



©Stenz C. & Christensen T.

Fysioterapeutisk behandling til kvinder med smerter ved samleje – hvad virker og hvad kunne blive bedre?

af Cathrine Blegvad Stenz

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Studienummer: 20152687

Antal tegn: 114.709

Maj 2017

Hovedvejleder: Birgitte Schantz Laursen

Resumé på dansk

Baggrund: Smerter ved samleje hos kvinder er en hyppig seksuel problematik, som menes at forekomme hos 14-34 % af yngre kvinder. Smerter ved samleje medfører negativ påvirkning af seksualfunktionen i relation til både seksuel lyst, ophidselse, lubrikation, samt i forhold til seksuel tilfredsstillelse. Fysioterapi er en ofte anbefalet behandlingsform til kvinder med smerter ved samleje, men der er begrænset viden om hvordan patientgruppen oplever denne behandling.

Formål: At undersøge hvordan kvinder med smerter ved samleje oplever et fysioterapeutisk behandlingsforløb tilbudt sammen med sexologiske rådgivning, med fokus på hvilke tiltag der har gavnet dem mest, og hvad der i fremtiden kunne bedre behandlingstilbuddet.

Materiale: 5 kvinder med smerter ved samleje, der gennemgik fysioterapeutisk behandlingsforløb med ad hoc sexologisk rådgivning ad hoc, på Hvidovre Hospital.

Metode: Semistrukturerede kvalitative interview

Resultat: Kvinderne oplevede, at den personlige relation til behandleren var af stor betydning, at information om bækkenbundens anatomi og funktion øgede deres for viden og forståelse i forhold til deres smerteproblematik; at den praktiske fysioterapeutiske behandling og guidning med fx biofeedback og dilatatorer hjalp dem til at arbejde fysisk med deres problematik. Den sexologiske rådgivning gav endvidere kvinderne redskaber til at kunne italesætte seksuelle emner og gav en bredere viden om seksualitet, såsom at sex kan indebære andet end samleje. Kvindernes forslag til hvordan behandlingstilbuddet kunne bedres i fremtiden, var at inddrage partneren mere i behandlingsforløbet, samt at det blev muligt at møde andre kvinder i samme situation.

Konklusion og perspektivering: Dette studie har vist at kvinder med smerter ved samleje finder at fysioterapi og sexologisk rådgivning er gavnligt, men at partneren bør inddrages mere i behandlingen og at det ville være godt at møde andre kvinder i samme situation.

Studiet kan med fordel læses af fysioterapeuter, samt andet sundhedspersonale der arbejder med kvinder med smerter ved samleje mhp. at sætte fokus på egen praksis og fremtidig behandling af kvinder med smerter ved samleje.

Abstract in English

Background: Dyspareunia is a frequent problem among women. It is believed that the prevalence is between 14-34% among younger women. Pain during sexual intercourse can have a negative impact on sexual function in relation to sexual desire, arousal, lubrication and sexual satisfaction. Physiotherapy is often recommended as treatment for women with dyspareunia but there is limited knowledge about how women with dyspareunia experience the treatment.

Aim: To examine how women with dyspareunia experience physiotherapy treatment offered together with sexual counselling; which specific modalities that would be considered most helpful and which areas that could be improved for future patients with dyspareunia

Materials: Five women who had received physiotherapy and sexual counselling at Hvidovre Hospital

Methods: Semi-structured qualitative interviews

Results: The women in this study indicated that a personal and safe relation to the physiotherapist was of major importance; that information about the pelvic floor anatomy and function improved their understanding towards their pain; that the physical approach with specific guiding using EMG biofeedback and dilators made it easier for the women to work physically with their problems. Finally, the sexual counselling gave the women tools to use when talking with their partner and gave a better knowledge about sexual function such as the knowledge that sex does not only include sexual intercourse. The women suggested that the partner should be more involved in the treatment and the women expressed that they would like to meet other women with dyspareunia to share knowledge and understanding.

Conclusion and perspectives: This study showed that women found physiotherapy and sexual counselling helpful but the partner should be more included in the treatment and that meeting other women in the same situation is important.

Results from this study can be used by other physiotherapist and health professionals involved in women with dyspareunia to reflect on own clinical praxis and to improve future treatment for women with dyspareunia.

1. Initierende problem	6
2. Problemanalyse	6
2.1 Introduktion til problemanalysen:	6
2.3 <i>Smerter ved samleje</i>	7
2.3.1 <i>Dyspareuni</i>	8
2.3.2 <i>Vaginisme</i>	8
2.3.3 <i>Vulvodyni</i>	8
2.3.4 <i>GPPPD som diagnose</i>	9
2.4 <i>Biopsykosociale årsager til smerter ved samleje</i>	10
2.5 <i>Negative konsekvenser af smerter ved samleje</i>	11
2.6 Behandling af smerter ved samleje	12
2.6.1 Kirurgisk og medicinsk behandling	12
2.6.2 Psyko-seksuel behandling til kvinder med smerter ved samleje	13
2.6.3 Tværfaglig behandling til kvinder med smerter ved samleje	13
2.6.4 Fysioterapeutisk behandling	14
2.7 Den fysioterapeutiske behandling og ad hoc sexologiske rådgivning til kvinder med smerter ved samleje på Hvidovre Hospital	17
2.7.1 Introduktion til den fysioterapeutiske behandling på Hvidovre Hospital	17
2.7.2 Mål for den fysioterapeutiske behandling	17
2.7.3 Behandlingshenvisning af kvinder med smerter ved samleje på Hvidovre Hospital	17
2.7.3 Det kropsligt-pædagogiske tilgang i den fysioterapeutiske behandling	17
2.7.6 Sexologisk ad hoc rådgivning til kvinder med smerter ved samleje i forbindelse med den fysioterapeutiske behandling	19
3. Litteratursøgning	22
3.1 Introduktion litteratursøgningen	22
3.2 Litteratursøgning	22
3.5 Litteraturgennemgang	24
4. Problemafgrænsning	29
4.1 Problemformulering	30
5. Metode	30
5.1 Introduktion til metode	30
5.2 Videnskabs teoretisk ståsted	30
5.3 Dataindsamling	31
5.4 Udvælgelse og rekruttering af informanter	31
5.6 Informeret samtykke og etiske overvejelser i forbindelse med interview	31
5.7 Præsentation af Informanter	32
5.8 Interview guide	32
5.9 Transskribering og analyse	33
5.10 Teoriramme	33

5.10.1 Introduktion til teoriramme	33
5.10.2 Teorien om "Self-efficacy"	33
6. Analyse og diskussion.....	35
6.1 Introduktion til analyse og diskussion	35
2. Viden og forståelse omkring bækkebunden og kvinders genitale anatomi	35
3. Møde/tale med andre i samme situation	35
3. Den fysioterapeutiske behandling.....	35
Figur 6. Illustration af de overordnede temaer og undertemaer som fremkom i analysen	35
6.2 Tema 1: Det der har hjulpet/givet mening i behandlingen.....	36
6.2.1 Personlig kontakt/relation med behandleren	36
6.2.3 Viden og forståelse omkring bækkebunden og kvinders genitale anatomi	36
6.2.4 Den fysioterapeutiske behandling.....	40
6.2.5 Sexologisk rådgivning	44
6.3 Tema 2. Bedring af behandlingstilbud i fremtiden	46
6.3.1 Partneren med til behandling.....	46
6.3.2 Møde/tale med andre i samme situation.....	48
7. Metodediskussion	50
7.1 Introduktion til metodediskussion.....	50
7.2 Valg af undersøgelsesmetode	50
7.3 Ekstern validitet /generaliserbarhed af resultater	51
7.4 Valg af teoriramme.....	51
8. Konklusion	52
9. Perspektivering.....	52
Referencer	54

Bilags fortegnelse over bilag, som ligger som selvstændig fil:

Bilag 1: VIP Hvidovre Hospital: "Smerter i underlivet og bækkenbundsmuskulaturen"

Bilag 2: Eksempel på litteratursøgning fra Pub med

Bilag 3: Samtykkeerklæringer

Bilag 4: Interviewguide

Bilag 5: Eksempel på analyse, meningskondensering og tematisering af interview

1. Initierende problem

Igennem mit job som fysioterapeut har jeg i flere år behandlet kvinder med smerter ved samleje med fysioterapeutiske behandlingsmetoder samt sexologisk rådgivning ad hoc. Smerter ved samleje hos kvinder har diagnoserne: dyspareuni, vaginisme, vulvodyni eller Genito Pelvic Pain Penetration Disorder (GPPPD) (1). Hvilke behandlingsmetoder der bliver anvendt og hvilken rådgivning der gives, er bestemt af kvindens problemer og hendes mål for behandlingen. Det er desuden påvirket af den tilgængelige videnskabelige litteratur og evidens på området vedrørende fysioterapeutiske behandling, samt af fysioterapeutens faglige viden og erfaring med behandling af kvinder med smerter ved samleje. Det er dog fysioterapeuter som faggruppe, der har udvalgt "paletten" af de behandlingstilbud, behandlingsteknikker og metoder der tilbydes.

På baggrund af de mange behandlingstilbud og forskellige kliniske praksisser, kunne det derfor være interessant at finde ud af, hvilke dele af den fysioterapeutiske /sexologiske behandlingen vores patienter oplever hjælper dem mest; hvad de eventuelt synes de har manglet i det nuværende behandlingstilbud, og hvad de kunne forstille sig kunne bidrage til en bedre (fysioterapeutisk) behandling af smerter ved samleje. Dette masterspeciale har derfor som formål, ved brug af kvalitative forskning interview, at undersøge hvordan dette forholder sig.

2. Problemanalyse

2.1 Introduktion til problemanalysen:

For at kunne lede frem til problemformuleringen, vil der i det følgende give en kort definition af den menneskelige seksualitet, samt belyse faktorer som påvirker seksuel sundhed generelt. Herefter beskrives forekomst og definitioner på smerter ved samleje (dyspareuni), vaginisme og vulvodyni. GPPPD som diagnose forklares. Dette efterfølges af en gennemgang af mulige årsager til seksuelle smertetilstande hos kvinder, samt mulige konsekvenser af dette for kvinderne som lever med problemet, samt hvordan det påvirker relationen til eventuelle partnere.

Slutteligt beskrives kendte eksisterende behandlingsmetoder til smerter ved samleje, med særligt fokus på den fysioterapeutiske og sexologiske rådgivning. Afslutningsvis beskrives det fysioterapeutiske behandlingstilbud på Hvidovre Hospital til kvinder med smerter ved samleje.

Seksualitet er et bredt og komplekst fænomen med mange facetter. Seksualitet er på følgende måde defineret af World Health Organisation (WHO)(2).

"Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors"(2).

I denne definition anlægger WHO en bio-psyko-social tankegang, så der udover en kropslige dimension også er; en selvoplevet følelsesmæssig dimension; en dimension i forhold til menneskelige relationer og en dimension relateret til den kultur, som personen lever i.

I bogen Krop, sygdom og seksualitet af Graugaard C et al 2006 (3)

beskrives de 6 r'er som en måde at se på motiver for det seksuelle liv:

- Reproduktion - sex at kunne få børn.
- Relation – sex som i forholdet mellem mennesker.
- Respekt – sex som indblik i sine egne og andres grænser.
- Rehabilitering – sex til at løse relationelle konflikter.
- Rekreation – sex som nydelse, re-vitalisering og glæde.
- Relaksation – sex som afspænding både fysisk og psykisk.

Ifølge en nyere dansk undersøgelse af Frisch et al. finder 90 % af 16 - 95-årige danskere det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (4). Det er også fundet at et tilfredsstillende sexliv kan tilføje en positiv dimension for individet, der kan højne livskvalitet og det psykiske og sociale liv. Omvendt kan seksuel mistrivsel og stigmatisering have en negativ påvirkning af livskvaliteten (3)

2.3 Smerter ved samleje

Smerter ved samleje hos kvinder, ofte benævnt dyspareuni er en hyppig seksuel problematik. Prævalensen menes at ligge på mellem 14-34 % blandt yngre kvinder (5) *kapitel 25, s 1039*. Smerter ved samleje medfører negativ påvirkning af seksualfunktionen i relation til både seksuel lyst, ophidselse, lubrikation, samt i forhold til seksuel tilfredsstillelse(6). Seksuelle smerter hos kvinder var tidligere dvs. i "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association, 2013 DSM- IV*" adskilt i to diagnoser: dyspareuni og vaginisme (7), hvorfor disse beskrives herunder. Vulvodyni vil blive beskrevet, da

vulvodyni er en lidelse i vulva's slimhinde, som i høj grad medfører de samme symptomer, som viser sig ved dyspareuni og vaginisme.

2.3.1 Dyspareuni

Dyspareuni hos kvinder er smerter udløst ved vaginalt samleje eller forsøg på dette. Det vil sige, at hvis man blot undlader samleje, så har man ingen smerter. Smerterne kan dog også udløses af andre situationer, hvor der forsøges penetration i skeden, såsom ved forsøg på at sætte en tampon op i skeden eller ved gynækologiske undersøgelser. Man kan derved tale om, at der opstår situationer som fysisk og symbolsk ligner det der frygtes eller tidligere er oplevet som smerteudløsende (8). Dyspareuni inddeles i litteraturen ofte i hhv. dyb eller overfladisk dyspareuni (5) *kapitel 25, s 1133*.

2.3.2 Vaginisme

Vaginisme defineres som vedvarende eller tilbagevendende vanskeligheder (manglende mulighed) ved at tillade vaginal indføring af en penis, en finger eller få foretaget en gynækologisk undersøgelse, på trods af kvindens ønske om at gennemføre dette. Der er ofte tale om en kropslig afværgerektion, frygt og /eller erfaring med smerte, sammen med en ufrivillig opspænding af bækkenbundens muskulatur. Strukturelle eller andre fysiske abnormiteter skal være udelukket for at man kan tale om vaginisme (5), *kapitel 25, 1033*.

2.3.3 Vulvodyni

Vulvodyni er en kronisk, smertefuld tilstand i vulva, som ofte er forbundet med spændinger af bækkenbundsmuskulaturen, og smerter ved samleje (9). International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD) har defineret vulvodyni som *“vulvar discomfort, most often described as burning pain without relevant visible findings or a specific, clinically identifiable, neurologic disorder”* (10), *s.681, spalte 1, l.3-4*.

Kvinder med vulvodyni oplever at have en ubehagelig følelse i vulvaområdet med en sviende og brændende følelse, uden at man kan se det eller finde nogle medicinske årsager til problemet i området. Vulvodyni klassificeres som provokeret vulvodyni og uprovokeret vulvodyni, dvs. afhængigt af om smerterne er til stede hele tiden, eller om smerterne kun optræder ved berøring/provokation. Der kan også være tale om en blandet udgave, hvor der både er provokerede smerter og spontane smerter (11). Vulvodyni som diagnose er ikke med i DMS diagnosekatalog over seksuelle smerteproblematikker, men nævnes her, da kvinder med vulvodyni ofte har smerter ved samleje.

2.3.4 GPPPD som diagnose

I de seneste 10 år har der i det videnskabelige forskningsmiljø og litteratur været en debat om hvorvidt dyspareuni og vaginisme overhovedet kunne skilles ad som diagnoser, samt om problematikkerne overvejende var forårsaget af seksuelle dysfunktioner eller overvejende var udløst af smerteproblematikker, som så medførte seksuelle sequelae. Rationalet for førstnævnte er, at det er fundet, at kvinder med vaginisme ikke er signifikant forskellige fra kvinder med dyspareuni/vulvodyni i relation til smerter ved penetration, men at de har øget frygt for penetration, højere hvilespænding af bækkenbundsmuskulaturen, og kraftigere afværgereaktioner i forbindelse med gynækologisk undersøgelse. Der ses et stort overlap mellem komponenterne i diagnoserne vaginisme og dyspareuni /vulvodyni, og det kan derfor være svært for klinikere at skelne mellem disse (12).

I den nyeste udgave af DSM-5 [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association, 2013*] er de to tidligere diagnoser samlet under en større fælles diagnose: Genito Pelvic Pain/ Penetration Disorders (GPPPD)(12).

De diagnostiske kriterier for GPPPD er *”vedvarende eller tilbagevendende problemer”* med en eller flere af følgende problematikker:

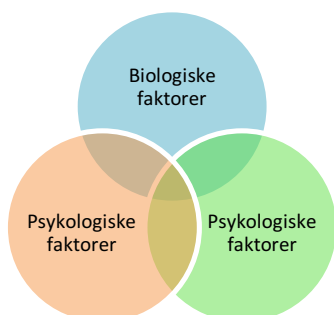
- Manglende evne til at kunne gennemføre vaginal penetration under samleje;
- Markante smerter ved vulva eller i bækkenregionen under vaginal samleje eller ved forsøg på vaginalt samleje.
- Markant frygt for at der opstår vulvo-vaginale smerter eller smerter i bækkenregionen, under eller som følge af vaginal penetration.
- Markant opspænding af bækkenbundsmusklerne under forsøg på vaginal penetration

Symptomerne skal desuden have haft en varighed 3-6 måneder, og være af en betydelig personlig problematik for den enkelte kvinde.

Da termerne anvendes meget varieret i litteraturen, vil der denne opgave blive anvendt de termer som bruges i de enkelte studier, når de enkelte studier beskrives. Derudover vil betegnelsen ”smerter ved samleje” blive anvendt i indeværende opgave som dækkende for hele målgruppen (vaginisme, dyspareuni, vulvodyni, - provokeret/uprovokeret vestibulodynia, GPPPD).

2.4 Biopsykosociale årsager til smerter ved samleje

Årsagen til smerter ved samleje menes at være multifaktoriel og faktorerne vil ofte påvirke hinanden (se figur 1). I det følgende gennemgås de biopsykosociale årsagssammenhænge kort. På trods af at det teoretisk set ikke er muligt at opdele årsager til smerte ved samleje i psykiske, fysiske og sociale årsager, vil der ofte være faktorer som er mere fremtrædende end andre.



