

Vulvodynian fysioterapia

Kirjallisuuskatsaus

Laura Nurminen
Kaisa Soilu

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2019
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapeutti AMK, Fysioterapeutin koulutusohjelma

Tekijä(t) Nurminen, Laura Soilu, Kaisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2019
	Sivumäärä 42	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Vulvodynian fysioterapia Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Fysioterapeutti AMK, Fysioterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kurunsaaari Merja, Kuukkanen Tiina		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Vulvodynia tarkoittaa yli kolmekuukautta kestänyttä ulkosynnyttimien kiputilaa. Kyseessä on sairaus, joka heikentää potilaiden elämänlaatua, aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja parisuhdeongelmia. Tarkkaa syytä kyseiselle tilalle ei tunneta. Lantionpohjan fysioterapialla voidaan helpottaa vulvodynian aiheuttamaa kipua. Fysioterapeuttisia menetelmiä ovat biopalautehoito, manuaalinen terapia, venyttely, desensitisaatio, akupunktio ja TENS. Oleellinen osa hoitoa on myös itsehoidon ohjanta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli nostaa esille vulvodynian yleisyys, sen hoidon kulmakiviä sekä lisätä sen tietoisuutta ammattilaisten keskuudessa. Tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää millaisilla fysioterapeuttisilla menetelmillä vulvodyniaan voidaan vaikuttaa.</p> <p>Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin etsimällä tutkimuksia eri tietokannoista, haussa painotettiin fysioterapeuttisia menetelmiä ja hoidon vaikuttavuutta. Valituista tutkimuksista etsittiin fysioterapianimikkeistön mukaisia menetelmiä. Lopulliseen tarkasteluun valittiin seitsemän tutkimusta.</p> <p>Tutkimuksia tarkastellessa voitiin todeta, että kaikilla valituissa tutkimuksissa käytetyillä fysioterapeuttisilla menetelmillä pystyttiin vähentämään vulvodynian aiheuttamaa kipua. Lisäksi tutkimukset vahvistivat olettamusta vulvodynian kokonaisvaltaisuudesta ja moniammatillisen hoidon merkityksestä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) vulvodynia, fysioterapia, lantionpohjan fysioterapia		
Muut tiedot		

Author(s) Nurminen, Laura Soilu, Kaisa	Type of publication Bachelor's thesis	Date June 2019 Language of publication: Finish
	Number of pages 42	Permission for web publication: x
Title of publication Physiotherapy of vulvodynia Literature review		
Degree programme Degree programme in physiotherapy		
Supervisor(s) Kurunsaari Merja, Kuukkanen Tiina		
Assigned by		
Abstract <p>Vulvodynia means chronic vulvar pain, which lasts at least three months. Vulvodynia is a disorder that decreases the patient's quality of life, can cause anxiety, depression and relationship problems. There is no identifiable cause for vulvodynia. The pain and discomfort caused by vulvodynia can be treated with Pelvic floor physiotherapy.</p> <p>Techniques used in the pelvic floor physiotherapy include biofeedback, manual therapy, stretching, desensitization, acupuncture and TENS. Instructing the patients in self-care is an essential part of the treatment.</p> <p>The purpose of the thesis was to show how common vulvodynia is as well as to introduce the principles of its treatment and increase awareness among professionals. The aim was to conduct a descriptive literature review on what kinds of physiotherapy methods could be used to treat vulvodynia. The literature review was conducted by searching for research articles in different databases. The emphasis of the review was the impact of physiotherapeutic methods and treatment. Seven studies were selected for the final review.</p> <p>According to the results of this review, all the physiotherapeutic methods chosen for the studies successfully decreased the pain caused by vulvodynia. The studies also confirmed the comprehensiveness of vulvodynia and the importance of multi-professional care.</p>		
Keywords/tags (subjects) vulvodynia, physiotherapy, pelvic floor physiotherapy		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Vulvodynia	4
2.1	Paikallinen vulvodynia	5
2.2	Lantionpohjan anatomia	6
2.3	Vulvodynian hoito	8
2.4	Fysioterapia	9
2.4.1	Fysioterapeuttiset menetelmät.....	9
2.4.2	Itsehoito.....	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	12
4	Opinnäytetyön toteutus	12
4.1	Aineiston keruu	13
4.2	Hakuprosessi	15
4.3	Eettisyys ja luotettavuus	17
4.4	Aineiston analysointi	18
5	Aineiston kuvaus	19
6	Tulokset	27
6.1	Fysioterapeuttiset menetelmät.....	27
6.2	Tulosten yhteenveto	30
6.3	Tutkimuksissa käytetyt mittarit.....	32
7	Pohdinta.....	36
	Lähteet	41

Taulukot

Taulukko 1	Vulvodynian käsitteistöä.....	4
Taulukko 2	Vulvodynian fysioterapeuttiset hoitomenetelmät jaoteltuna nimikkeistön mukaan. (Savolainen & Partia 2018, 13-15, 20.).....	9
Taulukko 3	Tutkimusten sisäänotto kriteerit	14

Taulukko 4 Löydetyt tutkimukset.....	15
Taulukko 5 Valitut tutkimukset	20

1 Johdanto

Vulvodyniaksi kutsutaan naisilla yli kolme kuukautta kestänyttä ulkosynnyttimien kiputilaa, jolle ei ole löydetty selvää etiologiaa. (Törnävä 2017, 7.) Vulvodynia potilaista tulee helposti terveyspalveluiden suurkuluttajia, ja lisäksi se heikentää potilaiden elämänlaatua, aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja parisuhdeongelmia (Paavonen 2013, 487). Koska valtaosa vulvodyniaa sairastavista naisista ovat hedelmällisessä iässä, saattaa yhdyntävaikeudet aiheuttaa jopa lapsettomuutta (Törnävä 2017, 7). Tutkimuksia esiintyvyydestä väestötasolla ei ole kovin paljoa, mutta arviolta 6-13% kärsii vulvodyniasta (Paavonen 2013, 487). Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta tulisi edistää (Törnävä 2017, 7).

Vulvodynia voidaan jakaa kahteen tyyppiin. Ensimmäisessä tyypissä kipu on jatkuvaa, kyseessä on hermokiputyypinen eli dysesteettinen vulvodynia. Tässä tyypissä kipu paikallistuu vulvaa hermottavien hermohaarojen alueelle tai alueille. (Paavonen 2013, 487.) Hermokiputyypinen muoto esiintyy yleisimmin yli 40-vuotiailla naisilla. Tätä muotoa on tutkittu vähemmän kuin vulvodynian toista tyyppiä, mutta arvioidaan, että 6% vulvodyniaa sairastavista naisista kärsii tästä muodosta. (Törnävä 2017, 20.) Toisessa vulvodyniatyypissä potilas kärsii emättimen eteisen kosketusarkuudesta eli vulvan vestibuliittioireyhtymästä. Kosketus provosoi paikallista kipua. Keskimäärin nämä potilaat ovat nuorempia, kuin hermokiputyypistä vulvodyniaa sairastavat. (Paavonen 2013, 487.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on vulvodynian fysioterapia. Tarkoituksena on lisätä tietoa vulvodyniasta ja sen fysioterapiasta ammattilaisten keskuudessa sekä nostaa esille vulvodynian yleisyys, sekä sen hoidon kulmakiviä. Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millaisilla fysioterapeuttisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa vulvodyniaan ja mitkä hoitomuodot ovat olleet tuloksellisia ja hyödyllisiä fysioterapeuttisessa kuntoutuksessa. Työssä keskitytään vulvodynian paikalliseen muotoon eli vulvan vestibuliittioireyhtymään.

Aihe on valittu kiinnostuksesta lantionpohjan fysioterapiaa kohtaan. Lantionpohjan fysioterapiasta opetetaan fysioterapeuttikoulutuksessa niukasti ja lisäksi kyseisen alueen ongelmista puhutaan liian vähän. Lantionpohjan ongelmia ja niistä aiheutuvia

haittoja usein jopa häpeillään. Tämän työn tarkoituksena on nostaa aihetta esille ja koota yksiin kansiin kattava tietopaketti.

Mielenkiintoisen aiheesta tekee sen yleisyys ja ajankohtaisuus. Ajankohtaisuutta vahvistaa Tommolan (2017, 17) maininta väitöskirjassaan siitä, että vulvodynian viimeisin määritelmä on tehty vuonna 2015. Tällöin määriteltiin, että kivun on tullut kestää kolme kuukautta ilman selkeää syytä. Vulvodyniasta aiheutuvat oireet haittaavat kokonaisvaltaisesti naisten elämää ja tämän vuoksi aihe vaatii erityishuomiota.

2 Vulvodynia

Vuonna 1976 kansainvälinen vulvovaginaalisten sairauksien yhdistys (IISVD) nimesi syndrooman polttavaksi palavaksi emättimen oireyhtymäksi (burning vulva syndrome) (Tommola 2017, 17). Vanhempia termejä, jotka eivät ole enää käytössä ovat vulvar vestibular syndrome ja vestibuliittis tai vulvar vestibuliittis (Henzell, Berzins & Langford 2017). Vulvodyniasta ja sen alatyypeistä käytetään siis monia eri käsitteitä. Eri lähteistä löydettyt käsitteet ovat koottu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1).

Taulukko 1 Vulvodynian käsitteistöä

Paikallinen vulvodynia (localised)	Yleistynyt vulvodynia (generalized)
<ul style="list-style-type: none"> - Vulvan vestibuliittioireyhtymä (Paavonen 2013) - Provosoitu paikallinen vulvodynia (localised provoked vulvodynia, PLV) (Tommola 2017) - Vestibulodynia (Tönävä 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hermokiputyypinen (Paavonen 2013) - Dysesteettinen vulvodynia (Paavonen 2013) - Essentiaalinen vulvodynia (Paavonen 2013) - Pudendaalneuralgia (Paavonen 2013)

Kivun keston lisäksi vulvodyniaa todettaessa tulee etiologiset tekijät sulkea pois. Niitä ovat infektiot, inflammaatiot, neoplasiat, neurologiset sairaudet, traumat, iatrogeeniset syyt kuten esimerkiksi operaation jälkeinen tilanne tai hormonipuutos. (Tuomaala 2017, 1.)

Tekijät, jotka ovat yhteydessä vulvodyniaan ovat vielä osittain epäselvät. Tutkijat ovat löytäneet kuitenkin yhteyttä hormonaalisiin, perinnöllisiin, tulehduksellisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin. Paikalliseen kipuun ovat yhteydessä nuorella iällä aloitetut e-pillerit sekä urogynekologiset tulehdukset. (Törnävä 2017, 21.) Lisäksi Tommola (2017, 18) nostaa väitöskirjassaan esille seuraavia vulvodyniaan liittyviä tekijöitä: kivulias virtsarakko, fibromyalgia, ärtyneensuolenoireyhtymä, temporomandibulaarinen häiriö ja lantionalueenlihasten toimintahäiriöt.

2.1 Paikallinen vulvodynia

Paikallisessa vulvodyniassa on kyse vestibulumin kosketusarkuudesta.

Kosketusarkuus sijaitsee joko anteriorisesti uretra-aukon sivuilla ja yläpuolella, tai posteriorisesti kello 5:ssa ja kello 7:ssä, tai molemmissa. Paikallisen kivun provosoi kosketus. (Paavonen 2013, 487.) Lisäksi Tuomaala (2017, 14) mainitsee väitöskirjassaan kosketusarkuuden sijaitsevan edellä mainittujen kello 5:n ja 7:n lisäksi kello 10:ssä ja 2:ssa. Paikallista vulvodyniaa sairastavilla naisilla on todettu kipua aistivia tuntohermosäikeitä emättimen suuaukon limakalvon pinnassa enemmän verrattaessa terveisiin kontrolliryhmän naisiin. (Törnävä 2017, 21.)

