkielisiä ja ne käännettiin suomenkielisiksi. On mahdollista, että huolellisuudesta huolimatta käänöksissä on tehty tulkintavirheitä. Lähteet on pyritty merkitsemään tarkasti.

8.2 Tulokset

Opinnäytetyön tutkimusaineistoista saatiin vastauksia kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Teemahaastatteluissa kysymyksiä olisi voitu tarkentaa yksityiskohtaisemman tiedon saamiseksi. Tarkoituksena ei kuitenkaan ollut tehdä koulutusmateriaalia aiheesta, vaan tietopaketti alaan perehtymättömille fysioterapeuteille. Tietopakettina synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen fysioterapiasta opinnäytetyö palvelee tarkoitustaan hyvin.

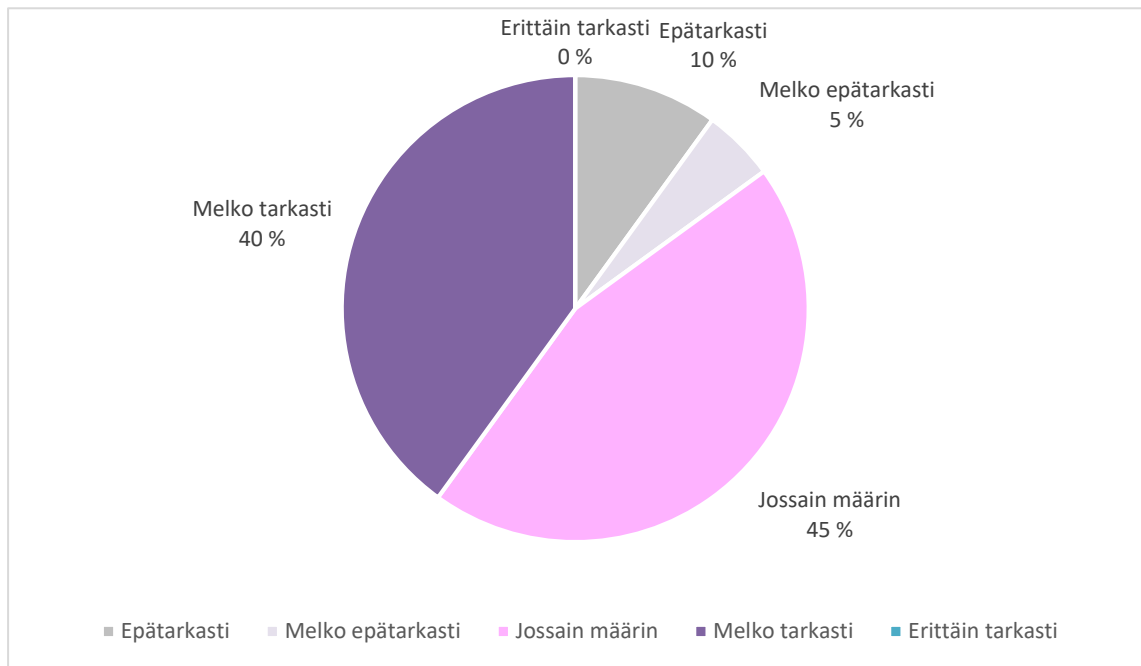
Synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja tutkitaan ja mitataan fysioterapiassa muun muassa palpaation, haastattelun, EMG-mittauksen ja havainnoinnin keinoin. Verkkokyselyn ja teemahaastattelujen perusteella fysioterapeutti käyttää asiakkaan tilanteen kartoittamiseen siis samoja keinoja kuin minkä tahansa muunkin vaivan kohdalla. Haastattelu, havainnointi, manuaalinen tutkiminen ja mittaaminen ovat keskeisiä fysioterapeuttisia tutkimismenetelmiä (Fysioterapeutin ydinosaaminen 2016).

Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajista yleisimpänä pidettiin episiotomia- tai repeämäärpia. Arpikudos häiritsee kudoksen luontaista joustavuutta ja voi kiinnikkeiden takia häiritä lihaksen, faskian ja ihon normaalia liikkuvuutta. Arpikudoksessa voi esiintyä arpikiinnikkeitä sekä syvissä että pinnallisissa kerroksissa. (Pihlman, Heiskanen, Luomala & Kaaretsalo 2017, 108-109). Niin kipu kuin asennon muutoksetkin voivat johtua arpikudoksesta (Carrière & Markel Feldt 2006, 74).

Muita esiin tulleita yleisiä syitä olivat limakalvojen kuivuus, lantionpohjan ylijännitystilat ja pelot tai traumaattinen synnytyskokemus. Estrogeenin määrä naisen elimistössä vähenee heti synnytyksen jälkeen ja mahdollinen imetys pitää estrogeenitasoa matalalla usein niin kauan kuin yöimetys jatkuu. Alhainen estrogeenitaso ohentaa emättimen limakalvoja ja tekee niistä aristavat ja herkästi verta vuotavat. (Naistalo.fi 2018.)

Opinnäytetyössä kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen käytetyissä tutkimuksissa kuvailtiin myös miltä yhdyntäkiput tuntuvat. Tutkimuksissa tuli ilmi, että naiset ovat kokeneet yhdyntäkiput ahdistavina, hirveinä tai sietämättöminä (McDonald, Gartland, Small & Brown 2016). Kipujen on myös kuvailtu olevan häiritseviä (Tennfjord, Hilde, Stær-Jensen, Ellström & Bø 2014). Kipukokemus on aina subjektiivinen ja siihen voivat vaikuttavat muun muassa kivun pelko, tulkinnat omasta kivusta, kuormitustekijät ja psyykinen trauma (Runsio 2018).

Verkkokyselystä kävi ilmi, että fysioterapeuttien kokemuksen mukaan synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajat voidaan määrittää jossain määrin tai melko tarkasti (kuvio 12). Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että määrittely voidaan tehdä erittäin tarkasti, mutta toisaalta vain 15 prosenttia vastaajista koki määrittelyn olevan epätarkkaa tai melko epätarkkaa.