Figur 1: Bio-psyko-social model som illustrerer hvordan de forskellige faktorer påvirker hinanden

Man har i en stor kontrolleret undersøgelse af unge kvinder med smerter ved samleje fundet, at de var mere tilbøjelige til at have en baggrund med seksuelle overgreb, frygte fysisk overgreb, og været mere generelt angst i forhold til aldersvarende kontroller (13). Der er ligeledes studier, der har fundet at kvinder med vulvodyni havde 3 gange så stor risiko for at have været udsat for fysisk eller seksuelle overgreb eller havde levet med frygt for fysiske overgreb som børn sammenlignet med kvinder, der ikke havde vulvodyni (14). Det er også fundet, at det var fire gange mere sandsynligt at kvinder med vulvodyni havde forudgående angst og depression end kvinder som ikke havde vulvodyni (15). Andre har dog ikke genfundet sammenhæng mellem vulvodyni og depression (16).

Fysiske årsager til smerter ved samleje hos kvinder kan ligeledes være multifaktorielle. Smerterne kan således skyldes problemer med hud og slimhinder i genitalområdet, samt muskulære dysfunktioner (9). Det er beskrevet, at man hos kvinder med vulvodyni finder at flere årsager kan være medvirkende til smerter ved samleje:

- hormonelle forandring fx pga. anvendelse af hormonelle præventionsmidler
- neurologiske forandring pga. ændret nervedensitet af vulva, som medfører lavere tærskelværdi for smerteudløsning
- inflammation i slimhinden såsom efter gentagne svampeinfektioner
- Dysfunktion af bækkenbundsmuskulaturen

Flere studier har fundet højere hvilespænding og en nedsat evne til at koordinere bækkebundens muskler hos kvinder med vulvodyni (17) og vaginisme (18), så kvinder har en højere spænding i bækkenbundsmusklerne, selvom de ønsker at slappe af sammenlignet med asymptotiske kvinder.

2.5 Negative konsekvenser af smerter ved samleje

Smerter ved samleje kan have flere negative biopsykosociale konsekvenser.

Kvinder med smerter ved samleje kan opleve problemer med alle aspekter af deres seksualliv sammenlignet med kvinder uden denne problematik. Kvinderne oplever problemer med nedsat lyst, manglende seksuel ophidselse og mindre seksuel tilfredsstillelse, samt problemer med orgasme og nedsat samlejefrekvens. Kvinderne angiver derudover mere angst i forbindelse med seksuel aktivitet, og de har større tendens til at opfatte seksuelle signaler negativt, har negative tanker vedrørende penetration, og de har et lavere seksuelt "selvværd" (9). Et kvalitativt studie på kvinder med vulvodyni fandt, at flertallet af kvinderne oplevede sig selv som seksuelt "utilstrækkelige", følte skam og skyld over af have vulvodyni og at kvinderne havde nedsat lyst til seksuel kontakt (19).

Med baggrund i to studier hvor man har spurgt til selvoplevet seksuel ophidselse og har målt lubrikation foreslås det, at kvinder der fortsætter med at have smertefulde samlejer, ignorerer den kropslige funktion at smerter er et signal fra kroppen om, at der er ved at ske en skade på den. Ved at fortsætte med at deltage i gentagne smertefulde samlejer er hypotesen at seksuel ophidselse og lubrikation mindskes, samt at kvindens evne til at slappe af i sine bækkenbundsmuskler ved næste forsøg på samleje pga. forventningen til smerte, forringes, hvilket yderligere kan forværre smerter (20). Hypotesen synes bekræftet i flere studier, der finder at forventning til smerter i en seksuel sammenhæng, nedsætter lubrikation og den selvoplevede lyst hos kvinder både med og uden smerter ved samleje (21, 22).

Ifølge Almås og Benestad vil: *"smerter i forbindelse med seksuel aktivitet rammer motiver for sex på flere måder. "I alvorlige tilfælde er smerterne så plagsomme, at man vælger at afstå fra sex"* (23), s. 285, l. 23-24. Det beskrives at "vaginal funktion" er kvindebekræftende, og at: *"manglende vaginal funktion kan bidrage til usikker kvindetilhørighed, almindelig fremmedgørelse og forstærket symptomatologi"* (23), s. 305, l. 15-17.

Disse udsagn er bekræftet i en svensk undersøgelse blandt unge piger med smerter ved samleje (24). I undersøgelsen beskrives, at de interviewede unge kvinder fortsatte med at have samleje på trods af smerter, fordi det at kunne have samleje betød, at de levede op til deres eget ideal for at være "rigtige" kvinder" (24).

Almås og Benestad beskriver yderligere at kvinder med langvarige smertetilstande, vil have lært sig at dissociere, eller gennem andre mekanismer lært sig "at lukke af" for følelserne i underlivet." (23), *kapitel 13*. Dette betyder, at man psykologisk set fjerner sig fra den seksuelle akt, man er i gang med. I en artikel af Donaldson 2010 (25) har man via interviews med unge kvinder med smerter ved samleje fået følgende beskrivelse og udsagn:

"Others focused on their partners' pleasure, while yet others tried to think of anything but sex: "I wouldn't think about it. I would think about going to the mall or what I had been watching on TV—anything to get me out of the situation and thinking about something else"(25)..

Smerter ved samleje medfører ofte at forholdet til en partner påvirkes i negativ retning. Det er fundet, at 73% af mandlige partnere til kvinder med seksuelle smerter, oplevede at deres partners smerte havde en negativ indvirkning på deres relation sammenlignet med mænd der var i parforhold med kvinder uden seksuelle smerter (26). Kvinder med smerter ved samleje har desuden vist sig, at have større besvær med at kommunikere omkring sex og seksualitet, end kvinder der ikke har problemet (9).

Der er ikke kun i heteroseksuelle forhold at forholdet kan være påvirket. Både hetero-, bi- og homoseksuelle par rapporterer, at seksuel smerte har en negativ indvirkning på deres seksualitet (27).

Ud over at smerter ved samleje ofte er et problem for den enkelte kvinde og hendes partner, er det anslået at problemet har negative samfundsøkonomiske konsekvenser (28).

2.6 Behandling af smerter ved samleje

Smerter ved samleje behandles både kirurgisk og medicinsk behandling. Konservativ behandling kan indebære en psyko-seksuel adfærdsterapi, tværfaglig behandling og fysioterapeutisk behandling enten alene eller i kombination med anden behandling.

2.6.1 Kirurgisk og medicinsk behandling

Kirurgisk behandling anvendes til kvinder med vulvodyni. Behandlingen indebærer fjernelse af det hypersensitive slimhindevæv i skedeåbningen. Der er hos vulvodynipatienter fundet god effekt, men det anbefales ikke anvendt før mindre invasive tiltag er afprøvet (29).

Medicinsk behandling kan omhandle lokal injektion af botulinum toxin (pølsegift), påsmøring af smertedæmpende gel lokalt (Lidocain gel), eller systemisk behandling med antidepressiva, anti-epileptisk

eller smertestillende medicin. Ved botoxbehandling injiceres den superficielle muskulatur omkring skedeåbning mhp. at reducere spændingsgrad af muskulaturen, og mindske hypersensitivitet i området. Et nyt dansk dobbelt-blindet randomiseret studie fandt at denne behandling ikke havde bedre effekt end placebo dvs saltvandsinsprøjtning (30). Ved brug af lokal smertedeæmpende gel påsmøres fx lidocain gel enten regelmæssigt eller i forbindelse med samleje. Et studie fandt at regelmæssig brug af lidocain havde positiv effekt hos 63% med vulvodyni ved en et års opfølgning, og det er fundet at det er fordelagtigt at anvende lidocain i sammenhæng med anden behandling til kvinder vaginisme (31).

Systematisk medicinsk behandling er sparsomt undersøgt, men der er muligvis nogen effekt blandt kvinder med vulvodyni, men grundet risici for bivirkninger er anvendelsen begrænset(32).

2.6.2 Psyko-seksuel behandling til kvinder med smerter ved samleje

Kognitiv adfærdsterapi er også brugt i behandlingen af kvinder med smerter ved samleje. Der er fundet god effekt på dyspareuni og bedring af den seksuelle funktion af et 8 ugers behandlingsprogram til kvinder med vulvodyni. Den kognitive terapi bestod af bl.a. patientundervisning omkring smerters betydning for seksuel lyst og ophidselse, seksualundervisning, bækkenbundsøvelser, afspænding, vejtrækningsøvelser, vaginal dilatationstræning, kommunikationstræning, coping-strategier og kognitiv omstrukturering(33). Kognitiv adfærdsterapi til kvinder med vaginisme, er der ikke fundet samme gode resultater ved, hvorved det efterfølgende er blevet foreslået, at det kun tale om problematikken, måske ikke er nok (34).

Mindfulness er også brugt i kombination med kognitiv adfærdsterapi, til behandling af vulvodyni. Et fire-moduls behandlingsprogram havde effekt på katastrofetænkning om smerter, "seksuel "distress" (personlig bekymring omkring seksualitet), genitale smerter ved GU, men ikke på smerter ved samleje(35).

Kognitiv terapi til par hvor kvinden lider af vulvodyni, har også vist god effekt på smerter ved samleje og forbedret seksuel tilfredsstillelse hos begge, men er kun undersøgt på 8 par (36).

2.6.3 Tværfaglig behandling til kvinder med smerter ved samleje

Med bio-psyko-sociale årsager til smerter ved samleje i mente, er der gennemført mindre studier, hvor der er anvendt en tværfagligt behandling mhp at dække de bio-psyko-sociale aspekter af problematikken. Der er bla. fundet god effekt på reduktion af dyspareuni/smerter ved samleje og " seksuel distress", samt bedring af seksuel ophidselse og overordnet seksuelle funktion efter et 11 ugers tværfagligt behandlingsprogram til kvinder med vulvodyni. Behandlingen bestod af: 2 timers informationsseminar ved en gynækolog, 3 x 2 timer gruppeundervisning inkl.: seksualundervisning, information om smertes påvirkning af seksualfunktionen, "smerte-undgåelsesadfærd", praktisk psykologisk færdighedstræning,

mindfulness mv. af en psykolog med sexologiske speciale, samt 3 x 1 times individuel fysioterapeutisk behandling inkl. bækkenbundsøvelser, dilatationstræning (37).

2.6.4 Fysioterapeutisk behandling

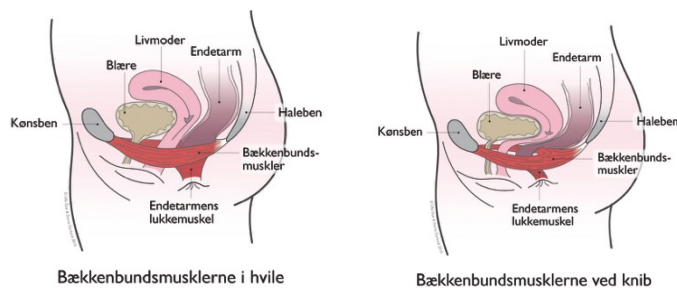
Den fysioterapeutiske behandling tilbydes ofte som et multimodalt tilbud, hvilket betyder at der sjældent anvendes et enkeltstående behandlingsredskab, men nærmere et batteri af redskaber fx patientuddannelse, bækkenbundsrehabilitering, manuel vævsbehandling, biofeedback, elektrisk stimulering, og brug af dilatorer.

Patientuddannelse beskrives sjældent som et enkeltstående redskab, men anbefales som en del af behandlingen til kvinder med vulvodyni (38). Patientuddannelse kan indeholde undervisning i bækkenbundens anatomi og funktion, herunder genital slimhindens betydning, vulva og skedens anatomi. Der vil ofte blive undervist i smerteteori med forklaring om biopsykosociale årsagsmodeller, såsom at spænding i bækkenbundsmusklerne kan være en selvbeskyttende adfærd pga. forventning om smerte, og at bevidst afspænding mindske smerter ved samleje(39). Det er fundet at 3 x 1 times undervisning om vulvodyni og seksualitet bedrede seksualfunktion målt med validerede spørgeskemaer, og fortsat havde effekt efter 6 mdr. (40).



Eget foto - model til undervisning om skedens og bækkebundens anatomi

Bækkenbundsrehabilitering beskrives bredt i litteraturen og formålet er at normalisere muskelfunktion, så kvinden opnår øget bevidsthed om sin bækkenbund, får bedre kontrol over spænding/afspænding, mindsker hvilespænding i muskulaturen, øger elasticitet af muskulaturen i skedeåbningen, og mindsker smerteoplevelse og angst for penetration (33). Der findes ikke én standardiseret behandlingsprotokol, men det anbefales, at fokus er på afspænding og kropsbevidsthed fremfor genoptræning (41). Dog har et nyt studie fundet at kvinder med vulvodyni, trods øget hvilespænding og nedsat elasticitet og tolerance for udspænding, også har en forringet knibeevne med nedsat muskelstyrke, knibehastighed og statisk udholdenhed, hvorfor en individualiseret tilgang ud fra den fysioterapeutiske undersøgelse er vigtig(38).

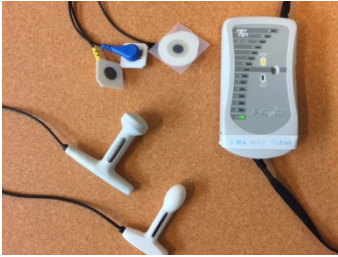


Figur 2: Illustrationer af bækkenbundsmusklerne i hhv hvile og spænding - venligt udlånt af Due og Dyrlund

Manuel vævsbehandling indebærer at behandleren anvender sine hænder til fysisk at påvirke vævsstrukturer (42), s. 461, l. 1-6. Blandt kvinder med smerter ved samleje anvendes manuelle teknikker til at bedre afspænding af muskulaturen, øge blodcirkulation, samt til at desensibilisere området omkring skedeåbningen. Der anvendes ofte massage af bækkenbundens muskler (evt. også af bækkenets muskler), manuelle afspændingsteknikker, hvor man fx anvender aktive muskelkontraktioner efterfulgt af forsigtig udspænding (42), s. 467. Manuel vævsbehandling anvendes ofte som en del af en multimodal fysioterapeutisk tilgang, og er sparsomt undersøgt som enkeltstående behandling til kvinder med smerter ved samleje (38).

Elektrisk stimulering menes at kunne mindske nociception (gate kontrol), øge blodcirkulation og bedre muskelfornemmelse (proprioception) af bækkenbunden. Elektrisk stimulering til kvinde med vulvodyni har fokuseret på sensorisk stimulering ved brug af transkutan elektrisk nervestimulering (TENS). Et randomiseret kontrolleret studie kunne vise at TENS havde signifikant positiv effekt på smerter og seksualfunktion hos vulvodyni patienter sammenlignet med placebo (sham) (43). Samme forfattere anvendte TENS som add-on i et medicinsk placebokontrolleret studie, og mente at TENS var den effektive komponent (44), men begge studier var af lav videnskabelig kvalitet, og konklusionen er derfor usikker.

Biofeedback betyder at der anvendes af et redskab som giver kvinden mulighed for at visualisere muskelaktiviteten i hendes bækkenbundsmuskler. Der anvendes enten overfladiske elektroder eller vaginal/analprober, og typisk anvendes elektromyografisk biofeedback. To ikke-kontrollerede studier har vist at 8 ud af 10 kvinder som blev behandlet med biofeedback, kunne have samleje uden eller med milde smerter efter 16 uger til 4-6 mdrs. anvendelse af biofeedback (45, 46). Sammenlignes biofeedback med anden behandling er effekten mindre fremtrædende, hvilket muligvis kan skyldes at studierne har et omfattende hjemmetræningsprogram, som er svært at overholde, hvilket mindsker compliance (38).



Eget foto af - eksempel på biofeedback-apparat med forskellige elektroder

Dilatatorer anvendes til kunne kontrollere smerte, bedre muskulær elasticitet, og til at opøve afspænding af bækkenbundsmusklerne i forbindelse med undersøgelse eller vaginal penetration (38). Tre mindre ikke-kontrollerede studier på kvinder med vulvodyni har vist bedring af smerter ved samleje efter hjemmebrug af dilatatorer, enten som eneste behandling eller som add-on til anden behandling (47-49). Trods svagheder i studierne menes dilatatorer at kunne mindske dyspareuni (38). I et studie på 10 kvinder med livslang vaginisme gennemførte kvinderne selv indsættelse af vaginale dilatatorer med en terapeut ved siden af sig, som alene gav verbal guidning. Fokus var at mindske angst for penetration ("penetrationsfobi") Interventionen medførte at 9 ud af de 10 kvinder kunne gennemføre samleje efter behandlingen, dog ikke nødvendigvis smertefrit (34). Der således muligt at effekten af dilatatorer mhp at reducere angst kan øges, ved at kvinder med smerte ved samleje afprøver dilatatorer sammen med en relevant fagperson.



Eget foto - eksempel på Dilatator-sæt

Ovennævnte viser, at der er flere relevante fysioterapeutiske behandlingsmuligheder for kvinder med smerter ved samleje. Der er fundet effekt af flere af de fysioterapeutiske redskaber som enkeltstående behandlingstilbud, men det er vist, at en kombination af ovennævnte redskaber øger behandlingseffekten, og at en multimodal tilgang afspejler klinisk fysioterapeutisk praksis bedst (50).

2.7 Den fysioterapeutiske behandling og ad hoc sexologiske rådgivning til kvinder med smerter ved samleje på Hvidovre Hospital

2.7.1 Introduktion til den fysioterapeutiske behandling på Hvidovre Hospital

I det følgende afsnit beskrives den fysioterapeutiske behandling på Hvidovre Hospital. Behandlingen beskrives i praksis, og muligt indhold i den sexologiske rådgivning gennemgås

2.7.2 Mål for den fysioterapeutiske behandling

Det primære mål for den fysioterapeutiske behandling er, at kvinden får sine mål for behandlingen opfyldt. Sekundært set fra en fysioterapeutisk vinkel, er målet at bedre eller normalisere bækkenbundsmusklernes evnen til at spænde og slippe korrekt, og ved at øge styrke, hastighed, udholdenhed og koordination af musklerne. Der arbejdes der henimod at mindske hypertone muskulatur og øge den voluntære evne til aktivt at slippe spænding af bækkenbundens muskulatur samt at mindske frygten for vaginal penetration (33).