Paikallisessa vulvodyniassa kipu ilmenee emättimen eteisessä (vulvar vestibule). Yleisimmin kivun laukaisee ulkoisen ärsyksen työntyminen emättimeen, tämä voi olla tamponin asettaminen, seksuaalinen kanssakäyminen tai sisätutkimus. (Henzell, Berzins & Langford 2017.) Vulvodyniaan liittyy usein myös vaginismus eli emätinkouristus, jolla tarkoitetaan lantionpohjan lihasten toistuvaa tai pysyvää tahatonta spasmia, joka kaventaa emättimen suuaukkoa ja aiheuttaa yhdyntäkipua. (Andrews 2011, 300). Kyseessä on psykologinen häiriö, joka ilmenee pelkona ja ahdistuksena emätinpenetraatiota kohtaan (Pacik & Geletta 2013). Useimmiten kipu tuntuu vain koskettaessa, mutta jotkut naiset ovat kertoneet epämukavan tuntemuksen olevan läsnä koko ajan. Kipua kuvaillaan yleensä polttavana, raakana, ärsyttävänä, kutiavana, painon tunteena, terävänä, pistävänä tai repivänä kipuna. Polttava tunne voi jatkua seksuaalisen kanssakäymisen jälkeen, ja se voi kestää minuuteista jopa päiviin. (Henzell, Berzins & Langford 2017.)

2.2 Lantionpohjan anatomia

Tässä luvussa käsitellään lantionpohjan toiminnallista anatomiaa. Työssä keskitytään vulvodynian kannalta olennaisimpiin rakenteisiin ja toimintoihin joihin toimintahäiriöt voivat vaikuttaa.

Lantionpohja koostuu kahdesta lihaskerroksesta ja sidekudoskalvosta, jotka muodostavat lantion väli- ja alapohjan ja ne yhdessä sulkevat häpyliitoksen, istuinkyhmyjen ja häntäluun muodostaman kaudaalisen ala-aukon. Lihakset kulkevat osittain toistensa yli, ollen paksuimmillaan välilihas, peräaukon ja emättimen välisellä alueella. Lantionpohja muodostaa lantion kaudaalisen seinämän, ja näin ollen sen tärkeimpiä tehtäviä on pitää lantion sisäelimet paikallaan ja estää niiden puristumista alaspäin. Lantionpohjan läpi kulkevat virtsaputki, emätin ja peräsuoli, jotka osaltaan heikentävät lantionpohjan tukirakenteita. (Heittola 1996, 13; Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie 2015, 262.)

Lantion välipohja (diaphragma pelvis) on lantionpohjan suurin lihasryhmä. Se muodostuu suppilomaisesta lihaslevystä, jonka leveä yläosa on pikkulantion sivuseinämiä vasten ja kapea alaosa on peräsuolen alimman osan ympärillä. Välipohja muodostuu kahdesta luustolihasparista: Peräaukon kohottaja lihas (m. levator ani) ja Pieni häntälihas (m. coccygeus). (Sand ym. 2015, 262.) Levator ani-lihasryhmä muodostuu useasta segmentistä: häpyluu-häntäluulihas (m. pubococcygeus), suoliluu-häntäluulihas (m. iliococcygeus), häntälihas (m. coccygeus) ja häpyluu-peräsuolilihas (m. puborectalis). (Heittola 1996, 13.) Lihassäikeet muodostavat emättimen etu- ja keskikolmanneksen rajalle U:n muotoisen kaaren. Voimakas levator ani-lihaksen jännitys voi jopa sulkea emättimen synnyttämättömillä naisilla, mutta myös lihaksen heikkous tai kykenemättömyys jännittää sitä voi johtaa epätyytyttävään yhdyntäkokemukseen ja orgasmin puutteeseen. (Heittola 1996, 30.) Levator-lihasten tehtävänä on nostaa lantionpohjaa ylöspäin ja puristaa peräsuolta, jolloin se osallistuu peräsuolen tyhjennykseen ja ulosteen pidättämiseen. Lantionpohjan lihasten harjoitukset kohdistuvat pääosin peräaukon kohottajalihakseen. Tämän jatkeena peräaukon ympärillä on vahva peräaukon uloin sulkijalihas (m. sphincter ani externus), joka on tahdonalainen rengaslihas. (Sand ym. 2015, 262-263.)

Lantion etuosaa vahvistaa lantion alapohja (diaphragma urogenitale), joka on lihaksista ja sidekudoskalvoista muodostuva kolmion muotoinen rakenne virtsaputken ja emättimen vieressä, häpyluiden välissä. Alapohjassa sijaitsee tahdonalainen rengaslihas, virtsaputken ulompi sulkijalihas (m. shincters urethrae). (Sand ym. 2015, 263.)

Ulkoiset sukupuolielimet

Naisten sukupuolielimet eli genitaalit jaetaan ulkoisiin ja sisäisiin sukupuolielimiin (Ihme & Rainto 2015, 50.) Vulvodynian oireet liittyvät ulkoisiin sukupuolielimiin eli ulkosynnyttimiin, joihin tässä kappaleessa keskitytään.

Ulkosynnyttimiin kuuluvat emättimen aukon ympärillä olevat rakenteet.

Ulkosynnyttimien uloimpina rakenteina sijaitsevat isot häpyhuulet (labia majora pudenti), joiden välissä ovat pienet häpyhuulet (labia minora pudenti). Ne ovat ohutta ihokudosta ja limakalvoa, ihokudos voi olla väritykseltään tummaa, vaaleaa tai vaaleanpunaista. Pienet häpyhuulet yhdistyvät häpykieksi (clitoris) ulkosynnyttimien yläosassa. Häpykieli sijaitsee pienen ihopoimun suojassa ja sitä kutsutaan seksuaalisen nautinnon keskuksiksi. Häpykieli on paisuvaiskudosta, joka paisuu ja täyttyy verellä seksuaalisen kiihottumisen yhteydessä. Virtsaputken ulkosuu (ostium urethrae externum) ja virtsaputki sijaitsevat häpykielen alapuolella. Emätin on noin 10cm pitkä kanava, joka yhdistää kohdun ulkosynnyttimiin. Se sijaitsee virtsarakon ja virtsaputken takana. Emätin on muodostunut sileästä lihaksesta ja kimmoisasta sidekudoksesta, sen limakalvo on kerrostunut levyepiteeliä. Emättimen aukon (ostium vaginae) molemmilla puolilla ovat Bartholinin rauhaset, joiden tehtävänä on erittää limaista nestettä emättimen normaalia toimintaa tukemaan. Väliliha (perineum) on ohut lihaksesta ja sidekudoksesta muodostuva alue emättimen ja peräaukon (ani) välissä. Se on seksuaalisesti kosketusherkkää aluetta. (Ihme & Rainto 2015, 54-56.)

Hermotus

Lantion elinten hermotuksesta vastaavat sympaattinen- ja parasympaattinen hermosto. Naisten genitaalialueen runsas sensorinen hermotus tulee nervous pudenduksen kautta ulkosynnyttimiin. Isoissa ja pienissä häpyhuulissa, sekä paisuvaiskudoksessa ja emättimen ympärillä olevissa faskioissa on runsaasti

syvätuntoa ja painetta aistivia päätteitä. Klitoris on pienestä koostaan huolimatta erittäin runsashermostuksinen, siinä on runsaasti kosketusherkkiä aistisoluja sisältäviä hermosyitä. Asentoa ja venytystä aistivia (proprioseptiivisiä) tuntopäätteitä on myös paljon lantionpohjan lihaksissa, ne välittävät tuntemuksia mm. yhdynnän aikana. (Heittola 1996, 30.)

2.3 Vulvodynian hoito

Taudin vaikeusaste ja oirekuva saattavat vaihdella molemmissa vulvodynian muodoissa, joten hoito on haasteellista. Hoitotulosten saavuttaminen on usein aikaavievää ja vaatii pitkäjänteisyyttä. Hoidon perustana on jokaiselle potilaalle yksilöllisesti tehty hoitosuunnitelma. Satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia eri hoitomuodoista on tehty vain vähän. Tästä syystä käytössä olevat hoitomuodot pohjautuvat pikemminkin kliinisestä työstä saatuihin kokemuksiin. (Tuomaala 2017, 4.) Hermokipulääkkeillä voidaan hoitaa suhteellisen helposti yleistynyttä vulvodyniaa (Paavonen 2013, 488).

Hoidon tavoitteena on vähentää kipua ja parantaa elämänlaatua ja seksuaalitoimintoja. Yksittäinen hoitokeino ei ole tehokas kaikille naisille. On olemassa hyvin näyttöä siitä, että moniammatillinen yhteistyö on vaikuttavaa. Nykyiset hoitosuosittelut suosittelvat yksilöllistä ja moniammatillista hoitoa, joka sisältää fysioterapeuttista, psykologista ja farmakologista hoitoa. (Henzell, Berzins & Langford 2017). Paavosen (2013, 489) mukaan osa paikallista vulvodyniaa sairastavista naisista saattaa hyötyä kipua lievittävästä mieliala lääkkeistä. Hoito on kuitenkin ongelmallista, koska siihen ei ole täsmähoitoa.

Hoidon alkuvaiheessa on tärkeää kertoa naiselle, että kipu on todellista ja sille on olemassa nimi ”vulvodynia”. Lantion mallia tai graafista kuvaa voidaan käyttää apuna vahvistamaan mitkä vulvan alueet ovat kyseessä, ja mikä on vulvan yhteys lantionpohjan lihaksiin, perifeerisiin hermoihin ja keskushermostoon. Lisäksi potilaalle tulisi antaa erilaisia ehdotuksia liittyen itsehoitoon ja oireiden hallintaan. (Sadowink 2014.)

Hoito alkaa yhdistelmäehkäisyn tauottamisella ja potilaan ohjaamisella fysioterapeutille, joka on perehtynyt lantionpohjan lihasten hallintaan ja

kivunhoitoon. Mikäli seurantakäynneillä huomataan, että konservatiivisista hoitomenetelmistä ei ole apua, suositellaan kirurgista hoitomuotoa eli vestibulektomiaa. (Paavonen 2013, 489.) Operaatiossa poistetaan emättimen eteisen kivuliaalta alueelta limakalvoa. Tästä syntynyt kudospuutos suljetaan ja paikataan mobilisoimalla ja kiinnittämällä emättimen limakalvoa tilalle. (Tuomaala 2017, 7.)

2.4 Fysioterapia

Fysioterapian yhteiset käsitteet ovat tärkeää määritellä, jotta samoista asioista puhuttaisiin samoilla nimillä. Fysioterapianimikkeistö on luotu kuvailemaan kaikkien fysioterapeuttien työtä, ja se on osa kansallisesti yhtenäisten potilaskertomusten koodistoa. Nimikkeistön tarkoituksena on toimia fysioterapeuttien dokumentoinnin ja sähköisen potilaskertomuksen rakenteisen kirjaamisen työvälineenä. Sen avulla saadaan yhtenäistettyä fysioterapeuttien käyttämät käsitteet ja termistöt. (Savolainen & Partia 2018, 5, 9.)

Seuraavassa taulukossa on jaoteltuna vulvodynian hoidossa käytetyt fysioterapeuttiset menetelmät nimikkeistön mukaan (Taulukko 2).

Taulukko 2 Vulvodynian fysioterapeuttiset hoitomenetelmät jaoteltuna nimikkeistön mukaan. (Savolainen & Partia 2018, 13-15, 20.)

RF 410 Tiedonhankinta	Alkuhaastattelu, potilaskertomukseen tutustuminen.
RF 210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta	Itsehoito-ohjeet
RF 220 Terapeuttinen harjoittelu	Lantionpohjan lihasten harjoittelu
RF 230 Manuaalinen terapia	Manuaalinen käsittely, dilataatio
RF 240 Fysikaalinen terapia	TENS, EMG

2.4.1 Fysioterapeuttiset menetelmät

Lantionpohjan fysioterapia on todettu menetelmäksi, joka lievittää ulkosynnyntikipua. Fysioterapeuttisia hoitomuotoja ovat biopalautehoito, manuaalinen terapia, venyttely ja desensitisaatio, akupunktio ja sähkökipuhoito

(TENS). (Törnävä 2018, 21; Tuomaala 2017,5.) Lisäksi potilaalle voidaan fysioterapiassa opettaa erilaisia itsehoitokeinoja, kuten lantionpohjan lihasten harjoituksia, itsehieronta menetelmiä ja emättimen laajennushoitoa erilaisten apuvälineiden avulla (Mandal, Nunns, Byrne, McLelland, Rani, Cullimore, Bansal, Brackenbury, Kirtschig, Wier 2010).

