

Ženske spolne disfunkcije – 2. del: konservativno zdravljenje – pregled literature

Female sexual dysfunction – part 2: conservative treatment – literature review

Irena Dokl¹, Darija Ščepanović², Gabrijela Simetinger³

IZVLEČEK

Uvod: Ženske spolne disfunkcije so pogoste in resno ogrožajo spolno zdravje žensk. Namen pregleda literature je predstaviti rezultate raziskav, katerih namen je bil ugotoviti učinkovitost konservativnega zdravljenja ženskih spolnih disfunkcij. **Metode:** Pregled tuje strokovne literature je potekal v elektronskih podatkovnih iskalnih zbirkah PEDro, Cochrane Library, Medline, NCBI (PubMedCentral), ClinicalTrials.gov, Science Direct in Web of Science. V pregled literature so bili zajeti prispevki v rubriki članki, v angleškem jeziku, objavljeni med letoma 2005 in 2013. **Rezultati:** Glede na vključitvena in izključitvena merila je bilo v pregled vključenih 25 raziskav (11 randomiziranih kontroliranih poskusov in 14 kontroliranih kliničnih poskusov), izmed katerih jih je 23 potrdilo, da konservativno zdravljenje pozitivno vpliva na ženske spolne disfunkcije. **Zaključki:** Konservativno zdravljenje v večini primerov prepreči oziroma omeji negativne posledice spolnih disfunkcij in ugodno vpliva na hitrejšo povrnitev spolnih funkcij pri ženskah.

Ključne besede: spolnost pri ženskah, boleč spolni odnos, motnje v spolnosti, medenično dno, modeli spolnega odgovora.

ABSTRACT

Background: Female sexual dysfunction is common and a serious threat to women's sexual health. The purpose of the literature review is to present the results of researches, the purpose of which was to determine the effectiveness of conservative treatment of female sexual dysfunction. **Methods:** Review of foreign professional literature was done in electronic data bases Pedro, The Cochrane Library, Medline, NCBI (PubMedCentral) ClinicalTrials.gov, Science Direct and Web of Science. In the literature review, the contributions were covered under the heading News, in English, published between 2005 and 2013. **Results:** Depending on inclusion and exclusion criteria, 25 researches were included in the review (11 randomized controlled clinical trials and 14 controlled clinical researches), of which 23 confirmed that conservative treatment has a positive effect on female sexual dysfunction. **Conclusions:** Conservative treatment, in most cases prevent or limit the negative effects of sexual dysfunction and has a positive impact on the rapid return of sexual function in women.

Key words: female sexuality, painful intercourse, sexual disturbances, pelvic floor, models of sexual response.

¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

² Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana

³ Splošna bolnišnica Novo mesto, Novo mesto

Korespondenca/Correspondence: Irena Dokl, dipl. fiziot.; e-pošta: irena.dokl@gmail.com

Prispelo: 23.09.2015

Sprejeto: 06.11.2015

UVOD

Ženske spolne disfunkcije so pogoste in resno ogrožajo spolno zdravje žensk. Njihovo zdravljenje se razlikuje glede na etiološko diagnozo vodilne motnje (1). Vse spolne motnje se obravnavajo tako z medicinskim (zdravila, rehabilitacija medeničnega dna, operacija (12); vaginalni lubrikant oziroma mazivo (30); klitorisna vakuumska naprava (43)) kot s psihoseksualnim (individualna psihoseksualna ali kognitivno-vedenjska terapija ter terapija parov) zdravljenjem.

Obstajajo različne teorije in interpretacije, kaj obsega konservativno zdravljenje. Konservativno zdravljenje disfunkcij medeničnega dna in posledično motenj v spolnosti pri ženskah je naravna, enostavna, razmeroma poceni in učinkovita metoda brez večjih negativnih stranskih učinkov. Njen namen je izboljšati moč in vzdržljivost oslabeledih mišic medeničnega dna ter tako zmanjšati pojav spolne disfunkcije. Zdravljenje vključuje sposobnost zagotavljanja optimalne in neboleče spolne funkcije (34).