2.7.3 Behandlingshenvisning af kvinder med smerter ved samleje på Hvidovre Hospital

Kvinder med smerter ved samleje, henvises fra egen læge eller speciallæge i gynækologi i primærsektoren til undersøgelse i gynækologisk ambulatorium på Hvidovre Hospital. De undersøges af en speciallæge i gynækologi med speciale indenfor vulva-sygdomme og problemer.

Kvindernes informeres om det videre behandlingsforløb og medgives øvelsesprogram for træning og afspænding af bækkenbunden samt afhængig af fund instrueres i medicinsk behandling fx lokal behandling med diverse cremer. Kvinder med vulvodyni medgives desuden pjece om lidelsen. Hvis der ved den lægelige undersøgelse findes at kvindens bækkenbundsmuskulatur er spændt eller øm, viderehenvises hun til individuel fysioterapeutisk behandling samt sexologisk rådgivning ad hoc.

2.7.3 Det kropsligt-pædagogiske tilgang i den fysioterapeutiske behandling

Den overordnede tilgang til den fysioterapeutiske behandling, er at gå fra mere globale behandlingsmetoder og "værktøjer" til mere lokale behandlingsmetoder, dvs fra mindre indgribende til mere indgribende behandlingsmetoder. Denne tilgang er valgt idet der arbejdes med kvinders intime områder, hvilket ofte kan opleves grænseoverskridende og fordi det er vist at kvinder med smerter ved samleje ofte har været udsat for overgreb, hvorfor de skal behandles varsomt (51). Derudover anbefales denne tilgang, når kvinder med smerter og angst i forbindelse med samleje behandles(52). Der fokuseres

også på at validere smerten som værende reel og ikke noget,(53) der "kun er oppe i kvindes hoved" eller "kun" er psykisk (53).

2.7.5 Praksisbeskrivelse af den fysioterapeutiske behandling

Første behandlingsgang: Før kvinden/patienten kommer ind til behandling orienterer fysioterapeuten sig i kvindens/ patientens journal mhp. at afdække patientens/kvindens evt. tidligere problemer generelt, samt problemer fra underlivet eller bækkenbunden. Der kigges især efter tidligere problemer med smerter eller problemer med tamponopsættelse eller gynækologiske undersøgelser, inkontinens, urgency for urin, tendens til cystitis, defækationsblokada, kønssygdomme, overgrebsproblematikker, voldtægt og psykiske problemer såsom fx depression og angst.

Under selve mødet mellem kvinden/patienten uddybes anamnesen med spørgsmål der ikke er afdækket ved journal- læsning. Der stilles spørgsmål omkring parforhold, samt uddybende spørgsmål om tidligere erfaringer med smerte, smerteintensitet, smertelokalisation, evt. tidligere behandlingstiltag i relation til smerteproblematikken. Smerternes betydning for kvinden afdækkes dvs. hvornår smerterne er tilstede udover ved samleje fx i dagligdagen, i forhold til hendes sociale liv, ved forsøg på opsætning af tampon, ved gynækologiske undersøgelser og ved anden seksuel aktivitet end samleje (se bilag 1).

Der spørges ind til frygt, forestillinger og forventninger omkring kvindens problematik og forventninger til behandlingen og der sættes sammen med kvinden mål for behandlingen på kort og på længere sigt (se bilag 1)

Kvinden/patienten forklares hvad den fysioterapeutiske behandling kan indeholde fx udspænding, afspænding, påsmøring af lidocain gel, manuel selvbehandling som de-sensibilisering eller massage af øm muskulatur, biofeedback træning, dilatations/penetrationstræning, træningsdagbog og evt. samtale om seksuelle problemer eller spørgsmål.

Kvinde/Patienten informeres om bækkenbundens anatomi og funktion, særligt bækkenbundsmuskulernes funktion i relation til smerter ved penetration (se bilag 1).

Inden selv undersøgelsen informeres kvinden/patienten om undersøgelses indhold og opfordres til at sige til hvis noget føles ubehageligt, er smertefuld eller genererer angst.

Der udføres oftest først udvendig undersøgelse af muskulaturen, uden at kvinden er afklædt. Den udvendige undersøgelse foretages typiske af hoftemusculatur, mavemusculatur og bækkenbundsmuskulaturen.

Kvinden instrueres i bevidst spænding (kontraktion) og afspænding af hendes bækkenbundsmuskulatur og instrueres i dyb abdominal vejtrækning. Kvinden inspiceres samtidig (udenpå tøjet) mhp at give feedback på den dybe vejtrækning og bækkenbundsøvelsen.

Afhængig af fund og kvindens mål for behandling og psykosociale ressourcer instrueres hun i hjemmetræning. Fokus på hjemmetræning er typisk knibeøvelser, afspændings og vejtrækningsøvelser, udspændingsøvelser samt evt. udvendig selvmassage og/eller indvendig påsmøring af lidocain gel (se bilag 1).

De efterfølgende behandlingsgange.

Ved de efterfølgende behandlinger i fysioterapien introduceres der gradvis, efter samtykke fra kvinden indvendig eksploration mhp undersøgelse af kvindens bækkenbund(39). Ved den interne undersøgelse vurderes hviletonus, smerter/ømhed af muskulaturen og af slimhinden, evnen til aktiv kontraktion og afspænding af bækkenbundsmusklerne. Via undersøgelse gives information om vulvas anatomi, og der anvendes ofte et lille spejl for at kvinden får et billede og en forståelse for sin anatomi i vulva. I behandlingen anvendes EMG/biofeedback samt dilatorer, hvor det er relevant. Kvinden opfordres tage sin evt. partner med til behandlingen.

2.7.6 Sexologisk ad hoc rådgivning til kvinder med smerter ved samleje i forbindelse med den fysioterapeutiske behandling

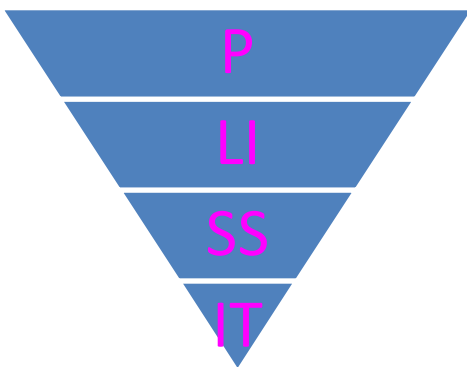
Den sexologiske rådgivningsdel i behandlingen af patienterne er ikke planlagt til at foregå på bestemte behandlingsgange, men sker ad hoc i relation til de spørgsmål og tanker som kvinderne kommer med. Der tages udgangspunkt i PLISSIT- modellen, udviklet af psykologen Jack Annon i 1976 (3). P-LI-SS-IT er forbogstaverne fra ordene Permission, Limited Information, Specific Suggestion og Intensive Terapi. Tilsammen danner de en model for stadier af rådgivning/behandling af seksuelle problemstillinger. Modellen er opdelt i fire trin, som skal illustrere, at langt de fleste seksuelle problematikker kan klares inden for de første 3 trin (se figur 3)

Første trin/niveau: Permission kan oversættes til - at give lov til/mulighed for at tale om seksualitet. Det kan være konkret verbalt eller at med kropssproget at vise at det er OK at tale om seksuelle problematikker. I forbindelse med undersøgelse og behandling af en ung pige med smerter ved samleje kunne det være: *"Jeg ved fra andre patienter med samme problematik som dig, at man kan have problemer med at få lyst til nærhed og sex, når samleje gør ondt – hvis det er noget du oplever, er du velkommen til at tale med mig om det!"*

Andet trin/niveau: Limited Information kan oversættes til – begrænset information om seksualitet, som fx. ” Det er ikke unormalt, at man kan have svært ved at blive seksuelt ophidset og blive våd, når man oplever smerte ved samleje gentagne gange”. Eller ”nogle kvinder oplever, at de kan komme til at tage afstand fra deres partner, hvis partneren fx lægger op til intimt samvær, fordi man frygter smerte ved samleje”

Tredje niveau: Specific Suggestion kan oversættes til - til specifik vejledning/rådgivning, og kan fx. være ”Hvis du på trods af de smerter du har, alligevel vil prøve at have samleje, kan det være en god ide at bruge glidecreme og/eller lokalbedøvende glidecreme ved skedeindgangen eller ” det kan nogle gange være en god ide at overveje om du/I, for en periode, prøvede at undgå eller nedsatte den tid hvor du/I har penetrativ sex, for ikke at sex skal blive noget du/I frygter”.

Fjerde niveau: Intensive Terapi – er den mere intensive og dybdegående terapi, hvor der fx arbejdes med det ubevidste hos patienten og som bør gives af behandlere med specialuddannelse i dette.

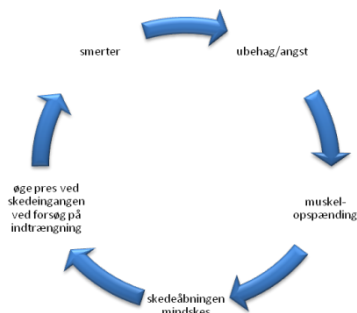


Figur 3: Beskrivelse af PLISSIT modellens opbygning med de forskellige stadier i den sexologiske rådgivning

Afhængig af de spørgsmål den enkelte kvinde kommer med, tales der om, hvordan smerter både udløses og vedligeholdes ud fra smertecirklen (se figur 4). Begrebet seksualitet kontra samleje forklares, normalt udseende af vulva og skeden beskrives, og der gives seksualundervisning, hvor kvinden forklares den seksuelle responscyklus (*lyst, ophidselse, orgasme, (refraktærperiode)*). I nogle tilfælde rådgives om sensualitetstræning (23), s. 251-267.

Smertecirklen er fint redskab til at forklare kvinder, hvordan smerter ved samleje udvikles og hvordan bækkenbundsmusklerne og psyken indvirker på smerte. Smertecirklen blev præsenteret på International Continence Societys årsmøde i 2010 (se figur 4) (54). Smertecirklen viser, at smerte kan starte forskellige steder, så der både kan være tale om at angst udløser smerter, men også at en ubevidst øget spænding af bækkenbundsmusklerne udløser smerter. Den ubevidste opspænding kan være en følge af svie ved

slimhinden i skedeåbningen, gentagne blærebetændelser, svampe eller en smertefuld infektion i underlivet. Har man en øget spænding i bækkenbundsmuskulaturen vil dette mindske skedeåbningen og øges presset ved skedeåbningen, såsom ved forsøg på indtrængning vil det give yderligere øget smerte og smertecirklen kan blive en ond spiral(54).



Figur 4: Beskrivelse af hvordan smerter kan forstærkes, og dermed også mindskes, venligst lånt fra Claudia Brown, ICS congress 2010

Der tales om begrebet "Sex" kontra begrebet "Samleje", da det erfaringsmæssigt ofte er sådan, at kvinder og mænd tænker vaginalt samleje, når de tænker seksualitet (55). Mange kvinder med smerter ved samleje fortsætter desuden med at medvirke til smertefulde seksuelle aktiviteter med deres partner for at "please" partneren (24). Der gives information om fx, at vaginalt samleje hyppigst ikke er den måde kvinder får mest ud af seksuelt samvær på, hvis målet er nydelse og orgasme (20).

Fordi især unge kvinder kan være i tvivl om, hvorvidt deres kønsorganer har normalt udseende, og fordi det er vist at kvinder med smerter ved samleje ofte har et "problematisk" forhold til deres kønsorganer (56) (Landry T 2008), gennemgås normal anatomi af kønslæber, hymenalrand og skedens udseende og form, både i hvile og under seksuel ophidselse.

Det forklares hvordan smerter ved samleje, kan have negativ effekt i forhold til seksuel ophidselse og lubrikation (21), og hvordan dårlige erfaringer med smerter/frygt i forbindelse med penetration kan nedsat ophidselse og lubrikation. For kvinder som ønsker at forsøge at have samleje, vises og afprøves forskellige udgaver af glidecremer.

3. Litteratursøgning

3.1 Introduktion litteratursøgningen

I det følgende vil den systematiske litteratursøgning til studier blive beskrevet, dernæst følger grafisk fremstilling af søgningen og efterfølgende gennemgang af de fremkomne og relevante studier for opgaven.

3.2 Litteratursøgning

For at afdække og finde den eksisterende faglitteratur om fysioterapeutisk behandling og sexologisk rådgivning til kvinder med GPPPD, gennemførtes en systematisk litteratursøgning i databaserne Pubmed, CINAHL og PsykINFO, samt sideløbende kædesøgt efter referencer og forfattere. Der er desuden igennem selve skriveprocessen løbende søgt litteratur der kunne have relevans for opgaven.

Der blev i første omgang søgt i Pubmed Mesh termer: ("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR "Vulvodynia"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) AND "Patient Satisfaction"[Mesh].

Hvorved der fremkom 12 studier.

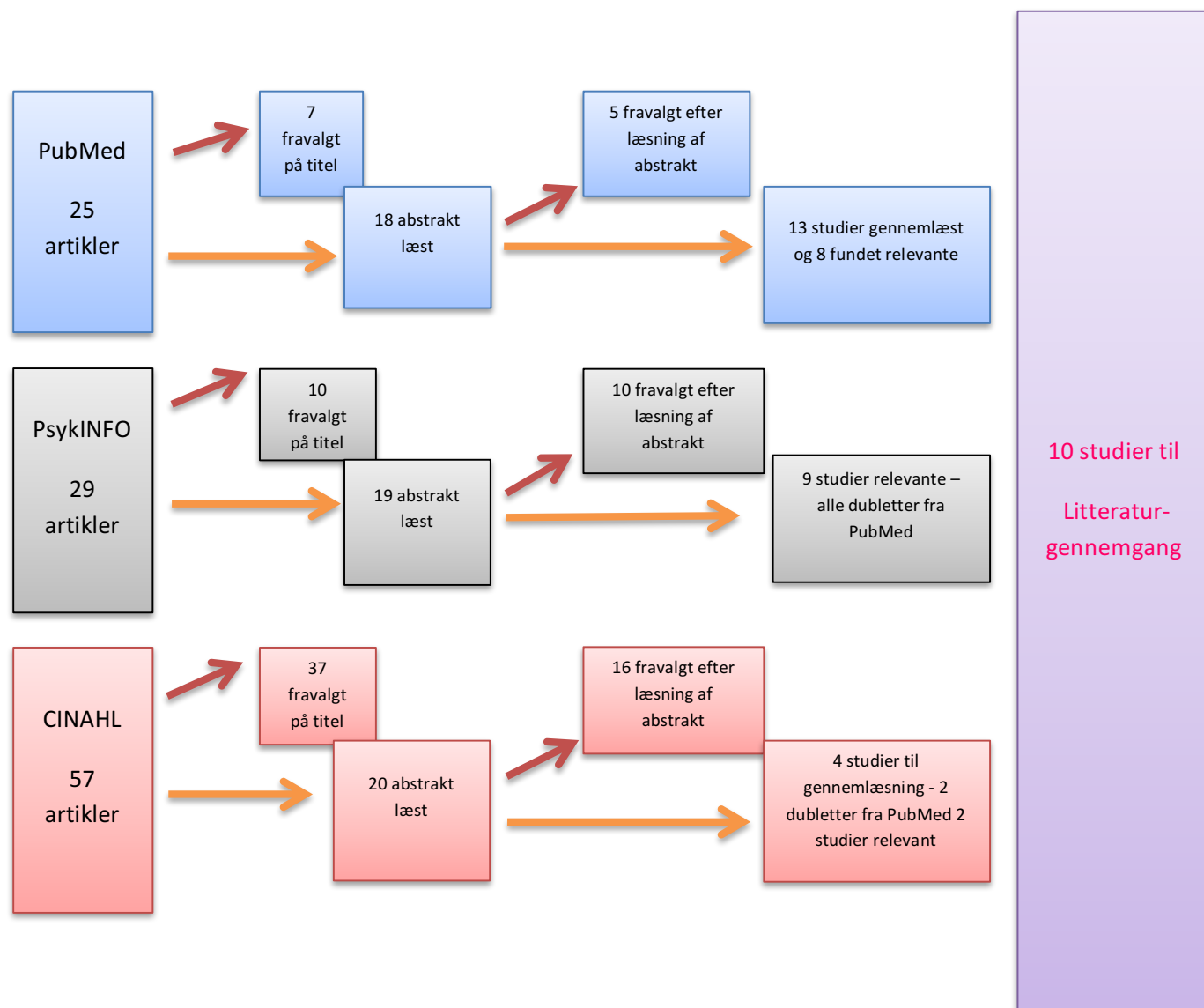
Pga. af det lille antal studier, valgtes der derfor at søge med fritext søgning dvs. mere bredt og uden Mesh termer. Der er brugt følgende søgeord: (dyspareunia OR vaginismus OR Vulvo* OR gpppd OR "Female Sexual Pain") AND ("Physical therapy" OR Physiotherap*) AND sex therapy. Hvor der den 17.04.17 kl. 18. fremkom 25 studier i PubMed. Der blev ligeledes søgt med samme søgeordskombination i hhv. CINAHL og PsykINFO, hvor der kom hhv. 57 og 29 studier. Alle studier fra hver enkelt database blev gennem læst og hhv. 7 fra PubMed, 37 fra CINAHL og 10 fra PsykINFO blev fravalgt på titel, da de var irrelevante i relation til opgavens formål

Efter første gennemgang var der således 57 artikler tilbage – 20 fra CINAHL, 19 fra PsykINFO og 18 antal fra PubMed. Derefter blev de 57 abstrakts gennemlæst og yderligere 34 fravalgt, da de umiddelbart ikke var relevante for projektets formål. De resterende 23 studier er gennemlæst og de 10 af dem havde relevans for opgaven. De bliver i det følgende gennemgået. Se grafisk illustration af gennemgang i figur 5, og eksempel på litteratursøgning i bilag 2 PubMed.