Lantionpohjan lihasten lepotonus on yleensä kohonnut vulvodyniasta kärsivillä naisilla, ja usein myös lantionpohjan lihaksissa voi olla heikkoutta (Tuomaala 2017, 5). Fysioterapian alkuvaiheessa tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta lantionpohjan lihaksista erilaisten tunnistamisharjoitusten avulla. Tarkoituksena on, että potilas oppii löytämään, aktivoimaan ja täysin rentouttamaan lantionpohjan lihakset sekä hallitsemaan refleksinomaisia lihaskouristuksia (vaginismus). Potilasta tulisi kannustaa tekemään lantionpohjan lihasten harjoituksia säännöllisesti. (Sadowink 2014.)

Biopalautehoitoa voidaan käyttää apuna lantionpohjan lihasten tunnistamisen oppimiseen vulvan alueen kivun minimoimiseksi tai kontrolloimiseksi. Tyypillisesti EMG- biopalautehoidossa on, että vaginaan asetetaan elektrodi, joka mahdollistaa lantionpohjan lihasten tonuksen seurannan. (Falsett, Foster, Bonham, Phipps 2016.) Potilas näkee reaaliajassa lihasten tonusta kuvaavan grafiikan. Grafiikan avulla potilas oppii vähitellen tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksiston eron, sekä kontrolloimaan lantionpohjan lihasten jännittyneisyyttä. (Tuomaala 2017, 8.)

Välilihan hieronnan avulla voidaan totuttaa aluetta kosketuksella ärsykkeelle, sekä lisätä pinnallisten lantionpohjan lihasten joustavuutta. Käsittelyssä suositellaan käyttämään ihoöljyä tai liukuvoidetta. Naista opastetaan työntämään peukalon pää emättimeen ja painamaan alas peräaukkoa kohti, kunnes venytys tuntuu epämukavana, mutta ei kuitenkaan kivuliaana. Venytystä tulisi pitää yllä noin minuutin ajan ja samalla keskittyä lantionpohjan rentouttamiseen, jonka jälkeen tehdään rauhallisesti U-muotoista liikettä sivulta sivulle emättimen alaosaan. Tätä suositellaan tehtäväksi päivittäin noin 3 minuutin ajan. (Sadowink 2014.)

Monet saavat apua yhdyntään liittyvään ahdistukseen emättimen dilataatiosta, eli laajennushoidosta. Dilataatio aloitetaan pienellä puikolla ja siirrytään asteittain

suurempaan. Lisäksi sitä voidaan harjoittaa yksin tai kumppanin läsnäollessa ja siirtyä hiljalleen seksuaaliseen tilanteeseen. (Sadowink 2014.)

Desensitisaatiolla tarkoitetaan manuaalista emättimen ja lantionpohjan lihasten koskettelua. Tarkoituksena on lisätä lihasten joustavuutta niitä painelemalla ja venyttelemällä. Lisäksi hoito kasvattaa lantionpohjan lihasten ja emättimen eteisen sietokykyä kosketukselle vahvistaen samalla potilaan itsetuntoa ja uskallusta. Usein lihaksista löytyy palpoidessa kipupisteitä, joita painelemalla pyritään lievittämään ja kontrolloimaan kipureaktiota. (Jernfors, Rekonen & Paavonen 2004, 2142.)

Pudendus-hermoa pystytään stimuloimaan sähköärsytyksen avulla. Tämä saa aikaan supistumista lantionpohjan lihaksissa, ja näin voidaan lisätä lihasvoimaa ja stimuloida heikentynyttä tuntoaistia. Hoidon alkuvaiheessa oikeiden lihasten löytyminen voi tuottaa potilaille vaikeuksia, jolloin sähköstimulaatiosta voi olla apua. (Heittola 1996: 53-54.)

2.4.2 Itsehoito

Hormonaalisen ehkäisyn tauottamisen lisäksi potilaille annetaan itsehoito-ohjeita, joiden tarkoituksena on saada vulvan alueen ärsytys minimoitua (Tuomaala 2017, 5). Naiset yrittävät usein ”pestä oireita pois” peseytymällä usein, joka voi vain vahingoittaa ihoa. Potilaalle tulisi ohjata oikeanlaiset ihonhoito- ja intiimihygieniatavat. (Sadowink 2014.)

Kemiallisen ärsytyksen välttämiseksi suositellaan, ettei genitaalialueilla käytettäisi saippuaa, ja pyykinpesuaineet tulisi olla mahdollisimman hellävaraisia. Lisäksi välttämällä turhia pesuja, kiristäviä alushousuja, sekä pikkuhousunsuojia minimoidaan mekaanisen ärsytyksen aiheuttama haitta. Ilmakylvyt ovat myös suositeltavia. Häpykarvoituksen toistuvaa ajamista kehoitetaan välttämään, sillä karvoitus toimii suojaavana tekijänä mekaanista ärsytystä vastaan. Ulostamiseen liittyvän ponnistelun vähentämiseksi ummetus tulee hoitaa. Riittävä veden juonti on myös tärkeää, jotta virtsa saadaan laimeammaksi. (Tuomaala 2017, 5).

Hoidossa voidaan hyötyä myös vähäoksalaattisesta ruokavaliosta, nopeasti imeytyvien hiilihydraattien välttämisestä sekä kalsiumsitraattilisästä (Ventolini 2011). Yhdynnöissä suositellaan käyttämään apuna ihoöljyä tai liukuvoidetta. Kivun

lievittämiseen voidaan hyödyntää kylmä- ja lämpöhauteita, lisäksi siedätyshoidoista (venyttelyt ja kipupistepainannat), sekä puudutusgeeleistä ja -voiteista voi olla apua. (Tuomaala 2017, 5.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa vulvodyniasta ja sen fysioterapiasta ammattilaisten keskuudessa, sekä nostaa esille vulvodynian yleisyys ja sen hoidon kulmakiviä. Tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millaisilla fysioterapeuttisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa vulvodyniaan, ja mitkä hoitomuodot ovat olleet tuloksellisia ja hyödyllisiä fysioterapeuttisessa kuntoutuksessa. Itsehoitokeinojen ohjanta on oleellinen osa fysioterapiaa, jonka vuoksi se on yksi tutkimuskysymyksistä. Tätä opinnäytetyötä voivat työssään hyödyntää terveydenhuollon ammattilaiset.

Aineistosta haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin

1. Millaisilla fysioterapeuttisilla menetelmillä vulvodyniaan voidaan vaikuttaa?
2. Millaisia tuloksia fysioterapeuttisilla menetelmillä on saatu?
3. Millaisilla arviointi menetelmillä vaikuttavuutta on arvioitu?

4 Opinnäytetyön toteutus

Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään muodostamaan kokonaiskuva tietyistä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksia käytetään hoitotieteessä usein jonkin aihealueen tai ilmiön tutkimustarpeen hahmottamiseen. Se voi myös olla itse tutkimusmenetelmä. Tärkein tehtävä kirjallisuuskatsauksessa on tieteenalan teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittäminen, sekä teorian kehittäminen, tai olemassaolevan teorian arvioiminen. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 6.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen perustyyppiin: systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen sekä meta-analyysiin. Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva

kirjallisuuskatsausta voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. (Salminen 2011, 6.) Kuvailevien katsausten tehtävä on kuvata tai kertoa aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta ja sen laajuutta, syvyyttä ja määrää (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9). Aineistot, joita käytetään ovat laajoja eivätkä aineiston valintaa rajaa metodiset säännöt. (Salminen 2011, 6-8.)

Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa kaksi erilaista orientaatiota, narratiivinen- ja integroiva katsaus. Tässä opinnäytetyössä käytetään integroivaa kirjallisuuskatsausta, jolloin ilmiötä voidaan tutkia mahdollisimman monipuolisesti. (Salminen 2011, 8.) Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Se myös auttaa kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa sekä syntetisoinnissa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 13). Integroiva kirjallisuuskatsaus tarjoaa laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta verrattuna systemaattiseen katsaukseen. Lisäksi integroiva ote sallii analyysin pohjaksi erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset. (Salminen 2011, 6-8.)

Kirjallisuuskatsauksia on olemassa useita eri tyyppisiä eri tarkoituksiin ja erilaisille aineistoille, kuitenkin tyypistä riippumatta kaikissa kirjallisuuskatsauksissa on nähtävissä tietyt vaiheet. Katsauksessa vaiheet tulisi kuvata niin yksiselitteisesti, että lukija pystyy arvioimaan jokaisen vaiheen toteutustapaa ja luotettavuutta. Seuraavat viisi vaihetta sisältyvät kaikkiin katsaustyyppisiin: Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman nimeäminen, kirjallisuuden haku ja aineiston keruu, tutkimusten arviointi, aineiston analysointi, sekä tulosten raportointi. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 23). Onnistuneelle integroidulle kirjallisuuskatsaukselle keskeinen lähtökohta on hyvä suunnittelu (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 107).

4.1 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksessa ennen aineiston keruuta tehdään suunnitelma, jota varten valitaan asiasanat ja niiden yhdistelmät sekä tietokannat, joista haku aiotaan toteuttaa (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 111). Aineiston etsinnässä käytetään seuraavia tietokantoja: Pubmed, PEDro, BMJ Open Access, Cinahl. Hakusanat, joilla tutkimuksia tietokannoista etsitään ovat: Vulvodynia, lantionpohja, pelvic floor physiotherapy, lantionalueen kipu, yhdyntäkipu, chronic unexplained vulvar pain,

chronic pelvic pain, itsehoito, self-care, therapeutic exercise, ohjaus ja neuvonta, fysikaalinen terapia, manuaalinen terapia.

Keskeinen osa hakustrategiaa on mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Kriteerien ollessa päteviä ja kattavia on relevantin kirjallisuuden tunnistaminen helpompaa. Lisäksi se vähentää virheellisen ja puutteellisen katsauksen mahdollisuutta. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 23.) Tutkimusten sisäänotto kriteereinä käytetään tutkimuksen ikää, saatavuutta, sukupuolta ja ikää, vulvodynian muotoa, tutkimuksen tyyppiä sekä kieltä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3 Tutkimusten sisäänotto kriteerit

Kriteerit	Valittujen tutkimusten sisäänotto kriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksen ikä	Julkaistu 2008-2019	Julkaistu 2007 tai aikaisemmin
Saatavuus	Tutkimuksen koko teksti saatavilla	Koko tekstiä ei saatavilla
Sukupuoli	Naiset	Miehet
Tutkimukseen osallistuneiden ikä	18-60-vuotiaat	muu
Vulvodynian muoto	Paikallinen vulvodynia	Yleistynyt vulvodynia
Kieli	suomi tai englanti	muu

Tutkimusten valinnassa keskitytään ensisijaisesti siihen, vastaako tutkimus otsikkotasolla asetettuja tutkimuskysymyksiä. Tämän jälkeen valinnassa painottuu tutkimusten tiivistelmän vastaavuus aiheeseen. Mikäli otsikko ja tiivistelmän vastaavuus opinnäytetyön asetettuihin tutkimuskysymyksiin on sopiva, tarkastellaan vastaako koko tutkimustekstin sisältö tutkimuskysymyksiin. Lisäksi suljetaan pois kaksoiskappaleet. Hakuprosessista laadimme taulukon (Taulukko 4).