Kuvio 12. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen syiden määrittämisen mahdollisuudet verkkokyselyyn vastanneiden mukaan

Kaikkien haastateltavien kokemuksen mukaan yhdyntäkipujen syy löytyy useimmiten. Joissain tapauksissa syy voi olla todella selkeä ja esimerkiksi palpoiden provosoitavissa. Yhden haastateltavan mukaan synn selvittäminen muuttuu hankalammaksi, mikäli se ei ole selkeästi joku kolmesta yleisimmästä: arvet, kuivat limakalvot tai ylijännitystila. Esimerkiksi syvän penetraation kivun syy voi olla haastavaa selvittää fysioterapeuttisin menetelmin, ja mikäli hoitoon ja harjoitteisiin ei saada vastetta, on asiakas syytä ohjata gynekologille.

Haastateltavien mielestä asiakkaan peloista ja huolista on tärkeää keskustella. Synnytyksen myötä naisen kokemus omasta kehosta, lantionpohjan alueesta ja seksuaalielämästä muuttuu. Haastateltavat muistuttivat, että fysioterapeutti saattaa olla ensimmäinen ammattilainen, jolle tuore äiti pääsee synnytyskokemuksiaan rauhassa purkamaan. Yksi haastateltavista totesi, että on hyvä ottaa huomioon psyykkisten tekijöiden mahdollinen vaikutus myös yhdyntäkipuihin, mutta psyykkisiin tekijöihin liittyvän diagnoosin tekeminen ei ole fysioterapeutin tehtävä.

Verkkokyselyssä mielipiteitä jakoi eniten kysymys siitä, vaikuttaako synnytystapa synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen esiintyvyyteen tai syihin: 55 prosenttia oli sitä mieltä, että vaikuttaa, ja 45 prosenttia ei osannut sanoa.

Lisäkysymykseen siitä, miten synnytystapa vaikuttaa, yhdeksän fysioterapeuttia oli vastannut, että synnytyksen jälkeisiä yhdyntäkipuja esiintyy enemmän alateitse synnyttäneillä. Näistä kahdeksan mainitsi erikseen vielä kasvavan riskin synnytysvaurioihin, episiotomiaan tai arpiin. Kirjallisuuskatsaukseen käytetyissä tutkimuksissa tuli myös esille, että synnytystavalla on vaikutusta yhdyntäkipujen kokemiseen. Yhdessä tutkimuksessa käsiteltiin keisarileikkauksen vaikutusta yhdyntäkipuihin ja todettiin sen olevan yhteydessä intensiivisempään yhdyntäkipuun verrattuna alatesynnytykseen (McDonald ym. 2016). Myös naiset, jotka olivat joutuneet hätäsektioon, synnyttäneet imukuppsynnytyksellä tai keisarileikkauksella kärsivät todennäköisemmin yhdyntäkipuista 18 kuukauden sisällä synnytyksestä kuin alateitse synnyttäneet naiset (McDonald, Gartland, Small & Brown 2015).

Haastatelluista fysioterapeuteista kaikki olivat sitä mieltä, että synnytystapa vaikuttaa synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin – ainakin kipujen syihin. Synnytysvaurioiden riski on suurempi erityisesti hankalissa alatesynnytyksissä. Yhden haastateltavan mukaan pitkä ponnistusvaihe puoli-istuvassa asennossa voi aiheuttavaa merkittävästi painetta lantionpohjan etuseinämään, minkä hän arvelee voivan altistaa emättimen etuosan syväpenetraatiokivulle.

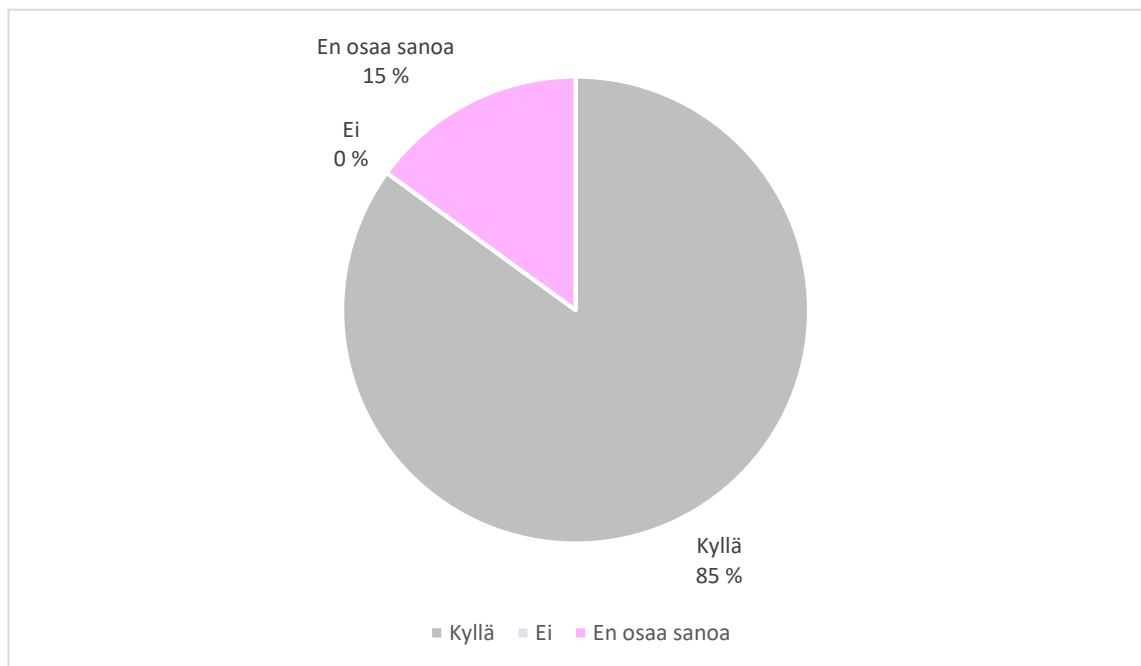
Sektioarvesta johtuva faskiaalinen kireys ja sen mahdollinen vaikutus lantionpohjaan ja yhdyntäkipuihin mainittiin yhdessä haastattelussa. Synnytyspettymys tai traumaattinen synnytyskokemus voi liittyä mihin tahansa synnytystapaan. Haastateltujen fysioterapeuttien mielestä vastaanotolla tuleekin aina olla aikaa keskustelulle ja tunteiden sekä kokemusten läpi käymiselle.

Opinnäytetyössä saatiin selville, että yleisimmät synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoitoon käytetyt menetelmät ovat lantionpohjan lihasten harjoittelu ja rentoutus, lantionpohjan, arpikudoksen ja koko kehon manuaaliset käsittelyt sekä ohjaus ja neuvonta.