3.3 In- og eksklusionskriterier anvendt i litteratursøgningen

Inklusions kriterier i af studier i litteraturgennemgangen	Eksklusions kriterier.
<p>Studier der er på Dansk, Skandinaviske sprog eller Engelsksprogede artikler</p> <p>Studier hvor der er anvendt fysioterapeutiske behandlingsmetoder samt evt. sexologisk rådgivning/patientuddannelse</p>	<p>Case-studier: dvs. studier hvor der kun har været 1-2 deltager(e).</p> <p>Studier af fysioterapi til andre patientgrupper med hyperten bækkenbund som fx interstitiel cystit, eller til kvinder der udover GPPPD og blev behandlet fysioterapeutisk for fx infertilitet.</p> <p>Studier før år 2000</p>

Figur 5: Grafisk illustration af litteratursøgning d.17-04-2017 kl.18.00



3.5 Litteraturgennemgang

Forfatter, artikel, tidsskrift og årstal	Formål, Metode og Materiale	Intervention	Resultat/Fund
<p>Morin M, Caroll MS, Bergeron S(38)</p> <p>Systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in woman with provoked vestibulodynia.</p> <p>Sexual Medicine Reviews. 2017</p>	<p>At vurdere effekten af fysioterapeutiske behandlingsmetoder til reduktion af smerter og bedring af seksualfunktionen hos kvinder med vulvodyni.</p> <p>Systematisk review af 43 studier.</p>	<p>Systematisk litteratursøgning af fysioterapeutiske behandlingsmetoder til kvinder med vulvodyni.</p>	<p>Størstedel af undersøgelserne viste at fysioterapeutiske behandlingsmetoder som: biofeedback, dilatationstræning, EL-terapi, patientuddannelse/undervisning multimodal fysioterapi, og tværfaglige behandlingstilgange var effektive til at reducere dyspareuni og bedre seksualfunktionen</p>
<p>Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S (57)</p> <p>Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study.</p> <p>The Journal of Sexual Medicine. 2016</p>	<p>Sammenligne effekten af individuel kognitiv adfærdsterapi og individuel fysioterapi til kvinder med vulvodyni.</p> <p>Randomiseret forsøg. Vurderet, før og efter behandling samt 6-måneders follow-up med GU, strukturerede interviews, og spørgeskemaundersøgelser.</p>	<p>8 individuelle behandlingsgange af 1-1,5 time.</p> <p><i>Fysioterapi:</i> Patientundervisning, bækkenbundsøvelser, manuelle behandling, overfalde biofeedback, dilatations-behandling, udspændings, vejtræknings og afspændingsøvelser samt smertehåndtering</p> <p><i>Kognitiv adfærdsterapi:</i> Patientundervisning, tænkning af vulvodyni</p>	<p>Signifikant fald af dyspareuni hos 70% og 80% af efter hhv. kognitiv adfærdsterapi og fysioterapi.</p> <p>Mindre smerter ved GU, reduktion af smerter ved forsøg på penetration, mindre smertegenerende aktiviteter og episoder hvor samleje måtte stoppes pga. smerter.</p> <p>Smertekatastrofetænkning og selvopfattet smertekontrol var bedre i begge grupper.</p> <p>Forbedringer af seksuel funktion, kun fundet ved</p>

		som multi-faktoriel, teknikker til at øge seksuel lyst og ophidselse, seksuel kommunikation, kognitiv tænkning, samt instruktion i selvtræning med fysioterapeutiske behandlingsteknikker.	kognitiv adfærdsterapi og kun ved 6 mdrs follow-up.
Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA (40) Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. The Journal of Sexual Medicine. 2015	Evaluering af et 10 ugers tværfagligt behandlings-program til kvinder med vulvodyni Spørgeskemaundersøgelser 116 kvinder med vulvodyni.	2 timers informations seminar, 3 x 2 timer gruppeundervisning inkl.: seksual-undervisning, inf om smerters påvirkning af seksualfunktionen, smerte-undgåelsesadfærd, praktisk psykologisk færdighedstræning, mindfulness mv. 3x 1 times individuel fysioterapeutisk behandling inkl. bækkenbundsøvelser, dilatationstræning.	Halvdelen af deltagerne angav signifikante forbedringer af deres i dyspareuni. Spørgeskemaundersøgelserne fandt signifikant reduktion af dyspareuni, og seksuel "distress", bedring i fht.: seksuel ophidselse og overordnet seksualfunktion. Mindre forbedringer i forhold til seksuel lyst, lubrikation, orgasme funktion og seksuel tilfredsstillelse
Reissing ED, Armstrong HL, Allen C (39) Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a	Undersøge fysioterapeutiske behandlingsmetode og effekt til kvinder med primær vaginisme samt bækkenbundsmuskler	Medium 20 (1-126) behandlingsgangen med individuel fysioterapeutisk behandling inkl.: patientundervisning, indvendig manuel	Kvinderne fandt at, vaginal manuel behandling, patientuddannelse, dilatationsbehandling og hjemmetræning var det mest effektfulde.

<p>retrospective chart review and interview study.</p> <p>Journal of Sex & Marital Therapy.</p>	<p>nes tilstand.</p> <p>Retrospektiv gennemgang af 49 journaler, 12 strukturerede telefoninterview Og spørgeskemaundersøgelser.</p>	<p>behandling, bækkenbundsøvelser, biofeedback, dilatationsbehandling, instruktion i hjemmetræning.</p>	<p>Kvinderne var meget tilfredse med den fysioterapeutiske behandling, men havde fortsat symptomer på smerte, angst / frygt og spændt bækkenbundsmuskulatur</p> <p>Fortsat nedsat generel seksualfunktion.</p>
<p>Sadownik LA, Seal BN, Brotto LA (58)</p> <p>Provoked vestibulodynia-women's experience of participating in a multidisciplinary vulvodynia program.</p> <p>The Journal of Sexual Medicine. 2012</p>	<p>Undersøge erfaringer og oplevelser, hos kvinder med vulvodyni, efter deltagelse i tværfagligt behandlingstilbud</p> <p>Kvalitativt retrospektivt studie.</p> <p>19 kvinder mellem 20-54 år</p>	<p>2 timers informations seminar og 3 x 2 timer gruppeundervisning inkl.: seksualundervisning, inf. om smerter påvirkning af seksualfunktion, smerteundgåelsesadfærd, praktisk psykologisk færdighedstræning, mindfulness mv.</p> <p>3x 1 times individuel Fysioterapeutisk behandling inkl. bækkenbundsøvelser, dilatationstræning.</p>	<p>Overordnet set blev det tværfaglige behandlingsprogram opfattet som gavnlig af deltagerne.</p> <p>5 temaer: Øget viden om vulvodyni, fået redskaber/færdigheder, øget psykologisk velbefindende og bedret humør, følelse af validering og støtte samt øget følelse af "empowerment".</p>
<p>Reissing ED (59)</p> <p>Consultation and treatment history and causal attributions in an</p>	<p>Undersøge hvilke sundhedsfaglige behandlingstilbud kvinder med vaginisme hyppigst havde modtaget,</p>	<p>Gynækologer og praktiserende læger var de faggrupper der hyppigst var søgt behandling hos, dernæst psykologer og</p>	<p>Behandling hos gynækologer blev angivet som hjælpsomt. Psykologer og sexologer blev ligeledes angivet som hjælpsomt. Fysioterapeutisk behandling blev angivet som</p>

<p>online sample of women with lifelong and acquired vaginismus.</p> <p>The Journal of Sexual Medicine. 2012</p>	<p>behandlingsformernes effekt og hvilke tiltag der havde hjulpet mest. Samt undersøge kvindernes tanker om årsag til vaginisme.</p> <p>On line – spørgeskemaundersøgelse.</p> <p>212 deltagere. 75 med sekundær, 93 med primær vaginisme.</p>	<p>sexolog.</p> <p>Fysioterapeuter var der en mindre andel der havde været til behandling hos</p>	<p>det der hjalp bedst.</p> <p>Gynækologiske undersøgelser inkl. undervisning, samtale om smerters betydning, dilatationsbehandling samt seksualundervisning var de tiltag der hjalp mest.</p> <p>Kvinderne angav smerte, frygt og følelser af afsky som mulige årsager til deres problematik.</p>
<p>Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S (60)</p> <p>A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia.</p> <p>The Journal of Sexual Medicine. 2009</p>	<p>Undersøge effekt af fysioterapeutisk behandling til kvinder med vulvodyni, i forhold til smerter, psykologiske parameter og seksuel funktion, samt prædiktorer for succes af behandlingen.</p> <p>GU før og efter behandlingsforløb samt follow-up interview efter 3 mdr.</p> <p>Validerede spørgeskemaundersøg</p>	<p>8 individuelle fysioterapeutiske behandlinger inkl: Patientundervisning, bækkenbundsøvelser, manuel behandling, overfalde biofeedback, dilatationsbehandling, El-terapi, instruktion i hjemmetræningsprogram og sexologisk rådgivning.</p>	<p>Signifikant højere smertetærskel og mindre smerter under GU.</p> <p>Signifikant mindre dyspareuni og kunne deltage i flere smertefri seksuelle aktiviteter.</p> <p>Bedring af den overordnede seksuelle funktion, men kun i forhold til seksuel tilfredsstillelse og smerter.</p> <p>Overordnet mentalt heldbred var uændret, men reduktion af katastrofetænkning omkring smerter og angst.</p> <p>Prædiktorer for succes af</p>

	elser. 13 kvinder med vulvodyni		behandling var større reduktion i følelsen af hjælpeløshed og behandlingsperioden tidsforløb.
Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalifé S (33) Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. Journal of Sex & Marital Therapy. 2002	Undersøges effekten af fysioterapeutisk behandling til kvinder med vulvodyni i forhold til reduktion af dyspareuni og forbedret seksualfunktionen Retrospektivt struktureret telefoninterview 35 kvinder med vulvodyni	Medium 7(1-16) individuelle fysioterapeutiske behandlinger. Inkl.: Patientundervisning, bækkenbundsøvelser, manuel behandling, intravaginal biofeedback behandling, El -terapi, dilatations-behandling, instruktion i hjemmetræningsprogram	Fysioterapeutisk behandling gav total eller stor forbedring for 51%, moderat forbedring hos 20% og kun lille eller ingen forbedring for 28% af deltagerne Signifikant reduktion af smerter ved GU og ved samleje samt øget seksuel lyst og ophidselse samt øget samlejehyppighed. Kvinder med lavere uddannelsesniveau, oplevede mest succes med behandlingen.
Munday P, Buchan A Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F (61) A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. The Journal of Reproductive	Undersøge effekt og oplevelse af et tværfagligt behandlingsforløb til kvinder med vulvodyni. Kvalitativt interview 29 kvinder med vulvodyni.	Deltagelse hos min. 2 af følgende behandlingstilbud: Medicinsk behandling, fysioterapi, psykoterapi og/eller kostrådgivning. Fysioterapeutisk behandling Inkl: Patientundervisning, bækkenbundsøvelser, manuel behandling, og instruktion i	27 af kvinderne angav signifikante forbedringer af deres problematik og 9 var fuldstændig fri for smerter. Samtlige deltagere fandt den tværfaglige tilgang god, selv deltagere der ikke var helt smertefri, oplevede at have fået redskaber til bedre at kunne håndtere deres problematik på en tilfredsstillende måde.

Medicine. 2007		selvmassage og desensibilisering intravaginal biofeedback behandling, og EI - terapi.	
Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof LG (62) Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia-an evaluation of a multidisciplinary treatment model. The Journal of Sex Research 2008.	At beskrive og evaluerer et tværfagligt /multi-disciplinært behandlingstilbud til kvinder med vulvodyni. Spørgeskemaundersøgelse. 24 kvinder med vulvodyni.	Medium 12(4-24) antal Psyko og sexologisk rådgivning inkl: sexual-undervisning, samtale om overordnede opfattelse af seksualitet, stress-eliminering, smerte-undgåelsesadfærd mv, Medium 15(9-26) Fysioterapeutisk behandling inkl.: Patientundervisning, instruktion gradueret selv-palpation og desensibilisering, bækkenbundstræning, penetrationstræning	79% af deltagerne total eller stor forbedring af problematikken, samlejehyppigheden var steget og dyspareuni var reduceret efter behandlingen. Seksualfunktionen var bedret bl.a. i form af øget lyst samt øget positiv opfattelse af egen seksualitet. Øget oplevelse af evne til at sætte grænser i deres personlige og seksuelle liv.

4. Problemafgrænsning

Som det fremgår af problembaggrunden tyder det på smerter ved samleje påvirker alle aspekter af kvindernes liv og seksualitet. Litteraturgennemgangen indikerer, at der er god effekt af fysioterapeutisk behandling på smerter og for seksualfunktion, hvis behandlingen gives i kombination med

patientuddannelse, sexologisk rådgivning og tværfaglige behandling. Der er ikke fundet studier, der beskriver hvordan kvinder oplever den konkrete fysioterapeutiske behandling/sexologiske rådgivning, og hvilke aspekter der helt konkret hjælper dem, på hvilken måde de hjælper, og hvad de måtte have manglet i behandlingen. Patientperspektivet vil kunne bidrage til bedre den fremtidige behandling af kvinder med smerter ved samleje, hvilket leder over til nærværende studies problemformulering

4.1 Problemformulering

Hvordan opleves den fysioterapeutiske behandling og sexologiske rådgivning til kvinder med smerte ved samleje? - hvad virker og hvad kan blive bedre?

5. Metode

5.1 Introduktion til metode

I det følgende vil først den videnskabelige tilgang til undersøgelsen blive beskrevet. Derefter følger en beskrivelse af dataindsamlingsmetoden, rekrutteringen af informanterne, etiske overvejelser i forbindelse med dataindsamlingen. Dette efterfølger af en beskrivelse af interviewguiden, transskriberingen og dataanalysen. Til sidst i afsnittet beskrives teorirammen som anvendes i dele af analysen

5.2 Videnskabs teoretisk ståsted

Jeg har valgt en fænomenologisk/hermeneutisk tilgang med kvalitative semi- strukturerede interviews som dataindsamlingsmetode til at besvare mine undersøgelsesspørgsmål (63).

Fænomenologi betyder på græsk: læren om fænomener. Det er en videnskabelig metode, der ønsker at beskrive begivenheder og handlinger, sådan som de tager sig ud for det enkelte individ (64) , kap. 3. Den fænomenologiske tilgang anvendes typisk i selve interviewsituationen, hvor der sættes fokus på interviewpersonens livsverden, hvordan livet tager sig ud og opleves for vedkommende og hvor interviewerens forsøger at sætte sin egen forforståelse "på pause" og lytte uden fordomme (63) kap.6, s.139. Hermeneutisk betyder på græsk: at tolke eller fortolke. Den hermeneutiske videnskabelige tilgang bruges i den efterfølgende analyse og fortolkning af interviewteksten (64), kap.3, s. 62.

5.3 Dataindsamling

Det kvalitative interview giver ifølge Kvale undersøgeren mulighed for at komme tæt på informanternes oplevelse af verden for efterfølgende at kunne fortolke de fænomener, der fremkommer (63). Det kvalitative interview er derfor valgt som dataindsamlingsmetode for at få informanternes egne ord på de oplevelser, meninger og synpunkter de har i forhold til den behandling, som de har modtaget for deres seksuelle smerteproblematik.

5.4 Udvalgelse og rekruttering af informanter

Der er valgt at invitere kvinder (informanter), der har afsluttet deres behandling, for at deres svar mindst muligt skulle påvirkes af "pleasing" i forhold til behandling/behandler. Der er valgt kun at inkludere kvinder, der taler og forstår dansk for at kunne få et uddybende svar, da evt. brug af tolk i denne sammenhæng muligvis ville kunne gøre processen sværere

Kvinder med smerter ved samleje, der afsluttede deres forløb i fysioterapien på Hvidovre Hospital i perioden fra d.10 februar til d.20 marts 2017, blev ved den afsluttende konsultation i fysioterapien, skriftligt og mundligt informeret om, undersøgelsens overordnede formål, samt spurgt om der på et senere tidspunkt, måtte tages kontakt til dem, mhp. at medvirke i et kvalitativt studie om behandlingsforløbet. Såfremt de accepterede blev en samtykkeerklæring underskrevet, hvor kvinden gav tilladelse til at blive kontaktet og kontaktform blev angivet som telefon eller mail. (se bilag 3).

Den 20 marts og i ugen frem blev der taget kontakt til de 9 der havde givet tilsagn om at lade sig kontakte pr. telefon/mail. Det var ikke muligt at få kontakt med alle, 2 kunne der ikke fås kontakt med og 2 var på studieophold i udlandet. Ved telefonisk/maillkontakt endte der med at være 5 kvinder der kunne deltage i interviewet.

5.6 Informeret samtykke og etiske overvejelser i forbindelse med interview

Ifølge Den Nationale Videnskabetiske Komité skal forskningsstudier kun anmeldes og godkendes, hvis der i projektet indgår undersøgelser af menneskeligt biologisk materiale eller undersøgelser af personer (VEK Region H). Da dette projekt udelukkende er en interviewundersøgelse, er der ikke anmeldelsespligt. Anmeldes til Datatilsynet er heller ikke nødvendig, da masterprojekter er undtaget for dette, så længe deltagelsen sker med informeret samtykke fra informanterne (Datatilsynet.dk, 2013).

Selvom et masterprojekt ikke skal formelt anmeldes, skal Helsinki-deklarationen II, som indeholder vigtige etiske principper, som skal overholdes (65). Jeg havde derfor følgende punkter for øje i min undersøgelse

- patientens autonomi (frivillighed, fortrolighed og anonymisering)

- princippet om retfærdighed (kvinderne skulle ikke føle sig udnyttet)
- gavnlighed for patienten (gerne nyttigt for den enkelte, men evt. af nytte for andre kvinder)
- at man ikke påfører patienten skade (at sikre at informantens grænser overholdes)

Kvinderne blev informeret skriftligt og mundtligt i at de ville optræde anonymt i undersøgelsen, at deres udsagn ville blive optaget på bånd, transskriberet og derefter slettet, og at de til enhver tid kunne stoppe interviewet undervejs og trække sig fra studiet (se bilag 3).