Konservativno zdravljenje spolnih disfunkcij vključuje in navadno združuje več različnih oblik zdravljenja, kot so sprememba življenjskega sloga, pri čemer se spodbuja zdrav življenjski slog (14); psihoedukacija oziroma izobraževanje, ki se uporablja pri kombinaciji konservativnega in psihoseksualnega zdravljenja; komplementarna oziroma alternativna medicina (18), kamor spada tudi manualna terapija (34), ter terapevtske vaje, pri čemer je rehabilitacija medeničnega dna izjemnega pomena pri hipotoničnem medeničnem dnu, ki negativno vpliva na spolno dejavnost (35). Terapevtske vaje vključujejo tudi vadbo mišic medeničnega dna. Njen učinek je odvisen od načina izvajanja vaj, pogostosti, intenzivnosti, trajanja treninga, ki je učinkovit le, če oseba zna in zmore krčiti prave mišice ter izvajati trening po specifičnem programu (41). Vadba mišic medeničnega dna lahko izboljša spolno vzburjenje in orgazem oziroma spolno funkcijo žensk (3) z urinsko inkontinenco (31) in diagnozo spolne disfunkcije (29) s povečanjem moči mišic medeničnega dna (2).

Fizioterapija je vključena v zdravljenje spolnih motenj, pri čemer uspešno zdravljenje pomaga obnoviti funkcijo medeničnega dna, izboljša

mobilnost, olajša bolečino in prepreči oziroma omeji dokončne telesne omejitve (5). Priporočljiva je za zdravljenje spolnih disfunkcij, kadar so mišice medeničnega dna ocenjene kot šibke ali pa hiperaktivne (12). V zgodnjo fazo zdravljenja se vključi izobraževanje o anatomiji in fiziologiji ženskega spolovila, o spolnem odgovoru in vzburjenju ter različnih spolnih aktivnostih (1). Fizioterapevt pacientki zagotovi ustrezne informacije, daje nasvete s področja obvladovanja bolečine, funkcijskih dejavnosti in vaj ter ji predlaga vedenjske spremembe (34). Idealno za dosego ciljev izbere z dokazi podprte fizioterapevtske postopke in jih prilagodi pacientkinim potrebam. (11) Fizioterapevt idealno doseže učinek v vseh komponentah z uporabo meritev z dobrimi merskimi lastnostmi. Po terapiji sledi njeno vrednotenje z uporabo koncepta mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja ter povezovanje raziskav s prakso (8). Primerna napotitev je ključni del uspešnega zdravljenja (32).

Namen pregleda literature je predstaviti rezultate raziskav, katerih namen je bil ugotoviti učinkovitost konservativnega zdravljenja ženskih spolnih disfunkcij.

METODE DELA

Za preučitev učinkov konservativnega zdravljenja spolnih disfunkcij pri ženskah je bila uporabljena deskriptivna metoda, ki je temeljila na pregledu literature. Iskanje literature je potekalo v knjižnici Zdravstvene fakultete in v Centralni medicinski knjižnici ter prek spleta. Uporabljene so bile podatkovne iskalne zbirke Medline, NCBI (PubMedCentral), ClinicalTrials.gov, PEDro, Science Direct, Cochrane Library in Web of Science. Pri tem so bili uporabljeni deskriptorji v angleškem jeziku: pelvic floor dysfunction, women sexual dysfunction, treatment of sexual dysfunctions, conservative treatment; ter v slovenskem jeziku: spolna disfunkcija, konservativno zdravljenje, medenično dno, motnje v spolnosti pri ženskah, zdravljenje ženskih spolnih motenj.

Uporabljena so bila vključitvena merila:

- literatura v slovenskem in angleškem jeziku;
- vzorec sodelujočih: ženske z motnjami v spolnosti;

- prispevki v rubriki članki, ki obravnavajo spolne disfunkcije in ki so bili izdani od leta 2005 do 2013;
- vzorec raziskave: randomizirani kontrolirani poskusi ter kontrolirani klinični poskusi.

Izključitvena merila so bila: besedila v drugih jezikih, raziskave pred letom 2005 in raziskave, v katerih je bila v vzorec zajeta druga populacija.