4.2 Hakuprosessi

Taulukko 4 Löydetyt tutkimukset

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Koko teksti	Abstraktin perusteella valittu	Koko tekstin perusteella
Cinahl	provoked vestibulodynia OR vulvodynia AND EMG biofeedback	66	3	3	3
Cinahl	Vulvodynia OR provoked vestibulodynia AND therapeutic exercise AND physical therapy	344	36	3	1
Chinahl	Desensitization AND vestibulodynia OR vulvodynia	338	36	1	1, joka jo valittu
Chinahl	Electromyography AND vestibulodynia OR vulvodynia	347	9	2	1
Chinahl	Pelvic floor muscle training AND vulvodynia	32	4	1	1, joka jo valittu
Manuaalinen haku	De Andres, J., Sanchis-Lopez, N., Asensio-Samper, J., Fabregat-Cid, G., Villanueva-Perez, V., Monsalve Dolz, V. & Minquez, A. Vulvodynia- An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. 2016. http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=14&sid=9fdb634f-b425-4eda-9ead-f456a72f197b%40pdc-v-sssmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=112708959&db=rzh				2

Manuaalinen haku	Törnävä, M. 2018. Vastaanotolla vulvodyniaa sairastavaa nainen. Koulutusinterventiotutkimus vulvodynia ja sen hoidon tietämyksestä terveydenhuoltohenkilöstöllä. AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 17.12.2018 http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/102081/978-952-03-0526-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y Lähdeluettelo				1
PubMed	Desensization AND vestibulodynia OR vulvodynia	781	139	2	1, joista 1 jo valittu
PubMed	Vulvodynia OR provoked vestibulodynia AND physiotherapy	47	4	1	1, joka jo valittu
					Yhteensä valittu 7

4.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaukseen pyritään valikoimaan tutkimuksia, jotka täyttävät yleiset eettiset periaatteet. Tällaisia toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Eettisiin periaatteisiin kuuluu myös se, että tutkijat ovat kunnioittaneet muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla, sekä antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Lisäksi tutkimuksessa tulee ilmoittaa asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville rahoituslähteet ja muut tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet. (TENK 2012, 6.)

Tässä työssä oli pyrkimys käyttää ainoastaan satunnaisesti kontrolloituja tutkimuksia, mutta niiden kattavan määrän löytyminen luotettavuuden kannalta osoittautui haastavaksi. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää erilaisia tieteellisiä tutkimuksia, jotka ovat perusteltuja tutkimus kysymysten kannalta, joten tähän työhön valittiin muitakin kuin satunnaisesti kontrolloituja tutkimuksia.

Satunnaisesti kontrolloidun tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tietyillä periaatteilla. Tutkimuksesta tulee arvioida satunnaistamisen onnistuminen. Se mihin ryhmään kukakin potilas on päätenyt, on tullut olla täysin satunnaista. Luotettavin tieto hoitojen tehosta saadaan silloin kun potilaat ovat hyvin sitoutuneet hoito- ja vertailuryhmiin. Mikäli hoidot interventio- ja vertailuryhmissä jäävät suurelta toteutumatta, voi ryhmien välinen ero olla niin pieni, ettei vaikuttavuutta ole odotettavissakaan. Mikäli hoidon vaikutus on riippuvainen sen intensiteetistä ja pitkäkestoisuudesta, tulee miettiä, onko hoito toteutunut siinä mittakaavassa, että arvio sen vaikuttavuudessa tutkimuksessa on pätevä. (Komulainen, Vuorela & Malmivaara 2014, 1440.)

Tutkimuksesta tulee arvioida myös muiden hoitotoimenpiteiden epätasainen jakautuminen. Hoito tutkimusryhmien kesken ei saa erota muutoin kuin tutkittavan intervention osalta. Myöskään tutkimusryhmien seuranta ei saa erota toisistaan.

Tutkimuksen aikana seurannasta pudonneiden hyväksyttävää määrää ei voida absoluuttisesti määrittää. Lukumäärän suuruuden merkitys riippuu sen suhteesta lopputapahtumien määrään. (Komulainen, Vuorela & Malmivaara 2014, 1441-1442.)

Lisää luotettavuutta tähän työhön tuo se, että tekijöitä on kaksi. Suunnitelmana on analysoida valitut tutkimukset läpi erikseen, jonka jälkeen huomiot yhtenäistetään. Näin todennäköisemmin mitään olennaista ei jää huomaamatta ja analysointi on kattavampaa.

4.4 Aineiston analysointi

Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää kaikissa laadullisen tutkimusten perinteissä. Tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiseen selkeään muotoon ja muotoilla selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Kyseessä on laadullinen tapa analysoida aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103;117.) Sisältöä voidaan analysoida kolmella eri tavalla, näitä ovat aineistolähtöinen, teoriaohjaava ja teorialähtöinen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 121).

Tässä opinnäytetyössä käytetään analyysimenetelmänä teorialähtöistä sisällönanalyysiä, joka tarkoittaa sitä, että aineiston analyysi perustuu olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Toisin sanoen tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tiedetyn mukaisesti. Aineisto suhteutetaan tutkimuksen teoreettisessa osassa valmiiksi hahmoteltuihin teemoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 111.) Tässä työssä teemat määräytyvät fysioterapianimikkeistön mukaan. Nimikkeistöstä teemoiksi ovat valittu seuraavat: fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen terapia ja fysikaalinen terapia (Savolainen & Partia 2018, 13-15).

Ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Analyysirungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai teemoja, jotka nousevat aineistosta. Analyysirungon muodostamisen jälkeen aineisto pelkistetään sisällönanalyysia noudattaen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127-128.)

Aineistoa analysoidaan teemoittelulla. Tämä tarkoittaa sitä, että aineisto pilkotaan ja ryhmitellään erilaisten aihepiirien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105.)

5 Aineiston kuvaus

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin seitsemän vuosina 2008-2015 julkaistua tutkimusta. Tutkimukset on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5 Valitut tutkimukset

Tutkimus	Osallistujat	Mitä tutkittiin?	Miten tutkittiin?	Keskeisimmät tulokset
Murina, F., Bernorio, R., Palmiotto, R. The Use of Amielle Vaginal Trainers as Adjuvant in the Treatment of Vestibulodynia: An Observational Multicentric Study 2008	N= 15 naista.	Arvioitiin emättimen laajentimen eli dilataatio sauvan (Amielle Comfort) tehokkuutta osana vestibulodynian hoitoa.	<p>Epäkokeellinen tutkimus (An Observational multicentric study), jossa mittareina käytettiin FSF- indeksiä ja Marinoffin dyspareunia asteikkoa. Oireet arvioitiin ensimmäisellä käynnillä ja hoidon päätyttyä 8 viikon kuluttua.</p> <p>Jokaiselle potilaalle opetettiin dilataatiotekniikka dilataatio sauvalla, jonka mukana oli vakioidut ohjeet käytölle.</p>	Sekä FSF-indeksin että Marinoffin dyspareunia asteikon arvot paranivat merkittävästi.
Lindström, S. & Kvist, L.	N= 60 naista	Tutkimuksen tavoitteena oli mitata lisääkö desensitisaatioharjoitukset ja kognitiivinen	Kuvailevatutkimus, jossa mittareina käytettiin MFSQ- kyselyä ja HADS-asteikkoa.	Molempien mittareiden tulokset paranivat, ja tulos säilyi kuuden

<p>Treatment of Provoked Vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy 2015</p>		<p>käyttäytymisterapia naisten kokemaa seksuaalista kiinnostusta, seksuaalista tyytyväisyyttä ja herkkyyttä.</p>	<p>Tutkittaville tarjottiin yhdistelmähoitoa, joka keskittyi käyttäytymiseen, emotionaaliin ja fyysisiin näkökulmiin. Hoito toteutui kymmenen viikon aikana kymmenenä 60 minuutin hoitokertana. Hoitokertoihin kuului desensitisaatiohoidon ohjaaminen sekä tiedonantoa yhdyntäkivusta, PVD:stä ja vaginismuksesta.</p>	<p>kuukauden kontrolliin saakka lähes samana.</p>
<p>Murina, F., Bianco, V., Felice, R., Martino, M., Nicolini, U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat</p>	<p>N= 40 naista (20 molemmis- ja ryhmissä)</p>	<p>Arvioitiin TENS:n tehoa vestibulodynian hoidossa.</p>	<p>Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus, jossa kliinistä tilannetta arvioitiin FSF-indeksillä, VAS mittarilla, SF-MPQ: lla ja Marinoff Dyspareunia asteikolla välittömästi 20 hoitjakson päätyttyä sekä uudelleen kolme kuukautta hoidon</p>	<p>Kaikki TENS-ryhmän testitulokset paranivat merkittävästi hoidon päättyessä verrattuna ennen tutkimusta otettuihin arvoihin.</p>

<p>vestibulodynia: a randomised controlled trial 2008</p>			<p>päättymisen jälkeen seurantatutkimuksen yhteydessä.</p> <p>Molemmissa ryhmissä naiset saivat yhteensä 20 hoitokertaa kahdesti viikossa. TENS ryhmä sai sähköistä stimulaatiota YSY-EST laitteen kautta. Lumelääkeryhmä sai sähköistä stimulaatiota, jota ei pidetty aktiivisena.</p>	<p>Lumelääkeryhmässä ei havaittu merkittäviä muutoksia.</p>
<p>Vallinga, S., Spoelstra, S., Hemel, I., van de Wiel, H., Weijmar Schultz, W. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation as an Additional Treatment for Women Suffering</p>	<p>N= 39 naista</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida, onko TENS: llä myönteinen vaikutus vulvan kipuun, seksuaaliseen toimintaan ja seksuaalisesti liittyvään henkilökohtaiseen ahdistukseen naisille, joilla on therapy resistant PVD sekä arvioida TENS: n</p>	<p>Pitkäaikainen ei-lumekontrolloitu kohorttitutkimus, jossa vulvan kipua arvioitiin MPQ:ta sekä VAS:a käyttäen. Seksuaalista toimintaa arvioitiin käyttämällä FSF-indeksiä. Seksuaalisuuteen liittyvää henkilökohtaista hätätilaa mitattiin FSDS:n avulla.</p>	<p>TENS:n jälkeen vulvakipu vähentyi merkittävästi, tulokset säilyivät myös seurannassa.</p>

<p>from Therapy-Resistant Provoked Vestibulodynia: A Feasibility Study 2015</p>		<p>vaikutusta vestibulektomian tarpeeseen.</p>	<p>Lantionpohjan fysioterapeutti ohjeisti naisia TENS: n oikeanlaisesta käytöstä. Naiset käyttivät TENS hoitoa kotona kahdesta kolmeen kertaan päivässä yhteensä 90 min. Hoitoa jatkettiin 12-16viikkoa.</p>	
<p>Danielsson, I., Torstensson, T., Brodda-jansen, G., Bohm-starke, N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis 2010</p>	<p>N= 37 naista, 18 EMG-ryhmässä ja 19 lidokaiiniryhmässä</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida emg:n ja paikallisen lidokaiinivoiteen vaikuttavuutta paikallista vulvodyniaa sairastavilla naisilla.</p>	<p>Prospektiivinen satunnaistettu tutkimus, jossa arvioimiseen käytettiin kahta kyselyä, lyhyttä kaavaketta SF 36 sekä psykososiaalisen ja seksuaalisen toiminnan arvioimiseksi rakennettiin jäsennelty kyselylomake. Lisäksi käytettiin VAS:sia asteikolla 0-100. Paikallista hoitoa varten käytettiin 2% lidokaiini geeliä ja 5% lidokaiini voidetta. Geeliä levitettiin kivuliaalle alueille 5-7 kertaa päivässä.</p>	<p>Molemmat hoitomuodot saivat aikaan merkittäviä muutoksia vestibulumin painekivussa, elämänlaadussa sekä seksuaalisissa toiminnoissa, myös 12 kuukauden seurantakäynnillä. Eroja ryhmien välillä ei havaittu.</p>