Da kvinderne på trods af endt behandling fortsat kunne have behov for behandling, blev kvinderne efter endt interview opfordret til at kontakte interviewerens, såfremt de havde spørgsmål eller følte at interviewet genererede nye problemstillinger hos dem. Intervieweren bestræbte sig på, at få kvinderne til at føle sig trygge og godt tilpas under interviewene, samt holdt øje med deres kropssprog, vejrtrækning og borede ikke yderligere, hvis modstand blev fornemmet. Kvinderne bestemte selv hvor interviewet skulle finde sted, for at det blev så nemt og trygt som muligt for dem.

Ved slutningen af hvert interview, blev kvinderne spurgt ind til, om der var noget de *følte de ikke* havde fået sagt, eller om der var andet, som de havde lyst til at tilføje.

5.7 Præsentation af Informanter

A: 26 år: smerter ved samleje gennem 4 år

B: 28 år: smerter ved samleje siden første forsøg ved GU/penetration.

C: 26 år: smerter ved samleje siden første forsøg ved GU/ penetration.

D: 23 år: smerter ved samleje gennem 2 år.

E: 25 år: smerter ved samleje gennem 3 år.

5.8 Interview guide

Det er beskrevet at en vigtig del af interviewprocessen er forberedelses- og planlægningsfasen. Det anbefales, at man svarer på følgende spørgsmål, mens interviewguiden udarbejdes – *hvorfor, hvad og hvordan* i forhold til den undersøgelse man har til hensigt at udføre (63). Dette medfører i indeværende opgave følgende tre overordnede spørgsmål:

1. *Hvorfor* denne undersøgelse? Formålet er at få indsigt i, hvordan kvinder der har gået til fysioterapeutisk behandling for smerter ved samleje, oplever den behandling de har fået. For at få et indblik i kvindernes

oplevelse af den behandling der tilbydes, hvad der giver mening for dem og evt. hvordan vi kan forbedre tilbuddet.

2. *Hvad ved vi i dag?* Før planlægningen af selve interviewet blev der indhentet viden fra eksisterende litteratur om emnet. Selve interviewguiden blev derfor udarbejdet efter inspiration fra en artikel publiceret i et videnskabeligt tidsskrift, hvor man havde spurgt kvinder, som havde modtaget et tværfagligt behandlingstilbud, hvilke dele af behandlingstilbuddet som havde hjulpet dem (58). (artiklen indgår i litteratursøgningens resultater (se bilag 4 for interviewguiden).

3. *Hvordan skal interviewet afholdes?* Kvinderne bestemte selv hvor interviewet skulle finde sted, for at det blev så nemt og trygt som muligt for dem.

5.9 Transskribering og analyse

Interviewene blev transskriberet af erfaren transkriptør med fysioterapeutisk baggrund. Interviewene blev udskrevet med små "fyldord" såsom "øhhh" og "ehhm" og pauser i talen blev illustreret med "..."

Interviewene blev derefter hørt igennem igen, og hvor der var behov for det, blev der indsat "meningsfyldte" ord i parentes for at bedre forståelsen.

Dernæst blev interviewene gennemlæst igen og citater i de enkelte interviews blev kondenseret i meningsbærende enheder og sammenfattet i overordnede temaer. Temaerne blev efterfølgende samlet i to overordnede temaer, som var relevante for besvarelsen af problemformuleringen.

I analysen er der desuden anvendt udvalgte citater fra interviewpersonerne til at uddybe og eksemplificere. Lydfilerne blev efter analyserne slettet.

5.10 Teoriramme

5.10.1 Introduktion til teoriramme

I det følgende vil der blive gjort rede for Albert Banduras "self-efficacy" teori (66), som efterfølgende vil blive brugt i analysen og diskussionsafsnittet af de kvalitative interview, når det er relevant i forhold til dette.

5.10.2 Teorien om "Self-efficacy"

At sætte mål med og motivation af patienten, er en central del af den fysioterapeutiske behandling og træning med mennesker, og her er self-efficacy et begreb der ofte arbejdes med.

Self-efficacy er en teori udarbejdet af Albert Bandura i 1997(66). Bandura's teori handler om at menneskers forventninger til og tro på, at de kan overkomme en given udfordring/problematik, er afgørende for, om de

vil prøve at give sig i kast med at overkomme de udfordringer/problemer de frygter, hvor meget de energi de vil lægge i dette og hvor længe de vil blive ved med at arbejde for det

Jo mere et menneske tror på sin evne til at overkomme en given udfordring, jo længere vil de ifølge teorien, blive ved med at arbejde på at komme over det der frygtes. Omvendt; des mindre man tror på, at man kan klare en udfordring, des mindre vil man kunne vedblive med at arbejde med at overkomme det der frygtes (66). Det kan også beskrives som at man som person har en stærk eller en svag self-efficacy (67)

Den enkeltes forventning til om man vil kunne overkomme en given udfordring, er afhængig af de personlige kompetencer den enkelte har og er formet af de erfaringer den enkelte har med sig gennem livet ved at " ... gennem eller-fuldføre opgaver, gennem iagttagelsen af andre, af verbale tilskyndelser og emotionelle tilstande" (66) citat side 1. Self-efficacy dannes gennem erfaringer og den kognitive og erkendelsesmæssige bearbejdning hos den enkelte både efter, under og inden erfaringen.

For at ændre vaner eller hjælpe et menneske til at overkomme en forhindring, siger Bandura ifølge Villadsen et al 2007, " ... skal interventioner designet til at ændre vaner skræddersys til personens oplevede self-efficacy. Personer med svag self-efficacy skal guides og får langsomt fornemmelse af kontrol over situationen." (67), citat side 42. For at øge self-efficacy hos patienter er det derfor hensigtsmæssigt at:

1 patienten kan overkomme den behandling, de udfordringer og de øvelser de udsættes for på en succesfuld måde, dvs. at de øvelser eller opgaver man skal udføre, bør være klare og veldefinerede, så det giver overblik over opgaven eller øvelsens omfang og over hvor meget det kræver (42) kap 13, side 215.

2 Patienter kan motiveres gennem, at se eller hører om andre patienter, der har overkommet den samme problematik, der tænkes her på en form for vikarierende erfaring, tænkt på den måde "... at hvis andre kan, så kan jeg også" (66) kap.3.

3 Patienten kan tilskyndes verbalt, ved at behandleren "overtaler" patienten til at tro på egne evner til at gennemføre træningen for på sigt at nå sit mål.

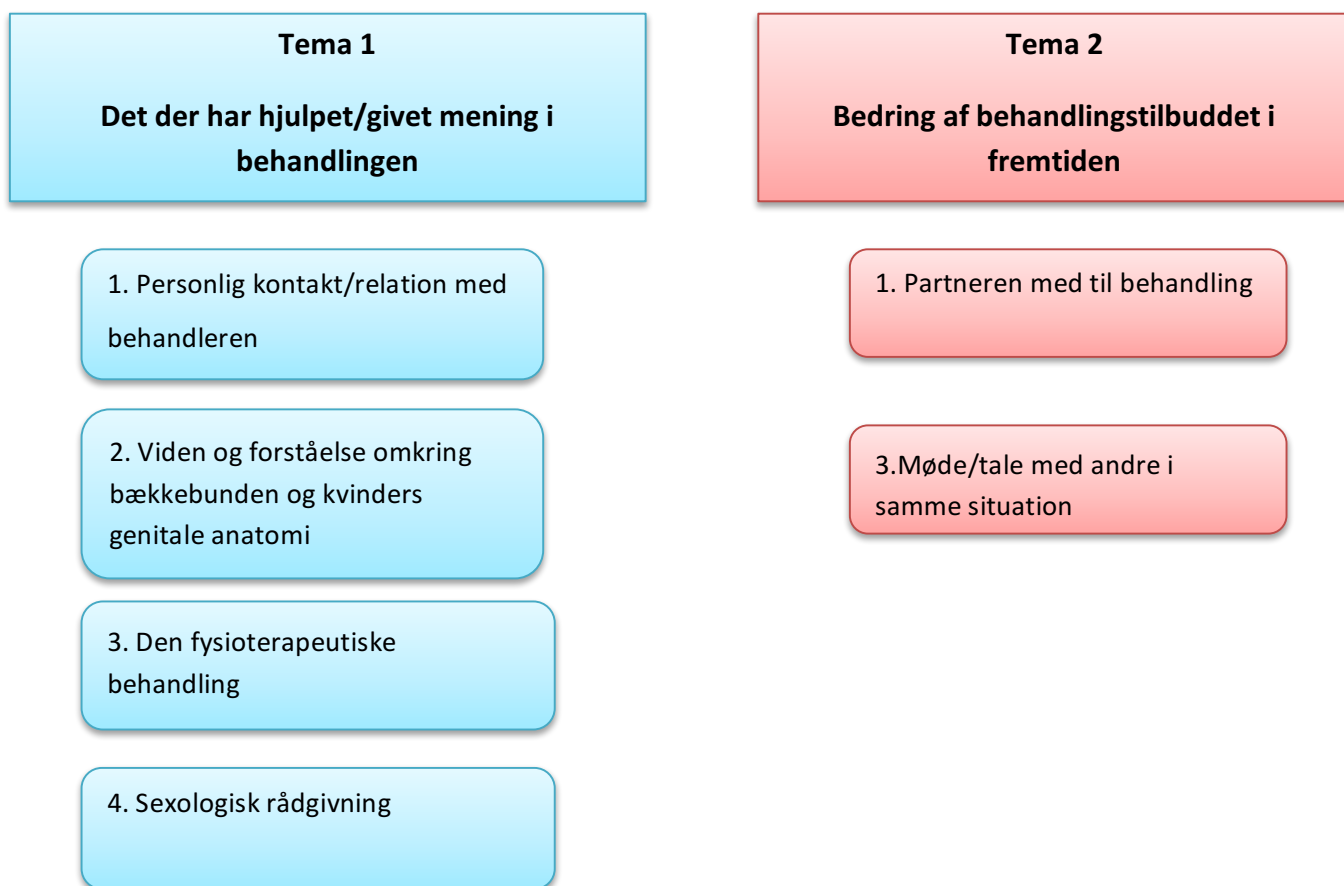
4 En ny, krævende øvelse eller situation, der kan påvirke patienter følelsesmæssigt, så de afstår fra at afprøve det de egentlig gerne ville. Afhjælpes ved, at de opgaver eller udfordringer patienter udsættes for ikke er for krævende i forhold til det den enkelte frygter – så træningen/behandlingen opleves som succes og med et minimum af barriere (66) side 3, (42) kap 13.

6. Analyse og diskussion

6.1 Introduktion til analyse og diskussion

I dette afsnit beskrives resultaterne fra de kvalitative interview, og de fremkomne temaer diskuteres og sættes i sammenhæng med litteraturen (se bilag 5 for eksempel på meningskondensering og temaer)

Der er ved analysen fundet to overordnede temaer - " Det der har hjulpet/givet mening i behandlingen" og "Det der kunne bedre behandlingstilbuddet i fremtiden". Under hver af de 2 overordnede tema, er der fremkommet hhv. 4 og 2 undertemaer. Se illustration af de 2 overordnede og underordnede temaer i figur 6 herunder:



Figur 6. Illustration af de overordnede temaer og undertemaer som fremkom i analysen

6.2 Tema 1: Det der har hjulpet/givet mening i behandlingen

6.2.1 Personlig kontakt/relation med behandleren

Informanternes udtrykte alle at kontakten og relationen med behandleren var af stor betydning i forhold til at kunne og turde gennemføre behandlingen. Informant B udtrykker det på denne måde:

"Jeg ville aldrig have kunnet gøre noget som helst, hvis jeg ikke havde stølet på og have haft tillid til dig. Du har hele tiden taget mig alvorligt og interesseret dig for, hvordan det gik, og hvordan jeg ellers havde det, og derfor både turde jeg godt og ville gerne komme igen og igen"..." "Så det hjælper rigtig meget, at jeg ikke er alene om det. At du er der til at holde øje med det." Informant B.

Denne oplevelse viser, at det at skabe en tryk ramme for behandlingen, hvor kvinden mødes der, hvor hun er, er af stor betydning. Det er beskrevet, at fx oplevelsen af en gynækologisk undersøgelse er afhængig af kontakten til den undersøgende gynækolog (51). Jo bedre emotionel kontakt, jo bedre fandt man at kvinden oplevede undersøgelsen, og man konkluderede at øget viden og bedre kommunikation hos behandleren omkring personlige problemer hos patienten kunne bedre emotionel kontakt mellem patient og behandler (51) s.1035, anden spalte, l.13-20 .

"At blive mødt med en forståelse for at det her er svært, men vi kan godt hjælpe dig. Og jeg tager dig i hånden, og du får lov til at komme her så det passer i dit tempo..." (informant A)

At en god relation til behandleren er vigtig er yderligere beskrevet i Grundbog i psykiatri fra 2015. Her beskrives at behandleren ikke "længere" ses som en "distant instruktør", men som en "aktiv medspiller... i det terapeutiske rum" (68), s. 147, spalte 2, l. 1-6). På den får det afgørende betydning at man som behandler indgår i en relation med patienten, som baseres på ligeværdighed, "tillid og åbenhed" (68)s. 148, spalte, l. 17).

6.2.3 Viden og forståelse omkring bækkebunden og kvinders genitale anatomi

Gennem interviewene blev det klart, at informanterne før behandlingen, havde ringe viden om deres bækkenbunds anatomi og funktion. Dette var ikke forbavsende, da tidligere undersøgelser har vist at 21% af unge angav at de i seksualundervisningen havde hørt for lidt om kroppens funktion, og at 23% angav at de havde hørt for lidt om kønsorganernes funktion (69). Det beskrives tydeligt i informant B's udsagn.

"Altså, før jeg begyndte her, der vidste jeg overhovedet ikke, jeg vidste ikke noget som helst, om underlivet. Ingenting. Jeg vidste ikke engang hvor at noget sad og nu er det mere: Nårh sådan ser det ud. Og det og det sidder der" (Informant B)

I en egen undersøgelse af 17-årige kvinders viden om bækkenbunden blev det fundet, at unge kvinder kendte betegnelsen "bækkenbund", men at de ikke vidste hvor bækkenbunden var placeret, hvad bækkenbunden består af og at bækkenbunden kan være årsag til smerter ved samleje (70). Derudover blev det fundet at undervisere i seksualvejledning og behandlere kun gav begrænset information om bækkebundens anatomi og funktion, og at der var begrænset information i litteraturen udviklet til unge. Af 50 bøger og tidsskrifter for unge fundet i en litteraturgennemgang var den kvindelige anatomi illustreret i de 42 af dem. Ud af de 42 bøger, hvor kvinders anatomi var illustreret var bækkenbunden med på illustrationerne i tre tilfælde.

Dette understreges af informant D's udsagn på følgende måde:

"Jeg kan huske det tog rigtig lang tid for mig at forstå hvordan det hele var opbygget, måske stadig nogen gange en lille smule i tvivl. Men nu ved jeg at retningen er den vej, og hvis man gør sådan og sådan før man putter noget ind, så er mere plads anatomisk set, altså. Så nogle meget konkrete ting om hvordan anatomen er, det synes jeg har hjulpet meget" (Informant D).

Udenlandske studier har vist, at patienter generelt har ringe viden om deres krop, og at denne manglende viden og forståelse kan have negativ betydning for kommunikation mellem patient og behandler og i sidste ende for behandlingseffekt og sygdomsforebyggelse (71, 72).

Et nyt belgisk studie blandt unge kvinder som ikke havde født (18-27 år) fandt at 93% af kvinderne manglede viden om deres bækkenbund. 58% kunne ikke korrekt angive antallet af åbninger i bækkenbunden, 81% havde aldrig modtaget information om bækkenbunden, og kun 10% havde viden om bækkenbunden i relation til seksualfunktion (73). Dette beskrives tydeligt af informant B som ingen forhåndsviden havde som sit underliv, da hun startede behandling, og af Informant C som synes at det har været godt at lære mere om sin bækkenbund.

"For mig giver det rigtig meget mening, at vide ALT om hvordan det er bygget op, sådan så jeg hele tiden ved hvad der skal være, så det jeg kan mærke kan jeg forbinde med noget, som jeg ved hvad er. Så det ikke bare er et eller andet misk mask, eller sådan noget rodet noget. Eller en underlig sump af et eller andet. Så jeg ved, at det er fordi, at der er muskler og: "de sidder tæt på den del og de sidder tæt på den del" (informant B)

"Og så synes jeg egentligt at det... ehh... Også at vide hvilke muskler er hvad, og hvad er hvad i kroppen. Det synes jeg faktisk har været ret godt". (Informant C)

I et studie af kvinder med på ca. 35 år fandt man, at 40% ikke følte at de vidste nok om deres kvindelige kønsorganers helbred, 20% følte sig utrygge ved at stille spørgsmål til sundhedsprofessionelle, og at 70% ville gerne have mere viden(71). Kvinderne havde derudover mindre viden om deres ydre kønsorganer end af de indre kønsorganer dvs.at de havde sværere ved at identificere klitoris og de indre kønslæber, end fx ovarierne og skeden anatomisk. Dette var modsat af, hvad forfatterne havde forventet, og de beskriver således: *“This was surprising since we might expect that participants would know what they can see on their own bodies” (71), s. 150, l. 32-33*, hvilket må tolkes som at forfatterene regnede med at kvinderne havde set på sig selv fx med et spejl. Informant A, kalder sit underliv alien-agtigt og beskriver en distanceret oplevelse af sit underliv, som noget abstrakt, men som hun oplever er blevet mindre af at lære om sin bækkenbund:

“det giver mening fordi det igen, æhh fordi det (mit underlivs for mig har været meget abstrakt, hele mit underliv, sådan lidt “alien” agtigt forhold har jeg haft til det...” (informant A)

Reid et al. beskriver yderligere at årsagen til den manglende viden om ydre genitalia er, at kvinder muligvis har været mere eksponeret for flere illustrationer af den indre genitale anatomi end af ydre genital anatomi i skolen og hos behandlere(71), hvilket sandsynligvis også gør sig gældende i den danske seksualvejledning, hvor der måske mere kommer til at blive fokuseret på hvordan uønsket graviditet og kønssygdomme undgås, end omkring underlives anatomi, jævnfør *“Ung 99 undersøgelsen”(69)*.

