



Vulvodynian fysioterapia

Opas terapeuttiseen harjoitteluun

Essi Jokinen

Nea Tainio

OPINNÄYTETYÖ

Elokuu 2022

Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

JOKINEN, ESSI & TAINIO, NEA:
Vulvodynian fysioterapia
Opas terapeuttisen harjoitteluun

Opinnäytetyö 65 sivua, joista liitteitä 14 sivua
Elokuu 2022

Opinnäytetyön aiheena oli vulvodynia eli häpyalueen ja ulkosynnyttimien kiputila. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa keinoja potilaille ulkosynnytinkipujen hoitoon sekä lisätä naisten kehoitietoisuutta niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Tarkoituksena oli tehdä selkeä ja informatiivinen omahoito-opas vulvodynian hoitoon painottuen terapeuttiseen harjoitteluun. Opas tehtiin lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneelle Terapiaperhonen Oy:lle. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena työnä.

Vulvodynia on yleisin yhdyntäkipujen aiheuttaja naisilla. Yleisoreita ovat ulkosynnyttimien polttelu, pistely, arkuus sekä penetraatiokivut. Vulvodynian synnylle ei ole tarkkaa selitystä. Vulvodyniasta kärsivillä on lähes aina jonkinasteinen lantionpohjan jännitystilä. Oireyhtymä heikentää huomattavasti potilaiden elämänlaatua monella osa-alueella. Hoito on moniammatillista ja fysioterapiaa suositellaan kaikille osana hoitoa. Fysioterapia keskittyy kivun hoitoon, lantionpohjan lihasten hallintaan sekä rentouttamiseen.

Opinnäytetyö sisältää kirjallisen raportin sekä oppaan liitteenä. Opas on laadittu kirjallisen raportin pohjalta. Oppaassa on lyhyesti kuvattuna teoretietoa liittyen vulvodyniaan ja naisen lantionpohjan anatomiaan. Oppaasta tulevat ilmi harjoittelun suoritusohjeet, progressiivisuus sekä toistomäärät.

Työtä varten tutustuttiin alan tieteellisiin tutkimuksiin, joiden mukaan fysioterapiasta on B-asteen eli kohtalaista näyttöä vulvodyniapotilaiden hoidossa. Monesta fysioterapian keinosta tarvitaan kuitenkin vielä lisää näyttöä vaikuttavuudesta vulvodynian hoitoon.

Asiasanat: vulvodynia, vestibulodynia, fysioterapia, terapeuttinen harjoittelu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

JOKINEN, ESSI & TAINIO, NEA:
Physiotherapy of vulvodynia
Programme for home training

Bachelor's thesis 65 pages, appendices 14 pages
August 2022

Vulvodynia is chronic vulvar pain condition without a clear identifiable cause. Most common symptoms are burning sensation, irritation, and pain around the opening of vagina. Pain may cause sexual dysfunction and it can have a negative impact on women's quality of life.

This study aimed to gather information and methods about pain relief and treatment of vulvodynia as to patients and physiotherapists, also to increase women's body awareness in physical, psychological, and social aspects. The purpose of this study was to develop a therapeutic training programme for the pelvic floor.

This study was conducted as a practice-based thesis. The data was collected mainly from the literary sources. The guidebook is based on theoretical information from the thesis including the theory of vulvodynia and women's anatomy. The guidebooks training programme with photo and verbal instructions is specially created for patients of Terapiaperhonen, specialized in pelvic floor rehabilitation and it is attached to the thesis.

According to studies, there is level B evidence of the effectiveness of physiotherapy in the treatment of vulvodynia. Further studies are required on many physiotherapeutic methods.

Key words: vulvodynia, vestibulodynia, physiotherapy, therapeutic training

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	6
3	NAISEN LANTION ANATOMIA	7
	3.1. Lantion luinen rakenne	7
	3.2. Lantion sidekudosrakenne	8
	3.3. Lantionpohjan lihaksisto	10
	3.4. Lantionpohjan hermotus.....	12
	3.5. Ulkosynnyttimien anatomia	13
4	VULVODYNIA.....	17
	4.1. Vulvodynian fysiologia.....	17
	4.1.1 Vestibulodynia	18
	4.1.2 Syklinen vulvovaginiitti.....	19
	4.1.3 Yleistynyt vulvodynia	19
	4.2. Vulvodynian etiologia	20
	4.3. Vulvodynian diagnosointi.....	22
	4.4. Vulvodynian hoito	23
5	FYSIOTERAPEUTTINEN TUTKIMINEN	26
6	FYSIOTERAPIA VULVODYNIAN HOIDOSSA	28
	6.1. Fysikaaliset terapiamuodot	28
	6.2. Manuaaliset terapiamuodot.....	29
	6.2.1 Myofaskiaalinen vapautuminen ja manuaaliset tekniikat	29
	6.2.2 Desensitisaatio ja dilataatio.....	30
7	TERAPEUTTINEN HARJOITTELU	31
	7.1. Lantionpohjan tunnistaminen	32
	7.2. Lantionpohjan rentouttaminen.....	33
	7.3. Lantionpohjan voimaharjoittelu	34
8	OPINNÄYTETYÖPROSESSI.....	37
	8.1. Toiminnallinen opinnäytetyö.....	38
	8.2. Hyvän oppaan piirteitä.....	39
	8.3. Opasmateriaali.....	40
	8.4. Eettisyys.....	41
	8.5. Tutkimustiedon keruu	41
9	POHDINTA	43
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	51
	Liite 1. Vulvodynia – Opas kotiharjoitteluun.....	52

1 JOHDANTO

Vulvodynia on yleisin yhdyntäkipujen aiheuttaja naisilla ja jopa 18 % naisista kärsii siitä elämänsä aikana. Oireyhtymällä voi olla merkittävä vaikutus naisen elämälaatuun niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. (Paavonen 2013; Heiskanen, Jernfors & Parantainen 2020, 166-167; Tiitinen 2021.) Vaikka viime vuosikymmenten aikana naisten lantionpohjan ongelmista on puhuttu enemmän, silti tietoisuutta ja uskallusta puhua asioista ei ole tarpeeksi. Haluamme tämän työn avulla lisätä tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta, sekä antaa työkaluja kiputilan hoitoon.

Vulvodynian hoidossa fysioterapiaa suositellaan kaikille yhdessä muun moniammatillisen hoitotyön kanssa. Fysioterapiassa hoito keskittyy pääsääntöisesti kivun lievittämiseen, jolloin hoitomuotoina voi olla terapeuttinen harjoittelu, erilaiset fysikaaliset hoidot sekä manuaalinen terapia. Lisäksi tiedon lisääminen vulvodyniasta oireyhtymänä ja sen hoidosta sekä naisen omasta kiputuntemuksesta ja kivunhallinnasta on tärkeässä roolissa fysioterapiassa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että naisen uskomuksen lisääminen oman kipunsa vaikuttamiseen on tuottanut onnistuneita tuloksia. (Berzins, Henzell & Langford 2017.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa konkreettinen terapeuttisen harjoittelun opas vulvodyniapotilaille. Opas sisältää tietoa vulvodyniasta ja naisten lantionpohjan anatomiasta, sekä kuvalliset ja sanalliset ohjeet lantionpohjan terapeuttiseen harjoitteluun. Opas on tuotettu yhteistyökumppanillemme Terapiaperhonen Oy:lle.

Opinnäytetyö valikoitui mielenkiinnostamme lantionpohjanfysioterapiaa sekä seksuaaliterapiaa kohtaan. Aihe täsmentyi työelämäkumppanin ehdotuksen ja tarpeen pohjalta. Aikaisempia opinnäytetöitä vulvodynian terapeuttisesta harjoittelusta löytyi vähäisesti.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa työkaluja fysioterapiakentille ja potilaille kotiin ulkosynnytinkipujen lievitykseen ja hoitoon, jakaa tietoutta eri hoitomenetelmistä vulvodyniaan liittyen sekä lisätä naisten kehotietoisuutta niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Tavoitteena on, että oppaan kohderyhmä saa lisätietoa lantionpohjan toimintahäiriöiden hoitoon ja oppii omatoimisia harjoitteita lievittämään ja ennaltaehkäisemään niitä. Oppaan harjoitteita voidaan siis käyttää sekä lantionpohjanhäiriöiden kiputilojen hoidossa, että niiden tilanteiden ennalta ehkäisyssä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä selkeä ja informatiivinen omahoito-opas vulvodynian itsehoitoon, painottuen terapeuttiseen harjoitteluun. Opas tulee käytettäväksi lantionpohja- ja äitiysfysioterapiaan erikoistuneelle Terapiaperhoselle ja heidän asiakkailleen jaettavaksi. Oppaan tarkoituksena on tarjota asiakkaille kotiin hoitokeinoja ulkosynnytinkiputiloihin parantamaan elämänlaatua ja toimintakykyä.

Opinnäytetyön etenemistä ohjaavia kysymyksiä:

Mikä on vulvodynia?

Miten vulvodynia vaikuttaa naisten toimintakykyyn?

Mitä keinoja on olemassa toimintakyvyn parantamiseksi?

Mitä fysioterapeuttisia keinoja on olemassa?

Millainen on hyvä opas?

3 NAISEN LANTION ANATOMIA

Naisen lantio on monimutkainen anatominen alue, joka sisältää lantion elimet, lihakset, verisuoniston, hermo- sekä sidekudosrakenteet (Roch, Gaudreault, Cyr, Venne, Bureau & Morin 2021,1). Etenkin toiminnallinen anatomia on ollut viimeisimpiä ihmiskehon alueita, joita vähäisen ymmärryksen takia ei olla osattu tutkia eikä hoitaa oikealla tavalla. Erilaiset lantion alueen toimintahäiriöt ovat kuuluneet lääkäreiden vastaanotolle. Uusien tutkimuksien ansiosta lantiopohjan fysioterapia on noussut lantion alueen toimintahäiriöiden hoidon tueksi. (Heiskanen, Jernfors & Parantainen 2020, 52.)

“Lantion anatomia on monimuotoinen palapeli, jonka ymmärtäminen on perusta toiminnalliselle tutkimukselle ja hoidoille”

- Heiskanen ym. 2020

DeLanceyn (2022) artikkeli korostaa hyvin, miten hämmentävä ja monimutkainen lantion pohjan anatomia on. Olemassa olevien kuvien sekä kirjoitettujen termien välillä on ristiriita. Anatomiaa tarkastellessa tulisi luottaa mieluummin kehon omiin rakenteisiin, kuin kirjoitettuihin teksteihin tai tilastoihin. (DeLancey 2022.)

3.1. Lantion luinen rakenne

Luisen lantion muodostaa oikea sekä vasen suoliluu, istuinluut, häpyluu sekä ristiluu ja häntäluu (Kuvio 1.). Edestä luita yhdistää häpyluiden välissä oleva häpyliitos, takaosassa suoliluu yhdistyvät ristiluuhun risti-suoliluuliitoksella. Suoliluu on lantion alueen luista suurin. Se muodostaa lantion sivuprofiilin sekä osan ns. lonkkamaljakosta, jota siihen kiinnittyvät häpy- ja istuinluut täydentävät. Sen ylä- ja alaetukärkeen, ylä- ja alatakakärkeen, ulkopinnalle ja harjanteeseen kiinnittyy lihaksia niin alaraajoista kuin keskivartalosta. Suoliluun sisäpintaan kiinnittyy myös lihaksia, mutta sen tärkein tehtävä on vatsaontelon alaosan tukeminen. (Gilroy & MacPherson 2017, 228–231; Heiskanen ym. 2020, 54.)

Istuinluut ovat lonkan alueen alimmaisimmat luut ja ne kannattelevat ylävartalon painoa istuessa. Istuinkyhmyyn kiinnittyy takareiden lihakset. Häpyluu on etummainen osa ja se yhdistää lantion luut yhtenäiseksi häpyluuliitoksella.

Ristiluun tehtävänä on siirtää ylävartalon kuormitusta selkärangan ja lantion kautta alaraajoille. Ristiluun kärjestä muodostuu häntäluu. (Gilroy ym. 2017, 228–231; Heiskanen ym. 2020, 55.)

Lantion etu- sekä takaosan luiset rakenteet muodostavat lantiopohjan lihasten kiinnitysalueet. Verrattuna miehen lantion rakenteeseen, naisen lantion luinen rakenne on kevytrakenteisempi, leveämpi sekä matalampi. Naisten ristiluu on leveämpi, istuinluut enemmän irti toisistaan ja lantio usein eteenpäin kallistuneempi. (Gilroy ym. 2017, 228–231; Heiskanen ym. 2020, 55.)



Kuvio 1. Naisen luinen lantio (Pelvic girdle 2018, Courtesy of Visible Body)

3.2. Lantion sidekudosrakenne

Lantion luisen rakenteen liitokset ovat rustoliitoksia. Edestä lantiota yhdistää häpyluuliitos (symphysis pubis) ja se on leveimmillään lapsuudessa, noin 10 millimetriä leveä. Aikuisilla se on enää noin 3–5 millimetriä leveä ja naisilla se on usein väljempi kuin miehillä. (Gilroy ym. 2017, 234–235; Heiskanen ym. 2020, 56.) Sen rakenteet muotoutuvat mm. perimän, elämäntapojen, kehon painon ja asennon sekä liikunnan vaikutuksesta. Häpyluuliitokseen kohdistuu lantion liikkeiden yhteydessä kovaa kuormitusta ja vääntömomenteja. (Heiskanen ym. 2020, 56.)

Suoli-ristiluuliitos (SI-nivel) yhdistää suoliluut lantion takaosassa ristiluuhun. (Gilroy ym. 201, 234–235; Heiskanen ym. 2020, 56). Se myös jakaa kuormitusta jalkojen ja alaselän välillä. Yhdessä häpyliitoksen kanssa ne muodostavat keskeisen osan lantion toiminnasta. Vapaa liikkuvuus nivelessä on pientä ja ikääntyessä se erosioiduu jäykistyen, näin rajoittaen sen liikkuvuutta. (Heiskanen ym. 2020, 56.)

Risti-häntäluunivel (art. sacrococcygea) on rusto-sidekudosliitos, jota yhdistää sacrococcygea-ligamentit. (Gilroy ym. 2017, 234–235; Heiskanen ym. 2020, 57). Ligamentit mahdollistavat pienen liikkeen, tavallisesti se on eteen kallistuminen. Lantionpohjan toimintahäiriöiden yhteydessä voidaan havaita myös lateraalisuunnan liikettä, joka on usein kivulias. (Heiskanen ym. 2020, 57.)

Lantion faskiarakenne

Lantiopohjan anatomia ja etenkin sen faskiarakenteet ovat tällä hetkellä huonosti kuvattu sekä väärinymmärretty. Tieteelliset tutkimukset ja todisteet ovat ehdottaneet lantionpohjaa ympäröivien faskiakudosten liittymistä lantiopohjan sairauksien patofysiologiaan ja sen uskotaan olevan myös avainroolissa lantion alueen kroonisissa kiputiloissa. Lantion alueen faskiakerrokset ovat nivottu yhteen verisuoni- ja hermostoverkostoilla ja näin voivat olla yhteydessä paikallisen kivun lähteisiin. Faskiarakenteet, lihakset ja hermorakenteet ovat hyvin lähellä toisiaan, joten muutokset faskiarakenteissa voisi edistää lihasjännitystä sekä hermojen herkistymistä. (Roch, Gaudreault, Cyr, Venne, Bureau, & Morin 2021,1–2).

Lantiopohjan kolmikerroksiset faskiarakenteet ovat pääosin jatkeita lantion alueen lihaskalvorakenteille. Faskia koostuu soluista ja niiden tuottamasta väliaineesta. Lantion alueen faskioita ajatellen tavallisin solu on fibroplasti eli sidekudossolu. Solujen väliaineista tärkeimmät ovat valkuaisaineet: kollageeni, proteoglykaani, elastaani, sekä hyaluronihappo. Faskioiden avulla lantio saa rakenteilleen muokkautuvan tuen ja muodon sekä suojaa rakenteille. Lantion alueen faskiarakenne ja lihaksisto toimivat yhteistyössä ja siksi niitä pitäisikin tutkia ja arvioida yhdessä. Lantiopohjan lihaksisto, joka on napakka ja

dynaaminen, voi estää sidekudosjärjestelmän kipeytymisen ja venymisen. (Heiskanen ym. 2020, 64.)