			EMG biopalautehoitoa saaville ohjattiin EMG:n käyttö ja sitä suositeltiin tehtäväksi kolmesti päivässä 10min kerrallaan.	
Goldfinger, C., Pukall, C., Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L. & Chamberlain, S. A Prospective Study of Pelvic Floor Physical Therapy: Pain and Psychosexual Outcomes in Provoked Vestibulodynia 2009	N= 13 naista	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kokonaisvaltaisen lantionpohjan fysioterapian intervention vaikuttavuutta PVD:n aiheuttaman kivun tai seksuaalisten tai psykologisten vaivojen hoidossa sekä määrittää paremmat hoidon onnistumisen ennusteet.	Prospektiivinen tutkimus, jossa tuloksia mitatessa käytettiin mittareina vestibulen kipukynnystä, gynekologista tutkimusta, yhdynnän kivuliaisuutta, seksuaalista toimintaa ja yhdyntöjen tiheyttä, mielenterveyttä, kielteistä suhtautumista kipuun sekä onnistumisprosenttia. Testauksessa käytettiin jäsenneltyä haastattelua ja standardoituja kyselylomakkeita: FSFI, SS-SE, PCS, PASS-20, CES-D, STAI-T. Koeryhmä sai kahdeksan lantionpohjan fysioterapeutin ohjauskäyntiä, jotka	Lantionpohjan fysioterapialla voidaan vaikuttaa vulvodynian aiheuttamaan kipuun sekä vulvodynian aiheuttamiin seksuaalisiin ja kognitiivisiin muutoksiin.

			kestivät 60-70 minuuttia, ja jotka sisälsivät erilaisia fysioterapeuttisia hoitokomponentteja.	
Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L. Goldfinger, C., Pukall, C. & Chamberlain, S. Pelvic Floor Muscle Assessment Outcomes in Women With and Without Provoked Vestibulodynia and the Impact of a Physical Therapy Program_{sm}, 2010	N= 22 naista, 11 naista, joilla PVD ja 11 naista jolla ei ole vulvodynia taustaa	Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää eroavatko lantionpohjan mittaukset naisilla, jotka sairastavat vestibulodyniaa verrattuna sairastamattomiin. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida fysioterapian vaikutusta näihin mittauksiin vestibulodyniaa sairastavilla.	Poikkileikkaus ja prospektiivinen tutkimus, jossa mitattiin lantionpohjan lihasten toimintaa (pinnallisia ja syviä lantionpohjan lihaksia) käyttämällä pintaelektromyografiaa (SEMG) ja intravaginaalista arviointia sormin. Poikkileikkaus ja prospektiivinen tutkimus, jossa mitattiin lantionpohjan lihasten toimintaa (pinnallisia ja syviä lantionpohjan lihaksia) käyttämällä pintaelektromyografiaa. (SEMG) ja intravaginaalista arviointia sormin. Arvioinnit suoritettiin uudestaan kahdeksan fysioterapia tuokion jälkeen, joka sisälsi manuaalista terapiaa,	Lantionpohjan lihasten toimintahäiriöihin keskittyvä fysioterapia ohjelman normalisoi lantionpohjan lihasten toimintaa vulvodyniaa sairastavilla naisilla.

			biopalautehoitoa, sähköstimulaatiota, dilataatiohoitoa ja kotiharjoitteita.	
--	--	--	--	--

6 Tulokset

Tässä kappaleessa avataan tutkimuksissa käytettyjä fysioterapeuttisia menetelmiä. Tämä vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Millaisilla fysioterapeuttisilla menetelmillä vulvodyniaan voidaan vaikuttaa? Tulosten yhteenveto osiosta vastataan toiseen tutkimuskysymykseen: Millaisia tuloksia fysioterapeuttisilla menetelmillä on saatu? Kolmas kysymys oli ” Millaisilla arviointi menetelmillä vaikuttavuutta on arvioitu?”, ja siihen vastataan kappaleessa ”tutkimuksissa käytetyt mittarit”.

Seitsemässä tutkimuksessa oli tutkittu seuraavia fysioterapeuttisia menetelmiä: dilataatio (kolmessa tutkimuksessa), desensitisaatio (kahdessa tutkimuksessa), TENS (kahdessa tutkimuksessa), EMG (kolmessa tutkimuksessa), sähköstimulaatio (kahdessa tutkimuksessa), manuaalinen terapia (kahdessa tutkimuksessa) ja lantionpohjan lihasharjoitteet (kolmessa tutkimuksessa).

6.1 Fysioterapeuttiset menetelmät

Dilataatio

Dilataatiota tutkivat Murina ym. (2008b), Gentilcore-Saulnier ym. (2010) ja Goldfinger ym. (2009). Murina ym. olivat näistä ainoita, jotka tutkivat vain tätä menetelmää. Kahdessa muussa tutkimuksessa dilataation lisäksi käytettiin monia muita menetelmiä. Murinan ym. tutkimuksessa dilataattoria käytettiin progressiivisesti kahdeksan viikon ajan, niin että dilataattorin koko kasvoi kahden viikon välein. Jokainen harjoitus aloitettiin kuitenkin aina pienimmällä dilataattorilla, pitäen sitä emättimessä ensimmäisinä viikkoina 10 minuuttia ja muina viikkoina viisi minuuttia. Lisäksi harjoitus sisälsi aina kolme kahdeksan dilataattorin liikutus sarjaa sisään ja ulos, poistamatta sitä missään vaiheessa kokonaan emättimestä. Goldfinger ym. (2009) tutkimuksessa dilataatio oli yksi monista menetelmistä, eli tutkimus ei varsinaisesti keskittynyt vain tähän fysioterapeuttiseen menetelmään. Fysioterapeutti arvioi kolmesta eri koko vaihtoehdosta osallistujalle sopivan dilataattorin. Osallistujan oli määrä toteuttaa kotona kahdesti joka toinen päivä

kahden minuutin venytyksiä. Apuna ohjeistettiin käyttämään vesipohjaista geelimäistä liukuvoidetta sekä vatsahengitystä, eikä kipu saanut ylittää VAS-asteikolla 4/10. Gentilcore-Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa fysioterapeutti käytti dilataattoria yhtenä menetelmänä. Käytössä oli kolme eri kokoista dilataattoria, joista sopiva asetettiin emättimeen lantionpohjan lihasten harjoituksen yhteydessä rentoutus vaiheessa.

Desensitisaatio

Kahdessa tutkimuksessa käytettiin menetelmänä desensitisaatiota. Golfinger ym. (2009) tutkimuksessa desensitisaatio suoritettiin terapeutin toimesta osana muita menetelmiä. Desensitisaatiota tehtiin kerran viikossa kymmenen viikon ajan, ja se tapahtui progressiivisesti käyttäen ensin yhtä sormea ja sitten kahta lisäten samalla painetta. Lindström (2015) ym. tutkimuksessa desensitisaatiota ohjattiin tekemään kotona kymmenen viikon ajan säännöllisesti päivittäin. Naisia ohjattiin etenemään vähitellen yhden sormen käytöstä kahteen sormeen. Kipeiden kohtien hieronnassa ja akupainannassa apuna ohjattiin käyttämään käsipeiliä ja ihoöljyä. Mikäli kyseessä oli parisuhteessa oleva nainen, pyydettiin häntä ottamaan kumppani asteittain mukaan harjoituksiin. Kuukautisten aikaan oli suositeltavaa käyttää tamponia.

TENS

Murina ym. (2008a) tutkimuksessa oli kaksi tutkimusryhmää. Hoitoa saava ryhmä sai TENS stimulaatiota emättimen sisään asetettavan anturin välityksellä. Intensiteetti asetettiin niin suureksi, kun nainen pystyi kestämään ilman epä mukavuutta. Lumelääkeryhmän sähköstimulaatiota ei pidetty aktiivisena kuin kaksi kolmen sekunnin jaksoa, joita seurasi 15 minuutin tauko. Molemmat ryhmät saivat hoitoa kahdesti viikossa yhteensä 20 kertaa. Kukaan naisista ei saanut mitään muuta hoitoa tutkimuksen aikana, eikä kolmeen kuukauteen sen jälkeen. Vallinga ym. (2015) tutkimuksessa naiset käyttivät TENS:iä kotona. Stimulaatio annettiin pintaelektrodien välityksellä, jotka olivat asetettu uloimmille häpyhuulille emättimen suuaukkoa hermottavien hermopäätteiden kohdalle. Riippuen tarpeesta naiset saivat yksi tai kaksi ohjauksetta lantionpohjan fysioterapeutin toimesta. TENS:iä käytettiin pulsetoiminnolla ja intensiteetti kasvatettiin niin suureksi kuin se oli vielä mukavaa. Naisia ohjeistettiin käyttämään TENS:iä yhteensä 90 minuuttia päivässä, sellaisissa jaksoissa

kuin itse halusivat. Hoito kesti 12-16 viikkoa, ja 6-8 viikon kohdalla oli kontrollikäynti. Mikäli kontrollikäynnillä havaittiin, että TENS:stä oli ollut riittävästi apua potilaan mielestä, hoito lopetettiin.

EMG

Danielsson ym. (2010) tutkimuksessa vertailtiin EMG:tä ja lidokaiinivoidetta. Biopalautehoito suoritettiin pääasiassa kotona, luukunottamatta kuukausittaista arviokäyntiä, jossa EMG oli yhdistettynä tietokoneeseen. Hoidon kokonaiskesto oli neljä kuukautta. Naisia ohjeistettiin käyttämään emättimen sisäistä elektrodi kolmesti päivässä kymmenen minuuttia kerrallaan. Jokainen harjoituskerta sisälsi: 1. 10 x 5 sekunnin maksimaalinen jännitys, välissä 5 sekunnin rentoutus. Tämän jälkeen 60s rentoutus ja sarjan toisto uudestaan. 2. 15 x 10 sekunnin maksimaalinen jännitys, välissä 10 sekunnin rentoutus. 3. Yksi 60 sekunnin maksimaalinen jännitys. Gentilcore-Saulnier ym. (2010.) tutkimuksessa osallistujat saivat kahdeksan 60-75 minuutin fysioterapia hoitokertaa. Yksi hoitomenetelmä oli biopalautehoito eli EMG pintaelektrodeilla. Emättimeen asetettiin anturi, ja osallistujat tekivät lantionpohjan lihasharjoitteita 10-15 minuutin ajan. Harjoittelu sisälsi nopeus- ja kestovoima supistuksia, sekä erilaisia matalantason supistuksia. Jokaisen supistuksen jälkeen lihakset tietoisesti rentoutettiin. Goldfinger ym. (2009) tutkimuksessa osallistujat tekivät lantionpohjan lihasharjoitteita emättimeen asetetun anturin kanssa, katsoen samalla näytöltä lihasaktiivisuutta.

Sähköstimulaatiohoito

Gentilcore-Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa EMG anturi yhdistettiin laitteeseen, jonka kautta annettiin sähköstimulaatiota. Osallistujat altistettiin uudelle tuntemukselle ja lantionpohjan lihasten supistuksia stimuloitiin 6-10 minuuttia intensiteetillä ”voimakas, mutta miellyttävä”. Ensimmäisten minuuttien aikana osallistujia pyydettiin supistamaan lantionpohjan lihaksia samaan aikaan stimulaation kanssa, ja sitten rentouttamaan kokonaan stimulaation loppuessa. Loppu stimulaation ajan heitä pyydettiin rentouttamaan lantionpohjan lihakset ja tekemään syvähengitysharjoitusta. Tämän tarkoituksena oli edistää rentoutumista ja ahdistuksen hallintaa stimulaatiosta huolimatta. Myös Goldfinger ym. (2009)

tutkimuksessa EMG anturi yhdistettiin sähköstimulaatio laitteeseen. Lantionpohjan lihaksille annettiin sähköstimulaatiota 5-12 minuutin ajan.

Terapeuttinen harjoittelu

Gentilcore-Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa osallistujat määrättiin tekemään vähintään kolmesti päivässä kymmenen lantionpohjan lihasten supistus-rentoutus harjoitusta. Goldfinger ym. (2009) tutkimuksessa kotiharjoitteet määrättiin osallistujille, ja hoito-ohjelman aikana harjoitteet etenivät progressiivisesti kunkin osallistujan kehityksen mukaan.