Informant B beskriver at hendes oplevelse af sin krop er blevet afmystificeret. Hun har fået et *“lettere”* forhold til sit underliv, og det er nu et mindre fremmed sted på kroppen og hun italesætter denne ændrede oplevelse med ord som *“smart”* for at beskrive, at hun nu kan se formålet med fx at kunne sætte en tampon op:

“At afmystificere kroppen ved at betragte den som noget praktisk. For eksempel kan jeg huske, at vi snakkede om, at jeg sagtens kan stikke en finger ind i øret med lukkede øjne. Hvorfor skulle jeg så ikke kunne gøre det samme med underlivet? Det tænker jeg tit på: Ligesom at det er smart at kunne stikke noget ind i øret, så man kan rense det, er det smart at kunne bruge en tampon, så man ikke bløder igennem. Underlivet behøver ikke nødvendigvis at have noget med sex at gøre” (Informant B)

Sammenfattende, angiver informanterne at det har været meget positivt og relevant for dem at modtage information om eget underliv, hvilket underbygger vigtigheden af at denne del af den fysioterapeutiske behandling til kvinder med smerter ved samleje. Ikke blot fordi litteraturen beskriver det som en vigtig del af behandlingen (39, 62), men fordi kvinder med smerter ved samleje finder det vigtigt at få information, så de forstår deres eget underliv bedre.

Derudover tyder den bedre forståelse for egen krop også at informanterne oplever at de bedre kan acceptere deres egne kønsorganer. Vigtigheden af dette understreges af to amerikanske psykologer Reinholtz & Meuhlenhard som i 1995 beskrev betydningen af en persons opfattelse af sine kønsorganer: (74)

"A person's attitude toward his or her genitals may be an important facet of sexual interaction. Someone who believes his or her genital are attractive and sexy may be more comfortable during sexual interaction than someone who feels self-conscious about his or her genitals."(74).

Egen opfattelse er således vigtig for hvordan en seksuel aktivitet opleves og oplever man sine kønsorganer ikke attraktive, kan det antageligt have negativ betydning for en persons seksuelle udfoldelse. Informant B beskriver på denne måde, hvordan hun tidligere ikke helt vidste hvad der var omkring hendes egen kønsorganer der var svært at forholde sig til, og anvender et meget negativt sprogbrug:

"Jeg vidste heller ikke hvad det egentlig var, der ikke var rart. Jeg kunne ikke helt sætte en finger på det..." "Før behandling var alt der havde at gøre med vulva og vagina ulækkert, fremmed og lukket, efter behandlingen er det lukket mere op (informant B)

En anden informant - Informant D beskriver mere udførligt, hvordan hun tidligere ikke havde viden om kvinders kønsorganer normale udseende og var kritisk omkring sine egne kønsorganer, samt at området var tabubelagt for hende. Hun beskriver, at hun efterhånden har bevæget sig mod, at have det bedre med sine kønsorganers udseende både i forhold til sin partner, men også at hun kan tale og fortælle om de kvindelige kønsorganers normale udseende til sine veninder.

"Ens egne tanker omkring ens eget underliv, altså hvordan det ser ud og sådan noget, det har jeg været meget selvkritisk med i starten... " "...sådan lidt af-tabutiseret hvordan ens kønsorganer ser ud, og at det er okay at vi er meget forskellige"... Men også bare det der med, jeg er ikke så genert dernede tror jeg, længere" "Så hvert fald hvordan jeg ser ud, det er ikke noget der fylder, for det er jeg helt tryk ved. Så det er rart at det er sådan, afskrevet. Giver det mening? " " Jamen, også i forhold til andre veninder, der også er selvkritiske, så er jeg også bedre til at snakke med dem om det. At sprede budskabet om, at alt er okay " ... " ...også i forhold til min kæreste selvfølgelig, så er det i hvert fald ikke noget der fylder (Informant D)

Hvordan kvinder med dyspareuni opfatter deres kønsorganer udseende og på hvilken måde det påvirker seksualiteten er undersøgt i et studie af Pazmanzy et al fra 2013 (6), hvor man fandt, at negativ opfattelse af egne kønsorganer kunne være medvirkende til øget smerteintensitet, negativ påvirket seksuel funktion og øget "seksuel distress" hos kvinder med smerter ved samleje. Det blev foreslået, at man i behandlingen

af kvinder med smerter ved samleje, med fordel kunne øge kvindernes kendskab til egen krop og kønsorganernes udseende/funktion for på den måde at bidrage positivt til kvindernes kropsbillede (51). Man kan på den måde forstille sig, at det at forstå sit underliv og sine kønsorganer bedre, giver øget accept, og det er muligt, at det der har hjulpet Informant D mest i forhold til hendes problematik er, at lære om og acceptere sine egne kønsorganer udseende og funktion.

6.2.4 Den fysioterapeutiske behandling

I fysioterapi er tilgangen i høj grad fysisk og om det, at få helt konkret fysisk behandling i forhold til sin problematik fortæller B, at hun ikke ville have kunne komme så langt i behandlingen, hvis denne kun havde været udformet som samtaleterapi:

"Altså man kan snakke vildt meget om det, men man kan aldrig, jeg synes aldrig, du kan aldrig løse problemet ved bare at snakke om det. Du er nødt til og vise: "at sådan her er det, og sådan her føles det". Og så kan man gå hjem og gøre det selv. (Informant B).

Det fysiske aspekt som en vigtig del af behandlingen til kvinder med smerter ved samleje er uddybet i en artikel fra 2002, hvor fysioterapi beskrives som en vigtig del af en tværfaglig behandlingsstrategi. Det er således beskrevet at en af fordelene ved fysioterapeutisk behandling af smerter ved samleje, sammenlignet med samtale/sexologisk rådgivning alene er, at patienterne har mulighed for at få en helt praktisk supervision af en fagperson, som er specialiseret i at behandle bækkebundens muskler (33), s. 187, l. 10-12.

En anden komponent af den fysioterapeutiske behandling er, at patienten lærer om og opøver at få kontrol over sine bækkenbundsmusklers spændingstilstand., ved at lære at hhv. spænde og slippe spænding i bækkenbundsmusklerne. Øvelsen udføres sammen med dyb abdominal vejrtrækning, og den synes at have hjulpet deltagerne på flere måder. Informant C og A beskriver begge, at de kan bruge fornemmelsen af kontrol over deres bækkenbundsmuskler helt konkret ved penetration. Informant C beskriver det således:

"...jeg synes øvelserne har hjulpet mig rigtig godt. Og så synes jeg faktisk, altså i forhold til ligesom at spænde ud og slappe af, også under selve akten [samlejet]..." "... Altså hvor jeg ligesom har kunnet lave lidt den der, får sluppet af og så lige har kunnet trække vejret nogle gange og så lave Budhaen [dyb abd respiration]" "... Så det har faktisk hjulpet mig meget. Og gør det stadigvæk, når det kan drille"(informant C).

Og informant A fortæller hvor anvendeligt hun har oplevet dyb vejrtrækning og bevidst afspænding af sin bækkenbund, og at hun tidligere holdt vejret og nærmest fik "lukket" sin skede så penetration ikke var mulig:

"Og knibe og slippe og trække vejret, hele den der "mølle" (afspændingsprogram) er meget virksomt også når man så skal have samleje..."...Jeg kan godt se forskel på, at jeg kan trække vejret roligt, i forhold til hvis jeg ligger, og sådan adhr hyperventilere – øhh jeg hyperventilere jo ikke, men holder vejret, hvis jeg gør det, så er der jo nærmest lukket..." "... men hvis jeg kan bruge vejrtrækningen, så kan jeg komme væsentlig længere".(Informant A)

Et andet vigtigt redskab anvendt er træning med et EMG biofeedback-apparat, for at visualisere spænding versus afspænding af bækkenbundsmusklerne. Informanterne beskriver at træning med biofeedback giver en god forståelse for, hvad det er der sker med deres bækkenbundsmuskler når de hhv. spænder og slapper af; de beskriver at det bliver mere konkret at forstå hvad der sker inde i deres krop og hvad musklerne gør. Informant A beskriver at hun via træning med biofeedback har fået et andet billede af hvad der sker i hendes krop og at biofeedback apparatet har givet hende bedre kontakt til sine bækkenbundsmuskler

"Så synes jeg det med at måle(biofeedback) har været godt ehmm..fordi det på en måde giver et billede – et helt konkret billede på nu sker der noget, nu sker der ikke noget, nu spænder jeg, nu slapper jeg af, så ligesom få et eller andet(billede på det).., det gør det sådan lidt mere håndterbart, i stedet for, jeg kan jo ikke se min egen muskel og jeg har heller ikke særlig stor kontakt til den – jeg er nærmest lammet (grin) " (Informant A).

Informant D har oplevet at træning med biofeedback har givet hende mulighed for visuelt at se fremskridt i behandlingen i forhold til at fornemme hvor god hun er blevet til at slippe spændingen i musklerne:

"Altså det er meget sjovt, at man ligesom kan sådan se fremskridt eller hvad skal man sige..." "... faktisk er meget fint, at man ligesom kan måle og se, hvor stærk er jeg faktisk eller hvor slap, eller mest hvor meget kan jeg slappe af. Det kan jeg jo godt, når jeg først gør det, prøver" (informant C)

Informant E føler at hun har fået et konkret bevis på at hun kan slappe af i sine bækkenbundsmuskler, og at det er godt, at hun nu ved at hun kan slappe af bevidst.

Det at måle (med biofeedback) det har været godt, sådan meget konkret. Konkret på den måde at jeg har fået en fornemmelse af at jeg godt kan slappe af i musklerne – i hvert tilfælde lidt mere end jeg troede, fordi det var jo sådan lige efter jeg havde fået sygdommen [vulvodyni], så har jo siddet på alle mulige sjove måder, og spændt helt vildt meget, så det der med at vide at jeg kan faktisk godt slappe af, hvis jeg gør noget aktivt for det på den måde. (informant E)

I den fysioterapeutiske behandling kan der også arbejdes kropsligt med redskaber, som patienten kan anvende at generelt, men også overføre til de situationer som er problematiske:

"Patients are trained to learn both proper muscles contraction and complete voluntary relaxation, skills that they could then carry over to sexual intercourse."(75),s. 302, l. 1-3]

Det beskrives yderligere at målet for den fysioterapeutiske behandling med fx dilatator-stave er, at patienten lærer at "rumme", "at fornemme" og "at hun vænner" sig til, at der indføres et objekt i vagina fremfor at man forcerer indføring (for at undgå smerte), og at det er vigtigt at patienten har øvet afspænding af bækkenbundsmusklerne, så indføring kan lade sig gøre (75), s. 302, l. 22-26. Informant D fortæller at hun har anvendt de fysiske teknikker hun har lært i behandlingen til at bevidst spænde og slappe af i musklerne i hendes træning med dilatator-stave. Informanten har også forstået ud fra behandlingen, at det også er vigtigt fx at tænke på at slappe af i sine mavemuskler.

"Dybe vejrtrækninger, det afslapper bare muskler, så det er rigtig godt." "Men også med hensyn til stavene så får det jo musklerne dernede til at slappe mere af. Og knibeøvelserne giver det jo også rigtig god mening med at man kniber og så giver slip, og så hvad var det nu... et eller andet med buler maven ud? Den sætning kan jeg virkelig bare godt huske (griner). At når man buler maven ud, så åbner bækkenbunden sig lidt mere og så er der mere plads." (Informant D)

Det at arbejde direkte med at fornemme bækkenbundsmusklerne spænding har hjulpet informant E til at kunne "mærke" sin krop bedre. Informant E fortæller at hun i perioder har haft svært ved overhovedet at mærke sit underliv og nærmest har "skåret" det væk fra sin bevidsthed, men at hun ved at lave bækkenbundsøvelser med fokus på at slippe spænding har fået bedre kontakt:

"Jeg synes det har givet mening at lave de forskellige øvelser – de fysiske øvelser, det der med at mærke sin krop, fordi det har jeg fået meget svært ved efter jeg har fået sygdommen(vulvodyni)" "Så tænker jeg på de knibeøvelser, fordi der er så de eneste(grin) som jeg har kunnet finde ud af at lave, men øhhh, det giver egentlig god mening for man mærker sig selv, altså det er sket for mig, er jo at ikke mærker mig selv mere, så ligesom at lave øvelserne herhjemme i perioder, hvor jeg rent faktisk gør det, så tvinger jeg mig selv til at mærke mig selv. Og det synes jeg er rigtig nyttigt, fordi ellers har jeg haft en tendens til at skære min nederste krop fra" (informant E)

I forhold til selv at kunne lære at føre noget ind i skeden såsom fx dilatations-stave, opsættelse af tampon, "selv-undersøgelse ved skedeåbningen", angav informanterne, at det var det den del af behandlingen, der på den ene side var den sværeste, men på den anden side, var den del af behandlingen de oplevede hjalp dem mest. De oplevede at den helt konkrete guidning og fysiske træning med dilatatorerne var hjælpsom, informant B udtrykker det således:

*" ... Det er det mest ubehagelige, men jeg synes også det er **det** der virker. Det er hvert fald det der har virket allerbedst. Fordi, så har jeg fået en følelse af, eller bare forstået hvordan*

det føles, og verden falder ikke sammen. Altså, det kan godt være det ikke er særlig rart eller noget, men så kan jeg mærke: "Okay det er sådan her det er". Og når du... Og at det er normalt at kunne mærke noget inderi sig selv, det er ikke noget jeg dør af. Det kan jeg godt. Og jeg kan godt!" (Informant B)

Både informant A og B fortæller her, at det har været meget svært tro på, at noget "kan komme ind skeden". Informant A forklarer, at det har været en stor sejr at kunne bruge stavene, og det er tydeligt at informanten er stolt af sin bedrift, idet hun anvender ordet "sejr".

"Ja altså dem var jeg jo ikke glade for og dem kunne jeg som udgangspunkt ikke lide, jeg syntes det var vildt grænseoverskridende og ubehageligt, men fordi jeg var tryk....og kunne se fra alt det andet vi havde lavet at det var okay at sige, hvis noget var ubehageligt, så blev det jo mindre ubehageligt kan man sige. Men det var også en kæmpe sejr og kunne bruge dem" (Informant A)

Man kan sige, at den opgave informanten havde som mål at kunne opnå, blev tilrettelagt på et niveau hvor hun kunne overskue udfordringen, og hun følte sig tryk og mødt i behandlingssituationen. Dette stemmer fint overens med teorierne om at øge "self-efficacy" hos patienterne, som frit oversat til dansk kunne betyde: "tro på egen mestringsevne" (se teori afsnit). Ved at tilpasse opgaven både i omfang og tempo så den passer til den enkelte; ved at tilskynde verbalt og især ved at sikre at patienten tror på egne evner, øges patientens egen-oplevede "self-efficacy" og i sidste ende patientens oplevelse af at behandlingen har hjulpet dem. For at hjælpe patienten til at få opfyldt sine mål, er det ifølge Bandura vigtigt, at opgaven lige netop ikke er for krævende eller så frygtindgydende, at patienten afstår for at forsøge, og at opgaven opleves som en succes og med et minimum af barrierer (42, 66). Informant A og B beskriver, netop hvorledes de har været udfordret af at skulle anvende dilatatorerne, men også hvordan de har flyttet sig undervejs i behandlingen og har opnået deres mål

Et studie, hvor terapeut støttet vaginal dilatationstræning har hjulpet kvinder til at ændre deres negative overbevisninger om at penetration, er et godt eksempel på denne tilgang til at støtte patienten i at kunne overkomme frygt fx for penetration ved at støtte, opmuntre og guide (34).

"...Selve brugen af stavene synes jeg er gået rigtig fint, vi har brugt det sammen og så har jeg også prøvet selv derhjemme. Og sammen med dig, jeg synes du har været rigtig god til at gøre det rigtig langsomt og rigtig god til at lytte til mine grænser. Også overlyttet nogle gange, sådan hvor du bliver ekstra forsigtig. Altså lidt mere end jeg måske har behov for, men på en god måde. Fordi så kan jeg sige: "Skidt pyt, du må gerne gøre det lidt hurtige" eller "ja ja, nu prøver vi det her", så er det mig der udfordrer grænserne. Det giver faktisk en god følelse, at selvom du er ekstra forsigtig, så kan jeg godt sige: "slap nu lige af, jeg kan godt klare det her" (griner). Så det er sådan lidt omvendt psykologi, det ved jeg ikke om man kan sige..." (Informant C)

Informant C fortæller ligeledes at træning med dilatatorer har "givet mening", men oplever også at behandlingen til tider har været lidt for langsom i progression. Så langsom, at hun selv har kunnet eller turdet progrediere træningen. Beskrivelsen passer igen med Banduras teorier, idet informanten her har oplevet at hun var "ovenpå" i situationen, og at hun havde opnået at kunne udfordre sine egne grænse. Desuden passer Banduras teorier til den foreslåede behandlingstilgang til kvinder med svær vaginisme beskrevet af fysioterapeut Tally Rosenbaum (52), hvor man langsomt og gradvist eksponerer patienter med angst ved penetration, så patienten oplever at være i kontrol i behandlingen. I artiklen beskrives det således: "This method allows the woman to feel in control of the exposure process, and rather than view anxiety as frustratingly beyond her control, she learns to recognize and accept it, begin to feel it less acutely, and finally, no longer feel it." (52), s. 91, l. 20-23.

6.2.5 Sexologisk rådgivning

I forhold til den sexologiske rådgivning fortæller informant A, at det har givet mening for hende at blive anerkendt, tale om og forstå at det er forståeligt at lyst til sex kan aftage, når man har smerter ved samleje.