Za oceno kakovosti posamezne raziskave je bil v pregledu literature uporabljen pristop GRADE, programsko orodje za izdelavo sistematičnih pregledov študij. Pri raziskavah srednje kakovosti nadaljnje raziskave verjetno pomembno vplivajo na naše zaupanje v ocenjeni učinek posameznih raziskav in lahko to oceno spremenijo, saj je resnični učinek najbrž blizu ocenjenemu, mogoče pa je tudi, da se od njega bistveno razlikuje.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Izmed 968 zadetkov iz začetnega iskanja je bilo glede na merila uporabljenih 11 randomiziranih kontroliranih poskusov in 14 kontroliranih kliničnih poskusov. Vključene raziskave se v kakovosti dokazov glede na pristop GRADE razlikujejo od visoke do srednje kakovosti. Glede na razvrstitev ravni dokazov v zdravstvu, podprtem z dokazi (27), pa vključene raziskave zaobjamejo drugo (posamezen pravilno načrtovan in zadosti velik randomiziran kontroliran poskus) in tretjo (dobro načrtovani poskusi brez randomizacije, kohortne študije z eno skupino, študije z izenačenimi kontrolami itn.) izmed petih ravni.

Pri interpretaciji rezultatov raziskav je treba pozornost usmeriti na posamezne komponente raziskav, saj so vključene raziskave variirale v populaciji žensk, obravnavi in meritvah. Značilnosti vključenih raziskav so predstavljene po smiselnem vsebinskem zaporedju in tako razvrščene po različnih metodah konservativnega zdravljenja: vpliv spremembe življenjskega sloga in izobraževanja na ženske spolne disfunkcije (tabela 1), vpliv fizioterapije medeničnega dna na ženske spolne disfunkcije (tabela 2), vpliv kombinacije konservativnega in psihoseksualnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije (tabela 3), vpliv kombiniranega konservativnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije (tabela 4).

Povprečna starost med vsemi raziskavami, ki so jo navedle, je variirala od najmanj 24,4 leta (37) do največ 54,0 let (4). Na relevantnost raziskave lahko vpliva tudi majhen vzorec sodelujočih. Ta je med raziskavami močno variiral, in sicer od najmanj 12 (38) do največ 445 žensk (13). Prav tako so imele ženske različne simptome spolne disfunkcije. Zelo pomembna je čimprejšnja obravnava, česar pa niso upoštevali v vseh raziskavah, saj so bili simptomi pri ženskah različno dolgo prisotni. Poleg spolnih disfunkcij so imele ženske še druge težave, kot so ginekološki rak, rak dojke (42, 17, 4), urinska inkontinenca (13, 15, 23, 26, 33), metabolni sindrom (9), multipla skleroza (6), zgodovina spolne zlorabe oziroma postravmatska stresna motnja (25, 36), vaginalni porod (7, 33) in obdobje po menopavzi (22).

Tabela 1: Značilnosti vključenih raziskav, ki so obravnavale vpliv spremembe življenjskega sloga in izobraževanja na ženske spolne disfunkcije

Avtor/ji, vrsta in trajanje raziskave	Starost, vzorec in obravnava vključenih skupin	Opis rezultatov, povezanih s spolno funkcijo
Christopherson et al. (2006) CCT, 6 mesecev	M = 44 (18–57) I (32): izobraževanje I2 (30): I + 3 svetovanja	I in I2: Izboljšanje primarnih in terciarnih simptomov SD, ne pa tudi sekundarnih indeksov SD.
Esposito et al. (2007) RCT, 2 leti	M(I) = 42.3 ± 4.5 M(K) = 41.5 ± 3.9 I (31): mediteranska dieta K (28): dieta	I: ↑ FSFI. Posamezna spolna domena se ni izboljšala. Posamezne prehranske komponente, povezane s spremembami v FSFI ni bilo.
Huang et al. (2009) RCT, 6 mesecev	M(I) = 53 ± 11 M(I2) = 53 ± 10 I (226): sprememba sloga I2 (112): izobraževanje	I: ↑ pogostost spolnih odnosov. Ni povezave med izboljšanjem pojava UI, ITM ali telesne teže z izboljšanjem SF.