Lantionpohjan lihasten harjoittelu täyttää terapeuttisen harjoittelun tunnusmerkistön: harjoitteet suunnitellaan tehtyjen löydösten perusteella spesifisti vastaamaan asiakkaan tarpeisiin. Emätin on joustava, pelkällä lihastoiminnalla tuettu rakenne, joten harjoittelulla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa alueen toimintaan. Vaikka

lantionpohjan lihasten harjoittelulla on monia positiivisia vaikutuksia naisen hyvinvointiin, synnytykseen valmistautumiseen ja siitä palautumiseen, ei Suomessa ole yhtenäistä käytäntöä raskaana olevien tai synnyttäneiden naisten lantionpohjan lihasten harjoittamisen ohjaamisesta. Väestötasolla lantionpohjan lihasten harjoittelusta voisi olla hyötyä. (Aukee & Tihtonen 2010.)

Verkkokyselyyn vastanneista fysioterapeuteista 85 prosenttia koki, että fysioterapiasta on apua synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin (kuvio 13).



Kuvio 13. Verkkokyselyyn vastanneiden fysioterapeuttien kokemus siitä, onko fysioterapiasta apua synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin

Kaikki haastatellut fysioterapeutit olivat sitä mieltä, että fysioterapiasta on apua synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin. Varsinkin limakalvojen kuivuudesta, episiotomia- ja synnytysvaurioarvista ja lantionpohjan ylijännitystilosta johtuvista yhdyntäkipuista kärsivät asiakkaat hyötyvät fysioterapiasta. Kaksi haastatelluista fysioterapeuteista mainitsi asiakkaan voivan saada avun arpien manuaalisesta käsittelystä hyvinkin nopeasti – jopa yhdellä hoitokerralla.

Aiheesta puhumalla, tietoa lisäämällä ja esimerkiksi limakalvojen hoitoa ennaltaehkäisevästi ohjaamalla voitaisiin kenties vaikuttaa synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisyyteen. Mikäli naisille, joille synnytyksen yhteydessä tehdään

episiotomia tai jotka saavat repeämiä, ohjattaisiin arven hoito ja myöhempi käsittely jo heti synnytyksen jälkeen, saattaisi ennen ensimmäistä yhdyntäkokeilua arvelle annettu huomio vaikuttaa kivun kokemiseen.

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että kipua pitää aina yrittää hoitaa. Fysioterapeutin on tärkeää tunnistaa oma osaamisensa ja omat rajansa. Yksi haastatelluista muistutti, että mikäli fysioterapeuttisin keinoin ei voida kipuun vaikuttaa, tulisi asiakas aina ohjata eteenpäin esimerkiksi gynekologin tai seksuaaliterapeutin vastaanotolle. Ketään ei tulisi jättää yksin kivun kanssa.

8.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimusta toteutettaessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä sekä yleistä lainsäädäntöä. Opinnäytetyön tekijät noudattivat tutkimuksessa oman alansa hyvää tieteellistä käytäntöä, ja sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusta ohjaavaa sääntöetiikkaa ja normistoa. Sopimukset yhteistyökumppanin kanssa tehtiin kirjallisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkimushenkilöille vapaaehtoista, maksutonta ja palkkiotonta. Yhteystietojen jättäminen kyselylomakkeeseen teemahaastattelua varten oli vastaajille vapaaehtoista, eikä kyselyn vastauksia voitu yhdistää yhteystietoihin.

Teemahaastattelun tutkimushenkilöille lähetettiin haastattelupyyntö (liite 3), jossa kerrottiin oleelliset tiedot haastattelusta, kuten haastattelun kesto, se, että haastattelut nauhoitetaan ja että haastattelusta saatavaa aineistoa käytetään opinnäytetyössä. Ennen haastattelun aloittamista kasvotusten haastateltuja fysioterapeutteja pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake (liite 4). Puhelimitse suoritetun haastattelun äänittämisestä kerrottiin haastateltavalle kirjallisesti sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan vaitiolovelvollisuutta tutkittavia kohtaan.

Sähköinen tutkimusaineisto säilytettiin salasanojen takana ja paperit siten, etteivät ulkopuoliset päässeet niihin käsiksi. Kaikki tutkimusaineisto käsiteltiin ja analysoitiin luottamuksella ja huolellisuutta noudattaen. Aineiston käsittelyssä koros-

tettiin tutkittavien tietosuojasta huolehtimista sekä aineiston rehellistä ja luotettavaa raportointia. Tutkimuksen päätyttyä kaikki tutkimushenkilöistä kerätty materiaali tuhottiin.

Opinnäytetyössä käytettiin asianmukaisia lähdeviitemerkintöjä. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet on esitetty mahdollisimman tarkkaan tulosten aitouden osoittamiseksi ja tulokset on esitetty neutraalisti ilman arvottamista. Opinnäytetyön puutteista on esitetty pohdintaa.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Sekä verkkokyselyssä että teemahaastatteluissa nousivat esiin traumaattisen synnytyskokemuksen ja pelkojen mahdollinen vaikutus koettuihin yhdyntäkipuihin. Jatkossa olisi hyvä tutkia tarkemmin esimerkiksi synnytyskokemuksen ja pelkojen vaikutusta naisen suhtautumiseen seksuaalisuuteensa ja seksiin synnytyksen jälkeen.

Tässä opinnäytetyössä esitettiin äitiys- ja lantionpohjan fysioterapeuttien näkemys fysioterapian mahdollisuuksista ja vaikutuksista synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin. Jatkossa fysioterapeuttisten hoitomenetelmien vaikutusta ja tehokkuutta synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin voisi selvittää esimerkiksi fysioterapia-asiakkaille kohdennetulla kyselytutkimuksella.

9 Johtopäätökset

Tutkimusten mukaan synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista kärsii 20-58 prosenttia naisista ensimmäisen vuoden aikana synnytyksestä. Jopa 86 prosenttia naisista kokee ensimmäisen yhdynnän kivuliaana.

Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen tutkiminen ja hoitaminen fysioterapiassa noudattaa samaa kaavaa kuin minkä tahansa muunkin asiakkaan haasteen parissa työskentely. Tutkimiskeinoina käytetään laajaa haastattelua, manuaalista tutkimista, havainnointia ja EMG-mittausta. Synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin käytettyjä hoitokeinoja ovat lantionpohjan lihasten harjoittelu ja rentoutus, manuaaliset käsittelyt sekä ohjaus ja neuvonta.

Yleisimmät syyt synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin ovat episiotomia- ja synnytysrepeämäärvet, limakalvojen kuivuus ja lantionpohjan ylijännitystilat. Traumaattisella synnytyskokemuksella ja äidin peloilla uskotaan myös olevan vaikutusta kipuihin ja niiden kokemiseen.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että fysioterapialla voidaan vaikuttaa synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin ainakin silloin, kun kyseessä on kolme yleisimpänä pidettyä yhdyntäkipujen aiheuttajaa. Osa synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen syistä olisi ehkä jo ennaltaehkäisevästi hoidettavissa, eikä kivuista näin ollen tarvitsisi kärsiä lainkaan.

Vaikka vauva-arjen keskellä seksi ja seksuaalisuus eivät välttämättä ole ensimmäisenä mielessä, on äidillä halutessaan oikeus olla muutakin kuin äiti – kenties kumppani, seksuaalinen yksilö ja ennen kaikkea nainen. Äidin on tärkeää huolehtia myös omasta hyvinvoinnistaan.

Kuvat

- Kuva 1. Lantio rengas yläpuolelta (Ullmann 2009, 79.), s. 6
- Kuva 2. Lantion luusto ja ligamentit edestä (Ullmann 2009, 80.), s. 9
- Kuva 3. Lantion pohjan lihaksisto alhaalta katsottuna (Ullmann 2009, 392.), s. 11
- Kuva 4. Lantion pohjan lihaksisto ylhäältä katsottuna (Ullmann 2009, 392.), s. 12
- Kuva 5. Välilihan alue (Ullmann 2009, 409.), s. 13
- Kuva 6. Naisen sukupuolielimet (Ullmann 2009, 387.), s. 16
- Kuva 7. Alakeskiviilto ja poikittainen sektioviilto (Rohan 2017), s. 20

Kuviot

- Kuvio 1. Opinnäytetyön aikataulu, s. 26
- Kuvio 2. Verkkokyselyyn vastanneiden fysioterapeuttien korkeintaan 18kk sitten synnyttäneiden asiakkaiden määrä, s. 27
- Kuvio 3. Tutkimusasetelma, s. 28
- Kuvio 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit, s. 32
- Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien/tutkimusten karsimisprosessi, s. 33
- Kuvio 6. Esimerkki verkkokyselyn samankaltaisten vastausten yhdistelystä, s. 34
- Kuvio 7. Esimerkki litteroidun tekstin luokittelusta, s. 35
- Kuvio 8. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen tutkimismenetelmät verkkokyselyyn vastanneiden mukaan, s. 36
- Kuvio 9. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen yleisimmät syyt verkkokyselyyn vastanneiden mukaan, s. 37
- Kuvio 10. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoitomenetelmät verkkokyselyyn vastanneiden mukaan, s. 38
- Kuvio 11. Synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkipuista kärsivien korkeintaan 18kk sitten synnyttäneiden asiakkaiden määrä verkkokyselyyn vastanneiden kokemuksen mukaan, s. 40
- Kuvio 12. Synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen syiden määrittämisen mahdollisuudet verkkokyselyyn vastanneiden mukaan, s. 45
- Kuvio 13. Verkkokyselyyn vastanneiden fysioterapeuttien kokemus siitä, onko fysioterapiasta apua synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin, s. 47

Taulukot

- Taulukko 1. Tutkimuskysymysten ja tiedonkeruumenetelmien välinen yhteys, s. 29

Lähteet

- Aitola, P. & Uotila, J. 2005. Peräaukon sulkijalihaksen repeämä synnytyksessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121(10): 1095-99.
- Alligood-Percoco, N.R., Kjerulff, K. H. & Repke, J. T. 2016. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001590
- Aukee, P. & Tihtonen, K. 2010. Raskauden ja synnytyksen vaikutus lantionpohjan toimintahäiriöihin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126(20):2381-6.
- Bjålie, J., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ö. 2014. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Sanoma Pro Oy.
- Carrière, B. & Markel Feldt, C. 2006. The Pelvic Floor. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Chayachinda, C., Titapant, V. & Ungkanungdecha, A. 2015. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. DOI:10.1111/jsm.12860
- Dey, I. 1993. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. London: Routledge.
- Ennakko: Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. 2019. Terveystieteiden tutkimuskeskus. https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2019/Perinataaltilasto_2018_ennakko.pdf Viitattu 6.8.2019.
- Fysioterapeutin ydinosaaminen. 2016. Suomen Fysioterapeutit ry. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf> Viitattu 1.9.2019.
- Health at a Glance 2017. 2018. OECD Indicators. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy.
- Heittola, S. 1996. Lantionpohjan lihaksilla laatua naisen elämään. Tampere: Tampere University of Applied Sciences.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Jos kaikki ei mene suunnitellusti. <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/synnytykset/vauvamatkalla/synnytys/jos-kaikki-ei-mene-suunnitellusti/Sivut/default.aspx> Viitattu 8.9.2019.
- Herschorn, S. 2004. Female pelvic floor anatomy: The pelvic floor, supporting structures and pelvic organs. Reviews in urology 6(5), 2-10.
- Hervonen, A. 1998. Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia. Lääketieteellinen oppimateriaalikeskus.

- Heusala, K. 2010. Naisen seksuaalisuus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus 2015.
- Huttunen, M. 2018. Elimellisoireiset psykiatriset häiriöt. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00366 Viitattu 9.9.2019.
- Härkki, P. 2018. Naisen yhdyntäkipu. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01585&p_haku=yhdynt%C3%A4kivut Viitattu 22.2.2019.
- Jawed-Wessel, S. & Seveck, E. 2017. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *The Journal of Sex Research* 54(4-5):411-423. DOI: 10.1080/00224499.2016.1274715
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103> Viitattu 10.8.2019.
- Kuismanen, K. 2019. Synnytys ja sulkijalihasrepeämä. *Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim* 135(9): 818-23.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Publishing Oy.
- Lagaert, L., Weyers, S., Van Kerrebroeck, H., Elaut, E. 2017. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. DOI: 10.1080/13625187.2017.1315938
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki H., Vakkuri, O. 2008. Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. WSOY Oppimateriaalit.
- Mahadevan, V. 2018. Anatomy of the pelvis. Elsevier Ltd 36(7), 333-338.
- McDonald E. A., Gartland, D., Small, R. & Brown, S. J. 2015. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. DOI: 10.1111/1471-0528.13263
- McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R. & Brown, S. J. 2016. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. DOI: 10.1016/j.midw.2016.01.012
- Mylläri, J. 2015. Ihmiskehon anatomiaa. Sanoma Pro Oy.