Elastisten faskiarakenteiden tehtävä on tukea lantion pehmytkudosta ja muodostaa tukirakenteita, kuten nivelsiteitä ja jänteitä. Faskiarakenne on hyvin hermotettua ja siinä on suuria määriä erilaisia aistinsoluja, hermopäätteitä sekä myös autonomista hermotusta. Faskioiden avulla pystymme aistimaan kehomme asentoja, liikkeitä ja lihasten toimintaa. Se pystyy mukauttaa rakennettaan muun muassa lihomisen, venyttelyyn, liikkumattomuuden tai synnytyksen jälkeisten kehonmuutosten takia. Esimerkiksi fysioterapian avulla faskiakalvoa voidaan arvioida ja muokata kudoksen luonnollisen uusiutumisen myötä. (Heiskanen ym. 2020, 65.)

3.3. Lantionpohjan lihaksisto

Luisen lantiorenkaan sisällä sijaitsee lantionpohjanlihaksisto, joka on monitasoinen ja joustava lihasten sekä lihaskalvojen muodostama kokonaisuus. Se koostuu tahdosta riippumattomasta sileästä lihaksesta sekä tahdonalaisesta, poikkijuovaisesta lihaksesta. Lantionpohjan lihaksistolla on useita tärkeitä tehtäviä. Se liittyy niin rakenteellisesti kuin toiminnallisesti hengityksen, keskivartalon, lantion, lonkan sekä alaraajojen toiminnalliseen anatomiaan. Lantionpohjan lihaksisto vaikuttaa asentotottumuksiin, fyysiseen toimintakykyyn sekä kehon toimintatapoihin, jonka vuoksi lantionpohjan toimintahäiriöt vaikuttavat koko kehon toimintaan ja olemukseen. Lantionpohjan lihaksiston tehtävänä on myös kannatella ja tukea sisäelimiä alhaaltapäin, osallistua virtsaamisen ja ulostamisen tarkoituksenmukaiseen säätelyyn sekä huolehtia sujuvista seksuaalitoiminnoista. (Heiskanen ym. 2020, 58, 92; Mäkelä-Kaikkonen & Karjalainen 2021.)

Lantionpohjan lihaksia voidaan tarkastella ylimmän ja syvimmän kerroksen, keskikerroksen sekä alimman ja uloimman lihaskerroksien mukaan. Ylin ja syvin kerros koostuu lantionpohjan kohottajalihaksesta m. levator anista, joka muodostuu kolmesta lihaksesta: m. puborectalista, m. pubococcygeuksesta ja m. iliococcygeuksesta. (Gilroy ym. 2017, 236–239; Baramée, Muro, Suriyut, Harada & Akita 2020; Heiskanen ym. 2020, 60.) M. levator ani lähtee sen sisemmästä

peitinkalvosta (m. iliococcygeus) sekä häpyluun takaosasta. Kiinnityskohta jakaantuu kahteen lihasnippuun, anterioriseen eli etummaiseen ja posterioriseen eli taaimmaiseen. Anteriorinen lihasnippu kulkee peräaukon ympäri. Posteriorinen lihasnippu, joka koostuu pääosin vain m. puborectalista, kiinnittyy häntäluuhun sekä kudokseen häntäluun ja peräaukon välillä. (Gilroy ym. 2017, 236–239; Baramée ym. 2020.)

Keskimmäisessä kerroksessa toimii niin sanotut urogenitaalilihakset. Emättimen ja virtsaputken ympärillä on m. sphincter urethrovaginalis ja m. compressor urethrae, joiden tehtävänä on sulkea virtsaputki. Poikittaissuunnassa kulkee m. transversus perinei profundus, jonka tehtävä on tukea lantionpohjaa. (Heiskanen ym. 2020, 60–61.) Tyypillisesti tämä lihas ei ole naisilla niin kehittynyt, vaan on korvaantunut sileällä lihaskudoksella (Gilroy ym. 2017, 239).

Alin ja pinnallisin kerros koostuu m. ischiocavernosus, m. bulbospongiosus, m. sphincter ani externus ja m. transversus perinei superficialis –lihaksista. Tämän kerroksen lihaksia voidaan sanoa myös välilihaan kiinnittyviksi lihaksiksi (perineaalilihakset). M. Ischiocavernosuksen lähtökohta on istuinluiden haaroista ja se kiinnittyy klitorikseen tyveen. Sen tehtävänä on jännittää klitorista. M. bulbospongiosus kulkee välilihan alueelta klitoriksen tyveen ja se puristaa gl. vestibularis majoria eli emättimen eteisrauhasia. M. Transversus perinei superficialis lähtee istuinluista ja kiinnittyy välilihaan. Sen tehtävänä on kannatella lantionpohjaa ja sen elimiä. M. sphincter ani externus kulkee peräaukon ympäri, liittyen häntäluun ja peräaukon väliseen kudokseen sekä sivuilta välilihaan. Sen tehtävänä on kontrolloida peräaukon toimintaa. (Gilroy ym. 2017, 236–239; Baramée ym. 2020; Heiskanen ym. 2020, 60–61.) Taulukossa 1 on lantionpohjan lihaksisto koottuna.

ylin, syvin kerros	keskimmäinen kerros	alin, uloin kerros
<p>m. levator ani</p> <p>m. puborectalis O: häpyluun takaosa I: häntäluu, kudus häntäluun & peräaukon välissä F: peräsuolen sulkeminen & kannattelu, lantionpohjan kannattelu</p> <p>m. pubococcygeus O: häpyluun takaosa I: häntäluu, häntäluun & peräaukon välinen kudus F: peräsuolen & lantionpohjan kannattelu</p> <p>m. iliococcygeus O: levator anin peitinkalvo I: häntäluun & peräaukon välinen kudus F: peräsuolen sulkeminen & kannattelu, lantionpohjan kannattelu</p>	<p>m. sphincter urethrovaginalis O & I: virtsaputken ympärillä F: virtsaputken sulkeminen</p> <p>m. compressor urethrae O & I: virtsaputken ympärillä F: virtsaputken sulkeminen</p> <p>m.transversus perinei profundus O: istuinluu I: väliliha F: lantionpohjan tukeminen</p>	<p>m. bulbospongiosus O: väliliha I: klitoriksen tyvi F: emättimen eteisrauhasten puristus</p> <p>m. ischiocavernosus O: istuinluut ja haarat I: klitoriksen tyvi F: klitoriksen jännitys</p> <p>m. sphincter ani externus O: peräaukon ympärys I: häntäluu, peräaukon ja häntäluun välinen kudus, väliliha F: peräaukon toiminnan kontrollointi</p> <p>m. transversus perinei superficialis O: istuinluu I: väliliha F: lantionpohjan ja sen elinten kannattelu</p>

Taulukko 1. Lantionpohjan lihaksisto: origot, inersiot ja funktiot (Gilroy ym. 2017, 236–239; Heiskanen ym. 2020, 61)

3.4. Lantionpohjan hermotus

Lantion alueen hermotuksesta vastaa niin sensorinen, motorinen kuin autonominenkin hermotus. Aivoissa on hyvin pieni vastinalue, joka keskittyy genitaalialueen sensoriseen ja motoriseen hermotukseen. Vastinalue on kooltaan suunnilleen sormen vastinalueen kokoinen. Tämä voisi osittain selittää lantion alueen toiminnalliset häiriöt. (Heiskanen ym. 2020, 66.)

Lantion alueen ihon pinnassa toimii sensorinen hermotus, joka muodostuu kahdesta järjestelmästä: dermatomaalisesta hermotuksesta ja perifeerisistä hermoista. Pantamainen dermatomaalinen hermo-oire viittaa tavallisesti ärsytykseen selkäytimen vieressä. Perifeeriset hermot muodostava erikokoisia hermotusalueita lantion iholle ja lähtevät useammasta hermojuuresta. Ihon pinnalla tuntuva puutuminen, kipu, venytyks, kosketus tai muu sensorinen ja tarkkarajainen tuntemus viittaa häiriöön perifeerisessä hermossa. Kipuaistimukset kulkevat aivoihin pääosin spesifejä kipuratoja pitkin. (Heiskanen ym. 2020, 66.)

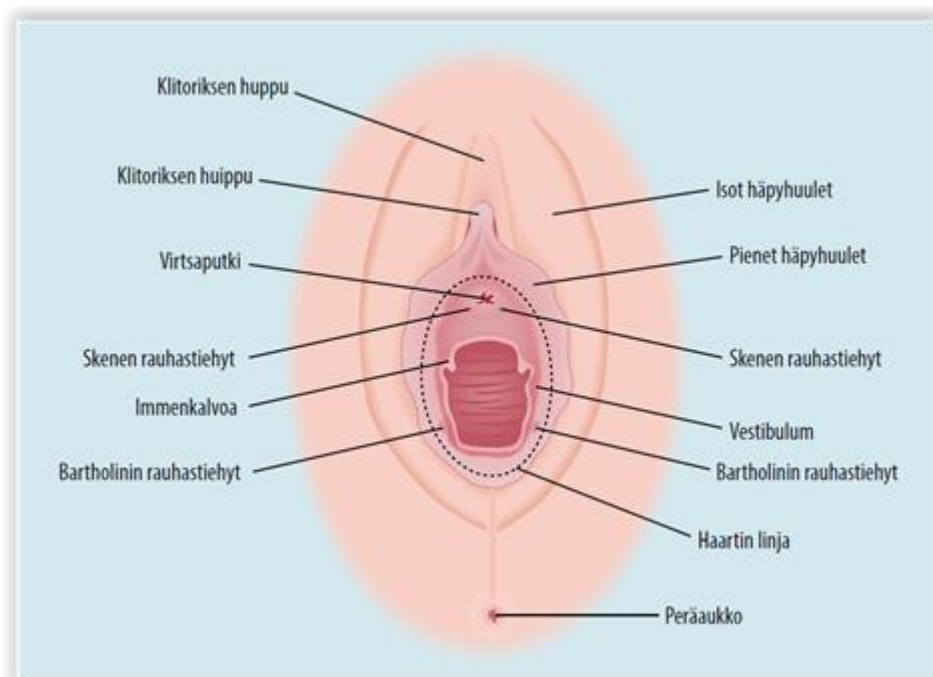
Ohuiden myeliinitupellisten A-delta-säikeiden avulla kipuaistimukset kulkevat tarkkoina sekä nopeina viesteinä aivoihin, jolloin kipu aistitaan terävänä ja tarkkarajaisena. Myeliinisoitumattomissa C-säikeissä kipuviestin kulkeminen on hitaampaa kohti aivoja, ja kipu aistitaan epämääräisenä sekä jomottavana. Kipuviestien tulkitseminen tapahtuu usein aikaisempien kokemusten perusteella. Kiputunteuksiin usein myös yhdistyy monenlaisia tunnetiloja kuten pelkoa ja ahdistusta. A-delta-säikeet ja C-säikeet ovatkin lantionpohjan ja emätinalueen kipujen kannalta hyvin keskeiset hermot. (Heiskanen ym. 2020, 66.)

Lantion alueen motorinen hermotus koostuu myotomeista. Myotomeissa on jokaiselle lantion alueen lihakselle tärkein hermojuuri selästä alkavista alemmista motorisista neuroneista. Motoriset eli somaattiset hermot laskeutuvat selkäytimen kautta ja ristiluun alueelta ulos. Lantion motorinen hermotus tulee hermojuurista S2-4. (Heiskanen ym. 2020, 66.)

Autonominen hermotus jakaantuu parasympaattiseen sekä sympaattiseen hermotukseen. Parasympaattinen hermotus lähtee ristiluun hermojuurista S2-4 ja päättyvät rakon sekä genitaalien alueelle. Siinä on sekä motorisia että sensorisia haaroja. Sympaattinen hermosto lähtee lannerangan yläosasta sekä rintarangan alaosasta sijaitsevista hermojuurista ja päättyy lantionalueen elimiin. Näiden hermotusten yhteistyö vastaa lantionalueella normaalista suolen toiminnasta ja virtsaamisesta sekä seksuaalitoimintojen sujuvuudesta. Motorinen hermotus lantion alueella onkin siis tahdonalaista, että tahdosta riippumatonta. (Heiskanen ym. 2020, 66.)

3.5. Ulkosynnyttimien anatomia

Naisten ulkosynnyttimet koostuvat häpykummusta, isoista häpyhuulista, pienistä häpyhuulista, klitoriksesta ja sen huipusta sekä hupusta, immenkalvosta, emättimen eteisestä eli vestibulumista ja emättimen aukosta, virtsaputkesta sekä Skenen ja Bartholin ruhastiehyistä. (Kuvio 2.). (Farage & Maibach 2006; Heiskanen 2020, 72; Tommola 2018.)



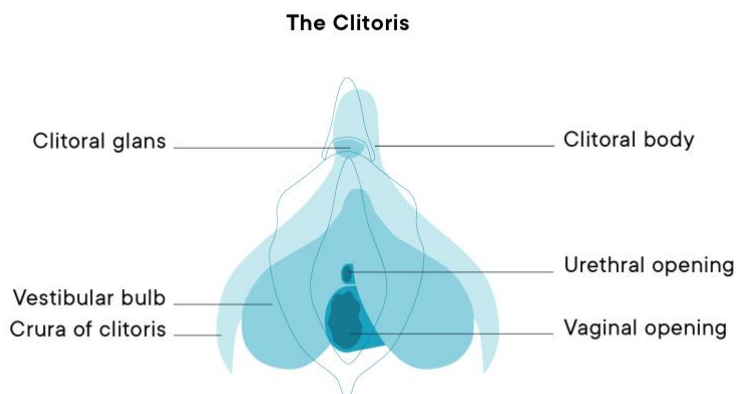
Kuvio 2. Naisen ulkosynnyttimet (Tommola 2018.)

Häpykumpu on pyöreähkö rasvakudoksesta koostuva kumpu häpyliitoksen kohdalla. Murrosiässä häpykummun kohdalle alkaa kasvamaan häpykarvoitusta. (Farage ym. 2006.)

Isot häpyhuulet ovat näkyvät pituussuuntaiset ihopoimut, jotka koostuvat rasvasidekudoksesta ja häpykarvoituksesta. Kiinnityskohdat ovat häpykummusta peräaukon etupuolelle välilihaan. Pienet häpyhuulet ovat pienet ihopoimut, jotka sijoittuvat isojen häpyhuulien sisäpuolelle ja kiinnittyvät takaosista isoihin häpyhuuliin ja etuosista klitoriksen alueelle. Ne koostuvat paisuvaiskudoksesta, tiheästä sidekudoksesta ja elastisista säikeistä, sekä niissä on paljon talirauhasia ja rasvaa. Pienissä häpyhuulissa on tiheä ja runsas laskimosuonistusta, joka täyttyy esimerkiksi kiihottumisen aikana verellä ja aiheuttaa paisumista. Molempien häpyhuulien tärkein tehtävä on sukuelimen suojaaminen lialta ja erilaista bakteereilta sekä osallistua seksuaaliseen kiihottumiseen. (Farage ym. 2006; Heiskanen 2020, 73.)

Klitoris eli häpykieli (Kuvio 3.) on kahdesta paisuvaisesta koostuva ja se sijaitsee lantion alapohjan sekä pinnallisimpien lantionpohjan lihasten välissä, lähes kokonaan piilossa. Paisuvaiskudosta kulkee häpyhuulten alla emätinaukon molemmin puolin. Paisuvaiskudoksen täytyessä myös häpyhuulet siten

turpoavat. Klitoriksen näkyvä osa, klitoriksen huippu, on n. 2–3 cm mittainen sylinterin mallinen paisuvaiskudos. Se sijaitsee virtsaputken aukon yläpuolella. Klitoriksessa on noin 8000 hermopäätettä. Klitoriksen huippua suojaa klitoriksen huppu, joka on pienten häpyhuulien muodostama poimu. Sen tehtävä on suojella klitorista ulkoisilta ärsykkeiltä. (Farage ym. 2006; Heiskanen 2020, 72.)



Kuvio 3. Klitoris eli häpykieli (Telfer & McWeeney 2022)

Emättimen eteinen on emättimen ulkoinen osa ja se sijaitsee klitoriksen ja emättimen aukon takaosassa olevan joustavan ihokudoksen välissä. Eteinen voidaan nähdä, kun pienet häpyhuulet levitetään. Emättimen aukko sen sijaan avautuu emättimen eteisestä ja sitä suojaa immenkalvo. Sen koko voi vaihdella, riippuen myös minkä mallinen immenkalvo on. Emättimen aukko on yhteydessä emättimeen. (Farage ym. 2006.)

Immenkalvo on ohut sidekudosrakenne, joka sijaitsee emättimen aukolla. Se voi olla monen muotoinen ja kokoinen. Yleisimmät muodot ovat puolikuuminen, joka on kiinnittynyt emättimen takaosaan ja rengasmaisen kalvo, jonka keskellä on reikä. Harvinaisissa tilanteissa se voi puuttua kokonaan. (Farage ym. 2006.)