"...den forståelse af at om at JA lysten forsvinder altså til dels, når det hele bliver forbundet med at ting gør ondt, så du er ikke et(grin) aoseksuelt mennesket eller det der med at sige : Ja at det er ikke underligt at din seksualitet er lidt... jeg har virkelig følt jeg har haft en æh (grin) "forskruet" seksualitet... fordi...æh det var forbundet med smerte og virkelige svære følelse" (Informant A)

Informant B beskriver, at det at få at vide og at erkende at sex kunne være andet end vaginalt samleje, har hjulpet hende på flere måder, både i en `her og nu` situationen, hvor hun erkender, at det at være seksuel aktiv ikke nødvendigvis indebærer penetration. Men også på længere sigt, hun ikke er afskrevet for at kunne have sex, hvis penetration ikke ville kunne lykkes – hun beskriver det på følgende måde:

"At få at vide, at sex er andet en penetration. Man kan godt have sex, selvom der ikke kommer noget ind i skeden. Så der var en slags sikkerhed i at vide, at selv hvis det ikke skulle lykkes – hvis jeg aldrig ville komme til at kunne få noget ind i skeden – så ville jeg godt kunne have sex alligevel" (informant B)

Denne frygt for penetration forklares i en undersøgelse af Klaassen, M. et al (76), hvor de finder at kvinder med vulvodyni og vaginisme, har langt flere negative tanker og forestillinger omkring vaginal penetration en smertefrie kontroller.

Informant D beskriver også, at det at erkende at sex kan være andet en blot vaginalt samleje har hjulpet hende, både i forhold til hendes opfattelse af at seksuel aktivitet kan være nydelsesfyldt uden vaginalt

samleje, men også i forhold til at kunne give gode råd videre til hendes veninder, om at sex ikke nødvendigvis betyder samleje for at det kan opleves rart. For informanten synes denne viden at have betydet, at hun rent faktisk kan tilbyde sin viden til andre.

*"Ja. Fordi der er jo rigtig mange andre der snakker om sex som samleje. Også nogle andre veninder måske som også har smerter nogle gange. Hvor jeg så kan sige, men der er jo mange andre ting man kan lave som for eksempel "Dada Dada", hvor jeg så kan komme med nogle tips der ikke. Så jeg kan jo også være med til at ændre andres opfattelse af hvad sex betyder og man faktisk godt kan nyde hinanden uden at det skal være penetration".
(informant D)*

Informant både Informant C og E fortæller på en anden måde, at de både har kunne anvende det hjemme med deres partnere og at de haft sjov med måden hvorpå seksuel aktivitet er blevet italesat i rådgivningen - "som et "Tapas- bord, men med mange retter" og ikke kun vaginalt samleje som "den eneste ret i verden". Det er muligt at også den lidt billedelige og noget humoristiske tilgang til emnet har givet informanterne nogle ord, som de kunne bruge til at italesætte emnet med deres partnere:

"Altså det der med "Tapas" – det var rigtig, det sagde du allerede første gang – og det grinte vi meget af, men det var egentligt meget fint at få sagt at man kan også gøre tingere på en anden måde [have seksuel aktivitet uden vaginal penetration] (Informant E)

"Vi har også snakket meget om, at sex ikke bare er ind i skeden. Men også kan være andre ting. Det er et "tapas"- bord (griner), husker jeg..." "... og det har jeg kunnet bruge med min nye partner..." (Informant C)

Denne tilgang i den sexologiske rådgivning med at italesætte at sex er andet end samleje, beskrives i en artikel af Brauer et al.2014. Her anbefales det, at kvinder med vulvodyni, hjælpes til at overveje hvilke motiver de har for at ville have samleje. Målet er at bedre den seksuelle autonomi hos den enkelte kvinde ved at få hende til at fokusere på, hvad hun oplever af lystfulde og dejlige seksuelle oplevelser, og ved at hjælpe hende til at italesætte dette(20). De beskriver det bl.a. på følgende måde:

"As part of the therapy strategy, treatment should not focus on the (im)possibility of vaginal penetration, but instead on creating opportunities for pleasurable sexual experiences".

(20),s. 3062, spalte 1, l. 13-17.

En anden forfatter beskriver på samme vis, at man i behandlingen af kvinder med vulvodyni, med fordel kan arbejde med at smertefuld seksuel aktivitet skal tages af den " seksuelle menu" og da mange par kan have begrænsede seksuelle "køreplaner", kan de med fordel hjælpes til at erstatte vaginalt samleje med

andre måder at være seksuelt intime på (53). Informant D beskriver, hvordan hun gennem rådgivningen er blevet klar over at hun skal undgå dårlige oplevelser med sex.

"...det ligger hvert fald indgroet i mig, at jeg skal samle på gode oplevelser. Kroppen skal samle på gode oplevelser og forstærke de gode oplevelser. Og at når man kan mærke at man nærmer sig en grænse hvor det måske går over til ikke at blive en godt oplevelse, så skal man stoppe lige inden den følelse." (Informant D)

Denne vigtige viden om at "smerte" eller forventning om smerte kan medføre yderligere smerte er en vigtig del af den sexologiske rådgivning (jævnfør smertecirklen). Informant D har lært at mærke og især at lytte til krop og sine grænser, og hun oplever en form for seksuel autonomi, hvor hun sætter dagsorden for sit seksuelle liv.

6.3 Tema 2. Bedring af behandlingstilbud i fremtiden

Det andet overordnede tema, der fremkom gennem interviewene var: Bedring af behandlingstilbud i fremtiden, i forhold til kvinder med smerter ved samleje. I dette var der 2 underordnede temaer: Partneren med til behandling, og behov for at møde andre kvinder i samme situation. De 2 undertemaer vil blive analyseret og diskuteret herunder med brug af videnskabelige artikler og i de tilfælde hvor det er relevant blive sammenholdt med Banduras teorier om self-efficacy (66).

6.3.1 Partneren med til behandling

Af de 5 informanter havde kun én haft sin partner med til behandling, på trods af at alle var blevet opfordret til det. Alle informanter angav samstemmende, når de så tilbage på deres behandlingsforløb, at partneren burde involveres mere i behandlingen fremover. Informant A oplevede, at det var svært i hendes tidligere forhold at skulle formidle sin nyerhvervede viden og erkendelser om, at seksuel aktivitet kunne være andet end vaginalt samleje, videre til hendes tidligere partner. Informant A fortæller det på denne måde:

"Så så det har været meget svært at blive mødt hos jer, med en forståelse, at der er mange ting der er sex, også prøve at få ens partner til at forstå at det" "... æh jeg kunne jo godt have taget ham med, men det gjorde jeg så bare ikke, og det er der mange grunde til, men det kan godt være at det havde været godt, at få den anden part, når man nu er i et forhold at til at forstå at sex er andet end (blot vaginalt samleje)" (Informant A)

Hun tog ikke partneren med af uvisse årsager, men reflekterede over følelsen i sit tidligere parforhold. Hun beskriver, at hun følte, at de stod på hver deres side og seksualiteten lå i "midten", hvor de havde meget svært ved at mødes og at hun havde oplevet var hendes ansvar alene at få "problematikken løst".

Hun uddyber det på følgende måde:

"...jeg har jo haft sådan en følelse af at min gamle partner og jeg, var på hver vores banehalvdel, også har det der sex, ligget i midten og vi har ikke, vi har aldrig nogen sinde kunne mødes PÅ midten, derinde hvor det har været fælles, det har været 2 frustrerede mennesker" "Så jeg tænker at hvis partneren bliver inviteret mere med, hvis det var en naturlig del, at det hed si,g at hvis du har en partner, så hvitiiits(fløjt) - Tag lige ham med, fordi det gør det faktisk lidt mindre til ens eget problem..." "... jeg har jo følt, at jeg har haft det fulde ansvar for at løse det her og i et parforhold, der kan man ikke, der virker det ikke overhovedet, at man tror man har ansvaret for det selv. Så Ja – partneren med og øhhh måske første gang, eller anden gang, det skal være hurtigt." (Informant A)

Hvordan parret løser problemer med samlejesmerter, er fundet ikke kun at være afhængig af hvordan kvinden oplever at have smerter, men også hvordan partneren opfatter smerterne. Et studie på par, hvor kvinden led af vulvodyni fandt man, at i jo højere grad at partneren mente, at smerten var kvinden ansvar des mere blev parrets seksualliv påvirket (77).

Informant D fortæller på en anden måde, hvordan hun også tænker, at det fremadrettet ville være godt at have en partner med én af de første gange man var til fysioterapi. Hun har oplevet, at hendes tidligere partner ikke kunne forstå eller anerkendte hendes smerter som værende fysiske og reelle, og hun tænker, at det ville hjælpe kvinder og deres partnere i fremtiden at få forklaring og rådgivning af en sundhedsperson:

*"Så tror jeg... Og man kunne forklare, hvis du nu var... hvis de nu var med én gang herinde, eller et par gange, hvis de havde lyst. Så tror jeg egentlig, det kunne være meget godt. Fordi der er jo nogen der ikke altid helt kan forstå det
"...det kan da ikke passe at du bliver ved med at have ondt" og sådan noget ikke. Der er jo ikke altid en hel stor forståelse for det. Så jeg tænker, at det kunne måske være meget rart. At man ligesom fagligt: "det er sådan her det hænger sammen". (Informant D)*

Informant C fortæller ligeledes, at hun set i bakspejlet måske ville have haft glæde af at få hjælp til at sætte ord på de følelser, der kan komme imellem et par, når kvinden har smerter ved samleje, hun forklarer det i følgende citat:

"Nej han har ikke været med, nej. Og han har altid haft det lidt svært ved, hvis han skulle inkluderes i de her øvelser. Selvom han har prøvet at være åben, men det er lidt mærkeligt for ham" "men jeg tænker at det ville være godt om man (patient og partner) blev tilbudt en eller anden time, hvor man ligesom kunne snakke om det her og sige hvad gør det ved mig og hvad gør det ved ens kæreste, at man ikke kan være sammen (vaginalt samleje), en stor ting... ". (Informant C)

Det at have partneren med i behandlingen af kvinder med smerter ved samleje er fundet anbefalet i litteraturen. Særligt er det beskrevet, at i de tilfælde hvor kvinden eller hendes partner oplever at føle sig afvist, og hvor der kommer aggressioner og fjendtlighed parret imellem, eller hvor misundelse, skam eller skyld fylder i relationen, bør partneren inddrages (78), s.90, spalt .2, l.17-24.

Den eneste af informanterne der har haft partneren med er informant E. Hun forklarer, at en vigtig årsag til at parret har valgt at partneren har været med til behandlingen er, at de ting de har talt om i behandlingsrummet, har hjulpet dem og medvirket til at de bedre har kunne snakke om problematikken hjemme:

"Så det der med at komme hen og snakke med en behandler... vi har jo også snakket om, det der med alle de andre ting man kan gøre i stedet for sex på den... øhhh normale måde... ikke at det ikke var noget, vi selv kunne regne ud, men det der med at kunne få snakket om det i et rum, også bagefter kunne gå hjem og snakke om det sådan aktivt, det har gjort noget... det har gjort at samtalen li' som er sat i gang. (Informant E)

Det at få talt om problematikken som parstøttet af en fagperson, har antagelig god effekt på kommunikationen. Dette underbygges bl.a. i et nyere pilotstudie hvor 8 par indgik, og som omhandlede kognitiv adfærdsterapi til par, hvor kvinden led af vulvodyni. Efter et 12 x 1 times behandlingsforløb med forskellige kognitive behandlingsmetoder, såsom kommunikationstræning omkring seksualitet fandt man tydelig bedring af smerter hos kvinden og en bedre seksuel funktion hos begge parter. Man fandt endvidere, at der var mindre angst- og depressionssymptomer for begge parter og bedring af tanker omkring smerter (36). Det er således vigtigt, at indtænke inddragelse af partneren i et fysioterapeutisk behandlingsforløb, for ikke alene at give parret bedre samtale- og seksuelle redskaber, dvs. relationelle redskaber, men også for at bedre begge parters psykiske helbred.

6.3.2 Møde/tale med andre i samme situation

Af de fem informanter var der kun én, der tidligere havde afprøvet gruppebaseret behandling for sin smerteproblematik, men alle informanter angav at det ville være at rart for dem, hvis de fik mulighed for at tale med andre kvinder i samme situation som dem selv.

Informant B fortæller, at hun tænker at det ikke ville kunne hjælpe på det fysiske aspekt af hendes problematik at møde og tale med andre med de samme problemer. Det ville hjælpe hende til at føle sig mindre alene med sin problematik og hun ville føle sig mindre "unormal", hun udtrykker det på denne måde:

"Jeg har tænkt meget over, om det ville hjælpe at tale med andre, og det tror jeg faktisk virkelig, at det ville..." "Jeg tror ikke, det er noget, der ville afhjælpe det fysiske problem, men rent mentalt ville det være en kæmpe lettelse at høre, hvordan andre oplever det, fordi jeg ville føle, at jeg ikke var så unormal alligevel. Det ville give noget helt andet, end jeg kan få, når jeg snakker med mine veninder, for selvom de gerne vil lytte og snakke om det, forstår de

aldrig helt, hvordan det er, og hvor unormal man kan føle sig". (Informant B)

Informant D er den eneste der har erfaringer med gruppeterapi. Hun har desværre ikke så gode oplevelser i forhold til måden det foregik på, men tænker alligevel tilbage på, at det at snakke med andre ligesindede med samme problematik som hende selv var givtigt for hende. Det har desuden været positivt for hende at opleve ikke at være den eneste med problematikken. Hun fortæller det på denne måde:

"Sådan rent hypotetisk set, synes jeg det ville være nemmere, hvis jeg havde haft en bedre oplevelse af gruppeterapien. Jeg var ikke særlig glad for dem...den gruppe, den måde den blevet eksekveret på, men det var rigtig rart at kunne møde andre som havde samme problematik og kunne snakke med dem om tingene" "... man ikke følte sig alene med det. Så man fik lidt mere et "reality check", at okay - jeg er virkelig ikke alene med det her. Fordi det føles det som om i starten, fordi det er jo tabu, der er ikke rigtig nogen der snakker om det her. (Informant D)

Sammenholder man informanternes udsagn med Banduras teorier om self – efficacy , stemmer det meget fint med, at Bandura beskriver, patienter/mennesker med en lavt self-efficacy kan motiveres til at tro på egne evner til at overkomme en forhindring ved at se eller høre om andre med samme problematik, men som er ved at "overkomme" problematikken (67). På den måde kan man forestille sig, at informant D har følt sig valideret af de andre deltagere i den gruppeterapi hun har gennemgået, hvilket hun oplevede som positivt, mens den terapeutiske del af gruppeterapien ikke gav hende denne oplevelse.

Vigtigheden af at føle sig "valideret" og "at man ikke er alene" underbygges i et studie af et tværfagligt behandlingstilbud til kvinder med vulvodyni, hvor en del af behandlingen var gruppebaseret. Man fandt, at kvinderne følte sig validerede ved at høre om andre kvinder, der kæmpede med de samme problematikker, og at de følte en støtte i at kende de andre i samme situation. Disse overvejelser er vigtige at inddrage i et fremtidigt behandlingstilbud til kvinder med smerter ved samleje, som beskrevet i dette citat:

"They also found validation in listening to other women's experiences during the group sessions. "I actually would hear other women have the same experiences . . . sort of a validation. It made me feel a lot more like this is something, but it is okay and I am not the only one." They commented on the support they received from each other. "It is really great to know these women so I can get to talk to them, and I do not feel like I am alone" (58), s. 1091, spalte 1, l. 1-9.

7. Metodediskussion

7.1 Introduktion til metodediskussion

I det følgende vil valg af undersøgelsesmetode blive diskuteret. Dernæst følger et afsnit om overførbare (ekstern validitet) af studiets resultater diskuteret. Til slut følger et afsnit om valg af teoriramme for studiet

7.2 Valg af undersøgelsesmetode

Til brug til at besvarelsen af problemformuleringen i denne undersøgelse, blev der valgt det semi-strukturerede kvalitative interview, da målet var at få indsigt i hver enkelt kvindes oplevelse af hendes fysioterapeutiske forløb. Kvale beskriver at netop det kvalitative forskningsinterview er egnet, når man ønsker at "begribe andres livsverden" og udforske deres meninger og oplevelser ud fra deres begrebsrammer og ståsted i tilværelsen (63), s. 15, l. 6-8. En af ulemperne ved det kvalitative interview er, at man med sin forforståelse som interviewer kan komme til at stille ledende spørgsmål og dermed komme til at presse informanterne til at svare i en bestemt retning, hvilket medfører at man ikke generer ny viden, (63), s. 156. Det faktum at informanterne i denne undersøgelse har gået til behandling hos intervieweren og derfor har været i tæt kontakt med intervieweren forinden interviewet, har medført at interviewer og informant kender hinanden i anden sammenhæng. Det at begge parter har kendt hinandens både talesprog og kropssprog, og har haft en god kontakt kan muligvis have bidraget til ledende spørgsmål eller at informanterne har svaret i en bestemt retning for at "please" intervieweren. Selvom det ikke synes at være tilfældet, idet informanterne har forholdt sig meget aktivt til behandlingsstrategierne, og kun lidt til intervieweren som person, er det muligt at dette forhold udgør en risiko for studiet gyldighed.

Set i bakspejlet kunne dette være undgået ved at lade en anden behandler, helst fysioterapeut, udføre interviewene, eller at patienter som havde gået til behandling hos en anden fysioterapeut, var blevet interviewet.

Der kunne også have været anvendt "kvalitativ" spørgeskema. Hvor der ved de skriftlige spørgsmål, havde været plads til prosatekst, så kvinderne kunne skrive, hvordan de havde oplevet behandlingen. En fordel ved denne metode havde været, at data ville være anonymiserede, men det er muligt at informanterne kunne have haft svært ved at udtrykke sig skriftligt.