RCT – randomizirani kontrolirani poskus, CCT – kontrolirani klinični poskus, M – povprečna starost, I – intervencijska skupina, K – kontrolna skupina, SD – spolne disfunkcije, SF – spolne funkcije, UI – urinska inkontinenca, ITM – indeks telesne mase, FSFI – indeks ženske spolne disfunkcije

Zaradi različnih uporabljenih oblik konservativnega zdravljenja so obravnave variirale v obliki, pogostosti in intenziteti – od vsakodnevnih nadzorovanih obravnav do tedenskih ali mesečnih individualnih ali skupinskih srečanj. Tudi obravnave je trajala različno, od najmanj 2 tedna (37) do največ 2 leti (9). Obravnave so se

razlikovale tudi glede na število kontrolnih in intervencijskih skupin. Največkrat so vsebovale po eno intervencijsko skupino, ki je hkrati tudi kontrolna (10, 17, 19, 22, 28, 33, 37–39), do največ treh intervencijskih skupin in ene kontrolne skupine (40).

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav, ki so obravnavale vpliv fizioterapije medeničnega dna na ženske spolne disfunkcije

Avtor/ji, vrsta in trajanje raziskave	Starost, vzorec in obravnava vključenih skupin	Opis rezultatov, povezanih s spolno funkcijo
Citak et al. (2010) RCT, 3 mesece	M(I) = 23.0 ± 3.2 M(K) = 22.2 ± 3.1 I (37): zгодnja VMMD K (38): normalna kontrola	I: ↑ SF in vseh komponent, razen zadovoljstva. I in K: Višje ocene FSFI, spolne želje, bolečine.
Goldfinger et al. (2009) CCT, 8 tednov	M = / I (13): zdravljenje bolečine ter spolne in psihološke komponente izzvane vestibulodinje	I: Izboljšana splošna spolna aktivnost, sposobnost vključevanja v dejavnosti brez bolečin. Posamezne komponente SF in pogostost spolnih odnosov se niso bistveno izboljšali.
Handa et al. (2011) RCT, 5 mesecev	M = 49,8 I (149): zdravljenje UI z vaginalnimi pripomočki I2 (146): VMMD + strategije kontinence) I3 (151): I + I2	Večje izboljšave so bile pri I3 in I2: ↓ UI med spolno aktivnostjo, ↓ omejitev SF v zvezi s strahom pred UI. VMMD: ↑ povprečno oceno Brink rezultata, izboljšala UI in SF.
Juraskova et al. (2013) CCT, 30 tednov	M = / I (25): zdravljenje z oljčnim oljem, vaginalnim vajam in vlažilno kremo	Izboljšanje pri disparevniji, SF in kakovosti življenja.
Lara et al. (2012) CCT, 3 mesece	M = / I (32): telesna vadba vključno z VMMD	I: ↑ izboljšana moč MMD, ↓ št. žensk, ki trpijo zaradi strahu. Ni bilo učinka na SF.
Liebergall-Wischnitzer et al. (2012) RCT, 3 mesece	M(I) = 46.7 M(I2) = 46.6 I (66): Krožne mišične vaje (metoda Paula) I2 (60): VMMD	I, I2: ↑ ocene SF, ↓ pogostosti UI med spolno aktivnostjo, ↓ omejitev spolne aktivnosti. Ženske z mešano UI so imele ↓ oceno SF kot tiste s SUI.
Mørkved et al. (2007) RCT, 6 let	M = / I (94): VMMD med 1. nosečnostjo K (94): Kontrola	I: ↑ delež žensk (36 %) poročal o izboljšanem zadovoljstvu v spolnosti po porodu, kot pa v K (18 %).
Murina et al. (2008) RCT, 5 mesecev in pol	M = / I (20): TENS K (20): placebo	I: ↑ Marinoff lestvica za disparevnijo, skupna ocena FSFI.
Rivalta et al. (2010) CCT, 8 mesecev	M = 48.5 (29–70) I (16): BFB, FES, VMMD in vaginalne uteži.	I: ↑ skupne ocene FSFI, statistično značilno izboljšanje vseh domen FSFI.
Yang et al. (2012) RCT, 1 mesec	M = 52.4 ± 7.9 (35–67) I (12): VMMD z BFB K(12): zdravstvena oskrba	↑ delež spolno aktivnih žensk I: ↑ telesna in SF ter moč MMD