Virtsaputki on 3,5–5 cm pitkä putki, joka kulkee virtsarakosta lantionpohjan lihasten läpi. Se sijaitsee häpyhuulien seudulla, klitoriksen ja emättimen aukon välissä. Sen tehtävä on siis poistaa virtsa elimistöstä. (Farage ym. 2006.)

Naisen ulkosynnyttimien rauhaset voidaan jakaa isoihin eli Bartholin rauhasiin ja pieniin eli Skenen rauhasiin. Bartholin rauhaset sijaitsevat emättimen aukon

vieressä molemmin puolin, osittain isojen häpyhuulten takana ja ovat kooltaan noin senttimetrin kokoisia. Niiden tehtävä on erittää seksuaalisen kiihotuksen aikana emättimen eteisen alueelle nestemäistä eritettä. Skenen rauhaset taas sijaitsevat virtsaputken vieressä. Ne täyttyvät ja turpoavat verellä naisen kiihottumisen aikana ja osa ejakulaationesteestä tulee Skenen rauhasista. (Farage ym. 2006; Heiskanen 2020.)

4 VULVODYNIA

Vulvodynia on yleisnimitys häpyalueen ja ulkosynnyttimien kivulle ja kirvelylle, kun kiputilan aiheuttajana ei ole mikään tiedetty sairaus, ulkosynnyttimet ovat täysin terveiden näköiset ja kipua on jatkunut kolmen kuukauden ajan (Tommola 2018; Nohales-Alfonso & Torres-Cueco 2021; Tiitinen 2021). Vulvodyniasta kärsii 4–18 % naisista elämänsä aikana ja se on yleisin yhdyntäkipujen aiheuttaja 18–40-vuotiailla naisilla (Tommola 2018; Heiskanen ym. 2020, 167). Tilastollisesti tauti aiheuttaa kaksi huippua, joista toinen on nuorilla naisilla ja toinen huippu sijoittuu menopaussin ympärille. (Berzins ym. 2017).

4.1. Vulvodynian fysiologia

Yleisoireita vulvodyniassa ovat polttelu, pistely, arkuus ja kutina ulkosynnyttimien alueella sekä yhdyntäkipu ja muut seksin harrastamiseen liittyvät ongelmat. Oireet ovat aina yksilölliset ja ne voivat vaihdella runsaasti. (Heiskanen ym. 2020, 172; Tiitinen 2021.) Kipu voidaan jaotella hermokipumaiseen ja kosketusarkuustyyppiseen kipuun. Hermotyyppinen kipu on jatkuvaa ja se voi säteillä lantion sekä mahan alueelle, kylkiin ja reisiin. Kosketusarkuus eli paikallinen kipu taas pystytään paikantamaan emättimen alueelle esimerkiksi pumpulipuikkotestillä. (Paavonen 2013; Heiskanen ym. 2020, 172.) Kivun lisäksi vulvodyniasta kärsivällä voi ilmetä oireena virtaputkenseudun jatkuvaa kirvelyä, kirvelyä virtsatessa sekä lisääntyntä virtsaamisen tarpeen tunnetta (Tommola 2020).

Lähes poikkeuksetta vulvodyniasta kärsivillä naisilla todetaan lantionpohjan lihaksistossa jonkinasteinen jännitystila. Pitkään jatkunut kipu aiheuttaa lantionpohjan ja emättimen alueen lihaksiin spasmin, jonka ajatellaan johtuvan suojarahkiosta, kun lihaksia jännittämällä suojataan kipeää aluetta. (Paavonen 2013; Tommola 2020.) Tilaa voidaan kutsua vaginismiksi eli emätinkouristukseksi, joka tarkoittaa lantionpohjan tahatonta kouristusta. Vaginismia voi esiintyä myös ilman vulvodyniaa. (Paavonen 2013; Heiskanen ym. 2020, 172.)

Oireyhtymä heikentää huomattavasti potilaiden elämänlaatua useilla eri elämän osa-alueilla. Vulvodynialla voi olla merkittäviä negatiivisia vaikutuksia naisen seksuaaliseen kokemukseen, kehonkuvaan, tunne-elämään, parisuhteeseen sekä oman arvon tunteeseen ja voi aiheuttaa erilaisia mielenterveysongelmia, kuten masennusta tai ahdistusta (Paavonen 2013; Tiitinen 2021.)

Vulvodynia voidaan jakaa kolmeen alaryhmään kivun ilmenemispaidan mukaan. Nämä alaryhmät ovat paikallinen vulvodynia eli vestibulodynia, syklinen vulvovaginiitti ja yleistynyt vulvodynia. Yleistynyt vulvodynia tunnetaan myös neuropaattisena ja/tai essentiaalisena vulvodyniana. (Tiitinen 2021.)

4.1.1 Vestibulodynia

Paikallinen vulvodynia eli vestibulodynia (aikaisemmin vestibuliittioireyhtymä) on yleisin ja haastavin vulvodynian muodoista. Vestibulodyniassa emättimen eteisessä ilmenee kosketuskipua, joka voidaan havaita penetraatiossa esimerkiksi tamponia asettaessa, gynekologisen sisätutkimuksen aikana tai yhdynnässä. (Heiskanen ym. 2020, 167.) Tyypilliset kipupisteet vestibulodyniassa sijaitsevat emätinaukon taka-alaosassa kello viidessä ja seitsemässä sekä etuyläosassa kello kymmenessä ja kahdessa (Kuvio 4.) (Tommola 2017; Strashilov, Vasileva & Yordanov 2020). Kiputila ei juurikaan rajoita liikkumista, sillä kipu provosoituu vain kosketuksesta (Paavonen 2013).



Kuvio 4. Vestibulodynian tyypilliset kipupisteet (Strashilov ym. 2020, muokattu)

Merkittävin kipu vestibulodyniasa on yhdyntäkipu, joka pahimmillaan estää penetraation kokonaan. Kipu voi olla äkillistä, polttavaa sekä terävää ja kiputuntemus erityisen voimakas. Kova kiputuntemus perustuu emättimen limakalvoilla tapahtuneisiin muutoksiin. On todettu, että vestibulodyniasa kärsivillä naisilla emättimen limakalvoilla hermosäietiheys kasvaa ja näin ollen osa kipua aistivista hermosäikeistä on hyvin pinnassa. (Heiskanen ym. 2020, 167; Korento ry n.d.) Yhdyntän jälkeen kipu voi kestää monesti useita minuutteja tai pahimmassa tapauksessa jopa päiviä. Naiset ovat kuvailleet tunnetta, että jokin ”blokkaa” emättimen yrittäessä yhdyntää. (Berzins ym. 2017.) Kipu voi olla primaarista, joka ilmenee ensimmäisessä yhdyntässä tai ensimmäisen tamponin laiton yhteydessä, tai sekundaarista, joka ilmenee myöhemmin myöhemmällä iällä (Tommola 2018).

4.1.2 Syklinen vulvovaginiitti

Syklinen vulvovaginiitti on toiseksi yleisin vulvodynian muoto ja on oireiltaan hyvin samankaltainen vestibulodynian oireiden kanssa. Tässä vulvodynian muodossa kipusykliit ovat vahvasti yhteydessä kuukautiskiertoon. On raportoitu, että kipu pahenee huomattavasti juuri ennen kuukautisia ja niiden aikana. Myös yhdyntä aiheuttaa kiputuntemusta emättimen alueella. Lisäksi yhdyntän jälkeinen kipu on erittäin yleistä ja etenkin seuraava päivä yhdyntän jälkeen on kipeä. Kipua on luonnehdittu kutiavaksi ja polttavaksi tunteeksi emättimen alueella. Kipu ilmenee siis sykleissä, joka tarkoittaa, että on myös täysin oireettomia päiviä. (Metts 1999; Tiitinen 2020.)

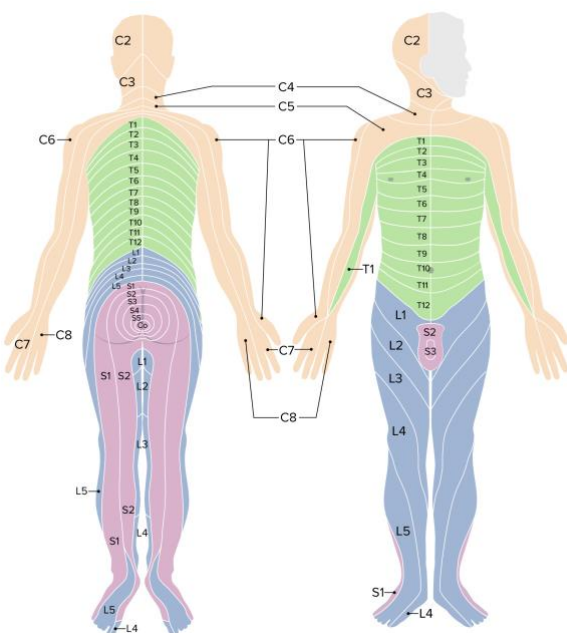
Emättimen alueella voi gynekologisessa tutkimuksessa ilmetä turvotusta ja punaisuutta kipualueilla. Myös vähäinen vuoto on hyvin tyypillistä syklisessä vulvovaginiitissa. Tutkimuksissa on esitetty sykliselle vulvovaginiitille yhteyttä hiivaperäisten tulehdusten yliherkkyydelle, mutta tästä ei ole varmuutta. (Metts 1999.)

4.1.3 Yleistynyt vulvodynia

Yleistynyt vulvodynia on dysesteettinen eli hermokiputyypinen vulvodynia, jolloin kipu paikantuu häpyhermon (nervus pudendalis) hermohaarojen alueelle.

Tässä oirekuvassa tyypillistä on jatkuva spontaani kipu, joka on olemassa ilman erillistä kosketusärsykettä. Kipu ilmenee laajalti ulkosynnyttimien alueelle, kuitenkin eniten kipukohtia on esiintynyt vestibulumin eli emättimen aukon, klitoriksen ja virtsaputken läheisyydessä sekä välilihan seudulla. Sitä ei voida kuitenkaan selkeästi rajata eikä selkeitä kipupisteitä todeta. Kipua on kuvailtu poltteleväksi, kirveleväksi sekä pisteleväksi tunteeksi. Myös peräaukon alueelle, pakaroihin, reisiin ja ristiselkään säteilevä kipu on hyvin tyypillistä yleistyneen vulvodynian muodossa. Yleistyneessä vulvodyniasa penetraatio ei välttämättä tuota kipua. Sen sijaan kipu provosoituu pitkään istumisesta sekä iltaa kohden kipu tyypillisesti kasvaa. (Paavonen 2013; Heiskanen ym. 2020, 173; Tommola 2018.)

Osalla potilaista kivun taustalla voi olla häpyhermon pinnetila, jolloin tilaa kutsutaan häpyhermosäryksi. Tällöin kipu paikantuu selkeästi enemmän hermon sensorisen alueen (S2-S4) mukaan (kuvio 5.). (Tommola 2018.)



Kuvio 5. Hermojen sensoriset alueet (Oiseth, Jones, & Maza, 2022)

4.2. Vulvodynian etiologia

Vulvodynian etiologia on monitekijäinen, eikä sen tarkka syntyperä ole tiedossa (Tommola 2017, 20). Tiettyjen tekijöiden on kuitenkin havaittu liittyvän oireyhtymän syntymiseen ja jatkumiseen. Tekijät voivat olla geneettisiä, hormonaalisia, tulehduksellisia, neurologisia tai tuki- ja liikuntaelimestön

ongelmiin liittyviä. Vulvodyniaan liitännäisiä oireita tai sairauksia voivat olla esimerkiksi endometrioosi, ärtyvän suolen oireyhtymä (IBS) tai fibromyalgia. (Tommola 2017, 20–28; Crouss, Jia, Rana & Whitmore 2019, 47; Nohales-Alfonso ym. 2021.) Vulvodynian voi myös laukaista emättimen toistuvat tulehdukset tai hormonaalisten yhdistelmäehkäisytablettien käyttö (Crouss ym. 2019, 47).

Monissa eri tutkimuksissa on osoitettu myös psykososiaalisten tekijöiden yhteys ulkosynnyttimien kiputiloihin. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi ahdistuneisuus, masennus, posttraumaattinen stressi sekä seksuaaliset ongelmat. (Tommola 2017, 28–29; Nohales-Alfonso ym. 2021.)

Geneettiset tekijät

Tietyt tutkimukset ovat osoittaneet, että joillakin naisilla voi olla geneettinen taipumus kärsiä vulvodyniasta. Tämä alttius voi liittyä geneettiseen monimuotoisuuteen, joka lisää hiivasien tai muiden emättimen infektioiden riskiä, tulehdusreaktioita, hormonaalista herkkyyttä suun kautta otettaville ehkäisyvalmisteille tai vaikuttaa sisäsyntyisen kivun muokkaantumiseen. (Tommola 2017, 26; Nohales-Alfonso ym. 2021.)

Tulehdukselliset tekijät

Erilaiset tulehdukset ovat yksi mahdollinen tekijä, joka voi johtaa vulvodynian syntyyn (Aalto 2020, 29). Donders & Bellenin (2021) tekemän tutkimuksen mukaan enemmän kuin 70 prosenttia vulvodyniapotilaista kertoivat kärsineensä hiivatulehduksesta ennen vulvodynian oireiden ilmenemistä (Donders & Bellen 2021). Myös historia sairastetusta bakteerivaginoosista, emätintulehduksesta, kondyloomasta ja virtsatietulehduksesta on yhdistetty mahdolliseen vulvodynian syntymiseen. Tutkimusten mukaan, etenkin paikallisesta vulvodyniasta kärsivien vulva vestibulumin mikrobisto eroaa verraten terveisiin. Tämä voi tarkoittaa, että mikrobiston muutokset vulvassa voivat edistää vulvodynian syntyä ja näin tukee teoriaa tulehduksellisten tekijöiden vaikutuksista sen syntyyn. (Aalto 2020, 29.)

Hormonaaliset tekijät

Seksuaalisiin vasteisiin sekä sukupuolielinten kipuun vaikuttavat hermosäikeiden lisäksi verenkierrossa olevien sukupuolirauhasten hormonien tasot. Tämän

perusteella voidaan olettaa, että alhaiset estrogeenitasot voivat vaikuttaa vulvodynian syntymiseen ja yhdyntäkipuihin. Yleisin syy estrogeenitasojen laskuun on vaihdevuodet. Muita luonnollisia syitä ovat esimerkiksi imetys, anoreksia, liiallinen fyysinen aktiivisuus tai stressi. Edellä mainittujen lisäksi syitä estrogeenitasojen laskuun voivat olla tietyistä hoidoista johtuvia, esimerkiksi kohdun tai munasarjojen poisto sekä hormonaaliset yhdistelmäehkäisytabletit. Yhdistelmäehkäisytabletit voivat myös aiheuttaa muutoksia emättimen limakalvossa, mikä lisää herkkyyttä mekaaniselle rasitukselle. (Tommola 2017, 27; Nohales-Alfonso ym. 2021.)

Neurologiset tekijät

Viimeaikaisten julkaisujen mukaan vulvodynia olisi neuropaattista kipua polttavan kivun sekä ulkosynnyttimien limakalvon yliherkkyyden takia. Neuropaattinen kipu on myös liitetty lantionpohjan lihasten toimintahäiriöön. (Nohales-Alfonso ym. 2021.) Yksi vulvodynian, etenkin paikallisen vulvodynian, syntyperää koskevista ehdotuksista on hermosäikeiden lisääntyminen emättimessä. Eräissä tutkimuksissa on havaittu C-säikeiden tiheyden lisääntymistä. Tämä tieto on kuitenkin ristiriitainen, koska on myös näyttöä, etteivät potilaat näe suurta eroa normaalien ja herkkien kohtien välillä. (Tommola 2017, 23; Nohales-Alfonso ym. 2021.)

Tuki- ja liikuntaelimestölliset tekijät

Vulvodyniasta kärsivillä esiintyy yleensä lantionpohjan lihasten toimintahäiriöitä, yliaktiivisuutta, jännittyneisyyttä levossa sekä lihaskontrollin ongelmia. On kuitenkin epävarmaa, johtuuko vulvodynia lantionpohjan ongelmista; ne voivat olla myös seurausta vulvodynian oireista. Jännittyneisyys voi olla seurausta kivusta ja toimintahäiriöt suojaavasta refleksistä, joka yrittää estää kosketuksesta johtuvan kivun. (Tommola 2017, 26–27; Aalto 2020, 32; Nohales-Alfonso ym. 2021.)