Det er også muligt at det ville have bibragt mere viden, hvis undersøgelsen havde været baseret på fokusgruppeinterview, da gruppeinterviewet har den fordel, at interaktionen mellem deltagerne kan stimulere til diskussion og derved give grobund for udvikling af viden. Dog er der en risiko for at konstellationen af informanterne ikke altid er tilfredsstillende, og hvis der ikke er tryk i gruppen, kan

det gøre det svært for nogle at få sat ord på følsomme og intime emner. Da dette studie var i planlægningsfasen, blev flere af patienterne som var henvist til fysioterapi for smerter ved samleje spurgt, om de ville overveje at deltage i et fokusgruppelinterview. Kvinderne svarede at de ville de ikke, og de angav det ville være FOR svært at snakke åbent i et forum sammen med nogle kvinder de ikke kendte i forvejen, hvilket egentlig er en interessant oplysning, da flere af informanterne i studiet angav, at de gerne ville mødes med andre kvinder i deres situation. I fremtiden kunne man overveje at interviewe kvinder efter deltagelse i gruppebaseret undervisning. Dette kunne muligvis bidrage til ny viden om behandlingsstrategier til målgruppen.

7.3 Ekstern validitet /generaliserbarhed af resultater

Hvorvidt et studies resultater kan overføres dvs. generaliseres til at omhandle andre end dem som har indgået studiet omhandler flere faktorer, som især drejer sig om studiets design. Især i den kvalitative forskningsmetode kan den eksterne validitet påvirkes af nogle af de faktorer som blev beskrevet ovenfor dvs. at resultaterne kan være påvirkede af hvordan det kvalitative forskningsinterview er gennemført. For at sikre at et kvalitativt studie dækker målgruppen så bredt som muligt er det vigtigt, der opnås "datamætning", dvs. at forskningsspørgsmålet er blevet afdækket videst muligt, fx ved at nye informanterne efterhånden gentager det som tidligere informanter har sagt. Ideelt set bruges der mellem 10-20 informanter til et forskningsprojekt, med henblik på at opnå datamætning (63), s.109, mens 3-5 informanter er et rimeligt antal til et projekt i forbindelse med uddannelse. Det er dog muligt, at der kunne være fremkommet flere aspekter af den fysioterapeutiske behandling og sexologiske rådgivning ved at interviewe flere informanter, og man kan derfor sige at projektet har karakter af et pilotprojekt. På trods af det begrænsede antal informanter, synes der at være fremkommet mange sammenfaldende udsagn fra informanterne og det tyder derfor på at studiets resultater er rimeligt generaliserbare, hvilket kunne undersøges i større fremtidige studier. Studiets resultater tænkes at have relevans, særligt for fysioterapeuter, gynækologer og sexologiske rådgivere, som arbejde med kvinder med smerter ved samleje.

7.4 Valg af teoriramme

I analysen blev det valgt at medinddrage Banduras teorier om self-efficacy (42, 66). Dette var anvendeligt forhold til nogle af de temaer der fremkom ved analysen, men kunne ikke direkte anvendes til alle temaerne. Det er dog muligt, selvom det ikke direkte er beskrevet i teorien, at det at øge viden og forståelse hos informanterne om deres egen krop og årsager til smerte, kan have en medvirkende positiv effekt på oplevelse af self-efficacy. Man kunne muligvis medinddrage andre teorier som kunnet have bidraget til at der fremkom andre perspektiver i analysen og i diskussionen, såsom fx Antonovsky's teori om "Oplevelse af sammenhæng" – om menneskers ressourcer til at modstå eller takle sygdom gennem de 3

begreber begribelighed, håndterbarhed, og meningsfuldhed(79). Med udgangspunkt i Antonovskys teorier kunne der muligvis være fremkommet tegn på, at kvinderne fik en bedre forståelse for deres situation (begribelighed), fik øgede ressourcer (håndterbarhed) til at kunne arbejde med deres problem, hvilket i sidste ende kunne ses som en bedre oplevelse af meningsfuldhed

8. Konklusion

Formålet med denne opgave var at undersøge følgende problemstilling:

”Hvordan opleves den fysioterapeutiske behandling og sexologiske rådgivning til kvinder med smerter ved samleje? - hvad virker og hvad kan blive bedre”?

Til besvarelsen af opgaven blev der indhentet empiri via semi-strukturerede kvalitative interviews og til besvarelse af problemformuleringen kan man konkludere følgende:

Kvinderne som deltog i dette kvalitative studie angav at:

- den personlige relation til behandleren var vigtig for at de turde indgå i behandlingen
- information om bækkenbundens anatomi og funktion var af stor vigtighed for at kvinder forstod deres underliv og smerterne ved samleje
- den praktiske fysioterapi med guidning og brug af fx biofeedback og dilatator-stave var vigtig for at informanterne forstod, hvad der skete i deres krop og i forhold til at udfordre egne grænser
- den sexologiske rådgivning gav redskaber til at tale om lyst og at sex kunne være mere end samleje
- at partneren skulle inddrages i behandlingen hvor det passede, for at give parret bedre gensidig forståelse og redskaber til at tale om sex
- at det ville være en støtte og give en oplevelse af ikke at være alene, hvis man som kvinde med smerter ved samleje, mødte andre kvinder i samme situation.

9. Perspektivering

I denne opgave var hensigten at undersøge, hvordan kvinder med smerter ved samleje oplevede et multimodalt fysioterapeutiske behandlingstilbud, samt hvilke del af behandlingen kvinderne fandt hjælp dem mest i forhold til deres samlejesmerter. Kvinderne blev også spurgt til, hvad de mente kunne bidrage til en bedre behandling af kvinder med smerter ved samleje i fremtiden. Resultatet viste at der er god

grund til at tilbyde en multimodal fysioterapi, hvor formålet er at øge viden og forståelse, præcis guidning i fysiske øvelser og sexologisk rådgivning er inkluderet ad hoc. Denne viden kan med fordel viderebringes til fysioterapeuter, som arbejder med kvinder med smerter ved samleje og være et bidrag til refleksion over egen klinisk praksis. Det er også muligt at behandlere med anden baggrund såsom sygeplejersker, gynækologer, praktiserende læger og sexologer der arbejder med kvinder med smerter ved samleje, på samme vis kan drage nytte af opgaven.

I forhold til de det aktuelle behandlingstilbud til kvinder med smerter ved samleje på Hvidovre Hospital, kan resultaterne af dette kvalitative studie bruges til at ændre og muligvis bedre praksis. Igennem interviewene blev det helt tydeligt, at måden hvorpå partneren blev inviteret til at deltage i behandlingen skulle ændres. Der er behov for en langt mere struktureret tilgang til dette. En mulighed ville være, at man skrev det i et informationsbrev til kommende patienter, og her direkte forklarede at medinddragelse af en evt. partner handler om at give begge parter forståelse for problemerne, redskaber og et fælles sprog. Derudover kunne man i løbet af behandlingen invitere partneren med til behandlingen på udvalgte tidspunkter, for løbende at gøre status og for evt. sikre at parret har kunnet anvende den viden de har modtaget.

Informanterne angav også at de gerne ville møde andre kvinder med de samme problemer som dem selv. I forhold til egen praksis kunne det implementeres, at der løbende blev afholdt gruppeundervisning for kvinder med smerter ved samleje. For at sikre, at kvinderne ikke føler sig udstillede kunne man fx med udgangspunkt i PLISSIT modellen gennemføre en overordnet undervisning omkring kroppens anatomi, og der kunne indgå undervisning om smertefysiologi og seksualitet. Der kunne efterfølgende være mulighed for, at kvinderne fik valget om at mødes igen, for i et lukket forum at kunne oplevelser og erfaringer.

Denne opgave er en lille brik i et stort puslespil, hvilket handler om at vi som behandlere bliver bedre til at gøre det vi helst vil, nemlig det bedste for vores patienter. Det nemmeste er at spørge patienterne, og håbet er at denne opgave vil få andre til at tage tråden op, så der gennemføres større kvalitative studier som afdækker hvordan vi hjælper kvinder med smerter ved samleje, sammen med deres evt. partnere bedst.

Referencer

1. Al-Abbadey M, Liossi C, Curran N, Schoth DE, Graham CA. Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther.* 2016;42(2):99-142.
2. WHO. Defining sexual health http://www.who.int/topics/sexual_health/en: WHO; 2002 [
3. Graugaard Cea. *Krop, sygdom og seksualitet*. 1. udgave, 1. oplag ed. Graugaard Cea, editor: Hans Reitzels Forlag; 2006.
4. Frisch M, Lindholm M, Gronbaek M. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *International journal of epidemiology.* 2011;40(5):1367-81.
5. Petersen CD. Sexual pain disorders. In: Horst H, Reisman, Y., editor. *The ESSM Syllabus of Sexual Medicine 2012*2012.
6. Pazmany E, Bergeron S, Van Oudenhove L, Verhaeghe J, Enzlin P. Aspects of sexual self-schema in premenopausal women with dyspareunia: associations with pain, sexual function, and sexual distress. *J Sex Med.* 2013;10(9):2255-64.
7. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalife S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond Engl).* 2010;6(5):705-19.
8. Graziottin A. Sexual pain disorders in adolescents. *World Congres of Human reproduction; 2005; International Academy of Human Reproduction; Venice: CIC Edizioni Internazionali Roma.*2005.
9. Bergeron S, Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., Rosen, N.O. Female Sexual Pain Disorders: a Review of the Literature on Etiology and Treatment. *Curr Sexual Health Rep.* 2015(7):159-69.
10. Groyzman V. Vulvodynia: new concepts and review of the literature. *Dermatol Clin.* 2010;28(4):681-96.
11. Andreasson B CS, Pedersen KH, Petersen CD. Vulvodyni (N 94.8) Diagnostik og behandling, guideline Dansk selskab for Obstetrik og Gynækologi. http://gynobsguidelinedk/hindsgavl/Vulvodyni_guideline_final09_cdppdf. 2009.
12. Lahaie MA, Amsel R, Khalife S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1537-50.
13. Landry T, Bergeron S. Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. *Arch Sex Behav.* 2011;40(5):877-89.
14. Khandker M, Brady SS, Stewart EG, Harlow BL. Is chronic stress during childhood associated with adult-onset vulvodynia? *J Womens Health (Larchmt).* 2014;23(8):649-56.
15. Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, Maclehose RF, Stewart EG, Harlow BL. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(10):1445-51.
16. Payne KA, Binik YM, Pukall CF, Thaler L, Amsel R, Khalife S. Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Arch Sex Behav.* 2007;36(2):289-300.
17. Morin M, Bergeron S, Khalife S, Mayrand MH, Binik YM. Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound. *J Sex Med.* 2014;11(3):776-85.
18. Reissing ED, Binik YM, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2004;33(1):5-17.

19. Ayling K, Ussher JM. "If sex hurts, am I still a woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behav*. 2008;37(2):294-304.
20. Brauer M, Lakeman M, van Lunsen R, Laan E. Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. *J Sex Med*. 2014;11(12):3051-63.
21. Brauer M, ter Kuile MM, Janssen SA, Laan E. The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Eur J Pain*. 2007;11(7):788-98.
22. Brauer M, ter Kuile MM, Laan E. Effects of appraisal of sexual stimuli on sexual arousal in women with and without superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav*. 2009;38(4):476-85.
23. Almås E. BEEP. *Sexologi i praksis: Universitetsforlaget*; 2006.
24. Elmerstig E, Wijma B, Bertero C. Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adolesc Health*. 2008;43(4):357-63.
25. Donaldson RL, Meana M. Early Dyspareunia Experience in Young Women: Confusion, Consequences, and Help-seeking Barriers. *J Sex Med*. 2010.
26. Smith KB, Pukall CF. Sexual function, relationship adjustment, and the relational impact of pain in male partners of women with provoked vulvar pain. *J Sex Med*. 2014;11(5):1283-93.
27. Blair KL, Pukall CF, Smith KB, Cappell J. Differential Associations of Communication and Love in Heterosexual, Lesbian, and Bisexual Women's Perceptions and Experiences of Chronic Vulvar and Pelvic Pain. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(5):498-524.
28. Xie Y, Shi L, Xiong X, Wu E, Veasley C, Dade C. Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2012;28(4):601-8.
29. Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *The Clinical journal of pain*. 2008;24(2):155-71.
30. Petersen CD, Giraldi A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum toxin type A—a novel treatment for provoked vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, double blinded study. *J Sex Med*. 2009;6(9):2523-37.
31. Har-Toov J, Militscher I, Lessing JB, Abramov L, Chen J. Combined vulvar vestibulitis syndrome with vaginismus: which to treat first? *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):521-3.
32. Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *Journal of lower genital tract disease*. 2006;10(4):245-51.
33. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalife S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(3):183-92.
34. ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJ. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(6):1127-36.
35. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther*. 2014;57:43-54.
36. Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen NO, Mayrand MH, Delisle I. Feasibility and preliminary effectiveness of a novel cognitive-behavioral couple therapy for provoked vestibulodynia: a pilot study. *J Sex Med*. 2014;11(10):2515-27.
37. Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med*. 2015;12(1):238-47.
38. Morin M, Carroll MS, Bergeron S. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sexual medicine reviews*. 2017.
39. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther*. 2013;39(4):306-20.
40. Brotto LA, Sadownik L, Thomson S. Impact of educational seminars on women with provoked vestibulodynia. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(2):132-8.
41. Chalmers KJ. The role of physiotherapy in the management of vulvodynia, guest editorial. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2016;44(3):121-3.
42. Bjørnlund I.B. SNE, Lund H. *Basisbog i fysioterapi*. 2. udgave, 1. oplag ed: Munksgaard; 2017.

43. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2008;115(9):1165-70.
44. Murina F, Graziottin A, Felice R, Radici G, Tognocchi C. Vestibulodynia: synergy between palmitoylethanolamide + transpolydatin and transcutaneous electrical nerve stimulation. *Journal of lower genital tract disease*. 2013;17(2):111-6.
45. Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med*. 1995;40(4):283-90.
46. McKay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H, Redko V. Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med*. 2001;46(4):337-42.
47. Smith KM, Gillmer MD. Amielle vaginal trainers-a patient evaluation. *J Obstet Gynaecol*. 1998;18(2):146-7.
48. Idama TO, Pring DW. Vaginal dilator therapy-an outpatient gynaecological option in the management of dyspareunia. *J Obstet Gynaecol*. 2000;20(3):303-5.
49. Murina F, Bernorio R, Palmiotto R. The use of amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape journal of medicine*. 2008;10(1):23.
50. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalife S, Waddell G, et al. Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. *Contemporary clinical trials*. 2016;46:52-9.
51. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(11):1030-6.
52. Rosenbaum T. Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: a clinical approach. *J Sex Marital Ther*. 2011;37(2):89-93.
53. Sadownik LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International journal of women's health*. 2014;6:437-49.
54. Brown C. A multidisciplinary approach to the treatment of provoked vestibulodynia. *Joined meeting of ICS and IUGA; Toronto, Canda2010*.
55. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;34(2):82-9.
56. Landry T, Bergeron S. Biopsychosocial Factors Associated with Dyspareunia in a Community Sample of Adolescent Girls. *Arch Sex Behav*. 2010.
57. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for Provoked Vestibulodynia: A Randomized Pilot Study. *J Sex Med*. 2016;13(1):88-94.
58. Sadownik LA, Seal BN, Brotto LA. Provoked vestibulodynia-women's experience of participating in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med*. 2012;9(4):1086-93.
59. Reissing ED. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *J Sex Med*. 2012;9(1):251-8.
60. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*. 2009;6(7):1955-68.
61. Munday P, Buchan A, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med*. 2007;52(1):19-22.
62. Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof LG. Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia-an evaluation of a multidisciplinary treatment model. *Journal of sex research*. 2008;45(4):378-85.

63. Kvale S. Interview, En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. 3. oplag ed: Hans Reitzels forlag; 1999.
64. Thisted J. Forskningsmetode i praksis. 1. udgave, 4. oplag ed: Munksgaard; 2013. 236 p.
65. Association WM. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 2013(20):2191-4.
66. Kähler CF. Det kompetente selv: En introduktion til Albert Banduras teorier om selvkompetence og kontrol. E-bogsudgave ed: Frydenlund; 2012.
67. Villadsen B, Faurschou, P. Patientundervisning skal forankres teoretisk. *Sygeplejersken*. 2007;5:40-4.
68. Simonsen E, Møhl, B., red. Grundbog i psykiatri: Hans Reitzel forlag; 2010.
69. Rasmussen B. Ung 99 - en seksuel profil Materialeplatformen: Forebyggelsessekretariatet; [
70. Stenz C. WHAT DO YOUNG GIRLS KNOW ABOUT THEIR PELVIC FLOOR IN GENERAL AND IN RELATION TO DYSpareunia? 14th Annual Congress of the European Society for Sexual Medicine Milan, Italy. December 1-4, 2011. *The journal of sexual medicine*2011. p. 458.
71. Reid JA, Templeman CL, Groneberg DA, Brueggmann D, Jaque JM. Patients' Knowledge of Female Pelvic Health and Related Educational Preferences. *Journal of community health*. 2017;42(1):147-54.
72. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*. 2009;38(5):601-10; quiz 10-2.
73. Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(5):1524-33.
74. Reinholtz RK, Muehlenhard, C.L. Geintal perceptions and sexual activity in a college population. *Journal of sex research*. 1995;32(2):155-65.
75. Bergeron S, Lord, M.-J. The integration of pelvi-perineal re-education and cognitive-behavioural therapy in the multidisciplinary treatment of the sexual pain disorders. *Sexual and Relationship Therapy*. 2010;25(3):299-305.
76. Klaassen M, Ter Kuile MM. Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *J Sex Med*. 2009;6(6):1617-27.
77. Jodoin M, Bergeron S, Khalife S, Dupuis MJ, Desrochers G, Leclerc B. Male partners of women with provoked vestibulodynia: attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress. *J Sex Med*. 2008;5(12):2862-70.
78. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med*. 2013;10(1):83-93.
79. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. 11. oplag ed: Hans Reitzels forlag; 2000. 231 p.