RCT – randomizirani kontrolirani poskus, CCT – kontrolirani klinični poskus, M – povprečna starost, I – intervencijska skupina, K – kontrolna skupina, SF – spolne funkcije, VMMD – vadba mišic medeničnega dna, (S)UI – (stresna) urinska inkontinenca, BFB – biofeedback, FES – funkcionalna električna stimulacija, FSFI – indeks ženske spolne disfunkcije, TENS – transkutana električna živčna stimulacija, MMD – mišice medeničnega dna

Tabela 3: Značilnosti vključenih raziskav, ki so obravnavale vpliv kombinacije konservativnega in psiho seksualnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije

Avtor/ji, vrsta in trajanje raziskave	Starost, vzorec in obravnava vključenih skupin	Opis rezultatov, povezanih s spolno funkcijo
Brotto et al. (2012) CCT, 9 mesecev	M = 54.0 I (22): KVT, ki temelji na pozornosti, in psihoedukacija K (9): Čakalna lista (po treh mesecih kot I)	I: ↑ vsa področja spolnega odziva in delovanja kljub nespremenjenim fiziološko izmerjenim spolnim vzburjenjem. ↓ spolne stiske in disfunkcije.
Jones in McCabe (2011) CCT, 22 tednov	M(I) = 34.91 ± 10.27 M(K) = 33.30 ± 9.34 I (17): KVT preko interneta K (22): Čakalna lista	I: izboljšano delovanje v spolnosti in zvezi.
Kuile et al. (2007) CCT, 15 mesecev	M = 28.6 ± 6.9 (18.0–56) I (81): KVT v skupini ali biblioterapija K (36): Čakalna lista	I: ↓ strahu pred spolnim občevanjem in v izogibanju vedenja nekoitalne penetracije.
Kuile in Weijenborg (2006) CCT, T=	M = / I (76): Skupinska KVT.	I: vpliv na spremembo bolečine med spolnim odnosom, nadzor (vestibularne) bolečine, kontroliranje vaginalnih mišic.
Lankveld et al. (2006) RCT, 3 mesece	M = / I (39): Skupinska KVT. I2 (39): Biblioterapija. K (39): Čakalna lista.	I in I2: uspešen spolni odnos po zdravljenju.
Masheb et al. (2009) RCT, 15 mesecev	M = 43.0 (21–68) I (25): KVT K (25): Podporna psihoterapija	I in K: izboljšanje vseh ključnih meritev (intenziteta bolečine, SF). K: večje izboljšave v problemu disparevnije.
Meston et al. (2013) RCT, 7 mesecev in pol	M = 33.7 ± 10.294 I (38): izrazno pisanje, osredotočeno na spolno shemo K (39): izrazno pisanje, osredotočeno na travmo	I: ↑ SF, izboljšanje spolnih težav, PTSD. K: ↑ verjetnost in hitrejši čas okrevanja FOD.
Schnurr et al. (2009) CCT, 8 mesecev in pol	M = 45 (22–78) I (118): Terapija izpostavljanja. K (124): V sedanost usmerjena terapija.	I in K: ↑ ocene spolnih skrbi, spolno vedenje.
Seal in Meston (2007) CCT, 1 teden	M = 24.43 ± 7.12 I (11): terapija s telesnim ozaveščanjem + placebo. K (10): placebo + terapija s telesnim ozaveščanjem.	V 27 % izguba diagnoze PTSD. ↑ subjektivno in avtonomno vzburjenje, dožemanje fizičnega spolnega vzburjenja, ↓ negativnega afekta.
Stravynski et al. (2007) CCT, 1 leto	M = / Zdravljenje, osredotočeno na: I (12): spolne motnje I2 (12): medosebne težave I3(12): I+I2 K(13): Čakalna lista	Ni klinično pomembnih razlik.