- Naistalo.fi. 2018. Toipuminen synnytyksestä. <https://www.terveyskyla.fi/nais-talo/seksuaaliterveys/raskaus-synnytys-ja-seksuaalisuus/toipuminen-synnytyksest%C3%A4> Viitattu 9.9.2019.
- Necosalova, P., Karbanova, J., Rusavy, Z., Pastor, Z., Jansova, M. & Kalis, V. 2016. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. DOI: 10.1016/j.srhc.2016.01.004
- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D. & Smith, V. 2018. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study. DOI: 10.1186/s12884-018-1838-6
- Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. 2015. Kätilötyö. Keuruu: Otava Oy.
- Pihlman, M., Heiskanen, J., Luomala, T. & Kaaretsalo, A. 2017. Hieronnan käsikirja. Sanoma Pro Oy.
- Pitkäranta, A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Työkirja ammattikorkeakouluun. e-Oppi Oy.
- Rohan, A. 2017. UAB investigators find repeat cesarean deliveries less cost-effective in low-risk women. <https://www.uab.edu/medicine/news/latest/item/1354-uab-investigators-find-repeat-cesarean-deliveries-less-cost-effective-in-low-risk-women> Viitattu 8.9.2019.
- Runsio, T. 2018. Kipu – yksilöllinen kokemus ja aina totta. Parkinsonliitto ry. <https://www.parkinson.fi/artikkelit/kipu-yksilollinen-kokemus-ja-aina-totta> Viitattu 9.9.2019.
- Räisänen S., Vehviläinen-Julkunen K., Gissler M. & Heinonen S. 2009. The increased incidence of obstetric anal sphincter rupture - an emerging trend in Finland. DOI: 10.1016/j.ypm.2009.10.005
- Saarikoski, S. 1992. Synnytysopin perustiedot. Legekustannus Oy.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf Viitattu 17.7.2019.
- Sariola, A-P., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A. 2014. Odottavan äidin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Seehusen D. A., Baird D. C. & Bode D. V. 2014. Dyspareunia in women. *American Family Physician* 90(7): 465-470.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne. 2018. ISSN=1797-5379. Vuosikatsaus 2017, Liitetaulukko 4. Naiset iän, lasten määrän ja synnyttäneiden osuuden mukaan 31.12.2017. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/01/vaerak_2017_01_2018-10-01_tau_004_fi.html Viitattu 9.8.2019.

Suomen Äitiysfysioterapeutit ry. 2019. <https://www.aitiysfysioterapia.fi> Viitattu 6.3.2019.

Suunniteltu sektio. 2018. Väestöliitto. <https://www.hyvakysymys.fi/artikkeli/suunniteltu-sektio/> Viitattu 6.3.2019.

Tennfjord, M. K., Hilde, G., Stær-Jensen, J., Ellström Engh, M. & Bø, K. 2014. Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. DOI: 10.1007/s00192-014-2373-2

Ullman, H. F. 2009. Opas anatomiaan. Helsingin Kirjatukku Oy.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus.

Virtanen, J. 2001. Kliininen seksologia. Vantaa: WSOY.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.



SAIMAAN

ammattikorkeakoulu

Saimaa University of Applied Sciences

Liite 1 (8)

Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapeuttikoulutus

Hyvä äitiysfysioterapian ammattilainen,

Olemme 3. vuoden fysioterapeuttiopiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta Lappeenrannasta. Teemme opinnäytetyötä synnytyksen jälkeisistä yhdyntäki-
vuista. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten synnytyksen jälkeisiä
yhdyntäkipuja voidaan hoitaa ja tutkia fysioterapeuttisin menetelmin, mistä kivut
johtuvat ja kuinka yleisiä ne ovat.

Opinnäytetyössämme toivomme voivamme hyödyntää Teidän osaamistanne ja
kokemustanne äitiysfysioterapian ammattilaisena. Pyydämme ystävällisesti vas-
taamaan oheisesta linkistä aukeavaan kyselyyn aiheesta.

Kyselyyn vastaaminen kestää korkeintaan 15 minuuttia ja tapahtuu nimettömänä.
Tietoja ei tallenneta yleisten tietokoneiden muistiin eivätkä tiedot ole ulkopuolis-
ten nähtävillä.

Kyselyn vastausten perusteella osana opinnäytetyötä toteutetaan lisäksi syvem-
mälle aiheeseen pureutuvia haastatteluja. Valmis opinnäytetyö julkaistaan
Theseus-tietokannassa.

Mikäli Teille herää mieleen kysymyksiä, voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpos-
titse (virve.tavia@student.saimia.fi). Vastaamme mielellämme kaikkiin kysymyk-
siinne.

Ystävällisin terveisin,

Laura Koivula & Virve Tavia

Webropol-kyselylomake

1. Minä vuonna olet valmistunut fysioterapeutiksi (xxxx)?

2. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt fysioterapeuttina?