4.3. Vulvodynian diagnosointi

Vulvodynian diagnosointi tapahtuu poissulkutekniikan avulla. Ennen vulvodynian diagnosointia tulee sulkea pois kaikki muut mahdolliset hoitoa vaativat syyt,

esimerkiksi emätintulehdukset, sukupuolitaudit (virusperäiset), vulvan alueen iho-ongelmat, vaginismi ja ikääntymisen tuomat limakalvon muutokset. Diagnosointia varten on hyvä tietää potilaan kivun kesto, aikaisemmat sairaudet ja hoidot, allergiat sekä seksuaalihistoria. (Heiskanen 2020, 173; Strashilov ym. 2020, 45.)

Fyysisen tutkimuksen aikana on tärkeää tutkia ihon ja sukupuolielimien muutokset. Lantionpohjan ja peräaukkolihasen refleksit tulee testata ja potilaan tulee näyttää kipualueet ja tunnistaa kosketukselle herkät alueet. (Stewart 2021.) Pumpulipuikkotestin avulla pystytään tunnistamaan kivun sijainti ja kovuus sekä erottelemaan vaiva paikallisen ja yleistyneen vulvodynian välillä. (Strashilov ym. 2020, 45). Testi aloitetaan kivuttomista alueista kohti herkempiä alueita (Berzins ym. 2017, 635).

4.4. Vulvodynian hoito

Vulvodynian hoidossa täytyy muistaa, että etiologia ei ole yksiselitteinen ja näin ollen ei myöskään ole olemassa yhtä hoitomuotoa, joka kävisi kaikille naisille (Hoffstetter 2015). Kymmenen vuotta sitten vulvodynian suositeltu hoito oli botox vulvan alueelle, vahvat masennuslääkkeet tai vulvan kipeän kohdan poistaminen leikkauksessa ja sen korvaaminen vaginan limakalvolla. Yllä mainituilla hoidoilla on kuitenkin huomattavia sivuvaikutuksia. Botox aiheuttaa vulvan jäykkyyttä sekä herkkyyttä, masennuslääkkeiden pitkäaikaisella käytöllä saattaa olla paljon tuntemattomia ja vakavia sivuvaikutuksia, leikkaus muuttaa vulvan ulkonäköä ja vaikuttaa seksuaaliseen herkkyyteen. Uusimpien tutkimusten mukaan vulvodynian ensisijainen hoito tulisi olla konservatiivista sisältäen lantionpohjan fysioterapiaa, seksuaaliterapiaa sekä psykoterapiaa. (Ventegodt 2020, 20–23.) Riippuen fysioterapian, seksuaaliterapian ja psykoterapian vasteesta, seuraavana on lääkehoito. Jos myöskään lääkehoidosta ei ole hyötyä hoidossa, voidaan suositella kirurgista interventiota. (Bergeron, Brown, Goldstein, Kellogg-Spadt, Pukall & Stein 2016.)

Psyko- ja seksuaaliterapian tarve vulvodyniasta kärsivillä naisilla tulisi arvioida heidän kiputuntemustensa ja persoonallisuutensa mukaan (esim. ahdistus,

somatisaatio ja kivun liioittelu). Tutkimusten mukaan, psyko- ja seksuaaliterapian avulla on saatu huomattavasti parannettua ajatuksia kivusta, sairaudesta, vastoinkäymisistä sekä ahdingosta. Tietoisuus kivusta ja sen hallinnasta on todettu olevan hyödyllisiä naisilla, jotka kärsivät psykologisesta ja seksuaalisesta ahdingosta ulkosynnyttimien kiputilojen takia. Psykososiaalisen lähestymistavan lisääminen vulvodynian hoitoon on tehokas tapa vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen sekä parempaan lopputulemaan. Kuitenkin lisää tutkimuksia tarvittaisiin psyko- ja seksuaaliterapian vaikuttavuudesta kipuun. (Asensio-Samper, De Andres, Fabregat-Cid, Minguez, Monsalve Dolz, Sanchis-Lopez & Villaneuva-Perez 2016, 217–218.)

Lääkehoitoja voidaan toteuttaa paikallisilla hoidoilla tai suun kautta otettavilla lääkkeillä. Paikalliset lääkehoidot voidaan jaotella paikallispuudutteisiin, estrogeenivoiteisiin sekä paikallisiin trisykli-masennuslääkkeisiin. Paikallispuudutteita on etenkin suosittu ennen yhdyntää. Lisäksi vestibulodynian hoidossa on huomattu trigger-pisteiden steroidi- ja bupivakaiini-injektioiden auttavan joissain tietyissä tilanteissa. (Bergeron ym. 2016; Hoffstetter 2015.)

Suun kautta otettavat lääkkeet keskittyvät kivun lievitykseen. Vulvodynian kipu ilmenee neuropaattisena kipuna, joten hoidossa on käytetty lääkkeitä, joilla on ollut hyvä vaste myös muissa neuropaattisten vaivojen hoidossa. Trisyklisten masennuslääkkeiden käyttö, kuten amitriptyliini ja desipramiini, on erittäin yleistä vulvodyniapotilailla. Näillä lääkkeillä pyritään muuttamaan lähteviä kipuimpulsseja. Trisyklisissä masennuslääkkeissä vaikutusaika on kumminkin viikkoja, että lääke alkaa auttamaan sekä epätasainen vaikutus voi aiheuttaa hyviä ja huonoja päiviä kivun suhteen. Tavallisilla kipulääkkeillä ja huumausaineilla ei ole todettu olevan hyötyä vulvodynian kivun hoidossa. Lisäksi vaihtoehtona on käyttää kalsiumsitraattia yhdessä vähäoksaattisen ruokavalion kanssa. (Hoffstetter 2015; Bergeron ym. 2016; Stewart 2020; Strashilov ym. 2020.)

Leikkaushoito on vaihtoehto, mikäli konservatiivisesta hoidosta ei ole mitään vastetta. Pääasiallisesti leikkauksia tehdään vestibulodynian kärsiville naisille, jolloin leikkauksessa eli vestibulektomiassa voidaan kirurgisesti poistaa emättimen eteisestä kivuliaat kohdat lateraalsiin emättimen eteisen seiniin Hartin

linjaan asti. Leikkaushoito on vaikuttavin hoitomuodoista, onnistumisprosentti vaihtelee lähteen mukaan 60–90 % välillä. Leikkauksen jälkeen on tyypillistä, että neuropaattisen kivun hoitoon jatketaan lääkitystä elämänlaadun parantamiseksi. (Hoffstetter 2015; Bergon ym. 2016; Strashilov ym. 2020.)

Vulvodynian itsehoidossa huomio tulee kiinnittää vulvan hygieniaan ja mahdollisten kipua provosoivien tekijöiden välttämiseen. Erilaisia tuoksuja, pesuaineita, pyykinpesuaineita sekä huuhteluaineita tulee välttää huomioiden kemiallisten aineiden ärsyttävyyden. Vulvan alueen pesuun riittää pelkkä vesi, erillisiä pesuaineita ei tarvitse vulvan ominaisen pH-tasapainon säilymiseen. Pesussa kannattaa suosia kädenlämpöistä vettä, sillä kuuma vesi voi provosoida kipua vulvan alueella. Myös alusvaatteisiin ja niiden materiaaliin on syytä kiinnittää huomiota. Alusvaatteissa tulee suosia materiaalina puuvillaa. (Hoffstetter 2015; Stewart 2020.) Tutkimuksessa on osoitettu, että tiukkojen housujen pitäminen neljä kertaa viikossa tai useammin nostaa vulvodyniassa kovien oireiden saamisen riskiä melkein kolminkertaiseksi (Harlow, Klann, Rosenberg, Parker & Wang 2020).

5 FYSIOTERAPEUTTINEN TUTKIMINEN

Fysioterapeuttinen tutkiminen aloitetaan potilaan haastattelulla. Haastattelun tavoitteita ovat ongelman määrittely, luottamuksen luominen, hoitojaksoon sitoutuminen sekä potilaan herättely aktiiviseksi kuntoutujaksi. (Heiskanen ym. 2020, 179.) Haastattelussa tulisi tiedostella potilaan kiputuntemukset, rakon ja suoliston toiminta, kuukautiskierron sekä emättimen terveyst historia, seksuaalielämä ja sen vaikeudet sekä tuki- ja liikuntaelimestön vaivat (Hartmann 2010; Heiskanen ym. 2020, 179). Lisäksi on hyvä selvittää, minkälaisilla keinoilla potilas on yrittänyt hallita ja hoitaa kipuja. Haastattelussa tulisi myös käydä läpi potilaan ja hänen kumppaninsa parisuhteen tilanne kokonaisvaltaisesti läpi. (Hankonen 2021, 53.)

Haastattelun jälkeen on vuorossa havainnointi ja manuaalinen tutkiminen. Ensimmäisenä havainnoidaan potilaan ryhti ja kävely. Erityishuomiota tulee kiinnittää keskivartalon ja lantionseudun liikkeisiin. Tyypilliset asentovirheet lantion alueen kivuista kärsivillä naisilla ovat lannerangan korostunut lordoosi, ja rintarangan korostunut kyfoosi sekä eteenpäin työntynyt pää ja olkapäät. Lantion alueen sekä keskivartalon lihaskireydet sekä -toiminta on myös syytä tutkia, sillä kipu voi johtua lihasten spasmista tai epänormaalista toiminnasta. (Hartmann 2010.)

Fysioterapeuttisessa tutkimuksessa suoritetaan lantion pohjan palpaatio, mikäli potilas on suostuvainen. Alkuun on syytä kiinnittää huomiota ihon kuntoon ja silmämääräisesti arvioida onko alueella punoitusta tai ärtyneen näköisiä alueita. Tämän jälkeen suoritetaan intervaginaalinen tutkimus. Potilas voi kosketuskivun tai pelon vuoksi aristaa tilannetta niin, että tutkimus ei pystytä suorittamaan. Tilanteessa tulee edetä potilaan tuntemusten mukaan. Intervaginaalinen palpoinniti suoritetaan yhdellä tai kahdella sormella noin 3–4 cm syvyydellä emättimen suulta, josta lantion pohjan lihakset pystytään tunnistamaan. Palpaation aikana pystyy tuntemaan lihaksiston tonuksen sekä puolierot, arvioimaan lihasten aktivoitumista, rentoutumista ja väsymistä. Lihassoimia voidaan arvioida käyttämällä mukailtua Oxford asteikkoa (0–5). Asteikolla 0 = ei lihassupistusta ja 5 = erinomainen supistus, sormeen tai sormiin takertuminen ja emättimen seinäin liike kohti häpyluuta. (Hartmann 2010; Heiskanen ym. 2020, 183–184.)

Intervaginaalisessa tutkimuksessa voidaan käyttää lisäksi EMG-mittausta. Siinä voidaan mitata lantionpohjan lihasten toimintaa ja aktivoitumista EMG-biopalautelaitteen avulla. Laitteen elektrodi asetetaan emättimeen tai peräaukkoon, joka reagoi lantionpohjassa tapahtuvaan jännitykseen. Potilas siis vuoroin jännittää ja rentouttaa lantionpohjan lihaksia eri voimakkuuksilla fysioterapeutin ohjeiden mukaan. Biopalaute kertoo sekä potilaalle että fysioterapeutille liikkeen onnistumisesta, lantionpohjan lihasten rentoutumisesta, voimasta sekä väsymisestä ja toiminnallisuudesta. Palautteen pohjalta terapeutin harjoittelun suunnittelu on helpompaa. (Jernfors 2004; Hartmann 2010; Berzins ym. 2017; Terapiaperhonen n.d.)

6 FYSIOTERAPIA VULVODYNIAN HOIDOSSA

Fysioterapiasta on tutkimusten mukaan B-asteen näyttöä ulkosynnyttimien kiputilojen hoidossa ja fysioterapiaa suositellaan osaksi moniammatillista hoitoa. Fysioterapiassa hoitosuunnitelma laaditaan ottaen huomioon vulvodynian vaikeusaste ja samanaikaiset kiputilat. (Berzins ym. 2017; Berghamns 2018; Loflin, Westmoreland & Williams 2018.)

Fysioterapiassa ensisijaisena tavoitteena on kivunhoito, lantionpohjan lihasten hallinta ja tunnistaminen, lihasvoimien kehittäminen sekä tahdonalainen lihasten rentouttaminen yhdistettynä hengitystekniikoihin. Myös keskivartalon lihasten vahvistaminen sekä virheasentojen korjaaminen on tärkeää. Lisäksi tavoitteeksi voidaan asettaa penetraation pelon vähentäminen ja seksuaalielämän parantuminen. (Sadownik 2014; Berzins ym. 2017.)

Yhtenä tavoitteena fysioterapiassa on tiedon lisääminen potilaalle ja potilaan oman ymmärryksen lisääminen lantion anatomiasta ja fysiologiasta, vulvodynian hoidosta, omasta kiputuntemuksesta ja kivun hallinnasta sekä fysioterapian tavoitteista ja vaikuttavuudesta. Tutkimuksissa on osoitettu, että naisen uskomuksen lisääminen siihen, että hän voi vaikuttaa itse kipuunsa on ollut avain onnistuneeseen hoitoon sekä kivun vähentämiseen. (Berzins ym. 2017; Hartmann 2010.)

6.1. Fysikaaliset terapiamuodot

TNS-hoitoa voidaan käyttää vulvodynian kärsiville naisille parantamaan vulvan alueen verenkiertoa, stimuloimaan lantionpohjan aluetta, parantamaan kosketuksen sietoa, aktivoimaan lihaksia ja rentouttamaan lantionpohjan kudoksia (Heiskanen 2020, 192). TNS:n käytöstä kivunhoidossa ja seksuaalisten toimintojen parantamisessa on kumminkin hyvin vähäisesti näyttöä. Yksi tutkimus osoitti kiputuntemuksen laskevan merkittävästi, kun TNS asetettiin suurille häpyhuulille (labia majora) kolme (3) kertaa päivässä yhteensä 90 minuutin ajan matalilla taajuuksilla (2–5 Hz). Toinen tutkimus osoitti, että TNS-hoidosta on merkittävää hyötyä lyhytaikaisessa käytössä. Tutkimusnäyttöä tarvitaan

kumminkin lisää, jotta sen vaikuttavuudesta voidaan olla varmoja. (Murina 2008; Berzins ym. 2017; Loflin ym. 2018.)

Lyhytkestoiset kylmähoidot voivat auttaa kivun lievityksessä. Kylmäpakkauksen pitäminen kipualueella 2–3 minuutin ajan on todettu lievittävän kipua ilman, että se aiheuttaa vauriota vulvassa. (Hoffstetter 2015.)

Akupunktion käytöstä vulvodynian hoidossa on tehty vähän tutkimusta. Eräässä tutkimuksessa 36 satunnaisesti valittua potilasta sai akupunktiohoitoa. Tuloksissa näkyi, että hoidon jälkeen akupunktiota saaneet naiset raportoivat vähemmän kipua vulvan alueella ja seksuaalisissa toiminnoissa verrattuna kontrolliryhmään. Näillä tiedoilla ei kuitenkaan voida antaa yleissuositusta akupunktiosta vulvodynian hoidossa. (Bergon ym. 2016.)

6.2. Manuaaliset terapiamuodot

Manuaalisilla hoitomuodoilla on suuri rooli lantionpohjan fysioterapiassa ja vulvodynian hoidossa. Lihas- ja faskiakudoksien erilaisia ongelmaitoja voidaan hoitaa onnistuneesti käyttämällä asianmukaisia hoitomuotoja, kuten pehmytkudosten mobilisointia, faskiakäsittelyä, nivelten manipulaatiota, viskeraalikudoksen tai neuraalikudoksen mobilisointia. Manuaalisten tekniikoiden käyttö ulkoisesti etenkin alaselän, alaraajojen yläosan, vatsan ja lantion alueella voivat auttaa virheasentojen ja liikkuvuuden kanssa, mikä auttaa toimintojen ja rakenteiden kuntoutuksessa. (Hartmann 2010.)

Tiettyjä manuaalisia tekniikoita potilas voi myös itse käyttää kotona fysioterapeutin ohjeistamana, kuten venytyshoitoja sekä pehmytkudoskäsittelyjä. Myös kumppania voi osallistaa hoitoon, mikäli molemmille osapuolille se tuntuu hyvältä. (Sadownik 2014.)

6.2.1 Myofaskiaalinen vapautuminen ja manuaaliset tekniikat

Fysioterapeutti voi manuaalisena terapiana toteuttaa ulkoisesti pehmytkudosmanipulaatiota ja myofaskiaalista triggeripiste käsittelyä, joilla pyritään vähentämään liikerajoituksia kudoksissa, lihaksissa ja hermostossa sekä parantamaan verenkiertoa käsiteltävillä alueilla. Ulkoisten kudoksien

vapauttavan käsittelyn lisäksi transvaginaalinen ja transrektaalinen myofaskiaalinen triggerpistekäsittely auttavat vapauttamaan ja rentouttamaan lantionpohjan lihaksia. (Murina 2011; Bergon ym. 2016; Berghamns 2018.)