Manuaalinen terapia

Gentilcore-Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa manuaalista terapiaa suoritettiin sormin emättimen sisäisesti. Tarkoituksena oli venyttää molempia lantionpohjan lihasten kerroksia säilyttäen venytys 15-20 minuuttia, apuna käytettiin liukuvoidetta. Terapeutti aloitti asettamalla etusormen emättimeen ja potilaan sietäessä myös keskisormen. Ensin terapeutti antoi kevyttä painetta emättimen seinämään sormet suorina, ja sitten sormet koukistettuna PIP- nivelistä 90° kulmaan. Tarkoituksena oli saada lantionpohjan lihakset venymään rentoutuneempaan asentoon. Tämän harjoituksen intensiteetti edistyi hoitajakson aikana yhdestä sormesta kahteen ja painetta lisäämällä. Hoito keskittyi lantionpohjan lihasten pinnalliseen kerrokseen, venytystä tehtiin klo 5, 6 ja 7 suuntiin emättimen suuaukolla ja venytystä pidettiin yllä 30 sekunnin ajan. Osallistujan sietäessä venytykset suoritettiin kahdesti, mikäli ei niin vain kerran. Goldfingerin ym. (2009) tutkimuksessa mainitaan, että manuaalista terapiaa suoritettiin emättimen sisäisesti fysioterapeutin toimesta, sen sisältäen mm. trigger pisteiden käsittelyä ja hierontaa.

6.2 Tulosten yhteenveto

Vain yhdessä tutkimuksessa (Murina ym. 2008b) oli tutkittu pelkkää dilataatiota. Dilataation vaikuttavuutta mitattiin FSF- indeksillä ja Marinofin dyspareunia asteikolla, molempien tulokset paranivat merkitsevästi. Muissa tutkimuksissa ei tutkittu pelkkää dilataatiota.

Desensitisaatiota tutki Lindström ym. (2015). Mittareina käytettiin MFSQ- kyselyä ja HADS- asteikkoa. Osallistujat raportoivat tilastollisesti merkitsevää kasvua seksuaalisissa fantasioissa ja nautinnossa. Lisäksi genitaalialueen kuivuus vähentyi. PVD ilmaantui harvemmin, joka näkyi seksuaalisen kanssakäymisen välttämisen vähentymisenä, masturbaation ja seksuaalisen kanssa käymisen lisääntymisenä. Kaikki tulokset olivat säilyneet vielä 6kk kuluttua.

Sekä Murina ym. (2008a) että Vallinga ym. (2015) tutkivat TENS:n vaikutusta vulvodyniaan. Murinan ym. (2008a) tutkimuksessa kahdestakymmenestä osallistujasta viidellätoista FSFI kasvoi yli yleisen väestön raja-arvon. Kolmen kuukauden seurantakäynnillä kaksitoista näistä oli säilyttänyt korkeat arvot. FSFI-arvioinnissa havaittiin vain lievää arvojen huonontumista. Myös Marinoff Dyspareunia asteikko ja SF-MPQ paranivat hoidon aikana ja tulokset säilyivät muuttumattomina. VAS oli ennen hoitoa 6.2, hoidon loputtua 2.1 ja kolmen kuukauden seuranta käynnillä 2.8. Eli VAS arvo parani merkitsevästi ja tulos säilyi seurannassa. Vallingan ym. (2015) tutkimuksessa itsetoteutetun TENS:n lisääminen moniulotteiseen hoitoon vähensi merkitsevästi vulvan kipua ja vestibulektomian tarvetta. Pitkäaikaisvaikutukset säilyivät. MPQ:n VAS-osion keskiarvo oli lähtötilanteessa 8, heti hoidon jälkeen 3,4 ja noin kymmen kuukauden kuluttua 3,2. Seksuaalinen toiminta (FSFI) parani merkitsevästi ja heikkeni vain hieman pitkällä aikavälillä. TENS: n lisääminen moniulotteiseen hoitoon merkitsi sitä, että lopulta vain 4% tarvitsi vestibulektomiaa, toisin kuin 23% tarvitsi aiemmin.

Danielssonin ym. (2010) tutkimuksessa vulvan kipukynnys parani merkitsevästi molemmilla puolilla. 12 kuukauden seurantakäynnillä 2/18 EMG ryhmästä kokivat itsensä kokonaan parantuneiksi 12/18 kokivat parannusta tilanteessa, 3/18 ei kokenut muutosta ollenkaan ja yhdeltä henkilöltä ei saatu vastausta. Gentilicore-Saulnierin ym. (2010) ja Goldfingerin ym. (2009) tutkimuksissa EMG oli osa muita hoitomuotoja, joten sen käytöstä hoitomuotona ei voida vetää tarkkoja johtopäätöksiä.

Sähköstimulaatiohoidosta, lantionpohjan lihasharjoitteista tai manuaalisesta terapiasta ei löydetty tutkimuksia, jotka olisivat käyttäneet vain yhtä näistä hoitomuotona. Gentilicore-Saulnier ym. (2010) ja Goldfinger ym. (2009) käyttivät tutkimuksessaan monia fysioterapeuttisia menetelmiä vulvodynian hoidossa.

Gentilicore-Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa molemmat ryhmät osoittivat supistumisvastetta kivuliaalle paineärsykkeelle, joka oli merkittävästi korkeampi pinnallisissa lantionpohjan lihaksissa verrattaessa syviin. PVD ryhmän supistumisvaste oli korkeampi kuin kontrolliryhmän. PVD ryhmän naisilla lantionpohjan lihasten tonus oli korkeampi, lihasten liikkuvuus pienempi ja rentoutumiskyky matalampi kuin verrokeilla. Hoidon jälkeen lantionpohjan lihasten reagointi kipuun väheni, niiden tonus vähentyi, vaginan joustavuus parani ja lantionpohjan lihasten kyky rentoutua parani. Hoidon jälkeen ryhmien mittaustuloksissa ei ollut enää eroja. Lantionpohjan lihasten toimintahäiriöihin keskittynyt fysioterapia kuntoutusohjelma normalisoi lantionpohjan lihasten toimintaa PVD naisilla. Goldfinger ym. (2009) tutkimuksessa osallistujilla oli hoidon jälkeen merkittävästi suurempi vestibulaarisen kipukynnyksen sietokyky ja huomattavasti pienempi kipuluokitus gynekologisen tutkimuksen aikana. Kipuintensiteetti väheni huomattavasti yhdynnän aikana. Vaikka yleinen seksuaalinen toiminta parani merkittävästi, eri seksuaalisen toiminnan osatekijät ja yhdynnän tiheys eivät parantuneet. Osallistujien mielenterveys ei parantunut merkitsevästi, mutta kivun katastrofointi ja kipuun liittyvä ahdistuneisuus vähenivät.

6.3 Tutkimuksissa käytetyt mittarit

CES-D (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale)

CES-D on yleisesti käytetty vapaasti saatavilla oleva itsensä raportoiva mittari masennuksen oireille. Lomakkeessa on 20 fraasia, esimerkiksi "minusta tuntuu toiveikkaalta tulevaisuuden suhteen". Vastaja arvioi kuinka usein kyseinen ajatus oli mielessä viimeisen viikon aikana. Arviointi tehdään neljäportaisella asteikolla, nollan ollessa harvoin tai ei ollenkaan, ja suurimman ollessa useimmiten tai koko ajan. (Carleton, Thibodeau, Teale, Welch, Abrams, Robinson & Asmundson 2013.)

FSFI (Female Sexual Function Index):

FSFI on moniulotteinen itsearviointiväline naisten seksuaalisen toiminnan arvioimiseksi. 19-kohtaisella kyselylomakkeella, voidaan arvioida naisten seksuaalisen toiminnan keskeisiä ulottuvuuksia. Se kehitettiin erityisesti seksuaalisen toiminnan (esimerkiksi seksuaalisen kiihottumisen, orgasmin, tyytyväisyyden, kivun)

arvioimiseksi kliinisissä tutkimuksissa. (Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson & Dàgustino 2000, 204.)

HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale)

HADS on suunniteltu mittaamaan ahdistusta ja masennusta yleisessä lääketieteellisessä populaatiossa. Kyselylomake sisältää seitsemän ahdistusta ja seitsemän masennusta koskevaa kysymystä, jotka arvioidaan erikseen. (Stern 2014, 393.)

Marinoffin dyspareunia asteikko

Marinoffin dyspareunia asteikossa yhdyntäkipu luokitellaan asteikolla (0-3) (Murina, Bernorio & Palmiotto 2008).

MFSQ (McCoy Female Sexuality Questionnaire)

MFSQ on naispuoleisille tarkoitettu seksuaalisuuteen liittyvä kyselylomake, joka on suunniteltu mittaamaan seksuaalisuuteen liittyviä näkökulmia. MFSQ kyselylomake on kehitetty lomakkeesta, jota on käytetty vaihdevuosi muutoksia tutkivissa pitkäaikaistutkimuksissa. Se on suunniteltu mittaamaan seksuaalihormonien muutosten vaikutuksia naisen seksuaalisuuteen. (McCoy 2000.)

PASS-20 (A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale)

PASS-20 on lyhyt versio kivun ahdistusoireiden arvioimiseksi, ja se on kehitetty alkuperäisversiosta (PASS), joka on 40 osainen kaavake. PASS-20 siis arvioi alkuperäisen version tavoin kipuun liittyvää ahdistusta ja pelkoa kroonista kipua sairastavilla henkilöillä. PASS-20 sisältää 20 mietettä liittyen siihen mitä henkilö tekee ja ajattelee kivusta, lomakkeelle merkitään väittämien kohdalle 0 (ei ikinä) tai 5 (aina). (McCracken & Dhingra 2002, 45;48.)

PCS (The Pain Catastrophizing Scale)

Kivun katastrofoinnin asteikko on yksi yleisimmin käytetty väline kipuun liittyvän katastrofaalisen ajattelun mittaamiseksi, ja sitä käytetään laajalti kliinisessä käytännön työssä ja tutkimuksessa. Se auttaa yksilön kipukokemuksen määrittämisessä. Arvioinnissa keskitytään siihen, miten yksilö tuntee ja mitä hän ajattelee, silloin kun kipu on päällä. (Pain Catastrophizing Scale N.d.) PCS sisältää kolmetoista toteamusta, joissa kuvataan erilaisia ajatuksia ja tunteita, jotka voivat liittyä kipuun. Yksilöitä ohjataan ilmoittamaan missä määrin he kokivat kipua viiden

pisteen asteikolla, jossa 0 kuvaa tuntemusta ei lainkaan ja 4 kuvaa tuntemusta koko ajan. (Sullivan 2009, 5.)

SF-MPQ JA MPQ (The short-form McGill Pain Questionnaire)

MPQ: tä voidaan käyttää potilaan kuvaaman kivun tason rekisteröinnissä ja arvioinnissa. Lisäksi sitä voidaan käyttää apuna diagnostiikassa sekä hoitojen ja / tai kivunlievityksen vaikutusten hallinnassa yksittäisillä potilailla. SF-MPQ on lyhyempi versio alkuperäisestä MPQ: sta. MPQ:ssa on annettu erilaisia kipua kuvaavia sanoja, josta SF-MPQ:n on poimittu 15 sanaa. Sanat on jaettu kahteen alaluokkaan, sensoriseen (11 sanaa) ja affektiiviseen (4 sanaa). Ne on pisteytetty siten, että suurempi pistemäärä vastaa voimakkaampaa kipua. (Short-form McGill Pain Questionnaire N.d.)

FSDS eli Female Sexual Distress Score

FSDS:ää käytetään arvioimaan seksuaalisiin toimintoihin liittyvää masennusta. (Vallinga, Spoelstra, Hemel, Van de Wiel & Weijmar Schultz 2015, 232.)

SF 36 (Short form 36)

SF 36 sisältää 36 kohtaa, jotka mittaavat kahdeksaa moniosaista muuttujaa. Nämä ovat: fyysinen toiminta (10 kohtaa), sosiaalinen toiminta (2 kohtaa), henkilön rajoitteet johtuen fyysistä ongelmista (4 kohtaa), henkilön rajoitteet johtuen emotionaalisisista ongelmista (3 kohtaa), mielenterveys (5 kohtaa), energia ja elinvoimaisuus (4 kohtaa), kipu (kaksi kohtaa) ja yleinen käsitys terveydestä (5 kohtaa). (Jenkinson, Coulter & Wright 1993, 1437.)