RCT – randomizirani kontrolirani poskus, CCT – kontrolirani klinični poskus, M – povprečna starost; I – intervencijska skupina, K – kontrolna skupina, T – trajanje raziskave, SF – spolne funkcije, VMMD – vadba mišic medeničnega dna, KVT – kognitivno-vedenjska terapija, PTSD – post travmatska spolna disfunkcija, FOD – motnja doživljanja orgazma pri ženski

Vključene raziskave so variirale tudi v meritvah, saj so uporabili različne objektivne in subjektivne meritve. Subjektivne so relativne, saj so nekatere pacientke lahko preveč, druge pa premalo samokritične. Najpogosteje uporabljena meritev je bil vprašalnik za oceno ključnih razsežnosti spolne funkcije pri ženskah (angl. Female Sexual

Function Index – FSFI), ki so ga uporabili v desetih raziskavah (4, 7, 16, 20, 24, 28, 33, 37–39). Raziskave so se med seboj nekoliko razlikovale tudi po tem, kdaj so izvajali meritve. 20 raziskav (6, 7, 9, 10, 13, 15–17, 20, 22–25, 28, 33, 36–39, 42) je izvedlo meritve pred obravnavo in takoj po njenem koncu, 14 raziskav (4, 10, 13, 16, 17, 20,

21, 24–26, 28, 33, 36, 40) pa je preverilo trajnost doseženih rezultatov tudi v različnih obdobjih po končani obravnavi.

Izmed 25 vključenih raziskav jih je 23 potrdilo, da konservativno zdravljenje pozitivno vpliva na ženske spolne disfunkcije. Dokazi niso povsem enotni pri 10 raziskavah, ki so preučevale vpliv fizioterapije medeničnega dna na ženske spolne disfunkcije (7, 10, 13, 17, 22, 23, 26, 28, 33, 42), saj so v eni raziskavi (22) ugotovili, da uporabljene tehnike (vadba mišic medeničnega dna skupaj s telesno vadbo) nimajo statistično in klinično pomembnih učinkov za zdravljenje ženskih spolnih disfunkcij. Prav tako niso enotni rezultati pri treh raziskavah, ki so preučevale vpliv spremembe življenjskega sloga in izobraževanja na ženske spolne disfunkcije (6, 9, 15), saj ena raziskava (15) ni pokazala statistično pomembnih učinkov za zdravljenje ženskih spolnih disfunkcij.

Raziskavi, ki sta preučevali vpliv kombiniranega konservativnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije (38, 39), sta enotni o pozitivni učinkovitosti konservativnega zdravljenja ženskih spolnih disfunkcij. Deset raziskav, ki so preučevale vpliv kombinacije konservativnega in psihoseksualnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije (4, 16, 19–21, 24, 25, 36, 37, 40), je enotnih o pozitivni učinkovitosti konservativnega zdravljenja ženskih spolnih disfunkcij, pri čemer je bila psihoedukacija kot komponenta konservativnega zdravljenja vključena v psihoseksualno zdravljenje. Slednje raziskave, ki so preučevale učinkovitost psihoseksualnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije, so se

izkazale za statistično pomembne, vendar pa samostojna uporaba samoporočil ni priporočljiva za klinične namene, saj nimajo občutljivosti in specifičnosti glede na etiologijo.

Konservativno zdravljenje je bilo najpogosteje osredotočeno predvsem na sposobnost zagotavljanja optimalne in neboleče spolne izkušnje, kar se je pri zdravljenju odražalo predvsem v znižanju intenzivnosti bolečine in posledično s tem povezanih motenj v spolnosti. Od vseh uporabljenih tehnik v raziskavah je po učinkovitosti izstopala uporaba vadbe mišic medeničnega dna, pri kateri so tudi ženske z močnejšimi mišicami medeničnega dna dosegale višje rezultate na vprašalniku za oceno ključnih razsežnosti spolne funkcije pri ženskah. Vadba mišic medeničnega dna, ki je že več let uveljavljena v klinični praksi, je v številnih primerih zelo primerna terapija za konservativno zdravljenje ženskih spolnih disfunkcij. V splošnem je sprejeta kot prva izbira pri zdravljenju disfunkcije medeničnega dna in je bila razvita za izboljšanje funkcij mišic medeničnega dna, s povečanjem moči, vzdržljivosti, koordinacije in učinkovitosti oziroma hitrosti krčenja, kar so potrdile tudi posamezne raziskave (7, 13, 22, 42). Ena raziskava (22) je ugotovila, da zdravljenje ni vplivalo na spolne funkcije. Pri tej je obravnavala s telesno vadbo, vključno z vadbo mišic medeničnega dna, zmanjšala strah in izboljšala moč mišic medeničnega dna pri kontinentnih ženskah po menopavzi, vendar pa ni izboljšala spolne funkcije.