Manuaalisia terapiatekniikoita, kuten nivel- ja arpikudoskäsittelyä ja neuromuskulaarista uudelleenoppimista, käytetään vähentämään kudosten kiinnittymistä ja lisäämään lihaskudosta sekä oikeaa kohdistusta luustoon. Tällaisilla manuaalisilla hoidoilla pyritään vaikuttamaan, että nainen pystyy istumaan paikallaan, osallistumaan arjen aktiviteetteihin normaalisti ja seksuaalitoimintojen parantumiseen. (Bergon ym. 2016; Berghamns 2018.)

6.2.2 Desensitisaatio ja dilataatio

Desensitisaatiolla tarkoitetaan vulvodynian hoidossa emättimen ja lantionpohjan lihasten koskettelua, joko sormin tai käyttäen erilaisia seksileluja. Tavoitteena on lisätä lihasten joustavuutta painelemalla ja venyttämällä lantionpohjan lihaksia. Potilasta ohjataan tunnustelemaan lantionpohjan lihaksia itse emättimen kautta. Palpoidessa yleisesti löytyy kipupisteitä, joita painelemalla pyritään kontrolloimaan ja lievittämään kipureaktioita. Tällaisella hoitomuodolla lisätään emättimen eteisen ja lantionpohjan lihasten kosketuksen sitoa ja näin antaa lisää uskallusta ja itsetuntoa potilaalle. (Jernfors ym. 2004; Berzins ym. 2017.) Harjoittelussa kipupisteitä tulisi painaa 30–90 sekuntia, kunnes kiputuntemus on puolittunut alkutilanteesta. Harjoittelua tehdään useamman kuukauden ajan 2–3 kertaa viikossa. (Heiskanen 2020, 190.)

Dilataatiohoidolla tarkoitetaan emättimen laajennushoitoa. Lihasspasmien ja jännittyneiden lantionpohjan lihasten vuoksi emättimen aukko voi pienentyä, mikä puolestaan voi johtaa kipuun ja kipeään penetraatioon. Dilataatiohoidossa käytetään dilataattoria tai dilataattoriputkea emättimen venytykseen. Tavoitteena on hoitaa emättimen ahtautta sekä venyttää lantionpohjan lihaksia, vähentäen spasmia, lihasjännitystä ja penetraation pelkoa. (Sadownik 2014; Bergon ym. 2016; Berghamns 2018.) Dilataatiohoito aloitetaan pienemmistä dilataattoreista edeten asteittain suurempiin. Hoitoa voidaan toteuttaa ei-seksuaalisena sekä seksuaalisessa yhteydessä ja myös yhdessä kumppanin kanssa. (Sadownik 2014.)

7 TERAPEUTTINEN HARJOITTELU

Fysioterapiassa terapeuttisella harjoittelulla tarkoitetaan aktiivisten ja toiminallisten menetelmien käyttöä, jotka perustuvat tutkittuun tietoon. Menetelmien tarkoituksena on jonkin tietyn terveysongelman vähentäminen. Terapeuttisella harjoittelulla pyritään lisäämään tai ylläpitämään asiakkaan toimintakykyä, vähentämään kipua sekä ennaltaehkäisemään erilaisten vammojen ja sairauksien syntyä. (Arokoski 2016; Tarnanen 2022, 23.) Pää tavoitteena on niin sanottujen normaalien kehon toimintojen palautuminen (Tarnanen 2022, 23).

Terapeuttinen harjoittelu käsitetään fysioterapian muodoksi, jolla edistetään mm. motorisia taitoja, kehon hallintaa, kivun hallintakeinoja sekä asiakkaan motivaatiota. Terapeuttinen harjoittelu pitää sisällään aerobisen harjoittelun, lihasvoimaharjoittelun ja venyttely- ja liikkuvuusharjoittelun sekä myös kehontietoisuusharjoittelun, rentoutusmenetelmät ja vuorovaikutukseen vaikuttavat harjoitteet. (Tarnanen 2022, 23.) Harjoittelun voi kohdistaa paikallisesti esimerkiksi tiettyihin lihaksiin tai niveliin. Se voi olla myös yleistä harjoittelua toimintakyvyn edistämiseksi. (Arokoski 2016; Tarnanen 2022, 23.)

Fysioterapiassa lantionpohjan terapeuttinen harjoittelu on muodostanut peruspilarin terapialle. Yhdessä tutkimuksessa verrattiin vulvodyniasta kärsivien naisten lantionpohjan lihaksia kontrolliryhmään, jolla ei esiinny vulvodyniaa. Tutkimus ositti, että naisilla, jotka kärsivät paikallisesta vulvodyniasta, on korkein jännittyneisyys lantionpohjan lihaksissa. Järjestyksessä seuraavana tuli yleistyneestä vulvodyniasta kärsivät ja viimeisenä kontrolliryhmä. Tutkijat ovat päättelleet tulosten perusteella, että kroonisesta lantionpohjan kivusta kärsivät kamppailevat ylijännittyneen lantionpohjan lihaksiston kanssa ja hyötyvät fysioterapiasta. (Loflin ym. 2018.)

Vulvodyniasta kärsiville terapeuttisessa harjoittelussa ohjaus keskittyy lantionalueen ja lantionpohjaa rentouttaviin harjoituksiin, lantionpohjan lihasten tunnistamiseen sekä lihasvoimaa kehittäviin harjoituksiin. Tavoitteena on saada potilaalle käsitys lantionpohjan lihasten jännityksen ja rentoutuksen erosta sekä kyky rentouttaa lantionpohja tiedostamatta sekä tiedostaen. (Bergon 2016.)

7.1. Lantionpohjan tunnistaminen

Ennen lantionpohjan voimaharjoitteluun siirtymistä tulisi ensimmäiseksi opetella tunnistamaan lantionpohjan lihasaktivaatio. Tavoite tunnistamisharjoitteissa on oppia hallitsemaan lantionpohjan lihakset sekä erottamaan jännityksen ja rentoutuksen ero. (Heiskanen ym. 2020, 93; Heinonen 2022.)

Bo (2007) on jakanut tunnistamisen viiteen tasoon. Ensimmäinen taso on ymmärtäminen: potilaan tulee ymmärtää missä lantionpohjan lihakset sijaitsevat ja miten ne toimivat. Toinen taso on etsiminen: potilaan tulee löytää missä lantionpohja sijaitsee. Kolmas taso on löytäminen: potilaan tulee löytää lantionpohjan lihakset ja usein tässä vaiheessa tarvitaan fysioterapeutin apua. Neljäs taso on oppiminen: potilaan tulee oppia tunnistamaan ja supistamaan lantionpohjan lihakset fysioterapian avulla. Viides ja viimeinen taso on kontrolli. Kun potilas on oppinut supistamaan lantionpohjan lihaksia, viidennessä vaiheessa saavutetaan kontrolli jokaisen supistuksen kohdalla. (Bo ym. 2007, 115.)

Tunnistamisharjoitukset aloitetaan helpoista asennoista kuten maaten ja istuen, sen jälkeen edetään hiljalleen haastavampiin asentoihin, kuten seisomaan tai seinäistuntaan. Haastamalla asentoa pyritään siihen, että lantionpohjan lihasten tunnistaminen useassa asennossa ja tilanteessa on mahdollista. Tunnistamisharjoitteiden aikana hengityksellä on tärkeä merkitys ja tulee muistaa hengittää syvään jokaisen harjoitteen aikana. Jos kokee, ettei harjoitteet onnistu, tulee ne lopettaa. (Bo ym. 2007, 115–118; Chalmers 2016; Terveyskylä 2018.)

Alussa tunnistamisen apuna voi käyttää tunnustelua. Sormilla tunnusteltaessa emättimestä, voi tuntea lantionpohjan lihasten supistuksen ja aktivoitumisen. Jos penetraatio aiheuttaa kipua, tunnistamisharjoituksen voi tehdä tunnustelemalla housujen läpi kevyesti emättimen kohdalta. Supistuksen tulisi tuntua tasaiselta. (Terveyskylä 2018; Heinonen 2022; psshp n.d.)

Tunnistaminen aloitetaan supistamalla peräaukkoa kevyesti ja edeten kohti virtsaputkea, ikään kuin pidättämällä ulostetta ja/tai virtsaa. Supistusta on hyvä

pitää 2–5 sekuntia ja sen jälkeen rentouttaa virtsaputken alueelta kohti peräaukkoa. Toistomäärät ovat 5–10 kertaa. Toistomäärät on syytä pitää alkuun maltillisina ja lisätä progressiivisesti tunnistamisen helpotuttua. Pakaroiden, reisien, selän ja vatsalihasten tulisi pysyä rentoina koko harjoituksen ajan. Tunnistamisharjoituksia tulisi tehdä 1–3 kertaa päivässä ja 4–5 päivänä viikossa. (Terveyskylä 2018; Aukee & Palonen 2017; psshp n.d.)

Tunnistamisen apuna voidaan käyttää lisäksi EMG:tä ja biopalautekertoa mitattavan alueen lihasten toiminnasta, lepojännityksestä, aktivoitumisesta, supistuksen ylläpidosta ja palautumisesta. (Heiskanen 2020, 185–186; Chalmers 2016.)

7.2. Lantionpohjan rentouttaminen

Lantionpohjan luonnollisen tonuksen, rentoutumisen löytyminen voi olla osalle potilaista kaikista haastavinta lantionpohjan harjoittelussa (Chalmers 2016; Heiskanen ym. 2020, 93). Kun keho saavuttaa kokonaisvaltaisen rentouden, vapautuu mieli sekä keho jännitteistä ja ahdistuksesta. Rentouden hallitseminen tehostaa lantionpohjan lihasharjoittelua monin tavoin: keskittymiskyky paranee, oikeanlaisen lihasaktivaation oppiminen helpottuu sekä harjoittelun vasteet tehostuvat, koska lihaksisto pystyy rentoutumaan harjoitteiden välissä ja jälkeen. (Heiskanen ym. 2020, 93.)

Lantionpohjan optimaaliseen lihastoimintaan tarvitaan myös inhibitiota eli estämistä. Lantionpohjan inhibition tarkoituksena on lihasten supistumiskäskeytyksen tai -refleksien estäminen. Sen toteutuminen tapahtuu antagonistien aktivoimisella. Lantionpohjan lihasten harjoitteluun voi yhdistää esimerkiksi vatsalihasten tai lonkan harjoittelua osaksi rentouden saavuttamista. Tällä harjoittelutekniikalla voidaan kehittää uusia synaptisia hermoyhteyksiä, toimien jännitystiloja laukaisevina ja näin helpottaen rentoutumista. (Heiskanen ym. 2020, 93.)

Lantionpohjan lihasten kevyiden jännitysrentous –harjoitusten tekeminen vilkastuttaa verenkiertoa, rentouttaa kudoksia ja lisää tietoisuutta lantionpohjan lihaksista (Sadownik 2014; Chalmers 2016; Heiskanen ym. 2020, 185).

Lihassupistusta voi pitää 1–10 sekuntia ja sen jälkeen täysin rentouttaa lantionpohja. (Sadownik 2014). Supistuksen kesto voi lisätä progressiivisesti (Chalmers 2016). Lihakset olisi hyvä pitää rentoina supistuksen jälkeen tuplasti se aika, mitä jännitettiin. (Heinonen 2022). Harjoitusta voi tehdä useita kertoja päivän aikana. Harjoituksen tavoitteena on oppia erottamaan jännityksen ja rentoutumisen ero, sekä kontrolloimaan lihasten aktivoitumista. (Sadownik 2014).

Lantionpohjan lihasten rentouttaminen voi olla myös aktiivista tekemistä, eikä vain tauko lihassupistusten välissä. Aktiivisella rentouttamisella pyritään tuottamaan väljyyden tunnetta lantionpohjaan. Lantionpohjaa voi ajatella yrittävänsä laajentaa sisältä ja keskeltä ulos sekä sivuille päin. (Heiskanen ym. 2020, 185.)

Alkuvaiheen harjoittelu on usein epävarmaa ja siksi olisikin hyvä opetella tunnistamaan, milloin keho ja mieli tarvitsee lepoa. Harjoittelusta on pidettävä taukoa silloin, kun harjoitusten hahmottaminen ei onnistu tai mukaan tulee kompensoivia tai vääriä liikkeitä. Laadukas ja keskittynyt harjoittelu edistää oppimista sekä lihashallinnan kehittymistä. (Heiskanen 2020, 185.)

Muita rentouttamisen keinoja ovat palleahengitys sekä erilaiset venyttävät asennot. Pallea toimii yhteistyössä lantionpohjan kanssa ja palleahengityksen avulla saadaan rentoutettua koko kehoa, helpotettua kipua sekä lisättyä liikettä lantionpohjaan. (NAFC 2018; Terveyskylä 2020.) Palleahengityksen voi yhdistää erilaisiin lantiota sekä lantionpohjaa rentouttaviin ja avaaviin jooga-asentoihin. (NAFC 2018).

7.3. Lantionpohjan voimaharjoittelu

Lantionpohjan lihasten harjoittelun päätavoitteet ovat lihasvoiman lisääminen eri osa-alueilla: maksimi-, nopeus- sekä kestävyysvoima. Lihasvoiman sekä kontrollin parantuessa myös lantionpohjan rentouttaminen helpottuu. (Heiskanen ym. 2020, 185.) Jännittynyt ja kireä lihas on usein myös heikko, joten vulvodyniasta kärsivän olisikin hyvä keskittyä lantionpohjan lihasten rentouttamisen lisäksi myös sen vahvistamiseen. Hyvässä kunnossa olevat

lihakset pystyvät näin toimimaan optimaalisesti jokapäiväisissä toiminnoissa. (Bo ym. 2007, 119–120; Heiskanen ym. 2020, 185.)

Lantionpohjan lihasten harjoittaminen tehostaa lantion alueen verenkiertoa sekä aineenvaihduntaa, joka taas parantaa ihon ja limakalvojen kuntoa, mikä tuo helpotusta mahdolliseen kivuliaaseen penetraatioon (Heiskanen ym. 2020, 185; Korento ry n.d.). Lantionpohjan lihasten harjoittelun avulla kehon aistimiskyky parantuu; potilaan on helpompi oppia tunnistamaan turhaa jännitystä lantionpohjan lihaksissa. Näin myös oman vartalon hallinnan tunne lisääntyy sekä ymmärrys siitä, miten saada jännittyneet lihakset rennoiksi esimerkiksi penetraation aikana. (Heiskanen ym. 2020, 185.)

Lihaskuntoharjoittelussa säännöllisyys ja johdonmukaisuus ovat keskeisiä tekijöitä kehittymisen kannalta. Varsinkin alussa 2–6 kuukauden harjoittelujakso auttaa hahmottamaan oikeat supistusliikkeet. Harjoitusmäärällisesti lihasvoimaharjoittelua tulisi tehdä 1–3 kertaa päivässä, 4–5 päivänä viikossa. Intensiivisen 2–6 kuukauden harjoittelun jälkeen lihasvoimaharjoitukset voivat jatkua osana liikuntaharrastuksia 2–3 kertaa viikossa. Lihaskuntoharjoittelussa tulee huomioida progressiivisuus lisäämällä toistomääriä, supistuksen pituuksia ja siirtymällä haastavimpiin alkuasentoihin. (Aukee ym. 2007; Bo ym. 2007, 126; Heiskanen ym. 2020, 96.)

Voiman lajit

Voimanlajit jaetaan kestovoimaan, maksimivoimaan sekä nopeusvoimaan. Kestovoimaa tarvitaan päivittäisissä toiminnoissa sekä fyysisessä rasituksessa. Kestovoimaharjoittelussa tulee huomioida, että harjoituksen aikana tehtävä supistus on noin puolet maksimaalisesta supistuksesta. Supistuksen kesto on alkuun 10 sekuntia ja palautus vähintään kaksinkertainen aika supistukseen nähden. Toistomäärät on hyvä pitää 5–10 toiston välillä. Progressiivisuutta voidaan toteuttaa lisäämällä supistuksen kestoja ja toistomääriä. Kestovoimaharjoittelu voidaan yhdistää toiminallisiin harjoituksiin, esimerkiksi kävelyyn, jolloin koko liikkeen ajan lantionpohjassa on kevyt supistus. (Terveyskylä 2018; psshp n.d.; Heinonen 2022.)