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21+

3. Kuinka pitkä kokemus sinulla on äitiys- ja lantionpohjan fysioterapiasta?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-8 vuotta
- 9+ vuotta

4. Minkälaisia lisäkoulutuksia olet käynyt liittyen äitiys- tai lantionpohjan fysioterapiaan?

5. Kuinka paljon arvioit hoitavasi korkeintaan 18kk sitten synnyttäneitä naisia? (prosenttia asiakkaiden kokonaismäärästä)

0 % = ei lainkaan alle 18kk sitten synnyttäneitä naisia
100 % = ainoastaan alle 18kk sitten synnyttäneitä naisia

- 0-25 %
- 26-50 %
- 51-75 %
- 76-100 %

6. Synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut ovat fysioterapiaan hakeutumisen ensisijaisena syynä

- Ei koskaan
- Melko harvoin
- Jonkin verran
- Melko usein
- Todella usein

7. Mitkä ovat yleisimmät syyt hakeutua fysioterapiaan synnytyksen jälkeen?
(voit valita useita)

- Suorien vatsalihasten erkauma
- Yhdyntäkivut
- Virtsan-, ulosteen- tai ilmankarkailu
- Vauva-ajan ergonomia
- Tuki- ja liikuntaelimestön kivut
- Liikunnan aloittaminen
- Sektio- tai episiotomia-arvet
- Paineentunne lantionpohjassa
- Muu, mikä? _____

8. Kumpi ottaa synnytyksen jälkeiset yhdyntäkivut puheeksi vastaanotolla?

- Asiakas
- Fysioterapeutti
- Kumpikin yhtä usein

9. Kuinka moni alle 18kk sitten synnyttäneistä asiakkaistasi kärsii synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista?

0 % = ei kukaan

100 % = kaikki

- 0-25 %
- 26-50 %
- 51-75 %
- 76-100 %

10. Kuinka tarkasti synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen aiheuttajat voidaan määrittää?

- Epätarkasti
- Melko epätarkasti
- Jossain määrin
- Melko tarkasti
- Erittäin tarkasti

11. Mitä fysioterapeuttisia menetelmiä käytät synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen arvioimiseen ja tutkimiseen?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

12. Mainitse vähintään 3 kokemuksesi mukaan yleisintä syytä synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

13. Vaikuttaako synnytystapa synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen esiintyvyyteen tai syihin?

- Vaikuttaa
- Ei vaikuta
- En osaa sanoa

14. (Mikäli vastaus kysymykseen 13 on ”vaikuttaa”) Miten synnytystapa vaikuttaa synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin?

15. Mainitse vähintään 3 menetelmää, joita käytät synnytyksen jälkeisten yhdyntäkipujen hoitamisessa.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

16. Mistä mainitsemistasi hoitokeinoista koet olleen asiakkaalle paras vaste?

- _____

17. Koetko, että fysioterapiasta on apua synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

18. (Mikäli vastaus kysymykseen 5. yli 51 %) Haluaisitko osallistua syvempään teemahaastatteluun aiheesta? Jätäthän yhteystietosi! Teemahaastattelut suoritetaan kesä-heinäkuun aikana. Haastattelu kestää 30-60 min.

Tähän kyselyyn antamiasi vastauksia ei voida yhdistää yhteystietoihisi.

- Nimi
- Puhelinnumero
- Sähköpostiosoite
- Kaupunki



SAIMAAN

ammattikorkeakoulu

Saimaa University of Applied Sciences

Liite 3 (8)

Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapeuttikoulutus

Hyvä äitiysfysioterapian ammattilainen,

Olemme 3. vuoden fysioterapeuttipiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta Lappeenrannasta. Teemme opinnäytetyötä synnytyksen jälkeisistä yhdyntäki-
vuista. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten synnytyksen jälkeisiä
yhdyntäkipuja voidaan hoitaa ja tutkia fysioterapeuttisin menetelmin, mistä kivut
johtuvat ja kuinka yleisiä ne ovat.

Keräämme aineistoa opinnäytetyöhömmä asiantuntijahaastatteluin. Toivomme,
että saisimme vieraila luonanne teitä haastattelemassa.

Haastattelun avainkysymykset lähetämme Teille etukäteen, jotta voitte halutes-
sanne valmistautua haastatteluun ennakkoon. Haastattelun arvioitu kesto on noin
30-45 minuuttia. Haastattelu nauhoitetaan, jonka jälkeen se puretaan tekstimuo-
toon ja analysoidaan. Haastattelusta saatavaa materiaalia käytetään lähteenä
opinnäytetyössä. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voit keskeyttää haastattelun
missä vaiheessa tahansa tai kieltäytyä vastaamasta sinulle esitettyyn kysymyk-
seen.

Mikäli Teille herää mieleen kysymyksiä, voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpos-
titse (virve.tavia@student.saimia.fi). Vastamme mielellämme kaikkiin kysymyk-
siinne.

Ystävällisin terveisin,

Laura Koivula & Virve Tavia



SAIMAAN

ammattikorkeakoulu

Saimaa University of Applied Sciences

Liite 4 (8)

Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapeuttikoulutus

Synnytyksen jälkeisen yhdyntäkivun fysioterapia

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun. Haastattelu nauhoitetaan ja siitä saatavaa materiaalia voidaan käyttää lähteenä opinnäytetyössä.

Aika ja paikka

Allekirjoitus + nimenselvennys

Teemahaastattelun kysymysrunko

Taustatiedot:

1. Valmistumisvuosi?
2. Kuinka pitkään olet toiminut äitiysfysioterapeuttina?

Synnytyksen jälkeinen yhdyntäkipu:

Yleisyys

3. Kuinka paljon hoidat korkeintaan 1,5 vuotta sitten synnyttäneitä naisia?
4. Kuinka suuri osa heistä kärsii synnytyksen jälkeisistä yhdyntäkivuista?

Syyt

5. Miten kipuja arvioidaan ja tutkitaan?
6. Mistä synnytyksen jälkeiset yhdyntäkiput johtuvat?
7. Kuinka usein/tarkasti kipujen aiheuttaja pystytään määrittämään?
8. Mitkä ovat yleisimmät aiheuttajat?
9. Miten synnytystapa vaikuttaa synnytyksen jälkeisiin yhdyntäkipuihin?