SS-SE (The Sexual Esteem subscale of the Sexuality Scale)

SS-SE on lomake, joka on suunniteltu mittaamaan kolmea näkökulmaa ihmisen seksuaalisuudessa. Näitä ovat: seksuaalinen itsevarmuus, masennus liittyen seksuaalisuuteen ja ylenmääräinen seksin ajattelu. (Snell, Papini 2010.)

STAI-T (The State-Trait Anxiety Inventory Trait Version)

STAI-T on väline, jolla määritetään aikuisten ahdistusta. Tätä nimenomaista lomaketta käytetään yksinkertaistamaan mielentilasta ja luonteenpiirteestä johtuvan ahdistuksen erot, sekä ahdistuksen tunteet ja masennus. Kyselylomake sisältää 40 kysymystä, jaettuna puoliksi luonteenpiirteen ja mielentila-ahdistuksen kesken.

Vastauksen annetaan asteikolla 1-4 ja aihealueet, joihin keskitytään ovat huolestuneisuus, jännittyneisyys, pidättyneisyys ja hermostuneisuus. (Spielberg, Corsuch, Lushene 2019.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoisuutta vulvodyniasta ammattilaisten keskuudessa ja nostaa esille sen hoidossa yleisimmin käytettyjä fysioterapeuttisia menetelmiä. Tavoitteena oli kerätä tutkimuksista yhteenvetona tiivis ja informatiivinen tuotos, josta ammattilaisten on helppo etsiä nopeasti tietoa omassa työssään.

Aihe muodostui kiinnostuksesta lantionpohjan fysioterapiaa kohtaan. Kyseessä on aihealue, jonka ongelmia nousee koko ajan esiin julkisuudessaakin enemmän. Lantionalueen ongelmat ovat kiusallisia ja niistä puhuminen on monelle hankalaa. Tästä syystä on tärkeää, että ammattilaiset tunnistavat kyseisen alueen ongelmat. Sadowink, Seal & Brotto (2012, 22) mainitsevat tutkimusartikkelissaan kuinka monet naiset etsivät apua erikoislääkäreiltä, mutta valitettavan useat terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat genitaalialueen vaivoista puhumisen kiusalliseksi. Heidän mukaansa potilaat eivät koe saavansa apua monista konsultaatioista ja interventioista huolimatta.

Törnävä (2017, 20) tuo väitöskirjassaan myös esiin sitä kuinka naisten kokemusten perusteella terveydenhuollon henkilöstön tietämystä vulvodynian hoidosta tulisi lisätä. Vulvodynian aiheuttamat fyysiset, psyykkiset ja seksuaaliset toimintahäiriöt heijastuvat myös parisuhteeseen. Erityisesti hoitosuhteessa tulisi kiinnittää huomiota tiedon ja tuen antamiseen sekä naiselle itselleen, että hänen kumppanilleen.

Luotettavuus

Jo ennen tätä työtä tiedettiin, että fysioterapialla voidaan vaikuttaa vulvodyniaan. Tällä työllä haluttiin selvittää mitkä fysioterapeuttiset menetelmät ovat vaikuttavimpia. Haasteeksi osoittautui satunnaisesti kontrolloitujen tutkimusten löytyminen, jotka olisivat olleet luotettavimpia. Tutkimuksissa käytetyt

fysioterapeuttiset menetelmät olivat keskenään erilaisia, joten kattavaa vertailua niistä on valittujen tutkimusten perusteella mahdotonta tehdä.

Seitsemässä valitussa tutkimuksessa kahdessa tutkimuksessa fysioterapeuttisena menetelmänä käytettiin TENS:ä. Murinan ym. (2008a) tutkimus oli satunnaisesti kontrolloitu. Tutkimusjoukko muodostui kahdesta 20 hengen ryhmästä, jotka kaikki suorittivat tutkimuksen loppuun. Näiden lisäksi luotettavuutta lisäsi se, että hoito toteutui aina saman fysioterapeutin toimesta eikä kukaan tutkittavista saanut tutkimuksen aikana mitään muuta hoitoa. Vallingan ym. (2015) tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää ja TENS toteutettiin itse annettuna hoitona kotona. Lisäksi luotettavuutta vähensi myös se, että hoidon kesto vaihteli 12:sta viikosta 16:ta viikkoon ja hoito lopetettiin, kun potilaan vulvan kipu helpotti.

Dilataatiota hoitomuotona tutkivat Murina ym. (2008). Tutkimusjoukko koostui vain 15:sta naisesta, joista kaikki suorittivat tutkimuksen loppuun. Lisäksi tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää ja kaikki tutkittavat saivat myös jotain muuta hoitoa dilataation lisäksi. Näin ollen ei voida tehdä varmoja päätelmiä siitä, oliko auttava menetelmä juuri dilataatio vai ei.

Lindström ym. (2015) tutkivat desensitisaatiota. Heidän tutkimuksensa luotettavuutta lisäsivät eettisten tekijöiden huomioiminen, sekä kohtuullisen suuri tutkimusjoukko (N=60), joista kukaan ei keskeyttänyt. Desensitisaation vaikuttavuuden arviointia kuitenkin hankaloittaa se, ettei se ollut ainoa hoitomuoto, vaan sitä käytettiin yhdessä kognitiivisen terapian kanssa. Kaikki hoitokerrat suoritettiin saman terapeutin toimesta, joka yksilöi terapian kullekin sopivaksi, mutta kaikki kerrat kuitenkin noudattivat samaa kaavaa. Tämä johti siihen, että toiset naiset etenivät nopeammin kuin toiset. Kaikille kuitenkin tarjottiin kaikki kymmenen tapaamiskertaa. Luotettavuutta selkeästi vähensi se, ettei tutkimuksessa annettu tarkkoja yhtenäisiä kotihoito-ohjeita. Lisäksi niitä, joilla oli partneri (53) kehoitettiin ottamaan tämä mukaan kotiharjoituksiin, joka entisestään luo harjoitteluun eroavaisuuksia.

EMG:tä tutkivat Danielsson ym. (2010) vertailuna lidokaiinivoiteen kanssa. Tutkimukseen osallistui 46 naista, eli kohtuullisen hyvä määrä. Naiset jaettiin kahteen ryhmään. Luotettavuutta vähensi se, että jo ensimmäisessä hoidon jälkeisessä

seurannassa yhdeksän naista olivat lopettaneet tutkimukseen osallistumisen erinäisistä syistä. 37 naista jatkoi, joista 18 EMG ryhmässä ja 19 lidokaiiniryhmässä. Yksi nainen EMG ryhmässä suoritti vain hoito-osion. Tutkimuksen luotettavuutta vähentää merkittävästi se, ettei yksikään EMG ryhmän naisista harjoitellut annettujen ohjeiden mukaisesti. Kymmenen 18:sta naisesta suoritti kaksi harjoituskertaa ohjeistetun kolmen sijaan ja loput vain yhden.

Sekä Godfinger ym. (2009) tutkimuksessa, että Gentilcore- Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa käytettiin monia eri fysioterapeuttisia menetelmiä vulvodynian hoidossa. Godfinger ym. tutkimuksessa oli pieni, 13 naisen tutkimusjoukko, jossa naiset saivat kahdeksan hoitokertaa saman fysioterapeutin toimesta. Kotiharjoitteet olivat kuitenkin yksilöityjä, eli ne eivät olleet kaikilla samanlaisia. Neljällä tutkittavasta myös puoliso osallistui terapiatuokioihin. Eroavaisuuksia tutkimusjoukkoon loi myös se, että yhdeksän osallistujaa käytti jonkinlaista hormonaalista ehkäisyä, ja kahdeksalla osallistujalla oli ensisijainen PVD, ja viidellä osallistujalla toissijainen PVD. Eroa oli myös hoitokertojen toteutuksessa, niiden oli tarkoitus tapahtua viikoittain, mutta aikataulu haasteiden vuoksi hoitajakso kesti 10-19 viikkoa riippuen tutkittavasta. Gentilcore- Saulnier ym. (2010) tutkimuksessa otanta oli suhteellisen pieni, vain 22:n naisen tutkimusjoukko, joka oli jaettuna kahteen 11 naisen ryhmään. Kyseessä oli siis satunnaisesti kontrolloitu tutkimus. Lisäksi tutkimukset suoritettiin kaikille samalla tavalla, hoidon suoritti sama fysioterapeutti ja samaa protokollaa käytettiin kaikille osallistujille. Hoitokertojen toteutuksessa oli pientä hajontaa, sillä keskimääräinen aika kahdeksan kerran viikoittaiselle hoidolle oli 12 viikkoa.

Tämän työn luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kaksi. Näin ollen kaikki valitut tutkimukset on analysoitu ja raportoitu molempien toimesta. Valittuja tutkimuksia oli seitsemän, eli analysoitu aineisto oli kattava ja monipuolinen. Lisäksi monissa tutkimuksissa nousi esiin samoja asioita vulvodynian hoidon kulmakivistä, joka lisää johtopäätöskien luotettavuutta. Luotettavuutta vähentää se, että vain kahdessa valitussa tutkimuksessa oli selkeästi myös vertailuryhmä. Lisäksi monessa tutkimuksessa tutkimusjoukko oli myös suhteellisen pieni.

Johtopäätökset

Työtä tehdessä useasta lähteestä nousi esiin moniammatillisen hoidon hyöty ja tarpeellisuus. Muun muassa Sadowink ym. (2012), Henzel ym. (2017), Mandall ym. (2010) ja Sadowink ym. (2014) mainitsevat moniammatillisuuden merkityksen. Sadowink ym. (2014) kertoo artikkelissaan, että hoidon tulisi olla nimenomaan potilaskeskeistä sairauskeskeisyyden sijaan. Hänen mielestään tärkeä askel vaivaantuneisuuden pysäyttämiseksi on epäsovittavien hoitojen lopettaminen. Vulvodyniapotilaiden kohdalla heidän potilashistoriansa läpikäynti usein paljastaa pitkän listan tehottomia terapioita.

Kuten yllä on mainittu, oli valittujen tutkimusten menetelmissä paljon hajontaa, joten menetelmien vaikuttavuuden vertailu osoittautui hankalaksi. Vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ” Millaisilla fysioterapeuttisilla menetelmillä vulvodynia voidaan vaikuttaa?” kuitenkin saatiin. Jonkin tietyn menetelmän nostaminen toista vaikuttavammaksi on kuitenkin mahdotonta. Jokaiselle vulvodynia potilaalle on tärkeää tehdä yksilöllinen moniammatillinen hoitosuunnitelma ja valita häntä parhaiten auttavat menetelmät. Kaikki tässä työssä esiin tulleet fysioterapeuttiset menetelmät voidaan tutkimusten perusteella tulkita vaikuttaviksi. Tutkimuksissa käytettyjä mittareita on avattu aiemmin tässä työssä. Yhteistä kaikissa tutkimuksissa oli vulvodynian kokonaisvaltaisuuden huomioiminen, ja lisäksi monissa tutkimuksissa käytettiin samoja mittareita.

Vulvodynia potilas fysioterapeutin vastaanotolla

Tässä kappaleessa pohditaan tilannetta siitä näkökulmasta, että potilas on jo saanut lääkäriltä vulvodynia diagnoosin. Näkemys vastaanoton sisällöstä on koottu työn aikana tulleen teoretiedon pohjalta. Potilaan tullessa fysioterapeutin vastaanotolle on tärkeää aloittaa arviointi heti. Vulvodynian kokonaisvaltaisuus voi näkyä jo potilaan olemuksessa. Tärkeintä vastaanotolla on alkuhaastattelu tilanteen selvittämiseksi. Oleellista on selvittää mitä menetelmiä on jo kokeiltu, ja onko potilas saanut niistä apua.

Potilaan kannalta on tärkeää antaa tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja kokonaisvaltaisuudesta. Oleellista on antaa potilaalle tiedoksi se, että hän ei ole

syyllinen sairauteen eikä hän ole yksin tämän sairauden kanssa. Tieto sairaudesta ja sen hoidosta helpottaa tilanteen käsittelyä ja antaa potilaalle uskoa sairauden kanssa pärjäämisestä. Sadowink ym. (2012) artikkelissa nostetaan esiin myös se, kuinka riittävä tiedonsaaminen auttaa naisia negatiivisten ja väärin luulojen käsittelyssä, sekä auttaa kivun pelon vähentymisessä.