Maksimivoimaa tarvitaan voimakkaissa ponnistuksissa, kuten nostamisessa. Maksimivoimaharjoittelussa lantionpohjan lihaksia supistetaan voimakkaasti noin viiden sekunnin ajan. Palautus on vähintään kaksinkertainen aika supistukseen nähden. Toistomäärät ovat 5–10 toistoa. Maksimivoimaharjoittelua voi tehdä eri asennoissa sekä yhdistettynä esimerkiksi kuntosaliharjoitteluun ja erilaisiin nostoihin. Lihakset tulisi jännittää aina ennen nostoa ja rentouttaa loppuasennossa. (Terveyskylä 2018; pssh n.d.)

Nopeusvoimaa tarvitaan äkillisissä ponnistuksissa kuten aivastuksissa ja yskiessä. Nopeusharjoittelussa lantionpohjan lihaksia supistetaan nopeasti 10–15 kertaa peräkkäin. Jokaisen supistuksen jälkeen lihakset tulee rentouttaa hetkellisesti 5–10 sekunnin ajan. Myös nopeusvoima voidaan yhdistää toiminnallisuuteen. Lihasten supistamista voi harjoitella nenän niistämisen, yskimisen ja aivastamisen aikana. Lantionpohjan lihakset tulisi jännittää aina ennen yskäisyä tai aivastusta. (Aukee ym. 2017; Terveyskylä 2018; pssh n.d.)

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2021, kun yhdessä työelämäkumppani Terapiaperhonen Oy:n kanssa aiheeksi valikoitui "vulvodynia - omahoito-opas". Aiheesta kiinnostuimme heti, sillä lantionpohjan fysioterapia sekä seksuaalisuus ovat molempia kiinnostavaa fysioterapia-ala, eikä kyseisestä aiheesta juuri koulutuksen aikana ole käsitelty. Halusimme myös, että opinnäytetyö on toiminnallinen ja tuotamme kumppanille jonkin tuotteen, tässä tapauksessa oppaan. Lantionpohjan fysioterapiaa ja vulvodyniaa on käsitelty paljon opinnäytetöissä, mutta terapeuttiseen harjoitteluun suuntaavaa opasta ei ole vielä tässä muodossa tuotettu.

Aiheen valitsemisen jälkeen seuraavana vaiheena oli ideapaperin laatiminen. Ideapaperin laadinnassa kävimme paljon keskustelua mihin suunataan opinnäytetyötä viemme. Muodostimme ajatuskartan meitä kiinnostavista suunnista, joista myöhemmin muodostui ideapaperi sekä lopullinen opinnäytetyösuunnitelma. Pitkin opinnäytetyöprosessia opinnäytetyön suunta oli hieman hukassa. Syksyn 2021 opinnäytetyöseminaarissa saimme palautetta aiheesta, jonka jälkeen suunnaksi valikoitui vulvodynia ja terapeuttinen harjoittelu. Kävimme myös keskustelua työelämäkumppanin kanssa ja heidän suunnaltaan terapeuttiseen harjoitteluun suuntautuva opas oli hyvä idea. Palaverissa määrittelimme alustavaa aikataulua projektille sekä sovimme muista opinnäytetyöhön liittyvistä seikoista. Syksyn 2021 aikana teimme opinnäytetyön tekemiseen valmistava tehtäviä liittyen erilaisiin opinnäytetyön tekemistä ohjaaviin tekijöihin, kuten tiedonkeruuseen ja tutkimusmenetelmiin. Marraskuussa 2021 osallistuimme opinnäytetyöseminaariin parannellun ideapaperin kanssa.

Varsinaisen opinnäytetyön kirjoittaminen aloitettiin 2022 tammikuussa. Suoritimme systemaattisen tiedonhaun tammikuussa ja valitsimme opinnäytetyössä käytettävät tutkimukset. Kirjallinen osuus lähdettiin rakentamaan niin, että kirjoitusvastuu jaettiin puoliksi. Kevään aikana opinnäytetyötä kirjoitettiin fysioterapiaopintoihin kuuluvien harjoitteluiden ohella. Toukokuussa 2022 opinnäytetyöseminaarissa esittelimme sen hetkisen

tuotoksen ja saimme paljon ohjausta ja parannusehdotuksia tuotokseen. Oppaan tarkempi suunnittelu aloitettiin heinäkuussa ja toteutus tapahtui elokuun aikana.

Elokuun 2022 alussa osallistuimme viimeiseen opinnäytetyöseminaariin ja saimme viimeiset korjaus- ja lisäysehdotukset työllemme. Elokuun alkupuolella oppaaseen kuuluvat kuvat kuvattiin sekä muokattiin. Alustava luonnos muodostui ja esiteltiin työelämäkumppanille, mikäli jotain muutoksia oli vielä tarpeen tehdä. Lisäksi kommentteja pyydettiin tuttavapiiriltämme, jotta saamme palautetta ja parannusehdotuksia fysioterapia-alan ulkopuolisilta henkilöiltä. Luonnokseen suoritettiin työelämäkumppanin ehdottamat muutokset ja lopullinen opas muodostettiin. Raportti ja opas viimeisteltiin elokuun aikana ja palautimme opinnäytetyön arvioitavaksi elokuun 2022 lopussa aikataulun mukaisesti.

8.1. Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme toteutuu toiminnallisena opinnäytetyönä. Meidän opinnäytetyöaiheemme valikoitui toimeksiantajan toiveen perusteella sekä fysioterapiakenttien tarpeeseen terapeuttisen harjoittelun oppaasta. Myös omien kokemusten perusteella tarve on oppaalle, joka antaa konkreettisia ohjeita painottuen terapeuttiseen harjoitteluun. Toiminnallisen opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Terapiaperhonen Oy ja yhteyshenkilömme opinnäytetyössä oli fysioterapeutti Riina Heinonen.

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämän kehittämistyö, jonka tavoitteena on ohjeistaa, järjestää, kehittää tai järjeistää käytännön toimintaa. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää jonkin konkreettisen tuotteen kirjoitetun raportin lisäksi. Konkreettinen tuote voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohjeistus, opas tai tapahtuma. Opinnäytetyön raportissa eli kirjallisessa osuudessa kerrotaan opinnäytetyön tekemisestä mitä, miten ja miksi on tehty. Raportissa tulee myös ilmi, millainen työskentelyprosessi on ollut. Opinnäytetyön kirjoittajat lisäksi arvioivat opinnäytetyön onnistumista koko prosessin ajalta, niin valmiin tuotteen, sekä oman oppimisen kannalta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51, 65.)

Sosiaali- ja terveysalalla toiminnallisen opinnäytetyön tuotteen tulee edistää opiskeltavan alan tavoitteita ja noudattaa eettisiä ohjeita. Tuotetta kehittäessä täytyy huomioida kohderyhmä ja sen erityispiirteet. Alan tuote voi olla jonkinlainen materiaali, palvelu tai näiden kahden yhdistelmä. Tuotteille ominaista on, että tuote tuotetaan ja hankitaan edistämään terveyttä, hyvinvointia ja elämänhallintaa. (Jämsä & Manninen 2000, 13–15.)

8.2. Hyvän oppaan piirteitä

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotoksena voi olla esimerkiksi opas, jolloin on syytä tarkastella hyvän oppaan piirteitä. Opasta muodostaessa tulee kiinnittää huomio, kenelle opas on suunnattu ja kenelle olet kirjoittamassa. Hyvä opas puhuttelee heti potilasta ja tekstistä ymmärtää heti, että opas on suunnattu potilaan käyttöön. Jo oppaan ensimmäisen lauseen tulisi kertoa mistä on kyse. Suoralla puhuttelulla ei kumminkaan tarkoiteta käskytystä tai epäkohteliasta sävyä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–40.)

Ohjeita muodostaessa tulee käyttää suorien määräysten ja käskyjen sijaan perusteluja ja selityksiä. Ohjeiden tärkeyttä voidaan ilmaista sekä perille menoa tehosta perustelemalla ja selittämällä, miksi esitetyt toimintamallit ovat suotuisia ja mitä haittaa voi olla, jos tekee toisin. Perustelut ja selitykset luovat potilaalle luottamusta oppaan tuottamaa tahoja kohtaa, kun ohjeita ei tarvitse seurata sokeasti. (Torkkola ym. 2002, 36–38.)

Toimivassa oppaassa rakenne on johdonmukainen ja selkeä. Pääotsikko on tärkeä osa opasta, sillä se kertoo oppaan aiheen ja herättää lukijan mielenkiinnon. Pääotsikon lisäksi väliotsikot ovat tärkeä osa opasta. Kuten pääotsikko, myös väliotsikko tiivistää alakohdan oleellisimman asian. Niillä pystytään jakamaan oppaan sisältöä sopiviin paloihin ja ne auttavat lukijaa käymään oppaan läpi. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Kielellisesti oppaan tekstin tulee olla ymmärrettävää ja helposti luettavaa. Yhdessä kappaleessa tulisi käsitellä yksi asia. Lääketieteellistä sanastoa tai slangikieltä tulee välttää. Tekstin on hyvä olla havainnollistavaa yleiskieltä

ymmärrettävyyden ja asiallisuuden vuoksi. Ulkoasullisesti kirjaisinkoolla, fontilla ja rivivälillä voi vaikuttaa oppaan selkeyteen. (Torkkola ym. 2002, 42–59.)

Kuvien ja muiden visuaalisten elementtien käyttö ovat olennainen osa opasta. Huolellisesti suunniteltu ja toteutettu kuvitus lisäävät mielenkiintoa, luettavuutta ja auttaa ymmärtämään tekstin sisältöä. (Torkkola ym. 2002, 40–42.)

Sähköinen opas on hyvä muoto oppaalle, sillä sen jakaminen eteenpäin sekä muokkaaminen tiedon lisääntyessä tai muuttuessa on helppoa. Sähköinen opas oikeaan muotoon tallennettuna on myös mahdollista tulostaa paperisena versiona. (Torkkola ym. 2002, 60–61.)

8.3. Opasmateriaali

Oppaan tekeminen aloitettiin ideoimalla työelämäkumppanin kanssa yhdessä, millainen sisältö olisi tarpeen. Työelämäkumppani toivoi opasta PDF-muodossa jaettavaksi ja tarpeen mukaan tulostettavaksi. Lisäksi toiveena oli kuvalliset sekä sanalliset ohjeet liikkeille. Oppaan tekoa ohjasi tutkimuskysymys: ”millainen on hyvä opas?” sekä kappale ”hyvän oppaan piirteet”.

Oppaan tietopohjana on kirjallisessa raportissa käsitelty teoretieto. Oppaan sisällössä asia on rajattu niin, että anatomiasta sekä vulvodynian fysiologiasta esittelemme pääpiirteet, mutta sisällön pääpaino on fysioterapiassa ja etenkin terapeuttisessa harjoittelussa. Harjoitusten tavoitteet ja tarkoitukset ovat eritelty kappaleittain tunnistamiseen, rentouttamiseen ja lihasvoimaharjoitteluun. Loppuun listasimme ohjeita arjessa hyödynnettävään itsehoitoon. Sisältö pyrittiin pitämään yksinkertaisena ja selkeänä.

Harjoitukset valitsimme oppaaseen kirjallisen raportin Terapeuttinen harjoittelu kappaleen mukaan. Harjoituksia valitessamme pyrimme valitsemaan yksinkertaisia liikkeitä, joissa progressiivinen eteneminen on mahdollista ja liikkeet ovat soveltuvia sekä vasta-alkajalle, kuin enemmän lantionpohjaa harjoittaneelle. Liikepankkia muodostaessa hyödynsimme omaa kokemusta lantionpohjan harjoittelusta sekä sovellettiin hankitun tutkimustiedon pohjalta.

Oppaan ulkoasu haluttiin pitää yksinkertaisena ja kauniina. Sommittelu pyrittiin pitämään yhtenäisenä, jotta kuvat ja teksti tukevat toisiaan. Opas suunniteltiin ja tehtiin käyttäen Canva Pro -työkalua.

8.4. Eettisyys

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä sovelletaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisiä ohjeita. Edellytyksenä opinnäytetyölle on, että työ on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Eettisyyden takaamiseksi noudatamme rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta opinnäytetyötä tehtäessä. Opinnäytetyössä sovellamme eettisesti kestäviä tiedonhankinta- sekä arviointimenetelmiä, huomioimme muiden tutkijoiden työt, kunnioitamme heidän työtään antaen sille kuuluvan arvon omassa opinnäytetyössämme. (Tampereen korkeakouluyhteisö 2022) Opinnäytetyössä noudatamme Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin oppaan ohjeita (Tampereen ammattikorkeakoulu 2022).

Opinnäytetyömme ei sisällä tutkimushenkilöitä, kyselykaavakkeita tai materiaalia ulkopuolisista henkilöistä eikä näin ollen tietosuojan alla pidettävää materiaalia. Oppaan kuvissa esiinnyimme me itse.

8.5. Tutkimustiedon keruu

Tiedonhakuprosessi toteutettiin tammikuussa 2022. Haun teimme EBSCO Medline ja PubMed -tietokannoissa. Hakusanoina käytimme: "vulvodynia" AND "physiotherapy" OR "vulvodynia" AND "physical therapy". Hakusanoilla EBSCO antoi 108 tulosta ja PubMed 141 tulosta. Lisärajoituksia teimme julkaisuajankohdassa, vuodet 2012–2021 sekä vapaan saatavuuden mukaan, free full text. Rajausten jälkeen EBSCO antoi 8 tulosta ja PubMed 21 tulosta. Tämän jälkeen poistimme kaksoiskappaleet ja yhteensä tuloksia jäi 27 kappaletta. Näistä valikoitui abstraktien perusteella 6 kappaletta.

Näiden tutkimusten lisäksi teimme manuaalista tiedonhakua aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä Medline (ebSCO), Cinahl (ebSCO), Google Scholar, Andor,

Google ja Medic -tietokannoista. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme muun muassa "vulvodynia", "vestibulodynia", "vulvar pain", "vulvodynia treatment", "vestibulodynia treatment", "physiotherapy", "physical therapy", "rehabilitation", "pelvic floor", "women pelvic floor anatomy", "pelvic floor" "pelvic floor muscle", "pelvic floor fascia", "pelvic floor strength training" sekä suomeksi "vulvodynia", "lantionpohja" ja "fysioterapia". Kieleksi rajasimme suomen sekä englannin. Pyrimme valikoimaan tuoreimmat julkaisut, jotka olivat meille saatavilla.

9 POHDINTA

Tässä pääluvussa esittelemme johtopäätöksen opinnäytetyön raportista sekä kehittämisehdotuksia jatkotöille. Lisäksi refleктоimme omaa prosessia ja oppimista.

Tutkimusten perusteella lantionpohjan fysioterapiasta on B-asteen näyttöä vulvodynian hoidossa. Parhaat tulokset fysioterapiassa on saatu terapeuttisen harjoittelun ja erilaisten venytyshoitojen osalta. Muista fysikaalisista ja manuaalisista terapiamuodoista voi olla hyötyä vulvodynian hoidossa, mutta tutkimustietoa vaadittaisiin enemmän, jotta näitä hoitomuotoja voitaisiin vakiinnuttaa fysioterapeuttisessa hoidossa. Suurin osa tutkimuksista on tehty pienelle ryhmälle, jossa kontrolli- ja verrokkiryhmien koot ovat olleet alle 200 henkilöä. Laajemmilla tutkimuksilla voitaisiin saada enemmän ja luotettavampaa tietoa fysioterapeuttisista keinoista ja niiden hyödyistä vulvodynian hoidossa.

Vulvodynia oireyhtymänä ja sen oirekuva on niin monimuotoinen, että lisätutkimukset fysiologiasta ja etiologiasta toisivat tärkeää lisätietoa. Parempi ymmärrys syntyperästä ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn voisi tehdä hoidosta tarkempaa ja yksilöllisempää.

Fysioterapian näkökulmasta jatkotutkimusehdotuksena voisi olla psykofyysisen fysioterapian hyödyntäminen yhdistettynä terapeuttiseen harjoitteluun lantionpohjan toimintahäiriöiden hoidossa. Tiedonlisäämisellä sekä potilaan minäpystyvyyden korostamisella on ollut positiivisia vaikutuksia kiputilojen hoidossa. Saataisiinko psykofyysisen fysioterapian ja terapeuttisen harjoittelun yhdistelmällä mahdollisesti parempia sekä pysyvämpiä tuloksia hoidossa.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin tiedonhakuprosessilla yhdessä, jonka jälkeen kirjoitusvastuuta jaettiin melko tasaisesti koko työn läpi. Kevään 2022 työharjoittelut katkaisivat työn tekemistä sekä kirjoitusprosessia. Työharjoitteluiden ohessa saimme työtä edistettyä hieman, mutta pääasiallisesti kirjoitusprosessi jäi kesälle. Aikataulullisesti olimme kevään ja kesän ajan hieman jäljessä koko ajan. Kesän lopussa saimme hyvin aikaa panostaa työhön ja kirjoitusprosessi eteni erittäin sujuvasti, jonka ansioista saimme hyvin aikaa

viimeistellä työtä. Aikataulutuksen suhteen olisi voinut suunnitella prosessia tarkemmin.