Hoito

10. Mitä hoitokeinoja käytät?
11. Millä on mielestäsi paras vaste?
12. Hyötyvätkö asiakkaat fysioterapiasta?

Tietokanta ja hakusanat	Löytyneet tutkimukset/artikkelit	Hyväksytyt tutkimukset/artikkelit	Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset/artikkelit
Medic (yhdyntäkipu OR dyspareunia OR yhdyntäkipujen yleisyys) V. 2009-2019	5	0	0
Medline (dyspareunia AND frequency OR prevalence AND postpartum OR postnatal) V. 2009-2019	10	2	2
Pubmed (dyspareunia AND frequency OR prevalence AND postpartum OR postnatal) V. 2009-2019	45	10	6
Terveyskirjasto (yhdyntäkipujen yleisyys OR dyspareunia OR yhdyntäkipu) V. 2009-2019	13	0	0
Terveysportti (yhdyntäkipu OR dyspareunia OR yhdyntäkipujen yleisyys) V. 2009-2019	10	0	0

Tekijä(t)	Tietokanta	Otsikko	Keskeiset tulokset
McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., Brown, S. J.	Medline	Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study	Tutkimukseen osallistui 1122 naista, joista 961 (85,7 %) koki ensimmäisen synnytyksen jälkeisen yhdynnän aikana kipua. Heistä 431/964 (44,7 %) koki yhdyntäkipuja kolmen kuukauden jälkeen synnytyksestä ja 261/2255 (22,6 %) koki yhdyntäkipuja vielä 18 kuukautta synnytyksen jälkeen. Naiset, jotka kokivat yhdyntäkipuja jokaisessa ajankohdassa (n. 10 %), kokivat kivun olevan ahdistavaa, hirveää tai sietämätöntä. Naiset, joille oli tehty keisarinleikkaus, kärsivät todennäköisemmin intensiivisemmistä yhdyntäkivuista kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä (aOR= 2.35, 95 % CI= 1.2-4.6). Johtopäätöksissä tultiin siihen tulokseen, että synnytyksen jälkeinen yhdyntäkipu vähenee ajan myötä, mutta 20 % naisista kärsii kivuista vielä vuosi synnytyksen jälkeen. Keisarinleikkauksen todettiin olevan yhteydessä intensiivisempään yhdyntäkipuun.
Necosalova, P., Karbanova, J., Rusavy, Z., Pastor, Z., Jansova, M., Kalis, V.	Mediline	Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum.	Tutkimuksessa mitatuissa yhdynnän aloittamisessa synnytyksen jälkeen, yhdynnän säännöllisyydessä, palautumisessa, yhdyntäkipujen yleisyydessä ja intensiteetissä tai yleisessä tyytyväisyydessä ei huomattu eroja mediolateraalisesti episiotomian tai lateraalisen episiotomian välillä kolmen tai kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä. Tutkimuksessa kuuden kuukauden kohdalla 15,6 %

			naisista, kenelle oli tehty mediolateraalin epistomia ja 16,1 % naisista, kenelle oli tehty lateraalinen epistomia, kärsivät huomattavista yhdyntäkivuista ($p = 0.86$).
Acele, E. Ö., Karaçam, Z.	Pubmed	Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions.	Tutkimuksessa arvioitiin naisten seksuaalisia ongelmia ensimmäisenä vuotena synnytyksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 230 naista. Naiset aloittivat yhdynnän noin seitsemän viikkoa synnytyksen jälkeen. Heistä 58,3 % kertoi kärsineensä ensimmäisen vuoden aikana yhdyntäkivuista. Tutkimus osoitti, että suurin osa naisista koki seksuaalisia ongelmia synnytyksen jälkeen. Seksuaalisten ongelmien todennäköisyys kasvoi iän ja raskauden aikaisten ongelmien myötä.
Tennfjord, M. K., Hilde, G., Stær-Jensen, J., Ellström Engh, M., Bø, K.	Pubmed	Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth.	Tutkimuksessa selvitettiin yhdyntäkipujen yleisyyttä raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen sekä lantiopohjanlihasten voimaa. 300 ensisynnyttäjää osallistui tutkimukseen. 30 % naisista kertoi kärsivänsä yhdyntäkivuista jo ennen raskautta sekä raskauden viikolla 22. Raskauden viikolla 37 yhdyntäkivuista kärsi 40 %, kuusi kuukautta synnytyksestä 45 % ja 12 viikkoa synnytyksestä 33 %. Johtopäätöksissä todettiin, että yhdyntäkiput ovat yleisiä jokaisella mitatulla ajankohdalla. Yhdyntäkivuista kärsivät naiset kertoivat kipujen olevan häiritseviä.
McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., Brown, S. J.	Pubmed	Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhteyksiä synnytystavan, välilihan trauman ja yhdyntäkipujen välillä. Tutkimukseen osallistui 1507 ensisynnyttäjää. 98 % naisista oli yhdynnässä

			<p>ensimmäisen 18 kuukauden aikana synnytyksestä ja heistä 24 % kertoi kärsivänsä yhdyntäkipuista. Naiset, jotka olivat synnytyksessä saaneet repeämiä, joutuneet hätäsektioon (aOR 2.41, 95% CI 1.4-4.0; P = 0.001), olivat synnyttäneet imukuppsynnytyksellä (aOR 2.28, 95% CI 1.3-4.1; P = 0.005) tai keisarinleikkauksella (aOR 1.71, 95% CI 0.9-3.2; P = 0.087) kokivat todennäköisemmin yhdyntäkipuja 18 kuukauden sisällä synnytyksestä kuin alateitse synnyttäneet naiset. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin synnytystavan olevan yhteydessä yhdyntäkipuihin.</p>
<p>Chayachinda, C., Titapant, V., Ungkanungdecha, A.</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhdyntäkipuja ja seksuaalista toimintakykyä 3-12 kuukautta alatiesynnytyksen jälkeen ensisynnyttäjillä, joille on tehty episiotomia synnytyksen yhteydessä. Tutkimukseen osallistui 190 naista, joista 30,1 % koki yhdyntäkipuja kolme kuukautta synnytyksen jälkeen. Yhdyntäkipujen ja ennen raskautta koettujen yhdyntäkipujen, vauvan pään ympäryksen koon ja imetyksen välillä ei todettu olevan yhteyttä (P > 0.05). Seksuaalisia toimintahäiriöitä koki 66,7 % kolme kuukautta synnytyksen jälkeen, 31 % kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen ja 14,9% 12 kuukautta synnytyksen jälkeen. Johtopäätöksissä todettiin kolme kuukautta synnytyksen jälkeen yhdyntäkipujen olevan yleisiä ensisynnyttäjillä, joille on tehty episiotomia. Yhdyntäkiput vaikuttavat hidastavasti paluuseen normaaliin seksuaaliseen toimintakykyyn.</p>