Tabela 4: Značilnosti vključenih raziskav, ki sta obravnavali vpliv kombiniranega konservativnega zdravljenja na ženske spolne disfunkcije

Avtor/ji, vrsta in trajanje raziskave	Starost, vzorec in obravnavava vključenih skupin	Opis rezultatov, povezanih s spolno funkcijo
Seo et al. (2005) CCT, 3 mesece	M = / I (12): FES - BFB s spolno-KVT	↑ zadovoljiv vaginalni spolni odnos, kontrole mišic, zdravljenje vaginizma.
Spoelstra et al. (2011) CCT, 5 let	M = / I (64): večplastni pristop.	Ni bilo pomembnih razlik v oceni spolnega zadovoljstva. ↓ bolečine vulve.

CCT – kontrolirani klinični poskus, M – povprečna starost, I – intervencijska skupina, FES - BFB – funkcionalna električna stimulacija z biološko povratno povezavo, KVT – kognitivno-vedenjska terapija

ZAKLJUČKI

Variacije med posameznimi raziskavami otežijo natančnejšo primerjavo učinkovitosti posameznih metod konservativnega zdravljenja ženskih spolnih

disfunkcij, vendar glede na rezultate pregledanih raziskav lahko pritrdimo, da konservativno zdravljenje neustreznega delovanja medeničnega

dna izboljša njegovo delovanje in v večini primerov prepreči oziroma omeji negativne posledice spolnih disfunkcij ter ugodno vpliva na hitrejšo povrnitev spolnih funkcij pri ženskah, saj je kar 23 raziskav potrdilo, da konservativno zdravljenje pozitivno vpliva na ženske spolne disfunkcije.

V prihodnje bi bili smiselni dodatni randomizirani kontrolirani poskusi, da bi lahko potrdili, katera metoda konservativnega zdravljenja je najboljša metoda za tovrstno zdravljenje spolnih disfunkcij pri ženskah.

LITERATURA

1. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L (2010). Summary of recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 7: 314–26.
2. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA (2003). The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 14: 234–8.
3. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K (2010). Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 115 (2): 317–24.
4. Brotto LA, Erskine Y, Carey M et al. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol* 125 (2): 320–5.
5. Bø K (2007). Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier 1: 1–8.
6. Christopherson JM, Moore K, Foley FW, Warren KG (2006). A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *J Clin Nurs* 15: 742–50.
7. Citak N, Cam C, Arslan H et al (2010). Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstet Gynecol* 89: 817–22.
8. Dahl TH (2002). International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *J Rehabil Med* 34: 201–4.
9. Esposito K, Citola M, Giugliano F et al. (2007). Mediterranean diet improves sexual function in women with the metabolic syndrome. *Int J Impot Res* 19: 486–91.
10. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, and Chamberlain S (2009). A prospective study of pelvic floor physical therapy: Pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med* 6: 1955–68.
11. Graziottin A (2004). Female sexual dysfunction: clinical approach. *Urologica* 14 (2): 57–60.
12. Graziottin A (2007). Female sexual dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. Evidence based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier, Churchill Livingstone: 266–87.
13. Handa VL, Whitcomb E, Weidner AC et al. (2011). Sexual function before and after non-surgical treatment for stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 17 (1): 30–5.
14. Hay-Smith J, Berghmans B, Burgio K, et al (2009). Adult conservative management. In: Incontinence. 4th ed. Paris: Health Publications: 1025–120.
15. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL (2009). Sexual function among overweight and obese women with urinary incontinence in a randomized controlled trial of an intensive behavioral weight loss intervention. *J Urol* 181 (5): 2235–42.
16. Jones LM, McCabe MP (2011). The Effectiveness of an internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *J Sex Med* 8: 2781–92.
17. Juraskova I, Jarvis S, Mok K et al. (2013). The acceptability, feasibility, and efficacy (Phase I/II study) of the OVERcome (Olive oil, Vaginal Exercise, and moisturizer) intervention to improve dyspareunia and alleviate sexual problems in women with breast cancer. *J Sex Med* 10: 2549–58.
18. Koelbl H, Nitti V (2009). Pathophysiology of urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wien A, eds. Incontinence 4th ed. Paris: Health publications, 2009: 299–308.
19. Kuile MM, Weijenborg PTM (2006). A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): factors associated with treatment success. *J Sex Marital Ther* 32 (3): 199–213.
20. Kuile MM, Lankveld JJDM, Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behav Res Ther* 45: 359–73.
21. Lankveld JJ DM, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled

- trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 74 (1): 168–78.
22. Lara LAS, Montenegro ML, Franco MM, Abreu DCC, Rosa e Silva ACJS, Ferreira CHJ (2012). Is the sexual satisfaction of postmenopausal women enhanced by physical exercise and pelvic floor muscle training? *J Sex Med* 9: 218–23.
23. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner Celnikier D, Lavy Y, Manor O, Woloski Wruble AC (2012). Sexual function and quality of life of women with stress urinary incontinence: a randomized controlled trial comparing the Paula method (circular muscle exercises) to pelvic floor muscle training (PFMT) exercises. *J Sex Med* 9: 1613–23.
24. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *PAIN* 141: 31–40.
25. Meston CM, Lorenz TA, Stephenson KR (2013). Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *J Sex Med* 10: 2177–89.
26. Mørkved S, Rømmen K, Schei B, Salvesen KÅ, Bø K (2007). No difference in urinary incontinence between training and control group six years after cessation of a randomized controlled trial, but improved sexual satisfaction in the training group. *Neurourol Urodyn* 26: 667.
27. Muir Gray JA (2001). V: Vidmar G. *Dokazi v medicini. Rehabilitacija*. Ljubljana, 2010, 9 (1): 4–11.
28. 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* 115 (9): 1165–70.
29. Ness KK, Gurney JG, Zeltzer LK et al. (2008). The impact of limitations in physical, executive, and emotional function on health related quality of life among adult survivors of childhood cancer: a report from the Childhood cancer survivor study. *Arch Phys Med Rehabil* 89: 128–36.
30. Nihira MA (2012). Female sexual dysfunction. WebMD, LLC. d. <http://women.webmd.com/guide/sexual-dysfunction-women?page=3>. <10. 5. 2013>.
31. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NdeO, Osis MJ (2010). Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet* 32: 234–40.
32. Plaut M, Graziottin A, Heaton J (2004). *Sexual dysfunction*. Abingdon: Health Press. http://www.bournemouth.ac.uk/library/using/guide_to_citing_internet_sourc.html. <15. 10. 2013>.
33. Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S, Bianchi G (2010). Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *J Sex Med* 7 (3): 1200–8.
34. Rosenbaum TY (2008). The role of physical therapy in female sexual dysfunction. *Curr Sex Health Rep*: 5 (2): 97–101.
35. Rosenbaum TY, Owens A (2008). The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. *J Sex Med* 5: 513–23.
36. Schnurr PP, Lunney CA, Forshay E, Thurston VL, Chow BK, Resick PA, Foa EB (2009). Sexual function outcomes in women treated for posttraumatic stress disorder. *J Women's Health* 18 (10): 1549–57.
37. Seal BM, Meston CM (2007). The impact of body awareness on sexual arousal in women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 4 (1): 990–1000.
38. Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH (2005). In: Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med* 2007 4 (1): 4–13.
39. Spoelstra SK, Dijkstra JR, van Driel MF, and Weijmar Schultz WCM (2011). Long-term results of an individualized, multifaceted, and multidisciplinary therapeutic approach to provoked vestibulodynia. *J Sex Med* 8: 489–96.
40. Stravynski A, Gaudette G, Lesage A et al. (2007). The treatment of sexually dysfunctional women without partners: A controlled study of three behavioural group approaches. *Clin Psychol Psychothe* 14 (3): 211–20.
41. Šćepanović D (2003). Trening mišic medeničnega dna. *Obzor Zdr N* 37: 125–31.
42. Yang EJ, Lim JY, Rah UW, Kim YB (2012). Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. *Gynecol Oncol* 125: 705–11.
43. Wilson PD, Bø K, Hay-Smith J et al (2001). Conservative treatment in women. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*. 2nd International consultation on incontinence, Paris, 2001.