Raportin kirjoittaminen oli ajoittain melko vaikeaa, sillä tutkimustiedossa sekä kirjallisuudessa oli hyvinkin ristiriitaista tietoa. Etenkin fysioterapiamenetelmien välillä oli suuria eroavaisuuksia tutkimuksissa, mikä lisäsi omaa hämmennystä asiasta. Jouduimme paljon pohtimaan tiettyjen tutkimusten luotettavuutta ja eettisyyttä kirjoitusprosessin aikana ja osan näistä hylkäsimme kokonaan. Kaikki tutkimustieto mitä on valittu mukaan, on harkittu tarkkaan. Myös anatomia on erittäin tulkinnan varaista. Lihasten kiinnitys- ja lähtökohdat voivat erota toisistaan eri lähteissä sekä toisen lähteen mukaan jokin tietty lihas voi puuttua naiselta kokonaan, mikä toisessa lähteessä on merkitty. Näin ollen olemme soveltaneet ja yhdistäneet lukemaamme tietoa kirjallisessa raportissa. Tietoa aiheesta löytyi siis paljon, mutta ristiriitaisuutta ilmeni huomattavasti.

Oppaasta halusimme luoda mahdollisimman selkeän niin visuaalisesti kuin sisällöllisesti. Mielestämme oppaan muodostamisessa onnistuimme erittäin hyvin. Työstäessä opasta pyysimme paljon palautetta ja parannusehdotuksia niin toimeksiantajalta, vertaisarvioijilta sekä molempien tekijöiden tuttavapiireiltä. Palaute oli ensiarvoisen tärkeää, jotta ohjeistus oppaassa olisi mahdollisimman selkeä ja todenmukainen. Oppaan kuvat otimme ja muokkasimme itse. Kuvat onnistuivat hyvin. Oppaan muodostamisprosessi oli meille mieluinen, sillä saimme hyvin vapaasti itse suunnitella ja toteuttaa sisällön ja pääsimme toteuttamaan omaa luovuutta. Opasprosessi antoi paljon oppia, kun ohjeet piti pystyä tiivistämään 2–4 lauseeseen selkeästi ja ymmärrettävästi.

Opinnäytetyön aiheesta kiinnostuimme heti työelämäkumppanin ehdotettua aihetta. Syitä oli monia, joista yksi oli sen vähäinen läpikäyminen koulutuksen aikana. Opinnäytetyön aikana saimme laajasti lisää tietoa lantionpohjan fysioterapiasta sekä vulvodyniasta itsestään. Opimme paljon erilaisista keinoista vulvodynian hoidossa ja lantionpohjan fysioterapiasta. Työn myötä paneuduimme myös syvemmin lantionpohjan anatomiaan ja fysiologiaan. Opinnäytetyön myötä ymmärrys lantionpohjan toimintahäiriöiden hoidon ja etenkin lantionpohjan fysioterapian tärkeydestä kasvoi suuresti. Sekä se, että

ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus ja se tulisi aina ottaa huomioon lantionpohjan toimintahäiriöiden hoidossa.

LÄHTEET

Aalto, A. 2020. Vulvodynia – Etiology, therapeutic options and impact on quality of life. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta. Tampereen Yliopistollinen sairaala. Naistenklinikka. Viitattu 20.5.2022.

Aukee, P & Palonen, P. 2017. Lantionpohjan lihasten harjoitteluohje. Viitattu 15.8.2022. <https://www.kaypahoito.fi/nix00565>

Arokoski, J. 2016. Mitä on terapeuttinen harjoittelu? Käypähoito Duodecim. Viitattu 11.7.2022. https://www.kaypahoito.fi/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/terap_harj_2016.pdf

Asensio-Semper, J., De Andres, J., Fabregat-Cid, G., Minguez, A. Monsalve Dolz, V., Sanchis-Lopez, N., Villaneuva-Perez, V. 2016. Vulvodynia – Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. World Institute of Pain. Pain Practice. 16 (2). 204–236. Viitattu 19.2.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI [10.1111/papr.12274](https://doi.org/10.1111/papr.12274)

Baramée, P., Muro, S., Suriyut, J., Harada, M. & Akita, K. 2020. Three muscle slings of the pelvic floor: an anatomic study. Anatomical Science International 95. 47-53. Viitattu 10.8.2022. DOI: [10.1007/s12565-019-00492-4](https://doi.org/10.1007/s12565-019-00492-4)

Berghamns, B. 2018. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. International urogynecology journal. 29(5). 631–638. Viitattu 20.5.2022. DOI: [10.1007/s00192-017-3536-8](https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8)

Bergon, S. Brown, C. Goldstein, A. T. Kellog-Spadt, S. Pukall, C. F. Stein, A. 2016. Vulvodynia: Assessment and treatment. The journal of sexual medicine. 2016. 13. 572–590. Viitattu 19.1.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.01.020

Berzins, K. Henzell, H. Langford, J. 2017 Provoked vestibulodynia: current perspectives. International journal of Women’s Health. 631–642. Viitattu 13.1.2022. DOI: [10.2147/IJWH.S113416](https://doi.org/10.2147/IJWH.S113416)

Bo, K. Berghamns, B. Morkved, S. Van Kampen, M. 2007. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Edinburgh: Churchill Livingstone Viitattu 16.8.2022.

Chalmers, K. J. 2016. The role of physiotherapy in the management of vulvodynia. New Zealand Journal of Physiotherapy. 44. 121. Viitattu 15.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.15619/nzjp/44.3.01

Crouss, T., Jia, X., Rana, N., Whitmore, K. 2019. Gynecological associated disorders and management. International Journal of Urology. 26. 46–51. Viitattu 11.1.2022. DOI: 10.1111/iju.13974

DeLancey, J. 2022. Lies, damned lies, and pelvic floor illustration: Confused about pelvic floor anatomy? You are not alone. *International Urogynecology Journal*. 33. 453-457. Viitattu 15.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1007/s00192-022-05087-8

Donders, G., Bellen, G. 2012. Cream with cutaneous fibroblast lysate for the treatment of provoked vestibulodynia – A double-blind randomized placebo-controlled crossover study. *Journal of genital tract disease*. October 2012. Volume 16. 427–436. Viitattu 20.5.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1097/LGT.0b013e31825a2274

Farage, M & Maibach, H. 2006. *The vulva – Anatomy, physiology, and pathology*. Informa healthcare USA. New York. 2–6. Viitattu 12.8.2022.

Gilroy, A., MacPherson, B. 2017. *Atlas of Anatomy*. Stuttgart. Thieme. 228–239. Viitattu 16.8.2022.

Hankonen, R. 2021. Salaperäistä särkyä - Vulvodynia vaurioittaa seksuaalielämää, mieltä ja parisuhdetta. *Tehy*. 1/2021. 52–53. Viitattu 11.1.2022.

Harlow, B. L. Klann, A. M. Rosenberg, J. Parker, S. E. wang, T. 2020. Exploring hygienic behaviors and vulvodynia. Viitattu 19.1.2022. DOI: 10.1097/LGT.0000000000000477

Hartmann, Dee. 2010. Chronic vulvar pain from a physical therapy perspective. *Dermatologic Therapy*. 23 (5). 505–513. Viitattu 10.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: [10.1111/j.1529-8019.2010.01353.x](https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01353.x)

Heinonen, R. Fysioterapeutti. Haastattelu. 9.8.2022. Teams-keskustelu. Viitattu 16.8.2022.

Heiskanen, J., Jernfors, V., Parantainen, A. 2020. *Lantionpohjan fysioterapia*. Lahti. VK-Kustannus Oy. 52–72, 92–96, 167–196. Viitattu 16.8.2022.

Hoffstetter, S. Shah, M. 2015. *Vulvodynia*. Saint Louis University. Missouri. *Clinical obstetrics and gynecology*. 58. 536–545. Viitattu 19.1.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000134

Jernfors, V., Rekonen, S., Paavonen, J. 2004. Fysioterapia yhdyntäkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. *Lääkärilehti*. 20. vsk 59. 2141–2144. Viitattu 18.1.2022.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/fysioterapia-yhdyntakipua-aiheuttavan-vulvan-vestibuliittioireyhtymän-hoidossa/>

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. 1. painos. Helsinki: Tammi. Viitattu 10.8.2022.

Korento ry. N.d. *Vulvodynian oireet*. Viitattu 16.8.2022. <https://korento.fi/tietoa/vulvodynia/oireet/>

Loflin, J.B. Westmoreland, K & Williams, N.T. 2018. Vulvodynia: A review of the Literature. Journal of pharmacy Technology. Viitattu 20.5.2022. DOI: [10.1177/8755122518793256](https://doi.org/10.1177/8755122518793256)

Metts, J. 1999. Vulvodynia ans Vulvar Vestibulitis: Challenge in Diagnosis and Management. University of California. School of Medicine. Viitattu 13.1.2022. <https://www.aafp.org/afp/1999/0315/p1547.html>

Murina, F. & Graziottin, A. 2011. Clinical Management of Vulvodynia Tips and Tricks. Milano: Springer Milan. Viitattu 16.8.2022.

Murina, F. & Bianco, V. & Radici, G. & Felice, R. & Di Martino, M. & Nicolini, U. 2008. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 115 (9). 1165–1170. Viitattu 10.8.2022. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01803.x

Mäkelä-Kaikkonen, J & Karjalainen, P. 2021. Lantionpohjan toimintahäiriöt ovat yleisiä. Lääkärilehti. 49. Vsk 76. 2951–2957. Viitattu 3.8.2022. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lantionpohjan-toimintahairiot-ovat-yleisia/>

NAFC. 2018. How to relax your pelvic floor. National association for incontinence. Be Health blog. Viitattu 15.8.2022. <https://www.nafc.org/bhealth-blog/how-to-relax-your-pelvic-floor>

Nohales-Alfonso, F., Torres-Cueco, R. 2021. Vulvodynia – It's time to accept a new understanding from a neurobiological perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health. 18, 6639. Viitattu 10.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.3390/ijerph18126639

Oiseth, S. Jones, L. Maza, E. 2022. Spinal cord: anatomy. Lecturio. Viitattu 17.8.2022. <https://www.lecturio.com/concepts/spinal-cord/>

Paavonen, J. 2013. Vulvodynia. Lääkärilehti. 7. vsk 68. 487–490. Viitattu 10.8.2022. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vulvodynia/>

Pelvic Girdle. 2018. Visible Body. Human Anatomy Atlas. Argosy Publishing. Viitattu 16.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden. <http://ovid.visiblebody.com>

Psshp. Nd. Lantionpohjan lihasharjoittelu. Viitattu 15.8.2022. <https://www.psshp.fi/lantionpohjan-lihasharjoittelu>

Roch, M., Gaudreault, N., Cyr, M-P., Venne, G., Bureau, N.J., Morin, M., 2021. The female pelvic floor fascia anatomy: A systematic search and review. Life. 11. 900. Viitattu 11.08.2021. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: [10.3390/life11090900](https://doi.org/10.3390/life11090900)

Sadownik, L. A. 2014. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. International journal of women's health, 6, 437. Viitattu 10.8.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014358/>

Stewart, G. E. 2021. Diagnosis and management of generalized vulvodynia. 2004, 4 (3) Viitattu 18.1.2022.

<https://www.practicalpainmanagement.com/pain/other/abdominal-pelvis/diagnosis-management-generalized-vulvodynia>

Strashilov, S., Vasileva, P., Yordanov, A. 2020. Aetiology, diagnosis and clinical management of vulvodynia. Przeglad menopauzalny = Menopause review. Vol. 19 (1). 44–48. Viitattu 18.1.2022. Vaatii käyttöoikeuden. DOI:

[10.5114/pm.2020.95337](https://doi.org/10.5114/pm.2020.95337)

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2022. Opinnäytetyön raportointiohjeet - Kirjallisen raportoinnin ohje. Viitattu 16.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://intra.tuni.fi/fi/opiskelu/opiskelu-0/opinnaytetyot/opinnaytetyon-raportointiohjeet-kirjallisen-raportoinnin-opas>

Tampereen korkeakoulu yhteisö. 2022. Opinnäytetyö - Ohje opiskelijalle. Viitattu 16.8.2022. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.tuni.fi/fi/opiskelijan-opas/kasikirja/tamk/opiskelu-0/opinnaytetyot/opinnaytetyo-ohje-opiskelijalle-tamk>

Tarnanen, S. 2022. Harjoittelu ja TULE-terveys. 1. painos. VK-Kustannus Oy. Lahti. 23. Viitattu 11.8.2022.

Tiitinen, A. 2021. Vulvodynia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.1.2022.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00650>

Telfer, N & McWeeney, C. What is the clitoris? And where is it? Viitattu 12.8.2022.

<https://helloclue.com/articles/cycle-a-z/what-is-the-clitoris>

Terapiaperhonen. N.d. Lantionpohjan fysioterapia. Viitattu 16.8.2022.

<https://terapiaperhonen.com/lantionpohjan-fysioterapia/>

Terveyskylä. 2018. Lantionpohjan lihasten vahvistaminen. Viitattu 15.8.2022.

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/lantionpohjan-ongelmat/lantionpohjan-lihasten-harjoitteluopas/lantionpohjan-lihasten-vahvistaminen>

Terveyskylä. 2020. Miten voin helpottaa lantionpohjan lihasten jännittyneisyyttä? Kuntoutumistalo. Viitattu 15.8.2022.

<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/lantionpohjan-ongelmat/lantionpohjan-lihasten-j%C3%A4nnityksen-kuntoutusopas/miten-voin-helpottaa-lantionpohjan-lihasten-j%C3%A4nnittyneisyytt%C3%A4>

Tommola, P. 2017. Etiopathogenesis and treatment of localized provoked vulvodynia. Väitöskirja. Helsingin yliopisto & Helsingin yliopistollinen sairaala. Naistentautien ja gynekologian osasto. Viitattu 16.8.2022.

Tommola, P. 2018. Ulkosynnyttimen kiputilat. Lääkärikirja Duodecim. no. 9. s. 927–935. Viitattu 13.1.2022.

Torkkola, T., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi - Opas potilasohjeen tekijöille. Tammer-paino Oy. Tampere. Viitattu 12.8.2022.

Ventegodt, S. 2020. New trends in the treatment of vulvodynia and other chronic female disorders: A review. *Journal of Pain Management*. 13 (1). 19–25. Viitattu 19.1.2022. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://libproxy.tuni.fi/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/new-trends-treatment-vulvodynia-other-chronic/docview/2471518793/se-2>

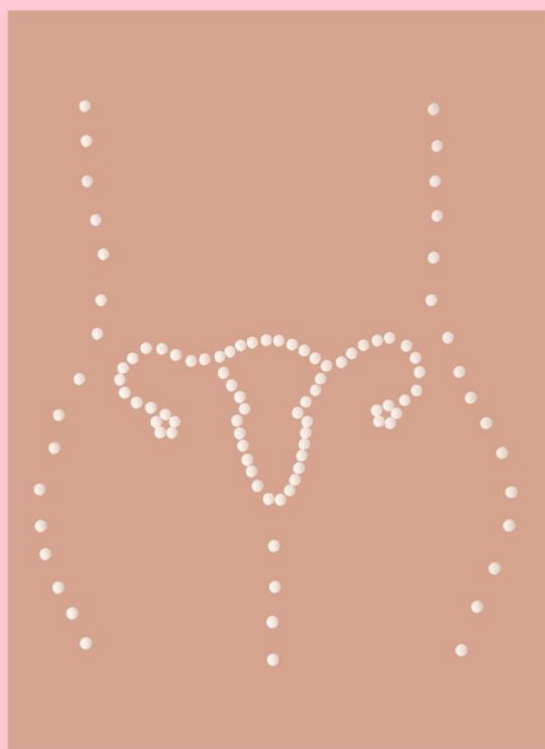
Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi. Viitattu 10.8.2022.

LIITTEET

Liite 1. Vulvodynia – Opas kotiharjoitteluun

VULVODYNIA

Opas kotiharjoitteluun



Terapiaperhonen 

Sisällysluettelo

1. Aluksi
2. Vulvodynia - mitä se on?
3. Lantionpohjan anatomia
4. Lantionpohjan harjoittaminen
5. Lantionpohjan lihasten tunnistaminen
6. Lantionpohjan rentouttaminen
7. Lihasvoimaharjoittelu
8. Arkielämään yhdistettäviä harjoituksia
9. Omahoito

I. Aluksi

Lantionpohjan ja ulkosynnyttimien kiputilat ovat yleisiä vaivoja kaikenikäisillä naisilla. Jopa kolmasosa naisista kärsii lantionpohjan ongelmista.