<p>Alligood-Percoco, N. R., Kjerulff, K. H., Repke, J. T.</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhdyntäkivujen riskitekijöitä ensisynnyttäjillä. Tutkimukseen osallistui 2748 ensisynnyttäjää, jotka olivat olleet yhdynnässä kuuden kuukauden sisällä synnytyksestä. 583 (21,2 %) naista kärsi yhdyntäkivuista kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä. Melkein kolmannes (31,5 %) naisista, jotka imettivät kuuden kuukauden kohdalla, kärsivät yhdyntäkivuista, kun taas 12,7 % naisista, jotka eivät imettäneet, kärsivät yhdyntäkivuista (aOR 2.89, 95% CI 2.33-3.59, P<.001). 32,5 % naisista, joilla oli iso/keskikokoinen välilihan kipu, kärsivät yhdyntäkivuista, kun taas 15,9 % naisista, joilla ei ollut ongelmia välilihan alueella kärsi yhdyntäkivuista (aOR 2.45, 95% CI 1.93-3.10, P<.001). 28,3 % naisista, jotka kärsivät väsymyksestä, kärsivät yhdyntäkivuista todennäköisemmin, verrattaen 18 % jotka eivät kokeneet väsymystä, mutta kokivat yhdyntäkivuja (aOR 1.60, 95% CI 1.30-1.98, P<.001).</p>
<p>Kainu, J. P., Halmesmäki, E., Korttila, K. T., Sarvela, P.J.</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Persistent Pain After Cesarean Delivery and Vaginal Delivery: A Prospective Cohort Study.</p>	<p>Tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia jatkuvaa lantioalueen kipua keisarinleikkauksen ja alatiesynnytyksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 1052 alatiesynnyttäjää ja 502 keisarinleikattua naista. Tutkimuksessa käsiteltiin myös yhdyntäkivuja. 41 % alatiesynnyttäneistä ja 2 % keisarinleikatuista naisista, jotka kärsivät jatkuvasta kivuista, kertoivat kärsivänsä yhdyntäkivuista vielä vuoden jälkeen synnytyksestä. Tutkimuksessa tultiin kuitenkin johtopäätökseen, että jatkuva kipu esiin-</p>

			tyy suuremmissa määrin keisarileikatuilla kuin alatiesynnyttä-neillä naisilla.
Lagaert, L., Weyers, S., Van Kerre- broeck, H., El- aut, E.	Pubmed	Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective co- hort study.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhdyntäkipujen yleisyyttä ja taustatekijöitä ennen synnytystä ja synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa oli mukana 109 naista, joista 71 vastasi ollessaan ensimmäisellä kolmanneksella, 66 vastasi kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen ja 64 vastasi kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen lähetettyyn kyselyyn. Ensimmäisellä kolmanneksella 32,8 % koki yhdyntäkipuja, kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen yhdyntäkipuja koki 51 % ja kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen yhdyntäkipuja koki 40,7 %. Kivun kovuus kuitenkin väheni merkittävästi kuuden viikon ja kuuden kuukauden välillä synnytyksestä (p = .003). Ensimmäisen kuuden viikon jälkeen synnytyksestä yhdyntäkivut liittyivät merkittävästi imettämiseen (p = .045) ja ensisynnytykseen (p = .020). Kuuden kuukauden päästä synnytyksestä yhdyntäkivut liittyivät merkittävästi enää ensisynnytykseen (p = .022).
O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., Smith, V.	Pubmed	Prevalence of and risk factors associ- ated with sexual health issues in pri- miparous women at 6 and 12 months postpartum; a longi- tudinal prospective cohort study (the MAMMI study).	Tutkimuksen tarkoituksena oli raportoida seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä kuuden ja kahdentoista kuukauden jälkeen synnytyksestä. Tutkimukseen osallistui 832 ensisynnyttäjää. Kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen heistä 46.3 % kertoi seksuaalisen kiinnostuksen vähentyneen, 43 % kokivat emättimen kuivuutta ja 37.5 % kokivat yhdyntäkipuja. Yhdyntäkipujen kokeminen liitettiin imukuppsynnytykseen, 2. ja 3. asteen välilihan repeämään sekä

			<p>välilihan leikkaukseen. Johtopäätöksissä tultiin siihen tulokseen, että imetys ja jo ennen raskautta olemassa olevat yhdyntäkivut ovat yhteydessä seksuaaliterveyden ongelmiin kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen. Myös jo ennen raskautta koetut yhdyntäkivut ovat yhteydessä emättimen kuivuuteen 12 kuukautta synnytyksen jälkeen.</p>
Alp Yilmaz, F., Şener Taplak, A., Polat, S.	Pubmed	Breastfeeding and Sexual Activity and Sexual Quality in Postpartum Women.	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka imetys vaikuttaa seksuaaliseen aktiivisuuteen ja sen laatuun synnyttäneillä naisilla. Tutkimuksessa oli mukana 161 imettävää naista ja 176 ei-imettävää naista. 68,3 % naisista, jotka imettivät kärsivät yhdyntäkivuista, kun taas 47,7 % ei-imettävistä naisista kärsivät yhdyntäkivuista. Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkittävä ($p < 0.05$).</p>
Fodstad, K., Staff, A. C., Laine, K.	Pubmed	Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery.	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia yhteyttä erilaisten välilihanleikkaus tapojen (keskiviiva, mediolateraalinen, lateraalinen) yhteyttä välilihan alueen kipuihin kolmen kuukauden jälkeen synnytyksestä sekä arvioida naisten seksuaalista aktiivisuuden suhdetta epistomia-tekniikkaan. Tutkimuksessa todettiin, ettei kivulla ja eri episiotomiatekniikoilla ollut merkittävää yhteyttä. 33/179 naisesta koki yhdyntäkipuja, mutta yhteyttä episiotomiatekniikkaan ($p=0.09$) tai episiotomian viilto-kohtiin ($p= 0.14$) ei löydetty.</p>

Tiesitkö, että 20-58% naisista kärsii yhdyntäkivuista synnytyksen jälkeen?

Yhdyntäkipejä aiheuttavat esimerkiksi...

- * episiotomia- ja synnytysvaurioarvet
- * kuivat limakalvot
- * lantionpohjan ylijännitys

Fysioterapiassa synnytyksen jälkeistä yhdyntäkipeä voidaan hoitaa muun muassa lantionpohjan lihasten harjoittelulla ja rentoutuksella sekä manuaalisilla käsittelyillä.

Löydä lähin äitiysfysioterapeutti
www.aitiysfysioterapia.fi