Fysioterapeutin tehtävänä on valita monista fysioterapeuttisista menetelmistä potilaalle sopivin, ja luoda hänelle yksilöllinen hoitosuunnitelma. Ajan kuluessa menetelmiä on hyvä vaihdella myös mielekkyyden vuoksi. Törnävä (2017, 20) nostaa väitöskirjassaan esiin itsehoidon ohjaamisen merkityksen, vaikkei siitä olekaan vahvaa tutkimusnäyttöä. Itsehoidolla potilaalla on kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa sairauteen ja sen oireisiin.

Oleellisinta vulvodynian hoidossa on muistaa sairauden kokonaisvaltaisuus. Kaikissa tähän työhön valituissa tutkimuksissa nousi esiin se, kuinka sairaus ja sen tuomat rajoitteet ovat osa jokapäiväistä elämää. Sadowink ym. (2012, 23) mainitsevat artikkelissaan kuinka kyseinen tila on tuhoisa henkiselle hyvinvoinnille, seksuaaliselle terveydelle ja intiimeille suhteille.

Jatkotutkimusaiheet ja työn hyödynnettävyys

Monessa tutkimuksessa nostettiin esiin satunnaisesti kontrolloitujen tutkimusten vähyyks vulvodyniasta. Näin ollen niitä tarvittaisiin lisää ja erityisesti yksittäisistä fysioterapeuttisista menetelmistä. Haasteen luo varmastikin se, että hoidon kannalta vaikuttavinta on menetelmien yhdistäminen sairauden kokonaisvaltaisuuden vuoksi.

Tätä työtä voitaisiin jatkokehittää tekemällä täsmällisiä ohjeistuksia eri fysioterapeuttisista menetelmistä ammattilaisten käyttöön. Esimerkiksi millaiset biopalauteharjoitteet on todettu vaikuttavimmiksi.

Tätä työtä voidaan hyödyntää terveydenhuollon henkilöstön tietämyksen lisäämiseen vulvodyniasta. Erityisesti monipuolisen ja kokonaisvaltaisen hoitosuunnitelman luomiseen. Työstä löytyy myös useimmin käytettyjä mittareita, joita voi hyödyntää lähtötilanteen kartoittamisessa ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa.

Lähteet

- Andrews, J. 2011. Vulvodynia Interventions – Systematic Review and Evidence Garding. *Obstetrical and gynecological survey*, 66, 5, 299-315. Viitattu 24.3.2019. <https://pdfs.semanticscholar.org/97e6/93a47e4ca6895f0e4b131c3bd5c255e1b721.pdf>
- Carleton, R., Thibodeau, M., Teale, M., Welch, P., Abrams, M., Robinson, T. & Asmundson, G. 2013. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure. *PLoS One*, 8, 3. Viitattu 11.4.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3585724/>.
- Danielsson, I., Torstensson, T., Brodda-jansen, G. & Bohm-starke, N. 2010. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 11. Viitattu 10.4.2019. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/00016340600883401>
- Falsetta, ML., Foster DC., Bonham, AD. & Phipps, RP. 2016. A review of the available clinical therapies for vulvodynia management and new data implicating proinflammatory mediators in pain elicitation. *An international journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124, 2. Viitattu 19.3.2019. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14157>
- Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L. Goldfinger, C., Pukall, C. & Chamberlain, S. 2010. Pelvic Floor Muscle Assessment Outcomes in Women With and Without Provoked Vestibulodynia and the Impact of a Physical Therapy Program. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2, 1003-1022. Viitattu 10.4.2019. https://www.researchgate.net/publication/40897486_Pelvic_Floor_Muscle_Assessment_Outcomes_in_Women_With_and_Without_Provoked_Vestibulodynia_and_the_Impact_of_a_Physical_Therapy_Program
- Goldfinger, C., Pukall, C., Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L. & Chamberlain, S. 2009. A Prospective Study of Pelvic Floor Physical Therapy: Pain and Psychosexual Outcomes in Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 7, 1955 - 1968. https://www.researchgate.net/publication/24438616_A_Prospective_Study_of_Pelvic_Floor_Physical_Therapy_Pain_and_Psychosexual_Outcomes_in_Provoked_Vestibulodynia
- Heittola, S. 1996. Lantionpohjan lihaksilla laatua naisen elämään. Tampere: Tammer-Paino.
- Henzell, H. Berzins, K. & Langford, J. 2017. Provoked vestibulodynia: current perspectives. *International Journal of Women`s Health*, 9, 631-642. Viitattu 16.3.2019. <https://www.dovepress.com/provoked-vestibulodynia-current-perspectives-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH>
- Ihme, A. & Rainto, S. 2015. Naisen terveys. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. 3. uud.p. Helsinki: Edita Publishing.

- Jenkinson, C., Coulter, A. & Wright L. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. 1993. *BMJ*, 306. Viitattu 11.4.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1677870/pdf/bmj00022-0017.pdf>
- Jernfors, V., Rekonen, S. & Paavonen, J. 2004. Fysioterapia yhdyntäkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 59, 20, 2141–2144.
- Komulainen, J., Vuorela, P. & Malmivaara, A. 2014. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja suden kuoppia. *Duodecim*, 130, 1439-1444. Viitattu 19.3.2019. <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12762/duo11759.pdf>
- Lindström, S. & Kvist, L. 2015. Treatment of Provoked Vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy. *BMC Women's Health*, 15, 108. Viitattu 8.4.2019. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0265-3>
- Mandal, D., Nunns, D., Byrne, M., McLelland, J., Rani, R., Cullimore, J., Bansal, D., Brackenbury, F., Kirtsching, G. & Wier, M. 2010. Guidelines for the management of vulvodynia. *British Journal of Dermatology*, 162, 6. viitattu 20.3.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2133.2010.09684.x>
- McCracken, L. & Dhingra, L. 2002. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *ANXIETY AND RELATED FACTORS IN CHRONIC PAIN*. *Pain Res Manage* 2002, 7, 1, 45-50.
- McCoy, N. 2000. The McCoy Female Sexuality Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9, 739 - 745. Viitattu 15.4.2019. <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1008925906947>
- Murina, F., Bianco, V., Felice, R., Martino, M. & Nicolini, U. 2008. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 9, 1165 – 1170. Viitattu 10.4.2019. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2008.01803.x>
- Murina, F., Bernorio, R. & Palmiotto, R. 2008. The Use of Amielle Vaginal Trainers as Adjuvant in the Treatment of Vestibulodynia: An Observational Multicentric Study. *The Medscape Journal of Medicine*, 10, 1, 23. Viitattu 8.4.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2258477/>
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2. korj. p. Turun yliopisto.
- Paavonen, J. 2013. Vulvodynia. *Suomen Lääkärilehti*, 68, 7, 487-490.
- Pacik, P. & Geletta, S. 2013. Vaginismus Treatment: Clinical Trial Follow Up 241 Patients. *Sexual Medicine* 2017, 5, 2, 114-123. Viitattu 24.3.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050116117300181>

Pain Catastrophizing Scale. N.d. Physiopedia. Viitattu 11.4.2019. https://www.physio-pedia.com/Pain_Catastrophizing_Scale

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & Dàgustino, R. 2000, Journal of Sex & Marital Therapy, 26, 191–208. Viitattu 11.4.2019. <http://www.fsfiquestionnaire.com/Published%20Format.pdf>

Sadownik, L. 2014. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. Int J Womens Health, 6, 437-449. Viitattu 19.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014358/>

Sadowink, L., Seal, B. & Brotto, L. 2012. Provoked vestibulodynia: A qualitative exploration of women's experiences. BC Medical Journal, 54,1, 22-28. Viitattu 24.4.2019. https://www.bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_54_Vol1_provoked.pdf

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja, 62. Viitattu 12.3.2018. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E., Bjålie, J. & Toverud K. 2015. Ihminen: fysiologia ja anatomia. 8.-12. p. Helsinki: Wsoy Pro.

Savolainen, T. & Partia, R. 2018. Fysioterapianimikkeistö. Suomen Kuntliitto: Helsinki. <file:///C:/Users/laura/Downloads/1892fysioterapianimikkeisto.pdf>

Short-form McGill Pain Questionnaire. N.d. Physiopedia. Viitattu 11.4.2019. https://www.physio-pedia.com/Short-form_McGill_Pain_Questionnaire

Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., & Lushene. R.E. 2019. State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Statistics Solutions. Viitattu 15.4.2019. <https://www.statisticssolutions.com/state-trait-anxiety-inventory-stai/>

Stern, A. 2014. Questionnaire review. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Occupational Medicine, 64, 393-394. Viitattu 11.4.2019. https://watermark.silverchair.com/kqu024.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAKlwggI-BgkqhkiG9w0BBwagglvMIICkWBADCCAIQGCsQGSIB3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQMeOplRMRsE2P7aM5DAgEQgIIB9ZF7_xIVaP4Iubp3Dw3PMffgLPCbJHPp0ly7MLBASz_4cX2ARc6eyx4Z09QMd2WKvzdYjzXsxYJODTK7qcqzMeA_Avtki5m8WRL_dKClRv_oyMCohHGUTU3z6pIpz9vGKcmDAINIVfTK1E-H06Y2ndfWoOulMklI4sNmynmJKaE4aWHAFBLEBtKfThNhvC-Kgz7Kma0-vbVS7_FjiGXuyLS0LePt2PiwBmW8thT3tKm4-m-Qs_SJQr4fhG0qs9YdaQcb8gbBHT9lwKlIb2YOmyH4P2u7q-7FjbYk_LQ9waSNY5I2zqACv80IFoliw7_tt3SmmEBHwj6-kz6_xyxOvYi4YRUfAAQwxPXnJ5HYMcoCsH3PcQ74dp39VHwpBROQwOuma1-xzYIKxZyfOGT1SYGISyxDTb2obICfDhpOfnsyMfbsosL3F_9EBmB39mXSgKNUAh-57mPolPhXAtUQ_InBy2LICbktgJkQqF2hWPRgM_IrK36SmsLCKrECKyhE-oXqrcUic1M6N7QGVYegwrLZ4YoTqGMIzdWma9rIYi9KbrhEe9IpsV8h0TNL5vAekTwka_wHWFsu3FlsntVSSiwj3vU2f8ejXMDpTVQ8BbJaS92wgesk-wgYtNjcuigGQzB_kvCBwPIQWZi9m2S8tzWEriJs5kcQ

- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2. korj. p. Turun yliopisto.
- Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2. korj. p. Turun yliopisto.
- Sullivan, M. 2009. PCS The Pain Catastrophizing Scale User Manual. Montreal, Quebec: McGill University. Viitattu 11.4.2019. http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSEManual_English.pdf
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 17.1.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tommola, P. 2017. Etiopathogenesis and treatment of localized provoked vulvodynia. AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA. Helsingin yliopisto, naistenklinikka. Viitattu 16.3.2019. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/182404/ETIOPATH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tuomaala, H. 2017. Kartoitus vulvodynian taustatekijöistä ja hoidosta sairauskertomustietojen perusteella. Tampereen yliopisto, lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100669/SYVENTAVA-1487839995.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uud. p. Tammi: Helsinki.
- Törnävä, M. 2018. Vastaanotolla vulvodyniam sairastavaa nainen. Koulutusinterventiotutkimus vulvodynia ja sen hoidon tietämyksestä terveydenhuoltohenkilöstöllä. AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 17.12.2018 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/102081/978-952-03-0526-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vallina, S., Spoelstra, S., Hemel, I., van de Wiel, H. & Weijmar Schultz, W. 2015. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation as an Additional Treatment for Women Suffering from Therapy-Resistant Provoked Vestibulodynia: A Feasibility Study. International Society for Sexual Medicine, 12, 228 - 237. Viitattu 10.4.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jsm.12740>
- Ventolini, G. 2011. Measuring Treatment Outcomes in Women With Vulvodynia. Journal of Clinical Medicine Research, 3, 2, 59-64. Viitattu 24.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140924/>