Tämä opas on muodostettu vulvodyniasta kärsivien harjoittelun avuksi sekä ennaltaehkäisemään kiputiloja. Oppaan harjoitteet sopivat kaikentasoisille, niin ensimmäistä kertaa lantionpohjaa harjoittavalle kuin kokeneemmallekin tekijälle.

Opas on tehty osana opinnäytetyötä ja yhteistyössä lantionpohjan fysioterpiaan erikoistuneen Terapiaperhonen Oy:n kanssa.

Mikäli kaipaat henkilökohtaisempaa ohjausta tai neuvontaa, otathan yhteyttä lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneeseen terapeuttiin.

Terapiaperhonen 

2. Vulvodynia - mitä se on?

Jopa 18% naisista
kärsii jossain vaiheessa
elämänsä aikana.

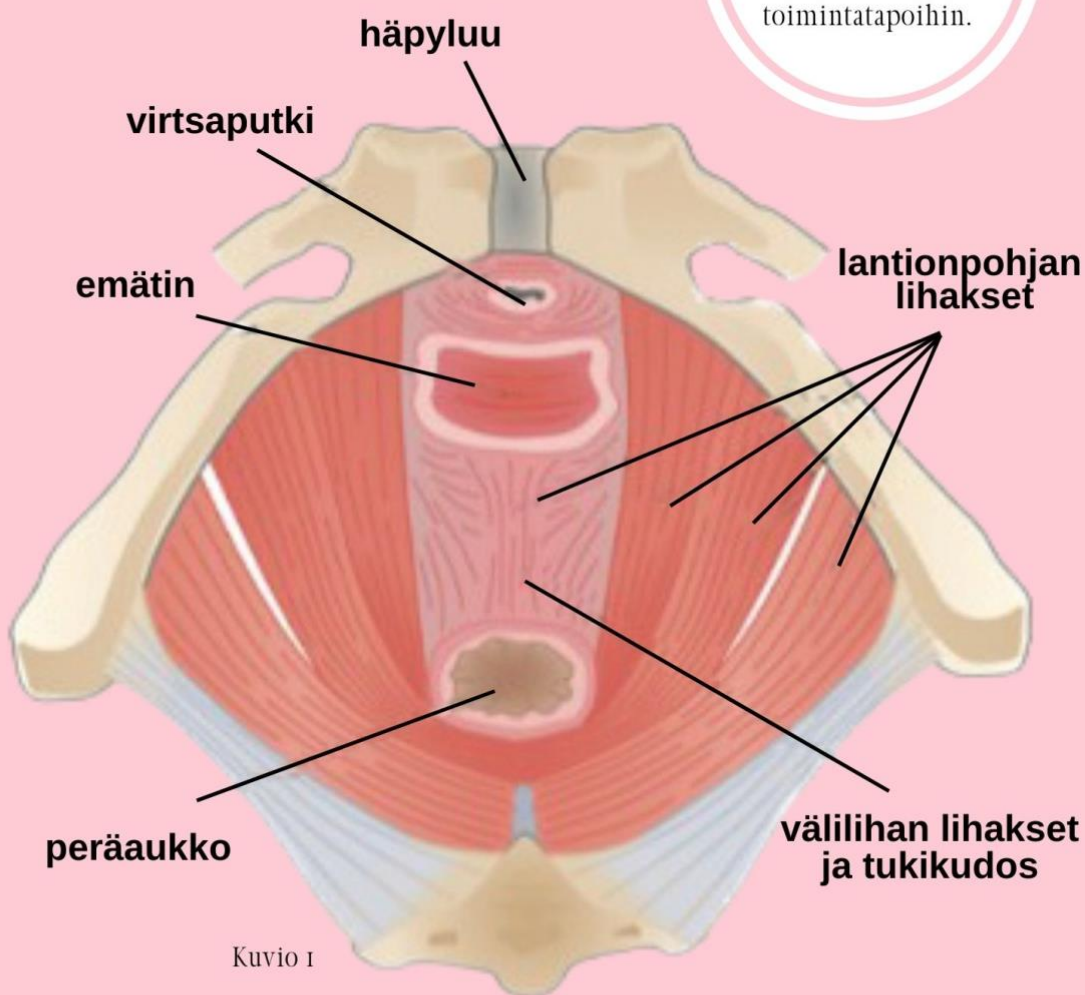
Oireet ovat hyvin
yksillöllisiä.

- Vulvodynia on häpyalueen ja ulkosynnyttimien kiputila.
- Yleisin yhdyntäkipujen aiheuttaja.
- Oireita voivat olla mm. polttelu, pistely, arkuus ja kutina ulkosynnyttimien alueella sekä seksiin liittyvät ongelmat, kuten yhdyntäkivut.
- Lantionpohjan jännitystila.
- Tarkka syy vaivan syntymiselle ei ole tiedossa. Se voi olla monen tekijän summa.

Vulvodynian hoito on moniammatillista. Hoidossa voi olla mukana gynekologi, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti ja psykoterapeutti.

3. Lantionpohjan anatomia

Vaikuttaa koko kehon asentoon, toimintakykyyn sekä toimintatapoihin.

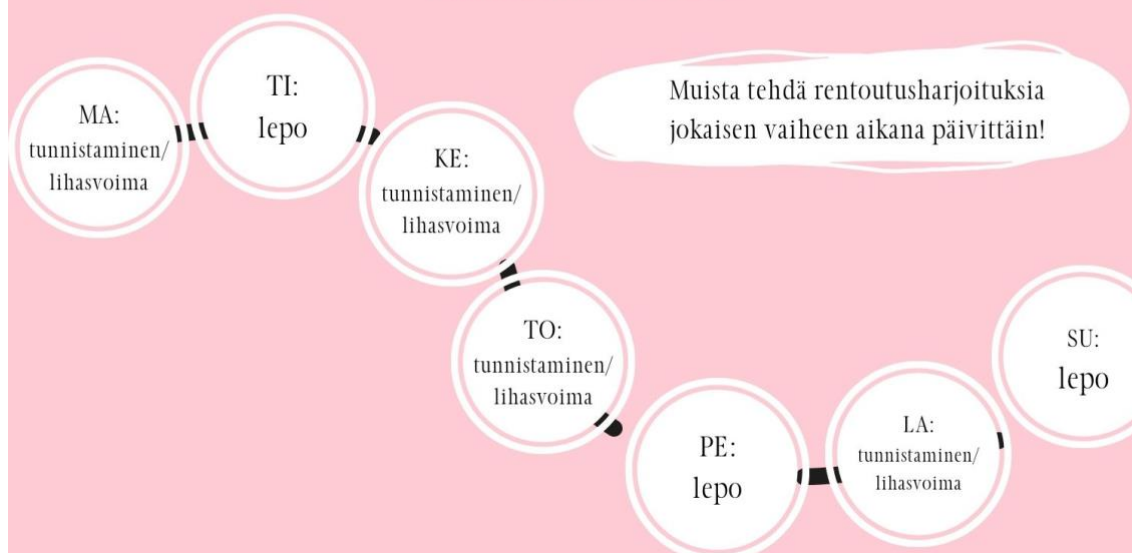


Lantionpohjan lihaksisto kannattelee ja tukee sisäelimiä, osallistuu virtsaamisen ja ulostamisen säätelyyn sekä huolehtii sujuvista seksuaalitoiminnoista.

4. Lantionpohjan harjoittaminen

- Lantionpohjan lihasten harjoittelu aloitetaan lihasten tunnistamisella ja rentouttamisella.
- Lihasvoimaharjoituksiin voi siirtyä vasta, kun lihasten tunnistaminen ja rentouttaminen onnistuu.
- Lantionpohjan rentouttaminen jatkuu jokaisen kuntoutusvaiheen läpi.
- Alkuun harjoituksia voit toistaa 1-3 kertaa päivässä, pidä kuitenkin vähintään kaksi lepopäivää viikossa.
- Kun hallitset lantionpohjan lihakset, jatka harjoittelua osana liikuntaharrastuksiasi 2-3 kertaa viikossa.

Esimerkkiviikko:



5. Lantionpohjan tunnistaminen

Lantionpohjan lihasten tunnustelu sormin



- Voit aloittaa lantionpohjan tunnistamisen testaamalla lantionpohjan lihasvoimiasi tunnustelemalla sormin emättimestä.
- Supista lihaksia sormiasi vasten. Supistus on tyydyttävä, kun supistus on tasainen.
- Jos penetraatio on kivulias, harjoituksen voi tehdä tunnustelemalla kevyesti housujen läpi emättimen kohdalta.

Lantionpohjan lihasten tunnistamisharjoitus



- Valitse asento, jossa sinun on helpoin tunnistaa lantionpohjan lihaksesi, joko maaten, istuen tai seisten.
- Supista kevyesti lantionpohjanlihaksia takaosasta, kuin yrittäisit sulkea peräaukon. Jatka supistusta lantionpohjan etuosaan, kuin yrittäisit sulkea virtsaputken. Pidä muu vartalo rentona ja anna hengityksen kulkea vapaasti. Aloita rentouttamaan etuosasta takaosaa kohti.
- Toista 5-10 kertaa. Lisää toistojen määrää asteittain.

Tunnistaminen voi olla helpoin aloittaa makuuasennosta ja edetä siitä pystympiin asentoihin!

6. Lantionpohjan rentouttaminen

Hengitystekniikkana palleahengitys



- Tuo kädet vatsan päälle kuvan mukaisesti. Käsien tulisi liikkua hengityksen tahdissa: sisäänhengityksellä kohoaa, uloshengityksellä laskee.
- Uloshengityksen aikana voit tietoisesti ajatella antavasi tilaa lantionpohjan luisille rakenteille.

Lantionpohjaa rentouttavia jooga-asentoja



Kuva 1: onnellinen vauva



Kuva 2: lapsen lepoasento

- Onnellinen vauva (kuva 1) ja lapsen lepoasento (kuva 2) ovat lantionpohjaa rentouttavia asentoja.
- Valitse itselle mieluasmpi asento ja hengitä syvään, nenän kautta sisään ja suun kautta ulos.
- Pysy asennossa 30 sek- 2min ja anna hengityksen virrata kehon läpi.
- Uloshengityksellä voit tietoisesti rentouttaa lantionpohjaasi.

Lantionpohjan rentoutusharjoituksia on turvallista tehdä päivittäin. Varsinkin alkuvaiheessa lantionpohjan rentouttaminen useamman kerran päivässä on suotavaa!

Syväkyöky venyttää ja rentouttaa lantionpohjan lihaksia

- Leveä syväkyökyasento rentouttaa ja venyttää lantionpohjaa tehokkaasti.
- Asetu hieman hartioitasi leveämpään syväkyökkyyn ja pyri pitämään kantapäät maassa.
- Pidä asento ja hengitä syvään, nenän kautta sisään ja suun kautta ulos.



Tarvittaessa voit laittaa pienen korokkeen kantapäiden tai pepun alle helpottamaan asentoa!

Rentoutuksen apuna pyyherulla tai tennispallo



Liikettä voi haastaa kevyesti keinumalla pyyherullan/tennispallon päällä!

Harjoituksen tavoitteena on tunnistaa jännityksen ja rentoutuksen ero!

- Asetu istumaan tuolille jalkapohjat maassa niin, että pyyherulla tai tennispallo asettuu istuinkyhmyjesi väliin.
- Pyri sisäänhengityksen aikana rentouttamaan lantionpohja. Uloshengityksen aikana supista lantiopohjalla hellästi pyyherullaa/tennispalloa.
- Tee liikettä 30sek-1 min kerralla. Toista harjoitusta 3-5 kertaa päivän aikana.
- Mikäli liike tuntuu alkuun pahalta, koita tehdä liikettä pehmeämmällä alustalla.

7. Lantionpohjan lihasvoimaharjoittelu

Jännitys-rentoutusharjoitus kestovoimaharjoitus



Kestovoimaharjoituksessa supistuksen voima on puolet maksimaalisesta supistuksesta!

- Tee harjoitus maaten, istuen tai seisten.
- Supista lantionpohjaa ja kuvittele pitäväsi pieniä kuulia sisälläsi. Pidä supistus 10 sek ja rentouta. Toista supistus uudelleen 20 sekunnin kuluttua.
- Toista harjoitus 5-10 kertaa. Lisää toistojen määrää asteittain.

Kun kestovoiman harjoittaminen onnistuu, voit lisätä harjoitteluun maksimi- ja nopeusvoimaharjoittelua.

Maksimivoima:

- tarvitaan voimakkaissa ponnistuksissa, esim. nostoissa
- supista voimakkaasti 5 sek, pidä lepo vähintään 10 sek
- Toista 5-8 kertaa

Nopeusvoima:

- tarvitaan äkillisissä ponnistuksissa, esim. aivastuksissa
- supista nopeasti ja voimakkaasti 10-15 kertaa peräkkäin
- rentouta lantionpohjan lihakset jokaisen supistuksen välissä

Vastustustyöntö



Kuva 1: Lähtöasento



Kuva 2: Työvaihe

- Asetu selinmakuulle jalat 90 asteen koukussa. Aseta kädet kuvan 1 mukaisesti, toinen takareidelle ja toinen etureidelle.
- Supistaessasi lantionpohjaa, työnnä samalla toista jalkaa kättä vasten ja toisella vedä jalkaa kättä vasten (Kuva 2).
- Pidä jännitys 30 sek ajan, lepää sarjan jälkeen 1 minuutti.
- Toista liike 3-5 kertaa.

Lantiokippi



Liikkeen voi tehdä myös istuen, jos kaipaa haastetta liikkeeseen!

- Asetu selinmakuulle jalat koukussa.
- Uloshengityksellä tuo "häntää koipien väliin" supistaen kevyesti lantionpohjan lihaksia sekä syviä vatsalihaksia. Rentouta sisäänhengityksellä.
- Toista liike 5-10 kertaa.

8. Arkielämään yhdistettäviä harjoituksia

Molemmat harjoitukset voi yhdistää arkielämään sekä tehdä erillisinä harjoitteina! Erillisenä harjoitteena toistomäärä 5-8 kertaa.

Istumasta seisomaan nousu



- Istu hyvässä ryhdissä jalkapohjat maassa ja supista lantionpohjan lihaksia.
- Nouse seisomaan ja pidä supistus koko liikkeen ajan.
- Seistessä rentouta lantionpohja.

Nostaminen



- Supista lantionpohjan lihakset ennen nostamista. Pidä supistus nostamisen ajan.
- Seistessä rentouta lantionpohja.

9. Omahoito

Desensitisaatio

- Tarkoitetaan emättimen ja lantionpohjan lihasten koskettelua sormin, tavoitteena lisätä lihasten joustavuutta sekä kosketuksen sietoa.
- Joustavuutta pyritään lisäämään venyttämällä ja painelemalla sormin kipupisteitä.
- Paina sormilla kipupisteitä 30-90 sekuntia ja vapauta, kun kipu on puolet alkutunteuksesta. Toista 3-5 kertaa.
- Tee harjoitusta 2-4 kuukauden ajan n. 2-3 kertaa viikossa.

Kylmähoito

- Lyhytkestoiset kylmähoidot voivat auttaa kivunlievityksessä.
- Esimerkiksi kylmäpakkausta voi pitää 2-3 minuuttia kipualueella, pidä ihon ja kylmäpakkauksen välillä ohut kangas.

Hygienia

- Erilaisia tuoksujia, kuten pesu- ja huuhteluaineita tulee välttää huomioiden kemiallisten aineiden ärsyttävyys.
- Vulvan alueen pesuun riittää vesi, suosi kädenlämpöistä vettä.

Vaatetus

- Kiinnitä huomiota alusvaatteiden materiaaliin ja malliin, suosi puuvillaa ja väljiä vaatemaleja.
- Käytä housuja vain tarpeen mukaan, tiukat housut voivat aiheuttaa hankausta ja kipua emättimen alueelle.

Kiitokset Terapiaperhoselle yhteistyöstä ja ohjauksesta.

Opas on tehty osana opinnäytetyötä Tampereen ammattikorkeakoulussa fysioterapeutin tutkinto-ohjelmassa.

Opinnäytetyön löytää Theseus -opinnäytetyötietokannasta nimellä "Vulvodynian fysioterapia - Opas terapeuttiseen harjoitteluun". Tekijät: Essi Jokinen & Nea Tainio

Kuvio 1 : Duodecim terveyskirjasto

Kuvat :

©Tainio & Jokinen

 Tampereen ammattikorkeakoulu

Terapiaperhonen 